Universität Bielefeld
Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

aQua
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

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

Abschlussbericht:
Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung

Verfasser:
K. Wingenfeld, C. Stegbauer, G. Willms, C. Voigt, R. Woitzik

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

Tel.: +49 (0) 521 - 106 6880
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de

aQua - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Maschmühlenweg 8–10
37073 Göttingen

Tel: +49 (0) 551-789 52- 0
E-Mail: office@aqua-institut.de

im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege
Überarbeitete Fassung – Bielefeld/Göttingen, 3. September 2018

Anmerkung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text auf eine geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten stets für beide Geschlechter.

Übersicht

Tabellenverzeichnis ... 6
Abbildungsverzeichnis ... 7
1. Einleitung ... 8
2. Definition der prüfrelevanten Qualitätsaspekte ... 15
3. Integration der Indikatoren für Ergebnisqualität ... 26
4. Die Konzeption für das neue Prüfverfahren ... 71
5. Erprobung des neuen Prüfverfahrens ... 115
6. Die Konzeption für die öffentliche Qualitätsdarstellung ... 233
7. Anpassungen für die Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege ... 251
8. Ergänzende Empfehlungen ... 272
Literaturhinweise ... 277
Anhang ... 278

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis ... 6
Abbildungsverzeichnis ... 7
1. Einleitung ... 8
1.1 Aufgabenstellung des Projekts ... 9
1.2 Projektverlauf ... 11
1.3 Inhalt und Aufbau des vorliegenden Berichts ... 14
2. Definition der prüfrelevanten Qualitätsaspekte ... 15
2.1 Grundsätze ... 16
2.2 Strukturierung der Qualitätsbereiche ... 17
2.3 Für die Prüfung empfohlene Qualitätsaspekte ... 21
2.4 Übersicht über wichtige inhaltliche Anpassungen ... 23
2.5 Nicht zur Aufnahme in das Prüfverfahren empfohlene Qualitätsaspekte ... 24
3. Integration der Indikatoren für Ergebnisqualität ... 26
3.1 Indikatorenset ... 27
3.1.1 Anpassungen des Indikatorensatzes ... 28
3.1.2 Prüfung der Aufnahme weiterer und der Modifizierung vorhandener Indikatoren ... 30
3.1.3 Definitionen ... 34
3.1.4 Bewertung der Kennzahlen ... 40
3.2 Referenzwerte ... 42
3.3 Ergebniserfassung ... 45
3.4 Datenübermittlung ... 49

3.5 Statistische Plausibilitätskontrolle durch die Datenauswertungsstelle ... 49
3.6 Plausibilitätskontrolle durch die Prüfdienste ... 52
3.7 Einrichtungsindividueller Beratungsauftrag ... 55
3.8 Hinweise zur Risikoadjustierung ... 56
3.8.1 Zur Frage nach dem „besseren“ Verfahren ... 57
3.8.2 Risikoadjustierung und Qualitätsdarstellung ... 58
3.8.3 Diskussion der Risikoadjustierung in den Expertengruppen ... 62
3.8.4 Fazit ... 63
3.9 Anpassungserfordernisse bei den Einrichtungen und Prüfdiensten ... 64
3.9.1 Anforderungen an die Einrichtungen ... 64
3.9.2 Anforderungen an die Prüfdienste ... 70
4. Die Konzeption für das neue Prüfverfahren ... 71
4.1 Konzeptionelles Grundverständnis ... 72
4.2 Das Prüfinstrumentarium ... 74
4.3 Die Bewertungssystematik ... 75
4.3.1 Bewertungskategorien auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung ... 75
4.3.2 Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung ... 77
4.3.3 Zusammenführung der Bewertungen der individuellen Bewohnerversorgung ... 78
4.3.4 Sonderregeln für kleine Fallzahlen in der Stichprobe ... 84
4.3.5 Beurteilung der Qualitätsaspekte in den Bereichen 5 und 6 ... 87
4.3.6 Beispiele für die Anwendung der Bewertungssystematik ... 88
4.3.7 Alternative Berechnungsregeln ... 91
4.4 Verfahrensablauf ... 93
4.4.1 Ziehung der Stichprobe ... 94
4.4.2 Bereitstellung der von den Prüfdiensten benötigten Informationen ... 97
4.4.3 Informationsgrundlagen ... 98
4.4.4 Aufbau der Prüfbögen ... 100
4.4.5 Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung ... 102
4.4.6 Ablauf des Einrichtungsbesuchs ... 108
4.4.7 Abschließende Bewertung ... 112
4.4.8 Prüfbericht ... 115
5. Erprobung des neuen Prüfverfahrens ... 115
5.1 Methodisches Vorgehen ... 116
5.1.1 Informationstechnische Aufbereitung des Prüfinstrumentes ... 116
5.1.2 Rekrutierung von Teilnehmern ... 117
5.1.3 Schulung der Prüfer ... 118
5.1.4 Vorbereitung der Einrichtungen ... 119
5.1.5 Organisation der Testprüfungen ... 120
5.1.6 Testprüfungen ... 121
5.1.7 Doppelprüfungen ... 122
5.1.8 Befragungsinstrumente und Workshop ... 122
5.1.9 Datenschutz ... 124
5.1.10 Auswertung der Ergebnisse ... 125
5.2 Rahmendaten der Testprüfungen ... 128
5.3 Validität des Prüfinstruments ... 131
5.3.1 Konstruktvalidität ... 131
5.3.2 Kriteriumsvalidität ... 132
5.3.3 Inhaltsvalidität ... 132
5.4 Objektivität ... 135

5.4.1 Durchführungsobjektivität ... 135
5.4.2 Auswertungsobjektivität ... 137
5.4.3 Interpretationsobjektivität ... 138
5.5 Externe Validität, Diskriminationsfähigkeit, Reliabilität ... 143
5.6 Praktikabilitätsanalyse ... 147
5.6.1 Ablauf der Prüfung ... 147
5.6.2 Organisation der Prüfung ... 149
5.6.3 Verfügbarkeit von Informationen ... 152
5.6.4 Praktikabilität des Fachgespräch ... 156
5.6.5 Praktikabilität der Plausibilitätskontrolle ... 161
5.6.6 Bewertung der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle im Prüfteam ... 164
5.6.7 Inhalt und Struktur des Abschlussgesprächs ... 165
5.6.8 Eindeutigkeit der Informationserfassung ... 168
5.6.9 Eindeutigkeit der Ausfüllhinweise ... 170
5.6.10 Bewertung der Qualitätsaspekte ... 173
5.6.11 Nachvollziehbarkeit der Qualitätsprüfung aus Einrichtungssicht ... 177
5.6.12 Verständlichkeit der Bewertungshinweise ... 178
5.6.13 Kategorisierung von Auffälligkeiten und Defiziten ... 180
5.6.14 Nachvollziehbarkeit der Bewertung von Auffälligkeiten aus Einrichtungssicht ... 181
5.6.15 Nachvollziehbarkeit der Bewertung der Defizitschwere ... 182
5.6.16 Nachvollziehbarkeit der Auffälligkeiten der Plausibilitätskontrolle ... 183
5.6.17 Übereinstimmung hinsichtlich systematischer Defizite im Teamgespräch ... 184
5.6.18 Übereinstimmung hinsichtlich der übergreifenden Qualitätsaspekte ... 186
5.6.19 Ergebnisbogen ... 187
5.6.20 Belegbarkeit dokumentierter Defizite ... 188
5.7 Aufwand ... 192
5.7.1 Zeitaufwand einzelner Prüfschritte – Einholen der Einwilligungen ... 193
5.7.2 Zeitaufwand einzelner Prüfschritte – bewohnerbezogene Prüfungen ... 193
5.7.3 Zeitaufwand einzelner Prüfschritte – Plausibilitätskontrolle ... 197
5.7.4 Zeitaufwand einzelner Prüfschritte – Teamgespräch ... 198
5.7.5 Zeitaufwand einzelner Prüfschritte – Abschlussgespräch ... 200
5.7.6 Gesamtaufwand des getesteten Prüfverfahrens ... 201
5.7.7 Relativer Zeitaufwand für die Qualitätsaspekte ... 205
5.7.8 Personalaufwand Einrichtungen ... 216
5.7.9 Sonstiger Aufwand ... 218
5.8 Sonstiges ... 222
5.8.1 Verfahrensvergleich (Sicht der Prüfer) ... 222
5.8.2 Anregungen der Prüfer ... 224
5.8.3 Verfahrensvergleich (Sicht der Einrichtungen) ... 225
5.8.4 Anregungen der Einrichtungen ... 225
5.9 Erprobungsergebnisse: Zusammenfassung und Schlussfolgerungen ... 226
5.9.1 Methodische Güte und Praktikabilität ... 226
5.9.2 Aufwandsrelevante Anpassungen des Prüfinstrumentariums ... 229
6. Die Konzeption für die öffentliche Qualitätsdarstellung ... 233
6.1 Aufgabenstellung ... 233
6.2 Vorgehen ... 234
6.3 Aufbau und Inhalte der Qualitätsdarstellung ... 235
6.3.1 Ergebnisüberblick ... 235
6.3.2 Informationsteil ... 237

6.3.3 Qualitätsindikatoren ... 238
6.3.4 Prüfergebnisse ... 239
6.3.5 Symbolik ... 241
6.4 Internetgestützte Formen der öffentlichen Qualitätsdarstellungen ... 242
6.4.1 Standarddokument ... 242
6.4.2 Webbasiertes Informationsangebot ... 243
6.4.3 Individuell gestaltbares Dokument ... 244
6.5 Abschließende Testung der Qualitätsdarstellung ... 244
7. Anpassungen für die Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege ... 251
7.1 Merkmale der stationären und teilstationären Versorgungsformen ... 252
7.1.1 Kurzzeitpflege ... 252
7.1.2 Tagespflege ... 255
7.1.3 Nachtpflege ... 257
7.1.4 Prüfung bei Personen mit besonderen Bedarfslagen ... 258
7.2 Anpassungen für Personengruppen mit besonderem Bedarf? ... 258
7.3 Anpassung des Prüfinstrumentariums an Tages- und Kurzzeitpflege ... 259
7.3.1 Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung ... 260
7.3.2 Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen ... 261
7.3.3 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte ... 263
7.3.4 Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen ... 264
7.3.5 Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen ... 265
7.3.6 Organisationsaspekte und internes Qualitätsmanagement ... 266
7.4 Bewertungsgrundsätze und Qualitätsdarstellung ... 266
7.5 Anpassung des Stichprobenverfahrens ... 268
7.6 Fazit ... 270
8. Ergänzende Empfehlungen ... 272
Literaturhinweise ... 277
Anhang ... 278
Anhang 1: Verfahrensbeschreibung zur Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität ... 279
Anhang 2: Prüfinstrumentarium für die stationäre Langzeitpflege und die Kurzzeitpflege ... 322
Anhang 3: Prüfinstrumentarium für die Tagespflege ... 439
Anhang 4: Form und Inhalt der Qualitätsdarstellung (Beispiel) ... 523
Anhang 5: Ausfüllanleitung für Einrichtungsinformationen in der Qualitätsdarstellung ... 550
Anhang 6: Hinweise zur Datenaufbereitung und Datenübermittlung ... 562
Anhang 7: Mitwirkende in den Expertengruppen ... 603
Anhang 8: Exemplarische Darstellung eines alternativen Modells zur Generierung von Qualitätsindikatoren (Regressionsmodell) ... 606

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht zu den Beratungen der verschiedenen Expertengruppen 12
Tabelle 2: Übersicht zu den Prüfergebnissen je Qualitätsaspekt (Erprobung) 90
Tabelle 3: Vergleich der ursprünglichen und der alternativen Bewertungssystematik 92
Tabelle 4: Übersicht über die Teilnehmer der Testprüfung 118
Tabelle 5: Charakteristika der in die Testprüfungen einbezogenen Bewohner 131
Tabelle 6: Verteilung der Angaben zur Frage, ob alle festgestellten Auffälligkeiten oder Defizite im Prüfbogen untergebracht werden konnten (n=90) 133
Tabelle 7: Übersicht über die Anzahl der Übereinstimmungen der beiden Prüfer bei der Plausibilitätskontrolle 138
Tabelle 8: Ergebnisse der Testprüfungen je Einrichtung (anhand einer vorläufigen Bewertungssystematik) 144
Tabelle 9: Vergleich der subjektiven Einschätzung der Qualität der Einrichtung durch die Prüfer und der formalen Bewertung der Qualität der Einrichtungen anhand des Prüfinstrumentes 146
Tabelle 10: Angaben zur Frage, ob die Testprüfer der Verfahrensbeschreibung gefolgt sind (n=34) 148
Tabelle 11: Organisatorische Probleme bei der Testprüfung aus Prüfersicht (n=95) 149
Tabelle 12: Organisatorische Probleme, die den Ablauf der Prüfung beeinträchtigt haben (n=33) 151
Tabelle 13: Angaben zur Frage, ob das Fachgespräch als eine primäre Informationsquelle genutzt werden konnte (n=95) 157
Tabelle 14: Angaben zur Eignung des Fachgespräches als verlässliche Informationsquelle (n=95) 158
Tabelle 15: Angaben zur Eignung des Fachgespräches zur Erfassung der Pflegesituation (n=34) 158
Tabelle 16: Angaben der Einrichtungen zur Nutzung des Fachgesprächs während der Qualitätsprüfung (n=33) 161
Tabelle 17: Angaben zur Frage, inwieweit im Prüfteam Einigkeit über die Plausibilitätsbewertung bestand (n=62) 165
Tabelle 18: Angaben zur Frage Unterstützung der Strukturierungshilfe für das Abschlussgespräch (n=34) 166
Tabelle 19: Angaben der Einrichtungen zum Abschlussgespräch (n=33) 167
Tabelle 20: Angaben zur Frage nach der Eindeutigkeit der Informationserfassung für die Testprüfer (n=34) 168
Tabelle 21: Angaben der Prüfer zur Praktikabilität der Beurteilung der Qualitätsaspekte (n=34) 174
Tabelle 22: Verteilung der Angaben zur Frage, wie schwierig es für die Einrichtungen war, den jeweiligen Qualitätsaspekt beantworten zu können (n=33) 177
Tabelle 23: Angaben zur Frage nach der Nachvollziehbarkeit der Hinweise zur Bewertung von Auffälligkeiten im Prüfbogen für die Testprüfer (n=34) 179
Tabelle 24: Angaben zur Frage, inwieweit Auffälligkeiten in den Prüfbogen eingeordnet werden konnten (n=95) 180
Tabelle 25: Verteilung der Angaben der Einrichtungen zur Nachvollziehbarkeit der Bewertung von Auffälligkeiten mit Defizit (n=33) 181
Tabelle 26: Angaben der Einrichtungen zur Nachvollziehbarkeit von systematischen Defiziten (n=33) 182
Tabelle 27: Angaben der Einrichtungen zur Nachvollziehbarkeit von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle (n=19). 183
Tabelle 28: Verteilung der Angaben zur Frage, inwieweit im Prüfteam Einigkeit über das Vorliegen systematischer Ursachen bei Defiziten bestand (n=95) 184
Tabelle 29: Verteilung der Angaben zur Frage, inwieweit im Prüfteam Einigkeit über die Bewertung der Qualitätsaspekte des Bereiches 5 bestand (n=95) 186
Tabelle 30: Angaben zur Frage, inwieweit alle Auffälligkeiten in den Prüfbogen eingetragen werden konnten (n=95) 187
Tabelle 31: Angaben der Prüfer zur Belegbarkeit von Auffälligkeiten und Defiziten 189
Tabelle 32: Durchschnittliche Dauer des Einholens der Einwilligung in Minuten 193
Tabelle 33: Veränderter Zeitaufwand im Verlauf der Testprüfungen 196
Tabelle 34: Zusätzlicher Zeitaufwand durch Plausibilitätskontrolle (Einschätzung der Prüfer) 197
Tabelle 35: Zeitaufwand einzelner Blöcke im Rahmen der gemeinsamen Beratung (n=34) 199
Tabelle 36: Deskriptive Auswertung der Frage, ob 45 Minuten eine realistische Zeitangabe für die gemeinsame Beratung im Prüfteam darstellen (n=34) 199
Tabelle 37: Deskriptive Auswertung der Frage, ob 30 Minuten eine realistische Zeitangabe für das Abschlussgespräch darstellen (n=34) 200

Tabelle 38: Zeitbedarf einzelner Prüfabschnitte und Gesamtschätzung in Minuten und Personenstunden 203
Tabelle 39: Relativer Erhebungsaufwand für einzelne Qualitätsaspekte 206
Tabelle 40: Zeitaufwand für einzelne Qualitätsaspekte (Prüfer) 211
Tabelle 41: Einschätzung des relativen Zeitaufwandes für die Prüfung der einzelnen Qualitätsaspekte 214
Tabelle 42: Notwendigkeit der Einrichtungen, mehr oder besser qualifiziertes Personal für Prüfungen abzustellen (n=33) 217
Tabelle 43: Szenariorechnung - Zeitbedarf einzelner Prüfabschnitte und Gesamtschätzung in Minuten und Personenstunden für Einrichtungen 218
Tabelle 44: Beurteilung der Qualitätsdarstellung durch die Teilnehmer der Gruppendiskussion (n=6) 247

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispielhafte Darstellung der Prüfergebnisse von drei Einrichtungen 88
Abbildung 2: Durchschnittlicher Pflegegrad aller Bewohner je Einrichtung 130
Abbildung 3: Einschätzung der Prüfer zur Verfügbarkeit der notwendigen Informationen für die Beurteilung der Qualitätsaspekte in den Einrichtungen 153
Abbildung 4: Angaben der Einrichtung zum Vorliegen der erfragten Informationen 155
Abbildung 5: Ergebnisse der Befragung der Prüfer zur Praktikabilität der Plausibilitätskontrollen 162
Abbildung 6: Ergebnisse der Befragung der Einrichtungen zur Praktikabilität der Plausibilitätskontrollen 163
Abbildung 7: Einschätzung der Testprüfer zur Verständlichkeit der Ausfüllhinweise der einzelnen Qualitätsaspekte 171
Abbildung 8: Übersicht über die Mittelwerte der Einschätzung zur Praktikabilität der Beurteilung der Qualitätsaspekte (n=34) 175
Abbildung 9: Übersicht über die Mittelwerte der Einschätzungen der Prüfer bezüglich der Belegbarkeit festgestellter Auffälligkeiten und Defizite bei den einzelnen Qualitätsaspekten 190
Abbildung 10: Durchschnittliche Dauer der bewohnerbezogenen Prüfung nach Prüfdiensten 194
Abbildung 11: Zusammenhang von Pflegegrad und Dauer der bewohnerbezogenen Prüfung 195
Abbildung 12: Relativ geringer Erhebungsaufwand (Werte 1 bis 3) bezogen auf einzelne Qualitätsaspekte 208
Abbildung 13: Relativ hoher Erhebungsaufwand (7 – 9) bezogen auf einzelne Qualitätsaspekte 209
Abbildung 14: Kumulierte Prozentangaben für aufwandsarme und aufwendig zu prüfende Qualitätsaspekte 212
Abbildung 15: Kumulierte Prozentangaben für schnell zu prüfende und aufwendig zu prüfende Qualitätsaspekte aus Einrichtungsperspektive 215
Abbildung 16: Beispielhafte Darstellung der Zusammenfassung der Bewertung der Versorgungsergebnisse 236
Abbildung 17: Beispielhafte Darstellung der Zusammenfassung der Bewertung durch die Qualitätsprüfer 236
Abbildung 18: Beispielhafte Darstellung der Erläuterung zu den Versorgungsergebnissen 238

1. Einleitung

Seit Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre gibt es eine Diskussion um die Frage, mit welchen Methoden, Kriterien und Bewertungsregeln aussagekräftige Qualitätsbeurteilungen für Pflegeeinrichtungen vorgenommen werden sollten. Mit dem 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz schuf der Gesetzgeber verschiedene neue Maßgaben, mit denen ein grundlegender Wandel im Bereich der Qualitätsbeurteilung eingeleitet wurde. Dazu zählen vor allem die Veröffentlichung von Ergebnissen externer Qualitätsprüfungen, sowie die Anforderung, bei Qualitätsbeurteilungen die Ergebnisqualität in den Vordergrund zu stellen. Die Umsetzung erwies sich jedoch als schwierig. Die ersten Versuche, eine neue öffentliche Qualitätsberichterstattung zu etablieren (mit den sog. Pflege-Transparenzvereinbarungen), erwiesen sich als langfristig nicht tragfähige Lösung.

Kurz nach dem Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes hatten das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den Projektauftrag „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ vergeben. Im Rahmen dieses Auftrags wurde in den Jahren 2009 und 2010 ein neuartiger Indikatorenansatz zur Qualitätsbeurteilung geschaffen (Wingenfeld et al. 2011), der in zunächst knapp 50 vollstationären Pflegeeinrichtungen und nach Abschluss des Projekts in weiteren 300 Einrichtungen erfolgreich erprobt wurde. Der mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz formulierte Auftrag, die Bedingungen für die Implementierung einer indikatorengestützten Beurteilung von Ergebnisqualität in den Bereichen externe Qualitätsprüfungen, internes Qualitätsmanagement und auch in der öffentlichen Qualitätsberichterstattung zu schaffen, konnte zunächst jedoch nicht umgesetzt werden.

Mit dem Ende 2015 verabschiedeten Pflege-Stärkungsgesetz (PSG) II entstand eine neue Situation. Das Gesetz schrieb die Einführung eines indikatorengestützten Verfahrens zur Beurteilung von Ergebnisqualität verbindlich fest und formulierte weitere Maßgaben, die eine Revision externer Qualitätsprüfungen im Rahmen des SGB XI und eine Neugestaltung einrichtungsbezogener öffentlicher Qualitätsberichte („Qualitätsdarstellungen“) umfassen.

Damit wurde eine grundlegende, zeitnah anzugehende Weiterentwicklung eingeleitet. Informationsbelange der Leistungsnutzer sollen zukünftig verstärkt berücksichtigt werden. Qualitätsbeurteilungen sollen eine auf Indikatoren gestützte Bewertung von Versorgungsergebnissen einbeziehen, und die externen Qualitätsprüfungen sollen methodisch verbessert werden. Damit werden eine Modifizierung des bisherigen Qualitätsprüfungssystems, insbesondere ein neues Zusammenspiel externer Qualitätsprüfungen und strukturierter einrichtungsinterner Ergebniserfassungen, und auf dieser Grundlage eine Revision der mit den sog. Transparenzberichten begonnenen Veröffentlichung von Qualitätsbeurteilungen erforderlich.

Der Qualitätsausschuss Pflege hat im Herbst 2016 auf der Grundlage der mit dem PSG II geschaffenen Verpflichtungen einen Auftrag 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“ ausgeschrieben. Dieser Projektauftrag umfasst nicht nur die Erstellung von Empfehlungen für die Revision der externen Qualitätsprüfungen, sondern auch für die Neukonzipierung einer öffentlichen Qualitätsberichterstattung im Bereich der stationären Langzeitpflege, womit die in der Fachöffentlichkeit umstrittenen Transparenzberichte abgelöst werden sollen.

Im Januar 2017 erhielten das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und das aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua-Institut) den Zuschlag für die Durchführung dieses Projektauftrags. Entsprechend der von den beiden Instituten entwickelten Arbeitsplanung wurden, den gesetzlichen Vorgaben und der Bitte des Qualitätsausschusses Pflege folgend, innerhalb kürzester Zeit neue Grundlagen für die Qualitätsbeurteilung im Bereich der stationären Pflege entwickelt. Dabei erstreckte sich der Auftrag nicht nur auf die stationäre Langzeitpflege, sondern auch auf die stationäre Kurzzeitpflege und die teilstationäre Pflege. Hier waren Anforderungen und Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, die von denen der stationären Langzeitpflege zum Teil erheblich abweichen. Hinzu kamen umfangreiche Berichtspflichten. So waren innerhalb von neun Monaten drei Zwischenberichte mit Teilergebnissen zu erstellen, einschließlich eines ausdifferenzierten Konzepts für zukünftige Qualitätsprüfungen und die zukünftige Qualitätsdarstellung, die bereits in der zweiten Jahreshälfte 2017 fertigzustellen war.

Der vorliegende Abschlussbericht stellt die Ergebnisse der Entwicklungsarbeiten und die den neuen Konzeptionen zugrunde liegenden inhaltlichen und methodischen Überlegungen vor.

1.1 Aufgabenstellung des Projekts

Die mit dem Projektauftrag initiierte „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“ erfolgte nach den Vorgaben des Qualitätsausschusses Pflege in einem Zeitraum von 16,5 Monaten (Januar 2017 bis Mai 2018). Der Auftrag umfasste mehrere Arbeitspakete mit jeweils spezifischen Aufgabenschwerpunkten, die zum Teil zeitlich parallel bearbeitet wurden.

Zunächst war eine ca. zwei Monate lange Vorbereitungsphase erforderlich, um die nötigen organisatorischen und personellen Voraussetzungen für die Projektdurchführung herzustellen. Die erste Phase der Entwicklungsarbeiten, in der die Inhalte zukünftiger Verfahren der Qualitätsbeurteilung und Qualitätsdarstellung zu entwickeln waren, umfasste vier Monate (März bis Juni 2017). Im Mittelpunkt stand hierbei die Aufgabe, diejenigen Qualitätsaspekte zu bestimmen, die neben den gesundheitsbezogenen Qualitätsindikatoren aus dem erwähnten BMG/BMFSFJ-Projekt zu berücksichtigen sind. Hierbei war auch festzulegen, wie die betreffenden Qualitätsaspekte in die Qualitätsbewertung einfließen.

Ein weiteres Arbeitspaket umfasste die Ausarbeitung eines vorläufigen Konzepts für externe Qualitätsprüfungen und deren Verknüpfung mit dem Indikatorenansatz. Dieses Konzept umfasst die Definition der Informationsgrundlagen, Verfahrensabläufe, Arbeitsschritte, Bewertungsregeln und weitere Feststellungen, die erforderlich sind, um zu einer aussagekräftigen Qualitätsbeurteilung einer Einrichtung zu gelangen, auf deren Grundlage sowohl Prüfbescheide der Pflegekassen als auch öffentliche Qualitätsdarstellungen generiert werden können.

Die Konzipierung einer öffentlichen Qualitätsdarstellung mit Beurteilungen der Qualität einzelner stationärer Pflegeeinrichtungen bildet einen dritten wichtigen Aufgabenschwerpunkt. Qualitätsbewertungen sollen in diesem Rahmen für Pflegebedürftige, deren Angehörige und andere Interessierte transparent gemacht werden, unter anderem um eine informierte Entscheidung bei der Auswahl einer geeigneten Pflegeeinrichtung treffen zu können. Voraussetzung hierfür ist nicht nur die Auswahl relevanter Themen (erstes Arbeitspaket), sondern auch die Definition von Bewertungsregeln und darauf aufbauenden Darstellungsformen. Mit dem PSG II regt der Gesetzgeber den Einbezug der Ergebnisse des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in die Qualitätsprüfung und die Darstellung der Qualität an (§ 113 Abs. 1a SGB XI). Um diese Indikatoren sowie auch neue Inhalte, die aus Nutzerperspektive von Interesse sind, in eine konsistente, verständliche, übersichtliche und vergleichbare Qualitätsdarstellung einzubinden, bedarf es einer grundlegenden Überarbeitung der bislang genutzten Bewertungsansätze und Darstellungsformen.

Ein viertes Aufgabenpaket umfasste die Formulierung ergänzender oder alternativer Vorschläge für die Qualitätsmessung und -darstellung in teilstationären Einrichtungen und der Kurzzeitpflege sowie die Überprüfung der Frage, inwieweit gesonderte Formen der Qualitätsmessung und -darstellung für die Versorgung von Personen mit besonderen Bedarfskonstellationen erforderlich sind. Zu diesem Zweck war die Übertragbarkeit der Inhalte, Methoden und Verfahrensweisen, die für die stationäre Langzeitpflege entwickelt wurden, auf die teilstationäre Pflege, die Kurzzeitpflege und Personengruppen mit besonderem Bedarf zu überprüfen.

Im weiteren Verlauf der Entwicklungsarbeiten waren Vorschläge zur Spezifizierung eines bundesweiten, EDV-gestützten Verfahrens zur Datenübermittlung zu formulieren (fünftes Aufgabenpaket). Die empfohlenen Spezifikationen umfassen die Festlegungen, welche Daten für die Qualitätsbeurteilung erhoben und wie sie an welche Stelle übermittelt werden müssen, sowie welche Prüfalgorithmen dabei zur Anwendung kommen (z. B. für Plausibilitätsprüfungen) und wie Daten, soweit notwendig, zu verschlüsseln und/oder zu pseudonymisieren sind.

Das sechste Arbeitspaket schließlich umfasste praktische Testungen des neuen Prüfverfahrens unter Einbeziehung der Verknüpfung von Indikatorenansatz und externer Prüfung. Die Testung diente dazu, die Praktikabilität und die Erfüllung grundlegender Gütekriterien zu beurteilen und Hinweise auf empfehlenswerte Modifikationen zu erhalten.

1.2 Projektverlauf

Plangemäß haben das IPW und das aQua-Institut am 2. Januar 2017 die notwendigen Vorbereitungen zur Bearbeitung des Projekts „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“ aufgenommen. Die *konstituierenden Vorarbeiten* für die Projektdurchführung begannen unmittelbar nach Zuschlagserteilung und erstreckten sich auf rund zwei Monate Dauer. Sie umfassten die Personalrekrutierung, die Einrichtung der internen Projektgremien, den Aufbau projektinterner Arbeitsstrukturen, die Verteilung der Aufgaben und Arbeitspakete und Absprachen mit dem Auftraggeber zur Etablierung funktionaler Kommunikationsstrukturen und zur Konstituierung von projektbegleitenden Gremien.

Mit den *Recherchen* zur Identifizierung von Qualitätsaspekten, die zukünftig bei externen Prüfungen und in einrichtungsindividuellen Qualitätsdarstellungen ggf. zu berücksichtigen sind, wurde Anfang Februar 2017 begonnen. Ergänzende Recherchen zu Qualitätsdarstellungen wurden kurz darauf eingeleitet. Die Aufarbeitung der Ergebnisse für die Prüfinhalte wurde Anfang Juni abgeschlossen, wobei Teilergebnisse bereits Anfang April vorlagen und mit den Expertengruppen diskutiert wurden.

Die Teilnehmergewinnung für die Expertengruppen „Prüfdienste“ und „Nutzerperspektive“ war Ende März abgeschlossen. Die Rekrutierung der Teilnehmer der Expertengruppe „Selbstverwaltung“ wurde Ende April abgeschlossen. Bis Mitte des Jahres 2017 wurden mit den Expertengruppen insgesamt fünf Sitzungen abgehalten. Die Beratungen wurden ergänzt durch eine formale Bewertung der Relevanz der Qualitätsaspekte sowie ihrer Eignung für die Qualitätsdarstellung durch alle genannten Expertengruppen.

Mit der Rekrutierung der Teilnehmer für die Workshops zu den Anforderungen an die IT-technische Umsetzung wurde Ende Mai begonnen. Die Vorbereitung der praktischen Testungen setzte ebenfalls noch in der ersten Jahreshälfte ein. Mehrere MDK sowie der PKV-Prüfdienst hatten ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme erklärt.

Zum 30. Juni 2017 wurde plangemäß der erste Zwischenbericht vorgelegt. Es folgte die konstituierende Sitzung des Steuerungskreises zum Projekt am 6. Juli 2017.

Die Projektarbeiten und Beratungen zur Entwicklung der verschiedenen Konzeptbausteine für ein neues Prüfverfahren und eine neue Form der Qualitätsdarstellung setzten aufgrund des hohen Zeitdrucks bereits vor der Abgabe des Zwischenberichts ein. Die Beratungen mit den Expertengruppen wurden bruchlos weitergeführt. Insgesamt gab es bis zum Abschluss des zweiten Zwischenberichts am 15. September 2017 elf weitere Experten- bzw. Gruppentreffen. Zu den Gruppentreffen zählte auch die Testung von Bausteinen der Qualitätsdarstellungen.

Tabelle 1: Übersicht zu den Beratungen der verschiedenen Expertengruppen

Workshop	Zeitraum/Termin
1. Workshop der Expertengruppe Prüfdienste	03. April 2017
1. Workshop der Expertengruppe Nutzerperspektive	05. April 2017
2. Workshop der Expertengruppe Nutzerperspektive	08. Mai 2017
1. Workshop der Expertengruppe Selbstverwaltung	15. Mai 2017
2. Workshop der Expertengruppe Prüfdienste	22. und 23. Mai 2017
3. Workshop der Expertengruppe Nutzerperspektive	28. Juni 2017
3. Workshop der Expertengruppe Prüfdienste	07. Juli 2017
2. Workshop der Expertengruppe Selbstverwaltung	12. Juli 2017
4. Workshop der Expertengruppe Nutzerperspektive	07. August 2017
4. Workshop der Expertengruppe Prüfdienste	18. August 2017
1. Workshop zur IT-technischen Umsetzung aus Sicht der Pflegeheime	01. August 2017
2. Workshop zur IT-technischen Umsetzung aus Sicht der Prüfdienste	02. August 2017
5. Workshop der Expertengruppe Prüfdienste	24. und 25. August 2017
5. Workshop der Expertengruppe Nutzerperspektive	29. August 2017
3. Workshop der Expertengruppe Selbstverwaltung (IT-technische Umsetzung)	01. September 2017
4. Workshop der Expertengruppe Selbstverwaltung	04. September 2017
1. Testung der öffentlichen Qualitätsdarstellung	04. September 2017
5. Workshop der Expertengruppe Selbstverwaltung	13. November 2017
6. Workshop der Expertengruppe Prüfdienste	17. November 2017
Fortsetzung des 5. Workshops der Expertengruppe Selbstverwaltung	07. Dezember 2017
7. Workshop der Expertengruppe Prüfdienste	19. Dezember 2017
Workshop der Expertengruppe Testprüfer	21. März 2018
8. Workshop der Expertengruppe Prüfdienste	25. April 2018
6. Workshop der Expertengruppe Nutzerperspektive	26. April 2018
2. Testung der öffentlichen Qualitätsdarstellung	07. Mai 2018

Wie die dichte Abfolge der Expertentreffen erahnen lässt, erfolgten die Entwicklungsarbeiten in enger Verknüpfung mit den Expertenberatungen. Zwischenergebnisse oder einzelne Konzeptbausteine wurden in den Expertengruppen zur Diskussion gestellt und unter Berücksichtigung der Diskussionsergebnisse weiterentwickelt. Hierbei erwiesen sich die Empfehlungen der Experten erwartungsgemäß als uneinheitlich. Im Unterschied zum Prozess der Auswahl relevanter Qualitätsaspekte kam es bei verschiedenen methodischen Fragen nicht dazu, dass die beiden Institute aus den Empfehlungen der Experten eine klare Tendenz in den zur Entscheidung stehenden Fragen ableiten konnten. Ergänzt wurden die Beratungen in den Expertengruppen durch mehrere Experteninterviews, mit denen eine Konkretisierung von Prüffragen und prüfmethodischen Vorgehensweisen angestrebt wurde.

Im Wechselspiel zwischen Expertengesprächen und Entwicklungsarbeiten wurde der Entwurf eines Gesamtkonzepts für das Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung erarbeitet, einschließlich der Prüfinstrumente, der Verfahrensbeschreibung und der für die Verfahrensbeschreibung wichtigen

Prozessdefinitionen. Parallel dazu erfolgte die Gewinnung von Einrichtungen und Prüfdiensten für die geplante Validierung.

Der zweite Zwischenbericht wurde dem Auftraggeber Mitte September vorlegt. Auf Bitte verschiedener Personen bzw. Institutionen, die im Steuerungskreis vertreten sind, erfolgte kurzfristig eine Erläuterung und Bearbeitung verschiedener inhaltlicher Punkte, die sich zum Teil als aufwändig erwiesen. Der entsprechende Sonderbericht des IPW und des aQua-Instituts wurde an die Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege Anfang Dezember 2017 übermittelt.

Unmittelbar nach der Abgabe des zweiten Zwischenberichtes begann die Prüfung der Notwendigkeit, ergänzende bzw. alternative Vorschläge für die Qualitätsmessung und -darstellung in teilstationären Einrichtungen, in der Kurzzeitpflege und in der Versorgung von Bewohnern mit besonderen Versorgungsbedarfen zu erarbeiten. Hierzu wurde die aktuelle Literatur analysiert, die sich mit diesen Versorgungsformen in Deutschland beschäftigt. Außerdem erfolgte eine spezifische Recherche nach Materialien, die über die in anderen Ländern – besonders in Großbritannien und USA – diskutierten fachliche Anforderungen und Qualitätskriterien Auskunft geben. Der im zweiten Zwischenbericht dargelegte Entwurf des Gesamtkonzeptes, v.a. die Qualitätsaspekte, sowie die Empfehlungen aus der Literaturanalyse, bildeten die Grundlage für die anschließende Beratung mit den Expertengruppen. In den Expertengruppen wurden die Empfehlungen zu ergänzenden bzw. alternativen Vorschlägen präsentiert und diskutiert. Diese Entwicklungsarbeit und deren Ergebnisse sind Inhalt des dritten Zwischenberichts.

Parallel zur Erarbeitung der Vorschläge für teilstationäre Einrichtungen, für die Kurzzeitpflege und für Einrichtungen mit Bewohnern mit besonderen Versorgungsbedarfen erfolgten verschiedene Arbeiten in Vorbereitung auf die im Januar beginnende Validierung des entwickelten Prüfverfahrens. Hierzu zählen u.a. der Abschluss der Rekrutierung von Einrichtungen und Prüfdiensten, die an den Testprüfungen teilnehmen, die Absprache und Klärung vieler Formalitäten (z. B. Einverständniserklärung der Bewohner), die Vorbereitung der Schulungen der Prüfer und der notwendigen Unterlagen sowie die methodischen Vorbereitungen zur Validierung. Die Schulungen der Prüfer zur Vorbereitung der Testung des Prüfverfahrens begannen am 15. Januar 2018, d. h. an jenem Tag, an dem auch der dritte Zwischenbericht vorzulegen war. Die umfangreichen, abschließenden Vorbereitungen der Schulungsmaßnahmen fielen also zusammen mit der Fertigstellung des dritten Zwischenberichts.

Der Entwurf eines Gesamtkonzepts für das Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung wurde seit dem zweiten Zwischenbericht, auch unter Berücksichtigung der Hinweise des Auftraggebers, weiterentwickelt und mit Blick auf die anstehenden Schulungen der Prüfer für die Testprüfungen präzisiert. Diese Weiterentwicklungen und Präzisierungen erfolgten unter Berücksichtigung weiterer Diskussionen mit den Expertengruppen (vgl. Tabelle 1). Schwerpunkte waren die Verfahrensbeschreibung, der Prüfbogen und Ausfüllhinweise sowie die Bewertungssystematik.

Nach Abschluss von drei Schulungsveranstaltungen für die beteiligten Prüfer folgten bis Ende Februar 2018 insgesamt 38 Testprüfungen. Die Prüfer und Vertreter der an der Erprobung beteiligten Einrichtungen füllten nach Abschluss der Prüfung Fragebögen zum organisatorischen Ablauf und weiteren Aspekten des neuen Prüfverfahrens aus. Das umfangreiche Material wurde nach Abschluss der Testprüfungen ausgewertet, um weiteren Anpassungs- und Präzisierungsbedarf der Verfahrensbeschreibung, des Prüfbogens und der Ausfüllhinweise zu identifizieren.

Erste Ergebnisse dieser Auswertungen wurden in einem Workshop mit Vertretern der Prüfdienste am 21. März 2018 reflektiert. Der Workshop diente u.a. dazu, ein abschließendes Feedback der beteiligten Prüfer zu gewinnen.

Die jeweils letzten Workshops der Expertengruppen Prüfdienste und Nutzerperspektive erfolgten Ende April. Mit den Experten der Prüfdienste wurden die bis dahin gewonnenen Erkenntnisse und die daraus abgeleiteten Anpassungen und Überarbeitungshinweise zum Prüfverfahren diskutiert. Mit den Experten der Nutzerperspektive wurde am letzten Termin vorrangig die abschließende Ausgestaltung der Qualitätsdarstellung besprochen. Am 7. Mai 2018 folgte eine zweite Testung unter Mitwirkung von Vertretern der Landesseniorenvertretung NRW und der Seniorenbeiräte einzelner Kommunen. Auf die Durchführung einer weiteren Sitzung der Expertengruppe Selbstverwaltung wurde verzichtet, da ein zusätzlicher Beratungstermin mit dem projektbegleitenden Steuerungskreis vereinbart worden war, in dem die meisten der auch in der Expertengruppe vertretenen Organisationen mitwirkten.

Nach dem Auslaufen der Expertengruppen wurden die im Verlauf der Beratungen formulierten Empfehlungen, Anregungen und Hinweise geprüft und zum Teil in die abschließende Bearbeitung der neuen Konzeptionen für Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung einbezogen.

1.3 Inhalt und Aufbau des vorliegenden Berichts

Der vorliegende Abschlussbericht führt die in den drei Zwischenberichten enthaltenen Arbeitsergebnisse zusammen. Teilweise handelt es sich um erläuternde Texte, Definitionen, Beschreibungen usw., die im Zuge der Weiterentwicklung des Prüfinstrumentariums angepasst wurden. Manche Teile wurden, wenn es keinen neuen Sachstand gab, unverändert übernommen, wenn dies zur Vervollständigung der Darstellung der Arbeitsergebnisse erforderlich erschien. Es wurde jedoch darauf verzichtet, die Ausführungen aus den drei Zwischenberichten, die ja zum Teil vorläufige Ergebnisse enthielten, in Gänze aufzunehmen. Vielmehr werden die relevanten Teilergebnisse in zusammenfassender Form dargestellt. Eine Ausnahme bildet ein Kapitel aus dem zweiten Zwischenbericht zur Datenaufbereitung und Datenübermittlung, das für die Schaffung wichtiger struktureller Voraussetzung für das künftige System der Qualitätsbeurteilung wichtig ist. Diese Ausführungen sind als Anhang 6 beigefügt.

Der vorliegende Bericht enthält weitere Anhänge. Sie umfassen zum Teil komplexe, in sich geschlossene Materialien, die in ihrer Gesamtheit das Instrumentarium bilden, das für das neue Prüfverfahren, die Umsetzung der indikatorengestützten Beurteilung von Ergebnisqualität und die öffentliche Qualitätsdarstellung benötigt wird.

2. Definition der prüfrelevanten Qualitätsaspekte

Die wichtigste Aufgabe in der ersten Projektphase bestand darin, diejenigen Themen und Inhalte auszuwählen, die neben den Indikatoren für Ergebnisqualität zukünftig im Rahmen von Qualitätsbeurteilungen und öffentlichen Qualitätsdarstellungen berücksichtigt werden sollen. Ihre Erarbeitung geschah in Form eines mehrstufigen Prozesses, in dem immer wieder eine Rückkopplung mit den im Projekt beteiligten Expertengruppen erfolgte (vgl. Kapitel 1.2).

Eine erste Auswahl wurde im Rahmen einer umfassenden Literatur- und Materialanalyse anhand verschiedener Methoden und Kriterien vorgenommen (vgl. erster Zwischenbericht). Zunächst war die Relevanz der identifizierten Themen und Inhalte zu beurteilen[1]. Im weiteren Verlauf war zu überprüfen, ob die jeweiligen Qualitätsaspekte anhand der in Betracht kommenden Methoden tatsächlich, wie angenommen, erfasst, dargestellt und bewertet werden können. Besonders durch die Beratungen mit den Expertengruppen veränderte sich das ursprüngliche Spektrum der Inhalte stetig. Nicht nur die Qualitätsaspekte änderten sich (im Sinne der Erweiterung oder Reduzierung von Inhalten), ihre Definitionen wurden teilweise auch präzisiert und es erfolgte eine nähere Bestimmung der Art und Weise, wie ein bestimmter Qualitätsaspekt im Rahmen von Prüfungen oder einer öffentlichen Qualitätsberichterstattung aufgegriffen werden sollte. Ebenfalls war zu prüfen, ob die vorgenommene Abgrenzung von Qualitätsaspekten mit verwandten Inhalten auf der Ebene der praktischen Umsetzung tragfähig ist.

Im Verlauf dieses Prozesses ergaben sich verschiedene Anpassungen, die mit den folgenden Ausführungen zusammenfassend dargestellt werden sollen.

[1] Die Bewertung der Relevanz der Qualitätsaspekte durch die beteiligten Experten erfolgte zum Abschluss der ersten Projektphase in einem formalen Verfahren. Das Ergebnis fiel, wie nicht anders zu erwarten, in den Expertengruppen nicht einheitlich aus. Charakteristisch waren Konstellationen, in denen ein Qualitätsaspekt von zwei Expertengruppen als eindeutig relevant, von der dritten aber in der Gesamtbewertung als „fraglich relevant“ bewertet wurde. Auch andere Kombinationen kamen vor. Qualitätsaspekte, bei denen es zu einer einheitlichen Bewertung aus der Sicht der Expertengruppen kam, waren in der Minderheit. Aufgrund dieser Heterogenität war das abschließende Votum der Experten in der Zusammenführung als Tendenz zu bezeichnen, die manchmal stärker, manchmal weniger stark ausgeprägt war. Bei einzelnen Qualitätsaspekten war es daher erforderlich, dass die beiden Institute in Kenntnis der Gesamtheit der Bewertungen, aber auch in Kenntnis der Argumentation, die im Rahmen der Expertengruppensitzungen formuliert worden waren oder aber auch als Kommentare bei der Online-Bewertung eingebracht wurden, abwägen und entscheiden mussten, weil eine klare Richtung in den Expertenwertungen nicht erkennbar war. In den meisten Fällen jedoch war die Tendenz in den Voten der Experten so eindeutig, dass diese Abwägung nicht erforderlich wurde.

2.1 Grundsätze

Die Sachverhalte, die Gegenstand einer Qualitätsbeurteilung sind, wurden im vorliegenden Projekt als *Qualitätsaspekte* bezeichnet (z. B. Unterstützung im Bereich der Mobilität). Qualitätsaspekte sind relativ umfassende Sachverhalte, die verschiedene Teilaspekte einschließen. Die Qualitätsaspekte sind also die Einheit, auf die sich Bewertungen beziehen.

Zu berücksichtigen ist hierbei, dass es sich um Sachverhalte und nicht um Kriterien handelt. Ein Sachverhalt kann mit Hilfe bestimmter Kriterien beurteilt werden, ist aber selbst kein Qualitätskriterium. Es ist auch nicht so, dass ein Sachverhalt stets nur mit einem Kriterium zu bewerten ist. Bei vielen der im Folgenden diskutierten Qualitätsaspekte kommen für den Zweck der Qualitätsbeurteilung mehrere Kriterien in Betracht. Die Bestimmung dieser Kriterien betrifft im Wesentlichen methodische Fragen, weniger die Relevanz eines Themas. Dies zu unterscheiden ist wichtig, da es vorkommen kann, dass relevante Sachverhalte unberücksichtigt bleiben müssen, weil sie sich mit den Mitteln, die im Rahmen einer externen Prüfung oder eines Indikatorenansatzes zur Verfügung stehen, nicht greifen lassen.

Bei der Definition der zu bewertenden Sachverhalte (und der Regeln, nach denen sie zu bewerten sind) galt durchgängig der Grundsatz, dass sich Qualitätsbeurteilungen auf den *Einflussbereich der Einrichtungen* beschränken müssen. Die Versorgungsrealität ist durch vielfältige Einflüsse von Faktoren unterschiedlichster Art gekennzeichnet, auf die eine Einrichtung nicht einwirken kann. Es war für jeden Qualitätsaspekt abzuwägen, wo ein maßgeblicher pflegerischer Einfluss bzw. ein maßgeblicher Einfluss der Einrichtung vorliegt. Sachverhalte beispielsweise, die in erster Linie durch ärztliches Handeln geprägt sind, können nicht genutzt werden, um Aussagen über die Qualität einer Einrichtung zu machen. Dies gilt für Qualitätsindikatoren ebenso wie für externe Qualitätsprüfungen.

Die für Qualitätsbeurteilungen relevanten Sachverhalte können auf unterschiedliche Art und Weise in das Gesamtsystem integriert werden. Im Rahmen des neuen Ansatzes sind vier Spezifizierungen vorgesehen:

- *Einrichtungsbezogene Informationen*, die für die Beurteilung von Qualität Bedeutung haben, die jedoch nicht einer regelgeleiteten Bewertung unterzogen werden
- Sachverhalt, der auf der *Ebene der individuellen Bewohnerversorgung* beurteilt werden soll (Prüfung beim Bewohner)
- Sachverhalte, die auf der *Organisationsebene (Aufbau- und Ablauforganisation)* zu beurteilen sind
- *Fachliche und methodische Grundlagen*, die nicht wie andere Sachverhalte für sich genommen bewertet werden sollen, sondern die erst im Fall der Feststellung von Qualitätsdefiziten thematisiert werden sollen.

Diese Spezifizierung hat für den Aufbau des Prüfverfahrens und die Qualitätsdarstellung eine wichtige Bedeutung. Nicht bewertete Sachverhalte beispielsweise werden als Information in größerem Umfang in die öffentliche Qualitätsdarstellung aufgenommen als bisher. Fachliche und methodische Grundlagen wie z. B. Einschätzungsinstrumente oder Verfahrensregelungen werden nicht mehr isoliert, sondern im Zusammenhang mit der individuellen Versorgung der mit der Stichprobe erfassten Bewohner beurteilt. Für den Fall also, dass bei der Prüfung eines bestimmten Qualitätsaspekts (beispielsweise Dekubitusprophylaxe) Schwachstellen festgestellt wurden, sind auch die fachlichen Grundlagen zu beurteilen, die möglicherweise für diese Schwachstellen eine Bedeutung haben – etwa eine fehlerhafte Risikoeinschätzung. Die gewählte Methode der Risikoeinschätzung wird aber nicht für sich genommen, also losgelöst vom individuellen Versorgungsprozess beurteilt. Gleiches gilt für Versorgungskonzepte, die Dokumentation des Pflegeprozesses oder die Biografieerfassung. Damit rücken die tatsächlichen Versorgungsprozesse in den Mittelpunkt der Qualitätsbeurteilung.

2.2 Strukturierung der Qualitätsbereiche

Im Rahmen der ersten Projektphase wurde eine erste, vorläufige Unterscheidung von Qualitätsbereichen vorgenommen. Sie war Grundlage für die inhaltliche Zuordnung der Ergebnisse aus der Literaturanalyse und zugleich für die Beratungen in den Expertengruppen. Es handelte sich um eine eher pragmatische Lösung, die sich an Ordnungskriterien orientierte, die in anderen Ländern im Zusammenhang mit Qualitätsbeurteilungen geläufig sind, insbesondere an der Diskussion und Entwicklung in Großbritannien (vgl. erster Zwischenbericht). Mit dieser ersten, vorläufigen Gliederung wurden die folgenden neun Qualitätsbereiche unterschieden:

1. Auswahl der Einrichtung und Heimeinzug
2. Gesundheitliche Versorgung und soziale Unterstützung
3. Konzeptionelle Grundlagen, Methoden und Instrumente
4. Alltagsleben und Förderung sozialer Kontakte der Bewohner
5. Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit
6. Materielle und räumliche Umgebung
7. Personelle Voraussetzungen und Arbeitsorganisation
8. Management
9. Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement

Im weiteren Verlauf der Arbeiten erfuhr diese Struktur mehrfach Modifikationen. Diese Modifikationen wurden aus mehreren Gründen erforderlich. Im Verlauf der inhaltlichen Präzisierungen und der Diskussionen in den Expertengruppen wurde die Anzahl der zur Diskussion gestellten Qualitätsaspekte deutlich reduziert. Im Ergebnis umfassten einige der ursprünglich ins Auge gefassten Qualitätsbereiche nur noch wenige Inhalte. Es stellte sich damit die Frage, ob es angezeigt ist, für eine sehr geringe Zahl an Qualitätsaspekten einen eigenständigen Qualitätsbereich zu reservieren.

Im Verlauf der Beratungen in den Expertengruppen wurde darüber hinaus ein wichtiger konzeptioneller Eckpunkt für zukünftige Qualitätsbeurteilungen und Qualitätsdarstellungen festgelegt: Sachverhalte, die allgemeine Grundlagen der Sicherstellung von Qualität in der pflegerischen Versorgung darstellen, sollten nach den Ergebnissen der Beratungen im Rahmen von externen Prüfungen zwar weiterhin betrachtet werden, allerdings nicht mehr isoliert von tatsächlichen, individuellen Versorgungsprozessen. Dies betraf beispielsweise die Frage, ob Einrichtungen mit geeigneten Einschätzungsinstrumenten arbeiten. Den Empfehlungen der Expertengruppen zufolge sollten fachliche und methodische Grundlagen dieser Art berücksichtigt, aber nicht mehr für sich genommen bewertet werden. Dies führte u. a. dazu, dass der ursprüngliche Qualitätsbereich 3 „Konzeptionelle Grundlagen, Methoden und Instrumente“ nicht mehr länger dem Kanon der systematisch zu bewertenden Qualitätsaspekte zugehörig sein konnte und aus der ursprünglichen Liste der Qualitätsbereiche ausschied.

Schließlich trug auch der Grundsatz, dass nicht die Prüfung allgemeiner Merkmale der Aufbau- und Ablauforganisation, sondern möglichst die individuelle Bewohnerversorgung im Vordergrund des Prüfgeschehens stehen sollte, zu einer Reorganisation der einzelnen Qualitätsbereiche bei.

Aus diesen und einigen weiteren Gründen wurde zum Abschluss der ersten Projektphase eine neue modifizierte Struktur vorgestellt, in der für externe Qualitätsprüfungen nur noch fünf Bereiche explizit zu bewertender Qualitätsaspekte vorgesehen waren:

1. Unterstützung beim Übergang in die stationäre Langzeitpflege
2. Gesundheitliche Versorgung und soziale Unterstützung
3. Alltagsleben und Förderung sozialer Kontakte der Bewohner
4. Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit
5. Personelle Voraussetzungen, Arbeitsorganisation, Management und Qualitätsmanagement

Es zeigte sich allerdings, dass die einzelnen Qualitätsbereiche nach wie vor sehr ungleich gewichtet waren. So war ein Großteil, der für die individuelle Bewohnerversorgung wichtigen Kriterien, dem Qualitätsbereich „Gesundheitliche Versorgung und soziale Unterstützung“ zugeordnet. Vor diesem Hintergrund wurde im Verlauf der Beratungen mit den Expertengruppen deutlich, dass eine erneute Revision der Bereichsdefinitionen angezeigt war. Durch verschiedene inhaltliche Veränderungen verlor die Gliederung außerdem an Konsistenz. Insbesondere aus der Expertengruppe mit Vertretern der Prüfdienste wurde angemerkt, dass sie keine gute Grundlage für die fachliche Orientierung der Prüfer (aber auch anderer Personen, die mit Qualitätsbeurteilungen zu tun haben), sein konnte. Weitere Veränderungen ergaben sich durch die abschließende, auf der Basis von Erprobungsergebnissen vorgenommene Modifikation des Prüfverfahrens und die darin berücksichtigten Qualitätsaspekte.

Somit entstand die nachfolgend dargestellte Struktur der im neuen Prüfverfahren berücksichtigten Qualitätsaspekte. Sie unterscheidet insgesamt sechs Bereiche:

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

Zum besseren Verständnis sei diese Bereichsunterteilung kurz erläutert:

- *Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung*: Diesem ersten Bereich sind Themen zugeordnet, die im Rahmen der individuellen Bewohnerversorgung im Vordergrund stehen. Die Zuordnung orientierte sich an den pflegerischen Problemlagen, die in den Modulen 1 und 4 des seit Anfang 2017 eingesetzten neuen Begutachtungsinstruments zugeordnet sind. Dazu gehören die Unterstützung im Bereich der Mobilität, die Unterstützung im Bereich der Ernährung und die Unterstützung bei Kontinenzverlust sowie die Körperpflege. In diesem Bereich geht es vorrangig darum, ob eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt ist und ob, analog zur Ausrichtung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, erkennbar ist, dass der Erhalt und die Förderung von Selbstständigkeit im Rahmen der Pflege berücksichtigt werden.

- *Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:* Auch die Definition dieses Bereichs orientiert sich am neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und am neuen Begutachtungsverfahren (Modul 5). Die übergeordnete Frage lautet hier, inwieweit die Einrichtung ihre Bewohner in geeigneter Form bei der Bewältigung bestimmter krankheits- und therapiebedingter Anforderungen und Belastungen unterstützt. Dementsprechend finden sich in diesem Bereich alle Themen, die der sogenannten Behandlungspflege zugeordnet werden können.

- *Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte*: Dieser Bereich nimmt insbesondere Bezug auf Modul 6 des neuen Begutachtungsverfahrens. Dementsprechend wurden hier Themen wie Sicherstellung der nächtlichen Versorgung, Integration von Bewohnern im Rahmen von Beschäftigungsangeboten, Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und Kommunikation zugeordnet. Die übergeordnete Fragestellung lautet, ob die Einrichtung entsprechend der individuellen Bedarfslagen des Bewohners bei der Gestaltung des Alltagslebens und der Förderung der sozialen Kontakte geeignete Hilfe leistet.
- *Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen*: In diesem Bereich sind verschiedene Konstellationen zusammengefasst, die nicht bei allen Bewohnern und auch nicht in allen Versorgungssituationen zu berücksichtigen sind. Dazu gehört beispielsweise die Überleitung bei Krankenhausaufenthalten, die Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhal-

ten, die Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug sowie der Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen.

- *Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen*: Diesem Bereich sind jene Aspekte zugeordnet, die unabhängig von der konkreten Ausprägung des individuellen Hilfebedarfs von Bewohnern bei der Durchführung pflegerischer Maßnahmen zu beachten sind. Dazu gehört der Umgang mit Risiken und Gefährdungen. Dazu gehört auch die allgemeine Anforderung, eine an lebensgeschichtlich bedeutsamen Situationen ausgerichtete Versorgung zu gewährleisten, wenn dies im Einzelfall angezeigt erscheint (biografieorientierte Unterstützung). Auch die Einhaltung von Hygieneanforderungen und der Einsatz von Hilfsmitteln sowie der Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit sind hier zugeordnet.

- *Organisationsaspekte und internes Qualitätsmanagement*: Dieser letzte Bereich umfasst Sachverhalte, die auf der Ebene der Struktur- und Ablauforganisation zu prüfen sind. Im Vordergrund steht dabei die Frage, ob elementare Voraussetzungen der pflegerischen Versorgung sichergestellt sind und inwieweit die Einrichtung ein internes Qualitätsmanagement aufweist, das eine sichere, bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung fördert. Aufgenommen wurde hier auch die Begleitung sterbender Heimbewohner, die nicht wie andere Qualitätsaspekte auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung beurteilt werden kann.

Die Bereichsunterteilung orientiert sich an der Struktur des neuen Begutachtungsassessments bzw. der mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vorgenommenen Unterscheidung von Problemlagen und ermöglicht damit eine stärkere Harmonisierung des Prüfgeschehens mit anderen Entwicklungen und pflegerischen Handlungsfeldern. Am deutlichsten zeigt sich dies am Beispiel der Pflegedokumentation. Da sowohl das neue Prüfverfahren als auch das sogenannte Strukturmodell, das inzwischen in vielen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen genutzt wird, das neue Begutachtungsassessment zum Bezugspunkt haben, besteht keine vollständige, aber doch eine weitgehende Übereinstimmung bei der inhaltlichen Zuordnung, sodass bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen praktische Erleichterungen zu erwarten sind. Die Bezugnahme auf den Pflegebedürftigkeitsbegriff bietet außerdem eine gute Grundlage, um die neuen Prüfsysteme in der stationären und ambulanten Versorgung besser miteinander zu verzahnen, aber auch die Besonderheiten der Kurzzeit- und teilstationären Pflege zu berücksichtigen, ohne eine komplett andere Gliederungsform zugrunde zu legen. Die in den genannten Bereichen angesprochenen fachlichen Anforderungen und Bedarfskonstellationen für die pflegerische Versorgung sind in allen Versorgungsbereichen relevant. Zu unterscheiden ist dann nur, inwieweit – z. B. im Falle der Tagespflege – der Versorgungsauftrag der Einrichtung begrenzt ist.

Schließlich werden durch die Bezugnahme auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff bestimmte Zielsetzungen der pflegerischen Versorgung akzentuiert. Dazu zählt insbesondere das Ziel des Erhalts von Selbständigkeit im Lebensalltag. Damit wiederum ergeben sich Schnittmengen mit den im Jahr 2017 einsetzenden Bemühungen zur qualitativen Weiterentwicklung pflegerischer Konzepte. Diese

Bemühungen wurden bzw. werden vom Bundesministerium für Gesundheit koordiniert und umfassen u. a. Beratungen, in die wichtige Entscheidungsträger, aber auch Mitarbeiter aus den Einrichtungen eingebunden sind.

Das IPW und das aQua-Institut empfehlen dem Qualitätsausschuss Pflege, den Gedanken, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff als gemeinsamen Bezugspunkt der aktuellen Entwicklungsarbeiten in verschiedenen Handlungsfeldern zu nutzen, aufzugreifen und in den vom Qualitätsausschuss verantworteten Prozessen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu verankern.

2.3 Für die Prüfung empfohlene Qualitätsaspekte

Die während der ersten Projektphase in Betracht gezogenen Qualitätsaspekte wurden im Zuge der Entwicklungsarbeiten mehrfach neu geordnet, modifiziert und zum Teil miteinander verknüpft bzw. einem anderen oder mehreren anderen Aspekten zugeordnet. Darüber hinaus wurden einzelne Qualitätsaspekte nicht mehr für eine externe Prüfung empfohlen. Schließlich wurden auch neue Aspekte aufgenommen.

Die finale Definition der Sachverhalte, die im Rahmen externer Prüfungen beurteilt werden sollen, umfasst folgende Qualitätsaspekte:

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung
1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität
1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Bereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
2.1 Medikamentöse Therapie
2.2 Schmerzmanagement
2.3 Wundversorgung
2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen
2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Bereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte
3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung
3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation
3.3 Nächtliche Versorgung

Bereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

4.3 Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Bereich 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen

5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen

5.2 Biografieorientierte Unterstützung

5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen

5.4 Hilfsmittelversorgung

5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

Bereich 6: Organisationsaspekte und internes Qualitätsmanagement

6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung

6.2 Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen

6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Zur konkreten Definition dieser Aspekte wird auf das Prüfinstrumentarium (Prüfbogen und Ausfüllanleitung verwiesen).

Auf Vorschlag der Prüfdienste wurde außerdem eine Kategorie „Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen“ aufgenommen. Dieser Vorschlag wurde aufgrund der Erfahrung formuliert, dass im Rahmen der Testprüfungen nicht alle Sachverhalte, die die Prüfer feststellen konnten, der mit dem Prüfkatalog gegebenen Struktur zuzuordnen waren. Zu diesen Situationen kam es häufiger im Bereich der Behandlungspflege. So sind nicht alle Maßnahmen der Behandlungspflege explizit als Gegenstand der Qualitätsbeurteilung vorgesehen. In Einzelfällen kann es daher dazu kommen, dass die Prüfer eine unter Qualitätsgesichtspunkten problematische Situation antreffen, dann aber nicht die Möglichkeit haben, auf dieses Problem innerhalb der vorgegebene Themenstruktur hinzuweisen. Ergänzend zu den genannten Qualitätsaspekten und -bereichen gibt es im Prüfbogen somit diese „Restkategorie“, die für die öffentliche Qualitätsdarstellung keine Funktion hat, die jedoch im Einzelfall ermöglicht, schwerwiegende Qualitätsprobleme zu dokumentieren, auch wenn sie sich nicht dem vorgegebenen Raster zuordnen lassen, und sie damit für den Prüfbescheid der Pflegekassen nutzbar zu machen. Die Prüfer sind allerdings gehalten, diese Kategorie nur dann zu nutzen, wenn mit dem betreffenden Sachverhalt erhebliche Risiken für den Bewohner verbunden sind oder bereits eine Schädigung des Bewohners eingetreten ist oder angezeigt ist, das Problem im Rahmen der Beratung durch den Prüfdienst zu thematisieren.

2.4 Übersicht über wichtige inhaltliche Anpassungen

Verschiedene Qualitätsaspekte wurden im Verlauf der Entwicklungsarbeiten modifiziert oder mit anderen zusammengeführt. Sie bleiben also nicht unberücksichtigt, sondern fließen als Teilaspekte anderer Punkte mit ein. Es handelt sich um folgende Sachverhalte:

- **Ermöglichung von Aufenthalten im Freien:** Dieser Qualitätsaspekt wird nicht mehr als eigenständiger Aspekt, sondern als Teilaspekt der *Unterstützung im Bereich der Mobilität* berücksichtigt. Die zuvor vorgenommene Abgrenzung dieser Qualitätsaspekte erwies sich in der praktischen Umsetzung als nicht sinnvoll.

- **Kommunikation:** Die Unterstützung bei beeinträchtigter Kommunikation war ursprünglich mit dem Thema „Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung“ verknüpft, was nach den Hinweisen der beteiligten Experten jedoch keine sinnvolle Lösung wäre. Kommunikation wurde daher im Rahmen der Erprobung des neuen Prüfverfahrens als eigenständiger Qualitätsaspekt behandelt. Hierbei ergaben sich allerdings Unklarheiten bei der Abgrenzung zu anderen Qualitätsaspekten. Abschließend wurde entschieden, dass Fragen der Unterstützung bei beeinträchtigter Kommunikation mit dem Thema „Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung“ zusammengeführt werden zum Qualitätsaspekt „Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation“.

- **Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung:** Nachdem bereits in einem frühen Projektstadium das Thema „Tagesstrukturierung“ mit dem Thema „Integration von Bewohnern in Beschäftigungsangebote“ zusammengelegt wurde, kam abschließend, wie soeben angemerkt, noch der Aspekt der Kommunikation hinzu. Nach Ansicht verschiedener beteiligter Experten weisen die Themen erhebliche inhaltliche Bezüge auf, sodass die Zusammenführung zu einem einzigen Prüfaspekt folgerichtig sei.

- **Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen:** Der Aspekt wurde noch vor der Erprobung aus dem Bereich der bewohnerbezogenen Prüfung in den Bereich 6 zur Prüfung auf der Einrichtungsebene verschoben. Eine bewohnerbezogene Prüfung während der Sterbephase wäre aus ethischen Gründen problematisch. Die zwischenzeitlich ins Auge gefasste Beschränkung der Thematik auf die Unterstützung der Bewohner und Angehörigen bei der Regelung von Angelegenheiten unabhängig davon, ob der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat oder nicht (z. B. Thema Patientenverfügung), reduziert die Bedeutung des Themas zu sehr. Der Transfer zur Prüfung auf der Einrichtungsebene ist zwar in der Logik des neuen Prüfverfahrens keine optimale Lösung, wird aber als pragmatischer Kompromiss empfohlen. Im Spannungsfeld zwischen der hohen Relevanz des Themas und den sehr beschränkten Möglichkeiten, die individuellen Prozesse zu betrachten, erscheint dieser Kompromiss als tragfähig.

2.5 Nicht zur Aufnahme in das Prüfverfahren empfohlene Qualitätsaspekte

Die nach Abschluss der Entwicklungsarbeiten nicht zur Prüfung empfohlenen Qualitätsaspekte werden im Folgenden noch einmal aufgeführt. Die wichtigsten Ausschlussgründe waren:

a) Überschneidungen mit dem Auftrag der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde oder in einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren

b) redundante Information (Informationen über den Qualitätsaspekt sind heute bereits unabhängig von externen Prüfungen frei verfügbar)

c) übermäßig hoher zeitlicher Aufwand im Verhältnis zum Erkenntnisgewinn

d) Bewertbarkeit aufgrund fehlender Maßstäbe fraglich / nur subjektiv gefärbte Einschätzung durch den Prüfer möglich.

Bereits *vor Beginn der Testung des neuen Prüfverfahrens* im Februar 2018 war entschieden worden, folgende Themen bzw. Inhalte nicht zur Aufnahme in den Prüfkatalog zu empfehlen:

- Transparenz von Preisen und Regelungen im Heimvertrag
- Unterstützung bei der Wahrnehmung von Rechten
- Partizipationsmöglichkeiten innerhalb der Einrichtung
- Gewährleistung einer sicheren, barrierefreien und wohnlichen Umgebung
- Verfügbarkeit geeigneter Räumlichkeiten für Pflege, Therapie u. a. Aktivitäten
- Orientierungshilfen in den Räumen und Beleuchtung
- Abdeckung eines definierten Leistungsspektrums
- Kultursensible Pflege
- Voraussetzungen für ungestörte Kommunikation mit Besuchern
- Regelungen zur Zuordnung von Verantwortungsbereichen nach Mitarbeiterqualifikation
- Sauberkeit der Räume
- Raumtemperatur und frische Luft
- Information von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen bei gesundheitlichen Krisen
- Beschwerdemanagement
- Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- Partizipationsmöglichkeiten für Mitarbeiter (z. B. Qualitätszirkel)
- Mitarbeiterzufriedenheit
- Isolierte Beurteilung von Maßnahmen der Behandlungspflege
- Verfügbarkeit aussagekräftiger, interner Qualitätsberichte[2]

[2] Die *Verfügbarkeit aussagekräftiger, interner Qualitätsberichte* wurde bereits vor der Erprobung nicht mehr als eigenständig zu bewertender Aspekt in Betracht gezogen. Einer der Gründe lag darin, dass das Prüfgeschehen soweit wie möglich bewohnerbezogen zu gestalten war, in diesem Fall aber eher eine formale Prüfung auf der Organisationsebene vorzunehmen wäre. Interne Qualitätsberichte auf ihre Qualität hin zu prüfen führt nach

- Sicherstellung der Pflegeprozesssteuerung und Versorgungskoordination und Regelung von Kompetenzen, Aufgaben und Bewohnerkreis der Bezugspflegenden[3].

Ohne allzu weit vorgreifen zu wollen, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass einige dieser Themen im Rahmen der Testung der Qualitätsdarstellung zum Ende des Projektes als wünschenswerte Ergänzungen bezeichnet wurden. Dazu gehören beispielsweise auch oben aufgeführte Themen wie Mitarbeiterzufriedenheit, barrierefreie Umgebung oder räumliche Voraussetzungen für die ungestörte Kommunikation mit Besuchern. Der Umstand, dass solche Themen im Rahmen des Projektes als Gegenstand der Qualitätsprüfung ausgeschlossen wurden, steht nicht im Zusammenhang mit ihrer allgemeinen Relevanz, die aus der Nutzerperspektive zum Teil als sehr groß bezeichnet werden muss. Entscheidend ist vielmehr, dass die doppelte Prüfung des gleichen Sachverhalts durch einen Prüfdienst aus dem Bereich des SGB XI und eine Heimaufsichtsbehörde auszuschließen war und dass bestimmte methodische Anforderungen erfüllt sein mussten, die garantieren, dass sich ein erfasster Sachverhalt auch eindeutig bewerten lässt.

Aufgrund der Erprobungserfahrungen im Rahmen der Testung wurden über die genannten Aspekte hinaus folgende Themen nicht mehr zur Aufnahme in den Prüfkatalog empfohlen:

- **Unterstützung in Notfallsituationen:** Zu prüfen war hier das angemessene Handeln der Einrichtung in einer Situation, die zu einer ungeplanten Krankenhausaufnahme führte oder bei der unabhängig davon ein umgehendes Handeln durch eine Pflegefachkraft oder einen Arzt erforderlich war. Die Prüfung erfolgte auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung, unter der Voraussetzung, dass bei dem betreffenden Bewohner in den letzten 6 Monaten eine Notfallsituation aufgetreten ist. Im Rahmen der Erprobung konnte dies zwar bei knapp einem Drittel der Bewohner geprüft werden, doch waren die daraus ableitbaren Schlussfolgerungen für die Qualitätsbeurteilung sehr überschaubar. Nur in zwei Fällen wurden leichte Defizite festgestellt, die aber für die Gesamtbewertung der Unterstützung in Notfallsituationen in der betreffenden Einrichtung keine Relevanz hatten. Bei den meisten der von den Prüfern dokumentierten Auffälligkeiten handelte es sich um Dokumentationsdefizite. Da von der Natur der Sache her stets retrospektiv zu beurteilen war, erwies sich die Prüfung in diesen Fällen außerdem als stark dokumentationszentriert. In Übereinstimmung mit den Einschätzungen der Expertengruppe Prüfdienste wurde das Thema schließlich nicht in das neue Prüfverfahren aufgenommen.

Einschätzung vieler der beteiligten Experten zu einem zeitlich hohen Prüfaufwand im Verhältnis zum erwartbaren geringen Nutzen.

[3] Diese beiden Aspekte, die Verlauf der Beratung zunächst zusammengefasst worden sind, wurden ebenfalls bereits vor Beginn der Erprobung nicht mehr berücksichtigt. Ausschlaggebend war in diesem Fall, dass es sich in der Logik des neuen Prüfverfahrens um fachliche bzw. organisatorische Grundlagen für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten individuellen Pflege handelt und diese Grundlagen nach Möglichkeit nicht mehr losgelöst von individuellen Prozessen geprüft werden sollten. Denn dies liefe in der Praxis auf die Prüfung der Qualität der Pflegedokumentation, von Stellenbeschreibungen und Verfahrensanweisungen hinaus. Aufgrund ihrer Bedeutung blieben diese Themen noch längere Zeit als Option Bestandteil des neuen Prüfkatalogs, wurden am Ende aber fallengelassen. Die Erprobungsergebnisse dokumentieren, dass diese Entscheidung sehr wahrscheinlich zu keiner Beeinträchtigung der Aussagekraft von Prüfergebnissen geführt hat.

- **Unterstützung des Bewohners bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapie**: Die Frage, inwieweit die Einrichtung dafür Sorge trägt, den Bewohner bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapien zu unterstützen, kam ursprünglich im Zuge der Ausgestaltung des Bereiches *Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen* auf. Es wurde allerdings verschiedentlich darauf hingewiesen, dass der Verantwortungsbereich der Einrichtungen in diesem Fall formal nicht geklärt ist. Nach den Erfahrungen mit der praktischen Erprobung wurde der Aspekt gestrichen, da eine Beurteilung meist schwierig war und und bei vielen Bewohner gar nicht vorgenommen werden konnte. Als problematisch erwies sich insbesondere die Notwendigkeit, zu entscheiden, inwieweit im Einzelfall die Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung reichen.

- **Qualifikation der Pflegenden und der Betreuungskräfte**: Dieser Aspekt sollte nach dem Muster des bisherigen Prüfverfahrens berücksichtigt werden. Während des gesamten Projektverlaufs war dieser Aspekt jedoch umstritten. Ein Teil der Experten wies mehrfach darauf hin, das bei diesem Thema der Prüfaufwand in keinem Verhältnis zum Nutzen für die Qualitätsbeurteilung stünde. Die Befürworter hingegen betonten, dass eine ausreichende Qualifikation der Mitarbeiter ein wichtiges Thema sei. Aus wissenschaftlicher Sicht ist die Frage der Qualifikationsstruktur ein höchst relevantes Thema. Allerdings ist den Skeptikern in dieser Frage zuzustimmen, wenn sie darauf hinweisen, dass die Möglichkeiten der externen Prüfdienste, hier differenzierte und verlässliche Feststellungen zu Defiziten zu treffen, sehr begrenzt sind. Bei der Frage nach der Personalstruktur handele es sich vornehmlich um die Frage der Einhaltung von Verträgen, die mit den Kostenträgern geschlossen worden sind, und weniger um eine Frage der im Versorgungsalltag realisierten Qualität. Abschließend entschlossen sich die beiden Institute daher, insbesondere im Hinblick auf den unverhältnismäßig hohen Aufwand zur Erfassung der Personalstruktur diesen Aspekt nicht in den Prüfkatalog aufzunehmen. Qualifikationsfragen werden, sofern sie in einem Zusammenhang mit Qualitätsdefiziten stehen, bei der Prüfung auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung berücksichtigt[4]. Eine abstrakte Erfassung der Qualifikationsstruktur sei jedoch, so dass häufig geäußert Argument, nicht zielführend.

3. Integration der Indikatoren für Ergebnisqualität

Im Jahr 2008 erteilten das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den Auftrag zur Durchführung des Projekts „Entwicklung und Erpro-

[4] Bestimmte sachliche Informationen zur personellen Ausstattung sind außerdem als Bestandteil der Qualitätsdarstellung vorgesehen.

bung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“. Das Projekt wurde in der Zeit von Dezember 2008 bis Januar 2011 gemeinsam von zwei Forschungsinstituten durchgeführt: dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und dem Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) (Wingenfeld et al. 2001).

Mit diesem Projekt wurde erstmals für Deutschland ein Ansatz zur indikatorengestützten Beurteilung von Ergebnisqualität entwickelt und auf breiter Ebene erprobt. Ergebnis des Projekts war ein komplett ausgebildeter Indikatorenansatz, allerdings ohne konkrete Hinweise zur Implementierung.

Im Laufe der Zeit wurde der Ansatz durch verschiedene sogenannte Umsetzungsprojekte weiterentwickelt, die das Institut für Pflegewissenschaft in Kooperation mit verschiedenen Partnern durchführt bzw. durchführte. Dazu gehören insbesondere das Projekt „Ergebnisorientiertes Qualitätskonzept Münster“ (EQMS, gemeinsam mit dem Diözesan-Caritasverband Münster), das Projekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (EQisA, gemeinsam mit dem Diözesan-Caritasverband Köln) und das etwas später entstandene Projekt „Pflegequalität Hannover“ (trägerübergreifend, gemeinsam mit der „Gesundheitswirtschaft Hannover e.V.“). Das Projekt EQisA wurde im Jahr 2016 abgeschlossen, die anderen beiden Projekte werden weiterhin fortgesetzt.

Im Verlauf dieser Projekte wurde der ursprüngliche Indikatorenansatz stetig weiterentwickelt. Allmählich entstanden auch die Überlegungen und Konzepte zur Verknüpfung es Indikatorenansatzes mit externen Qualitätsprüfungen. Zwar war dieser Verknüpfungsgedanke immer schon Bestandteil des Ansatzes, blieb aber zunächst eher abstrakt. Im Laufe der Jahre wurde er soweit konkretisiert, dass erste Testungen unter Einbeziehung von Prüfdiensten, sogenannte externe Plausibilitätskontrollen, durchgeführt werden konnten. Außerdem erfolgte eine grundlegende Modifizierung der Ergebnisbewertung 2017 im Rahmen des Projekts EQMS. Mit dem Projekt „Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)“ wurde außerdem eine Testung des ursprünglichen, für das BMG und das BMFSFJ entwickelten Indikatorensatzes wiederholt.

Auf der Grundlage dieser Erfahrungen lässt sich nunmehr eine Gesamtkonzeption für die Integration des Indikatorenansatzes in das System der Qualitätsbeurteilung definieren, die auch die Verknüpfung des Indikatorenansatzes mit externen Prüfungen und die Einbeziehung in die Qualitätsdarstellung umfasst. Die nachfolgenden Ausführungen beschreiben diese Gesamtkonzeption.

3.1 Indikatorenset

Der ursprüngliche, im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend entwickelte Indikatorensatz wurde aufgrund von umfangreichen Erprobungserfahrungen in der Zeit von 2012 bis 2017 modifiziert bzw. weiterentwickelt. Der aktuelle Indikatorensatz wurde im zweiten Zwischenbericht benannt; in einer Ergänzung zu diesem Zwischenbericht wurden im Projektverlauf zwei weitere, mit Erläuterungen versehene Übersichten

über den aktuellen Entwicklungsstand des Indikatorensatzes erstellt. Im Folgenden wird der Indikatorensatz beschrieben, so wie er zur Umsetzung empfohlen wird. Die Darstellung basiert auf dem Modell der Risikoadjustierung mit Hilfe von Gruppenbildungen. Vorgesehen sind die folgenden Kennzahlen:

1. Erhaltene Mobilität*
2. Erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen*
3. Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Lebensalltags
4. Dekubitusentstehung*
5. Schwerwiegende Sturzfolgen*
6. Unbeabsichtigter Gewichtsverlust*
7. Durchführung eines Integrationsgesprächs
8. Anwendung von Gurten
9. Anwendung von Bettseitenteilen
10. Aktualität der Schmerzeinschätzung

(* Zwei Kennzahlen für jeweils eine Risikogruppe)

3.1.1 Anpassungen des Indikatorensatzes

Diese Indikatorenliste weist zwei Abweichungen vom ursprünglichen, für die beiden Bundesministerien entwickelten Indikatorensatz auf:

- Die „Differenzierte Einschätzung von Verhaltensweisen“ wird nicht mehr als Bestandteil des Indikatorensatzes empfohlen.
- Der „Einsatz von Bettseitenteilen“ wurde neu in das Indikatorenset aufgenommen.

Es wird empfohlen, die „Differenzierte Einschätzung von Verhaltensweisen“ als Indikator im Rahmen des Indikatorenansatzes nicht zu berücksichtigen. Es handelt sich um eine Kennzahl, die über Prozesse Auskunft gibt. Dass sie ursprünglich in das Indikatorenset aufgenommen wurde, ist darauf zurückzuführen, dass bei der Entwicklung keine Methode gefunden wurde, mit der Veränderungen von Verhaltensweisen (eine Reduzierung des Problemdrucks, der mit einer Verhaltensproblematik verknüpft ist) verlässlich vergleichend beurteilt werden könnten. Aus diesem Grunde wurde, in Abstimmung mit dem damaligen Projektbeirat, ersatzweise ein Prozessindikator in das Indikatorenset aufgenommen.

Im Rahmen der Ergebniserfassungen in den Kooperationsprojekten des IPW hat sich erwiesen, dass dieser Indikator wenig aussagekräftig ist. Der Einsatz führte sogar zu einer Tautologie, da der Bogen zur Ergebniserfassung, der in diesen Projekten genutzt wurde, ohnehin eine differenzierte Erfassung von Verhaltensweisen vorsah (analog zum Modul 3 des NBA). Einrichtungen, die das Erhebungsinstrument im Rahmen des internen QM verwendeten (z. B. bei Pflegevisiten), erreichten automatisch gute Bewertungen.

Im Vordergrund stand allerdings die Erfahrung, dass die reine Erfassung von Verhaltensmerkmalen wenig Auskunft darüber gibt, wie eine Einrichtung mit dem Thema Verhaltensweisen im Versorgungsalltag umgeht. Die Grundüberlegung, dass die Voraussetzung für eine wirksame Unterstützung bei einer solchen Problematik eine differenzierte Einschätzung von Verhaltensweisen ist, hat zwar nach wie vor Gültigkeit, ist jedoch zu wenig geeignet, um tatsächlich Hinweise darauf abzuleiten, wie gut oder wie schlecht eine Einrichtung auf diese Bedarfskonstellationen reagiert. Aus diesem Grund wird der Indikator in den aktuellen Ergebniserfassungen des IPW nicht mehr berücksichtigt[5].

Der „Einsatz von Bettseitenteilen“ wurde neu in das Indikatorenset aufgenommen. Analog zum schon bestehenden Indikator „Anwendung von Gurten“ wird der Anteil der kognitiv beeinträchtigen Bewohner ermittelt, die in einem definierten Zeitraum (vier Wochen) eine Anwendung von Bettseitenteilen erleben, in das Konzept eingebracht. Ähnlich wie beim Indikator „Anwendung von Gurten“ wird davon ausgegangen, dass die Durchführung dieser Maßnahme die Lebensqualität der Bewohner in erheblicher Weise beeinflusst und damit nicht ein Prozessmerkmal, sondern ein Merkmal des Alltagslebens der Bewohner und somit ein Versorgungsergebnis angesprochen ist. Dieser neue Indikator wird ebenfalls nur bei den Personen zur Anwendung gebracht, die unter mindestens erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen (Modulwertung des NBA) leiden. Ähnlich wie beim Indikator „Anwendung von Gurten“ wird davon ausgegangen, dass die Anwendung von Bettseitenteilen, die den Bewohner daran hindern, aus dem Bett auszusteigen, unter fachlichen Gesichtspunkten einen unerwünschten Zustand (nicht einen Prozess) darstellt, und somit Einrichtungen, bei denen dieses Mittel seltener angewendet wird als in anderen, im Hinblick auf ihre Ergebnisqualität (Lebensqualität für die Bewohner) besser zu beurteilen sind.

Ergänzend hinzuweisen ist außerdem auf die besondere Problematik des Indikators „Aktualität der Schmerzeinschätzung“. Es handelt sich hierbei, ähnlich wie bei der Einschätzung von Verhaltensweisen, um einen Prozessindikator, der in das Konzept aufgenommen wurde, weil eine vergleichende Beurteilung der Veränderung der Schmerzsituation fachlich problematisch erschien. Wie im damaligen Projektbeirat übereinstimmend festgestellt wurde, ist unklar, inwieweit Veränderungen oder eine Stabilität der Schmerzsituation auf ärztliches Handeln oder auf pflegerisches Handeln zurückzuführen sind. Dies war der Grund, weshalb hier als Ersatz für einen „echten“ Ergebnisindikator ein Prozessindikator in das Konzept aufgenommen wurde.

In der praktischen Anwendung traten allerdings immer wieder Probleme auf. Häufiger als bei anderen Indikatoren waren während der Ergebniserfassungen häufig Informationslücken zu verzeichnen, sodass die Kennzahl in einem Teil der Einrichtungen, die den Indikatorenansatz nutzen, nicht berechnet werden konnten. Es wird empfohlen, den Nutzen dieses Indikators nach dem Übergang in ein Regelverfahren weiterhin kritisch zu überprüfen und ggf. zu einem späteren Zeitpunkt über die Bei-

[5] Auch im Rahmen des Projekts MoPIP wurde empfohlen, diesen Indikator aus dem Indikatorenset herauszunehmen.

behaltung zu entscheiden. Gegen eine Herausnahme aus dem Indikatorenset spricht unter anderem, dass bei Schmerzeinschätzungen, wie auch Erfahrungen aus externen Qualitätsprüfungen belegen, nach wie vor häufig fachliche Schwachstellen auszumachen sind.

3.1.2 Prüfung der Aufnahme weiterer und der Modifizierung vorhandener Indikatoren

Im Verlauf des Projekts wurde geprüft, inwieweit ein neuer Kenntnisstand vorliegt, der es ggf. nahelegt, den Ausschluss verschiedener Qualitätsaspekte aus dem Indikatorenset zu revidieren. Über diesen Ausschluss wurde – im Einvernehmen mit dem damaligen Steuerungskreis und Projektbeirat – in den Jahren 2009 und 2010 entschieden. Die ausschlaggebenden Gründe lagen zum Teil in methodischen Schwierigkeiten, zum Teil in mangelhafter Pflegesensitivität der betreffenden Versorgungsergebnisse. Betroffen waren beispielsweise die Themen Sondenernährung (Prävalenz), Sturzhäufigkeit, Kontraktureninzidenz, Harnwegsinfekte, Stabilität des Schmerzstatus, intensiver Medikamenteneinsatz ohne Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen, ungeplante Krankenhausaufnahmen, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen oder Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten. Im Ergebnis zeigte sich, dass keine neuen Forschungsergebnisse oder praktische Erfahrungen vorliegen, die eine Revision der damaligen Entscheidungen rechtfertigen könnten. Bei vielen der genannten und bei einigen weiteren Themen ist

- die Dominanz des pflegerischen Einflusses auf das Versorgungsergebnis prinzipiell fraglich oder
- die eindeutige Erfassung des Versorgungsergebnisses mit den heute zur Verfügung stehenden Instrumenten nach wie vor nicht zu gewährleisten oder
- die Verfügbarkeit eindeutig interpretierbarer Informationen nicht sichergestellt (z. B. Sturzhäufigkeit) oder
- die Bewertung eines Ereignisses als prinzipiell erwünscht oder prinzipiell unerwünscht nicht möglich.

In diesem Zusammenhang wurden auch die Vorschläge aus dem Projekt MoPIP geprüft, bestehende Indikatoren nicht zu berücksichtigen oder zu modifizieren und zwei weitere Indikatoren in das Set zu integrieren. Auf den Umgang mit dem Indikator „Differenzierte Einschätzung von Verhaltensweisen“ wurde bereits hingewiesen. Auf weitergehende Vorschläge wird im Folgenden eingegangen.

Einer der Vorschläge umfasst die Durchführung einer *Vorsorgeuntersuchung durch Zahnärzte*, die nach Auffassung des Wissenschaftlerteams im Projekt MoPIP Auskunft gibt über die von einer Pflegeeinrichtung zu verantwortende pflegerische Versorgungsqualität[6]. Mit einem entsprechenden Indikator werde der Beitrag der Einrichtung zur Erhaltung der Zahngesundheit in Form des Hinwirkens auf eine jährlich stattfindende zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung erfasst, womit eine Annäherung

[6] Die vorgeschlagene Kennzahl stellt den Anteil der Bewohner dar, für die innerhalb der letzten 12 Monate keine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wurde; vgl. UBC 2017, S. 209.

an die Bewertung der Ergebnisqualität für den Bereich der Mundgesundheit unterstellt wird (UBC 2017, S. 35 ff).

Zu bedenken ist allerdings, dass es sich um einen Prozessindikator handelt, der im praktischen Einsatz ebenso viele Probleme aufwerfen könnte wie dies aufgrund der bisherigen Erfahrungen bereits bei anderen Prozessindikatoren zu beobachten ist. Die Weiterentwicklung des Indikatorenansatzes sollte nicht ohne Not Sachverhalte integrieren, mit denen keine Versorgungsergebnisse abgebildet werden können und die auch keine Rückschlüsse auf die durch pflegerische Unterstützung bewirkten Ergebnisse zulassen.

Noch wichtiger ist hier jedoch der Umstand, dass Ergebnisse des ärztlichen Handelns bzw. ärztlicher Entscheidungen angesprochen sind. *Ob eine Vorsorgeuntersuchung tatsächlich stattfindet oder nicht, entzieht sich dem Einfluss der Einrichtung*. Im Falle anderer Prozessindikatoren, die beispielsweise die Durchführung von Risikoeinschätzungen oder die Durchführung eines Integrationsgesprächs nach dem Heimeinzug abbilden, ist ein unmittelbarer Einfluss der Einrichtung gegeben. Das heißt: Die Mitarbeiter der Einrichtung entscheiden darüber, ob ein Prozess stattfindet oder nicht. Im Falle einer von Ärzten verantworteten Vorsorgeuntersuchung ist evident, dass analoge Einflussmöglichkeiten nicht gegeben sind. Auch die Möglichkeit, Kooperationsverträge abzuschließen, ändert nichts daran.

Schließlich wäre zu fragen, weshalb nicht ähnliche Indikatoren für andere Vorsorgeuntersuchungen, beispielsweise die Krebsvorsorge, oder für andere Formen der ärztlichen Begleitung in den Blick genommen werden. Angesichts des hohen Anteils dementiell erkrankter Heimbewohner könnte in ähnlicher Weise die Konsultation eines Neurologen oder Gerontopsychiaters mit einer Kennzahl erfasst werden, ebenso die urologische Behandlung, der angesichts der Prävalenz von Harninkontinenz unter Heimbewohnern ebenfalls ein hoher Stellenwert zuzuschreiben ist.

Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, den vorgeschlagenen Prozessindikator zur Erfassung ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen nicht in das Indikatorenset zur Beurteilung der pflegerischen Ergebnisqualität aufzunehmen.

Ein zweiter Vorschlag betrifft das Thema Schmerz. Ein neuer Indikator zum erfolgreichen Schmerzmanagement soll den originalen Indikator zur Aktualität der Schmerzerfassung (Prozessindikator) ablösen. Abgebildet werden soll, ob sich der *Schmerzstatus des Bewohners* in die gewünschte Richtung entwickelt hat[7]. Grundlage wäre das Ergebnis der Schmerzeinschätzung mit einem entsprechenden Schmerzeinschätzungsinstrument. Genauer gesagt sind zwei unterschiedliche Instrumente zur Anwendung vorgesehen: Für auskunftsfähige Bewohner ohne kognitive Beeinträchtigungen erfolgt die Einschätzung mit Hilfe einer numerischen Ratings-Skala (NRS). Für nicht auskunftsfähige

[7] Der Indikator wurde im Projekt MoPIP folgendermaßen definiert: „Anteil der Bewohner mit bestehender Schmerzproblematik und instabiler Schmerzsituation. Die Schmerzsituation gilt als instabil, wenn zwischen der anlassbezogenen vorletzten und letzten instrumentengestützten Schmerzerfassung keine Verbesserung eingetreten ist“ (UBC 2017, S. 208).

Bewohner mit dementiellen Erkrankungen soll zur Einschätzung das Instrument „Beurteilung von Schmerzen bei Demenz“ (BESD), ein Instrument zur Fremdeinschätzung durch die Mitarbeiter auf der Grundlage einer Verhaltensbeobachtung, eingesetzt werden. Aus Auffälligkeiten bei der Atmung (z. B. angestrengtes Atmen), der Körpersprache (z. B. nesteln) und anderer Beobachtungen wird nach bestimmten Regeln auf das Vorliegen einer Schmerzsymptomatik geschlossen.

Es würde also kein einheitliches Instrument zur Schmerzerfassung eingesetzt, sondern eine Selbstauskunft der Bewohner und das Ergebnis einer Verhaltensbeobachtung gleichgesetzt, was die Frage der Vergleichbarkeit aufwirft. Im Projekt MoPIP wurde nicht untersucht, ob sich die Wahl des Instruments systematisch auf die Ergebnisbeurteilung einer Einrichtung auswirkt.

Experten weisen darauf hin, dass die Schmerzeinschätzung mit dem Instrument BESD bestimmten Einschränkungen unterliegt. Der Punktwert der BESD, so wird betont, dürfe nicht mit den Punktwerten der Selbstauskunft gleichgesetzt werden. Das Instrument führt auch nicht zu genauen Ergebnissen; in der Literatur finden sich unterschiedliche Angaben dazu, von welchem Punktwert an eine Behandlungsnotwendigkeit unterstellt werden kann. Und schließlich sei zu berücksichtigen, dass ein negatives Ergebnis (Punktwert 0) nur aussagt, dass die betreffende Person kein schmerzbedingtes Verhalten zeige, dass aber dennoch eine Schmerzsymptomatik vorliegen könne[8].

Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang ebenfalls die Frage, ob in Deutschland das pflegerische Handeln und nicht das ärztliche Verordnungsverhalten der bestimmende Faktor für die Ausprägung der Schmerzsymptomatik ist. Hinweise auf entsprechende Forschungsergebnisse finden sich im Bericht zum Projekt MoPIP nicht.

Vor diesem Hintergrund sind weitere Klärungen erforderlich, bevor der vorgeschlagene Indikator in Betracht gezogen werden kann. Es wäre wünschenswert, einen überzeugenden Ersatz für den Prozessindikator „Aktualität der Schmerzeinschätzung“ zu finden. Der Grundsatz, dass Indikatoren zur Beurteilung von Pflegeergebnissen nur dann tragfähig sind, wenn ein maßgeblicher Einfluss des pflegerischen Handelns (und nicht des ärztlichen Handelns) vorliegt, muss jedoch ebenso beachtet werden wie der Grundsatz der messmethodischen Einheitlichkeit. In beiden Punkten bieten die Überlegungen zur Einführung eines revidierten Indikators zur Schmerzsymptomatik noch keine Lösung an. Ohne Klärung dieser Punkte kann der Einsatz dieses Indikators jedoch nicht empfohlen werden.

Ein dritter Vorschlag aus dem Projekt MoPIP zielt auf einen Indikator zur Abbildung von Veränderungen der Harnkontinenz (Erhalt des Kontinenzstatus). Unabhängig von der Unterscheidung verschiedener Formen und Entstehungsgründe der Harninkontinenz lasse eine Erfassung des Kontinenzstatus über das Kontinenzprofil eine Aussage darüber zu, bei welchen Bewohnern sich der Kontinenzstatus verschlechtert hat bzw. erhalten blieb. Die Verschlechterung des Kontinenzstatus wird als negatives

[8] Vgl. beispielsweise die Hinweise der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. (www.dgss.org/die-gesellschaft/arbeitskreise/schmerz-und-alter).

Pflegeergebnis angesehen, das dem Verantwortungsbereich der Einrichtung zuzuschreiben ist (UBC 2017, S. 34).

Eine nähere Begründung dieser Aussage findet sich nicht. Es ist davon auszugehen, dass zahlreiche krankheitsbezogene Faktoren von Bedeutung sind, die durch die Einrichtung nicht beeinflusst werden können, die aber auch im Rahmen der Herstellung von Vergleichbarkeit nicht erfasst werden können. Der Vorschlag, diesen Indikator zu ergänzen, kann nicht befürwortet werden. Die Durchsicht des Abschlussberichts zum Projekt MoPIP ergab keinen Hinweis auf Forschungsergebnisse, nach denen eine Dominanz des Einflusses von pflegerischen Interventionen unterstellt werden könnte.

Verschiedene Vorschläge aus dem Projekt MoPIP zur methodischen Verfeinerung des Indikatorenansatzes bieten hingegen interessante Anregungen. Zusammen mit den mehrjährigen Erfahrungen, die zum praktischen Einsatz der Indikatoren inzwischen vorliegen, boten sie eine wichtige Grundlage zur Weiterentwicklung des Ansatzes. Abgesehen vom Ausschluss eines Indikators und der Aufnahme eines anderen in das Indikatorenset ergaben sich im Wesentlichen folgende wesentliche Veränderungen gegenüber dem ursprünglichen Indikatorenansatz:

- Vollständige Standardisierung und Präzisierung der Erfassung von Ereignissen, die relevanten Einfluss auf die Erzielung von Versorgungsergebnissen haben können

- Definition eines zweiwöchigen Krankenhausaufenthaltes als Ausschlusskriterium bei der Beurteilung der Frage, inwieweit Selbständigkeit erhalten bleibt.

- Differenzierung der Angaben zur Erfassung der Dekubitusentstehung (unter Berücksichtigung des Umstandes, dass innerhalb eines halben Jahres auch mehrere Dekubitalulcera entstanden sein können).

- Präzisierung der Gründe, die dazu führen, dass ein Gewichtsverlust nicht als negatives Ereignis definiert wird.

- Präzisierung der Voraussetzungen, unter denen bestimmte Ereignisse dem Verantwortungsbereich der Einrichtung zuzuordnen sind (beispielsweise bei der Erfassung von Sturzfolgen).

- Anpassung der Operationalisierung zur Erfassung der Aktualität von Schmerzeinschätzungen.

- Erweiterung der Informationserfassung im Zusammenhang mit dem Heimeinzug und dem Integrationsgespräch (Berücksichtigung eines Übergangs von der Kurzzeitpflege in die vollstationäre Pflege und Berücksichtigung von Krankenhausaufenthalten während der ersten Wochen des Heimaufenthalts).

Weitere Anpassungen werden im Kapitel 3.1.4 erläutert.

3.1.3 Definitionen

Qualitätsbereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit

Eine vergleichende Beurteilung von Kennzahlen zum Erhalt der Selbständigkeit setzt zwingend voraus, dass Verzerrungen durch Bewohner mit krankheitsbedingten Verschlechterungen der Selbständigkeit ausgeschlossen werden und vermieden wird, dass ein andauernder Status völliger oder weitgehender Unselbständigkeit als positives Ergebnis gewertet wird (Bewohner, die sich nicht mehr verschlechtern können). Aus diesem Grund dürfen bei der Berechnung der Kennzahl im Falle der Indikatoren 1.1 bis 1.5 folgende Bewohnergruppen nicht einbezogen werden („ausgeschlossene Bewohner“):

- Komatöse und somnolente Bewohner, Bewohner mit apallischem Syndrom
- Bewohner mit den Diagnosen: Bösartige Tumorerkrankung, Tetraplegie, Tetraparese, Chorea Huntington
- Bewohner, die während der vergangenen 6 Monate[9] einen Schlaganfall, einen Herzinfarkt, eine Fraktur oder eine Amputation[10] erlebt haben
- Bewohner, die in den vergangenen 6 Monaten einen Krankenhausaufenthalt von mindestens zwei Wochen Dauer hatten
- Bewohner, die bei der vorangegangenen Erhebung (vor sechs Monaten) bereits extrem stark beeinträchtigt waren (s. die jeweiligen Angaben unter „Ausgeschlossene Bewohner“).

[9] Hier wie auch an anderen Stellen müsste es eigentlich genauer heißen: seit der letzten Ergebniserfassung, die in der Einrichtung vor ca. sechs Monaten durchgeführt wurde.

[10] Angesprochen ist hier jede Art der Abtrennung von Extremitäten und Gliedern der Extremitäten, also beispielsweise auch die chirurgische Entfernung des großen Zehs.

Indikator 1.1 Erhaltene Mobilität (Risikogruppe 1)

Kurzbezeichnung	Erhaltene Mobilität bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
Definition	Anteil der Bewohner dieser Risikogruppe, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Von einem Erhalt der Mobilität wird ausgegangen, wenn sich der Punktwert im NBA-Modul 1 verringert, gleich bleibt oder um maximal einen Punkt erhöht.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die keine oder geringe kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	s.o. im Text Summerscore im NBA-Modul 1 lag bei der vorangegangenen Ergebniserfassung > 12

Indikator 1.2 Erhaltene Mobilität (Risikogruppe 2)

Kurzbezeichnung	Erhaltene Mobilität bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen
Definition	Anteil der Bewohner dieser Risikogruppe, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Von einem Erhalt der Mobilität wird ausgegangen, wenn sich der Punktwert im NBA-Modul 1 verringert, gleich bleibt oder um maximal einen Punkt erhöht.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	s.o. im Text Summerscore im NBA-Modul 1 lag bei der vorangegangenen Ergebniserfassung > 12

Indikator 1.3 Erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen (Risikogruppe 1)

Kurzbezeichnung	Erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die keine oder geringe kognitive Einbußen aufweisen
Definition	Anteil der Bewohner dieser Risikogruppe, bei denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Von einem Erhalt der Selbständigkeit wird ausgegangen, wenn sich der Punktwert im NBA-Modul 4 verringert, gleich bleibt oder um maximal drei Punkte erhöht.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die keine oder geringe kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	s.o. im Text Summerscore im NBA-Modul 4 lag bei der vorangegangenen Ergebniserfassung > 40

Indikator 1.4 Erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen (Risikogruppe 2)

Kurzbezeichnung	Erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
Definition	Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nicht verschlechtert hat. Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen wird mit Hilfe des „Neuen Begutachtungsassessments“ mit einer fünfstufigen Graduierung abgebildet (Modul 4 „Selbstversorgung“).
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	s.o. im Text Summerscore im NBA-Modul 4 lag bei der vorangegangenen Ergebniserfassung > 40

Indikator 1.5 Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Kurzbezeichnung	Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
Definition	Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit in diesem Bereich innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nicht verschlechtert bzw. verbessert hat. Von einem Erhalt der Selbständigkeit wird ausgegangen, wenn sich der Punktwert im NBA-Modul 6 verringert, gleich bleibt oder um maximal einen Punkt erhöht.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	---
Ausgeschlossene Bewohner	s.o. im Text. Summerscore im NBA-Modul 6 lag bei der vorangegangenen Ergebniserfassung > 15. Außerdem bleiben auch Bewohner mit schwersten Beeinträchtigungen im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten ausgeschlossen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2.

Qualitätsbereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen

Indikator 2.1: Dekubitusentstehung (Risikogruppe 1)

Kurzbezeichnung	Dekubitusentstehung bei Bewohnern, die in liegender Position keine oder nur geringe Einbußen der Mobilität aufweisen
Definition	Anteil der Bewohner, die innerhalb der letzten sechs Monate in der Einrichtung einen Dekubitus 2. bis 4. Grades entwickelt haben
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die beim Positionswechsel im Bett selbständig oder überwiegend selbständig sind (Merkmal 1 im NBA-Modul 1)
Ausgeschlossene Bewohner	---

Indikator 2.2: Dekubitusentstehung (Risikogruppe 2)

Kurzbezeichnung	Dekubitusentstehung bei Bewohnern, die in liegender Position starke Einbußen der Mobilität aufweisen
Definition	Anteil der Bewohner, die innerhalb der letzten sechs Monate in der Einrichtung einen Dekubitus 2. bis 4. Grades entwickelt haben
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die beim Positionswechsel im Bett überwiegend unselbständig oder unselbständig sind (Merkmal 1 im NBA-Modul 1)
Ausgeschlossene Bewohner	---

Indikator 2.3: Stürze mit gravierenden Folgen (Risikogruppe 1)

Kurzbezeichnung	Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
Definition	Anteil der Bewohner, bei denen es in den vergangenen sechs Monaten in der Einrichtung zu einem Sturz mit gravierenden körperlichen Folgen gekommen ist. Hierzu zählen Frakturen, ärztlich behandlungsbedürftige Wunden, erhöhter Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen oder erhöhter Hilfebedarf bei der Mobilität. Von einem erhöhten Hilfebedarf ist nur dann auszugehen, wenn durch die sturzbedingte zusätzliche körperliche Beeinträchtigung eine Anpassung der Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation erforderlich wurde.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die keine oder geringe kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die beim Positionswechsel im Bett gänzlich unselbständig sind (Merkmal 1 im NBA-Modul 1).

Indikator 2.4: Stürze mit gravierenden Folgen (Risikogruppe 2)

Kurzbezeichnung	Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
Definition	Anteil der Bewohner, bei denen es in den vergangenen sechs Monaten in der Einrichtung zu einem Sturz mit gravierenden körperlichen Folgen gekommen ist. Hierzu zählen Frakturen, ärztlich behandlungsbedürftige Wunden, erhöhter Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen oder erhöhter Hilfebedarf bei der Mobilität. Von einem erhöhten Hilfebedarf ist nur dann auszugehen, wenn durch die sturzbedingte zusätzliche körperliche Beeinträchtigung eine Anpassung der Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation erforderlich wurde.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die beim Positionswechsel im Bett gänzlich unselbständig sind (Merkmal 1 im NBA-Modul 1).

Indikator 2.5: Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (Risikogruppe 1)

Kurzbezeichnung	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
Definition	Anteil der Bewohner mit einer nicht intendierten Gewichtsabnahme von mehr als 10 % ihres Körpergewichtes in den vergangenen sechs Monaten.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die keine oder geringe kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die eines der folgenden Merkmale aufweisen: • Bösartige Tumorerkrankung • Amputation von Gliedmaßen bzw. Teilen von Gliedmaßen[11] • Gewichtsverlust durch medikamentöse Ausschwemmung (ärztlich verordnete Diurese) • Gewichtsverlust aufgrund ärztlich angeordneter oder ärztlich genehmigter Diät • Mindestens 10 % Gewichtsverlust während eines Krankenhausaufenthalts • Bewohner wird aufgrund einer Entscheidung des Arztes oder der Angehörigen oder eines Betreuers nicht mehr gewogen • Bewohner möchte nicht gewogen werden (Dokumentationsnachweis erforderlich).

Indikator 2.6: Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (Risikogruppe 2)

Kurzbezeichnung	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
Definition	Anteil der Bewohner mit einer nicht intendierten Gewichtsabnahme von mehr als 10 % ihres Körpergewichtes in den vergangenen sechs Monaten.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die eines der folgenden Merkmale aufweisen: • Bösartige Tumorerkrankung • Amputation von Gliedmaßen bzw. Teilen von Gliedmaßen (vgl. Indikator 2.5) • Gewichtsverlust durch medikamentöse Ausschwemmung (ärztlich verordnete Diurese) • Gewichtsverlust aufgrund ärztlich angeordneter oder ärztlich genehmigter Diät • Mindestens 10 % Gewichtsverlust während eines Krankenhausaufenthalts • Bewohner wird aufgrund einer Entscheidung des Arztes oder der Angehörigen oder eines Betreuers nicht mehr gewogen • Bewohner möchte nicht gewogen werden (Dokumentationsnachweis erforderlich).

[11] Zugunsten der Eindeutigkeit von Ausschlusskriterien werden bei den Indikatoren 2.5 und 2.6 sämtliche Bewohner, die eine Amputation erlitten haben, bei der Bewertung nicht berücksichtigt. Die Alternative wäre eine differenzierte Erfassung der Art der Amputation und des Gewichts des abgetrennten Körperteils. Eine derart filigrane Differenzierung wurde bei der Konzipierung des Indikatorenansatzes als schlecht praktikabel und auch als nicht notwendig erachtet, da die Zahl der Einrichtungen, in denen sich die Berücksichtigung von Bewohnern, die trotz einer Amputation *keinen* relevanten Gewichtsverlust erlebt haben, auf die Qualitätsbewertung auswirkt, extrem gering sein dürfte. Im Rahmen der bisherigen Projekte zur Umsetzung des Indikatorenansatzes ist ein solcher Fall noch nicht bekannt geworden.

Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen

Indikator 3.1 Integrationsgespräch nach dem Heimeinzug

Kurzbezeichnung	Integrationsgespräch für Bewohner nach dem Heimeinzug
Definition	Anteil der in den letzten sechs Monaten eingezogenen Bewohner, bei denen frühestens nach 7 Tagen und spätestens nach acht Wochen nach dem Heimeinzug ein Integrationsgespräch durchgeführt, ausgewertet und dokumentiert wurde. Ein Integrationsgespräch wird mit dem Bewohner und/oder ggf. dessen Angehörigen oder anderen Bezugspersonen geführt. Einbezogen werden auch Bewohner, die ohne Unterbrechung direkt aus der Kurzzeit- in die Langzeitpflege wechseln. Die zeitlichen Fristen werden entsprechend angepasst.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	---
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die schon länger als sechs Monate in der Einrichtung leben. Kognitiv beeinträchtigte Bewohner, für die keine Bezugspersonen verfügbar sind. Bewohner, die innerhalb der ersten acht Wochen nach dem Einzug in einem Krankenhaus stationär behandelt wurden.

Indikator 3.2 Anwendung von Gurten bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern

Kurzbezeichnung	Anwendung von Gurten bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern
Definition	Anteil der Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen, bei denen in einem Zeitraum von vier Wochen vor dem Erhebungstag Gurtfixierungen angewendet wurden.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	---

Indikator 3.3 Anwendung von Bettseitenteilen bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern

Kurzbezeichnung	Anwendung von Bettseitenteilen bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern
Definition	Anteil der Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen, bei denen in einem Zeitraum von vier Wochen vor dem Erhebungstag durchgehende Bettseitenteile angewendet wurden.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	---

Indikator 3.4 Aktualität der Schmerzeinschätzung

Kurzbezeichnung	Aktualität der Schmerzeinschätzung
Definition	Anteil der Bewohner mit bestehender Schmerzsymptomatik, für die eine Schmerzeinschätzung vorliegt, die nicht älter als 3 Monate ist, und für die mindestens Angaben zur Schmerzintensität und zur Schmerzlokalisation vorliegen.
Risikoadjustierung/ Gruppenbildung	---
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die aufgrund einer Schmerzmedikation schmerzfrei sind.

3.1.4 Bewertung der Kennzahlen

Die Bewertung der Kennzahlen, d.h. die Zuordnung einer Qualitätsbewertung zu einer Kennzahl erfolgt mit Hilfe von Referenzwerten (s. Kapitel 3.2) und einer fünfstufigen Systematik. Diese Systematik formuliert eine Qualitätsbeurteilung unter Bezugnahme auf den Durchschnitt der Versorgung und anhand eines Punktesystems:

Ergebnisqualität liegt weit über dem Durchschnitt:	●●●●●
Ergebnisqualität liegt leicht über dem Durchschnitt:	●●●●○
Ergebnisqualität liegt nahe beim Durchschnitt:	●●●○○
Ergebnisqualität liegt leicht unter dem Durchschnitt:	●●○○○
Ergebnisqualität liegt weit unter dem Durchschnitt:	●○○○○

Bei Indikatoren, bei denen lediglich bei einem einzelnen Bewohner ein negatives Ergebnis aufgetreten ist, erfolgt nur dann eine Bewertung, wenn das Ergebnis dennoch positiv ausfällt. Anderenfalls findet sich der Hinweis „Einzelfall“. Es gilt der Grundsatz, dass eine Einrichtung aufgrund eines Einzelfalls weder negativ noch als „durchschnittlich“ bewertet werden darf.

Eine grundlegende Veränderung betrifft die Indikatoren im Qualitätsbereich 1. Im ursprünglichen Indikatorenkonzept wurden der Erhalt oder eine Veränderung der Selbständigkeit auf der Ebene der Modulwertungen definiert. Die Modulwertungen umfassen jedoch zum Teil einen recht breiten Punktebereich. Innerhalb dieses Punktebereichs konnte es zu Veränderungen kommen, ohne dass sich dies als Veränderung der Modulwertung bemerkbar machte. Dadurch entstehen gewisse Ungenauigkeiten, weniger im Falle der NBA-Module 1 und 6, spürbar allerdings im Modul 4. Die Modulwertung „schwere Beeinträchtigung“ wird in diesem Fall zugeordnet, wenn das Einschätzungsergebnis im Bereich von 19 bis 36 Punkten liegt. Die Selbständigkeit kann sich also deutlich verschlechtern (z. B. von ursprünglich 20 Punkten auf 33 Punkte), ohne dass es zu einer anderen Modulwertung kommt. Im ursprünglichen Indikatorenansatz würde dies auf die Wertung „erhaltene Selbständigkeit“ hinauslaufen. Im neuen Ansatz wurde die Verknüpfung mit den Modulwertungen aufgelöst und unabhängig davon ein (engerer) Punktekorridor definiert.

Damit zusammen hängt auch die Einbeziehung eines Teils der sehr schwer beeinträchtigten Personen. Im „alten“ Ansatz galt die Regel, dass die schwerst beeinträchtigten Bewohner bei unverändertem Status nicht mit einem positiven Ergebnis in die Berechnungen eingingen, da sie sich ja nicht verschlechtern konnten. Durch die oben angesprochene Loslösung von den Modulwertungen und eine neue Definition von Punktekorridoren ist es nun möglich, einen Teil dieser Personen in die Berechnungen einzubeziehen. Im Vergleich zur alten Berechnungsweise ergibt sich damit ein insgesamt etwas höheres Niveau der Anteilswerte, die in Form der Kennzahlen ermittelt werden.

Um Abweichungen aufgrund unterschiedlicher zeitlicher Abstände zwischen den Ergebniserfassungen zu neutralisieren, werden die Kennzahlen zum Teil standardisiert, also so angepasst, dass der für 6 Monate erwartbare Anteilswert ausgewiesen wird, auch wenn der Abstand im Einzelfall lediglich bei 5,5 Monaten lag. Die Standardisierung erfolgt je nach Bereich nach einer eigenen Formel:

Qualitätsbereich 1: Standardisierte Kennzahl = 100 – (100 – x) * 183 / Zeitabstand
Qualitätsbereich 2: Standardisierte Kennzahl = x * 183 / Zeitabstand
wobei:
X = errechnete Kennzahl
Zeitabstand = Mittlerer Zeitabstand zwischen dem aktuellen und dem vorherigen Erfassungszeitpunkt in Tagen.

Wenn während eines Beobachtungszeitraums von fünf Monaten eine Rate für den Mobilitätserhalt von 50 % ermittelt wurde, so wird angenommen, dass die Rate über einen Zeitraum von sechs Monaten bei 40 % liegt. Denn anhand der vorliegenden Daten lässt sich nachweisen, dass im Durchschnitt pro Monat 10 % der Bewohner signifikant an Mobilität einbüßen.

Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung ist im Text und ggf. auch in tabellarischen Darstellungen von einem sechsmonatigen Abstand die Rede. Gemeint ist aber immer der konkrete Abstand zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten, der leicht variieren kann.

Kennzahlen für eine Einrichtung werden nur dann ausgewiesen, wenn die Bewohnergruppe, auf die sich die Bewertung bezieht, eine bestimmte Größe nicht unterschreitet. Dabei gilt:

Qualitätsbereich 1:	Mindestgröße = 10 Personen
Qualitätsbereich 2:	Mindestgröße = 5 Personen
Indikator 3.1:	Mindestgröße = 4 Personen
Indikatoren 3.2 – 3.4:	Mindestgröße = 5 Personen.

3.2 Referenz- und Schwellenwerte

Die Referenzwerte sind ein sehr wichtiges Element im Indikatorenansatz. Eine Qualitätsbeurteilung mit Hilfe von Kennzahlen erfolgt immer mit Bezug auf bestimmte Referenzwerte, die im Regelfall empirisch hergeleitet werden und sich am rechnerischen Durchschnitt orientieren, der sich aus der Gesamtheit der einbezogenen Einrichtungen ergibt. Die Abweichung vom Referenzwert stellt das entscheidende Kriterium dar, das zu einer Qualitätsbeurteilung führt. Die Verfügbarkeit der Referenzwerte ist insofern eine wichtige Voraussetzung für die Funktionalität des Systems.

Die Erfahrungen mit den vom IPW begleiteten Projekten zeigen, dass die Referenzwerte für die Qualitätsbeurteilung im Zeitverlauf nicht sehr stark schwanken. Sie haben sich in manchen Themenfeldern als besonders stabil erwiesen und bewegen sich in einem recht engen Korridor über bzw. unter dem Vorjahreswert. Es gibt Ausnahmen, beispielsweise die Häufigkeit, mit der Gurtfixierungen bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern durchgeführt werden. Hier ist im Laufe der letzten Jahre bundesweit ein erheblicher Rückgang der Anwendungshäufigkeit zu beobachten – nicht nur in den begleiteten Einrichtungen der Projekte. Eine solche Veränderung in der Versorgung insgesamt sollte auch zu einem anderen Referenzwert führen.

Referenzwerte sind also in regelmäßigen, aber längeren Abständen zu prüfen und ggf. anzupassen. Nach den bisherigen Erfahrungen genügt es, die Referenzwerte im Abstand von drei bis vier Jahren zu aktualisieren. Kürzere Phasen sind nicht empfehlenswert, da der kurzfristige Wechsel die Vergleichbarkeit der Ergebnisse beeinträchtigen kann und keine gute Grundlage für die Nutzung von und die Kommunikation über Qualitätsindikatoren wäre. Projekterfahrungen zeigen, dass die Einrichtungen im Laufe der Zeit beginnen, mit der für sie zunächst abstrakten Kennzahl bestimmte Qualitätsbeurteilungen zu assoziieren und den Abstand zwischen einrichtungsindividuellem Wert und Referenzwert zu interpretieren. Dies ist eine wichtige Voraussetzung dafür, Qualitätskennzahlen im Versorgungsalltag (insbesondere im internen Qualitätsmanagement) zu nutzen. Häufige Veränderungen würden diesen Prozess erschweren. Ähnliches gilt für andere Adressaten der indikatorengestützten Qualitätsbeurteilung. Wenn etwa auf kommunaler Ebene Fragen der Qualitätssicherung diskutiert werden oder wenn im Bereich der Pflegeberatung Interpretationshilfe für Interessenten auf der Suche nach einer Pflegeeinrichtung geleistet werden, so wären kurzfristig wechselnde Referenzwerte stets ein Erschwernis für die Beteiligten.

Eine Alternative zur empirischen Herleitung der Referenzwerte wäre eine normative Bestimmung dieses Bezugspunktes. Theoretisch denkbar wäre es beispielsweise, dass ein Kreis von erfahrenen Experten anhand der verfügbaren Forschungsergebnisse einen gemeinsamen Referenzwert empfiehlt und dieser durch den Qualitätsausschuss oder eine andere hierzu autorisierte Instanz verbindlich festgelegt wird. Normativ bestimmte Referenzwerte könnten sogar als Orientierung für gemeinsame, nationale Ziele der Qualitätsentwicklung genutzt werden.

Ob dies unter den gegenwärtigen Bedingungen in Deutschland realistisch wäre, ist allerdings fraglich. Zum einen gibt es bislang nur sehr wenige Experten, die sowohl fachlich als auch methodisch mit Indikatorenansätzen der vorliegenden Art vertraut sind und einschätzen können, wie sich die Versorgungsqualität hinter den relativ abstrakten Kennzahlen darstellt. Zum anderen könnten sich Konsentierungsprozesse als schwierig erweisen. Eine Festlegung von normativ bestimmten Referenzwerten wäre nur dann realistisch, wenn individuelle Interessen aus solchen Konsentierungsprozessen weitgehend ferngehalten werden. Insofern wird die rein rechnerische Ableitung von Referenzwerten vorläufig die bessere (weil realistische) Option sein.

Schwellenwerte

Im Sprachgebrauch des vorliegenden Indikatorenansatzes wird der Begriff *Referenzwert* für die zentralen Bezugspunkte der Qualitätsbeurteilung mit Hilfe der Indikatoren verwendet. Davon unterschieden werden die sogenannten Schwellenwerte, von denen letztlich abhängt, wie die konkrete Qualitätsbeurteilung ausfällt. Die Schwellenwerte geben an, wie groß der Sprung zur nächst höheren oder nächst niedrigeren Qualitätsbeurteilung ausfällt.

Für den Indikatorenansatz genügt es daher nicht, einen Referenzwert zu haben, der den Bundesdurchschnitt (oder einen ähnlichen Mittelwert) abbildet. Es müssen auch die Schwellenwerte definiert werden, die – gemessen am Durchschnitt – zu einer besseren oder schlechteren Qualitätsbeurteilung führen.

Diese Schwellenwerte können nach verschiedenen Regeln festgelegt werden. Es ist z. B. möglich, sie rein rechnerisch zu bestimmen. In einem System, in dem fünf Qualitätsstufen unterschieden werden, könnte man in Anlehnung an Bewertungsformen in den Vereinigten Staaten festlegen, dass jede Qualitätsstufe ein Fünftel der Einrichtungen umfasst (Quintile). Eine Alternative bestünde darin, dass man einen relativ breiten Bereich festlegt, in dem die Qualität einer Einrichtung als „nahe am Durchschnitt“ oder als leicht über- oder leicht unterdurchschnittlich dargestellt wird. Einrichtungen mit besonders guter oder besonders schlechter Qualität würden dann als eine kleine Gruppe definiert werden.

Mit wissenschaftlichen Mitteln lässt sich nicht entscheiden, ob eine solche oder eine andere Lösung wünschenswert wäre. Hier ist abzuwägen, worin die zentralen Ziele eines indikatorengestützten Systems bestehen sollen. Für den Einstieg in das System ist es jedoch empfehlenswert, zunächst eine rein rechnerische Definition der Schwellenwerte vorzunehmen und später, wenn mehr Erfahrung mit dem System vorliegt, möglicherweise alternative Festlegungen anzustreben. Solche Alternativen setzen, wie schon angemerkt, klare *gemeinsame* Zielsetzungen voraus, die von allen wichtigen Entscheidungsträgern gestützt werden.

Referenz- und Schwellenwerte in der Phase des Übergangs

Für den Einstieg in das System werden Schwellenwerte unmittelbar benötigt, also bereits zu einem Zeitpunkt, zu dem noch keine Daten aus bundesweiten Ergebniserfassungen vorliegen. Als erste, vorläufige Lösung können die Referenz- und Schwellenwerte verwendet werden, die derzeit in den vom IPW begleiteten Projekten genutzt werden:

Indikator	Referenzwert (Durchschnitt)	Schwellenwerte für die fünfstufige Bewertung			
		a)	b)	c)	d)
1.1	88,4 %	80,497	85,754	91,011	96,268
1.2	69,4 %	58,623	65,776	72,929	80,082
1.3	83,8 %	75,278	80,970	86,662	92,354
1.4	57,9 %	45,440	53,719	61,998	70,277
1.5	74,8 %	64,030	71,198	78,366	85,534
2.1	1,6 %	3,091	2,091	1,091	0,091
2.2	8,4 %	16,083	10,955	5,827	2,914
2.3	6,9 %	11,089	8,312	5,535	2,758
2.4	12,9 %	18,464	14,768	11,072	7,376
2.5	2,1 %	3,562	2,562	1,562	0,562
2.6	4,9 %	9,103	6,325	3,547	0,769
3.1	50,7 %	20,659	40,659	60,659	80,659
3.2	2,8 %	5,210	3,623	2,036	0,449
3.3	18,7 %	32,311	23,222	14,133	5,044
3.4	79,0 %	63,965	73,966	83,967	93,968

Interpretationshilfe:
Spalte a) beinhaltet den unteren Schwellenwert, also den Wert, unterhalb dessen die Qualitätsbewertung „weit unter dem Durchschnitt“ zugewiesen wird. Beim Indikator 1.1 liegt der Wert bei 80,497. Die Qualitätsbewertung „leicht unter dem Durchschnitt“ ergibt sich bei Werten zwischen 80,497 und 85,754 (Spalten a) und b)).

Für die erste Zeit nach der Einführung des neuen Systems ist es empfehlenswert, die Entwicklung der Ergebnisse im Bundesmaßstab stetig zu beobachten und die Tragfähigkeit dieser Referenz- und Schwellenwerte zu überprüfen.

Es ist außerdem empfehlenswert, aus verschiedenen (anderen) Gründen eine Übergangsphase zu definieren, in denen zwar Ergebniserfassungen und Indikatorenberechnungen stattfinden, in denen aber noch keine Qualitätsbewertung im Rahmen von Qualitätsdarstellungen veröffentlicht werden. Eine solche Übergangsphase eröffnet den zeitlichen Spielraum, die entsprechende Prüfung der vorgeschlagenen Referenzwerte vorzunehmen. Es ist nicht erforderlich, dass die für den Einstieg in das System gewählten Referenzwerte dem rechnerischen Bundesdurchschnitt genau entsprechen. Sie sollten aber auch nicht allzu weit davon entfernt liegen, weil eine spätere Anpassung zu Veränderungen der Qualitätsbewertung trotz gleichbleibender Kennzahlen führen könnte. Zwar ist es nicht un-

bedingt zu vermeiden, dass nach der Einführung eines neuen Systems die Bewertungsmaßstäbe in relativ kurzer Zeit neu justiert werden, wünschenswert wäre jedoch eher, dass sich beim Einstieg in das Systems möglichst wenig Schwankungen der Referenzwerte ergeben.

3.3 Ergebniserfassung

Stationäre Pflegeeinrichtungen führen nach einem vorgegebenen Regelwerk im Abstand von sechs Monaten eine Ergebniserfassung für die Bewohner der Einrichtung durch. Die Ergebniserfassung beinhaltet zum einen die Zusammenstellung von Informationen, die Bestandteil der routinemäßigen Pflegedokumentation oder anderer Dokumentationen sind, die die Einrichtung vorhält (beispielsweise Informationen über Krankenhausaufenthalte, Sturzprotokolle, Angaben zur Entstehung einer Wunde, Gewichtsverlauf usw.). Sie umfasst zum anderen die Beurteilung ausgewählter Fähigkeiten oder ausgewählter Merkmale der Pflegebedürftigkeit (beispielsweise eine Beurteilung der Mobilität oder der kognitiven Fähigkeiten).

Instrumentarium für die Ergebniserfassung

Die Ergebniserfassung erfolgt in einer EDV-gestützten Form (z. B. online-Eingabe oder gesonderte Software-Lösung, vgl. zweiter Zwischenbericht). Die Einrichtungen verfügen über eine Anleitung mit inhaltlichen und methodischen Erläuterungen, das den Umgang mit dem Instrument bzw. die einzelnen Merkmale und die Merkmalsausprägungen erläutert.

Ein weiteres wichtiges Instrument stellt der *Erhebungsreport* dar. Hierbei handelt es sich um ein Dokument, das vorrangig der internen Steuerung der Ergebniserfassung dient, das aber auch für die externen Prüfungen eine wichtige Funktion hat. In diesem Erhebungsreport befindet sich eine sogenannte Codierliste, die eine Zuordnung von Bewohnernamen und individuellen Bewohnercodes bzw. Pseudonymen enthält. Im Rahmen der externen Prüfungen dient diese Liste

- der namentlichen Identifizierung von sechs Bewohnern, für deren Aufnahme in die Stichprobe von der Datenauswertungsstelle die betreffenden Pseudonyme übermittelt wurden.
- der Identifizierung von drei weiteren Bewohnern, deren Pseudonym bei der Datenauswertungsstelle noch nicht verzeichnet ist, weil sie erst nach der letzten Ergebniserfassung eingezogen sind oder weil sie aus anderen Gründen nicht in den Datensatz für die Einrichtung aufgenommen wurden (z. B. Kurzzeitpflegegast) (vgl. Kapitel 4.4.1).

In dieser Liste sind sämtliche Bewohner verzeichnet, die zu einem definierten Stichtag in der Einrichtung leben. Für diese Bewohner wird angegeben, ob sie in die Ergebniserfassung einbezogen wurden oder nicht. Bei Nichteinbeziehung wird der hierfür ausschlaggebende Grund benannt. Dies gilt auch für Bewohner, die bei der Ergebniserfassung vor sechs Monaten teilgenommen haben, zum Stichtag aber nicht mehr in der Einrichtung leben.

Der Erhebungsreport ist insofern auch ein wichtiges Protokoll, das über die Durchführung der Ergebniserfassung und die Einbeziehung der Bewohner Auskunft gibt. Er wird laufend fortgeschrieben. Insbesondere die Codierliste wird zu jedem Erhebungszeitpunkt, also im Abstand von sechs Monaten, fortlaufend ergänzt.

Wenngleich die Anforderungen an das Führen eines solchen Reports nicht besonders hoch sind, sollte diese Aufgabe in der Verantwortung einer Leitungsperson oder eines Qualitätsmanagementbeauftragten liegen (und nicht an Mitarbeiter aus der Verwaltung delegiert werden). Wie die Erfahrungen aus den vom IPW begleiteten Projekten zeigen, sind Fehler in einem Erhebungsreport nicht selten; für die betreffende Einrichtung kann dies einen erheblichen Korrekturaufwand mit sich bringen.

Personelle Zuständigkeit

Die Ergebniserfassung sollte durch Mitarbeiter erfolgen, die die betreffenden Bewohner gut kennen. Damit werden die fachlichen Einschätzungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten, ebenso wie die Extraktion vorhandener Informationen aus der Pflegedokumentation, wesentlich erleichtert. Im Idealfall nehmen die Bezugspflegenden, die die Verantwortung für die Steuerung des Pflegeprozesses beim betreffenden Bewohner haben, oder die Wohnbereichsleitungen die Ergebniserfassung vor. Sie kann losgelöst von anderen Arbeiten durchgeführt oder aber in vorhandene Abläufe integriert werden. Ein Beispiel für eine solche Integration ist die Durchführung von Pflegevisiten anhand der vorgegebenen Merkmale. Die Erfassung kann aber auch im Zusammenhang mit der regelmäßig stattfindenden Überprüfung der individuellen Maßnahmen erfolgen, bei der ohnehin zu beurteilen ist, ob die aktuellen pflegerischen Hilfen dem individuellen Bedarf des Bewohners noch entsprechen und inwieweit gesundheitliche Veränderungen oder eine veränderte Risikokonstellation eine Anpassung der Maßnahmenplanung erforderlich machen.

Es gibt also verschiedene Möglichkeiten, die Einschätzungen und die Informationssammlung, die im Rahmen der Ergebniserfassung erfolgen, in bestehende Arbeitsroutinen zu integrieren, was nicht nur unter fachlichen Gesichtspunkten, sondern auch im Hinblick auf den erforderlichen Zeitaufwand empfehlenswert ist. Der zusätzliche Zeitaufwand wird dann durch Aufwandsersparnis an anderen Stellen zumindest teilweise kompensiert. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Integration der Indikatoren umso weniger zusätzlichen Aufwand verursacht, je stärker die Einrichtung die Ergebniserfassung und die indikatorengestützte Qualitätsbeurteilung in das interne Qualitätsmanagement und den individuellen Pflegeprozess integriert.

Ein- und Ausschlusskriterien

Die indikatorengestützte Qualitätsbeurteilung einer Einrichtung kann nicht auf der Grundlage einer Stichprobe erfolgen. Es erfolgt daher eine Vollerhebung, d.h. die Einbeziehung aller Bewohner[12]. Allerdings sind aus methodischen, zum Teil aber auch aus ethischen Gründen Ein- und Ausschlusskriterien vorgesehen. So werden beispielsweise Bewohner, die sich während der Ergebniserfassung in der Sterbephase befinden, nicht einbezogen. Auch Bewohner, deren Einzugsdatum erst kurze Zeit zurückliegt, werden nicht einbezogen. Gleiches gilt für Bewohner, die sich seit längerem in einer Krankenhausbehandlung befinden.

Die Auswahl der Bewohner erfolgt unter Bezugnahme auf einen definierten Stichtag, der der 1. oder der 15. Tag eines Monats sein sollte (z. B. 1. März). Für alle Bewohner, die am definierten Stichtag in der Einrichtung leben, wird überprüft, ob die im Folgenden genannten Ausschlusskriterien zutreffen. Bewohner beispielsweise, die zwei Monate nach der letzten, vor einem halben Jahr durchgeführten Ergebniserfassung aus der Einrichtung ausgezogen sind, werden nicht in die Kennzahlberechnungen einbezogen. Unter diesen Voraussetzungen sind folgende Ausschlusskriterien zu beachten:

- Einzugsdatum liegt weniger als 14 Tage vor dem Stichtag.
- Bewohner ist Kurzzeitpflegegast.
- Bewohner befindet sich in der Sterbephase.
- Bewohner hält sich seit mindestens 21 Tagen vor dem Stichtag nicht mehr in der Einrichtung auf (z. B. wegen einer Krankenhausbehandlung oder eines längeren Urlaubs mit Angehörigen).

Für Bewohner, die zum Stichtag in der Einrichtung leben, aber eines der Ausschlusskriterien erfüllen, wird keine Ergebniserfassung durchgeführt. Sie werden allerdings unter Nennung des zutreffenden Ausschlusskriteriums im *Erhebungsreport* aufgeführt, sodass nachvollziehbar ist, wie viele Bewohner ausgeschlossen wurden und aus welchem Grund dies geschah[13].

Erfassungszeitpunkte

Der konkrete Zeitpunkt, zu dem die Ergebniserfassung stattfindet, ist nicht vorgegeben. In welchem Kalendermonat die Daten erhoben werden, ist aus methodischer Sicht wenig erheblich. Entscheidend

[12] Stichproben, wie sie im Falle der externen Qualitätsprüfungen durchgeführt werden, wären zur Ermittlung der Ergebnisqualität mit Hilfe von Kennzahlen ungeeignet. Dies ergibt sich schon daraus, dass verhältnismäßig seltene Ereignisse wie die Entstehung von Dekubitalulcera, bei denen die Inzidenzrate innerhalb eines halben Jahres je nach Risikogruppe zwischen 1 % und 10 % liegt, durch eine Stichprobe, die beispielsweise 10 Bewohner umfasst, gar nicht abgebildet werden kann. Aber auch die potenzielle Beeinträchtigung der Vergleichbarkeit durch Einzelfälle, die bei solchen Themen stark ins Gewicht fallen würden, macht eine Vollerhebung erforderlich.

[13] Die Verwendung eines Kurzfragebogens für diese Bewohner, der in den vom IPW begleiteten Projekten vorgesehen war, ist im Routinebetrieb nicht mehr erforderlich. Allerdings müssen das Pseudonym und der Ausschlussgrund an die Datenauswertungsstelle übermittelt werden, um eine Vollzähligkeitsprüfung durchführen zu können.

ist allerdings, dass die Ergebniserfassung einheitlich in einem Abstand von rund sechs Monaten stattfindet. Dieser Abstand ist wichtig, weil Versorgungsergebnisse in diesem Zeitraum erfasst werden und weil der zeitliche Abstand später für die Kennzahlenvergleiche mit anderen Einrichtungen den zeitlichen Bezugsrahmen definiert.

Entgegen mancher Erwartungen hat sich der sechsmonatige Zeitraum bewährt. Zeitweise gab es Befürchtungen, dass es infolge der zum Teil sehr ausgeprägten Bewohnerfluktuation nicht möglich sein würde, genügend Fälle über einen Zeitraum von sechs Monaten zu betrachten. In den inzwischen fast sechs Jahren, in denen Indikatorenberechnungen nach dem vorliegenden Konzept in den verschiedenen Projekten durchgeführt wurden, hat sich diese Befürchtung nicht bestätigt. Im Gegenteil hat sich gezeigt, dass es in den meisten Einrichtungen einen vergleichsweise großen, relativ stabilen Bewohnerstamm gibt, dessen Verweilzeit in der Einrichtung mehrere Jahre umfasst.

Wenn Einrichtungen regelmäßig die Indikatorenerfassung durchführen, kann es immer wieder dazu kommen, dass aus organisatorischen Gründen zeitliche Verschiebungen stattfinden. Die personelle Situation in vielen Einrichtungen ist stark angespannt, sodass die Erkrankung mehrerer Mitarbeiter zum gleichen Zeitpunkt zu einer Situation führt, in der neben der Aufrechterhaltung der Bewohnerversorgung keine anderen größeren Arbeiten erledigt werden können. Es ist daher davon auszugehen, dass der sechsmonatige Erhebungszeitraum nicht immer exakt eingehalten werden kann. Für den Regelbetrieb ist es daher empfehlenswert, Unterschiede im zeitlichen Abstand bei der statistischen Auswertung der Ergebniserfassung zu berücksichtigen, d.h. die Kennzahlen auf eine Beobachtungsdauer von sechs Monaten zu standardisieren. So können Unterschiede von mehreren Wochen zwischen verschiedenen Einrichtungen kompensiert werden.

Hingegen ist es – einen Sechs-Monate-Rhythmus vorausgesetzt – nach dem aktuellen Wissensstand unerheblich, in welchen Kalendermonaten die Erhebungen stattfinden. Unter inhaltlichen und methodischen Gesichtspunkten wäre vorstellbar, dass die Einrichtungen den Erhebungszeitpunkt selbst definieren. Zu berücksichtigen sind allerdings bestimmte jahreszeitliche Einflüsse, die dazu führen, dass sich nicht alle Monate gleich gut für eine Indikatorenerfassung anbieten. Der Monat Dezember beispielsweise dürfte aufgrund des bevorstehenden Weihnachtsfests für fast alle Einrichtungen ein ungeeigneter Monat sein, wodurch auch der nach sechs Monaten folgende Juni praktisch als Zeitpunkt ausfällt. Erfahrungsgemäß gute Bedingungen für die Ergebniserfassung bieten die Monate März und September. Um im Hinblick auf die Verknüpfung des Indikatorenansatzes mit den externen Prüfungen und aus Gründen der Auslastung der Datenauswertungsstelle eine gewisse Gleichmäßigkeit sicherzustellen, sollten die Einrichtungen begrenzte Wahlmöglichkeiten haben, sodass ausgeschlossen ist, dass sich die Ergebniserfassungen übermäßig stark auf die Monate März und September konzentrieren.

Um ausreichende Transparenz der Anforderungen zu gewährleisten, ist es empfehlenswert, unabhängig von der Flexibilität bei der Wahl des Erhebungsmonats festzulegen, dass die Ergebniserfassung innerhalb einer Frist von maximal zwei Wochen nach einem Stichtag abgeschlossen sein muss.

Wird also der Stichtag 1. März gewählt, so sollte die Erhebung am 15. März abgeschlossen sein. Wird als Stichtag der 15. eines Monats gewählt, so wird von da an ein zwei Wochen umfassender Abstand kalkuliert. Es wäre theoretisch möglich, auch den Stichtag durch die Einrichtungen festlegen zu lassen. Um möglichst klare Strukturen zu etablieren, wäre aber eine externe Festlegung der Stichtage empfehlenswert.

3.4 Datenübermittlung

Im Anschluss an die Ergebniserfassung werden die erhobenen Daten an die Datenauswertungsstelle übermittelt. Hierzu wurde im zweiten Zwischenbericht zum Projekt eine ausführliche Darstellung des vorgeschlagenen Verfahrens präsentiert (vgl. Anhang 6).

An dieser Stelle sei nur noch einmal darauf hingewiesen, dass die Informationen aus der Ergebniserfassung in den Einrichtungen selbst ebenfalls vorliegen müssen, und zwar in einer Form, mit denen die Informationen trotz Pseudonymisierung dem betreffenden Bewohner zugeordnet werden können. Dies ist aus mehreren Gründen erforderlich. Zum einen dient die individuelle Datensammlung als Informationsgrundlage, die bei den Plausibilitätskontrollen durch die externen Prüfdienste benötigt werden. Da nicht bekannt ist, wie bald nach der Ergebniserfassung eine externe Prüfung mit der Plausibilitätskontrolle stattfindet, sollten die bewohnerbezogenen Erhebungsbogen möglichst umgehend vorliegen und nicht erst nach einer längeren Phase der Auswertung den Einrichtungen zugänglich gemacht werden.

Ein weiterer Grund besteht darin, dass die Einrichtungen die Ergebniserfassung auch im Rahmen ihres internen Qualitätsmanagement nutzen können sollten. Hierzu müssen die Informationen aber möglichst zeitnah intern verfügbar sein. Sofern gesonderte Softwarelösungen verwendet werden, um die bei der Ergebniserfassung generierten Daten zu speichern und zu übermitteln, wären die Daten in der Einrichtung direkt verfügbar. Im Falle der online-Erfassung, die als Option für die Einführung des Systems erst einmal wahrscheinlicher ist als eine Softwarelösung, bedarf es eines entsprechend ausgestatteten technischen Moduls, das es gestattet, die eingegebenen Daten direkt nach der Eingabe wieder abzurufen und für interne Zwecke bzw. für den Fall einer externen Qualitätsprüfung zu nutzen.

3.5 Statistische Plausibilitätskontrolle durch die Datenauswertungsstelle

Wird die Beurteilung von Ergebnisqualität mit Hilfe von Indikatoren entsprechend der gesetzlichen Vorgaben zur Regel, ergeben sich nahezu zwangsläufig Konsequenzen für die Ausrichtung und Organisation des Prüfverfahrens. Bereits zum Abschluss des Projekts zur Entwicklung der Indikatoren wurde darauf hingewiesen, dass verschiedene begleitende Maßnahmen zur Sicherstellung der Verlässlichkeit von Ergebnisindikatoren erforderlich sein würden. Sollen Versorgungsergebnisse, die von

der Einrichtung und ihren Mitarbeitern selbst erfasst wurden, für die Berechnung öffentlich verfügbarer Qualitätskennzahlen verwendet werden, so ist zwangsläufig eine externe Prüfung der Datenqualität erforderlich.

Hierzu dienen die sogenannten Plausibilitätskontrollen, mit denen geprüft wird, ob die auf einen bestimmten Bewohner bezogenen Daten in sich schlüssig sind und den Tatsachen entsprechen. Dabei werden zwei methodisch, inhaltlich und auch organisatorisch unterschiedliche Formen der Plausibilitätskontrolle unterschieden: eine statistische Plausibilitätskontrolle, die in der Datenauswertungsstelle durchgeführt wird, und eine Plausibilitätskontrolle durch die Prüfdienste, die während des Prüfbesuchs stattfindet. Beide Verfahren zusammen genommen stellen eine gute Basis dar, um methodische oder fachliche Schwächen bei der Ergebniserfassung, aber auch etwaige Manipulationsversuche[14] aufzudecken.

Die datentechnische („statistische“) Plausibilitätskontrolle wird routinemäßig nach der Übermittlung der vollständigen Daten aus der Ergebniserfassung an die Datenauswertungsstelle durchgeführt. Das Ergebnis dieser Plausibilitätskontrolle liegt also schon vor, wenn später die externe Prüfung stattfinden soll.

Es wird geprüft, ob die Angaben der Einrichtung zu einem Bewohner in sich stimmig sind. So ist es beispielsweise unwahrscheinlich, dass ein Bewohner, der mit nur wenig Unterstützung Treppen steigen kann, in liegender Position erheblich in der Bewegung eingeschränkt ist. Ebenso wenig plausibel ist es, dass eine größere Zahl Bewohner keinerlei Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens aufweist, aber räumlich desorientiert ist. Auf ähnliche Art und Weise werden verschiedene Angaben teils fallbezogen, teils bezogen auf die Bewohnerschaft insgesamt überprüft.

Die statistische Plausibilitätskontrolle umfasst auch die Überprüfung der Frage, ob alte Daten (aus der letzten Ergebniserfassung) unverändert übernommen worden sind. Dies betrifft den Bereich der Beurteilung von Selbstständigkeit und der kognitiven Fähigkeiten.

[14] In der Diskussion um die Ergebnisindikatoren spielte der Hinweis auf das Risiko, dass Einrichtungen Informationen manipulieren könnten, stets eine wichtige Rolle. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, zu versuchen, durch nicht sachgerechte bzw. nicht den Tatsachen entsprechende Angaben bessere Qualitätsbeurteilungen zu erlangen. Eine relativ einfache Art besteht darin, Bewohner, die ein schlechtes Versorgungsergebnis aufweisen (z. B. Entstehung eines Dekubitus) aus der Erhebung auszuschließen. Aus diesem Grund ist die Überprüfung der Berücksichtigung *aller* Bewohner ein Bestandteil der Plausibilitätskontrolle. Im Einzelnen umfasst diese Überprüfung die Frage, inwieweit bestimmte Ausschlusskriterien von der Einrichtung bei der Ergebniserfassung berücksichtigt wurden. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob Angaben zum Versterben oder zum Auszug von Bewohnern die in der vorherigen Ergebniserfassung berücksichtigt worden waren, zutreffend sind. Im Unterschied zu dieser Art, Ergebnisse der Datenerfassung zu manipulieren, steht ein wesentlich komplizierteres Vorgehen, mit dem ggf. gezielt negative Bewertungen verhindert oder positive Bewertungen (z. B. Erhalt der Mobilität) erreicht werden sollen. Die Bewertungssystematik, die zur Beurteilung der Ergebniserfassung der Einrichtungen entwickelt worden ist, macht es jedoch enorm schwer, durch unzutreffende Angaben ein gutes Ergebnis zu erzielen, wenn damit ausgeschlossen werden soll, dass an anderer Stelle ein aus der Sicht der Einrichtung negativer Effekt eintritt.

Im Ergebnis lässt sich feststellen, ob eine Einrichtung in bestimmten Bereichen der Ergebniserfassung (z. B. im Bereich der Mobilität) systematische Auffälligkeiten zeigt, die Hinweise auf methodische Schwächen geben. Entsprechende Hinweise würden als Vorinformation an den Prüfdienst übermittelt. Es ist vorstellbar, dass auf der Grundlage etwas umfangreicherer Erfahrungen mit der Plausibilitätskontrolle keine gesonderte Prüfung der Ergebniserfassung in der Einrichtung erforderlich ist, wenn die statistische Überprüfung hinreichend aussagekräftig ist. Nach der Einführung des neuen Systems sollte eine solche Verschlankung jedoch nicht unmittelbar erfolgen.

Folgende Auswertungsprozeduren werden für die datentechnische Plausibilitätskontrolle empfohlen:

- Überprüfung der unreflektierten Übernahme vorheriger Ergebnisse bei der Einschätzung
  - der Selbständigkeit im Bereich der Mobilität
  - der kognitiven Fähigkeiten
  - der Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung
  - der Selbständigkeit im Bereich des Alltagslebens und der sozialen Kontakte.

- Überprüfung auf innere Widersprüche der Angaben in den Bereichen Mobilität, kognitive/kommunikative Fähigkeiten, Selbstversorgung, Alltagsleben und soziale Kontakte

- Überprüfung der Datumsangaben (Relevanz für den Beobachtungszeitraum)

- Überprüfung der Angaben zu Krankenhausaufenthalten, die bei einigen Indikatoren ein Ausschlussgrund sind.

Die konkreten Hinweise zur Generierung der entsprechenden Algorithmen finden sich im Anhang 1 zum vorliegenden Bericht. Es ist empfehlenswert, dass die Datenauswertungsstelle mit dem Ziel, die Treffsicherheit der statistischen Plausibilitätskontrolle zu erhöhen, im Zeitverlauf und auf der Grundlage der Ergebniserfassungen im Regelbetrieb systematische Analysen des Datenbestandes vornimmt, mit denen relevante Auffälligkeiten identifiziert werden.

Es wird empfohlen, die Ergebniserfassung als „nicht plausibel“ einzustufen, wenn bei mehr als 25 % der Bewohner, für die eine Ergebniserfassung durchgeführt wurde, eine Auffälligkeit im Sinne der oben genannten Punkte feststellbar ist. Auch dies ist eine vorläufige Empfehlung, die später, nach näheren Analysen des von der Datenauswertungsstelle verwalteten Datenbestandes, durch andere Lösungen ersetzt werden könnte.

Es sei an dieser Stelle betont, dass es immer wieder Situationen gibt, die auf den ersten Blick nicht plausibel erscheinen, es im Einzelfall aber doch sein können. So kann beispielsweise ein Bewohner, der bei der Körperpflege noch teilweise selbständig ist, beim Duschen als völlig unselbständig eingestuft werden. Dies wirkt auf den ersten Blick widersprüchlich, da ja die Teilselbständigkeit bei Körperwaschungen am Waschbecken immer noch vorhanden ist, wenn der Bewohner unter die Dusche

tritt. Es gibt aber Einzelfälle, in denen das Duschen oder Baden nur dann durchführbar ist, wenn der Bewohner in der Lage ist, sich mit beiden Händen festzuhalten. Aufgrund des Festhaltens ist er dann nicht mehr in der Lage, die Hände zu benutzen, um sich aktiv an der Körperwaschung während des Duschens zu beteiligen.

Solche ungewöhnlichen Konstellationen kommen immer wieder vor. Es handelt sich allerdings um Einzelfälle, nicht um größere Bewohnergruppen. Bei zwei oder drei Bewohnern mögen Sie vorkommen, aber nicht bei 10 oder 20. In diesem Sinne bilden statistische Plausibilitätskontrollen Fehler bei der Ergebniserfassung nicht exakt ab. Sie identifizieren ungewöhnliche Häufungen von Auffälligkeiten, die nicht durch einen Zufall, sondern nur durch fehlerhafte Ergebniserfassungen erklärt werden können: Ab einer bestimmten Häufung von Auffälligkeiten wird es sehr unwahrscheinlich, dass Ausnahmefälle zugrunde liegen.

Aus diesem Grunde wird empfohlen, einen relativ hohen Anteil Bewohner zu definieren, von dem an von fehlender Plausibilität ausgegangen und somit angenommen wird, dass die Kennzahlen zur vergleichenden Beurteilung der Ergebnisqualität aufgrund zu vieler Fehlangaben nicht zu berechnen sind. Der Anteil muss hoch genug sein, um auch die falsch-positiven Auffälligkeiten – also paradox erscheinende, aber tatsächlich vorkommende – Konstellationen berücksichtigen zu können.

3.6 Plausibilitätskontrolle durch die Prüfdienste

Im Rahmen der externen Prüfung erfolgt eine zweite, anders ausgerichtete Plausibilitätskontrolle. Dabei ist keine Vollerfassung notwendig. Zu diesem Zweck reicht vielmehr eine stichprobenartige Überprüfung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung bzw. den Prüfdienst der privaten Krankenversicherung. Dies ergibt sich nicht nur aus der sachlich engen Verbindung zwischen Qualitätsbeurteilungen, wie sie bislang durch die Prüfdienste durchgeführt werden, und Qualitätsbeurteilungen mit Hilfe von Indikatoren. Die externen Prüfdienste sind diejenigen Instanzen, die dafür qualifiziert und neutral genug sind, um eine solche Aufgabe übernehmen zu können.

Die ersten Plausibilitätskontrollen wurden in den sogenannten Umsetzungsprojekten durchgeführt, zuerst im Projekt EQisA (Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe, Kooperationsprojekt des IPW mit dem DiCV Köln). Sie wurden von einer Referentin des Verbandes durchgeführt und erfolgten zunächst in der Form, dass beim Einrichtungsbesuch der Erhebungsbogen zur Ergebniserfassung für eine gewisse Anzahl der Bewohner, die zufällig ausgewählt worden waren, gemeinsam mit den zuständigen Mitarbeitern der Einrichtungen durchgegangen wurden. Es wurde also jede Information, die im Bogen vermerkt war, überprüft. Zu einem späteren Zeitpunkt entwickelte das Institut für Pflegewissenschaft ein Instrumentarium und ein Regelwerk, mit dem zukünftig die Plausibilitätskontrollen im Projekt EQisA und auch im Projekt EQMS durchgeführt werden konnten und stellte dies den beiden Verbänden im Rahmen des Projekts zur Verfügung.

Das Instrument der Plausibilitätskontrolle im Rahmen von Einrichtungsbesuchen wurde in den beiden Projekten unterschiedlich intensiv genutzt. Im Projekt EQisA erfolgte über die ersten Ergebniserfassungen hinweg eine Kontrolle in sämtlichen Einrichtungen die beteiligt waren. Später, als das Projekt EQisA an Größe zunahm, konnten nicht mehr sämtliche Einrichtungen einbezogen werden. Im Projekt EQMS entschied man sich dazu, lediglich Einrichtungen zu kontrollieren, die im Rahmen der Datenauswertung auffällig geworden waren. Diese etwas andere Zielsetzung führte dazu, dass neben einem Konzept für einen Kontrollbesuch ein Konzept für eine statistische Plausibilitätskontrolle entwickelt wurde. Zwar wurden die dem IPW übermittelten Daten vor der Auswertung grundsätzlich einer Überprüfung auf Vollständigkeit und Richtigkeit der Daten unterzogen, doch beschränkte sich diese Kontrolle auf formale Aspekte. Der Erhebungsbogen zur Erfassung von Versorgungsergebnissen ermöglicht jedoch auch die Beantwortung der Frage, ob die zu einem Bewohner vorliegenden Daten in sich stimmig sind oder ob es Widersprüche oder zumindest besondere Auffälligkeiten gibt. Das Konzept wurde später ausgebaut und an die Rahmenbedingungen für externe Prüfungen angepasst. Das so erweiterte Konzept wurde erstmals vom MDK Niedersachsen, später auch (in einer optimierten Version) im Kooperationsprojekt „ExQualiBuR“[15] erprobt.

Der Begriff *Plausibilitätskontrolle* wurde im Falle der externen Prüfungen deshalb gewählt, weil Teile der Sachverhalte, die im Rahmen der Datenkontrolle zu beurteilen sind, retrospektiv nicht bis in alle Einzelheiten hinein überprüfbar sind. Informationen zu Entstehung von Dekubitalulcera oder schweren Sturzverletzungen sind aufgrund der Dokumentationspflichten, die von den Einrichtungen bereits heute zu beachten sind, recht gut überprüfbar. Gleiches gilt für andere Feststellungen, beispielsweise im Zusammenhang mit Sturzverletzungen oder Gewichtsveränderungen des Bewohners. Ob jedoch eine fachliche Einschätzung der Selbstständigkeit oder bestimmter Fähigkeiten der Bewohner ihrem tatsächlichen Zustand zum Zeitpunkt der Einschätzung entspricht, lässt sich nicht unmittelbar aus einer Inaugenscheinnahme des Bewohners oder anderen Informationsquellen ableiten. Vielmehr ist es hierzu erforderlich, sich mit Hilfe der verfügbaren Informationen, die zur gesundheitlichen Entwicklung des Bewohners vorliegen, ein Gesamtbild zu machen und dann zu überprüfen, ob sich die Angaben aus der Ergebniserfassung in dieses Gesamtbild einpassen oder im Widerspruch dazu stehen.

Welche Unsicherheiten mit diesen Verfahren verbunden sind, hängt vom Einzelfall ab. Wurde beispielsweise ein Bewohner in seiner Mobilität als vollkommen beeinträchtigt eingeschätzt, während der Prüfer diesen Bewohner in einem weitgehend mobilen Zustand antrifft, und sind für den Zeitraum, der seit der damaligen Einschätzung vergangen ist, keine gesundheitlichen Veränderungen aufgetreten, so ist davon auszugehen, dass die damalige Einschätzung nicht plausibel ist. Ähnliches gilt für den umgekehrten Fall. Wurde bei einer fünf Monate zurückliegenden Einschätzung angege-

[15] Das Projekt war ein Kooperationsvorhaben, indem sich Prüfdienste (Medizinische Dienste der Krankenversicherungen und der Prüfdienst der privaten Krankenversicherung), der AOK-Bundesverband, zwei Wohlfahrtsverbände (DiCV Köln und DiCV Münster) sowie das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld zusammengefunden hatten, um gemeinsam die Verknüpfung von externen Qualitätsprüfungen und dem Indikatorenansatz zu erproben. Unter den Prüfdiensten beteiligt waren der MDK Nordrhein, der MDK Bayern, der MDK Rheinland-Pfalz, der MDK Westfalen-Lippe sowie der Prüfdienst der privaten Krankenversicherung.

ben, dass der Bewohner in seiner Mobilität nicht oder nur sehr begrenzt beeinträchtigt ist, so kann dies schwerlich als plausibel gelten, wenn der Bewohner zum Zeitpunkt des Einrichtungsbesuchs bettlägerig ist und für den vergangenen Zeitraum keine gesundheitlichen Veränderungen vermerkt sind. Auch die Einschätzung, dass keine oder allenfalls geringe kognitive Beeinträchtigungen vorliegen, während die ärztliche Diagnose eine schwere Demenz erwarten lässt, kann nicht als plausibel bezeichnet werden.

Neben diesen Fällen, die aufgrund einer relativ überschaubaren Situation auch mit einem längeren Zeitabstand zuverlässig zu beurteilen sind, gibt es jedoch auch Konstellationen, bei denen die retrospektive Beurteilung über mehrere Monate hinweg schwerfällt. Dies gilt immer dann, wenn die Veränderung, die beim Kontrollbesuch festgestellt wird, gering ausfällt. Wurde bei der Ergebniserfassung beispielsweise angegeben, dass der Bewohner nur unter geringen kognitiven Einbußen litt, und ist beim Einrichtungsbesuch feststellbar, dass die kognitiven Fähigkeiten sehr stark ausgeprägt sind, so muss anhand der verfügbaren Unterlagen und auch der Auskünfte der Mitarbeiter der Einrichtung festgestellt werden, ob diese Veränderung nachvollziehbar ist. Dies kann jedoch nicht in allen Details, die letztlich die kognitiven Fähigkeiten eines Bewohners ausmachen, beurteilt werden. Bei der Kontrolle lässt sich feststellen, ob es Sachverhalte gibt, die der damaligen Feststellung widersprechen. Es lässt sich aber beispielsweise nicht im Detail beurteilen, ob die Fähigkeit zur örtlichen Orientierung sich leicht verschlechtert hat oder ob die Fähigkeit zur örtlichen Orientierung zum damaligen Zeitpunkt falsch eingeschätzt wurde.

Plausibilität prüfen heißt also, sich ein Bild vom Entwicklungsverlauf der Pflegebedürftigkeit in seinen verschiedenen Dimensionen zu machen, um auf dieser Grundlage festzustellen, ob etwaige Zustandsveränderungen, die beim Einrichtungsbesuch festgestellt werden im Vergleich zur damaligen Ergebniserfassung nachvollziehbar sind oder nicht. Nicht erwartet werden kann allerdings, dass jedes Detail der Einschätzung (z. B. die Einschätzung aller Aspekte der kognitiven Fähigkeiten) nach mehrmonatigem Abstand konkret beurteilt werden können.

Es ist jedoch wichtig festzustellen, dass auch bei Ergebniserfassungen, die nicht lange zuvor durchgeführt wurden (beispielsweise Ergebniserfassungen, die sechs Wochen zurückliegen), sinnvollerweise eine Plausibilitätskontrolle stattzufinden hat und nicht eine Überprüfung der exakten Übereinstimmung der Ergebniserfassung mit dem aktuellen Zustand des Bewohners. Auch nach relativ kurzen Zeiträumen kann sich die Situation verändert haben. Das bedeutet, dass die Überprüfung der Nachvollziehbarkeit von Zustandsveränderungen des Bewohners ihrem Wesen nach *immer* eine Plausibilitätskontrolle sein muss.

Es ist grundsätzlich empfehlenswert, die Plausibilitätskontrolle in einem möglichst kurzen Zeitabstand nach der Ergebniserfassung durchzuführen. Dies kann jedoch organisatorische Probleme aufwerfen, weil die terminliche Planung der Qualitätsprüfungen bereits unter den heutigen Rahmenbedingungen von zahlreichen Einflussfaktoren abhängt. Eine Verringerung der Spielräume bei der Terminfestlegung, die durch die zusätzliche Vorgabe der zeitnahen Plausibilitätskontrolle gegeben wäre,

wurde von mehreren Vertretern der Medizinischen Dienste als nicht wünschenswert bezeichnet. Dennoch ist es empfehlenswert, anzustreben, einen Prüftermin innerhalb der Frist von maximal drei Monaten nach der Ergebniserfassung durchzuführen. Durch kürzere Zeitabstände verringert sich der Aufwand für die Prüfer. Die Anforderungen zur Beurteilung des Einzelfalls liegen dann weniger hoch als bei einem längeren Zeitabstand. Und schließlich erhöht sich auch die Sicherheit der Beurteilung der Plausibilität durch die Prüfer.

Einzelheiten des Verfahrens der Plausibilitätskontrolle werden im Kapitel 4 dargestellt und erläutert.

Die im Rahmen des Projektes erprobte Plausibilitätskontrolle beruht auf einer Stichprobe von sechs Personen, für die eine Ergebniserfassung durchgeführt wurde[16]. Es wird empfohlen, diese Stichprobengröße beizubehalten. Die Angaben für diese Personen waren inhaltlich und methodisch zu überprüfen. Hinzu kommt die Überprüfung der sogenannten Codierliste im Erhebungsreport, die Anhaltspunkte dafür gibt, inwieweit die Ergebniserfassung planvoll und vollständig erfolgte. Diese Überprüfung erfolgt zeitgleich (in einem Arbeitsschritt) mit der ergänzenden Stichprobenziehung in der Einrichtung.

Die Erfahrungen mit dem Konzept, die bei der Erprobung des neuen Prüfverfahrens gesammelt wurden, fielen recht positiv aus. Zwar erfolgte die Prüfung der Plausibilität unter sehr schwierigen Ausgangsbedingungen (die Ergebniserfassung lag bereits vier bis fünf Monate zurück, so dass die Prüfer unter sehr schwierigen Bedingungen die Plausibilität einzuschätzen hatten), dennoch erwies sich das Verfahren als praktikabel. Einzelheiten dazu finden sich in Kapitel 5.

3.7 Einrichtungsindividueller Beratungsauftrag

Das Gesamtkonzept sieht vor, dass anhand der Kennzahlen, die auf der Grundlage der von der Einrichtung durchgeführten Ergebniserfassung berechnet und bewertet werden, diejenigen Qualitätsaspekte identifiziert werden, die auf eine auffällig schlechte Ergebnisqualität hinweisen. Es wird empfohlen, standardmäßig für diejenigen Bereiche, die die Bewertung „weit unter dem Durchschnitt“ erhielten, einen *einrichtungsindividuellen Beratungsauftrag* zu definieren, der vom Prüfdienst während des Einrichtungsbesuchs zu bearbeiten ist.

Wie in der Verfahrensbeschreibung für die externen Qualitätsprüfungen (Anhang 2) näher ausgeführt, erhalten die Prüfer vor ihrem Einrichtungsbesuch u.a. eine Übersicht der Ergebnisbeurteilungen, anhand derer sie die auffallend negativen Ergebnisbeurteilungen rasch identifizieren können. Eine formale Beauftragung des Prüfdienstes ist unter diesen Umständen nicht erforderlich.

[16] Sechs Personen ergeben sich aus der Konstruktion des Stichprobenverfahrens für die externen Prüfungen, wonach eine Teilstichprobe zunächst durch die Datenauswertungsstelle bestimmt wird.

Aufgabe des Prüfdienstes ist es dann, im Beratungsgespräch mit Vertretern der Einrichtung die Frage zu thematisieren, inwieweit bereits mögliche Ursachen identifiziert und Maßnahmen zur Verbesserung des Ergebnisses eingeleitet wurden. Auf dieser Grundlage sollten sich die Prüfdienste darum bemühen, bei Bedarf – d.h. in Situationen, in denen die Einrichtung noch keine Handlungsstrategien entwickelt hat – eine entsprechende Beratung zu leisten. Es bietet sich an, diesen Prozess in die Überprüfung des Qualitätsaspekts „Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten“ zu integrieren.

Es ist zu betonen, dass es sich um ein Beratungsangebot handelt. Wie auch in anderen Situationen hängt es von den konkreten, situativen Rahmenbedingungen ab, wie gut sich dies am Prüftag realisieren lässt. Angesprochen sind damit nicht nur die Bereitschaft und das Interesse der Beteiligten. Es wird auch Situationen geben, in denen die Einrichtung bereits Maßnahmen eingeleitet hat und sich eine Beratung zu den betreffenden Sachverhalten erübrigt. Ebenso sind Situationen denkbar, in denen Qualitätsprobleme durch einen länger anhaltenden, krankheitsbedingten Personalausfall entstanden, wodurch sich wenige Anhaltspunkte für Problemlösungen mit Hilfe üblicher Handlungsstrategien des Qualitätsmanagements ergeben.

Der einrichtungsindividuelle Beratungsauftrag ist kein zwingend erforderliches Konzeptelement. Im Interesse einer optimalen Nutzung des Indikatorensystems für den Zweck der stetigen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung wird allerdings empfohlen, dieses Element in die Prüfung aufzunehmen und durch geeignete Maßnahmen, beispielsweise durch Schulungen der Prüfer, darauf hinzuwirken, dass es im Alltag der Qualitätsprüfungen einen besonderen Stellenwert erhält. Es ist davon auszugehen, dass Einrichtungen sehr unterschiedlich auf die mit den Qualitätsindikatoren identifizierten Schwachstellen reagieren. Wünschenswert wäre es, dass die Indikatoren perspektivisch dazu genutzt werden, das interne Qualitätsmanagement für bestimmte Probleme zu sensibilisieren und kontinuierlich daran zu arbeiten, Versorgungsergebnisse zu verbessern. Dies ist jedoch, da es sich um eine neuartige Form der Bewertung von Qualität handelt, als längerer Prozess zu sehen. Es wäre wünschenswert, wenn dieser Prozess durch die Aufnahme eines einrichtungsindividuellen Beratungsauftrags unterstützt würde.

3.8 Hinweise zur Risikoadjustierung

Um im Rahmen der Beurteilung von Ergebnisqualität stationärer Pflegeeinrichtungen Vergleichbarkeit sicherzustellen, müssen methodische Wege gefunden werden, mit denen der Einfluss der Bewohnerstruktur bzw. Unterschiede in der Bewohnerstruktur der Einrichtungen, die sich auf Versorgungsergebnisse auswirken können, kompensiert werden. Hierzu stehen verschiedene Methoden zur Verfügung.

Eine entsprechende Risikoadjustierung kann dadurch erreicht werden, dass durch bestimmte Regeln Gruppen definiert werden, die in wesentlichen Personenmerkmalen bzw. Risikomerkmalen vergleichbar sind. Ziel ist es, dass die Kennzahlen sich später auf Bewohnergruppen beziehen, die tatsächlich vergleichbar sind. Dieses Verfahren, das als „Stratifizierung“ bezeichnet wird, wurde im Rahmen des Projekts verwendet, mit dem der Indikatorenansatz entwickelt wurde.

Eine andere, vor allem im Krankenhausbereich angewendete Methode ist die Risikoadjustierung mit Hilfe von Regressionsmodellen. Hierbei erfolgt keine Gruppenunterteilung wie im Falle der Stratifizierung, vielmehr bemüht man sich hierbei, den Einfluss bestimmter Faktoren auf das Versorgungsergebnis zu neutralisieren, indem der tatsächlich ermittelte Wert einer Kennzahl (das Versorgungsergebnis, das tatsächlich erzielt wurde) so korrigiert wird, dass das Risiko auf jenes Maß gebracht wird, das für den Durchschnitt der Versorgung charakteristisch ist. Damit entstehen umgerechnete Kennzahlen, von denen man annimmt, dass sie einen Vergleich der Ergebnisse zwischen den Einrichtungen ermöglichen. Dieses Verfahren wurde im Projekt MoPIP vorgeschlagen.

3.8.1 Zur Frage nach dem „besseren“ Verfahren

Die bisherigen Erkenntnisse zur Wertigkeit der beiden Vorgehensweisen, die sich auf empirische Daten stützen, lassen keine eindeutige Bewertung der Frage zu, welches der beiden Verfahren nun das im Sinne der Qualitätsbeurteilung Verlässlichere ist. Die im Projekt MoPIP gewonnenen Erfahrungen zeigen, dass es je nach Anwendung der Adjustierungsmethode moderate Unterschiede bei der Ergebnisbeurteilung gibt. Welches Verfahren das Verfahren mit der besseren Validität ist, wurde jedoch nicht geprüft. Im Bericht zum Projekt MoPIP findet sich lediglich der Hinweis, dass aufgrund des Unterschiedes, dass die Risikoadjustierung anhand eines Modells der logistischen Regression zu anderen Ergebnissen führt, anzunehmen ist, dass sie das überlegenere Verfahren ist: „Es ist zu vermuten, dass die Risikoadjustierung zu substanziellen Veränderungen und damit einem gerechteren Vergleich zwischen den Einrichtungen führt“ (UBC 2017, S. 134). Ein Nachweis mit Hilfe einer externen Bezugsgröße, auf die sich beide Methoden der Kennzahlermittlung beziehen könnten, erfolgte im Projekt MoPIP nicht.

Zur Überprüfung der Frage was die beiden Ansätze jeweils leisten oder nicht, wäre es beispielsweise wünschenswert gewesen, über Einzelfallbetrachtungen mit differenzierten Daten und Informationen über ausgewählte Qualitätsaspekte in einzelnen Einrichtungen zu überprüfen, zu welchen Ergebnissen bzw. zu welchen Bewertungen der Einsatz der einen oder anderen Methode führt. So hätte man beispielsweise für die tatsächlich einbezogenen Einrichtungen beschreiben können, wie der Umstand, dass zwei von elf Bewohnern einen Dekubitus entwickelt haben, sich letztlich in der Bewertung abbildet.

Die Risikoadjustierung auf der Basis logistischer Regressionsmodelle kommt, teilweise gemischt mit Verfahren der Stratifizierung, im Bereich der Krankenhausversorgung schon seit vielen Jahren zum

Einsatz. Es wird in der aktuellen Diskussion um den Einsatz dieses Verfahren in der pflegerischen Versorgung meist nicht berücksichtigt, dass Fallzahlen im Krankenhaus ungleich größer sind als in der vollstationären Pflege. Risikoadjustierungsmethoden, die im Krankenhausbereich eingesetzt werden, können also mit großen Fallzahlen operieren; für eine bestimmte Fragestellung stehen Daten über mindestens mehrere hundert Patienten, häufig mehrere tausend Patienten zur Verfügung.

Im stationären Bereich finden sich gänzlich andere Fallzahlen. Hier hat man es überwiegend mit Gruppengrößen zu tun, die zwischen 50 und 100 Bewohnern liegen. Es ist aber bekannt, dass Risikoadjustierungsmodelle, die mit logistischer Regression arbeiten, ungenau werden, wenn die Fallzahlen klein sind. Die Stärke der logistischen Regression, die im Krankenhausbereich aufgrund der hohen Fallzahlen zweifellos vorhanden ist, stellt sich aufgrund der vergleichsweise geringen Fallzahlen im Bereich der Heimversorgung etwas anders da.

3.8.2 Risikoadjustierung und Qualitätsdarstellung

Abgesehen von der Frage der methodisch „besseren“ Vorgehensweise, die gegenwärtig nicht geklärt werden kann, stellt sich aber auch die Frage nach der Funktionalität der beiden Adjustierungsmethoden für die Verwendungszwecke, die im Rahmen des vorliegenden Projekts relevant sind. Das heißt es ist nicht nur zu beurteilen, inwieweit eine Methode in der Lage ist, Unterschiede der Bewohnerstruktur in den Einrichtungen auszugleichen. Beurteilt werden muss auch, welche Möglichkeiten und Grenzen sich aus der Wahl des Adjustierungsverfahrens für die öffentliche Qualitätsdarstellung ergeben.

Differenzierungsfähigkeit und Übersichtlichkeit

Einer der wichtigsten Unterschiede zwischen beiden Methoden besteht darin, dass im Falle des Stratifizierungsverfahrens bei einigen Qualitätsaspekten zwei Kennzahlen zum gleichen Thema generiert werden. So wird z. B. beim Indikator „Erhaltende Mobilität“ unterschieden, wie das Ergebnis der Einrichtung im Falle der kognitiv nicht oder nur gering beeinträchtigen Bewohner einerseits und der kognitiv erheblich oder stark beeinträchtigen Bewohner andererseits ausfällt. Im Hinblick auf die Qualitätsdarstellung kann dies sowohl als Vorteil als auch als Nachteil interpretiert werden. Der *Vorteil* besteht darin, dass eine Information mit erweiterter Aussagekraft verfügbar ist. Es ist anhand der Kennzahlen ablesbar, wie die Qualität der Einrichtung bei der Versorgung unterschiedlicher Bewohnergruppen zu beurteilen ist. Die Erfahrung aus den IPW-Kooperationsprojekten zeigt, dass Versorgungsergebnisse im Bereich der Mobilitätsförderung bei den genannten beiden Bewohnergruppen keineswegs identisch sind. Häufig findet sich der Fall, dass Einrichtungen beim Mobilitätserhalt in der Gruppe der kognitiv unbeeinträchtigten Bewohner erfolgreich sind, hingegen bei der Mobilitätsförderung kognitiv beeinträchtigter Menschen schlechte Ergebnisse aufweisen. Dies kann für die Qualitätsbeurteilung generell, aber auch für das Interesse des Adressaten der Qualitätsdarstellung in der

Öffentlichkeit eine relevante Zusatzinformation sein (wenn beispielsweise eine Einrichtung für einen demenziell erkrankten Menschen gesucht wird). Diese Zusatzinformation kann das Modell, das mit einer Risikoadjustierung mit Hilfe logistischer Regression operiert, nicht bieten. Insofern ist dieses Verfahren gekennzeichnet durch eine weniger ausgeprägte Differenzierungsfähigkeit.

Diese Differenzierung könnte man allerdings auch als Nachteil sehen. Denn im Rahmen der öffentlichen Qualitätsdarstellung werden dann zu einem Thema (Mobilitätserhalt) zwei Bewertungen dargeboten. Damit stellen sich an den Adressaten bzw. Nutzer dieser Information höhere Anforderungen als im anderen Modell, das mit einer einzigen Kennzahl arbeitet. Unter dem Gesichtspunkt der Übersichtlichkeit einer Qualitätsdarstellung wäre die Dopplung der Ergebnisse zu einem Qualitätsaspekt also, anders als im Hinblick auf die Differenziertheit der Information, eher als *Nachteil* des Stratifizierungsmodells einzustufen.

Geringe Fallzahlen

Für beide Methoden stellen geringe Fallzahlen eine Herausforderung dar. Für das Konzept der Stratifizierung wurden verschiedene Bewertungsregeln definiert, mit denen verhindert werden soll, dass kleine Fallzahlen das Ergebnis zum Nachteil der Einrichtung verfälschen. Eine dieser Regeln lautet beispielsweise, dass ein isoliert auftretendes unerwünschtes Ereignis (beispielsweise Entstehung eines neuen Dekubitus als Einzelfall in einer Einrichtung) nicht zu einer negativen Bewertung der Einrichtung führen darf, nur weil die Fallzahl in der Risikogruppe gering ausfällt. In der Bewertungssystematik wurde für diesen Fall festgelegt, dass weder eine positive noch eine negative Bewertung der Ergebnisqualität erfolgt, sondern die Aussage „Einzelfall“ zugewiesen wird. Auch wurden bestimmte Mindestfallzahlen festgelegt, von denen an auf eine Bewertung der Ergebnisqualität gänzlich verzichtet wird. So erfolgt beispielsweise bei der Bewertung der Dekubitusentstehung nur dann eine Beurteilung, wenn es mindestens fünf Bewohner gibt, die im Rahmen der Stratifizierungsmethode als Teil der Risikogruppe definiert wurden. Das bedeutet bei sehr kleinen Einrichtungen also, dass bei einem isoliert auftretenden Dekubitusfall (z. B. einer von sechs Bewohnern) trotz des prozentual gesehen sehr hohen Wertes keine Zuweisung der Beurteilung „unterdurchschnittliche Qualität“ erfolgt. Erst wenn zwei Personen in einer solch kleinen Risikogruppe (zwei von sechs Bewohnern) einen neuen Dekubitus entwickeln, wird davon ausgegangen, dass dieses Ereignis als schlechte Qualität bewertet werden kann. Streng genommen handelt es sich hier um eine fachliche Festlegung, die sich nicht statistisch begründen lässt. Die kleinen Fallzahlen führen somit im Falle des Stratifizierungsmodells zu differenzierteren Bewertungsregeln.

Auch für die Risikoadjustierung, die auf Regressionsmodellen beruht, stellen kleine Fallzahlen ein Problem dar, dieses Problem wirkt sich meistens für kleine Einrichtungen negativ aus, wie man anhand des soeben dargestellten Beispiels illustrieren kann. Bei einer Dekubitusinzidenz von einem auf sechs Fälle wird im Regelfall die Berücksichtigung der Risikostruktur einer Einrichtung nicht ausreichen, um zu vermeiden, dass aufgrund einer solchen Häufigkeit die Beurteilung „unterdurchschnittli-

che Qualität“ zugeschrieben wird. Im Rahmen der Qualitätsdarstellung ist dies allerdings nicht mehr sichtbar. Auch in diesen Fällen wird eine Kennzahl ausgewiesen, unabhängig davon, ob es sich um eine kleine oder große Einrichtung handelt. Die Bewertung „Einzelfall“ ist in dem vom Projekt MoPIP vorgeschlagenen Modell nicht berücksichtigt worden. Inwieweit das Regressionsmodell zu einer Benachteiligung kleiner Einrichtungen führt, ist bislang nicht überprüft worden.

Nachvollziehbarkeit von Kennzahlen

Im Hinblick auf die Qualitätsdarstellung ist eine der wichtigsten Fragen die Nachvollziehbarkeit der Kennzahlen und ihrer Bedeutung. Bei der Frage, welches Risikoadjustierungsverfahren zukünftig gewählt werden sollte, ist also auch zu entscheiden, ob man den Adressaten der Qualitätsdarstellungen eher abstrakte Bewertungen zur Verfügung stellen will oder Kennzahlen, mit denen eine konkrete Vorstellung der Versorgungssituation verbunden werden kann. Im Falle des Stratifizierungsverfahrens stellen die Ergebnisse reale Gegebenheiten dar, denn die Kennzahlen stellen Anteilswerte realer Bewohner dar. Wird beispielsweise eine Dekubitus-Entstehungsrate von 19,1 % ausgewiesen, so beruht diese Kennzahl – und so wäre dies auch in den Qualitätsdarstellungen anzugeben – darauf, dass 4 von 21 Bewohnern einen Dekubitus innerhalb von sechs Monaten neu entwickelt haben. Welche Sachverhalte sich hinter der Kennzahl verbergen, ist also für den Adressaten bei Interesse recht gut nachvollziehbar.

Gleiches gilt für die Einrichtungen, was als Faktor für den positiven Nutzen der Qualitätsindikatoren nicht unterschätzt werden darf. Wenn Einrichtungen mit Ergebnissen der Qualitätsbeurteilung anhand von Indikatoren arbeiten wollen (oder sollen), so ist es wichtig, dass sie die hinter den abstrakten Kennzahlen liegenden Sachverhalte auch nachvollziehen können. Bei jedem Indikator, der im Rahmen des Stratifizierungsmodells berechnet wird, können notfalls die konkreten Bewohner bezeichnet werden, die bei der Ermittlung des Indikators zu einem entsprechenden Prozentwert geführt haben.

Dies ist im Falle des Risikoadjustierungsmodells, das auf logistischer Regression beruht, nicht möglich. Hier wird ein empirisch ermittelter Wert modifiziert, indem die aus der Bewohnerstruktur abgeleiteten individuellen Risikofaktoren zur Anwendung gebracht werden. Das Ergebnis ist also ein abstrakter Wert, bei dem man keinen Bezug in der oben dargestellten Form vornehmen kann. Es handelt sich auch strenggenommen nicht mehr um einen Prozentwert, also die Bezeichnung eines realen Anteils in einer definierten Bewohnergruppe oder der Bewohner insgesamt. Selbst viele Experten können aufgrund der Komplexität und der statistischen Spezifität von Regressionsverfahren nicht mehr nachvollziehbar erklären, wie beispielsweise ein adjustierter Wert von 24,4 zu interpretieren ist.

Entschließt man sich also für ein Adjustierungsmodell, so ist damit eine Grundsatzentscheidung verbunden: Nutzt man die Methode der logistischen Regression, so wird man dem Adressaten immer

nur abstrakte Kennzahlen darbieten können, verbunden mit der Annahme, dass dies dem Bedürfnis des Adressaten genügt. Menschen, die sich eingehender über die Sachverhalte informieren möchten, die sich hinter den Kennzahlen verbergen, haben kaum eine Möglichkeit, nachzuvollziehen, wieso aufgrund bestimmter empirischer Gegebenheiten dann doch eine niedrigere Kennzahl ausgewiesen wird (was beispielsweise der Fall wäre, wenn auf Grundlage einer ungünstigen Risikostruktur der tatsächlich ermittelte Wert der Neuentstehungsrate von Dekubitalulcera von 32 % modifiziert wird in einen Wert von 19,5).

Im Hinblick auf die Nachvollziehbarkeit der konkreten Ereignisse, die mit den Kennzahlen angesprochen sind, ist also das Stratifizierungsmodell das überlegene Modell. Dies hat, wie gesagt, eine Bedeutung für die Adressaten einer öffentlichen Qualitätsberichterstattung, aber auch für die Einrichtungen selbst. Es ist aufgrund der Erfahrungen in den Umsetzungsprojekten nicht zu erwarten, dass Einrichtungen mit abstrakten, modifizierten Kennzahlen aufgrund von logistischer Regression arbeiten. Will man also, dass Kennzahlen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements effektiv genutzt werden und auch einen Anschub zur Qualitätsverbesserung in den Einrichtungen geben, so wird man nicht mit diesen abstrakten Kennzahlen arbeiten können. Vorstellbar wäre allerdings auch, dass beides miteinander kombiniert wird. Das würde bedeuten, dass neben der abstrakten adjustierten Kennzahl die empirischen Zahlen ausgewiesen werden, die dann in den individuellen Qualitätsberichten für die Einrichtungen (nicht unbedingt in den für die Öffentlichkeit bestimmten Qualitätsberichten) ausgewiesen werden.

Aufwand

Ein wichtiger Unterschied zwischen den beiden Methoden liegt bei der Frage nach dem Erhebungsaufwand. Ein Teil dieses Aufwandes fällt an, um nicht die Versorgungsergebnisse zu erfassen, sondern die für die Gruppenbildung bzw. Risikoadjustierung erforderlichen Bewohnermerkmale.

In dem im Projekt MoPIP vorgeschlagenen Modell ist mit einem deutlichen Aufwandszuwachs bei der Ergebniserfassung zu rechnen, wenn zusätzlich zu den Ergebnissen die entsprechenden Risikofaktoren erfasst werden sollen. Zwar gibt es auch im Falle der Stratifizierung einen zusätzlichen Aufwand zur Erfassung von Gruppenmerkmalen, doch sind dies relativ einfache Methoden. Sie beschränken sich auf das Merkmal Mobilität (das ohnehin erfasst wird, um die Ergebnisse im Bereich Mobilitätserhalt darstellen zu können) und die kognitiven Fähigkeiten. Im Falle der Stratifizierung werden weiterhin Informationen benötigt, um Ein- und Ausschlusskriterien zu definieren. So wäre es eine inhaltlich und fachlich unsinnige Vorgehensweise, nach dem Erhalt der Mobilität bei Wachkomapatienten zu fragen. Das Merkmal Wachkoma ist insofern als zusätzliches Merkmal bei der Ergebniserfassung zu berücksichtigen.

Im Gesamtbild (dies kann man anhand der Variablenlisten, die für beide Ansätze benötigt werden, ablesen) entsteht im Falle der Risikoadjustierung mit Hilfe logistischer Regression ein höherer Erhebungsaufwand[17].

3.8.3 Diskussion der Risikoadjustierung in den Expertengruppen

In den Expertengruppen (Selbstverwaltung und Nutzerperspektive) wurde das Thema Risikoadjustierung intensiv, aber ohne eindeutiges Ergebnis behandelt. Es wurden die Vor- und Nachteile einer Risikoadjustierung anhand der Stratifizierung bzw. Gruppenbildung und der logistischen Regression gegenübergestellt und diskutiert. Die Expertengruppe Nutzerperspektive sprach sich tendenziell für die Verwendung der Gruppenbildung aus. In der Gruppe der Selbstverwaltung konnte keine klare Tendenz ausgemacht werden.

Für eine Stratifizierung spricht aus Sicht mehrerer Experten, dass sie bei der Darstellung der Ergebnisse einfacher zu verstehen ist. Eine Darstellung, die einen Bezug zu der tatsächlich betroffenen Bewohnerzahl zulässt, wird insgesamt als vorteilhafter empfunden als ein abstrakter Zahlenwert. Darüber hinaus stellt die Gruppenbildung einen zusätzlichen Informationsgewinn dar, da z. B. zwischen Bewohnern mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen unterschieden wird. Gerade Angehörige wissen, zu welcher Gruppe ein potentieller Nutzer gehört. Wird auf eine Gruppenbildung verzichtet, so geht diese zusätzliche Information verloren. Die Information kann nicht nur für den Bewohner eine wichtige Information sein, auch für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement kann diese Information aus Sicht einiger Experten wichtig sein.

Die an dieser Stelle positiv hervorgehobenen Eigenschaften der Stratifizierung wurden in den Expertengruppen auch kontrovers diskutiert. Angeführt wurde z. B., dass zwei Ergebnisse zu einem Indikator zu Missverständnissen führen können und die Einschätzung der Versorgungsqualität einer Einrichtung erschweren.

Anhand welcher Werte schlussendlich die Beurteilung der Ergebnisqualität erfolgt, kann für Nutzer aus Sicht einiger Experten irrelevant sein. Es sei lediglich notwendig, ihre Bedeutung klar zu definieren und für den Nutzer aufzubereiten.

In Bezug auf den Erhebungsaufwand für die Pflegeeinrichtungen wurden der Stratifizierung Vorteile zugesprochen, da eine Gruppenbildung mit weniger Erfassungsaufwand von zusätzlich benötigten

[17] Im Projekt MoPIP hat man festgestellt, dass dieser Erhebungsaufwand auf Seiten der Einrichtung durchaus verkraftbar ist. Man darf hierbei allerdings nicht vergessen, dass in vielen projektbeteiligten Einrichtungen dieses Vorhabens keine Vollerhebungen durchgeführt wurden, sondern sich die Erhebung auf einzelne Wohnbereiche beschränkte. Aufgrund einer solchen Konstellation ist zu erwarten, dass der Aufwand von den Mitarbeitern anders bewertet wird, als im Falle von Einrichtungen, die innerhalb eines Zeitraums von zwei Wochen beispielsweise 120 Bewohner einschätzen müssen.

Variablen verbunden ist. Besondere Skepsis gegenüber der Variante der logistischen Regression wurde im Hinblick auf kleine Einrichtungen formuliert.

Auch die Frage nach dem Ausschluss von Bewohnern im Zusammenhang mit dem ursprünglichen Konzept der Gruppenbildung hatte in der Diskussion Gewicht. Es bestand die Befürchtung, dass zu viele Bewohner bei der Anwendung der Gruppenbildung ausgeschlossen werden könnten. Das spricht nach Aussage einiger Experten für die Verwendung der logistischen Regression.

Insgesamt konnten die Auftragnehmer aus den Expertengruppen jedoch keine klare Empfehlung ableiten.

3.8.4 Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass für die Entscheidung, welches Verfahren der Risikoadjustierung zur Anwendung kommen soll, unterschiedliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind. Die Frage der methodischen Überlegenheit lässt sich beim gegenwärtigen Stand der Forschung nicht beantworten. Der Nachweis, dass die jeweiligen Modelle auch bei kleinen Stichproben zuverlässige Beurteilungen der Ergebnisqualität liefern, steht noch aus. Es ist unsicher, ob die Unterschiede zwischen beiden Verfahren so relevant sind, dass sie zu relevanten Unterschieden bei den Qualitätsbeurteilungen führen würden.

Ein zweiter wichtiger Gesichtspunkt ist die Frage, welche Möglichkeiten und Grenzen die jeweiligen Adjustierungsansätze bei der Gestaltung der öffentlichen Qualitätsdarstellungen mit sich bringen. Wie aufgezeigt wurde, weisen die beiden Verfahren Vor- und Nachteile auf, sodass auch in dieser Hinsicht eine Empfehlung schwer fällt. Legt man beispielsweise den Schwerpunkt auf Komplexitätsreduktion, möchte man also eine möglichst wenig umfangreiche Qualitätsberichterstattung etablieren, und geht man davon aus, dass sich die Adressaten ohnehin am Ende nur für abstrakte Qualitätsbewertungen interessieren, so wäre das Verfahren der Risikoadjustierung auf der Basis logistischer Regression das stärker empfehlenswerte Verfahren. Will man hingegen eine möglichst konkrete Information über die Ergebnisqualität, die auch eine Vorstellung darüber vermittelt, welche tatsächlichen Geschehnisse hinter einer Kennzahl stehen, so wäre das Stratifizierungsverfahren zweifellos die bessere Alternative.

Keines der beiden Verfahren stellt eine ideale Lösung dar, beide Lösungen sind insofern denkbar. Die beschriebenen Vor- und Nachteile der jeweiligen Lösung sollten bei der Entscheidung berücksichtigt werden.

Nach nochmaliger Prüfung der vorliegenden Optionen und vor dem Hintergrund der Frage, inwieweit zum aktuellen Zeitpunkt die Entscheidung für ein System sinnvoll sein kann, für das noch keine umfangreichen Erfahrungen vorliegen, geht der vorliegende Bericht vom Modell der Stratifizierung aus.

Es sei jedoch betont, dass die Entscheidung der Selbstverwaltung für eine andere Form der Risikoadjustierung zwar mit größeren Unsicherheiten verbunden, aber ebenfalls tragfähig wäre. Wie bereits im Rahmen der verschiedenen Zwischenberichte angesprochen, handelt es sich um eine Frage, deren Entscheidung von den prioritären Zielsetzungen im Zusammenhang mit der Systemumstellung abhängig zu machen ist.

3.9 Anpassungsbedarf bei den Einrichtungen und Prüfdiensten

Mit der Implementierung einer indikatorengestützten Beurteilung der Ergebnisqualität entsteht in verschiedenen Bereichen ein Anpassungsbedarf. Dazu gehören zum Teil sehr grundlegende Entwicklungen, wie beispielsweise die Schaffung einer Datenauswertungsstelle, mit der die nach der Einführung des Indikatorenansatzes sehr umfangreichen Datenflüsse verwaltet werden können. Aber auch bei den Prüfdiensten und ganz besonders auf Seiten der Einrichtungen sind Anpassungen vorzunehmen, um die neue Art der Qualitätsbeurteilung, die dem internen Qualitätsmanagement der Einrichtungen einen hohen Stellenwert einräumt, im Regelbetrieb zu ermöglichen. Welche Anpassungen bei den Prüfdiensten und den Einrichtungen im Vordergrund stehen und wie sie im Hinblick auf den zu erwartenden Aufwand zu bewerten sind, wird im Folgenden näher dargelegt. Im Mittelpunkt stehen dabei die Prozesse, die von den Einrichtungen zu bewältigen sind.

3.9.1 Anforderungen an die Einrichtungen

Den Einrichtungen und ihrem Qualitätsmanagement kommt im Rahmen des Indikatorenansatzes eine zentrale Bedeutung zu. Insgesamt führt der neue Ansatz zu einer Stärkung der Rolle der Einrichtung im Bereich der Qualitätssicherung. Er zielt darauf ab, die Frage nach der Qualität stärker im Alltag der Versorgung zu verankern, also auch zu vermeiden, dass Qualitätssicherung als bloße Erfüllung externer (Prüf-)Anforderungen missverstanden wird.

Diese Reorientierung führt dazu, dass die für die Einrichtungen wichtigen Anpassungen deutlich komplexer sind als die Anpassungen, die die Prüfdienste im Zusammenhang mit dem Indikatorenansatz vornehmen müssen. Sie betreffen verschiedene Handlungsfelder. Dazu zählen mindestens

- Qualifizierungsmaßnahmen zur Vorbereitung der Ergebniserfassung
- die Durchführung der Ergebniserfassung
- Maßnahmen im Bereich der Planung und Koordination sowie die Sicherstellung der Datenübermittlung
- ggf. Korrekturarbeiten.

In Abhängigkeit davon, wie tief eine Einrichtung den Indikatorenansatz in das interne Qualitätsmanagement integriert, können auch weitere Handlungsfelder von Anpassungsprozessen betroffen sein.

Qualifizierungsmaßnahmen zur Vorbereitung der Ergebniserfassung

Ein Anpassungsbedarf auf Seiten der Einrichtungen entsteht zunächst dadurch, dass die Voraussetzungen für die Ergebniserfassung, auf deren Grundlage die Indikatoren für Ergebnisqualität berechnet werden, hergestellt werden müssen. Dazu gehört neben organisatorischen Regelungen vorrangig die Schulung der Mitarbeiter, die die Ergebniserfassung vornehmen. Sie müssen sich mit dem Instrumentarium und den methodischen Vorgaben, durch die eine einheitliche Ergebniserfassung und damit auch eine einheitliche und vergleichbare Qualitätsbeurteilung ermöglicht werden, vertraut machen.

Die Erfassung der Informationen, um die es dabei geht, ist nicht mit besonderen fachlichen Anforderungen verbunden. Es sind zwei verschiedene Arten Informationen zu unterscheiden:

Ein erheblicher Teil der benötigten Informationen sind Bestandteil der Routinedokumentation in den Einrichtungen. Sie müssen, auch im Hinblick auf die Anforderungen bei externen Prüfungen, bereits heute von den Einrichtungen vorgehalten werden. Beispiele für diese Informationen sind Angaben über die Entstehung von Wunden, über den Ernährungsstatus, über Sturzfolgen und andere gesundheitliche Aspekte. Hier müssen also Daten nicht neu erfasst, sondern bereits erfasste Daten zur Weiterleitung an die Datenauswertungsstelle zusammengestellt werden. Neue fachliche Anforderungen entstehen dabei nicht. So sind z. B. die Informationen, die im Indikatorenansatz zur Dekubitusentstehung benötigt werden, für Pflegende mit einer Fachkraftqualifikation auch ohne eine besondere Schulungsmaßnahme nachvollziehbar.

Neben diesen, bereits verfügbaren Informationen werden bei der Ergebniserfassung jedoch auch Einschätzungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten der Bewohner vorgenommen, die in dieser Form nicht routinemäßig in den Einrichtungen durchgeführt werden. Hier entstehen neue Anforderungen für die Mitarbeiter. Gegenstand der Einschätzungen sind zwar Sachverhalte, die Fachkräften ebenfalls vertraut sein müssten. Dazu gehören beispielsweise Mobilitätsbeeinträchtigungen oder Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen. Die Art und Weise, wie diese Beeinträchtigungen erfasst werden, kann jedoch für die Mitarbeiter neue sein. Hier bestehen die wohl größten fachlichen Anforderungen, die im Zusammenhang mit der Einführung des Indikatorenansatzes auf die Einrichtungen zukommen. Sie betreffen die folgenden Sachverhalte:

- Selbständigkeit im Bereich der Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen (Selbstversorgung)
- Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte.

Wie ersichtlich, handelt es sich um Aspekte der Pflegebedürftigkeit, die auch im Rahmen des neuen Begutachtungsassessment erfasst werden. Das bedeutet unter anderem, dass Einrichtungen, die sich bereits mit dem neuen Begutachtungsverfahren auseinandergesetzt haben, mit den neuen fachli-

chen Anforderungen im Zusammenhang mit dem Indikatorenansatz in wichtigen Punkten vertraut sind.

Unabhängig von den Vorkenntnissen der Mitarbeiter wird aufgrund der Erfahrungen mit den Projekten EQMS, EQisA und „Pflegequalität Hannover“ eine initiale, zweitägige Schulung empfohlen, wobei 1,5 Tage auf die Schulung und ein halber Tag auf die individuelle Einübung anhand realer Bewohner verwendet werden sollten.

Nach Möglichkeit sollte in einer Einrichtung eine Person je Wohnbereich sowie eine Person mit zentraler Leitungsverantwortung oder einer Stabsstellenfunktion auf der Einrichtungsebene eine Schulung absolvieren (z. B. Pflegedienstleitung oder Qualitätsmanagementbeauftragte). Je nach Größe des Wohnbereichs kann auch die Schulung von zwei Mitarbeitern sinnvoll sein. Damit hängt der Gesamtaufwand für eine Einrichtung von der Bewohnerzahl und der individuellen Organisation in einer Einrichtung ab.

Maßnahmen im Bereich der Planung und Koordination

Im Zusammenhang mit der Durchführung einer einrichtungsweiten Ergebniserfassung entsteht vorübergehend organisatorischer Aufwand auf der Leitungsebene (oder bei den QM-Beauftragten). Dieser Aufwand umfasst in erster Linie:

- die Koordination der mit der Ergebniserfassung betrauten Mitarbeiter,
- Planungs- und Dokumentationsarbeiten im Zusammenhang mit dem Erhebungsreport
- die stichprobenartige Kontrolle der Datenqualität
- die Anleitung/Begleitung von Mitarbeitern, die zu Beginn Unsicherheiten bei der Ergebniserfassung aufweisen.

Zu den Koordinationsaufgaben zählt auch die Sicherstellung der Datenübermittlung an die Datenauswertungsstelle.

Nach Erfahrungswerten aus den Projekten EQMS, EQisA und „Pflegequalität Hannover“ kann die Planung und Koordination, je nach Einrichtungsgröße und Datenmenge, ein bis zwei Arbeitstage einer leitenden Mitarbeiterin kompensieren.

Durchführung der Ergebniserfassung

Nach Einschätzung von Wingenfeld et al. (2011) muss für die Ergebniserfassung je Bewohner mit einem durchschnittlichen Zeitaufwand von 10 bis 15 Minuten gerechnet werden. Diese Einschätzung ist durch die Erfahrungen mit den „Umsetzungsprojekten“ EQMS und EQisA sowie durch das Projekt

„Pflegequalität Hannover“ bestätigt worden. Auch das MoPIP-Projekt setzte für die Ergebniserfassung etwas mehr als 10 Minuten pro Bewohner an (UBC 2017).

Das bedeutet, dass die Ergebniserfassung in einem Wohnbereich mit 20 Bewohnern innerhalb einer Arbeitswoche von einer Person bewältigt werden kann, wenn täglich rund eine Stunde Zeit für die Ergebniserfassung bei vier Bewohnern investiert wird.

Unterschiede im Zeitaufwand, den die Einrichtungen leisten müssen, ergeben sich je nach Struktur und Qualität der einrichtungsinternen Pflegedokumentation. Ist die Pflegedokumentation funktional aufgebaut, sodass die Mitarbeiter eine gesuchte Information ohne Umwege ausfindig machen können, erleichtert dies die Ergebniserfassung erheblich[18]. Eine unsystematisch geführte Pflegedokumentation führt hingegen, ähnlich wie im Falle einer externen Qualitätsprüfung, zu einem hohen Suchaufwand für die Mitarbeiter. Auch die Art und der zeitliche Rhythmus der Archivierung von Informationen spielt eine Rolle, beispielsweise wenn Informationen benötigt werden, die schon einige Monate alt sind.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Einbindung der Ergebniserfassung in bestehende Routinen der Qualitätssicherung. Ein Teil der Einrichtungen, die seit der Veröffentlichung des Indikatorenansatzes im Jahr 2011 Ergebniserfassungen nach diesem Konzept vornehmen, verknüpft diese beispielsweise mit Pflegevisiten. Dadurch erscheint der zeitliche Aufwand im Einzelfall höher, auf der Einrichtungsebene fällt er möglicherweise jedoch weniger ins Gewicht, weil die Ergebniserfassung andere Datenerfassungen, Einschätzungen und fallbezogene Reflexionen, die bislang mit anderen Instrumenten erfolgten, ersetzt.

Im zukünftigen Regelbetrieb könnten für die Extraktion von Daten aus der Pflegedokumentation von Softwareanbietern geeignete Lösungen entwickelt werden, die Fakten wie Datumsangaben zu Krankenhausaufenthalten oder den Dekubitusgrad automatisiert, gewissermaßen auf Knopfdruck, übertragen können. Gegenwärtig ist allerdings nicht abschätzbar, inwieweit und wie schnell Softwareanbieter die damit verbundenen programmiertechnischen Anforderungen bewältigen können.

Korrekturarbeiten

Je nach Richtigkeit der Angaben bei der Ergebniserfassung kann es sein, dass eine Einrichtung im Korrekturzeitraum einzelne angegebene Daten, die von der Datenauswertungsstelle bei der Eingangsprüfung als fehlerhaft identifiziert wurden, korrigieren muss[19]. Hierdurch kann ein erheblicher

[18] Wie schon angemerkt, werden für die Ergebniserfassung verschiedene Angaben benötigt, die routinemäßig in der Pflegedokumentation oder einer damit verknüpften Informationsquelle abgelegt werden.

[19] Gemeint ist hier nicht die statistische Plausibilitätskontrolle, sondern die Prüfung der Datenfelder auf grundlegend falsche Angaben (wie z.B. ein negatives Gewicht), aus der ein Fehlerprotokoll kurzfristig nach Datenlieferung an die Datenauswertungsstelle hervorgeht, das anschließend den Einrichtungen zurückgemeldet wird.

Aufwand entstehen, der durch ausreichende Schulung der Mitarbeiter allerdings vermieden werden kann.

Integration des Indikatorenansatzes in das interne Qualitätsmanagement

Ob unabhängig davon weitere Umstellungen erfolgen oder notwendig werden, hängt von der Qualitätssicherungsstrategie der Einrichtungen ab. Dazu gehört unter anderem die Entscheidung, inwieweit die Qualitätsindikatoren im Rahmen des internen Qualitätsmanagements genutzt werden. Im Verlauf der seit dem Jahr 2012 durchgeführten „Umsetzungsprojekte“ sind einige Einrichtungen dazu übergegangen, ihr internes Qualitätsmanagement grundlegend umzustrukturieren und auf die Qualitätsindikatoren abzustimmen. Dies ist keine Notwendigkeit, aber eine empfehlenswerte Anpassung, wenn eine regelhafte Ergebniserfassung und öffentliche Ergebnisbewertung mit eben diesen Indikatoren verbindlich vorgeschrieben ist.

Nutzt man die Indikatoren für das interne Qualitätsmanagement, so kommt es zu gewissen Veränderungen in der internen Kommunikation, der internen Informationsübermittlung, der gemeinsamen Bewertung von Versorgungsfragen, der Durchführung von Fallbesprechungen oder Pflegevisiten und eventuell auch beim internen Berichtswesen. Hinzuweisen ist auch auf die Nutzung von Indikatoren im Rahmen der Information von Bewohnern und Angehörigen. Einzelne Einrichtungen haben die Qualitätskennzahlen in der Vergangenheit als Grundlage für Gespräche über die Pflegequalität bei Angehörigenabenden genutzt.

Die Reflexion und weitergehende Nutzung der Kennzahlen sowie die damit verbundenen Prozesse sind mit zeitlichem Aufwand verbunden, ersetzen jedoch in der Regel andere Elemente des internen Qualitätsmanagements. Beispielsweise können interne Qualitätskontrollen auf Kennzahlen umgestellt und an den Rhythmus der Ergebniserfassung angepasst werden. Im welchem Maße Aktivitäten in diesem Bereich entfaltet werden, liegt jedoch, wie gesagt, im Ermessen der Einrichtungen.

Anpassung der Pflegedokumentation?

Eine Notwendigkeit zur Umstellung der Pflegedokumentation entsteht durch die Ergebniserfassung nicht. Wie schon angemerkt, geht es bei der Ergebniserfassung zum Teil um die Extraktion verfügbarer Daten aus der bestehenden Pflegedokumentation, zum Teil um aktuelle Einschätzungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten der Bewohner. Es ist nicht (wie in der Fachdiskussion mitunter angenommen wird) erforderlich, die bislang durchgeführte Pflegeanamnese durch eine Informationserfassung analog zu den Merkmalen des Indikatorenansatzes zu ersetzen. Eine entsprechende Notwendigkeit ergibt sich auch nicht aus den Anforderungen der Plausibilitätskontrolle, die im Rahmen von Prüfungen durchgeführt wird.

Theoretisch kann die Ergebniserfassung gänzlich losgelöst vom bestehenden Dokumentationssystem erfolgen. Ob dies fachlich und arbeitsökonomisch sinnvoll sein kann, ist eine andere Frage, zumal es zwangsläufig inhaltliche Überschneidungen geben wird – zwangsläufig, weil das Informationsprofil des Indikatorenansatzes bis auf einige Datumsangaben kein einziges Merkmal beinhaltet, das aus fachlicher Perspektive für den individuellen Pflegeprozess irrelevant wäre.

Eine gewisse Anpassungs*notwendigkeit* ergibt sich lediglich auf der Ebene der zeitlichen Planung. So darf beispielsweise die Erfassung des Körpergewichts des Bewohners, das für die Indikatorenberechnung benötigt wird, nicht veraltet sein. Der zeitliche Rhythmus der Ergebniserfassung und die Aktualisierung bestimmter Daten in der Pflegedokumentation sollten also aufeinander abgestimmt sein.

Mitunter wird die Frage aufgeworfen, inwieweit sich der Ansatz der Ergebniserfassung mit den neuen Dokumentationsformen verträgt, die im Zuge der Entbürokratisierungsbemühungen in den letzten Jahren entstanden sind, beispielsweise mit dem sog. Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Auf der inhaltlich-fachlichen Ebene bestehen keine Reibungspunkte zwischen den Systemen, im Gegenteil: Beide Ansätze nehmen Bezug auf die Ordnungsstruktur und die zentralen Inhalte des neuen Begutachtungsassessments. Insofern werden Einrichtungen, die mit dem Strukturmodell arbeiten, mit den inhaltlichen Anforderungen des Indikatorenansatzes bis zu einem gewissen Grad bereits vertraut sein. Abweichungen zeigen sich allerdings auf methodischer Ebene. Systeme, die mit Qualitätsindikatoren arbeiten, setzen eine standardisierte Information über Versorgungsergebnisse voraus. Das bedeutet, dass die für die Kennzahlberechnung erforderlichen Informationen von allen Einrichtungen in der gleichen Art zur Verfügung gestellt werden müssen. Manche Dokumentationssysteme, die nach der mit dem zweiten Pflege-Stärkungsgesetz initiierten Reform entwickelt worden sind, sehen diese standardisierte Informationserfassung heute bereits vor. Das oben angesprochene Strukturmodell der Pflegedokumentation folgt einem anderen Ansatz, indem die zu dokumentieren Sachverhalte nicht in standardisierter Form, sondern als Freitext erfasst werden. Die standardisierte Einschätzung wird also für die betreffenden Einrichtungen eine zusätzliche methodische Anforderung sein und damit auch zusätzlichen Aufwand mit sich bringen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Einführung der indikatorengestützten Beurteilung von Ergebnisqualität erhebliche Herausforderungen für die Einrichtungen mit sich bringt. Es entsteht ein gewisser Mehraufwand durch die Ergebniserfassung, der allerdings durch die Anpassung bestehender Handlungsroutinen recht begrenzt bleibt. Stärker ins Gewicht fallen, wie bei anderen Neuerungen auch, die Anpassungen, die in der Übergangsphase zu leisten sind. Damit sind nicht nur Schulungsmaßnahmen angesprochen, sondern verschiedene Prozesse, die mit interner Abstimmung und Kommunikation verbunden sind.

Die immer wieder aufgeworfene Frage nach dem Mehraufwand, der mit dem Indikatorenansatz verbunden ist, lässt sich vor dem Hintergrund der vorangegangenen Ausführungen schwer beantworten. Wie weitreichend die Veränderungen in einer Einrichtung ausfallen, hängt sehr stark davon ab, wie die Fachlichkeit und das interne Qualitätsmanagement entwickelt sind. Die Ergebniserfassung und

alle weiteren Arbeiten im Zusammenhang mit dem Indikatorenansatz, insbesondere die Nutzung der Kennzahlen, sind Bestandteil des internen Qualitätsmanagements und werden somit – dies ist zumindest die Erfahrung aus den Einrichtungen, die mit dem Indikatorenansatz schon heute arbeiten – andere Prozesse ganz oder teilweise ersetzen.

3.9.2 Anforderungen an die Prüfdienste

Die wichtigsten Änderungen, die der Indikatorenansatz für die Prüfdienste mit sich bringt, sind die Integration der Plausibilitätskontrolle in die Prüfung und die stärker auf die Ergebnisqualität ausgerichtete Kommunikation zwischen Prüfteam und Mitarbeitern der Einrichtung, einschließlich einer entsprechenden Ausrichtung der Beratung. Dies zieht einen Schulungsbedarf nach sich, der zum einen direkt den Indikatorenansatz betrifft, zum anderen aber auch die Fokussierung der Prozesse und Ergebnisse in der Kommunikation.

Die Prüfer müssen also mit dem Indikatorenansatz und den mit ihm verbundenen inhaltlichen, methodischen und organisatorischen Vorgaben im Rahmen entsprechender Schulungen vertraut gemacht werden. Sie müssen den gleichen Wissensstand erreichen wie die Mitarbeiter der Einrichtung, die die Ergebniserfassung regelmäßig vornehmen. Sie sollte außerdem in der Lage sein, die unterschiedliche Relevanz von sachlichen Fehlern bei der Ergebniserfassung einzuschätzen. Ein zweiter Schwerpunkt liegt in der Vorgehensweise der Plausibilitätskontrolle. Gegenstand von Schulungsmaßnahmen wäre in diesem Fall auch die Frage, wie die Plausibilitätskontrolle möglichst effektiv im Rahmen der Informationserfassung, die bei jedem Qualitätsaspekt vorzunehmen ist, durchgeführt werden kann.

Es ist davon auszugehen, dass diese spezifischen Kenntnisse von erfahrenen Prüfern in einer zweitägigen Schulung erworben werden können. Eine gute Voraussetzung bringen diejenigen Prüfer mit, die gleichzeitig als Gutachter tätig sind. Durch Erfahrungen mit dem neuen Begutachtungsverfahren sind sie bereits mit besonders wichtigen Themen des Indikatorenansatzes vertraut.

4. Die Konzeption für das neue Prüfverfahren

Eine zentrale Aufgabe des Projekts bestand in der Entwicklung eines Instruments für die Qualitätsprüfung nach §§ 114f SGB XI, mit dem qualitätsrelevante Aspekte erhoben und bewertet werden können und das eine Verknüpfung mit dem indikatorengestützten Verfahren zur Beurteilung von Ergebnisqualität ermöglicht. Hierbei waren neben der Neubestimmung der prüfrelevanten Qualitätsaspekte auch verschiedene grundlegende Elemente des Prüfverfahrens wie die Stichprobenbestimmung und Bewertungssystematik zur Beurteilung von Qualitätsaspekten neu zu erarbeiten.

Die Erarbeitung der Konzeption erfolgte angesichts der knapp bemessenen Entwicklungszeit und eines eigentlich erforderlichen schrittweisen, chronologisch aufeinander aufbauenden Vorgehens notgedrungen teilweise parallel und iterativ. Zwar wurden alle zentralen Bausteine im Rahmen von zahlreichen Workshops vorgestellt, diskutiert und modifiziert, zu einer abschließenden Konsentierung aller Details reichte die Zeit aber nicht aus, zumal die zuweilen unterschiedlichen Arbeitsergebnisse der Expertengruppen nicht immer reibungslos eingepasst werden konnten.

Bis weit hinein in die Phase der Vorbereitung des Abschlussberichts wurde der Austausch mit den Expertengruppen „Prüfdienste“ und „Nutzerperspektive“ aufrechterhalten. Insbesondere waren die Ergebnisse der Erprobung des neuen Prüfverfahrens zu berücksichtigen und zum Teil weitreichende Anpassungen der Methodik vorzunehmen. Es wurde angestrebt, trotz der sehr knappen Zeit – zwischen dem Eingang der letzten Ergebnisse der Testprüfungen und dem Abgabetermin des Abschlussberichts lagen weniger als zwei Monate – einen Konsens mit der Expertengruppe „Prüfdienste“ zur Frage des vordringlichen Überarbeitungsbedarfs und wichtiger Entscheidungen zur Revision des erprobten Prüfkonzepts herzustellen. Dies ist im Großen und Ganzen gelungen.

Unter Beachtung der zahlreichen Anforderungen an die Weiterentwicklung der externen Prüfung, vor allem der Integration neuer bzw. grundlegend modifizierter Bausteine, ergaben sich substanzielle Änderungen des Prüfverfahrens. Sie betreffen den formalen Aufbau, ein erweitertes Grundverständnis der Prüfung, die Entwicklung und Operationalisierung neuer bzw. weiterentwickelter Inhalte, die Prüfmethode sowie die Bewertung der für die Prüfung relevanten Sachverhalte.

Die formalen Eckpunkte der externen Prüfung, wie sie insbesondere in den Anlagen zur Qualitätsprüfungsrichtlinie beschrieben sind, bleiben in der hier vorgelegten Weiterentwicklung des Prüfverfahrens erhalten. Nach wie vor gibt es:

- eine allgemeine Verfahrensbeschreibung, in denen der Ablauf der Prüfung bzw. das grundsätzliche Vorgehen der Prüfer dargestellt wird
- einen strukturierten Erhebungsbogen, mit dessen Hilfe der Prüfer alle im Verlauf der externen Prüfung notwendigen Informationen (Daten) erfasst
- eine Ausfüllanleitung, die zu jedem zu erhebenden Qualitätsaspekt entsprechende Ausfüllhinweise enthält.

Wesentliche Änderungen beziehen sich hingegen auf die folgenden Bausteine:

- die Einbeziehung der Ergebnisse der indikatorengestützten Qualitätsbeurteilung in die externe Prüfung
- die Ziehung der Stichprobe, die geeignet sein muss, wesentliche Qualitätsfragen in ausreichender Tiefe ebenso wie Anforderungen der Plausibilitätskontrolle einrichtungsinterner Datenerfassungen zu berücksichtigen
- die Restrukturierung und Neufassung der zu prüfenden Inhalte bzw. die zu erhebenden Qualitätsaspekte (vgl. Kapitel 2)
- die Prüfmethode, die mit Blick auf die veränderten Inhalte und das weiterentwickelte Konzept ein anderes konzeptuelles Grundverständnis und damit einhergehend eine andere Vorgehensweise erfordert
- die Bewertungssystematik, die sich nun nicht mehr als Ex-post-Algorithmus zur Ermittlung quantitativer Durchschnittswerte darstellt, sondern als qualitatives Instrument zur differenzierten Erfassung qualitätsrelevanter Aspekte.

4.1 Konzeptionelles Grundverständnis

Aufgrund der konkreten gesetzlichen und im Auftrag formulierten Vorgabe, eine Verknüpfung zwischen der indikatorengestützten Qualitätsbeurteilung und den externen Prüfungen herzustellen, ergab sich ein weitreichender Anpassungsbedarf für die Inhalte und Methoden der Prüfung. Im Ergebnis erwies sich der Anpassungsbedarf als weit grundlegender als es zu Beginn absehbar war. Hinzu kamen Reformbestrebungen, die sich auf das ganze Prüfverfahren in seiner gegenwärtigen Form, die daran gekoppelte öffentliche Qualitätsdarstellung und die ihr zugrunde liegende Bewertungssystematik bezogen. In der Konsequenz ergaben sich nicht allein einzelne inhaltliche und methodische Modifikationen, sondern ein neues konzeptionelles Verständnis der externen Prüfung, das nachfolgend in seinen Grundzügen dargestellt wird.

Stärkung der Ergebnisorientierung und Fokussierung individueller Versorgungsprozesse

Mit der Integration der Ergebnisse der indikatorengestützten Qualitätsbeurteilung wird das System der Qualitätsbeurteilung insgesamt stärker an Ergebnissen ausgerichtet. Konzeptionsleitend ist der Gedanke, dass ausgehend von möglicherweise „schlechten“ Ergebnissen beim einzelnen Bewohner zielgerichtet nach Ursachen, d.h. nach Problemen in den Prozessen und der Organisation des pflegerischen Handelns sowie der diesem Handeln zugrunde liegenden fachlichen Methoden und Konzepte gefragt werden kann. Angesichts der prioritären Relevanz von Versorgungsergebnissen wurde diese Orientierung – wo sinnvoll und möglich – auf das gesamte Konzept der externen Prüfung übertragen.

Das bedeutet nicht unbedingt, dass die Frage nach Versorgungsergebnissen immer im Vordergrund steht. Nach wie vor ist es Aufgabe der Prüfer, die Berücksichtigung fachlicher Anforderungen zu be-

urteilen und die Frage zu überprüfen, inwieweit die Einrichtung eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung im Rahmen ihrer Einwirkungsmöglichkeiten sicherstellt (Prozessebene). Entscheidend ist aber, dass das neue Prüfverfahren die Kernprozesse der Versorgung fokussiert. An erster Stelle steht nicht die abstrakte Frage nach der Eignung von Konzepten, Methoden oder organisatorischen Festlegungen, sondern die Frage, ob der Bewohner die notwendige und seiner Situation bzw. seinen Bedürfnissen entsprechend Unterstützung erhält. Die Bedeutung der allgemeinen Beurteilung von Strukturen, Verfahrensanweisungen, schriftlichen Nachweisen etc. rückt damit zugunsten der Beurteilung der tatsächlichen Versorgungsprozesse in den Hintergrund. Das Ziel der Entwicklungsarbeiten bestand also darin, die zu prüfenden Qualitätsaspekte so weit wie möglich auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung anzusiedeln.

Differenzierte Bewertung von Defiziten

Diese Reorientierung führt fast zwangsläufig zum weitgehenden Verzicht auf die Dichotomie von erfüllten und nicht erfüllten Anforderungen. Im neuen Prüfverfahren soll eine differenzierte Beurteilung von etwaigen Qualitätsdefiziten erfolgen, indem spezifiziert wird, welcher Natur das festgestellte Defizit ist. Es wird deutlich unterschieden zwischen Dokumentationsmängeln, die für den Bewohner wenig Bedeutung haben, Versäumnissen auf der Prozessebene, die ein Risiko für den Bewohner mit sich bringen, und Defiziten, infolge derer der Bewohner tatsächlich eine negative Folge erlebte. Die simple Form der Beurteilung, ob eine Anforderung berücksichtigt worden ist oder nicht, wie sie für das bisherige Prüfverfahren charakteristisch war, wird im neuen Prüfverfahren bei der Beurteilung von individuellen Versorgungsprozessen nicht mehr weitergeführt.

Fachliche Aufwertung und Aufwertung des Beratungsauftrags

Mit der stärkeren Differenzierung von Beurteilungen und der Verringerung der Bedeutung von gegenstandsunabhängigen Konzept- und Dokumentationsprüfungen erhält die unmittelbare fachliche Kommunikation im Rahmen der Prüfung einen neuen Stellenwert. Dies kommt im neuen Prüfverfahren u.a. durch die Aufwertung des Fachgesprächs zum Ausdruck. Indem das Fachgespräch zwischen den Prüfern und den Mitarbeitern der Einrichtung als gleichwertige Datenquelle gegenüber Dokumentationen eingestuft wird, entstehen neue Chancen für die Weiterentwicklung der Prüfkultur und des Beratungsauftrags der Prüfdienste. Jede Form von Beratung setzt, will sie wirksam sein, ein dialogisches Vorgehen voraus. Das Fachgespräch bringt zusammen mit den Kennzahlen für Ergebnisqualität[20] Elemente in das Prüfgeschehen, das dieses dialogische Vorgehen und damit auch die Akzeptanz von Prüfergebnissen fördern könnte.

[20] Mit der Einbeziehung von Ergebnissen der indikatorengestützten Qualitätsbeurteilung nimmt die beratende Rolle der Prüfdienste zwangsläufig zu – unabhängig davon, ob „schlechte“ Ergebnisse einen prinzipiellen Anlass bieten, Möglichkeiten zur Verbesserung dieser Ergebnisse zu beraten oder ob sie dazu verwendet werden, im

Eine fachliche Aufwertung in diesem Sinne führt allerdings auch zu erhöhten Anforderungen für alle Beteiligten: für die Prüfer, weil sie statt einfacher ja-nein-Fragen komplexe Situationen zu beurteilen haben, Bezug auf unterschiedliche Informationsquellen nehmen und einen Dialog in einer nicht sehr spannungsfreien Situation führen müssen, und für die Mitarbeiter der Einrichtungen, weil sie in der Prüfsituation differenziert über Fragen der Versorgung, über Versorgungsentscheidungen und deren Begründung nachvollziehbar Auskunft geben müssen. Im Vergleich zur bisherigen Prüfung ist die weiterentwickelte externe Prüfung deutlich komplexer und damit in der Anwendung für die Prüfer und letztlich auch für die Einrichtungen anspruchsvoller.

4.2 Das Prüfinstrumentarium

Das Prüfinstrumentarium umfasst die Gesamtheit der Formulare und Dokumente, die erforderlich sind, um eine externe Qualitätsprüfung nach der vorliegenden Konzeption durchzuführen – im Einzelnen:

- die Verfahrensbeschreibung, die den Ablauf der Prüfung grob definiert und elementare Vorgaben für das Vorgehen der Prüfer formuliert. Die Verfahrensbeschreibung ist das zentrale Element des Prüfinstrumentariums. Sie definiert nicht nur den Ablauf der Prüfung, sondern formuliert auch Vorgaben zur Nutzung von Informationsquellen und beinhaltet die Kriterien und methodischen Anweisungen, nach denen der Prüfer die Bewertung der einzelnen Qualitätsaspekte vorzunehmen hat. Die Verfahrensbeschreibung definiert also neben dem Ablauf auch die Inhalte und Methoden, die im Rahmen der Prüfung zu berücksichtigen sind.
- den Prüfbogen A zur Beurteilung der Qualität auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung (der später für den Regelbetrieb informationstechnisch umzusetzen ist). Der Erhebungsbogen ist für die Anwendung an jedem Bewohner der Stichprobe konzipiert, d.h. je nach Stichprobengröße ist eine entsprechend Anzahl an Erhebungsbögen auszufüllen bzw. – im Rahmen einer EDV-Lösung – Datensätze zu generieren.
- den Prüfbogen B, mit dem die Ergebnisse der Prüfung auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung zu einer einrichtungsbezogenen Qualitätsbeurteilung zusammengeführt werden und mit dem ergänzende, auf die gesamte Einrichtung bezogene Bewertungen vorgenommen werden (später im Regelbetrieb ebenfalls informationstechnisch umzusetzen).
- den Prüfbogen C zur Generierung des Gesamtergebnisses der Plausibilitätskontrolle.
- die Ausfüllanleitung mit Hinweisen und Definitionen, die für die Arbeit mit den Prüfbögen relevant sind.
- Strukturierungshilfen zur Durchführung des Teamgesprächs und des Abschlussgesprächs.
- Hinweise zur Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle.

Rahmen der externen Prüfung gezielter nach konkreten Ursachen zu suchen, die dann Gegenstand von Beratung sein können.

4.3 Die Bewertungssystematik

4.3.1 Bewertungskategorien auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung

Zur Qualitätsbeurteilung auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung kommen im neuen Prüfverfahren vier Kategorien zur Anwendung:
A) Keine Auffälligkeiten oder Defizite
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner.

Diese Abstufung soll sichtbar machen, inwieweit aus einem fachlichen Defizit tatsächlich negative Folgen für den Bewohner erwachsen sind. Die Zuordnung festgestellter Defizite zu hierarchisch, nach ihrer Relevanz für die Sicherheit und das Wohlergehen der Bewohner geordneten Kategorien verfolgt das Ziel, eine differenzierte Bewertung des Qualitätsaspekts zu erhalten.

Das Verständnis der „negativen Folgen“ ist von zentraler Bedeutung für das neue Prüfverfahren. Der Begriff umfasst folgende Sachverhalte:

- Im Extremfall kommt es durch ein fachliches Defizit zu einer gesundheitlichen, körperlichen *Schädigung des Bewohners*. Beispiele hierfür sind die Entstehung eines Dekubitus infolge fehlender Dekubitusprophylaxe, Dehydration aufgrund unzureichender Flüssigkeitsversorgung oder Wundinfektionen infolge fehlender Beachtung von Hygienevorschriften.
- Eine negative Folge liegt aber auch dann vor, wenn die durchgeführten Maßnahmen nicht dem individuellen Bedarf des Bewohners entsprechen, auch wenn noch keine sichtbaren gesundheitlichen Nachteile entstanden sind. Beispiele sind fehlende Mobilisierung von bettlägerigen Bewohnern, unzureichende Körperpflege bei unselbständigen Bewohnern oder die fehlende Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln, die das Alltagsleben des Bewohners erheblich einschränkt.
- Eine *nicht bedürfnisgerechte Versorgung* zählt ebenfalls zu den negativen Folgen. Beispiele hierfür sind die wiederholte Verweigerung von Selbstbestimmung oder die regelmäßige Missachtung von explizit geäußerten/dokumentierten Wünschen.

Vor dem Hintergrund dieses Verständnisses sind die Bewertungskategorien folgendermaßen definiert:

A) Keine Auffälligkeiten oder Defizite
Für die zu beurteilenden Sachverhalte gab es keine Hinweise auf ein fachliches Defizit.

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Für die zu beurteilenden Sachverhalte wurden Auffälligkeiten festgestellt, die jedoch keine Auswirkungen auf den Bewohner nach sich ziehen. Dazu gehört beispielsweise das punktuelle Fehlen eines Durchführungsnachweises im Bereich der Behandlungspflege.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Die Kategorie C) trifft auf Situationen zu, in denen (noch) keine negative Folge eingetreten ist, aber ein durch die Einrichtung zu verantwortendes Risiko hierfür besteht. Fachliche Defizite wirken sich nicht automatisch nachteilig auf den Bewohner aus. So entsteht aufgrund einer unzutreffenden Risikoeinschätzung nicht sofort, vielleicht auch nicht über einen längeren Zeitraum ein neuer Dekubitus, aber doch ein vermeidbares *Risiko negativer Folgen* für den betreffenden Bewohner.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertungskategorie ist für den Fall vorgesehen, dass eine negative Folge aufgrund eines fachlichen Defizits bereits eingetreten ist – wobei negative Folgen im Sinne des oben dargestellten Verständnisses auch das Fehlen einer bedarfs- oder bedürfnisgerechten Unterstützung umfassen. Die Kategorie D) ist also nur in folgenden Fällen anzuwenden:

- Der Bewohner hat eine gesundheitliche Schädigung infolge des Handelns oder infolge von Unterlassungen der Mitarbeiter der Einrichtung erlitten.
- Der Bewohner erhält *regelmäßig* nicht die seinem Bedarf entsprechende Unterstützung, wenngleich diese Unterstützung im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung geleistet werden könnte.
- Der Bewohner erhält *regelmäßig* nicht die seinen Bedürfnissen entsprechende Unterstützung, wenngleich diese Unterstützung im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung geleistet werden könnte.

Es ist besonders wichtig, dass eine D-Bewertung für fehlende Bedarfs- oder Bedürfnisgerechtigkeit nicht allein auf der Grundlage einer fehlenden Information in der Pflegedokumentation vergeben werden darf. Auch eine isolierte Aussage des Bewohners, die nicht durch weitere Feststellungen verifiziert werden kann, reicht nicht aus. Fehlt beispielsweise ein Durchführungsnachweis, so genügt dies allein nicht, um eine nicht bedarfsgerechte Versorgung nachzuweisen. Es kann sich auch um ein systematisches Dokumentationsdefizit handeln. Bei einer D-Bewertung, die vergeben werden soll, weil nach Feststelllungen des Prüfers erforderliche Maßnahmen nicht durchgeführt wurden, müssen neben fehlenden Dokumentationseinträgen zum Nachweis daher weitere Feststellungen getroffen werden.

Besonders hervorzuheben ist außerdem der Aspekt der *Regelmäßigkeit*. Die Beurteilung D) ist *nicht* für Situationen gedacht, in denen *ausnahmsweise* ein Wunsch des Bewohners unberücksichtigt bleibt. Eine D-Bewertung ist vielmehr erst dann vorzunehmen, wenn die fehlende Berücksichtigung eines Wunsches wiederholt auftritt und weder fachlich noch mit den Grenzen der Zuständigkeit der Einrichtung begründet werden kann.

4.3.2 Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung

Die Qualitätsbeurteilung erfolgt grundsätzlich unter Berücksichtigung der Grenzen, die durch die Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung und ihrer Mitarbeiter gesteckt sind. Diese Grenzen ergeben sich vor allem durch folgende Faktoren:

- Bereitschaft des Bewohners, die Hinweise der Mitarbeiter anzunehmen: Wenn Mitarbeiter beispielsweise mehrfach auf verhaltensbedingte Risiken kognitiv unbeeinträchtigter Bewohner hinweisen, die betreffenden Bewohner aber ihr Verhalten nicht anpassen, so hat die Einrichtung die aus fachlicher Sicht erwartbaren Maßnahmen ergriffen; ihre Wirkung ist jedoch durch Faktoren, auf die sie nur wenig einwirken kann, begrenzt.

- Fähigkeit des Bewohners, im Rahmen der pflegerischen Unterstützung zu kooperieren: Die Wirkung von fachgerechten Lagerungsmaßnahmen bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern kann dadurch aufgehoben werden, dass der betreffende Bewohner immer wieder eine Körperhaltung annimmt oder Bewegungen durchführt, durch die Scherkräfte wirksam werden und ein Dekubitus entsteht. Nicht jeder neu entstandene Dekubitus kann also als Ergebnis eines fachlichen Defizits eingestuft werden.

- Versorgung durch externe Kooperationspartner: Die gesundheitliche Situation von Heimbewohnern wird maßgeblich durch ärztliches Handeln (oder Nicht-Handeln) beeinflusst. Art und Umfang der nach dem SGB V verordneten Krankenpflege liegen im Ermessen des Arztes und der Kostenträger. Die Einwirkungsmöglichkeit der Einrichtungen ist hier weitgehend auf die fachgerechte Durchführung verordneter Maßnahmen und die Kommunikation mit dem Arzt begrenzt.

- Unrealistische Erwartungen an die Versorgung: Serviceleistungen der Einrichtungen wie Fahrdienste, die nicht zu den vertraglich geregelten Aufgaben der Einrichtung und ihrer Mitarbeiter gehören, liegen nicht im Einwirkungsbereich der Einrichtungen. Auch in anderen Fällen können die Wünsche der Bewohner die Verantwortung der Einrichtung für die fachgerechte Versorgung und das Wohlergehen der Bewohner übersteigen. Insbesondere wenn bei der Prüfung festgestellt wird, dass Wünsche eines Bewohners regelmäßig unberücksichtigt bleiben, so hat der Prüfer sorgfältig zu reflektieren, inwieweit diese Wünsche die Möglichkeiten der Einrichtungen übersteigen. Dies ist besonders wichtig, da die regelmäßige Missachtung von Bedürfnissen im Rahmen der Prüfung ebenso streng beurteilt wird wie die Vernachlässigung eines Versorgungsbedarfs oder gesundheitliche Nachteile, die die Einrichtung zu verantworten hat.

Die Frage der Einwirkungsmöglichkeiten wird im Prüfbogen und in der Ausfüllanleitung nicht explizit thematisiert. Es handelt sich um einen Grundsatz, den das Prüfteam bei *jeder* Beurteilung zu berücksichtigen hat.

4.3.3 Zusammenführung der Bewertungen der individuellen Bewohnerversorgung

Bewertungsregeln zu definieren, die bei einer sehr kleinen Stichprobengröße eine zuverlässige Qualitätsbewertung generieren, stellt eine fast unlösbare Aufgabe dar. Grundsätzlich ist festzustellen, dass bei einer so geringen Stichprobengröße, wie sie bei Qualitätsprüfungen zur Anwendung kommt (maximal neun Bewohner), die Wahrscheinlichkeit sehr gering ist, dass das Ergebnis in der Stichprobe einen wahren Wert in der Grundgesamtheit repräsentiert. Zeigt sich bei vier von neun Bewohnern in der Stichprobe ein Qualitätsdefizit, so ist es unzulässig, daraus zu schließen, dass in der Einrichtung mit hoher Wahrscheinlichkeit 45 % der Bewohner ebenfalls dieses Merkmal bzw. Defizit aufweisen. Noch deutlicher wird das Problem, wenn die Prüfung nur bei zwei Bewohnern stattfinden konnte. Weist einer dieser beiden Bewohner ein Qualitätsdefizit auf, so ist daraus nicht zu schließen, dass bei 50 % aller Bewohner ein entsprechendes Defizit zu erwarten ist. Trotz dieses hohen Prozentwertes ist sogar nicht auszuschließen, dass es sich um eine Einrichtung mit guter Qualität handelt und der betreffende Bewohner der einzige ist, bei dem das Qualitätsproblem aufgetreten ist; der Zufall führte dazu, dass er in die Stichprobe geriet. In einer anderen Einrichtung konnte das gleiche Thema ggf. bei sechs Bewohnern geprüft werden, aber – zufallsbedingt – war keiner der sieben Bewohner, bei denen das Defizit tatsächlich vorlag, in der Stichprobe.

Vor diesem Hintergrund kann die Bewertung bei Qualitätsprüfungen nur darauf Bezug nehmen, was von den Prüfern in der Einrichtung tatsächlich festgestellt worden ist. Inwieweit ihre Feststellungen die Gesamtsituation in der Einrichtung widerspiegeln, ist unsicher. Findet der Prüfer beispielsweise keinen Bewohner mit einem nennenswerten Qualitätsdefizit, so kann er daraus nicht folgern, dass es in der Einrichtung solche Defizite nicht gibt. Quantifizierende Rückschlüsse von Prüfergebnissen auf die Grundgesamtheit der Bewohner einer Einrichtung sind also sehr riskant.

Vor dem Hintergrund der dargestellten Probleme ist ein gewöhnlicher Algorithmus, der mit einer mathematischen Formel unter Berücksichtigung der Stichprobengröße arbeitet, nicht anwendbar. Dennoch muss bewertet werden und müssen, wenn eine gestufte Qualitätsbeurteilung stattfinden soll, differenzierte Bewertungsregeln definiert werden.

Ausgehend von diesen grundsätzlichen Überlegungen war im Vorfeld der für Anfang 2018 geplanten praktischen Erprobung des neuen Prüfverfahrens ein erster Entwurf für eine Bewertungssystematik entwickelt worden, mit dem entsprechend der übergeordneten Zielsetzungen der Projektarbeiten eine differenzierte Qualitätsbewertung möglich sein sollte. Im Rahmen der praktischen Erprobung wurden auf dieser Grundlage Qualitätsbeurteilungen vorgenommen, ohne dass von den Prüfern grundsätzliche Probleme berichtet wurden, die eine Qualitätsbewertung im Einzelfall unmöglich gemacht hätten.

Dennoch erwies sich diese erste Version als problematisch. Sie beruhte u.a. auf dem *Konstrukt des systematischen Qualitätsdefizits*, das theoretisch einen wichtigen Beitrag zu einer schlüssigen Bewer-

tungssystematik leisten könnte. Mit diesem Konstrukt wurde versucht, eine grundlegende Differenzierung zwischen jenen Fehlern zu schaffen, die als Ausnahme oder Abweichungen von einem ansonsten regelhaft richtigen Handeln vorkommen, und jenen Fehlern, die mit hoher Wahrscheinlichkeit immer wieder vorkommen, weil sie auf einer defizitären Struktur oder einem defizitären Prozess beruhen. In der Logik dieser Konstruktion ist es beispielsweise ein fundamentaler Unterschied,

a) ob eine notwendige Lagerung bei einem Bewohner aufgrund einer angespannten Arbeitssituation einmalig oder vielleicht auch ein zweites Mal unterlassen wurde, während ansonsten Lagerungen in der Einrichtung stetig plangemäß und bedarfsgerecht durchgeführt werden und auch alle Voraussetzungen hierfür (z. B. fachliche Kompetenz) vorhanden sind (Ausnahmefehler), oder
b) ob mehrfach keine fachgerechte Lagerung stattfindet, weil die zuständigen Mitarbeiter grundlegende Lagerungstechniken nicht beherrschen (systematisches Defizit).

Diese Unterscheidung bietet viele Vorzüge. Sie ermöglicht die Identifizierung und Abgrenzung derjenigen Defizite, die im Rahmen der Qualitätssicherung von zentraler Bedeutung sind. Mit dem Auftreten eines systematischen Defizits ist solange zu rechnen, bis die Einrichtung die zugrundeliegenden Strukturen oder Prozesse korrigiert. Ausnahmesituationen hingegen können unabhängig von anhaltenden Problemen auf struktureller Ebene auftreten, sind aber naturgemäß selten und durch zielgerichtete Qualitätssicherung kaum vermeidbar. Insofern müsste es nicht nur im Interesse der Einrichtungen, sondern auch im Interesse der Pflegekassen liegen, systematische Fehler von anderen abzugrenzen, denn nur hier sind nachhaltige Wirkungen von Maßnahmenbescheiden zu erwarten. Schließlich kann das Konstrukt zur Lösung der oben angesprochenen Probleme der Verallgemeinerung von Feststellungen der Prüfer beitragen, indem es einem festgestellten Defizit eine besondere Qualität zuschreibt, durch die das „Zählen“ von Defiziten nur noch bedingt nötig wäre.

Insofern ist das Konstrukt des systematischen Defizits von hoher Versorgungs- und damit auch Prüfrelevanz – eine Einschätzung, die im Grundsatz von den projektbeteiligten Experten der Prüfdienste geteilt wurde. In der Praxis erwies es sich jedoch als zu anspruchsvoll. Obwohl die Evaluation der Testprüfungen eine große Übereinstimmung bei den Prüfern hinsichtlich der *Identifizierung* systematischer Defizite ergab, war in den ausgefüllten Prüfbögen häufig nicht nachvollziehbar, mit welcher *Begründung* ein Defizit als systematisch eingestuft wurde. So fehlte in vielen Fällen der erforderliche Verweis auf das zugrunde liegende strukturelle Problem (z. B. gravierende Qualifikationsdefizite, fehlerhafte Vorgaben der Leitungsebene o.ä.). Auch zeigte sich, dass sich viele Prüfer offenbar doch eher am vertrauten Modus des „Zählens“ von (gleichartigen) Fehlern orientiert haben, was nicht dem konzeptuell gemeinten Verständnis entsprach.

In den Workshops mit den Prüfern und den Experten der Prüfdienste wurde die Problematik anhand von Beispielen erläutert. Im Ergebnis waren einige Testprüfer der Ansicht, dass die Bedeutung einer nachvollziehbaren Begründung nicht ausreichend in den Schulungen vermittelt worden sei. Doch unabhängig davon kamen die Prüfer (wie auch später die Experten der Prüfdienste) darin überein, dass die Unterscheidung systematischer und nicht-systematischer Defizite zwar sehr sinnvoll sei, dass

aber der Nachweis des systematischen Charakters eines Defizits in der Praxis schwierig sei und allenfalls mit einem erheblichen zeitlichen Zusatzaufwand erfolgen könne.

Nach den vorliegenden Erprobungsergebnissen würde die Beibehaltung der Unterscheidung von systematischen und nicht-systematischen Defiziten zahlreiche Unsicherheiten in das Regelverfahren der Qualitätsbeurteilung einbringen, was in Anbetracht der ohnehin nicht zu unterschätzenden Anforderungen, die sich im Übergang zum neuen Prüfverfahren an alle Beteiligten stellen, vermieden werden sollte. Eine Bewertungssystematik festzulegen, die in besonderem Maße von der Verlässlichkeit der Feststellung systematischer Fehler abhängt, ist angesichts der bestehenden Unsicherheiten, ob dies in der Praxis auch regelhaft geleistet werden kann, nicht zu empfehlen.

Vor diesem Hintergrund entschieden sich die projektdurchführenden Institute, zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Bewertungssystematik vorzuschlagen, die mit der Kategorie *Systematischer Fehler* operiert. Aufgrund der mit der Kategorie verknüpften theoretischen Vorteile wäre ggf. später zu prüfen, wie und unter welchen Voraussetzungen die Kategorie in zukünftige Qualitätsprüfungen integriert werden kann. Eine wichtige Voraussetzung wäre die Gewährleistung von ausreichender Praktikabilität und eventuell auch die Definition eines angemessenen Zeitrahmens, der es den Prüfern ermöglicht, den erforderlichen Nachweis zu führen.

Die Bewertungssystematik wurde somit ohne das Konstrukt des systematischen Fehlers neu konzipiert. Sie orientiert sich in einigen anderen Punkten jedoch weiterhin am ersten Entwurf: Es werden für die Qualitätsbereiche 1 bis 4 vier Stufen der Qualitätsbewertung unterschieden, und es soll ausgeschlossen sein, dass geringfügige fachliche Schwachstellen zu schlechten Qualitätsbewertungen führen. Diese vier Stufen werden folgendermaßen bezeichnet und mit Hilfe eines Punkteschemas visualisiert:

■■■■ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite
■■■□ 2. Moderate Qualitätsdefizite
■■□□ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
■□□□ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

Zugrunde liegen die Einzelbewertungen, die in Bezug auf die individuelle Versorgung eines Bewohners vorgenommen wurden, und die bereits im Kapitel 4.3.1 vorgestellten Bewertungskategorien (A – D). Die Einzelergebnisse für alle Bewohner der Stichprobe werden zusammengeführt und abschließend für jeden Qualitätsaspekt gesondert bewertet. Liegen für einen Bewohner mehrere Bewertungen vor (sowohl eine C- als auch eine D-Wertung bei demselben Qualitätsaspekt), so fließt die schlechtere Bewertung in die Gesamtbeurteilung ein (D-Wertung). „Auffälligkeiten“ (B-Wertung) sind nicht als Defizit einzustufen und fließen daher nicht in diese Bewertung ein.

Der Begriff „Qualitätsmangel“ wird im neuen Prüfverfahren auf methodischer Ebene nicht verwendet. Es ist zwar nicht abschließend geklärt, inwieweit dieser Begriff rechtlich relevante Botschaften

transportiert, entsprechende Assoziationen könnten aber geweckt werden. Daher kam es zu der Entscheidung, auch für die Gesamtbewertung den Begriff Qualitäts*defizit* und nicht *Qualitätsmangel* zu verwenden. Dies geht etwas zu Lasten der Abgrenzung zu Begriffen, die im Rahmen der individuellen Bewertung der Bewohnerversorgung verwendet werden (C- und D-Bewertung).

Das Gesamtergebnis der Prüfung eines bestimmten Qualitätsaspekts führt zu einer Bewertung, die nach folgendem Schema zu ermitteln ist:

Qualitätsbeurteilung	**Anzahl der Fälle mit C- oder D-Wertung**	**Anzahl der Fälle mit D-Wertung**
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

1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite (■ ■ ■ ■)

Definition:
Es wurden keine oder nur geringe Probleme festgestellt. Diese Bewertung ist auch dann vorzunehmen, wenn im Rahmen der Prüfung bei nicht mehr als einem Bewohner ein Defizit ohne negative Folgen für den Bewohner festgestellt wurde.
Es gilt dementsprechend:
Maximal eine C-Wertung und keine D-Wertung.

Erläuterung:
Das vorliegende Prüfkonzept beruht auf der Überlegung, dass fehlerfreie Prozesse in der Lebensrealität und damit auch im Versorgungsalltag stationärer Pflegeeinrichtungen nicht oder nur extrem selten vorkommen. Je komplexer die Strukturen und Anforderungen sind, in die menschliches Handeln eingebettet ist, umso weniger kann erwartet werden, dass keine Fehler gemacht werden. Auch suboptimale Voraussetzungen wie eine knappe Personalausstattung und daraus resultierender Zeitdruck erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Fehler auftreten oder fachlichen Anforderungen zu wenig Rechnung getragen wird. Auch in Einrichtungen, die im Hinblick auf ihre Qualitätssicherung bestens aufgestellt sind, kommen wie in jeder anderen Organisation Fehler von einzelnen Mitarbeitern vor. Zu erwarten, dass solche Fehler durch interne Kontrollen auszuschließen sind, wäre wirklichkeitsfremd. Zweck einer Qualitätsprüfung und einer Qualitätsdarstellung kann es aber nicht sein, Prozesse und Ereignisse, die fester Bestandteil der sozialen Wirklichkeit sind, negativ zu sanktionieren. Eine solche Sanktionierung hätte im Hinblick auf das übergeordnete Ziel von Qualitätsprüfungen, einen Beitrag zur Qualitätssicherung zu leisten, weder eine Funktion noch eine Wirkung.
Vor diesem Hintergrund sollte einer Pflegeeinrichtung nicht schon dann eine schlechte Qualität bescheinigt werden, wenn im Rahmen von externen Prüfungen festgestellt wird, dass die Versorgung

nicht vollkommen frei von fachlichen Schwächen ist. Zeigt sich im Rahmen der Prüfung daher nur in einem Einzelfall ein fachliches Defizit und hat der betroffene Pflegebedürftige durch dieses Defizit keinen Nachteil im Sinne einer negativen Folge erlitten, so ist für den jeweiligen Qualitätsaspekt die Bewertung „Keine oder geringe Qualitätsdefizite“ vorgesehen. Würde hingegen bei zwei Bewohnern ein solches Defizit festgestellt oder wäre für den Bewohner eine negative Folge eingetreten, so träfe diese Beurteilung nicht mehr zu. In diesen Fällen sieht die Bewertungssystematik vielmehr die Beurteilung „Moderates Qualitätsdefizit“ vor.

Es ist schwierig, ein entsprechendes Bewertungsergebnis sprachlich auszudrücken. Die Zuordnung des Begriffs „Keine Qualitätsdefizite“ widerspricht dem Sprachgefühl, weil ja doch ein Defizit festgestellt wurde. Eine Formulierung wie „Keine gravierenden Qualitätsdefizite“ hätte ebenfalls Nachteile, weil sie den Eindruck erweckt, es gäbe nicht schwerwiegende, aber erhebliche Qualitätsprobleme, was einem isoliert auftretenden fachlichen Fehler nicht gerecht würde. Vor diesem Hintergrund wurde die Bezeichnung „Keine oder geringe Qualitätsdefizite“ gewählt[21].

Wichtig zu beachten ist ferner, dass „Auffälligkeiten“ (Kategorie B) nicht als Defizit zu werten sind und daher nicht in diese Bewertung einfließen. Sie können jedoch ein wichtiges Thema bei der Beratung des Pflegedienstes sein.

2. Moderate Qualitätsdefizite (■ ■ ■ □)

Definition:

Die Bewertung trifft zu, wenn die drei folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die Bedingungen der Bewertung „Keine oder geringe Qualitätsdefizite“ sind nicht erfüllt
- Es wurde bei maximal drei Personen ein Defizit (C- oder D-Wertung) festgestellt.
- Ein Defizit mit negativen Folgen wurde bei maximal einem Pflegebedürftigen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:

Maximal drei C- oder D-Wertungen, darunter maximal eine D-Wertung.

Wird bei zwei Personen aus der Stichprobe eine D-Wertung vergeben, so trifft unabhängig von anderen Bedingungen die Bewertung „3. Erhebliche Qualitätsdefizite“ zu.

Erläuterung:

Der Begriff „Moderate Qualitätsdefizite“ soll signalisieren, dass zwar nicht nur geringfügige Defizite gefunden wurden, in der Einrichtung aber wiederum auch nicht eine besonders kritische Situation angetroffen wurde. Es ist möglich, dass die Prüfer bei einer Person aus der Stichprobe eine D-Wertung vergeben haben, was zum Beispiel bedeuten kann, dass bei dieser Person keine Lagerungen stattfanden, obwohl diese Bestandteil der Maßnahmenplanung waren. In diesem Fall von einem geringen Defizit zu sprechen wäre keine angemessene Lösung. Andererseits darf durch die Titulie-

[21] Die Frage der Titulierung ist eine grundlegende Frage, die nicht mit wissenschaftlichen Mitteln gelöst werden kann, sondern einer Entscheidung im Sinne einer begründeten Setzung bedarf. Dabei sind unterschiedliche Wege möglich und aus wissenschaftlicher Sicht auch legitim. Von entscheidender Bedeutung ist dabei, dass gegenüber den Adressaten von Qualitätsbewertungen eine ausreichende Transparenz hergestellt wird.

rung auch in diesem Fall nicht der Eindruck erweckt werden, dass bei der Inanspruchnahme der Einrichtung „erhebliche“, nicht auf Einzelfälle beschränkte Probleme zu erwarten wären.
Zu bedenken ist hierbei auch, dass mit der D-Bewertung „negative Folgen für den Pflegebedürftigen“ verschiedene Sachverhalte subsummiert sind. Eine Bewertung ergibt sich aus einer körperlichen Schädigung ebenso wie aus der Unterlassung einer geplanten Maßnahme, für die es keine Begründung gibt, oder aus der Missachtung von Bedürfnissen. Im Verlauf der Projektarbeiten wurde in der Diskussion mit den beteiligten Experten festgelegt, dass diese Sachverhalte nicht unterschiedlich bewertet werden sollen. Dies ist eine Grundsatzentscheidung, die mit verschiedenen Herausforderungen einhergeht, wenn Bewertungsregeln konkretisiert werden sollen.
Insofern stellt der Begriff „Moderate Qualitätsdefizite“ keine optimale Lösung dar, zumindest aber einen begründbaren Kompromiss.

3. Erhebliche Qualitätsdefizite (■ ■ □ □)

Definition:
Die Bewertung trifft zu, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die Bedingungen der Bewertung „Moderate Qualitätsdefizite“ sind nicht erfüllt
- Es wurde bei maximal vier Personen ein Defizit (C- oder D-Wertung) festgestellt.
- Defizite mit negativen Folgen wurden bei maximal drei Pflegebedürftigen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:
Maximal vier C- oder D-Wertungen, darunter maximal drei D-Wertungen.
Wird bei vier Personen aus der Stichprobe eine D-Wertung vergeben, so trifft unabhängig von anderen Bedingungen die Bewertung „4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite“ zu.

Erläuterung:
Die Bewertung „Erhebliche Qualitätsdefizite“ soll verdeutlichen, dass eine relativ hohe Wahrscheinlichkeit besteht, in der Einrichtung im Bereich des betreffenden Qualitätsaspekts mit Qualitätsdefiziten konfrontiert zu werden. Den Bewertungsregeln entsprechend wäre bei vier Personen aus der Stichprobe, das heißt etwa bei der Hälfte der in die Stichprobe einbezogenen Personen ein Qualitätsdefizit festgestellt worden. Dies berechtigt dazu, von einem *erheblichen* Qualitätsdefizit zu sprechen. Die Bewertung trifft auch auf Situationen zu, in denen bei zwei Bewohnern ein Defizit mit negativen Folgen festgestellt wurde (zwei D-Wertungen).

4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite (■ □ □ □)

Definition:
Die Bewertung trifft zu, wenn *eine* der beiden folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Es wurde bei mehr als vier Personen ein Defizit (C- oder D-Wertung) festgestellt.
- Defizite mit negativen Folgen wurden bei mehr als drei Pflegebedürftigen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:
Mindestens fünf Personen mit C- oder D-Wertung oder mindestens vier D-Wertungen.

Erläuterung:
Die Beurteilung „Schwerwiegende Qualitätsdefizite“ sollten nur bei denjenigen Einrichtungen zur Anwendung kommen, bei denen sehr häufig, das heißt bei mehr als der Hälfte der in die Stichprobe einbezogenen Personen, Defizite festgestellt wurden. Dementsprechend sieht die Bewertungssystematik vor, dass bei mindestens fünf Personen entsprechende Feststellungen getroffen sein müssen.

4.3.4 Sonderregeln für kleine Fallzahlen in der Stichprobe

Bei wohl den meisten Themen, die im neuen Prüfverfahren als Qualitätsaspekte beurteilt werden sollen, ist zu erwarten, dass die Prüfung nicht bei allen neun, sondern bei weniger Bewohnern aus der Stichprobe möglich ist. Der Grund dafür liegt vor allem darin, dass je nach Thema nur ein Teil der neun Bewohner die Unterstützung erhält, die von den Prüfern zu beurteilen ist. Das gilt beispielsweise für die Unterstützung von Bewohnern in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug, aber auch für andere Themen.

Dies wirft für die Anwendung des soeben vorgestellten Bewertungsschemas weitreichende ragen auf. Kann beispielsweise der Qualitätsaspekt „Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“ nur bei drei Personen geprüft werden, so kommt die schlechteste Bewertung „Schwerwiegende Qualitätsdefizite“ schon reich rechnerisch nicht in Betracht, selbst wenn bei allen drei Personen schwerste Defizite festgestellt worden sind. Zwar ist das hier angesprochene Problem der geringen Fallzahlen weit weniger stark ausgeprägt als in der ambulanten Pflege, es muss aber dennoch berücksichtigt werden. Bei verschiedenen Themen werden möglicherweise Fallzahlen von zwei bis fünf Personen zu erwarten sein. Eventuell muss auch damit gerechnet werden, dass, wie beispielsweise im Bereich der aufwendigen Behandlungspflege, nur eine Person in der Stichprobe vorfindbar ist, die die betreffende Unterstützung erhält. Aus einem Einzelfall kann jedoch nicht auf seriösem Weg eine zu Vergleichen geeignete Bewertung abgeleitet werden.

Die Bewertungssystematik muss daher mit Sonderregeln arbeiten, mit deren Hilfe dieses Problem gelöst werden kann. Um geeignete Sonderregeln zu finden, sind allerdings verschiedene grundsätzliche Überlegungen zu berücksichtigen:

Könnte man davon ausgehen, dass mit der Stichprobe eine im statistischen Sinn repräsentative Gruppe erfasst wird, so ließe sich das Problem leicht lösen. Dem ist aber nicht so. Die Wahrscheinlichkeit, dass bei einer Stichprobe von 9 Personen eine der Grundgesamtheit exakt oder auch nur annähernd entsprechende quantitative Struktur erfasst würde, ist sehr gering. Von daher verbietet es sich, mit prozentualen Angaben zu arbeiten. Dies gilt noch mehr für noch kleinere Fallzahlen:

Würde bei einem Qualitätsaspekt, der bei zwei Personen beurteilt werden kann, bei einer Person ein Qualitätsdefizit identifiziert, so ließe sich daraus nicht folgern, dass bei rund 50%, also bei jedem zweiten Bewohner, für deren Versorgung der Qualitätsaspekt relevant ist, mit vergleichbaren Problemen zu rechnen wäre. Die Wahrscheinlichkeit hierfür wäre extrem gering. Ebenso unzulässig wäre es, ein solches Prozentergebnis mit einem analogen Ergebnis aus einer anderen Einrichtung gleichzusetzen, bei dem bei 4 von 8 Personen das gleiche Qualitätsdefizit festgestellt wurde. Die Wahrscheinlichkeit, in dieser Pflegeeinrichtung verlässlichere Ergebnisse erfasst zu haben, ist wesentlich größer als bei Einrichtungen mit nur zwei Personen, für die das Merkmal gültig war.

Statistische Grundregeln helfen hier also nicht weiter, es müssen andere Regeln gesucht werden. Übrigens gilt dies für die externe Qualitätsprüfung im Allgemeinen. Aus Prüfergebnissen mit den Mitteln der Statistik eine Kennzahl (einen Prozentwert) abzuleiten und mit der Kennzahl anderer Einrichtungen zu vergleichen, ist aufgrund der kleinen Stichprobengröße ausgeschlossen. Der sog. Vertrauensbereich ist bei so geringen Stichprobengrößen extrem breit, so dass signifikante Unterschiede nur in Extremfällen feststellbar wären, also statistische Sicherheit gar nicht gegeben sein kann.

Das bedeutet für die Bewertungssystematik, dass sie nicht mit statistischen Ableitungen, sondern mit anderen, nachvollziehbaren, vor allem aber konsentierten Begründungen und Definitionen operieren muss. Die Feststellung von Qualitätsdefiziten bei externen Prüfungen ist keine Kennzahlberechnung, sondern eine regelgeleitete Beurteilung durch einen Sachverständigen, der die von ihm festgestellten Sachverhalte ohne Bezugnahme auf statistische Größen beurteilen muss.

Vor diesem Hintergrund wurden für den Fall, dass ein Qualitätsaspekt nur bei wenigen Bewohnern geprüft werden kann, folgende Regeln festgelegt:

1) Kann ein Qualitätsaspekt nur bei einer Person geprüft werden, so gelten die im vorhergehenden Kapitel formulierten Bewertungsregeln.
Begründung: Wenn ein Qualitätsaspekt nur bei einer Person geprüft werden kann, so ist es unmöglich, aus den Ergebnissen in diesem Einzelfall auf weitergehende Qualitätsdefizite zu schließen. Aus diesem Grund gibt es keine andere Möglichkeit, die oben formulierten Bewertungsregeln ohne Modifikation anzuwenden, auch wenn dies bedeutet, dass der Einrichtung weder die Beurteilung „erhebliche Qualitätsdefizite“ noch die Beurteilung „schwerwiegende Qualitätsdefizite“ zuzuordnen wäre. In dem Fall, in dem bei einer Einzelperson geprüft wird und ein Defizit mit negativen Folgen für den Pflegebedürftigen festgestellt wurde, lautet die Bewertung vielmehr „Moderate Qualitätsdefizite“. Jede Schlussfolgerung von einem Einzelfall auf weitere Fälle wäre jedoch spekulativ.

2) Kann ein Qualitätsaspekt nur bei zwei Personen geprüft werden, so gelten ebenfalls die im vorhergehenden Kapitel formulierten Bewertungsregeln.
Begründung: Können nur zwei Personen in die Beurteilung eines Qualitätsaspekts einbezogen werden, so gilt für den Fall, dass nur bei einer dieser Personen ein Defizit festgestellt wurde, eine analo-

ge Argumentation. Von einem Einzelfall darf niemals auf weitere Fälle geschlossen werden. Zu klären ist allerdings die Frage, wie die Situation zu bewerten ist, wenn beide Personen ein Qualitätsdefizit aufweisen. Liegt in dem einen Fall eine C-Bewertung und in dem anderen Fall eine D-Bewertung vor, so würde entsprechend der Vorgaben der oben beschriebenen Systematik die Bewertung „Moderate Qualitätsdefizite" erfolgen. Werden hingegen zwei D-Bewertungen festgestellt, so würde die Beurteilung „Erhebliche Qualitätsdefizite" zutreffen. Kritisch zu hinterfragen wäre hingegen, ob auf der Basis von zwei Fällen die schlechteste Qualitätsbewertung, die es in dem System gibt, nämlich die Bewertung „Schwerwiegende Qualitätsdefizite" abgeleitet werden kann, die normalerweise nur zum Tragen käme, wenn mindestens vier D-Wertungen vorliegen. Insofern erscheint es legitim, auf eine Sonderwertung auch dann zu verzichten, wenn nicht nur eine Person, sondern auch wenn zwei Personen einbezogen werden.

3) Bei einer Fallzahl von drei Personen wird, wenn bei mehr als einer Person ein Defizit festgestellt wird, die ermittelte Qualitätsbeurteilung um eine Stufe verschlechtert.

Begründung: Angenommen, im Rahmen der Prüfung konnte ein Qualitätsaspekt bei drei Personen geprüft werden. In diesem Fall könnte eine Situation eintreten, in der zwei Personen eine C-Wertung und eine Person eine D-Wertung aufweist, womit die Qualitätsbeurteilung „Moderate Qualitätsdefizite erfolgen würde, obwohl sämtliche Personen aus der Stichprobe ein Defizit aufweisen. Dieses Ergebnis wäre unbefriedigend. Wenn bei sämtlichen Personen aus einer Stichprobe aus drei Personen ein Defizit festgestellt wird, so sollte die Qualitätsbeurteilung mindestens „Erhebliche Qualitätsdefizite" lauten. Wird bei drei Personen ein Defizit mit negativen Folgen festgestellt, so wäre auch die Bewertung „Schwerwiegende Qualitätsdefizite" gerechtfertigt. Wird nur in einem Einzelfall ein Defizit festgestellt, so gilt der bereits schon mehrfach erwähnte Grundsatz, dass aus einem Einzelfall nicht auf das Vorhandensein weiterer Fälle geschlossen werden darf.

Damit ergibt sich für eine Stichprobe von n=3 also folgende Sonderregelung:

- Bei einer von drei Personen wurde ein Defizit festgestellt: Anwendung der regulären Systematik
- Bei zwei oder drei Personen wurde ein Defizit festgestellt: Anwendung der regulären Systematik, doch verschiebt sich die Bewertung um eine Stufe in eine negative Richtung (z.B. „erhebliche" statt, wie die reguläre Systematik vorsehen würde, nur „moderate" Qualitätsdefizite).

4) Bei einer Fallzahl von vier oder fünf Personen wird, wenn bei mehr als zwei Personen ein Defizit festgestellt wird, die ermittelte Qualitätsbeurteilung um eine Stufe verschlechtert.

Begründung: Diese Regel wurde analog zur Stichprobe aus drei Personen formuliert. Weist die Versorgung in zwei von vier Fällen ein Defizit mit negativen Folgen auf, erfolgt nach der regulären Bewertungssystematik bereits die Bewertung „Erhebliche Defizite". Bei drei von vier Fällen mit einer D-Wertung würde die Qualitätsbewertung herabgestuft und die Bewertung „Schwerwiegende Qualitätsdefizite" vergeben. Analoges gälte für drei D-Wertungen in einer Stichprobe aus fünf Personen.

Damit ergibt sich für eine Stichprobe von n=4 oder n=5 folgende Sonderregelung:

- Bei maximal zwei von vier Personen wurde ein Defizit festgestellt: Anwendung der regulären Systematik

- Bei drei oder vier oder fünf Personen wurde ein Defizit festgestellt: Anwendung der regulären Systematik, doch verschiebt sich die Bewertung um eine Stufe in eine negative Richtung, sofern nicht schon die schlechteste Bewertung erreicht ist.

Weitergehende Sonderregelungen (für Stichproben ab 6 Personen) werden nicht für notwendig erachtet. Sie werden in der regulären Systematik hinreichend abgebildet.

Komprimiert man diese Sonderregeln auf die wesentlichen Aussagen bzw. auf die Fälle, in denen von der eigentlichen Bewertungssystematik abgewichen wird, so lässt sich vereinfacht feststellen:

1. **Bei einer Stichprobe von drei Personen wird, wenn bei mehr als einer Person ein Defizit festgestellt wird, die ermittelte Qualitätsbeurteilung um eine Stufe verschlechtert.**

2. **Bei einer Stichprobe von vier oder fünf Personen wird, wenn bei mehr als zwei Personen ein Defizit festgestellt wird, die ermittelte Qualitätsbeurteilung um eine Stufe verschlechtert.**

4.3.5 Beurteilung der Qualitätsaspekte in den Bereichen 5 und 6

Die Beurteilung bedarfsübergreifender fachlicher Anforderungen (Qualitätsbereich 5) stützt sich auf die Feststellungen, die die Prüfer zu anderen Qualitätsaspekten getroffen haben. Beobachtungen, die die Prüfer unabhängig von diesen Feststellungen machen (z. B. Umgang der Mitarbeiter mit Hygieneanforderungen auf den Wegen des Prüfers durch die Einrichtung), sind ebenfalls einzubeziehen. Bei der Beurteilung des jeweiligen Qualitätsaspekts sind jedoch vorrangig die Feststellungen während der individuell bewohnerbezogenen Prüfung zu beachten. Eine erneute Informationserfassung ist nicht vorgesehen.

Auf dieser Grundlage sollen die Prüfer nach den Vorgaben des Prüfbogens für den jeweiligen Qualitätsaspekt eine *Gesamtbewertung für die Einrichtung* vornehmen, also beispielsweise eine Gesamtbewertung der Frage, ob die Einrichtung mit Risiken und Gefährdungen der Bewohner fachgerecht umgeht. Die Beurteilung erfolgt im Teamgespräch. Sie erfolgt in Form der Feststellung, ob Defizite gefunden wurden, und in einer Beschreibung der betreffenden Defizite. Eine gestufte Bewertung analog zu den Bereichen 1 bis 4 ist nicht vorgesehen.

Zur Feststellung des Prüfergebnisses bei den einrichtungsbezogen Qualitätsaspekten (Bereich 6) bedarf es keiner differenzierenden Beurteilung oder Zusammenführung von Prüffragen. Das Prüfergebnis in diesem Bereich umfasst die Feststellung, ob eine Anforderung erfüllt oder nicht erfüllt ist, und eine nähere Bezeichnung des bemängelten Sachverhalts. Es erfolgt somit eine kriteriengestützte Bewertung, bei der zu beurteilen ist, ob die im Prüfbogen aufgeführten Anforderungen erfüllt werden oder nicht.

4.3.6 Beispiele für die Anwendung der Bewertungssystematik

Die Anwendung dieser Bewertungsregeln sei zunächst am Beispiel von drei Einrichtungen auf der Grundlage der Erprobungsergebnisse illustriert. Bei der Darstellung der Bewertung kommt die Symbolik der Qualitätsdarstellung zum Einsatz. Zu beachten ist, dass die Struktur der Qualitätsaspekte dem Entwicklungsstand zum Zeitpunkt der Erprobung entspricht; mit der abschließenden Modifizierung des Instrumentariums ergaben sich leichte Veränderungen in der Reihenfolge, ein Wegfall von zwei Qualitätsaspekten sowie eine Zusammenlegung einiger Themen.

Abbildung 1: Beispielhafte Darstellung der Prüfergebnisse von drei Einrichtungen

Einrichtung 1	**Ergebnis**
Unterstützung im Bereich der Mobilität	■ ■ □ □
Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	■ □ □ □
Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	■ ■ ■ □
Unterstützung bei der Körperpflege	■ ■ □ □
Schmerzmanagement	■ ■ ■ □
Wundversorgung	–
Medikamentöse Therapie	■ □ □ □
Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen	–
Unterstützung des B. bei der Wahrnehmung v. Arztbesuchen & Therapieangeboten	■ ■ ■ ■
Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung	■ ■ ■ ■
Unterstützung bei der Tagesstrukturierung & bedürfnisgerechten Beschäftigung	■ ■ ■ ■
Kommunikation	■ ■ ■ ■
Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase	■ ■ ■ ■
Überleitung bei Krankenhausaufenthalten	■ ■ □ □
Freiheitsentziehende Maßnahmen	■ ■ ■ □
Unterstützung in Notfallsituationen	■ ■ ■ ■
Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten	–
Nächtliche Versorgung	■ ■ ■ □

Einrichtung 2	Ergebnis
Unterstützung im Bereich der Mobilität	■ ■ ■ □
Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	■ ■ ■ □
Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	■ ■ ■ ■
Unterstützung bei der Körperpflege	■ ■ ■ □
Schmerzmanagement	■ ■ ■ ■
Wundversorgung	–
Medikamentöse Therapie	■ ■ ■ □
Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen	■ ■ ■ ■
Unterstützung des B. bei der Wahrnehmung v. Arztbesuchen & Therapieangeboten	–
Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung	■ ■ ■ ■
Unterstützung bei der Tagesstrukturierung & bedürfnisgerechten Beschäftigung	■ ■ ■ ■
Kommunikation	■ ■ ■ ■
Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase	■ ■ ■ ■
Überleitung bei Krankenhausaufenthalten	■ □ □ □
Freiheitsentziehende Maßnahmen	■ ■ ■ ■
Unterstützung in Notfallsituationen	■ ■ ■ ■
Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten	–
Nächtliche Versorgung	■ ■ ■ □

Einrichtung 3	Ergebnis
Unterstützung im Bereich der Mobilität	■ ■ □ □
Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	■ ■ ■ ■
Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	■ ■ ■ ■
Unterstützung bei der Körperpflege	■ ■ ■ □
Schmerzmanagement	■ □ □ □
Wundversorgung	–
Medikamentöse Therapie	■ ■ ■ □
Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen	–
Unterstützung des B. bei der Wahrnehmung v. Arztbesuchen & Therapieangeboten	■ ■ ■ ■
Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung	■ ■ ■ ■
Unterstützung bei der Tagesstrukturierung & bedürfnisgerechten Beschäftigung	■ ■ ■ □
Kommunikation	■ ■ ■ □
Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase	■ ■ ■ □
Überleitung bei Krankenhausaufenthalten	■ ■ ■ ■
Freiheitsentziehende Maßnahmen	■ ■ ■ □
Unterstützung in Notfallsituationen	■ ■ ■ ■
Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten	■ ■ ■ ■
Nächtliche Versorgung	■ ■ ■ ■

Die nachfolgende Tabelle zeigt, wie die Verteilungen der einzelnen Bewertungen je nach Qualitätsaspekt in der Testprüfung ausgefallen sind:

Tabelle 2: Übersicht zu den Prüfergebnissen je Qualitätsaspekt (Erprobung)

Qualitätsaspekt	Defizite (Anzahl der Einrichtungen, n=38)				
	Keine/ geringe	moderate	erhebliche	schwerwiegende	Nicht geprüft
1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	20	10	7	1	–
1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	29	7	1	1	–
1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	30	3	3	2	–
1.4 Unterstützung bei der Körperpflege	26	10	1	1	–
2.1 Schmerzmanagement	24	5	7	2	–
2.2 Wundversorgung	19	4	1	–	14
2.3 Medikamentöse Therapie	13	18	3	4	–
2.4 Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen	23	2	–	–	13
2.5 Unterstützung des Bew. bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten	29	1	–	–	8
3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung	33	4	1	–	–
3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung	28	10	–	–	–
3.3 Kommunikation	36	2	–	–	–
4.1 Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug	27	7	1	–	3
4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten	31	2	2	1	2
4.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen	22	2	–	–	14
4.4 Unterstützung in Notfallsituationen	38	–	–	–	–
4.5 Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten	26	1	–	–	11
4.6 Nächtliche Versorgung	26	10	2	–	–

Wie die Tabelle erkennen lässt, unterscheiden sich die Verteilungen je nach Qualitätsaspekt erheblich. Es gibt Qualitätsaspekte wie die Unterstützung in Notfallsituationen, in denen keine negativen Bewertungen vorgenommen wurden. Daneben stehen Themen wie medikamentöse Therapie oder Unterstützung im Bereich der Mobilität, wo die Hinweise auf Qualitätsprobleme deutlich hervortreten. In der Verteilung deutet sich außerdem an, dass nach dieser Bewertungssystematik nur selten

die Bewertung „schwerwiegende Qualitätsprobleme“ vergeben wurde. Häufiger taucht die Beurteilung „erhebliche Qualitätsdefizite“ auf, die ebenfalls eine deutlich negative Konnotation hat. Moderate Qualitätsdefizite sind häufiger vertreten, was aber im Sinne der Bewertungssystematik durchaus wünschenswert ist.

Die Bewertungssystematik ermöglicht, so kann man bei den meisten Themen feststellen, eine ausreichende Varianz der Qualitätsbeurteilungen. Wo dies nicht der Fall ist, dürfte aufgrund von Modifizierungen des Prüfverfahrens Abhilfe geschaffen werden. Die Qualitätsaspekte Unterstützung in Notfallsituationen, Kommunikation und Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten werden im Rahmen des Prüfverfahrens nicht mehr in dieser Form beibehalten. Im Falle der Unterstützung von Bewohner mit herausforderndem Verhalten ist zu berücksichtigen, dass es bei den Prüfern ebenso wie bei den Einrichtungen erhebliche Unsicherheiten in der Frage gab, wie der zu beurteilenden Sachverhalt einzugrenzen ist. Es ist daher anzunehmen, dass sich die Prüfer aufgrund dieser Unsicherheit bei den Bewertungen eher vorsichtig verhalten haben.

4.3.7 Alternative Berechnungsregeln

Die vorgeschlagene Bewertungssystematik lässt sich nicht in eine mathematische Formel transferieren. Sie besteht vielmehr aus einer Summe von Festlegungen, die sich inhaltlich bzw. fachlich begründen lassen, sich aber zu einem relativ komplexen Regelwerk zusammenfügen. Es ist etwas aufwendig, sich in das Regelwerk hineinzudenken und es in allen Details nachzuvollziehen.

Eine Alternative bestünde darin, in enger Anlehnung an die vorgeschlagene Bewertungssystematik ein Punktesystem zu definieren, das zu sehr ähnlichen Bewertungen führt wie das vorgeschlagene System. Dies kann man auf relativ einfache Weise erreichen, indem man die C- und D-Bewertungen mit jeweils einem Punktwert belegt: eine C-Wertung mit einem Punkt und eine D-Wertung mit zwei Punkten. Dies erscheint insofern gerechtfertigt, als eine D-Wertung immer auf einen konkret erfahrbaren Nachteil des Bewohners verweist und dementsprechend stärker gewichtet werden sollte. Eine nähere Begründung, weshalb man diese und nicht eine andere Gewichtung vornimmt (z. B. die D-Wertung dreimal so stark gewichtet wie die C-Wertung), ist allerdings nicht möglich. Es handelt sich um eine Setzung, die sich eignet, die angestrebte Differenzierung und Abstufung von Qualitätsbeurteilungen zu erreichen, aber nicht wörtlich zu nehmen ist. Eine Aussage wie „Eine D-Wertung hat den gleichen fachlichen Stellenwert wie zwei C-Wertungen“ wäre nicht begründbar und eine inhaltsleere, genau genommen sogar eine unsinnige Aussage.

Abgesehen von dieser Einschränkung wäre ein Punktesystem auf der Grundlage dieser Gewichtung recht einfach zu definieren. Am Ende der Prüfung würden die bei den einzelnen Bewohnern ermittelten Bewertungen in Form von Punkten aufsummiert und anhand von Schwellenwerten bzw. Punk-

tebereiche in die vier Stufen der Qualitätsbewertung überführt. So ergäbe sich beispielsweise aus der Kombination

- eine C-Wertung und eine D-Wertung = 1 + 2 = 3 Punkte
- zwei C-Wertungen und eine D-Wertung = 2 + 2 = 4 Punkte
- eine C-Wertung und drei D-Wertungen = 1 + 6 = 7 Punkte.

Um näherungsweise den inhaltlichen Begründungen der vorgeschlagenen Bewertungssystematik gerecht zu werden, wären folgende Punktwerte zuzuordnen:

Qualitätsbeurteilung	Punktwert
1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite	0 - 1
2. Moderate Qualitätsdefizite	2 - 3
3. Erhebliche Qualitätsdefizite	4 - 5
4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite	6 und mehr

Bei den meisten Kombinationsmöglichkeiten der C- und D-Wertungen gelangt man zu dem gleichen Ergebnis wie in der vorgeschlagenen Bewertungssystematik. So ergibt die Kombination „eine C-Wertung und eine D-Wertung“ den Punktwert drei und wäre ebenso wie in der ursprünglichen Systematik mit der Bewertung „Moderate Defizite“ verknüpft. Es gibt einige wenige Ausnahmen bzw. Abweichungen, die in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt sind. In diesen Fällen würde die alternative Bewertungssystematik zu anderen Ergebnissen führen:

Tabelle 3: Vergleich der ursprünglichen und der alternativen Bewertungssystematik

Kombination der Bewertungen	Ursprüngliche Bewertung	Bewertung mit der alternativen Systematik
zwei C-Wertungen und eine D-Wertung	Moderate Qualitätsdefizite	Erhebliche Qualitätsdefizite
zwei C-Wertungen und zwei D-Wertungen	Erhebliche Q.	Schwerwiegende Q.
drei D-Wertungen	Erhebliche Q.	Schwerwiegende Q.
eine C-Wertung und drei D-Wertungen	Erhebliche Q.	Schwerwiegende Q.
fünf C-Wertungen	Schwerwiegende Q.	Erhebliche Q.

So führt beispielsweise die Kombination aus zwei C-Wertungen und einer D-Wertung (ergibt zusammen 4 Punkte) zu der Bewertung „erhebliche Qualitätsdefizite“, während es in der ursprünglichen Systematik zu der Bewertung „moderate Qualitätsdefizite“ käme. Auch würde eine Situation, in der bei 5 Bewohnern eine C-Wertung vergeben wurde, zu einer Abweichung führen. Im ursprünglichen System würde die Beurteilung „schwerwiegende Defizite“ lauten, anhand des Punktesystems hingegen „erhebliche Qualitätsdefizite“.

Es fällt auf, dass es mit Ausnahme einer einzigen Kombination lediglich zu Verschiebungen zwischen den Bewertungen „erhebliche“ und „schwerwiegende Defizite“ kommt. Schaut man sich die betreffenden Kombinationen genauer an, so zeigt sich außerdem, dass es sich überwiegend um Konstellationen handelt, die eher grenzwertig erscheinen und bei denen es durchaus gerechtfertigt sein kann, diese Verschiebung hin zu „schwerwiegenden Qualitätsdefiziten“ in Kauf zu nehmen.

Es wird daher empfohlen, die Übernahme dieser aus rechnerischer Sicht einfacheren Art der Bewertung in Erwägung zu ziehen. Die Beurteilungen, die damit erreicht werden, entsprechend nicht ganz exakt der vorgeschlagenen Bewertungssystematik, doch sind die Abweichungen gering und sie betreffen vor allen Dingen Fälle, die man als Grenzfälle bezeichnen kann und bei denen eine „strengere“ Bewertung durchaus nicht unangemessen wäre. In der zukünftigen Prüfpraxis wären es, soweit das aufgrund der bisherigen, spärlichen Erfahrungen beurteilt werden kann, wenige Fälle, die betroffen wären.

Der Vorteil dieser alternativen Berechnungsweise besteht, wie schon angesprochen, in der etwas besseren Nachvollziehbarkeit. Weitergehende Modifikationen wären in dem Fall, in dem sich der Qualitätsausschuss für die alternative Berechnungsweise entscheidet, nicht erforderlich. So müsste beispielsweise an den Sonderregelungen zur Behandlung von Situationen mit kleinen Fallzahlen und auch an anderen Bausteinen der Konzeption nichts geändert werden.

4.4 Verfahrensablauf

Die Verfahrensbeschreibung (vgl. Anhang 2) gibt Auskunft über die Prozessschritte, die nach dem neuen Prüfkonzept für die Durchführung externer Qualitätsprüfungen vorgesehen sind. Sie umfasst auch Hinweise auf die inhaltlichen und methodischen Maßgaben, an denen sich die Prüfdienste und die Prüfer orientieren sollten. Verschiedene Detailregelungen finden sich in der Ausfüllanleitung des Prüfinstrumentariums.

Das Verfahren wird mit der Erteilung des Prüfauftrags durch den zuständigen Landesverband der Pflegekasse eingeleitet. Die Erteilung des Prüfauftrags wird dem jeweiligen Prüfdienst übermittelt. Gleichzeitig wird die Datenauswertungsstelle darüber in Kenntnis gesetzt, um die Stichprobe und die Zusammenstellung weiterer wichtiger Informationen vorzubereiten.

4.4.1 Ziehung der Stichprobe

Für die Bestimmung des Stichprobenverfahrens sind verschiedene Anforderungen zu berücksichtigen. Die Stichprobe ist so zu definieren, dass

- die relevanten Qualitätsaspekte bei möglichst vielen Personen geprüft werden können
- die Prüfergebnisse so weit wie möglich vergleichbar sind
- eine Plausibilitätsprüfung der einrichtungsinternen Erfassung von Versorgungsergebnissen möglich ist
- für die Einrichtungen nicht vorhersehbar ist, welche Personen in die Stichprobe einbezogen werden.

Gegenwärtig werden bis zu 9 Personen in die externen Qualitätsprüfungen einbezogen. Das hier entwickelte Prüfverfahren bedingt aus sich heraus keine Änderung der Stichprobengröße. Eine größere Stichprobe würde eine bessere Datengrundlage für die Beurteilung der Qualität bieten. Demgegenüber steht allerdings ein Mehraufwand für Prüfer und Einrichtungen. Die Testprüfungen ergaben keine Anhaltspunkte dafür, dass eine Ausweitung der Stichprobe erforderlich sein könnte.

Im bisherigen Prüfverfahren wird eine geschichtete Zufallsstichprobe anhand der Pflegegrade der Bewohner gezogen. Mit dieser Schichtung wird eine bessere Vergleichbarkeit der Stichproben aus Einrichtungen mit unterschiedlicher Bewohnerstruktur angestrebt. Die Pflegegrade sind jedoch nur ein grobes Indiz für die tatsächlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit der Bewohner einer Einrichtung. Die Einstufung in einen Pflegegrad, bspw. Pflegegrad 3, kann vorwiegend aufgrund von Beeinträchtigungen in den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, aber auch aufgrund von Beeinträchtigungen körperlicher Fähigkeiten erfolgen. Somit können in einer geschichteten Stichprobe in einer Einrichtung deutlich mehr Personen mit kognitiven und kommunikativen Beeinträchtigungen sein und in der nach gleichem Algorithmus gezogenen Stichprobe einer anderen Einrichtung deutlich mehr Bewohner mit körperlichen Beeinträchtigungen sein. Diese Verzerrung kann durch die konzeptionelle Ausrichtung einer Einrichtung (z. B. auf Personen mit Demenzerkrankungen) noch verstärkt werden.

Mit der Erhebung von Daten für die Indikatorenberechnung und der Verfügbarkeit dieser Informationen in der Datenauswertungsstelle erweitern sich die Möglichkeiten für eine Stichprobenziehung, weil dort wesentlich mehr Informationen zu den Bewohnern einer Einrichtung vorliegen. Auf dieser Grundlage können Beeinträchtigungen der Bewohner differenzierter abgebildet werden als anhand der Pflegegrade allein. Dadurch besteht die Möglichkeit, Bewohner mit verschiedenen Problem- und Bedarfskonstellationen zielgerichtet in die Personenstichprobe einzubeziehen.

Allerdings verfügt die Datenauswertungsstelle nicht über Informationen zu allen Bewohnern, die zum Prüfzeitpunkt in der Einrichtung versorgt werden. Personen, für die keine Ergebniserfassung erfolgte (weil sie beispielsweise erst später eingezogen sind), könnten in einer Stichprobe auf der Basis der

letzten Ergebniserfassung nicht berücksichtigt werden. Auch ist zu berücksichtigen, dass Bewohner kurz nach Abschluss der Ergebniserfassung verstorben sein könnten, ohne dass diese Information bei der Auswertungsstelle vorliegt. Deshalb und weil auch das Fehlen von Einverständniserklärungen einzukalkulieren ist, muss bei einer Stichprobenziehung durch diese Stelle eine ausreichende „Reserve“ berücksichtigt werden.

Erfahrungen aus den Projekten EQMS, EQiSA und „Pflegequalität Hannover“ haben gezeigt, dass für die Plausibilitätskontrolle der Daten, die im Rahmen der Ergebniserfassung erhoben werden, keine Stichprobe mit einer spezifischen Risikoauswahl erforderlich ist. Selbst eine reine Zufallsstichprobe würde für diesen Zweck ausreichen.

Vor diesem Hintergrund wird für das neue Prüfverfahren das folgende Stichprobenverfahren empfohlen:

6 Bewohner bzw. Bewohnercodes (Pseudonyme)[22] werden vor dem Einrichtungsbesuch durch eine Stichprobe bestimmt, die durch die Datenauswertungsstelle gezogen wird. Weitere 3 Bewohner werden durch eine Zufallsauswahl während des Besuchs der Prüfer in der Einrichtung bestimmt.

Bei der Ziehung der Teilstichprobe durch die Auswertungsstelle handelt es sich um eine geschichtete Stichprobe. Es kommt eine Kombination von Merkmalen zur Anwendung, die Beeinträchtigungen der Mobilität sowie der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten abbilden. Diese Beeinträchtigungen treten unabhängig voneinander auf und sind mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und damit unterschiedlichen Bedarfskonstellationen assoziiert.

Vereinfacht man die fünfstufigen Modulwertungen (fünf Ausprägungen) der beiden entsprechenden NBA-Module, indem die Gruppe der nicht oder nur gering beeinträchtigten Bewohner und die Gruppe der Bewohner mit erheblichen bis schwersten Beeinträchtigungen jeweils zusammengefasst werden (zwei Ausprägungen), können vier Merkmalskombinationen bzw. Subgruppen unterschieden werden:

1. Bewohner, die in beiden Bereichen mindestens erhebliche Beeinträchtigungen aufweisen (Modulwertung jeweils > 1)
2. Bewohner, die im Bereich der Mobilität mindestens erhebliche Beeinträchtigungen aufweisen (Modulwertung>1), aber keine oder eine geringe Beeinträchtigung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modulwertung 0 oder 1)
3. Bewohner, die im Bereich der Mobilität keine oder eine geringe Beeinträchtigung aufweisen (Modulwertung 0 oder 1), aber mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modulwertung > 1)

[22] Während der Prüfung entpseudonymisiert der Prüfdienst gemeinsam mit der Einrichtung die ausgewählten Personen anhand der Codierliste, die die Einrichtung vor Ort vorhält.

4. Bewohner, die in beiden Bereichen keine oder geringe Beeinträchtigungen aufweisen (Modulwertung jeweils 0 oder 1)

Die Subgruppe 4 (keine oder nur geringe Einschränkungen in beiden Bereichen) sollte in Anbetracht der begrenzten Größe der Stichprobe sowie des zu erwartenden geringen Pflegebedarfs und der dadurch verminderten Chance, viele Qualitätsaspekte abzubilden, bei der Stichprobenziehung nicht berücksichtigt werden. Aus den drei anderen Subgruppen werden durch eine Zufallsauswahl jeweils zwei Bewohner bestimmt.

Um sicherzustellen, dass in der Prüfsituation durch die Unmöglichkeit, die ausgewählten Bewohner einzubeziehen (z. B. fehlende Einverständniserklärung), Probleme auftreten, ist eine „Reserveliste“ erforderlich. Es wird daher empfohlen, je Subgruppe drei weitere Bewohner zu bestimmen. Damit entsteht eine Liste, die folgendermaßen strukturiert ist:

Subgruppe 1:	Code1, Code2	Reserve: Code3, Code4, Code5
Subgruppe 2:	Code6, Code7	Reserve: Code8, Code9, Code10
Subgruppe 3:	Code11, Code12	Reserve: Code13, Code14, Code15

Bei sehr kleinen Einrichtungen kann es vorkommen, dass einzelne Subgruppen so schwach besetzt sind, dass nicht drei Reservecodes bestimmt werden können. Sollte es in der Prüfsituation dazu kommen, dass in einer Subgruppe nicht wie vorgesehen zwei Personen anhand der Angaben der Datenauswertungsstelle bestimmt werden können, so sind die fehlenden Fälle durch die ergänzende Stichprobenziehung, die in der Einrichtung stattfindet, auszugleichen.

Zusätzlich bestimmt der Prüfdienst bei seinem Einrichtungsbesuch zufällig drei Personen, die nicht in die Ergebniserfassung einbezogen wurden. Dies sind in der Regel Bewohner, die nach der Ergebniserfassung eingezogen sind. In der Einrichtung sollte eine Liste vorliegen, in der die von der Ergebniserfassung nicht berücksichtigten, derzeit versorgten Personen aufgeführt sind (einschl. Kurzzeitpflegegäste). Am Anfang der Liste beginnend, werden mit Hilfe der vorab übermittelten Zufallszahlen drei Bewohner bestimmt, die zum Prüfzeitpunkt in der Einrichtung versorgt werden, für die jedoch keine Ergebniserfassung durchgeführt wurde. Ist es nicht möglich, eine Einverständniserklärung für den betreffenden Bewohner zu erhalten, so wird der in der Liste nachfolgend aufgeführte Bewohner ausgewählt[23]. Ist die Liste kurz und umfasst weniger als 20 Personen, beginnt die Zählung wieder von vorn, wobei die bereits ausgewählten und die nicht einzubeziehenden Bewohner in der Liste übersprungen werden.

Erfolgt die Prüfung in einer Einrichtung, in der zum vorgegebenen Zeitpunkt keine Ergebniserfassung durchgeführt wurde, muss die Stichprobe komplett in der Einrichtung bestimmt werden. Die Einrich-

[23] Z. B.: Es wurde die Zufallszahl 5 gezogen, aber der an 5. Stelle aufgeführte Bewohner willigt nicht ein. In diesem Fall wäre der an 6. Stelle aufgeführte Bewohner auszuwählen.

tung hat in diesem Fall eine Liste vorzulegen, in der sämtliche Bewohner mit einer Information über ihre kognitiven Fähigkeiten und ihre Mobilität aufgeführt sind. Die Stichprobe wird dann in einem Verfahren bestimmt, das im Grundsatz dem Regelverfahren in Einrichtungen mit Ergebniserfassung entspricht. Einzelheiten dieses Verfahrens sind der Verfahrensbeschreibung zu entnehmen.

Das Stichprobenverfahren bei Anlass- bzw. Wiederholungsprüfungen wird analog zum Verfahren für die Regelprüfung durchgeführt. Im Rahmen von Anlassprüfungen ist die Stichprobe ggf. so zu ergänzen, dass die Beschwerdegründe überprüft werden können. Der Bewohner, auf den sich die Beschwerde bezieht, ist nach Möglichkeit in die Stichprobe einzubeziehen. Da im beschriebenen Verfahren zur Stichprobenziehung vorgesehen ist, einen Teil der Stichprobe (3 Bewohner) in der Einrichtung durch den Prüfer auszuwählen, kann der Anlass oder das bemängelte Kriterium in die Stichprobe aufgenommen werden, indem vom Prinzip der Zufallsauswahl abgewichen wird. Es ist jedoch ebenfalls zulässig, an der Zufallsauswahl festzuhalten und die Stichprobe zu erweitern.

4.4.2 Bereitstellung der von den Prüfdiensten benötigten Informationen

Die ermittelte Stichprobe bzw. die Pseudonyme der Bewohner werden zusammen mit anderen Materialien, die für die Durchführung der Prüfungen benötigt werden, von der Auswertungsstelle bereitgestellt.

Im zukünftigen System der Qualitätsbeurteilung sind der externen Prüfung bereits verschiedene Prozesse vorgeschaltet. Stationäre Pflegeeinrichtungen führen für Bewohner in der Langzeitpflege eine Erfassung ihrer Versorgungsergebnisse durch. Diese Erfassung erfolgt im Abstand von sechs Monaten und mit Hilfe vorgegebener Methoden und Instrumente. Die damit gewonnenen Daten werden zur weiteren Verarbeitung an die neu einzurichtende Datenauswertungsstelle gesendet. Die dort einsetzenden Prozesse vollziehen sich ohne Mitwirkung der Prüfdienste und zum Teil bereits zu einem Zeitpunkt, zu dem noch kein Prüfauftrag an den zuständigen Prüfdienst ergangen ist (vgl. hierzu und zum Folgenden die „Verfahrensbeschreibung zur Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität“ im Anhang 1).

Bei der Datenauswertungsstelle findet eine Überprüfung der Datenqualität dieser Ergebniserfassung statt. Diese umfasst u.a. eine statistische Plausibilitätskontrolle zur Beantwortung der Frage, ob die fallbezogenen Angaben in sich stimmig sind, beispielsweise ob die Angaben zur Mobilität in sich widersprüchlich oder „plausibel“ sind. Ergeben sich hierbei keine besonderen Auffälligkeiten, erfolgt die Auswertung der übermittelten Daten und die *Berechnung der Kennzahlen zur Beurteilung der Ergebnisqualität*. Mit diesen Kennzahlen werden zwei standardisierte Berichte bzw. Berichtsteile erstellt:

- ein nicht-öffentlicher Bericht über die Ergebnisqualität, der die Kennzahlen sowie das Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle enthält
- die berichtsförmige Aufbereitung der Kennzahlen, die für die öffentlich zugängliche Qualitätsdarstellung benötigt wird.

Anhand der Kennzahlen erfolgt außerdem die Identifizierung von Qualitätsaspekten, die als besonders auffällig einzustufen sind. Dies sind Bereiche, die mit der Bewertung „weit unter dem Durchschnitt“ versehen worden sind. Diese Bereiche sind Gegenstand einer einrichtungsindividuellen Beratung durch den Prüfdienst während des Einrichtungsbesuchs.

Ferner erfolgt, wie bereits dargestellt, anhand der von den Einrichtungen gelieferten Daten die *Bestimmung eines Teils der Stichprobe* für die externe Qualitätsprüfung, der später durch die Zufallsauswahl einiger Fälle in der Einrichtung ergänzt wird.

Ergebnis dieser Arbeiten sind verschiedene Unterlagen, die dem Prüfdienst vor der Prüfung übermittelt werden. Diese Unterlagen umfassen:

- eine Code-Liste (Pseudonyme) zur Bestimmung der Bewohner, bei denen die Prüfung durchzuführen ist, und derjenigen Bewohner, die ersatzweise in die Stichprobe aufgenommen werden. In Ergänzung hierzu werden drei Zufallszahlen zwischen 1 und 20 gezogen, die zur Vervollständigung der Stichprobe in der Einrichtung benötigt werden.
- eine tabellarische Übersicht über die Ergebnisqualität der Einrichtung, mit der auch der einrichtungsindividuelle Beratungsauftrag für die Prüfer definiert wird (Kennzahlen mit der Beurteilung „weit unter dem Durchschnitt“).
- Hinweise auf mögliche Schwachstellen der Ergebniserfassung, die mit der statistischen Plausibilitätskontrolle sichtbar wurden. Ergibt sich bereits bei der statistischen Plausibilitätskontrolle, dass die Datenqualität nicht ausreicht, um Kennzahlen für Ergebnisqualität zu generieren, so erhält der Prüfdienst einen entsprechenden Hinweis – mit der Konsequenz, dass die Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung, die normalerweise durch den Prüfdienst durchzuführen wäre, entfällt.

4.4.3 Informationsgrundlagen

Zur Durchführung der Prüfung kann das Prüfteam auf folgende Informationsgrundlagen zurückgreifen:

- das Gespräch mit dem Bewohner und die Inaugenscheinnahme des Bewohners
- das Fachgespräch mit den Mitarbeitern der Einrichtung
- Beobachtungen während der Prüfung, die ggf. auch Zufallsbefunde umfassen
- die Pflegedokumentation und weitere Unterlagen (Gesamtheit der Bewohnerakte)

- gesonderte Dokumentationen, die die Einrichtung zum Zweck des internen Qualitätsmanagements oder zur Vorbereitung der Durchführung der Prüfung erstellt hat
- einrichtungsinterne Konzepte oder Verfahrensanweisungen, die die Einrichtung verwendet, um den Erfordernissen einer fachgerechten Pflege Rechnung zu tragen.

Hinzu kommen die individuell bewohnerbezogenen Informationen der letzten Ergebniserfassung. Diese stellt die Einrichtung beim Besuch der Prüfer zur Verfügung[24].

Die Prüfer entscheiden nach eigenem Ermessen, welche Informationsquellen in welcher Reihenfolge genutzt werden. Ob beispielsweise eine Inaugenscheinnahme des Bewohners vor oder nach einem Fachgespräch mit den Mitarbeitern, der Erfassung von Informationen aus der Pflegedokumentation oder anderen Schritten erfolgt, wird im Prüfinstrumentarium nicht vorgegeben.

Vermutet der Prüfer 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 (Beispiel: Die Pflegedokumentation enthält keine Hinweise auf die individuellen Bedürfnisse des Bewohners zur Teilnahme an Gruppenaktivitäten und auch die Mitarbeiter können keine nachvollziehbaren Angaben dazu machen). Es gibt einige Ausnahmen hiervon. Diese sind als explizite Hinweise auf Dokumentationsanforderungen bei einigen Qualitätsaspekten in den Prüfbögen oder den Ausfüllhinweisen aufgeführt. So müssen die individuelle Tagesstrukturierung und die individuelle Maßnahmenplanung *in jedem Fall schriftlich* dokumentiert sein. Fehlen sie ganz oder teilweise, so ist davon auszugehen, dass für den Bewohner das Risiko besteht, eine nicht seinem Bedarf und seinen Bedürfnissen entsprechende Versorgung zu erhalten, weshalb das Fehlen einer individuellen Tagesstrukturierung oder eine lückenhafte Maßnahmenplanung als Defizit (und nicht als Auffälligkeit) zu werten ist.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass der Blick auf die tatsächliche Lebens- und Versorgungssituation im neuen Prüfverfahren Vorrang haben soll vor der Beurteilung schriftlicher Aufzeichnungen. Das bedeutet unter anderem, dass das Gespräch mit dem (auskunftsfähigen) Bewohner und Beobachtungen, die den gesundheitlichen Zustand des Bewohners, seine individuellen Fähigkeiten und seine Selbständigkeit betreffen, einen hohen Stellenwert besitzen. Im Rahmen von Schulungen sollte dieses Thema ausreichend berücksichtigt werden, um ein entsprechendes Vorgehen der Prüfer in der Praxis sicherzustellen. Dies wird an dieser Stelle auch deshalb betont, weil die Nutzung der schriftlichen Dokumentation aus der Prüferperspektive ggf. einfacher und zeitsparender ist als das mitunter ausführliche Gespräch mit Bewohnern oder ein Fachgespräch mit den Mitarbeitern.

Die Aufwertung der direkten Kommunikation, die mit dem neuen Prüfverfahren beabsichtigt ist, sollte allerdings auch nicht einer Tendenz Vorschub leisten, die Pflegedokumentation als lästiges und

[24] Weitere, ergänzende Unterlagen, die der Prüfer neben den Codes für die Stichprobe bereits vor dem Einrichtungsbesuch erhält, wurden bereits benannt: einen Bericht über die Ergebnisqualität der Einrichtung (Kennzahlenübersicht) und Hinweise auf Schwachstellen der Ergebniserfassung.

womöglich fachlich unerhebliches Beiwerk der Pflege anzusehen. Eine aussagekräftige, aktuelle Pflegedokumentation ist eine wichtige Grundlage für die professionelle Pflege. Sie ist jedoch in erster Linie ein Arbeitsinstrument der Pflegenden und kein Rechenschaftsbericht für externe Prüfer. Die Aufwertung anderer Informationsquellen, die im neuen Prüfverfahren vorgesehen ist, sollte daher nicht als Hinweis auf einen geringen fachlichen Stellenwert der Pflegedokumentation missverstanden werden.

Stellenwert des Fachgesprächs während der Qualitätsprüfung

Dem Fachgespräch kommt im neuen Prüfverfahren ein hoher Stellenwert zu. Soweit nicht anders vermerkt, hat die fachlich schlüssige, mündliche Darstellung der Versorgung, der Bedarfskonstellation und anderer Sachverhalte einen ebenso hohen Stellenwert wie die schriftliche Dokumentation. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass mündliche Schilderungen fachlich nachvollziehbar sind und ein in sich stimmiges Bild ergeben. Aussagen, die in sich nicht stimmig sind oder in Widerspruch zu anderen Informationen stehen, sind ebenso wenig nutzbar wie unzutreffende Angaben in der Pflegedokumentation. Ähnliches gilt für unklare oder abstrakte mündliche Mitteilungen.

Sind während des Einrichtungsbesuchs keine Mitarbeiter verfügbar, die über den jeweiligen Bewohner differenziert Auskunft geben können, sind die Prüfer gehalten, sich die erforderlichen Informationen aus anderen Quellen zu beschaffen. Ansonsten sollten sich die Prüfer jedoch darum bemühen, das Fachgespräch als Informationsquelle zu nutzen und die Mitarbeiter der Einrichtungen zu ermutigen, das Gespräch mit dem Prüfer ebenfalls als Medium der Informationsübermittlung zu nutzen.

4.4.4 Aufbau der Prüfbögen

Prüfbogen A (zur Prüfung der individuellen Bewohnerversorgung)

Prüfbogen A dient der Beurteilung der Qualitätsaspekte aus den Bereichen 1 bis 4, die auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung geprüft werden.

Der Aufbau des Prüfbogens bzw. der Maßgaben zur Beurteilung der einzelnen Qualitätsaspekte weist immer die gleiche Struktur auf. Die einheitliche Struktur dient zur besseren Orientierung des Prüfers, vereinfacht den Umgang mit den einzelnen Qualitätsaspekten und trägt zum besseren Verständnis der gesamten Prüfung bei. Ein Qualitätsaspekt ist in folgende Bausteine gegliedert:

- Qualitätsaussage
- Informationserfassung
- Allgemeine Beschreibung
- Leitfragen
- Bewertungsschema und Hinweise zur Operationalisierung.

Die **Qualitätsaussage** beinhaltet das Qualitätsziel, das im Regelfall ein wünschenswertes Versorgungsergebnis beschreibt. Ob oder in welchem Maß dieses Versorgungsergebnis erreicht wurde, ist das letztlich im Rahmen der Prüfung vom Prüfer zu beurteilende Ergebnis der Prüfung.

Der Abschnitt **Informationserfassung** beinhaltet Angaben, die der Prüfer im Vorfeld zu den Prüffragen bzw. als Grundlage zu den Prüffragen erfassen soll. Die hier erfragten Angaben sollen es dem Prüfer ermöglichen, sich einen Eindruck von der Pflegesituation des Bewohners bezogen auf den Qualitätsaspekt zu verschaffen. Dabei können die Angaben auch relevante Informationen für die Beurteilung der Leitfragen beinhalten. Bei einigen Qualitätsaspekten findet sich im Anschluss an die Informationserfassung eine zusätzliche Frage zur Überprüfung der Richtigkeit der von der Einrichtung zu einem Thema durchgeführten Ergebniserfassung (**Plausibilitätskontrolle**). Sie ist an dieser Stelle angesiedelt, weil sie in den Schritt der Informationserfassung, mit der sich der Prüfer ein Bild von der Gesamtsituation macht, integriert werden sollte.

Die **Allgemeine Beschreibung** stellt eine nähere Erläuterung dessen dar, was in diesem Qualitätsaspekt geprüft werden soll. Hier wird geschildert, welche Aspekte in die Beurteilung einbezogen werden sollten und welche fachlichen und normativen Orientierungspunkte dem jeweiligen Qualitätsaspekt ggf. zugrunde liegen.

Im Abschnitt **Leitfragen** befinden sich Fragen zu dem betreffenden Qualitätsaspekt, die dem Prüfer eine Orientierung geben, welche Sachverhalte im Einzelnen relevant sind. Sie haben nicht die gleiche Funktion wie die Prüffragen im bisherigen Prüfverfahren, sind also nicht darauf ausgerichtet, mit einem klaren ja oder nein beantwortet zu werden. Die Leifragen verstehen sich eher als aufmerksamkeitsleitend. Die Reihenfolge der Fragen ist lediglich eine Empfehlung für den Prüfer. Wenn der Gesprächsverlauf anders ist, muss sie nicht zwingend eingehalten werden. Entscheidend ist, dass alle bzw. möglichst viele zur Beurteilung des Qualitätsaspekts erforderlichen Sachverhalte berücksichtigt werden. – Zu Beginn des Abschnitts „Leitfragen“ finden sich Hinweise dazu, inwieweit der Bewohner in die Beurteilung des jeweiligen Qualitätsaspekts einbezogen wird.

Es folgen ein einheitliches **Bewertungsschema** mit vier Bewertungskategorien und die dazugehörigen **Hinweise zur Bewertung**. Diese Hinweise enthalten Erläuterungen, an denen sich die Prüfer bei der Beurteilung eines Qualitätsaspekts orientieren sollen. Hierbei handelt es um einen sehr wichtigen Teil der Hilfen, da im neuen Prüfverfahren keine dichotome Bewertung der Erfüllung bestimmter Kriterien erfolgt. Deswegen sind die Hinweise weder als abschließende Hinweise noch als Anforderungsliste zu verstehen. Sie dienen eher als Auflistung relevanter Merkmale, die je nach Situation des Bewohners oder aufgrund von nachvollziehbaren und plausiblen Begründungen der Einrichtung ggf. nicht im Einzelnen beachtet werden müssen.

Charakteristisch für den Prüfbogen ist, dass er relativ viele Hinweise enthält, die man ggf. eher in der Ausfüllanleitung erwarten würde. Dies beruht auf einer bewussten Entscheidung. Die Prüfer sollen

möglichst wenig genötigt sein, in der Ausfüllanleitung nachzuschlagen, um die bei einem bestimmten Thema erforderlichen Bewertungshinweise oder Interpretationshilfen zu suchen. Außerdem wird davon ausgegangen, dass die Prüfbögen im Regelverfahren in einer EDV-Version vorliegen, bei der Erläuterungen für den Anwender in die Bedienoberfläche integriert sind, sodass auch hier kein umständliches Nachschlagen erforderlich ist.

Prüfbogen B (Generierung der Prüfergebnisse auf der Einrichtungsebene)

Der Prüfbogen B führt sämtliche Qualitätsbeurteilungen auf der Ebene der Einrichtung zusammen. Er umfasst entsprechend der unterschiedlich ausgeprägten Qualitätsaspekte mehrere Teile.

Der erste Abschnitt dient der Zusammenführung der Feststellungen, die die Prüfer bei der Beurteilung der Qualitätsaspekte auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung gemacht haben. Für jeden einzelnen Qualitätsaspekt, beispielsweise für den Qualitätsaspekt „Unterstützung bei der Körperpflege“ wird anhand eines vierstufigen Beurteilungsschemas die Gesamtbewertung vorgenommen.

Der zweite Abschnitt umfasst die Bewertung der bedarfsübergreifenden fachlichen Anforderungen. Hier werden die Feststellungen zusammengeführt, die die Prüfer bei den einzelnen Bewohnern, beispielsweise zum Thema Umgang mit Risiken und Gefährdungen, gemacht haben.

Der dritte Bereich schließlich beinhaltet drei Qualitätsaspekte, die auf der Ebene der Einrichtung zu beurteilen sind. Dabei handelt es sich um die Themen „Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung“, „Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen“ und „Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten“.

Mit diesen drei Abschnitten umfasst der Prüfbogen B somit die Gesamtheit der Beurteilungen, die die Prüfer im Verlauf des Einrichtungsbesuchs durchgeführt haben.

4.4.5 Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung

Wenn für die Einrichtung eine Erfassung von Versorgungsergebnissen vorliegt und die statistische Plausibilitätskontrolle nicht bereits zu dem Ergebnis führte, dass die von der Einrichtung durchgeführte Ergebniserfassung erhebliche Mängel aufweist, ist bei bestimmten Qualitätsaspekten eine Plausibilitätskontrolle durchzuführen. Diese Plausibilitätskontrolle ist fester Bestandteil des neuen Prüfverfahrens. Es handelt sich im Kern um die Überprüfung, ob die bei der Ergebniserfassung erhobenen Informationen mit anderen Informationsquellen übereinstimmen oder nicht. Im Prüfbogen findet sich an einigen Stellen eine Leitfrage, mit der die Plausibilitätskontrolle eingeleitet wird.

Die Plausibilitätskontrolle stützt sich auf die oben genannte Informationserfassung, die bei jeder Beurteilung der jeweiligen Qualitätsaspekte erfolgt. Mit dieser Informationserfassung verschafft sich der Prüfer ein Bild des Bewohners und seiner Versorgungssituation, etwa durch Inaugenscheinnahme des Bewohners, durch Gespräche mit dem Bewohner oder der Pflegenden sowie durch die Hinzuziehung der Dokumentation. Für die Plausibilitätskontrolle soll er beurteilen, ob diese Informationen mit den Angaben aus der Ergebniserfassung in Einklang stehen oder nicht.

Werden hierbei Abweichungen festgestellt, die sich nicht aufklären lassen, und erweist sich, dass Hinweise aus der Dokumentation oder andere Informationen, die der Ergebniserfassung widersprechen, sachlich zutreffend sind, muss von fehlender Plausibilität ausgegangen werden. Abweichungen, die erklärt werden können (z. B. Verschlechterung der Mobilität nach einem Sturz, der sich nach der Ergebniserfassung ereignete), sind nicht als fehlende Plausibilität einzustufen.

Bei der Beurteilung der Plausibilität muss der Prüfer berücksichtigen, welcher Art die Fehler oder Fehleinschätzungen sind, die entdeckt wurden (z. B. Flüchtigkeitsfehler, Fehleinschätzung, fehlende Angaben etc.). In einem zweiten Schritt muss er beurteilen, ob diese Fehler Auswirkungen auf die Ergebnisbeurteilung haben können oder ob dies eher nicht anzunehmen ist. Zu beurteilen ist also auch, ob sich bestimmte Fehler oder Fehleinschätzungen systematisch auf die Kennzahl des betreffenden Pflegeergebnisses auswirken.

Die formelle Gesamtbeurteilung der Plausibilität erfolgt im Rahmen der abschließenden Bewertung der Prüfung nach Abschluss des Prüfbesuchs.

Ablauf der Plausibilitätskontrolle am Beispiel Mobilität

1. Im ersten Schritt erfasst der Prüfer unabhängig von der Plausibilitätskontrolle die Informationen, die er für die Beurteilung eines Qualitätsaspekts benötigt. Im Falle der Mobilität:

1. Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen)	
☐ Positionswechsel im Bett	Erläuterungen:
☐ Aufstehen	*[Freitext]*
☐ Halten einer stabilen Sitzposition	
☐ Lageveränderung im Sitzen	
☐ Stehen und Gehen, Balance	
☐ Treppen steigen	
☐ Beweglichkeit der Extremitäten	
☐ Kraft	
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
[Freitext]	

Damit sollte der Prüfer einen Eindruck gewonnen haben, welche Mobilitätsbeeinträchtigungen vorliegen.

2. Im zweiten Schritt schaut sich der Prüfer das Ergebnis der Mobilitätseinschätzung im Bogen zur Ergebniserfassung an. Er erhält von der Einrichtung den für den betreffenden Bewohner ausgefüllten Erhebungsbogen, der zur Mobilität folgende Angaben enthält (analog zum Modul 1 des NBA):

2. Mobilität (nur körperliche Fähigkeiten bewerten!)		0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig			
2.1	**Positionswechsel im Bett**	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ 3
2.2	**Halten einer stabilen Sitzposition**	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ 3
2.3	**Sich Umsetzen**	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3
2.4	**Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs**	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ 3
2.5	**Treppensteigen**	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3

Wie ersichtlich, weisen die Informationserfassung und die Ergebniserfassung bei diesem Qualitätsaspekt große inhaltliche Überschneidungen auf.

3. Im nächsten Schritt beurteilt der Prüfer die Frage, ob die Information aus der Ergebniserfassung für sich genommen plausibel ist. Im vorliegenden Beispiel ist sofort erkennbar, dass die Angaben nicht plausibel sind: Ein Bewohner, der in liegender Position erheblich beeinträchtigt ist, wird wohl kaum „überwiegend selbständig“ beim Treppensteigen sein. Bei einem solchen Widerspruch sollte der Prüfer bei den Mitarbeitern der Einrichtung nachfragen, ob sie die Unstimmigkeit aufklären können. Können sie dies nicht in überzeugender Weise, wäre im Prüfbogen anzukreuzen: „Auffälligkeit festgestellt“ und in der Rubrik „Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle“ beispielsweise einzutragen: „in sich widersprüchliche Angaben zur Mobilität: Positionswechsel im Bett und Treppensteigen“. An dieser Stelle kann die Plausibilitätskontrolle zur Mobilität bei dem Bewohner beendet und mit der Bearbeitung der weiteren Leitfragen fortgefahren werden.

4. Angenommen, die Angaben zur Mobilität sind in sich stimmig:

2. Mobilität (nur körperliche Fähigkeiten bewerten!)		0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig			
2.1	**Positionswechsel im Bett**	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ 3
2.2	**Halten einer stabilen Sitzposition**	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3
2.3	**Sich Umsetzen**	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ 3
2.4	**Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs**	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ 3
2.5	**Treppensteigen**	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☒ 3

Dann würde der Prüfer diese Informationen zur Mobilität mit den anderen, ihm vorliegenden Informationen vergleichen. Die Herausforderung liegt hier nicht im Vergleich selbst, sondern darin, dass der Ergebnisbogen einen früheren Zustand und die Informationssammlung des Prüfers den aktuellen Zustand des Bewohners beschreibt.

Die Aufgabe des Prüfers besteht in der Beantwortung der ***Frage, ob es Anhaltspunkte dafür gibt, dass die Angaben zur Mobilität im Erhebungsbogen zur Ergebnisqualität nicht zutreffend sind***. Der Prüfer sollte dies anhand folgender Fragen klären:

a) Entspricht die Beschreibung der Mobilität im Erhebungsbogen zur Ergebnisqualität dem aktuellen Status der Mobilität? An welchen Stellen gibt es Abweichungen?

b) Welche Entwicklungen oder Ereignisse könnten diese Abweichung erklären?
   – Gab es in den letzten Monaten gravierende Ereignisse wie Schlaganfall oder Fraktur?
   – Liegt eine Erkrankung vor, die mit einem stetigen Mobilitätsverlust einhergeht (z. B. Demenz)?
   – Gibt es Hinweise auf Mobilitätsverluste infolge einer Krankenhausbehandlung?
   – Gibt es andere Gründe?
   Es sollte zunächst versucht werden, diese Fragen im Gespräch mit Mitarbeitern der Einrichtung zu klären. Geben diese beispielsweise an, dass es zu einer gesundheitlichen Krise mit Auswirkungen auf die Mobilität gekommen ist, so müssten sich bestätigende Hinweise darauf auch in der Pflegedokumentation finden (z. B. Anpassung der Pflegeplanung, Pflegebericht). Können die Mitarbeiter die Veränderungen differenziert und nachvollziehbar beschreiben, so kann auf die Suche nach weiteren Hinweisen verzichtet werden.

c) Danach kommt der Prüfer beispielsweise zur Feststellung: Die vorliegenden Informationen sind plausibel. Unter Berücksichtigung der Entwicklungen und Ereignisse, die aus den verfügbaren Informationsquellen stammen, ist der Unterschied zwischen aktuellem Status und Erhebungsbogen nachvollziehbar.

Ablauf der Plausibilitätskontrolle: Beispiel Dekubitusentstehung

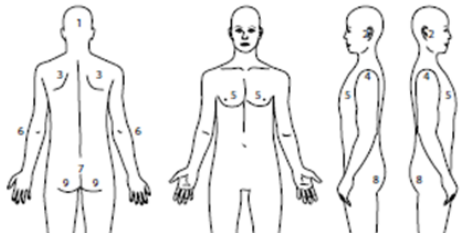
Die Plausibilitätskontrolle ist beim Thema Dekubitus wesentlich einfacher. Während im Falle der Mobilität eine Einschätzung der Selbständigkeit überprüft werden muss, geht es beim Dekubitus um einen einfachen Abgleich von Informationen. Der Ablauf ist allerdings im Wesentlichen identisch. Die Plausibilitätskontrolle erfolgt hier im Zusammenhang mit der Wundversorgung:

1. Im ersten Schritt erfasst der Prüfer wieder unabhängig von der Plausibilitätskontrolle die Informationen, die er zur Beurteilung der Wundversorgung benötigt:

Informationserfassung

M/Info

10.12 Beschreibung vorliegender Wunden



Legende:
1 Hinterkopf
2 Ohrmuschel
3 Schulterblatt
4 Schulter
5 Brustbein
6 Ellenbogen

2. Im zweiten Schritt nimmt der Prüfer die Angaben im Bogen zur Ergebniserfassung zur Kenntnis:

7.1 Hatte der Bewohner während der vergangenen 6 Monate einen Dekubitus?
☒ ja, einmal ☐ ja, mehrmals ☐ nein (bei „nein" weiter mit Frage 8)

7.2 Maximaler Dekubitusgrad in den letzten 6 Monaten:
☒ Grad 1 ☐ Grad 2 ☐ Grad 3 ☐ Grad 4 ☐ unbekannt

7.3 Bitte Zeitraum angeben (nur Dekubitus Grad 2, 3 oder 4 oder wenn Dekubitusgrad unbekannt):
vom 15.01.2018 bis 19.01.2018 (ggf. bis heute)
vom bis

7.4 Wo ist der Dekubitus entstanden?
☒ in der Pflegeeinrichtung ☐ im Krankenhaus
☐ zuhause (vor dem Heimeinzug) ☐ woanders

3. Der dritte Schritt – ist die Information aus der Ergebniserfassung für sich genommen plausibel? – spielt bei Themen wie Dekubitusentstehung oder Gewichtsverlust eine untergeordnete Rolle und kann übersprungen werden (überall dort, wo nur Fakten und keine Einschätzungen verglichen werden).

4. Wichtiger ist: Der Prüfer vergleicht diese Informationen mit anderen Informationen. Beim Thema Dekubitus sollte immer die Wunddokumentation bzw. die Pflegedokumentation des Bewohners genutzt werden. Finden sich dort die gleichen Informationen (auch zum Entstehungsort), ist die Plausibilität gegeben. Findet sich in der Wunddokumentation die Angaben „Dekubitus Grad 2" oder eine weitere Dekubitusepisode, so wäre im Prüfbogen anzukreuzen: „Auffälligkeit festgestellt" und in der Rubrik „Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle" einzutragen: „Abweichung zu Angaben in der Pflegedokumentation: Dort wurde Dekubitusgrad 2 angegeben, im Ergebnisbogen aber Dekubitusgrad 1" oder „Ein zweiter Dekubitus wurde nicht erfasst".

Nach diesem Muster sind alle Plausibilitätskontrollen im Rahmen der Prüfung durchzuführen.

Anforderungen an die Genauigkeit

Im Falle der Entstehung eines Dekubitus, eines Krankenhausaufenthalts, des Gewichtsverlusts und anderer Themen kann der Vergleich zwischen Ergebniserfassung und anderen Informationsquellen konkrete Daten und Fakten berücksichtigen.

Bei der Einschätzung der Mobilität, der Selbständigkeit bei der Selbstversorgung und einiger anderer Themen ist es unzulässig, nach genauer Übereinstimmung zu fragen. Die Informationsgrundlagen reichen nicht aus, um zu klären, ob jedes einzelne Kreuz der Selbständigkeitseinschätzung vor 4 Monaten im richtigen Kästchen gemacht wurde. Dies ist auch gar nicht das Ziel.

Die Frage ist, ob das ***Gesamtbild*** als plausibel eingestuft werden kann, nicht jedes Detail. Der Prüfer sollte also beispielsweise auf keinen Fall jedes einzelne der 11 Merkmale der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten abgleichen und überprüfen. Das würde auch die zeitlichen Möglichkeiten in der Prüfung sprengen. Es ist immer das Gesamtbild beurteilen, nicht jedes einzelne Merkmal.

Rationelles Vorgehen

Die Plausibilitätskontrolle kann teilweise sehr schnell abgeschlossen werden, teilweise etwas länger dauern. Manches ist für den geübten Prüfer auf den ersten Blick erkennbar, manche Fragen sind erst nach ergänzenden Recherchen in der Dokumentation oder Gesprächen zu beantworten. Der Prüfer sollte allerdings vermeiden, sich in Detailfragen zu verlieren. Es geht um Plausibilität und nicht um detaillierte Nachweise. Die Plausibilitätskontrolle ist an die Informationserfassung gekoppelt, die der Prüfer ohnehin durchführen muss. Sie sollte nur eine Abrundung dieser Informationserfassung sein.

Beurteilung von Auffälligkeiten

Fehler werden bei nahezu jeder Einrichtung festgestellt, in der eine Plausibilitätskontrolle stattfindet. Dies ist bei umfassenden Datenerhebungen nicht zu vermeiden. Doch nicht jeder fehlerhafte Eintrag ist relevant für die Gesamtbeurteilung. Es ist besonders wichtig, neben der Fehlerhäufigkeit die Wertigkeit fehlerhafter Einträge für die Ergebniserfassung zu bewerten. Flüchtigkeitsfehler (sie kommen häufig bei Datumsangaben vor) sind kein Grund, die Plausibilität in Frage zu stellen.

Es kommt auch immer wieder vor, dass Abweichungen zwischen der Pflegedokumentation und dem Bogen zur Ergebniserfassung auftauchen. Unzutreffende Angaben können in beiden vorhanden sein. Prüfer wissen aus Erfahrung, wie begrenzt manchmal die Verlässlichkeit der Informationen aus der

Dokumentation ist. Es sollte immer versucht werden, durch Auskünfte der Mitarbeiter das betreffende Problem aufzuklären[25].

Mit der Plausibilitätskontrolle bescheinigt der Prüfdienst *nicht*, dass die Einrichtung bei der Ergebniserfassung alles korrekt erfasst hat. Das Ergebnis seiner Plausibilitätskontrolle lautet vielmehr: „Bei den Bewohnern aus der Stichprobe ergaben sich (keine) Hinweise auf fehlende Plausibilität".

Alle Beurteilungen und Erläuterungen, die als Ergebnis der Kontrolle schriftlich festgehalten werden, sollten knapp, aber nachvollziehbar formuliert werden. Der Bericht (Prüfbogen C) sollte so geschrieben sein, dass auch ein unbeteiligter Dritter versteht, was die Prüfung ergeben hat.

4.4.6 Ablauf des Einrichtungsbesuchs

Den gesetzlichen Bestimmungen gemäß erfolgt der Prüfbesuch bislang unangemeldet. Es wird allerdings empfohlen, zu überprüfen, ob mittelfristig nicht eine Regelung getroffen werden könnte, wonach der Prüftermin mindestens 24 Stunden vorher angekündigt werden kann. Eine Ankündigung würde nach Auffassung der beteiligten Experten und auch nach den Erfahrungen mit der Erprobung des neuen Konzepts wesentlich bessere Voraussetzungen für einen reibungslosen Prüfablauf und die für valide Qualitätsbeurteilungen notwendigen Feststellungen schaffen. Aufgrund der Abkehr der Fokussierung der Pflegedokumentation als entscheidende Informationsquelle und auch durch die Einbeziehung der Indikatoren für Ergebnisqualität sind die Spielräume für etwaige Manipulationsabsichten, die es bei einzelnen Einrichtungen sicher geben wird, sehr gering. Es wären jedoch rechtliche Änderungen erforderlich. Solange solche Änderungen nicht erfolgen, muss das neue Prüfverfahren von unangemeldeten Prüfbesuchen ausgehen.

Einführungsgespräch, Stichprobe und Einverständniserklärung

Nach Vorstellung der Prüfer bei der Leitung der Einrichtung sind zu Beginn der Prüfung in einem *Einführungsgespräch* das Aufgabenverständnis, die Vorgehensweise und der voraussichtliche Zeitaufwand der Prüfung zu vermitteln. Die Interessenvertretung der Bewohner der Pflegeeinrichtung wird über die Prüfung informiert.

[25] Beispiel: Die Ergebniserfassung enthält bei einem Bewohner die Angabe „selbständig" beim Essen und Trinken, aber die Maßnahmenplanung sieht Hilfe bei der Mahlzeiteneinnahme vor. Aufklärung durch die Mitarbeiter: „Eigentlich könnte die Bewohnerin es alleine. Aber sie genießt die Zuwendung; wir meinen sogar: sie braucht die Zuwendung! Deshalb machen wir es schon seit einiger Zeit so, dass wenigstens zeitweise eine Kollegin dabeisitzt. Beim Essen lässt sich das gut einrichten. Aber eigentlich ist sie selbständig beim Essen".

Im Anschluss an das Einführungsgespräch erfolgt die *Bestimmung von neun Bewohnern* entsprechend der Vorgaben des definierten Stichprobenverfahrens. Im Regelfall liegen Codes von insgesamt sechs Bewohnern (zzgl. einiger Reservecodes) vor, die von der Datenauswertungsstelle übermittelt wurden. Zusätzlich bestimmt der Prüfdienst bei seinem Einrichtungsbesuch zufällig drei Personen, die nicht in die Ergebniserfassung einbezogen wurden (vgl. Kapitel 4.4.1).

Für alle Bewohner der Stichprobe sind analog zum bisherigen Prüfverfahren Einverständniserklärungen einzuholen.

Erfassung von Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

Ebenfalls analog zum bisherigen Prüfverfahren werden allgemeine Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung erfasst. Die Angaben sind gemeinsam durch die Prüfer und die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung zu machen. Idealerweise sind sie zu Beginn der Prüfung zu erheben, damit die Prüfer einen ersten Eindruck zu Größe und Struktur der Einrichtung, zu ggf. vorhandenen pflegefachlichen Schwerpunkten sowie zur Bewohnerstruktur und zu verantwortlichen Mitarbeitern gewinnen[26].

Erfassung administrativer Angaben zum Bewohner

Die betreffenden Angaben dienen vorrangig zur Verwaltung des Datensatzes[27]. Die Daten sind gemäß der Vorgabe des Erhebungsbogens für jeden Bewohner der Stichprobe zu erfassen. Es bietet sich an, diese vorab für alle in die Stichprobe einbezogenen Bewohner zu erfassen.

Beurteilung der Qualitätsaspekte beim einzelnen Bewohner

Die Beurteilung der jeweiligen Qualitätsaspekte auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung erfolgt größtenteils nach einem bestimmten Muster. Das Vorgehen umfasst in den Qualitätsbereichen 1-4 folgende Schritte:

1. **Informationserfassung**: Der Prüfer verschafft sich zunächst einen Überblick zur Bedarfs- und Versorgungssituation des Bewohners. Anhand verschiedener Informationsquellen werden die Lebenssituation, die gesundheitliche Situation, Ressourcen und Beeinträchtigungen, Gefährdungen

[26] Das entsprechende Informationsprofil ist in dem im Anhang 2 abgedruckten Prüfbogen nicht enthalten.

[27] Das entsprechende Informationsprofil ist in dem im Anhang 2 abgedruckten Prüfbogen nicht enthalten.

usw. durch den Prüfer erfasst. Welche Informationen für den jeweiligen Qualitätsaspekt benötigt werden, ist im Prüfbogen angegeben. Der Prüfer sollte sich ein eigenes Bild vom Bewohner und der Pflegesituation machen und Angaben der Einrichtung gedanklich stets daraufhin überprüfen, ob sie sich zu einem fachlich stimmigen Gesamtbild zusammenfügen. Dies gilt auch für die Beurteilung der Plausibilität von Angaben, die aus der Ergebniserfassung stammen.

2. **Bearbeitung der Leitfragen**: Im zweiten Schritt hat der Prüfer – mit Hilfe der zu jedem Qualitätsaspekt aufgeführten Leitfragen – eine Beurteilung der Versorgung vorzunehmen. Hierbei macht der **Prüfer** Feststellungen, die er dann im nächsten Schritt anhand bestimmter Vorgaben bewertet. Zu den jeweiligen Leitfragen ist in der Ausfüllanleitung beschrieben, welche Aspekte des pflegerischen Handels in die Beurteilung einbezogen werden sollen. Bei mehreren Qualitätsaspekten finden sich vor den Leitfragen Hinweise dazu, ob ein Bewohner in die Bewertung einbezogen werden soll. So ist beispielsweise die Frage nach der Tagesstrukturierung nur bei Bewohnern zu bearbeiten, die einen Bedarf an Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung oder Kommunikation aufweisen.

3. **Bewertung und Beschreibung festgestellter Auffälligkeiten**: Die bei der Bearbeitung der Leitfragen identifizierten Auffälligkeiten werden in strukturierter Form dokumentiert, bewertet und begründet. Zu jedem Qualitätsaspekt finden sich im Prüfbogen individuelle Erläuterungen zur Konkretisierung der Bewertung (d.h. **konkrete** Hinweise dazu, unter welchen Voraussetzungen der Prüfer einen Sachverhalt als Qualitätsdefizit einzustufen hat).

Die Bewertung erfolgt mit den vier Bewertungskategorien, die bereits erläutert wurden:
A) Keine Auffälligkeiten oder Defizite
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner.

Beurteilung bedarfsübergreifender Qualitätsaspekte (Bereich 5)

Bei der Beurteilung der verschiedenen Qualitätsaspekte in den Bereichen 1 bis 4 werden immer wieder Themen angesprochen, die gleichermaßen für mehrere Qualitätsaspekte relevant sind. Ein Beispiel hierfür ist der Umgang mit Risiken und Gefährdungen, der im Zusammenhang mit der Mobilität, der Ernährung und bei anderen Aspekten relevant ist.

Informationsgrundlage für die Beurteilung dieser sog. bedarfsübergreifenden Qualitätsaspekte sind die Feststellungen, die die Prüfer für die Qualitätsaspekte in den Bereichen 1 bis 4 getroffen haben. Es werden also keine zusätzlichen Informationen über die Bewohner aus der Stichprobe erfasst. Vielmehr werden die bereits vorliegenden Feststellungen genutzt.

Diese Beurteilung ist bei der Zusammenführung der Teilergebnisse der Prüfung im Teamgespräch vorzunehmen. Die Zusammenführung erfolgt im Prüfbogen B.

Bewertung einrichtungsbezogener Merkmale (Bereich 6)

In einem gesonderten Abschnitt des Prüfbogens B werden organisatorische Aspekte und allgemeine Anforderungen an das Qualitätsmanagement erfasst. Es erfolgt eine kriteriengestützte Bewertung, bei der zu beurteilen ist, ob die im Prüfbogen aufgeführten Anforderungen erfüllt werden oder nicht.

Synthese/Zusammenführung der Feststellungen (Teamgespräch)

Die vorläufige Feststellung wichtiger Gesamtergebnisse erfolgt gemeinsam im Prüfteam ohne Anwesenheit von Mitarbeitern der Einrichtung. Die Prüfer kommen zusammen und tauschen sich über ihre wichtigsten Feststellungen zu den einzelnen Qualitätsaspekten aus. Zweck dieses Teamgesprächs ist

a) die gemeinsame Bewertung der bedarfsübergreifenden Qualitätsaspekte (Bereich 5)
b) die Einschätzung der fachlichen Stärken der Einrichtung
c) die vorläufige Einschätzung, bei welchen Qualitätsaspekten fachliche Defizite festgestellt wurden (Defizite mit negativen Folgen für den Bewohner oder mit dem Risiko des Auftretens negativer Folgen)
d) die vorläufige Einschätzung der Plausibilität der Ergebniserfassung
e) die Festlegung der Themen, die im anschließenden Abschlussgespräch mit Vertretern der Einrichtung angesprochen werden sollen, insbesondere der Themen, zu denen eine Beratung erfolgen soll.

Es ist zu betonen, dass es sich um vorläufige Einschätzungen handelt, die bei der abschließenden Bewertung zu verifizieren und zu konkretisieren sind. Grundlage des Gesprächs sind sämtliche Feststellungen, die bei der Prüfung der einrichtungsbezogenen und der direkt bewohnerbezogenen Fragen festgehalten wurden, inklusive der Feststellungen, die die Plausibilitätskontrolle betreffen. Zur Durchführung des Teamgesprächs liegt eine Strukturierungshilfe vor.

Abschlussgespräch

Im Abschlussgespräch wird die Pflegeeinrichtung über zentrale Ergebnisse der Prüfung in Kenntnis gesetzt. Grundlage sind die im Teamgespräch der Prüfer gewonnenen vorläufigen Einschätzungen sowie die von ihnen festgelegten Themen bzw. Beratungspunkte. Es sollen jedoch auch die von den Prüfern erfassten fachlichen Stärken der Einrichtung gewürdigt werden. Das Gespräch wird mit dem Ziel geführt, die Eigenverantwortlichkeit der Einrichtung zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege zu stärken.

Die Prüfer stellen in zusammenfassender Form ihre vorläufigen Einschätzungen zu folgenden Punkten dar:

- fachliche Stärken der Einrichtung
- festgestellte Qualitätsdefizite (Defizite mit negativen Folgen für den Bewohner oder mit dem Risiko des Auftretens negativer Folgen)
- Plausibilität der Ergebniserfassung.

Zu diesen Punkten sollte den Vertretern der Einrichtung Gelegenheit zur Kommentierung und Stellungnahme gegeben werden.

In einer weiteren Gesprächsphase erfolgt die Beratung zu den Themen, die die Prüfer im Teamgespräch als besonders wichtig identifiziert haben. Gemeinsam mit den Vertretern der Einrichtungen sind Möglichkeiten zu diskutieren, wie festgestellte Defizite behoben und der Entstehung von Defiziten vorgebeugt werden kann.

Sofern die Einrichtung abweichende Meinungen zu festgestellten Mängeln äußert, werden diese von den Prüfern schriftlich festgehalten.

Zur Durchführung des Abschlussgesprächs liegt eine Strukturierungshilfe vor.

4.4.7 Abschließende Bewertung

Die abschließende Bewertung erfolgt nach dem Einrichtungsbesuch. Sowohl die Feststellungen der Prüfer zu den einzelnen Qualitätsaspekten als auch die Ergebnisse des Abschlussgesprächs fließen in diese Bewertung ein.

Beurteilung der bewohnerbezogen erhobenen Qualitätsaspekte

Die Einzelergebnisse für alle Bewohner der Stichprobe werden zusammengeführt und abschließend für jeden Qualitätsaspekt gesondert bewertet. Gesamtergebnisse für die Bereiche 1 bis 4 sind im abschließenden Prüfbericht nach den Regeln zu bewerten, die in Kapitel 4.3.3 und 4.3.4 dargelegt wurden. Maßgebend ist das dort näher erläuterte Schema.

Beurteilung der einrichtungsbezogen erhobenen Qualitätsaspekte

Zur Feststellung des Prüfergebnisses bei den einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekten (Bereich 6) bedarf es keiner differenzierenden Beurteilung oder Zusammenführung von Prüffragen. Die Feststel-

lung des Prüfergebnisses in diesem Bereich umfasst die Angabe, ob eine Anforderung erfüllt oder nicht erfüllt ist, und eine nähere Bezeichnung des bemängelten Sachverhalts.

Gesamtbeurteilung der Plausibilität der Ergebniserfassung

Die festgestellten Abweichungen zwischen den einrichtungsintern erhobenen Versorgungsergebnissen (Ergebniserfassung) und den im Rahmen der externen Prüfung erfolgten Feststellungen werden zusammengeführt, um auf dieser Grundlage eine Gesamtbeurteilung der Ergebniserfassung vorzunehmen, soweit dies auf der Basis einer Stichprobe möglich ist.

Ebenso wie bei externen Qualitätsbeurteilungen ist es im Falle der Plausibilitätskontrolle nicht möglich, aus der reinen Anzahl der Fehler eine Gesamtbeurteilung der Ergebniserfassung formalistisch abzuleiten. Für die Beurteilung gelten daher die folgenden Regeln:

Die „Einheit“, mit der bei der Bewertung gearbeitet wird, lautet ***kritischer Bereich***. Es gibt im gesamten Prüfverfahren 12 Fragen, die zur Plausibilitätskontrolle auffordern. Jede dieser Fragen spricht einen anderen Themenbereich an (z. B. Mobilität, Schmerzerfassung, Krankenhausaufenthalte). Hinzu kommt der Umgang mit Ein- und Ausschlusskriterien (als 13. Bereich). Ein *kritischer* Themenbereich entspricht einem Themenbereich, bei dem jeweils bei einer bestimmten Zahl der geprüften Bewohner festgestellt wurde, dass eine Verzerrung der Darstellung der Versorgungsergebnisse erfolgte. Die Aufgabe der Prüfer besteht abschließend darin, festzustellen, wie viele kritische Themenbereiche im Verlauf der Prüfung identifiziert wurden.

Hierzu gibt es den Prüfbogen C, mit dem die Zusammenfassung der Bewertungen für die gesamte Einrichtung erfolgt. Die Prüfer konkretisieren und begründen ihre Gesamtbeurteilung in nachvollziehbarer Form. Sie ergänzen die Gesamtbeurteilung um Empfehlungen zur Verbesserung der Ergebniserfassung.

Entscheidend für diese Bewertung ist, dass die Prüfer zuverlässig beurteilen, ob die festgestellten Auffälligkeiten für die Qualitätsindikatoren wichtig sind oder nicht. Bei der Plausibilitätskontrolle gilt zunächst einmal der Grundsatz: Fehler, die sich zu Lasten der Einrichtung auswirken, stellen die Gültigkeit der Ergebniserfassung nicht in Frage. Werden solche Fehler entdeckt, sollte die Einrichtung allerdings darauf aufmerksam gemacht werden. Davon abgesehen sollen die Prüfer den unterschiedlichen Stellenwert von Fehlern berücksichtigen. Hierzu dienen exemplarische „Hinweise zur Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle“, die als Anlage der Verfahrensbeschreibung zum neuen Prüfverfahren beigefügt ist (s.u.). Außerdem wird in der Verfahrensbeschreibung zum „Prüfinstrumentarium für die stationäre Langzeitpflege und die Kurzzeitpflege“ für jeden Themenbereich beschrieben, wie zu bewerten ist (s. Anhang 2).

Keine oder nur geringe Beeinträchtigungen der Qualitätsbeurteilung mit Kennzahlen sind in folgenden Fällen zu erwarten:	***Erhebliche Beeinträchtigungen*** der Qualitätsbeurteilung mit Kennzahlen sind in folgenden Fällen zu erwarten:
• Dauer von Krankenhausaufenthalten ist nicht ganz korrekt angegeben	• Der angegebener Krankenhausaufenthalt hat in den letzten Monaten gar nicht stattgefunden
• Einschätzung kognitiver Beeinträchtigungen bei Bewohnern, die kognitiv stark beeinträchtigt sind, ist ungenau.	• Bewohner, die kognitiv stark beeinträchtigt sind, werden als nicht oder gering kognitiv beeinträchtigt dargestellt.
• Einschätzung der Selbständigkeit bei der Selbstversorgung ist bei einzelnen der 12 Merkmale ungenau.	• Bei der Selbständigkeit bei der Selbstversorgung findet sich bei allen Merkmalen die Wertung „überwiegend selbständig“ (durchgekreuzt).
• Dekubitus Grade 2 bis 4 werden nicht korrekt differenziert.	• Dekubitus Grad 2 wurde als Grad 1 oder überhaupt nicht angegeben.
• Informationen zu Verhaltensweisen oder zur Medikation sind fehlerhaft oder nicht nachvollziehbar (nicht relevant für Indikatoren)	• Informationen zur Anbringung von Bettseitenteilen fehlen
• Datum der Dekubitusentstehung wird falsch angegeben, liegt aber in den letzten 6 Monaten vor der Ergebniserfassung	• Datum der Dekubitusentstehung falsch angegeben: faktisch in den letzten 6 Monaten vor der Ergebniserfassung, im Bogen aber vor 10 Monaten
• Ort der Dekubitusentstehung: fälschlich „Krankenhaus“ statt „zuhause“	• Ort der Dekubitusentstehung: fälschlich „Krankenhaus“ statt „in der Einrichtung“ (nur letzteres wird der Einrichtung „angelastet“)
• Zahlendreher in Datumsangaben (z. B. 2071 statt 2017 oder 5.1.2017 statt 1.5.2017)	• Datum des Integrationsgesprächs nicht korrekt angegeben
• Vereinzelte (!), offensichtliche Verwechslung von Körpergröße und Gewicht (z. B. 87 cm und 179 kg)	• Mehrfache Abweichungen des Körpergewichts von den Angaben in der Pflegedokumentation
• Verletzung durch Sturz im Krankenhaus wurde fälschlicherweise angegeben	• Sturz in der Einrichtung wurde nicht angegeben
• Sturzverletzung: Aufbringen eines Pflasters durch Mitarbeiter der Einrichtung führt zur Einschätzung „ärztlich behandlungsbedürftig“	• Änderungen in der Maßnahmenplanung aufgrund einer Sturzverletzung wurden nicht angegeben
• Einzelheiten zur Anwendung von Gurten (z. B. Art des Gurtes) wurden nicht korrekt angegeben	• Eine Gurtfixierung, die in den letzten vier Wochen vor der Ergebniserfassung erfolgte, wurde nicht angegeben

In Abhängigkeit von der Anzahl der „kritischen Themenbereiche“ kann ein Schwellenwert bestimmt werden, von dem an die Ergebniserfassung insgesamt als nicht ausreichend plausibel und die ermittelten Kennzahlen daher als nicht gültig definiert werden. Ein solcher Schwellenwert kann nicht statistisch hergeleitet werden, sondern erfordert eine Setzung (die auf der Grundlage von Erfahrungen im Routinebetrieb geprüft und ggf. angepasst werden sollte).

Als vorläufige Lösung wird empfohlen, die ermittelten Qualitätskennzahlen ab einer Anzahl von vier kritischen Bereichen als ungültig zu erklären und damit die Kennzahlen aus der öffentlichen Qualitätsdarstellung für die betreffende Einrichtung zu entfernen. An deren Stelle sollte darauf verwiesen werden, dass die Plausibilitätskontrolle im Rahmen der Qualitätsprüfung zu erheblichen Zweifeln

daran führte, ob die von der Einrichtung bereitgestellten Informationen über Versorgungsergebnisse fachlich und methodisch korrekt sind.

Eine ähnliche Lösung wäre für Einrichtungen denkbar, bei denen einzelne Kennzahlen bzw. weniger als vier Bereiche als „kritisch“ eingestuft wurden. Es wird jedoch empfohlen, in die betreffenden Qualitätsdarstellungen einen kurzen Verweis zu integrieren, der verdeutlicht, dass die Kennzahl als nicht zuverlässig betrachtet werden kann.

Die entsprechenden Anpassungen an den Qualitätsdarstellungen sind zusammen mit der Aktualisierung der Qualitätsdarstellung auf der Grundlage der aktuellen Prüfergebnisse vorzunehmen.

4.4.8 Prüfbericht

Die Ergebnisse werden in einem Prüfbericht gebündelt. Dieser enthält:

1. Administrative Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung
2. Die zusammenfassende Beurteilung der Prüfergebnisse
3. Das Ergebnis der Plausibilitätskontrolle
4. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten
5. Einen Anhang mit sämtlichen Prüfbögen.

5. Erprobung des neuen Prüfverfahrens

Ein wichtiger Auftragsbestandteil war die Validierung des neuen Verfahrens der externen Qualitätsprüfung inklusive einer Praktikabilitäts- und Kostenanalyse. Ein maßgeblicher Baustein aller Validierungsschritte ist die empirische Testung des Prüfinstruments im Rahmen einer (simulierten) externen Qualitätsprüfung. Diese erfolgte mittels des neu entwickelten Prüfinstrumentes durch ausgewählte Prüfer in freiwillig teilnehmenden Einrichtungen der stationären Altenpflege. IPW und aQua-Institut waren an der Durchführung der Testprüfungen nicht beteiligt.

Mit Blick auf das Gesamtziel des Auftrags, ein praktikables Verfahren für die externe Qualitätsprüfung zu entwickeln, ist dieser Validierungsschritt lediglich als Zwischenziel zu verstehen. D.h. die empirische Testung im Rahmen der Gesamtvalidierung sollte vor allem Erkenntnisse zur Objektivität, zur Praktikabilität und zum Aufwand des Prüfinstrumentariums zu gewinnen, um den im zweiten Zwischenbericht vorgestellten ersten Entwurf des Prüfinstruments zu verbessern. Die auf Grundlage der Erprobungserfahrungen vorgenommenen Änderungen am Prüfinstrumentarium und die Auswirkung dieser Änderungen, insbesondere mit Blick auf den Aufwand, werden in Kapitel 5.9 erläutert.

Der alleinige Zweck der Testprüfungen bestand darin, Erkenntnisse über das Prüfinstrumentarium zu gewinnen. Insofern waren die konkreten (Qualitäts-)Ergebnisse für das Erkenntnisinteresse irrele-

vant. Die vorgenommenen Qualitätsbewertungen selbst waren nur in dem Maße relevant, wie ihnen indirekt Hinweise in Bezug auf den Erkenntniszweck entnommen werden konnten.

Der folgend geschilderte Validierungsschritt beinhaltet die Konzeptionierung und Vorbereitung der Testprüfungen sowie deren Durchführung, die schriftliche Befragung von Prüfern und Einrichtungen zu den Testprüfungen sowie die Durchführung eines Workshops mit an der Testung beteiligten Prüfern, um erste Ergebnisse der Testprüfungen zu reflektieren.

5.1 Methodisches Vorgehen

Gegenstand der Validierung ist das gesamte Prüfverfahren. Somit bezieht sich die Auswertung von Ergebnissen sowohl auf das Prüfkonstrukt, wie es sich in der Verfahrensbeschreibung, im Prüfbogen und in den Ausfüllhinweisen abbildet, als auch auf die praktische Durchführung der Prüfung.

Erkenntniszweck und damit Validierungskriterien in Bezug auf das Prüfinstrument waren:

- Objektivität (insbesondere in Bezug auf die prüfimmanenten Bewertungen)
- Praktikabilität (insbesondere in Bezug auf den organisatorischen Ablauf der Prüfung bzw. etwaige Durchführungsbarrieren)
- Verständlichkeit (insbesondere der Prüfinhalte, Anleitungen, Hinweise und Hilfestellungen zu Prüfablauf und Prüfinhalten)
- Aufwand (insbesondere der zeitliche und personelle Aufwand)

Um die vorstehend genannten Erkenntnisse zu gewinnen, wurde das Prüfinstrument in (simulierten) externen Qualitätsprüfungen (Testprüfungen) eingesetzt und empirisch erprobt. Neben den indirekt aus der Summe der Ergebnisdokumentationen der Prüfer zu entnehmenden Hinweise auf Verbesserungspotenziale des Instrumentariums, wurden alle teilnehmenden Prüfer und Einrichtungen auch direkt (schriftlich per teilstandardisierter Fragebögen) zu ihren Erfahrungen befragt. Darüber hinaus wurde ein Workshop mit einem Teil der Prüfer durchgeführt, um erste Ergebnisse aus den Testprüfungen und den Befragungen zu reflektieren sowie auch ggf. Verbesserungsmöglichkeiten zu diskutieren.

5.1.1 Informationstechnische Aufbereitung des Prüfinstrumentes

Mit dem zweiten Zwischenbericht wurde ein erster Entwurf des weiterentwickelten Verfahrens der externen Qualitätsprüfung abgegeben. Nach den Rückmeldungen des Steuerungskreises zum zweiten Zwischenbericht sowie auch in einem weiteren Workshop mit der Expertengruppe der Prüfdienste wurden weitere inhaltliche und formale Anpassungen am Prüfinstrument vorgenommen.

Angesichts der Notwendigkeit, das Prüfinstrument in kürzester Zeit fertigzustellen und dem selbst gesetzten Anspruch handschriftliche Prüfdokumentationen weitgehend zu vermeiden, hat das Projektteam das Prüfinstrument bzw. den Prüfbogen als ausfüllbares PDF aufbereitet.

5.1.2 Rekrutierung von Teilnehmern

Rekrutierung der Prüfer

Die Rekrutierung der Prüfer erfolgte über die an der Expertengruppe der Prüfdienste im Entwicklungsverfahren kontinuierlich beteiligten Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen (MDK) und dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV-Prüfdienst). Die Geschäftsführungen der Prüfdienste wurden in einem Schreiben über den geplanten Ablauf und Umfang der Testprüfungen informiert und um eine Zustimmung zur Teilnahme des Prüfdienstes an den Testprüfungen gebeten. Nach Zustimmung durch die Geschäftsführung haben die Prüfdienste, je nach dem Ihnen möglichen Umfang, 3 bis 6 Testprüfer ausgewählt.

Die Auswahl und die Anzahl der Testprüfer waren den Prüfdiensten weitgehend freigestellt; einzige Bedingung war die Teilnahme an einer von IPW/aQua mit externer Unterstützung durchgeführten, zweitägigen Schulung. Alle angefragten Prüfdienste haben der Teilnahme an den Testprüfungen zugestimmt und entsprechend Testprüfer ausgewählt (vgl. Tabelle 4).

Rekrutierung der Einrichtungen

Für die Testprüfungen wurden zwingend Einrichtungen benötigt, die bereits eine Ergebniserfassung durchführen und deren Ergebnisse zum Zeitpunkt der Testprüfung vorliegen, da auch die Plausibilitätskontrolle als zukünftiger Bestandteil der externen Qualitätsprüfung getestet werden sollte. Um aber eine einseitige Gewichtung der Einrichtungen – sowohl die Trägerschaft als auch die regionale Verteilung betreffend – zu vermeiden und ebenfalls zu testen, ob das weiterentwickelte Verfahren zur externen Qualitätsprüfung auch bei Einrichtungen ohne Ergebniserfassung funktioniert, wurden auch Einrichtungen rekrutiert, bei denen keine Ergebniserfassung vorlag.

Die Anzahl der geplanten Testprüfungen orientierte sich zum einen an den Kapazitäten der Prüfdienste, zum anderen sollten mind. 35 Testprüfungen stattfinden.

Der Einbezug der Einrichtungen war vor allem von den Möglichkeiten der beteiligten Prüfdienste abhängig. Für Prüfdienste in deren KV-Bereich sich keine Einrichtungen mit Ergebniserfassung befinden, wurden Einrichtungen über Bundesverbände verschiedener Leistungserbringer rekrutiert (Bayern, Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz). Für die anderen Prüfdienste sowie für den PKV-Prüfdienst wurden Einrichtungen mit Ergebniserfassung rekrutiert.

Die Rekrutierung der Einrichtungen erfolgte zum einen über die an den Projekten EQMS beteiligten Einrichtungen durch das IPW. Die Einrichtungen wurden gefragt, ob sie an einer Testprüfung teilnehmen würden. Zum anderen wurden der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe und die Arbeiterwohlfahrt darum gebeten, weitere Einrichtungen aus bestimmten Bundesländern für die Testprüfungen zu rekrutieren. Den von den Bundesverbänden benannten Einrichtungen wurden ausführliche Informationen zur Testprüfung und Validierung zur Verfügung gestellt und anschließend um eine Bestätigung der Teilnahme gebeten.

Alle 24 rekrutierten Einrichtungen, die am EQMS-Projekt teilnehmen, konnten einem Prüfdienst zugeordnet werden. Darüber hinaus wurden von den Bundesverbänden 20 Einrichtungen ohne Ergebniserfassung benannt. Diese konnten nicht alle in die Testprüfungen einbezogen werden. Für jedes Bundesland wurden jene Einrichtungen ausgewählt, die zuerst ihre Teilnahme bestätigten. Alle anderen Einrichtungen wurden als mögliche Ersatzeinrichtung vorgehalten, falls eine Testprüfung nicht zustande kommen sollte. Zwei Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern wurden direkt vom MDK Mecklenburg-Vorpommern vorgeschlagen. Insgesamt konnten 38 Testprüfungen geplant werden. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Verteilung und Zuordnung der Prüfdienste und Testeinrichtungen.

Tabelle 4: Übersicht über die Teilnehmer der Testprüfung

Prüfdienst	Anzahl der Testprüfer	Anzahl Testprüfungen (Davon in Einrichtungen mit Ergebniserfassung)	KV-Bereiche der Testeinrichtungen
MDK Bayern	6	6 (1)	Bayern
MDK Sachsen	5	4 (0)	Sachsen
MDK Nordrhein	6	6 (6)	Nordrhein, Westfalen-Lippe
PKV-Prüfdienst	4	6 (6)	Westfalen-Lippe, Hessen
MDK Rheinland-Pfalz	3	3 (0)	Rheinland-Pfalz
MDK Westfalen-Lippe	3	6 (6)	Westfalen-Lippe
MDK Niedersachsen	5	4 (4)	Niedersachsen, Westfalen-Lippe
MDK Mecklenburg-Vorpommern	3	3 (1)	Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein

5.1.3 Schulung der Prüfer

Alle Prüfer haben an einer zweitägigen Schulung teilgenommen. Die Schulungen fanden in Köln, Hannover und Würzburg statt. Alle Schulungen wurden hauptverantwortlich von einer externen

Schulungskraft mit langjähriger Erfahrung durchgeführt. Zu jedem Schulungstermin war jeweils eine weitere Person des Projektteams anwesend, um spezifische Fragen in Bezug auf das Prüfinstrument zu beantworten und das Validierungskonzept vorzustellen.

Alle Prüfer erhielten zur Vorbereitung der Schulung:

- eine Verfahrensbeschreibung, die Prüfbogen und Ausfüllhinweise als Druckversion
- die Fragebögen zur Validierung (als Druckversion)
- Hinweise zum Datenschutz und Vertraulichkeitserklärung (auszufüllendes Formular).

Da die Testprüfungen nicht auf der gleichen gesetzlichen Grundlage wie die Regelprüfungen basieren und deswegen strengste Datenschutzregelungen eingehalten werden müssen, war es notwendig, dass teilnehmende Prüfer eine Vertraulichkeitserklärung unterschreiben, die sie zur Geheimhaltung aller im Zusammenhang mit der Testprüfung erhaltenen Informationen verpflichtet.

Da der Ablauf der Testprüfungen in einigen Teilen vom Prozedere der späteren Regelprüfung abweicht, wurden die Prüfer schriftlich darauf hingewiesen, sich im Vorfeld der Prüfung

- auf die Besonderheiten der Testprüfung einzustellen.
- untereinander einen vorläufigen Zeitplan für die Prüfung abzustimmen.
- mit den Unterlagen für die Validierung vertraut zu machen.

Gegenstand der Schulung waren allgemeine Erläuterungen zum organisatorischen Ablauf der Testprüfungen sowie die Vorstellung aller bewohnerbezogen zu prüfenden Qualitätsaspekte. Über diese Inhalte hinaus wurden vor allem die „neuen“ Elemente des Prüfinstruments, d.h. insbesondere die Plausibilitätskontrolle, die Bewertungssystematik, der übergreifende „Bereich 5“ sowie Team- und Abschlussgespräch erläutert. Zum Abschluss der Schulungen wurden die Fragebögen der zusätzlichen Prüferbefragung im Rahmen der Validierung vorgestellt und bei Rückfragen erläutert.

5.1.4 Vorbereitung der Einrichtungen

Zur Vorbereitung der Prüfung erhielten die teilnehmen Einrichtungen:

- Vorbereitete Einwilligungserklärungen
- Ein Schreiben mit Allgemeinen Informationen zu Testprüfung und Validierung mit Erläuterungen zu den Testprüfungen (Teilnehmer, Stichproben, Prüfablauf, Inhalte), einer (tabellarische) Übersicht über jene „konstruierten“ Testsituationen, die vermutlich im Regelbetrieb nicht in dieser Form zu erwarten sind, Informationen zum Validierungskonzept erläutert, d.h. welche Informationen zusätzlich und mit welchen Mitteln sie erhoben und ausgewertet werden.
- Hinweise zum Datenschutz und Vertraulichkeitserklärung
- Einverständniserklärung

Aus organisatorischen Gründen und abweichend vom Regelbetrieb sollte vor allem das zeitaufwendige Einholen von Einwilligungserklärungen bei Bewohnern mit bevollmächtigten Betreuern für alle Beteiligten erleichtert werden. Deshalb wurden die Einrichtungen gebeten, möglichst viele Einwilligungserklärungen am Tag der Testprüfung vorliegen zu haben. Hierfür wurden im Januar 2018 vorbereitete Einwilligungserklärungen an die Einrichtungen verschickt, damit diese beispielsweise im Zuge von Abrechnungskorrespondenzen oder bei Besuchen von Angehörigen/Betreuern vorab ausgegeben werden können.

Da die Testprüfungen nicht auf der gleichen gesetzlichen Grundlage wie die Regelprüfungen basieren und deswegen strengste Datenschutzregelungen eingehalten werden müssen, war es notwendig, dass teilnehmende Einrichtungen eine Vertraulichkeitserklärung unterschreiben, die sie zur Geheimhaltung aller im Zusammenhang mit der Testprüfung erhaltenen Informationen verpflichtet.

Die Einrichtungen wurden im Vorfeld lediglich über Prüfthemen informiert, damit im Rahmen der Testprüfungen überprüft werden konnte, welche Informationen bei den Einrichtungen im Regelfall vorvorliegen (oder nicht) und wo ggf. zusätzlicher Aufwand für die Einrichtungen anfällt.

5.1.5 Organisation der Testprüfungen

Die Festlegung des zeitlichen und organisatorischen Rahmens zur Durchführung der Testprüfung erfolgte individuell zwischen Prüfdiensten/Prüfern und Einrichtungen. Die Prüfungen waren somit für die Einrichtungen angekündigte Prüfungen.

Zur Durchführung der Prüfung wurde den **Prüfern** (in Kooperation von aQua-Institut/IPW und den beteiligten Prüfdiensten) bereitgestellt:

- Vorbereitete Einwilligungserklärungen für die Testprüfungen
- Individuelle, anonymisierte Prüfbogen (als ausfüllbares PDF)
- Verfahrensbeschreibung und Ausfüllhinweise
- Ergebnisbogen (als ausfüllbares PDF)
- Anweisungen zum Abspeichern der Dokumente
- Hinweise zur Übermittlung der Ergebnisse an das aQua-Institut/IPW
- Verschiedene Arbeitshilfen, die die Durchführung der Prüfung erleichtern sollen

Für die **Einrichtungen** wurden zur Durchführung der Prüfung keine weiteren Unterlagen bereitgestellt.

5.1.6 Testprüfungen

Die Testprüfung sollte weitgehend die Regelprüfung simulieren. Aufgrund der Nicht-Übertragbarkeit der gesetzlichen Grundlagen des Regelbetriebs sowie aufgrund des Evaluationszwecks waren einige Änderungen des formalen Ablaufs erforderlich.

Da es sich nicht um Regelprüfungen handelte und sowohl Prüfer als auch Einrichtungen freiwillig an den Testprüfungen teilnahmen, wurden zwischen Prüfdiensten und Einrichtungen feste Prüftermine im Zeitraum vom 17. Januar bis zum 28. Februar 2018 vereinbart. Zu Prüfdauer und Anzahl der Prüfer hatte das Projektteam zwei Alternativen vorgeschlagen – zwei Prüftage mit zwei Prüfern oder einen Prüftag mit drei Prüfern – es letztlich aber den Prüfdiensten überlassen, Prüfdauer und Anzahl der Prüfer in Rücksprache mit den Einrichtungen selbst festzulegen. Es erging lediglich der Hinweis, dass ein Prüftag 8 Stunden nicht überschreiten sollte.

Als Stichprobengröße der Testprüfung wurde die im Verfahren zur Stichprobenziehung vorgesehene Anzahl von neun Bewohnern als Zielvorgabe ausgegeben, wobei der Hinweis gegeben wurde, dass bei zeitlichen Engpässen auch weniger Bewohner geprüft werden können. Entscheidend war die zwischen Prüfdiensten und Einrichtungen vereinbarte Prüfdauer, die nicht überschritten werden sollte, sowie die Durchführung mindestens einer „Doppelprüfung“ (siehe unten) und die Einplanung eines Zeitfensters für die gemeinsame Bewertung der übergreifenden Qualitätsaspekte (Bereich 5) sowie die Ergebnisse der bewohnerbezogenen Prüfung und der Plausibilitätskontrolle (sofern erforderlich) im Teamgespräch und das Abschlussgespräch zum Ende der Prüfung.

Die Ziehung der Stichprobe erfolgte nach unterschiedlichen Vorgaben, je nachdem, ob für die jeweilige Einrichtung bereits Informationen aus der Ergebniserfassung vorlagen oder nicht. In den 14 Einrichtungen ohne Ergebniserfassung erfolgte die Stichprobe nach dem bisherigen Prozedere der Pflegegraden geschichteten Stichprobe. Für die 24 EQMS-Einrichtungen erfolgte die Stichprobenziehung nach dem für das neue Verfahren vorgeschlagenen Algorithmus. Hierzu wurden 6 Bewohner durch das IPW auf Grundlage der dort vorliegenden, pseudonymisierten Bewohnerinformationen gezogen. Die entsprechenden Codes (sowie eine gewisse Anzahl von Ersatzcodes) wurden den Prüfern und den Einrichtungen einige Tage vorher übermittelt. Weitere 3 Bewohner sollten vor Ort gezogen werden, wobei hier eine Zufallsstichprobe aus jenen Bewohnern zu ziehen war, für die keine Daten aus der Ergebniserfassung vorlagen (neue Bewohner oder Bewohner, die aus bestimmten Gründen aus der Ergebniserfassung ausgeschlossen waren).

Alle Einrichtungen wurden gebeten, soweit dies im Vorfeld möglich war, Einwilligungserklärungen der Betreuer von kognitiv eingeschränkten Bewohnern einzuholen, sodass diese am Prüftag vorlagen. Einrichtungen mit Ergebniserfassung konnten dies gezielt tun, da ihnen die Codes der gezogenen Bewohner bekannt waren. Einrichtungen ohne Ergebniserfassung wurde sehr frühzeitig ermöglicht, für möglichst viele Bewohner entsprechende Erklärungen einzuholen.

Aus Gründen der Datensparsamkeit sollte auf die Erhebung administrativer Daten weitgehend verzichtet werden, da sich im weiterentwickelten Verfahren keine Änderungen daran vorgenommen wurden und daher für die Zwecke der Testprüfung nicht benötigt wurden.

Im Zentrum der Testprüfungen standen die bewohnerbezogen zu prüfenden Inhalte und damit die Qualitätsaspekte der Bereiche 1 bis 5, da es sich hier um jene Aspekte handelt, die in einer neuen Prüflogik zu prüfen waren. Von den einrichtungsbezogen zu prüfenden Aspekten des Bereichs 6, sollten lediglich die beiden „neuen“ Aspekte geprüft werden. Auf eine kriteriengestützte Erhebung jener Aspekte, die bereits Bestandteil der bisherigen Prüfung sind und in die neue Prüfung übernommen wurden, sollte verzichtet werden.

5.1.7 Doppelprüfungen

Für die Überprüfung der Interrater-Reliabilität wurden in den Testprüfungen zusätzlich Doppelprüfungen durchgeführt. Dabei wurde eine bewohnerbezogene Prüfung von zwei Prüfern durchgeführt, wobei der erste Prüfer die Prüfung aktiv durchführte und der zweite Prüfer die Prüfsituation (Bewohnergespräch, Inaugenscheinnahme des Bewohners, Fachgespräch und Prüfung der Dokumentation) auditierte, ohne sich aktiv an der Prüfung zu beteiligen und unabhängig vom ersten Prüfer ebenfalls eine Bewertung vornahm. Somit wurden für jede Doppelprüfung zwei Prüfbögen ausgefüllt.

Abhängig davon, ob bei einer Testprüfung eine Plausibilitätskontrolle durchgeführt werden sollte oder nicht, sollten jeweils zwei oder eine Doppelprüfung erfolgen. Bei Testprüfungen mit Plausibilitätskontrolle sollte eine Doppelprüfung erfolgen, bei Testprüfungen ohne Plausibilitätskontrolle zwei Doppelprüfungen, da hier aufgrund der fehlenden Plausibilitätskontrollen mehr Zeit in den Testprüfungen sein sollte. Bei 24 Testprüfungen mit und 14 Testprüfungen ohne Plausibilitätskontrolle sollten 52 Doppelprüfungen erfolgen.

5.1.8 Befragungsinstrumente und Workshop

In Bezug auf die genannten Validierungskriterien (Objektivität, Verständlichkeit, Praktikabilität und Aufwand) wurden insgesamt 3 Befragungsinstrumente entworfen. Darüber hinaus wurde ein Workshop zur Analyse der Ergebnisse durchgeführt.

Fragebogen für Prüfer (1)

Für die Prüfer wurde ein Fragebogen entworfen, der nach jeder Testprüfung auszufüllen war. Demensprechend wurde von den meisten Prüfern mehr als ein Fragebogen ausgefüllt. Die Fragen bezogen sich auf den organisatorischen Ablauf der Prüfung (Praktikabilität), die Verfügbarkeit von Infor-

mationen in der Einrichtung (Praktikabilität), die Dauer der einzelnen bewohnerbezogenen Prüfungen (Aufwand), den Erhebungsaufwand für einzelne Qualitätsaspekte, die konkrete Nutzbarkeit des Fachgesprächs (Praktikabilität), die Anwendbarkeit der Bewertungsvorgaben (Verständlichkeit, Praktikabilität) und die Intersubjektivität sowohl im Hinblick auf die Bewertung systematischer Defizite (Objektivität) als auch der bereichsübergreifenden Themen[28] (Objektivität). Falls Einrichtungen mit Ergebniserfassung geprüft wurden, wurden Fragen zur Praktikabilität und zum der Aufwand der Plausibilitätskontrolle gestellt sowie ob eine gemeinsame Bewertung etwaiger Auffälligkeiten möglich war (Objektivität).

Fragebogen für Prüfer (2)

Für die Prüfer wurde ein weiterer Fragebogen entworfen, der einmalig nach der individuell letzten Prüfung, d.h. nach Abschluss aller Prüfungen, auszufüllen war. Ein Großteil der Fragen bezog sich auf die Verständlichkeit des Prüfinstruments und seiner zugehörigen Hinweise. Im Einzelnen wurde nach der Verständlichkeit der Informationserfassung, der Ausfüllhinweise, des Prüfbogens, der Hilfestellungen für Abläufe und Bewertungen gefragt. Weitere Fragen bezogen sich auf die Verfahrensbeschreibung bzw. den Prüfablauf (Praktikabilität), den zeitlichen Aufwand zur Erhebung einzelner Qualitätsaspekte sowie die kalkulierten Zeitvorgaben für verschiedene Bausteine des Verfahrens (Praktikabilität/Aufwand). Schließend wurde nach einer Gesamteinschätzung des getesteten Prüfverfahrens gefragt.

Fragebogen für Einrichtungen

Für die Einrichtungen wurde ein Fragebogen entworfen, der einmalig nach der jeweiligen Testprüfung auszufüllen war. Neben einigen administrativen Fragen zur Einrichtung, wurden Fragen gestellt, die sich auf den organisatorischen Ablauf (Praktikabilität), die Verfügbarkeit von Informationen (Praktikabilität), die Nachvollziehbarkeit der Prüfthemen (Verständlichkeit) sowie den zeitlichen Aufwand der Prüfung einzelner Qualitätsaspekte bezogen. Darüber hinaus wurden die Einrichtungen nach ihrer Einschätzung zur Objektivität von dokumentierten Defiziten sowie zum Nutzen kommunikativer Prüfbausteine (Fachgespräch, Abschlussgespräch) befragt. Schließend wurde nach einer Gesamteinschätzung der Prüfung gefragt. Für Einrichtungen mit Ergebniserfassung waren zusätzlich drei Fragen zur Praktikabilität, zur Verständlichkeit und zum Aufwand der Plausibilitätskontrolle gefragt.

Alle schriftlichen Fragebögen waren teilstandardisiert. Sie umfassen:

- standardisierte Antwortvorgaben, die quantitativ ausgewertet werden, um eindeutige Aussagen zum Prüfverfahren zu erhalten
- Freitextfelder, die qualitativ ausgewertet werden und (auch) eine wichtige Grundlage für den Workshop mit den Prüfern.

[28] Im Rahmen der Testung wurde für den Qualitätsbereich 5 noch der Begriff „Bereichsübergreifende Qualitätsaspekte“ verwendet. In der abschließenden Version lautet der Titel „Bedarfsübergreifende Qualitätsaspekte“.

Workshops zu den Testprüfungen

Da die empirische Testung des Prüfinstruments bzw. dieser Validierungsschritt nur ein Zwischenziel auf dem Weg zur Entwicklung eines praktikablen Verfahrens für die externe Qualitätsprüfung ist, wurde ein weiterer Workshop im Nachgang zu den Testprüfungen geplant.
In diesem Workshop mit ausgewählten, an der Testung aktiv beteiligten Prüfern wurden die Testprüfungen sowie auch erste Erkenntnisse der Auswertung reflektiert. Im allgemeinen Teil der Veranstaltung wurde über die Validität des Prüfverfahrens mit Blick auf die auftragsinhärenten Zielsetzungen des Prüfverfahrens (geeignetere Stichprobe, pflegefachlich relevantere Qualitätsaspekte, angemessenere Qualitätsbeurteilung usw.) diskutiert. Im konkreten Teil wurde vor allem über jene Aspekte diskutiert, die sich nach Sichtung erster Ergebnisse als möglicherweise unklar oder schwer verständlich erwiesen (Bewertungssystematik usw.).

5.1.9 Datenschutz

Da die Testprüfungen nicht die Regelprüfung ersetzen und dementsprechend nicht auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 114 SGB XI basierten, waren besondere Anforderungen an den Datenschutz zu stellen.

Die Einrichtungen und teilnehmenden Prüfer haben explizite Hinweise zum Datenschutz erhalten und Vertraulichkeitserklärungen unterschrieben.

Den Einrichtungen und Prüfern wurden spezifische Einwilligungserklärungen für die in der Stichprobe ausgewählten Bewohner ausgehändigt, in denen über die Testprüfung und den Umgang mit bewohneridentifizierenden Daten aufgeklärt wurde. Die Einwilligungserklärungen verblieben bei den Prüfern, die diese Erklärungen nach Projektende vernichten.

Im Rahmen der Testprüfung wurden nur einige ausgewählte und für den Validierungszweck notwendige administrative Daten erhoben. Es erfolgte keine Dokumentation und Übermittlung der Namen von Bewohnern, Angehörigen oder Mitarbeitern von Einrichtungen.

Der Datenaustausch zwischen den Prüfdiensten und aQua-Institut bzw. IPW erfolgte über eine zugangsgesicherte Cloud, die sich auf den Servern des aQua-Instituts befindet. Jedem Prüfdienst wurde ein individueller, passwortgeschützter Zugang zu bestimmten Nutzerverzeichnissen in der Cloud ermöglicht, mit dem der jeweilige Prüfdienst lediglich die Daten und Dokumente seiner Testprüfungen einsehen konnte. Zugrifft auf Daten und Dokumente von Testprüfungen anderer Prüfdienste bestand über diesen Zugang nicht.

Die Auswertung der Testprüfung erfolgte durch das aQua-Institut bzw. das IPW anhand der Angaben auf den Prüfbögen und dem Ergebnisbogen des Hauptprüfers. Nach Abschluss der Auswertung erhalten die beteiligten Einrichtungen ihre Ergebnisse im anonymen Benchmark zu den anderen Testeinrichtungen. Die Ergebnisse der Testprüfung sind nur den jeweiligen Prüfern, der betroffenen Einrichtung sowie den beiden auswertenden Instituten bekannt. Ein Rückschluss auf Bewohner oder Einrichtungen ist nicht möglich. Eine öffentliche Darstellung der Ergebnisse erfolgt nicht. Die gespeicherten Daten der Testprüfungen werden nach Projektende gelöscht.
Die Ergebnisse der Befragungen wurden ausschließlich an das aQua-Institut bzw. das IPW übermittelt und dort ausgewertet, wobei die Prüfer gegenüber den auswerteten Stellen anonym bleiben konnten.

Die Ergebnisse von Testprüfungen und Befragungen werden in aggregierter und anonymisierter Form in Berichten für den Auftraggeber verwendet – hierüber wurden Teilnehmer in Kenntnis gesetzt. Eine Weitergabe der Rohdaten an Dritte erfolgt nicht. Die gespeicherten Daten werden nach Projektende gelöscht.

5.1.10 Auswertung der Ergebnisse

Die Auswertung der Testprüfungen und ergänzenden Datenerhebungen erfolgt entsprechend der Art der erhaltenen Daten mit einem mixed-method-Ansatz, der sowohl qualitative Auswertungen als auch quantitative Auswertungen umfasst. Welche Auswertungen im Einzelnen vorgenommen werden, wird nachfolgend beschrieben.

Auswertung der Testprüfung

Die Ergebnisse der Testprüfungen an sich, also die Bewertung der Qualität der Einrichtung, spielen für die Validierung lediglich eine untergeordnete Rolle. Vielmehr steht im Vordergrund, inwieweit die Prüfer bei der Beurteilung der Qualitätsaspekte den Vorgaben im Instrument gefolgt sind. Hierfür wurden die Feststellungen der Prüfer dahingehend analysiert, ob sie entsprechend der Hinweise zur Bewertung einer der Kategorien A bis D zugeordnet wurden und in welchen Fällen die Prüfer von den Vorgaben abgewichen sind. Inwieweit diese Abweichungen bewusst von den Prüfern vorgenommen wurden oder die Abweichungen auf Unklarheiten in den Hinweisen zurückzuführen sind, kann anhand der Analyse der Bewertungen nicht festgestellt werden.

Für die Analyse wurden zunächst alle Feststellungen, getrennt nach der zugeordneten Kategorie, zu einem Qualitätsaspekt zusammengetragen. Systematische Defizite wurden ebenfalls je Qualitätsaspekt betrachtet. Anhand der Beschreibungen der Defizite wurde versucht nachzuvollziehen, ob die Einordnung des Defizits in die jeweilige Kategorie mit den Hinweisen zur Bewertung vereinbar ist oder ob eine andere Kategorie hätte gewählt werden müssen. Abweichungen wurden zusammengetragen und zusammenfassend ausgewertet.

Auswertung der Doppelprüfungen

Für die Auswertung der Doppelprüfungen wurden jeweils die Bewertungen der beiden Prüfer für jeden Qualitätsaspekt, inklusive der beschriebenen Feststellungen und jede Plausibilitätskontrolle verglichen. Zunächst wurde anhand eines automatisierten Datenfeldabgleichs festgestellt, in welchen Datenfeldern identische Angaben vorlagen und bei welchen Datenfeldern die Angaben voneinander abwichen. In einem zweiten Schritt wurde für die Datenfelder mit abweichenden Angaben überprüft, ob es sich um inhaltliche Unterschiede handelt oder die Unterschiede ausschließlich auf eine unterschiedliche Formulierung von inhaltlich gleichen Feststellungen zurückzuführen ist.

Für die Bewertung der Qualitätsaspekte konnten verschiedene Arten inhaltlicher Unterschiede identifiziert. Einerseits konnte ein Sachverhalt unterschiedlich bewertet werden, d.h. die beiden Prüfer haben eine unterschiedliche Einstufung in die Kategorien (A-D) vorgenommen. Andererseits war es möglich, dass die Prüfer unterschiedliche Sachverhalte festgestellt haben. Auch war eine Kombination beider Abweichungen möglich, so dass der Qualitätsaspekt nicht nur unterschiedlich bewertet wurde, sondern auch unterschiedliche Sachverhalte durch die Prüfer festgestellt wurden. Aus diesen möglichen Unterschieden wurden folgende 6 Kategorien zur Bewertung der Angaben der beiden Prüfer einer Doppelprüfung abgeleitet:

- Kein Unterschied: Die Prüfer haben den Qualitätsaspekt gleich bewertet.
- Unterschiedliches festgestellt: Die Prüfer haben unterschiedliche Sachverhalte festgestellt.
- Unterschiedlich bewertet: Die Prüfer haben den gleichen Sachverhalt festgestellt, ihn aber unterschiedlich bewertet.
- Unterschiedliches festgestellt und Unterschiedlich bewertet: Die Prüfer haben sowohl einen gleichen Sachverhalt unterschiedlich bewertet sowie unterschiedliche Sachverhalte festgestellt.
- Vielleicht: Aufgrund nicht eindeutiger Beschreibungen war es nicht ersichtlich, ob ein Unterschied in der Bewertung vorliegt
- Konnte nicht geprüft werden: Der Qualitätsaspekt konnte beim Bewohner nicht geprüft werden.

Für die Bewertung der Plausibilitätsfragen konnten ebenfalls verschiedene Unterschiede festgestellt werden. Zum einen konnten Prüfer die Frage nach der Plausibilität unterschiedliche beantworten (Auffälligkeiten vs. keine Auffälligkeiten), zum anderen konnten die Prüfer zwar beide zu der Bewertung „Auffälligkeiten“ gekommen sein, diese aber unterschiedlich begründet. Für die Analyse der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle ergaben sich daher folgende Kategorien:

- Kein Unterschied: Die Prüfer haben die Plausibilität gleich bewertet und gleich begründet
- Unterschiedlich bewertet: Die Prüfer haben die Frage nach der Plausibilität der Angaben unterschiedlich beantwortet
- Unterschiedliches festgestellt: Die Prüfer haben zwar beide die Plausibilitätsfrage mit „Auffälligkeiten“ beantwortet, haben aber unterschiedliche Auffälligkeiten in der Begründung benannt.

- Vielleicht: Aufgrund nicht eindeutiger Beschreibungen war es nicht ersichtlich, ob ein Unterschied in der Bewertung vorliegt
- Trifft nicht zu: Bei der bewohnerbezogenen Prüfung war keine Plausibilitätskontrolle durchzuführen

Jede Plausibilitätskontrolle und jeder Qualitätsaspekt wurde in eine der gelisteten Kategorien eingeordnet. Anschließend erfolgte eine deskriptive Auswertung der Kategorien je Doppelprüfung sowie je Plausibilitätskontrolle bzw. Qualitätsaspekt.

Anhand dieser Auswertungen kann ein Maß der Übereinstimmung der Bewertungen der Prüfer bestimmt werden. Für die Übereinstimmung der Bewertung der Plausibilität der Angaben der Ergebniserfassung wurde ausschließlich die Einschätzung der Prüfer heran gezogen, ob die gefragten Angaben plausibel sind (keine Auffälligkeiten) oder Implausibilitäten (Auffälligkeiten) vorlagen. Inwieweit die beschriebenen Implausibilitäten überein stimmten, wurde bei dieser Auswertung nicht berücksichtigt. Das Maß der Plausibilität wurde mittels des Cohens Kappa-Koeffizient berechnet.

Auswertung der Befragungen

Die Befragungen der Einrichtungen als auch der Prüfer beinhalten sowohl offene als auch aus geschlossenen Fragen, wobei die offenen Fragen darauf fokussieren, die zuvor gegebene Antwort auf eine quantitative Frage zu begründen bzw. zu erläutern. Die offenen Fragen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Je nach zugrunde liegender Fragestellung wurden die Freitextangaben oder einzelne Abschnitte der Angaben thematisch geordnet und die Inhalte der Themen narrativ zusammengefasst. Die quantitativen Fragen wurden deskriptiv ausgewertet. Diese Auswertungen umfassen, je nach Skalierung der Antwortoptionen, Häufigkeitsauswertungen, die Berechnung von Anteilen und die Darstellung der Verteilung der Antworten, ggf. wurden Minimal-, Maximal- und Mittelwerte berechnet.

Auswertung des Workshops zu den Testprüfungen

Die Auswertung des Workshops erfolgte als Zusammenfassung in Form eines Protokolls. Die von den Prüfern geschilderten Einschätzungen sowie die Ergebnisse der Diskussionen mit unterschiedlichen Argumenten und Konsens wurden während des Workshops durch zwei Protokollanten notiert. Im Nachgang zum Workshop wurden die thematisch gruppiert und zu einem Protokoll zusammengefasst, sodass die einzelnen Abschnitte mit den Einschätzungen und Argumenten der Teilnehmer für die Analyse an den betreffenden Stellen hinzu gezogen werden konnten.

Validität, Objektivität, Praktikabilitäts- und Kostenanalyse

Im Rahmen der Testprüfungen wurden, soweit es die kleine Anzahl der Testprüfungen und der enge Zeitrahmen zuließen, verschiedene Aspekte der Validität und der Objektivität (als Voraussetzung der

Reliabilität) überprüft. Mit der Testung sollten Informationen zu verschiedenen Kriterien des Prüfinstrumentes in Erfahrung gebracht werden, die auch die Grundlage für die Praktikabilitäts- und Kostanalyse sein sollten. Bewertungen der verschiedenen Kriterien des Prüfinstrumentes sowie die Praktikabilitäts- und Kostanalyse speisen sich daher aus den unterschiedlichen Elementen und Ergebnissen der Testprüfungen. Wie bereits im zweiten Zwischenbericht erläutert, konnten in der Testung keine weiteren Erkenntnisse zur Konstrukt- und Kriteriumsvalidität gewonnen werden.
Die Hinweise zur Validität und Objektivität beruhen vorwiegend auf den Auswertungen der Testprüfungen und Doppelprüfungen. Vereinzelt wurde auf die Ergebnisse einer Frage aus der Prüferbefragung oder Ergebnissen des Workshops zurückgegriffen. Für die einzelnen Kriterien wurden die jeweiligen Erkenntnisse aus den Testprüfungen zusammenfassend beschrieben, soweit deskriptive Analysen möglich sind, wurden deren Ergebnisse dargestellt. Die Inhaltsvalidität wurde sowohl in der Prüferbefragung als auch im Workshop zu den Testprüfungen adressiert. Zur Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität werden Erkenntnisse aus den Auswertungen der Ergebnisbögen und der Doppelprüfungen gewonnen. Für die externe Validität, Reliabilität und Diskriminationsfähigkeit sind im Rahmen der Testprüfungen, wie im zweiten Zwischenbericht geschildert, keine aussagekräftigen Ergebnisse zu erwarten. Relevante Informationen bzw. Auswertungen zu diesen Kriterien werden dargestellt.

Die Praktikabilitäts- und Kostenanalyse beruht hauptsächlich auf den Auswertungen der Befragungen der Prüfer und der Einrichtungen sowie des Workshops. Da die Fragen in den Befragungen gezielt auf die verschiedene Aspekte der Praktikabilität des Instrumentes und auf verschiedene Aufwände abzielen, werden die Ergebnisse der jeweiligen Fragen zu diesen Aspekten und Aufwänden darstellt. Für die Praktikabilität wurden den Prüfern Fragen zur Verständlichkeit von Inhalten, Hinweisen und Vorgaben gestellt. Es wurde bei den Prüfern erfragt, inwieweit sie verschiedene Elemente des Instruments anwenden konnten, wie einfach Ihnen dies gefallen ist und welche Probleme aufgetreten sind. Auch die Einrichtungen wurden hinsichtlich der Verständlichkeit der Prüffragen, Verfügbarkeit von Informationen sowie zur Nachvollziehbarkeit der Bewertung befragt. Bei der Erfassung der Aufwände standen Zeiteinschätzungen der Prüfer und Einrichtungen zu den einzelnen Prüfschritten (bewohnerbezogene Prüfung, Plausibilitätskontrolle, Team- und Abschlussgespräch) im Vordergrund.

Die jeweilige Ergebnisdarstellung wird mit der Beschreibung der Daten, die den Auswertungen zugrunde liegen eingeleitet, sodass nachvollzogen werden kann, welche Kriterien im Einzelnen zur Bewertung der Praktikabilität und des Aufwandes herangezogen werden.

5.2 Rahmendaten der Testprüfungen

An den Testprüfungen haben 38 Einrichtungen aus 9 KV-Bereichen bzw. 8 Bundesländern teilgenommen. Insgesamt 35 Prüfer aus 8 unterschiedlichen Prüfdiensten haben die Testprüfungen im Zeitraum vom 22. Januar bis 27. Februar 2018 durchgeführt und insgesamt 283 Bewohner geprüft. Alle Prüfer nahmen im Vorfeld der Testprüfungen an einer zweitägigen Schulung zur Anwendung des

Prüfinstruments teil. Alle Einrichtungen und Prüfer haben freiwillig an den Testprüfungen teilgenommen.

Prüfer

34 der 35 Prüfer haben an der Befragung nach allen Testprüfungen teilgenommen (Rücklaufquote der Fragebögen=97,1 %).

Die Prüfer haben zwischen 4 und 18 (durchschnittlich 8,7) Jahre Erfahrung mit externen Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeinrichtungen. Durchschnittlich wurden von jedem Prüfer 8,7 bewohnerbezogene Prüfungen durchgeführt, wobei ein Prüfer mindestens 3 bis maximal 22 Bewohner prüfte. 22 der 34 Prüfer nahmen an Testprüfungen mit Plausibilitätskontrollen teil.

Einrichtungen

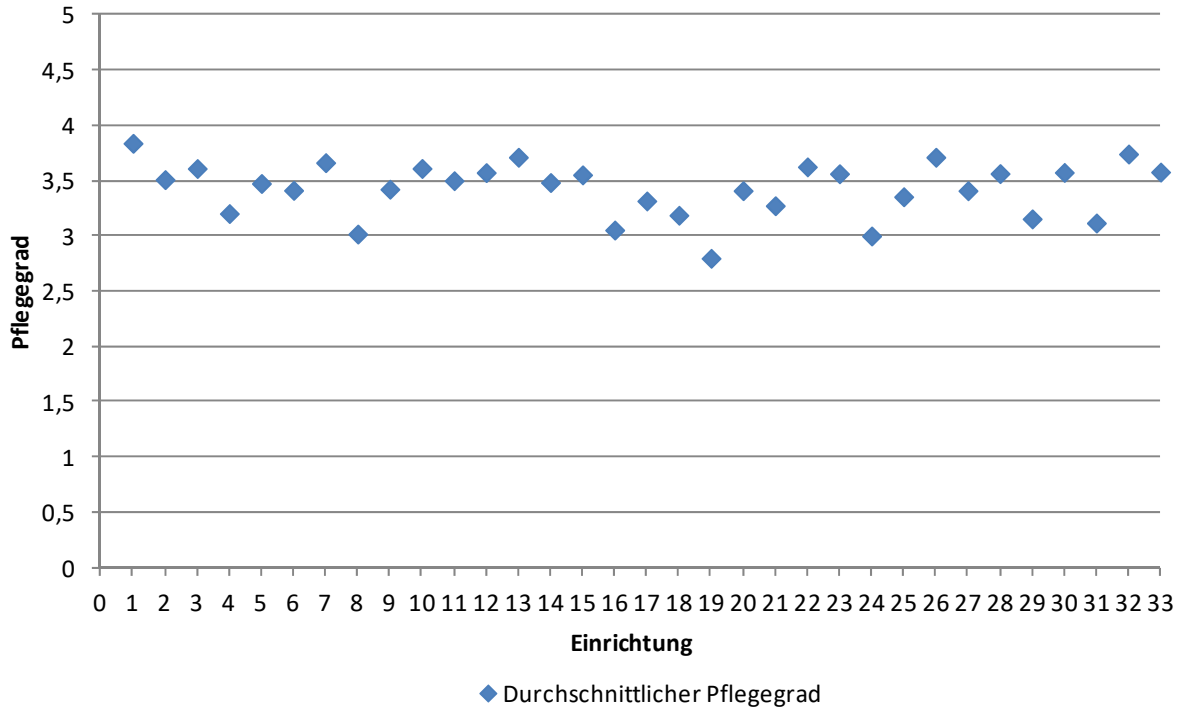
33 der 38 Einrichtungen haben an der Befragung teilgenommen (Rücklaufquote der Fragebögen=86,8 %).

Die 33 Einrichtungen halten durchschnittlich 88,5 vollstationäre Plätze vor. Die kleinste Einrichtung hält 36, die Größte 175 Plätze vor. 14 Einrichtungen halten ebenfalls Kurzzeitpflegeplätze vor, 2 Einrichtungen Tagespflegeplätze. In den Pflegeeinrichtungen waren zum Zeitpunkt der Prüfung zwischen 30 und 144 (durchschnittlich 84,7) vollstationäre Plätze belegt. In den 14 Einrichtungen mit Kurzzeitpflegeplätzen, waren durchschnittlich 4,9 Kurzzeitpflegegäste vorhanden.

8 der 33 Einrichtungen haben einen pflegefachlichen Schwerpunkt vereinbart. Zwei Einrichtungen haben einen Versorgungsschwerpunkt für Menschen mit einem Schlaganfall; jeweils eine Einrichtung hat einen Schwerpunkt für Menschen mit einer Huntington-Erkrankung, für eine beschützte Gerontopsychiatrie, für eine gerontopsychiatrische Fachabteilung, für ein psychiatrisches Pflegeheim, für Menschen mit schwer dementiellen Erkrankungen und für Menschen mit schwerst-mehrfacher Behinderung.

Alle Einrichtungen versorgten Bewohner mit den Pflegegraden 2 bis 5. 20 Einrichtungen versorgten bis zu 7 Bewohnern mit Pflegegrad 1. 5 Einrichtungen versorgten jeweils ein oder zwei Bewohner ohne Pflegegrad. Abbildung 2 zeigt den durchschnittlichen Pflegegrad aller Bewohner je Einrichtung.

Abbildung 2: Durchschnittlicher Pflegegrad aller Bewohner je Einrichtung



Von den 38 teilnehmenden Einrichtungen führen 24 bereits Ergebniserfassungen durch, sodass bei diesen Einrichtungen eine Plausibilitätskontrolle stattfinden konnte.

Bewohner

In den bewohnerbezogenen Prüfungen wurden Angaben zum Alter, zum Pflegegrad und zum Vorliegen von kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkungen erhoben. Sonstige bewohnerbezogene Daten wurden aus Datenschutzgründen nicht erfasst.

Die insgesamt 283 im Rahmen der Testprüfungen aufgesuchten Bewohner waren im Durchschnitt 82,2 (± 10,68) Jahre alt. Der jüngste einbezogene Bewohner war 27, der älteste 102 Jahre. Für 189 Bewohner (67,7 %) wurde angegeben, dass kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vorliegen, bei vier Bewohnern fehlte eine Angabe. Differenziert man zusätzlich nach Pflegegraden, dann ist festzustellen, dass die Bewohner in den geprüften Einrichtungen ohne Plausibilitätskontrollen im Durchschnitt einen etwas höheren Pflegebedarf aufwiesen.[29]

[29] Die erhobenen Informationen wurden getrennt nach Einrichtungen mit und ohne Plausibilitätskontrolle ausgewertet, um ggf. Aussagen zu den unterschiedlichen Stichprobenverfahren treffen zu können.

Tabelle 5: Charakteristika der in die Testprüfungen einbezogenen Bewohner

	Alle Testprüfungen	Testprüfungen mit Plausibilitätskontrolle	Testprüfungen ohne Plausibilitätskontrolle
Anzahl Bewohner	283	172	111
Durchschnittliches Alter (Standardabweichung)	82,2 (10,68)	82,02 (11,44)	82,7 (9,39)
Anzahl (Anteil) Bewohner mit kognitivien und/oder kommunikativen Einschränkungen	189 (67,7)	109 (63,4)	80 (72,1)
Anzahl (Anteil) Bewohner mit Pflegegrad 1	2 (0,7)	1 (0,6)	1 (0,9)
Anzahl (Anteil) Bewohner mit Pflegegrad 2	50 (17,7)	32 (18,6)	18 (16,2)
Anzahl (Anteil) Bewohner mit Pflegegrad 3	92 (32,5)	69 (40,1)	23 (20,7)
Anzahl (Anteil) Bewohner mit Pflegegrad 4	88 (31,1)	46 (26,7)	42 (37,8)
Anzahl (Anteil) Bewohner mit Pflegegrad 5	51 (18,0)	24 (14,0)	27 (24,3)

5.3 Validität des Prüfinstruments

5.3.1 Konstruktvalidität

Zur Konstruktvalidität wurde bereits im ersten Zwischenbericht festgehalten, dass derzeit kein allgemein verbindliches oder wissenschaftlich abgesichertes Konstrukt zur Qualität in der Pflege existiert (Hasseler et al. 2016). Insofern richtet sich das Konstrukt hier nach den gesetzlichen Anforderung, dass im Rahmen der (neuen) Qualitätsprüfung primär die Ergebnisqualität abzubilden sei (vgl. § 114 Abs. 2 Satz 3 SGB XI). Diesem Konstrukt wurde wesentlich durch die Integration von Indikatoren des Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ sowie diverser Nachfolgeprojekte (Wingenfeld 2016; Wingenfeld 2015; Wingenfeld et al. 2011) und unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der Pilotierung dieser Indikatoren (UBC 2017) Rechnung getragen. Was die ergänzenden Aspekte zur Struktur- und Prozessqualität betrifft, so wurde diese Frage im Zuge der Zusammenstellung möglicher weiterer Inhalte auf der Basis von Recherchen in verschiedenen Workshops immer wieder aufgeworfen.

Festzuhalten ist, dass sich das Konstrukt neben der Messung der Ergebnisqualität auf objektiv messbare und reliabel bewertbare Aspekte der Pflegequalität beschränken muss, weil die Ergebnisse der Qualitätsprüfung für Zwecke weiterverwendet werden, die ihrerseits hohe Anforderung vor allem an die Reliabilität von Prüfergebnissen stellen.

5.3.2 Kriteriumsvalidität

Wie bereits dem ersten Zwischenbericht als Forschungsstand zu entnehmen ist, hat sich auch in den Workshops mit der Expertengruppe der Nutzer vergleichsweise schnell gezeigt, dass das dargelegte und auf objektiv messbare Qualität abzielende Konstrukt nicht deckungsgleich mit dem Qualitätsverständnis von Verbrauchern ist. Insofern ergab sich der latente Konflikt, dass bestimmte Kriterien aus Verbrauchersicht sehr qualitätsrelevant sind, aber das Kriterium der Objektivität nicht erfüllen.

Als Konsequenz mangelnder Objektivität wurden zahlreiche Inhalte aus dem Kreis der prüfrelevanten Inhalte insofern ausgeschlossen, als dass sie nicht in das System der Qualitätsbewertung eingeschlossen sind. Zugleich wurde die Entscheidung getroffen, diese Aspekte innerhalb der Qualitätsdarstellung zu belassen bzw. auch diese Aspekte (möglichst) umfassend abzubilden.

5.3.3 Inhaltsvalidität

Im Rahmen der Inhaltsvalidität ist zu überprüfen, inwieweit die ausgewählten Inhalte insgesamt ausreichend sind, das gewünschte Konstrukt (hier: Qualität der stationären Pflegeeinrichtung) abbilden. Diese Frage wurde mit der Expertengruppe Prüfdienste und ergänzend mit den Expertengruppen Selbstverwaltung und Nutzerperspektive während der Entwicklung des Instrumentes fortlaufend überprüft und diskutiert. In verschiedenen Workshops wurden die Prüfinhalte hinsichtlich ihrer Vollständigkeit durch die Auftragnehmer und die Expertengruppen in Frage gestellt und überarbeitet. So kam es in der zweiten Phase des Projektes zu einer umfangreichen Umstrukturierung der Prüfinhalte, bei der auch nochmals neue Prüfinhalte aufgenommen wurden.

Bereits in diesem Prozess zeigte sich, dass einige für das Konstrukt relevante Inhalte unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht erfasst werden können (z.B. Mitarbeiterzufriedenheit). Somit liegt für das Prüfverfahren zumindest insofern eine eingeschränkte Inhaltsvalidität vor, als dass nicht alle potenziell relevanten Inhalte im Prüfverfahren abgebildet werden.

Mit der Anwendung des Instrumentes in den Testprüfungen gab es erneut die Gelegenheit die Inhaltsvalidität des Instrumentes zu prüfen und ggf. festzustellen, welche für das Konstrukt relevanten Inhalte nicht ausreichend mit dem Instrument abgebildet werden können.

Die Frage nach der Inhaltsvalidität wurde zum Einen in der Befragung der Prüfer adressiert und zum Anderen war dies eine Frage an die Teilnehmer des Workshops zu den Testprüfungen.

Ergebnisse der Befragung der Prüfer

Eine wesentliche Anforderung an das Prüfinstrument ist, dass es in der Lage sein muss, alle bzw. möglichst viele der in Prüfrealität festgestellte Auffälligkeiten abbilden und ggf. bewerten zu können. Deswegen wurden die Prüfer nach jeder Testprüfung dazu befragt, ob sie alle festgestellten Auffälligkeiten und Defizite in das Prüfinstrument bzw. den Prüfbogen aufnehmen konnten (Antwortoptionen: ja, nein). Die Prüfer hatten darüber hinaus die Möglichkeit, ihre Antwort in einem anschließenden Freitextfeld zu erläutern.

In 92 der 95 Fragebögen wurde diese Frage beantwortet. Die Prüfer konnten mehrheitlich (62,1 %) alle Feststellungen in den Prüfbogen eingetragen. In 33 Fragebögen (34,7 %) wurde angegeben, dass nicht alle Auffälligkeiten oder Defizite in den Prüfbogen aufgenommen werden konnten. In Tabelle 6 sind die Häufigkeiten und Anteile ausgewiesen.

Tabelle 6: Verteilung der Angaben zur Frage, ob alle festgestellten Auffälligkeiten oder Defizite im Prüfbogen untergebracht werden konnten (n=90)

Antwortoptionen	Ja	Nein	Missing
n	59	33	3
%	62,1	34,7	3,2

Zugrunde liegende Frage: Konnten Sie alle während der Prüfung festgestellten Auffälligkeiten im Prüfbogen unterbringen?

Zu 38 Prüfungen wurden Erläuterungen im Freitextfeld gegeben.

Die meisten Hinweise (n=25) bezogen sich auf die fehlende Möglichkeit, Auffälligkeiten zu ärztlichen Anordnungen (außerhalb der medikamentösen Therapie) wie z.B. hinsichtlich von Kompressionstherapien oder Blutzuckermessungen, im Prüfbogen unterzubringen. Einige weitere Prüfer haben dieses Problem auch im Zusammenhang mit einer defizitären Kommunikation mit Ärzten angemerkt.

Vier Prüfer haben angemerkt, dass Auffälligkeiten bei akute bzw. nicht chronische Wunden nicht untergebracht werden konnten – wobei ersichtlich war, dass dieses Problem auf uneindeutige Vorgaben in Prüfbogen und Ausfüllhinweisen zurückzuführen ist.

Einzelnen Prüfern fehlte die Möglichkeit bewerten zu können, wenn Personal nicht entsprechend seiner Qualifikation eingesetzt wird oder Aufgaben der Pflegefachkräfte (z.B. Injektionen, Risikoeinschätzungen) von nicht ausreichend qualifizierten Pflegekräften übernommen werden.

Je ein Prüfer bemängelte, dass folgende Auffälligkeiten nicht beschrieben und bewertet werden können: Auffälligkeiten des Hautzustandes, nicht genehmigte freiheitsentziehende Maßnahmen, Hygie-

nemängel bei einem Transfer, Biografieorientierung bei Ernährung und Körperpflege, Umgang mit Medizinprodukten, Einhaltung des PDCA-Zyklus bei der Wundversorgung.

Ergebnisse des Workshops

Alle Teilnehmer waren sich einig darin, dass zentrale Versorgungsthemen im neuen Prüfkonzept gut bzw. erheblich besser als im bisherigen Verfahren abgebildet werden können. Positiv hervorgehoben wurde die Integration der Qualitätsaspekte „Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten“ und „Nächtliche Versorgung“. Vor allem der Einbezug des Qualitätsaspekts „Nächtliche Versorgung“ wird positiv bewertet, wobei auch der nächtliche Personaleinsatz der Einrichtung berücksichtig werden müsse.

Wie bereits in den Befragungsergebnissen ersichtlich, fokussierte die kritische Diskussion vor allem das Thema „medizinische Behandlungspflege“ (wie z.B. RR-Messung, Kompressionstherapie), das aus Sicht der Prüfer nicht ausreichend berücksichtigt wird bzw. dass einzelne Aspekte nicht systematisch den vorgegebenen Qualitätsaspekten zugeordnet werden konnten. Insgesamt bestand in der Gruppe der Teilnehmer Konsens darüber, dass bei einer Überarbeitung des Prüfinstruments die medizinische Behandlungspflege besser bzw. systematisch eindeutiger berücksichtigt werden müsse.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse des Workshops und der Befragung der Prüfer zeigen, dass das Instrument, mit Ausnahme verschiedener Aspekte rund um das Thema Behandlungspflege, die relevanten Versorgungsthemen abbildet. Einzelne Meinungen zu bestimmten weiteren nicht abbildbaren Aspekten stellten für alle anderen Prüfer kein Problem dar, obwohl es sich zum Beispiel bei Themen wie „Auffälligkeiten des Hautzustandes“, „Hygienedefizite“ oder „Biografieorientierung bei Ernährung und Körperpflege“ mutmaßlich um Phänomene mit hoher Prävalenz handelt. Diese und auch einige weitere Hinweise verweisen nicht primär auf mangelnde Inhaltsvalidität des Instruments, sondern auf ggf. notwendige Verbesserungen in den Ausfüllhinweisen.

5.4 Objektivität

Datengrundlage zur Bewertung der Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität waren insbesondere die Doppelprüfungen.

Insgesamt wurden 50 Doppelprüfungen durchgeführt. Je Doppelprüfung waren bis zu 28 Bewertungen durch die beiden Prüfer vorzunehmen: bis zu 18 Qualitätsaspekte mussten in allen Doppelprüfungen bewertet werden, 10 Auffälligkeitsbewertungen im Rahmen einer Plausibilitätskontrolle waren bei 26 Doppelprüfungen vorzunehmen.

Bei 18 der 50 Doppelprüfungen lagen bei allen 28 Bewertungsmöglichkeiten (18 Bewertungsmöglichkeiten von Qualitätsaspekten, 10 Bewertungsmöglichkeiten der Plausibilität) keinerlei Unterschiede vor. Bei 26 Doppelprüfungen wurden unterschiedliche Bewertungen gleicher Sachverhalte vorgefunden. In 22 Doppelprüfungen haben die beiden Prüfer, bei gleicher Bewertung, unterschiedliche Sachverhalte festgestellt. Bei 13 von 50 Doppelprüfungen beschrieben die Prüfer in Bezug auf die gleiche Situation unterschiedliche Sachverhalte, die sie zudem unterschiedlich bewerteten.[30]

Über alle Doppelprüfungen hinweg waren insgesamt 1.400 einzelne Bewertungen theoretisch möglich. Praktisch konnten 548 Einzelbewertungen nicht vorgenommen werden, da die Voraussetzungen zu ihrer Prüfung in der Einrichtung oder beim Bewohner nicht vorlagen. Grundlage der Auswertung waren demensprechend 952 Einzelbewertungen. Bei 714 Einzelbewertungen, d.h. in 75 % aller Fälle, unterschieden sich die Angaben der Prüfer nicht. Bei insgesamt 138 Bewertungen wurde ein Unterschied zwischen den Angaben der beiden Prüfer festgestellt.

5.4.1 Durchführungsobjektivität

In Bezug auf das Prüfinstrument ist für die Durchführungsobjektivität relevant, ob die Prüfer eine gleiche Situation tatsächlich gleich wahrnehmen und beschreiben, unabhängig davon, wie sie diese bewerten.[31]

In den 50 Doppelprüfungen wurden 592 Einzelbewertungen zu 18 Qualitätsaspekten ausgewertet. 477 Einzelbewertungen stimmten überein, 115-mal wurden Unterschiede festgestellt.[32]

---

[30] Der zuletzt genannte Aspekt entzieht sich einer Auswertungsmöglichkeit, da kein gemeinsamer Bezugspunkt gegeben ist.

[31] An einigen Stellen wurden ergänzend auch die Erkenntnisse aus den Prüfdokumentationen der Testprüfungen zur Interpretation herangezogen.

[32] Der Qualitätsaspekt „Unterstützung des Bewohners bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten“ ist der einzige Qualitätsaspekt, bei dem sich die Prüfer in allen Einzelbewertungen immer einig waren.

Bei 37 der 115 unterschiedlichen Bewertungen der Qualitätsaspekte wurde von den beiden Prüfern in Bezug auf die gleiche Situation ein unterschiedlicher Sachverhalt dokumentiert. In 7 Doppelprüfungen trat dies bei dem Qualitätsaspekt „Unterstützung bei der Körperpflege“ auf. In jeweils 6 Doppelprüfungen wurden unterschiedliche Feststellungen bei den Qualitätsaspekten „Unterstützung im Bereich der Mobilität“ und „Unterstützung bei der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung“ getroffen, in 5 Doppelprüfungen beim Qualitätsaspekt „Medikamentöse Therapie“. Bei keiner Doppelprüfung wurden unterschiedlichen Sachverhalte bei den Bewertungen der Qualitätsaspekte „Unterstützungen bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung“, „Kommunikation“, „Freiheitsentziehende Maßnahmen“, „Unterstützung in Notfallsituationen“, „Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten“ und „Nächtliche Versorgung“ festgestellt. Die Streuung der Abweichungen verweist darauf, dass kein Qualitätsaspekt grundsätzlich Probleme hinsichtlich seiner Beschreibung aufweist.

Im Rahmen der 26 Testprüfungen mit Plausibilitätskontrolle waren insgesamt 260 einzelne Bewertungen zur Plausibilität vorzunehmen. Bei 237 Einzelbewertungen stimmten die Angaben überein. Bei 23 Bewertungen haben die Prüfer die Frage nach der Plausibilität unterschiedlich beantwortet (Auffälligkeiten vs. keine Auffälligkeiten) oder die Prüfer haben beide „Auffälligkeiten“ festgestellt, aber diese unterschiedlich begründet, also letztlich: Unterschiedliches festgestellt.[33]

Bei 12 der 23 unterschiedlichen Bewertungen stellten die Prüfer unterschiedliche Sachverhalte fest, d.h. sie führten unterschiedliche Auffälligkeiten als Begründung für ihre jeweilige Bewertung an. Jeweils 4 dieser 12 Bewertungen lagen bei „Angaben zur Mobilität und zu gravierenden Sturzfolgen“ und „Angaben zur Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung“ vor. Jeweils 1 unterschiedliche Feststellung konnte bei den „Angaben zu Gewichtsverlust und zu den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen“, bei den „Angaben zum Thema Schmerz“, bei den „Angaben zur Dekubitusentstehung“ und bei den „Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs“ festgestellt werden. Die Streuung der Abweichungen verweist darauf, dass bei der Feststellung von Auffälligkeiten keiner der 10 Aspekte der Plausibilitätskontrolle grundsätzliche Probleme aufwirft.

Bei 11 der 23 unterschiedlichen Bewertungen kamen die Prüfer zu einer unterschiedlichen Bewertung. Es muss ungeklärt bleiben, ob diesen Bewertungen bereits unterschiedliche Wahrnehmungen der Situationen zugrunde lagen, da die Prüfer, die keine Auffälligkeiten festgestellt haben, in der Regel auch keine Angaben zur Situation gemacht haben.

[33] Die 23 unterschiedlichen Bewertungen verteilten sich auf alle Fragen zur Plausibilität, mit Ausnahme der Angaben zur Plausibilität der Angaben zu Krankenhausaufenthalte, die in allen allen 26 Doppelprüfungen gleich bewertet wurden.

Zusammenfassung

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Prüfer die vorgefundenen Situationen mehrheitlich gleich wahrgenommen und dokumentiert haben; die gilt sowohl für die Qualitätsaspekte als auch für die Plausibilitätskontrollen. Nur bei 37 von 592 Einzelbewertungen (=6,25 %) der 18 Qualitätsaspekte und bei 12 von 260 Einzelbewertungen (=4,26 %) der Plausibilitätskontrolle lassen sich die Unterschiede eindeutig auf unterschiedlich dokumentierte Situationen und Sachverhalte zurückführen.[34] Zur vertieften Interpretation wird auf den Abschnitt zur Interpretationsobjektivität verwiesen, der sich im Wesentlichen auf die Auswertung der Testprüfungen bezieht.

5.4.2 Auswertungsobjektivität

Auswertungsobjektivität ist gegeben, wenn gleiche Informationen (hier: gleich dokumentierte Situationen) mithilfe der standardisierten Bewertungssystematik gleich bewertet werden. Auch hier bildeten die Auswertungen der Doppelprüfungen die Grundlage der Analyse.

Wie bereits im vorigen Abschnitt dargelegt kam es bei 592 Einzelbewertungen zu den 18 Qualitätsaspekten zu insgesamt 115 Abweichungen.

Von den 115 Abweichungen trifft für 55 Fälle (=9,26 %) zu, dass eine unterschiedliche Bewertung eines gleich beschriebenen Sachverhaltes vorlag. In jeweils 7 Doppelprüfungen lag eine unterschiedliche Bewertung zu den Qualitätsaspekten „Unterstützung bei der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung“ und „Medikamentöse Therapie“ vor, in jeweils 5 Doppelprüfungen bei den Qualitätsaspekten „Unterstützung bei der Körperpflege“ und „Überleitung bei Krankenhausaufenthalten“, sowie in 4 Doppelprüfungen bei dem Qualitätsaspekt „Unterstützung im Bereich der Mobilität“. Die Streuung der Abweichungen verweist darauf, dass kein Qualitätsaspekt grundsätzlich Probleme hinsichtlich der Bewertung aufweist.

Wie bereits im vorigen Abschnitt dargestellt, ergaben sich bei den 260 einzelnen Bewertungen in den Plausibilitätskontrollen 23 Nicht-Übereinstimmungen.

Bei 11 der 23 Abweichungen kamen die Prüfer zu unterschiedlichen Bewertungen – wobei, wie schon oben angemerkt, nicht sicher ist, ob diesen Bewertungen bereits unterschiedliche Wahrnehmungen der Situationen zugrunde lagen. Die unterschiedlichen Bewertungen wurden jeweils zweimal bei den „Angaben zur Mobilität und zu gravierenden Sturzfolgen“, den „Angaben zur Selbstständigkeit bei

[34] Ergänzend muss hierzu angemerkt werden, dass die Vorgabe, dass nur ein Prüfer die Prüfung aktiv durchführt, auch eine mögliche Quelle von Abweichungen ist. Zumindest kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Situation für den passiven Prüfer aufgrund seiner „passiven“ Rolle anders darstellt, weil er ggf. andere oder mehr oder weniger Fragen gestellt hätte oder sich ggf. andere Dokumente angeschaut hätte.

der Selbstversorgung“, den „Angaben zur Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte“ und den „Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten“ gemacht. Jeweils eine unterschiedliche Bewertung konnte bei den „Angaben zum Thema Schmerz“, den „Angaben zur Dekubitusentstehung“ und den „Angaben zur Anwendung von Gurten und Bettseitenteilen“ festgestellt werden. Die Streuung der Abweichungen verweist darauf, dass bei der Bewertung der 10 Fragen zur Plausibilitätskontrolle kein grundsätzliches Problem bei einem bestimmten Thema besteht.

Anhand dieser Angaben konnte ein Maß zur Übereinstimmung der Bewertung der Prüfer in Bezug auf die Plausibilitätskontrolle berechnet werden. Das Maß der Übereinstimmung (Interrater-Reliabilität) wurde mittels Cohens Kappa (k) bestimmt. Die Übereinstimmungen zweier Prüfer sind in der nachstehenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 7: Übersicht über die Anzahl der Übereinstimmungen der beiden Prüfer bei der Plausibilitätskontrolle

		Prüfer		
		Keine Auffälligkeit	**Auffällig**	*Randsumme*
Auditor	**keine Auffälligkeit**	218	5	*223*
	Auffällig	6	31	*37*
Randsumme		*224*	*36*	*260*

Für die Plausibilitätskontrolle beträgt der Cohens Kappa-Koeffizient 0,8247, was eine gute bis ausgezeichnete Interrater-Reliabilität für die Plausibilitätskontrolle ausweist.

Zusammenfassung

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Prüfer bei den Bewertungen der Qualitätsaspekte und der Auffälligkeiten in der Plausibilitätskontrolle mehrheitlich übereinstimmten. Nur bei 55 von 592 Einzelbewertungen (=9,26 %) der 18 Qualitätsaspekte traten Abweichungen auf. Der Cohens Kappa Wert von 0,8247 hinsichtlich der Übereinstimmung der Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle weist hier eine gute bis ausgezeichnete Interrater-Reliabilität aus. Zur vertieften Interpretation wird auf den Abschnitt zur Interpretationsobjektivität verwiesen, der sich im Wesentlichen auf die Auswertung der Testprüfungen bezieht.

5.4.3 Interpretationsobjektivität

Ein wichtiger Aspekt bei der Beurteilung der methodischen Güte des neuen Verfahrens betrifft die Frage, inwieweit die Prüfer die Definitionen und Anweisungen, die im Prüfinstrumentarium enthalten sind, so verwendet bzw. interpretiert haben, wie sie gemeint sind. Von entscheidender Bedeutung sind dabei die Anweisungen und Regeln, die die Bewertung von Auffälligkeiten und Defiziten betref-

fen. Von den Vorgaben zur Bewertung und von der Art und Weise, wie die Prüfer diese Vorgaben interpretieren, hängt letztlich das Ergebnis einer Qualitätsprüfung ab.

Im vorliegenden Fall ist besonders wichtig, inwieweit die Prüfer die Unterscheidung zwischen Auffälligkeiten und Defiziten nachvollzogen haben. Auffälligkeiten sind im vorliegenden Verfahren definiert als Sachverhalte, die aus fachlicher Perspektive optimierungsfähig sind, die aber für den Bewohner weder ein Risiko noch eine negative Folge mit sich bringen. Defizite hingegen werden als Sachverhalte verstanden, die entweder mit dem Risiko des Eintretens negativer Folgen oder mit tatsächlich eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner verbunden sind.

Die korrekte Unterscheidung zwischen dem Risiko des Eintretens negative Folgen und der tatsächlich eingetretenen negativen Folgen ist ebenfalls eine elementare Notwendigkeit. Auch diese Unterscheidung hat Konsequenzen für die Bewertung von Qualitätsdefiziten. Im Rahmen der Bewertungssystematik für das vorliegende Verfahren wird eine Situation, in der der Bewohner tatsächlich einen Nachteil erlitten hat, negativer bewertet als eine Situation, in der lediglich das Risiko eines solchen Nachteils aufgetreten ist, der Bewohner aber noch keinen Nachteil erfahren hat.

Auch auf die Unterscheidung zwischen systematischem Defizit und nicht-systematischem Defizit ist hinzuweisen. Systematische Defizite, das heißt Probleme, die ohne nachhaltiges Bemühungen der Einrichtung im Sinne einer Qualitätsverbesserung weiterhin Qualitätsprobleme nach sich ziehen, wurden in der ursprünglichen Bewertungssystematik des Prüfverfahrens besonders (negativ) gewichtet. Die Feststellung eines systematischen Fehlers ist allerdings eine anspruchsvolle Aufgabe und daher ein Vorgang, bei dem Ungenauigkeiten oder Fehler leicht auftreten und folgenreich sein können. Auch stellt sich die Frage, ob Prüfer während des Einrichtungsbesuchs stets die Möglichkeit haben, diejenigen Feststellungen zu treffen, die erforderlich sind, um die Entscheidung, ob ein systematisches Defizit vorliegt, zuverlässige vornehmen zu können.

Zur Beurteilung der Frage, wie die Prüfer in dieser Hinsicht agiert haben, wurden Klartextangaben aus den Prüfbögen zusammengestellt. Das Prüfverfahren sieht vor, dass in dem Fall, in dem eine Bewertungskategorie gewählt wird, der Prüfer diese Auswahl in Form von Klartext begründet. Anhand dieser Begründungen lässt sich erkennen, inwieweit die Vorgaben des Prüfinstrumentariums auch befolgt wurden. Dies gilt zumindest für die Mehrheit der Einträge. Mitunter findet man in den ausgefüllten Prüfbögen auch Hinweise, die sich nicht interpretieren lassen. Dies sind aber eher seltene Ausnahmen.

Außer Betracht blieben in der Analyse Fälle, bei denen es sich offenkundig um Fehleingaben handelt. Zwei Typen von Fehlangaben sind zu unterscheiden:

- Fehleingaben, bei denen tatsächlich der Prüfer ein falsches Eingabefeld gewählt hat, um eine bestimmte Erläuterung zu formulieren.
- Einträge, bei denen der Eindruck nahe liegt, dass der Prüfer keine andere Möglichkeit gesehen hat, einen aus seiner Sicht wichtigen Gedanken in das Formular einzutragen. Dies sind Einträge,

die im Kontext der Nutzung der Bewertungskategorien eigentlich nicht interpretierbar sind. Sie stehen zwar in einem inhaltlichen Zusammenhang mit der Bewertung, stellen aber eher eine Beschreibung von Situationsmerkmalen dar. Ein Beispiel hierfür ist die Aussage „erfasst wurde: ist unter Medikation schmerzfrei“. Dieser Eintrag fand sich in einem Prüfbogen an jener Stelle, wo das Thema Schmerzmanagement zu beurteilen war. Es ist ein typisches Beispiel. Hier wird ein Sachverhalt beschrieben, der eher dem Abschnitt Informationserfassung zuzuordnen wäre.

Im Großen und Ganzen, so lässt sich feststellen, waren die Prüfer in der Lage, die Vorgaben des Instrumentariums folgerichtig anzuwenden oder umzusetzen. Anhand der Klartextformulierungen ist erkennbar, dass die meisten von ihnen offenbar in der Lage waren, ein Defizit zu beschreiben, wo das Instrumentarium es von ihnen verlangte. Die Formulierungen, die sich in den Prüfbögen wiederfinden, lassen erkennen, dass die für die Qualitätsbewertung wichtigen Unterscheidungen zwischen den Bewertungskategorien nachvollzogen werden konnten. Wenn beispielsweise festgestellt wird, dass die Mitarbeiter die Gewichtsabnahme eines Bewohners erkannt haben, aber keine Gegenmaßnahmen eingeleitet haben, so entspricht dies unmittelbar der Logik, die mit der Kategorie Defizit mit negativen Folgen verknüpft ist.

Es gab jedoch auch Konstellationen, in denen Unsicherheiten auf Seiten der Prüfer sichtbar wurden. Einige dieser Unsicherheiten traten gehäuft auf und können als Hinweis darauf gewertet werden, dass das Prüfinstrumentarium an den betreffenden Stellen Unschärfen aufweist.

Ein häufiges zu beobachtendes Abgrenzungsproblem bestand zwischen Auffälligkeiten in Form von Dokumentationsdefiziten und lückenhaften oder nicht bedarfsgerechten Maßnahmenplanungen. Manche Prüfer hatten Schwierigkeiten zu unterscheiden, von welchem Punkt an eine Dokumentationsschwäche als Risiko (=Defizit) zu werten ist. Die Vorgabe des Prüfinstrumentariums lautet, dass Dokumentationsdefizite als Auffälligkeiten einzustufen sind und nicht als Risiko des Eintretens negativer Folgen, sofern sich der Prüfer davon überzeugen konnte, dass die Dokumentationslücke für die Versorgung keine Konsequenzen hat. Ein Beispiel hierfür ist eine nicht vollständige Beschreibung der Mobilitätsbeeinträchtigungen des Bewohners, während gleichzeitig im Arbeitsalltag bedarfsgerechte Unterstützung geleistet wird.

Das Prüfinstrumentarium sieht jedoch auch vor, dass bestimmte Bestandteile der Pflegedokumentation immer und auch ohne Lücken verfügbar sein müssen. Dazu gehört die individuelle Maßnahmenplanung, die die Gesamtheit der Hilfeleistungen aufführt, die aufgrund der individuellen Bedarfslage des Bewohners regelmäßig (planmäßig) erbracht werden muss. Liegt eine solche Maßnahmenplanung nicht vor, weist sie Lücken auf oder entspricht sie nicht dem individuellen Bedarf des Bewohners, so entsteht das Risiko, dass der Bewohner nicht bedarfsgerecht versorgt wird. Eine unvollständige Maßnahmenplanung führt mit hoher Wahrscheinlichkeit früher oder später (beispielsweise nach einem Personalwechsel) zu einer Diskontinuität in der Versorgung. Ähnliches gilt für die Tagesstruktur. Wenn ein Bewohner nicht in der Lage ist, selbstständig für einen strukturierten Tagesablauf zu sorgen, ist pflegerische Unterstützung zu leisten. Wird die gemeinsam mit dem Bewohner (oder auf-

grund von Erfahrungswerten) definierte Tagesstruktur jedoch nicht schriftlich fixiert, so besteht ebenso wie im Falle der schriftlichen Maßnahmenplanung das Risiko, dass im Alltag Versorgungslücken auftreten bzw. der Tag nicht so gestaltet wird, wie es den Bedürfnissen des Bewohners entspricht.

In beiden Fällen hätte der Prüfer also ein Defizit mit Risiko des Eintretens negativer Folgen feststellen müssen. Bei manchen Prüfern ist erkennbar, dass sie diese Vorgabe nicht konsequent eingehalten haben. Des Öfteren wurden Lücken in der Maßnahmenplanung als reiner Dokumentationsmangel eingestuft, also als Auffälligkeit, nicht als Defizit. Es ist anhand der Einträge der Prüfer nicht sicher abzuleiten, deutet sich aber an, dass die Prüfer hier individuell unterschieden haben, ob für den Bewohner wesentliche Fragen betroffen waren oder eher Nebensächlichkeiten. Diese Abstufung sieht das Prüfinstrumentarium allerdings nicht vor.

Unsicherheiten zeigten sich auch an Punkten, an denen aus dem Alltagsverständnis heraus anzunehmen wäre, das aus einer fehlenden Information oder Mitteilung zwangsläufig eine negative Folge resultieren muss. Wird beispielsweise das Risiko der Entstehung eines Dekubitus nicht korrekt eingeschätzt, so ist auch nicht zu erwarten, dass eine Dekubitusprophylaxe eingeleitet wird. Aus dem Fehlen der Risikoeinschätzung könnte in dieser Logik pauschal abgeleitet werden, dass negative Folgen für den Bewohner eintreten müssen. In der Logik des Prüfinstrumentariums reicht eine Annahme jedoch nicht aus. Der Prüfer muss sich viel mehr davon überzeugen, dass trotz fehlender oder fehlerhafter Risikoeinschätzung tatsächlich keine geeignete Maßnahme zur Vermeidung eines negativen Ereignisses eingeleitet wird.

Die Prüfer verwiesen zum Teil aber auch darauf, dass in den Prüfvorgaben nicht immer eindeutige Beispiele oder Formulierungen vorzufinden sind. Diese Kritik ist teilweise berechtigt. Es gibt einige Passagen im Prüfbogen, die tatsächlich Raum zur Interpretation lassen und im Rahmen der abschließenden Modifizierung des Prüfinstrumentariums zu präzisieren sind.

Die Einträge der Prüfer lassen auch erkennen, dass sie manchmal zögerten oder nicht von einer Bewertung überzeugt waren, wenn sie den Vorgaben des Instrumentariums folgten. In diesem Zusammenhang ist besonders wichtig, wie im Prüfinstrumentarium eine negative Folge für den Bewohner definiert ist. Dazu zählen nicht nur gesundheitliche Nachteile, sondern auch das Fehlen einer bedarfsgerechten Versorgung oder ein Handeln, das die Bedürfnisse und Wünsche des Bewohners ignoriert. Mitunter handelt es sich um wenig spektakuläre Alltagssituationen. In einem Fall bemängelte der Bewohner beispielsweise, dass die Mitarbeiter nicht seinem Wunsch nachkamen, seine Lieblingsmusik zu spielen. In einem solchen Fall fällt es schwer, ein Defizit mit eingetretener negativer Folge einzustufen.

Am auffälligsten war der Umgang der Prüfer mit der Anforderung, systematische und nichtsystematische Defizite zu unterscheiden. Zwei Dinge fielen bei der Analyse auf. Zum einen bezogen sich Prüfer mehrfach auf Auffälligkeiten, nicht auf Defizite, wenn sie auf die Strukturen verwiesen,

die eine Auffälligkeit zu einem systematischen Problem machten. Das Prüfinstrumentarium sieht allerdings vor, dass die Frage von systematischen Problemen nur im Falle der Defizite (verbunden mit einem Risiko oder einem tatsächlichen Nachteil für den Bewohner) zu beurteilen ist.

Darüber hinaus zeigte sich und wurde auch später in Gesprächen mit den beteiligten Prüfern bestätigt, dass systematische Fehler benannt, aber nicht, wie es das Instrumentarium eigentlich vorsieht, begründet wurden. Diese Begründung ist besonders wichtig, weil die Feststellung eines systematischen Defizits zu einer erheblichen Veränderung der Bewertung führt und daher in besonderer Weise eines Nachweises bedarf.

Im Gespräch mit den Prüfern konnte aufgeklärt werden, dass es sich hierbei nicht unbedingt um einen Zufall handelt. Nach Auskunft der Prüfer erwies sich die Identifizierung systematischer Probleme als sehr aufwändig. Nicht immer blieb während des Einrichtungsbesuchs hinreichender Raum dafür.

Je nach Prüfdienst bzw. je nach Team ließen sich jedoch große Unterschiede im Umgang mit dieser Anforderung feststellen. Es finden sich viele Beispiele, in denen Prüfer genauso gehandelt haben, wie es das Instrument von ihnen verlangt.

Die Anzahl der Fälle des nicht regelkonformen Verhaltens war in diesem Fall aber recht hoch. Dies führte, wie bereits an anderer Stelle angemerkt, zur Entscheidung, die Differenzierung zwischen systematischem und nicht-systematischem Fehler zu revidieren bzw. nicht in die Bewertungssystematik aufzunehmen.

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass die Prüfer – soweit sich dies auf der Grundlage des gesichteten Materials beurteilen lässt – überwiegend den Vorgaben des Instrumentariums gefolgt sind. An einigen Stellen weist das Instrumentarium Unschärfen auf, die zum Teil durch relativ geringfügige Anpassungen auf redaktioneller Ebene behoben werden können. Zum Teil weisen Abweichungen der Prüfer darauf hin, dass bestimmte Themen im Rahmen der Schulungen intensiver aufgegriffen werden sollten, als es im Rahmen der Vorbereitung der praktischen Erprobung möglich gewesen ist. Und schließlich ist festzustellen, dass das Prüfinstrumentarium mit der Unterscheidung zwischen systematischem und nicht-systematischem Fehler ein Element enthielt, das im Hinblick auf die praktische Umsetzung des Verfahrens in der Regelversorgung eine große Unsicherheit mit sich bringt. Damit wäre an zentraler Stelle ein erheblicher Unsicherheitsfaktor implementiert worden. Dies führte zu der Entscheidung, das Konstrukt des systematischen Fehlers nicht in die Bewertungssystematik zu integrieren.

5.5 Externe Validität, Diskriminationsfähigkeit, Reliabilität

Wie bereits im Angebot vermerkt, können zu den Aspekten externe Validität, Diskriminationsfähigkeit und Reliabilität nur vorläufige Einschätzungen abgegeben werden.

Externe Validität

Die externe Validität des Prüfinstrumentes bezieht sich darauf, inwieweit sich die Ergebnisse der empirischen Testung generalisieren, d.h. auf den Regelbetrieb übertragen lassen.

Die Charakteristika der teilnehmenden Einrichtungen (vgl. Kapitel 5.2) zeigen, dass hier Einrichtungen verschiedener Größen und mit verschiedenen pflegerischen Schwerpunkten einbezogen wurden und dass die Einrichtung hinsichtlich der Pflegegrade ihrer Bewohner unterschiedlich zusammengesetzt sind. Bei allen Einrichtungen war es möglich, eine Prüfung mittels des gleichen Prüfinstrumentes durchzuführen, ohne dass sich für eine Einrichtung (oder ein Prüfteam) besondere Schwierigkeiten ergaben. Letztlich ist die Anzahl der Einrichtungen aber bei Weitem zu gering, um das Spektrum aller möglichen Einrichtungen abzubilden und daraus eine Einschätzung der externen Validität ableiten zu können. Eine zuverlässige Aussage über die externe Validität des Instrumentes kann erst im Regelbetrieb getroffen werden.

Diskriminationsfähigkeit

Die Diskriminationsfähigkeit bezieht sich darauf, inwieweit das Prüfinstrument zwischen Einrichtungen mit guter und Einrichtungen mit schlechter Qualität unterscheiden kann. Dies kann anhand der Testprüfungen nur ansatzweise beurteilt werden.

Allerdings zeigt die folgende Übersicht (vgl. Tabelle 8) über die Ergebnisse aller Testprüfungen, dass die Einrichtungen mittels der Anwendung des gleichen Prüfinstruments unterschiedlich bewertet wurden. Angesichts der bereits oben angeführten relativ guten Objektivitätswerte des Instruments spricht dies dafür, dass die Einrichtungen tatsächlich unterschiedlich „gut“ waren.

Eine reliable Aussage kann aufgrund der geringen Zahl der Einrichtungen nicht getroffen werden. Hier sind statistische Auswertungen im Regelbetrieb oder mit einer deutlich größeren Stichprobe erforderlich.

Tabelle 8: Ergebnisse der Testprüfungen je Einrichtung (anhand einer vorläufigen Bewertungssystematik)

Einrichtung	Anzahl Qualitätsaspekte mit Bewertung „keine Qualitätsmängel“	Anzahl Qualitätsaspekte mit Bewertung „geringe Qualitätsmängel“	Anzahl Qualitätsaspekte mit Bewertung „moderate Qualitätsmängel“[35]	Anzahl Qualitätsaspekte mit Bewertung „erhebliche Qualitätsmängel“
1	15	0	0	0
2	15	1	0	0
3	12	1	0	0
4	18	0	0	0
5	17	0	0	0
6	16	1	0	0
7	16	0	0	0
8	12	6	0	0
9	5	7	3	1
10	17	0	0	0
11	16	1	1	0
12	16	1	0	0
13	17	0	0	0
14	10	6	1	1
15	10	1	4	3
16	7	5	4	0
17	3	5	6	2
18	15	0	0	0
19	13	3	0	0
20	13	1	0	0
21	11	1	2	0
22	9	2	3	3
23	8	2	4	2
24	10	2	2	1
25	9	5	2	1
26	10	5	1	0
27	12	3	0	2
28	7	9	1	0
29	14	1	2	0
30	13	2	2	0
31	11	2	3	0
32	13	3	1	0
33	5	4	3	6
34	12	2	2	0
35	2	6	6	2
36	11	0	5	0
37	6	7	0	2
38	15	2	0	1

[35] Die Bezeichnung der vier Bewertungskategorien eines Qualitätsaspektes entspricht der zum Zeitpunkt der Testprüfungen aktuellen Version. Nach den Testprüfungen wurden diese Kategorien weiterentwickelt.

Reliabilität

Die Reliabilität gibt an, wie zuverlässig das Prüfinstrument die Qualität einer Einrichtung misst. Da kein wahrer Wert zur Qualität einer Einrichtung oder ein sogenannter Gold Standard vorliegt, der zum Maßstab für die Bewertung der Reliabilität des Instrumentes herangezogen werden kann, kann sich der Frage beispielsweise in Bezug auf die Beobachtung der Entwicklung von Ergebnissen, d.h. in Zeitreihenanalysen genähert werden. Dies war in der Testung nicht vorgesehen und angesichts der Voraussetzungen auch nicht möglich.

Ein mögliches Maß aus der Testung, dass zu einem Abgleich für eine Einschätzung der Reliabilität herangezogen werden kann, ist die im Fragebogen erfragte subjektive Einschätzung des Prüfers zur Qualität der Einrichtung. Die Prüfer wurden hierfür nach jeder Testprüfung gebeten, die Qualität der Einrichtung subjektiv und ohne Rücksicht auf einzelne Feststellungen oder fachliche Bewertungen in der Prüfung, einzuschätzen. Die Einschätzung erfolgte anhand einer 5-stufigen Likert-Skala von 1 = sehr schlecht bis 5 = sehr gut. Tabelle 9 stellt diese Bewertung (je Prüfteam) den Ergebnissen der Testprüfungen gegenüber.

Diese Gegenüberstellung der verschiedenen Bewertungen lässt zumindest erkennen, dass die Einrichtungen, die von den Prüfern subjektiv als sehr gute Einrichtungen eingeschätzt wurden, auch tendenziell weniger bzw. keine schwereren Qualitätsmängel in der Prüfung aufwiesen. Betrachtet man das andere Ende der Tabelle wird klar, dass eine solche Aussage umgekehrt auf Einrichtungen, die von den Prüfern subjektiv als weniger gut eingeschätzt wurden nur bedingt zutrifft. Mit Blick auf die Anzahl der moderaten und erheblichen Qualitätsmängel wird aber deutlich, dass Einrichtungen, die hier vergleichsweise viele Eintragungen haben, von den Prüfern niemals als uneingeschränkt „sehr gut“ bewertet wurde.

Diesem Vergleich sollte für Aussagen zur Reliabilität kein zu großes Gewicht gegeben werden, da der hier herangezogene Vergleich die subjektive Wahrnehmung der Prüfer ist und es sich dabei um eine bewusst undifferenzierte Bewertung eines „Eindrucks“ handelt. Zudem zeigt die Tabelle, dass vorwiegend als gut oder sehr gut bewertete Einrichtungen an den Testprüfungen teilgenommen haben, sodass sich keine Aussage zu Einrichtungen mit einer tatsächlich schlechten Qualitätsbewertung getroffen werden kann.

Tabelle 9: Vergleich der subjektiven Einschätzung der Qualität der Einrichtung durch die Prüfer und der formalen Bewertung der Qualität der Einrichtungen anhand des Prüfinstrumentes

Einrichtung	Einschätzung des Prüfteams	Anzahl Qualitäts-aspekte mit Bewertung „keine Qualitätsmängel“	Anzahl Qualitäts-aspekte mit Bewertung „geringe Qualitätsmängel“	Anzahl Qualitäts-aspekte mit Bewertung „erhebliche Qualitätsmängel“	„Anzahl Qualitäts-aspekte mit Bewertung „Schwerwiegende Qualitätsmängel“
1	5	15	0	0	0
2	5	15	1	0	0
3	5	12	1	0	0
4	5	18	0	0	0
5	5	17	0	0	0
6	4,6	16	1	0	0
7	4,5	16	0	0	0
8	4,5	12	6	0	0
9	4,5	5	7	3	1
10	4,3	17	0	0	0
11	4,3	16	1	1	0
12	4,3	16	1	0	0
13	4,3	17	0	0	0
14	4	10	6	1	1
15	4	10	1	4	3
16	4	7	5	4	0
17	4	3	5	6	2
18	4	15	0	0	0
19	4	13	3	0	0
20	4	13	1	0	0
21	4	11	1	2	0
22	4	9	2	3	3
23	3,6	8	2	4	2
24	3,5	10	2	2	1
25	3,5	9	5	2	1
26	3,5	10	5	1	0
27	3,5	12	3	0	2
28	3,5	7	9	1	0
29	3,3	14	1	2	0
30	3,3	13	2	2	0
31	3,3	11	2	3	0
32	3	13	3	1	0
33	3	5	4	3	6
34	3	12	2	2	0
35	2,3	2	6	6	2
36	2,3	11	0	5	0
37	2	6	7	0	2
38	2	15	2	0	1

5.6 Praktikabilitätsanalyse

Gegenstand der Praktikabilitätsanalyse ist die Auswertung der Ergebnisse der Testprüfungen, insbesondere die Ergebnisse der Befragungen der Prüfer und Einrichtungen.

Im Folgenden ist zunächst zu beachten, dass weder Prüfer noch Einrichtungen ausreichend Gelegenheit hatten, sich intensiv mit dem neuen Prüfinstrument zu befassen. Die Prüfer hatten jeweils nur eine zweitägige Schulung und eine kurze Einweisung zu den Besonderheiten der Testsituation; den Einrichtungen war das Prüfinstrument bis zum Tag der Prüfung unbekannt. Insofern haben alle Beteiligten die Prüfung mit einem Instrument durchgeführt, das im engen Zeitrahmen des Projekt keinem Pre-Test unterzogen werden konnte.

Weiterhin ist zu beachten. dass es sich bei dem neuen Prüfinstrument um ein Gesamtsystem handelt, dessen einzelne Bestandteile teilweise in sehr enger Abhängigkeit voneinander stehen und entsprechend auch von den Befragten in dieser Abhängigkeit wahrgenommen und thematisiert wurden. Insofern sind auch quantitative Ergebnisse in Bezug auf trennscharf gestellte Fragen immer im Kontext von Abhängigkeiten zu Voraussetzungen und Konsequenzen zu sehen, die bestimmte Antworten erst verständlich machen und teils einer moderierenden Interpretation bedürfen.

Zuletzt ist anzumerken, dass Prüfer und Einrichtungen zu jeder Frage explizit mittels Freitextfeldern gebeten wurden, Probleme und Schwierigkeiten zu schildern, weshalb „Probleme“ in den qualitativen Teilen überrepräsentiert sind und deswegen immer in Bezug auf den quantitativen Ergebnisteil interpretiert werden müssen.

5.6.1 Ablauf der Prüfung

Im Fragebogen, der von den Prüfern nach Abschluss aller Testprüfungen zu beantworten war, wurde zusammenfassend danach gefragt, ob sie dem in der Verfahrensbeschreibung festgelegten Ablauf folgen konnten. In einem zusätzlichen Freitextfeld konnten die Prüfer erläutern, an welchen Stellen sie dem Ablauf nicht folgen konnten.

Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse dieser Frage, gesamt und unterteilt nach Prüfdiensten.

Tabelle 10: Angaben zur Frage, ob die Testprüfer der Verfahrensbeschreibung gefolgt sind (n=34)

Antwortoptionen	Ja	Nein	Missing
Alle Prüfer	21 (61,8)	13 (38,2)	0 (0)
Prüfdienst 1	2	4	0
Prüfdienst 2	1	2	0
Prüfdienst 3	4	1	0
Prüfdienst 4	4	2	0
Prüfdienst 5	4	0	0
Prüfdienst 6	3	0	0
Prüfdienst 7	1	4	0
Prüfdienst 8	2	0	0

Zugrunde liegende Frage: Konnten Sie dem in der Verfahrensbeschreibung beschriebenen Ablauf der Prüfung folgen?

Die Frage wurde von allen 34 Prüfern beantwortet. 21 Prüfer gaben an, dass sie dem Ablauf folgen konnten, 13 gaben an, dass sie dem Ablauf nicht immer folgen konnten.

Alle 13 Prüfer, die angaben, dem Ablauf nicht immer folgen zu können, haben das Freitextfeld für Erläuterungen genutzt.

Die Analyse der Erläuterungen ergab, dass sich fast alle Kommentare auf den speziellen Verfahrensablauf für die Testprüfungen bezogen. Hierin wurden bestimmte Testsituationen geschaffen (z.B. die Doppelprüfungen) und Abläufe (z.B. in Bezug auf die Reihenfolge der Prüfschritte) empfohlen, von denen die Prüfer zum Teil abgewichen sind.

Relevant sind allerdings Hinweise, die sich zwar nicht direkt auf dem Ablauf, aber auf inhaltliche Vorgaben der Verfahrensbeschreibung bezogen. Vereinzelt beschrieben Prüfer, dass sie von der Bewertungssystematik abgewichen sind sowie dass sie das Abschlussgespräch nicht in der vorgesehen Form durchgeführt haben. Gründe für Ersteres wurden hier nicht explizit benannt, Gründe für die Abweichung von der Bewertungssystematik wurden vor allem im abschließenden Workshop mit der Expertengruppe der Prüfdienste diskutiert.

Zum Abschlussgespräch gab es die meisten hier zu beachtenden Anmerkungen. Vier Prüfer merkten an, dass sie im Abschlussgespräch keine weiteren Informationen mehr eingeholt hätten und dies auch nicht praktikabel sei. Jeweils zwei Prüfer (des gleichen Prüfdienstes) haben im Abschlussgespräch der Einrichtung keine Rückmeldung dazu gegeben, was ihnen positiv in der Einrichtung aufgefallen ist und sie haben der Einrichtung im Abschlussgespräch auch keinen Raum für eigene Einschätzungen der Ergebnisse gegeben. Zwei Prüfer (verschiedener Prüfdienste) schilderten, dass sie im Abschlussgespräch keine weitere Beratung mehr vorgenommen haben.

Zusammenfassung

Auch wenn ein beachtlicher Teil der Prüfer angab, dem in der Verfahrensbeschreibung geschilderten Ablauf nicht gefolgt zu sein, ergibt sich aus den meisten genannten Punkten keine Abweichung vom beschriebenen Ablauf und damit kein Änderungsbedarf in Bezug auf das Instrumentarium. Berücksichtigung muss hingegen das Abweichen von der Bewertungssystematik und von den empfohlenen Inhalten des Abschlussgespräches finden.

5.6.2 Organisation der Prüfung

Über die Frage nach den Vorgaben der Verfahrensbeschreibung hinaus, wurden Prüfer und Einrichtungen nach organisatorischen Problemen, sowohl in Bezug auf die Testprüfungen als auch in Bezug auf eine mögliche zukünftige Implementierung gefragt.

Ergebnisse der Prüferbefragung

Die Frage, ob organisatorische Probleme während der Testprüfung auftraten, wurde insgesamt 93-mal (n=95) beantwortet. Unterschieden wurde zwischen Testprüfungen mit und ohne Plausibilitätskontrolle. Etwa zwei Drittel der Testprüfer (64,2 %) gaben an, dass keine organisatorischen Probleme auftraten. Kleinere Unterschiede zwischen Einrichtungen mit und ohne Plausibilitätskontrolle sind zu beobachten, aber nicht als relevante Unterschiede zu werten. Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Antworten unterschieden nach Testprüfungen mit und ohne Plausibilitätskontrolle.

Tabelle 11: Organisatorische Probleme bei der Testprüfung aus Prüfersicht (n=95)

Antwortoptionen	Ja	Nein	Missing
Antworten zu allen Testprüfungen (%)	32 (33,7)	61 (64,2)	2 (2,1)
Antworten zu allen Testprüfungen mit Plausibilitätskontrolle (%)	20 (32,3)	41 (66,1)	1 (1,6)
Antworten zu allen Testprüfungen ohne Plausibilitätskontrolle (%)	12 (36,5)	20 (60,6)	1 (3,0)

Zugrunde liegende Frage: Gab es organisatorische Probleme, die den Ablauf der aktuellen Testprüfung beeinträchtigt haben?

Mit Ausnahme eines Prüfers, erläuterten alle Prüfer, welche organisatorischen Probleme aufgetreten sind. Zwei Prüfer, die die Frage jeweils nicht mit ja oder nein beantwortet hatten, haben im Freitextfeld je ein organisatorisches Problem geschildert.

Die Freitextangaben beschrieben verschiedene organisatorische Probleme, die während der Testprüfungen aufgetreten sind. Nur ein kleinerer Teil der Angaben bezog sich auf Probleme, die in Bezug auf das Instrument oder diesbezügliche organisatorische Vorgaben auftraten, der größere Teil bezog sich auf Probleme im Zusammenhang mit der Testsituation (z.B. ausfüllbare PDF, nicht vorliegende

Einwilligungserklärungen) oder auf Probleme, die unabhängig von Instrument und Testsituation auftraten (z.B. Schwierigkeiten mit der hausinternen Software).

Unter den organisatorischen Problemen in Bezug auf das Instrument sticht das Fachgespräch heraus. Das Prüfinstrument sieht vor, das Fachgespräch als eine wichtige Informationsquelle heranzuziehen. Hierzu haben insgesamt 11 Prüfer (für 7 von 35 Prüfungen) angemerkt, dass nicht für alle bewohnerbezogenen Prüfungen geeignetes Personal – d.h. Personal, das den Bewohner gut kannte – für ein Fachgespräch zur Verfügung stand. Für die Einrichtungen mit Ergebniserfassungen wurde für zwei Testprüfungen ein analoges Problem dahingehend berichtet, dass die die Prüfung begleitenden Fachkräfte nicht jene waren, die die Angaben zu den Indikatoren dokumentiert hatten, was im Fachgespräch zu Schwierigkeiten geführt hat.

Nach Abschluss aller Prüfungen wurden die Testprüfer erneut zu organisatorischen Problemen, im Sinne zukünftiger Implementierungsbarrieren, befragt. Die Rückmeldungen von 30 Prüfern wurden von zwei Themen dominiert: Dem Zweifel, dass die Einrichtungen in den Regelprüfungen immer geeignetes Personal zur Verfügung stellen können und dem aus Prüfersicht hohen Zeitaufwand für die Prüfung.

Immerhin 21 Prüfer zweifelten an, dass in einem Regelbetrieb (bei unangekündigter Prüfung) immer geeignete Mitarbeiter für ein Fachgespräch zur Verfügung stehen, zumal auch vereinzelt in den Testprüfungen, trotz Anmeldung, kein geeigneter Mitarbeiter vorhanden war. Einige Prüfer beschrieben, dass dies in der Folge zu aufwendigeren bzw. zu dokumentationslastigen Prüfungen führt. Überdies wurde vermerkt, dass es auf der Einrichtungsseite für die Prüfungszeit zu personellen Engpässen kommen könne. Auch für die Plausibilitätskontrolle wurden Probleme gesehen, wenn der Ansprechpartner der Einrichtung nicht mit der Ergebniserfassung vertraut ist. Hauptsächlich sahen die Prüfer die genannten Probleme aber im Zusammenhang mit der unangemeldeten Prüfung im Regelbetrieb. Eine Ankündigung der Prüfungen würde aus Sicht dieser Prüfer dazu führen, dass die Einrichtungen überwiegend fachlich geeignetes und ausreichend Personal für die Prüfung organisieren können und die genannten Probleme daher weniger häufig auftreten würden.

13 Prüfer beschrieben, dass für die Prüfungen mehr Zeit als für die bisherigen Prüfungen benötigt wird und sich dies auf die Dauer der Qualitätsprüfungen und/oder die Anzahl der Prüfer, die an einer Qualitätsprüfung teilnehmen müssen, auswirke. 9 weitere Prüfer schilderten einzelne relevante Zeitfaktoren, die im Zusammenhang mit der Organisation der Prüfung zu beachten seien: Langes Suchen in der Dokumentation bei einigen Qualitätsaspekten, ausführlicheres Teamgespräch, längeres Abschlussgespräch bei Einrichtungen mit vielen Auffälligkeiten bzw. Defiziten, Redundanzen zwischen Team- und Abschlussgespräch, das Einholen der Einverständniserklärungen, Zeitaufwand der Einrichtungen, um geeignete Mitarbeiter für das Fachgespräch bereitzustellen, mehr Zeitaufwand durch eine dokumentationslastige Prüfung, wenn kein Fachgespräch möglich ist und der erhöhte Zeitaufwand bei der Prüfung von Bewohnern mit niedrigem Pflegegrad.

Ergebnisse der Einrichtungsbefragung

Auch die Vertreter der Einrichtungen wurden befragt, ob es organisatorische Probleme beim Ablauf der Testprüfung gegeben habe. Alle 33 Einrichtungen, die an der Befragung teilgenommen haben, beantworteten diese Frage. Lediglich 5 Einrichtungsvertreter (15,2 %) gaben an, dass es organisatorische Problemen gegeben habe, 28 (84,8 %) Einrichtungen berichteten keine organisatorischen Probleme (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Organisatorische Probleme, die den Ablauf der Prüfung beeinträchtigt haben (n=33)

Antwortoptionen	Ja	Nein	Missing
n	5	28	0
%	15,2	84,8	0

Zugrunde liegende Frage: Gab es organisatorische Probleme, die den Ablauf der aktuellen Prüfung beeinträchtigt haben?

Obwohl 5 Einrichtungen das Auftreten organisatorischer Probleme während der Testprüfung bejaht haben, haben nur 2 Einrichtungen hierzu weitere Angaben gemacht. Eines dieser Probleme bezog sich auf die nicht mit dem Instrument in Verbindung stehende Problematik des Einholens der Einwilligungserklärungen und des damit einhergehenden Zeitaufwands. Die zweite Einrichtung gab an, dass aufgrund der Vorgaben mehr Personal benötigt werde sowohl um die Prüfung zu unterstützen als auch zur Gewährleistung des pflegerischen Tagesablaufs. Beide Einrichtungen merkten an, dass man diesen organisatorischen Problemen mit einer Ankündigung des Prüftermins begegnen könne.

Ebenso wie die Prüfer wurden auch die Einrichtungen nach absehbaren organisatorischen Problemen eines zukünftigen Regelbetriebs gefragt. 21 Einrichtungen haben zu dieser Frage Stellung genommen. Die Mehrzahl der Einrichtungen verweist auf zwei Problemkreise: das nicht mit dem Instrument im Zusammenhang stehende Einholen der Einwilligungserklärungen sowie der personelle Mehraufwand, der aufgrund der Prüfung entsteht. Hier verweisen 2 der Einrichtungen darauf, dass zukünftig viele individuelle, personenbezogene Informationen über die Bewohner prüfungsrelevant sind, weshalb es erforderlich sei, dass die Bezugspflegekraft bei der Prüfung anwesend ist, was nicht immer „spontan“ gewährleistet werden könne. 6 der Einrichtungen schlugen eine Ankündigung der Prüfung mit einem Zeitfenster zwischen 12 und 48 Stunden vor Beginn der Qualitätsprüfung vor. Vorherrschend war die Ansicht, dass damit organisatorische Probleme verringert werden könnten, ohne dass eine Manipulation von Dokumentationen möglich sei.

Zusammenfassung

Über alle Befragungsergebnisse hinweg werden der (vergleichsweise) hohe Zeitaufwand und die Bereitstellung geeigneten Personals für die Fachgespräche als grundlegende Praktikabilitätsprobleme gesehen. Angesichts ihrer Relevanz wurden beide Aspekte auf dem Workshop mit den Testprüfern

diskutiert – wobei der zeitliche Aufwand im Zusammenhang mit den Zielsetzungen des neuen Instruments weniger diskutiert als vielmehr nur zur Kenntnis genommen wurde.[36] Mehrheitlich wurden die Fachgespräche als das zentrale organisatorische Problem und die Ankündigung von Prüfungen als eine mögliche Lösung gesehen. Die Teilnehmer des Workshops waren sich am Ende darüber einig, dass es den Einrichtungen durch die Ankündigungen der Testprüfungen möglich war, am Prüftag zumeist ausreichend (qualifiziertes) Personal für ein Fachgespräch zur Verfügung zu stellen. Deshalb plädierten die Teilnehmer mehrheitlich für eine kurzfristige Ankündigung der Prüfung, da das Manipulationspotenzial seitens der Einrichtung mit Blick auf die Eigenschaften des neuen Prüfinstruments relativ gering einzuschätzen sei.

Aus Sicht des Projektteams und mit Blick auf das Instrument ist festzuhalten, dass das Fachgespräch mit geeigneten Mitarbeitern ein gewünschter Baustein, aber keine zwingende Voraussetzung zur Durchführung einer Qualitätsprüfung ist.

5.6.3 Verfügbarkeit von Informationen

Ein wichtiger Faktor der Praktikabilität ist die Frage nach der Verfügbarkeit prüfrelevanter Informationen.[37]

Zur Datenverfügbarkeit wurden sowohl die Prüfer als auch die Einrichtungen nach jeder Testprüfung befragt. Zu jedem einzelnen Qualitätsaspekt der Bereiche 1 bis 4 sowie für die Aspekte 6.4 und 6.5 wurde gefragt, ob die notwendigen Informationen zur Beurteilung des Qualitätsaspektes verfügbar waren. Die Beantwortung der Frage erfolgte anhand einer vierstufigen Skala (ja, überwiegend ja, überwiegend nein, nein). An die Skalen schloss sich ein Freitextfeld an, indem die Prüfer und die Einrichtungen ihre Antworten ggf. begründen konnten.

Befragungsergebnisse der Prüfer

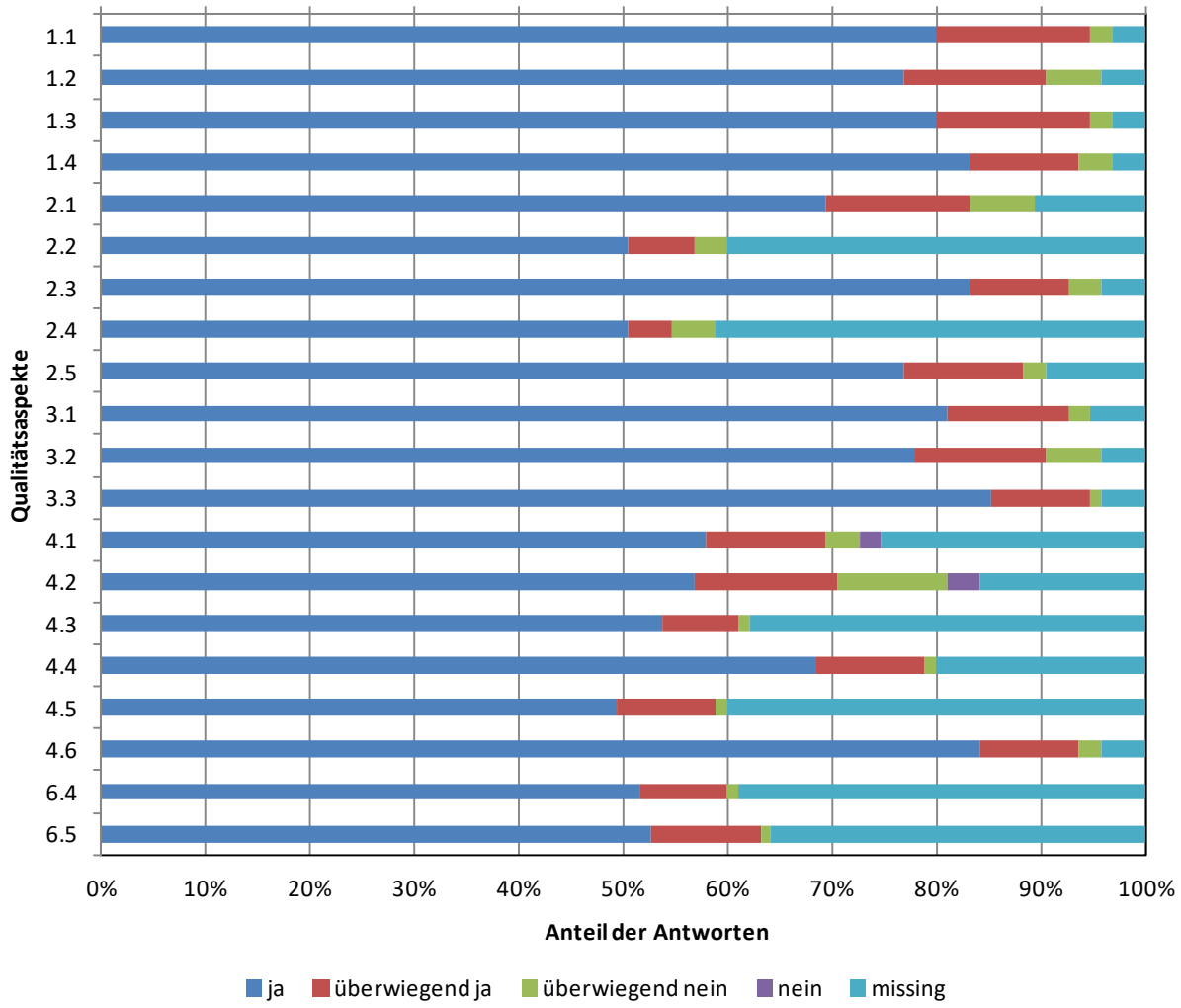
Die Frage nach der Verfügbarkeit der Informationen wurde in 92 von 95 Fragebögen beantwortet. Dreimal wurde die Frage von einem Prüfer nicht bearbeitet. Abbildung 3 zeigt die Verteilung der Antworten differenziert nach Qualitätsaspekten.[38]

[36] Der zeitliche Aufwand spielt auch bei vielen weiteren Aspekten eine Rolle. Dieses Thema wird ausführlich in Kapitel 0 behandelt.

[37] Aus diesem Grund wurden die Einrichtungen im Vorfeld bewusst nicht über die genauen Inhalte der Qualitätsprüfungen informiert. Auf diese Weise konnte in den Testprüfungen in Erfahrung gebracht werden, ob in den Einrichtungen prüfrelevante Unterlagen regelhaft vorliegen oder ob zusätzliche Dokumentationen notwendig sind.

[38] Für die Auswertung ist eine hohe Anzahl von fehlenden Angaben bei einzelnen Qualitätsaspekten zu berücksichtigen, da nicht jeder Qualitätsaspekt in jeder Prüfung von jedem Prüfer geprüft werden konnte. Hinzu kommt, dass die einrichtungsbezogenen Aspekte (6.4 und 6.5.) ohnehin nur von einem Prüfer je Testprüfung

Abbildung 3: Einschätzung der Prüfer zur Verfügbarkeit der notwendigen Informationen für die Beurteilung der Qualitätsaspekte in den Einrichtungen



Qualitätsaspekt 1.1: Unterstützung im Bereich der Mobilität; Qualitätsaspekt 1.2: Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung; Qualitätsaspekt 1.3: Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung; Qualitätsaspekt 1.4: Unterstützung bei der Körperpflege; Qualitätsaspekt 2.1 Schmerzmanagment; Qualitätsaspekt 2.2: Wundversorgung; Qualitätsaspekt 2.3: Medikamentöse Therapie; Qualitätsaspekt 2.4 Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen; Qualitätsaspekt 2.5: Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten; Qualitätsaspekt 3.1: Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmungen; Qualitätsaspekt 3.2: Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung; Qualitätsaspekt 3.3: Kommunikation; Qualitätsaspekt 4.1: Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug; Qualitätsaspekt 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten; Qualitätsaspekt 4.3: freiheitsentziehende Maßnahmen; Qualitätsaspekt 4.4 Unterstützung in Notfallsituationen;

erhoben wurden. Bei drei Fragebögen fehlten alle Angaben zu den Qualitätsaspekten, bei einem weiteren fehlten Teile.

Qualitätsaspekt 4.5: Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten; Qualitätsaspekt 4.6: Nächtliche Versorgung; Qualitätsaspekt 6.4: Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen; Qualitätsaspekt 6.5: Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Aus der Grafik lässt sich ersehen, dass über alle Qualitätsaspekte hinweg (mit Ausnahme des Qualitätsaspekts 4.5) mindestens 50 % der Prüfer der Antwortvorgabe zugestimmt haben, dass alle notwendigen Informationen in den Einrichtungen verfügbar waren. Nur bei den beiden Qualitätsaspekten 4.1 (zweimal) und 4.2 (dreimal) kam es überhaupt vor, dass die Prüfer angaben, dass Informationen gar nicht vorlagen.

Besonders hoch ist die Verfügbarkeit von Informationen (ja/überwiegend ja) in den Prüfbereichen 1 und 3. Faktisch trifft die hohe Verfügbarkeit auch auf jene 6 Qualitätsaspekte zu, in denen die Zustimmungswerte die 65 %-Marke nicht überschritten haben (2.2, 2.4, 4.3, 4.5, 6.4 und 6.5) da hier jeweils mindestens 35 % auf Missings entfielen. Nur der Qualitätsaspekte 4.2 weist einen nennenswerten Anteil an „überwiegend nein“ Antworten aus; bei diesem Aspekt gab es zugleich auch die meisten „nein“ Antworten.

In 38 von 95 Fragebögen wurde das Freitextfeld für Erläuterungen genutzt. Die einzige Information die hier mehrfach (15-mal!) als fehlend angegeben wurde, war der Überleitungsbogen bei Krankenhausaufenthalten (Qualitätsaspekte 4.2). Hierzu wurde zumeist geschildert, dass die Einrichtungen glaubhaft machen konnten (Fachgespräch, Dokumentation, verfügbare Vorlagen), dass Überleitungsbögen ausgestellt und mitgegeben wurden. Allerdings erstellten die betroffenen Einrichtungen keine Kopien der Überleitungsbögen bzw. teilweise haben die Pflegekräfte keine Gelegenheit, den ausgefüllten Überleitungsbogen zeitnah zu kopieren, bevor er dem Bewohner mit ins Krankenhaus gegeben wird. Gerade EDV-gestützte Dokumentationen ermöglichen zwar oftmals eine automatische Erstellung eines aktuellen Überleitungsbogens, der aber nicht automatisch gespeichert wird. Rückwirkend lassen sich ebenfalls keine Bögen erzeugen.

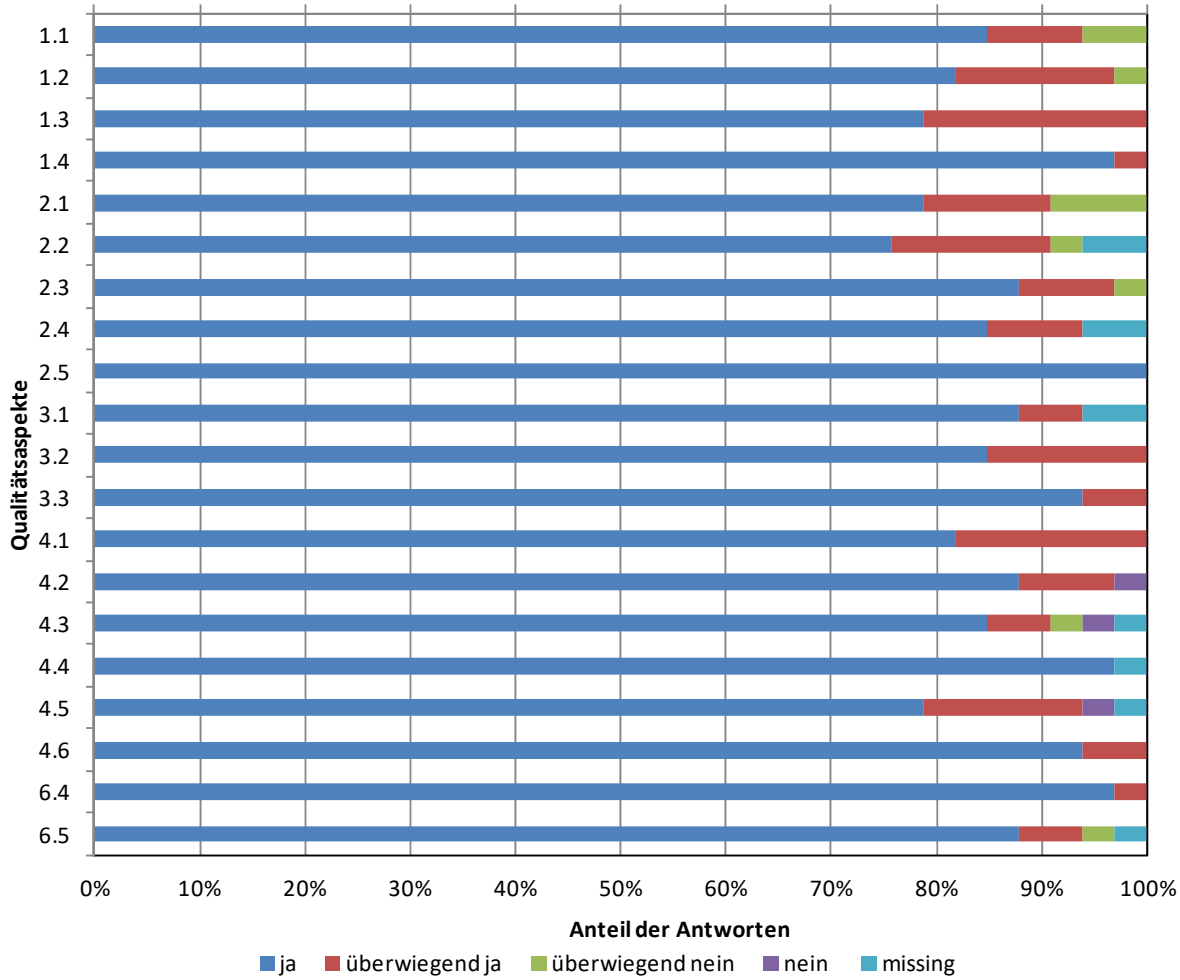
Alle anderen fehlenden Informationen wurden nur je einmal auf einem Fragebogen genannt. Bei allen handelte es sich um (seltene) einrichtungsspezifische Probleme (z.B. Probleme mit dem SIS), die nicht verallgemeinert werden können.

Befragungsergebnisse der Einrichtungen

Auch die Vertreter der Einrichtungen wurden dazu befragt, ob alle Informationen zu den jeweiligen Qualitätsaspekten verfügbar waren. Auch sie konnten mit „ja“, „überwiegend ja“, „überwiegend nein“ oder „nein“ antworten. 33 Einrichtungen haben hierzu Angaben gemacht. Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Antworten je Qualitätsaspekt.[39]

[39] Insgesamt ergeben sich einige wenige Missings: In absoluten Zahlen gesprochen, haben jeweils 2 Einrichtungen keine Angaben zu den Qualitätsaspekten 2.2, 2.4 und 3.1 gemacht. Bei den Qualitätsaspekten 4.3, 4.4, 4.5 und 6.5 hat jeweils nur eine Einrichtung keine Angaben gemacht.

Abbildung 4: Angaben der Einrichtung zum Vorliegen der erfragten Informationen



Qualitätsaspekt 1.1: Unterstützung im Bereich der Mobilität; Qualitätsaspekt 1.2: Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung; Qualitätsaspekt 1.3: Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung; Qualitätsaspekt 1.4: Unterstützung bei der Körperpflege; Qualitätsaspekt 2.1 Schmerzmanagment; Qualitätsaspekt 2.2: Wundversorgung; Qualitätsaspekt 2.3: Medikamentöse Therapie; Qualitätsaspekt 2.4 Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen; Qualitätsaspekt 2.5: Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten; Qualitätsaspekt 3.1: Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmungen; Qualitätsaspekt 3.2: Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung; Qualitätsaspekt 3.3: Kommunikation; Qualitätsaspekt 4.1: Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug; Qualitätsaspekt 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten; Qualitätsaspekt 4.3: freiheitsentziehende Maßnahmen; Qualitätsaspekt 4.4 Unterstützung in Notfallsituationen; Qualitätsaspekt 4.5: Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten; Qualitätsaspekt 4.6: Nächtliche Versorgung; Qualitätsaspekt 6.4: Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen; Qualitätsaspekt 6.5: Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Für alle einzelnen Qualitätsaspekte haben die Einrichtungen zu über 90 % eine hohe Verfügbarkeit angegeben („ja“ / „überwiegend ja“). Bei 11 der 20 Qualitätsaspekte lag die hohe Verfügbarkeitsaussage zu 100 % in den beiden zustimmenden Optionen (wenn dazu Angaben gemacht wurden). Für den Qualitätsaspekt 2.5 wurde von allen Einrichtungen eine vollständige Datenverfügbarkeit (100 %

„ja“) angegeben. Ein relevanter Unterschied zwischen Einrichtungen, die bereits an der Ergebniserfassung teilnehmen und jenen, die noch nicht daran teilnehmen, bestand nicht.

13 Einrichtungen haben das Freitextfeld für weitere Erläuterungen genutzt. Hier hatten die Vertreter der Einrichtungen die Möglichkeit, die Gründe für nicht vorliegende Information zu begründen. Abgesehen von der auch von den Prüfern festgestellten Problematik nicht verfügbarer Überleitungsbögen, bezogen sich alle Erläuterungen dazu, warum bestimmte Dokumente in der Testprüfung nicht vorgelegen haben, nicht aber auf eine grundsätzliche Unverfügbarkeit. Dies bestätigt sich bei der zusätzlichen, nur den Einrichtungen gestellten Frage, welche Informationen im Regelbetrieb bzw. bei einer unangemeldeten Prüfung nicht oder nur schwer zur Verfügung zu stellen seien. Angesichts der insgesamt großen Verfügbarkeit von prüfrelevanten Informationen bei fast allen Einrichtungen, wurde hierzu nur von einer Einrichtung Stellung genommen. Aber auch hier wurde lediglich erklärt, warum in der Testprüfung bestimmte Informationen nicht vorlagen.

Zusammenfassung

Aus den Ergebnissen kann gefolgert werden, dass die im Zusammenhang mit dem Instrument erforderlichen Informationen bei den Einrichtungen grundsätzlich verfügbar sind und dass kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand für die Einrichtungen aufgrund des Instrumentes entsteht. Einzig das Nichtvorliegen von Überleitungsbögen ist anders zu bewerten, da es sich angesichts der Häufigkeit und auch mit Blick auf die Begründungen als grundsätzliches Problem einer nicht regelhaft verfügbaren Information darstellt.

5.6.4 Praktikabilität des Fachgespräch

Ein weiteres Element des Prüfinstrumentes ist das Fachgespräch in dem Sinne, dass es stärker als bisher als Informationsquelle genutzt werden soll, um eine ganzheitliche Betrachtung der Versorgung der Bewohner zu ermöglichen und eine Prüfkultur des Austausches „auf Augenhöhe“ zwischen Prüfer und Einrichtung zu schaffen. Das Fachgespräch ist als eine wichtige und gleichrangige Informationsquelle zu anderen Datenquellen zu betrachten. Im Rahmen der Prüfung soll es andere Quellen wie zum Beispiel die Dokumentation ergänzen, kann diese aber nicht in allen Punkten ersetzen.

Sowohl die Einrichtungen als auch die Prüfer wurden zur Praktikabilität der Fachgespräche sowie nach möglichen Hindernissen der Durchführung befragt. Die Prüfer wurden zunächst nach jeder Testprüfung befragt, ob sie das Fachgespräch in der Testprüfung überhaupt nutzen konnten (Antwortoptionen: ja, nein) und wenn ja, inwieweit es eine geeignete Informationsquelle in der Testprüfung war (Antwortoptionen: ja, überwiegend ja, überwiegend nein, nein). In einem anschließenden Freitextfeld konnten die Prüfer ihre Antworten erläutern. Nach Abschluss aller Testprüfungen sollten die Prüfer auf Grundlage ihrer in den Testprüfungen gemachten Erfahrungen, generell beurteilen, inwieweit das Fachgespräch eine geeignete Informationsquelle ist, um die Pflegesituation des Bewoh-

ners korrekt zu erfassen. Auch hier konnten die Prüfer zunächst anhand einer vierstufigen Skala (ja, überwiegend ja, überwiegend nein, nein) formal bewerten und ggf. ihre Antwort in einem Freitextfeld erläutern.

Die Einrichtungen wurden befragt, ob und inwieweit das Fachgespräch im Sinne eines Ersatzes oder als Ergänzung zur Dokumentation genutzt wurde. Hierzu wurde einleitend erläutert, dass im neuen Prüfverfahren vorgesehen ist, dass das Fachgespräch überall dort, wo es möglich und sinnvoll ist, die Dokumentationsprüfung ersetzen bzw. notwendige Dokumentationen ergänzen soll. Auch hier sollte anhand einer vierstufigen Skala (ja, überwiegend ja, überwiegend nein, nein) zunächst formal bewertet werden, bevor in einem anschließenden Freitextfeld die Antwort erläutert werden konnte.[40]

Ergebnisse der Prüferbefragung

In der Befragung der Prüfer nach jeder Testprüfung gaben die Prüfer bei 83 Fällen (87,4 %) an, dass das Fachgespräch als Informationsquelle genutzt werden konnte, in 10 Fällen (10,5 %) war diese Voraussetzung zur Durchführung eines Fachgesprächs nicht gegeben. Ein nennenswerter Unterschied zwischen Einrichtungen mit oder Ergebniserfassung ergab sich nicht (88,7 vs. 84,8 %). Tabelle 13 stellt die Verteilung der Antworten gesamt und unterteilt nach Testprüfungen mit und ohne Plausibilitätskontrolle dar.

Tabelle 13: Angaben zur Frage, ob das Fachgespräch als eine primäre Informationsquelle genutzt werden konnte (n=95)

Antwortoptionen	Ja	Nein	Missing
Antworten zu allen Testprüfungen (%)	83 (87,4)	10 (10,5)	2 (2,1)
Antworten zu allen Testprüfungen mit Plausibilitätskontrolle (%)	55 (88,7)	6 (9,7)	1 (1,6)
Antworten zu allen Testprüfungen ohne Plausibilitätskontrolle (%)	28 (84,8)	4 (12,1)	1 (3,0)

Zugrunde liegende Frage: Haben Sie das Fachgespräch in diesem Sinne als primäre Informationsquelle genutzt?

Die weitergehende Frage, ob das Fachgespräch dort, wo es genutzt werden konnte, eine geeignete Quelle zur Gewinnung verlässlicher Informationen ist, wurde zu 81 % bejaht. Nur zu 12,6 % der Testprüfungen sahen die Prüfer das Fachgespräch überwiegend nicht oder nicht als geeignete Quelle. Unterteilt nach Testprüfungen mit bzw. ohne Plausibilitätskontrolle bewerteten die Prüfer hier auch mit jeweils mehr als 80 % das Fachgespräch (80,7 % vs. 81,9 %) als mindestens überwiegend geeignet. Tabelle 14 stellt die Verteilung der Antworten gesamt und unterteilt nach Testprüfungen mit und ohne Plausibilitätskontrolle dar.

[40] Alle Prüfer, die das Fachgespräch in einer jeweiligen Einrichtung als überwiegend nicht oder gar nicht geeignet eingeschätzt haben, haben ihre Antworten begründet.

Tabelle 14: Angaben zur Eignung des Fachgespräches als verlässliche Informationsquelle (n=95)

Antwortoptionen	Ja	Überwiegend ja	Überwiegend nein	Nein	Missing
Antworten zu allen Testprüfungen (%)	27 (28,4)	50 (52,6)	10 (10,5)	2 (2,1)	6 (6,3)
Antworten zu allen Testprüfungen mit Plausibilitätskontrolle (%)	15 (24,2)	35 (56,5)	7 (11,3)	0 (0)	5 (8,1)
Antworten zu allen Testprüfungen ohne Plausibilitätskontrolle (%)	12 (36,4)	15 (45,5)	3 (9,1)	2 (6,1)	1 (3,0)

Zugrunde liegende Frage: Wenn Sie das Fachgespräch als primäre Informationsquelle genutzt haben: War das Fachgespräch in dieser Einrichtung eine geeignete Quelle zur Gewinnung verlässlicher Informationen?

In der Gesamteinschätzung zur Geeignetheit der Fachgespräche fiel die Einschätzung noch etwas positiver aus. Über 90 % der 33 (von 34) Prüfer bewerteten das Fachgespräch als geeignet oder überwiegend geeignet. Nur drei Prüfer schätzen das Fachgespräch als überwiegend nicht oder gar nicht geeignet ein. Erneut ergaben sich keine relevanten Unterschiede in Bezug auf Testprüfungen mit oder ohne Plausibilitätskontrolle. Tabelle 15 stellt die Verteilung der Antworten und unterteilt nach Testprüfungen mit und ohne Plausibilitätskontrolle dar.

Tabelle 15: Angaben zur Eignung des Fachgespräches zur Erfassung der Pflegesituation (n=34)

Antwortoptionen	Ja	Überwiegend ja	Überwiegend nein	Nein	Missing
Anzahl Prüfer (%)	5 (14,7)	25 (73,5)	3 (8,8)	0 (0)	1 (2,9)
Anzahl Prüfer mit mind. zwei Testprüfungen mit Plausibilitätskontrollen oder genau einer Testprüfung mit Plausibilitätskontrolle (%)	2 (11,8)	14 (82,4)	1 (5,9)	0 (0)	0 (0)
Anzahl Prüfer mit keiner oder einer Testprüfung mit Plausibilitätskontrolle bei mehreren Testprüfungen (%)	3 (17,6)	11 (64,7)	2 (11,8)	0 (0)	1 (5,9)

Zugrunde liegende Frage: Sind die Fachgespräche nach Ihren Erfahrungen aus den Testprüfungen eine geeignete Informationsquelle, um Pflegesituationen von Bewohnern korrekt zu erfassen?

In 65 Fragebögen zu den einzelnen Prüfungen haben Prüfer ihre jeweiligen Angaben zu den Testprüfungen spezifisch erläutert. Weiterhin haben 29 von 34 Prüfern hierzu abschließende Einschätzungen vorgenommen[41].

[41] Da die Anmerkungen zur prüfungsspezifischen und der allgemeinen Frage einen sehr hohen Überschneidungsgrad aufweisen, wird die qualitative Auswertung hier zusammengefasst.

Mehrfach wurde positiv hervorgehoben, dass das Fachgespräch gut im Zusammenspiel mit Bewohnerauskünften und der Dokumentation funktionierte und die Mitarbeiter verlässliche Informationen liefern konnten sowie auch, dass Einrichtungen im Regelfall ausreichend Mitarbeiter für ein Fachgespräch bereitstellen konnten. Allerdings wurde auch deutlich, dass der „richtige", d.h. ein fachlich geeigneter Ansprechpartner entscheidend für die Nutzbarkeit des Fachgespräches ist und dass Leitungskräfte oder QM-Beauftragte, die den Bewohner nicht ausreichend kennen hierfür weniger geeignet sind. Vereinzelt wurde auch in Bezug auf Plausibilitätskontrollen angemerkt, dass ein Fachgespräch nur dann geeignet ist, wenn der begleitende Mitarbeiter die Ergebniserfassung selbst durchgeführt hat.

In direktem Bezug zum Instrument und seinen Vorgaben müssen mehrere Anmerkungen der Prüfer gesehen werden, in denen Unsicherheiten in Bezug auf die Gewichtung oder auch die Abgrenzung des Fachgesprächs gegenüber anderen Informationsquellen sichtbar wurden. So wiesen Prüfer oftmals darauf hin, dass die Sichtung der Dokumentation in den Ausfüllhinweisen bzw. in den Hinweisen zur Bewertung zur Prüfung vieler Qualitätsaspekte explizit gefordert war (z.B. Maßnahmenplanung), weshalb hier prinzipiell eine Prüfung der Dokumentation erfolgte, auch wenn die Information im Fachgespräch bereits gewonnen wurde. In diesem Zusammenhang wurde von zwei Prüfern geschildert, dass nicht immer klar war, wann die Angaben aus einem Fachgespräch ausgereicht haben und wann die Dokumentation prinzipiell in die Prüfung einbezogen werden muss.

In Bezug auf mögliche Verbesserungen des Instruments sind deshalb vor allem jene Hinweise von besonderer Bedeutung, die sich auf Inhalte oder Situationen beziehen, in denen das Fachgespräch zur Gewinnung verlässlicher Informationen nicht oder nur unzureichend geeignet ist.

Mehrere Prüfer äußerten sich zu Prüfinhalten, in denen eine Überprüfung der Dokumentation unverzichtbar sei. Am häufigsten wurden Risikoeinschätzungen (z.B. Dekubitusrisiko oder Sturzrisiko) genannt. Ebenfalls häufig genannt wurden Informationen zum Schmerzmanagement und zur Schmerzeinschätzung. Auch wenn es um verlässliche Informationen zu Ereignissen aus der Vergangenheit (z.B. Krankenhausaufenthalte, Notfälle oder Stürze) gehe, müsse die Dokumentation herangezogen werden. Auch bestimmte Messwerte, wie z. B. das Gewicht des Bewohners, wurden als Informationen genannt, die nur schwer im Fachgespräch gewonnen werden können. Von einigen Prüfern wurde angemerkt, dass auch z.B. Wünsche von (kognitiv eingeschränkten) Bewohnern besser der Dokumentation zu entnehmen seien. Von einzelnen Prüfern wurden darüber hinaus Wundversorgung, Medikamentöse Therapie, besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen, Kontinenzprofil, nächtliche Versorgung, Eingewöhnung des Bewohners, Tagesstruktur des Bewohners und der Hautzustand als Informationen genannt, die eine Einsichtnahme in die Dokumentation zwingend erforderlich machten, weil das Fachgespräch hierfür nicht oder nur eingeschränkt geeignet ist.

Zu den Situationen, in denen das Fachgespräch nicht oder nur eingeschränkt genutzt werden kann, gehören Prüfungen bei kognitiv eingeschränkten Bewohnern, da sich hier die Angaben der Mitarbeiter nicht im Gespräch mit dem Bewohner verifizieren lassen und deshalb ein Rückgriff auf die Doku-

mentation erforderlich ist. Unter den weiteren von den Prüfern beschriebenen Situationen, in denen das Fachgespräch an seine Grenzen stößt, wurden am häufigsten die Situationen geschildert, in denen die Informationen aus dem Fachgespräch nicht mit Aussagen des Bewohners oder Aussagen anderer Mitarbeiter der Einrichtung oder der Beobachtung des Prüfers übereinstimmten. Zum Teil haben auch Mitarbeiter der Einrichtung selbst die Dokumentation hinzugezogen. In diesen Situationen ergab sich vor allem dann eine Folgeproblematik der Bewertung, wenn aus Fachgespräch und Dokumentation unterschiedliche Informationen hervorgingen.

Ergebnisse des Workshops

Da das Fachgespräch ein grundlegendes Element im neuen Prüfverfahren ist und sich hierauf viele Hinweise der Prüfer bezogen, war es auch ein wichtiger Diskussionspunkt im Workshop zu den Testprüfungen. Hier wurden die Ergebnisse der Befragungen zunächst im Wesentlichen bestätigt: Alle Teilnehmer des Workshops, die die Möglichkeit hatten, qualifizierte Fachgespräche zu führen, werteten dies als ausgesprochen positiv. Bestätigt wurde auch, dass das Fachgespräch als Informationsquelle nicht immer ausreicht, um ein Sachverhalt wirklich klären zu können. Hierzu wurde ergänzend vermerkt, dass auch das Gespräch mit dem Bewohner als weitere nutzbare Datenquelle im neuen Prüfkontext besonders wertvoll sei: Wenn ein Pflegebedürftiger Auskunft geben und seine Bedürfnisse mitteilen kann, sei diese Aussage für die Bewertung maßgebend. Allerdings sei die Situation eines auskunftsfähigen Bewohners nicht die Regel. Generell betonten alle Teilnehmer, dass grundsätzlich ein Mix der Quellen (Inaugenscheinnahme des Bewohners, Bewohnergespräch, Fachgespräch, Dokumentation) erforderlich sei, um Informationen zu erfassen. In der Dokumentation wurden häufig die strukturierte Informationssammlung (wenn vorhanden), der Pflegebericht und die verordneten Medikamente „vorher quer gelesen“, um einen Eindruck von der Versorgung des Bewohners zu gewinnen und das Fachgespräch daran anzuschließen.

Ergebnisse der Einrichtungsbefragung

Auch die Vertreter der Einrichtungen sollten angeben, ob sie den Eindruck hatten, dass das Fachgespräch im Sinne der Vorgaben als Ersatz oder Ergänzung zur Dokumentationsprüfung genutzt wurde. Es bestand die Möglichkeit „ja“, „überwiegend ja“, „überwiegend nein“ oder „nein“ anzugeben sowie die Antworten in einem anschließenden Freitextfeld zu erläutern.

Von den 33 Einrichtungen, die Fragebögen ausgefüllt haben, beantworteten 24 (74 %) die Frage mit „ja“ oder „überwiegend“ ja und 8 (24 %) mit „nein“ oder „überwiegend nein“ (bei einem Missing) (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: Angaben der Einrichtungen zur Nutzung des Fachgesprächs während der Qualitätsprüfung (n=33)

Antwortoptionen	Ja	Überwiegend ja	Überwiegend nein	Nein	Missing
N	12	12	6	2	1
%	36,4	36,4	18,2	6,1	3,0

Zugrunde liegende Frage: Hatten Sie den Eindruck, dass das Fachgespräch in diesem Sinne genutzt wurde?

Von der Möglichkeit, ihre Antworten im Freitextfeld zu erläutern haben lediglich 12 Einrichtungen Gebrauch gemacht. Zieht man die Erläuterungen ab, die keinen Bezug zur Fragestellung hatten, so beziehen sich verbleibende kritische Anmerkungen darauf, dass die Prüfer aus Sicht der Einrichtungen vielfach am Ende doch eine Dokumentationsprüfung vorgenommen hätten bzw. dass diese Informationsquelle gegenüber dem Fachgespräch priorisiert wurde.

Zusammenfassung

Prüfer und Einrichtungen stimmen mehrheitlich darin überein, dass das Fachgespräch – unter der Voraussetzung, dass es stattfinden kann und fachlich qualifiziertes Personal der Einrichtung verfügbar ist, das den Bewohner kennt[42] – eine geeignete Informationsquelle ist. Unsicherheiten bestehen hinsichtlich der Abgrenzung zu anderen Informationsquellen, insbesondere der Dokumentation. Letzteres ist auch aus Einrichtungssicht relevant, insoweit sich die kritischen Stimmen insbesondere darauf bezogen, dass letztlich trotz Fachgespräch in einigen Fällen die Prüfungen von den Einrichtungen doch als dokumentationslastig wahrgenommen wurden. Deutlich wurden auch jene Aspekte, an denen eine Dokumentationsprüfung aus Sicht der Prüfer unverzichtbar ist. Dies betrifft einerseits insbesondere Risikoeinschätzungen (z.B. Sturz- oder Dekubitusrisiko), vergangene Ereignisse (z.B. Notfälle, Krankenhausaufenthalte), Messdaten zum Bewohner (z.B. Gewicht), Maßnahmenplanungen, die medikamentöse Therapie und das Schmerzmanagement. Andererseits sind Situationen zu nennen, in denen die Informationen aus dem Fachgespräch nicht mit Aussagen des Bewohners oder Aussagen anderer Mitarbeiter der Einrichtung oder der Beobachtung des Prüfers übereinstimmten. Hieraus kann sich ein Folgeproblem der Bewertung von Auffälligkeiten ergeben, wenn nicht eindeutig ist, welche Informationsquelle im Zweifelsfall die verlässlichste ist.

5.6.5 Praktikabilität der Plausibilitätskontrolle

Ein neues Element im Prüfinstrument ist die Plausibilitätskontrolle. Bisher haben die Prüfdienste eine solche Kontrolle im Zusammenhang mit externen Qualitätsprüfungen nicht durchgeführt. Im Rahmen von Projekten (z.B. EQMS) haben einzelne Prüfer und die Mehrheit der teilnehmenden Einrichtungen

[42] Hier ist zwingend auf die Besonderheit der Testprüfung hinzuweisen, in der alle Prüfungen vorher angekündigt waren.

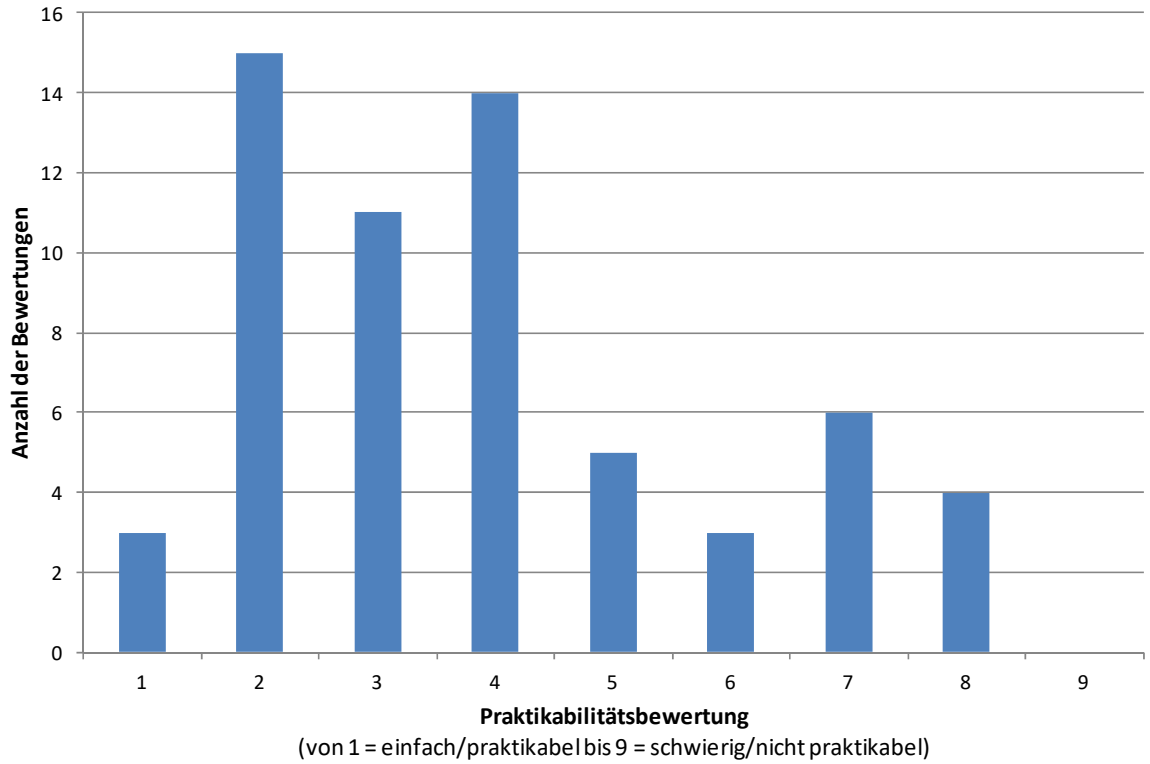
(24 von 38) bereits Erfahrungen mit Plausibilitätskontrollen sammeln können. Andere Prüfer wurden erstmals zum Zeitpunkt der Schulungen über die Plausibilitätskontrollen informiert.

In 24 der 38 Testprüfungen erfolgten insgesamt 134 Plausibilitätskontrollen. Die Praktikabilität dieser Plausibilitätskontrollen wurde sowohl bei den Einrichtungen als auch bei den Prüfern erfragt. Nach jeder Testprüfung wurden alle Prüfer sowie die Einrichtungen in den jeweiligen Fragebögen gebeten, die Praktikabilität anhand einer 9-stufigen Likert-Skala von 1 = einfach/praktikabel bis 9 = schwierig/nicht praktikabel zu bewerten. An die Skala schloss sich jeweils ein Freitextfeld an, in dem die Prüfer bzw. die Einrichtungen ihre Bewertungen ggf. begründen konnten.

Ergebnisse der Befragung der Prüfer

62-mal haben Prüfer an einer Testprüfung mit Plausibilitätskontrolle teilgenommen, nur einmal wurde die Frage nicht beantwortet. Die Bewertungen der Prüfer lagen zwischen den Werten 1 und 8, die schlechteste Bewertung (schwierig/nicht praktikabel) wurde von keinem Prüfer vergeben. Die Mehrheit aller Bewertungen (40) entfiel auf die Bewertungen 2 bis 4. Der Mittelwert aller Bewertungen liegt bei 3,92, der Median bei 4. Abbildung 5 stellt die Verteilung der Bewertungen der Prüfer dar.

Abbildung 5: Ergebnisse der Befragung der Prüfer zur Praktikabilität der Plausibilitätskontrollen



In 43 von 62 Fragebögen wurde das Freitextfeld für Kommentare und Erläuterungen genutzt.

Als häufigstes Problem wurde von den Prüfern genannt, dass der Erhebungszeitpunkt der Ergebniserfassung zum Teil bis zu 5 Monate zurück lag und damit die Prüfung auf Plausibilität zeitaufwendig

war und viele Dokumentationen zu lesen waren. Einige Prüfer merkten an, dass die Praktikabilität auch davon abhängig sei, ob die die Prüfung begleitende Pflegekraft mit der Ergebniserfassung in Bezug auf den jeweiligen Bewohner vertraut sei.

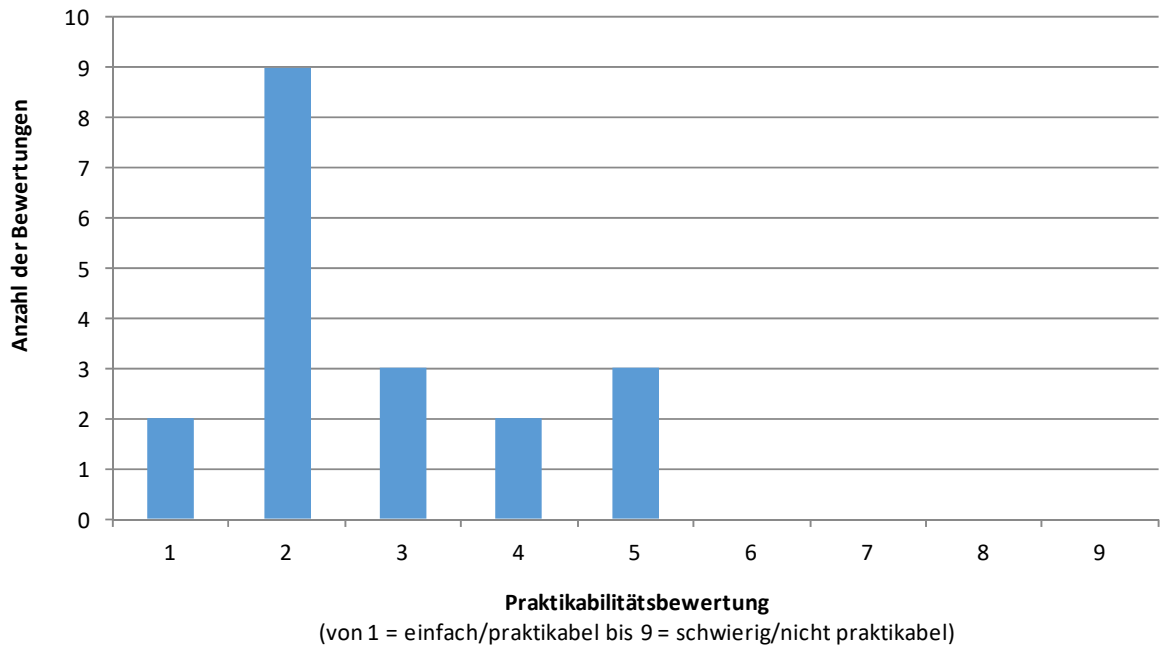
Vereinzelt wurden Praktikabilitätsprobleme in Bezug auf die Angaben „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ sowie „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ genannt. Diese wurden von den Prüfern als weiche Faktoren beschrieben, deren Plausibilität schwer eingeschätzt werden konnte. Erschwert wurde die Plausibilitätskontrollen für einige Prüfer dadurch, dass die Fragen der Plausibilitätskontrolle nicht der Reihenfolge im Erhebungsbogen entsprechen und daher in den Dokumenten gesprungen werden musste.

Neben diesen, zum Teil im Instrument selbst verankerten Herausforderungen für die Praktikabilität der Plausibilitätskontrolle, wurden vereinzelt weitere Schwierigkeiten geschildert, bei denen es sich aber um spezifische Probleme einzelner Einrichtungen (z.B. ungeordnet archivierte Unterlagen) handelt.

Ergebnisse der Einrichtungsbefragung

19 der 24 Einrichtungen mit Ergebniserfassung haben eine Bewertung vorgenommen. Es wurden ausschließlich Bewertungen zwischen 1 und 5 vorgenommen, der Mittelwert liegt bei 2,7 und der Median bei 2 (vgl. Abbildung 6). Die Einrichtungen schätzten die Plausibilitätskontrolle damit als einfach bzw. praktikabel ein.

Abbildung 6: Ergebnisse der Befragung der Einrichtungen zur Praktikabilität der Plausibilitätskontrollen



Die Einrichtungen wurden gebeten anzugeben, welche Schwierigkeiten aufgetreten sind und bei welchen Themenbereichen dies der Fall war. Dies nutzten 9 der 24 Einrichtungen.

Von jeweils einer Einrichtung wurde beschrieben, dass es bei den Themen Risikoeinschätzung Krankenhausaufenthalten zu vereinzelt zu Schwierigkeiten kam, die die Einrichtungen aber eher auf fehlende Erfahrungen der Prüfer mit Plausibilitätskontrollen zurück führten. Auch gab es bei einer Plausibilitätskontrolle Schwierigkeiten bei offenen Fragen, die aber nicht weiter erläutert wurden. Darüber hinaus wurden keine weiteren Themenbereiche genannt, bei denen sich in der Prüfung Schwierigkeiten einstellten.

Zusammenfassung

Die Plausibilitätskontrolle wurde sowohl von den Einrichtungen als auch von den Prüfern überwiegend als praktikabel eingeschätzt, wobei die Einrichtungen die Plausibilitätskontrolle in der Summe im Vergleich zu den Prüfern als praktikabler bewerteten. Dies kann allerdings auch damit zusammenhängen, dass zwar alle befragten Einrichtungen, nicht aber alle Prüfer Erfahrung mit Plausibilitätskontrollen hatten und die Plausibilitätskontrolle in der Schulung für Prüfer nicht in der gebotenen Detailtiefe erläutert werden konnte.

Das größte Praktikabilitätsproblem bei der Plausibilitätskontrolle lag für die Prüfer durchweg im weit zurückliegenden Zeitpunkt der Ergebniserfassung.[43]

5.6.6 Bewertung der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle im Prüfteam

Nach jeder Testprüfung mit Plausibilitätskontrolle wurde jeder Prüfer gefragt, inwieweit sich das Prüfteam über die Bewertung der Plausibilitätskontrolle einig war. Die Beantwortung der Frage erfolgte anhand einer vierstufigen Skala (ja, überwiegend ja, überwiegend nein, nein). An diese Skala schloss sich ein Freitextfeld an, in dem die Prüfer angeben konnten, bei welchen Themenbereichen der Plausibilitätsbewertung im Prüfteam keine Einigkeit bestand.

In 24 der 38 Testprüfungen erfolgten 134 Plausibilitätskontrollen. Insgesamt 62-mal haben Prüfer an einer Testprüfung mit Plausibilitätskontrolle teilgenommen.

In 2 der 62 für die Frage relevanten Fragebögen wurde keine Angabe gemacht. In allen anderen Fragebögen wurde die Frage mit „ja“ oder „überwiegend ja“ beantwortet, wobei bis auf in drei Fällen ausschließlich „ja“ angegeben wurde. Die nachstehende Tabelle gibt eine Übersicht über die Antwortverteilung.

[43] Hierzu ist anzumerken, dass durch die Teilnahme der Einrichtungen aus dem EQMS-Projekt der Zeitpunkt für die Ergebniserfassung feststand und die Testprüfungen alle in einem großen Zeitabstand zur Ergebniserfassung stattfanden. Für den Regelbetrieb ist davon auszugehen, dass sich diese Zeiten verteilen und die Mehrzahl der externen Qualitätsprüfungen einen kürzeren Zeitabstand zur Ergebniserfassung hat.

Tabelle 17: Angaben zur Frage, inwieweit im Prüfteam Einigkeit über die Plausibilitätsbewertung bestand (n=62)

Antwortoptionen	Ja	Überwiegend ja	Überwiegend nein	Nein	Missing
N	57	3	0	0	2
%	91,9	4,8	0	0	3,2

Zugrunde liegende Frage: Bestand im Prüfteam Einigkeit über Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle?

Entsprechend dieser Verteilung wurde nur in 5 Fragebögen die Möglichkeit genutzt, die Angabe zu erläutern. Zwei der 5 Angaben bezogen sich nicht auf die Fragestellung. Ein Prüfer schilderte für eine Prüfung, dass zunächst bei ihm selbst Unsicherheiten hinsichtlich einer Auffälligkeit bei der Plausibilitätskontrolle bestanden. Hier habe der Austausch im Teamgespräch dazu beigetragen, eine sichere Entscheidung vorzunehmen. Einmal wurde eine Uneinigkeit bei der Bewertung der Tagesstrukturierung genannt. Ein weiterer Prüfer merkte an, dass im Prüfteam in der Testprüfung Einigkeit bestand, befürchtet aber, dass es in einer späteren Umsetzung des Prüfverfahrens durchaus zu Diskussionen kommen könnte, die den Aufwand der Prüfung erhöhen und damit die Praktikabilität beeinflussen.

Zusammenfassung

Die Prüfer konnten sich im Teamgespräch in fast allen Testprüfungen über die abschließende Bewertung der Ergebnisse der einzelnen Plausibilitätskontrollen einigen.

5.6.7 Inhalt und Struktur des Abschlussgesprächs

Das Abschlussgespräch wird mit dem Ziel geführt, die Eigenverantwortlichkeit der Einrichtung zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege zu stärken. Dem Abschlussgespräch wurden im entwickelten Prüfverfahren neben der Rückmeldung der vorläufigen zentralen Ergebnisse der Prüfung weitere Inhalte in Form von strukturierenden Elementen zugeordnet. Hierzu gehören (wenn nötig) das Einholen weiterer prüfrelevanter Informationen (wenn nötig), eine Würdigung der Stärken und Schwächen der Einrichtung sowie die Beratung zu Qualitätsverbesserungsmaßnahmen. Als Unterstützung wurde den Prüfern eine Strukturierungshilfe in den Testprüfungen an die Hand gegeben.

Zum Abschlussgespräch wurden sowohl die Prüfer als auch die Einrichtungen mittels Fragebögen befragt. Darüber hinaus war das Abschlussgespräch ein Diskussionspunkt im Workshop zu den Testprüfungen.

Ergebnisse der Prüferbefragung

Die Prüfer wurden nach Abschluss aller Testprüfungen gefragt, inwieweit die Strukturierungshilfe sie beim Führen des Abschlussgespräches unterstützt hat. Die Beantwortung erfolgte anhand einer vier-

stufigen Skala (ja, überwiegend ja, überwiegend nein, nein). In einem anschließenden Freitextfeld konnten die Prüfer beschreiben, ob es Probleme dabei gab und ggf. welche alternativen Vorschläge sie zum Abschlussgespräch haben.

32 der 34 Prüfer beantworteten die Frage. Über 80 % der Prüfer sahen die Strukturierungshilfe als hilfreich an (Antworten ja und überwiegend ja). 4 Prüfer haben die Strukturierungshilfe als weniger bzw. als gar nicht hilfreich eingeschätzt. Die nachfolgende Tabelle fasst die Verteilung der Antworten zusammen.

Tabelle 18: Angaben zur Frage Unterstützung der Strukturierungshilfe für das Abschlussgespräch (n=34)

Antwortoptionen	Ja	Überwiegend ja	Überwiegend nein	Nein	Missing
n	16	12	3	1	2
%	47,1	35,3	8,8	2,9	5,9

Zugrunde liegende Frage: Ist die Strukturierungshilfe für die Durchführung des Abschlussgesprächs hilfreich beim Führen des Abschlussgesprächs mit der Einrichtung?

17 der 34 Prüfer erläuterten anschließend, welche Alternativen sie für das Abschlussgespräch sehen bzw. welche Inhalte sie als weniger bzw. nicht hilfreich wahrgenommen haben. Unabhängig von der Fragestellung äußerten drei Prüfer, dass sie die Strukturierungshilfe nicht genutzt haben, da ihre Vorgaben im jetzigen Prüfverfahren bereits alle Punkte des Abschlussgespräches beinhalten. Ein Teil der Prüfer konnte den vorgeschlagenen Inhalten folgen, äußerte aber, dass sie das Abschlussgespräch individuell gestalten wollten. Einige Prüfer interpretierten die Strukturierungshilfe als Gedankenstütze und führten das Abschlussgespräch entsprechend der vorgefundenen Situation in den Einrichtungen und fassten einzelne Punkte zusammen.

Zu den Strukturelementen des Abschlussgesprächs gab es mehrere kritische Anmerkungen in Bezug auf die Vorgaben des Instruments. 5 Prüfer sprachen sich dafür aus, dass man im Abschlussgespräch ausschließlich die vorläufigen Ergebnisse fokussieren solle. Das Abschlussgespräch sei nicht der Ort, um offenen Fragen zu klären oder über Stärken und Schwächen der Einrichtung zu sprechen. Auch solle den Ausführungen der Einrichtungen nicht mehr Raum als nötig gegeben werden. Die Prüfer befürchteten, dass das Abschlussgespräch dadurch überfrachtet wird und Diskussionen, die bereits im Verlauf der Prüfung geführt wurden, im Abschlussgespräch erneut geführt werden. Ein Prüfer führte aus, dass die Beratung der Einrichtung nicht erst im Abschlussgespräch beginnen kann, sondern bereits im Verlauf stattfinden müsse, da es ggf. bei systematischen Defiziten Rückfragen an die Einrichtung gibt, die geklärt werden müssen.

Ergebnisse des Workshops

Aufgrund der zahlreichen Anmerkungen zu den Inhalten des Abschlussgesprächs, wurde dieser Aspekt auch im Workshop zu den Testprüfungen diskutiert. Hier herrschte Einigkeit darüber, dass im Abschlussgespräch keine weiteren Informationen mehr erfasst werden sollten und dass keine Diskussion der Ergebnisse stattfindet. Eine Beratung der Einrichtung sollte zeitlich vor dem Abschlussgespräch oder zumindest getrennt davon erfolgen, da das Abschlussgespräch nur auf Leitungsebene zu führen ist. Es sollte deutlich gemacht werden, dass der Einrichtung im Abschlussgespräch nur ein vorläufiges Ergebnis ohne Anspruch auf Vollständigkeit mitgeteilt werden kann. Eine Beratung über möglicherweise systematische Defizite im Abschlussgespräch wird von einem Teil der Prüfer mit Skepsis betrachtet.

Ergebnisse der Einrichtungsbefragung

Auch die Einrichtungen wurden gebeten anzugeben, wie sie das Abschlussgespräch der neuen Prüfung im Vergleich zu bisherigen Prüfungen wahrgenommen haben. Der Fokus sollte hier auf der Erläuterung der Prüfer zu Auffälligkeiten und Bewertungen liegen und ggf. Auskunft darüber geben, ob die Gelegenheit zur Mitteilung der eigenen Sichtweise bestand. Die Vertreter der Einrichtungen hatten die Möglichkeit zwischen „besser als vorher“, „kaum Veränderung“ und „schlechter als früher“ zu wählen.

27 % (n=9) der Einrichtungen bewerten das Abschlussgespräch als besser als vorher. 70 % sind jedoch der Meinung, es gäbe keine Veränderung im Vergleich zu vorher (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19: Angaben der Einrichtungen zum Abschlussgespräch (n=33)

Antwortoptionen	Besser als vorher	Kaum Veränderung	Schlechter als früher	Missing
N	9	23	0	1
%	27	70	0	3

Zugrunde liegende Frage: Wie beurteilen Sie das Abschlussgespräch der neuen Prüfung?

Anschließend sollten die Einrichtungen ihre Meinung erläutern. Dazu hatten sie die Möglichkeit ein Freitextfeld zu nutzen. 22 Einrichtungen haben diese Frage beantwortet.

Die große Anzahl an Einrichtungen, die diese Frage beantwortet haben, zeigt die Relevanz der Frage für Einrichtungen. Die Beurteilung des Abschlussgesprächs fällt kontrovers aus. Mehrere Einrichtungen sagten, dass nun fachlicher Austausch möglich sei und das Abschlussgespräch ergebnisorientiert und beratend aufgebaut ist. Die Mehrheit der Einrichtungen ist allerdings der Meinung, dass sich nichts am Abschlussgespräch verändert hätte. Es habe auch früher einen beratenden Aspekt im Abschlussgespräch gegeben und vereinzelt wurde die Beratung als belehrend und zu sehr auf Defizite

fokussiert geschildert. Es wurde auch angemerkt, dass die Mitarbeiterperspektive unzureichend Berücksichtigung finde.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Befragung der Prüfer und des Workshops zeigen, dass nur ein Teil der Prüfer die Strukturvorgaben des Abschlussgespräches als hilfreich empfindet. Einig waren sich die Prüfer nur darin, dass das Abschlussgespräch vorwiegend genutzt werden sollte, um der Einrichtung die vorläufigen Prüfergebnisse mitzuteilen. Das Klären weiterer Fragen, die Darstellung von Stärken und Schwächen sowie die Eröffnung eines Diskussionsraums mit der Einrichtung werden dagegen skeptisch betrachtet.

5.6.8 Eindeutigkeit der Informationserfassung

Mit dem Fragebogen, den die Prüfer nach allen Testprüfungen ausfüllen sollten, wurde erfasst, inwieweit für die Prüfer eindeutig ist, welche Informationen in der Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten im Prüfbogen angegeben werden sollten. Dies erfolgte anhand einer vierstufigen Skala (ja, überwiegend ja, überwiegend nein, nein). In einem anschließenden Freitextfeld konnten die Prüfer beschreiben, bei welchen Qualitätsaspekten nicht eindeutig war, welche Informationen zu erfassen sind. Die Informationserfassung wurde als Thema im Workshop zu den Testprüfungen mit den Prüfern diskutiert.

Alle 34 Prüfer beantworteten die Frage nach der Eindeutigkeit der Informationserfassung im Fragebogen (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20: Angaben zur Frage nach der Eindeutigkeit der Informationserfassung für die Testprüfer (n=34)

Antwortoptionen	Ja	Überwiegend ja	Überwiegend nein	Nein	Missing
n	4	18	12	0	0
%	11,8	52,9	35,3	0	0

Zugrunde liegende Frage: Ist eindeutig, was bei der Informationserfassung auf dem Prüfbogen dokumentiert werden muss?

Festzuhalten ist, dass die Informationserfassung für ein gutes Drittel der Prüfer (35,3 %) überwiegend nicht eindeutig war auch wenn kein Prüfer die Frage gänzlich verneint hat. Nur für 4 Prüfer, d.h. gut 10 % war die Informationserfassung gänzlich eindeutig. Alle Prüfer, die die Frage nicht mit „Ja“ beantwortet haben, also 30 Prüfer, haben das Freitextfeld für Erläuterungen genutzt. Ein Teil der Angaben ist allgemeiner Natur und bezieht sich auf die grundsätzliche Ausgestaltung der Informationserfassung. Der andere Teil enthält konkrete Hinweise darauf, welche Felder der Informationserfassung unklar waren oder an welchen Stellen die Informationserfassung verbessert werden könnte.

Fast alle Anmerkungen beziehen sich auf (mangelnde, uneindeutige oder fehlende) Vorgaben des Instruments. Die qualitative Analyse zeigt, dass das Ziel und die Verbindlichkeit der Informationserfassung den Prüfern nicht immer klar waren. Damit einhergehend bestand teilweise Unsicherheit bei den Prüfern wie umfangreich und in welcher Detailtiefe Informationen zum Bewohner erhoben und dokumentiert werden müssen. Insbesondere wurde in Frage gestellt, ob es überhaupt notwendig ist, Informationen zum Bewohner zu dokumentierten, wenn keine Auffälligkeiten zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt festgestellt wurden.

In Bezug auf mehr oder weniger alle Qualitätsaspekte, in denen im Prüfbogen Freitextangaben ohne explizite Vorgaben zu erfassen waren (z.B. Beeinträchtigungen der Mobilität, Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege, kognitiven Fähigkeiten und psychischen Beeinträchtigungen) wurde danach gefragt, welche Informationen konkret zu erheben sind und wie umfangreich bzw. in welchem Detailgrad diese Informationen dokumentiert werden sollen. Insbesondere bei den Angaben zu herausforderndem Verhalten und zu kognitiven Fähigkeiten wurde auch nach Definitionen der Begriffe gefragt, um entscheiden zu können, was hier zu erfassen sei.

Verschiedentlich wurden konkrete Verbesserungsvorschläge gemacht: Ggf. könne auf verpflichtende Informationserfassung verzichtet werden, wenn es optionale „Notizfelder“ gäbe, in denen bestimmte Informationen erfasst werden könnten; ggf. könnte eine „trifft nicht zu“-Ankreuzmöglichkeit geschaffen werden, wenn keine Informationen zu erfassen sind oder beim Bewohner keine Beeinträchtigungen bestehen; ggf. könnten bestimmte Felder ganz gestrichen oder durch andere ersetzt oder bereichsweise zusammengefasst werden.

Ergebnisse aus dem Workshop

Da die geschilderten Unsicherheiten zum Umfang und zur Detailtiefe mit der Informationserfassung erheblich waren, wurde dieser Aspekt auch im Workshop mit den Prüfern diskutiert. Hier ergab sich letztlich ein indifferentes Bild. Ein Teil der Prüfer präferiert mehr Festlegungen und detaillierte Vorgaben dazu, was in welchem Umfang erfasst werden muss, der andere Teil würde eher gänzlich auf Vorgaben verzichten wollen. Ein relativer Konsens der Prüfer bestand darin, dass eine deutlichere Zielstellung der Informationserfassung in der Verfahrensbeschreibung die Eindeutigkeit der konkreten Informationserfassung verbessern würde. Weitgehend einig waren sich die Teilnehmer darin, dass eine Informationserfassung bei Qualitätsaspekten ohne Auffälligkeiten sachlich überflüssig sei, da dies ein unnötiger Zeitaufwand sei, zumal sich innerhalb der Bereiche Redundanzen ergeben würden. Vorgeschlagen wurde, die Verfahrensbeschreibung dahingehend zu präzisieren, dass nur prüfrelevante Informationen zu erheben seien.

Zusammenfassung

Mit Blick auf die qualitativen Anmerkungen kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Testprüfer zwar grundlegend verstanden haben, welche Informationen erfasst werden sollen, dass aber nicht immer eindeutig war, in welchem Umfang und in welcher Detailtiefe Informationen zur Situation des Bewohner dokumentiert werden sollten, was vielfach in Abhängigkeit von der subjektiv als nicht eindeutig empfundenen Zielstellung der Informationserfassung gesehen wurde. Aus den Diskussionen im Workshop ging hervor, dass eine Verdeutlichung der Zielstellung der Informationserfassung in der Verfahrensbeschreibung auch die Eindeutigkeit der konkreten Informationserfassung verbessern würde.

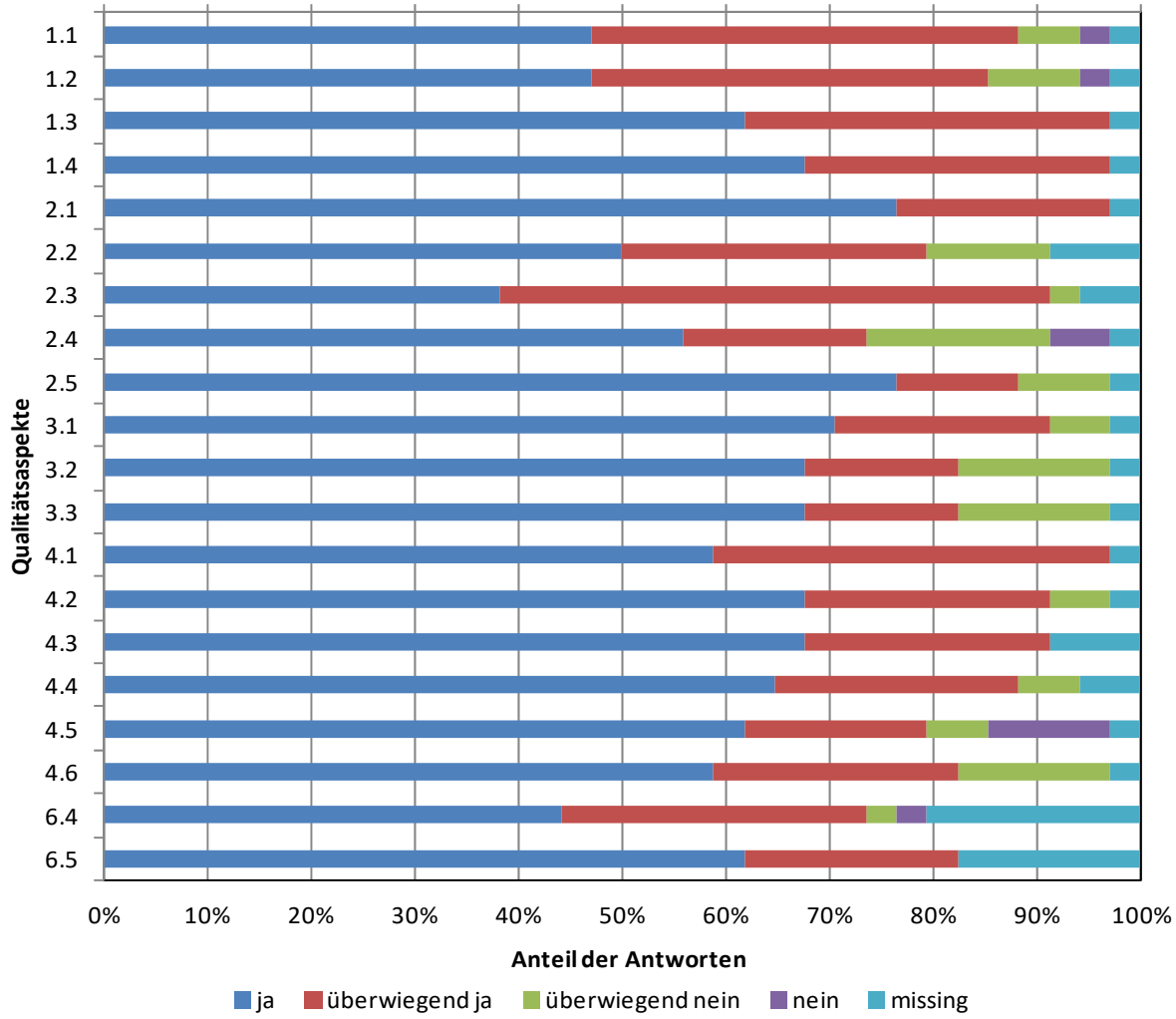
5.6.9 Eindeutigkeit der Ausfüllhinweise

Mit dem Fragebogen, den die Prüfer nach allen Testprüfungen ausfüllen sollten, wurde erfragt inwieweit die Hinweise in der Ausfüllanleitung geeignet sind, die jeweiligen Qualitätsaspekte näher zu definieren. Dies erfolgte anhand einer vierstufigen Skala (ja, überwiegend ja, überwiegend nein, nein) für jeden Qualitätsaspekt der Bereiche 1 bis 4 und für die Qualitätsaspekte 6.4 und 6.5. An diese Skalen schloss sich ein Freitextfeld an, indem die Prüfer ihre Bewertungen ggf. begründen konnten.

33 der 34 Prüfer nahmen Bewertungen anhand der vierstufigen Skalen vor, wobei einzelne Prüfer einzelne Qualitätsaspekte nicht bewerteten.[44] Abbildung 7 fasst die Bewertungen zu den einzelnen Qualitätsaspekten zusammen.

[44] Die relativ hohe Anzahl der missings bei den Qualitätsaspekten 2.2, 4.3, 6.4 und 6.5 sind damit zu erklären, dass die jeweiligen Prüfer den Qualitätsaspekt bei keinem Bewohner prüfen konnten. Ein Prüfer nahm keine Bewertung einzelner Qualitätsaspekte vor, machte aber eine Angabe im Freitextfeld.

Abbildung 7: Einschätzung der Testprüfer zur Verständlichkeit der Ausfüllhinweise der einzelnen Qualitätsaspekte



Qualitätsaspekt 1.1: Unterstützung im Bereich der Mobilität; Qualitätsaspekt 1.2: Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung; Qualitätsaspekt 1.3: Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung; Qualitätsaspekt 1.4: Unterstützung bei der Körperpflege; Qualitätsaspekt 2.1 Schmerzmanagment; Qualitätsaspekt 2.2: Wundversorgung; Qualitätsaspekt 2.3: Medikamentöse Therapie; Qualitätsaspekt 2.4 Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen; Qualitätsaspekt 2.5: Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten; Qualitätsaspekt 3.1: Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmungen; Qualitätsaspekt 3.2: Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung; Qualitätsaspekt 3.3: Kommunikation; Qualitätsaspekt 4.1: Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug; Qualitätsaspekt 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten; Qualitätsaspekt 4.3: freiheitsentziehende Maßnahmen; Qualitätsaspekt 4.4 Unterstützung in Notfallsituationen; Qualitätsaspekt 4.5: Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten; Qualitätsaspekt 4.6: Nächtliche Versorgung; Qualitätsaspekt 6.4: Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen; Qualitätsaspekt 6.5: Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Über alle Qualitätsaspekte hinweg wurde die Geeignetheit der Hinweise zur genaueren Definition der Qualitätsaspekte in der Ausfüllanleitung von über 70 % der Prüfer mit mindestens überwiegend ja beantwortet. Durchgängig als mindestens überwiegend geeignet (= keine Angaben in den Feldern „überwiegend nein“ oder „nein“) bewerteten die Prüfer die Qualitätsaspekte: 1.3 (Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung), 1.4 (Unterstützung bei der Körperpflege; Qualitätsaspekt), 2.1 (Schmerzmanagement), 4.1 (Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug), 4.3 (Freiheitsentziehende Maßnahmen) und 6.5 (Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten).
Mehr als die Hälfte der Prüfer hat die Qualitätsaspekte 1.1 (Unterstützung im Bereich der Mobilität), 1.2 (Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung; Qualitätsaspekt), 2.3 (Medikamentöse Therapie) und 6.4 (Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen) nicht als uneingeschränkt geeignet bewertetet, wobei diese, bis auf den zuletzt genannten Qualitätsaspekt, alle im Gesamtergebnis jeweils von > 80 % der Prüfer als mindestens überwiegend geeignet bewertet wurden.

Als am ehesten ungeeignet bewerteten die Prüfer die Hinweise zum Qualitätsaspekt 2.4 (Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen). Auffällig ist auch der vergleichsweise höchste Anteil der „nein“ Bewertungen bei Qualitätsaspekt 4.5 (Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten). Aus der vergleichenden quantitativen Analyse der Angaben zum Bereich 2, der qualitativen Analyse der Freitextfelder sowie den anschließenden Workshops ging hervor, dass hier insbesondere Probleme bezüglich der Zuordnung der einzelnen Themen der „Behandlungspflege“ ursächlich waren. Beim Qualitätsaspekt 4.5 wurde, wie auch anderen Stellen der Befragung, vorwiegend auf die Problematik der Definition des „herausfordernden Verhaltens“ hingewiesen.

Die Freitextangaben der Prüfer umfassen ansonsten überwiegend konkrete Formulierungs- oder Änderungsvorschläge zu den einzelnen Qualitätsaspekten oder Hinweise darauf, an welchen Stellen die Ausfüllhinweise noch nicht eindeutig sind und präzisiert werden müssen. Die Vorschläge der einzelnen Prüfer betrafen unterschiedlichste Hinweise, sodass nur in Einzelfällen mehrere Prüfer gleiche oder ähnliche Vorschläge vorbrachten. Mehrfach wurde auf die Abgrenzung der drei Qualitätsaspekte des Bereichs 3 eingegangen und hier wiederum mehrfach eine eindeutigere Trennung oder eine Zusammenlegung empfohlen. Auch die Übernahme oder Umsetzung von ärztlichen Verordnungen außerhalb von Medikamentengaben, wie Kompressionstherapie oder Blutdruckmessungen, wurden von unterschiedlichen Prüfern als Aspekte genannt, die nicht sicher dem Qualitätsaspekt 2.4 (Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen) zugeordnet werden konnten. Angeregt wurde, entsprechende Hinweise bei den jeweiligen Qualitätsaspekten zu ergänzen, sodass die Umsetzung solcher ärztlichen Anordnungen geprüft werden kann. Bei einigen Prüfern bestanden Unsicherheiten, ob ein Qualitätsaspekt überhaupt zu prüfen war, wenn der betreffende Bewohner keine Unterstützung benötigt. Vorgeschlagen wurde, deutlicher hervorzuheben, in welchen Situationen ein Qualitätsaspekt ggf. nicht zu prüfen ist. Vereinzelt wurde dies auch bei den Qualitätsaspekten 1.2 (Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung; Qualitätsaspekt), 1.3 (Unterstützung bei Konti-

nenzverlust, Kontinenzförderung), 2.3 (Medikamentöse Therapie) und 2.5 (Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten) angemerkt.

Beim Qualitätsaspekt Wundversorgung (2.2) war für einzelne Prüfer nicht eindeutig, ob hier nur chronische Wunden oder auch nicht chronische Wunden bei der Qualitätsprüfung zu berücksichtigen sind. Einige Prüfer befürchteten, dass das Prüfen von Wechselwirkungen und die Beachtung möglicher Nebenwirkungen von Medikamenten die Fähigkeiten der Pflegefachkräfte übersteigen könnte.
In den Rückmeldungen zum Qualitätsaspekt Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten (4.5) wurde deutlich, dass die vorliegende Definition in der Ausfüllanleitung aus Sicht mehrerer Prüfer nicht ausreicht, um die bei einem Bewohner vorgefundenen Verhaltensweisen als „herausfordernd“ zu qualifizieren. Es wurde berichtet, dass es während der Testprüfungen zum Teil zu unterschiedlichen Ansichten zwischen Prüfer und Einrichtung kam und diese nicht unter Bezug auf die Definition zu lösen waren.

Zusammenfassung

Trotz der zahlreichen Anmerkungen, kann das Fazit gezogen werden, dass die Hinweise in der Ausfüllanleitung für die deutliche Mehrheit der Prüfer verständlich waren. Unklarheiten bestanden am ehesten beim Qualitätsaspekt 2.4 sowie angesichts des hohen „Nein-Anteils“ auch beim Qualitätsaspekt 4.5. Diese beiden Themen wurden auch im Rahmen des Workshops zu den Testprüfungen von verschiedenen Teilnehmern angesprochen. Dabei bestätigte sich, dass für die Themen „Behandlungspflege“ und herausforderndes Verhalten ein erhöhter Diskussionsbedarf besteht.

5.6.10 Bewertung der Qualitätsaspekte

Das Prüfinstrument erhält allgemeine Vorgaben nach denen Auffälligkeiten bzw. Defizite kategorisiert werden sollen. Da dies ein neues Element des Prüfverfahrens ist, wurden die Prüfer nach Abschluss aller Testprüfungen danach gefragt, wie einfach oder schwer ihnen die Beurteilung der Qualitätsaspekte nach den Vorgaben des Prüfbogens gefallen ist. Hierzu wurden die Prüfer gebeten, jeden Qualitätsaspekt auf Grundlage ihrer Erfahrungen in den Testprüfungen auf einer 9-stufigen Likert-Skala mit 1 = sehr einfach bis 9 = sehr schwer zu beurteilen. An die Skalen schloss sich ein Freitextfeld an, indem die Prüfer ihre Angaben ggf. begründen konnten.

Alle 34 Prüfer gaben eine Einschätzung zu den Qualitätsaspekten ab, wobei einige Prüfer einzelne Qualitätsaspekte nicht bewertet haben. Am häufigsten wurde zu den beiden einrichtungsbezogen zu erhebenden Qualitätsaspekten und zur „Wundversorgung“ keine Einschätzung abgegeben (6 bzw. 7

Prüfer).[45] Die nachstehende Tabelle zeigt die Häufigkeitsverteilung der Bewertungen je Qualitätsaspekt.

Tabelle 21: Angaben der Prüfer zur Praktikabilität der Beurteilung der Qualitätsaspekte (n=34)

	$\bar{x}$	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Missing
1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	3,68	2	7	11	3	6	2	2	1	0	0
1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	2,91	2	11	13	4	4	0	0	0	0	0
1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	2,82	4	8	15	4	3	0	0	0	0	0
1.4 Unterstützung bei der Körperpflege	2,56	8	7	13	4	2	0	0	0	0	0
2.1 Schmerzmanagement	3,28	4	5	10	6	6	0	1	0	0	2
2.2 Wundversorgung	3,79	2	5	5	8	5	1	1	0	1	6
2.3 Medikamentöse Therapie	3,79	2	4	11	5	8	2	2	0	0	0
2.4 Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen	4,36	3	4	7	5	7	0	2	2	3	1
2.5 Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten	2,85	7	7	11	5	1	3	0	0	0	0
3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung	3,12	2	12	9	6	2	2	1	0	0	0
3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung	4,06	3	3	7	6	7	7	1	0	0	0
3.3 Kommunikation	3,77	5	3	6	9	4	6	1	0	0	0
4.1 Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug	3,67	4	3	11	6	5	1	1	2	0	1
4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten	3,76	2	11	5	2	9	1	0	1	2	1
4.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen	2,77	7	5	10	4	3	1	0	0	0	3
4.4 Unterstützung in Notfallsituationen	3,15	6	10	5	3	6	1	1	1	0	1
4.5 Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten	4,59	3	2	7	3	6	6	1	2	2	2
4.6 Nächtliche Versorgung	2,82	7	8	9	4	3	2	0	0	0	1
6.4 Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen	3,33	7	1	6	6	4	2	1	0	0	7
6.5 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten	3,61	7	2	3	6	4	5	1	0	0	6

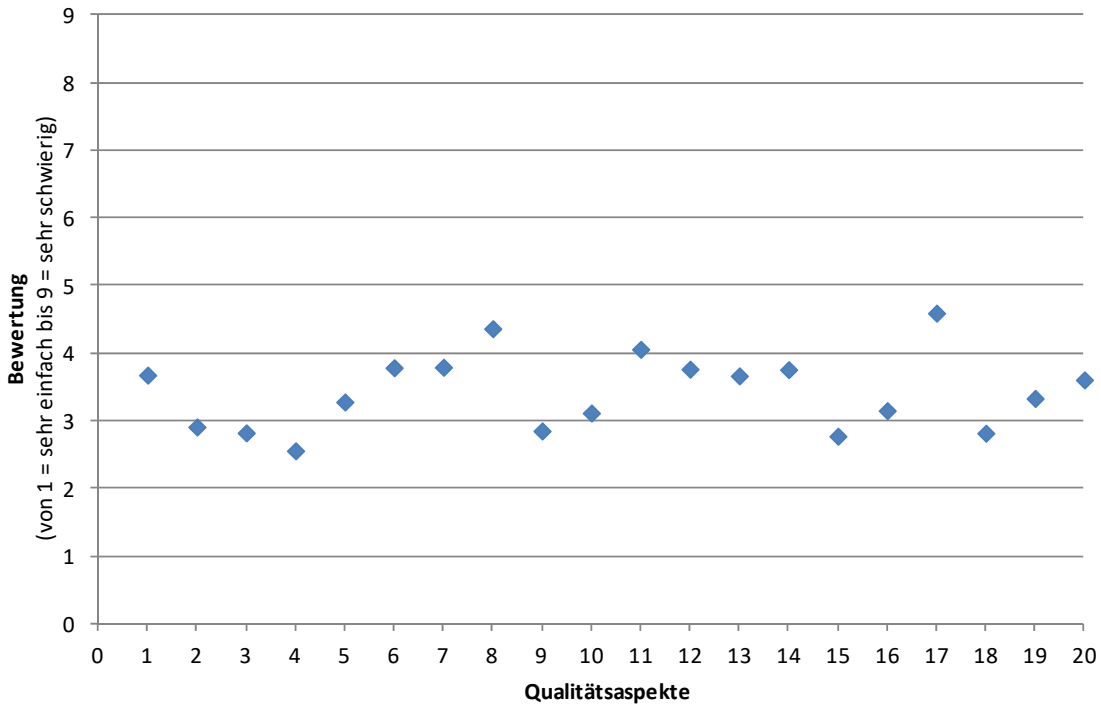
Zugrunde liegende Frage: Wie schwierig ist es nach Ihrer Erfahrung, die Qualitätsaspekte nach den Vorgaben des Prüfbogens zu beurteilen?

[45] Die fehlenden Einschätzungen treten vorwiegend bei den Qualitätsaspekten auf, die nicht in jeder bewohnerbezogenen Prüfung geprüft werden können. Auch die einrichtungsbezogen zu prüfenden Qualitätsaspekte wurden nicht von allen Prüfern in den Testprüfungen beurteilt.

Nur sehr vereinzelt wurde die Beurteilung eines Qualitätsaspekts als schwierig bewertet. Nur für die Qualitätsaspekte 2.4 (7-mal) und 4.5 (5-mal) fiel eine Bewertung bei mehr als 3 Prüfern in die eindeutig schwierige Kategorie (Skalenwerte 7 bis 9). Dagegen haben mindestens die Hälfte der Prüfer (die eine Angabe gemacht haben) bei 15 von 20 Qualitätsaspekten die Beurteilung als einfach (1, 2 oder 3) eingeschätzt.

Die überwiegende Einschätzung einer einfachen Beurteilung bestätigt sich im Blick auf die Mittelwerte, die zwischen 2,56 und 4,59 liegen (vgl. Abbildung 8). Als am einfachsten anhand der Vorgaben des Prüfbogens zu beurteilen war der Qualitätsaspekt „Unterstützung bei der Körperpflege“, gefolgt von „Freiheitsentziehenden Maßnahmen“ (Mittelwert: 2,77), „Nächtliche Versorgung“ und „Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung“ (Mittelwert jeweils 2,82) sowie „Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten“ (Mittelwert: 2,85). Als am schwierigsten zu beurteilen schätzten die Prüfer den Qualitätsaspekt „Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten“ (Mittelwert: 4,59), gefolgt von „Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen“ (Mittelwert: 4,36) und „Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung“ (Mittelwert: 4,06) ein.

Abbildung 8: Übersicht über die Mittelwerte der Einschätzung zur Praktikabilität der Beurteilung der Qualitätsaspekte (n=34)



1: Unterstützung im Bereich der Mobilität; 2: Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung; 3: Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung; 4: Unterstützung bei der Körperpflege; 5: Schmerzmanagment; 6: Wundversorgung; 7: Medikamentöse Therapie; 8: Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen; 9: Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten; 10: Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmungen; 11: Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung; 12: Kommunikation; 13: Unterstützung des Bewohners in der Eingewöh-

nungsphase nach dem Heimeinzug; 14: Überleitung bei Krankenhausaufenthalten; 15: freiheitsentziehende Maßnahmen; 16: Unterstützung in Notfallsituationen; 17: Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten; 18: Nächtliche Versorgung; 19: Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen; 20: Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

31 der 34 Prüfer nutzten das anschließende Freitextfeld, um ggf. zu erläutern, warum Qualitätsaspekte schwer zu beurteilen waren.[46] Viele Erläuterungen bezogen sich auf die Beurteilungsvoraussetzungen, also auf Leitfragen, Definitionen und Ausfüllhinweisen, die als ursächlich für Schwierigkeiten bei der Beurteilung von Qualitätsaspekten genannt und größtenteils bereits an anderer Stelle diskutiert wurden. Wiederholt wurde auf Einzelaspekte der Behandlungspflege hingewiesen, die nicht zugeordnet und deshalb auch nicht beurteilt werden können. Erneut wiesen Prüfer darauf hin, dass zur sicheren Beurteilung des Qualitätsaspektes „Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten“ eine Definition für herausforderndes Verhalten benötigt werde. Wiederholt wurde auch, dass im Bereich 3 thematische Überschneidungen für einige Prüfer die Beurteilung der Qualitätsaspekte erschwerten. Hier wurde erneut eine klarere Abgrenzung oder aber eine Zusammenlegung von Qualitätsaspekten angeregt.

Vereinzelt kritisch betrachtet wurden auch die drei Qualitätsaspekte, bei denen ein ggf. sehr weit zurückliegendes Ereignis zu beurteilen ist (Eingewöhnungsphase, Notfallsituation, Krankenhausaufenthalte). Hierzu wurde erläutert, dass es generell schwieriger sei, Dinge sicher zu beurteilen, wenn sie weit zurückliegen.

Für einige Qualitätsaspekte haben einzelne Prüfer erläutert, dass diese sehr komplex oder aufwendig zu prüfen sind, was eine Beurteilung in der Summe schwer mache. Hierzu ist allerdings mit Blick auf die ausgefüllten Prüfbögen anzumerken, dass einige Prüfer offensichtlich nicht der Vorgabe gefolgt sind, jedes Defizit als einzelnes Defizit zu dokumentieren. Wenn dies beachtet wird, spielt die Komplexität einzelner Qualitätsaspekte keine Rolle.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse zeigen, dass den Prüfern die Beurteilung der Qualitätsaspekte anhand der Vorgaben des Prüfbogens überwiegend einfach fiel. Bei drei Qualitätsaspekten („Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten“, „Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen“, „Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung“) gilt diese Aussage nur eingeschränkt. Dabei fällt auf, dass diese drei Qualitätsaspekte auch bei anderen Fragestellungen mehr oder weniger „auffällig“ sind. Beim „herausfordernden Verhalten“ spielt offensichtlich eine Rolle, dass hierfür keine verbindliche Definition gegeben wird. Bei den „besonderen medizinischen Bedarfslagen“ wurde schon an anderen Stellen angemerkt, dass den Prüfern hier eine Einordnungs-

[46] Die drei Prüfer, die keine Angaben machten, haben keinen Qualitätsaspekt als schwierig (7 bis 9) bewertet. Zwei Prüfer nutzten den Freitext, um zu bestätigen, dass ihnen die Beurteilung nicht schwer gefallen ist.

möglichkeit von „gewöhnlichen“ Aspekten der „Behandlungspflege“ fehlt – folglich überraschen Probleme bei der Beurteilung dieses Qualitätsaspektes nicht. Zuletzt wurde auch für den Qualitätsaspekt der Tagesstrukturierung schon an anderer Stelle vermerkt, dass die Abgrenzungen im Bereich 3 für die Prüfer nicht immer eindeutig waren.

5.6.11 Nachvollziehbarkeit der Qualitätsprüfung aus Einrichtungssicht

Da für die Einrichtungen die Qualitätsaspekte bzw. die in Bezug auf ihre Bewertung gestellten Fragen nicht bekannt waren, wurden sie darum gebeten, auf einer Skala von 1 = sehr einfach bis 9 = sehr schwierig zu bewerten, wie einfach oder schwer ihnen die Beantwortung der Fragen der Prüfer zu den einzelnen Qualitätsaspekten fiel. Anschließend wurde den Einrichtungen Gelegenheit gegeben, in einem Freitext erläutern, warum ggf. bestimmte Fragen schwer zu beantworten waren.
Die Ergebnisse zeigen, dass die Einrichtungen mehrheitlich und über alle Qualitätsaspekte hinweg keine Schwierigkeiten hatten, die Fragen zu beantworten. Der Mittelwert pendelt sich bei allen Qualitätsaspekten zwischen 1,3 und 2,0 ein. Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Bewertungen je Qualitätsaspekt.

Tabelle 22: Verteilung der Angaben zur Frage, wie schwierig es für die Einrichtungen war, den jeweiligen Qualitätsaspekt beantworten zu können (n=33)

	$\bar{x}$	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Missing
1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	1,8	19	9	1	1	2	0	1	0	0	0
1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	2,0	16	8	5	2	2	0	0	0	0	0
1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	1,6	19	11	1	1	1	0	0	0	0	0
1.4 Unterstützung bei der Körperpflege	1,3	24	8	1	0	0	0	0	0	0	0
2.1 Schmerzmanagement	2,0	15	11	3	0	3	1	0	0	0	0
2.2 Wundversorgung	1,8	21	6	2	0	0	0	1	0	1	2
2.3 Medikamentöse Therapie	1,4	23	9	0	0	1	0	0	0	0	0
2.4 Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen	1,5	18	12	0	1	0	0	0	0	0	2
2.5 Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten	1,5	21	9	3	0	0	0	0	0	0	0
3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung	1,6	21	8	2	1	1	0	0	0	0	0
3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung	1,5	23	7	1	1	1	0	0	0	0	0
3.3 Kommunikation	1,5	22	8	2	1	0	0	0	0	0	0
4.1 Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug	1,6	20	9	1	2	1	0	0	0	0	0

	$\bar{x}$	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Missing
4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten	1,6	23	6	2	1	0	0	0	0	1	0
4.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen	1,8	20	6	1	2	1	0	0	0	1	2
4.4 Unterstützung in Notfallsituationen	1,3	24	7	1	0	0	0	0	0	0	1
4.5 Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten	1,7	19	9	2	0	0	2	0	0	0	1
4.6 Nächtliche Versorgung	1,3	24	7	2	0	0	0	0	0	0	0
6.4 Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen	1,6	19	10	1	2	0	0	0	0	0	1
6.5 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten	1,7	19	9	1	2	1	0	0	0	0	1

Zugrunde liegende Frage: Wie schwierig war es für Sie die Fragen der Prüfer zu den Qualitätsaspekten zu beantworten?

16 Einrichtungen haben das Freitextfeld für Erläuterungen genutzt. Die Mehrzahl der Erläuterungen bezogen sich allerdings nicht auf etwaige Verständnisschwierigkeiten bei den Fragen, sondern auf Erläuterungen zu speziellen Problemen (EDV-Probleme, Dokumentationsprobleme usw.), die während der Testprüfung dazu geführt hatten, dass Prüfer hierzu Auffälligkeiten vermerkten. Vereinzelt gaben Einrichtungen auch zu Protokoll, dass die Qualitätsaspekte 2.2 (Wundversorgung), 4.2 (Überleitung bei Krankenhausaufenthalt) und 4.3 (Freiheitsentziehende Maßnahmen) generell schwer zu prüfen sein.

Nur für die Qualitätsaspekte 3.1 (Unterstützung bei Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung), 4.3 (Herausforderndes Verhalten)“ sowie 6.5 (Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten) (6.5) wurde vereinzelt auf unzureichende Beschreibungen oder Definition und damit auf Verständnisschwierigkeiten hingewiesen.

Zusammenfassung

Mit Blick auf die Ergebnisse kann zusammengefasst werden, dass alle Einrichtungen die Mehrzahl aller Fragen zu allen Qualitätsaspekten als einfach zu beantworten bewerteten.

5.6.12 Verständlichkeit der Bewertungshinweise

Auf dem Prüfbogen werden exemplarische Hinweise gegeben, welche Auffälligkeiten und Defizite bei den einzelnen Qualitätsaspekten wie bewertet werden sollen. Im Fragebogen, den die Prüfer im Anschluss an alle Testprüfungen ausfüllen sollten, wurde zusammenfassend gefragt, ob für die Prüfer die Hinweise zur Bewertung von Auffälligkeiten im Prüfbogen nachvollziehbar waren. Diese zusammenfassende Einschätzung erfolgte anhand einer vierstufigen Skala (ja, überwiegend ja, überwiegend nein, nein). Anschließend konnten Prüfer in einem Freitextfeld ihre Antworten erläutern. 31 der

34 Prüfer machten Angaben zur Nachvollziehbarkeit der Hinweise zur Bewertung von Auffälligkeiten im Prüfbogen. Tabelle 23 gibt die Verteilung der Antworten der Prüfer wieder.

Tabelle 23: Angaben zur Frage nach der Nachvollziehbarkeit der Hinweise zur Bewertung von Auffälligkeiten im Prüfbogen für die Testprüfer (n=34)

Antwortoptionen	Ja	Überwiegend ja	Überwiegend nein	Nein	Missing
N	9	20	2	0	3
%	26,5	58,8	5,9	0	8,8

Zugrunde liegende Frage: Waren die Hinweise zur Bewertung von Auffälligkeiten im Prüfbogen für Sie nachvollziehbar?

Mit Ausnahme von zwei Prüfern waren für alle Prüfer die Hinweise zur Bewertung mindestens überwiegend nachvollziehbar (85,3 %), für etwa ein Viertel der Testprüfer (26,5 %) waren alle Hinweise nachvollziehbar.

Im Freitextfeld gaben 8 Prüfer allgemeine Rückmeldungen zu den Bewertungshinweisen. Angemerkt wurde, dass die Hinweise zum Teil nicht konkret genug sind, um sichere Bewertungen vornehmen zu können und dass zwischen den einzelnen Bewertungskategorien nicht immer trennscharf unterschieden werden kann. Dies spiegelt sich auch in einigen Hinweisen bzw. Vorschlägen zu einzelnen Qualitätsaspekten wider. Andere Prüfer kommentierten, dass sie die Hinweise zur Bewertung nur als Beispiele wahrgenommen haben und im Einzelfall von ihnen abgewichen sind. Einzelne Prüfer schilderten, dass für sie nicht verständlich ist, warum Defizite in der Maßnahmenplanung bei verschiedenen Qualitätsaspekten unterschiedlich zu bewerten sind.

Zu allen Qualitätsaspekten außer 4.4 (Unterstützung in Notfallsituationen) und 4.6 (Nächtliche Versorgung) wurden auch konkrete Hinweise gegeben. Mehrheitlich handelte es sich um Hinweise darauf, welche Hilfestellungen zu den Bewertungen nicht verständlich waren oder welche Situationen nicht sicher bewertet werden konnten.

Vereinzelt wurden Schwierigkeiten beschrieben, die bereits im Zusammenhang mit den Fragen zu den Ausfüllhinweisen genannt wurden und sich auf verschiedene Teile des Instrumentes auswirken. Einige Hinweise bezogen sich darauf, dass es in den Qualitätsaspekten des Bereichs 3 inhaltliche Überschneidungen gebe, die nicht nur die Verständlichkeit der Informationserfassung und der Prüfung an sich, sondern auch die Bewertung betreffen. Hier können die Hinweise nicht ausreichend zur Differenzierung beitragen. Mehrmals wurde eine nicht ausreichende Definition des herausfordernden Verhaltens angemerkt.

Zusammenfassung

Insgesamt lässt sich das Fazit ziehen, dass die gegebenen Hinweise zur Bewertung eine gute Basis sind, um Auffälligkeiten im Rahmen der Qualitätsprüfung bewerten zu können. Aus einzelnen Rückmeldungen ergibt sich, dass an einigen Stellen noch Schärfungsbedarf in Bezug auf die Bewertungshinweise besteht.

5.6.13 Kategorisierung von Auffälligkeiten und Defiziten

Im neuen Prüfinstrument ist vorgesehen, dass Auffälligkeiten je nach Relevanz bzw. Defizitart verschiedenen Kategorien zugeordnet werden. Deshalb wurden die Prüfer nach jeder Testprüfung dazu befragt, ob und inwieweit sie Auffälligkeiten in das Schema des Prüfbogens einsortieren konnten. Die Beantwortung der Frage erfolgte anhand einer vierstufigen Skala (ja, überwiegend ja, überwiegend nein, nein). An diese Skalen schloss sich ein Freitextfeld an, in dem die Prüfer ihre Angabe ggf. begründen konnten.

In 90 der 95 Fragebögen wurde die Frage beantwortet. Mit einer Ausnahme konnten die Prüfer mindestens überwiegend die in einer Testprüfung vorgefundenen Auffälligkeiten in den Prüfbogen anhand des vorgegebenen Schemas einordnen. Etwas häufiger wurde auf die Frage ein „überwiegend ja“ (n=47) im Vergleich zu „ja“ (n=42) angegeben. Tabelle 24 zeigt die Verteilung der Antworten.

Tabelle 24: Angaben zur Frage, inwieweit Auffälligkeiten in den Prüfbogen eingeordnet werden konnten (n=95)

Antwortoptionen	Ja	Überwiegend ja	Überwiegend nein	Nein	Missing
N	42	47	1	0	5
%	44,2	49,5	1,1	0	5,3

Zugrunde liegende Frage: Konnten die von Ihnen entdeckten Auffälligkeiten anhand der Hinweise zur Bewertung in das vorgegebene Schema im Prüfbogen eingeordnet werden?

In 52 Prüfbogen (inklusive der 5 Missings) wurden das Freitextfeld für weitere Erläuterungen genutzt. Zweimal wurde erläutert, dass in der durchgeführten Prüfung keine Auffälligkeiten oder Defizite gefunden wurden.

Die Prüfer beschrieben auf verschiedenen Ebenen, welche Auffälligkeiten und Defizite nicht oder nur schwer in das Schema einzuordnen waren. Oft wurde allgemein und wiederholt hervorgehoben, dass die Leitfragen, Ausfüllhinweise und Hinweise zur Bewertung nicht immer ausreichend waren, um jede vorgefundene Situationen sicher zuordnen zu können oder dass sich Anforderungen in unterschiedlichen Hinweisen (Prüfbogen/Ausfüllhinweise) unterscheiden oder die vorgegebenen Beispiele nicht immer hilfreich waren.

Konkrete Angaben, welche Hinweise genau problematisch waren, gaben die Prüfer nicht. Einige Prüfer schilderten allgemein, dass Uneindeutigkeiten bei den Vorgaben zu Unsicherheiten darüber führen, ob eine vorgenommene Zuordnung „richtig“ im Sinne der Ausfüllhinweise ist.

Für einige Prüfer war es problematisch, Auffälligkeiten zuzuordnen, wenn bei einem Bewohner bei einem Qualitätsaspekt mehrere verschiedene Defizite und Auffälligkeiten bei einem Bewohner festgestellt wurden und wie die Feststellungen dann in das Schema einzutragen sind. Weitere Unsicher-

heiten bestanden bei einzelnen Prüfern in Bezug auf individuelle Situationen, in denen es für die Prüfer nicht eindeutig war, ob es sich um eine C-Bewertung (Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner) oder eine D-Bewertung (Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner) handelt. Seltener bestand die Problematik zwischen einer B-Bewertung (Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen) und einer C-Bewertung. Die Zuordnungsprobleme wurden mehrfach bei den Qualitätsaspekten Körperpflege, Ernährung, medikamentöse Therapie und Überleitung bei Krankenhausaufenthalten genannt.

Zusammenfassung

Obwohl sich zusammenfassen lässt, dass die meisten Prüfer die Mehrzahl der Auffälligkeiten überwiegend im vorgegebenen Schema verorten konnten, so sind angesichts der vergleichsweise zahlreichen Hinweise auf Unschärfen der Ausfüll- und Bewertungshinweise entsprechende Überarbeitungen des Instruments erforderlich.

5.6.14 Nachvollziehbarkeit der Bewertung von Auffälligkeiten aus Einrichtungssicht

Um Hinweise auf die Akzeptanz des Prüfverfahrens und die ihm inhärenten Bewertungen zu erhalten, wurden die Einrichtungen gebeten anzugeben, ob die in ihrer Einrichtung von den Prüfern entdeckten und als Defizit bewerteten Auffälligkeiten für sie nachvollziehbar waren. Sie hatten die Möglichkeit „ja“, „überwiegend ja“, „überwiegend nein“ und „nein“ anzugeben und in einem Freitextfeld ggf. ihre Antworten zu begründen.

31 von 33 antwortenden Einrichtungen (94 %) konnten die jeweiligen Bewertungen mindestens überwiegend nachvollziehen. Lediglich 2 Einrichtungen gaben an, die Bewertungen überwiegend nicht nachvollziehen zu können (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25: Verteilung der Angaben der Einrichtungen zur Nachvollziehbarkeit der Bewertung von Auffälligkeiten mit Defizit (n=33)

Antwortoptionen	Ja	Überwiegend ja	Überwiegend nein	Nein	Missing
N	20	11	2	0	0
%	60,6	33,3	6,1	0	0

Zugrunde liegende Frage: Konnten Sie (fachlich) nachvollziehen, welche Auffälligkeiten von den Prüfern als Defizite betrachtet wurden?

13 Einrichtungen haben Erläuterungen zu ihrer Antwort gegeben. Allerdings wurden die Erläuterungen hierzu überwiegend allgemein gehalten und es wurden keine präzisen Angaben zu bestimmten Auffälligkeiten oder Defiziten beschrieben, die aus Einrichtungssicht nicht nachvollziehbar waren. Einige Kommentare sind darauf beschränkt, die Bewertungskategorien als unverständlich oder nicht verhältnismäßig zu bezeichnen. Nur eine Einrichtung nennt ein konkretes Beispiel, einer aus ihrer

Sicht nicht nachvollziehbaren Bewertung. So sei in einem Fall von den Prüfern die Bewertungskategorie D gewählt worden, obwohl eine Maßnahme durchgeführt und im Fachgespräch beschrieben wurde; die Maßnahme sei lediglich nicht in der Dokumentation nachgewiesen.

Einige Einrichtungen konnten (möglicherweise) die Bewertungen nachvollziehen, nicht aber den vorausgehenden fachlichen Austausch bzw. sie konnten Ansichten der Prüfer zu den Themen Sturzgefährdung, Ernährungszustand oder zur Betreuungssituation eines Bewohners nicht nachvollziehen. Unter diesem Punkt wurde von wenigen Einrichtungen auch vermerkt, dass die Fokussierung auf die Defizite im Abschlussgespräch eher als demotivierend und nicht auf Augenhöhe empfunden wurde.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse zeigen, dass die durch die Prüfer vorgenommen Bewertungen für die Einrichtungen überwiegend nachvollziehbar waren. Die vereinzelten Hinweise auf mangelnde Akzeptanz der Einrichtungen darüber, wie die Bewertungen zustande kamen oder vermittelt wurden sollten dennoch ernst genommen werden.

5.6.15 Nachvollziehbarkeit der Bewertung der Defizitschwere

Innerhalb der Bewertungssystematik sind jene Defizite besonders erheblich zu werten, denen die Prüfer eine systematische Ursache attestieren. Auch hierzu wurden die Einrichtungen gefragt, ob die Bewertung eines Defizits als „systematisch“ für sie fachlich nachvollziehbar war. Nach dem formalen Abfragen in den Kategorien ja, überwiegend ja, überwiegend nein und nein, hatten die Einrichtungen die Möglichkeit ihre Antworten in einem Freitextfeld zu erläutern.

44 % (n=14) der Einrichtungen geben an, dass diese Frage nicht auf sie zutraf bzw. dass kein systematisches Defizit aufgetreten ist. 15 der verbleibenden 19 Einrichtungen (83,3 %) konnten nachvollziehen, warum ein bestimmtes Defizit als systematisch bewertet worden ist. 3 Einrichtungen konnten dies nicht (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26: Angaben der Einrichtungen zur Nachvollziehbarkeit von systematischen Defiziten (n=33)

Antwortoptionen	Ja	Überwiegend ja	Überwiegend nein	Nein	Missing
N	9	6	2	1	1
%	47,4	31,6	10,5	5,3	5,3

Zugrunde liegende Frage: Konnten Sie – soweit in Ihrer Einrichtung vorgekommen und von den Prüfern vorläufig so bewertet – die Bewertung bestimmter Defizite als „systematisch“, d.h. als besonders schwerwiegende Defizite fachlich nachvollziehen?

Obwohl nur 3 Einrichtungen angegeben haben, die Bewertung eines Defizits als systematisch nicht nachvollziehen zu können, haben 6 Einrichtungen im Freitext hierzu Stellung genommen. Eine Einrichtung gab an, dass aufgrund einer unvollständigen Dokumentation bei Gewichtsverlust in der Sterbephase und Ablehnung von hochkalorischer Kost ein systematisches Defizit verzeichnet worden ist und die Erläuterung im Fachgespräch hierzu nicht ausreichte. Ähnliches wird auch bei unvollständiger Dokumentation zu den Themen Dekubitus, Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten, Sturzrisikoeinschätzung und Maßnahmenplanung der Körperpflege beschrieben. Hierzu ist anzumerken, dass die Auswertung der Prüfbogen ergab, dass nicht alle Prüfer die Vorgaben zur Bewertung eines Defizites als „systematisch" befolgt haben.

Zusammenfassung

Positiv zu vermerken ist, dass systematische Defizite in den Testprüfungen nicht häufig vorkamen und dass die Einrichtungen die Begründungen mehrheitlich überwiegend nachvollziehen konnten. Allerdings ist es unerlässlich, die Möglichkeit der Anwendung der Kategorie des systematischen Defizits kritisch zu überprüfen.

5.6.16 Nachvollziehbarkeit der Auffälligkeiten der Plausibilitätskontrolle

Auch in der Plausibilitätskontrolle konnten Einrichtungen auffällig werden, wenn die Angaben aus früheren Ergebniserfassungen nicht plausibel erschienen. Deshalb wurden die Einrichtungen auch hier gebeten anzugeben, ob sie Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle nachvollziehen konnten. Es bestand die Möglichkeit mit „ja" oder „nein" zu antworten und ggf. nicht nachvollziehbare Auffälligkeiten in einem anschließenden Freitextfeld zu erläutern.

17 der 19 Einrichtungen (89,5 %), bei denen eine Plausibilitätskontrolle durchgeführt wurde, konnten die Auffälligkeiten nachvollziehen, nur 2 konnten dies nicht (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27: Angaben der Einrichtungen zur Nachvollziehbarkeit von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle (n=19)

Antwortoptionen	Ja	Nein
n	17	2
%	89,5	10,5

Zugrunde liegende Frage: Konnten Sie – wenn in Ihrer Einrichtung Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle vorkamen – diese Auffälligkeiten nachvollziehen?

4 Einrichtungen haben das anschließende Freitextfeld für Kommentare genutzt. 3 Einrichtungen bestätigten in diesem Feld allerdings nur, dass sie die Gründe nachvollziehen konnte. Lediglich eine Einrichtung erläuterte, dass es zu einer Diskussion zwischen der Pflegekraft und dem Prüfer gekommen ist. Eine genauere Erläuterung des Problems wurde jedoch nicht gegeben.

5.6.17 Übereinstimmung hinsichtlich systematischer Defizite im Teamgespräch

Innerhalb der Bewertungssystematik sind jene Defizite besonders erheblich, wenn ihnen eine systematische Ursache, im Sinne eines strukturellen Defizits oder eines allgemein mangelhaften Prozess, zugrunde liegt. Um ein systematisches Defizit auszuweisen, ist es erforderlich, dass sich die Prüfer im Teamgespräch über die endeckten Defizite austauschen und über ihre Bewertung einigen.

In der Befragung der Prüfer nach jeder einzelnen Testprüfung wurde gefragt, ob und inwieweit sich das Prüfteam darin einig war, welche Defizite ggf. als systematisch einzustufen sind. Die Beantwortung der Frage erfolgte anhand einer vierstufigen Skala (ja, überwiegend ja, überwiegend nein, nein). An diese Skalen schloss sich ein Freitextfeld an, in dem die Prüfer ihre Angabe ggf. begründen konnten.

Das Ergebnis zeigt sehr hohe Übereinstimmungswerte. In über 80 % der Fragebögen wurde die Frage eindeutig mit „ja“ beantwortet. 8-mal wurde die Frage mit „überwiegend ja“ (n=8) beantwortet, 7 Angaben fehlten. In keinem Fragebogen wurde die Frage negativ (überwiegend nein, nein) beantwortet. Tabelle 28 zeigt die Verteilung der Angaben.

Tabelle 28: Verteilung der Angaben zur Frage, inwieweit im Prüfteam Einigkeit über das Vorliegen systematischer Ursachen bei Defiziten bestand (n=95)

Antwortoptionen	Ja	Überwiegend ja	Überwiegend nein	Nein	Missing
N	80	8	0	0	7
%	84,2	8,4	0	0	7,4

Zugrunde liegende Frage: Bestand im Prüfteam Einigkeit darüber, bei welchen Auffälligkeiten systematische Ursachen zugrunde liegen könnten?

In 22 Fragebögen finden sich weitere Angaben hierzu. 6-mal wurde erläutert, dass in den Prüfungen keine Auffälligkeiten von der Art vorlagen, dass im Prüfteam eine Auseinandersetzung über systematische Ursachen geführt werden musste. Dreimal wurde bestätigt, dass im Prüfteam Einigkeit über eine mögliche systematische Ursache bei den Defiziten bestand. Einige Prüfer gaben an, dass es ihnen schwer fiel, das umfangreiche Material am Ende der Testprüfung zu sichten und anhand der Informationen zu einer Entscheidung zu kommen. Ein Prüfer beschrieb dies auch als sehr zeitaufwendig. Bei einzelnen Testprüfungen hat die Abstimmung zu systematischen Ursachen auch erst nach der Testprüfung stattgefunden.

Die Mehrzahl der verbleibenden Erläuterungen bezieht sich auf Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Zusammentragen der notwendigen Informationen für das Teamgespräch, die der allerdings der provisorischen technischen Lösung im Rahmen der Testprüfung geschuldet waren.

Konkrete Schwierigkeiten, sich zu einigen, wurden faktisch nicht beschrieben. Ein Prüfer merkte an, dass es schwierig sei, eine Entscheidung zu treffen, wenn ein Qualitätsaspekt nur einmal geprüft wurde. Zweimal gab es hinsichtlich der Beurteilung von Ursachen für Defizite bei der Risikoeinschätzung unterschiedliche Ansichten, einmal beim Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen.

Ergebnisse des Workshops

Bei der Auswertung der Prüf- und Ergebnisbögen hat das Projektteam festgestellt, dass zahlreiche als „systematisch" bewertete Defizite nicht oder nicht im Sinne der Verfahrensbeschreibung begründet wurden (vgl. auch Kapitel 5.4.3). Aufgrund dessen wurden die Ergebnisse zu systematischen Defiziten im Workshop zu den Testprüfungen kurz vorgestellt und anschließend mit den Teilnehmern diskutiert.

Dem Feedback der Teilnehmer kann entnommen werden, dass die Verfahrensbeschreibung in dieser Hinsicht als nicht deutlich genug kritisiert wurde bzw. die Hinweise zur Identifizierung systematischer Defizite irreführend sind. Mehrheitlich waren sich die Teilnehmer des Workshops auch darin einig, dass im Rahmen der Schulung nicht ausreichend auf das systematische Defizit eingegangen wurde. Allerdings wurde mit Blick auf das „bisherige" Prüfprozedere von den Teilnehmern auch durchaus selbstkritisch betont, dass nach dem „alten" Verfahren kein intellektueller Transfer von festgestellten Defiziten zu den Ursachen der Defizite erforderlich war. Auf Rückfrage des Projektteams wurde weitgehend bestätigt, dass die Frage nach dem „Warum" ein Defizit aufgetreten ist, tatsächlich zu selten gestellt wurde. Nach der nochmaligen Vermittlung durch das Projektteam, dass diese „Ursachenforschung" eine zentrale Voraussetzung sei, um Defizite als systematisch zu kennzeichnen, merkten die meisten Prüfer an, dass dies in der Praxis sehr zeitaufwendig sei und eine Ursache in diesem Sinne oftmals nicht rechtssicher belegt werden können, v.a. da die Bewertung als systematisches Defizit relevante Konsequenzen für die Bewertung von Qualitätsaspekten hat. Letztlich sei eine Ursachenfindung stark dokumentationslastig und benötige zumeist den Einbezug einer Leitungskraft. Mit einer Ausnahme waren sich aber alle Prüfer darüber einig, dass auf dieses „strukturelle" Verständnis von systematischen Defiziten nicht verzichtet werden solle.

Zusammenfassung

Obwohl die Befragungsergebnisse zeigen, dass im Prüfteam überwiegend Einigkeit über das Vorliegen systematischer Defizite bestand, ist das Ergebnis grundsätzlich infrage zu stellen, weil die Vorgaben zur Bewertung eines Defizits als „systematisch" vielfach nicht beachtet wurden. Die Ergebnisse der Befragung geben daher nur sehr eingeschränkt Hinweise auf die Objektivität der Bewertung von Defiziten als „systematisch".

5.6.18 Übereinstimmung hinsichtlich der übergreifenden Qualitätsaspekte

Für die übergreifenden Qualitätsaspekte des Bereichs 5, deren Bewertungen im Abschlussgespräch thematisiert, aber nicht öffentlich dargestellt werden, sollen die Prüfer gemäß der Vorgaben des Prüfinstruments Aspekte zusammentragen und bewerten, die ihrerseits bei mehreren anderen Qualitätsaspekten eine Rolle spielen (z.B. Hygienemaßnahmen). Die Prüfer wurden nach jeder Testprüfung dazu befragt, ob und inwieweit sich das Prüfteam bezüglich der Bewertung der bereichsübergreifenden Qualitätsaspekte einig war. Die Beantwortung dieser Frage erfolgte anhand einer vierstufigen Skala (ja, überwiegend ja, überwiegend nein, nein). An diese Skalen schloss sich ein Freitextfeld an, indem die Prüfer und die Einrichtungen ihre Angabe ggf. begründen konnten.

In 92 Fragebögen wurde die Frage beantwortet. 87-mal gaben die Prüfer an, dass Einigkeit im Prüfteam bestand, 5-mal wurde angegeben, dass überwiegend Einigkeit im Prüfteam bestand. In keinem Fall wurde die Frage negativ (überwiegend nein, nein) beantwortet. Tabelle 29 zeigt die Verteilung der Angaben.

Tabelle 29: Verteilung der Angaben zur Frage, inwieweit im Prüfteam Einigkeit über die Bewertung der Qualitätsaspekte des Bereiches 5 bestand (n=95)

Antwortoptionen	Ja	Überwiegend ja	Überwiegend nein	Nein	Missing
N	87	5	0	0	3
%	91,6	5,3	0	0	3,2

Zugrunde liegende Frage: Im neuen Prüfverfahren ist vorgesehen, dass sich das Prüfteam im Teamgespräch über die Qualitätsaspekte des Bereichs 5 (bereichsübergreifende Qualitätsaspekte) austauscht und diese gemeinsam bewertet. Bestand im Prüfteam Einigkeit über die Bewertung der bereichsübergreifenden Qualitätsaspekte des Bereichs 5?

In 10 Fragebögen wurden weitere Angaben gemacht, wobei hier mehrfach lediglich bestätigt wurde, dass sich im Prüfteam gut auf eine gemeinsame Bewertung der übergreifenden Qualitätsaspekte geeinigt werden konnte. Einigen Prüfern fiel es schwer, die übergreifenden Qualitätsaspekte anhand der umfangreichen Informationen am Ende der Prüfung zu beurteilen. Zweimal wurde darüber hinausgehend befürchtet, dass dies bei Einrichtungen mit vielen Auffälligkeiten und Defiziten noch schwerer sein wird. Faktisch hing dieses Problem aber eher mit der provisorischen technischen Lösung der Testprüfung zusammenhing. Ein Prüfer stellte die Frage, ob die Bewertung von übergreifenden Qualitätsaspekten überhaupt im Team erfolgen muss bzw. ob dies auch der Hauptprüfer im Anschluss der Prüfung allein vornehmen kann.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass sich die Prüfer ohne Probleme anhand der Vorgaben auf eine Bewertung einigen konnten bzw. dass keine unterschiedlichen Ansichten hinsichtlich der Bewertung der übergreifenden Qualitätsaspekte im Bereich 5 bestanden.

5.6.19 Ergebnisbogen

In Anschluss an die Testprüfungen soll durch die Prüfer ein Prüfbericht zusammengestellt werden. Hierfür lag den Prüfern ein Ergebnisbogen vor, in den sie die abschließende Bewertung der Qualitätsaspekte und ggf. der Plausibilitätskontrolle eintragen und Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten formulieren konnten. Dies erfolgte durch einen Prüfer des Prüfteams, ggf. in Rücksprache mit den anderen Prüfern oder in gemeinsamer Absprache im Prüfteam.

Die Prüfer wurden nach jeder Testprüfung gefragt, inwieweit sie alle Auffälligkeiten in den vorstrukturierten Ergebnisbogen eintragen konnten. Die Beantwortung der Frage erfolgte anhand einer vierstufigen Skala (ja, überwiegend ja, überwiegend nein, nein). An diese Skalen schloss sich ein Freitextfeld an, in dem die Prüfer angeben konnten, was nicht abschließend einzuordnen war.

Tabelle 30 zeigt, dass diese Frage in 80 der 95 Fragebögen beantwortet wurde.[47] Alle Antworten waren zustimmend (ja / überwiegend ja), bei einer Quote von über 70 % uneingeschränkter Zustimmung.

Tabelle 30: Angaben zur Frage, inwieweit alle Auffälligkeiten in den Prüfbogen eingetragen werden konnten (n=95)

Antwortoptionen	Ja	Überwiegend ja	Überwiegend nein	Nein	Missing
N	67	13	0	0	15
%	70,5	13,7	0	0	15,8

Zugrunde liegende Frage: Konnten alle Auffälligkeiten abschließend den Vorgaben im Ergebnisbogen zugeordnet werden?

In 17 der 95 Fragebögen wurde das Freitextfeld genutzt, um zum Ergebnisbogen Stellung zu nehmen, darunter alle 13 Fragebögen, die nur „überwiegend ja“ angegeben hatten.

Die Rückmeldungen adressieren unterschiedliche Ebenen, wobei die Mehrheit der Angaben sich nicht auf den Ergebnisbogen, sondern auf bereits geschilderte Unklarheiten bei der Bewertung der Qualitätsaspekte beziehen. In insgesamt 4 Fragebögen wurde erläutert, a) dass Defizite bezüglich ärztlicher Anordnungen im Ergebnisbogen nicht untergebracht werden können, b) dass Unsicherheiten bei der Bewertung von mehreren Defiziten, die bei einem Bewohner bei einem Qualitätsaspekt aufgetreten sind, bestehen c) dass der Personaleinsatz nicht bewertet werden konnte, d) dass Unsicherheiten bei der Zuordnung von Defiziten zu einem bestimmten Qualitätsaspekt bestehen sowie e) dass eine Bewertung hinsichtlich systematischer Ursachen nicht immer möglich ist.

Nur selten wurde der Ergebnisbogen direkt adressiert. Zweimal wurde beschrieben, dass beim Zusammentragen der Informationen und Bewertungen für den Ergebnisbogen viele Defizite und Angaben doppelt dokumentiert werden und dies sehr aufwendig ist. Hierzu ist anzumerken, dass dies

[47] Zu 8 Missings wurde im Freitextfeld erläutert, dass der jeweilige Prüfer an der Erstellung des Ergebnisbogens nicht beteiligt war oder dass keine Auffälligkeiten in der Testprüfung vorlagen.

überwiegend auf die provisorische technische Lösung im Rahmen der Testprüfung zurückzuführen ist. Ebenfalls zweimal wurde geschildert, dass beim Erstellen des Ergebnisbogens Änderungen an der Bewertung einzelner Defizite vorgenommen wurden.

Zusammenfassung

Anhand der Ergebnisse kann festgehalten werden, dass die Erstellung des Ergebnisbogens praktikabel ist und alle Auffälligkeiten eingeordnet werden konnten. Aufgetretene Schwierigkeiten werden nicht durch den Ergebnisbogen verursacht. Die Änderung einzelner Bewertungen bei der Erstellung der Prüfberichte (hier Erstellung des Ergebnisbogens) ist eine im Prüfverfahren vorgesehene Möglichkeit und nicht als Schwierigkeit im Umgang mit dem Instrument zu werten.

5.6.20 Belegbarkeit dokumentierter Defizite

Für das Prüfverfahren ist es wichtig, dass festgestellt Defizite in dem Sinne „rechtssicher" sind, dass auf eindeutige und allgemein anerkannte fachliche Standards verwiesen werden kann, deren Erfüllung in den Einrichtungen prinzipiell gegeben sein muss, sowie dass diesbezügliche Defizite klar und unmissverständlich beschrieben und belegt werden können. Aus diesem Grund wurden die Prüfer nach Absolvierung aller Testprüfungen gefragt, für wie gut belegbar sie ihre in den Prüfungen festgestellten Defizite halten. Die Einschätzung sollte für jeden einzelnen Qualitätsaspekt anhand einer 9-stufige Likert-Skala von 1 = sehr unsicher bis 9 = sehr sicher vorgenommen werden. An die Skalen schloss sich ein Freitextfeld an, indem die Prüfer ihre Angaben ggf. begründen konnten.

Alle 34 Prüfer gaben hierzu formale Einschätzung ab.[48] Wie Tabelle 31 zeigt, liegt hier eine große Streuung der Ergebnisse vor. Bei allen Qualitätsaspekten gab es Prüfer, die die Belegbarkeit von Defiziten entweder als eher „sehr unsicher" mit dem Skalenwert 1 oder als „sehr sicher" mit dem Skalenwert 9 einschätzten.

[48] Einzelne Missings traten insbesondere bei den Qualitätsaspekten „Wundversorgung" und „Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen" (je 7-mal) sowie „Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten" (6-mal) auf. Es ist anzunehmen, dass diese Qualitätsaspekte von den jeweiligen Prüfern während der Testprüfung nicht geprüft wurden.

Tabelle 31: Angaben der Prüfer zur Belegbarkeit von Auffälligkeiten und Defiziten

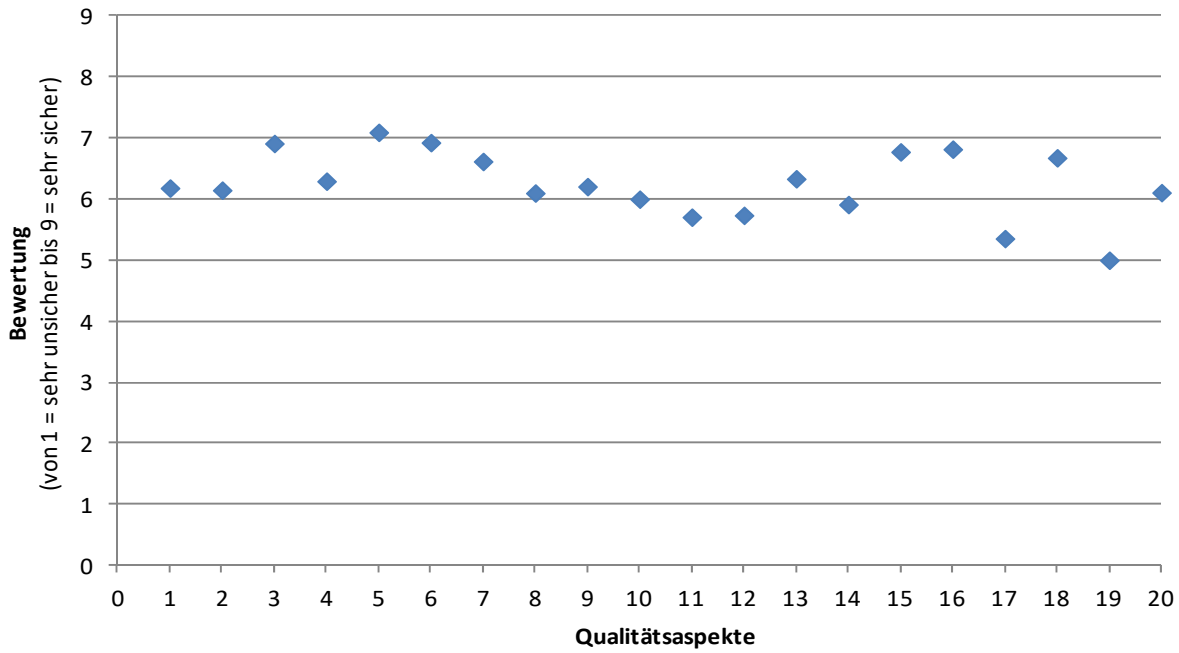
	$\bar{x}$	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Missing
1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	6,18	3	2	1	4	0	3	5	10	2	1
1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	6,15	3	3	2	1	0	2	11	7	5	0
1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	6,91	2	1	1	2	0	1	11	7	9	0
1.4 Unterstützung bei der Körperpflege	6,29	1	0	3	3	2	9	5	6	5	0
2.1 Schmerzmanagement	7,09	1	1	1	1	3	1	6	8	10	2
2.2 Wundversorgung	6,93	1	0	2	0	2	2	8	6	6	7
2.3 Medikamentöse Therapie	6,62	1	0	2	2	2	6	6	13	2	0
2.4 Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen	6,1	1	2	3	1	4	3	6	5	5	4
2.5 Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten	6,21	3	2	2	3	2	3	4	5	10	0
3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung	6,00	2	3	1	3	4	4	6	4	7	0
3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung	5,71	3	1	2	2	3	9	8	4	2	0
3.3 Kommunikation	5,74	3	0	3	3	5	7	5	3	5	0
4.1 Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug	6,33	1	0	3	4	2	3	7	8	4	1
4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten	5,91	2	1	4	3	3	6	4	5	6	0
4.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen	6,77	2	1	1	2	1	1	8	7	8	3
4.4 Unterstützung in Notfallsituationen	6,82	1	2	0	3	2	2	7	7	9	1
4.5 Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten	5,36	2	1	1	2	6	5	5	1	5	3
4.6 Nächtliche Versorgung	6,68	3	0	2	1	2	2	9	6	9	0
6.4 Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen	5,00	4	3	3	2	3	2	3	3	4	7
6.5 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten	6,11	3	0	1	3	2	4	6	4	5	6

Zugrunde liegende Frage: auch zukünftig müssen Defizite mit Bezug zu eindeutigen normativen Vorgaben (z.B. MuGs, Richtlinien, anderweitig geltende Standards o.ä.) begründet werden, damit entsprechende Konsequenzen „rechtssicher“ sind. Für wie sicher belegbar halten Sie die von Ihnen während der Prüfungen beobachteten und dokumentierten Defizite bei den einzelnen Qualitätsaspekten?

Die aus den einzelnen Einschätzungen errechneten Mittelwerte je Qualitätsaspekt streuen zwischen 5,00 und 7,09. Als am sichersten belegbar wurden Defizite beim Qualitätsaspekt „Schmerzmanagement“ eingeschätzt, gefolgt von „Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung“ und „Wundversorgung“. Am unsichersten schätzen die Prüfer den Qualitätsaspekt „Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen“ ein. Ebenfalls einen Mittelwert von kleiner 6,0 liegt bei den Qualitätsaspekten „Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten“, „Kommunikation“, „Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung“ und

„Überleitung bei Krankenhausaufenthalten“ vor. Abbildung 9 stellt die Mittelwerte je Qualitätsaspekt vergleichend dar.

Abbildung 9: Übersicht über die Mittelwerte der Einschätzungen der Prüfer bezüglich der Belegbarkeit festgestellter Auffälligkeiten und Defizite bei den einzelnen Qualitätsaspekten



1: Unterstützung im Bereich der Mobilität; 2: Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung; 3: Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung; 4: Unterstützung bei der Körperpflege; 5: Schmerzmanagment; 6: Wundversorgung; 7: Medikamentöse Therapie; 8: Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen; 9: Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten; 10: Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmungen; 11: Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung; 12: Kommunikation; 13: Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug; 14: Überleitung bei Krankenhausaufenthalten; 15: freiheitsentziehende Maßnahmen; 16: Unterstützung in Notfallsituationen; 17: Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten; 18: Nächtliche Versorgung; 19: Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen; 20: Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

26 der 34 Prüfer erläuterten ihre Einschätzungen im anschließenden Freitextfeld, wobei vier Prüfer lediglich bestätigten, dass sie ihre Feststellungen für gut beleg- und begründbar halten. Die Erläuterungen der verbliebenen 22 Prüfer bezogen sich auf sehr unterschiedliche Aspekte. Ein Teil der Prüfer gab sehr allgemeine Rückmeldung in Bezug auf „weiche Themen“ und rechtliche Grundlagen, andere Prüfer äußerten sich konkret zu einzelnen Qualitätsaspekten. In der Summe kann unterschieden werden zwischen Äußerungen, die sich auf das Fehlen von expliziten Standards oder sonstigen normativen Grundlagen beziehen und solchen, die Schwierigkeiten hatten, ihre Auffälligkeiten klar als Defizite zu beschreiben.

Kritisch sahen einzelne Prüfer eine sichere Bewertung vor allem bei „weichen Themen“, zu denen keine allgemeingültigen Kriterien formuliert werden können und die Einschätzung der Prüfer notgedrungen eher subjektiv sei. Hierzu zählt beispielweise die Einschätzung, inwieweit Wünsche der Bewohner berücksichtigt werden. Die Beurteilung fiele nicht nur dann schwer, wenn sich Bewohner dazu nicht (mehr) äußern können, sondern auch wenn der Bewohner Wünsche scheinbar erstmals im Rahmen der Prüfung äußert, die Einrichtung die Wünsche also nicht kennt und bisher entsprechend nicht berücksichtigt konnte. Einzelne Prüfer sahen Schwierigkeiten darin ein Defizit zu belegen, dass sich darauf bezieht, dass die Einrichtung nicht alle Ressourcen des Bewohners nutzt und Aufgaben, zum Teil auch auf Wunsch des Bewohners, übernimmt, die ein Bewohner auch selbstständig bzw. mit Unterstützung durch Pflegekräfte durchführen könnte. Weiterhin kritisch werden Defizite gesehen, die ausschließlich anhand von Informationen aus Gesprächen belegt werden können und Defizite der Kategorie D, bei der ein Zusammenhang zwischen einem Defizit und einer negativen Folge für den Bewohner hergestellt werden muss. Vereinzelt wurde beschrieben, dass es schwierig wäre, ein Defizit bei ruhigstellender Medikation als freiheitsentziehende Maßnahme zu belegen oder dass Defizite bei der Wahrung der Intimsphäre in Doppelzimmern schwer belegbar sind, weil Einrichtungen hierzu wenig dokumentieren. Bei dem Qualitätsaspekt „Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen“ ist es einzelnen Prüfern schwer gefallen, Standards zu benennen, in denen eine rasche und direkte Information von Angehörigen und Hausarzt gefordert wird.

In Bezug auf die drei konkreten Qualitätsaspekte „Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmungen“, „Kommunikation“ und „Überleitung bei Krankenhausaufenthalten“, vermerkten zwei Prüfer, dass hier eine rechtliche Grundlage fehlt. Zum Qualitätsaspekt „Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung“, wurde angemerkt, dass sich der Expertenstandard nur auf die Förderung der Harn-, nicht aber der Stuhlkontinenz bezieht. Auch beim Qualitätsaspekt „Wundversorgung“, liege auch nur für einen Teil des zu prüfenden Sachverhaltes ein Expertenstandard vor.

Einzelne Prüfer betonten, dass teilweise deutlicher vorgegeben werden muss, an welchen Stellen ein Nachweis in der Dokumentation vorliegen muss, dass die Maßstäbe und Grundsätze für die stationäre Pflege an das neue Prüfverfahren angepasst werden und die Prüfer fachlich gut geschult sein müssen, sowohl bezogen auf den aktuellen Stand des Wissens als auch auf die normativen Vorgaben.

Bezogen auf die einzelnen Qualitätsaspekte meldeten die Prüfer vereinzelt Details zurück, bei denen sie keine ausreichende Bewertungsgrundlage hatten. Mehrheitlich handelte es sich hierbei aber nicht um fehlende fachliche Standards, sondern um mögliche Schwachstellen in den Vorgaben des Instruments. Beim Qualitätsaspekt „Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen“, war für einzelne Prüfer nicht klar, was im Einzelfall genau zu bewerten war; beim Qualitätsaspekt „Medikamentöse Therapie“, fehlte eine Grundlage für den Umgang mit „halbierten“ Tabletten. Wiederholt wurde auch unter diesem Punkt festgehalten, dass eine Definition von herausforderndem Verhalten fehle, die Zuordnung der Kompressionstherapie zu einem Qualitätsaspekt nicht eindeutig möglich sei sowie dass die Qualitätsaspekte 3.2 und 3.3 Überschneidungen aufweisen.

Zusammenfassung

Die quantitativen und qualitativen Auswertungen zeigen, dass die meisten Prüfer die Mehrzahl der von ihnen entdeckten Defizite klar als solche beschreiben und bewerten können. In der Gesamtbetrachtung ist erkennbar, dass die Prüfer sich bei den Qualitätsaspekten aus den „traditionellen" Themenbereichen 1 und 2, bei denen vielfach auch auf vorliegende Expertenstandards referenziert werden kann, insgesamt sicherer sind als bei den neuen Themenbereichen, für die weniger explizite Expertenstandards vorliegen.

Allerdings fällt auch auf, dass dies nicht verallgemeinerbar ist, denn auch bei den Themen ohne explizite Standards wurden einige Qualitätsaspekte („Unterstützung in Notfallsituationen" und „Nächtliche Versorgung") als vergleichsweise gut belegbar betrachtet. Umgekehrt trifft eine gute Belegbarkeit scheinbar auch nicht auf das Schmerzmanagement zu, obwohl hier ein expliziter Standard vorliegt.

Alle Ergebnisse sind dahingehend mit Vorsicht zu betrachten, weil die große Streuung hier am ehesten auf Unsicherheiten verweist, die auch auf die noch fehlenden Erfahrungen mit dem Prüfinstrumentarium zurückgehen können.

5.7 Aufwand

Im Zuge der Erprobung des Prüfverfahrens wurde ein Schwerpunkt auf die Abschätzung unterschiedlicher Aufwandsparameter gelegt. Dies betrifft sowohl die Befragung der Einrichtung als auch der Prüfer (nach jeder einzelnen Prüfung und im Nachgang aller Prüfungen). Konkret wurden zum einen relative Aufwandsabschätzungen sowie die Verhältnismäßigkeit des Zeitaufwands einzelner Prüfschritte und Qualitätsaspekte erfragt und zum anderen wurden konkrete Zeitangaben auf Ebene der einzelnen bewohnerbezogenen Prüfungen dokumentiert. Die unterschiedlichen Angaben ermöglichen eine relative Quantifizierung des Gesamtaufwands in Personentagen und können somit einen Eindruck der zukünftigen Arbeitsbelastung von Prüfdiensten und Einrichtungen vermitteln. Im Zuge der Analysen wurden Freitextfelder qualitativ auswertet, die statistischen Auswertungen der Zeitangaben und Bewertungen wurden deskriptiv analysiert.

Die im Folgenden dargestellten Aufwände beziehen sich ausschließlich auf das in der Erprobung eingesetzte Instrumentarium und nicht auf das finale Instrumentarium. Hinweise zu den aufwandsrelevanten Effekten der Anpassungen im Instrumentarium nach der Erprobung finden sich in Kapitel 5.9.

5.7.1 Zeitaufwand einzelner Prüfschritte – Einholen der Einwilligungen

Die Prüfer wurden gebeten nach jeder Prüfung anzugeben, wie lange das Einholen von Einwilligungen jeweils gedauert hat. Da bereits im Vorfeld viele Einwilligungen vorlagen, ist nachvollziehbar, dass hier lediglich zu 70 von 283 bewohnerbezogenen Prüfungen Angaben vorliegen.[49] Der Mittelwert von etwas über 13 Minuten je Einwilligung kann als Anhaltspunkt für die durchschnittliche Dauer gut herangezogen werden. Tabelle 32 zeigt die Ergebnisse in der Übersicht.

Tabelle 32: Durchschnittliche Dauer des Einholens der Einwilligung in Minuten

	Mininum	**Maximum**	**Mittelwert**
Wert	5	30	13,11

5.7.2 Zeitaufwand einzelner Prüfschritte – bewohnerbezogene Prüfungen

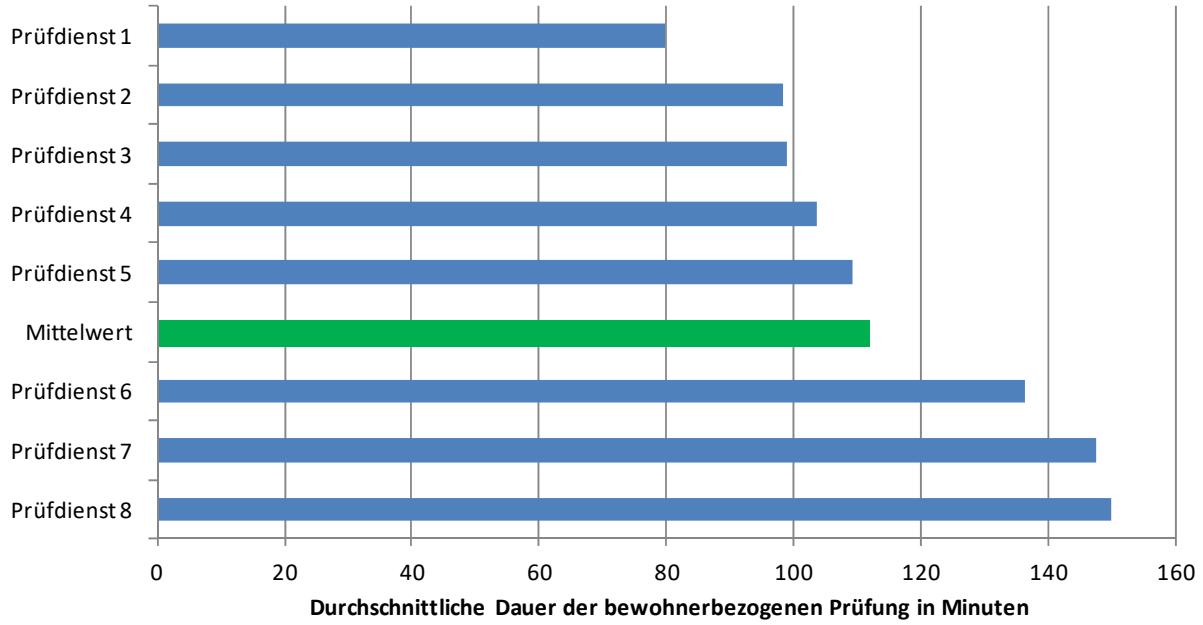
Die bewohnerbezogenen Prüfungen nehmen einen großen Teil der Prüfung ein und sind entscheidend für die Bewertung einer Einrichtung. Datengrundlage für die Bestimmung des Zeitaufwandes ist primär der Fragebogen für die Prüfer nach jeder einzelnen Prüfung. Konkret lautete die entsprechende Frage:
Wie viel Zeit hat die Prüfung der jeweiligen Bewohner in Anspruch genommen (Angabe in Minuten)? Bitte schätzen Sie die reine Prüfzeit inklusive der Plausibilitätskontrolle (wenn diese erforderlich war) sowie gesondert die Zeit zum Einholen der Einwilligungserklärung (wenn dies erforderlich war).

Zur Stratifizierung wurde zusätzlich der Pflegegrad der jeweiligen Bewohner erfragt. Zusätzlich standen die Informationen zur Gesamtdauer der einzelnen bewohnerbezogenen Prüfung (dokumentiert im Prüfbogen) selbst zur Verfügung und wurden in der Auswertung entsprechend berücksichtigt. In diesen Zeitangaben ist ggf. die Plausibilitätskontrolle enthalten.

Insgesamt sind Daten aus allen 283 bewohnerbezogenen Prüfungen ausgewertet worden. Der Gesamtmittelwert über alle bewohnerbezogenen Prüfungen hinweg beträgt für die Testprüfungen 111 Minuten. Mit Hilfe dieser Angaben lässt sich in einem ersten Überblick darstellen, dass die mittlere Prüfungsdauer pro Bewohner möglicherweise auch vom jeweiligen Prüfdienst abhängig ist. Die Abweichungen zum Mittelwert im Vergleich der Prüfdienste lässt sich in Abbildung 10 ablesen.

[49] 4 unplausible Angaben wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

Abbildung 10: Durchschnittliche Dauer der bewohnerbezogenen Prüfung nach Prüfdiensten

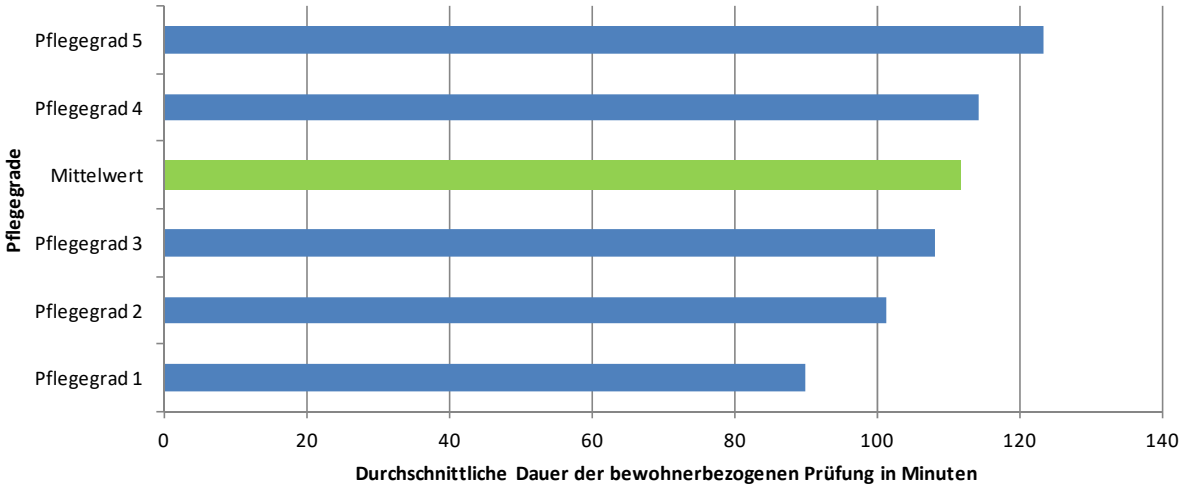


Die Unterschiede zwischen den Prüfdiensten in der Prüfdauer sind erheblich: Während Prüfer des Prüfdienstes 1 durchschnittlich lediglich knapp 80 Minuten pro Bewohner benötigten, wurden in Prüfdienst 8 knapp 150 Minuten im Schnitt, also fast die doppelte Zeit, in der retrospektiven Schätzung angegeben. Diese deskriptive Analyse suggeriert, dass die Dauer der bewohnerbezogenen Prüfung maßgeblich vom jeweiligen Prüfdienst abhängig sein könnte. Unterstützende Analysen zeigten, dass bspw. der Pflegegrad der einbezogenen Bewohner die Unterschiede nicht erklären kann. Die Unterschiede lassen sich auch nicht ausschließlich auf durchgeführte Plausibilitätskontrollen zurückführen, da beispielsweise sowohl Prüfdienst 1 als auch Prüfdienst 8 überwiegend Prüfungen mit Plausibilitätskontrolle durchgeführt haben.

Mögliche Kriterien, die die Unterschiede eher erklären könnten, sind unterschiedliche Vorgehensweisen in der bewohnerbezogenen Prüfung. Die ausgefüllten Prüfbögen zu den bewohnerbezogenen Prüfungen zeigen, dass sowohl die Informationserfassung als auch die Beschreibung und Erläuterung von Auffälligkeiten und Defiziten unterschiedlich umfangreich bzw. unterschiedlich detailliert erfolgte. Dies könnte in den Prüfungen zu einem höheren Zeitaufwand geführt haben. Ebenso ist es denkbar, dass Prüfdienste in der bewohnerbezogenen Prüfung bereits unterschiedlich umfangreiche Beratungen durchführen, was ebenfalls einen Einfluss auf die Dauer der bewohnerbezogenen Prüfung haben könnte. Diese Vermutungen konnten allerdings anhand der vorliegenden Daten nicht verifiziert werden.

Dass der Pflegegrad des zu prüfenden Bewohners einen großen Einfluss auf die Dauer der bewohnerbezogenen Prüfung hat, ist eine logische Hypothese, die auch von den Aussagen der Prüfer gestützt wird. Bei der Analyse der Daten zu den 283 in die Auswertung einbezogenen Prüfungen bestätigt sich ein klarer Zusammenhang zwischen Prüfdauer und Pflegegrad der Bewohner (Abbildung 11).

Abbildung 11: Zusammenhang von Pflegegrad und Dauer der bewohnerbezogenen Prüfung



Die bewohnerbezogenen Prüfungen von Bewohnern mit Pflegegrad 1 dauerten durchschnittlich 90 Minuten.[50] Folgend steigt die Prüfdauer von Pflegegrad 2 (101 Minuten) bis Pflegegrad 5 (123 Minuten) stetig an. Wenn Pflegegrad 1 aufgrund der niedrigen Fallzahl ausgeblendet wird, wird allerdings auch deutlich, dass der geringere Aufwand für Pflegegrad 2 und der höhere Aufwand für Pflegegrad 5 im Vergleich zum Mittelwert (111 Minuten) nicht so stark ins Gewicht fallen, wie ggf. anzunehmen wäre. Die verschiedenen Prüfdienste scheinen diesbezüglich eine deutlich größere Rolle zu spielen.

Einen Einfluss auf die Prüfdauer hat erwartungsgemäß auch die Tatsache, ob kognitiven Einschränkungen bei dem geprüften Bewohner vorlagen. Die Prüfer schilderten sowohl im Workshop zu den Testprüfungen als auch an verschiedenen Stellen der Befragungen, dass sie bei Bewohnern mit kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkungen die Dokumentation als Informationsquelle eine größere Rolle einnimmt, was zu einem erhöhten Zeitbedarf führt. Während die Prüfungen bei den Bewohnern mit kognitiven Beeinträchtigungen durchschnittlich 115 Minuten dauerten (n=189), war der Zeitaufwand für Bewohner ohne entsprechende Beeinträchtigungen (n=90) mit knapp 104 Minuten geringer.

Ergänzend zu den retrospektiven Schätzungen nach den bewohnerbezogenen Prüfungen wurden die Prüfer nach Abschluss aller Prüfungen gebeten, auf einer fünfstufigen Ordinalskala anzugeben, wie sich der Zeitaufwand relativ von der ersten Prüfung zur letzten Prüfung verändert hat. Alle 34 Prüfer haben die Frage beantwortet. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

[50] Hier muss allerdings relativierend erwähnt werden, dass insgesamt nur 2 Bewohner diesen Pflegegrad hatten

Tabelle 33: Veränderter Zeitaufwand im Verlauf der Testprüfungen

	Deutlich geringer	Geringer	Ungefähr gleich	Höher	Deutlich Höher
Anzahl	0	13	16	5	0

Zugrunde liegende Frage: Wenn Sie den Zeitaufwand Ihrer ersten Bewohnerprüfung mit dem Zeitaufwand der letzten Bewohnerprüfung vergleichen: Wie würden Sie den zeitlichen Aufwand für die letzte Prüfung beurteilen?

Die Ergebnisse zeigen, dass die meisten Prüfer (n=16) keine Veränderung des Zeitaufwands wahrgenommen haben. Allerdings haben 13 Personen angegeben, dass der Zeitaufwand am Ende geringer war. „Deutlich geringer“ wurde ebenso wie der andere Extremwert „Deutlicher höher“ nicht gewählt. 5 Prüfer gaben einen höheren Aufwand im Vergleich zur ersten Prüfung an. Es ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass einzelne Prüfer aufgrund der individuellen Besonderheiten der Prüfung (ggf. höherer Prüfaufwand aufgrund der individuellen Bewohnersituation) einen höheren Aufwand angegeben haben. Insbesondere, weil die Prüfer lediglich durchschnittlich 8,7 bewohnerbezogene Prüfungen durchgeführt haben, die sich im Umfang stark voneinander unterscheiden konnten. Nichtsdestotrotz kann ein leichter Lerneffekt (bei einigen Prüfern) konstatiert werden.

Zusätzlich wurden die Prüfer nach der letzten Prüfung gefragt, ob ihrer Einschätzung gefragt, ob der ursprünglich geplante Zeitumfang von durchschnittlich ca. einer Stunde je Bewohner ausreichend ist, wenn die Prüfung durch einen Prüfer erfolgt, der schon mehrere Monate Erfahrung mit dem neuen Verfahren hat. Das Ergebnis ist hier eindeutig: Von 34 Prüfern haben 31 die Frage verneint und lediglich 3 bejaht. Dementsprechend lässt sich konstatieren, dass trotz ggf. einkalkulierter mittelfristiger Lerneffekte die Vorgabe von einer Stunde für die bewohnerbezogene Prüfung nach oben korrigiert werden muss. Dieses Ergebnis verwundert auch im Hinblick auf die Zeitangaben zu den einzelnen Bewohnerangaben in den Testprüfungen nicht, die die Grenze von einer Stunde fast alle überschritten haben. Im Anschluss an diese Feststellung ist die entscheidende Frage, welche Zeit realistischerweise je Bewohnerprüfung angesetzt werden sollte. Die Prüfer hatten bei der Beantwortung die Vorgabe, zwischen Prüfungen mit und ohne Plausibilitätskontrolle zu differenzieren.

Aus den Freitextantworten ergibt sich erwartungsgemäß ein äußerst heterogenes Bild, was mit den Ergebnissen der retrospektiven Schätzungen zur Dauer der bewohnerbezogenen Prüfung vergleichbar ist. Es wurde erneut deutlich gemacht, dass der Aufwand stark mit der individuellen Situation des Bewohners korreliert. Die meisten Zeitangaben schwanken zwischen 70 und 120 Minuten. Dazu kommt die Plausibilitätskontrolle, für die die Angaben größtenteils zwischen 20 und 40 Minuten schwanken. Allerdings ist festzuhalten, dass bei geringem Pflegegrad auch eine deutlich kürzere Prüfdauer (unter einer Stunde) nicht unrealistisch ist. Dass die Angaben der Prüfer für eine „durchschnittliche“ Prüfung zu verallgemeinern sind, ist fraglich. Die Tatsache, dass der Mittelwert aller Bewohnerprüfungen in der Testphase 114 Minuten betrug, lässt die Angaben der Prüfer zumindest nicht widersprüchlich erscheinen.

5.7.3 Zeitaufwand einzelner Prüfschritte – Plausibilitätskontrolle

Da die Plausibilitätskontrolle ein Prüfungsbestandteil ist, der im neuen Prüfverfahren erstmals flächendeckend durchgeführt werden soll, ist die Abschätzung des Aufwands besonders wichtig. Das Thema angemessener bzw. realistischer Aufwand für die Plausibilitätskontrolle wurde im vorigen Abschnitt bereits angerissen. Die Zeitangaben aus den Freitextangaben der Prüfer wurden im Nachgang zu allen Prüfungen formuliert. In diesem Kapitel wird der Zeitaufwand für die Plausibilitätskontrolle empirisch auf Basis der Daten zu den einzelnen Prüfungen und unter Berücksichtigung der Schätzungen der beteiligten Einrichtungen analysiert.

Datengrundlage für den Überblick bilden die Befragungen der Prüfer im Nachgang zu jeder Prüfung (N=95). Hier hatten die Prüfer die Möglichkeit anzugeben, wie viele Zeitaufwand die Plausibilitätskontrolle durchschnittlich pro Bewohner in der zuvor durchgeführten Einrichtungsprüfung verursacht hat.[51] Eine Übersicht der Ergebnisse wird Tabelle 34 dargestellt.

Tabelle 34: Zusätzlicher Zeitaufwand durch Plausibilitätskontrolle (Einschätzung der Prüfer)

	Mittelwert	Minimum	Maximum	Missing
Angabe (in Minuten)	31,83	5	100	35

Zugrunde liegende Frage: Bitte schätzen Sie: Wie viel zusätzlichen Zeitaufwand hat die Plausibilitätsprüfung durchschnittlich bei einem Bewohner verursacht?

Die 60 Angaben der Prüfer schwanken erheblich: Das Minimum betrug 5 Minuten während im Maximum 100 Minuten angegeben wurden. Allerdings ist der Großteil der Angaben im Bereich zwischen 15 und 45 Minuten angesiedelt. Der Mittelwert von 31,83 Minuten bestätigt dies. Bei der Abschätzung des Zeitaufwandes für die Plausibilitätskontrollen muss berücksichtigt werden, dass nur ein Teil der Prüfer vor den Testprüfungen bereits Erfahrungen mit Plausibilitätskontrollen hatte. Der Teil der Prüfer, der bisher keine Erfahrungen mit Plausibilitätskontrollen hatte, wurde nur im Rahmen der zweitägigen Schulung auf die Plausibilitätskontrollen vorbereitet, in deren Mittelpunkt aber das gesamte Prüfverfahren mit den neuen Prüfinhalten und Bewertungsvorgaben stand. Diese unterschiedlichen Erfahrungen der Prüfer könnten die unterschiedlichen Einschätzungen zur Dauer der Plausibilitätskontrolle erklären.

Eine ähnliche Frage war im Fragebogen für die Testeinrichtungen vorhanden. Allerdings wurde aufgrund der geringen Anzahl der Angaben (18) und einiger unplausibler Werte (längere Plausibilitätskontrollen als gesamte Bewohnerprüfung) von einer deskriptiven Auswertung an dieser Stelle abgesehen.

[51] Die 35 Missings sind insbesondere damit zu erklären, dass nicht alle Prüfer an Prüfungen beteiligt waren, in denen eine Plausibilitätskontrolle durchgeführt wurde.

Die bereits oben genutzten Angaben zur Dauer der einzelnen bewohnerbezogenen Prüfungen konnten auch getrennt nach bewohnerbezogenen Prüfungen mit und ohne Plausibilitätskontrollen ausgewertet werden. Von den 283 in die Auswertung einbezogenen Bewohnern wurde in 134 Fällen eine Plausibilitätskontrolle durchgeführt und dementsprechend in 149 Fällen nicht. Vergleicht man die durchschnittliche Dauer der Prüfungen in diesen beiden Kategorien, so zeigt sich, dass die Prüfungen mit Plausibilitätskontrollen erwartungsgemäß länger dauern (knapp 121 Minuten), während die Prüfungen ohne Plausibilitätskontrollen nur knapp 103 Minuten dauern. In verschiedenen Subanalysen zeigte sich, dass sich der Unterschied nur sehr begrenzt auf eine unterschiedliche Fallschwere (Pflegegrad) zurückführen ließ. Damit lässt sich konstatieren, dass die Plausibilitätskontrollen im Rahmen der Testprüfungen ca. 20 Minuten der bewohnerbezogenen Prüfung in Anspruch genommen haben.

Im Workshop zu den Testprüfungen wurde zudem zum Thema Zeitaufwand der Plausibilitätskontrolle festgehalten, dass der teilweise hohe Zeitaufwand durch eine zeitnahe Qualitätsprüfung nach der Ergebniserfassung verkürzt werden könnte. Problematisch war generell, dass der Umgang mit den Indikatoren teilweise nur dem Leitungspersonal in den Heimen bekannt war. Da die befragten Fachkräfte in einige Prüfungen nicht Bescheid wussten, musste in diesen Fällen dokumentationslastiger und damit zeitaufwendiger geprüft werden.

5.7.4 Zeitaufwand einzelner Prüfschritte – Teamgespräch

Das Teamgespräch nach allen bewohnerbezogenen Prüfungen umfasst im entwickelten Prüfverfahren neue Aufgaben, die sich drei Blöcke unterteilen lassen:

a) Die Bewertung entdeckter Defizite in den Bereichen 1 bis 4 hinsichtlich etwaiger systematischer Ursachen
b) Die gemeinsame Bewertung der bereichsübergreifenden Qualitätsaspekte (Bereich 5)
c) Die Bewertung der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle

Die Prüfer konnten für jeden Block eine Schätzung des Zeitbedarfs in Minuten angeben. In der folgenden Tabelle wird die deskriptive Auswertung zu allen drei Teilfragen dargestellt.

Tabelle 35: Zeitaufwand einzelner Blöcke im Rahmen der gemeinsamen Beratung (n=34)

Teilfragen	Zeitangaben (in Minuten)			Missing
	Minimum	Maximum	Mittel-wert	
a) Die Bewertung entdeckter Defizite in den Bereichen 1 bis 4 hinsichtlich etwaiger systematischer Ursachen	10	100	31,4	2
b) Die gemeinsame Bewertung der bereichsübergreifenden Qualitätsaspekte (Bereich 5)	10	45	20,3	2
c) Die Bewertung der Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle	5	30	15,9	11

Zugrunde liegende Fragen: Wie hoch schätzen Sie den jeweiligen Zeitbedarf für diese drei Teile der gemeinsamen Beratung ein (in Minuten)?

In der Gesamtschau wird auch hier deutlich, dass die Angaben der Prüfer teilweise deutlich schwanken. Dies betrifft insbesondere die Angaben zur Frage (a), d.h. zur Bewertung entdeckter Defizite hinsichtlich systematischer Ursachen. Möglicherweise lassen sich die Extremwerte aber auch mit Anlaufschwierigkeiten aufgrund der neuen Bewertungssystematik des Verfahrens erklären. Die aufschlussreicheren Mittelwerte liefern bei Frage (a) mit 31,4 einen realistischeren Eindruck vom Zeitaufwand für diesen Block. Die Bewertung bereichsübergreifender Qualitätsaspekte (b) sowie die Bewertung der Plausibilitätskontrolle weisen einen Mittelwert von 20,3 bzw. 15,9 Minuten auf. Die Summe der Mittelwerte vermittelt den Eindruck, dass der Gesamtaufwand für die gemeinsame Bewertung die vor der Testprüfung angenommenen 45 Minuten für die gemeinsame Bewertung übersteigen könnte. Allerdings lässt sich der Eindruck bei der Auswertung der spezifischen Frage dazu nicht aufrechterhalten (siehe Tabelle 36).

Tabelle 36: Deskriptive Auswertung der Frage, ob 45 Minuten eine realistische Zeitangabe für die gemeinsame Beratung im Prüfteam darstellen (n=34)

Antwortoptionen	Ja	Nein	Missing
N	20	13	1
%	58,8	38,2	3

Zugrunde liegende Frage: Für die Dauer der gemeinsamen Beratung im Prüfteam wird ein Zeitraum von ca. 45 Minuten geschätzt. Ist diese Zeiteinschätzung insgesamt realistisch?

Knapp 60 % der Prüfer halten den Zeitrahmen für realistisch, während knapp 40 % 45 Minuten als zu knapp bemessen einordnen. Insbesondere Prüfer, die den Zeitrahmen als zu kurz einschätzen, haben zusätzlich ihre Meinung begründet. Dabei wurde von einigen vertreten, dass der Zeitrahmen generell

viel zu kurz sei, während andere den Durchschnittswert von 45 bis 60 Minuten als realistisch ansahen. Einzelstimmen gaben an, dass mit bis zu zwei Stunden zu rechnen ist. Generell wurde betont, dass der Zeitaufwand je nach Anzahl und Art der Auffälligkeiten stark variieren kann. Wie bei den anderen Auswertungen zu den Aufwandsfragen ist hier zu beachten, dass bei der Beantwortung der Frage nach der realistischen Zeitangabe möglicherweise bereits (erwartete) Lerneffekte einkalkuliert wurden.

Im Workshop zu den Testprüfungen wurde betont, dass das Teamgespräch als ein unverzichtbarer Bestandteil des entwickelten Prüfverfahrens gesehen wird, auch wenn der zeitliche Aufwand nicht zu unterschätzen ist. Die technische Lösung zur Dokumentation von Feststellungen in der bewohnerbezogenen Prüfung (ausfüllbares PDF) und deren Möglichkeiten, die Feststellungen im Teamgespräch zusammen zu führen, war nicht ideal für die Prüfer. Eine zukünftig schnellere und bessere Zusammenführung der Einzelergebnisse durch eine EDV-gestützte Datenerfassung könnte die Dauer des Teamgespräches etwas reduzieren. In der Expertengruppe Prüfdienste wurde die Problematik des hohen zeitlichen Aufwands ebenfalls kritisch diskutiert und 45 Minuten für das Teamgespräch mehrheitlich für zu kurz erachtet. Auch hier wurde auf eine schwierige Kalkulation im Einzelfall verwiesen, da der tatsächliche Aufwand je nach Qualität der Einrichtung stark schwanken kann. Positiv konnotiert wurde die Aussicht auf zukünftige schnellere und bessere Zusammenführung der Einzelergebnisse durch eine EDV-gestützte Datenerfassung während der Prüfung. Trotz des festgestellten Aufwands wurde auch hier analog zu dem Workshop zu den Testprüfungen die besondere Bedeutung des Teamgesprächs herausgestellt und kein inhaltliches Kürzungspotenzial gesehen.

5.7.5 Zeitaufwand einzelner Prüfschritte – Abschlussgespräch

Für die Dauer des Abschlussgesprächs mit der Einrichtung wurde vor den Testprüfungen ein Zeitraum von ca. 30 Minuten geschätzt. Im Zuge der Validierung wurden die Prüfer aufgefordert, zu bewerten, ob diese Schätzung realistisch ist. Die Ergebnisse in Tabelle 37 zeigen, dass knapp zwei Drittel der Prüfer diese Frage bejaht haben.

Tabelle 37: Deskriptive Auswertung der Frage, ob 30 Minuten eine realistische Zeitangabe für das Abschlussgespräch darstellen (n=34)

Antwortoptionen	Ja	Nein	Missing
Absolute Anzahl (N)	22	12	0
Prozentualer Anteil	64,7	35,3	0

Zugrunde liegende Frage: Für die Dauer des Abschlussgesprächs mit der Einrichtung wird ein Zeitraum von ca. 30 Minuten geschätzt. Ist die Zeiteinschätzung realistisch?

Aus der Freitextauswertung geht hervor, dass diejenigen Prüfer, die 30 Minuten als unrealistisch eingeschätzt haben, einen Zeitrahmen von 45 bis 60 Minuten als angemessener erachten. Es wird

deutlich, dass auch beim Abschlussgespräch je nach Anzahl und Qualität der Defizite die Dauer in jeder Prüfung variieren kann. Darüber hinaus wurden Hinweise geäußert, dass grundsätzlich die Rückmeldung zu den vorläufigen Ergebnissen der Prüfung in 30 Minuten möglich sei, eine strikte Beachtung der Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgesprächs in 30 Minuten allerdings schwer eingehalten werden kann.
Im Workshop zu den Testprüfungen wurde – ähnlich wie beim Teamgespräch – die Bedeutung des Abschlussgesprächs für die neue Methode betont. Es wurde allerdings zeitliches Einsparpotenzial gesehen, indem bspw. ausschließlich die vorläufigen Ergebnisse angesprochen werden. Die Expertengruppe Prüfdienste betonte, dass im Abschlussgespräch keine Zeit vorhanden sei, weitere Informationen einzuholen. Darüber hinaus ist es auch nur bedingt sinnvoll, der Einrichtung nochmals Gelegenheit zur Gegendarstellung etwaig dokumentierter Defizite zu geben. Die Expertengruppe verwies einstimmig darauf, dass der spezifische Beratungsteil, der sich an die Einrichtungsleitung richtet, in jedem Fall Teil des Abschlussgesprächs bleiben sollte.

5.7.6 Gesamtaufwand des getesteten Prüfverfahrens

Ziel der unterschiedlichen Aufwandsschätzungen war neben der detaillierten Analyse einzelner Prüfabschnitte aus unterschiedlichen Perspektiven weiterhin, eine Grundlage für eine Quantifizierung des Gesamtaufwands der Prüfung und damit insbesondere der notwendigen Personenstunden je Prüfung zu gewinnen. Diese Angabe kann als Richtwert für die Zeitdauer der zukünftigen die Prüfung im Regelbetrieb genutzt werden.

Grundsätzlich hat sich in den Analysen gezeigt: Die Einschätzungen für verschiedene Prüfabschnitte variieren sehr stark: Sowohl Team- und Abschlussgespräch als auch insbesondere die bewohnerbezogene Prüfung (und als Bestandteil davon auch die Plausibilitätskontrolle) sowie Einholung der Einwilligungen verursachen in unterschiedlichen Einrichtungen in unterschiedlichen Prüfdiensten unterschiedlichen Aufwand. Um eine möglichst aussagekräftige Kalkulation zu gewährleisten, wurden nicht nur pauschal aus den Auswertungen abgeleitete Mittelwerte bzw. von den Prüfern als realistisch eingeschätzte Werte herangezogen, sondern auch ein Minimal- und ein Maximalszenario bemüht. Auf dieser Basis lässt sich ein Korridor identifizieren, innerhalb dessen sich der mutmaßliche Zeitaufwand bestimmen lässt.

Im Folgenden wird auf die einzelnen Bestandteile der Prüfung eingegangen und es wird erläutert, welche Zeitangaben jeweils zur Kalkulation herangezogen wurden. Zum ersten Abschnitt „Begrüßung / Formales“ wurden im Zuge der Validierung keine Zeitangaben erhoben. Dementsprechend wurde eine rudimentäre Schätzung der Dauer angestellt, die sich von 20 Minuten (Minimum) über 30 Minuten (realistischer Wert) bis hin zu 45 Minuten (Maximalwert) erstreckt. Anders verhält es sich beim Einholen der Einwilligungen. Zwar lagen für die Testprüfungen in vielen Fällen bereits Einwilligungen vor, es wurden allerdings trotzdem für knapp 70 Bewohner Einwilligungen eingeholt. Die Angaben schwanken zwischen 5 und 30 Minuten, weswegen diese als Minimal- und Maximalwerte gesetzt

wurden. Der Mittelwert betrug etwas über 13 Minuten. Als realistischer Wert wurde in Anlehnung daran 15 Minuten gewählt. Als nächster Prüfabschnitt wurde die Prüfung einrichtungsbezogener Qualitätsaspekte kalkuliert. Hierzu lag keine verlässliche Datengrundlage vor. Aufgrund von Erfahrungswerten wurde 60 Minuten als realistischer Wert angesetzt. Den größten Block, gemessen am zeitlichen Aufwand, stellt zweifelsohne die bewohnerbezogene Prüfung dar. Die Ergebnisse aus den Testprüfungen variierten dabei (je nach Prüfdienst) sehr stark von durchschnittlich ca. 80 bis 150 Minuten. Diese beiden Werte wurden dementsprechend in die Extremszenarien einbezogen, während der Mittelwert von 111 Minuten als realistischer Wert gesetzt wurde. Für die Plausibilitätskontrolle standen verschiedene Datenquellen zur Verfügung: Zum einen die retrospektive Schätzung der Prüfer, die zwischen 5 und 100 Minuten schwankt, wobei der Großteil der Angaben zwischen 15 und 45 Minuten lag. Der Mittelwert betrug ca. 31 Minuten. Bei der Berechnung der Prüfungsdauer pro Bewohner wurde allerdings eine Abweichung von lediglich 18 Minuten zwischen Prüfungen mit und ohne Plausibilitätskontrolle errechnet. Für die Kalkulation wurden aufgrund der starken Spannbreite der Angaben in der retrospektiven Schätzung die oberen und unteren Ausreißer nicht einbezogen. Als Minimum wurden 15 , als Maximum 45 Minuten pro Bewohner gewählt. Als realistischer Wert wurde mit 25 Minuten ein Mittel aus retrospektiver Schätzung und dem rechnerisch ermittelten Wert von 18 Minuten gewählt. Die Aufwände für die letzten beiden Prüfabschnitte (Teamgespräch und Abschlussgespräch) wurden durch die Prüfer eingeschätzt. Die meisten Teilnehmer stimmten der Aussage zu, dass 45 Minuten (Teamgespräch) bzw. 30 Minuten (Abschlussgespräch) realistisch seien. Allerdings plädierten einige Prüfer dafür, die Zeiten etwas großzügiger anzusetzen. Aus diesem Grund wurden 50 Minuten (Teamgespräch) und 40 Minuten (Abschlussgespräch) als realistische Werte gesetzt. Minimum und Maximum ergaben sich aus der Spannbreite der Vorschläge und Aussagen aus den jeweils assoziierten Freitextfeldern.

Die Berechnung der Summen für die jeweiligen Szenarien setzt sich aus den Summen der einzelnen Prüfabschnitte zusammen. „Einholen der Einwilligungen“ und „bewohnerbezogene Prüfung“ wurden 9-mal berechnet. Die Plausibilitätskontrolle, entsprechend des vorgesehenen Verfahrens zur Stichprobenziehung in der Szenariorechnung nur 6-mal. Die Ergebnisse werden inTabelle 38 im Detail dargestellt.

Tabelle 38: Zeitbedarf einzelner Prüfabschnitte und Gesamtschätzung in Minuten und Personenstunden

Schätzszenario / Prüfabschnitt	Minimum	Maximum	Realistischer Wert
Begrüßung / Formales	20	45	30
Einholen der Einwilligungen	5	30	15
Einrichtungsbezogene Prüfung	45	75	60
Bewohnerbezogene Prüfung	80	150	111
Plausibilitätskontrolle (optional)	15	45	25
Gemeinsame Beratung / Teamgespräch	30	60	50
Abschlussgespräch	30	60	40
Zeitbedarf je Szenario in Minuten (und Personenstunden)			
Inklusive Plausibilitätskontrolle	980 (16,33)	2130 (35,5)	1464 (24,4)
Ohne Plausibilitätskontrolle	890 (14,83)	1860 (31)	1314 (21,9)

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zunächst auffällig, dass die Stundenangaben vom Minimum-Szenario und Maximumszenario sehr weit auseinanderliegen. Konkret ist die kalkulierte Maximaldauer tatsächlich mehr als doppelt so lang wie das Minimum-Szenario. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass die Extremwerte bei den Testprüfungen sehr weit auseinanderlagen. Eine Extrapolation und Summierung dieser Werte führt unweigerlich zu einem sehr großen Ergebnis – auch wenn diese Maximalkalkulation im Umkehrschluss äußerst unrealistisch ist. Sie stellt allerdings eine obere Grenze der Zeitdauer dar, die in der Regel nicht erreicht bzw. überschritten wird. Die gleiche Argumentation gilt im umgekehrten Fall auch für das Minimumszenario. Die entscheidende Zeitangabe jeweils ist das Ergebnis inklusive Plausibilitätskontrolle. Der Korridor bewegt sich zwischen 16,33 und 35,5 Personenstunden, wobei der realistische Wert 24,4 Personenstunden beträgt. Die Zahl kann als Anhaltspunkt für die Planung der Dauer und des Personaleinsatzes der zukünftigen Prüfungen sowie für die Kalkulation der Kosten genutzt werden. Allerdings sind diesbezüglich drei Dinge zu beachten. Erstens handelt es sich bei der Kalkulation um eine Nettorechnung der Prüfzeit. Pausen, Anfahrt o.ä. wurden nicht berücksichtigt. Zweitens basiert die Kalkulation größtenteils auf rechnerisch ermittelten Werten aus den Testprüfungen und nur zum Teil aus Schätzwerten für den künftigen Aufwand. In den Schätzwerten könnten durchaus schon Lerneffekte und Erfahrungswerte seitens der Prüfer berücksichtigt sein, sodass hier etwas weniger Zeit angegeben wurde als in den Testprüfungen benötigt wurde. Bei den rechnerisch ermittelten Werten ist das nicht der Fall. Es ist davon auszugehen, dass bspw. die durchschnittliche Dauer der bewohnerbezogenen Prüfung mit steigender Routine von Prüfern (und Einrichtungen) sinken wird. Drittens handelt es sich bei dem Ergebnis um Personenstunden und nicht die Gesamtdauer der Prüfung.

Die hier angegebenen Personenstunden entsprechen der Anzahl an Stunden, die ein einzelner Prüfer benötigen würde, um alle Prüfschritte, also auch alle bewohnerbezogenen Prüfungen, allein durch-

führen würde. Da die Qualitätsprüfungen in der Regel von mind. 2 Prüfern durchgeführt werden, können einige Aufgaben, wie beispielsweise bewohnerbezogene Prüfungen parallel erfolgen, an anderen Schritten, wie zum Beispiel dem Team- oder Abschlussgespräch sind alle Prüfer gleichzeitig beteiligt. Daher können die Personenstunden nicht einfach auf 2 oder 3 Prüfer aufgeteilt werden, sondern dies muss für jeden Schritt einzeln überlegt werden. Ausgehend vom realistischen Wert mit 24,4 Personenstunden und einer Prüfung mit 2 Prüfern ist die Dauer der Prüfung folgendermaßen zu errechnen:

	Prüfer 1	Prüfer 2
Begrüßung/Formales	30	30
Einholen der Einwilligungen	136	–
Einrichtungsbezogene Prüfung	–	60
Bewohnerbezogene Prüfung (4 bzw. 5 Prüfungen)	444	555
Plausibilitätskontrolle (jeweils 3)	75	75
Gemeinsame Beratung / Teamgespräch	50	50
Abschlussgespräch	40	40
Summe Minuten (Stunden)	**775 (12,9 Stunden)**	**810 (13,5 Stunden)**

Die kalkulierten Personenstunden passen insgesamt zu den Einschätzungen, die von den Prüfern und Vertretern der Prüfdienste in den Workshops nach den Testprüfungen vertreten wurden. Als Faktor, der den Zeitaufwand im Regelbetrieb erhöhen könnte, wurde das Nichtankündigen der Prüfungen genannt. Die meisten Einrichtungen waren auf die Testprüfungen gut vorbereitet (entsprechendes Personal verfügbar, etc.). Da das Manipulationspotenzial für das neue Prüfverfahren als gering eingeschätzt wurde, wurde seitens der Testprüfer angeregt, die Prüfungen zukünftig (kurzfristig) anzukündigen.

Das Schätzergebnis im mittleren Szenario von 24,4 Personenstunden lässt vermuten: Der Zeitaufwand des künftigen Prüfverfahrens übersteigt den des aktuellen Verfahrens. Ob dies zur Folge hat, dass zukünftig (wie in vielen Testprüfungen) zwei Tage für die Prüfung angesetzt werden müssen, ist eine organisationsbezogene Fragestellung für die einzelnen Prüfdienste. Prinzipiell denkbar wäre auch, die Prüfung mit drei Prüfern an einem Tag zu absolvieren. Die Praxistauglichkeit dieser Varianten lässt sich lediglich im Routinebetrieb erproben.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass sich alle Aufwandseinschätzungen auf das getestete Instrument beziehen. Änderungen, die aufgrund der Ergebnisse der Erprobung vorgenommen wurden (z.B. Streichung von Qualitätsaspekten) sind in diesen Berechnungen nicht berücksichtigt, könnten aber den Gesamtaufwand beeinflussen.

5.7.7 Relativer Zeitaufwand für die Qualitätsaspekte

Wesentliche Änderungen des Prüfverfahrens beziehen sich auf die Inhalte und Methoden der bewohnerbezogenen Prüfung. Dementsprechend kommt diesem per se zeitintensiven Teil bei der Aufwandsanalyse eine wichtige Bedeutung zu. Die Analysen berücksichtigen dabei sowohl die Einschätzung der Einrichtungen als auch der an den Testprüfungen beteiligten Prüfer.

Sicht der Prüfer

Im Folgenden werden zwei verschiedene Auswertungen dargestellt. Zunächst wird auf die Bewertungen der Prüfer nach jeder einzelnen Prüfung eingegangen, im Anschluss auf die Bewertungen nach Durchführung aller Testprüfungen. In den Analysen wurden durchaus einige Unterschiede zwischen den Auswertungen deutlich, da die Eindrücke der Prüfer sich im Verlauf mehrerer Prüfungen ggf. relativiert oder verfestigt haben.

Bewertungen nach jeder einzelnen Prüfung

Um zu eruieren, welche Qualitätsaspekte besonders aufwendig zu erheben sind, wurde eine entsprechende Frage für die Prüfer formuliert. Diese Auswertung basiert auf dem Fragebogen, den alle Prüfer nach jeder einzelnen Prüfung ausgefüllt haben. Die Prüfer hatten hier die Möglichkeit, den relativen Erhebungsaufwand der 20 einzelnen Qualitätsaspekte zu quantifizieren. Zur Einschätzung wurde eine neunstufige Likert-Skala (1 = sehr geringer Aufwand, 9 = sehr hoher Aufwand) zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus konnten Begründungen in einem Freitextfeld verfasst werden. Insgesamt wurden 95 Fragebögen ausgewertet. Die Ergebnisse werden in Tabelle 39 dargestellt.

Tabelle 39: Relativer Erhebungsaufwand für einzelne Qualitätsaspekte

	Mittel-wert	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Missing
1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	4,41	4	8	23	17	18	10	9	5	1	0
1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	4,01	1	15	25	23	14	8	7	2	0	0
1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	3,56	8	13	29	18	18	7	2	0	0	0
1.4 Unterstützung bei der Körperpflege	3,44	8	16	28	22	13	6	2	0	0	0
2.1 Schmerzmanagement	4,34	4	8	22	16	11	19	6	2	1	6
2.2 Wundversorgung	4,76	4	4	7	9	11	12	2	2	4	40
2.3 Medikamentöse Therapie	3,99	6	16	22	14	18	8	8	2	1	0
2.4 Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen	4,03	6	9	14	9	7	6	2	3	3	36
2.5 Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten	3,20	17	20	18	18	6	10	3	0	0	3
3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung	3,45	5	23	30	12	15	3	6	0	0	1
3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung	4,64	2	8	16	15	26	14	12	1	1	0
3.3 Kommunikation	3,78	6	15	31	15	13	5	7	1	2	0
4.1 Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug	4,42	5	8	21	10	14	5	8	3	5	16
4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten	4,12	5	13	15	18	13	7	4	3	3	14
4.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen	3,59	9	13	12	5	12	9	3	0	0	32
4.4 Unterstützung in Notfallsituationen	4,16	5	9	19	13	15	10	4	2	2	16
4.5 Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten	4,53	6	3	14	9	8	9	8	4	1	33
4.6 Nächtliche Versorgung	3,24	11	20	28	16	13	1	5	0	0	1
6.4 Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen	3,79	9	6	14	10	11	6	3	2	0	34
6.5 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten	4,20	6	3	18	9	10	4	4	6	0	35

Zugrunde liegende Frage: Bitte schätzen Sie für die Qualitätsaspekte den relativen Erhebungsaufwand ein.

Auffällig ist bei näherer Betrachtung zunächst die relativ große Anzahl fehlender Bewertungen (Missings). Insgesamt wurden 267-mal Qualitätsaspekte nicht bewertet. Allerdings handelt es sich bei den

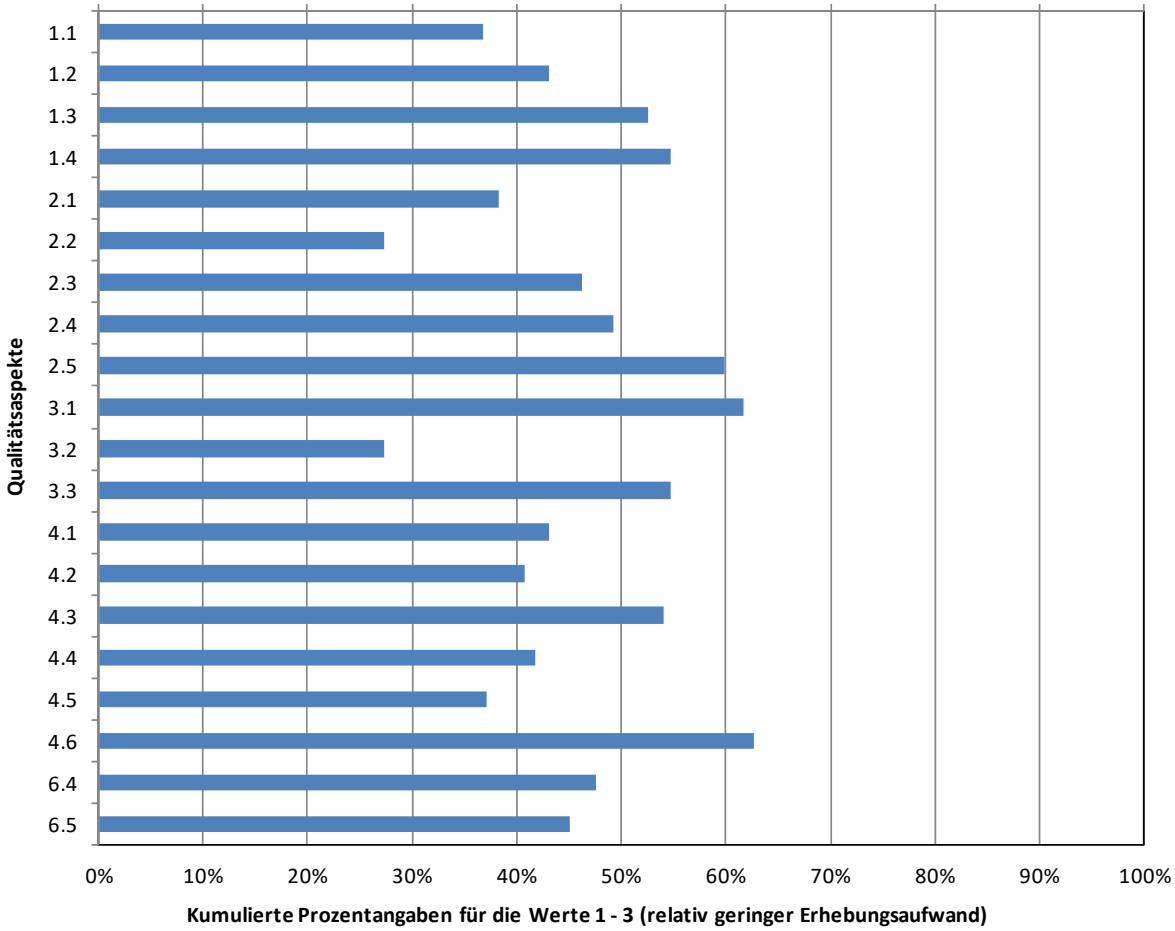
betroffenen Qualitätsaspekten um Qualitätsaspekte, die entweder bei einer beträchtlichen Anzahl von Bewohnern nicht geprüft werden konnten (2.2, 2.4, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5) oder einrichtungsbezogen und damit nicht von jedem Prüfer geprüft werden (6.4, 6.5).

Generell ist zu konstatieren, dass kaum Extremwerte für den relativen Aufwand angegeben wurden. Das betrifft zum einen die Angabe „sehr geringer Aufwand“ aber noch viel stärker „sehr hoher Aufwand“, was als grundsätzlich positive Botschaft zu begreifen ist. Am häufigsten (5-mal) wurde der Qualitätsaspekt 4.1 (Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug) als sehr aufwendig zu erheben eingeordnet, gefolgt von 2.2 (Wundversorgung) mit 4 Stimmen. Allerdings ist zu beachten, dass dies jeweils nur 5,26 % bzw. 4,21 % aller Fragebögen ausmacht.

Da auf einer neunstufigen Skala eher selten Extremwerte ausgewählt werden, ist es zielführender, an dieser Stelle Kategorisierungen vorzunehmen, um die Ergebnisse besser interpretieren zu können. Zu diesem Zweck wurden in den deskriptiven Analysen die Werte 1 bis 3, 4 bis 6 und 7 bis 9 zusammengefasst.

Bei der Betrachtung der Qualitätsaspekte mit relativ geringem Erhebungsaufwand (vgl. Abbildung 12) fällt auf, dass insbesondere die Qualitätsaspekte 4.6 (Nächtliche Versorgung), 4.3 (Freiheitsentziehende Maßnahmen), 3.3 (Kommunikation), 3.1 (Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmungen), 3.1 (Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung), 2.5 (Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten), 1.4 (Unterstützung bei der Körperpflege), 1.3 (Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung) bei mehr als 50 % der Fragebögen (Missings ausgenommen) entsprechend eingeordnet wurden. Demgegenüber sticht insbesondere der Qualitätsaspekt 2.2 heraus, der in nur etwa 27 % der Fragebögen (Missings ausgenommen) als relativ einfach zu erheben angegeben wurde.

Abbildung 12: Relativ geringer Erhebungsaufwand (Werte 1 bis 3) bezogen auf einzelne Qualitätsaspekte

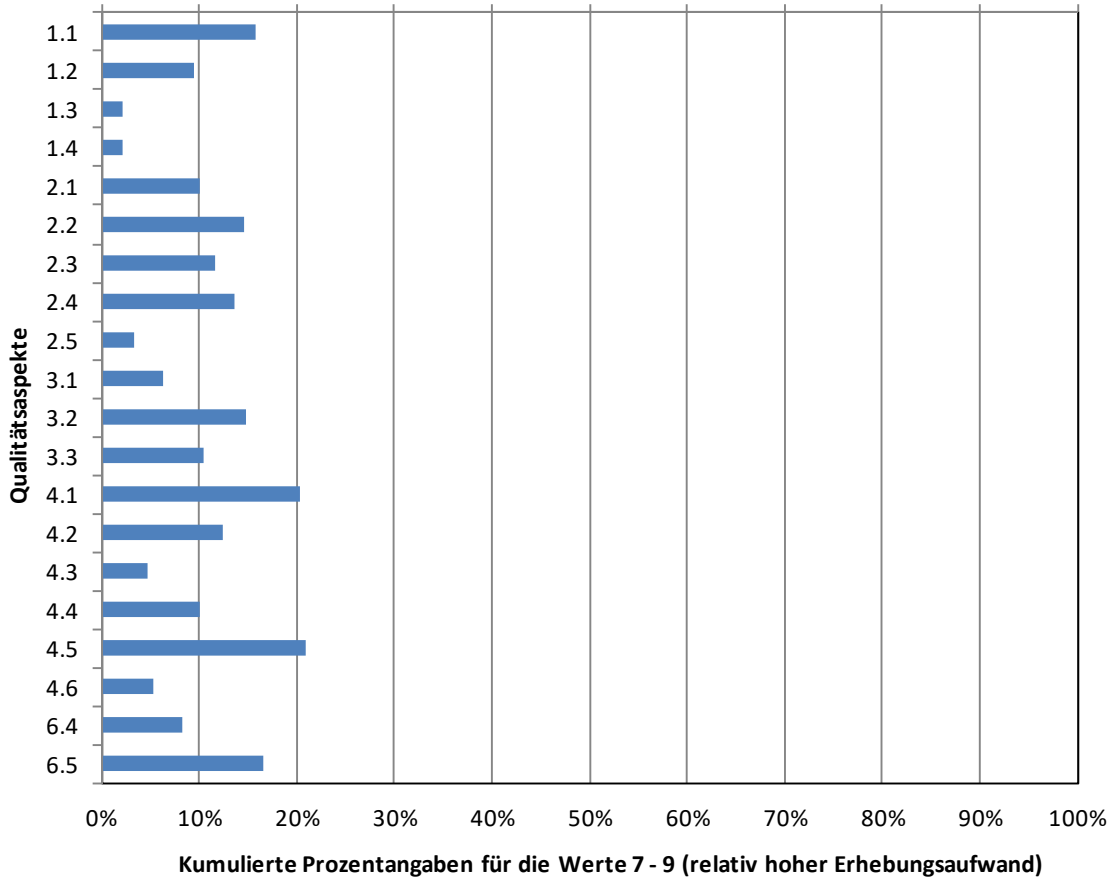


Qualitätsaspekt 1.1: Unterstützung im Bereich der Mobilität; Qualitätsaspekt 1.2: Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung; Qualitätsaspekt 1.3: Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung; Qualitätsaspekt 1.4: Unterstützung bei der Körperpflege; Qualitätsaspekt 2.1 Schmerzmanagment; Qualitätsaspekt 2.2: Wundversorgung; Qualitätsaspekt 2.3: Medikamentöse Therapie; Qualitätsaspekt 2.4 Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen; Qualitätsaspekt 2.5: Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten; Qualitätsaspekt 3.1: Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmungen; Qualitätsaspekt 3.2: Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung; Qualitätsaspekt 3.3: Kommunikation; Qualitätsaspekt 4.1: Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug; Qualitätsaspekt 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten; Qualitätsaspekt 4.3: freiheitsentziehende Maßnahmen; Qualitätsaspekt 4.4 Unterstützung in Notfallsituationen; Qualitätsaspekt 4.5: Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten; Qualitätsaspekt 4.6: Nächtliche Versorgung; Qualitätsaspekt 6.4: Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen; Qualitätsaspekt 6.5: Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Vergleicht man im Gegensatz dazu die kumulierten Werte für die Angaben 7 bis 9 (relativ hoher Erhebungsaufwand) bestätigt sich, dass generell nur sehr selten Qualitätsaspekte überhaupt mit relativ hohem Aufwand zu erheben waren (vgl. Abbildung 13). Der Großteil der Qualitätsaspekte war dementsprechend mit mittlerem Aufwand zu erheben, was als angemessen betrachtet werden kann. Um die Ergebnisse im Vergleich der Abbildungen nicht zu verzerren, wurde für beide Abbildungen zu dem

Erhebungsaufwand die gleiche Skalierung gewählt, auch wenn der hohe Erhebungsaufwand so optisch schwieriger zu interpretieren ist. Dennoch ist zu erkennen, dass insbesondere 1.1 (Unterstützung im Bereich der Mobilität), 2.2 (Wundversorgung), 3.2 (Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung), 4.1 (Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug), 4.5 (Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten) und 6.5 (Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten) herausstechen. Generell ist festzuhalten, dass das Niveau der kumulierten Angaben zum sehr hohen Erhebungsaufwand sehr niedrig ist.

Abbildung 13: Relativ hoher Erhebungsaufwand (7 – 9) bezogen auf einzelne Qualitätsaspekte



Qualitätsaspekt 1.1: Unterstützung im Bereich der Mobilität; Qualitätsaspekt 1.2: Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung; Qualitätsaspekt 1.3: Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung; Qualitätsaspekt 1.4: Unterstützung bei der Körperpflege; Qualitätsaspekt 2.1 Schmerzmanagment; Qualitätsaspekt 2.2: Wundversorgung; Qualitätsaspekt 2.3: Medikamentöse Therapie; Qualitätsaspekt 2.4 Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen; Qualitätsaspekt 2.5: Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten; Qualitätsaspekt 3.1: Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmungen; Qualitätsaspekt 3.2: Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung; Qualitätsaspekt 3.3: Kommunikation; Qualitätsaspekt 4.1: Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug; Qualitätsaspekt 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten; Qualitätsaspekt 4.3: freiheitsentziehende Maßnahmen; Qualitätsaspekt 4.4 Unterstützung in Notfallsituationen;

Qualitätsaspekt 4.5: Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten; Qualitätsaspekt 4.6: Nächtliche Versorgung; Qualitätsaspekt 6.4: Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen; Qualitätsaspekt 6.5: Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Die Freitextangaben in den einzelnen Fragebögen geben wichtige Aufschlüsse darüber, warum insbesondere einige Qualitätsaspekte mit einem relativ hohen Erhebungsaufwand verbunden waren. Es ist deutlich zu unterscheiden zwischen situationsbezogenen Begründungen, warum ein relativ hoher Erhebungsaufwand festgehalten wurde, und Begründungen die sich spezifisch auf den Qualitätsaspekt beziehen. Situationsbezogene Begründungen beziehen sich auf konkrete Schwierigkeiten vor Ort und lassen sich nicht direkt inhaltlich mit den Qualitätsaspekten in Verbindung bringen. Dazu gehören beispielsweise eine schlechte Dokumentationsqualität oder eine Vielzahl an Auffälligkeiten. Auch die Bewohnerstruktur der jeweiligen Einrichtung wurde als Grund für erhöhten Zeitaufwand angegeben – insbesondere wenn überdurchschnittlich viele Bewohner mit kognitiven oder kommunikativen Einschränkungen geprüft wurden und ein Gespräch mit dem Bewohner über seine Versorgung oder Bedürfnisse nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich war. Erschwert wurde die Erhebung zusätzlich, wenn keine Pflegefachkraft, die den Bewohner kennt, als Ansprechpartner zur Verfügung stand. Zudem wurde bei manchen Qualitätsaspekten angemerkt, dass ein relativ hoher Leseaufwand in teilweise lange zurückliegenden Pflegeberichten notwendig ist.

Bei den qualitätsaspektspezifischen Anmerkungen wurde eine Vielzahl von Begründungen geliefert. Da zuvor insbesondere sechs Aspekte quantitativ als auffällig definiert wurden, wurden Begründungen mit Bezug zu diesen detaillierter analysiert und in der Folge auszugsweise wiedergegeben und zusammengefasst. Der Qualitätsaspekt 1.1 wurde generell als sehr komplex beschrieben. Da verschiedene Teilaspekte (Sturz-, Dekubitusrisiko, Förderung der Mobilität, etc.) in einem großen Qualitätsaspekt subsummiert wurden, war die Prüfung durch Sichtung verschiedener Dokumente teilweise zeitaufwendig. Die Komplexität wurde auch für 2.2 (Wundversorgung) als Argument für den hohen Aufwand genannt. Dazu kommen die vielen Dokumentationen, die in diesem Zusammenhang geprüft werden müssen. Im Qualitätsbereich 3 wurde insbesondere 3.2 in einigen Fragebögen als zeitaufwendig beschrieben. Durch die Freitextanalyse wurde deutlich, dass hier die Befunderhebung besonders aufwendig war, da beispielsweise eine professions- und bereichsübergreifende Recherche notwendig war. Außerdem wurden Unklarheiten und Dopplungen zur Erhebung anderer Qualitätsaspekte in diesem Bereich angemerkt. Bezüglich des Qualitätsaspekts 4.1 wiederum wurde beispielsweise angemerkt, dass der Umfang der Prüfung durch Berücksichtigung von 8 Wochen Pflegebericht relativ hoch war. Zur Erhebung von Informationen zu Qualitätsaspekt 4.5 wurde genannt, dass die Definition von herausforderndem Verhalten zwischen Prüfer und Einrichtung unterschiedlich interpretiert wurde. Diese definitorische Unschärfe als Ursache für erhöhten Zeitaufwand wurde in ähnlicher Form wiederholt genannt. Qualitätsaspekt 6.5 wiederum wurde eine hohe Komplexität und ein besonders großer Prüfumfang attestiert. Zudem wurde vereinzelt kritisiert, dass nicht bei allen Unterfragen klar war, wie die Fragen konkret geprüft werden sollten – die daraus resultierten Unsicherheiten haben den Zeitaufwand der Erhebung dementsprechend vergrößert.

Bewertung nach allen Prüfungen

Nachdem zuvor die Einschätzungen der Prüfer zum relativen Erhebungsaufwand nach jeder einzelnen Prüfung erläutert wurden, werden im Folgenden die Ergebnisse der retrospektiven Gesamteinschätzung nach allen durchgeführten Prüfungen dargestellt. Auch hier wurden die Testprüfer nach Abschluss der letzten Prüfung gefragt, wie zeitaufwendig sie rückblickend die einzelnen Qualitätsaspekte einschätzen. Dabei konnten die Prüfer die bereits beschriebene neunstufige Bewertungsskala nutzen (1 = sehr geringer Zeitaufwand, 9 = sehr hoher Zeitaufwand). Es wurden von allen 34 Prüfer Angaben gemacht. Die Anzahl der fehlenden Angaben zu den 20 einzelnen Qualitätsaspekten (Missing) beläuft sich insgesamt auf 33. Die Rohdaten werden in Tabelle 40 dargestellt.

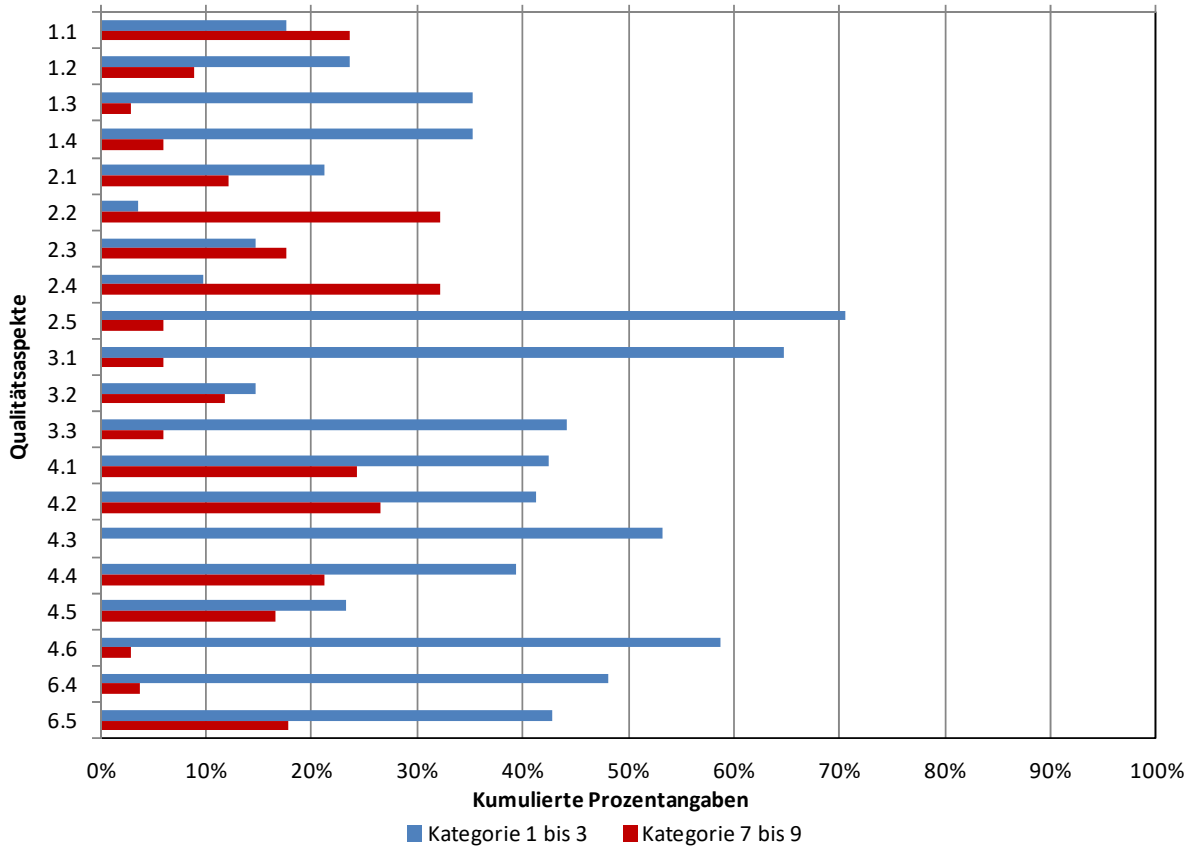
Tabelle 40: Zeitaufwand für einzelne Qualitätsaspekte (Prüfer)

	Mittelwert	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Missing
1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	5,09	0	0	6	6	10	4	7	1	0	0
1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	4,65	0	4	4	5	12	6	2	1	0	0
1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	3,91	1	7	4	9	10	2	0	1	0	0
1.4 Unterstützung bei der Körperpflege	3,94	1	6	5	12	6	2	0	2	0	0
2.1 Schmerzmanagement	4,76	0	1	6	10	5	7	2	2	0	1
2.2 Wundversorgung	6	0	0	1	5	6	7	2	4	3	6
2.3 Medikamentöse Therapie	5	0	3	2	8	11	4	2	3	1	0
2.4 Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen	5,71	0	2	1	8	3	7	2	5	3	3
2.5 Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten	2,94	6	11	7	5	1	2	2	0	0	0
3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung	3,21	3	10	9	6	3	1	2	0	0	0
3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung	4,88	0	2	3	7	12	6	3	1	0	0
3.3 Kommunikation	3,74	3	2	10	10	6	1	2	0	0	0
4.1 Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug	4,79	1	5	8	1	6	4	3	1	4	1
4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten	4,68	3	6	5	5	1	5	2	3	4	0
4.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen	3,5	2	7	7	6	4	4	0	0	0	4
4.4 Unterstützung in Notfallsituationen	4,42	2	3	8	6	3	4	6	0	1	1
4.5 Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten	5,03	2	1	4	6	3	9	1	1	3	4
4.6 Nächtliche Versorgung	3,06	6	9	5	7	6	0	1	0	0	0
6.4 Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen	3,67	3	4	6	6	3	4	1	0	0	7
6.5 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten	4,36	1	4	7	2	5	4	5	0	0	6

Zugrunde liegende Frage: Im Rückblick auf die Prüfung: Wie zeitaufwendig ist die Prüfung der einzelnen Qualitätsaspekte?

Auch bei der Analyse der Bewertungen der Prüfer wurden im Zuge der Analysen Kategorisierungen vorgenommen. In Abbildung 14 werden (unter Berücksichtigung der Missings) die Prozentzahl der Prüfer dargestellt, die die jeweiligen Qualitätsaspekte zum einen als wenig zeitaufwendig zu prüfen eingeordnet haben (Kategorien 1 bis 3, blau) und zum anderen als relativ zeitaufwendig eingeschätzt haben (Kategorien 7 bis 9, rot).

Abbildung 14: Kumulierte Prozentangaben für aufwandsarme und aufwendig zu prüfende Qualitätsaspekte



Qualitätsaspekt 1.1: Unterstützung im Bereich der Mobilität; Qualitätsaspekt 1.2: Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung; Qualitätsaspekt 1.3: Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung; Qualitätsaspekt 1.4: Unterstützung bei der Körperpflege; Qualitätsaspekt 2.1 Schmerzmanagment; Qualitätsaspekt 2.2: Wundversorgung; Qualitätsaspekt 2.3: Medikamentöse Therapie; Qualitätsaspekt 2.4 Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen; Qualitätsaspekt 2.5: Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten; Qualitätsaspekt 3.1: Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmungen; Qualitätsaspekt 3.2: Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung; Qualitätsaspekt 3.3: Kommunikation; Qualitätsaspekt 4.1: Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug; Qualitätsaspekt 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten; Qualitätsaspekt 4.3: freiheitsentziehende Maßnahmen; Qualitätsaspekt 4.4 Unterstützung in Notfallsituationen; Qualitätsaspekt 4.5: Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten; Qualitätsaspekt 4.6: Nächtliche Versorgung; Qualitätsaspekt 6.4: Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen; Qualitätsaspekt 6.5: Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Die Ergebnisse sind relativ deutlich: Es gibt wenige Qualitätsaspekte, bei denen die beiden Kategorien von der gleichen Anzahl der Prüfer zugleich als aufwandsarm und aufwendig eingeordnet worden. Vielmehr lässt sich ein klares Bild zeichnen. Ein paar Qualitätsaspekte, die von der Mehrzahl der Prüfer als wenig zeitaufwendig eingeschätzt wurden, stechen dabei heraus: 2.5 (Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten), 3.1 (Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmungen), 4.3 (Freiheitsentziehende Maßnahmen) und 4.6 (Nächtliche Versorgung).

Umgekehrt gibt es einige Qualitätsaspekte, die von mehr als 20 % der Befragten als eher zeitaufwendig zu prüfen eingeordnet wurden: 1.1 (Unterstützung im Bereich Mobilität), 2.2 (Wundversorgung), 2.4 (Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen), 4.1 (Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug), 4.2 (Überleitung bei Krankenhausaufenthalten) und 4.4 (Unterstützung in Notfallsituationen). Insgesamt ergibt sich ein ähnliches Bild im Vergleich zur Auswertung nach jeder einzelnen Prüfung, was an den teilweise identischen „auffälligen“ Qualitätsaspekten zu erkennen ist.

Das mit der Bewertung assoziierte Freitextfeld unterscheidet sich im Vergleich zu themengleichen Frage für die Einrichtungen sowie der Prüfer nach jeder einzelnen Bewertung dadurch, dass hier explizit nach denjenigen Qualitätsaspekte mit hohem Zeitaufwand gefragt wurde, bei dem dieser durch die Prüfer als gerechtfertigt bewertet wurde, da ansonsten schwerwiegende Qualitätsdefizite übersehen werden könnten. Im Folgenden wird insbesondere auf diejenigen Qualitätsaspekte eingegangen, die bei der quantitativen Analyse von mehr als 20 % der Befragten als zeitaufwendig angegeben wurden.

Der Aspekt „Unterstützung im Bereich Mobilität“ (1.1) wurde schon im Kontext anderer Fragen als sehr komplex beschrieben. Einzelne Prüfer rechtfertigen die Prüfung mit dem Argument, dass hier eine große Relevanz auch für andere Qualitätsaspekte bestehe und pflegerische Risiken entdeckt werden könnten. Hinsichtlich der Wundversorgung (2.2) sehen mehrere Befragte in jedem Fall die Notwendigkeit einer genauen Prüfung – auch wenn diese zeitaufwendig ist. Dieses Thema ist ebenfalls recht komplex, war allerdings schon im bisherigen Prüfverfahren mit einem hohen Aufwand verbunden. Der Aufwand der Prüfung von Qualitätsaspekt 2.4 (Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen) steigt mit der Komplexität der Bedarfslage – dennoch wurde vermerkt, dass dies in jedem Fall gerechtfertigt sei, da hier (wie bei vielen anderen Qualitätsaspekten) ein veritables Risiko für ein schwerwiegendes Qualitätsdefizit besteht. Der Prüfungsaufwand für Qualitätsaspekt 4.1 (Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach Heimeinzug) wurde ebenfalls als gerechtfertigt angesehen. Gleiches wurde auch für 4.2 (Überleitung bei Krankenhausaufenthalten angemerkt). Ein einzelner Teilnehmer verwies darauf, dass eine 12 Monate zurückblickende Prüfung in der Dokumentation hier sehr zeitaufwendig sei und ggf. gekürzt werden könnte. Gleiches gelte für 4.4 (Unterstützung in Notfallsituationen). Bei der Berücksichtigung der Anmerkungen ist allerdings zu beachten, dass aufgrund der geringen Anzahl an Prüfern (n=34) Einzelmeinungen kein allzu hohes

Gewicht gegeben wird. Nichtsdestotrotz können die Begründungen wichtige Hinweise für das Verständnis rund um das Thema Zeitaufwand der Prüfung liefern.

Sicht der Einrichtungen

Im Fragebogen der Einrichtung wurde eine Frage konkret zum Zeitaufwand der Prüfung der einzelnen Qualitätsaspekte formuliert. Insgesamt lagen zur Auswertung 33 Fragebögen vor, in denen die geprüften 20 Qualitätsaspekte auf einer neunstufigen Skala (1 = sehr geringer Zeitaufwand, 9 = sehr hoher Zeitaufwand) bewertet werden konnten. Die Ergebnisse werden in Tabelle 41 dargestellt. Insgesamt wurden in der Summe lediglich 8 von 660 möglichen Bewertungen nicht vorgenommen (Missing).

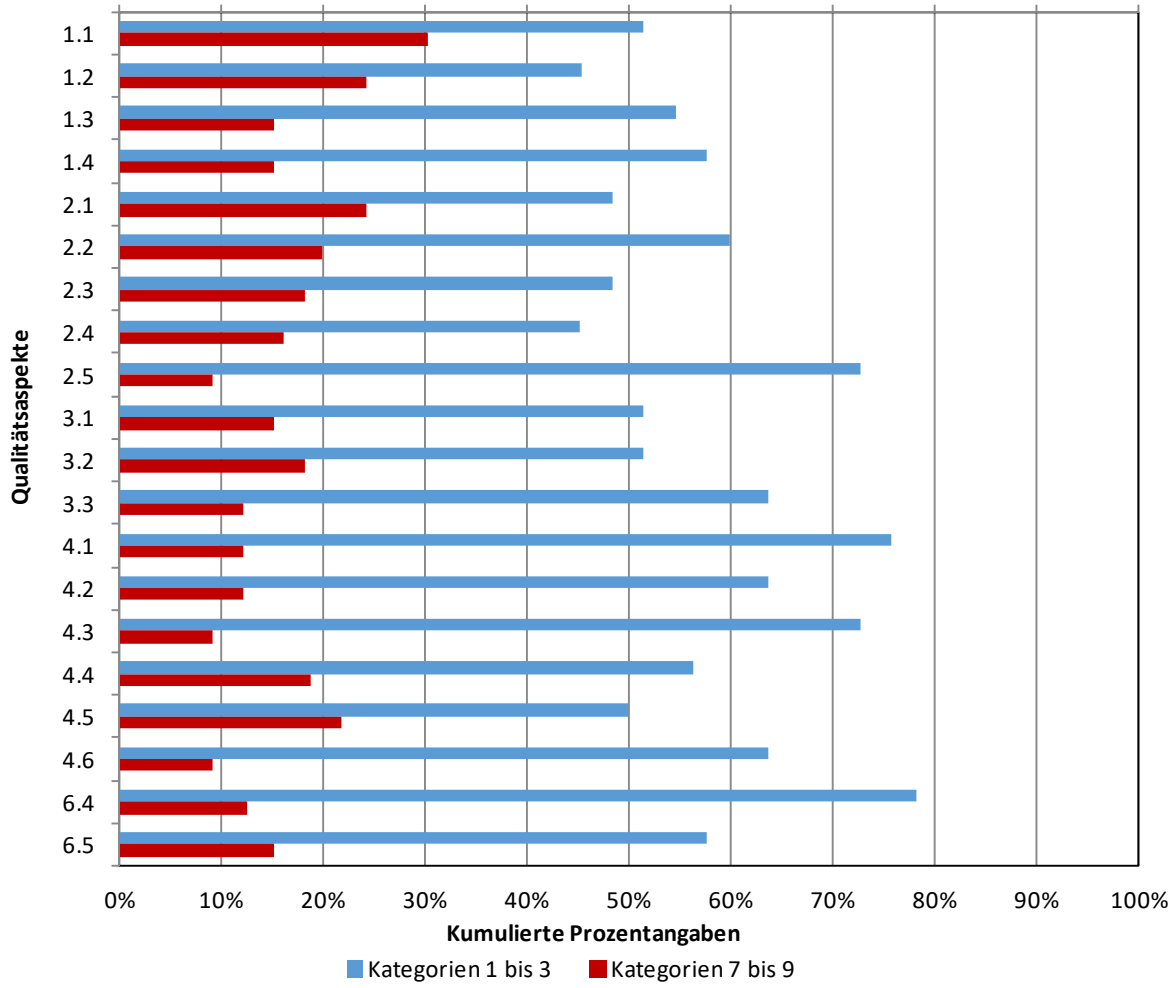
Tabelle 41: Einschätzung des relativen Zeitaufwandes für die Prüfung der einzelnen Qualitätsaspekte

	Mittelwert	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Missing
1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	4,21	3	8	6	4	2	0	6	2	2	0
1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	4,36	3	7	5	3	5	2	3	3	2	0
1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	3,82	3	8	7	4	6	0	2	1	2	0
1.4 Unterstützung bei der Körperpflege	3,63	5	8	6	4	5	0	2	1	2	0
2.1 Schmerzmanagement	4,27	3	4	9	4	4	1	5	1	2	0
2.2 Wundversorgung	3,83	3	11	4	1	3	2	3	1	2	3
2.3 Medikamentöse Therapie	3,91	5	5	6	8	2	1	2	2	2	0
2.4 Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen	3,87	5	6	3	7	4	1	2	1	2	2
2.5 Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten	2,91	9	10	5	4	2	0	0	1	2	0
3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung	3,70	7	7	3	5	5	1	1	2	2	0
3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäftigung	3,97	4	6	7	4	6	0	2	2	2	0
3.3 Kommunikation	3,39	6	9	6	4	3	1	1	1	2	0
4.1 Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug	3,06	7	13	5	1	2	1	1	1	2	0
4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten	3,36	7	7	7	5	2	1	1	1	2	0
4.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen	2,76	12	11	1	2	4	0	0	1	2	0
4.4 Unterstützung in Notfallsituationen	3,56	9	6	3	6	1	1	2	1	3	1
4.5 Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten	4,06	5	6	5	4	3	2	3	2	2	1
4.6 Nächtliche Versorgung	3,36	6	9	6	4	3	2	0	1	2	0
6.4 Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen	2,81	11	9	5	2	1	0	1	1	2	1
6.5 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten	3,39	10	6	3	5	3	1	2	1	2	0

Zugrunde liegende Frage: Im Rückblick auf die Prüfung: Wie zeitaufwendig ist die Prüfung der einzelnen Qualitätsaspekte?

Generell lässt sich festhalten, dass alle 20 Qualitätsaspekte von den Einrichtungen durchschnittlich als relativ schnell zu prüfen eingeordnet wurden. Bei Betrachtung der Mittelwerte gibt es allerdings deutliche Differenzen: So schwanken diese zwischen 2,81 (6.4: Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen) bis 4,36 (1.2: Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung). Ähnlich der Analyse des relativen Erhebungsaufwands aus Prüfersicht ist es sinnvoll, Kategorisierungen vorzunehmen, um die Ergebnisse besser interpretieren zu können. Zu diesem Zweck wurden erneut in den deskriptiven Analysen die Werte 1 bis 3, 4 bis 6 und 7 bis 9 zusammengefasst und (unter Berücksichtigung der fehlenden Werte) ausgewertet. Die Ergebnisse für besonders schnell zu prüfende (1 bis 3) bzw. zeitaufwendige (7 bis 9) werden in Abbildung 15 gegenübergestellt.

Abbildung 15: Kumulierte Prozentangaben für schnell zu prüfende und aufwendig zu prüfende Qualitätsaspekte aus Einrichtungsperspektive



Qualitätsaspekt 1.1: Unterstützung im Bereich der Mobilität; Qualitätsaspekt 1.2: Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung; Qualitätsaspekt 1.3: Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung; Qualitätsaspekt 1.4: Unterstützung bei der Körperpflege; Qualitätsaspekt 2.1 Schmerzmanagment; Qualitätsaspekt 2.2: Wundversorgung; Qualitätsaspekt 2.3: Medikamentöse Therapie; Qualitätsaspekt 2.4 Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen; Qualitätsaspekt 2.5: Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten; Qualitätsaspekt 3.1: Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmungen; Qualitätsaspekt 3.2: Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und bedürfnisgerechten Beschäf-

tigung; Qualitätsaspekt 3.3: Kommunikation; Qualitätsaspekt 4.1: Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug; Qualitätsaspekt 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten; Qualitätsaspekt 4.3: freiheitsentziehende Maßnahmen; Qualitätsaspekt 4.4 Unterstützung in Notfallsituationen; Qualitätsaspekt 4.5: Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten; Qualitätsaspekt 4.6: Nächtliche Versorgung; Qualitätsaspekt 6.4: Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen; Qualitätsaspekt 6.5: Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Im Zuge dieser Analysen zeigt sich, dass fast alle Qualitätsaspekte außer 1.2, 2.1, 2.3 und 2.4 von mindestens 50 % der Einrichtungen als relativ aufwands- bzw. zeitarm zu prüfen eingeschätzt wurden. Dies kann als eine der zentralen Botschaften der Aufwandsanalyse im Hinblick auf die Einschätzungen der Einrichtungen betrachtet werden. Dem stehen die Qualitätsaspekte 1.1, 1.2, 2.2 und 4.5 gegenüber, die von mehr als 20 % der Einrichtungen als relativ aufwendig zu prüfen eingeordnet wurden. Im Zuge der Analyse des Freitextfeldes, das die Einrichtungen zusätzlich zu der Bewertung nutzen konnten, konnten nur wenige Hinweise zu den Gründen der Hervorhebung der genannten Qualitätsaspekte gefunden werden. Vielmehr nutzten die Einrichtungen hier die Möglichkeit, allgemeine Anmerkungen zu dem Zeitaufwand der Prüfung zu machen. Neben der Tatsache, dass durch das neue Verfahren und die Testsituation die Prüfungsroutine noch nicht vorhanden war und somit mehr Zeit als (mutmaßlich) im Regelbetrieb benötigt wurde, wurde die vertiefte Analyse der Dokumentation (und ggf. vorhandene Lücken) sowie Diskussionen mit Prüfern als Grund für eine relativ zeitaufwendige Prüfung angegeben.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass sowohl Einrichtungen als auch Prüfer ähnliche Qualitätsaspekte als zeitaufwendig zu prüfen bewertet haben – was nicht wirklich verwundert. Insbesondere die Aspekte 1.1 und 2.2 stechen hier heraus. Allerdings – das zeigt die qualitative Auswertung zu dieser Frage bei den Prüfern deutlich – lohnt sich der Aufwand hier besonders. Dementsprechend lässt sich auf Basis der Analysen zum Prüfungsaufwand keine Notwendigkeit zur Änderung des Verfahrens ableiten.

5.7.8 Personalaufwand Einrichtungen

Auch für die Einrichtungen ändert sich durch das neue Prüfverfahren möglicherweise der Zeit- und Personalaufwand im Vergleich zum aktuellen Verfahren. Aus diesem Grund wurden die an den Testprüfungen beteiligten Einrichtungen zu dieser Thematik befragt. Dabei wurde deutlich, dass die Frage nach der Notwenigkeit für mehr oder besser qualifiziertes Personal von der knappen Mehrheit der Einrichtungen bejaht wurde (siehe Tabelle 42).

Tabelle 42: Notwendigkeit der Einrichtungen, mehr oder besser qualifiziertes Personal für Prüfungen abzustellen (n=33)

Antwortoptionen	Ja	Nein	Missing
Anzahl	18	15	0
Prozentuale Angabe	54,5	45,5	0

Zugrunde liegende Frage: Soweit Sie es auf Grundlage der Testprüfung einschätzen können: Ist für die neue Prüfung mehr oder anders qualifiziertes Personal notwendig als für die bisherigen Qualitätsprüfungen?

Neben der quantitativen Auswertung wurde bei denjenigen Einrichtungen, die hier Handlungsbedarf im Vergleich zu bisherigen Prüfungen sahen, nach einer Begründung gefragt. Dabei wurden verschiedene Argumente von unterschiedlichen Einrichtungen genannt. Teilweise wurde die längere Dauer der neuen Prüfung als Begründung angeführt, aus der resultiert, dass entsprechend mehr Personal für einen längeren Zeitraum nicht den Routinetätigkeiten nachgehen kann. In vielen Fällen wurden die besonderen Anforderungen der neuen Prüfung genannt: die Stärkung des Fachgesprächs und auch die detaillierten bewohnerbezogenen Prüfungen erforderten insbesondere die Anwesenheit von Mitarbeitern, die den Bewohner kennen (z.B. Bezugspflegekräfte). Darüber hinaus wurde teilweise angeregt, dass für das Fachgespräch Pflegefachkräfte entsprechend weitergebildet werden müssen, um auf Augenhöhe mit den Prüfern diskutieren zu können oder entsprechend andere Mitarbeiter eingebunden werden müssen.

Da die Auswertung des Gesamtaufwandes der Prüfung ergeben hat, dass die Prüfungen nach dem getesteten Prüfverfahren, aufwendiger sind als zuvor, bedeutet dies für die Einrichtungen, dass auch sie, zwar nicht unbedingt mehr, aber die Mitarbeiter über einen längeren Zeitraum als bisher bereitstellen müssen.

Für das neue Prüfverfahren ist davon auszugehen, dass eine Einrichtung für alle Schritte, mit Ausnahme des Teamgesprächs, mindestens einen Mitarbeiter bereitstellen muss. Sowohl für das Einholen der Einwilligungen als auch für die einrichtungsbezogene Prüfung muss jeweils mindestens ein Mitarbeiter zur Verfügung stehen, der, wie bisher auch, beim Einholen der Einwilligungen ggf. den Kontakt zu bevollmächtigten Betreuern der Bewohner herstellt bzw. zur einrichtungsbezogenen Prüfung Fragen beantworten kann (Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagementbeauftragter). Für jede bewohnerbezogene Prüfung (ggf. inkl. der Plausibilitätskontrolle) ist ebenfalls die Begleitung durch einen Mitarbeiter der Einrichtung notwendig. Idealerweise handelt es sich hierbei um die Bezugspflegekraft des Bewohners, die im Falle einer Plausibilitätskontrolle idealerweise auch die Ergebniserfassung vorgenommen hat. Ist dies nicht möglich, muss zumindest ein Mitarbeiter zur Verfügung gestellt werden, der den Prüfer bei der Prüfung der Dokumentation unterstützt und ggf. fachliche Rückfragen beantworten kann. Dies sollte mindestens eine Pflegefachkraft sein. Vorteilhaft wäre, wenn die Pflegefachkraft den Bewohner kennt (z.B. eine Pflegefachkraft, die den Bewohner mit versorgt, aber nicht die Bezugspflegkraft ist). Es ist nicht auszuschließen, dass es im Einzelfall auch sinnvoll ist, punktuell andere Mitarbeiter, z.B. Mitarbeiter der sozialen Betreuung oder Pflegehilfskräfte einzubeziehen. Am Abschlussgespräch sollte mindestens die verantwortliche Pflegefachkraft bzw.

Pflegedienstleitung teilnehmen, idealerweise aber alle Mitarbeiter der Leitungsebene. Inwieweit die Einrichtung über diese Notwendigkeiten hinaus weitere Mitarbeiter für eine Prüfung bereitstellt, bzw. an den Gesprächen teilnehmen lässt, können die Einrichtungen selbst festlegen.

Ausgehend von der Minimalanforderung an die Bereitstellung benötigter Mitarbeiter für die Prüfungen und den anhand der Prüferangaben ermittelten Aufwänden lässt sich ein ähnliches Schätzszenario zum Gesamtaufwand für die Einrichtungen wie für die Prüfer erstellen. Diese ist in Tabelle 43 zusammengefasst.

Inwieweit diese Berechnungen ein realistisches Bild des Aufwandes einer Einrichtung für die Prüfung abgibt, bleibt anhand der Ergebnisse der Testprüfungen schwer zusagen. Da bei der Analyse von der Begleitung durch nur einen Mitarbeiter für jeden Prüfschritt ausgegangen wurde, unterschätzen die Ergebnisse den wahren Aufwand für die Einrichtungen wahrscheinlich.

Tabelle 43: Szenariorechnung - Zeitbedarf einzelner Prüfabschnitte und Gesamtschätzung in Minuten und Personenstunden für Einrichtungen

Schätzszenario / Prüfabschnitt	Minimum	Maximum	Realistischer Wert
Begrüßung / Formales	20	45	30
Einholen der Einwilligungen	5	30	15
Einrichtungsbezogene Prüfung	45	75	60
Bewohnerbezogene Prüfung	80	150	111
Plausibilitätskontrolle (optional)	15	45	25
Abschlussgespräch	30	60	40
Zeitbedarf je Szenario in Minuten (und Personenstunden)			
Inklusive Plausibilitätskontrolle	950 (15,8)	2070 (34,5)	1414 (23,6)
Ohne Plausibilitätskontrolle	860 (14,3)	1800 (30,0)	1264 (21,1)

5.7.9 Sonstiger Aufwand

Mit der Implementierung des neuen Prüfverfahrens, inklusive der Ergebniserfassung, kommt es zu grundlegenden Veränderungen in der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung der stationären Langzeitpflege, die nicht nur die Prüfdienste, sondern im Wesentlichen auch die Einrichtungen betreffen. In diesem Zusammenhang entstehende Aufwände, die über den Aufwand für die Prüfung am Prüftag hinausgehen, konnten in der Testung nicht mit erfasst werden. Daher können diese Aufwände hier nur grob eingeschätzt werden. Die Aufwände können in einmalige und wiederkehrende Aufwände unterteilt werden.

Einmalige Aufwände

Einmalige Aufwände fallen vor allem im Zusammenhang mit der Implementierung des neuen Prüfverfahrens und der damit einhergehenden Ergebniserfassung an. Der wohl größte Aufwand im Zusammenhang mit der Implementierung wird die Schulung der Prüfer und der Mitarbeiter der Einrichtungen sein.

Auf Seiten der Einrichtungen müssen die Mitarbeiter in der Ergebniserfassung geschult werden. Aus den Erfahrungen der Projekte EQMS, EQisA und „Pflegequalität Hannover“ wird eine initiale, 2-tägige Schulung empfohlen, wobei 1,5 Tage auf die Schulung und ein halber Tag auf die individuelle Einübung anhand realer Bewohner verwendet werden sollten (ein ähnliches Vorgehen wurde auch im MoPIP-Projekt gewählt, allerdings beschränkt auf einen Tag (UBC 2017)). Empfohlen wird, je Wohnbereich eine Person sowie eine Person mit zentraler Leitungsverantwortung oder einer Stabsstellenfunktion zu schulen (Pflegedienstleitung oder Qualitätsmanagementbeauftragte). Je nach Größe des Wohnbereichs kann auch die Schulung von zwei Mitarbeitern sinnvoll sein. Im Idealfall werden alle Bezugspflegenden geschult, die Steuerungsverantwortung für den individuellen Pflegeprozess haben. Damit hängt der Gesamtaufwand je Einrichtung von der Bewohnerzahl und der individuellen Organisation der Einrichtung ab.

Auch auf Seiten der Prüfer besteht nicht nur für die Ergebniserfassung bzw. die Plausibilitätskontrolle ein Schulungsbedarf, sondern generell für das neue Prüfverfahren. Für alle Prüfer, die zukünftig eine externe Qualitätskontrolle durchführen, wird eine Schulung als notwendig erachtet. Die Analyse der Testprüfungen und die Rückmeldungen der Prüfer haben gezeigt, dass eine zweitägige Schulung der Prüfer, die die Plausibilitätskontrolle einbezieht, ggf. nicht ausreichend ist. Dabei muss berücksichtigt werden, dass ein Teil der Prüfer bereits Erfahrungen mit Plausibilitätskontrollen hatten. In dem Umfang der angesetzten Schulung konnte den Prüfern ein grundlegendes Verständnis zum Prüfverfahren, zum Prüfinstrument und dessen Bestandteile vermittelt werden.

Neben den Schulungen bedarf die Änderung des Prüfinstrumentes auch einer Anpassung der Software für die Dokumentation der Qualitätsprüfungen. Inwieweit die Prüfdienste sich hier für eine Anpassung in ihrer bestehenden Software entscheiden oder eine neue Softwarelösung entwickeln (lassen) kann nicht abgeschätzt werden. Es ist aber davon auszugehen, dass hierfür ein einmaliger Aufwand auf die Prüfdienste zukommt. Die Anschaffung neuer Hardware für die Testprüfung scheint nicht notwendig. Idealerweise erfolgt die Schulung zum neuen Prüfverfahren unter Anwendung der im Regelbetrieb einzusetzenden Software.

Auf Seiten der Einrichtung kann es ebenfalls zur Notwendigkeit in der Anpassung der Dokumentation kommen. Diese Anpassung bezieht sich nicht auf die Prüfinhalte der externen Qualitätsprüfung. Die Ergebnisse der Praktikabilitätsanalyse haben hierzu gezeigt, dass in den Einrichtungen, mit Ausnahme der Einrichtungen, bei denen der Überleitungsbögen bei Krankenhausaufenthalten nicht archiviert wird, die notwendigen Informationen vorliegen und keine weiteren Dokumentationen benötigt wer-

den. Über die Nutzung der Strukturierten Informationssammlung ist keine weitergehende bzw. neue zusätzliche Dokumentation erforderlich. Allerdings kann die Implementierung der Ergebniserfassung Änderungen im Dokumentationssystem oder der technischen Ausstattung der Einrichtung notwendig machen. Je nachdem, welche Voraussetzungen bei den Einrichtungen vorliegen und welche Möglichkeit der Datenübermittlung die Einrichtungen wählen, ist eine Anpassung notwendig oder nicht. Einrichtungen, die sich für eine manuelle Datenerfassung entscheiden, werden voraussichtlich weniger bis keinen einmaligen Aufwand haben. Einrichtungen, die sich für eine softwaregestützte Erfassung und Datenübermittlung entscheiden, werden voraussichtlich einen größeren einmaligen finanziellen Aufwand haben. Festzuhalten ist aber, dass in den Einrichtungen mindestens ein internetfähiger Rechner inkl. Internetanschluss vorhanden sein muss, um die Daten der Ergebniserfassung an die Datenauswertungsstelle übermitteln zu können. Ein ggf. einmaliger Aufwand an dieser Stelle könnte aber dazu führen, dass die Ergebniserfassung in der Umsetzung schneller realisiert wird und dieser einmalige Aufwand an anderer Stelle ggf. kompensiert werden kann.

Bei Änderungen im Prüfverfahren oder bei der Ergebniserfassung können die geschilderten einmaligen Aufwände erneut auftreten. D.h. Prüfer und/oder Einrichtungen müssen geschult werden und ggf. müssen Änderungen an Dokumentationssystemen vorgenommen werden. Wie umfangreich dies ist, ist stark vom Ausmaß der Änderungen abhängig, sollte aber den initialen Aufwand nicht übersteigen.

Mit der Schaffung der Datenauswertungsstelle als unabhängiger Stelle zur Berechnung der Versorgungsergebnisse entsteht ein weiterer einmaliger Aufwand. Dieser Aufwand betrifft vorwiegend den Qualitätsausschluss Pflege, der den Aufbau und den Betrieb der Datenauswertungsstelle finanzieren wird. Hierzu läuft zum Zeitpunkt der Abgabe dieses Abschlussberichtes ein Vergabeverfahren in dem, den Ausschreibungsunterlagen zu Folge, auch der Aufwand für den Aufbau der Datenauswertungsstelle verhandelt wird.

Wiederkehrende Aufwände

Wiederkehrende Aufwände beziehen sich vor allem auf die Ergebniserfassung sowie die externe Qualitätsprüfung und die damit zusammenhängenden Prozesse. Im Folgenden werden jene Aufwände geschildert, die mit der Implementierung des neuen Prüfverfahrens einhergehen würden. Bereits jetzt bestehende Aufwände werden hier nicht ausgeführt.

Für die halbjährliche Ergebniserfassung entsteht ein zusätzlicher Aufwand zur Datenerhebung bei den Einrichtungen. Nach den Berechnungen von Wingenfeld et al. (2011) muss für die Ergebniserfassung je Bewohner mit einem durchschnittlichen Zeitaufwand von 10 bis 15 Minuten gerechnet werden (inklusive der Suche von Angaben in der Pflegedokumenaton). Unterschiede ergeben sich je nach Qualität der einrichtungsinternen Pflegedokumentation sortiert und inwieweit diese an die Ergebniserfassung angepasst ist, um beispielsweise schnell auch an weit zurückliegen Informationen zu gelangen. Auch das MoPIP-Projekt setzt für die Ergebniserfassung, die sich rein auf die Daten die

Indikatorenberechnung beschränkt, mit etwas mehr als 10 Minuten pro Bewohner an (UBC 2017). Der Gesamtaufwand für die Ergebniserfassung in einer Einrichtung hängt naturgemäß von der Anzahl der Bewohner ab.

Für die Ergebniserfassung ist im Erhebungszeitraum ein administrativer Aufwand auf Leitungsebene zu erwarten. Dieser Aufwand umfasst beispielsweise die Koordination der Ergebniserfassung sowie die Kontrolle und Sicherung der Datenqualität. Nach Erfahrungswerten aus den Projekten EQMS, EQisA und „Pflegequalität Hannover“ kann dies, je nach Einrichtungsgröße und Datenmenge, ein bis zwei Tage umfassen.

Je nach Richtigkeit der Angaben bei der Ergebniserfassung kann es sein, dass eine Einrichtung im Korrekturzeitraum einzelne angegebene Daten, die von der Datenauswertungsstelle bei der Eingangsprüfung als fehlerhaft identifiziert wurden, korrigieren muss.[52] Durch ausreichende Schulung der Mitarbeiter kann diesem Aufwand allerdings entgegengewirkt werden.

Die Einführung des indikatorengestützten Qualitässicherungsansatzes sollte auch Auswirkungen auf das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen haben, da die ermittelten Kennzahlen das interne Qualitätsmanagement unterstützen sollen. Der Einbezug der Kennzahlen, die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen wird vorwiegend auf Leitungsebene einen zeitlichen Aufwand erzeugen. An anderer Stelle kann eine geeignete Verknüpfung der Ergebniserfassung oder der Kennzahlen mit anderen Elementen des Qualitätsmanagements dazu führen, dass Zeit eingespart wird. Beispielsweise kann die Ergebniserfassung mit Pflegevisiten verknüpft werden oder interne Qualitätskontrollen können auf die Kennzahlen umgestellt werden. Auch eine Nutzung der Ergebnisse in der Angehörigenarbeit ist möglich.

Die Berechnung der Indikatoren für jede Einrichtung erfolgt durch eine unabhängige Stelle, die in einem zum Zeitpunkt der Abgabe des Abschlussberichtes noch laufenden Vergabeverfahren festgelegt wird. Der Aufwand für den Betrieb der Datenauswertungsstelle wird vom Qualitätsausschluss Pflege getragen. Der Umfang ist den Ausschreibungsunterlagen zu Folge Bestandteil des Vergabeverfahrens.

Der Aufwand für die externe Qualitätsprüfung, ggf. inklusive Plausibilitätskontrolle, wurde in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben und abgeschätzt. Ergebnis war, dass voraussichtlich sowohl auf Prüferseite als auch auf Einrichtungsseite ein zusätzlicher Aufwand für die Durchführung der Qualitätsprüfungen entstehen wird. Darüber hinaus bestehen für die Einrichtungen und Prüfdienste keine zusätzlichen Aufwände. Es ist auch im neuen Prüfverfahren vorgesehen, dass die Prüfer nach Abschluss der Prüfungen einen Prüfbericht für die Landesverbände der Pflegekassen erstellen. Ein über den jetzigen Aufwand hinweggehender Aufwand wird hier nicht gesehen. Auch auf Seiten der Ein-

[52] Gemeint ist hier nicht die statistische Plausibilitätskontrolle, sondern die Prüfung der Datenfelder auf grundlegend falsche Angaben (wie z.B. ein negatives Gewicht), aus der ein Fehlerprotokoll kurzfristig nach Datenlieferung an die Datenauswertungsstelle hervorgeht, das anschließend den Einrichtungen zurückgemeldet wird.

richtungen ist nicht damit zu rechnen, dass zusätzlicher Aufwand besteht. Einzig die Angabe und Übermittlung der qualitätsrelevanten Informationen für die öffentliche Qualitätsdarstellung wird zusätzlich auf die Einrichtungen zukommen.

Die Vertragspartner nach §113 Abs. 1 SGB XI sind zur Implementierung eines indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der stationären Pflege gesetzlich verpflichtet. Damit ist der Aufwand, der mit der Ergebniserfassung einhergeht, nicht zu vermeiden und kommt neu hinzu.

In den Rückmeldungen der Prüfer und Einrichtungen sowie in der Expertengruppe der Prüfdienste wurde das Thema Zeitaufwand der Qualitätsprüfungen ebenfalls als hoch bezeichnet, aber ambivalent diskutiert. Aus Sicht der Prüfer und auch aus Sicht eines Teils der Einrichtungen wird das neue Prüfverfahren als gut angesehen und die neuen Inhalte bzw. Bestandteile, als wichtig eingeschätzt. Explizit die Expertengruppe der Prüfdienste empfiehlt, dass die wesentlichen zeitverursachenden Elemente (Fachgespräch, Bewohnergespräch) im Kern beibehalten werden sollten. Hingegen wurde angeregt, ggf. den obligatorischen jährlichen Prüfrhythmus zu ändern. So sei nicht nur mit Blick auf viele „gute“ Einrichtungen und die Einführung der indikatorengestützten Qualitätsmessung auch ein 2-Jahres-Rhythmus vorstellbar, sofern kein besonderer Prüfanlass vorliege (z.B. schlechte oder unplausible Indikatorenergebnisse, schlechte Prüfergebnisse aus der vorherigen Qualitätsprüfung, Anlassprüfungen aufgrund von Beschwerden).

5.8 Sonstiges

Neben den vorgestellten Ergebnissen der Befragungen der Prüfer und Einrichtungen, des Workshops sowie der Auswertungen der Test- und Doppelprüfungen wurden sowohl die Prüfer als auch die Einrichtungen gebeten, eine Gesamteinschätzung zum getesteten Prüfverfahren abzugeben. Die Frage zu Vor- und Nachteilen wurde sowohl den Einrichtungen als auch den Prüfern nach allen Testprüfungen gestellt. Darüber hinaus konnten Prüfer und Einrichtungen in einem weiteren Freitextfeld Kommentare und Anregungen unterbringen.

5.8.1 Verfahrensvergleich (Sicht der Prüfer)

Alle 34 Prüfer haben zu dieser Frage Stellung genommen. Viele Prüfer beschränkten sich allein auf die Schilderung von Vor- und Nachteilen, ohne eine direkt vergleichende Aussage zu treffen. Allerdings begrüßen mehrere Prüfer das neue Prüfverfahren ausdrücklich und kein Prüfer sprach sich explizit gegen das neue oder für das bisherige Verfahren aus.

Als am häufigsten genannter Nachteil des neuen Prüfverfahrens sehen die Prüfer den Zeitaufwand für die Prüfungen. Von einzelnen Prüfern wird (bemerkenswerterweise) auch die gestärkte Fachlich-

keit des neuen Instruments als nachteilig bewertet. In der relativen Verschiebung von definierten Kriterien zur fachlichen Beurteilung der komplexen bewohnerbezogenen Versorgung, wird befürchtet, dass es aufgrund der unterschiedlichen Fachlichkeit der Prüfer zu unterschiedlichen Bewertungen kommen könne. Insofern seien mögliche Auswirkungen auf die Prüftiefe, die sich auch bei einzelnen Qualitätsaspekten unterschiedlich gestalten könnte, ein möglicher Grund für unterschiedliche Bewertungen.

Auch das Fachgespräch selbst wurde von einzelnen Prüfern in Hinblick auf mögliche Bewertungsunterschiede kritisch betrachtet. Einzelne Prüfer vermuten, dass für Einrichtungen, die zur Prüfung keine geeigneten Mitarbeiter für das Fachgespräch bereitstellen können, Nachteile aus der Prüfung hervorgehen. Die Prüfung würde sich in diesem Fall hauptsächlich auf die Dokumentation stützen und ggf. ergänzende Erläuterungen aus einem Fachgespräch würden den Prüfern zur Bewertung fehlen.

Einzelnen Prüfern fehlte die Möglichkeit, Strukturaspekte, wie Erste Hilfe-Schulungen, das Beschwerdemanagement oder den qualifikationsgerechten Einsatz von Personal (sowohl in Bezug auf Aufgaben von Pflegefachkräften als auch von Betreuungskräften) zu bewerten. Auch das Fehlen häufiger „Behandlungspflegen“, wie Kompressionstherapie oder Vitalzeichenkontrollen, wurde von Prüfern als Nachteil gewertet.

Vorteile des neuen Prüfverfahrens sehen die Prüfer vor allem darin, dass nun eine gestufte bzw. differenziertere Bewertungsmöglichkeit von Auffälligkeiten besteht, die mit einer starken Ergebnisorientierung der Qualitätsprüfung einhergeht. Die Prüfer begrüßten, dass mit der Bewertungssystematik die konkrete Versorgung des Bewohners im Vordergrund steht. Im Hintergrund stehen die Defizite in der Dokumentation, die zwar ebenfalls festgestellt werden können, denen aber gegenüber der Versorgung, die beim Bewohner ankommt, eine geringere Bedeutung zufalle. Mit dieser Bewertungssystematik sei folglich nicht nur eine angemessenere Bewertung der Versorgung einzelner Bewohner möglich, sondern die Systematik führe auch zu einer differenzierteren Bewertung der Qualität der Einrichtung.

Diese mit der Bewertungssystematik einhergehende Flexibilität der Bewertung wird gegenüber dem starren Ja/Nein-Dualismus als sehr vorteilhaft beurteilt. Überdies bestehe generell im Instrument nun eine bessere Möglichkeit, Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner in die Bewertung einzubeziehen. Damit ergibt sich ein breites und differenzierte Bild der Bewohnerversorgung, was die Fachlichkeit der gesamten Prüfung aufwertet und auch von den Prüfern als wertschätzend wahrgenommen wird.

Im Zusammenhang mit der Bewertungssystematik wurde von einigen Prüfern auch betont, dass der Ansatz des systematischen Defizits als Vorteil gegenüber dem jetzigen Prüfverfahren gesehen wird, da so eine bessere Verknüpfung der Strukturen und Prozesse mit der Ergebnisqualität der Einrichtung möglich sei. Es wird hervorgehoben, dass dies eine bessere Beratung auf organisationaler Ebene

möglich mache, die sich angemessener auf das interne Qualitätsmanagement einer Einrichtung beziehen kann.

Auch das Fachgespräch wurde von mehreren Prüfern als ein großer Vorteil betrachtet, weil damit ein schneller und umfassender Überblick zur Versorgung des Bewohners herzustellen sei. Zudem haben die Einrichtungen dadurch auch die Möglichkeit, Sachverhalte besser darstellen und erläutern zu können. Einige Prüfer schilderten, dass das Fachgespräch auch als wertschätzend von Seiten der Einrichtung wahrgenommen wurde. Neben dem Fachgespräch wurde von Prüfern ebenfalls auf die verbesserten Möglichkeiten zur Nutzung des Bewohnergesprächs hingewiesen.

Zuletzt werteten die Prüfer positiv, dass die kognitiven Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen von Bewohnern nun stärker in der Prüfung und der Bewertung berücksichtigt werden können, was im bisherigen Verfahren so nicht möglich war.

Zusammenfassung

Rechnet man die gleichsam positiv wie negativ bewerteten Aspekte der höheren Fachlichkeit, des Fachgesprächs und der Flexibilität des Prüfinstruments heraus, bleibt auf der Negativseite der vergleichsweise hohen Zeitaufwand übrig. Dem stehen auf der Positivseite eine stärke Orientierung auf bewohnerrelevante Versorgungsergebnisse, eine bessere Berücksichtigung bewohnerindividueller Fähigkeiten und Einschränkungen, differenziertere Bewertungsmöglichen sowie eine höhere Wertschätzung von Prüfern und Einrichtungen gegenüber.

5.8.2 Anregungen der Prüfer

21 der 34 Prüfer gaben im abschließenden Freitextfeld weitere Anregungen und Kommentare zum getesteten Prüfverfahren. Viele Anregungen, wie z.B. die Berücksichtigung von häufigen „Behandlungspflegen“ oder Änderungsvorschläge für den Prüfbogen und die Ausfüllhinweise, wurden bereits vielfach an anderer Stelle der Befragungen angebracht und hier wiederholt.

Soweit die Prüfer an anderer Stelle dazu Bezug nahmen, dass ihnen die Prüfung der Strukturqualität fehle, so wird hier angeregt, die Umsetzung der Expertenstandards, die Qualifikation der Mitarbeiter und die Zufriedenheit der Bewohner zu prüfen. Von jenen Prüfern, die den hohen Zeitaufwand für die Prüfung reflektierten, wurde wiederholt vorgeschlagen, z.B. den jährlichen Prüfrhythmus unter bestimmten Voraussetzungen zu verlängern.

Andere Prüfer schlugen im Zusammenhang mit dem Aufwand und der Tatsache, dass die Testprüfungen in Testsituationen stattgefunden haben und insofern nicht einer realen Prüfung entsprechen, vor, dass Prüfungen angekündigt werden sollten, damit die Einrichtungen die Möglichkeit haben, ausreichend Personal vorzuhalten. Auch dass das Einholen von Einwilligungserklärungen in vielen

Testprüfungen nicht erforderlich war sowie dass überwiegend gute Einrichtungen geprüft wurden, nannten die Prüfer als Störfaktoren für eine realistische Abschätzung des Aufwandes – auch mit diesen Faktoren müsse im Regelbetrieb umgegangen werden.

Ein neuer Aspekt war, dass einzelne Prüfer hier etwas ausführlicher auf die Bewertungssystematik eingegangen sind. Mit der Vorbemerkung, dass die Systematik als grundlegend positiv eingeschätzt wird, wurde angeregt, einige Unstimmigkeiten hinsichtlich der Konsequenzen bei der Anwendung des Bewertungsalgorithmus zu überdenken sowie ggf. auch die Benennung der Bewertungskategorien (keine, geringe, moderate, erhebliche Qualitätsmängel) zu ändern, da diese nicht immer zu den dahinter liegenden Feststellungen passen.

5.8.3 Verfahrensvergleich (Sicht der Einrichtungen)

Von den 33 Einrichtungen beantworteten 27 die Frage nach Vor- und Nachteilen zum gegenwärtigen Prüfverfahren.

Als Nachteil wurde der zeitliche Aufwand, aber auch der personelle und organisatorische Aufwand betrachtet. Einige Einrichtungen sahen in der Qualitätsprüfung eine (zu) starke Defizitorientierung. Dies betrachten einzelne als Chance, intern Veränderungen und Verbesserungen anzuregen, andere als demotivierend und die daraus resultierende Beratung als belehrend. Einige Einrichtungen merkten an, dass in der Prüfung eine starke Abhängigkeit von den fachlichen Kompetenzen des Prüfers und der Pflegekraft bestünde, nicht zuletzt, weil das Instrument komplexer geworden sei und nicht immer nachvollziehbar sei, wie bei Defiziten verfahren wird.

Mehrheitlich positiv sehen die Einrichtungen den fachlichen Austausch während der Prüfung, die bewohnerbezogene Ergebnisorientierung sowie die Beratung. Vereinzelt werden auch die klare Strukturierung und die Fachlichkeit des Instruments sehr positiv gewürdigt. Hier werden insbesondere die Möglichkeiten zur differenzierten Bewertung und die individuelle Sicht auf den Bewohner genannt. Einige begrüßen es, dass sich die Qualitätsprüfung auch auf die Intimsphäre und die Eingewöhnungszeit des Bewohners bezieht, andere vermerken positiv, dass die Sterbebegleitung und die Palliativpflege in die Qualitätsprüfung aufgenommen wurden.

5.8.4 Anregungen der Einrichtungen

22 der 33 Einrichtungen nutzten das abschließende Freitextfeld für weitere Kommentare und Anregungen. Neben positiven Anmerkungen zum Bewohnergespräch und auch zum neuen Verfahren der Stichprobenziehung anhand von Risiken der Bewohner, betonen viele Einrichtungen hier erneut die Wichtigkeit der Vorankündigung der Prüfung zur besseren Planung und Organisation. Überdies wird

darauf hingewiesen, dass das Fachgespräch gegenüber der Dokumentationsprüfung unbedingt im Vordergrund stehen sollte.

Die Einrichtungen merken an, dass manche Fragen zu komplex formuliert seien und empfehlen, die entsprechenden Themenbereiche oder Fragestellungen zu prüfen und auf potentielle Unverständlichkeiten hin zu kontrollieren. Ebenso wird von einer Einrichtung angeregt, den Qualitätsaspekt 3.1 (Unterstützung bei Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung) unter den Qualitätsaspekt 3.3 (Kommunikation) zu subsummieren.

Angesichts des Zeitaufwandes für Qualitäts- und Plausibilitätskontrolle schlägt eine Einrichtung vor, die beiden Prüfungen zu trennen bzw. nur die Plausibilität zu prüfen.

5.9 Erprobungsergebnisse: Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Durchführung der Testprüfungen verlief weitgehend reibungslos und brachte viele wichtige Erkenntnisse, die in die abschließende Anpassung des Prüfinstrumentariums eingeflossen sind.

5.9.1 Methodische Güte und Praktikabilität

Im Gesamtergebnis ist hinsichtlich der *Inhaltsvalidität* festzuhalten, dass das Prüfinstrument die relevanten Versorgungsthemen gut abbildet. Eine Ausnahme sind verschiedene Unteraspekte des Themenbereichs Behandlungspflege. Hier legten die Ergebnisse aus den Testprüfungen, den Befragungen und des Workshops nahe, einige Erweiterungen und Konkretisierungen vorzunehmen. Einzelne weitere Hinweise bezogen sich auf Verbesserungen in den Ausfüllhinweisen.

Die im Rahmen der Testprüfung im Wesentlichen durch die Doppelprüfungen gewonnenen Erkenntnisse zur *Objektivität* des Prüfinstruments sind insgesamt als positiv zu werten. Sowohl hinsichtlich der Wahrnehmung und Dokumentation vorgefundener Situationen als auch hinsichtlich der Bewertung dieser Situationen ergaben sich große Übereinstimmungswerte zwischen den Prüfern. Diese hohen Übereinstimmungswerte gelten sowohl in Bezug auf die Qualitätsaspekte als auch in Bezug auf Auffälligkeiten der Plausibilitätskontrolle, wo die Übereinstimmungswerte im Vergleich noch höher lagen. Die Streuung der wenigen Nicht-Übereinstimmung sowohl über verschiedene Qualitätsaspekte als auch über die unterschiedlichen Themen der Plausibilitätskontrolle verweist darauf, dass es bei keinem Aspekt grundsätzliche Probleme gab.

Insgesamt kann dem Prüfinstrument auf Grundlage der Erprobung eine gute *Praktikabilität* attestiert werden, wobei einige Teilergebnisse und Anmerkungen durchaus kritisch reflektiert werden müssen.

Fast alle Aspekte rund um die Verständlichkeit des Prüfinstruments (der Ausfüllhinweise, der Hinweise zur Bewertung, die Leitfragen usw.) wurden mehrheitlich und in der Summe positiv bewertet. Dementsprechend fiel es den Beteiligten im Allgemeinen leicht, die Fragen zu den Qualitätsaspekten zu beantworten (Einrichtungen) bzw. Antworten zu bewerten (Prüfer).

Das bedeutsamste Verständnisproblem betraf die „Informationserfassung". Mit Blick auf die qualitativen Anmerkungen kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Testprüfer zwar grundlegend verstanden haben, welche Informationen erfasst werden sollen, dass aber nicht immer eindeutig war, in welchem Umfang und in welcher Detailtiefe Informationen zur Situation des Bewohner dokumentiert werden sollten, was vielfach in Abhängigkeit von der subjektiv als nicht eindeutig empfundenen Zielstellung der Informationserfassung gesehen wurde. Aus den Diskussionen im Workshop ging hervor, dass eine Verdeutlichung der Zielstellung der Informationserfassung in der Verfahrensbeschreibung auch die Eindeutigkeit der konkreten Informationserfassung verbessern würde.

Unklarheiten gab es auch beim Thema „Behandlungspflege", bei einem verbindlichen Verständnis des herausfordernden Verhaltens sowie bei der Abgrenzung der Qualitätsaspekte in Bereich 3. Da diese drei Themen auch bei anderen Fragestellungen mehr oder weniger „auffällig" waren, wurde im Nachgang intensiv geprüft, wie man hier die Praktikabilität erhöhen kann. Unabhängig von diesen drei größeren Problemen gab es zu allen Aspekten rund um die Verständlichkeit sehr viele Detailanmerkungen, die im Einzelnen noch ausführlicher gewürdigt werden müssen und einige Nachbesserungen in Bezug auf die Hilfestellungen zum Instrument erforderlich machten.

Sehr positiv ist zu bewerten, dass die Einrichtungen mehr oder weniger alle *zur Prüfung benötigten Informationen* ohne größere Probleme zur Verfügung stellen konnten, was von den Prüfern auch so bestätigt wurde. Insofern besteht für die Einrichtung kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand aufgrund der neuen Konzeption externer Qualitätsprüfung. Eine Ausnahme macht einzig der „Überleitungsbogen", der vielfach bei den Einrichtungen nicht in Kopie vorlag.

Hinsichtlich der verschiedenen *Vorgaben zum Prüfablauf, zu den zu prüfenden Inhalten sowie zur Bewertung von Auffälligkeiten* waren einige Abweichungen zu verzeichnen. Dabei war nicht jede Abweichung durch optimierungsbedürftige Vorgaben des Instruments begründet. Verschiedentlich sind Prüfer nicht den Vorgaben, sondern offensichtlich eigenen Vorstellungen gefolgt. Dennoch sind insbesondere die *Praktikabilität der Bewertungssystematik und des Abschlussgesprächs* kritisch zu hinterfragen.

Das *Fachgespräch* wurde überwiegend als positives Element bewertet. Einige Unsicherheiten bestanden hinsichtlich der Abgrenzung oder auch der Priorisierung zu anderen Informationsquellen, insbesondere der Dokumentation. Hier war eine Schärfung in der Prüfanleitung oder auf dem Prüfbogen erforderlich. Einigkeit bestand bei Prüfern und Einrichtungen allerdings im Zweifel, dass das für das Fachgespräch benötigte fachlich qualifizierte Personal vor dem Hintergrund unangemeldeter

Prüfungen im Regelbetrieb immer verfügbar sein kann. Sowohl Einrichtungen als auch Prüfer empfahlen, eine kurzfristige Ankündigung der Prüfungen in Betracht zu ziehen.

Die *Plausibilitätskontrolle* wurde sowohl von den Einrichtungen als auch von den Prüfern überwiegend als praktikabel eingeschätzt, wobei die Einrichtungen die Plausibilitätskontrolle in der Summe im Vergleich zu den Prüfern als praktikabler bewerteten. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass alle befragten Einrichtungen, nicht aber alle Prüfer Erfahrung mit Indikatorenansatz hatten. Das größte Praktikabilitätsproblem bei der Plausibilitätskontrolle lag für die Prüfer durchweg im weit zurückliegenden Zeitpunkt der Ergebniserfassung. Hier sollte angestrebt werden, Qualitätsprüfungen in möglichst geringem zeitlichem Abstand zu Ergebniserfassung durchzuführen.

Das *Teamgespräch* sowie die in ihm enthaltenen Bausteine (Feststellung systematischer Defizite, Bewertung übergreifender Qualitätsaspekte, Bewertung etwaiger Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle) wurden von der großen Mehrheit der Prüfer als praktikabel bewertet. Es zeigte sich, dass diese drei gemeinsamen Bewertungen den Prüfern im Gespräch durchgehend leicht fielen. Die Auswertung der Testergebnisse ergab allerdings, dass viele Prüfer die Vorgaben zur Spezifizierung eines Defizits als „systematisch“ nicht beachtet bzw. entsprechende Defizite nicht entsprechend begründet haben. Obwohl diese Tatsache im Nachgang erläutert werden konnte und für die Prüfer auch nachvollziehbar war, blieb am Ende fraglich, ob eine Bewertungssystematik, die das „systematische Defizit“ zu einer zentralen Kategorie macht, derzeit als realistische Option gelten kann.

Da einige Themen des Prüfinstrumentes neu sind und die Mehrzahl der bekannten Themen nun anders erfragt und bewertet wird, wurden die Prüfer am Ende aller Prüfungen dazu befragt, *wie sicher* sie die von ihnen entdeckten Defizite belegen können. Die quantitativen und qualitativen Auswertungen zeigen, dass die meisten Prüfer die Mehrzahl der von ihnen entdeckten Defizite klar als solche beschreiben und bewerten konnten. Bei den Qualitätsaspekten aus den „traditionellen“ Themenbereichen 1 und 2, bei denen vielfach auf vorliegende Expertenstandards referenziert werden kann und auch größere Prüferfahrungen vorliegen, waren die Prüfer sich insgesamt sicherer als bei den neuen Qualitätsaspekten, für die keine verbindlichen fachlichen Normen in Form von Expertenstandards vorliegen. Allerdings lässt sich diese Erkenntnis nicht verallgemeinern. Die große Streuung an diesem Punkt verweist eventuell auf Unsicherheiten, die überwiegend auf dem Fehlen von Erfahrungen mit dem neuen Prüfinstrumentarium beruhen könnten.

Über alle Befragungsergebnisse hinweg werden der Zeitaufwand und die Bereitstellung geeigneten Personals für die Fachgespräche als grundlegende Praktikabilitätsprobleme gesehen.

Die Angaben der Prüfer zum *Zeitaufwand* für die einzelnen Prüfschritte variieren sehr stark. Sowohl Team- und Abschlussgespräch als auch insbesondere die bewohnerbezogene Prüfung (und als Bestandteil davon auch die Plausibilitätskontrolle) sowie die Einholung der Einwilligungen verursachten in unterschiedlichen Einrichtungen in unterschiedlichen Prüfdiensten unterschiedlichen Aufwand. Die

darauf aufbauenden Schätzungen zeigen, dass der Zeitaufwand des getesteten Prüfverfahrens den des aktuellen Verfahrens übersteigt.

In den Rückmeldungen der Prüfer und Einrichtungen sowie in der Expertengruppe der Prüfdienste wurde der Zeitaufwand der Qualitätsprüfungen als hoch bezeichnet, aber ambivalent bewertet. Aus Sicht der Prüfer und auch aus Sicht eines Teils der Einrichtungen wird das neue Prüfverfahren als Fortschritt angesehen, die neuen Inhalte und Methoden wurden als wichtig eingeschätzt. Explizit die Expertengruppe der Prüfdienste empfiehlt, dass die wesentlichen zeitverursachenden Elemente (Fachgespräch, Bewohnergespräch) im Kern beibehalten werden.

Im Blick auf die Reduzierung von Aufwand wurde angeregt, nicht die Inhalte und Methoden, sondern ggf. den obligatorischen jährlichen Prüfrhythmus zu ändern. Als Faktor, der den Zeitaufwand im Regelbetrieb erhöhen könnte, wurde zudem das Nichtankündigen der Prüfungen genannt. Da das Manipulationspotenzial für das neue Prüfverfahren als gering eingeschätzt wurde, regten auch die Testprüfer an, die Prüfungen zukünftig (kurzfristig) anzukündigen.

5.9.2 Aufwandsrelevante Anpassungen des Prüfinstrumentariums

Auf der Grundlage der Erkenntnisse aus den Erprobungen wurden verschiedene Änderungen am Prüfinstrument vorgenommen. Diese Änderungen haben Auswirkungen auf den Aufwand, der sich allerdings mangels empirischer Hinweise nicht genau quantifizieren lässt.

Redaktionelle Verbesserungen

Es wurden zahlreiche redaktionelle Korrekturen durchgeführt, die während der Erprobungen zu Unsicherheiten oder Missverständnissen geführt hatten. Hierzu gehören auch strukturelle Vereinheitlichungen bei den Leitfragen des Prüfinstrumentes sowie die Aufnahme konkretisierender Beispiele für Hinweise zur Bewertung. Diese Verbesserungen wirken sich überwiegend auf die Bewertungssicherheit der Prüfer aus und lassen daher auch eine schnellere Bewertung im Einzelfall erwarten.

Präzisierungen im Zusammenhang mit der Informationserfassung

Die Ergebnisse der Erprobung haben gezeigt, dass erhebliche Unsicherheiten bezüglich des Umfangs und der Detailtiefe der Informationserfassung bestanden und zum Teil Doppelerfassungen vorgenommen wurden. In der Überarbeitung des Instrumentariums wurde die Informationserfassung dahingehend angepasst, dass verschiedene Freitextfelder nun durch Auswahl- bzw. Optionsfelder ersetzt wurden und bei Freitextfeldern konkretisiert wurde, was zu erfassen ist. Dies sollte die Sicherheit der Prüfer bei der Informationserfassung erhöhen und diese vereinfachen. Die Klarstellung, dass

eine *differenzierte* Informationserfassung nur dann zwingend erforderlich ist, wenn festgestellte Defizite im Detail abzubilden und zu begründen sind, dürfe in die gleiche Richtung wirken. Vor dem Hintergrund der Erprobungserfahrungen kann davon ausgegangen werden, dass diese Änderungen zu einer erheblichen Erleichterung und damit zu einer Reduktion des Zeitaufwandes führen.

Streichung von bewohnerbezogenen Qualitätsaspekten

Bei der abschließenden Modifizierung wurden zwei Qualitätsaspekte aus dem Prüfinstrument gänzlich gestrichen (Unterstützung in Notfallsituationen und Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten). Hier ist davon auszugehen, dass sich die bewohnerbezogenen Prüfungen signifikant verkürzen werden. Die Unterstützung in Notfallsituationen wurde bei der Erprobung in allen 38 Einrichtungen und die Unterstützung bei der Wahrnehmung von Arztbesuchen und Therapieangeboten immerhin in 30 Einrichtungen bewertet.

Darüber hinaus wurden zwei Qualitätsaspekte im Bereich 3, die für die Prüfer inhaltlich schwer voneinander zu trennen waren, zu einem zusammengefasst. In diesem Fall wird allerdings nur ein marginaler Effekt auf den Aufwand zu erwarten sein.

Streichung von einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekten

Für die Erhebung der einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekte (Bereich 6) wurde aufgrund von Erfahrungswerten eine durchschnittliche Zeit von 60 Minuten kalkuliert, ohne dass dies in der Erprobung vollständig getestet wurde. Zu diesem Erfahrungswert ist anzumerken, dass sich dieser notwendigerweise eher auf die Erfahrungen der bisherigen Prüfung bezieht, während der jetzige Bereich 6 deutlich schlanker angesetzt wurde. Darüber hinaus wurde, nach längerer Diskussion und eindeutigem Votum der Experten der Prüfdienste, beschlossen, die auch im neuen Verfahren zunächst vorgesehene Erfassung der Qualifikation der Pflegenden und der Betreuungskräfte zu streichen. Abseits der Tatsache, dass die Prüfer und die Vertreter der Prüfdienste in den Workshops hier sehr unterschiedliche Vorgehensweisen und Aufwände schilderten und sich insofern keine verlässliche Kalkulationsgröße angeben lässt, verringert sich der Zeitaufwand mit dieser Streichung in jedem Fall. Insofern scheint die Kalkulationsgröße von 60 Minuten zur Erhebung der einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekte deutlich zu hoch. 30 Minuten (je Qualitätsprüfung) scheinen hier realistischer zu sein.

Verzicht auf die Kategorie „Systematisches Defizit“

Aufgrund von Unstimmigkeiten bei der Anwendung der im erprobten Instrumentarium zentralen Kategorie des systematischen Fehlers wurde die gesamte Kategorie aus dem Prüfinstrument entfernt. Dies hat zum einen Auswirkungen auf das Teamgespräch, da für den gemeinsamen Austausch

über mögliche systematische Ursachen ein gewichtiges Zeitfenster einkalkuliert wurde. Zum anderen entfällt der nach Auskunft der Prüfer sehr hohe Zeitaufwand, der entstand, wenn die Prüfer tatsächlich der Vorgaben des Instrumentariums folgten und sich differenziert mit strukturellen Ursachen für systematische Fehler auseinandersetzten. Der Wegfall dieser Kategorie führt zu einer erheblichen Vereinfachung des Bewertungsprozesses bei allen Qualitätsaspekten der Bereiche 1 bis 4. Auch für das Abschlussgespräch verringert sich durch den Wegfall dieser Kategorie der zeitliche Aufwand erheblich.

Verzicht auf (erneute) Darstellung der Einrichtungssicht im Abschlussgespräch

Für die Erprobung war es als fester Bestandteil des Abschlussgespräches vorgesehen, dass den Einrichtungen Gelegenheit gegeben wird, um sich allgemein zu den Feststellungen der Prüfer zu äußern. Dieser Aspekt wurde von den Prüfern u.a. aufgrund des damit verbundenen hohen Zeitaufwands mehrheitlich kritisch betrachtet und es blieb auch unklar, ob diese Vorgabe im Rahmen der Erprobung durchgehend befolgt wurde. Aufgrund dieser Problematik wurde dieser Aspekt als Teil des Abschlussgespräches gestrichen.

Technische Umsetzung des Erhebungsbogens

Im Rahmen der Erprobung wurden ausfüllbare PDF als technische Erhebungsform genutzt. Dies war eine suboptimale, aber unter Abwägung der verfügbaren zeitlichen und technischen Ressourcen die einzig praktikable Lösung. Das elektronische Formular, das den Prüfern zur Verfügung gestellt wurde, wies überdies einige Probleme auf, die den Umgang damit umständlich machte. Auch dies dürfte ein nicht unerheblicher zeitlicher Einflussfaktor gewesen sein. Für den Regelbetrieb wird eine funktionalere und anwenderfreundlichere Lösung verfügbar sein, mit der der zeitliche Aufwand voraussichtlich merklich reduziert werden kann. Dies gilt besonders für jene Phasen der Prüfung, an denen eine Zusammenführung von bereits erfassten Informationen notwendig ist (v.a. für die Bewertungen der Qualitätsaspekte im Bereich 5). Hier würde eine „automatisierte“ Zusammenführung von Informationen eine wesentliche Arbeitserleichterung mit sich bringen. Ähnliches gilt für die Automatisierung der Gesamtbewertung eines Qualitätsaspekts, die zwar auf einem definierten Algorithmus beruht, von den Testprüfern während der Erprobung jedoch „per Hand“ vorgenommen wurde.

Inhaltliche Präzisierungen

Unklare Anweisungen oder Definitionen in den Prüfbögen oder der Ausfüllanleitung führen fast zwangsläufig zu einem höheren Zeitaufwand, weil die Prüfer in der Prüfsituation – besonders dort, wo Grenzfälle zu beurteilen sind – keine Orientierungshilfe erhalten und eigene Problemlösungen entwickeln müssen. Hierüber müssen sie sich außerdem mit den anderen Teammitgliedern verstän-

digen. Die Testversion des Prüfinstrumentariums enthielt noch recht viele Unschärfen dieser Art, die in der abschließenden Bearbeitung u.a. auf der Grundlage der zahlreichen Rückmeldungen der Prüfer größtenteils behoben werden konnten.

*

Wie viel Zeitersparnis von diesen Optimierungen erwartet werden kann, lässt sich nicht konkret angeben. Gemessen daran, was die Prüfer als wichtigste aufwandsrelevante Faktoren bezeichnet haben, dürfe der Effekt allerdings erheblich sein und sich zusammen mit einer erfahrungsbedingten Aufwandsreduktion eher in Stunden als in Minuten beziffern lassen.

6. Die Konzeption für die öffentliche Qualitätsdarstellung

6.1 Aufgabenstellung

Eine wichtige Teilaufgabe des Projekts umfasste die Entwicklung einer neuen Konzeption für die öffentliche Darstellung der Qualität von stationären Pflegeeinrichtungen, mit dem die heutige Form der Transparenzberichte abgelöst werden soll. Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sollen, wenn sie sich auf die Suche nach einer Einrichtung begeben, eine geeignete Informationsgrundlage für eine informierte Entscheidung für eine Einrichtung erhalten.

Mit der neuen Konzeption der Qualitätsdarstellung sollen nicht nur Ergebnisse von Qualitätsprüfungen aufgenommen werden, sondern auch eine Beurteilung der Ergebnisqualität anhand von Qualitätsindikatoren. Bereits in der ersten Fassung der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär hatten die Vertragspartner angestrebt, Indikatoren für Ergebnisqualität in die öffentliche Qualitätsberichterstattung zu integrieren, mussten hiervon jedoch – so die einleitenden Ausführungen in der Transparenzvereinbarung – Abstand nehmen, weil zum damaligen Zeitpunkt keine erprobten Qualitätsindikatoren vorlagen. Die Partner der Vereinbarung verwiesen auf die zu erwartenden Ergebnisse des vom Bundesgesundheitsministerium und vom Bundesfamilienministerium in Auftrag gegebenen Projekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“. Es bestand die Absicht, auf der Basis der Ergebnisse dieses Projekts die Transparenzvereinbarung zu modifizieren. Im Verlauf der weiteren Verhandlungen der Selbstverwaltung wurde das Thema zwar immer wieder aufgegriffen, doch gelang es nicht, in die Transparenzvereinbarungen entsprechende Passagen aufzunehmen. Mit dem zweiten Pflege-Stärkungsgesetz wurde die Revision gesetzlich entschieden.

Eine öffentliche Qualitätsberichterstattung hat mehrere Funktionen. Zum einen soll sie den durch eine Pflegeeinrichtung versorgten pflegebedürftigen Menschen sowie ihren Angehörigen eine Möglichkeit eröffnen, die Qualität der Einrichtung, die sie nutzen, einzuordnen. Ein zweiter, in der Diskussion in der Regel als zentrales Ziel bezeichneter Punkt, umfasst die Funktion, für potenziell interessierte Menschen (Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen) eine Informationsgrundlage zur Verfügung zu stellen, die die Auswahl einer Einrichtung ermöglicht. Eine dritte Funktion schließlich bezieht sich auf die Verbesserung der Information für Beratungssysteme. Im Rahmen einer Beratung, beispielsweise in Pflegestützpunkten oder kommunalen Beratungsstellen, sollen verbesserte Informationsgrundlagen verfügbar gemacht werden, um den Ratsuchenden auch anhand konkreter Informationen über die Qualität von Einrichtungen Hinweise zu geben, mit denen sie bessere Entscheidungen treffen können.

Eine Besonderheit im vorliegenden Projekt bestand darin, Daten und Informationen zusammenzuführen, die aus unterschiedlichen Quellen stammen und auch unter methodischen und inhaltlichen

Gesichtspunkten Unterschiede aufweisen. Es handelt sich zum einen um die Ergebnisse der Beurteilung der Ergebnisqualität, die mit Hilfe von Qualitätskennzahlen (Indikatoren für Ergebnisqualität) generiert werden. Der zweite Bereich umfasst die Bewertungen aus den Qualitätsprüfungen selbst. Der dritte wichtige Bestandteil sind Informationen, die zwar für die Beurteilung der Qualität einer Einrichtung relevant sind, die jedoch keiner Bewertung unterzogen werden. Aufgrund der unterschiedlichen Natur dieser Daten musste das Konzept für die neue Qualitätsdarstellung eine dreigliedrige Struktur ermöglichen. Die neue Qualitätsdarstellung besteht somit aus folgenden drei Teilen:

- Versorgungsergebnissen (Indikatoren für Ergebnisqualität)
- Ergebnisse der externen Qualitätsprüfung
- Informationen über die Pflegeeinrichtung

Eine weitere Aufgabe bestand darin, eine Form der Bewertung zu finden, die, anders als die bisher in der Qualitätsberichterstattung genutzten Pflegenoten, eine aussagekräftige, vergleichende Qualitätsbeurteilung für interessierte Menschen zulässt. Es musste eine Form der Bewertung gefunden werden, die dem jeweiligen Charakter der drei Inhaltsbereiche, die soeben angesprochen wurden, gerecht wird.

6.2 Vorgehen

Wie im zweiten Zwischenbericht beschrieben, basiert die Erarbeitung von Empfehlungen für die zukünftige Qualitätsdarstellung auf wissenschaftlicher Literatur, Darstellungssystemen anderer Länder und der Expertise aus den drei Expertengruppen. Neben der Auswertung von Literatur standen Workshops mit Experten sowie zwei Testung der entwickelten Qualitätsdarstellung im Vordergrund.

Die Diskussion in den Expertengruppen diente dazu, Anhaltspunkte für die inhaltliche Ausgestaltung sowie die Darstellung der unterschiedlichen Bausteine der Qualitätsberichterstattung zu erhalten. Ziel war es, eine verständliche und differenzierte Darstellung der drei genannten Bausteine (Versorgungsergebnisse, Ergebnisse der externen Qualitätsprüfung, Informationen über die Einrichtung) zu entwickeln. Darüber hinaus setzten sich die Experten mit der Frage auseinander, in welcher Art und Weise eine Darstellung erfolgen sollte (z. B. in Form eines Aushangs in der Einrichtung, im Internet u.a.).

Eine erste Testung der Qualitätsdarstellung fand im September 2017 statt. Diese wurde mit Personen durchgeführt, deren Familienangehörige in einem Heim leben oder sich bereits mit der Suche nach einem adäquaten Heim für ihre Angehörigen beschäftigten. Bei dieser Testung ging es schwerpunktmäßig um die Darstellungsform der einrichtungsbezogenen Informationen, der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren, sowie der externen Prüfung in der zukünftigen öffentlichen Berichterstattung. Die ausführliche Beschreibung der Testung erfolgte bereits im zweiten Zwischenbericht. Insgesamt bestand bei den Teilnehmern Konsens darüber, dass die Informationen in der Qualitätsdarstellung

übersichtlich und verständlich sind. Ungeachtet dessen gab es verschiedene Hinweise zur Veränderungen von Details, die zum Teil aufgegriffen wurden.

Eine zweite Testung, die Anfang September 2017 in Berlin, mit Personen, die in Verbänden (Betroffenen- und Verbraucherorganisationen) tätig sind, stattfinden sollte, musste aufgrund kurzfristiger Absagen seitens der Teilnehmer storniert werden.

Im Mai 2018 wurde die zweite Testung mit Personen, die in der Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen sowie in kommunalen Seniorenbeiräten tätig sind, nachgeholt. Die Gruppe bestand aus insgesamt sechs Personen. Ein Teil der Gruppe verfügte bereits über Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit bzw. pflegebedürftigen Menschen. Bei dieser Testung wurde die Verständlichkeit der Darstellung des Informationsteils, der Versorgungsergebnisse und der Prüfergebnisse erneut als überzeugend bewertet. Auch hier wurden trotz der positiven Gesamtwertung verschiedene Hinweise auf Optimierungsmöglichkeiten eingebracht (vgl. Kapitel 6.5).

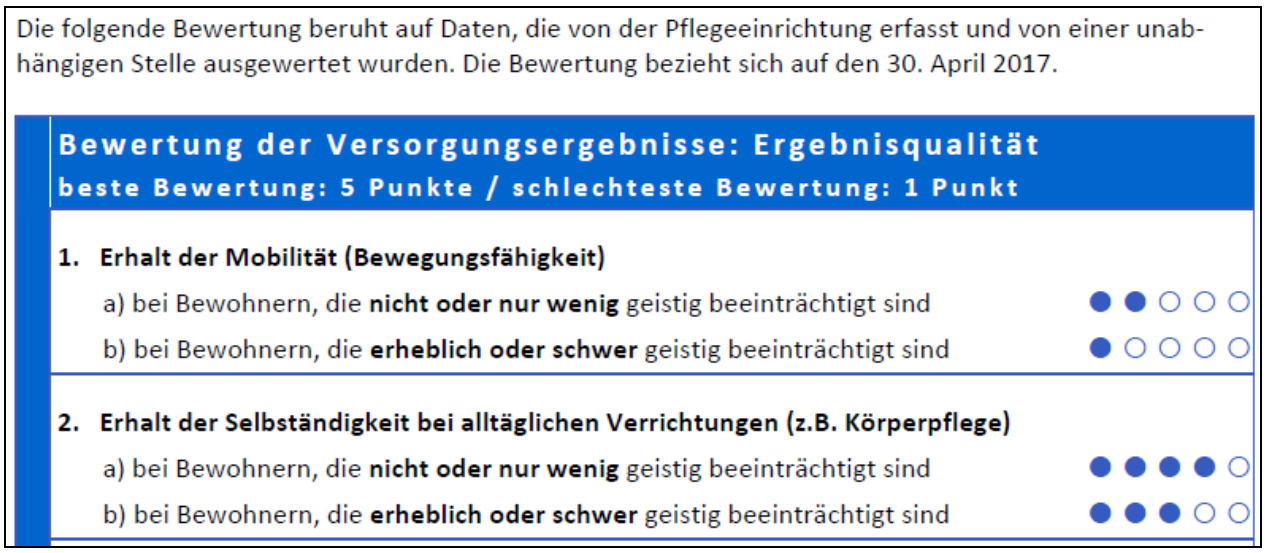
6.3 Aufbau und Inhalte der Qualitätsdarstellung

Basierend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche und den Anmerkungen der Expertengruppen wurden vier einzelne Abschnitte geniert. Diese bestehen aus einer kurzen Zusammenfassung der Bewertung der Versorgungsergebnisse sowie der Bewertung durch die Qualitätsprüfer, den Informationen über die Pflegeeinrichtung, der Bewertung der Versorgungsergebnisse sowie der Prüfergebnisse. Bei der Bezeichnung der einzelnen Abschnitte wurden zur Gewährleistung einer nutzerfreundlichen Ausdrucksweise sprachliche Anpassungen vorgenommen. So wurde beispielsweise der Ausdruck „Ergebnisse der externen Qualitätsprüfung“ in „Bewertung durch die Qualitätsprüfer“ umbenannt.

6.3.1 Ergebnisüberblick

Zunächst erhält der Nutzer einen Gesamtüberblick über die Bewertung von Versorgungsergebnissen mit Hilfe der Indikatoren. Zur Erläuterung des Bewertungsschemas findet der Nutzer eine Beschreibung der Symbole unterhalb der Ergebnisse. Zusätzlich findet der Nutzer eine kurze Erläuterung dazu, dass die vorliegenden Ergebnisse von der Einrichtung halbjährlich selbst und bei allen Bewohnern der Einrichtung erhoben werden.

Abbildung 16: Beispielhafte Darstellung der Zusammenfassung der Bewertung der Versorgungsergebnisse



Darauf folgt eine kurze Zusammenfassung der Prüfergebnisse. Die Ergebnisse für die einzelnen Qualitätsaspekte werden anhand eines vierstufigen Bewertungsschemas mit Quadraten dargestellt.

Abbildung 17: Beispielhafte Darstellung der Zusammenfassung der Bewertung durch die Qualitätsprüfer

Auch hier befindet sich eine Beschreibung der Symbole unterhalb der Bewertung. Zusätzlich wird der Nutzer darauf aufmerksam gemacht, dass den dargestellten Ergebnissen eine Qualitätsprüfung durch Mitarbeiter eines Prüfdienstes zugrunde liegt und anhand einer Stichprobe aus Bewohnern der Einrichtung erhoben worden sind.

Zur besseren Unterscheidung der beiden Bereiche dienen zum einen die unterschiedlichen Symbole der Bewertungsschemata (Punkte und Quadrate), zum anderen eine farbliche Kennung. Die Versorgungsergebnisse werden in blau, die Prüfergebnisse in braun dargestellt. Diese farbliche Unterscheidung findet sich auch in der ausführlichen Darstellung der Ergebnisse wieder.

Durch die vorangestellte kurze Zusammenfassung der Ergebnisse der Ergebnisqualität sowie der Qualitätsprüfung hat der Nutzer die Möglichkeit, sich schnell und ohne viel Text lesen zu müssen einen

Überblick über die Einrichtung zu verschaffen. Sollte dann noch weiteres Interesse bestehen, gibt es die Möglichkeit die ausführlichen Ergebnisse einzusehen.

6.3.2 Informationsteil

Darauf folgt die Darstellung des Informationsteils zu der jeweiligen Einrichtung. Dieser wird als „Informationen über die Pflegeeinrichtung“ bezeichnet. Enthalten sind folgende zwölf Bereiche:

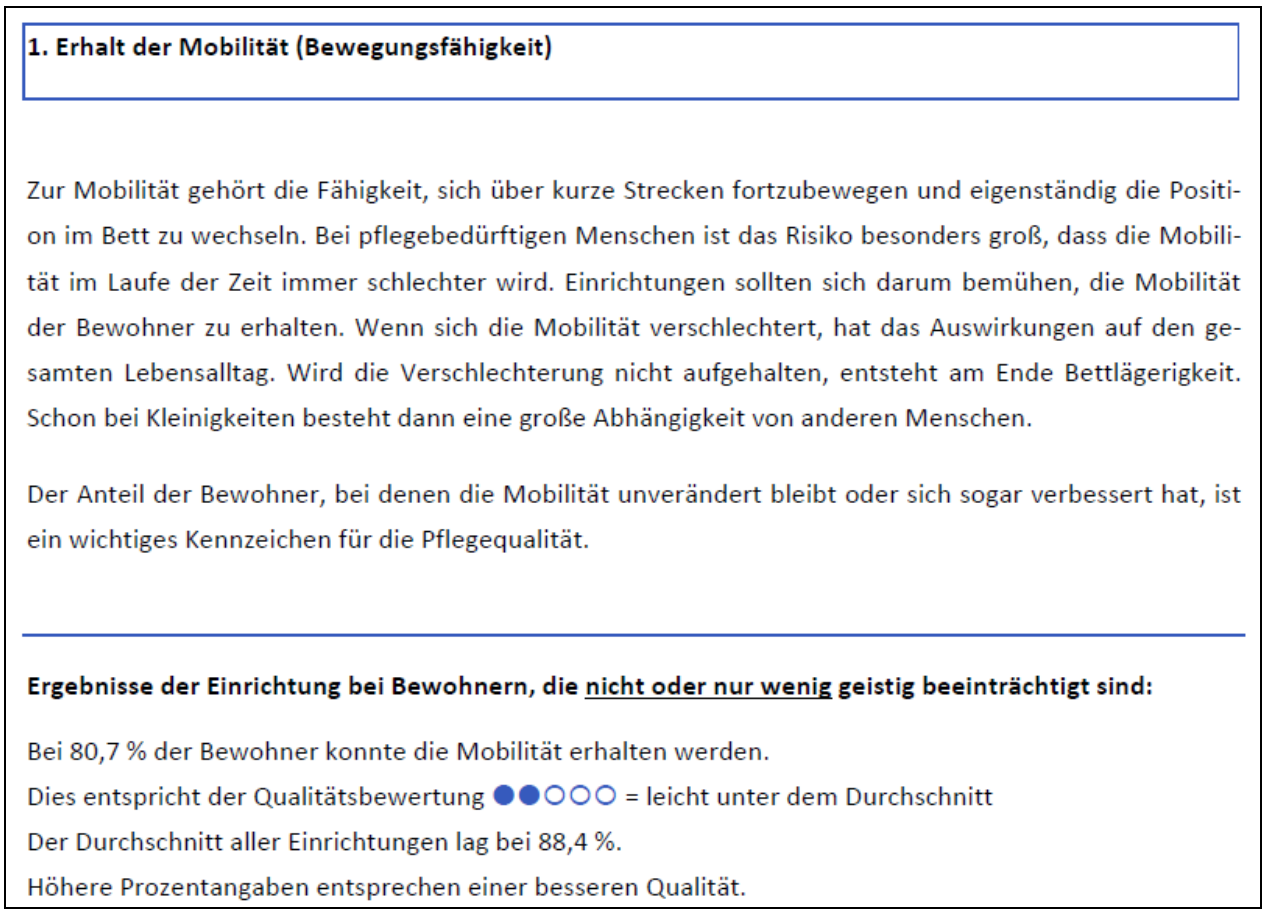
- *Allgemeine Informationen über die Einrichtung* (zum Beispiel Kontaktdaten, Angaben zu Kontaktpersonen und Anzahl der Plätze aufgegliedert in Einzel- und Doppelzimmer sowie Kurzzeitpflegeplätze)
- *Ausstattung* (zum Beispiel ein Telefonanschluss, TV- bzw. Kabelanschluss und Möglichkeiten der Nutzung eines Internetzugangs)
- *Spezialisierung/ Versorgungsschwerpunkt* (zum Beispiel anhand von Angaben zur Versorgung von Menschen in jungem Alter, Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten oder anderen Besonderheiten)
- *Möglichkeit des Kennenlernens der Einrichtung* (zum Beispiel Möglichkeit zur Teilnahme an Mahlzeiten und Gruppenaktivitäten vor dem Einzug, Probewohnen)
- *Gruppenangebote* (zum Beispiel wöchentliche Angebote wie Gedächtnistraining)
- *Externe/ Interne Dienstleistungen* (zum Beispiel die Möglichkeit zur Mitwirkung bei der Zubereitung von Mahlzeiten)
- *Zusätzliche kostenpflichte Dienstleistungen* (zum Beispiel Friseur oder Fußpflege)
- *Religiöse-Angebote* (zum Beispiel Räumlichkeiten zur Ausübung religiöser Aktivitäten oder regelmäßiger Besuch eines Seelsorgers)
- *Einbeziehung und Unterstützung von Angehörigen* (zum Beispiel Teilnahme an Mahlzeiten für Angehörige)
- *Kontakte der Einrichtung zum sozialen Umfeld/ Quartier* (zum Beispiel Kontakte zu anderen Einrichtungen im Umfeld oder Quartier)
- *Personelle Ausstattung (im Bereich Pflege, Betreuung und Therapie)* (zum Beispiel Angaben zu Vollzeitstellen, Personalwechsel in den letzten 6 Monaten oder Angaben zu Mitarbeitern mit therapeutischer Ausbildung)
- *Kooperationsvereinbarungen* (zum Beispiel Kooperationen mit Ärzten oder Therapeuten sowie Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen)

Diese Informationen sollen den potentiellen Nutzern Angaben zur Verfügung stellen, die ihnen einen genaueren Einblick in die Angebote und Strukturen der Einrichtung ermöglichen sollen. Im Gegensatz zu den Prüfergebnissen werden diese Informationen von der Pflegeeinrichtung selbst bereitgestellt und in dieser Form keiner Bewertung unterzogen.

6.3.3 Qualitätsindikatoren

Einführend erhält der Nutzer eine Erläuterung zu den Versorgungsergebnissen, in der beschrieben wird, weshalb Versorgungsergebnisse wichtig sind und was diese über die Versorgung der Bewohner aussagen. Weiter wird beschrieben, anhand welchen Bewertungsschemas die Versorgungsergebnisse dargestellt werden und welche Bedeutung die verwendeten Symbole haben.

Abbildung 18: Beispielhafte Darstellung der Erläuterung zu den Versorgungsergebnissen



1. Erhalt der Mobilität (Bewegungsfähigkeit)

Zur Mobilität gehört die Fähigkeit, sich über kurze Strecken fortzubewegen und eigenständig die Position im Bett zu wechseln. Bei pflegebedürftigen Menschen ist das Risiko besonders groß, dass die Mobilität im Laufe der Zeit immer schlechter wird. Einrichtungen sollten sich darum bemühen, die Mobilität der Bewohner zu erhalten. Wenn sich die Mobilität verschlechtert, hat das Auswirkungen auf den gesamten Lebensalltag. Wird die Verschlechterung nicht aufgehalten, entsteht am Ende Bettlägerigkeit. Schon bei Kleinigkeiten besteht dann eine große Abhängigkeit von anderen Menschen.

Der Anteil der Bewohner, bei denen die Mobilität unverändert bleibt oder sich sogar verbessert hat, ist ein wichtiges Kennzeichen für die Pflegequalität.

Ergebnisse der Einrichtung bei Bewohnern, die nicht oder nur wenig geistig beeinträchtigt sind:

Bei 80,7 % der Bewohner konnte die Mobilität erhalten werden.
Dies entspricht der Qualitätsbewertung ●●○○○ = leicht unter dem Durchschnitt
Der Durchschnitt aller Einrichtungen lag bei 88,4 %.
Höhere Prozentangaben entsprechen einer besseren Qualität.

Die Versorgungsergebnisse werden anhand folgender zehn Themen dargestellt:

- Erhalt der Mobilität (Bewegungsfähigkeit)
- Erhalt der Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (z. B. Körperpflege)
- Erhalt der Selbstständigkeit im Alltagsleben (z. B. soziale Kontakte)
- Entstehung von Druckgeschwüren
- Schwerwiegende Sturzfolgen
- Unbeabsichtigter Gewichtsverslust
- Anwendungen von Gurten zur Fixierung von Bewohnern
- Anwendung von Bettseitenteilen
- Durchführung eines Integrationsgesprächs nach dem Heimeinzug
- Aktualität der Schmerzeinschätzung.

Im Einzelnen werden alle Indikatoren nach dem gleichen Schema dargestellt (Bewertung, Datum der Ergebniserfassung, inhaltliche Beschreibung, Wichtigkeit eines Indikators, prozentuale Darstellung). Abschließend werden Ergebnisse früherer Bewertungen aufgezeigt.

Diese Darstellungsform ermöglicht es den Nutzern, sich bei Interesse zu jedem Qualitätsindikator einen raschen Überblick zu verschaffen.

6.3.4 Prüfergebnisse

Genau wie bei den Versorgungsergebnissen, erhalten die Nutzer zu den Bewertungen durch die Qualitätsprüfer ebenfalls eine kurze Beschreibung, wie die Ergebnisse gewonnen werden. Weiter wird das Bewertungsschema anhand der vier Quadrate erläutert.

Folgende Qualitätsaspekte werden dargestellt:

- Unterstützung im Bereich der Mobilität (Bewegungsfähigkeit)
- Unterstützung beim Essen und Trinken
- Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
- Unterstützung bei der Körperpflege
- Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme
- Schmerzmanagement
- Wundversorgung
- Unterstützung bei besonderem medizinisch-pflegerischem Bedarf
- Unterstützung bei Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung (z. B. Sehen, Hören)
- Unterstützung bei der Strukturierung des Tages, Beschäftigung und Kommunikation
- Nächtliche Versorgung
- Unterstützung in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug
- Überleitung bei Krankenhausaufenthalt
- Unterstützung von Bewohnern mit herauforderndem Verhalten
- Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen.

Die Darstellung der einzelnen Qualitätsaspekte erfolgt ebenfalls nach einem einheitlichen Schema. Sie umfasst eine kurze Beschreibung des Qualitätsaspekts und die Bewertung anhand des vierstufigen Bewertungsschemas mit Quadraten sowie eine Verbalisierung der Bewertung. Außerdem findet sich eine Information dazu, bei wie vielen Personen aus der Stichprobe der Qualitätsaspekt beurteilt werden konnte. Schließlich werden auch die Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen dargestellt, so dass eine gewisse Entwicklungstendenz bei dem jeweiligen Qualitätsaspekt erkennbar ist.

Wie ersichtlich, liegt der Fokus der Qualitätsdarstellung auf den Qualitätsaspekten der Bereiche 1 bis 4. Die Bewertungen im *Bereich 5* eignen sich wenig für die öffentliche Qualitätsdarstellung. So wer-

den verschiedene der hier relevanten Defizite (z.B. eine fehlerhafte Risikoeinschätzung) bereits bei den jeweiligen Qualitätsaspekten der Bereiche 1 bis 4 bewertet, weshalb es bei einer analogen Bewertung der Aspekte des Bereichs 5 faktisch zu einer doppelten Berücksichtigung im Rahmen der Qualitätsdarstellung käme. Darüber hinaus kommt im Bereich 5 die für die Bereiche 1 bis 4 geltende Bewertungssystematik nicht zur Anwendung, sodass sich die Nutzer von Qualitätsdarstellungen in eine weitere Art der Bewertung eindenken müssten. Die Bewertung erfolgt im Bereich 5 außerdem in einer stark zusammenfassenden Form; ohne die Übernahme der schriftlichen Hinweise des Prüfdienstes ist nicht erkennbar, a) in welchem Ausmaß Defizite auftraten, b) in welchem Bereich sie auftraten (z.B. Ernährung, Mobilität, Körperpflege…) und c) welcher Art und wie gravierend die Defizite waren.

All dies ist Ausdruck des Umstandes, dass die Qualitätsaspekte des Bereichs 5 so zugeschnitten sind, dass die Feststellungen der Prüfer einen konkreten Ansatzpunkt für das Abschlussgespräch liefern, in dem bereichsübergreifende Stärken und Schwächen der Einrichtung thematisiert werden sollen. In diesem Teil des Abschlussgesprächs soll nicht über einzelne Defizite, sondern bewusst über grundlegende Dinge sowie (ggf.) über mögliche Verbesserungsvorschläge auf Leitungsebene gesprochen werden.

Auch im *Bereich 6* ist die Anwendung der allgemeinen Bewertungssystematik nicht möglich. Insofern ist auch die öffentliche Darstellung der Ergebnisse der einzelnen Qualitätsaspekte nicht zu empfehlen bzw. hinsichtlich der Darstellungsmöglichkeiten differenziert zu betrachten. Der Qualitätsaspekt 6.1 (Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung), der auch im bisherigen Prüfsystem enthalten war und auch dort nicht öffentlich dargestellt wurde, eignet sich wenig für eine öffentliche Qualitätsdarstellung, da es sich um sehr formale Sachverhalte handelt. Ähnliches gilt für den Qualitätsaspekt 6.3 (Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten), der auf das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zielt. Auch hier ist anzunehmen, dass die Öffentlichkeit entsprechende Ergebnisse nur schwer interpretieren kann. Für beide Aspekte gilt, dass sie nur in indirekter Beziehung zur bewohnerbezogenen Versorgung stehen.

Für den Qualitätsaspekt 6.2 (Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen) gilt das eben Ausgeführte nur bedingt. Auch hier ist eine Anwendung der allgemeinen Bewertungssystematik angesichts der organisationsbezogenen und dichotomen Abfrage nicht möglich. Andererseits handelt es sich um einen Aspekt, der eine direkte bewohnerbezogene Relevanz aufweist, auch wenn er aus ethischen Gründen nicht bewohnerbezogen erhoben werden kann. Zumindest jene Teile des Qualitätsaspektes, die sich auf das Vorhandensein eines Konzepts sowie auf Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z. B. Palliativdienste, Hospizinitiativen) und interne Ansprechpartnern beziehen, könnten der Öffentlichkeit als Information zur Verfügung gestellt werden. In der Logik der neuen Qualitätsdarstellung handelt es sich aber nicht um einen qualitativ-differenziert zu bewertenden Qualitätsaspekt, sondern um ein Einrichtungsmerkmal. Deshalb wäre es sinnvoll, die erfassten Informationen als solche im Kontext der weiteren einrichtungsbezogenen

Angaben darzustellen und ähnlich wie dort als Information und nicht als Bewertung zu präsentieren. Es würde damit erkennbar, ob (nach den Feststellungen der Prüfer) beispielsweise

- ein schriftliches Konzept für die Begleitung sterbender Bewohner und ihrer Angehörigen vorliegt,
- Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen existieren und namentlich bekannte Mitarbeiter als Ansprechpartner für solche Einrichtungen,
- die Wünsche des Bewohners und der Angehörigen für den Fall einer gesundheitlichen Krise und des Versterbens erfasst werden.

Diese und weitere Informationen können für einen Teil der Adressaten von Qualitätsdarstellungen durchaus relevant sein. Liefern die Prüfdienste diese Information an die veröffentlichende Stelle, käme es zu einer Abweichung der für den Informationsteil festgelegten Regeln, da es sich nicht mehr um eine „Eigenangabe" der Einrichtung handelt, wie dies bei allen anderen Angaben der Fall ist. Zudem würde diese Information im Regelfall einen anderen Aktualitätsgrad aufweisen als die übrigen Angaben. Dieser Bruch in der Logik wäre jedoch verkraftbar und könnte durch entsprechende Hinweise in der Qualitätsdarstellung relativiert werden. So könnten die Ergebnisse zu den Prüffragen in die Qualitätsdarstellung in den Informationsteil aufgenommen und mit einem Hinweis versehen werden, der klarstellt, dass diese Angaben aus der Qualitätsprüfung stammen.

6.3.5 Symbolik

Die Qualitätsbewertungen werden anhand eines 5-Punkte- sowie eines 4-Quadrate-Symbols dargestellt. Zuvor wurden verschiedene Darstellungsformen (visuelle und verbal) diskutiert. Konsens in allen beteiligten Expertengruppen war es, eine differenzierte und intuitive Einschätzung anhand einer visuellen mehrstufigen Darstellung in Kombination mit einer kurzen verbalen Erläuterung zu ermöglichen.

Für die Darstellung der Versorgungsergebnisse sowie der Prüfergebnisse wurden Schulnoten, die mit der Assoziation zur Schule zwar vertraut sind, jedoch durch die öffentliche Diskussion um ihre Aussagekraft in der derzeitigen „Pflege-Noten" in Verruf geraten sind, diskutiert, jedoch wieder verworfen. Auch eine Darstellung anhand von reinen Werten (Prozentzahlen) wurde verworfen, denn ohne festen Bezugspunkt können solche Werte schlecht beurteilt werden. Darüber hinaus wurde darauf verwiesen, nichts zu verwenden, was bereits im Kontext der Ergebnisdarstellung von Qualität in der Pflege in Deutschland zur Anwendung gekommen ist oder sich in anderen Bereichen etabliert hat. Auf Grund dessen wurde auch die visuelle Darstellung anhand von Sternen, wie sie im amerikanischen System zur Anwendung kommt, verworfen. Die Assoziation mit Hotelbewertungen und deren Leistungen lässt sich nicht auf die Bewertung der Qualität einer Pflegeeinrichtungen übertragen. Ein Stern in der Hotelbewertung entspricht einem niedrigen und fünf Sterne einem hohen Standard in Bezug auf die Ausstattung und Leistungen eines Hotels. In der Darstellung von Ergebnisindikatoren und Ergebnissen der externen Prüfungen wird hingegen die Versorgungsqualität angesprochen.

Auch ein Ampelsystem wäre eine Darstellungsform, die ggf. Interpretationsprobleme nach sich zieht. Ob z. B. die Farbe „rot“, die im Ampelsystem als Signalfarbe mit „Stopp“ assoziiert wird, geeignet ist, um die Qualität einer Einrichtung zu bewerten, ist fraglich. Ebenfalls konnte keine Bemessungsgrundlage definiert werden, anhand derer eine Einrichtung den Farben schlüssig zugeordnet werden kann. Einrichtungen, die in einem Ampelsystem aufgrund der Qualitätsprüfung mit „rot“ bewertet werden, dürfte es aus Sicht mancher Experten streng genommen gar nicht geben. Eine intuitiv erfassbare Qualitätsbewertung anhand eines solchen Systems wäre im vorliegenden Fall nicht zu erreichen.

Aus ähnlichen Gründen wären Balkendiagramme mit Farbverlauf keine optimale Lösung, da eine nachvollziehbare Zuordnung der Prüfergebnisse in einem Farbverlauf nicht plausibel definiert werden könnten.

So wurde mit der Auswahl eines Punktesystems (Punkte bzw. Quadrate) eine eher neutrale Symbolik verwendet. Sie vermeidet Fehlassoziationen, bietet allerdings auch nicht die Möglichkeit einer intuitiven Erfassung, da die Symbole selbst – abgesehen von der Anzahl der Punkte – keine spontane Assoziation fördern.

6.4 Internetgestützte Formen der öffentlichen Qualitätsdarstellungen

Einrichtungsindividuelle Qualitätsdarstellungen sollten zukünftig in einer vom Adressaten individuell gestaltbaren Form verfügbar sein. Um den Informationsinteressen unterschiedlicher Adressatengruppen gerecht werden zu können, sind drei verschiedene Formen vorgesehen, in denen man die Inhalte von Qualitätsbeurteilungen im Rahmen des SGB XI nutzen kann:

- ein Standarddokument, das im PDF-Format vorliegt,
- eine *webbasierte Lösung,* die eine Selektion von Informationen und einen Einrichtungsvergleich gestattet sowie
- ein *individuell gestaltbares Dokument,* das ebenfalls im PDF-Format verfügbar sein soll.

6.4.1 Standarddokument

Vorgesehen ist zunächst einmal ein *Standarddokument*, das auf einer ersten Ebene die folgenden Elemente enthält:

- Übersicht über die Bewertungen der Ergebnisqualität (Darstellung der einzelnen Indikatorenbewertungen)
- Übersicht über die Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen (Bewertung der einzelnen Qualitätsaspekte ohne weiter differenzierende Informationen)
- Darstellung der einrichtungsbezogenen Informationen

Dieses Dokument ist in seinem Aufbau und in seinem Informationsgehalt fest definiert, also nicht durch den Nutzer gestaltbar.

Zusätzlich zu einer Übersicht der Bewertungen selbst (beispielsweise der einzelnen Qualitätsindikatoren) enthält dieses Dokument auf einer *zweiten Ebene* ausführliche Erläuterungen zu den einzelnen Indikatoren und Prüfaspekten, die es dem Nutzer ermöglichen, ein besseres Verständnis für die Kennzahlen und symbolisch dargestellte Bewertungen zu entwickeln. Diese Erläuterungen sollen es ermöglichen, sowohl die Relevanz als auch die Bewertung der einzelnen Qualitätsaspekte besser einschätzen zu können. Schließlich werden zusätzlich Informationen über Qualitätsbewertungen angeboten, die es zum Beispiel ermöglichen, die Entwicklung der Qualität über einen Zeitraum von bis zu anderthalb Jahren nachzuvollziehen

Es wird empfohlen, diese ausführliche Darstellung auf der zweiten Ebene von der zusammenfassenden Darstellung zu trennen bzw. ergänzend anzubieten, weil die Gesamtheit der einrichtungsbezogenen Informationen, der Hinweise zu Qualitätsbeurteilungen mit Hilfe von Ergebnisindikatoren und die erläuterten Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen recht umfangreich sind. Es erscheint sinnvoll, interessierten Nutzern des Informationsangebots die Möglichkeit zu geben, sich auch im Detail zu informieren. Anderen Nutzern sollte aber auch die Möglichkeit eröffnet werden, sich einen Überblick über die Qualitätsbeurteilungen zu verschaffen, ohne sämtliche Details nachlesen zu müssen.

6.4.2 Webbasiertes Informationsangebot

Das vorgesehene webbasierte Informationsangebot soll neben dem soeben angesprochenen, standardisierten Dokument ein individuell gestaltbares Informationsangebot enthalten. Über das Informationsangebot im Internet sollten alle Informationen greifbar sein, die im Rahmen des neuen Systems der Qualitätsdarstellungen für die interessierte Öffentlichkeit vorgehalten werden. Das bedeutet auch, dass beispielsweise ergänzende Informationen der Einrichtungen (beispielsweise Versorgungskonzepte für spezielle Bewohnergruppen) online verfügbar sind.

Angelehnt an die Darstellungsform des zusammenfassenden PDFs, soll sich der Anwender auf der ersten Ebene einen Gesamteindruck der Qualität verschaffen können. Auf einer zweiten Ebene werden jeweils zu den einzelnen Qualitätsindikatoren als auch zu den Ergebnissen der externen Prüfung tiefergehende Informationen angeboten. Der Anwender kann sich somit individuell und seinem Interesse entsprechend informieren. Um eine Einschätzung der Qualitätsänderung im Verlauf, innerhalb einer Einrichtung vornehmen zu können, ist auch hier die Darstellung der Ergebnisse vergangener Indikatorenbewertungen und externen Prüfungen vorgesehen.

Der Nutzer dieses Informationsangebots soll in der Lage sein, die aus seiner Sicht interessierenden Informationen auszuwählen (und nicht interessierende Informationen auszublenden) sowie einen Vergleich der für ihn relevanten Informationen zwischen Einrichtungen vorzunehmen:

- Sortierung: Es soll die Möglichkeit bestehen, sich alle Informationen und Ergebnisse der drei Bereiche (*Informationen über die Einrichtung, Ergebnisse der Qualitätsindikatoren, Ergebnisse der externen Prüfung*) in der vorgegebenen Form am Bildschirm anzeigen zu lassen, aber auch innerhalb der drei Bereiche Informationen und Ergebnisse auszuwählen, die in einer neuen Sortierung als erstes angezeigt werden.
- Vergleiche: Dem Anwender soll der Vergleich von Einrichtungen mit den Informationen auf der ersten Ebene „Standardinformationen" ermöglicht werden. Alle Informationen zu den ausgewählten Einrichtungen werden (nebeneinander und entsprechend einer individuell definierbaren Sortierung) aufgeführt, im Falle der Indikatoren für Ergebnisqualität zusammen mit einem Referenzwert. Auf diese Weise wird ein Vergleich der Einrichtungen ermöglicht. Das Vorgehen gestattet eine Gegenüberstellung anhand aller Informationen und ist besonders für Anwender sinnvoll, die sich einen allgemeinen und umfassenden Überblick verschaffen möchten.

Damit würde ein Informationsangebot geschaffen, das deutlich über die heutigen Möglichkeiten, Transparenzberichte einzusehen und zu vergleichen, hinausreicht.

6.4.3 Individuell gestaltbares Dokument

Als dritte Form der Aufbereitung von Qualitätsdarstellungen ist ein individuell gestaltbares Dokument vorgesehen. Es setzt auf diesem Internetangebot auf. Der Nutzer sollte in der Lage sein, für die ihn interessierende Einrichtung eine Zusammenstellung ausgewählter Informationen vorzunehmen und diese als gesondertes Dokument (im PDF-Format) zu generieren. Damit wäre auch ein Ausdruck auf Papier, der bei Bedarf relativ umfangreiche Informationen enthält, möglich. Im Unterschied zum Standarddokument könnte diese individuell zusammengestellte Informationssammlung Materialien zu den konzeptionellen Grundlagen der Einrichtung und weitere Informationen enthalten.

Schließlich sollte das Webangebot unabhängig von den konkreten, auf die Einrichtung bezogenen Informationen allgemeine Hinweise bereithalten, die es den Nutzer ermöglichen, sich über Details des Systems der Qualitätsprüfung und der Qualitätsindikatoren zu informieren. Der US-amerikanische, von staatlichen Behörden betriebene webbasierte Pflegeheimvergleich bietet in dieser Hinsicht zahlreiche Anregungen.

6.5 Abschließende Testung der Qualitätsdarstellung

Im August 2017 wurde ein erster Entwurf der zu entwickelnden Qualitätsdarstellung getestet, um die Nachvollziehbarkeit der Bewertung von Ergebnisqualität und einige weitere Merkmale dieser Berichtsform zu überprüfen (vgl. zweiter Zwischenbericht). Damals war geplant, eine zweite, etwas erweiterte Testung durchzuführen, mit der eine Bewertung des Entwurfs durch Personen aus Organi-

sationen erfolgen sollte, von denen aufgrund ihres Tätigkeitsfelds (z. B. Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen) erwartet werden konnte, Erfahrung mit dem Informationsinteresse und den Lesegewohnheiten der Adressaten von Qualitätsdarstellungen zu besitzen. Aus organisatorischen Gründen war es jedoch nicht möglich, diese Planung umzusetzen.

Die zweite Testung wurde daher Anfang Mai 2018 mit einer etwas anders strukturierten Teilnehmergruppe nachgeholt[53]. Die Teilnehmer konnten mit Unterstützung der Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen für eine Mitwirkung gewonnen werden. Es handelte sich um ältere Menschen, die in verschiedenen Bereichen der Seniorenvertretung aktiv waren bzw. sind (Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen sowie Seniorenbeiräte in fünf verschiedenen Kommunen). Die Gruppe bestand aus insgesamt sechs Personen. Männer und Frauen waren gleich stark vertreten, der jüngste Teilnehmer war 63 und der älteste 85 Jahre alt. Ein Teil der Gruppe verfügte bereits über Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit bzw. pflegebedürftigen Menschen. Drei Teilnehmer berichteten von pflegebedürftigen Angehörigen, eine Teilnehmerin hatte bereits einen Pflegegrad und erhielt pflegerische Unterstützung. Die meisten hatten auch aufgrund ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit Berührung mit der pflegerischen Versorgung (z. B. in Form von Hilfe bei Beschwerden von Heimbewohnern oder Angehörigen, der Organisation von Veranstaltungen mit pflegebedürftigen Personen, der Beantragung eines Pflegegrades oder Besuchen in Pflegeeinrichtungen). Erfahrungen mit der aktiven Suche nach Informationen zu Pflegeeinrichtungen oder mit Qualitätsbewertungen hatte allerdings keiner der Teilnehmer.

Die Testung bestand im Kern in der Sichtung und Beurteilung eines 22 Seiten umfassenden Beispielberichts[54] über eine fiktive Pflegeeinrichtung, der die komplette Information enthielt, die entsprechend der vom IPW und aQua-Institut entwickelten Konzeption in den zukünftigen Qualitätsdarstellungen enthalten sein sollen. Die Teilnehmer wurden gebeten, schon während oder direkt nach der Sichtung einen Fragebogen auszufüllen, mit dem sie die Nachvollziehbarkeit und verschiedene andere Aspekte des Berichts bewerten und ggf. kommentieren konnten. Ergänzend hierzu schloss sich eine strukturierte Gruppendiskussion an.

Nach einer kurzen Vorstellungsrunde und allgemeinen Einführung in das Projekt und das für diesen Tag geplante Vorgehen wurde das zu sichtende Material ausgeteilt. Die Teilnehmer wurden darauf hingewiesen, dass ihnen 45 bis 60 Minuten Zeit zum Lesen des Materials bliebe. Auch wurden sie darauf hingewiesen, dass sie mindestens vier Ausschnitte der Qualitätsdarstellung durcharbeiten sollten:

- eine Gesamtübersicht zur Beurteilung der Ergebnisqualität und der Prüfergebnisse
- Informationen über die Pflegeeinrichtung

[53] Es erfolgte keine Testung einer webbasierten Variante, da eine informationstechnische Umsetzung im Rahmen des Projekts nicht vorgesehen war.

[54] Zum besseren Verständnis der nachfolgenden Ausführungen wird empfohlen, den im Anhang abgedruckten Entwurf der Qualitätsdarstellung zur Hand zu nehmen (Anhang 4). Dadurch wird besser nachvollziehbar, auf welche Darstellungsformen und Inhalte sich die Befragung und die Aussagen der Teilnehmer beziehen.

- Bewertungen und Erläuterungen zu drei Indikatoren für Ergebnisqualität (Erhalt der Mobilität, Entstehung von Druckgeschwüren, Anwendung von Gurten zur Fixierung von Bewohnern)
- Prüfergebnisse und Erläuterungen zu drei Qualitätsaspekten (Unterstützung beim Essen und Trinken, Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme, nächtliche Versorgung).

Den Teilnehmern wurde mitgeteilt, dass es ihnen natürlich frei stünde, nach diesem „Pflichtpensum" das gesamte Material zu lesen bzw. zu kommentieren, und dies seitens des Wissenschaftlerteams auch erwünscht sei.

Der Fragebogen zur Bewertung und Kommentierung der Qualitätsdarstellung umfasste neun Aussagen, die von den Teilnehmern mit Hilfe einer vierstufigen Antwortskala („stimme zu", „stimme eher zu", „stimme eher nicht zu" und „stimme zu") bewertet werden konnten. Zusätzlich hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, in einem Freitextfeld Anmerkungen, die ihnen wichtig erschienen, niederzuschreiben. Die Teilnehmer wurden darauf hingewiesen, dass nach der Sichtung des Materials Zeit für eine Diskussionsrunde eingeplant sei und Fragen von ihrer Seite und der Projektmitarbeiter beantwortet und diskutiert werden könnten. Um die Teilnehmer nicht zu beeinflussen, wurden während der Sichtung des Materials jedoch nur Fragen zum Vorgehen oder zum Fragenbogen zugelassen. Während der Sichtung kamen jedoch keinerlei Nachfragen.

Anhand der vorgegebenen Aussagen auf dem Fragebogen konnten die Teilnehmer ihre Beurteilung der Qualitätsdarstellung abgeben. Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis:

Tabelle 44: Beurteilung der Qualitätsdarstellung durch die Teilnehmer der Gruppendiskussion (n=6)

Beurteilung der Qualitätsdarstellung		stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1.	Die Zusammenfassungen auf den ersten beiden Seiten geben einen guten Überblick über die Qualität.	5	1	0	0
2.	Die Informationen über die Einrichtung enthalten das Wichtigste, was man über ein Pflegeheim wissen muss.	5	1	0	0
3.	Es ist nachvollziehbar, was man unter „Versorgungsergebnissen“ versteht.	4	2	0	0
4.	Die Texte, mit denen die Bedeutung der einzelnen Versorgungsergebnisse erläutert wird, sind verständlich formuliert.	6	0	0	0
5.	Die Texte, mit denen die Bedeutung der Themen aus den Qualitätsprüfungen erläutert wird, sind verständlich formuliert.	5	1	0	0
6.	Anhand der Symbole und Texterläuterungen kann man die Qualitätsbewertungen nachvollziehen.	6	0	0	0
7.	Man kann verstehen, worin der Unterschied zwischen den Versorgungsergebnissen und der Bewertung bei Prüfungen besteht.	4	2	0	0
8.	Man findet schnell das Thema, das einen interessiert.	5	1	0	0
9.	Alles in allem: Die Qualitätsdarstellung gibt einen Eindruck, wo die Stärken und Schwächen einer Einrichtung liegen.	6	0	0	0

Wie die Tabelle erkennen lässt, fiel die Gesamtbeurteilung bemerkenswert positiv aus. In keinem einzigen Fall gingen die Bewertungen in eine negative Richtung. Das wichtigste Ergebnis ist möglicherweise die Verteilung der Antworten zur Frage 9, mit der um eine Bewertung gebeten wurde, ob die Qualitätsdarstellung einen Eindruck darüber vermittelt, wo die Stärken und Schwächen einer Einrichtung liegen. Dies bejahten alle sechs Teilnehmer uneingeschränkt.

Diese positive Bewertung spiegelte sich auch in der anschließenden Gruppendiskussion wieder, allerdings gab es zu verschiedenen Teilaspekten dennoch konkrete Verbesserungsvorschläge. Das Ergebnis der Gruppendiskussion lässt sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Der Überblick über die Qualitätsindikatoren und Prüfergebnisse am Anfang der Qualitätsdarstellung wurde durchgängig als hilfreich empfunden. Die Übersichtlichkeit sei ausreichend gegeben. Es wurde davon abgeraten, die Darstellung zu erweitern. Weitere Angaben oder zusätzliche Informationen würden die Zusammenfassung nach Auffassung der Teilnehmer unübersichtlich und unstrukturiert erscheinen lassen.
- Das fünfstufige Schema zur Bewertung der Ergebnisqualität („weit über dem Durchschnitt“, „leicht über dem Durchschnitt“ usw.) erschien den Teilnehmern trotz der Kürze der Erläuterun-

gen verständlich. Es bestand Konsens in der Gruppe, dass das Bewertungsschema weitgehend selbsterklärend und gut nachvollziehbar sei.

- Eine ähnliche Einschätzung wurde zum vierstufigen Bewertungsschema für die Prüfergebnisse formuliert.
- Die Form der Darstellung einrichtungsbezogener Informationen wurde von den Teilnehmern als strukturiert und nicht überfrachtet bezeichnet. Die berücksichtigten Inhalte wurde als relevant bezeichnet, gleichzeitig aber vorgeschlagen, verschiedene Ergänzungen vorzunehmen (s.u.).
- Die Teilnehmer waren sich einig, dass die Erläuterungen zu den einzelnen Indikatoren für Ergebnisqualität verständlich und alltagstauglich beschrieben seien. Auch sei die Kombination aus Visualisierung (Punkte) und Kennzahlen (Prozentangaben) sowie die Benennung des Durchschnittswerts für die Versorgung eine gute Grundlage, um einschätzen zu können, ob die jeweilige Einrichtung bei dem betreffenden Thema eine gute oder schlechte Qualität aufweise.
- Ganz ähnlich fiel das Fazit zur Darstellung der Prüfergebnisse aus. Besonders positiv wurde der Bezug zur Anzahl der geprüften Personen gesehen. Die Angabe, wie viele Bewohner in die Prüfung des jeweiligen Qualitätsaspektes einbezogen worden sind, wird als sehr hilfreich empfunden.

Phasenweise diskutierten die Teilnehmer über einzelne Themen und Festlegungen, die für die Bewertung von Bedeutung sind. So gab es beispielsweise unterschiedliche Auffassungen dazu, ob der Zeitraum von acht Wochen, in dem das Integrationsgespräch durchgeführt werden soll, angemessen gewählt wurde. Zum Teil wurde vorgeschlagen, diesen auf 4 bis 6 Wochen zu verkürzen, zum Teil wurde davon abgeraten. Konkrete Hinweise zu wünschenswerten Änderungen ließen sich aus diesen themenbezogenen Diskussionen allerdings nicht ableiten.

Dagegen gab es verschiedene konkrete Ergänzungsvorschläge, die bei der Erarbeitung der finalen Fassung der Qualitätsdarstellung berücksichtigt werden könnten. Manche der Vorschläge lassen sich allerdings aus methodischen Gründen nicht umsetzen. Andere hingegen konnten direkt in die Überarbeitung des Entwurfs einfließen:

- Zu den Indikatoren für Ergebnisqualität empfahlen die Teilnehmer, das Datum der Erfassung der Versorgungsergebnisse auszuweisen und damit zu verdeutlichen, auf welchen Zeitpunkt sich die Qualitätsaussage bezieht. Eine solche Information war im vorgelegten Material nicht enthalten.
- Empfohlen wurde außerdem die Ergänzung des Hinweises, dass die Daten für die Ergebnisqualität durch die Einrichtungen halbjährlich erhoben werden.
- Die Teilnehmer merkten an, dass der Hinweis, dass die Versorgungsergebnisse durch die Mitarbeiter der Einrichtung erhoben werden, so positioniert werden sollte, dass er sofort ins Auge falle.

- Die Bezeichnung „ältere Menschen“ sei nicht immer passend und vielleicht besser gegen einen Ausdruck zu ersetzen, der keine Altersgruppe ausschließt.
- Nicht nachvollziehbar sei, wie sich die Stichprobe der Qualitätsprüfungen zusammensetzt und nach welchen Kriterien die Bewohner ausgewählt wurden. Die Teilnehmer regten an, entsprechende Angaben zu ergänzen.
- Es sei interessant zu wissen, nach welchen Kriterien und auf welcher Informationsgrundlage (Gespräch mit dem Bewohner, mit den Mitarbeitern oder Pflegedokumentation) die Ergebnisse generiert werden.
- Beim Qualitätsaspekt „Unterstützung bei der Strukturierung des Tages, Beschäftigung und Kommunikation“ sei eine Angabe dazu wünschenswert, wie der Kontakt zu den Angehörigen unterstützt bzw. gefördert werde.
- Von Interesse sei auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit ihrer Arbeitssituation. In der Diskussion wurde jedoch von Teilnehmern darauf hingewiesen, dass eine realistische Darstellung der Arbeitssituation nicht über ein einzelnes Gespräch mit den Mitarbeitern während der Prüfung erfasst werden könne.
- Es wurde überlegt, ob eine Prüfung der empathischen und kommunikativen Fähigkeiten der Pflegekräfte möglich sei. Eine gute, empathische Haltung gegenüber den Bewohnern sei wichtig und ein Indikator für die Qualität einer Einrichtung. Zugleich bestand jedoch Einigkeit in der Gruppe, dass dies nicht zu operationalisieren sei.
- Es sei wichtig zu wissen, was nach einer Prüfung geschieht, wenn Mängel aufgetreten sind. Die Teilnehmer empfahlen, dies in die Qualitätsdarstellung aufzunehmen.

Ferner regten die Teilnehmer an, in den Informationsteil der Qualitätsdarstellung folgende Punkte aufzunehmen:

- Angaben zum Qualitätsmanagement der Einrichtung
- Angaben zum Baujahr und möglichem Renovierungsstand des Hauses
- Informationen zu den baulichen Gegebenheiten (bspw. Räume zur Nutzung für Gruppenangebote oder private Treffen)
- Angaben zur Barrierefreiheit des Hauses
- Erreichbarkeit von Einkaufsmöglichkeiten
- Qualität der angebotenen Mahlzeiten und das Speisenangebot
- Möglichkeit der Nutzung des Kaffeeausschanks für externe Personen (Angehörige, Besucher)
- Möglichkeit des Ausrichtens von privaten Feiern des Bewohner
- Angaben zu Fortbildungen oder Schulungen der Mitarbeiter.

Im Gesamtbild erwies sich der Entwurf zur Qualitätsdarstellung aus der Sicht der an der Testung beteiligten Personen als tragfähige Lösung. Trotz des stattlichen Umfangs von 22 Seiten, der Themenvielfalt und der unterschiedlichen Formen der dargestellten Informationen wurde die Nachvollziehbarkeit sehr positiv bewertet. Gleiches gilt für den Nutzen der Information. Zu einigen Details wurden Optimierungsmöglichkeiten benannt, die vom IPW und aQua-Institut geprüft und teilweise direkt in die Überarbeitung des Entwurfs einbezogen wurden. Manche Vorschläge erwiesen sich allerdings als nicht bzw. nicht ohne erhebliche Komplexitätssteigerung der Qualitätsdarstellung umsetzbar. Sie könnten ggf. nach Einführung der neuen Qualitätsdarstellung und einigen Jahren Erfahrung mit dem neuen System in Überlegungen zur Weiterentwicklung des Konzepts einbezogen werden.

7. Anpassungen für die Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege

Die Aufgabe des Projekts erstreckt sich auch auf Fragen der Anpassung des Instrumentariums an die stationäre Kurzzeitpflege und die teilstationäre Pflege – Versorgungsformen, die ganz überwiegend von pflegebedürftigen Menschen aus der häuslichen Umgebung genutzt werden. Zu klären war die Frage der Übertragbarkeit der bislang im Projekt erarbeiteten Ergebnisse auf diese Versorgungssettings sowie die Frage nach besonderen Anforderungen an Qualitätsbeurteilungen der Versorgung von Menschen mit spezifischen Bedarfslagen. Zu diesem Zweck wurde die Übertragbarkeit der Inhalte, Methoden und Verfahrensweisen, die für die stationäre Langzeitpflege entwickelt wurden, auf die teilstationäre Pflege, die Kurzzeitpflege und Versorgungsbereiche mit besonderer Bewohnerstruktur überprüft. Diese Überprüfung schloss die folgenden Teilfragestellungen ein:

1. Inwieweit sind die Vorgaben für die zu beurteilenden Inhalte (Qualitätsaspekte) übertragbar? Inwieweit sind die Qualitätsaspekte mit ihren Definitionen, die auf die Situation der vollstationären Pflege zugeschnitten sind, unmittelbar auf die anderen Versorgungssettings und besondere Personengruppen übertragbar? Welche Qualitätsaspekte können nur in angepasster Form (umdefinierte Inhalte) genutzt werden, welche Qualitätsaspekte überhaupt nicht? Welche zusätzlichen Qualitätsaspekte sollten ggf. in Betracht gezogen werden?

2. Können die Bewertungsformen und Bewertungsregeln übernommen werden? Die Entwicklungsergebnisse für die vollstationäre Pflege umfassen bestimmte Prinzipien, Methoden und Formen der Qualitätsbewertung, bei denen ebenso wie im Falle der Prüfinhalte zu prüfen ist, ob sie für die anderen Settings und Versorgungskonstellationen genutzt werden können.

3. Sind die Formen der Qualitätsdarstellung übertragbar? Auch hier war zu klären inwieweit die Symbolik und Stufigkeit von Bewertungen im Rahmen von Qualitätsdarstellungen, die für den vollstationären Bereich entwickelt worden sind, auch für die Tagespflege, die Kurzzeitpflege und die Versorgung von Personen mit speziellen Bedarfskonstellationen übertragen werden können.

Für die Bearbeitung dieser Frage wurde ein zweistufiges Verfahren gewählt. In einem ersten Schritt wurde – auf der Grundlage der Diskussionen mit den im Projekt beteiligten Experten und ihrer Empfehlungen – die Übertragbarkeit der Qualitätsaspekte und der Methoden zu ihrer Beurteilung auf die teilstationäre Pflege, die Kurzzeitpflege und Einrichtungen mit besonderer Bewohnerstruktur reflektiert. Hierzu erfolgte auch noch einmal eine ergänzende Recherche nach Literatur und Materialien, um sowohl die Diskussion über wichtige Besonderheiten in den Versorgungssettings als auch Konzepte und Überlegungen aus anderen Ländern berücksichtigen zu können. Auf diesem Weg wurden etwaige Besonderheiten identifiziert, um die Frage zu klären, ob eine Entwicklung spezifischer Lösungen erforderlich ist bzw. welche Modifikationen der bisher erarbeiteten Lösungen konkret anzustreben wären.

In einem zweiten Schritt sollten die hierbei identifizierten Entwicklungsanforderungen aufgegriffen und spezifische Lösungen für die jeweiligen Versorgungssettings erarbeitet werden. Weder die Expertendiskussionen noch eigene Überlegungen der Auftragnehmer auf der Basis der Literaturauswertung ergaben die Notwendigkeit, grundlegende Veränderungen der bereits entwickelten Konzeption zur Anpassung an die spezifischen Gegebenheiten in den anderen Versorgungssettings vorzunehmen. Elemente wie die Formen der Beurteilung von Feststellungen, die im Rahmen von Qualitätsprüfungen getroffen werden, oder die Stufigkeit von Qualitätsdarstellungen sollen, so das Ergebnis der Projektarbeiten, auch für die anderen Settings beibehalten werden. Eine Ausnahme bildet die Nachtpflege, weil sich hier grundsätzlich die Frage stellt, ob unter den gegenwärtigen Umständen die Durchführung externer Prüfungen mit einem zu anderen Settings analogen Vorgehen überhaupt angezeigt wäre.

7.1 Merkmale der stationären und teilstationären Versorgungsformen

7.1.1 Kurzzeitpflege

Nach Angaben der Bundesregierung haben im Jahr 2015 rund 0,5 Millionen Pflegebedürftige Kurzzeitpflege in Anspruch genommen[55]. Überwiegend werden Kurzzeitpflegegäste auf „eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen“ versorgt. Daneben wird Kurzzeitpflege in zwei weiteren Organisationsformen angeboten:

- Kurzzeitpflege in einem personell und baulich eigenständigen Bereich einer vollstationären Pflegeeinrichtung
- Einrichtungen, die ausschließlich Leistungen nach § 42 SGB XI erbringen (Solitäreinrichtungen).

Die Kurzzeitpflege ist zwar eine stationäre Versorgungsform, aber auf eine andere Zielgruppe als die vollstationäre Pflege ausgerichtet. Sie hat ebenso wie die Tagespflege die Funktion einer komplementären Versorgung von zuhause lebenden pflegebedürftigen Menschen, wobei die Überbrückung außergewöhnlicher Versorgungssituationen akzentuiert wird: Kurzzeitpflege ist für Versorgungssituationen vorgesehen, in denen die Pflege in der Häuslichkeit vorübergehend nicht ausreichend sichergestellt werden kann oder durch besondere Anforderungen gekennzeichnet ist. Nach § 42 Abs. 1 SGB XI kann die Kurzzeitpflege

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder
- in Krisensituationen, in denen eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist,

in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr begrenzt.

[55] Vgl. hierzu und zu den folgenden Ausführungen die ausführlichere Darstellung im dritten Zwischenbericht.

Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen erfüllt die Kurzzeitpflege in Deutschland also mehrere Funktionen. Die vielleicht wichtigste Funktion ist die der Übergangsversorgung[56] nach dem Krankenhausaufenthalt. Insbesondere unter den Bedingungen kurzer Liegezeiten in den Krankenhäusern bzw. früher Krankenhausentlassungen wird der Kurzzeitpflege in dieser Hinsicht eine immer wichtigere Rolle zugeschrieben. Sie ist also auch für Situationen vorgesehen, in der die Krankenhausbehandlung abgeschlossen ist, aber die Weiterversorgung in der häuslichen Umgebung (manchmal auch in anderen Versorgungssettings) nicht oder noch nicht möglich ist. Darin eingeschlossen sind Phasen der Pflegebedürftigkeit, in denen die Frage, wo die betreffenden pflegebedürftigen Menschen zukünftig leben und pflegerisch versorgt werden, noch ungeklärt ist. Dies gilt beispielsweise für Pflegebedürftige, bei denen zwar feststeht, dass die Rückkehr in die häusliche Umgebung Probleme aufwirft, aber Entscheidungen noch nicht getroffen worden sind. Angesprochen ist hiermit also die Überbrückung unsicherer oder krisenhafter Versorgungsphasen in der häuslichen Umgebung (auch zur Vermeidung von Krankenhausaufnahmen) oder der Überbrückung von Übergangsphasen beim Wechsel in eine andere Versorgungsumgebung. In unsicheren Versorgungsphasen, in denen die Entwicklung der häuslichen Pflegesituation nicht absehbar ist, kommt der Kurzzeitpflege also auch eine Klärungs- und Weichenstellungsfunktion zu (Neuorientierungs-, Kommunikations- und Informationsbedarf, Erprobungsbedarf, Klärungsbedarf, Beratungs- und Gesprächsbedarf bei Pflegebedürftigen und Angehörigen).

Eine weitere wichtige Funktion ist die Überbrückung der Abwesenheit einer Pflegeperson in der häuslichen Umgebung. Die stationäre Kurzzeitpflege wurde u. a. für Situationen konzipiert, in denen die Pflegeperson oder die Pflegepersonen, bedingt durch Krankheit oder andere Gründe der Verhinderung, nicht in der Lage sind, die von ihnen geleistete Pflege in der Häuslichkeit fortzusetzen. Die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege erfolgt unter diesen Vorzeichen also nicht auf Grundlage einer Veränderung des gesundheitlichen Status oder des Pflegebedarfs, sondern aufgrund einer Veränderung in der Versorgungsumgebung. Einen anderen Hintergrund hat die Überbrückung von Krisensituationen in der häuslichen Versorgung, die durch eine Überforderung ausgelöst werden. Wenn beispielsweise die Pflegeperson durch einen veränderten Bedarf des Pflegebedürftigen überfordert ist und hierdurch körperliche oder psychische Erschöpfung eintritt, kann die Kurzzeitpflege zu einer vorübergehenden Entlastung beitragen, bis Lösungen für die Behebung der Überlastungssituation gefunden sind. Auch hier kommt es zum Ausfall der Hilfe, die durch Angehörige geleistet werden, doch ist der Grund ein anderer, nämlich die Störung des Gleichgewichts zwischen Versorgungsanforderungen einerseits und der Pflegekompetenz und Belastungstoleranz der pflegenden Angehörigen auf der anderen Seite. Das Problempotenzial solcher Konstellationen ist ungleich höher als im Falle einer geplanten, vorübergehenden Abwesenheit der Pflegepersonen. Das Risiko einer Stabilisierung des häuslichen Versorgungsarrangements ist größer und die Anforderungen an die professionellen Ak-

[56] Der Begriff *Übergangsversorgung* wird zunehmend für die 2016 geschaffene Möglichkeit der Nutzung von Kurzzeitpflege nach dem Krankenhausaufenthalt von Patienten genutzt, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind (keine dauerhaften Beeinträchtigungen). Im vorliegenden Zusammenhang ist jedoch dieser Versorgungsanspruch nicht gemeint, sondern die allgemeine Funktion der Kurzzeitpflege.

teure, problemangemessene Unterstützung zu leisten, liegen deutlich höher (beispielsweise an die Beratung, die Einbindung weiterer Hilfen oder die Koordination von Hilfen zur Entlastung).

Schließlich wird die Kurzzeitpflege in manchen Einrichtungen oder Regionen als Vorphase der Langzeitversorgung genutzt. Sie wird also auch von Pflegebedürftigen in Anspruch genommen, bei denen die Entscheidung, dass sie später in die stationäre Langzeitversorgung wechseln, bereits getroffen ist. Die Vorschaltung der Kurzzeitpflege kann unter finanziellen Gesichtspunkten attraktiv sein. Sie kann aber auch darin begründet liegen, dass die Kapazitäten in einer Einrichtung sehr begrenzt sind und keine Möglichkeit besteht, übergangsweise eine häusliche Versorgung zu organisieren, bis wieder ein Heimplatz verfügbar ist. Die strukturelle Besonderheit der Kurzzeitpflege in Deutschland, nämlich das Angebot der „eingestreuten" Kurzzeitpflegeplätze, fördert solche gleitenden Übergänge in die vollstationäre Pflege.

Entsprechend ihrer Funktion der Überbrückung schwieriger Versorgungsphasen ist die Kurzzeitpflege durch eine Vielzahl an Schnittstellen zwischen Häuslichkeit, Krankenhaus und Rehabilitation gekennzeichnet. Charakteristisch für die Kurzzeitpflege ist des Weiteren eine hohe Leistungsintensität und -komplexität, u.a. im Bereich der Behandlungspflege, der individuellen Ressourcenförderung und der Vorbereitung auf eine neue oder veränderte Pflegesituation. Aufgrund der für den Pflegebedürftigen und dessen Angehörige komplexen medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Situation wird der Kurzzeitpflege in der Fachdiskussion eine bedeutende Rolle zugeschrieben. Die Kurzzeitpflege ist ferner durch die kurze Verweildauer und im Zuge dessen durch einen erhöhten Organisations- und Pflegeplanungsaufwand gekennzeichnet. Stärkere Akzentuierungen im Leistungsgeschehen ergeben sich im Vergleich zur Langzeitpflege vor allem in folgenden Bereichen:

- Informationsübermittlung im Überleitungsprozess
- intensive pflegerische Krankenbeobachtung und Überwachung
- spezielle Maßnahmen im Gefolge einer Krankenhausbehandlung (z. B. Wundversorgung)
- hoher Bedarf an Abstimmung mit niedergelassenen Ärzten und Therapeuten.

Bislang werden Besonderheiten der Kurzzeitpflege im Rahmen des Prüfgeschehens nicht berücksichtigt. Zwar gibt es als Basis der Qualitätsprüfungen gesonderte „Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 80 SGB XI in der Kurzzeitpflege". Diese stammen jedoch noch aus dem Jahr 1996. Sie gliedern die Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität analog zu den Anforderungen an die vollstationäre Pflegeeinrichtung. Die Qualitätsprüfung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen erfolgt derzeit nach den Maßgaben der Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die stationäre Pflege (QPR), das heißt mit dem gleichen Prüfinstrumentarium, das in der Langzeitpflege Anwendung findet. Die für die Kurzzeitpflege genutzten Kriterien für die öffentliche Qualitätsdarstellung entsprechen der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS). Es gibt also, trotz gesonderter Maßstäbe und Grundsätze, kein gesondertes Prüf- oder Bewertungsverfahren.

In der aktuellen Literatur konnten nur wenige Publikationen identifiziert werden, die speziell auf die Kurzzeitpflege zugeschnitten sind und aus denen sich Qualitätsaspekte bzw. Kriterien für eine Qualitätsprüfung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen ableiten ließen. In diesen Publikationen finden sich einige Hinweise auf Anforderungen an die Qualität von Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die über die allgemeinen Maßstäbe und Grundsätze hinausreichen. Dabei stehen vornehmlich strukturelle Anforderungen, Anforderungen an den Pflegeprozess und seine Organisation sowie Anforderungen an das Aufnahme- und Entlassungsmanagement im Vordergrund[57].

Charakteristisch für die Situation der Kurzzeitpflege in Deutschland ist, dass ihr einerseits besondere Aufgaben zugewiesen werden, die für gewöhnlich eine Anpassung der Personalausstattung erfordern, andererseits aber die Strukturen und Ressourcen, auf denen die Kurzzeitpflege in Deutschland beruht, auf diese Aufgaben nicht ausgerichtet sind. Hierin unterscheidet sich die Situation in Deutschland zum Teil von der Situation in anderen Ländern, wo es spezielle Angebote einer Übergangsversorgung gibt (*intermediate care, transitional care*), die eine besondere Akzentuierung der Wiederherstellung von alltagspraktischen Fähigkeiten und der Vorbereitung auf die Rückkehr in der Häuslichkeit aufweisen.

Bislang fehlen allerdings belastbare, differenziert Erkenntnisse dazu, welche Ausstattung für eine Kurzzeitpflegeeinrichtung bzw. für Kurzzeitpflegeplätze in Betracht zu ziehen wäre, wenn anspruchsvollere fachliche Funktionen berücksichtigt werden sollen. Die Diskussion und Klärung dieser Frage steht in Deutschland noch aus. Dementsprechend fällt es schwer, anspruchsvolle, spezifische Qualitätskriterien für die Kurzzeitpflege zu formulieren, da ihr noch die Voraussetzung fehlen, diesen Kriterien gerecht zu werden.

7.1.2 Tagespflege

Die teilstationäre Pflege umfasst sowohl die Tages- als auch die Nachtpflege, die in Deutschland als Versorgungsangebot jedoch eine marginale Rolle spielt. Zielgruppe der teilstationären Pflege sind häuslich versorgte pflegebedürftige Menschen. Nach § 4 SGB XI ergänzen die teilstationäre Pflege „die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung“, die das soziale Netz des Pflegebedürftigen leistet. Ähnlich wie im Falle der Kurzzeitpflege ist die teilstationäre Pflege im Grunde genommen Teil des Systems der pflegerischen Versorgung in der Häuslichkeit. Sie ergänzt die in der Häuslichkeit erbrachten Hilfen.

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 oder höher haben nach § 41 SGB XI Anspruch auf Leistungen der teilstationären Pflege, wenn die häusliche Pflege nicht sichergestellt werden kann oder eine Unterstützung und Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Dabei zielt die teilstationäre Pflege auch auf eine Entlastung der pflegenden Angehörigen ab. In der Leistung ist auch die Beförderung des

[57] Zu den Einzelheiten vgl. die Ausführungen im dritten Zwischenbericht.

Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung enthalten. Tagespflegeeinrichtungen bestehen aus Organisationseinheiten mit einer durchschnittlichen Größe von zwölf bis vierzehn Plätzen pro Gruppe.

Ähnlich wie die Kurzzeitpflege oder die Verhinderungspflege hat auch die Tagespflege die Funktion, die Abwesenheit einer Pflegeperson in der häuslichen Umgebung zu kompensieren. Anders als die beiden anderen Versorgungsformen erstreckt sich diese Überbrückung aber auf einige Stunden während des Tages. Die Tagespflege ermöglicht damit manchen Pflegebedürftigen, trotz außerhäuslicher Verpflichtungen der Pflegeperson weiterhin in der häuslichen Versorgung zu wohnen und versorgt zu werden.

Wenn die Pflegeperson nicht einer außerhäuslichen Aktivität nachgeht, kann die Tagespflege eine wichtige entlastende Funktion haben. Durch die stundenweise Abwesenheit des pflegebedürftigen Menschen entsteht eine Situation, die für die pflegenden Angehörigen frei ist von der Notwendigkeit, ständig bereit zu sein, um bei Bedarf Hilfe zu leisten. Die damit verbundene Entlastung ist ggf. eine wichtige Voraussetzung dafür, auch auf Dauer die Pflegebereitschaft und Fähigkeit zur Bewältigung pflegerischer Anforderungen im Alltag aufrecht zu erhalten.

Eine weitere Funktion bezieht sich auf den pflegebedürftigen Menschen selbst: Tagespflege bietet eine Möglichkeit, sich in die Gesellschaft anderer Menschen zu begeben, was unter den Rahmenbedingungen der häuslichen Umgebung mitunter schwer zu realisieren ist. Sie bietet ggf. auch bessere Möglichkeiten, sich bedürfnisgerecht zu beschäftigen. In diesem Sinne ist sie eine Ergänzung des Lebensalltags, die auch zur Erhaltung von Lebensqualität beitragen kann.

Schließlich stellt die Tagespflege eine professionelle Begleitung der häuslichen Versorgung dar, die ggf. auch in Situationen erfolgt, in denen keine anderen professionellen Akteure die gesundheitliche und soziale Entwicklung im Leben des pflegebedürftigen Menschen kontinuierlich wahrnehmen und begleiten. Die Anbahnung gesundheitlicher Krisensituationen oder eine Destabilisierung des häuslichen Versorgungssettings kann unter diesen Bedingungen evtl. früher wahrgenommen werden als in Fällen, in denen die pflegenden Angehörigen keinen regelmäßigen Kontakt zu formellen Leistungsangeboten haben.

Allgemeine Basis für Qualitätsprüfungen sind die Vereinbarungen der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die teilstationäre Pflege (Tagespflege) vom 10. Dezember 2012. Die konkreten Grundlagen der aktuellen Qualitätsprüfung in der teilstationären Pflege bilden, ebenso wie im Falle der Kurzzeitpflege, die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR), die auch im vollstationären Bereich angewendet werden. Es wird der gleiche Prüfbogen wie in der vollstationären Pflege verwendet. Zur Unterscheidung kann der Prüfer die Einrichtungsart „teilstationär“ ankreuzen.

Aktuell werden keine Ergebnisse der Qualitätsprüfung in Form von Pflegenoten durch die Pflegekassen im Internet veröffentlicht. Der Grund hierfür besteht u.a. darin, dass die vorgegebene Struktur der Stichprobe nicht realisierbar ist. Es gibt keine speziellen Vorgaben für die Qualitätsdarstellung für die Tagespflege, es liegen nur die Anforderungen für den stationären Bereich vor.

7.1.3 Nachtpflege

Nach den Angaben der Pflegestatistik nahmen am 15.12.2015 in ganz Deutschland lediglich 42 Personen Nachtpflege in Anspruch. Die Nachtpflege erreichte damit eine Auslastung von nur rund 10,1 %. Eine differenzierte Aussage zur Anzahl der Einrichtungen, die Nachpflege anbieten, ist auf Grundlage der Kategorisierung, die in der Pflegestatistik vorgenommen wird, nicht möglich. Auch Angaben zu solitären Nachtpflegeeinrichtungen finden sich in der Pflegestatistik nicht. Nach Einschätzung der im Projekt beteiligten Expertengruppe der Prüfdienste existieren Solitäreinrichtungen für Nachtpflege kaum. Die für die Nachtpflege geltenden Maßstäbe und Grundsätze liegen aktuell noch in der Erstfassung von 1996 vor.

Eine erhebliche praktische Schwierigkeit der Durchführung von Prüfungen in Einrichtungen, die über ein Nachtpflegeangebot verfügen, besteht darin, dass hier kaum versorgte Personen anzutreffen sind (bzw. Nachtpflegegäste). Eine Prüfung der individuellen Versorgung der Leistungsnutzer, so wie es im bisher entwickelten Prüfverfahren im Projekt favorisiert wurde, ist dort nicht möglich. Angesichts der geringen Zahl der Leistungsnutzer müsste ein Prüfdienst damit rechnen, in der betreffenden Einrichtung keinen Pflegebedürftigen oder nur ein oder zwei anzutreffen. Dementsprechend müsste eine Prüfung sich auf die Ebene der Struktur- und Prozessqualität beschränken, wobei die individuelle Versorgung allenfalls retrospektiv thematisiert werden könnte. Eine personenbezogene Prüfung würde auch deshalb Probleme aufwerfen, weil die Einholung einer Einverständniserklärung schwierig wäre. Der Pflegebedürftige müsste in seiner Nachtruhe gestört werden, und im Falle des Erfordernisses, von Angehörigen bzw. Betreuern eine Einverständniserklärung einzuholen, müssten auch diese in der Nacht erreicht werden. Alles in allem muss die Durchführung von Qualitätsprüfungen nach den üblichen Standards im Bereich der Nachtpflege als nicht realistisch angesehen werden.

Eine Prüfung allein auf der Einrichtungsebene wäre denkbar, aber – so die in das Projekt einbezogenen Experten – in ihrem Nutzen sehr begrenzt. Die Neukonzipierung eines eigenen Prüfverfahrens für Nachtpflegeeinrichtungen erscheint aufgrund des geringen Angebots ebenfalls nicht empfehlenswert.

Es wird daher empfohlen, im Bereich der Nachtpflege vorerst keine weiteren Maßnahmen einzuleiten, die eine spezifische Anpassung des neuen Prüfverfahrens an die Situation der Nachtpflege oder die Neukonzipierung eines Verfahrens für die Nachtpflege umfassen.

Es entspricht zwar nicht den Gepflogenheiten im deutschen Prüfsystem, doch wäre ggf. dennoch zu überlegen, ob nicht gelegentliche Besuche in Einrichtungen der Nachtpflege stattfinden könnten, mit denen lediglich grundlegende Anforderungen zur Aufrechterhaltung von Versorgung und Sicherheit für die Leistungsnutzer geprüft würden. Bei solchen Prüfbesuchen stünde die Frage nach grundlegenden personellen Voraussetzungen zur Sicherstellung der Versorgung im Vordergrund. Zweck solcher Besuche wäre weniger ein formalisiertes Verfahren zur Bewertung unterschiedlicher Qualitätsaspekte als vielmehr die Gewinnung eines allgemeinen Eindrucks der Aufrechterhaltung grundlegender Versorgungsvoraussetzungen.

7.1.4 Prüfung bei Personen mit besonderen Bedarfslagen

Zur Frage der Qualitätsprüfung bei der Versorgung von Personen mit besonderen Bedarfslagen stellten die in das Projekt einbezogenen Experten fest, dass es hier wohl eher um die Behandlung von bestimmten gesonderten Versorgungsbereichen innerhalb von stationären Pflegeeinrichtungen oder auch von einzelnen Bewohnern mit besonderen Bedarfslagen ginge, weniger um Spezialeinrichtungen. Es wurde des Weiteren festgestellt, dass sich die bisherige Diskussion um Erfordernisse einer gesonderten Prüfmethodik vorrangig auf Bewohner bezieht, die auf körperlicher Ebene einen intensiven Pflegebedarf aufweisen. Das betrifft beispielsweise Bewohner im Wachkoma, beatmungspflichtige Bewohner oder auch Personen mit schweren Mehrfachbehinderungen[58]. Im Mittelpunkt stehe das Interesse daran, welcher Versorgungsbedarf in stationären Pflegeeinrichtungen zu beachten ist, der abweichend vom Durchschnitt der Einrichtungen zu außergewöhnlichen Anforderungen führt.

Weitgehend einig waren sich die Experten darin, dass für die Personengruppen mit besonderen Bedarfslagen kein gesondertes Prüfverfahren zu entwickeln ist, sondern die bestehenden Lösungen im Detail überprüft werden müssten. Als wichtigste Möglichkeit wurde die Erweiterung des Qualitätsaspekts „Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen“ gesehen, in denen verschiedene Bedarfskonstellationen berücksichtigt werden.

7.2 Anpassungen für Personengruppen mit besonderem Bedarf?

Zu der Frage, inwieweit das Prüfverfahren einer Anpassung bedarf, um den spezifischen Bedarfslagen bestimmter Personengruppen wie beatmungspflichtigen Bewohnern oder Wachkomapatienten gerecht zu werden, ergaben sich zusammengefasst folgende Ergebnisse:

[58] In einzelnen Diskussionsbeiträgen wurde darauf hingewiesen, dass die Diskussion in der Selbstverwaltung speziell auf die Gruppe der Wachkomapatienten ausgerichtet ist.

Eine substanzielle Anpassung ist nicht erforderlich. Die Qualitätsaspekte, die im bisherigen Projektverlauf definiert worden sind, decken die zentralen Problem- und Bedarfslagen auch schwerkranker Personengruppen ab. Die Qualitätsaspekte sind so ausgerichtet, dass sie nicht nur Problemlagen auf der körperlichen Ebene, sondern auch ganz besonders psychische Problemlagen, Verhaltensaspekte und die individuellen Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen berücksichtigen, und zwar unabhängig davon, wie schwer die Beeinträchtigungen ausgeprägt sind. Beispiele hierfür sind Qualitätsaspekte wie „Unterstützung im Bereich der Mobilität" oder „Schmerzmanagement". Auch Themen wie Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation sind so ausgerichtet, dass sie bei Personen mit unterschiedlichem Grad und unterschiedlicher Art der Beeinträchtigung geprüft werden können. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass der Qualitätsaspekt „Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen" explizit auf die Prüfung bei Bewohnern ausgerichtet ist, bei denen die zur Diskussion stehenden Bedarfslagen vorfindbar sind.

Insofern bietet das bislang entwickelte Prüfinstrumentarium genügend Raum, um den betreffenden Personengruppen gerecht zu werden. Die Testung und Validierung des Prüfverfahrens bestätigte diese Einschätzung im Großen und Ganzen, zeigte aber auch, dass das Prüfinstrument zur Optimierung der Beurteilung von Aspekten der Behandlungspflege modifiziert werden sollte. Damit erfolgt eine allgemeine Anpassung, die für die Situation von Personengruppen mit besonderen Bedarfslagen besonders wichtig erscheint.

7.3 Anpassung des Prüfinstrumentariums an Tages- und Kurzzeitpflege

Die nachfolgenden Ausführungen beschreiben den Anpassungsbedarf, der bei der Nutzung des Prüfinstrumentariums für die Kurzzeitpflege und Tagespflege zu berücksichtigen ist[59]. Eingeflossen sind die Einschätzungen aus den Expertengesprächen, weiteren Diskussionsrunden im Verlauf der Projektdurchführung, die Ergebnisse der Literaturauswertung sowie fachliche Überlegungen, die unabhängig davon angestellt worden sind.

Zunächst einmal ist festzustellen, dass die praktische Umsetzung der Anpassungen für die Kurzzeitpflege und die Tagespflege auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen soll. Da die Kurzzeitpflege durch die hohe Zahl der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze auch Bestandteil der Prüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist, liegt es nahe, den Prüfbogen für die vollstationäre Pflege so anzupassen, dass für den Fall, dass ein Kurzzeitpflegegast in der Stichprobe ist, das Instrumentarium genutzt werden kann. Der Wechsel des Prüfers zu einem anderen Erfassungsbogen wäre dann nicht erforderlich. Drei Punkte sind bei dieser Art der *Instrumentennutzung für die Kurzzeitpflege* zu beachten:

[59] Ausführlichere Begründungen dazu, weshalb ein Anpassungsbedarf gesehen wird oder nicht, finden sich im dritten Zwischenbericht.

- Die Hinweise zur Plausibilitätskontrolle sind bei Kurzzeitpflegegästen irrelevant. Wie bei anderen Bewohnern, für die keine Ergebniserfassung vorliegt, wäre die Option „trifft nicht zu“ zu wählen.

- Es gibt einige Reibungen auf sprachlicher Ebene, die aber maximal das Sprachempfinden, nicht den Prüfprozess beeinträchtigen. Dazu gehört insbesondere der Umstand, dass die in die Prüfung einbezogenen Personen als „Bewohner“ und nicht als „Kurzzeitpflegegast“ bezeichnet werden[60]. Es gibt einige weitere sprachliche Abweichungen, die in Kauf zu nehmen wären, die für die Interpretation der Prüfvorgaben aber nicht relevant sind.

- Für einige Sachverhalte gibt es besondere bzw. modifizierte Anweisungen für den Prüfer, die im Prüfbogen gekennzeichnet sind und ggf. in der Ausfüllanleitung näher erläutert werden.

Mit Hilfe eines EDV-gestützten Prüfbogens können die erforderlichen Anpassungen automatisiert und aus der Perspektive der Prüfer sehr nutzerfreundlich ausgestaltet werden.

Für die teilstationäre Pflege bzw. *Tagespflege* wird hingegen empfohlen, eigenständige Prüfbögen zu entwickeln. Hier sind sehr viele sprachliche, aber auch verschiedene inhaltliche Anpassungen erforderlich – deutlich mehr als im Falle der Kurzzeitpflege. Es wird daher empfohlen, für die Prüfung von Tagespflegeeinrichtungen einen eigenen Prüfbogen zu entwickeln, der lediglich die für diesen Versorgungsbereich relevanten Aspekte umfasst.

7.3.1 Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

Der Qualitätsbereich „Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung“ bezieht sich auf grundlegende Hilfestellungen, die fast immer bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit in der einen oder anderen Ausprägung von Bedeutung sind. Folgende Qualitätsaspekte werden berücksichtigt:
1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität
1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
1.4 Unterstützung bei der Körperpflege.

[60] Möglicherweise wäre es empfehlenswert, pauschal den im Prüfkontext bereits genutzten Begriff „versorgte Person“ für Bewohner und Kurzzeitpflegegäste zu verwenden. Dieser Begriff weist zwar eine gewisse bürokratische Färbung auf, hat aber den Vorteil, für jede Situation anwendbar zu sein, ohne sprachliche Irritationen auszulösen.

In den Diskussionen und Überlegungen zu möglichen Anpassungen der Qualitätsaspekte wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass die Formulierungen, die im aktuellen Instrumentarium vorfindbar sind, häufig sehr stark auf die Situation in der vollstationären Pflege zugeschnitten sind.

Nach näherer Überprüfung dieses Arguments wurde allerdings beschlossen, Formulierungsanpassungen im Detail soweit wie möglich zu vermeiden, sofern dadurch nicht eine inhaltliche Festlegung erfolgt, die beim Prüfer Irritationen auslöst. Jede Formulierungsanpassung erhöht die Komplexität des Prüfinstrumentariums und erschwert damit den Umgang der Prüfer mit diesem Instrumentarium. Es sei darauf hingewiesen, dass der Prüfbogen für die vollstationäre Pflege auch, ähnlich wie im bisherigen Prüfverfahren, die Option „trifft nicht zu“ beinhaltet. Auch finden sich an verschiedenen Stellen Verzweigungsoptionen für den Ablauf des Prüfverfahrens. Wenn beispielsweise kein Bedarf an Unterstützung im Bereich der Körperpflege besteht, so hat der Prüfer mit dem nächsten Qualitätsaspekt fortzusetzen.

Diese Hinweise sind auch für die Diskussion um die Anpassung des Instrumentariums für die Tagespflege wichtig. Hier kommt es häufiger vor, dass bestimmte Bedarfslagen des Tagespflegegastes im Versorgungsalltag nicht aufgegriffen werden, weil sie bereits in der häuslichen Umgebung (durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste) berücksichtigt wurden und durch adäquate Maßnahmen beantwortet wurden.

Diese Hinweise gelten nicht nur für die Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung. Bei allen Qualitätsaspekten, die in der aktuellen Version des Prüfbogens aufgeführt sind, besteht grundsätzlich die Möglichkeit, auf eine Prüfung zu verzichten, sofern die betreffende Anforderung aufgrund eines fehlenden Bedarfs oder aus anderen Gründen für ein Versorgungssetting nicht in Betracht kommt.

Unabhängig von Fragen der Darstellung ergibt sich für diesen Bereich kein substantieller Anpassungsbedarf.

7.3.2 Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Der Bereich 2 „Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ umfasst folgende Qualitätsaspekte:
2.1 Medikamentöse Therapie
2.2 Schmerzmanagement
2.3 Wundversorgung
2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Bezogen auf die Tagespflege wurde von den Experten mehrfach auf Begrenzungen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtungen hingewiesen. In der Tagespflege sei man mehr als bei anderen Versorgungsformen darauf angewiesen, dass grundlegende Vorgaben und Entscheidungen zur Durchführung der Behandlungspflege fachgerecht erfolgt sind. Der Verantwortungsschwerpunkt der Tagespflegeeinrichtung liege darin, andere Akteure wie ambulante Pflegedienste, Ärzte oder die Angehörigen auf Veränderungen oder Auffälligkeiten aufmerksam zu machen. Die Hauptverantwortung für die Sicherstellung der Qualität der Behandlungspflege liege bei anderen Akteuren. Zugleich wurde betont, dass Aufgaben wie die Krankenbeobachtung durchaus auch eine wichtige Anforderung im Bereich der Tagespflege darstellen.

Ebenso wie bereits beim Qualitätsbereich 1 ausgeführt, ist auch für die folgenden Qualitätsaspekte zu betonen, dass im Bereich der Tagespflege vermutlich häufiger einzelne Prüffragen nicht anwendbar sind. Der Prüfer hat aber stets die Möglichkeit, dies bei der Prüfung auf der Ebene der individuellen Versorgung des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen.

2.1 Medikamentöse Therapie
Übertragbarkeit auf die Kurzzeitpflege
Kein substantieller Anpassungsbedarf
Übertragbarkeit auf die Tagespflege
Kein substantieller Anpassungsbedarf in der Sache, aber Berücksichtigung des Umstandes, dass Tagespflegeeinrichtungen nur bei einem Teil der Gäste regelhaft die Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme übernehmen und dann ggf. nur einzelne Teilaufgaben im Bereich der Unterstützung bei einer medikamentösen Therapie. Die Reichweite der Verantwortung der Einrichtung ist im Einzelfall zu klären, die Formulierungen im Prüfbogen sind entsprechend anzupassen.

2.2 Schmerzmanagement
Übertragbarkeit auf die Kurzzeitpflege
Kein substantieller Anpassungsbedarf
Übertragbarkeit auf die Tagespflege
Kein substantieller Anpassungsbedarf

2.3 Wundversorgung
Übertragbarkeit auf die Kurzzeitpflege
Kein substantieller Anpassungsbedarf
Übertragbarkeit auf die Tagespflege
Kein substantieller Anpassungsbedarf in der Sache, aber Berücksichtigung des Umstandes, dass Tagespflegeeinrichtungen nur in Einzelfällen einen Auftrag zur Wundversorgung haben.

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen
Übertragbarkeit auf die Kurzzeitpflege
Kein substantieller Anpassungsbedarf
Übertragbarkeit auf die Tagespflege
Kein substantieller Anpassungsbedarf in der Sache, aber Berücksichtigung des Umstandes, dass dies nur zu prüfen ist, wenn entsprechende Behandlungsaufträge vorliegen.

7.3.3 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

Der Bereich 3 zur „Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte“ wurden von den Expertengruppen als Kernbereich von Tagespflegeeinrichtungen benannt. Somit wurden alle enthaltenen Qualitätsaspekte für eine Übertragung empfohlen. Gleiches gilt für die Kurzzeitpflege. Zu berücksichtigen ist lediglich, dass der Qualitätsaspekt „Nächtliche Versorgung“ diesem Bereich neu zugeordnet wurde und der Bereich nunmehr folgende Qualitätsaspekte umfasst:

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung
3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation
3.3 Nächtliche Versorgung

Für die Tagespflege sind Fragen der nächtlichen Versorgung nicht relevant.

7.3.4 Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

Dieser Bereich umfasst nunmehr folgende Qualitätsaspekte:

4.1 Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

4.3 Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

4.1 Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug
Übertragbarkeit auf die Kurzzeitpflege
Eine Anpassung ist erforderlich. Insbesondere müssen die Anforderungen und die Leitfragen an die Situation der Kurzzeitpflege angepasst werden.
Übertragbarkeit auf die Tagespflege
Eine grundlegende Anpassung ist erforderlich. Es wird empfohlen, die im Projekt zur Entwicklung eines Prüfverfahrens für die ambulante Pflege formulierten Maßgaben zum Thema „Aufnahmemanagement“ sinngemäß zu übernehmen.

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten
Übertragbarkeit auf die Kurzzeitpflege
Kein substantieller Anpassungsbedarf. Da die Prüfung ohnehin nur in dem Fall erfolgen soll, in dem eine Überleitung tatsächlich stattgefunden hat, wird in der Kurzzeitpflege häufiger die Angabe „trifft nicht zu“ relevant sein.
Übertragbarkeit auf die Tagespflege
Qualitätsaspekt entfällt

4.3 Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten
Übertragbarkeit auf die Kurzzeitpflege
Kein substantieller Anpassungsbedarf.
Übertragbarkeit auf die Tagespflege
Kein substantieller Anpassungsbedarf.

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen
Übertragbarkeit auf die Kurzzeitpflege
Kein substantieller Anpassungsbedarf.
Übertragbarkeit auf die Tagespflege
Kein substantieller Anpassungsbedarf. Beim aktuellen Stand der Entwicklung des Instrumentariums ist vorgesehen, dass eine Prüfung nur dann stattfindet, wenn tatsächlich Maßnahmen zum Einsatz kamen. Die für diesen Fall geltenden Maßgaben sind dann aber auch für Tagespflegeeinrichtungen gültig.

7.3.5 Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen

Die Beurteilung bedarfsübergreifender fachlicher Anforderungen umfasst folgende Qualitätsaspekte:
5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen
5.2 Biografieorientierte Unterstützung
5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen
5.4 Hilfsmittelversorgung
5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

Hier stützen sich die Prüfer auf die Feststellungen, die sie zu anderen Qualitätsaspekten getroffen haben. Es sind nur wenige Anpassungen erforderlich:

5.2 Biografieorientierte Unterstützung
Übertragbarkeit auf die Kurzzeitpflege
Eine Anpassung an die durch kurze Verweilzeiten gekennzeichnete Kurzzeitpflege ist erforderlich.
Übertragbarkeit auf die Tagespflege
Kein substantieller Anpassungsbedarf.

7.3.6 Organisationsaspekte und internes Qualitätsmanagement

Berücksichtigt werden in diesem Bereich die folgenden Aspekte:
6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung
6.2 Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen
6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Bis auf die beiden zuletzt genannten Qualitätsaspekte werden in diesem Bereich bereits heute genutzte Kriterien und Anforderungen berücksichtigt. Alle einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekte aus dem Bereich 6 sind nach Einschätzung der Expertengruppen auch für den Kurzzeitpflegebereich anzuwenden. Analoges gilt – mit Ausnahme der Begleitung Sterbender – für die Tagespflege. Die Begleitung Sterbender wird im Falle der Tagespflege nicht berücksichtigt.

7.4 Bewertungsgrundsätze und Qualitätsdarstellung

Zur Qualitätsbeurteilung wurde für das neue Prüfverfahren eine neue Bewertungssystematik entwickelt, die insbesondere sicherstellen soll, dass die Bedeutung von Auffälligkeiten und Defiziten nachvollziehbar kommuniziert werden kann und beispielsweise der Verwechslung von Dokumentationsdefiziten und Schädigungen der Bewohner entgegengewirkt wird. Danach sind für das neue Prüfverfahren vier Kategorien zur Bewertung auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung vorgesehen:
A) Keine Auffälligkeiten oder Defizite
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner.

Die Bewertung erfolgt also, anders als im bisherigen Prüfverfahren, in abgestufter Form. Die Abstufung soll sichtbar machen, inwieweit aus einem fachlichen Defizit tatsächlich negative Folgen für den

Bewohner erwachsen sind. Die Zuordnung festgestellter Defizite zu hierarchisch, nach ihrer Relevanz für die Sicherheit und das Wohlergehen der Bewohner geordneten Kategorien verfolgt das Ziel, eine differenzierte Bewertung des Qualitätsaspekts zu erhalten. Wie auch im bisherigen Prüfverfahren, erfolgt die Bewertung stets unter Berücksichtigung der Grenzen für die Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung.

Ein weiteres wichtiges Element, das ursprünglich für das neue Prüfverfahren vorgesehen war, ist die *Unterscheidung von systematischen Defiziten und Ausnahmefehlern*. Diese Unterscheidung wurde inzwischen fallengelassen und steht somit für die Kurzzeitpflege und die Tagespflege nicht mehr zur Diskussion.

Schließlich ist auf die Regelungen zur Gesamtbewertung eines Qualitätsaspekts hinzuweisen, die nach Abschluss der Prüfung erfolgen soll. Auch hierzu gab es im Projekt eine Weiterentwicklung. Wenn zum Abschluss der Prüfung alle Einzelergebnisse für die Bewohner der Stichprobe zusammengeführt werden, erfolgt eine abschließende Bewertung für jeden Qualitätsaspekt nach folgendem Schema:

1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite
2. Moderate Qualitätsdefizite
3. Erhebliche Qualitätsdefizite
4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

Diese Regeln und Kategorien zur Qualitätsbewertung wurden so konstruiert, dass sie weitgehend unabhängig von der konkreten Bedarfssituation des Bewohners, aber auch unabhängig vom Versorgungssetting anwendbar sind. Die Unterscheidung zwischen dem Risiko des Eintretens negativer Folgen und dem Ereignis, mit dem die negativen Folgen für den Bewohner tatsächlich eingetreten sind, ist für alle Versorgungsbereiche nutzbar, für die Langzeitpflege ebenso wie die Kurzzeitpflege und die Tagespflege, aber auch für die ambulante Pflege. Es handelt sich um die einfache Unterscheidung zwischen einer Risikosituation und einem tatsächlichen Nachteil für den pflegebedürftigen Menschen. Da ein solcher Nachteil nicht nur definiert ist als Schädigung des Bewohners im Sinne einer gesundheitlichen Schädigung (z. B. nach einem Sturz), sondern auch das Ausbleiben von bedarf- oder bedürfnisgerechten Maßnahmen umfasst, ist die Bewertungssystematik auch auf Versorgungsformen anwendbar, in denen nicht gleich von gravierenden gesundheitlichen Schädigungen der pflegebedürftigen Menschen ausgegangen werden muss, wenn ein pflegefachlicher Fehler auftritt.

Insofern ist festzustellen, dass die Regeln und Kategorien zur Qualitätsbewertung, die das neue Prüfverfahren kennzeichnen, auf die hier zur Diskussion stehenden Versorgungssettings und auch auf die Versorgung von Personen mit besonderen Bedarfslagen grundsätzlich anwendbar sind. Es liegen nach dem derzeitigen Kenntnisstand keine Hinweise vor, die einer Übertragung dieser Bewertungssystematik entgegenstehen würden.

Da Bewertungen in *Qualitätsdarstellungen* auf den soeben dargestellten Bewertungsregeln aufbauen, gilt Ähnliches für die Übertragbarkeit der grundlegenden konzeptionellen Lösungen für die Qualitätsdarstellungen. Anzupassen sind allerdings die erläuternden Hinweise, zum Teil auch die Definitionen der einzelnen Qualitätsaspekte. Im Rahmen der öffentlichen Qualitätsdarstellung für Tagespflegeeinrichtungen beispielsweise wäre deutlich zu machen, dass die Unterstützung während der Eingewöhnungsphase in Tagespflegeeinrichtungen anders definiert wird als in der stationären Langzeitpflege.

Die bereits im Zusammenhang mit den Transparenzberichten diskutierten methodischen Begrenzungen, die gegen eine Vergleichbarkeit von öffentlichen Qualitätsbewertungen der Langzeitpflege und der Tagespflege sprechen, werden mit der prinzipiellen Übertragbarkeit von Inhalten und Bewertungsvorgaben im neuen Prüfverfahren nicht aufgehoben. Es bedarf einer grundsätzlichen Entscheidung der Selbstverwaltung, inwieweit für die Tagespflege als Versorgungsform, die sich hinsichtlich ihrer Zielgruppe, ihres Leistungsprofils und der strukturellen Rahmenbedingungen von anderen stationären Versorgungsformen unterscheidet, tatsächlich eine Qualitätsberichterstattung nach dem Muster der Langzeitpflege angestrebt werden soll.

7.5 Anpassung des Stichprobenverfahrens

Im gegenwärtigen Prüfverfahren wird für die Kurzzeitpflege und Tagespflege der gleiche Algorithmus zur Bestimmung der Stichprobe für die externe Qualitätsprüfung genutzt wie für die Prüfung vollstationärer Einrichtungen. Durch die Einbeziehung der Datenauswertungsstelle in die Bestimmung der Stichprobe für die vollstationäre Pflege sind analoge Lösungen für die Tages- und Kurzzeitpflege nicht möglich. Daher sind für diese Versorgungsformen alternative Vorgehensweisen zu entwickeln, wobei die Besonderheiten des jeweiligen Versorgungssettings zu berücksichtigen sind.

Eingestreute Kurzzeitpflege

Für eingestreute Kurzzeitpflegeplätze ist, ähnlich dem heutigen Verfahren, die Einbeziehung in das allgemeine Stichprobenverfahren für die Langzeitpflege vorgesehen. Kurzzeitpflegegäste können sich unter den insgesamt drei Bewohnern befinden, die am Tag der Prüfung in der stationären Pflegeeinrichtung zufällig ausgewählt werden. Da es sich um eine Zufallsauswahl handelt, ist insbesondere bei einer zum Prüfzeitpunkt geringen Inanspruchnahme der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze unsicher, ob ein Kurzzeitpflegegast in die Stichprobe aufgenommen werden kann. Für die Aussagekraft der Prüfergebnisse ist dies allerdings ohne Belang.

Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Um zumindest eine der Langzeitpflege annähernd ähnliche Stichprobenstruktur in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen zu gewährleisten, wird empfohlen, das derzeit für die ambulante Pflege in Betracht gezogene neue Stichprobenverfahren in Teilen anzuwenden. Demnach würde am Prüftag eine anhand einer Kombination der Merkmale „Selbständigkeit bei der Fortbewegung“ und „Kognitive Fähigkeiten“ geschichtete Zufallsstichprobe bestimmt. Folgende Kombinationen werden unterschieden:

A) Fortbewegung = beeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt
B) Fortbewegung = beeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = unbeeinträchtigt
C) Fortbewegung = unbeeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt

Die von einer Einrichtung versorgten Personen werden anhand dieser Merkmalskombinationen in Gruppen (A-C) aufgeteilt. Aus jeder dieser Gruppen werden anhand von Zufallszahlen drei Personen ausgewählt. Die ersten zwei ausgewählten Personen werden bei der Prüfung berücksichtigt. Stellt sich heraus, dass dies nicht möglich ist, wird der dritte Versicherte aus dieser Gruppe ersatzweise in die Stichprobe aufgenommen. Sollten auch danach noch keine zwei Personen aus der Gruppe aufgenommen werden können, werden anhand der Zufallszahlen – unter Ausschluss der bereits ausgewählten Versicherten – weitere Personen bestimmt. Sollte – was angesichts der vergleichsweise geringen Platzzahl von Kurzzeitpflegeeinrichtungen nicht unwahrscheinlich ist – eine der definierten Gruppen so schwach besetzt sein, dass die Zahl von zwei Personen nicht erreicht werden kann, so wird – ebenfalls anhand von Zufallszahlen – eine Person aus einer anderen Gruppe bestimmt. Dabei gilt:

C) ersatzweise für A) A) ersatzweise für C) C) ersatzweise für B)

Grundlage für die Zufallsauswahl ist eine von der Einrichtung vorgehaltene, aktuelle Liste der versorgten Versicherten, in der den jeweiligen Personen die Merkmale „Selbständigkeit bei der Fortbewegung“ und „Kognitive Fähigkeiten“ zugeordnet sind. Die Zuordnung der Merkmalsausprägung „beeinträchtigt“ erfolgt mit Hilfe der betreffenden Informationen aus dem Gutachten oder, wenn diese nicht vorliegen, ersatzweise durch Einschätzung der Einrichtung:

1. „Selbständigkeit bei der Fortbewegung“ im Sinne der Merkmalsdefinition im Modul 1 des NBA:
   Beeinträchtigt = Personenhilfe ist regelmäßig erforderlich (Selbständigkeit im Sinne des NBA ist aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen beeinträchtigt).

2. „Kognitive Fähigkeiten“ im Sinne des Moduls 2 des NBA
   Beeinträchtigt = mindestens erhebliche Beeinträchtigung im Sinne des NBA.
   Liegen Informationen aus dem Gutachten nicht vor, so ist von der Einrichtung einzuschätzen, ob regelmäßig Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, der zeitlich und örtlichen Orientierung sowie der Personenerkennung vorliegen.

Angesichts der meist geringen Platzzahl in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen wird empfohlen, die Stichprobengröße auf n=6 zu begrenzen.

Tagespflege

Für Einrichtungen der Tagespflege wird die Übernahme des Stichprobenverfahrens, das soeben für die Kurzzeitpflege beschrieben wurde, nicht empfohlen. Auch in diesem Fall ist von im Regelfall geringen Platzzahlen auszugehen. Hinzu kommt jedoch, dass sich Nutzer der Tagespflege in unregelmäßigem Rhythmus in der Einrichtung aufhalten (nicht unbedingt an jedem Wochentag). Auch finden sich verschiedentlich Spezialisierungen, sodass bei einem Teil der Einrichtungen keine, auch nicht näherungsweise gleichmäßige Verteilung der oben genannten Merkmale erwartet werden kann. Aufgrund dieser Besonderheiten wird es nahezu unmöglich sein, eine definierte Stichprobenstruktur mit Hilfe einer Schichtung zu erreichen.

Deshalb – also eher aus pragmatischen Gründen – wird die Ziehung einer reinen Zufallsstichprobe im Umfang von sechs Personen unter den am Tag der Prüfung anwesenden Tagespflegegästen empfohlen. Sollten am Tag der Prüfung weniger als sechs Personen einbezogen werden können, so sollte die Prüfung dennoch abgeschlossen (und nicht am nächsten Tag fortgesetzt) werden.

Nachtpflege

Wie bereits dargestellt, entfällt bei Prüfbesuchen von Einrichtungen der Nachtpflege ein Stichprobenverfahren.

7.6 Fazit

Die Überprüfung der Übertragbarkeit des für die vollstationäre Pflege entwickelten Instrumentariums auf die teilstationäre Pflege, die Kurzzeitpflege und die Pflege besonderer Personengruppen führte zu folgendem Ergebnis:

1. Die Vorgaben für die zu beurteilenden Qualitätsaspekte, die für die stationäre Langzeitpflege entwickelt wurden, sind im Grundsatz auf andere Settings übertragbar. Die Qualitätsaspekte mit ihren Definitionen, die auf die Situation der vollstationären Pflege zugeschnitten sind, können größtenteils auch bei Prüfungen der anderen Versorgungssettings genutzt werden. Einige Qualitätsaspekte allerdings können, besonders in der Tagespflege, nicht oder nur in modifizierter Form Anwendung finden. Im Verlauf der Projektarbeiten wurden außerdem einige wenige Prüfthemen identifiziert, die auf die spezifischen Funktionen der Kurzzeitpflege und der Tagespflege zugeschnitten sind und die, auch nach Auffassung der beteiligten Experten, ergänzend in das Prüfverfahren (für den Einsatz bei diesen Versorgungsformen) aufgenommen werden sollten. Es handelt sich allerdings um Themen (Überlei-

tungsverfahren, Einschätzung der häuslichen Pflegesituation etc.), bei denen eine Konkretisierung der fachlichen Aufgaben, die beispielsweise der Kurzzeitpflege in diesem Zusammenhang zugeschrieben werden, und Überlegungen zu den Anforderungen an eine adäquate Personalausstattung noch ausstehen.

2. Begrenzungen der Übertragbarkeit auf Personengruppen mit besonderem Versorgungsbedarf wurden nicht festgestellt. Das Prüfverfahren kann in Situationen mit komplexem Behandlungspflegebedarf ebenso angewendet werden wie bei der Versorgung vorrangig psychisch beeinträchtigter Personen.

3. Die im Projekt entwickelten Bewertungsformen und Bewertungsregeln sind ebenfalls übertragbar. Sie umfassen bestimmte Prinzipien, Methoden und Formen der Qualitätsbewertung, die in keiner Abhängigkeit zum Versorgungssetting oder spezifischen Bedarfskonstellationen der Zielgruppen stehen. Analoges gilt für Qualitätsdarstellungen, wobei insbesondere im Falle der Tagespflege die von der Langzeitpflege abweichenden Akzentuierungen bestimmter Aufgabenbereiche im Versorgungsgeschehen und die damit zusammenhängenden Fragen der Qualitätsbeurteilung in einer für den Nutzer nachvollziehbaren Form erläutert werden müssten. Bewertungen, Symbolik und Stufigkeit von Bewertungen im Rahmen von Qualitätsdarstellungen könnten hingegen einheitlich ausgestaltet werden. Spezifische Informationen über Versorgungsangebote für Personen mit speziellen Bedarfskonstellationen werden in der neuen Konzeption für Qualitätsdarstellungen bereits berücksichtigt. Auch der Informationsteil ist weitgehend auf solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen übertragbar, muss im Falle der Tagespflege aber auf sprachlicher Ebene angepasst werden.

4. Die Nachtpflege als Versorgungsform bleibt von diesen Feststellungen ausgeschlossen. Sowohl im heutigen als auch in einem zukünftigen externen Prüfverfahren ist davon auszugehen, dass die geringe Bedeutung dieser Versorgungsform, die sehr geringe Inanspruchnahme sowie die besonderen Merkmale der Versorgung der Durchführung von Prüfungen nach herkömmlichem Muster entgegenstehen. Es wird empfohlen, die Möglichkeit der Durchführung von nicht formalisierten Prüfbesuchen zu eruieren und die bei den Kostenträgern verfügbaren Informationen zu nutzen, um die aktuellen Versorgungsstrukturen der Nachtpflege transparent zu machen. Von der Etablierung eines Prüfverfahrens analog zu den für die anderen stationären Versorgungsformen beschriebenen Verfahren wird abgeraten.

5. Für die Kurzzeitpflege wäre ein der Langzeitpflege analoges Indikatorenverfahren zur Beurteilung der Ergebnisqualität denkbar, würde aber weitere Vorarbeiten voraussetzen. Ein solches Vorhaben könnte ggf. mittelfristig angegangen werden, sinnvollerweise aber erst zu einem Zeitpunkt, zu dem der Indikatorenansatz für die stationäre Langzeitpflege implementiert wurde. Von der Entwicklung eines Indikatorenansatzes zu Beurteilung der Ergebnisqualität in der Tagespflege hingegen wird abgeraten.

8. Ergänzende Empfehlungen

Gestaltung des Übergangs

Aufgrund der weitreichenden Veränderungen, die mit dem neuen Prüfsystem und dem Indikatorenansatz einhergehen, wird ein stufenförmiger Übergang in das neue System empfohlen. Die Erfahrungen der Projekte, in denen der Indikatorenansatz einige Jahre lang erprobt wurde, zeigen, dass ein Teil der Einrichtungen nicht gleich bei der ersten Ergebniserfassung die fachlichen Anforderungen bewältigt, die mit dem Indikatorenansatz verbunden sind. Es wird empfohlen, Kennzahlen zur Beurteilung der Ergebnisqualität erst nach der dritten Ergebniserfassung zu veröffentlichen. Die erste Erfassung und etwaige methodische oder fachliche Probleme wären damit nicht gleich mit negativen Konsequenzen für diejenigen Einrichtungen verbunden, denen die Umstellung schwerer fällt als anderen.

Es wird außerdem empfohlen, für eine zwei- oder dreijährige Übergangsphase Beratungsangebote zur Unterstützung der Einrichtungen in inhaltlichen und methodischen Fragen vorzuhalten. Die gemeinsamen Bemühungen der Akteure im Zusammenhang mit der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation könnten ein Vorbild dafür sein, wie auch der Übergang zum Indikatorensystem begleitet werden könnte.

Des Weiteren wäre es wünschenswert, wenn diejenigen Stellen, die in die Umsetzung involviert sind, den Übergang zum Indikatorensystem als Möglichkeit verstehen, die Eigenverantwortung und Kompetenz der Einrichtungen im Bereich der internen Qualitätssicherung zu stärken. Die bisherigen Erfahrungen mit dem Indikatorenansatz zeigen, dass in dieser Hinsicht beachtliche Wirkungen erzielt werden können, die ggf. sogar einen Effekt auf die Berufsmotivation qualifizierter Fachkräfte haben.

Umgang mit fehlenden Daten zur Ergebnisqualität

Einrichtungen werden zukünftig verpflichtet sein, regelmäßig Ergebniserfassungen durchzuführen, auf deren Grundlage dann die Kennzahlen zur Qualitätsbeurteilung entwickelt werden. Dennoch wird es Einrichtungen geben, die fachlich nicht dazu in der Lage sind oder – auch dies mag vereinzelt vorkommen – keine Bereitschaft haben, sich auf diese Art der Transparenz einzulassen. Es wird empfohlen, für solche Einrichtungen ein zweistufiges Verfahren zu etablieren. Zunächst sollte versucht werden, durch beratende Unterstützung und einen fachlichen Dialog die Einrichtung dabei zu fördern, die Strukturen und Kompetenzen aufzubauen, die im Zusammenhang mit der Erfassung von Versorgungsergebnissen erforderlich sind. Gelingt es durch solche Interventionen nicht, eine Einrichtung in das System aufzunehmen, so wäre zu erwägen, wie dies durch einen Eintrag im Rahmen der Qualitätsdarstellung kenntlich gemacht werden könnte. Eine Möglichkeit bestünde darin, den Nutzer der

Information darüber in Kenntnis zu setzen, dass die betreffende Einrichtung nicht bereit oder nicht in der Lage ist, die Ergebnisse der von ihr geleisteten Bewohnerversorgung darzustellen. Dies ist sicherlich eine Aussage, die nicht ganz unbeachtet bleibt.

Es sei an dieser Stelle daran erinnert, dass die Ergebniserfassung in der Pflege eine genuine fachliche Aufgabe im Rahmen des Pflegeprozesses ist und insofern auch dann, wenn sie methodengeleitet erfolgt, ein grundlegendes fachliches Erfordernis darstellt. Insofern wäre die soeben vorgeschlagene Aussage folgerichtig. Es wäre prinzipiell zu erwarten, dass Einrichtungen, die Verantwortung für eine vulnerable Personengruppe übernehmen, eine Fachlichkeit vorhalten, die ihnen die methodengeleitete Ergebniserfassung ermöglicht.

Einführung einer neuen Qualitätsdarstellung

Es kann sinnvoll sein, in Verbindung mit diesem Übergang auch einen stufenförmigen Übergang bei der Umstellung der öffentlichen Qualitätsberichterstattung in Betracht zu ziehen. Das dargestellte Konzept der neuen Qualitätsdarstellungen ermöglicht es, mit den Veröffentlichungen zu beginnen, auch wenn noch keine Indikatoren für Ergebnisqualität dargestellt werden können. Inhalt der Qualitätsdarstellungen wären dann zunächst einmal nur die Prüfergebnisse und die einrichtungsbezogenen Informationen. Da es sich bei den Indikatoren um einen gut abgrenzbaren Bereich handelt, dürfte ein solcher Übergang auch unter technischen Gesichtspunkten machbar sein.

Ob dies als Option in Betracht zu ziehen ist, hängt von der Entscheidung über den Zeitpunkt des Übergangs zu einer neuen Qualitätsdarstellung ab. Soll der Übergang früh, beispielsweise bereits Mitte des Jahres 2019 erfolgen, so wäre im Blick auf die notwendige Übergangsphase in den Einrichtungen die Erwägung einer gestuften Einführung der neuen Qualitätsdarstellungen sinnvoll.

Ausschöpfung informationstechnischer Möglichkeiten

Es wird empfohlen, den Übergang zu einer neuen Qualitätsdarstellung dafür zu nutzen, qualitätsbezogene Information unter Verwendung der heutigen, umfangreichen Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung so aufzubereiten, dass der Nutzer des Informationsangebots flexible Möglichkeiten hat, Informationen zu filtern und zu sortieren. Die bisherigen Transparenzberichte waren in dieser Hinsicht eher etwas unpraktisch. Gleiches gilt für den Informationsgehalt. Die Möglichkeiten, die das Internet bzw. die gute Informationsportale heute bieten, sollten ausgeschöpft werden, um die gezielte Information zu ermöglichen. Die Funktion der Qualitätsdarstellungen, in konkreten Entscheidungssituationen Hilfe zu leisten, ist dabei nicht die einzig wichtige. Eine weitere wichtige Aufgabe besteht in der Verbesserung der Grundlagen, sich sachlich mit Fragen der Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung auseinanderzusetzen. In der Entwicklung des online-Angebotes gibt es erfreulicherweise immer mehr Tendenzen dieser Art, doch befindet sich die öffentliche Qualitäts-

diskussion zum Teil noch auf einem eher niedrigen Niveau. Mit der Einführung der neuen Qualitätsdarstellungen ergäbe sich die Möglichkeit, an einer zentralen Stelle Informationen zu bündeln und einen rationalen Diskurs zu fördern.

Pflegeepidemiologische Berichterstattung

In diesem Sinne wäre es auch wünschenswert, wenn die mit dem neuen Prüfsystem und den Indikatoren verbesserten Informationsgrundlagen genutzt würden, die Pflegeberichterstattung in Deutschland aufzuwerten. Mit der Umstellung des Begutachtungsverfahrens hat sich bereits eine Veränderung ergeben, die neue Erkenntnismöglichkeiten eröffnet hat. Durch die mit dem PSG II angestoßenen Entwicklungen würde durch eine neue Informationsqualität aus dem Bereich der internen und externen Qualitätssicherung sinnvoll ergänzt. Es wird daher empfohlen, die Datenvielfalt, die hier entsteht, im Rahmen der nationalen Berichterstattung nutzbar zu machen und wissenschaftlich zu verwerten. Dabei sollte der Schwerpunkt nicht allein auf Qualitätsfragen liegen, sondern den Kenntnisstand zu Prävalenz und Inzidenz der Pflegephänomene verbessern, die mit dem Indikatorenansatz abgebildet werden.

Prüfrhythmus

Mehrfach im Verlauf des Projektes und insbesondere im Zusammenhang mit der Auswertung der Erprobungserfahrungen wurde die Frage diskutiert, wie das neu entwickelte Verfahren unter Berücksichtigung des erforderlichen Zeitaufwands zu bewerten ist und welche Entwicklungsperspektiven sich in einem neuen System ergeben könnten. Der Zeitaufwand wurde ambivalent bewertet. Aus Sicht der Prüfer und auch aus Sicht eines Teils der Einrichtungen wird das neue Prüfverfahren als zukunftsweisend und werden die neuen Inhalte bzw. Methoden als wichtiger Fortschritt angesehen. Die Expertengruppe der Prüfdienste empfahl, dass die wesentlichen zeitverursachenden Elemente (Fachgespräch, Bewohnergespräch) im Kern erhalten bleiben sollten und eher zu fragen ist, an welchen anderen Stellen Prozesse entschlackt werden könnten. In diesem Zusammenhang wurde u.a. angeregt, die sachliche Notwendigkeit des obligatorischen jährlichen Prüfrhythmus zur Diskussion zu stellen. Ein anderer Rhythmus sei in einem veränderten Prüfsystem, in dem eine differenzierte Beurteilung möglich ist und durch das Indikatorensystem zusätzliche Transparenz geschaffen wird, durchaus vertretbar. So sei nicht nur mit Blick auf viele „gute“ Einrichtungen und die Einführung der indikatorengestützten Qualitätsmessung auch ein 2-Jahres-Rhythmus vorstellbar, sofern kein besonderer Prüfanlass vorliege. Eine entsprechende Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen sei wünschenswert.

Die beiden Institute teilen diese Einschätzung. Unter den neuen Voraussetzungen könnte der Prüfrhythmus davon abhängig gemacht werden, mit welchem Erfolg sich eine Einrichtung um die Sicher-

stellung eines hohen Qualitätsniveaus bemüht. Es wird empfohlen, für solche Einrichtungen einen zweijährigen Rhythmus zu ermöglichen,

- die bei der vergangenen Qualitätsprüfung keine besonderen Qualitätsdefizite aufwiesen (maximal bei drei Qualitätsaspekten „moderate Qualitätsdefizite“)
- bei denen weder bei dieser Prüfung noch bei der statistischen Plausibilitätskontrolle eine kritische Datenqualität festgestellt wurde
- die gute Prüfergebnisse beim Qualitätsaspekt 6.4 vorweisen können (Qualitätsmanagement)
- die eine gute Ergebnisqualität aufweisen (Ergebnisqualität liegt tendenziell über dem Durchschnitt) und
- bei der keine Hinweise auf massive Qualitätsprobleme vorliegen.

Es wäre wichtig, im Laufe der Jahre die Bedingungen für eine etwaige Veränderung des Prüfrhythmus auf der Basis empirischer Erkenntnisse, die aufgrund des umfangreichen, bei der Datenauswertungsstelle vorliegenden Datenbestands möglich sein werden, zu prüfen.

Kurzfristige Ankündigung des Prüftermins

Der Umstand, dass der Besuch der Prüfer in der Einrichtung unangemeldet erfolgt, schmälert den Spielraum für organisatorische Vorbereitungen. Dass dies für alle Beteiligten zum Teil zu einer als unnötig empfundenen Belastung wird, ist bereits im heutigen Prüfgeschehen Alltag.

Mit dem neuen Prüfverfahren werden außerdem Elemente wie das Fachgespräch gestärkt, die ihre Funktion umso besser erfüllen können, je mehr die allgemeine interne Organisation einer Einrichtung auf den Prüfbesuch eingestellt ist. Insofern stellt sich die Frage, ob nicht eine kurzfristige Anmeldung der Prüfung – ähnlich wie im Falle von externen Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege – sinnvoll wäre.

In Abwägung der Vor- und Nachteile einer kurzfristigen Mitteilung des Prüftermins wird empfohlen, zu überprüfen, ob mittelfristig eine Regelung getroffen werden könnte, wonach der Prüftermin zumindest einen Tag im Voraus, d.h. mindestens 24 Stunden vor dem Eintreffen der Prüfer angekündigt werden kann. Dies würde nach Auffassung der beteiligten Experten und auch nach den Erfahrungen mit der Erprobung des neuen Konzepts wesentlich bessere Voraussetzungen für einen reibungslosen Prüfablauf und die für treffsichere Qualitätsbeurteilungen notwendigen Feststellungen schaffen. Gedacht ist daran, lediglich den anstehenden Prüfbesuch mitzuteilen, jedoch keine Information über die Stichprobe. Welche Bewohner in die Prüfung einbezogen werden sollen, würde also erst nach dem Eintreffen der Prüfer in der Einrichtung mitgeteilt.

Aufgrund der Abkehr der Fokussierung der Pflegedokumentation als entscheidende Informationsquelle und auch durch die Indikatoren für Ergebnisqualität sind die Spielräume für etwaige Manipula-

tionsabsichten sehr gering. Damit relativiert sich eines der wichtigsten Argumente, die gegen angemeldete Prüfungen in der Diskussion bislang ins Feld geführt wurden.

Einwilligungen

Ein von den Prüfern zu der Erprobung vielfach angemerkter Aspekt zum Aufwand bezog sich auf das Einholen der Einwilligungen der Bewohner zur Prüfung. Positiv vermerkt wurde, dass diese Einwilligungen im Rahmen der Testprüfungen teilweise vorab eingeholt wurden und dadurch ein erheblicher Aufwand entfiel. Es wurde angeregt, hierzu ggf. eine neue gesetzliche Regelung anzustreben. Einrichtungen könnten Einwilligungserklärungen der Bewohner grundsätzlich (z. B. beim Heimeinzug) einholen und vorhalten und in diesem Zuge auch über die Prüfungen aufklären. Am Prüftag wäre dann ggf. nur noch eine mündliche/telefonische Bestätigung einzuholen. Es wird empfohlen, diese oder ggf. andere Optionen der Vereinfachung des Verfahrens zu prüfen.

Kommunikationsstrategie

Mit dem Übergang zu einer Qualitätsdarstellung, die auf dem Indikatorenansatz beruht, entsteht eine neue Transparenz von Qualität, die nicht mehr ein so einseitig positives Bild von der pflegerischen Versorgung zeichnet wie die Transparenzkriterien. Vielmehr werden erhebliche Qualitätsunterschiede zwischen den Einrichtungen sichtbar, auch in Bereichen, die eine zum Teil auf Pflegeskandale ausgerichtete Medienlandschaft sehr interessieren könnte. Es besteht aus der Sicht der Institute ein Bedarf an Versachlichung und Stärkung der Fachlichkeit in der öffentlichen Qualitätsdiskussion, die durch eine gemeinsame Kommunikationsstrategie wirksam gefördert werden könnte.

Literaturhinweise

Hasseler, M.; Stemmer, R.; Macsenaere, M.; Arnold, J.; Weidekamp-Maicher, M.(2016): Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität. Abschlussbericht (Stand: 25. August 2016). Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften; Katholische Hochschule Mainz; IKJ ProQualitas GmbH; Hochschule Düsseldorf.

UBC (2017): Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP). (SV14-9015). Abschlussbericht zum Forschungsprojekt. UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC-Zentrum für Sozialpolitik. Bremen.

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

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

Wingenfeld, 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. Bundesministerium für Gesundheit Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bielefeld/Köln.

Anhang

Anhang 1: Verfahrensbeschreibung zur Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität

Anhang 2: Prüfinstrumentarium für die stationäre Langzeitpflege und die Kurzzeitpflege

Anhang 3: Prüfinstrumentarium für die Tagespflege

Anhang 4: Form und Inhalt der Qualitätsdarstellung (Beispiel)

Anhang 5: Ausfüllanleitung für Einrichtungsinformationen in der Qualitätsdarstellung

Anhang 6: Hinweise zur Datenaufbereitung und Datenübermittlung

Anhang 7: Mitwirkende in den Expertengruppen

Anhang 8: Exemplarische Darstellung eines alternativen Modells zur Generierung von Qualitätsindikatoren (Regressionsmodell)

Universität Bielefeld
Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

aQua
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Abschlussbericht des Projekts
„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“

Anhang 1:
Verfahrensbeschreibung zur Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

Tel.: +49 (0) 521 - 106 6880
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de

aQua - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Maschmühlenweg 8–10
37073 Göttingen

Tel: +49 (0) 551-789 52- 0
E-Mail: office@aqua-institut.de

im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege
Überarbeitete Fassung – Bielefeld/Göttingen, 3. September 2018

Übersicht:

Vorbemerkung 3
1. Indikatorensatz und Definitionen 4
2. Standardisierung und Bewertung der Kennzahlen (Modell der Stratifizierung) 10
3. Referenz- und Schwellenwerte 11
4. Ergebniserfassung 13
5. Datenübermittlung 16
6. Plausibilitätskontrolle 16
   6.1 Statistische Plausibilitätskontrolle durch die Datenauswertungsstelle 17
   6.2 Plausibilitätskontrolle durch die Prüfdienste 21
7. Einrichtungsindividueller Beratungsauftrag 22
8. Variablendefinitionen 22
9. Festlegungen im Manual zur Ergebniserfassung 36

Vorbemerkung

Im Jahr 2008 erteilten das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den Auftrag zur Durchführung des Projekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“[1]. Mit diesem im Jahr 2011 abgeschlossenen Projekt wurde erstmals für Deutschland ein Ansatz zur indikatorengestützten Beurteilung von Ergebnisqualität entwickelt und auf breiter Ebene erprobt. Im Laufe der Zeit wurde der Ansatz durch verschiedene sogenannte Umsetzungsprojekte weiterentwickelt, die das Institut für Pflegewissenschaft in Kooperation mit verschiedenen Partnern durchführte. Im Verlauf dieser Projekte wurde der ursprüngliche Indikatorenansatz stetig weiterentwickelt. Außerdem wurden konkrete Formen der Verknüpfung des Indikatorenansatzes mit externen Qualitätsprüfungen erarbeitet.

Auf der Grundlage dieser Erfahrungen konnte entsprechend der Maßgaben des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes und des zweiten Pflege-Stärkungsgesetzes eine Gesamtkonzeption für die Integration des Indikatorenansatzes in das System der Qualitätsbeurteilung definiert werden, die auch die Verknüpfung des Indikatorenansatzes mit externen Prüfungen und die Einbeziehung in die öffentliche Qualitätsdarstellung umfasst.

Die nachfolgenden Ausführungen beinhalten die Verfahrensbeschreibung zur Erfassung und Auswertung von Versorgungsergebnissen, die für das Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege benötigt werden, einschließlich der erforderlichen Definitionen. Es handelt sich um die eher technische Beschreibung des Verfahrens. Inhaltliche Begründungen und Erläuterungen hierzu finden sich im Projektbericht (Kapitel 3 des Abschlussberichts).

[1] Wingenfeld, K.; Engels, D.; Kleina, T.; Franz, S.; Mehlan, S. & Engel, H. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht Bielefeld, Köln.

1. Indikatorensatz und Definitionen

Der für die Umstellung des Systems empfohlene Indikatorensatz umfasst die folgenden Kennzahlen:

1. Erhaltene Mobilität*
2. Erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen*
3. Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Lebensalltags
4. Dekubitusentstehung*
5. Schwerwiegende Sturzfolgen*
6. Unbeabsichtigter Gewichtsverlust*
7. Durchführung eines Integrationsgesprächs
8. Anwendung von Gurten
9. Anwendung von Bettseitenteilen
10. Aktualität der Schmerzeinschätzung

(* Zwei Kennzahlen für jeweils eine Risikogruppe)

Definition der Indikatoren im Qualitätsbereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit

Eine vergleichende Beurteilung von Kennzahlen zum Erhalt der Selbständigkeit setzt voraus, dass Verzerrungen durch Bewohner mit krankheitsbedingten Verschlechterungen der Selbständigkeit ausgeschlossen werden und vermieden wird, dass ein andauernder Status völliger oder weitgehender Unselbständigkeit als positives Ergebnis gewertet wird (Bewohner, die sich nicht mehr verschlechtern können). Aus diesem Grund dürfen bei der Berechnung der Kennzahl im Falle der Indikatoren, die den Selbständigkeitserhalt ausdrücken, folgende Bewohnergruppen nicht einbezogen werden[2] („ausgeschlossene Bewohner“):

- Komatöse und somnolente Bewohner, Bewohner mit apallischem Syndrom
- Bewohner mit den Diagnosen: Bösartige Tumorerkrankung, Tetraplegie, Tetraparese, Chorea Huntington
- Bewohner, die während der vergangenen 6 Monate[3] einen Schlaganfall, einen Herzinfarkt, eine Fraktur oder eine Amputation[4] erlebt haben
- Bewohner, die in den vergangenen 6 Monaten einen Krankenhausaufenthalt von mindestens zwei Wochen Dauer hatten
- Bewohner, die bei der vorangegangenen Erhebung (vor sechs Monaten) bereits extrem stark beeinträchtigt waren (s. die jeweiligen Angaben unter „Ausgeschlossene Bewohner“).

[2] Zu den allgemeinen Ein- und Ausschlusskriterien vgl. Abschnitt 4.

[3] Hier wie auch an anderen Stellen müsste es eigentlich genauer heißen: seit der letzten Ergebniserfassung, die in der Einrichtung vor ca. sechs Monaten durchgeführt wurde. Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung ist im Text aber von 6 Monaten die Rede.

[4] Angesprochen ist hier jede Art der Abtrennung von Extremitäten und Gliedern der Extremitäten, also beispielsweise auch die chirurgische Entfernung des großen Zehs.

Indikator 1.1 Erhaltene Mobilität (Risikogruppe 1)

Kurzbezeichnung	Erhaltene Mobilität bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
Definition	Anteil der Bewohner dieser Risikogruppe, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Von einem Erhalt der Mobilität wird ausgegangen, wenn sich der Punktwert im NBA-Modul 1 verringert, gleich bleibt oder um maximal einen Punkt erhöht.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die keine oder geringe kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	s.o. im Text Summerscore im NBA-Modul 1 lag bei der vorangegangenen Ergebniserfassung > 12

Indikator 1.2 Erhaltene Mobilität (Risikogruppe 2)

Kurzbezeichnung	Erhaltene Mobilität bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen
Definition	Anteil der Bewohner dieser Risikogruppe, bei denen sich die Mobilität innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Von einem Erhalt der Mobilität wird ausgegangen, wenn sich der Punktwert im NBA-Modul 1 verringert, gleich bleibt oder um maximal einen Punkt erhöht.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	s.o. im Text Summerscore im NBA-Modul 1 lag bei der vorangegangenen Ergebniserfassung > 12

Indikator 1.3 Erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen (Risikogruppe 1)

Kurzbezeichnung	Erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die keine oder geringe kognitive Einbußen aufweisen
Definition	Anteil der Bewohnerdieser Risikogruppe, bei denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Von einem Erhalt der Selbständigkeit wird ausgegangen, wenn sich der Punktwert im NBA-Modul 4 verringert, gleich bleibt oder um maximal drei Punkte erhöht.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die keine oder geringe kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	s.o. im Text Summerscore im NBA-Modul 4 lag bei der vorangegangenen Ergebniserfassung > 40

Indikator 1.4 Erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen (Risikogruppe 2)

Kurzbezeichnung	Erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
Definition	Anteil der Bewohnerdieser Risikogruppe, bei denen sich die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten verbessert oder nicht verschlechtert hat. Von einem Erhalt der Selbständigkeit wird ausgegangen, wenn sich der Punktwert im NBA-Modul 4 verringert, gleich bleibt oder um maximal drei Punkte erhöht.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	s.o. im Text Summerscore im NBA-Modul 4 lag bei der vorangegangenen Ergebniserfassung > 40

Indikator 1.5 Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Kurzbezeichnung	Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
Definition	Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit in diesem Bereich innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nicht verschlechtert bzw. verbessert hat. Von einem Erhalt der Selbständigkeit wird ausgegangen, wenn sich der Punktwert im NBA-Modul 6 verringert, gleich bleibt oder um maximal einen Punkt erhöht.
Gruppenbildung	---
Ausgeschlossene Bewohner	s.o. im Text. Summerscore im NBA-Modul 6 lag bei der vorangegangenen Ergebniserfassung > 15. Außerdem bleiben auch Bewohner mit schwersten Beeinträchtigungen im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten ausgeschlossen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2).

Qualitätsbereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen

Indikator 2.1: Dekubitusentstehung (Risikogruppe 1)

Kurzbezeichnung	Dekubitusentstehung bei Bewohnern, die in liegender Position keine oder nur geringe Einbußen der Mobilität aufweisen
Definition	Anteil der Bewohner, die innerhalb der letzten sechs Monate in der Einrichtung einen Dekubitus 2. bis 4. Grades entwickelt haben
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die beim Positionswechsel im Bett selbständig oder überwiegend selbständig sind (Merkmal 1 im NBA-Modul 1)
Ausgeschlossene Bewohner	---

Indikator 2.2: Dekubitusentstehung (Risikogruppe 2)

Kurzbezeichnung	Dekubitusentstehung bei Bewohnern, die in liegender Position starke Einbußen der Mobilität aufweisen
Definition	Anteil der Bewohner, die innerhalb der letzten sechs Monate in der Einrichtung einen Dekubitus 2. bis 4. Grades entwickelt haben
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die beim Positionswechsel im Bett überwiegend unselbständig oder unselbständig sind (Merkmal 1 im NBA-Modul 1)
Ausgeschlossene Bewohner	---

Indikator 2.3: Stürze mit gravierenden Folgen (Risikogruppe 1)

Kurzbezeichnung	Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
Definition	Anteil der Bewohner, bei denen es in den vergangenen sechs Monaten in der Einrichtung zu einem Sturz mit gravierenden körperlichen Folgen gekommen ist. Hierzu zählen Frakturen, ärztlich behandlungsbedürftige Wunden, erhöhter Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen oder erhöhter Hilfebedarf bei der Mobilität. Von einem erhöhten Hilfebedarf ist nur dann auszugehen, wenn durch die sturzbedingte zusätzliche körperliche Beeinträchtigung eine Anpassung der Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation erforderlich wurde.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die keine oder geringe kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die beim Positionswechsel im Bett gänzlich unselbständig sind (Merkmal 1 im NBA-Modul 1).

Indikator 2.4: Stürze mit gravierenden Folgen (Risikogruppe 2)

Kurzbezeichnung	Stürze mit gravierenden Folgen bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
Definition	Anteil der Bewohner, bei denen es in den vergangenen sechs Monaten in der Einrichtung zu einem Sturz mit gravierenden körperlichen Folgen gekommen ist. Hierzu zählen Frakturen, ärztlich behandlungsbedürftige Wunden, erhöhter Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen oder erhöhter Hilfebedarf bei der Mobilität. Von einem erhöhten Hilfebedarf ist nur dann auszugehen, wenn durch die sturzbedingte zusätzliche körperliche Beeinträchtigung eine Anpassung der Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation erforderlich wurde.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die beim Positionswechsel im Bett gänzlich unselbständig sind (Merkmal 1 im NBA-Modul 1).

Indikator 2.5: Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (Risikogruppe 1)

Kurzbezeichnung	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
Definition	Anteil der Bewohner mit einer nicht intendierten Gewichtsabnahme von mehr als 10% ihres Körpergewichtes in den vergangenen sechs Monaten.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die keine oder geringe kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die eines der folgenden Merkmale aufweisen: • Bösartige Tumorerkrankung • Amputation von Gliedmaßen bzw. Teilen von Gliedmaßen • Gewichtsverlust durch medikamentöse Ausschwemmung (ärztlich verordnete Diurese) • Gewichtsverlust aufgrund ärztlich angeordneter oder ärztlich genehmigter Diät • Mindestens 10% Gewichtsverlust während eines Krankenhausaufenthalts • Bewohner wird aufgrund einer Entscheidung des Arztes oder der Angehörigen oder eines Betreuers nicht mehr gewogen • Bewohner möchte nicht gewogen werden Dokumentationsnachweis erforderlich).

Indikator 2.6: Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (Risikogruppe 2)

Kurzbezeichnung	Unbeabsichtigter Gewichtsverlust bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
Definition	Anteil der Bewohner mit einer nicht intendierten Gewichtsabnahme von mehr als 10% ihres Körpergewichtes in den vergangenen sechs Monaten.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die eines der folgenden Merkmale aufweisen: • Bösartige Tumorerkrankung • Amputation von Gliedmaßen bzw. Teilen von Gliedmaßen • Gewichtsverlust durch medikamentöse Ausschwemmung (ärztlich verordnete Diurese) • Gewichtsverlust aufgrund ärztlich angeordneter oder ärztlich genehmigter Diät • Mindestens 10% Gewichtsverlust während eines Krankenhausaufenthalts • Bewohner wird aufgrund einer Entscheidung des Arztes oder der Angehörigen oder eines Betreuers nicht mehr gewogen • Bewohner möchte nicht gewogen werden Dokumentationsnachweis erforderlich).

Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen

Indikator 3.1 Integrationsgespräch nach dem Heimeinzug

Kurzbezeichnung	Integrationsgespräch für Bewohner nach dem Heimeinzug
Definition	Anteil der in den letzten sechs Monaten eingezogenen Bewohner, bei denen frühestens nach 7 Tagen und spätestens nach acht Wochen nach dem Heimeinzug ein Integrationsgespräch durchgeführt, ausgewertet und dokumentiert wurde. Ein Integrationsgespräch wird mit dem Bewohner und/oder ggf. dessen Angehörigen oder anderen Bezugspersonen geführt. Einbezogen werden auch Bewohner, die ohne Unterbrechung direkt aus der Kurzzeit- in die Langzeitpflege wechseln. Die zeitlichen Fristen werden entsprechend angepasst.
Gruppenbildung	---
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die schon länger als sechs Monate in der Einrichtung leben. Kognitiv beeinträchtigte Bewohner, für die keine Bezugspersonen verfügbar sind. Bewohner, die innerhalb der ersten acht Wochen nach dem Einzug in einem Krankenhaus behandelt wurden.

Indikator 3.2 Anwendung von Gurten bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern

Kurzbezeichnung	Anwendung von Gurten bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern
Definition	Anteil der Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen, bei denen in einem Zeitraum von vier Wochen vor dem Erhebungstag Gurtfixierungen angewendet wurden.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	---

Indikator 3.3 Anwendung von Bettseitenteilen bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern

Kurzbezeichnung	Anwendung von Bettseitenteilen bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern
Definition	Anteil der Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen, bei denen in einem Zeitraum von vier Wochen vor dem Erhebungstag durchgehende Bettseitenteile angewendet wurden.
Gruppenbildung	In die Berechnung werden Bewohner einbezogen, die mindestens erhebliche kognitive Beeinträchtigungen (gemäß Wertung des NBA-Moduls 2) aufweisen.
Ausgeschlossene Bewohner	---

Indikator 3.4 Aktualität der Schmerzeinschätzung

Kurzbezeichnung	Aktualität der Schmerzeinschätzung
Definition	Anteil der Bewohner mit bestehender Schmerzsymptomatik, für die eine Schmerzeinschätzung vorliegt, die nicht älter als 3 Monate ist, und für die mindestens Angaben zur Schmerzintensität und zur Schmerzlokalisation vorliegen.
Gruppenbildung	---
Ausgeschlossene Bewohner	Bewohner, die aufgrund einer Schmerzmedikation zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung schmerzfrei sind.

2. Standardisierung und Bewertung der Kennzahlen (Modell der Stratifizierung)

Die Bewertung der Kennzahlen, d.h. die Zuordnung einer Qualitätsbewertung zu einer Kennzahl erfolgt mit Hilfe von Referenzwerten (s. folgendes Kapitel) und einer fünfstufigen Systematik. Diese Systematik formuliert eine Qualitätsbeurteilung unter Bezugnahme auf den Durchschnitt der Versorgung und anhand eines Punktesystems:

Ergebnisqualität liegt weit über dem Durchschnitt:	●●●●●
Ergebnisqualität liegt leicht über dem Durchschnitt:	●●●●○
Ergebnisqualität liegt nahe beim Durchschnitt:	●●●○○
Ergebnisqualität liegt leicht unter dem Durchschnitt:	●●○○○
Ergebnisqualität liegt weit unter dem Durchschnitt:	●○○○○

Bei Indikatoren, bei denen lediglich bei einem einzelnen Bewohner ein negatives Ergebnis aufgetreten ist, erfolgt nur dann eine Bewertung, wenn das Ergebnis dennoch positiv ausfällt. Anderenfalls findet sich der Hinweis „Einzelfall“. Es gilt der Grundsatz, dass eine Einrichtung aufgrund eines Einzelfalls weder negativ noch als „durchschnittlich“ bewertet werden darf.

Um Abweichungen aufgrund unterschiedlicher zeitlicher Abstände zwischen den Ergebniserfassungen zu neutralisieren, werden die Kennzahlen zum Teil standardisiert, also so angepasst, dass der für 6 Monate erwartbare Anteilswert ausgewiesen wird, auch wenn der Abstand im Einzelfall lediglich bei 5,5 Monaten lag. Die Standardisierung erfolgt je nach Bereich nach einer eigenen Formel:

Qualitätsbereich 1: Standardisierte Kennzahl = 100 – (100 – x) * 183 / Zeitabstand

Qualitätsbereich 2: Standardisierte Kennzahl = x * 183 / Zeitabstand

wobei:

X = errechnete Kennzahl

Zeitabstand = Mittlerer Zeitabstand zwischen dem aktuellen und dem vorherigen Erfassungszeitpunkt in Tagen.

Wenn während eines Beobachtungszeitraums von fünf Monaten eine Rate für den Mobilitätserhalt von 50 % ermittelt wurde, so wird angenommen, dass die Rate über einen Zeitraum von sechs Monaten bei 40 % liegt. Denn anhand der vorliegenden Daten lässt sich nachweisen, dass im Durchschnitt pro Monat 10 % der Bewohner signifikant an Mobilität einbüßen.

Wichtig: Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung ist im Text und auch in tabellarischen Darstellungen von einem sechsmonatigen Abstand die Rede. Gemeint ist aber immer der konkrete Abstand zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten, der leicht variieren kann.

Kennzahlen für eine Einrichtung werden nur dann ausgewiesen, wenn die Bewohnergruppe, auf die sich die Bewertung bezieht, eine bestimmte Größe nicht unterschreitet. Dabei gilt:

Qualitätsbereich 1:	Mindestgröße = 10 Personen
Qualitätsbereich 2:	Mindestgröße = 5 Personen
Indikator 3.1:	Mindestgröße = 4 Personen
Indikatoren 3.2 – 3.4:	Mindestgröße = 5 Personen.

3. Referenz- und Schwellenwerte

Eine Qualitätsbeurteilung mit Hilfe von Kennzahlen erfolgt immer mit Bezug auf bestimmte Referenzwerte, die im Regelfall empirisch hergeleitet werden[5] und sich am rechnerischen Durchschnitt orientieren, der sich aus der Gesamtheit der einbezogenen Einrichtungen ergibt. Die Abweichung vom Referenzwert stellt das entscheidende Kriterium dar, das zu einer Qualitätsbeurteilung führt. Die Verfügbarkeit der Referenzwerte ist insofern eine wichtige Voraussetzung für die Funktionalität des Systems.

Referenzwerte sind daher in regelmäßigen, aber längeren Abständen zu prüfen und ggf. anzupassen. Nach den bisherigen Erfahrungen genügt es, die Referenzwerte im Abstand von drei bis vier Jahren zu aktualisieren.

Referenzwerte sind die zentralen Bezugspunkte der Qualitätsbeurteilung mit Hilfe der Indikatoren. Davon unterschieden werden die sogenannten Schwellenwerte, von denen letztlich abhängt, wie die konkrete Qualitätsbeurteilung ausfällt. Die Schwellenwerte geben an, wie groß der Sprung zur nächst höheren oder nächst niedrigeren Qualitätsbeurteilung ausfällt.

[5] Eine Alternative zur empirischen Herleitung der Referenzwerte wäre eine normative Bestimmung dieses Bezugspunktes. Theoretisch denkbar wäre es beispielsweise, dass ein Kreis von erfahrenen Experten anhand der verfügbaren Forschungsergebnisse einen gemeinsamen Referenzwert empfiehlt und dieser durch den Qualitätsausschuss oder eine andere hierzu autorisierte Instanz verbindlich festgelegt wird. Normativ bestimmte Referenzwerte könnten sogar als Orientierung für gemeinsame, nationale Ziele der Qualitätsentwicklung genutzt werden. Für den Übergang in das neue System der Qualitätsbewertung wird eine Festlegung von normativ bestimmten Referenzwerten nicht empfohlen.

Diese Schwellenwerte können nach verschiedenen Regeln festgelegt werden. Es ist z.B. möglich, sie rein rechnerisch zu bestimmen (z.B. durch Ermittlung von Quintilen). Eine Alternative bestünde darin, Schwellenwerte durch normative Setzungen zu definieren. Für den vorliegenden Ansatz wird empfohlen, zunächst eine rein rechnerische Definition der Schwellenwerte vorzunehmen und später, wenn mehr Erfahrung mit dem System vorliegt, die Tragfähigkeit alternativer Festlegungen zu prüfen.

Für den Einstieg in das System werden Schwellenwerte unmittelbar benötigt, also bereits zu einem Zeitpunkt, zu dem noch keine Daten aus bundesweiten Ergebniserfassungen vorliegen. Als erste, vorläufige Lösung können die Referenz- und Schwellenwerte verwendet werden, die derzeit in den vom IPW begleiteten Projekten genutzt werden:

Indikator	**Referenzwert (Durchschnitt)**	**Schwellenwerte für die fünfstufige Bewertung**			
		a)	b)	c)	d)
1.1	88,4 %	80,497	85,754	91,011	96,268
1.2	69,4 %	58,623	65,776	72,929	80,082
1.3	83,8 %	75,278	80,970	86,662	92,354
1.4	57,9 %	45,440	53,719	61,998	70,277
1.5	74,8 %	64,030	71,198	78,366	85,534
2.1	1,6 %	3,091	2,091	1,091	0,091
2.2	8,4 %	16,083	10,955	5,827	2,914
2.3	6,9 %	11,089	8,312	5,535	2,758
2.4	12,9 %	18,464	14,768	11,072	7,376
2.5	2,1 %	3,562	2,562	1,562	0,562
2.6	4,9 %	9,103	6,325	3,547	0,769
3.1	50,7 %	20,659	40,659	60,659	80,659
3.2	2,8 %	5,210	3,623	2,036	0,449
3.3	18,7 %	32,311	23,222	14,133	5,044
3.4	79,0 %	63,965	73,966	83,967	93,968
Interpretationshilfe: Spalte a) beinhaltet den unteren Schwellenwert, also den Wert, unterhalb dessen die Qualitätsbewertung „weit unter dem Durchschnitt“ zugewiesen wird. Beim Indikator 1.1 liegt der Wert bei 80,497. Die Qualitätsbewertung „leicht unter dem Durchschnitt“ ergibt sich bei Werten zwischen 80,497 und 85,754 (Spalten a) und b)).					

Für die erste Zeit nach der Einführung des neuen Systems ist es sehr empfehlenswert, die Entwicklung der Ergebnisse im Bundesmaßstab stetig zu beobachten und die Tragfähigkeit dieser Referenz- und Schwellenwerte zu überprüfen.

4. Ergebniserfassung

Stationäre Pflegeeinrichtungen führen nach einem vorgegebenen Regelwerk im Abstand von sechs Monaten eine Ergebniserfassung für die Bewohner der Einrichtung durch. Die Ergebniserfassung beinhaltet zum einen die Zusammenstellung von Informationen, die Bestandteil der routinemäßigen Pflegedokumentation oder anderer Dokumentationen sind, die die Einrichtung vorhält (beispielsweise Informationen über Krankenhausaufenthalte, Sturzprotokolle, Angaben zur Entstehung einer Wunde, Gewichtsverlauf usw.). Sie umfasst zum anderen die Beurteilung ausgewählter Fähigkeiten oder ausgewählter Merkmale der Pflegebedürftigkeit (beispielsweise eine Beurteilung der Mobilität oder der kognitiven Fähigkeiten). Eine differenzierte Beschreibung der Variablen findet sich im Abschnitt 8 der vorliegenden Verfahrensbeschreibung.

Instrumentarium für die Ergebniserfassung

Die Ergebniserfassung erfolgt in einer EDV-gestützten Form (z.B. online-Eingabe oder gesonderte Software-Lösung). Die Einrichtungen verfügen über ein Manual mit inhaltlichen und methodischen Erläuterungen, das den Umgang mit dem Instrument bzw. die einzelnen Merkmale und die Merkmalsausprägungen erläutert (s.u. Abschnitt 9).

Ein weiteres wichtiges Instrument stellt der *Erhebungsreport* dar. Hierbei handelt es sich um ein Dokument, das vorrangig der internen Steuerung der Ergebniserfassung dient, aber auch für die externen Prüfungen eine wichtige Funktion hat. In diesem Erhebungsreport befindet sich eine sogenannte Codierliste, die eine Zuordnung von Bewohnernamen und individuellen Bewohnercodes bzw. Pseudonymen enthält. Im Rahmen der externen Prüfungen dient diese Liste

- der Identifizierung von sechs Bewohnern, für deren Aufnahme in die Stichprobe von der Datenauswertungsstelle die betreffenden Bewohnercodes übermittelt wurden.
- der Identifizierung von drei weiteren Bewohnern, deren Pseudonym bei der Datenauswertungsstelle noch nicht verzeichnet ist, weil sie erst innerhalb des letzten halben Jahres neu eingezogen sind oder weil sie aus anderen Gründen noch nicht in den Datensatz für die Einrichtung aufgenommen wurden (z.B. Kurzzeitpflegegast).

In dieser Liste sind sämtliche Bewohner verzeichnet, die zu einem definierten Stichtag in der Einrichtung leben. Für diese Bewohner wird angegeben, ob sie in die Ergebniserfassung einbezogen wurden oder nicht. Bei Nichteinbeziehung wird der hierfür ausschlaggebende Grund benannt. Dies gilt auch für Bewohner, die bei der Ergebniserfassung vor sechs Monaten teilgenommen haben, zum Stichtag aber nicht mehr in der Einrichtung leben.

Der Erhebungsreport ist insofern auch ein wichtiges Protokoll, das über die Durchführung der Ergebniserfassung und die Einbeziehung der Bewohner Auskunft gibt. Er wird bei jeder Ergebniserfassung

fortgeschrieben. Insbesondere die Codierliste wird zu jedem Erhebungszeitpunkt, also im Abstand von sechs Monaten, fortlaufend ergänzt.

Personelle Zuständigkeit

Die Ergebniserfassung sollte durch Mitarbeiter erfolgen, die die betreffenden Bewohner gut kennen. Damit werden die fachlichen Einschätzungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten, ebenso wie die Extraktion vorhandener Informationen aus der Pflegedokumentation, wesentlich erleichtert. Im Idealfall nehmen die Bezugspflegenden, die die Verantwortung für die Steuerung des Pflegeprozesses beim betreffenden Bewohner haben, oder die Wohnbereichsleitungen die Ergebniserfassung vor. Sie kann losgelöst von anderen Arbeiten durchgeführt oder aber in vorhandene Abläufe integriert werden. Ein Beispiel für eine solche Integration ist die Durchführung von Pflegevisiten anhand der vorgegebenen Merkmale. Die Erfassung kann aber auch im Zusammenhang mit der regelmäßig stattfindenden Überprüfung der individuellen Maßnahmen erfolgen, bei der ohnehin zu beurteilen ist, ob die aktuellen pflegerischen Hilfen dem individuellen Bedarf des Bewohners noch entsprechen und inwieweit gesundheitliche Veränderungen oder eine veränderte Risikokonstellation eine Anpassung der Maßnahmenplanung erforderlich machen.

Ein- und Ausschlusskriterien

Die indikatorengestützte Qualitätsbeurteilung einer Einrichtung kann nicht auf der Grundlage einer Stichprobe erfolgen. Es erfolgt daher eine Vollerhebung, d.h. die Einbeziehung aller Bewohner. Allerdings sind aus methodischen, zum Teil aber auch aus ethischen Gründen Ein- und Ausschlusskriterien vorgesehen. So werden beispielsweise Bewohner, die sich während der Ergebniserfassung in der Sterbephase befinden, nicht einbezogen. Auch Bewohner, deren Einzugsdatum erst kurze Zeit zurückliegt, werden nicht einbezogen. Gleiches gilt für Bewohner, die sich seit längerem in einer Krankenhausbehandlung befinden.

Die Auswahl der Bewohner erfolgt unter Bezugnahme auf einen definierten Stichtag, der der 1. oder der 15. Tag eines Monats sein sollte (z.B. 1. März). Für alle Bewohner, die am definierten Stichtag in der Einrichtung leben, wird überprüft, ob die im Folgenden genannten Ausschlusskriterien zutreffen. Bewohner beispielsweise, die zwei Monate nach der letzten, vor einem halben Jahr durchgeführten Ergebniserfassung aus der Einrichtung ausgezogen sind, werden nicht in die Kennzahlberechnungen einbezogen. Unter diesen Voraussetzungen sind folgende Ausschlusskriterien zu beachten:

- Einzugsdatum liegt weniger als 14 Tage vor dem Stichtag.
- Bewohner ist Kurzzeitpflegegast.
- Bewohner befindet sich in der Sterbephase.
- Bewohner hält sich seit mindestens 21 Tagen vor dem Stichtag nicht mehr in der Einrichtung auf (z.B. wegen einer Krankenhausbehandlung oder eines längeren Urlaubs mit Angehörigen).

Für Bewohner, die zum Stichtag in der Einrichtung leben, aber eines der Ausschlusskriterien erfüllen, wird keine Ergebniserfassung durchgeführt. Sie werden allerdings unter Nennung des zutreffenden Ausschlusskriteriums im *Erhebungsreport* aufgeführt, sodass nachvollziehbar ist, wie viele Bewohner ausgeschlossen wurden und aus welchem Grund dies geschah.

Erfassungszeitpunkte

In welchem Kalendermonat die Daten erhoben werden, ist aus methodischer Sicht unerheblich. Entscheidend ist allerdings, dass die Ergebniserfassung in einem regelmäßigen Abstand von sechs Monaten stattfindet. Dieser Abstand ist besonders wichtig, weil Versorgungsergebnisse in diesem Zeitraum erfasst werden und weil der zeitliche Abstand später für die Kennzahlenvergleiche mit anderen Einrichtungen den zeitlichen Bezugsrahmen definiert. Es kann allerdings dazu kommen, dass aus organisatorischen Gründen zeitliche Verschiebungen stattfinden. Die personelle Situation in vielen Einrichtungen ist stark angespannt, sodass die Erkrankung mehrerer Mitarbeiter zum gleichen Zeitpunkt zu einer Situation führt, in der neben der Aufrechterhaltung der Bewohnerversorgung keine anderen größeren Arbeiten erledigt werden können. Es ist daher davon auszugehen, dass der sechsmonatige Erhebungszeitraum nicht immer eingehalten werden kann. Für den Regelbetrieb ist es daher empfehlenswert, Unterschiede im zeitlichen Abstand bei der statistischen Auswertung der Ergebniserfassung zu berücksichtigen, d.h. die Kennzahlen auf eine Beobachtungsdauer von sechs Monaten zu standardisieren. So können Unterschiede von mehreren Wochen zwischen verschiedenen Einrichtungen kompensiert werden (s.o. Abschnitt 2. „Standardisierung und Bewertung der Kennzahlen“).

Hingegen ist es – einen Sechs-Monate-Rhythmus vorausgesetzt – nach dem aktuellen Wissensstand unerheblich, in welchen Kalendermonaten die Erhebungen stattfinden. Zu berücksichtigen sind allerdings bestimmte jahreszeitliche Einflüsse, die dazu führen, dass sich nicht alle Monate gleich gut für eine Indikatorenerfassung anbieten. Der Monat Dezember beispielsweise dürfte aufgrund des bevorstehenden Weihnachtsfests für fast alle Einrichtungen ein ungeeigneter Monat sein, wodurch auch der nach sechs Monaten folgende Juni praktisch als Zeitpunkt ausfällt. Erfahrungsgemäß gute Bedingungen für die Ergebniserfassung bieten die Monate März und September. Um im Hinblick auf die Verknüpfung des Indikatorenansatzes mit den externen Prüfungen und aus Gründen der Auslastung der Datenauswertungsstelle eine gewisse Gleichmäßigkeit sicherzustellen, sollten die Einrichtungen begrenzte Wahlmöglichkeiten haben, sodass ausgeschlossen ist, dass sich die Ergebniserfassungen übermäßig stark auf die Monate März und September konzentrieren.

Um ausreichende Transparenz der Anforderungen zu gewährleisten, ist es empfehlenswert, unabhängig von der Flexibilität bei der Wahl des Erhebungsmonats festzulegen, dass die Ergebniserfassung innerhalb einer Frist von maximal zwei Wochen nach einem Stichtag abgeschlossen sein muss. Wird also der Stichtag 1. März gewählt, so sollte die Erhebung am 15. März abgeschlossen sein. Wird als Stichtag der 15. eines Monats gewählt, so wird von da an ein zwei Wochen umfassender Abstand

kalkuliert. Es wäre theoretisch möglich, auch den Stichtag durch die Einrichtungen festlegen zu lassen. Um möglichst klare Strukturen zu etablieren, wäre aber eine externe Festlegung der Stichtage empfehlenswert.

5. Datenübermittlung

Die Einrichtung übermittelt die Daten aus der Ergebniserfassung an die Datenauswertungsstelle. Es ist allerdings dafür Sorge zu tragen, dass die Informationen aus der Ergebniserfassung in den Einrichtungen selbst ebenfalls vorliegen müssen, und zwar in einer Form, mit denen die Informationen trotz Pseudonymisierung dem betreffenden Bewohner zugeordnet werden können. Zum einen dient die individuelle Datensammlung als Informationsgrundlage, die bei den Plausibilitätskontrollen durch die externen Prüfdienste benötigt werden. Da nicht bekannt ist, wie bald nach der Ergebniserfassung eine externe Prüfung mit der Plausibilitätskontrolle stattfindet, sollten die bewohnerbezogenen Erhebungsbogen möglichst umgehend vorliegen und nicht erst nach einer längeren Phase der Auswertung den Einrichtungen zugänglich gemacht werden.

Ein weiterer Grund besteht darin, dass die Einrichtungen die Ergebniserfassung auch im Rahmen ihres internen Qualitätsmanagement nutzen können sollten. Hierzu müssen die Informationen aber möglichst zeitnah intern verfügbar sein. Sofern gesonderte Softwarelösungen verwendet werden, um die bei der Ergebniserfassung generierten Daten zu speichern und zu übermitteln, wären die Daten in der Einrichtung direkt verfügbar. Im Falle der online-Erfassung, die als Option für die Einführung des Systems erst einmal wahrscheinlicher ist als eine Softwarelösung, bedarf es eines entsprechend ausgestatteten technischen Moduls, das es gestattet, die eingegebenen Daten direkt nach der Eingabe wieder abzurufen und für interne Zwecke bzw. für den Fall einer externen Qualitätsprüfung zu nutzen.

6. Plausibilitätskontrolle

Sollen Versorgungsergebnisse, die von der Einrichtung und ihren Mitarbeitern selbst erfasst wurden, für die Berechnung öffentlich verfügbarer Qualitätskennzahlen verwendet werden, so ist eine externe Prüfung der Datenqualität erforderlich. Hierzu dienen die sogenannten Plausibilitätskontrollen, mit denen geprüft wird, ob die auf einen bestimmten Bewohner bezogenen Daten in sich schlüssig sind und den Tatsachen entsprechen. Dabei werden zwei methodisch, inhaltlich und auch organisatorisch unterschiedliche Formen der Plausibilitätskontrolle unterschieden: eine statistische Plausibilitätskontrolle, die in der Datenauswertungsstelle durchgeführt wird, und eine Plausibilitätskontrolle durch die Prüfdienste, die während des Prüfbesuchs stattfindet. Beide Verfahren zusammen genommen stellen eine gute Basis dar, um methodische oder fachliche Schwächen bei der Ergebniserfassung, aber auch etwaige Manipulationsversuche aufzudecken.

6.1 Statistische Plausibilitätskontrolle durch die Datenauswertungsstelle

Die datentechnische („statistische“) Plausibilitätskontrolle wird routinemäßig nach der Übermittlung der vollständigen Daten aus der Ergebniserfassung an die Datenauswertungsstelle durchgeführt. Das Ergebnis dieser Plausibilitätskontrolle liegt also schon vor, wenn später die externe Prüfung stattfinden soll.

Es wird geprüft, ob die Angaben der Einrichtung zu einem Bewohner in sich stimmig sind. So ist es beispielsweise unwahrscheinlich, dass ein Bewohner, der mit nur wenig Unterstützung Treppen steigen kann, in liegender Position erheblich in der Bewegung eingeschränkt ist. Ebenso wenig plausibel ist es, dass eine größere Zahl Bewohner keinerlei Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens aufweist, aber räumlich desorientiert ist. Auf ähnliche Art und Weise werden verschiedene Angaben teils fallbezogen, teils bezogen auf die Bewohnerschaft insgesamt überprüft.

Die datentechnische Plausibilitätskontrolle umfasst auch die Überprüfung der Frage, ob alte Daten (aus der letzten Ergebniserfassung) unverändert übernommen worden sind. Dies betrifft den Bereich der Beurteilung von Selbstständigkeit und der kognitiven Fähigkeiten.

Im Ergebnis lässt sich feststellen, ob eine Einrichtung in bestimmten Bereichen der Ergebniserfassung (z. B. im Bereich der Mobilität) systematische Auffälligkeiten zeigt, die Hinweise auf methodische Schwächen geben. Entsprechende Hinweise würden als Vorinformation an den Prüfdienst übermittelt. Es ist vorstellbar, dass auf der Grundlage etwas umfangreicherer Erfahrungen mit der Plausibilitätskontrolle keine gesonderte Prüfung der Ergebniserfassung in der Einrichtung erforderlich ist, wenn die statistische Überprüfung hinreichend aussagekräftig ist. Nach der Einführung des neuen Systems sollte eine solche Verschlankung jedoch nicht unmittelbar erfolgen.

Folgende Auswertungsprozeduren werden für die datentechnische Plausibilitätskontrolle empfohlen:

- Überprüfung der unreflektierten Übernahme vorheriger Ergebnisse bei der Einschätzung
  - der Selbständigkeit im Bereich der Mobilität
  - der kognitiven Fähigkeiten
  - der Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung
  - der Selbständigkeit im Bereich des Alltagslebens und der sozialen Kontakte.

- Überprüfung auf innere Widersprüche der Angaben in den Bereichen Mobilität, kognitive/kommunikative Fähigkeiten, Selbstversorgung, Alltagsleben und soziale Kontakte

- Überprüfung der Datumsangaben (Relevanz für den Beobachtungszeitraum)

- Überprüfung der Angaben zu Krankenhausaufenthalten, die bei einigen Indikatoren eine wichtige Funktion für die Gruppenbildung haben.

Es wird empfohlen, die Ergebniserfassung als „nicht plausibel“ einzustufen, wenn bei mehr als 25% der Bewohner, für die eine Ergebniserfassung durchgeführt wurde, eine Auffälligkeit im Sinne der oben genannten Punkte feststellbar ist. Auch dies ist eine vorläufige Festlegung, die später, nach näheren Analysen des von der Datenauswertungsstelle verwalteten Datenbestandes, durch andere Lösungen ersetzt werden könnte. Es ist empfehlenswert, dass die Datenauswertungsstelle mit dem Ziel, die Treffsicherheit der statistischen Plausibilitätskontrolle zu erhöhen, im Zeitverlauf und auf der Grundlage der Ergebniserfassungen im Regelbetrieb systematische Analysen des Datenbestandes vornimmt, mit denen relevante Auffälligkeiten identifiziert werden.

Nachfolgend werden die Auswertungsprozeduren beschrieben, mit denen eine statistische Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung der Einrichtungen erfolgen kann.

A) Überprüfung der Übernahme vorheriger Einschätzungsergebnisse

Einschätzung der Mobilität
(Modul 1 des NBA; Variablenbezeichnungen entsprechen der Reihenfolge der Variablen im Originalinstrument: m1, m2 … m5)
Fallauswahl für die Plausibilitätskontrolle:
Modulscore>2 UND Modulscore<11
Bedingung zur Identifizierung von Auffälligkeiten:
Die Ausprägung der Variablen m1 bis m5 in der aktuellen Erhebung entspricht der jeweiligen Ausprägung der Variablen m1 bis m5 in der Ergebniserfassung vor sechs Monaten.

Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten
(Modul 2 des NBA; Variablenbezeichnungen entsprechen der Reihenfolge der Variablen im Originalinstrument: k1, k2 … k11)
Fallauswahl für die Plausibilitätskontrolle:
Modulscore>3 UND Modulscore<26
Bedingung zur Identifizierung von Auffälligkeiten:
Die Ausprägung der Variablen k1 bis k8 in der aktuellen Erhebung entspricht der jeweiligen Ausprägung der Variablen k1 bis k8 in der Ergebniserfassung vor sechs Monaten.

Einschätzung der Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung
(Modul 4 des NBA; Variablenbezeichnungen entsprechen der Reihenfolge der Variablen im Originalinstrument: sv1, sv2 … sv12)
Fallauswahl für die Plausibilitätskontrolle:
Modulscore>4 UND Modulscore<31
Bedingung zur Identifizierung von Auffälligkeiten:
Die Ausprägung der Variablen sv1 bis sv10 in der aktuellen Erhebung entspricht der Ausprägung der Variablen sv1 bis sv10 in der Ergebniserfassung vor sechs Monaten.

Einschätzung der Selbständigkeit im Bereich Alltagsleben/soziale Kontakte
(Modul 6 des NBA; Variablenbezeichnungen entsprechen der Reihenfolge der Variablen im Originalinstrument: a1, a2 … a6)
Fallauswahl für die Plausibilitätskontrolle:
Modulscore>3 UND Modulscore<16
Bedingung zur Identifizierung von Auffälligkeiten:
Die Ausprägung der Variablen a1 bis a6 in der aktuellen Erhebung entspricht der Ausprägung der Variablen a1 bis a6 in der Ergebniserfassung vor sechs Monaten.

B) Überprüfung auf möglich Widersprüche in den Angaben zu einzelnen Sachverhalten

Einschätzung der Mobilität
(Modul 1 des NBA; Variablenbezeichnungen entsprechen der Reihenfolge der Variablen im Originalinstrument: m1, m2 … m5)
Fallauswahl für die Plausibilitätskontrolle:
/
Bedingungen zur Identifizierung von Auffälligkeiten:
(m1>1 ODER m2>1) UND (m4<2 ODER m5<2) m3>1 UND m5<2

Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten
(Modul 2 des NBA; Variablenbezeichnungen entsprechen der Reihenfolge der Variablen im Originalinstrument: k1, k2 … k11)
Fallauswahl für die Plausibilitätskontrolle:
/
Bedingungen zur Identifizierung von Auffälligkeiten:
k4>1 UND (k6<2 ODER k7<2) k4=0 UND (k1=3 ODER k2=2 ODER k3=3) k7=0 UND (k1>1 ODER k2>1 ODER k3>1)

Einschätzung der Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung
(Modul 4 des NBA; Variablenbezeichnungen entsprechen der Reihenfolge der Variablen im Originalinstrument: sv1, sv2 … sv12)
Fallauswahl für die Plausibilitätskontrolle:
/
Bedingungen zur Identifizierung von Auffälligkeiten:
sv4>1 UND (sv1=0 ODER sv2=0 ODER sv3=0) sv4=0 UND (sv1>1 ODER sv2>1 ODER sv3>1) sv5=0 UND (sv1>1 ODER sv2>1 ODER sv3>1) sv7=0 UND (sv1>1 ODER sv2>1 ODER sv3>1) sv7<2 UND sv8>1

Einschätzung der Selbständigkeit im Bereich Alltagsleben/soziale Kontakte
(Modul 6 des NBA; Variablenbezeichnungen entsprechen der Reihenfolge der Variablen im Originalinstrument: a1, a2 … a6)
Fallauswahl für die Plausibilitätskontrolle:
/
Bedingungen zur Identifizierung von Auffälligkeiten:
Scorewert k1..k11>4 UND Scorewert a1..a6<4 a4<a1 a3=0 UND a1>1

C) Überprüfung der Datumsangaben und der Angaben zu Krankenhausaufenthalten

Zu überprüfen ist hier, inwieweit die Datumsangaben zu Krankenhausaufenthalten, zur Dekubitusentstehung, zu gravierenden Krankheitsereignissen, zum Integrationsgespräch, zur Gewichtserfassung und zur Schmerzeinschätzung in Einklang stehen mit dem Erfassungszeitraum und den Angaben zum Heimeinzug.

6.2 Plausibilitätskontrolle durch die Prüfdienste

Im Rahmen der externen Prüfung erfolgt eine zweite, anders ausgerichtete Qualitätskontrolle. Dabei ist keine Vollerfassung notwendig. Zu diesem Zweck reicht vielmehr eine stichprobenartige Überprüfung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung bzw. den Prüfdienst der privaten Krankenversicherung.

Der Begriff *Plausibilitätskontrolle* wurde im Falle der externen Prüfungen deshalb gewählt, weil Teile der Sachverhalte, die im Rahmen der Datenkontrolle zu beurteilen sind, retrospektiv nicht bis in alle Einzelheiten hinein überprüfbar sind. Informationen zu Entstehung von Dekubitalulcera oder schweren Sturzverletzungen sind aufgrund der Dokumentationspflichten, die von den Einrichtungen bereits heute zu beachten sind, recht gut überprüfbar. Gleiches gilt für andere Feststellungen, beispielsweise im Zusammenhang mit Sturzverletzungen oder Gewichtsveränderungen des Bewohners. Ob jedoch eine fachliche Einschätzung der Selbstständigkeit oder bestimmter Fähigkeiten der Bewohner ihrem tatsächlichen Zustand zum Zeitpunkt der Einschätzung entspricht, lässt sich nicht unmittelbar aus einer Inaugenscheinnahme des Bewohners oder anderen Informationsquellen ableiten. Vielmehr ist es hierzu erforderlich, sich mit Hilfe der verfügbaren Informationen, die zur gesundheitlichen Entwicklung des Bewohners vorliegen, ein Gesamtbild zu machen und dann zu überprüfen, ob sich die Angaben aus der Ergebniserfassung in dieses Gesamtbild einpassen oder im Widerspruch dazu stehen.

Es ist grundsätzlich empfehlenswert, die Plausibilitätskontrolle in einem möglichst kurzen Zeitabstand nach der Ergebniserfassung durchzuführen. Dies kann zwar organisatorische Probleme aufwerfen, weil die terminliche Planung der Qualitätsprüfungen bereits unter den heutigen Rahmenbedingungen von zahlreichen Einflussfaktoren abhängt. Dennoch ist es empfehlenswert, anzustreben, einen Prüftermin innerhalb der Frist von maximal drei Monaten nach der Ergebniserfassung durchzuführen. Durch kürzere Zeitabstände verringert sich der Aufwand für die Prüfer. Die Anforderungen zur Beurteilung des Einzelfalls liegen dann weniger hoch als bei einem längeren Zeitabstand. Und schließlich erhöht sich auch die Sicherheit der Beurteilung der Plausibilität durch die Prüfer.

Die Plausibilitätskontrolle beruht auf einer Stichprobe von sechs Personen, für die eine Ergebniserfassung durchgeführt wurde[6]. Hinzu kommt die Überprüfung der sogenannten Codierliste, die wichtige Anhaltspunkte dafür gibt, inwieweit die Ergebniserfassung planvoll und vollständig erfolgte. Einzelheiten des Verfahrens der Plausibilitätskontrolle durch die Prüfdienste werden in der Verfahrensbeschreibung zu den Qualitätsprüfungen dargestellt.

[6] Sechs Personen ergeben sich aus der Konstruktion des Stichprobenverfahrens für die externen Prüfungen, wonach eine Teilstichprobe zunächst durch die Datenauswertungsstelle bestimmt wird.

7. Einrichtungsindividueller Beratungsauftrag

Das Gesamtkonzept sieht vor, dass anhand der Kennzahlen, die auf der Grundlage der von der Einrichtung durchgeführten Ergebniserfassung berechnet und bewertet werden, diejenigen Qualitätsaspekte identifiziert werden, die auf eine auffällig schlechte Ergebnisqualität hinweisen. Es wird empfohlen, standardmäßig für diejenigen Bereiche, die die Bewertung „weit unter dem Durchschnitt" erhielten, einen *einrichtungsindividuellen Beratungsauftrag* zu definieren, der vom Prüfdienst während des Einrichtungsbesuchs zu bearbeiten ist.

Wie in der Verfahrensbeschreibung für die externen Qualitätsprüfungen näher ausgeführt, erhalten die Prüfer vor ihrem Einrichtungsbesuch u.a. eine Übersicht der Ergebnisbeurteilungen, anhand derer sie die auffallend negativen Ergebnisbeurteilungen rasch identifizieren können. Eine formale Beauftragung des Prüfdienstes ist unter diesen Umständen nicht erforderlich.

Aufgabe des Prüfdienstes ist es dann, im Beratungsgespräch mit Vertretern der Einrichtung die Frage zu thematisieren, inwieweit bereits mögliche Ursachen identifiziert und Maßnahmen zur Verbesserung des Ergebnisses eingeleitet wurden. Auf dieser Grundlage sollten sich die Prüfdienste darum bemühen, bei Bedarf – d.h. in Situationen, in denen die Einrichtung noch keine Handlungsstrategien entwickelt hat – eine entsprechende Beratung zu leisten. Es bietet sich an, diesen Prozess in die Überprüfung des Qualitätsaspekts „Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten" zu integrieren.

8. Variablendefinitionen

Nachfolgend finden sich die Definitionen der Variablen zur Erfassung von Versorgungsergebnissen. Neben dem Inhalt und ggf. der Frageformulierung werden das Variablenformat, der Variablentyp und die jeweiligen Merkmalsausprägungen beschrieben.

Variablen zur Erfassung von Versorgungsergebnissen

Nr.	Inhalt / Frage	Fragentyp [Ausprägung]	Antwortvorgaben/Spezifikation
1	Einrichtungskennung	Eingabefeld [Zahl]	Ganze Zahlen
2	Wohnbereich	Eingabefeld [Text]	Buchstaben und Zahlen
3	Bewohner-Code/ Pseudonym	Eingabefeld [Text]	Buchstaben und Zahlen
4	Datum der Erhebung	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
5	Datum des Heimeinzugs: (Beginn der vollstationären Versorgung)	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
6	Geburtsmonat:	Eingabefeld [Zahl]	Format: MM maximale Länge: 2 Stellen / Ganze Zahl / Bereich 01 bis 12
7	Geburtsjahr:	Eingabefeld [Zahl]	Format: JJJJ maximale Länge: 4 Stellen / Ganze Zahl / Bereich 1900-Erhebungsjahr
8	Geschlecht:	Einfachauswahl [1;2]	1=männlich; 2=weiblich
9	Pflegegrad:	Einfachauswahl [0-5]	0=kein Pflegegrad; 1=Grad 1; 2=Grad 2; 3=Grad 3; 4=Grad 4; 5=Grad 5
10	Ist es bei dem Bewohner seit der letzten Ergebniserfassung zu einem Apoplex gekommen?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
11	Wenn ja, Datum angeben:	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
12	Ist es bei dem Bewohner seit der letzten Ergebniserfassung zu einer Fraktur gekommen?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein

13	Wenn ja, Datum angeben:	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
14	Ist es bei dem Bewohner seit der letzten Ergebniserfassung zu einem Herzinfarkt gekommen?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
15	Wenn ja, Datum angeben:	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
16	Ist es bei dem Bewohner seit der letzten Ergebniserfassung zu einer Amputation gekommen?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
17	Wenn ja, Datum angeben:	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
Krankenhausbehandlung			
18	Wurde der Bewohner seit der letzten Ergebniserfassung in einem Krankenhaus behandelt?	Einfachauswahl [1-3]	1=ja, einmal; 2=ja, mehrmals; 3=nein
19	Wenn ja: Geben Sie bitte den Zeitraum und Grund des Krankenhausaufenthalts an (bei mehreren Aufenthalten bitte den Aufenthalt mit der längsten Dauer wählen): Beginn Datum Aufenthalt	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
20	Ende Datum Aufenthalt	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
21	Bei mehreren Krankenhausaufenthalten: Bitte Anzahl der Krankenhausaufenthalte seit der letzten Ergebniserfassung angeben:	Eingabefeld [Zahl]	Ganze Zahl 0-999

22	Bei mehreren Krankenhausaufenthalten: Bitte Gesamtzahl der Tage angeben, die der Bewohner bei diesen Aufenthalten im Krankenhaus verbracht hat:	Eingabefeld [Zahl]	Ganze Zahl 0-999
23	Wird der Bewohner beatmet?	Einfachauswahl [Zahl]	1=ja, invasive Beatmung; 2=ja, aber nicht invasiv; 3=nein
24	Bewusstseinszustand des Bewohners:	Einfachauswahl [1-5]	1=wach; 2=schläfrig; 3=somnolent; 4=komatös; 5=Wachkoma
25	Bitte kreuzen Sie an, welche ärztlichen Diagnosen für den Bewohner vorliegen:	Mehrfachauswahl A-I [0;1]	0=trifft nicht zu; 1=trifft zu A=Bösartige Tumorerkrankung; B=Tetraplegie/Tetraparese; C=Chorea Huntington; D=Apallisches Syndrom
NBA Modul: Mobilität			
26	Positionswechsel im Bett	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
27	Halten einer stabilen Sitzposition	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig

28	Umsetzten	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
29	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
30	Treppensteigen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
NBA Modul: Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten			
31	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
32	Örtliche Orientierung	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
33	Zeitliche Orientierung	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
34	Sich Erinnern	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden

35	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
36	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
37	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
38	Erkennen von Risiken und Gefahren	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
39	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
40	Verstehen von Aufforderungen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden
41	Beteiligung an einem Gespräch	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=vorhanden/unbeeinträchtigt; 1=größtenteils vorhanden; 2=in geringem Maße vorhanden; 3=nicht vorhanden

NBA Modul: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte			
42	Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
43	Ruhen und Schafen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
44	Sich beschäftigen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
45	In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
46	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
47	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
Bereich Selbstversorgung			
48	Erfolgt die Ernährung des Bewohners parenteral oder über eine Sonde?	Einfachauswahl [0;1]	0=ja; 1=nein

49	Wenn ja: In welchem Umfang erfolgt eine künstliche Ernährung?	Einfachauswahl [1-3]	1=nicht täglich oder nicht dauerhaft; 2=täglich, aber zusätzlich zur oralen Ernährung; 3=ausschließlich oder nahezu ausschließlich künstliche Ernährung
50	Wenn ja: Erfolgt die Bedienung selbständig oder mit Fremdhilfe?	Einfachauswahl [1;2]	1=selbständig; 2=mit Fremdhilfe
51	Blasenkontrolle/Harnkontinenz	Einfachauswahl [1-5]	1=Bewohner hat einen Dauerkatheter oder ein U-rostoma; 2=ständig kontinent; 3=überwiegend kontinent. Maximal 1x täglich inkontinent oder Tröpfchen-/Stressinkontinenz; 4=überwiegend (mehrmals täglich) inkontinent, gesteuerte Blasenentleerung ist aber noch möglich; 5=komplett inkontinent, gesteuerte Blasenentleerung ist nicht möglich
52	Darmkontrolle/Stuhlkontinenz	Einfachauswahl [1-5]	1=Bewohner hat ein Colo- oder Ileostoma; 2=ständig kontinent; 3=überwiegend kontinent, gelegentlich inkontinent; 4=überwiegend inkontinent, selten gesteuerte Darmentleerung; 5= komplett inkontinent
NBA Modul: Selbstversorgung			
53	Waschen des vorderen Oberkörpers	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
54	Körperpflege im Bereich des Kopfes	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig

55	Waschen des Intimbereichs	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
56	Duschen oder Baden einschließlich Waschen der Haare	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
57	An- und Auskleiden des Oberkörpers	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
58	An- und Auskleiden des Unterkörpers	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
59	Mundgerechtes Zubereiten d. Nahrung , Eingießen von Getränken	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
60	Essen	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
61	Trinken	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig

62	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	Matrix- /Tabellenfrage [0-3]	0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig
63	Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz (auch Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma)	Matrix- /Tabellenfrage [99;0-3]	99=entfällt; 0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig;
64	Bewältigung der Folgen einer Stuhlinkontinenz (auch Umgang mit Stoma)	Matrix- /Tabellenfrage [99;0-3]	99=entfällt; 0=selbständig; 1=überwiegend selbständig; 2=überwiegend unselbständig; 3=unselbständig;
Dekubitus			
65	Hatte der Bewohner in der Zeit seit der seit der letzten Ergebniserfassung einen Dekubitus?	Einfachauswahl [1-3]	1=ja, einmal; 2=ja, mehrmals; 3=nein
66	Maximaler Dekubitusgrad im Beobachtungszeitraum:	Einfachauswahl [1-4;99]	1=Grad 1; 2=Grad 2; 3=Grad 3; 4=Grad 4; 99=unbekannt
67	Bitte Zeitraum angeben (nur Dekubitus Grad 2, 3 oder 4 oder wenn Dekubitusgrad unbekannt): Beginn Datum Dekubitus 1	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
68	Ende Datum Dekubitus 1 (ggf. bis heute)	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ

69	Wo ist der Dekubitus 1 entstanden?	Einfachauswahl [1;4]	1=in der Pflegeeinrichtung; 2=im Krankenhaus; 3=zuhause (vor dem Heimeinzug); 4=woanders
70	Beginn Datum Dekubitus 2	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
71	Ende Datum Dekubitus 2 (ggf. bis heute)	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
72	Wo ist der Dekubitus 2 entstanden?	Einfachauswahl [1;4]	1=in der Pflegeeinrichtung; 2=im Krankenhaus; 3=zuhause (vor dem Heimeinzug); 4=woanders
Körpergewicht und Größe			
73	Körpergröße in cm:	Eingabefeld [Zahl]	Ganze Zahl maximale Länge: 3 Stellen / Bereich 100-250 cm
74	Aktuelles Körpergewicht in kg:	Eingabefeld [Zahl]	Maximale Länge: 5 Stellen
75	Datum Dokumentation des Körpergewichts	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ Begrenzung Zeitraum bis Erhebungsdatum
76	Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Punkte laut Pflegedokumentation für den Bewohner in der Zeit seit der letzten Ergebniserfassung zutraf:	Mehrfachauswahl A-E [0;1]	0=trifft nicht zu; 1=trifft zu A=Gewichtsverlust durch medikamentöse Ausschwemmung; B=Diät aufgrund ärztlich angeordneter oder ärztlich genehmigter Diät; C=Mindestens 10% Gewichtsverlust <u>während</u> eines Krankenhausaufenthalts; D=Bewohner wird aufgrund einer Entscheidung des Arztes oder der Angehörigen oder eines Betreuers nicht mehr gewogen; E= Aktuelles Gewicht liegt nicht vor. Bewohner möchte nicht gewogen werden
Sturzfolgen			

77	Ist der Bewohner seit der letzten Ergebniserfassung gestürzt?	Einfachauswahl [1-3]	1=ja, einmal; 2=ja, mehrmals; 3=nein
78	Wenn ja: Welche Sturzfolgen sind aufgetreten? (Mehrfachangaben möglich)	Mehrfachauswahl A-E [0;1]	0=trifft nicht zu; 1=trifft zu A=Frakturen; B=ärztlich behandlungsbedürftige Wunde; C=erhöhter Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen; D=erhöhter Unterstützungsbedarf bei der Mobilität; E=keine der genannten Folgen ist aufgetreten
Anwendung von Gurten			
79	Wurden bei dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen Gurte angewendet?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
80	Wenn ja: wie oft wurden Gurte angewendet?	Einfachauswahl [1-4]	1=täglich; 2=mehrmals wöchentlich; 3=1x wöchentlich; 4= seltener als 1x wöchentlich
Bettseitenteile (nur durchgehende Seitenteile berücksichtigen)			
81	Wurden bei dem Bewohner in den vergangenen 4 Wochen Bettseitenteile angewendet?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
82	Wenn ja: wie oft wurden Bettseitenteile angewendet?	Einfachauswahl [1-4]	1=täglich; 2=mehrmals wöchentlich; 3=1x wöchentlich; 4= seltener als 1x wöchentlich

Schmerz			
83	Liegen bei dem Bewohner Anzeichen für länger andauernde Schmerzen vor (z.B. Äußerungen des Bewohners oder Einnahme von Analgetika)?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
84	Ist der Bewohner durch eine medikamentöse Schmerzbehandlung schmerzfrei?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
85	Wurde bei dem Bewohner eine differenzierte Schmerzeinschätzung vorgenommen?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
86	Datum Dokumentation der Schmerzeinschätzung	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
87	Welche Informationen liegen über die Ergebnisse dieser Schmerzeinschätzung vor?	Mehrfachauswahl A-D [0;1]	0=trifft nicht zu; 1=trifft zu A=Schmerzintensität; B=Schmerzqualität; C=Schmerzlokalisation; D=Folgen für Lebensalltag
Heimeinzug			
88	Ist der Bewohner nach der letzten Ergebniserfassung neu in die Einrichtung eingezogen?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein (weiter mit Frage 13)
89	Erfolgte der Einzug direkt im Anschluss an einen Kurzzeitpflegeaufenthalt in der Einrichtung (ohne zeitliche Lücke)?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
90	Wenn ja, Datum angeben:	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
91	Ist der Bewohner innerhalb der ersten 8 Wochen nach dem Einzug länger als drei Tage in einem Krankenhaus versorgt worden?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein
92	Wenn ja, Datum angeben: (Beginn)	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
93	Datum angeben (Ende)	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ

94	Ist in den Wochen nach dem Heimeinzug mit dem Bewohner und/oder einer seiner Angehörigen oder sonstigen Vertrauenspersonen ein Gespräch über sein Einleben und die zukünftige Versorgung geführt worden?	Einfachauswahl [1-3]	1=ja; 2=nicht möglich aufgrund fehlender Vertrauenspersonen des Bewohners 3=nein, aus anderen Gründen
95	Wenn ja, Datum angeben:	Datumsauswahl [Datum]	Format: TT.MM.JJJJ
96	Wenn ja: Wer hat an dem Integrationsgespräch teilgenommen? (Mehrfachangaben möglich)	Mehrfachauswahl A-D [0;1]	0=trifft nicht zu; 1=trifft zu A=Bewohner; B=Angehörige; C=Betreuer; D=andere Vertrauenspersonen, die nicht in der Einrichtung beschäftigt sind (bitte angeben):
97	andere Vertrauensperson angeben:	Eingabefeld [Text]	Freitextfeld ohne Begrenzung
98	Wurden die Ergebnisse dieses Gespräches dokumentiert?	Einfachauswahl [1;2]	1=ja; 2=nein

9. Festlegungen im Manual zur Ergebniserfassung

Im Folgenden werden die Hinweise zusammengefasst, die nach den bisherigen Erfahrungen Bestandteil eines Manuals sein sollten, mit dem die Einrichtungen eine Anleitung zur Ergebniserfassung erhalten. Soweit direkt Texte aus dem neuen Begutachtungsinstrument übernommen werden sollen, finden sich Hinweise auf die entsprechenden Textpassagen aus dieser Quelle. Es ist außerdem zu beachten, dass die vorliegende Verfahrensbeschreibung keine Vorschläge zu allgemeinen Erläuterungen/Hinweisen wie z.B. einen Text für die Einleitung des Manuals enthält. Diese sind ebenso wie technische Hinweise im Zuge der Vorbereitung von Schulungen etc. durch den Qualitätsausschuss Pflege oder die von ihm beauftragten Stellen zu ergänzen. Die betreffenden Textpassagen sind mit eckigen Platzhalten (<>) gekennzeichnet und mit Hinweisen auf den Inhalt versehen.

A) Einleitung

<enthält allgemeine Hinweise zum Aufbau und Gebrauch des Manuals>

B) Erhebungsinstrumente und technische Hinweise

<Zusammenfassende Beschreibung des Instrumentariums, das zur Ergebniserfassung zu nutzen ist, einschließlich technischer Hinweise zur Datenerfassung und Datenübermittlung (z.B. für die online-Eingabe von Daten bei beschränkter Zugangsberechtigung etc.)>

C) Allgemeine Hinweise zur Vorbereitung der Datenerfassung

<Zeitliche Vorgaben und Vorgaben zur Erstellung/Nutzung des Erhebungsreports>

D) Ein- und Ausschlusskriterien

<Definition der zu berücksichtigenden Bewohner, s.o. Abschnitt 4>

E) Grundsätzliches zur Erfassung von Selbständigkeit

Im vorliegenden Erhebungsbogen[7] geht es mehrfach um Selbständigkeit bei bestimmten Aktivitäten. Selbständigkeit ist im vorliegenden Instrument definiert als die Fähigkeit einer Person, die jeweilige Handlung/Aktivität allein, d.h. ohne Unterstützung durch andere *Personen* bzw. *ohne personelle Hilfe* durchzuführen. Unter personeller Hilfe versteht man alle unterstützenden Handlungen, die eine Person benötigt, um die betreffenden Aktivitäten durchzuführen.

Selbständigkeit wird im Erhebungsbogen mittels einer vierstufigen Skala bewertet. Sie umfasst die Ausprägungen:

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

0 = selbständig
Die Person kann die Aktivität in der Regel selbständig durchführen. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch, dass die Person (noch) keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen.

1 = überwiegend selbständig
Die Person kann den größten Teil der Aktivität selbständig durchführen. Dementsprechend entsteht nur geringer/mäßiger Aufwand für die Pflegeperson, und zwar in Form von motivierenden Aufforderungen, Impulsgebung, Richten/Zurechtlegen von Gegenständen oder punktueller Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität.

2 = überwiegend unselbständig
Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbständig durchführen. Es sind aber Ressourcen vorhanden, so dass sie sich beteiligen kann. Dies setzt ggf. ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität voraus. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, Impulsgebung, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützungen reichen nicht aus.

3 = unselbständig
Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbständig durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Motivation, Anleitung, ständige Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen.

[7] Aus pragmatischen Gründen wird im Folgenden von „Erhebungsbogen“ gesprochen. Richtiger wäre vermutlich „Eingabemaske“. Nach Festlegung des Modus der Datenerfassung wäre das Manual entsprechend anzupassen.

!!! Wichtig !!!
Stellen Sie sich bei der Einschätzung von Selbständigkeit zunächst die Frage, ob

- **die gesamte (oder nahezu die gesamte) Aktivität,**
- **der größte Teil einer Aktivität,**
- **der geringere Teil einer Aktivität oder**
- **kein nennenswerter Anteil der Aktivität**

selbständig ausgeführt werden kann. Nur wenn die Beurteilung dieser Frage mit Unsicherheit verbunden ist, sollte die Einschätzung in einem zweiten Schritt anhand der erforderlichen Formen der Unterstützung erfolgen.

F) Erläuterungen zum Erhebungsbogen zur Ergebniserfassung

Die folgenden Ausführungen gehen nicht auf jede einzelne Frage ein, viele Fragen erklären sich selbst. Die Angaben der Nummer beziehen sich auf die oben aufgeführte Variablenliste (Abschnitt 8).

Nr. 11, 13, 15, 17:
Wenn das genaue Datum nicht bekannt ist, geben Sie bitte die Mitte des betreffenden Monats an (z.B. 15.1.2020).

Nr. 23:
Die Antwortmöglichkeit „invasive Beatmung“ trifft zu, wenn die Beatmung durch eine Trachealkanüle erfolgt. Ansonsten ist „nicht invasiv“ anzukreuzen.

Nr. 24:
Bitte geben Sie an, welche der folgenden Zustandsbeschreibungen auf den Bewusstseinszustand des Bewohners am besten zutrifft:

- **wach:** Der Bewohner ist ansprechbar und kann an Aktivitäten teilnehmen,
- **schläfrig:** Der Bewohner ist ansprechbar und gut erweckbar, wirkt jedoch müde und ist verlangsamt in seinen Handlungen.
- **somnolent:** Der Bewohner ist sehr schläfrig und kann nur durch starke äußere Reize geweckt werden (z.B. kräftiges Rütteln an der Schulter oder mehrfaches, sehr lautes Ansprechen).
- **komatös:** Der Bewohner kann durch äußere Reize nicht mehr geweckt werden.
- **Wachkoma:** Dies trifft nur dann zu, wenn eine ärztliche Diagnose vorliegt.

Anzugeben ist hier die für den Bewohner charakteristische Situation, nicht eine Ausnahmesituation, die z.B. aufgrund einer akuten Erkrankung auftreten kann.

Nr. 25:

Bitte kreuzen Sie nur diejenigen Punkte an, zu denen eine ärztliche Diagnose auch tatsächlich vorliegt.

Nr. 26-30 (Erfassung der Selbständigkeit im Bereich Mobilität):

Die Einschätzung richtet sich hier ausschließlich auf die motorische Fähigkeit, eine Körperhaltung einzunehmen/zu wechseln und sich fortzubewegen. Zu beurteilen sind hier also lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. und nicht die zielgerichtete Fortbewegung oder Motivation des Bewohners. Hier wie auch in einigen anderen Bereichen wird nach der Selbständigkeit der Bewohner gefragt.

<Es sollte an dieser Stelle die vollständige Wiedergabe der Definitionen zu den 5 Variablen aus der Begutachtungsanleitung erfolgen>

Nr. 31-41 (Erfassung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten):

Hier ist einzuschätzen, inwieweit die aufgeführten Fähigkeiten beeinträchtigt sind. Bitte beziehen Sie sich bei der Einschätzung auf die für den Bewohner typische Leistungsfähigkeit. Es werden vier Abstufungen unterschieden:

Die Fähigkeit ist
0 = vorhanden/unbeeinträchtigt
1 = größtenteils vorhanden
2 = in geringem Maße vorhanden
3 = nicht vorhanden.

0 = Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt

Die Fähigkeit ist (nahezu) vollständig vorhanden.

1 = Fähigkeit größtenteils vorhanden

Die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Die Person hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen.

2 = Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Die Fähigkeit ist stark beeinträchtigt, aber erkennbar vorhanden. Die Person hat häufig und/oder in vielen Situationen Schwierigkeiten. Sie kann nur geringe Anforderungen bewältigen. Es sind Ressourcen vorhanden.

3 = Fähigkeit nicht vorhanden
Die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden.

<Es sollte an dieser Stelle die vollständige Wiedergabe der Definitionen zu den 11 Variablen aus der Begutachtungsanleitung erfolgen>

Nr. 42-47 (Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte):
In diesem Abschnitt geht es wieder um die Einschätzung der Selbständigkeit. Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und bei sozialen Kontakten kann durch körperliche ebenso wie durch kognitive Beeinträchtigungen vermindert sein. Bitte berücksichtigen Sie die Ausführungen im Abschnitt „Grundsätzliches zur Erfassung von Selbständigkeit“.

<Es sollte an dieser Stelle die vollständige Wiedergabe der Definitionen zu den 6 Variablen aus der Begutachtungsanleitung erfolgen>

Nr. 53-64 (Selbstversorgung):
An dieser Stelle erfolgt wieder die Einschätzung der Selbständigkeit bei bestimmten Aktivitäten. Bitte berücksichtigen Sie die Ausführungen im Abschnitt „Grundsätzliches zur Erfassung von Selbständigkeit“.

<Es sollte an dieser Stelle die vollständige Wiedergabe der Definitionen zu den 12 Variablen aus der Begutachtungsanleitung erfolgen>

Nr. 65:
Gemeint sind alle Dekubitalulcera, die in der Zeit seit der letzten Ergebniserfassung beim Bewohner bestanden oder bis heute bestehen. Auch wenn der Zeitpunkt der Entstehung länger zurückliegt, der Dekubitus aber noch nicht abgeheilt war, ist die Frage mit „ja“ zu beantworten und das Entstehungsdatum anzugeben.

Nr. 66:
Orientieren Sie sich bei der Beurteilung bitte an folgender Gradeinteilung:

Grad 1: Reversible Hautrötungen, eventuell mit Ödembildung, Verhärtung oder Überwärmung.

Grad 2: Teilverlust der Haut. Epidermis bis hin zu Anteilen der Dermis (Korium) ist geschädigt. Der Druckschaden ist oberflächlich und kann sich klinisch als Blase, Hautabschürfung oder flaches Geschwür darstellen.

Grad 3: Verlust aller Hautschichten und Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann. Der Dekubitus zeigt sich klinisch als tiefes, offenes Geschwür.

Grad 4: Verlust aller Hautschichten mit ausgedehnter Zerstörung, Gewebsnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder unterstützenden Strukturen (z.B. Sehnen, Bändern oder Gelenkkapseln).

Nr. 67, 68, 70, 71:

Zu Druckgeschwüren des Grads 1 sollen keine Datumsangaben gemacht werden. Gab es mehr als zwei Dekubitusepisoden, sind die beiden zeitlich letzten zu berücksichtigen.

Nr. 76:

Hier werden Sie aufgefordert, verschiedene ergänzende Angaben zu machen bzw. aus der Pflegedokumentation zu übertragen. Wenn sich beispielsweise eine starke Gewichtsabnahme auf medizinische Gründe, z.B. eine ärztlich verordnete Diät oder eine medikamentöse Therapie zur gezielten Ausschwemmung (ärztlich verordnete Diurese) zurückführen lässt, ist das durch diese Angaben erkennbar.

Bitte achten Sie darauf, dass nur Angaben übernommen werden, die seit der letzten Ergebniserfassung relevant waren. Das Feld *„Aktuelles Gewicht liegt nicht vor. Bewohner möchte nicht gewogen werden*“ soll nur angekreuzt werden, wenn dies tatsächlich so in der Pflegedokumentation eingetragen ist.

Nr. 77:

Stürze und Sturzfolgen, die eingetreten sind, während sich der Bewohner im Verantwortungsbereich anderer Personen oder Einrichtungen befand, die ihn unterstützten, bleiben unberücksichtigt (z.B. Sturzverletzung während eines Krankenhausaufenthalts oder vor dem Einzug in der Privatwohnung oder während eines Urlaubs gemeinsam mit Angehörigen). Verletzungen bei einem Sturz während eines Spaziergangs, den der Bewohner allein unternimmt, sind hingegen aufzuführen. Orientieren Sie sich bei der Beantwortung dieser Frage an den in der Pflegedokumentation bzw. in den Sturzprotokollen festgehaltenen Sturzereignissen.

Nr. 78:

Von einem erhöhten Unterstützungsbedarf bei Alltagsverrichtungen oder bei der Mobilität ist dann auszugehen, wenn der Bewohner mehr Unterstützung benötigt und eine entsprechende Anpassung der Maßnahmenplanung nötig wurde. Beispiele: Durch den Sturz ist die Motorik der oberen Gliedmaßen eingeschränkt, wodurch mehr Unterstützungsbedarf bei der Körperpflege entsteht. Oder: Durch den Sturz ist die Motorik der unteren Gliedmaße eingeschränkt, weshalb der Bewohner beim

Gehen mehr Unterstützung benötigt und eine entsprechende Anpassung der Maßnahmenplanung erfolgen musste.

Nr. 79:

Bitte beachten Sie, dass alle Gurtanwendungen zu erfassen sind, gleichgültig, ob eine richterliche Genehmigung oder das Einverständnis des Bewohners vorliegt. Auch Gurte, die der Bewohner theoretisch selbst öffnen könnte, sind einzutragen. Auch wenn nur aufgrund der Befürchtung eines Sturzes fixiert wird, ist dies einzutragen.

Nr. 81:

Außer Betracht bleiben unterbrochene Bettseitenteile, die das Verlassen des Bettes nicht behindern.

Nr. 83:

Es geht in dieser Frage um die Feststellung, ob überhaupt eine Schmerzproblematik besteht (und somit ein Bedarf, den Bewohner im Umgang mit seinen Schmerzen ärztlich und/oder pflegerisch zu unterstützen). Beantworten Sie die Frage mit „ja“, wenn aus den Äußerungen des Bewohners oder der Dokumentation hervorgeht, dass Schmerzen über mehrere Wochen oder Monate bestehen oder eine Schmerzproblematik zwar mit Unterbrechungen, aber wiederholt auftritt. Auch die regelmäßige Einnahme von Schmerzmedikamenten oder die regelmäßige Anwendung anderer schmerzlindernder Maßnahmen lassen auf eine bestehende Schmerzproblematik schließen. Einmalig auftretende Schmerzen, z.B. Kopfschmerzen am Tag der Erhebung, sind nicht zu berücksichtigen.

Nr. 84:

Beantworten Sie die Frage mit „ja“, wenn der Bewohner schmerzlindernde Medikamente einnimmt und dadurch keine Schmerzen mehr hat. Wenn keine schmerzlindernden Medikamente eingenommen werden oder die Schmerzen nur gelindert werden, aber nicht verschwinden, so geben Sie bitte „nein“ an.

Nr. 85:

Beantworten Sie die Frage nach der differenzierten Schmerzeinschätzung mit „ja“, wenn in der Pflegedokumentation zu dieser Einschätzung mindestens Angaben über Schmerzintensität und Lokalisation vermerkt sind, diese Angaben sind für die Antwort „ja“ Voraussetzung. Weitere Aspekte können z.B. Schmerzqualität, Dauer, zeitliche Verlaufsmuster, verstärkende oder lindernde Faktoren sowie Auswirkungen des Schmerzes auf das Alltagsleben sein.

Wurde der Bewohner lediglich danach gefragt, ob er Schmerzen hat, ohne weitere Aspekte der Schmerzsituation zu beurteilen, so handelt es sich nicht um eine differenzierte Schmerzeinschätzung;

die Frage nach der differenzierten Schmerzeinschätzung wäre also mit „nein“ zu beantworten. Das könnte sich z.B. bei Bewohnern ergeben, aufgrund einer medikamentösen Behandlung vollkommen schmerzfrei sind

Nr. 94 und 96:

Mit der Frage ist ein planvolles, zielgerichtetes Gespräch gemeint („Integrationsgespräch“), ein Gespräch, das geplant und ausdrücklich zu dem Zweck geführt wurde, das Einleben des Bewohners in der Einrichtung gemeinsam mit ihm und/oder anderen Bezugspersonen zu besprechen. Eine schriftliche Befragung des Bewohners oder der Angehörigen zum Heimeinzug ist damit nicht gemeint. Inhalt des Gesprächs könnte z.B. sein, ob der Bewohner zufrieden mit der Tagesstrukturierung ist oder ob er spezielle Wünsche im Hinblick auf die pflegerische Versorgung hat. Nicht gemeint sind Gespräche, die sich zufällig ergeben, beispielsweise während der pflegerischen Versorgung. Geben Sie bitte auch an, welche Personen an dem Integrationsgespräch teilgenommen haben. Mitarbeiter der Einrichtung sind dabei nicht zu berücksichtigen.

Es ist denkbar, dass ein Gespräch geplant, aber nicht möglich war, weil der Bewohner stark kognitiv beeinträchtigt war und es keine Bezugspersonen gab, die bereit waren, an einem Gespräch teilzunehmen. In diesem Fall wählen Sie bitte die Antwortoption „nicht möglich aufgrund fehlender Vertrauenspersonen des Bewohners“.

Nr. 98:

Kreuzen Sie bitte nur „ja“ an, wenn nach dem Gespräch Ergebnisse, z.B. Wünsche des Bewohners und Ziele für die zukünftige Versorgung festgehalten wurden. Auch wenn der Bewohner keine Veränderungen wünscht und dies dokumentiert wurde, kreuzen Sie bitte „ja“ an.

Universität Bielefeld
Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

aQua
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Abschlussbericht des Projekts
„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“

Anhang 2: Prüfinstrumentarium für die stationäre Langzeitpflege und die Kurzzeitpflege:

Verfahrensbeschreibung für die externe Qualitätsprüfung mit Anlagen

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

Tel.: +49 (0) 521 - 106 6880
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de

aQua - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Maschmühlenweg 8–10
37073 Göttingen

Tel: +49 (0) 551-789 52- 0
E-Mail: office@aqua-institut.de

im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege
Überarbeitete Fassung - Bielefeld/Göttingen, 3. September 2018

Übersicht

Einführung 3
1. Prüfrelevante Qualitätsaspekte 4
2. Prozesse, die der Prüfung vorausgehen 6
3. Stichprobe 7
   3.1 Ziehung der Teilstichprobe für die Regelprüfung durch die Auswertungsstelle 7
   3.2 Ziehung einer Teilstichprobe für die Regelprüfung in der Einrichtung 8
   3.3 Stichprobe für Einrichtungen ohne Ergebniserfassung 9
   3.4 Abweichungen bei Anlass- und Wiederholungsprüfungen 10
   3.5 Anpassung des Stichprobenverfahrens bei solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen 10
4. Informationsgrundlagen für die Qualitätsbewertung 11
5. Qualitätsbewertung 13
   5.1 Bewertungskategorien (individuelle Bewohnerversorgung) 13
   5.2 Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung 15
   5.3 Zusammenführung der Bewertungen der individuellen Bewohnerversorgung 16
   5.4 Beurteilung der Qualitätsaspekte im Bereich 5 17
   5.5 Beurteilung der einrichtungsbezogen erhobenen Qualitätsaspekte 18
6. Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung 18
   6.1 Sichtung des Erhebungsreports 18
   6.2 Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls 19
   6.3 Gesamtbewertung der Plausibilität 24
7. Ablauf des Einrichtungsbesuchs 28
Anlagen 32

Anlagen:

A. Prüfbogen Teil A (zur Beurteilung der individuellen Bewohnerversorgung)
B. Prüfbogen Teil B (für Beurteilungen auf der Einrichtungsebene)
C. Prüfbogen Teil C (Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle)
D. Ausfüllanleitung
E. Strukturierungshilfe zur Durchführung des Teamgesprächs
F. Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgesprächs
G. Hinweise zur Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle

Einführung

Der Qualitätsausschuss Pflege hat im Herbst 2016 auf der Grundlage der mit dem PSG II geschaffenen Verpflichtungen einen Auftrag 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“ ausgeschrieben. Im Januar 2017 erhielten das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und das aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua-Institut) den Zuschlag für die Durchführung dieses Projektauftrags.

Dieser Projektauftrag umfasste u.a. die Erarbeitung von Empfehlungen für eine grundlegende Revision der externen Qualitätsprüfungen, deren Ergebnisse in die öffentlichen Qualitätsberichterstattung im Bereich der stationären Langzeitpflege einfließen sollen. Darüber hinaus war entsprechend der gesetzlichen Vorgaben eine Verknüpfung zwischen externen Qualitätsprüfungen und einer indikatorengestützten Qualitätsbeurteilung zu entwickeln. Neben der Neubestimmung der prüfrelevanten Qualitätsaspekte waren auch verschiedene grundlegende Elemente des Prüfverfahrens wie die Stichprobenbestimmung und Bewertungssystematik zur Beurteilung von Qualitätsaspekten neu zu erarbeiten.

Das Ergebnis der Entwicklungsarbeiten ist u.a. das vorliegende Prüfinstrumentarium, das die beiden Institute hiermit vorlegen. Dieses Prüfinstrumentarium umfasst die Gesamtheit der Vorgaben, Formulare und Dokumente, die erforderlich sind, um eine externe Qualitätsprüfung nach der neu entwickelten Konzeption in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege („vollstationäre Pflege“ im Sinne des SGB XI) durchzuführen. Dies sind im Einzelnen:

- eine *Verfahrensbeschreibung*, die den Ablauf der Prüfung grob definiert und elementare Vorgaben für das Vorgehen der Prüfer formuliert. Die Verfahrensbeschreibung ist das zentrale Element des Prüfinstrumentariums. Sie definiert nicht nur den Ablauf der Prüfung, sondern umfasst auch Vorgaben zur Nutzung von Informationsquellen sowie die Kriterien und methodischen Anweisungen, nach denen der Prüfer die Bewertung der einzelnen Qualitätsaspekte vorzunehmen hat. Die Verfahrensbeschreibung definiert also neben dem Ablauf auch die Inhalte und Methoden, die im Rahmen der Prüfung zu berücksichtigen sind.
- der *Prüfbogen A* zur Beurteilung der Qualität auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung (der für den Regelbetrieb informationstechnisch umzusetzen ist). Der Erhebungsbogen ist für die Anwendung bei jedem Bewohner der Stichprobe konzipiert, d.h. je nach Stichprobengröße ist eine entsprechend Anzahl an Erhebungsbögen auszufüllen bzw. – im Rahmen einer EDV-Lösung – eine entsprechend Anzahl Datensätze zu generieren.
- den *Prüfbogen B*, mit dem die Ergebnisse der Prüfung auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung zu einer einrichtungsbezogenen Qualitätsbeurteilung zusammengeführt werden und mit dem ergänzende, auf die gesamte Einrichtung bezogene Bewertungen vorgenommen werden (für den Regelbetrieb ebenfalls informationstechnisch umzusetzen).
- den *Prüfbogen C* zur Generierung des Gesamtergebnisses der Plausibilitätskontrolle.

- die *Ausfüllanleitung*, die differenzenzierte Hinweise zu den Prüfbögen enthält und insbesondere vorgibt, wie der Prüfer bei der Beurteilung der Qualitätsaspekte vorgehen soll.
- *Strukturierungshilfen* zur Durchführung des Teamgesprächs und des Abschlussgesprächs.

Das vorliegende Instrumentarium ist auf Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zugeschnitten. Sofern Kurzzeitpflegegäste in die Stichprobe einbezogen werden, ist die Prüfung bei diesen Personen nach den gleichen Maßgaben durchzuführen wie bei den vollstationär versorgten Bewohnern. Für die Prüfung von Tagespflegeeinrichtungen sind Anpassungen erforderlich, die in gesonderten Dokumenten zur Verfügung gestellt werden.

1. Prüfrelevante Qualitätsaspekte

Die Sachverhalte, die der Prüfer beurteilen soll, werden als „Qualitätsaspekte“ bezeichnet. Qualitätsaspekte sind relativ umfassende Themen, die verschiedene Teilaspekte beinhalten. Die Qualitätsaspekte sind zu 6 Bereichen gruppiert. Die Bereiche 1 bis 4 werden einzeln auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung beurteilt. Der Bereich 5 enthält bedarfsübergreifende Aspekte, die nicht einzeln erhoben werden. Die Bewertungen im Bereich 5 werden unter Bezugnahme auf die Feststellungen der Bereiche 1 bis 4 vorgenommen. Der Bereich 6 enthält Qualitätsaspekte, die auf Einrichtungsebene erfasst und beurteilt werden. Somit werden folgende bei der externen Prüfung beurteilt[1]:

[1] Nähere Definitionen dieser Aspekte finden sich in den Prüfbögen und in der Ausfüllanleitung.

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Bereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

2.1 Medikamentöse Therapie

2.2 Schmerzmanagement

2.3 Wundversorgung

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Bereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

3.3 Nächtliche Versorgung

Bereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

4.3 Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Bereich 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen

5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen

5.2 Biografieorientierte Unterstützung

5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen

5.4 Hilfsmittelversorgung

5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

Bereich 6: Organisationsaspekte und internes Qualitätsmanagement

6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung

6.2 Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen

6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

2. Prozesse, die der Prüfung vorausgehen

Die Qualitätsprüfung wird mit der Erteilung des Prüfauftrags durch den zuständigen Landesverband der Pflegekasse eingeleitet. Die Erteilung des Prüfauftrags wird dem jeweiligen Prüfdienst übermittelt. Gleichzeitig wird die Datenauswertungsstelle darüber in Kenntnis gesetzt, um die Stichprobenziehung und die Zusammenstellung weiterer wichtiger Informationen vorzubereiten.

Dementsprechend sind der externen Prüfung bereits verschiedene Prozesse vorausgegangen. Dazu gehört neben den Aktivitäten der zuständigen Pflegekasse die Durchführung einer Erfassung von Versorgungsergebnissen durch die Pflegeeinrichtungen. Diese Ergebniserfassung erfolgt im Abstand von sechs Monaten mit Hilfe vorgegebener Methoden und Instrumente. Die damit gewonnenen Daten werden zur weiteren Verarbeitung an die neu einzurichtende Datenauswertungsstelle gesendet. Die dort einsetzenden Prozesse vollziehen sich ohne Mitwirkung der Prüfdienste und zum Teil bereits zu einem Zeitpunkt, zu dem noch kein Prüfauftrag an den zuständigen Prüfdienst ergangen ist (vgl. hierzu und zum Folgenden die „Verfahrensbeschreibung: Erfassung der Ergebnisqualität“).

Bei der Datenauswertungsstelle erfolgt eine Prüfung der Plausibilität der von den Einrichtungen übermittelten Daten. Diese beinhaltet vor allem statistische Prüfungen, ob bestimmte fall- und bewohnerbezogene Angaben (z.B. zur Mobilität oder zu kognitiven Beeinträchtigungen) in sich stimmig und fachlich plausibel sind. Wenn sich bei dieser statistischen Prüfung keine Auffälligkeiten ergeben, erfolgt die Auswertung der übermittelten Daten und die Berechnung von Kennzahlen (Indikatoren) zur Beurteilung der ergebnisbezogenen Versorgungsqualität. Mit diesen Kennzahlen werden zwei standardisierte Berichte bzw. Berichtsteile erstellt:

- ein nicht-öffentlicher Bericht über die Ergebnisqualität, der die Kennzahlen sowie das Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle enthält
- die berichtsförmige Aufbereitung der Kennzahlen, die für die öffentlich zugängliche Qualitätsdarstellung benötigt wird.

Anhand der Kennzahlen erfolgt außerdem die Identifizierung von Qualitätsaspekten, die als besonders auffällig einzustufen sind. Dies sind Bereiche, die mit der Bewertung „weit unter dem Durchschnitt“ versehen worden sind. Diese Bereiche sind Gegenstand einer einrichtungsindividuellen Beratung durch den Prüfdienst während des Einrichtungsbesuchs.

Ferner erfolgt anhand der von den Einrichtungen gelieferten Daten die Bestimmung eines Teils der Stichprobe für die externe Qualitätsprüfung, der später durch die Zufallsauswahl einiger Fälle in der Einrichtung ergänzt wird. Einzelheiten des Stichprobenverfahrens werden im folgenden Abschnitt dargelegt.

Ergebnis dieser Arbeiten sind verschiedene Unterlagen, die dem Prüfdienst vor der Prüfung übermittelt werden. Diese Unterlagen umfassen:

- eine Code-Liste (Pseudonyme) zur Bestimmung der Bewohner, bei denen die Prüfung durchzuführen ist, und derjenigen Bewohner, die ersatzweise in die Stichprobe aufgenommen werden. In Ergänzung hierzu werden drei Zufallszahlen zwischen 1 und 20 gezogen, die zur Vervollständigung der Stichprobe in der Einrichtung benötigt werden.
- eine tabellarische Übersicht über die Ergebnisqualität der Einrichtung, mit der auch der einrichtungsindividuelle Beratungsauftrag für die Prüfer definiert wird (Kennzahlen mit der Beurteilung „weit unter dem Durchschnitt“).
- Hinweise auf mögliche Schwachstellen der Ergebniserfassung, die mit der statistischen Plausibilitätskontrolle sichtbar wurden. Ergibt sich bereits bei der statistischen Plausibilitätskontrolle, dass die Datenqualität nicht ausreicht, um Kennzahlen für Ergebnisqualität zu generieren, so erhält der Prüfdienst einen entsprechenden Hinweis – mit der Konsequenz, dass die Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung, die normalerweise durch den Prüfdienst durchzuführen wäre, entfällt.

3. Stichprobe

In die externe Qualitätsprüfung werden 9 Personen einbezogen. 6 Bewohner bzw. Bewohnercodes (Pseudonyme)[2] werden vor dem Einrichtungsbesuch durch eine Stichprobe bestimmt, die durch die Datenauswertungsstelle gezogen wird. Weitere 3 Bewohner werden durch eine Zufallsauswahl während des Besuchs der Prüfer in der Einrichtung bestimmt.

3.1 Ziehung der Teilstichprobe für die Regelprüfung durch die Auswertungsstelle

Bei der Ziehung der Teilstichprobe durch die Auswertungsstelle handelt es sich um eine geschichtete Stichprobe. Es kommt eine Kombination von Merkmalen zur Anwendung, die Beeinträchtigungen der Mobilität sowie der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten abbilden. Diese Beeinträchtigungen treten unabhängig voneinander auf und sind mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und damit unterschiedlichen Bedarfskonstellationen assoziiert.

Die Ziehung der Stichprobe orientiert sich an den Modulwertungen des neuen Begutachtungsassessments (Wertungen der Module 1 und 2, die auch Bestandteil der Ergebniserfassung sind, die von den Einrichtungen vorgenommen wird). Es werden jeweils 2 Bewohner mit folgenden Merkmalskombinationen bestimmt:

[2] Während der Prüfung entpseudonymisiert der Prüfdienst gemeinsam mit der Einrichtung die ausgewählten Personen anhand der Codierliste, die die Einrichtung vor Ort vorhält.

1. Bewohner, die in beiden Bereichen mindestens erhebliche Beeinträchtigungen aufweisen (Modulwertung jeweils >1)
2. Bewohner, die im Bereich der Mobilität mindestens erhebliche Beeinträchtigungen aufweisen (Modulwertung>1), aber keine oder eine geringe Beeinträchtigung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modulwertung 0 oder 1)
3. Bewohner, die im Bereich der Mobilität keine oder eine geringe Beeinträchtigung aufweisen (Modulwertung 0 oder 1), aber mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modulwertung >1).

Um sicherzustellen, dass in der Prüfsituation durch die Unmöglichkeit, die ausgewählten Bewohner einzubeziehen (z.B. fehlende Einverständniserklärung), Probleme auftreten, ist eine „Reserveliste“ erforderlich. Es wird daher empfohlen, je Subgruppe drei weitere Bewohner zu bestimmen. Damit entsteht eine Liste, die folgendermaßen strukturiert ist:

Subgruppe 1:	Code1, Code2	Reserve: Code3, Code4, Code5
Subgruppe 2:	Code6, Code7	Reserve: Code8, Code9, Code10
Subgruppe 3:	Code11, Code12	Reserve: Code13, Code14, Code15

Bei sehr kleinen Einrichtungen kann es vorkommen, dass einzelne Subgruppen so schwach besetzt sind, dass nicht drei Reservecodes bestimmt werden können. Sollte es in der Prüfsituation dazu kommen, dass in einer Subgruppe nicht wie vorgesehen zwei Personen anhand der Angaben der Datenauswertungsstelle bestimmt werden können, so sind die fehlenden Fälle durch die ergänzende Stichprobenziehung, die in der Einrichtung stattfindet, auszugleichen (s.u.).

3.2 Ziehung einer Teilstichprobe für die Regelprüfung in der Einrichtung

Zusätzlich bestimmt der Prüfdienst bei seinem Einrichtungsbesuch zufällig drei Personen, die nicht in die Ergebniserfassung einbezogen wurden. Dies sind in der Regel Bewohner, die nach der Ergebniserfassung eingezogen sind. In der Einrichtung sollte eine Liste vorliegen[3], in der die von der Ergebniserfassung nicht berücksichtigten, derzeit versorgten Personen aufgeführt sind (einschl. Kurzzeitpflegegäste). Am Anfang dieser Liste beginnend, werden mit Hilfe der vorab von der Datenauswertungsstelle übermittelten Zufallszahlen drei Bewohner bestimmt, die zum Prüfzeitpunkt in der Einrichtung versorgt werden, für die jedoch keine Ergebniserfassung durchgeführt wurde. Hierbei werden auch die Kurzzeitpflegegäste einbezogen, die zum Prüfzeitpunkt in der Einrichtung versorgt werden.

[3] In Einrichtungen, die eine Ergebniserfassung durchgeführt haben, ist diese Liste Bestandteil des „Erhebungsreports“.

Ist es nicht möglich, eine Einverständniserklärung für den betreffenden Bewohner zu erhalten, so wird der in der Liste nachfolgend aufgeführte Bewohner ausgewählt[4]. Ist die Liste kurz und umfasst weniger als 20 Personen, beginnt die Zählung wieder von vorn, wobei die bereits ausgewählten und die nicht einzubeziehenden Bewohner in der Liste übersprungen werden.

3.3 Stichprobe für Einrichtungen ohne Ergebniserfassung

Erfolgt die Prüfung in Einrichtungen, in der zum vorgegebenen Zeitpunkt noch keine Ergebniserfassung durchgeführt wurde, muss die Stichprobe komplett in der Einrichtung bestimmt werden. Die Einrichtung hat in diesem Fall eine Liste vorzulegen, in der sämtliche Bewohner mit einer Information über ihre kognitiven Fähigkeiten und ihre Mobilität aufgeführt sind. Die Stichprobe wird dann in einem Verfahren bestimmt, das im Grundsatz dem Regelverfahren in Einrichtungen mit Ergebniserfassung entspricht. Das bedeutet, dass 6 Bewohner anhand der oben beschriebenen Merkmalkombination und 3 weitere durch eine Zufallsauswahl (mit Hilfe von Zufallszahlen) bestimmt werden.

Die Bewohner werden anhand dieser Merkmalskombinationen in die Gruppen A, B und C aufgeteilt und in der Liste aufgeführt. Aus jeder dieser Gruppen werden anhand von Zufallszahlen fünf Personen ausgewählt. Die ersten zwei ausgewählten Personen werden bei der Prüfung berücksichtigt. Stellt sich heraus, dass dies nicht möglich ist, werden nacheinander die folgenden drei Personen aus dieser Gruppe ersatzweise in die Stichprobe aufgenommen.

Folgende Kombinationen werden unterschieden:

A) Fortbewegung = beeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt
B) Fortbewegung = beeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = unbeeinträchtigt
C) Fortbewegung = unbeeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt

Sollten auch danach noch keine zwei Personen aus der Gruppe aufgenommen werden können, erfolgt anhand von Zufallszahlen eine Auffüllung der Stichprobe unabhängig von den genannten Merkmalkombinationen (zusammen mit der Auswahl der drei weiteren Personen, die ohnehin unabhängig von der Merkmalkombinationen zufällig ausgewählt werden).

Die notwendigen Informationen über die Merkmalkombination sind von den Einrichtungen bereitzustellen. Im Idealfall werden sie den Ergebnissen der Begutachtung zur Ermittlung eines Pflegegrades entnommen. Liegen diese nicht vor, so erfolgt das Auswahlverfahren auf der Grundlage einer pflegefachlichen Einschätzung der Mitarbeiter der Einrichtung nach den folgenden Regeln:

[4] Z.B.: Es wurde die Zufallszahl 5 gezogen, aber der an 5. Stelle aufgeführte Bewohner willigt nicht ein. In diesem Fall wäre der an 6. Stelle aufgeführte Bewohner auszuwählen.

1. „Selbständigkeit bei der Fortbewegung“: Beeinträchtigt = Personenhilfe ist erforderlich (nicht selbständig im Sinne des neuen Begutachtungsassessments aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen).

2. „Kognitive Fähigkeiten“: Beeinträchtigt = Es kommt regelmäßig zu Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, der zeitlichen und örtlichen Orientierung sowie der Personenerkennung.

3.4 Abweichungen bei Anlass- und Wiederholungsprüfungen

Das Stichprobenverfahren bei Anlass- bzw. Wiederholungsprüfungen wird analog zum Verfahren für die Regelprüfung durchgeführt. Im Rahmen von Anlassprüfungen ist die Stichprobe ggf. so zu ergänzen, dass die Beschwerdegründe überprüft werden können. Der Bewohner, auf den sich die Beschwerde bezieht, ist nach Möglichkeit in die Stichprobe einzubeziehen. Da im beschriebenen Verfahren zur Stichprobenziehung vorgesehen ist, einen Teil der Stichprobe (3 Bewohner) in der Einrichtung durch den Prüfer auszuwählen, kann der Anlass oder das bemängelte Kriterium in die Stichprobe aufgenommen werden, indem vom Prinzip der Zufallsauswahl abgewichen wird. Es ist jedoch ebenfalls zulässig, an der Zufallsauswahl festzuhalten und die Stichprobe zu erweitern.

3.5 Anpassung des Stichprobenverfahrens bei solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Angesichts der meist geringen Platzzahl in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen wird die Stichprobengröße für die Qualitätsprüfung dieser Einrichtungen auf n=6 festgelegt. Um zumindest eine der Langzeitpflege annähernd ähnliche Stichprobenstruktur in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen zu gewährleisten, wird die Stichprobe nach folgenden Maßgaben festgelegt:

Am Prüftag wird eine anhand einer Kombination der Merkmale „Selbständigkeit bei der Fortbewegung“ und „Kognitive Fähigkeiten“ geschichtete Zufallsstichprobe bestimmt. Folgende Kombinationen werden unterschieden:

A) Fortbewegung = beeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt
B) Fortbewegung = beeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = unbeeinträchtigt
C) Fortbewegung = unbeeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt

Die von einer Einrichtung versorgten Personen werden anhand dieser Merkmalskombinationen in Gruppen (A-C) aufgeteilt. Aus jeder dieser Gruppen werden anhand von Zufallszahlen drei Personen ausgewählt. Die ersten zwei ausgewählten Personen werden bei der Prüfung berücksichtigt. Stellt sich heraus, dass dies nicht möglich ist, wird eine dritte Person aus dieser Gruppe ersatzweise in die Stichprobe aufgenommen. Sollten auch danach noch keine zwei Personen aus der Gruppe aufgenommen werden können, werden anhand der Zufallszahlen – unter Ausschluss der bereits ausgewählten Versicherten – weitere Personen bestimmt. Sollte – was angesichts der vergleichsweise geringen Platzzahl von Kurzzeitpflegeeinrichtungen nicht unwahrscheinlich ist – eine der definierten

Gruppen so schwach besetzt sein, dass die Zahl von zwei Personen nicht erreicht werden kann, so wird – ebenfalls anhand von Zufallszahlen – eine Person aus einer anderen Gruppe bestimmt. Dabei gilt:

C) ersatzweise für A) A) ersatzweise für C) C) ersatzweise für B)

Grundlage für die Zufallsauswahl ist eine von der Einrichtung vorgehaltene, aktuelle Liste der versorgten Versicherten, in der den jeweiligen Personen die Merkmale „Selbständigkeit bei der Fortbewegung“ und „Kognitive Fähigkeiten“ zugeordnet sind. Die Zuordnung der Merkmalsausprägung „beeinträchtigt“ erfolgt nach den Regeln, die in Kapitel 3.3 dargelegt wurden.

4. Informationsgrundlagen für die Qualitätsbewertung

Zur Durchführung der Prüfung kann das Prüfteam auf folgende Informationsgrundlagen zurückgreifen:

- das Gespräch mit dem Bewohner und die Inaugenscheinnahme des Bewohners
- das Fachgespräch mit den Mitarbeitern der Einrichtung
- Beobachtungen während der Prüfung, die ggf. auch Zufallsbefunde umfassen
- die Pflegedokumentation und weitere Unterlagen (Gesamtheit der Bewohnerakte)
- gesonderte Dokumentationen, die die Einrichtung zum Zweck des internen Qualitätsmanagements oder zur Vorbereitung der Durchführung der Prüfung erstellt hat
- einrichtungsinterne Konzepte oder Verfahrensanweisungen, die die Einrichtung verwendet, um den Erfordernissen einer fachgerechten Pflege Rechnung zu tragen.

Hinzu kommen

- die individuell bewohnerbezogenen Informationen der letzten Ergebniserfassung. Diese stellt die Einrichtung beim Besuch der Prüfer zur Verfügung[5].

Die Prüfer entscheiden nach eigenem Ermessen, welche Informationsquellen in welcher Reihenfolge genutzt werden. Ob beispielsweise eine Inaugenscheinnahme des Bewohners vor oder nach einem Fachgespräch mit den Mitarbeitern, der Erfassung von Informationen aus der Pflegedokumentation oder anderen Schritten erfolgt, entscheiden die Prüfer nach eigenem Ermessen.

[5] Weitere, ergänzende Unterlagen, die der Prüfer neben den Codes für die Stichprobe bereits vor dem Einrichtungsbesuch erhält, wurden bereits benannt: einen Bericht über die Ergebnisqualität der Einrichtung (Kennzahlenübersicht) und Hinweise auf Schwachstellen der Ergebniserfassung.

Eine einseitig auf die Dokumentation ausgerichtete Prüfung ist zu vermeiden. Auskünfte des Bewohners und fachlich plausible, nachvollziehbare Angaben der Mitarbeiter sind im Verhältnis zur schriftlichen Dokumentation nicht als nachgeordnet zu betrachten.

Der Prüfer entscheidet in Abhängigkeit von den näheren Umständen im Einzelfall, inwieweit Feststellungen, die *keine* Hinweise auf Qualitätsdefizite umfassen, durch die Nutzung weiterer Informationsquellen zu verifizieren sind.

Vermutet 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 (Beispiel: Die Pflegedokumentation enthält keine Hinweise auf die individuellen Bedürfnisse des Bewohners zur Teilnahme an Gruppenaktivitäten und auch die Mitarbeiter können keine nachvollziehbaren Angaben dazu machen). Es gibt einige Ausnahmen hiervon. Diese sind als explizite Hinweise auf Dokumentationsanforderungen bei einigen Qualitätsaspekten in den Prüfbögen oder den Ausfüllhinweisen aufgeführt. So müssen die individuelle Tagesstrukturierung und die individuelle Maßnahmenplanung *in jedem Fall schriftlich* dokumentiert sein. Fehlen sie ganz oder teilweise, so ist davon auszugehen, dass für den Bewohner das Risiko besteht, eine nicht seinem Bedarf und seinen Bedürfnissen entsprechende Versorgung zu erhalten, weshalb das Fehlen einer individuellen Tagesstrukturierung oder eine lückenhafte Maßnahmenplanung als Defizit (und nicht als Auffälligkeit) zu werten ist. Nähere Hinweise zu Anforderungen im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation finden sich unten im Abschnitt „Bewertungskategorien“.

Stellenwert des Fachgesprächs während der Qualitätsprüfung

Dem Fachgespräch kommt im neuen Prüfverfahren ein hoher Stellenwert zu. Soweit nicht anders vermerkt, hat die fachlich schlüssige, mündliche Darstellung der Versorgung, der Bedarfskonstellation und anderer Sachverhalte einen ebenso hohen Stellenwert wie die schriftliche Dokumentation. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass mündliche Schilderungen fachlich nachvollziehbar sind und ein in sich stimmiges Bild ergeben. Aussagen, die in sich nicht stimmig sind oder in Widerspruch zu anderen Informationen stehen, sind ebenso wenig nutzbar wie unzutreffende Angaben in der Pflegedokumentation. Ähnliches gilt für unklare oder abstrakte mündliche Mitteilungen.

Sind während des Einrichtungsbesuchs keine Mitarbeiter verfügbar, die über den jeweiligen Bewohner differenziert Auskunft geben können, sind die Prüfer gehalten, sich die erforderlichen Informationen aus anderen Quellen zu beschaffen. Ansonsten sollten sich die Prüfer jedoch darum bemühen, das Fachgespräch als Informationsquelle zu nutzen, und die Mitarbeiter der Einrichtungen ermutigen, das Gespräch mit dem Prüfer ebenfalls als Medium der Informationsübermittlung zu nutzen.

5. Qualitätsbewertung

5.1 Bewertungskategorien (individuelle Bewohnerversorgung)

Zur Qualitätsbeurteilung auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung kommen vier Kategorien zur Anwendung:
A) Keine Auffälligkeiten oder Defizite
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner.

Diese Abstufung soll sichtbar machen, inwieweit aus einem fachlichen Defizit tatsächlich negative Folgen für den Bewohner erwachsen sind und damit eine differenzierte Bewertung des Qualitätsaspekts ermöglichen.

Das Verständnis der „negativen Folgen“ ist von zentraler Bedeutung für das neue Prüfverfahren. Der Begriff umfasst folgende Sachverhalte:

- Im Extremfall kommt es durch ein fachliches Defizit zu einer gesundheitlichen, körperlichen *Schädigung des Bewohners*. Beispiele hierfür sind die Entstehung eines Dekubitus infolge fehlender Dekubitusprophylaxe, Dehydration aufgrund unzureichender Flüssigkeitsversorgung oder Wundinfektionen infolge fehlender Beachtung von Hygienevorschriften.
- Eine negative Folge liegt aber auch dann vor, wenn die durchgeführten Maßnahmen nicht dem individuellen Bedarf des Bewohners entsprechen, auch wenn noch keine sichtbaren gesundheitlichen Nachteile entstanden sind. Beispiele sind fehlende Mobilisierung von bettlägerigen Bewohnern, unzureichende Körperpflege bei unselbständigen Bewohnern oder die fehlende Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln, die das Alltagsleben des Bewohners erheblich einschränkt.
- Eine *nicht bedürfnisgerechte Versorgung* zählt ebenfalls zu den negativen Folgen. Beispiele hierfür sind die wiederholte Verweigerung von Selbstbestimmung oder die regelmäßige Missachtung von explizit geäußerten/dokumentierten Wünschen.

Vor dem Hintergrund dieses Verständnisses sind die Bewertungskategorien folgendermaßen definiert:

A) Keine Auffälligkeiten oder Defizite

Für die zu beurteilenden Sachverhalte gab es keine Hinweise auf ein fachliches Defizit.

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Für die zu beurteilenden Sachverhalte wurden Auffälligkeiten festgestellt, die jedoch keine Auswirkungen auf den Bewohner nach sich ziehen. Dazu gehört beispielsweise das punktuelle Fehlen eines Durchführungsnachweises im Bereich der Behandlungspflege.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Fachliche Defizite wirken sich nicht automatisch nachteilig auf den Bewohner aus. So entsteht aufgrund einer unzutreffenden Risikoeinschätzung nicht sofort, vielleicht auch nicht über einen längeren Zeitraum, ein neuer Dekubitus, aber doch ein vermeidbares *Risiko negativer Folgen* für den betreffenden Bewohner, die dem Verantwortungsbereich der Einrichtung zuzuschreiben sind.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertungskategorie ist für den Fall vorgesehen, dass eine negative Folge aufgrund eines fachlichen Defizits bereits eingetreten ist – wobei negative Folgen im Sinne des oben dargestellten Verständnisses auch das Fehlen einer bedarfs- oder bedürfnisgerechten Unterstützung umfassen. Die Kategorie D) ist also nur in folgenden Fällen anzuwenden:

- Der Bewohner hat eine gesundheitliche Schädigung infolge des Handelns oder infolge von Unterlassungen der Mitarbeiter der Einrichtung erlitten.
- Der Bewohner erhält *regelmäßig* nicht die seinem Bedarf entsprechende Unterstützung, wenngleich diese Unterstützung im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung geleistet werden könnte.
- Der Bewohner erhält *regelmäßig* nicht die seinen Bedürfnissen entsprechende Unterstützung, wenngleich diese Unterstützung im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung geleistet werden könnte.

Es ist besonders wichtig, dass eine D-Bewertung für fehlende Bedarfs- oder Bedürfnisgerechtigkeit nicht allein auf der Grundlage einer fehlenden Information in der Pflegedokumentation vergeben werden darf. Auch eine isolierte Aussage des Bewohners, die nicht durch weitere Feststellungen verifiziert werden kann, reicht nicht aus. Fehlt beispielsweise ein Durchführungsnachweis, so genügt dies allein nicht, um eine nicht bedarfsgerechte Versorgung nachzuweisen. Es kann sich auch um ein systematisches Dokumentationsdefizit handeln. Bei einer D-Bewertung, die vergeben werden soll, weil nach Feststelllungen des Prüfers erforderliche Maßnahmen nicht durchgeführt wurden, müssen neben fehlenden Dokumentationseinträgen zum Nachweis daher weitere Feststellungen getroffen werden.

5.2 Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung

Die Qualitätsbeurteilung erfolgt grundsätzlich unter Berücksichtigung der Grenzen, die durch die Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung und ihrer Mitarbeiter gesteckt sind. Diese Grenzen ergeben sich vor allem durch folgende Faktoren:

- Bereitschaft des Bewohners, die Hinweise der Mitarbeiter anzunehmen: Wenn Mitarbeiter beispielsweise mehrfach auf verhaltensbedingte Risiken kognitiv unbeeinträchtigter Bewohner hinweisen, die betreffenden Bewohner aber ihr Verhalten nicht anpassen, so hat die Einrichtung die aus fachlicher Sicht erwartbaren Maßnahmen ergriffen; ihre Wirkung ist jedoch durch Faktoren, auf die sie nur wenig einwirken kann, begrenzt.

- Fähigkeit des Bewohners, im Rahmen der pflegerischen Unterstützung zu kooperieren: Die Wirkung von fachgerechten Lagerungsmaßnahmen bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern kann dadurch aufgehoben werden, dass der betreffende Bewohner immer wieder eine Körperhaltung annimmt oder Bewegungen durchführt, durch die Scherkräfte wirksam werden und ein Dekubitus entsteht. Nicht jeder neu entstandene Dekubitus kann also als Ergebnis eines fachlichen Defizits eingestuft werden.

- Versorgung durch externe Kooperationspartner: Die gesundheitliche Situation von Heimbewohnern wird maßgeblich durch ärztliches Handeln (oder Nicht-Handeln) beeinflusst. Art und Umfang der nach dem SGB V verordneten Krankenpflege liegen im Ermessen des Arztes und der Kostenträger. Die Einwirkungsmöglichkeit der Einrichtungen ist hier weitgehend auf die fachgerechte Durchführung verordneter Maßnahmen und die Kommunikation mit dem Arzt begrenzt.

- Unrealistische Erwartungen an die Versorgung: Serviceleistungen der Einrichtungen wie Fahrdienste, die nicht zu den vertraglich geregelten Aufgaben der Einrichtung und ihrer Mitarbeiter gehören, liegen nicht im Einwirkungsbereich der Einrichtungen. Auch in anderen Fällen können die Wünsche der Bewohner die Verantwortung der Einrichtung für die fachgerechte Versorgung und das Wohlergehen der Bewohner übersteigen. Insbesondere wenn bei der Prüfung festgestellt wird, dass Wünsche eines Bewohners regelmäßig unberücksichtigt bleiben, so hat der Prüfer sorgfältig zu reflektieren, inwieweit diese Wünsche die Möglichkeiten der Einrichtungen übersteigen. Dies ist besonders wichtig, da die regelmäßige Missachtung von Bedürfnissen im Rahmen der Prüfung ebenso streng beurteilt wird wie die Vernachlässigung eines Versorgungsbedarfs oder gesundheitliche Nachteile, die die Einrichtung zu verantworten hat.

Die Frage der Einwirkungsmöglichkeiten wird im Prüfbogen und in der Ausfüllanleitung nicht explizit thematisiert. Es handelt sich um einen Grundsatz, den das Prüfteam bei *jeder* Beurteilung zu berücksichtigen hat.

5.3 Zusammenführung der Bewertungen der individuellen Bewohnerversorgung

Bei der Bewertung der Qualitätsaspekte in den Bereichen 1 bis 4 auf der Ebene der Einrichtung werden vier Stufen unterschieden. Diese vier Stufen werden folgendermaßen bezeichnet und mit Hilfe eines Punkteschemas visualisiert:

■■■■ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite
■■■□ 2. Moderate Qualitätsdefizite
■■□□ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
■□□□ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

Diese Beurteilungen fassen für den betreffenden Qualitätsaspekt die Einzelbewertungen zusammen, die in Bezug auf die individuelle Versorgung eines Bewohners mit Hilfe der Bewertungskategorien (A–D) vorgenommen wurden. Liegen für einen Bewohner mehrere Bewertungen vor (sowohl eine C- als auch eine D-Wertung bei demselben Qualitätsaspekt), so fließt die schlechteste Bewertung in die Gesamtbeurteilung ein (D-Wertung). „Auffälligkeiten“ (B-Wertung) sind nicht als Defizit einzustufen und fließen daher nicht in diese Bewertung ein.

Es ist folgendes Schema anzuwenden:

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

1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite (vier Punkte)

Es wurden keine oder nur geringe Probleme festgestellt. Diese Bewertung ist auch dann vorzunehmen, wenn im Rahmen der Prüfung bei nicht mehr als einem Bewohner ein Defizit ohne negative Folgen für den Bewohner festgestellt wurde.

Es gilt dementsprechend:

Maximal eine C-Wertung und keine D-Wertung.

2. Moderate Qualitätsdefizite (drei Punkte)

Die Bewertung trifft zu, wenn die drei folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die Bedingungen der Bewertung „Keine oder nur geringe Qualitätsdefizite“ sind nicht erfüllt
- Es wurde bei maximal drei Personen ein Defizit (C- oder D-Wertung) festgestellt.
- Ein Defizit mit negativen Folgen wurde bei keinem oder nur einem Pflegebedürftigen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:

Maximal drei C- oder D-Wertungen, darunter maximal eine D-Wertung.

Wird bei zwei Personen aus der Stichprobe eine D-Wertung vergeben, so trifft unabhängig von anderen Bedingungen die Bewertung „3. Erhebliche Qualitätsdefizite“ zu.

3. Erhebliche Qualitätsdefizite (zwei Punkte)

Die Bewertung trifft zu, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die Bedingungen der Bewertung „Moderate Qualitätsdefizite“ sind nicht erfüllt
- Es wurde bei maximal vier Personen ein Defizit (C- oder D-Wertung) festgestellt.
- Defizite mit negativen Folgen wurden bei maximal drei Pflegebedürftigen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:

Maximal vier C- oder D-Wertungen, darunter maximal drei D-Wertungen.

Wird bei vier Personen aus der Stichprobe eine D-Wertung vergeben, so trifft unabhängig von anderen Bedingungen die Bewertung „4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite“ zu.

4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite (ein Punkt)

Die Bewertung trifft zu, wenn *eine* der beiden folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Es wurde bei mehr als vier Personen ein Defizit (C- oder D-Wertung) festgestellt.
- Defizite mit negativen Folgen wurden bei mehr als drei Pflegebedürftigen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:

Mindestens fünf Personen mit C- oder D-Wertung oder mindestens vier D-Wertungen.

Um Verzerrungen in der Bewertung zu vermeiden, die dadurch entstehen können, dass ein Qualitätsaspekt nur bei wenigen Personen geprüft werden kann („kleine Stichprobe“), gelten zusätzlich folgende Bewertungsregeln:

- Bei einer Stichprobe von drei Personen wird, wenn bei mehr als einer Person ein Defizit festgestellt wird, die ermittelte Qualitätsbeurteilung um eine Stufe verschlechtert.

- Bei einer Stichprobe von vier oder fünf Personen wird, wenn bei mehr als zwei Personen ein Defizit festgestellt wird, die ermittelte Qualitätsbeurteilung um eine Stufe verschlechtert.

5.4 Beurteilung der Qualitätsaspekte im Bereich 5

Die Beurteilung bedarfsübergreifender fachlicher Anforderungen stützt sich auf die Feststellungen, die die Prüfer zu anderen Qualitätsaspekten getroffen haben. Beobachtungen, die die Prüfer unabhängig von diesen Feststellungen machen (z.B. Umgang der Mitarbeiter mit Hygieneanforderungen auf den Wegen des Prüfers durch die Einrichtung), sind ebenfalls einzubeziehen. Bei der Beurteilung des jeweiligen Qualitätsaspekts sind jedoch vorrangig die Feststellungen während der individuell

bewohnerbezogenen Prüfung zu beachten. Eine erneute Informationserfassung ist nicht vorgesehen. Die Beurteilung erfolgt im Teamgespräch.

5.5 Beurteilung der einrichtungsbezogen erhobenen Qualitätsaspekte

Zur Feststellung des Prüfergebnisses bei den einrichtungsbezogen Qualitätsaspekten (Bereich 6) bedarf es keiner differenzierenden Beurteilung oder Zusammenführung von Prüffragen. Die Feststellung des Prüfergebnisses in diesem Bereich umfasst die Angabe, ob eine Anforderung erfüllt oder nicht erfüllt ist, und eine nähere Bezeichnung des bemängelten Sachverhalts.

6. Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung

Wenn für die Einrichtung eine Erfassung von Versorgungsergebnissen vorliegt und die statistische Prüfung nicht bereits zu dem Ergebnis führte, dass die von der Einrichtung durchgeführte Ergebniserfassung erhebliche Mängel aufweist, ist bei bestimmten Qualitätsaspekten eine Plausibilitätskontrolle durchzuführen. Diese Plausibilitätskontrolle ist fester Bestandteil des Prüfverfahrens. Es handelt sich im Kern um die Überprüfung, ob die im Rahmen der Ergebniserfassung dargestellten Informationen mit anderen Sachverhalten bzw. Informationsquellen übereinstimmen oder nicht. Im Prüfbogen findet sich an den betreffenden Stellen eine Leitfrage, mit der die Plausibilitätskontrolle eingeleitet wird.

6.1 Sichtung des Erhebungsreports

Bestandteil der Plausibilitätskontrolle ist auch die Sichtung des sog. Erhebungsreports, die bei der Stichprobenziehung, also zu Beginn der Prüfung erfolgt. Der Prüfer hat hierbei die Frage zu beantworten, ob im Erhebungsreport

- eine eindeutige und vollständige Zuordnung der Pseudonyme zu den Bewohnern erkennbar ist und
- ob die Ein- und Ausschlusskriterien zur Einbeziehung der Bewohner in die Ergebniserfassung entsprechend der methodischen Vorgaben erfolgte und dementsprechend erkennbar ist, für welche Bewohner keine Ergebniserfassung durchgeführt wurde und aus welchem Grund im jeweiligen Fall auf die Ergebniserfassung verzichtet wurde.

Auffälligkeiten (z.B. nicht nachvollziehbarer Ausschluss von Bewohnern bei der Ergebniserfassung) sind im Prüfbogen C zu dokumentieren und zu bewerten (vgl. Kapitel 6.3).

6.2 Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls

Die Plausibilitätskontrolle stützt sich auf die Informationserfassung, die zu Beginn jeder Beurteilung der jeweiligen Qualitätsaspekte erfolgt. Mit dieser Informationserfassung verschafft sich der Prüfer ein Bild des Bewohners und seiner Versorgungssituation, etwa durch Inaugenscheinnahme des Bewohners, durch Gespräche mit dem Bewohner oder den Pflegenden sowie durch die Hinzuziehung der Dokumentation. Zum Zweck der Plausibilitätskontrolle soll er beurteilen, ob diese Informationen mit den Angaben aus der Ergebniserfassung in Einklang stehen oder nicht.

Werden hierbei Abweichungen festgestellt, die sich nicht aufklären lassen, und erweist sich, dass Hinweise aus der Dokumentation oder andere Informationen, die der Ergebniserfassung widersprechen, sachlich zutreffend sind, muss von fehlender Plausibilität ausgegangen werden. Abweichungen, die erklärt werden können (z.B. Verschlechterung der Mobilität nach einem Sturz, der sich nach der Ergebniserfassung ereignete), sind nicht als fehlende Plausibilität einzustufen.

Bei der Beurteilung der Plausibilität muss der Prüfer berücksichtigen, welcher Art die Fehler oder Fehleinschätzungen sind, die entdeckt wurden (z.B. Flüchtigkeitsfehler, Fehleinschätzung, fehlende Angaben etc.). In einem zweiten Schritt muss er beurteilen, ob diese Fehler Auswirkungen auf die Ergebnisbeurteilung haben können oder ob dies eher nicht anzunehmen ist. Zu beurteilen ist also auch, ob sich bestimmte Fehler oder Fehleinschätzungen systematisch auf die Kennzahl des betreffenden Pflegeergebnisses auswirken.

Ablauf der Plausibilitätskontrolle am Beispiel Mobilität

1. Im ersten Schritt erfasst der Prüfer unabhängig von der Plausibilitätskontrolle die Informationen, die er für die Beurteilung eines Qualitätsaspekts benötigt. Im Falle der Mobilität:

1. Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen)	
☐ Positionswechsel im Bett	Erläuterungen:
☐ Aufstehen	*[Freitext]*
☐ Halten einer stabilen Sitzposition	
☐ Lageveränderung im Sitzen	
☐ Stehen und Gehen, Balance	
☐ Treppen steigen	
☐ Beweglichkeit der Extremitäten	
☐ Kraft	
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
[Freitext]	

Damit sollte der Prüfer einen Eindruck gewonnen haben, welche Mobilitätsbeeinträchtigungen vorliegen.

2. Im zweiten Schritt schaut sich der Prüfer das Ergebnis zur Mobilität im Bogen zur Ergebniserfassung an. Er erhält von der Einrichtung den für den betreffenden Bewohner ausgefüllten Erhebungsbogen, der zur Mobilität folgende Angaben enthält (analog zum Modul 1 des NBA):

2. Mobilität (nur körperliche Fähigkeiten bewerten!)		0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig			
2.1	**Positionswechsel im Bett**	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ 3
2.2	**Halten einer stabilen Sitzposition**	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ 3
2.3	**Sich Umsetzen**	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3
2.4	**Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs**	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ 3
2.5	**Treppensteigen**	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3

Wie ersichtlich, weisen die Informationen aus der Informationserfassung und der Ergebniserfassung bei diesem Qualitätsaspekt große Überschneidungen auf.

3. Im nächsten Schritt beurteilt der Prüfer die Frage, ob die Information aus der Ergebniserfassung für sich genommen plausibel ist. Im vorliegenden Beispiel ist sofort erkennbar, dass die Angaben nicht plausibel sind: Ein Bewohner, der in liegender Position erheblich beeinträchtigt ist, wird wohl kaum „überwiegend selbständig“ beim Treppensteigen sein. Bei einem solchen Widerspruch sollte der Prüfer bei den Mitarbeitern der Einrichtung nachfragen, ob sie die Unstimmigkeit aufklären können. Können sie dies nicht in überzeugender Weise, wäre im Prüfbogen anzukreuzen: „Auffälligkeit festgestellt“ und in der Rubrik „Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle“ beispielsweise einzutragen: „in sich widersprüchliche Angaben zur Mobilität: Positionswechsel im Bett und Treppensteigen“. An dieser Stelle kann die Plausibilitätskontrolle zur Mobilität bei dem Bewohner beendet und mit der Bearbeitung der weiteren Leitfragen fortgefahren werden.

4. Angenommen, die Angaben zur Mobilität sind in sich stimmig:

2. Mobilität (nur körperliche Fähigkeiten bewerten!)		0 = selbständig 1 = überwiegend selbständig 2 = überwiegend unselbständig 3 = unselbständig			
2.1	**Positionswechsel im Bett**	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ 3
2.2	**Halten einer stabilen Sitzposition**	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3
2.3	**Sich Umsetzen**	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ 3
2.4	**Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs**	☐ 0	☐ 1	☒ 2	☐ 3
2.5	**Treppensteigen**	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☒ 3

Dann würde der Prüfer diese Informationen zur Mobilität mit den anderen, ihm vorliegenden Informationen vergleichen. Die Herausforderung liegt hier nicht im Vergleich selbst, sondern darin, dass

der Ergebnisbogen einen früheren Zustand und die Informationssammlung des Prüfers den aktuellen Zustand des Bewohners beschreibt.

Die Aufgabe des Prüfers besteht in der Beantwortung der ***Frage, ob es Anhaltspunkte dafür gibt, dass die Angaben zur Mobilität im Erhebungsbogen zur Ergebnisqualität nicht zutreffend sind***. Der Prüfer sollte dies anhand folgender Fragen klären:

a) Entspricht die Beschreibung der Mobilität im Erhebungsbogen zur Ergebnisqualität dem aktuellen Status der Mobilität? An welchen Stellen gibt es Abweichungen?

b) Welche Entwicklungen oder Ereignisse könnten diese Abweichung erklären?
   – Gab es in den letzten Monaten gravierende Ereignisse wie Schlaganfall oder Fraktur?
   – Liegt eine Erkrankung vor, die mit einem stetigen Mobilitätsverlust einhergeht (z.B. Demenz)?
   – Gibt es Hinweise auf Mobilitätsverluste infolge einer Krankenhausbehandlung?
   – Gibt es andere Gründe?
   Es sollte zunächst versucht werden, diese Fragen im Gespräch mit Mitarbeitern der Einrichtung zu klären. Geben diese beispielsweise an, dass es zu einer gesundheitlichen Krise mit Auswirkungen auf die Mobilität gekommen ist, so müssten sich bestätigende Hinweise darauf auch in der Pflegedokumentation finden (z.B. Anpassung der Pflegeplanung, Pflegebericht). Können die Mitarbeiter die Veränderungen differenziert und nachvollziehbar beschreiben, so kann auf die Suche nach weiteren Hinweisen verzichtet werden.

c) Danach kommt der Prüfer im positiven Fall zur Feststellung: Die vorliegenden Informationen sind plausibel. Unter Berücksichtigung der Entwicklungen und Ereignisse, die aus den verfügbaren Informationsquellen stammen, ist der Unterschied zwischen aktuellem Status und Erhebungsbogen nachvollziehbar.

Ablauf der Plausibilitätskontrolle: Beispiel Dekubitusentstehung

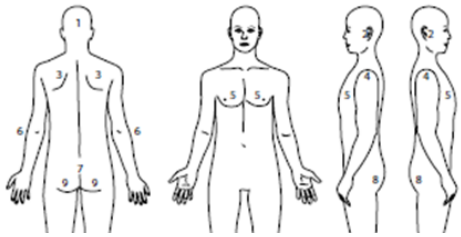
Die Plausibilitätskontrolle ist beim Thema Dekubitus wesentlich einfacher. Während im Falle der Mobilität eine Einschätzung der Selbständigkeit überprüft werden muss, geht es beim Dekubitus um einen einfachen Abgleich von Informationen. Der Ablauf ist allerdings im Wesentlichen identisch. Die Plausibilitätskontrolle erfolgt hier im Zusammenhang mit der Wundversorgung:

1. Im ersten Schritt erfasst der Prüfer wieder unabhängig von der Plausibilitätskontrolle die Informationen, die er zur Beurteilung der Wundversorgung benötigt:

Informationserfassung

M/Info

10.12 Beschreibung vorliegender Wunden



Legende:
1 Hinterkopf
2 Ohrmuschel
3 Schulterblatt
4 Schulter
5 Brustbein
6 Ellenbogen

2. Im zweiten Schritt nimmt der Prüfer die Angaben im Bogen zur Ergebniserfassung zur Kenntnis:

7.1 Hatte der Bewohner während der vergangenen 6 Monate einen Dekubitus?
☒ ja, einmal ☐ ja, mehrmals ☐ nein (bei „nein" weiter mit Frage 8)

7.2 Maximaler Dekubitusgrad in den letzten 6 Monaten:
☒ Grad 1 ☐ Grad 2 ☐ Grad 3 ☐ Grad 4 ☐ unbekannt

7.3 Bitte Zeitraum angeben (nur Dekubitus Grad 2, 3 oder 4 oder wenn Dekubitusgrad unbekannt):
vom 15.01.2018 bis 19.01.2018 (ggf. bis heute)
vom bis

7.4 Wo ist der Dekubitus entstanden?
☒ in der Pflegeeinrichtung ☐ im Krankenhaus
☐ zuhause (vor dem Heimeinzug) ☐ woanders

3. Der dritte Schritt – ist die Information aus der Ergebniserfassung für sich genommen plausibel? – spielt bei Themen wie Dekubitusentstehung oder Gewichtsverlust eine untergeordnete Rolle und kann übersprungen werden. Dies ist überall dort möglich, wo nur Fakten und keine Einschätzungen verglichen werden.

4. Wichtiger ist: Der Prüfer vergleicht diese Informationen mit den anderen Informationen. Beim Thema Dekubitus sollte immer die Wunddokumentation bzw. die Pflegedokumentation des Bewohners genutzt werden. Finden sich dort die gleichen Informationen (auch zum Entstehungsort), ist die Plausibilität gegeben. Findet sich in der Wunddokumentation die Angaben „Dekubitus Grad 2" oder eine weitere Dekubitusepisode, so wäre im Prüfbogen anzukreuzen: „Auffälligkeit festgestellt" und in der Rubrik „Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle" einzutragen: „Abweichung zu Angaben in der Pflegedokumentation: Dort wurde Dekubitusgrad 2 angegeben, im Ergebnisbogen aber Dekubitusgrad 1" oder „Ein zweiter Dekubitus wurde nicht erfasst".

Nach diesem Muster sind alle Plausibilitätskontrollen im Rahmen der Prüfung durchzuführen.

Anforderungen an die Genauigkeit

Im Falle der Entstehung eines Dekubitus, eines Krankenhausaufenthalts, des Gewichtsverlusts und anderer Themen kann der Vergleich zwischen Ergebniserfassung und anderen Informationsquellen konkrete Daten und Fakten berücksichtigen.

Bei der Einschätzung der Mobilität, der Selbständigkeit bei der Selbstversorgung und einiger anderer Themen ist es unzulässig, nach genauer Übereinstimmung zu fragen. Die Informationsgrundlagen reichen nicht aus, um zu klären, ob jedes einzelne Kreuz der Selbständigkeitseinschätzung vor 4 Monaten im richtigen Kästchen gemacht wurde.

Die zu beantwortende Frage lautet vielmehr, ob das ***Gesamtbild*** als plausibel eingestuft werden kann. Der Prüfer sollte also beispielsweise auf keinen Fall jedes einzelne der 11 Merkmale der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten abgleichen und überprüfen, die im Instrument zur Ergebniserfassung zu beurteilen sind. Das würde auch die zeitlichen Möglichkeiten in der Prüfung sprengen. Es ist immer das Gesamtbild zu beurteilen, nicht jedes einzelne Merkmal.

Rationelles Vorgehen

Die Plausibilitätskontrolle kann teilweise sehr schnell abgeschlossen werden, teilweise etwas länger dauern. Manches ist für den geübten Prüfer auf den ersten Blick erkennbar, manche Fragen sind erst nach ergänzenden Recherchen in der Dokumentation oder Gesprächen zu beantworten. Der Prüfer sollte allerdings vermeiden, sich in Detailfragen zu verlieren. Es geht um Plausibilität und nicht um detaillierte Nachweise. Die Plausibilitätskontrolle ist an die Informationserfassung gekoppelt, die der Prüfer ohnehin durchführen muss. Sie sollte nur eine Abrundung dieser Informationserfassung sein.

Beurteilung von Auffälligkeiten

Fehler werden bei nahezu jeder Einrichtung festgestellt, in der eine Plausibilitätskontrolle stattfindet. Dies ist bei umfassenden Datenerhebungen nicht zu vermeiden. Doch nicht jeder fehlerhafte Eintrag ist relevant für die Gesamtbeurteilung. Es ist besonders wichtig, neben der Fehlerhäufigkeit die Wertigkeit fehlerhafter Einträge für die Ergebniserfassung zu bewerten. Flüchtigkeitsfehler (sie kommen häufig bei Datumsangaben vor) sind kein hinreichender Grund, die Plausibilität in Frage zu stellen.

Hinweise zur Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle finden sich in der Anlage G.

Es kommt immer wieder vor, dass Abweichungen zwischen der Pflegedokumentation und dem Bogen zur Ergebniserfassung auftauchen. Unzutreffende Angaben können in beiden vorhanden sein. Prüfer wissen aus Erfahrung, wie begrenzt manchmal die Verlässlichkeit der Informationen aus der

Dokumentation ist. Es sollte immer versucht werden, durch Auskünfte der Mitarbeiter das betreffende Problem aufzuklären[6].

6.3 Gesamtbewertung der Plausibilität

Die formelle Gesamtbeurteilung der Plausibilität erfolgt im Rahmen der abschließenden Bewertung der Prüfung nach dem Prüfbesuch mit Hilfe des Prüfbogens C. Alle Beurteilungen und Erläuterungen, die in diesem als Ergebnis schriftlich festgehalten werden, sollten knapp, aber nachvollziehbar formuliert werden. Der Bericht (Prüfbogen C) sollte so geschrieben sein, dass auch ein unbeteiligter Dritter versteht, was die Prüfung ergeben hat.

Die festgestellten Abweichungen zwischen den einrichtungsintern erhobenen Versorgungsergebnissen (Ergebniserfassung) und den im Rahmen der externen Prüfung erfolgten Feststellungen werden zusammengeführt, um auf dieser Grundlage eine Gesamtbeurteilung der Ergebniserfassung vorzunehmen, soweit dies auf der Basis einer Stichprobe möglich ist. Mit der Plausibilitätskontrolle bescheinigt der Prüfdienst *nicht*, dass die Einrichtung bei der Ergebniserfassung alles korrekt erfasst hat. Ähnlich wie im Falle der Qualitätsbeurteilungen, die der Prüfer vornimmt, lautet das Ergebnis der Plausibilitätskontrolle vielmehr: Bei den Bewohnern *aus der Stichprobe* ergaben sich (keine) Hinweise auf fehlende Plausibilität.

Ebenso wie bei externen Qualitätsbeurteilungen ist es im Falle der Plausibilitätskontrolle nicht möglich, aus der bloßen Anzahl der Auffälligkeiten eine Gesamtbeurteilung der Ergebniserfassung formalistisch abzuleiten. Die Auffälligkeiten müssen hinsichtlich ihrer Relevanz für die Qualitätskennzahlen bewertet werden (s.o. Kapitel 6.2). Bei der Gesamtbeurteilung werden daher folgende Situationen unterschieden:

1. Keine Auffälligkeiten: Bei den Bewohnern aus der Stichprobe konnten im Rahmen der Plausibilitätskontrolle keine bzw. keine nennenswerten[7] Auffälligkeiten festgestellt werden.

2. Auffälligkeit festgestellt: Es wurde festgestellt, dass die Informationen aus der Ergebniserfassung mit Informationen aus anderen Quellen nicht in Einklang stehen und die Abweichung nicht nachvollziehbar aufgeklärt werden konnte. Eine Auswirkung auf die Ergebnisbeurteilung entsprechend der

[6] Beispiel: Die Ergebniserfassung enthält bei einem Bewohner die Angabe „selbständig“ beim Essen und Trinken, aber die Maßnahmenplanung sieht Hilfe bei der Mahlzeiteneinnahme vor. Aufklärung durch die Mitarbeiter: „Eigentlich könnte die Bewohnerin es alleine. Aber sie genießt die Zuwendung; wir meinen sogar: sie braucht die Zuwendung! Deshalb machen wir es schon seit einiger Zeit so, dass wenigstens zeitweise eine Kollegin dabeisitzt. Beim Essen lässt sich das gut einrichten. Aber eigentlich ist sie selbständig beim Essen“.

[7] Da es sich bei der Ergebniserfassung um eine im Hinblick auf Sorgfalt und Genauigkeit anspruchsvolle Angelegenheit handelt, ist wie schon angesprochen damit zu rechnen, dass (z.B. unter Zeitdruck) des Öfteren Flüchtigkeitsfehler auftreten. Wird bei den Bewohnern in der Stichprobe ein- oder zweimal ein Flüchtigkeitsfehler festgestellt, die keine Relevanz für die Ergebnisdarstellung haben, so ist dies nicht als „nennenswerte“ Auffälligkeit zu werten.

Kategorie „kritischer Bereich“ ist nicht zu erwarten, jedoch sollte sich die Einrichtung auf die nächste Ergebniserfassung besser vorbereiten.

3. Kritischer Bereich: Für den betreffenden Themenbereich wurde bei mindestens zwei (ggf. auch mehr) geprüften Bewohnern festgestellt, dass die Angaben der Einrichtung fälschlicherweise auf ein positives Versorgungsergebnis verweisen oder ein tatsächlich vorliegendes negatives Versorgungsergebnis nicht ausweisen. Dabei muss es sich um Sachverhalte handeln, die nach den Maßgaben der Anlage G (Hinweise zur Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle) als relevant für die Kennzahlberechnung anzusehen sind.

Die Bewertung „Auffälligkeit festgestellt“ gibt somit Anlass, die Einrichtung auf die betreffende Möglichkeit einer fehlerhaften Ergebniserfassung hinzuweisen. Für die Gesamtbeurteilung ausschlaggebend ist dagegen die Kategorie ***kritischer Bereich***. Es gibt insgesamt 12 Fragen, die zur Plausibilitätskontrolle auffordern. Jede dieser Fragen spricht einen anderen Themenbereich an (z. B. Mobilität, Schmerzerfassung, Krankenhausaufenthalte). Ein *kritischer* Themenbereich entspricht einem Themenbereich, der mit diesen Fragen adressiert wird und bei dem jeweils bei einer bestimmten Zahl Bewohner ein falsch ausgewiesenes Versorgungsergebnis festgestellt wurde. Hinzu kommen ggf. Fehler im Umgang mit den Ein- und Ausschlusskriterien. Im Einzelnen hat der Prüfer folgende Bewertungsregeln zu beachten:

Auffälligkeiten im Erhebungsreport: Es wurde für mindestens drei Bewohner festgestellt, dass

- fälschlicherweise ein Ausschluss aus der Ergebniserfassung erfolgte oder
- die Zuordnung von Pseudonymen fehlerhaft war.

Angaben zur Mobilität (1.1): Bei mindestens zwei Bewohnern wurde festgestellt, dass

- die Mobilität zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung wesentlich stärker beeinträchtigt war als von der Einrichtung angegeben worden ist oder
- bei erheblichem Mobilitätsverlust unzutreffende Angaben über schwerwiegende Krankheitsereignisse gemacht wurden, die den Mobilitätsverlust erklären könnten.

Hierdurch wurde in mindestens zwei Fällen fälschlicherweise ein positives Versorgungsergebnis ausgewiesen oder ein Bewohner mit negativem Versorgungsergebnis fälschlicherweise aus der Kennzahlberechnung ausgeschlossen.

Angaben zu gravierende Sturzfolgen (1.1): Mindestens zwei Bewohner haben im relevanten Zeitraum eine gravierende Sturzfolge erlitten, die bei der Ergebniserfassung nicht ausgewiesen wurde. Hierdurch blieb in mindestens zwei Fällen ein negatives Versorgungsergebnis unerwähnt, das nach den geltenden Definitionen dem Verantwortungsbereich der Einrichtung zuzuordnen wäre.

Angaben zum Gewichtsverlust und zu den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen (1.2): Bei mindestens zwei Bewohnern wurde festgestellt,

- dass das Körpergewicht zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung *wesentlich* niedriger lag als von der Einrichtung angegeben worden ist oder
- dass die bei der Ergebniserfassung erfragten Angaben, die einen Gewichtsverlust erklären könnten, unzutreffend sind.

Hierdurch blieb in mindestens zwei Fällen ein negatives Versorgungsergebnis unerwähnt, das nach den geltenden Definitionen dem Verantwortungsbereich der Einrichtung zuzuordnen wäre.

Angaben zur Selbständigkeit bei der Selbstversorgung (1.4): Bei mindestens zwei Bewohnern wurde festgestellt, dass

- die Selbständigkeit zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung wesentlich stärker beeinträchtigt war als von der Einrichtung angegeben worden ist oder
- bei erheblichem Selbständigkeitsverlust unzutreffende Angaben über schwerwiegende Krankheitsereignisse gemacht wurden, die den Selbständigkeitsverlust erklären könnten.

Hierdurch wurde in mindestens zwei Fällen fälschlicherweise ein positives Versorgungsergebnis ausgewiesen oder ein Bewohner mit negativem Versorgungsergebnis aus der Kennzahlberechnung ausgeschlossen.

Angaben zum Thema Schmerz (2.2): Bei mindestens zwei Bewohnern wurde festgestellt, dass

- entgegen der Angaben der Einrichtung zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung eine Schmerzsymptomatik vorlag oder
- Bewohner mit bestehender Schmerzsymptomatik entgegen der Angaben der Einrichtung zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung *nicht* schmerzfrei waren oder
- die Angaben der Einrichtung zu einer differenzierten Schmerzerfassung nicht korrekt sind.

Hierdurch blieb in mindestens zwei Fällen ein negatives Handlungsergebnis unerwähnt.

Angaben zur Dekubitusentstehung (2.3): Mindestens zwei Bewohner haben im relevanten Zeitraum einen Dekubitus Grad 2 oder höher entwickelt, der bei der Ergebniserfassung nicht ausgewiesen wurde. Hierdurch blieb in mindestens zwei Fällen ein negatives Versorgungsergebnis unerwähnt, das nach den geltenden Definitionen dem Verantwortungsbereich der Einrichtung zuzuordnen wäre.

Angaben zur Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (3.2): Bei mindestens zwei Bewohnern wurde festgestellt, dass

- die Selbständigkeit zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung wesentlich stärker beeinträchtigt war als von der Einrichtung angegeben worden ist oder
- bei erheblichem Selbständigkeitsverlust unzutreffende Angaben über schwerwiegende Krankheitsereignisse gemacht wurden, die den Selbständigkeitsverlust erklären könnten.

Hierdurch wurde in mindestens zwei Fällen fälschlicherweise ein positives Versorgungsergebnis ausgewiesen oder ein Bewohner mit negativem Versorgungsergebnis aus der Kennzahlberechnung ausgeschlossen.

Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2): Bei mindestens zwei Bewohnern wurde festgestellt, dass die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung wesentlich stärker *oder* wesentlich geringer beeinträchtigt waren als von der Einrichtung angegeben worden ist.

Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs (4.1): Bei mindestens zwei Bewohnern wurde festgestellt, dass ein Integrationsgespräch mit entsprechender Ergebnisdokumentation entgegen der Angaben der Einrichtung nicht stattgefunden hat. Hierdurch wurde in mindestens zwei Fällen fälschlicherweise ein positives Versorgungsergebnis ausgewiesen.

Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2): Bei mindestens zwei Bewohnern wurde festgestellt, dass die Einrichtung Angaben zu Krankenhausaufenthalten dokumentiert hat, die nach den Feststellungen der Prüfer nicht stattgefunden haben oder entgegen der Angaben der Einrichtung kürzer waren als 10 Tage.

Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4): Bei mindestens zwei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern wurde entgegen der Angaben der Einrichtung die Anwendung von Gurten innerhalb der letzten vier Wochen festgestellt. Hierdurch wurde in mindestens zwei Fällen ein Bewohner mit negativem Versorgungsergebnis aus der Kennzahlberechnung ausgeschlossen.

Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4): Bei mindestens zwei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern wurde entgegen der Angaben der Einrichtung die Anwendung von Bettseitenteilen innerhalb der letzten vier Wochen festgestellt. Hierdurch wurde in mindestens zwei Fällen ein Bewohner mit negativem Versorgungsergebnis aus der Kennzahlberechnung ausgeschlossen.

Die Aufgabe der Prüfer bei der abschließenden Bewertung besteht somit darin, festzustellen, wie viele kritische Themenbereiche im Verlauf der Prüfung identifiziert wurden. Das Gesamtergebnis ist im Prüfbogen C zu dokumentieren. Die Prüfer konkretisieren und begründen ihre Gesamtbeurteilung in nachvollziehbarer Form. Sie ergänzen die Gesamtbeurteilung um Empfehlungen zur Verbesserung der Ergebniserfassung.

7. Ablauf des Einrichtungsbesuchs

Einführungsgespräch, Stichprobe und Einverständniserklärung

Nach Vorstellung der Prüfer bei der Leitung der Einrichtung sind zu Beginn der Prüfung in einem *Einführungsgespräch* das Aufgabenverständnis, die Vorgehensweise und der voraussichtliche Zeitaufwand der Prüfung zu vermitteln. Die Interessenvertretung der Bewohner der Pflegeeinrichtung wird über die Prüfung informiert. Im Anschluss an das Einführungsgespräch erfolgt die *Bestimmung von neun Bewohnern* entsprechend der Vorgaben des definierten Stichprobenverfahrens. Für alle Bewohner der Stichprobe sind analog zum bisherigen Prüfverfahren Einverständniserklärungen einzuholen.

Erfassung von Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

Ebenfalls analog zum bisherigen Prüfverfahren werden allgemeine Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung erfasst. Die Angaben sind gemeinsam durch die Prüfer und die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung zu machen. Idealerweise sind sie zu Beginn der Prüfung zu erheben, damit die Prüfer einen ersten Eindruck zu Größe und Struktur der Einrichtung, zu ggf. vorhandenen pflegefachlichen Schwerpunkten sowie zur Bewohnerstruktur und zu verantwortlichen Mitarbeitern gewinnen[8].

Erfassung administrativer Angaben zum Bewohner

Die betreffenden Angaben dienen vorrangig zur Verwaltung des Datensatzes[9]. Die Daten sind gemäß der Vorgabe des Erhebungsbogens für jeden Bewohner der Stichprobe zu erfassen. Es bietet sich an, diese vorab für alle in die Stichprobe einbezogenen Bewohner zu erfassen.

Beurteilung der Qualitätsaspekte beim einzelnen Bewohner

Die Beurteilung der jeweiligen Qualitätsaspekte auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung erfolgt größtenteils nach einem bestimmten Muster. Das Vorgehen umfasst in den Qualitätsbereichen 1-4 folgende Schritte:

1. **Informationserfassung**: Der Prüfer verschafft sich zunächst einen Überblick zur Bedarfs- und Versorgungssituation des Bewohners. Anhand verschiedener Informationsquellen werden die Lebenssituation, die gesundheitliche Situation, Ressourcen und Beeinträchtigungen, Gefährdungen

[8] Das entsprechende Informationsprofil ist in dem im Anhang abgedruckten Prüfbogen nicht enthalten.

[9] Das entsprechende Informationsprofil ist in dem im Anhang abgedruckten Prüfbogen nicht enthalten.

usw. durch den Prüfer erfasst. Welche Informationen für den jeweiligen Qualitätsaspekt benötigt werden, ist im Prüfbogen angegeben. Der Prüfer sollte sich ein eigenes Bild vom Bewohner und der Pflegesituation machen und Angaben der Einrichtung gedanklich stets daraufhin überprüfen, ob sie sich zu einem fachlich stimmigen Gesamtbild zusammenfügen. Dies gilt auch für die Beurteilung der Plausibilität von Angaben, die aus der Ergebniserfassung stammen.

2. **Bearbeitung der Leitfragen**: Im zweiten Schritt hat der Prüfer – mit Hilfe der zu jedem Qualitätsaspekt aufgeführten Leitfragen – eine Beurteilung der Versorgung vorzunehmen. Hierbei macht der Prüfer Feststellungen, die er dann im nächsten Schritt anhand bestimmter Vorgaben bewertet. Zu den jeweiligen Leitfragen ist in der Ausfüllanleitung beschrieben, welche Aspekte des pflegerischen Handels in die Beurteilung einbezogen werden sollen. Bei mehreren Qualitätsaspekten finden sich vor den Leitfragen Hinweise dazu, ob ein Bewohner in die Bewertung einbezogen werden soll. So ist beispielsweise die Frage nach der Tagesstrukturierung nur bei Bewohnern zu bearbeiten, die einen Unterstützungsbedarf bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte aufweisen.

3. **Bewertung und Beschreibung festgestellter Auffälligkeiten**: Die bei der Bearbeitung der Leitfragen identifizierten Auffälligkeiten werden in strukturierter Form dokumentiert und bewertet. Zu jedem Qualitätsaspekt finden sich im Prüfbogen individuelle Erläuterungen zur Konkretisierung der Bewertung (d.h. konkrete Hinweise dazu, unter welchen Voraussetzungen der Prüfer einen Sachverhalt als Qualitätsdefizit einzustufen hat).

Die Bewertung erfolgt mit den vier Bewertungskategorien, die bereits erläutert wurden:
A) Keine Auffälligkeiten oder Defizite
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner.

Beurteilung übergreifender Qualitätsaspekte (Bereich 5)

Bei der Beurteilung der verschiedenen Qualitätsaspekte in den Bereichen 1 bis 4 werden immer wieder Themen angesprochen, die gleichermaßen für mehrere Qualitätsaspekte relevant sind. Ein Beispiel hierfür ist der Umgang mit Risiken und Gefährdungen, der im Bereich der Mobilität, der Ernährung und bei anderen Aspekten relevant ist.

Informationsgrundlage für die Beurteilung dieser sog. bedarfsübergreifenden Qualitätsaspekte sind die Feststellungen, die die Prüfer für die Qualitätsaspekte in den Bereichen 1 bis 4 getroffen haben. Es werden also keine zusätzlichen Informationen über die Bewohner aus der Stichprobe erfasst. Vielmehr werden die bereits vorliegenden Feststellungen genutzt.

Auf dieser Grundlage sollen die Prüfer nach den Vorgaben des Prüfbogens eine *Gesamtbewertung für die Einrichtung* vornehmen, also beispielsweise eine Gesamtbewertung der Frage, ob die Einrichtung mit Risiken und Gefährdungen der Bewohner fachgerecht umgeht.

Diese Beurteilung ist bei der Zusammenführung der Teilergebnisse der Prüfung im Teamgespräch vorzunehmen (s.u.). Die Zusammenführung erfolgt im Prüfbogen B.

Bewertung einrichtungsbezogener Merkmale (Bereich 6)

In einem gesonderten Abschnitt des Prüfbogens B werden organisatorische Aspekte und allgemeine Anforderungen an das Qualitätsmanagement erfasst. Es erfolgt eine kriteriengestützte Bewertung, bei der zu beurteilen ist, ob die im Prüfbogen aufgeführten Anforderungen erfüllt werden oder nicht.

Synthese/Zusammenführung der Feststellungen (Teamgespräch)

Die vorläufige Feststellung wichtiger Gesamtergebnisse erfolgt gemeinsam im Prüfteam ohne Anwesenheit von Mitarbeitern der Einrichtung. Die Prüfer kommen zusammen und tauschen sich über ihre wichtigsten Feststellungen zu den einzelnen Qualitätsaspekten aus. Zweck dieses Teamgesprächs ist

a) die gemeinsame Bewertung der bedarfsübergreifenden Qualitätsaspekte
b) die Einschätzung der fachlichen Stärken der Einrichtung
c) die vorläufige Einschätzung, bei welchen Qualitätsaspekten fachliche Defizite festgestellt wurden (Defizite mit negativen Folgen für den Bewohner oder mit dem Risiko des Auftretens negativer Folgen)
d) die vorläufige Einschätzung der Plausibilität der Ergebniserfassung
e) die Festlegung der Themen, die im anschließenden Abschlussgespräch mit Vertretern der Einrichtung angesprochen werden sollen, insbesondere der Themen, zu denen eine Beratung erfolgen soll.

Es ist zu betonen, dass es sich um vorläufige Einschätzungen handelt, die bei der abschließenden Bewertung zu verifizieren und zu konkretisieren sind. Grundlage des Gesprächs sind sämtliche Feststellungen, die bei der Prüfung der einrichtungsbezogenen und der direkt bewohnerbezogenen Fragen festgehalten wurden, inklusive der Feststellungen, die die Plausibilitätskontrolle betreffen. Zur Durchführung des Teamgesprächs liegt eine Strukturierungshilfe vor (s. Anlage).

Abschlussgespräch

Im Abschlussgespräch wird die Pflegeeinrichtung über zentrale Ergebnisse der Prüfung in Kenntnis gesetzt. Grundlage sind die im Teamgespräch der Prüfer gewonnenen vorläufigen Einschätzungen sowie die von ihnen festgelegten Themen bzw. Beratungspunkte (s.o.). Es sollen jedoch auch die von

den Prüfern erfassten fachlichen Stärken der Einrichtung gewürdigt werden. Das Gespräch wird mit dem Ziel geführt, die Eigenverantwortlichkeit der Einrichtung zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege zu stärken.

Die Prüfer stellen in zusammenfassender Form ihre vorläufigen Einschätzungen zu folgenden Punkten dar:

- fachliche Stärken der Einrichtung
- festgestellte Qualitätsdefizite (Defizite mit negativen Folgen für den Bewohner oder mit dem Risiko des Auftretens negativer Folgen)
- Plausibilität der Ergebniserfassung.

Zu diesen Punkten sollte den Vertretern der Einrichtung Gelegenheit zur Kommentierung und Stellungnahme gegeben werden.

In einer weiteren Gesprächsphase erfolgt die Beratung zu den Themen, die die Prüfer im Teamgespräch als besonders wichtig identifiziert haben. Gemeinsam mit den Vertretern der Einrichtungen sind Möglichkeiten zu diskutieren, wie festgestellte Defizite behoben und der Entstehung von Defiziten vorgebeugt werden kann.

Sofern die Einrichtung abweichende Meinungen zu festgestellten Mängeln äußert, werden diese von den Prüfern schriftlich festgehalten.

Zur Durchführung des Abschlussgesprächs liegt eine Strukturierungshilfe vor (s. Anlage).

Prüfbericht

Die Ergebnisse werden in einem Prüfbericht gebündelt. Dieser enthält:

1. Administrative Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung
2. Die zusammenfassende Beurteilung der Prüfergebnisse
3. Das Ergebnis der Plausibilitätskontrolle
4. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten
5. Einen Anhang mit sämtlichen Prüfbögen.

Anlagen

A. Prüfbogen Teil A (zur Beurteilung der individuellen Bewohnerversorgung)

B. Prüfbogen Teil B (für Beurteilungen auf der Einrichtungsebene)

C. Prüfbogen Teil C (Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle)

D. Ausfüllanleitung

E. Strukturierungshilfe zur Durchführung des Teamgesprächs

F. Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgesprächs

G. Hinweise zur Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle

Prüfung beim Bewohner – Allgemeine Angaben

Angaben zum Bewohner			
Alter in Jahren			
Einzugsdatum (Monats- und Jahresangabe)			
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung			
Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ nicht eingestuft			
Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?		☐ ja	☐ nein
Bewohnercode (soweit vorhanden)			

(…)

<Weitere allgemeine Angaben zum Bewohner können, beispielsweise analog zur aktuellen Qualitätsprüfungsrichtlinie, an dieser Stelle nach Belieben ergänzt werden.>

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Der Bewohner erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es den Bedürfnissen des Bewohners entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen)	
☐ Positionswechsel im Bett	Erläuterungen:
☐ Aufstehen	*[Freitext]*
☐ Halten einer stabilen Sitzposition	
☐ Lageveränderung im Sitzen	
☐ Stehen und Gehen, Balance	
☐ Treppen steigen	
☐ Beweglichkeit der Extremitäten	
☐ Kraft	
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
[Freitext]	

Plausibilitätskontrolle		
1. Stehen die Angaben zur Mobilität in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? 2. Stehen die Angaben zu gravierenden Sturzfolgen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?		
☐ **keine Auffälligkeiten festgestellt**	☐ **Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)**	☐ **trifft nicht zu**

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist die Unterstützung des Bewohners mit dem Ziel, verlorene Selbständigkeit bei der Fortbewegung und Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit auszugleichen, mit Mobilitätseinbußen assoziierte Gefährdungen zu vermeiden sowie Mobilität zu erhalten und zu fördern.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Beeinträchtigungen der Mobilität vorliegen. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Entspricht die Unterstützung bei der Mobilität dem individuellen Bedarf des Bewohners?
2. Erhält der Bewohner, wenn er es wünscht, Unterstützung für Aufenthalte im Freien?
3. Wurden die vorliegenden Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Einschätzung gesundheitlicher Risiken berücksichtigt?
4. Entspricht die Unterstützung im Bereich der Mobilität den Erfordernissen, die aus der individuellen Risikosituation erwachsen?
5. Werden zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität durchgeführt, die auf die noch vorhandenen Fähigkeiten und Bedürfnisse des Bewohners abgestimmt sind?

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

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn in der Pflegedokumentation Mobilitätsbeeinträchtigungen unvollständig dargestellt werden, bei der Versorgung jedoch alle Beeinträchtigungen und die aus ihnen resultierenden Risiken berücksichtigt werden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Frage nach erhöhtem Sturz- oder Dekubitusrisiko unberücksichtigt blieben.
- vorhandene Möglichkeiten zur Verbesserung der Mobilität nicht erkannt oder nicht genutzt werden.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine ausreichende Unterstützung des Bewohners bei der Fortbewegung erfolgt.
- keine ausreichende Unterstützung des Bewohners bei der Nutzung von Hilfsmitteln zur Fortbewegung erfolgt.
- der Bewohner sich aufgrund fehlender Unterstützung nicht im Freien aufhalten kann, obwohl er es möchte.

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

Der Bewohner wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt.

Informationserfassung

Gewicht:

aktuell vor 3 Monaten vor 6 Monaten

Hinweise auf eine Gewichtsabnahme: *[Freitext]*

Größe (in cm) aktueller BMI

Selbständigkeit im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:

[Freitext]

Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung:

☐	Magensonde PEG-Sonde PEJ-Sonde	☐ vollständige Sondenernährung ☐ teilweise Sondenernährung ☐ zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich ☐ zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich ☐ Applikation per Pumpe ☐ Applikation per Schwerkraft ☐ Applikation per Bolus
	Nahrung kcal/24 h + Flussrate	*[Freitext]*
	Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate	*[Freitext]*
	Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	*[Freitext]*
☐	Subkutane Infusion	
☐	i.v.-Infusion	
☐	Hilfsmittel	*[Freitext]*
☐	Sonstiges	*[Freitext]*

Plausibilitätskontrolle		
1. Stehen die Angaben zum Gewicht und den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen, in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?		
☐ **keine Auffälligkeiten festgestellt**	☐ **Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)**	☐ **trifft nicht zu**

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist die fachgerechte Unterstützung des Bewohners bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen, sofern diese sich an der Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung des Bewohners beteiligen, ein. Normativer Bezugspunkt für die Qualitätsbeurteilung ist der Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ in der aktuellen Fassung.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung oder Flüssigkeitsaufnahme vorliegen. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Sind die Ernährungssituation inkl. Flüssigkeitsversorgung des Bewohners sowie die Selbständigkeit des Bewohners in diesem Bereich fachgerecht erfasst worden?
2. Erfolgt eine ausreichende, bedürfnisgerechte Unterstützung des Bewohners bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme?
3. Werden erforderliche Hilfsmittel zur Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme fachgerecht eingesetzt?

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

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn die Selbständigkeit bei der Nahrungsaufnahme in der Pflegedokumentation stärker eingeschränkt beschrieben wird als sie tatsächlich ist, bei der Versorgung jedoch alle Beeinträchtigungen und das daraus resultierende Risiko der Mangelernährung berücksichtigt wird.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- auf Anzeichen für eine reduzierte Nahrungsaufnahme, nicht reagiert wird.
- die Nahrung nicht in einer Form angeboten wird, die auf die Beeinträchtigungen des Bewohners abgestimmt ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine ausreichende Unterstützung des Bewohners bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme erfolgt.
- der Bewohner Anzeichen einer Dehydration zeigt.
- Wünsche des Bewohners ignoriert werden, obwohl hierfür keine gesundheitlichen Gründe vorliegen.
- ein unerwünschter, gesundheitlich relevanter Gewichtsverlust vorliegt, den die Einrichtung zu verantworten hat.

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

Der Bewohner wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz:

[Freitext]

Nutzung von:

- ☐ suprapubischem Katheter
- ☐ transurethralem Katheter
- ☐ Inkontinenzprodukten
  - ☐ offen ☐ geschlossen
- ☐ Hilfsmitteln
- ☐ Stoma
- ☐ Sonstigem

Allgemeine Beschreibung

Gegenstand der Prüfung ist die fachgerechte Unterstützung des Bewohners mit dem Ziel, Kontinenzverluste zu kompensieren und die Kontinenz des Bewohners zu fördern. Zu prüfen ist dies sowohl hinsichtlich der Harn- als auch der Stuhlkontinenz. Normativer Bezugspunkt für die Qualitätsbeurteilung ist im Falle der Harnkontinenz der Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ in der aktuellen Fassung.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn ein Hilfebedarf im Bereich der Kontinenzförderung, der Kompensation von Kontinenzverlust oder der Versorgung künstlicher Ausgänge vorliegt. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Wurde die Kontinenz des Bewohners zutreffend erfasst?
2. Werden geeignete Maßnahmen zum Kontinenzerhalt, zur Unterstützung bei Kontinenzverlust oder beim Umgang mit künstlichen Ausgängen durchgeführt?
3. Werden erforderliche Hilfsmittel fachgerecht eingesetzt?

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

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn das Kontinenzprofil nicht ganz zutreffend dokumentiert ist, bei der Versorgung jedoch alle Beeinträchtigungen und das Ziel der Kontinenzförderung berücksichtigt werden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- wichtige Hygieneanforderungen nicht berücksichtigt werden, hierdurch aber noch keine Probleme entstanden sind.
- die individuelle Maßnahmenplanung nicht auf die Beeinträchtigungen des Bewohners zugeschnitten ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- durch Vernachlässigung wichtiger Hygieneanforderungen Schädigungen der Haut eingetreten sind.
- die Durchführung der Maßnahmen nicht dem Bedarf entspricht.

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Der Bewohner wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei seiner Körperpflege unterstützt.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege:

[Freitext]

Plausibilitätskontrolle		
1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit bei der Selbstversorgung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?		
☐ **keine Auffälligkeiten festgestellt**	☐ **Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)**	☐ **trifft nicht zu**

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die notwendige Körperpflege beim Bewohner sichergestellt wird und ob die Maßnahmen zur Unterstützung dem Bedarf und den Wünschen des Bewohners entsprechen. Die Körperpflege umfasst auch die Mund- und Zahnpflege. Zu prüfen ist ferner, ob auf Auffälligkeiten des Hautzustands fachgerecht reagiert wird.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Körperpflege vorliegen. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Werden bedarfsgerechte Maßnahmen zur Unterstützung bei der Körperpflege durchgeführt?
2. Wurden etwaige Auffälligkeiten des Hautzustands beurteilt und wurde auf diese Auffälligkeiten fachgerecht reagiert?
3. Werden bei der Körperpflege Bewohnerwünsche, das Selbstbestimmungsrecht und der Grundsatz der Wahrung der Intimsphäre berücksichtigt?

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

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn Bewohnerwünsche zur Durchführung der Körperpflege nicht systematisch ermittelt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- auf einen auffälligen Hautzustand (Rötungen, Schuppungen) nicht reagiert wurde.
- Auffälligkeiten des Hautzustands bei der Einschätzung des Dekubitusrisikos unberücksichtigt blieben.
- grundlegende Hygieneanforderungen bei der Körperpflege nicht berücksichtigt werden.
- Ressourcen des Bewohners bei der Körperpflege nicht bekannt sind.
- die individuelle Maßnahmenplanung keine Versorgung vorsieht, die dem Bedarf des Bewohners entspricht.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- der Zustand der Haut, der Haare, der Fuß- oder Fingernägel auf eine unzureichende Körperpflege hinweist.
- die individuelle Versorgung vorsieht, die dem Bedarf des Bewohners entspricht.
- individuelle Wünsche (Duschen, Baden, Waschen am Waschbecken, kaltes oder warmes Wasser etc.) des Bewohners bei der Körperpflege nicht beachtet werden.
- die Intimsphäre des Bewohners bei der Körperpflege nicht gewahrt wird (z.B. Abdecken von Körperpartien u.ä.).

Bereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen Verordnungen aufführen):

[Freitext]

Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit des Bewohners im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen:

[Freitext]

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

Der Bewohner wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen Verordnungen, und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an den behandelnden Arzt oder die behandelnden Ärzte ist sichergestellt.

Informationserfassung

Informationen zur medikamentösen Therapie des Bewohners (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/Wechselwirkungen, besondere ärztliche Anordnungen):

[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen sind hier die Maßnahmen zur Unterstützung des Bewohners im Zusammenhang mit der individuellen Medikation, die Beachtung ärztlicher An- und Verordnungen, die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen und die Reaktion auf etwaige Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Medikation.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Hilfebedarf beim Umgang mit Medikamenten vorliegt oder die Einrichtung Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten leistet. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Entspricht die Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme der ärztlichen Verordnung?
2. Erfolgt die Lagerung und Vorbereitung der Medikamente fachgerecht?
3. Erhält der Bewohner die seinem Bedarf entsprechende Unterstützung zur Einnahme der Medikamente?
4. Entspricht die Kommunikation mit dem Arzt den individuellen Erfordernissen?

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

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn in der Pflegedokumentation Mitteilungen an den Arzt nicht lückenlos nachweisbar sind, von Mitarbeitern aber nachvollziehbar dargestellt werden können.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Dokumentation ärztlich verordneter Medikamente und die entsprechende Maßnahmenplanung nicht den fachlichen Anforderungen entsprechen (Applikationsform, vollständige Bezeichnung von Medikament und Wirkstoff, Dosierung, Häufigkeit, tageszeitliche Vorgaben)
- die Lagerung oder Vorbereitung der Medikamente Mängel aufweist (z.B. wenn gerichtete Medikamente nicht mit den Angaben in der Pflegedokumentation übereinstimmen, z.B. gleicher Inhaltsstoff und gleiche Dosierung, aber anderer Medikamentenname).
- die Medikamente nicht vorschriftsmäßig gekennzeichnet sind (z.B. Originalverpackungen oder Tropfenflaschen sind nicht mit dem Bewohnernamen beschriftet).
- s.c. und i.m. Injektionen durch dazu nicht befähigte Pflegepersonen verabreicht werden.
- gesundheitliche Reaktionen, die mit der Medikation zusammenhängen könnten, nicht beachtet werden.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- der Bewohner ein nicht für ihn bestimmtes Medikament erhalten hat.
- die Medikamentengabe von der ärztlichen Verordnung/Anordnung abweicht (z.B. abweichende Dosierung), ohne dass hierfür nachvollziehbare, fachliche Gründe vorliegen.
- kognitiv beeinträchtigte Bewohner keine ausreichende Hilfestellung bei der Einnahme der Medikation erhalten.
- Bewohner mit anderen Beeinträchtigungen keine ausreichende Hilfestellung bei der Einnahme der Medikation erhalten, obwohl sie darauf angewiesen sind.

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Bewohner mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?

- ☐ ja, akute Schmerzen
- ☐ ja, chronische Schmerzen
- ☐ nein

Lokalisation	*[Freitext]*
Schmerzintensität	*[Freitext]*

Plausibilitätskontrolle		
1. Stehen die Angaben zum Thema Schmerz in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?		
☐ **keine Auffälligkeiten festgestellt**	☐ **Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)**	☐ **trifft nicht zu**

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist die Gesamtheit des pflegerischen Schmerzmanagements. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen, sofern sie mit dem Ziel der Unterstützung des Bewohners bei der Schmerzbewältigung tätig werden, mit ein. Normative Bezugspunkte für die Qualitätsbeurteilung sind die Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ und „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn der Bewohner unter akuten oder chronischen Schmerzen leidet. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Ist die Schmerzsituation des Bewohners fachgerecht erfasst worden?
2. Erhält der Bewohner eine fachgerechte Unterstützung zur Schmerzbewältigung?

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

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn in der Pflegedokumentation ungenaue Angaben zur Schmerzsituation vorliegen, das Schmerzmanagement jedoch ansonsten fachgerecht erfolgt.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Schmerzsituation in der Maßnahmenplanung nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt wird, der Bewohner aber dennoch wirksame Unterstützung erhält.
- wenn relevante Veränderungen der Schmerzsituation nicht dem behandelnden Arzt mitgeteilt wurden.
- etwaige Nebenwirkungen der Schmerzmedikation unbeachtet blieben.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- bei Bewohnern mit akuten Schmerzen keine Maßnahmen zur Schmerzlinderung durchgeführt oder eingeleitet werden.
- Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente nicht erhalten.
- die ärztliche Therapie aufgrund fehlender Informationsübermittlung an den behandelnden Arzt nicht der aktuellen Schmerzsituation des Bewohners entspricht.

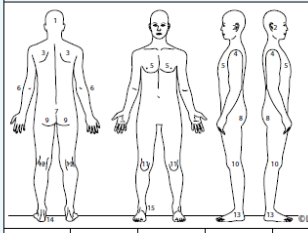
2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von Bewohnern werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

M/Info

10.12	Beschreibung vorliegender Wunden						t. n. z. ☐
							
Wunde 1	Art	Dekubitus ☐	Ulcus Cruris ☐	Diabetisches Fußsyndrom ☐	sonstige chronische Wunde ☐	sonstige nicht chronische Wunde ☐	
a.	Größe/Tiefe	___ cm H x ___ cm B x ___ cm T					
b.	Ort der Entstehung	stationäre Pflegeeinrichtung ☐	extern ☐	nicht nachvollziehbar ☐			
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: ___					
d.	Kategorie/ Stadium	I ☐	II ☐	III ☐	IV ☐	a ☐	b ☐
e.	Umgebung	weiß ☐	rosig ☐	gerötet ☐	feucht ☐	trocken ☐	
f.	Rand	rosig ☐	rot ☐	weich ☐	hart ☐	schmerzhaft ☐	
g.	Exsudat	kein ☐	wenig ☐	viel ☐	klar ☐		
h.	Zustand	fest ☐	weich ☐	rosa ☐	rot ☐	gelb ☐	
i.	Nekrose	keine ☐	feucht ☐	trocken ☐	teilweise ☐	vollständig ☐	
j.	Geruch	kein ☐	übel riechend ☐				

Legende:
1 Hinterkopf
2 Ohrmuschel
3 Schulterblatt
4 Schulter
5 Brustbein
6 Ellenbogen
7 Sacralbereich
8 großer Rollhügel
9 Gesäß
10 Knie außen
11 Kniescheibe
12 Knie innen
13 Knöchel außen
14 Fersen
15 Knöchel innen

Quelle (Bildnachweis): MDS, GKV-SV (2016). Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI. Teil 2 – Stationäre Pflege. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), GKV-Spitzenverband (GKV-SV).

	Wunde 1	Wunde 2	Wunde 3	Wunde 4
Wunddauer	*[Freitext]*	*[Freitext]*	*[Freitext]*	*[Freitext]*
Infektionszeichen	*[Freitext]*	*[Freitext]*	*[Freitext]*	*[Freitext]*
Sonstiges	*[Freitext]*	*[Freitext]*	*[Freitext]*	*[Freitext]*
Verwendete Materialien zur Wundversorgung	*[Freitext]*	*[Freitext]*	*[Freitext]*	*[Freitext]*

Plausibilitätskontrolle		
1. Stehen die Angaben zur Dekubitusentstehung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?		
☐ **keine Auffälligkeiten festgestellt**	☐ **Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)**	☐ **trifft nicht zu**

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen sind pflegerische Maßnahmen der Wundversorgung, die begleitend zu ärztlichen Anordnungen bzw. darüber hinaus durchgeführt werden, sowie Maßnahmen, die auf ärztlichen Anordnungen beruhen. Normativer Bezugspunkt ist der Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ in der aktuellen Fassung.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn der Bewohner eine Wunde aufweist. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Wurde die Wundsituation fachgerecht erfasst?
2. Erhält der Bewohner eine fachgerechte Unterstützung bei der Wundversorgung?

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

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn die Wunddokumentation geringfügige Ungenauigkeiten aufweist, die sich nicht auf die Wundversorgung auswirken.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Veränderungen der Wundsituation nicht mit dem Arzt besprochen wurden.
- die Wundsituation unzureichend beschrieben ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Wundsituation bei der individuellen Maßnahmenplanung nicht ausreichend berücksichtigt wird.
- Wundinfektionen aufgrund einer nicht fachgerechten Wundversorgung aufgetreten sind.

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

Bewohner mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen Verordnung versorgt.

Informationserfassung

Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche Verordnung vorliegt:

☐	Absaugen	☐	Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)
☐	Versorgung mit Beatmungsgerät	☐	Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma
☐	Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose	☐	Versorgung mit einer Trachealkanüle
☐	Versorgung von Drainagen	☐	Versorgung mit einem zentralen Venenkatheter
☐	Versorgung mit einem suprapubischen Katheter		

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfskonstellationen:

[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist die pflegerische Versorgung, die sich auf die oben genannten Bedarfslagen richtet. Dies schließt die Umsetzung ärztlicher Verordnungen und die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen mit ein. Die besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen sind weitgehend in Anlehnung an die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie definiert. Hier wird aber auch die Versorgung von reizlosen Eintrittsstellen bei invasiven Maßnahmen geprüft, obwohl diese nicht verordnungsfähig ist.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn eine der oben genannten Bedarfskonstellationen vorliegt. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?
2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?
3. Werden Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?
4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens und etwaigen besonderen Anforderungen im Einzelfall?

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

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn die Durchführung von Maßnahmen, etwa ein Verbandswechsel bei künstlichen Ausgängen, nicht durchgängig dokumentiert wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- wichtige Vorgaben zur Versorgung in der schriftlichen Maßnahmenplanung nicht berücksichtigt sind (z.B. bei Versorgung von Trachealkanülen: Erforderliche Hilfsmittel oder Angaben über die Häufigkeit und Art des Kanülenwechsels).
- die Maßnahmenplanung lückenhaft ist, aber nachvollziehbar ist, dass die betreffenden Maßnahmen durchgeführt worden sind.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- beim Absaugen oder bei der Stoma-Versorgung Hygieneanforderungen nicht ausreichend berücksichtigt werden.
- ärztliche Anordnungen nicht eingehalten werden.
- bei der Versorgung mit einer Trachealkanüle notwendige Maßnahmen nicht durchgeführt werden (z.B. regelmäßiges Entfernen der liegenden Trachealkanüle, Reinigung und Pflege, Einsetzen und Fixieren der neuen Trachealkanüle).

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Im Folgenden werden die Feststellungen des Prüfers im Zusammenhang mit der Unterstützung des Bewohners bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind, dokumentiert. Die Beurteilung erfolgt nicht in Form einer standardisierten Bewertung. Vielmehr ist zu entscheiden, ob die hier erfassten Auffälligkeiten und Defizite

a) Gegenstand der Beratung der Einrichtung sein sollten

b) für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sind.

Wurden durch den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese aufzuführen und zu erläutern.

Die folgenden Punkte sind nur zu bearbeiten, wenn im Rahmen der Prüfung der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weitere ärztlich verordneter Maßnahmen festgestellt wurden, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Qualitätsaussage

Die Bewohner werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen Verordnung im Umgang mit sonstigen therapiebedingten Anforderungen unterstützt.

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen Verordnung/en, bei denen Auffälligkeiten oder Defizite festgestellt wurden:

[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

Zu beurteilen ist, ob die Versorgung den ärztlichen Verordnungen entspricht und ob hinsichtlich der Durchführung von Maßnahmen und der Kommunikation mit den verordnenden Ärzten Defizite oder Auffälligkeiten festgestellt worden sind.

Allgemeine Leitfragen

1. Werden Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt?
2. Ist im Bedarfsfall eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?
3. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens und etwaigen besonderen Anforderungen im Einzelfall?

Auffälligkeiten und Defizite, die für die Beratung der Pflegeeinrichtung relevant sind:
Defizite, die für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sein könnten:

Bereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

Bewohner mit beeinträchtigter Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung von Hilfsmitteln unterstützt.

Informationserfassung

Sehvermögen des Bewohners bei ausreichender Beleuchtung (auch unter Verwendung von Sehhilfen):
☐ nicht eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden erkannt)
☐ eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden nur teilweise oder nicht erkannt)
☐ stark eingeschränkt (Bewohner sieht nur Schatten / Konturen)
☐ Bewohner ist blind (Visus auf besserem Auge max. 1/50)
☐ Beurteilung ist nicht möglich

Hörvermögen des Bewohners (auch unter Verwendung eines Hörgerätes):
☐ nicht eingeschränkt (auch bei Nebengeräuschen kann der Bewohner einzelne Personen verstehen)
☐ eingeschränkt (der Bewohner kann nur ohne Nebengeräusche einzelne Personen verstehen)
☐ stark eingeschränkt (Bewohner kann nur sehr laute Geräusche hören, kein Sprachverständnis)
☐ Bewohner ist gehörlos
☐ Beurteilung ist nicht möglich

Genutzte Hilfsmittel:

[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist hier die Unterstützung des Bewohners bei der Bewältigung und Kompensation von Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens und bei der Nutzung von Hilfsmitteln, die in diesem Zusammenhang relevant sind.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens vorliegen. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Wurden Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens erfasst und in ihren Folgen für den Lebensalltag zutreffend eingeschätzt (einschließlich ihrer Bedeutung für gesundheitliche Risiken)?
2. Werden Maßnahmen ergriffen, um die Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens zu kompensieren?
3. Werden geeignete Hilfsmittel zur Kompensation der Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens eingesetzt?

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

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn sich beispielsweise nur lückenhafte Hinweise auf Erfassung von Sinnesbeeinträchtigungen in der Pflegedokumentation finden lassen, aber dennoch nachvollzogen werden kann, dass die Mitarbeiter die Beeinträchtigungen kennen und geeignete Maßnahmen zur Verringerung von Risiken und Gefährdungen durchführen.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens nicht erkannt wurden.
- Veränderung des Seh- oder Hörvermögens im Zeitverlauf nicht überprüft werden.
- die Wohnumgebung nicht auf Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung zugeschnitten ist.
- Risiken und Gefährdungen, die mit den individuellen Beeinträchtigungen einhergehen, nicht oder nicht adäquat eingeschätzt wurden.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- benötigte Hilfsmittel nicht vorhanden, unzureichend angepasst oder nicht funktionsfähig sind.
- die Wohnumgebung nicht auf Beeinträchtigungen Sehvermögens zugeschnitten ist und es hierdurch zu einem Sturzereignis gekommen ist.
- der Bewohner keine Unterstützung erhält, die aufgrund der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung erforderlich wäre.

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

Die Bewohner werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Dem Bewohner stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit seinen Bedürfnissen in Einklang stehen. Er wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Bewohner mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte:

- ☐ Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen
- ☐ Ruhen und Schlafen
- ☐ Sich beschäftigen
- ☐ In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen
- ☐ Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- ☐ Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen: *[Freitext]*

Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag des Bewohners (nur zu erfassen bei Bewohnern mit beeinträchtigter Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte): *[Freitext]*

Plausibilitätskontrolle		
1. Stehen die Angaben zur Selbständigkeit des Bewohners bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (Ergebniserfassung) in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? 2. Stehen die Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten des Bewohners in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?		
☐ **keine Auffälligkeiten festgestellt**	☐ **Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)**	☐ **trifft nicht zu**

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob für den Bewohner eine individuelle Gestaltung des Tagesablaufs ermöglicht und gefördert wird, die seinen Bedürfnissen entspricht. Zu prüfen ist ferner, ob bei Bewohnern, die kognitive oder psychische Beeinträchtigungen aufweisen, die Tagesstrukturierung zur Förderung von Orientierung und Wohlbefinden eingesetzt wird. Dabei ist auch zu prüfen, ob der Bewohner bei der Auswahl und Durchführung bedürfnisgerechter Aktivitäten unterstützt wird, ebenso bei der Kommunikation, mit vertrauten Bezugspersonen, Freunden oder Bekannten.

Leitfragen

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Bedarf an Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung oder Kommunikation vorliegt. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

1. Sind die Interessen an Aktivitäten und Gewohnheiten des Bewohners bekannt?
2. Wurde mit dem Bewohner (oder seinen Bezugspersonen) eine individuelle Tagesstrukturierung erarbeitet?

3. Orientieren sich pflegerische Versorgung und andere Hilfen an der individuell festgelegten Tagesstrukturierung und den Bedürfnissen des Bewohners?
4. Erhält der Bewohner Unterstützung dabei, bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Lebensalltag nachzugehen?

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

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn sich beispielsweise keine oder nur lückenhafte Hinweise auf die Ermittlung der relevanten Bedürfnisse des Bewohners in der Pflegedokumentation finden lassen, aber aufgrund anderer Informationen nachvollzogen werden kann, dass die Bedürfnisse des Bewohners bekannt sind und sich die Tagesstrukturierung daran ausrichtet.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- eine Tagesstrukturierung existiert, aber nicht schriftlich fixiert wurde (z.B. nur mündlich kommuniziert wird).
- nicht erkennbar ist, dass reflektiert oder praktisch überprüft wurde, ob durch eine Anpassung der Tagesstrukturierung emotionale Belastungen oder Verhaltensweisen des Bewohners positiv beeinflusst werden können (falls ein entsprechender Bedarf besteht).
- die Bedürfnisse des Bewohners nicht bekannt sind, weil die Einrichtung die im Einzelfall bestehenden Möglichkeiten zur Erfassung der Bedürfnisse nicht ausgeschöpft hat.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine Tagesstrukturierung existiert, obwohl der Bewohner den Tag nicht selbständig planen und seine Planung umsetzen kann.
- keine Unterstützung des Bewohners erfolgt, den Alltag gemäß der definierten Tagesstrukturierung zu gestalten.
- die vorliegende Tagesstrukturierung keinen Bezug zu den Bedürfnissen des Bewohners aufweist.
- für den Bewohner keine geeigneten, seinen Bedürfnissen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen entsprechenden Beschäftigungsangebote existieren.
- vom Bewohner gewünschte, geplante Aktivitäten aufgrund fehlender Unterstützung regelmäßig nicht durchgeführt werden können.
- der Bewohner keine Unterstützung dabei erhält, an der Gemeinschaft mit anderen innerhalb der Einrichtung teilzunehmen.

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet auch in der Nacht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.

Informationserfassung

Nächtlicher Unterstützungsbedarf:

[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist hier, inwieweit die Versorgung des Bewohners auch die nächtlichen Problem- und Bedarfslagen berücksichtigt. Dies schließt Maßnahmen wie Lagerungen, Hilfen beim Toilettengang oder Inkontinenzversorgung ebenso ein wie den Umgang mit Verschiebungen/Umkehrungen des Rhythmus von Wachen und Schlafen oder mit Einschlafschwierigkeiten.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn ein nächtlicher Unterstützungsbedarf vorliegt. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Liegt eine aussagekräftige Bedarfseinschätzung und Maßnahmenplanung für die nächtliche Versorgung vor?
2. Wird bei bestehenden Ein- und Durchschlafschwierigkeiten eine darauf ausgerichtete Unterstützung geleistet?
3. Berücksichtigt die Maßnahmenplanung besondere Risikosituationen während der Nacht (z.B. bei Bewohnern mit motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten)?

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

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn die Darstellung des nächtlichen Bedarfs in der Pflegedokumentation lückenhaft oder unzutreffend ist, aber eine dem individuellen Bedarf entsprechende Maßnahmenplanung vorliegt.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- der Bewohner regelmäßig Einschlafschwierigkeiten aufweist, die jedoch in der Maßnahmenplanung nicht berücksichtigt werden.
- verhaltensbedingte Risiken während der Nacht bei der Bedarfseinschätzung nicht erfasst worden sind.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine dem Bedarf entsprechende Maßnahmenplanung für die Nacht vorliegt.
- auf Nachtaktivität des Bewohners oder Durchschlafprobleme nicht reagiert wird.
- notwendige Hilfen aufgrund personeller Engpässe wiederholt nicht geleistet werden konnten.

Bereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Qualitätsaussage

Der Bewohner wurde während der Eingewöhnung in die neue Lebensumgebung zielgerichtet unterstützt.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn der Bewohner innerhalb der letzten 12 Monate eingezogen ist (Es gilt das Aufnahmedatum für die vollstationäre Pflege). Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Bei Kurzzeitpflegegästen, die sich bereits länger als zwei Tage in der Einrichtung aufhalten, sind die Fragen in jedem Fall zu bearbeiten.

Informationserfassung

Aufnahmedatum: *[Datum]*

Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf): *[Datum]*

Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf): *[Freitext]*

Plausibilitätskontrolle		
1. Stehen die Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?		
☐ keine Auffälligkeiten festgestellt	☐ Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)	☐ trifft nicht zu

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist hier, ob die Einrichtung eine zielgerichtete Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase leistet. Hierzu gehört die Förderung des Wohlbefindens, des Sicherheitsgefühls des Bewohners und der Integration in die neue Lebensumgebung. Ebenfalls eingeschlossen ist die zeitgerechte Vorbereitung der bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung.

Leitfragen

1. Wurde vor dem Einzug oder kurzfristig (innerhalb von 24 Stunden) nach dem Einzug des Bewohners eine Einschätzung vorgenommen, ob bzw. in welchen Punkten ein dringender Versorgungsbedarf besteht?
2. Bei Langzeitpflege:
   Leistete die Einrichtung in den ersten Wochen nach dem Heimeinzug zielgerichtete Unterstützung?
3. Bei Kurzzeitpflege:
   Leistete die Einrichtung in den ersten Tagen nach der Aufnahme zielgerichtete Unterstützung?

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

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn die Dokumentation des Verlaufs der Eingewöhnungsphase und der geleisteten Hilfen lückenhaft ist, eine bedarfsgerechte Unterstützung des Bewohners aber dennoch nachvollziehbar geleistet wurde.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Informationen zu einem Versorgungsbedarf, der sofortige Reaktionen erforderlich macht, nicht spätestens innerhalb von 24 Stunden nach dem Heimeinzug erfasst wurden (z.B. Medikation, Verhaltensweisen mit Selbst- oder Fremdgefährdungspotenzial, problematischer Hautzustand).
- ein Integrationsgespräch zwar stattfand, die Ergebnisse aber nicht verschriftlicht wurden.
- die Maßnahmenplanung die Unterstützung des Einlebens nicht berücksichtigte.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- nicht erkennbar ist, dass eine zielgerichtete Unterstützung zum Einleben überhaupt umgesetzt wurde.
- die Unterstützung zum Einleben sich auf das Integrationsgespräch beschränkte, wenngleich ein weitergehender Unterstützungsbedarf gegeben war.

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

Die Pflegeeinrichtung leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag, im Falle notwendiger Krankenhausaufenthalte die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Belastungen des Bewohners im Krankenhaus zu vermeiden.

Informationserfassung
(nur auszufüllen bei Bewohnern mit Krankenhausaufenthalt in den letzten 6 Monaten)

Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten 6 Monaten:

[Freitext]

Plausibilitätskontrolle		
1. Entsprechen die Angaben zu Krankenhausaufenthalten im Erhebungsbogen für die Ergebniserfassung den Informationen aus anderen Informationsquellen?		
☐ keine Auffälligkeiten festgestellt	☐ Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)	☐ trifft nicht zu

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen sind hier Maßnahmen, die die Pflegeeinrichtung ergreift, um den Übergang zwischen Pflegeeinrichtung und Krankenhaus für den Bewohner fachlich angemessen zu gestalten, die Belastung für den Bewohner infolge des Ortswechsels soweit wie möglich zu reduzieren und im Rahmen ihrer Möglichkeiten die Versorgungskontinuität sicherzustellen.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn der Bewohner innerhalb der letzten 6 Monate in einem Krankenhaus behandelt wurde.

Leitfragen

1. Wurden dem Krankenhaus Informationen zum Gesundheitszustand, zum pflegerischen Versorgungsbedarf und zu den individuellen Bedürfnissen übermittelt?
2. Erfolgte eine Aktualisierung der Bedarfseinschätzung und bei Bedarf eine Anpassung der Maßnahmenplanung nach der Rückkehr des Bewohners?

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

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise eine erforderliche Umstellung der Maßnahmenplanung erst mit zeitlicher Verzögerung in die Pflegedokumentation aufgenommen wurde.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Informationsweitergabe an das Krankenhaus nur mündlich erfolgte und der Krankenhausaufenthalt länger als zwei Tage andauerte.
- wenn eine Informationsübermittlung erfolgte, aber wichtige versorgungsrelevante Informationen fehlten (z.B. Hinweise auf ein bestehendes herausforderndes Verhalten, notwendige Medikamenteneinnahme, besondere gesundheitliche Risiken, Tagesstrukturierung bei Bewohnern mit kognitiven Beeinträchtigungen).
- die Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation nach Rückkehr des Bewohners nicht angepasst wurde, obwohl sich der individuelle Pflegebedarf verändert hatte.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine Informationsweitergabe an das Krankenhaus erfolgte.
- die tatsächlich geleistete Unterstützung nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus nicht an den aktuellen Bedarf angepasst wurde.

4.3 Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Bewohner mit herausforderndem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung.

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist hier die Unterstützung des Bewohners mit herausforderndem Verhalten, die darauf abzielt, Risiken zu vermeiden, das herausfordernde Verhalten einzugrenzen und das Wohlbefinden des Bewohners aktiv zu fördern.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn der Bewohner herausforderndes Verhalten oder psychische Problemlagen zeigt.

Leitfragen

1. Erfolgte eine Erfassung der Verhaltensweisen des Bewohners und eine darauf aufbauende Einschätzung, ob aus dem Verhalten ein Unterstützungsbedarf erwächst?
2. Wurden verhaltenswirksame Faktoren identifiziert und Maßnahmen eingeleitet, um diese Faktoren zu begrenzen oder zu kompensieren?
3. Erhält der Bewohner eine geeignete Unterstützung, um trotz der Verhaltensproblematik Bedürfnisse zu befriedigen und Wohlbefinden zu erleben?

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

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn die Verhaltensweisen des Bewohners nicht nachvollziehbar dokumentiert werden, das Verhalten des Bewohners aber auch keinen nennenswerten Unterstützungsbedarf auslöst.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine zutreffende Erfassung von Verhaltensweisen erfolgte.
- eine Erfassung, aber keine Bewertung erfolgte, inwieweit die Verhaltensweisen für den Bewohner ein Problem darstellen.
- keine Hinweise darauf vorliegen, dass versucht wurde, verhaltensrelevante Faktoren (z.B. umgebungsbedingte Überforderungen, Tagesstruktur, nächtliche Störungen, biografische Bezüge, Änderung der Medikation, Trauer etc.) zu identifizieren.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine Unterstützung erfolgt, die explizit auf die Verhaltensweisen des Bewohners ausgerichtet ist.
- die Einrichtung ausschließlich mit aktivitätsbegrenzenden Maßnahmen reagiert, obwohl andere Hilfen bei dem Bewohner noch nicht zur Anwendung kamen und ihr Nutzen noch nicht bewertet wurde.

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

Der Einsatz von Gurtfixierungen, Bettseitenteilen und anderen Fixierungen wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.

Informationserfassung

Einsatzdauer und Art der freiheitsentziehenden Maßnahmen, Begründung des Einsatzes aus der Sicht der Einrichtung:

[Freitext]

Einwilligung, Vorliegen/Beantragung einer richterlichen Genehmigung bzw. einer richterlichen Anordnung:

[Freitext]

Bitte auch die unter 1.1 erfassten Mobilitätsbeeinträchtigungen berücksichtigen!

Plausibilitätskontrolle		
1. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? 2. Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?		
☐ **keine Auffälligkeiten festgestellt**	☐ **Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben)**	☐ **trifft nicht zu**

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob freiheitsentziehende Maßnahmen soweit wie möglich durch alternative Maßnahmen ersetzt und in dem Fall, in dem sie nicht vermeidbar sind, fachgerecht angewendet werden. Es sind sowohl mechanische Fixierungen, Isolation als auch der Einsatz ruhigstellender Medikamente in die Prüfung einzubeziehen.

Erfasst wird außerdem, ob eine Einwilligung und richterliche Genehmigungen bzw. eine richterliche Anordnung vorliegen. Sollten bei einer freiheitsentziehenden Maßnahme keine Einwilligung und richterliche Genehmigungen bzw. keine richterliche Anordnung vorliegen, dann wird dies erfasst, fließt aber nicht in die Beurteilung des Inhaltes ein, da es sich um eine ordnungsrechtliche Frage handelt, die der Prüfer nicht beurteilen sollte.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn freiheitsentziehende Maßnahmen beim Bewohner aktuell eingesetzt werden oder in den letzten vier Wochen eingesetzt wurden. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Wird/wurde die Notwendigkeit der eingesetzten freiheitsentziehenden Maßnahme/n regelmäßig überprüft?
2. Erfolgt/e der Einsatz der Maßnahme/n fachgerecht?

Beschreibung und Zuordnung der Auffälligkeiten

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

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise Zeitpunkt und Art der Maßnahme in der Pflegedokumentation ungenau bezeichnet sind.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit erfolgt, freiheitsentziehende Maßnahmen weiterhin einzusetzen, oder das Ergebnis dieser Überprüfung nicht dokumentiert ist.
- die Vermeidung von Gefährdungen durch den Einsatz von Gurtfixierungen (z.B. Verrutschen des Gurtes, Schadhaftigkeit des Gurtsystems oder der Polsterungen, Behinderung der Atmung) nicht sichergestellt ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Einschätzung der Gefährdung, mit der der Einsatz der durchgeführten freiheitsentziehenden Maßnahmen begründet ist, nicht nachvollziehbar ist.
- der vermeintliche Wunsch des Bewohners, durchgehende Bettseitenteile einzusetzen, nicht durch den Bewohner selbst bestätigt wird (bei kognitiv unbeeinträchtigten Bewohnern).
- keine Begleitung/Überwachung einer Gurtfixierung nachgewiesen werden kann.

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Der Bewohner erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es den Bedürfnissen des Bewohners entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Gesamtbeurteilung (GB) ☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

Der Bewohner wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt.

Gesamtbeurteilung (GB)

☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

Der Bewohner wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.

Gesamtbeurteilung (GB) ☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Der Bewohner wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei seiner Körperpflege unterstützt.

Gesamtbeurteilung (GB) ☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

Bereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

Der Bewohner wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen Verordnungen, und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an den behandelnden Arzt oder die behandelnden Ärzte ist sichergestellt.

Gesamtbeurteilung (GB) ☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Bewohner mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Gesamtbeurteilung (GB)

☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von Bewohnern werden fachgerecht versorgt.

Gesamtbeurteilung (GB)

☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

Bewohner mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen Verordnung versorgt.

Gesamtbeurteilung (GB) ☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

Die Bewohner werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen Verordnung im Umgang mit sonstigen therapiebedingten Anforderungen unterstützt.

☐ **entfällt**

Auffälligkeiten und Defizite, die für die Beratung der Pflegeeinrichtung relevant sind:
Defizite, die für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sein könnten:

Bereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

Bewohner mit beeinträchtigter Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung von Hilfsmitteln unterstützt.

Gesamtbeurteilung (GB) ☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

Die Bewohner werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Dem Bewohner stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit seinen Bedürfnissen in Einklang stehen. Er wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Bewohner mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

Gesamtbeurteilung (GB)

☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet auch in der Nacht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.

Gesamtbeurteilung (GB) ☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

Bereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug

Qualitätsaussage

Der Bewohner wurde während der Eingewöhnung in die neue Lebensumgebung zielgerichtet unterstützt.

Gesamtbeurteilung (GB) ☐ **entfällt**

Auffälligkeiten ***(bitte erläutern)***	
Defizite mit Risiko negativer Folgen ***(bitte erläutern und bewerten)***	**Anzahl Bewohner**
Defizite mit negativen Folgen ***(bitte erläutern und bewerten)***	**Anzahl Bewohner**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

Die Pflegeeinrichtung leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag, im Falle notwendiger Krankenhausaufenthalte die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Belastungen des Bewohners im Krankenhaus zu vermeiden.

Gesamtbeurteilung (GB)

☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

4.3 Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Bewohner mit herausforderndem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung.

Gesamtbeurteilung (GB)

☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

Der Einsatz von Gurtfixierungen, Bettseitenteilen und anderen Maßnahmen mechanischer Fixierung wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.

Gesamtbeurteilung (GB) ☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl Bewohner**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

Bereich 5: Bedarfsübergreifende Qualitätsaspekte

Grundlage der Beurteilung sind hier die Feststellungen, die die Prüfer bereits bei anderen Qualitätsaspekten getroffen haben. Weitergehende Feststellungen sind nicht vorgesehen. Das Prüfteam trägt die relevanten Feststellungen zum jeweiligen Thema zusammen und bewertet diese für die Einrichtung als Ganzes.

5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen

Qualitätsaussage

Gesundheitliche Risiken und Gefährdungen des Bewohners werden zuverlässig eingeschätzt. Entsprechend der individuellen Risikosituation werden Maßnahmen zur Reduzierung von Risiken und zur Vermeidung von Gefährdungen unter Beachtung der Bedürfnisse des Bewohners geplant und umgesetzt.

Informationserfassung

Zur Beurteilung dieses Qualitätsaspekts sind im Regelfall keine umfangreichen, zusätzlichen Informationen erforderlich. Gesundheitliche Risiken und Gefährdungen wurden bei den anderen Qualitätsaspekten direkt oder indirekt erfasst, beispielsweise bei den folgenden Themen:

- Mobilität
- Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- Körperpflege
- Wundversorgung
- Medikamentöse Therapie
- Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen.

Das Prüfteam sollte alle relevanten Feststellungen nutzen, die bei der Prüfung auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung gemacht worden sind.

Allgemeine Beschreibung

Zu beurteilen sind hier die Auffälligkeiten und Defizite, die im Rahmen der bewohnerbezogenen Prüfung in Bezug auf die Einschätzung von Risiken und Gefährdungen, die damit verbundene Maßnahmenplanung und die Umsetzung der geplanten Maßnahmen festgestellt wurden.

Leitfrage

1. Erfolgt in der Einrichtung eine fachgerechte Risikoerfassung sowie eine fachgerechte Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Reduzierung von Risiken und Vermeidung von Gefährdungen des Bewohners?

☐ **keine Defizite festgestellt**	☐ **Defizite festgestellt (bitte angeben):**

5.2 Biografieorientierte Unterstützung

Qualitätsaussage

Die Unterstützung der Bewohner orientiert sich an individuell bedeutsamen Ereignissen oder Erfahrungen im Lebensverlauf. Die persönlichen Bezüge des Bewohners zu solchen Ereignissen und Erfahrungen werden genutzt, um den Alltag bedürfnisgerecht zu gestalten, positive Emotionen zu fördern und – insbesondere bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern – die Bereitschaft zu Kommunikation und Aktivität zu fördern.

Informationserfassung

Zu nutzen sind die Feststellungen des Prüfers zu anderen Qualitätsaspekten, insbesondere:

- Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation
- Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase
- Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen

Allgemeine Beschreibung

Hier ist die Frage zu beurteilen, ob eine biografieorientierte Unterstützung in der Einrichtung im Sinne der oben angeführten Qualitätsaussage gewährleistet ist.

Leitfrage

1. Werden bei der Unterstützung der Bewohner biografische Aspekte berücksichtigt und werden – wenn dies angezeigt ist – Möglichkeiten, Bezüge auf bedeutsame Ereignisse oder Erfahrungen im Lebensverlauf herzustellen, genutzt?

☐ **keine Defizite festgestellt**	☐ **Defizite festgestellt (bitte angeben):**

5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen

Qualitätsaussage

Grundlegende Hygieneanforderungen werden eingehalten und umgesetzt.

Informationserfassung

Zu nutzen sind die Feststellungen des Prüfers zu anderen Qualitätsaspekten, insbesondere:

- Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
- Körperpflege
- Wundversorgung
- Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen

Allgemeine Beschreibung

Zu beurteilen sind hier die Auffälligkeiten und Defizite, die im Rahmen der bewohnerbezogenen Prüfung in Bezug auf das hygienische Handeln der Mitarbeiter festgestellt wurden.

Leitfrage

1. Werden in der Einrichtung die grundlegenden Hygieneanforderungen eingehalten?

☐ **keine Defizite festgestellt**	☐ **Defizite festgestellt (bitte angeben):**

5.4 Hilfsmittelversorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet für den Bewohner eine fachgerechte Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln.

Informationserfassung

Zu nutzen sind die Feststellungen des Prüfers zu anderen Qualitätsaspekten, insbesondere:

- Unterstützung im Bereich der Mobilität
- Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
- Unterstützung bei der Körperpflege
- Unterstützung bei Beeinträchtigungen in der Sinneswahrnehmung
- Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug

Allgemeine Beschreibung

Zu beurteilen sind hier die Auffälligkeiten und Defizite, die im Rahmen der bewohnerbezogenen Prüfung in Bezug auf die oben genannten Qualitätsaspekte festgestellt wurden.

Leitfrage

1. Erfolgt in der Einrichtung eine fachgerechte Unterstützung der Bewohner im Bereich Hilfsmittelversorgung?

☐ **keine Defizite festgestellt**	☐ **Defizite festgestellt (bitte angeben):**

5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

Qualitätsaussage

Die Einrichtung gewährt den Schutz von Persönlichkeitsrechten und die Unversehrtheit des Bewohners.

Informationserfassung

Zu nutzen sind die Feststellungen des Prüfers zu anderen Qualitätsaspekten, insbesondere zu folgenden:

- Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
- Körperpflege
- Freiheitsentziehende Maßnahmen
- Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen

Allgemeine Beschreibung

Zu beurteilen sind hier die Auffälligkeiten und Defizite, die im Rahmen der bewohnerbezogenen Prüfung in Bezug auf den Schutz von Persönlichkeitsrechten und die Unversehrtheit festgestellt wurden.

Leitfrage

1. Gewährleistet die Einrichtung den Schutz von Persönlichkeitsrechten und die Unversehrtheit des Bewohners?

☐ **keine Defizite festgestellt**	☐ **Defizite festgestellt (bitte angeben):**

Bereich 6: Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement

6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung hält qualifizierte Leitungskräfte vor. Die Pflegedienstleitung nimmt ihre Aufgaben zur Gewährleistung von Fachlichkeit und einer angemessenen Dienstorganisation wahr.

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Anforderungen an die Qualifikation der Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung sowie Anforderungen an die Regelung ihrer Aufgabenbereiche erfüllt werden. Zu prüfen ist ferner, ob die Pflegedienstleitung die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft der Einrichtung wahrnimmt und ob sie für eine angemessene Dienstorganisation Sorge trägt.

Informationserfassung

Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung in diesem Pflegedienst (wöchentlicher Stundenumfang): *[Freitext]*
Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung in der Pflege tätig sind: *[Freitext]*

Prüffragen:

1. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung (Pflegefachkraft, ausreichende Berufserfahrung, Weiterbildung zum Erwerb einer formalen Leitungsqualifikation)?	☐ ja	☐ nein
2. Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?	☐ ja	☐ nein
3. Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	☐ ja	☐ nein
4. Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	☐ ja	☐ nein
5. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?	☐ ja	☐ nein
6. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Möglichkeiten für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?	☐ ja	☐ nein
7. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen, die beim jeweiligen Versicherten zu beachten sind?	☐ ja	☐ nein

Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen:

Ziffer:	Erläuterung:

6.2 Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen

(entfällt bei Prüfungen von solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen)

Qualitätsaussage

Die Einrichtung sorgt für geeignete Rahmenbedingungen für ein würdevolles Sterben und Abschiednehmen. Dies schließt auch den respektvollen Umgang mit dem verstorbenen Bewohner ein. Die Unterstützung berücksichtigt den individuellen biografischen, kulturellen und religiösen Hintergrund sowie die individuellen Wünsche und Vorstellungen des Sterbenden und der Angehörigen. Sie orientiert sich an dem Ziel, bestmögliche Lebensqualität in der letzten Lebensphase herzustellen.

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist hier, ob die Einrichtung über ein aussagekräftiges Konzept sowie nachvollziehbare Verfahrens- und Zuständigkeitsreglungen verfügt, um im Rahmen ihrer Einwirkungsmöglichkeiten ein würdevolles Sterben und Abschiednehmen zu ermöglichen.

Prüffragen:

1. Liegt ein schriftliches Konzept für die Begleitung sterbender Bewohner und ihrer Angehörigen vor?	☐ ja	☐ nein
2. Gibt es Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z.B. Palliativdienste, Hospizinitiativen) und namentlich bekannte Mitarbeiter als Ansprechpartner für solche Einrichtungen?	☐ ja	☐ nein
3. Werden die Wünsche des Bewohners und der Angehörigen für den Fall einer gesundheitlichen Krise und des Versterbens erfasst?	☐ ja	☐ nein
4. Sind Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten den Mitarbeitern bekannt und jederzeit verfügbar?	☐ ja	☐ nein
5. Erfolgt im Sterbefall eine direkte Information der Angehörigen entsprechend den von ihnen hinterlegten Wünschen?	☐ ja	☐ nein
6. Erfolgt im Sterbefall eine rasche und direkte Information des Hausarztes?	☐ ja	☐ nein

Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen:

Ziffer:	Erläuterung:

6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Qualitätsaussage

Die Einrichtung verfügt über ein systematisches Qualitätsmanagement und reagiert zeitnah und mit angemessenen Maßnahmen auf Qualitätsdefizite. Es gibt definierte Verfahren zur Auswertung und Nutzung von Qualitätskennzahlen.

Informationserfassung

Qualitätsdefizite, die bei der letzten externen Prüfung festgestellt wurden oder danach auftraten: *[Freitext]*
Interne Maßnahmen zur Identifizierung etwaiger Qualitätsdefizite: *[Freitext]*
Aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Einrichtung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements Qualitätsdefizite erfasst und Maßnahmen zur Behebung plant und durchführt. Als Grundlage für die Prüfung dienen Prüfergebnisse vorangegangener externer Prüfungen und die aktuellen Indikatoren für Ergebnisqualität.

Prüffragen:

1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	☐ ja	☐ nein	
2. Werden Qualitätsdefizite systematisch bewertet und bei Bedarf bearbeitet?	☐ ja	☐ nein	☐ t.n.z.
3. Hat die Einrichtung geeignete Maßnahmen eingeleitet, um schlechte Versorgungsergebnisse (Qualitätsindikatoren) zu verbessern?	☐ ja	☐ nein	☐ t.n.z.
4. Werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert?	☐ ja	☐ nein	☐ t.n.z.
5. Sind die Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	☐ ja	☐ nein	

Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen:

Ziffer:	Erläuterung:

Anlage C: Prüfbogen C

Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle

Ein Bereich ist in der Regel dann als „kritischer Bereich“ zu bewerten, wenn bei mindestens zwei Bewohnern unzutreffende Angaben über das Versorgungsergebnis festgestellt wurden (s. Vorgaben in der Verfahrensbeschreibung). Unter „Erläuterungen“ ist nachvollziehbar zu beschreiben, weshalb die Plausibilität in Frage gestellt wird. Hier sollten auch Schwachstellen der Ergebniserfassung beschrieben werden, wenn „Auffälligkeit festgestellt“ angekreuzt wurde.

Auffälligkeiten im Erhebungsreport		
☐ **keine Auffälligkeiten**	☐ **Auffälligkeit festgestellt**	☐ **kritischer Bereich (hier: ab drei Bewohner)**
Erläuterungen:		

Angaben zur Mobilität (1.1)		
☐ **keine Auffälligkeiten**	☐ **Auffälligkeit festgestellt**	☐ **kritischer Bereich**
Erläuterungen:		

Angaben zu gravierenden Sturzfolgen (1.1)		
☐ **keine Auffälligkeiten**	☐ **Auffälligkeit festgestellt**	☐ **kritischer Bereich**
Erläuterungen:		

Angaben zu Gewichtsverlust und zu den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen (1.2)		
☐ **keine Auffälligkeiten**	☐ **Auffälligkeit festgestellt**	☐ **kritischer Bereich**
Erläuterungen:		

Angaben zur Selbständigkeit bei der Selbstversorgung (1.4)		
☐ **keine Auffälligkeiten**	☐ **Auffälligkeit festgestellt**	☐ **kritischer Bereich**
Erläuterungen:		

Angaben zum Thema Schmerz (2.2)		
☐ **keine Auffälligkeiten**	☐ **Auffälligkeit festgestellt**	☐ **kritischer Bereich**
Erläuterungen:		

Angaben zur Dekubitusentstehung (2.3)		
☐ keine Auffälligkeiten	☐ Auffälligkeit festgestellt	☐ kritischer Bereich
Erläuterungen:		

Angaben zur Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (3.2)		
☐ keine Auffälligkeiten	☐ Auffälligkeit festgestellt	☐ kritischer Bereich
Erläuterungen:		

Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2)		
☐ keine Auffälligkeiten	☐ Auffälligkeit festgestellt	☐ kritischer Bereich
Erläuterungen:		

Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs (4.1)		
☐ keine Auffälligkeiten	☐ Auffälligkeit festgestellt	☐ kritischer Bereich
Erläuterungen:		

Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2)		
☐ keine Auffälligkeiten	☐ Auffälligkeit festgestellt	☐ kritischer Bereich
Erläuterungen:		

Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4)		
☐ keine Auffälligkeiten	☐ Auffälligkeit festgestellt	☐ kritischer Bereich
Erläuterungen:		

Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4)		
☐ **keine Auffälligkeiten**	☐ **Auffälligkeit festgestellt**	☐ **kritischer Bereich**
Erläuterungen:		

Empfehlungen zur Verbesserung der Ergebniserfassung

Sonstige Anmerkungen oder Empfehlungen

Anlage D

Erläuterungen zu den Prüfbögen (Ausfüllanleitung)

Stand: 1. August 2018

Allgemeine Hinweise 2

1. Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung 4
   - 1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität 4
   - 1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung 6
   - 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung 7
   - 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege 8
2. Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen 9
   - 2.1 Medikamentöse Therapie 9
   - 2.2 Schmerzmanagement 10
   - 2.3 Wundversorgung 11
   - 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen 12
   - 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen 13
3. Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte 14
   - 3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen in der Sinneswahrnehmung 14
   - 3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation 15
   - 3.3 Nächtliche Versorgung 17
4. Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen 18
   - 4.1 Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug 18
   - 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten 19
   - 4.3 Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen 20
   - 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen 22
5. Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen 23
6. Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement 23
   - 6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung 23
   - 6.2 Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen 24
   - 6.3 Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten 25

Allgemeine Hinweise

Die vorliegende Ausfüllanleitung enthält Hinweise für den Prüfer, die ihn darin unterstützen sollen, die Prüfbögen entsprechend der vorliegenden Regularien für das Prüfverfahren auszufüllen. Die Prüfbogen selbst enthalten bereits relativ ausführliche Hinweise, die zur Interpretation von Begriffen hilfreich sein können oder die eine Hilfestellung bei der konkreten Qualitätsbewertung geben. Die vorliegende Ausfüllanleitung beschränkt sich auf einige weitergehende Hinweise, die in den Prüfbogen schlicht aus Platzgründen nicht aufgenommen wurden[1]. Die Hinweise konzentrieren sich auf Erläuterungen zu den Leitfragen. Zu einigen weiteren, erfahrungsgemäß erläuterungsbedürftigen Punkten finden sich ebenfalls nähere Hinweise.

Der besseren Übersicht halber sind die Erläuterungen zu den einzelnen Qualitätsaspekten gleich aufgebaut. Am Beginn steht ein Hinweis zum Gegenstand der Prüfung, der auch im Prüfbogen vorzufinden ist. Danach folgen Erläuterungen zur Informationserfassung sowie zu den Leitfragen. Nicht immer sind Erläuterungen zur Informationserfassung erforderlich, deshalb bleiben die betreffenden Textfelder zum Teil leer.

Sollte es bei einem Qualitätsaspekt wichtig sein, Definitionen o.ä. außerhalb dieser Struktur ausführlich darzustellen, so ist das an entsprechender Stelle kenntlich gemacht.

Vorab sei noch auf einige grundsätzliche Fragen hingewiesen.

Ausführlichkeit der Informationserfassung

Mit der Informationserfassung verschafft sich der Prüfer zunächst einen Überblick über den Bedarf und die Versorgungssituation des Bewohners. Anhand verschiedener Informationsquellen werden die Lebenssituation, die gesundheitliche Situation, Ressourcen und Beeinträchtigungen, Gefährdungen usw. durch den Prüfer erfasst. Welche Informationen für den jeweiligen Qualitätsaspekt benötigt werden, ist im Prüfbogen angegeben. Der Prüfbogen enthält zum Teil standardisierte Antwortvorgaben, durch die die Informationserfassung in einem Ankreuzverfahren vorgenommen werden kann. Häufig findet sich aber auch die Anforderung, Klartextangaben zu machen.

In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass der Prüfer nicht jedes Detail dokumentieren muss, das er beobachtet. Vielmehr geht es darum, *charakteristische Merkmale der Versorgungssituation und des individuellen Bedarfs* festzuhalten. So ist z.B. eine ausführliche Beschreibung der Mobilität einschließlich einer differenzierten Darstellung der Bewegungsfähigkeit des Bewohners bei der Informationserfassung zum Qualitätsaspekt 1.1 (Unterstützung im Bereich der Mobilität) *nicht* erforderlich. Der ausgefüllte Prüfbogen sollte dem Außenstehenden hinreichend verdeutlichen, in welchen Punkten beim betreffenden Bewohner ein Problem bzw. ein Bedarf vorliegt. Eine differenzierte Dokumentation jeder Feststellung, die der Prüfer in diesem Zusammenhang macht, ist jedoch nicht erforderlich. Große Genauigkeit und Differenziertheit ist lediglich dann erforderlich, wenn ein Defizit beschrieben und die damit verbundene Qualitätsbewertung begründet wird. Dies geschieht aber nicht im Abschnitt „Informationserfassung“, sondern bei der Bewertung der Feststellungen, die das Prüfteam gemacht hat.

[1] Im Regelverfahren wird der Prüfbogen ein EDV-Programm sein. Es ist empfehlenswert, die Hinweise aus der vorliegenden Prüfanleitung in dieses Programm zu integrieren, sodass der Prüfer nicht erst in einem Manual blättern muss, um sich zu bestimmten Fragen zu vergewissern.

Plausibilitätskontrolle

Die Fragen zur Plausibilitätskontrolle der von der Einrichtung durchgeführten Ergebniserfassung werden in dieser Ausfüllanleitung nicht näher erläutert. Sie sind in der Regel aus sich selbst heraus verständlich. Immer besteht die Aufgabe des Prüfers darin, im Rahmen seiner Möglichkeiten festzustellen, inwieweit die Informationen zum betreffenden Sachverhalt, die durch die Einrichtung bei der Erfassung von Versorgungsergebnissen erhoben wurden, mit den Feststellungen des Prüfers bzw. den Informationen aus anderen Quellen in Einklang stehen. Gemeint sind damit alle Informationsquellen, die der Prüfer zur Beurteilung des jeweiligen Qualitätsaspekts zu Rate zieht. Grundlegende Hinweise zur Durchführung der Plausibilitätskontrolle finden sich in der Verfahrensbeschreibung.

Im Prüfbogen A ist zunächst nur anzugeben, inwieweit bei der Plausibilitätskontrolle Auffälligkeiten festgestellt wurden und worum es sich dabei im Einzelnen handelt. Inwieweit diese Auffälligkeiten als fehlende Plausibilität zu sehen sind, wird in einem zweiten Schritt beurteilt (s. Prüfbogen C).

Nicht bei allen Bewohnern, die in die Stichprobe aufgenommen werden, liegen Ergebnisse vor, die im Rahmen der Plausibilitätskontrolle zu beurteilen sind. Im Regelfall werden es sechs Bewohner sein. Wurde bei einem Bewohner, der in die Prüfung einbezogen wird, keine Plausibilitätskontrolle durchgeführt, so ist die Antwortoption „trifft nicht zu“ anzukreuzen.

Einleitend zu den Fragen zur Plausibilitätskontrolle wird eine Ziffer benannt, mit der der relevante Abschnitt im Instrument zur Erfassung von Versorgungsergebnissen bezeichnet wird, wodurch ein schnelles Auffinden der benötigten Informationen ermöglicht werden soll.

Einbeziehung von Kurzzeitpflegegästen

Verfügt die Einrichtung über eingestreute Kurzzeitpflegeplätze und ist ein Kurzzeitpflegegast Teil der Stichprobe, so wird die Prüfung bis auf wenige Details wie im Falle eines vollstationär versorgten Bewohners durchgeführt. Es gibt nur wenige inhaltliche Anpassungen, die im Prüfbogen vermerkt sind. An verschiedenen Stellen ergeben sich aber auf sprachlicher Ebene Unschärfen, mit denen das Prüfteam leben muss. So ist grundsätzlich im Prüfbogen und auch in der Ausfüllanleitung vom Bewohner die Rede, ein Begriff, der auf den Kurzzeitpflegegast streng genommen nicht gut anwendbar ist. An verschiedenen Stellen treten andere sprachliche Reibungen auf. Es wurde aber darauf verzichtet, alle Formulierungen sprachlich anzupassen, um die Komplexität des Instrumentariums in Grenzen zu halten.

Erfolgt die Prüfung in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen, so wird das vorliegende Instrumentarium ebenfalls verwendet.

1. Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Zu prüfen ist die Unterstützung des Bewohners mit dem Ziel, verlorene Selbständigkeit bei der Fortbewegung und Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit auszugleichen, mit Mobilitätseinbußen assoziierte Gefährdungen zu vermeiden sowie Mobilität zu erhalten und zu fördern.

Hinweise zur Informationserfassung

Erläuterungen in Form von Freitext: Das betreffende Textfeld ist dazu zu nutzen, Besonderheiten zu dokumentieren, beispielsweise vorliegende Paresen oder andere Beeinträchtigungen, die für die Mobilität eine besondere Bedeutung haben.

Hilfsmittel: Es genügt, die im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung genutzten Hilfsmittel kurz zu benennen. Nähere Angaben zur Nutzung der Hilfsmittel sind an dieser Stelle nicht erforderlich.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Entspricht die Unterstützung bei der Mobilität dem individuellen Bedarf des Bewohners?

Zu beurteilen ist,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung die aktuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen der Mobilität des Bewohners berücksichtigt.
- ob der Bewohner über die von ihm ggf. benötigten Hilfsmittel verfügt und Unterstützung bei der Nutzung dieser Hilfsmittel erhält, sofern er nicht selbständig mit ihnen umgehen kann. Zu beurteilen ist hierbei vorrangig die Anpassung der Hilfsmittel und die Zugänglichkeit der Hilfsmittel für den Bewohner.

2. Erhält der Bewohner, wenn er es wünscht, Unterstützung für Aufenthalte im Freien?

Bei Bewohnern, die keine Auskunft geben können, sollte beurteilt werden, ob die Einrichtung die betreffenden Bedürfnisse des Bewohners einschätzt und bei der Maßnahmenplanung berücksichtigt. Sind die Äußerungen des Bewohners nicht interpretierbar, sollte davon ausgegangen werden, dass ein Aufenthalt im Freien nicht täglich, aber mehrfach wöchentlich ermöglicht werden sollte, wenn das Wetter und die gesundheitliche Situation des Bewohners dies zulassen.

3. Wurden die vorliegenden Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Einschätzung gesundheitlicher Risiken berücksichtigt?

Es ist zu beurteilen, ob die mit den Mobilitätseinschränkungen einhergehenden Risiken (Dekubitus, Stürze, Funktionsbeeinträchtigung der Gelenke und ggf. weitere Risiken) mit einer Risikoskala oder durch eine pflegefachliche Einschätzung erfasst wurden.

4. Entspricht die Unterstützung im Bereich der Mobilität den Erfordernissen, die aus der individuellen Risikosituation erwachsen?

Zu beurteilen ist hier die Frage, ob die individuelle Maßnahmenplanung zur Unterstützung im Bereich der Mobilität geeignete Maßnahmen zur Dekubitus- und Sturzprophylaxe sowie Maßnahmen zur Vermeidung von Funktionsbeeinträchtigungen der Gelenke umfasst. Bei Bewohnern mit anderen Gefährdungen, beispielsweise bei Bewohnern mit respiratorischen Problemen, sind auch darauf bezogene Maßnahmen (hier z. B. zur Unterstützung der Atmung) zu berücksichtigen.

5. Werden zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität durchgeführt, die auf die noch vorhandenen Fähigkeiten und Bedürfnisse des Bewohners abgestimmt sind?

Angesprochen sind hiermit Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität im Sinne des Nationalen Expertenstandards. Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn Maßnahmen geplant und mindestens zwei Mal wöchentlich durchgeführt werden. Die Frage ist nur bei Bewohnern relevant, die noch über Ressourcen im Bereich der Mobilität verfügen und motiviert sind, Aktivitäten mit dem Ziel der Erhaltung von Mobilität durchzuführen.

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Zu prüfen ist die fachgerechte Unterstützung des Bewohners bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen, sofern diese sich an der Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung des Bewohners beteiligen, mit ein. Normativer Bezugspunkt für die Qualitätsbeurteilung ist der Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ in der aktuellen Fassung.

Hinweise zur Informationserfassung

Die geforderten Hinweise auf eine Gewichtsabnahme (Freitext) sollten bekannte Ursachen für die Gewichtsabnahme berücksichtigen. Auch ist anzugeben, inwieweit die Gewichtsabnahme ärztlich begleitet bzw. beobachtet wird. Für den Fall, dass der Gewichtsverlauf nicht in der vorgesehenen Form erfasst werden kann (aktuell - vor 3 Monaten - vor 6 Monaten), ist er in Form von Freitext zu beschreiben.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Sind die Ernährungssituation inkl. Flüssigkeitsversorgung des Bewohners sowie die Selbständigkeit des Bewohners in diesem Bereich fachgerecht erfasst worden?

Es ist zu beurteilen, ob eine fachgerechte Einschätzung der Ernährungssituation hinsichtlich Anzeichen oder dem Vorliegen einer etwaigen Mangelernährung und unzureichenden Flüssigkeitsaufnahme (z. B. unauffällige, trockene Schleimhäute, stehende Hautfalten), Nahrungsmittelunverträglichkeiten sowie ein etwaiges Aspirationsrisiko vorliegt.

2. Erfolgt eine ausreichende, bedürfnisgerechte Unterstützung des Bewohners bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme?

Es ist zu beurteilen,

- ob bei der individuellen Maßnahmenplanung die unter Punkt 1 angesprochene aktuelle Ernährungssituation berücksichtigt ist und die Maßnahmen durchgeführt werden
- ob Bewohnerwünsche zur Ernährung ermittelt und bei der Durchführung von Maßnahmen berücksichtigt werden,
- ob die Entwicklung der Ernährungssituation des Bewohners beobachtet und bei auffälligen Veränderungen Kontakt zum behandelnden Arzt aufgenommen wird.

3. Werden erforderliche Hilfsmittel zur Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme fachgerecht eingesetzt?

Es ist zu beurteilen,

- ob dem Bewohner entsprechend der Einschätzung der Ernährungssituation inkl. der Flüssigkeitsversorgung und der damit einhergehenden Risiken geeignete Hilfsmittel zur Verfügung stehen
- ob die Hilfsmittel, soweit möglich, individuell an den Bewohner angepasst sind
- ob der Bewohner jederzeit, ggf. mit Unterstützung durch eine Pflegekraft, die Hilfsmittel nutzen kann.

Bei der Beurteilung sind die beschränkten Einflussmöglichkeiten von Pflegeeinrichtungen auf die Beschaffung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen. Der Prüfer sollte sich im Gespräch und mit der Inaugenscheinnahme des Bewohners und des Bewohnerzimmers ein eigenes Bild über das Vorhandensein, die Verfügbarkeit und den Einsatz der Hilfsmittel machen und bei der Beurteilung berücksichtigen.

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Gegenstand der Prüfung ist die fachgerechte Unterstützung des Bewohners mit dem Ziel, Kontinenzverluste zu kompensieren und die Kontinenz des Bewohners zu fördern. Zu prüfen ist dies sowohl hinsichtlich der Harn- als auch Stuhlkontinenz. Normativer Bezugspunkt für die Qualitätsbeurteilung ist im Falle der Harnkontinenz der Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege" in der aktuellen Fassung.

Hinweise zur Informationserfassung

Liegen Beeinträchtigungen der Harn- oder Stuhlkontinenz vor, so sind diese in komprimierter Form darzustellen.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurde die Kontinenz des Bewohners zutreffend erfasst?

Es ist zu beurteilen, ob eine fachgerechte Einschätzung vorliegt, die den aktuellen Status der Kontinenz des Bewohners zutreffend und nachvollziehbar abbildet. Im Fall der Harnkontinenz ist eine Darstellung des jeweiligen Kontinenzprofils gemäß Expertenstandard zu erwarten. Der Nachweis erfolgt anhand entsprechender Einträge in der Pflegedokumentation, die durch Angaben der Mitarbeiter der Einrichtung ergänzt werden können.

2. Werden geeignete Maßnahmen zum Kontinenzerhalt, zur Unterstützung bei Kontinenzverlust oder beim Umgang mit künstlichen Ausgängen durchgeführt?

Zu beurteilen ist,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung die festgestellten Beeinträchtigungen der Kontinenz berücksichtigt und die Maßnahmen durchgeführt werden
- ob etwaige Bewohnerwünsche ermittelt und bei der Durchführung von Maßnahmen berücksichtigt werden
- ob die Entwicklung der Kontinenz des Bewohners beobachtet wird und im Falle auffälliger Veränderungen Kontakt zum behandelnden Arzt aufgenommen wird.

3. Werden erforderliche Hilfsmittel fachgerecht eingesetzt?

Es ist zu beurteilen,

- ob dem Bewohner entsprechend des Kontinenzprofils geeignete Hilfsmittel zur Verfügung stehen
- ob die Hilfsmittel, soweit möglich, individuell an den Bewohner angepasst sind
- ob der Bewohner jederzeit, ggf. mit Unterstützung durch eine Pflegekraft, die Hilfsmittel nutzen kann.

Bei der Beurteilung der erforderlichen Hilfsmittel sind die beschränkten Einflussmöglichkeiten von Pflegeeinrichtungen auf die Beschaffung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen.

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Zu prüfen ist, ob die notwendige Körperpflege beim Bewohner sichergestellt wird und ob die Maßnahmen zur Unterstützung dem Bedarf und den Wünschen des Bewohners entsprechen. Die Körperpflege umfasst auch die Mund- und Zahnpflege. Zu prüfen ist ferner, ob auf Auffälligkeiten des Hautzustands fachgerecht reagiert wird.

Hinweise zur Informationserfassung

Es ist anzugeben, bei welchen Aktivitäten im Bereich der Körperpflege eine Beeinträchtigung der Selbständigkeit besteht (ggf. „bei allen Aktivitäten“).

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden bedarfsgerechte Maßnahmen zur Unterstützung bei der Körperpflege durchgeführt?

Zu beurteilen ist,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung eine bedarfsgerechte Unterstützung bei der Körperpflege gewährleistet und die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt werden (einschließlich Mund- und Zahnpflege)
- ob grundlegende hygienische Anforderungen an die Körperpflege beachtet werden
- ob der Zustand der Haut, der Haare und der Fuß- und Fingernägel sowie die Mund- und Zahngesundheit im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung angemessen ist.

2. Wurden etwaige Auffälligkeiten des Hautzustands beurteilt und wurde auf diese Auffälligkeiten fachgerecht reagiert?

Angesprochen sind hier beispielsweise Auffälligkeiten wie Rötungen, Schuppungen, übermäßig trockene oder feuchte Haut. Zu überprüfen ist, ob die mit diesen Auffälligkeiten verbundenen Risiken und fachlichen Anforderungen berücksichtigt werden. Damit angesprochen ist die Einschätzung des Dekubitusrisikos, die Durchführung der pflegerischen Maßnahmen und – wenn die Auffälligkeiten auf schwerwiegende pathologische Veränderungen hindeuten – ggf. auch die Kommunikation mit dem behandelnden Arzt.

3. Werden bei der Körperpflege Bewohnerwünsche, das Selbstbestimmungsrecht und der Grundsatz der Wahrung der Intimsphäre berücksichtigt?

Zu beurteilen ist, ob Bewohnerwünsche ermittelt und in der Maßnahmenplanung und Durchführung der Pflege berücksichtigt werden.

Die Frage sollte vorrangig im Gespräch mit dem Bewohner überprüft werden. Ist das nicht möglich, sollten Einzelheiten der Körperpflege im Fachgespräch mit den Mitarbeitern erfasst und beurteilt werden.

2. Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5
Es sind alle aktuellen ärztlichen Verordnungen in Form von Freitext aufzuführen. Bei der zusammenfassenden Einschätzung der Selbständigkeit im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen ist anzugeben, welche körperlich, kognitiv oder psychisch bedingten Beeinträchtigungen den Unterstützungsbedarf in diesem Bereich verursachen.

2.1 Medikamentöse Therapie
Zu prüfen sind hier die Maßnahmen zur Unterstützung des Bewohners im Zusammenhang mit der individuellen Medikation, die Beachtung ärztlicher An- und Verordnungen, die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen und die Reaktion auf etwaige Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Medikation.
Hinweise zur Informationserfassung
/
Hinweise zu den Leitfragen
1. Entspricht die Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme der ärztlichen Verordnung? Die Überprüfung schließt auch die Bedarfsmedikation ein. *2. Erfolgt die Lagerung und Vorbereitung der Medikamente fachgerecht?* Maßgeblich sind die Anforderungen der im Juni 2018 geltenden QPR. *3. Erhält der Bewohner die seinem Bedarf entsprechende Unterstützung zur Einnahme der Medikamente?* Zu prüfen ist hier, • ob besondere ärztliche Anordnungen vorliegen und die Versorgung diesen Anordnungen folgt, • ob mögliche Nebenwirkungen der Medikamente beobachtet und beurteilt werden und bei auffälligen Veränderungen Kontakt zum behandelnden Arzt aufgenommen wird. *4. Entspricht die Kommunikation mit dem Arzt den individuellen Erfordernissen?* Bei dieser Frage sind die für den jeweiligen Bewohner relevanten Erfordernisse zu beachten, die sich je nach Erkrankung bzw. je nach Therapie unterscheiden können.

2.2 Schmerzmanagement

Zu prüfen ist die Gesamtheit des pflegerischen Schmerzmanagements. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen, sofern sie mit dem Ziel der Unterstützung des Bewohners bei der Schmerzbewältigung tätig werden, mit ein. Normative Bezugspunkte für die Qualitätsbeurteilung sind die Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ und „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Hinweise zur Informationserfassung

/

Hinweise zu den Leitfragen

1. Ist die Schmerzsituation des Bewohners fachgerecht erfasst worden?

Es ist zu beurteilen, ob bei Bedarf eine differenzierte Schmerzeinschätzung mit Berücksichtigung der Schmerzintensität, -lokalisation, der zeitlichen Dimension und der Konsequenzen für den Lebensalltag vorliegt.

2. Erhält der Bewohner eine fachgerechte Unterstützung zur Schmerzbewältigung?

Zu beurteilen ist hier,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung bei vorliegenden chronischen Schmerzen die Schmerzsituation berücksichtigt,
- ob die Gabe von Schmerzmedikamenten der ärztlichen Verordnung entspricht,
- ob relevante Veränderungen der Schmerzsituation, die Wirkung von Schmerzmedikamenten und schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen beobachtet und bei Bedarf dem behandelnden Arzt mitgeteilt werden.

Zu berücksichtigen sind hier wie auch an verschiedenen anderen Stellen die Grenzen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung, insbesondere im Hinblick auf das ärztliche Verordnungsverhalten.

2.3 Wundversorgung

Zu prüfen sind pflegerische Maßnahmen der Wundversorgung, die begleitend zu ärztlichen Anordnungen bzw. darüber hinaus durchgeführt werden, sowie Maßnahmen, die auf ärztlichen Anordnungen beruhen. Normativer Bezugspunkt ist der Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ in der aktuellen Fassung.

Hinweise zur Informationserfassung

/

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurde die Wundsituation fachgerecht erfasst?

Es ist zu beurteilen, ob eine fachgerechte Einschätzung der Wundsituation hinsichtlich der in der Wundbeschreibung aufgeführten Aspekte vorliegt.

2. Erhält der Bewohner eine fachgerechte Unterstützung bei der Wundversorgung?

Zu beurteilen ist hier,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung zur Wundversorgung die aktuelle Wundsituation berücksichtigt,
- ob die Versorgung entsprechend der ärztlichen Anordnungen erfolgt,
- ob der Heilungsprozess beobachtet und bei auffälligen Veränderungen oder fehlenden Fortschritten im Heilungsprozess Kontakt zum behandelnden Arzt aufgenommen wird
- ob die Wundversorgung hygienische Anforderungen berücksichtigt.

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Zu prüfen ist die pflegerische Versorgung, die sich auf die oben genannten Bedarfslagen richtet. Dies schließt die Umsetzung ärztlicher Verordnungen und die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen mit ein. Die besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen sind weitgehend in Anlehnung an die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie definiert. Hier wird aber auch die Versorgung von reizlosen Eintrittsstellen bei invasiven Maßnahmen geprüft, obwohl diese nicht verordnungsfähig ist.

Hinweise zur Informationserfassung

Unter „Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfskonstellationen“ sind nur dann Eintragungen vorzunehmen, wenn die ärztlichen Anordnungen ein besonderes, auf den Einzelfall abgestimmtes Vorgehen vorsehen.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich. Auf Basis der Befragung des Bewohners, des Fachgesprächs mit den Mitarbeitern der Einrichtung und der Pflegedokumentation ist zu beurteilen, ob die Durchführung der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob die Einrichtung erkennbar den Versuch unternommen hat, über Sachverhalte, die die Verordnung betreffen, mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch Unklarheiten im Zusammenhang mit der ärztlichen Verordnung Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Pflegefachkräften durchgeführt werden und ob eine etwaige Beteiligung von Mitarbeitern, die über keine dreijährige Ausbildung verfügen, unter der Verantwortung von Pflegefachkräften erfolgt (z.B. Unterstützung der Versorgung von MRSA-Trägern).

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens und etwaigen besonderen Anforderungen im Einzelfall?

Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden. Nähere Hinweise hierzu finden sich in der zum 01.01.2018 in Kraft getretene Qualitätsprüfungs-Richtlinie Häusliche Krankenpflege (QPR-HKP) vom 27.09.2017.

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Zu beurteilen ist, ob die Versorgung den ärztlichen Verordnungen entspricht und ob hinsichtlich der Durchführung von Maßnahmen und der Kommunikation mit den verordnenden Ärzten Defizite oder Auffälligkeiten festgestellt worden sind.

Wichtige Hinweise:

An dieser Stelle werden die Feststellungen des Prüfers im Zusammenhang mit der Unterstützung des Bewohners bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind, dokumentiert. Dies gilt beispielsweise für die Blutdruck- oder Blutzuckermessung, hinsichtlich derer bei der Beurteilung anderer Qualitätsaspekte Auffälligkeiten oder Defizite festgestellt wurden.

Die Beurteilung erfolgt in diesem Fall nicht in Form einer standardisierten Bewertung. Vielmehr ist zu entscheiden, ob die hier erfassten Auffälligkeiten und Defizite

a) Gegenstand der Beratung der Einrichtung sein sollen

b) für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sind (wovon dann auszugehen ist, wenn ein Defizit festgestellt wurde, das mit einem erheblichen gesundheitlichen Risiko für den Bewohner oder einer negativen Folge verbunden ist)

c) keine weiteren Folgen nach sich ziehen sollen.

Wurden durch den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese im jeweiligen Textfeld unter „Auffälligkeiten“ oder „Defizite“ aufzuführen und zu erläutern.

Hinweise zur Informationserfassung

Abgesehen von der Nennung der betreffenden ärztlichen Verordnungen erfolgt keine gesonderte Informationserfassung. Vielmehr sind die Informationen zu nutzen, die im Rahmen der Bewertung anderer Qualitätsaspekte erfasst wurden.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt?

2. Ist im Bedarfsfall eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens und etwaigen besonderen Anforderungen im Einzelfall?

Die Leitfragen entsprechen der Ausrichtung anderer Leifragen zu den Qualitätsaspekten 2.1 – 2.4. Es ist zu betonen, dass an dieser Stelle nicht sämtliche Maßnahmen zu den ärztlichen Verordnungen im Detail zu beurteilen sind. Der Qualitätsaspekt 2.5 dient dazu, bereits getroffene Feststellungen einzuordnen.

3. Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen in der Sinneswahrnehmung

Zu prüfen ist hier die Unterstützung des Bewohners bei der Bewältigung und Kompensation von Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens und bei der Nutzung von Hilfsmitteln, die in diesem Zusammenhang relevant sind.

Hinweise zur Informationserfassung

Bei der standardisierten Beurteilung des Hör- und Sehvermögens ist diejenige Antwortoption anzukreuzen, die auf den Bewohner am ehesten zutrifft.

Die genutzten Hilfsmittel zur Unterstützung der Sinneswahrnehmung sind nur aufzuführen, nähere Erläuterungen sind an dieser Stelle nicht erforderlich.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurden Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens erfasst und in ihren Folgen für den Lebensalltag zutreffend eingeschätzt (einschließlich ihrer Bedeutung für gesundheitliche Risiken)?

Der Prüfer sollte sich im Gespräch und mit der Inaugenscheinnahme des Bewohners ein eigenes Bild vom Seh- und Hörvermögen machen und bei der Beurteilung berücksichtigen.

2. Werden Maßnahmen ergriffen, um die Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens zu kompensieren?

Zu beurteilen ist,

- ob bei der individuellen Maßnahmenplanung die aktuellen Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens berücksichtigt sind
- ob Anpassungen der Wohnumgebung an die Beeinträchtigungen vorgenommen worden sind
- ob die Entwicklung des Seh- oder Hörvermögens des Bewohners beobachtet wird und bei auffälligen Veränderungen eine Kontaktaufnahme zum behandelnden Arzt erfolgt.

3. Werden geeignete Hilfsmittel zur Kompensation der Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens eingesetzt?

Es ist zu beurteilen, ob

- dem Bewohner entsprechend seiner Beeinträchtigungen von Seh- und Hörvermögen geeignete Hilfsmittel zur Verfügung stehen
- die Hilfsmittel, soweit möglich, individuell angepasst sind
- der Bewohner jederzeit, ggf. mit Unterstützung durch eine Pflegekraft, die Hilfsmittel nutzen kann.

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Zu prüfen ist, ob für den Bewohner eine individuelle Gestaltung des Tagesablaufs ermöglicht und gefördert wird, die seinen Bedürfnissen entspricht. Zu prüfen ist ferner, ob bei Bewohnern, die kognitive oder psychische Beeinträchtigungen aufweisen, die Tagesstrukturierung zur Förderung von Orientierung und Wohlbefinden eingesetzt wird. Dabei ist auch zu prüfen, ob der Bewohner bei der Auswahl und Durchführung bedürfnisgerechter Aktivitäten unterstützt wird, ebenso bei der Kommunikation, mit vertrauten Bezugspersonen, Freunden oder Bekannten.

Hinweis zum Begriff „Beschäftigung“:

Wenn bei diesem Qualitätsaspekt von „Beschäftigung“ die Rede ist, so ist immer eine den individuellen Bedürfnissen entsprechende Beschäftigung gemeint. Unter fachlichen Gesichtspunkten sollte die Einrichtung Angebote einer bedürfnisgerechten Beschäftigung *im Rahmen ihrer Möglichkeiten* gewährleisten. Ungewöhnliche Bedürfnisse, die außerhalb der im Alltagsleben üblichen Aktivitäten wie beispielsweise Geselligkeit, Medienkonsum, Lesen, Zuhören, Spielen, Singen und Musizieren, Schreiben, kreatives Werken und sich Bewegen liegen, sind nicht angesprochen. Beschäftigungen beispielsweise, die aufwändige Sicherheitsvorkehrungen erforderlich machen, teure Anschaffungen voraussetzen oder die Verfügbarkeit von spezifischen Werkzeugen oder technischen Apparaturen erfordern, übersteigen die Möglichkeiten einer Einrichtung im Regelfall. Verfügen Einrichtungen jedoch über eine besondere Ausstattung, so ist in die Qualitätsbeurteilung auch die Frage einzubeziehen, inwieweit der in die Stichprobe einbezogene Bewohner Zugang dazu hat, wenn er ein entsprechendes Bedürfnis hegt.

Hinweise zur Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte:

Hier sind diejenigen Bereich anzukreuzen, in denen der Bewohner auf Personenhilfe angewiesen ist. Die einzelnen Merkmale sind entsprechend des neuen Begutachtungsverfahrens zu interpretieren.

Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen:

An dieser Stelle genügt eine zusammenfassende Einschätzung, ob Beeinträchtigungen vorliegen und inwieweit sie einen erheblichen Unterstützungsbedarf erwarten lassen.

Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag des Bewohners (nur zu erfassen bei Bewohnern mit beeinträchtigter Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte):

Der Prüfer hat sich über den Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag des Bewohners zu informieren. Zu dokumentieren sind allerdings nur Auffälligkeiten wie zum Beispiel eine fehlende Teilnahme an Gruppenaktivitäten, ein ungewöhnlicher Tagesablauf oder besondere Maßnahmen zur Tagesstrukturierung bei demenziell Erkrankten.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Sind die Interessen an Aktivitäten und Gewohnheiten des Bewohners bekannt?

Zu beurteilen ist, ob im Rahmen der Möglichkeiten der Einrichtung die aktuellen Interessen des Bewohners in Erfahrung gebracht wurden. Auch sollte der Prüfer, soweit möglich, im Gespräch mit dem Bewohner aktuelle Interessen erfragen und diese bei der Beurteilung berücksichtigen.

2. Wurde mit dem Bewohner (oder seinen Bezugspersonen) eine individuelle Tagesstrukturierung erarbeitet?

Es ist zu beurteilen, ob die geplante Tagesstrukturierung individuell an die Wünsche und Gewohnheiten des Bewohners angepasst wurde. Die geplante Tagesstrukturierung sollte Wach- und Ruhezeiten, Zeiträume für Mahlzeiten und Gewohnheiten des Bewohners in Bezug auf den Tagesablauf beinhalten.

3. Orientieren sich pflegerische Versorgung und andere Hilfen an der individuell festgelegten Tagesstrukturierung und den Bedürfnissen des Bewohners?

Zu beurteilen ist, ob in der Pflegedokumentation (insbesondere in der Maßnahmenplanung) und den tatsächlichen Abläufen im Lebensalltag eine individuelle Tagesstruktur erkennbar ist und sie den individuellen Bedürfnissen entspricht, soweit diese bekannt sind.

4. Erhält der Bewohner Unterstützung dabei, bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Lebensalltag nachzugehen?

Zu beurteilen ist, ob dem Bewohner geplante Gruppen- oder Einzelaktivitäten angeboten werden, die seinen Interessen und seinen individuellen Möglichkeiten entsprechen. Zu beurteilen ist ferner, ob die individuelle Unterstützung, die der Bewohner unabhängig von geplanten Angeboten erhält, eine bedürfnisgerechte und den individuellen Fähigkeiten entsprechende Beschäftigung ermöglichen.

3.3 Nächtliche Versorgung

Zu prüfen ist hier, inwieweit die Versorgung des Bewohners auch die nächtlichen Problem- und Bedarfslagen berücksichtigt. Dies schließt Maßnahmen wie Lagerungen, Hilfen beim Toilettengang oder Inkontinenzversorgung ebenso ein wie den Umgang mit Verschiebungen/Umkehrungen des Rhythmus von Wachen und Schlafen oder mit Einschlafschwierigkeiten.

Hinweise zur Informationserfassung

Sofern ein regelmäßiger nächtlicher Unterstützungsbedarf besteht, ist dieser stichwortartig zu beschreiben.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Liegt eine aussagekräftige Bedarfseinschätzung und Maßnahmenplanung für die nächtliche Versorgung vor?

Hinweise in der Pflegedokumentation sind nur dann erforderlich, wenn ein nächtlicher Unterstützungsbedarf besteht.

2. Wird bei bestehenden Ein- und Durchschlafschwierigkeiten eine darauf ausgerichtete Unterstützung geleistet?

Hierzu gehört auch die Frage, inwieweit eine geeignete Tagesstruktur existiert und der Bewohner tagsüber in Aktivitäten eingebunden ist.

3. Berücksichtigt die Maßnahmenplanung besondere Risikosituationen während der Nacht (z.B. bei Bewohnern mit motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten)?

Liegt eine solche Risikosituation vor, sollten in der Maßnahmenplanung entsprechend Hinweise (zumindest Hinweise zur notwendigen Beobachtung) enthalten sein.

4. Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug

Zu prüfen ist hier, ob die Einrichtung eine zielgerichtete Unterstützung des Bewohners in der Eingewöhnungsphase leistet. Hierzu gehört die Förderung des Wohlbefindens, des Sicherheitsgefühls des Bewohners und der Integration in die neue Lebensumgebung. Ebenfalls eingeschlossen ist die zeitgerechte Vorbereitung der bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.

Im Falle der Kurzzeitpflege bestehen vergleichbare Anforderungen, die allerdings aufgrund des kurzen stationären Aufenthalts anders ausgeprägt sind.

Hinweise zur Informationserfassung

Anpassung der Unterstützung während der ersten 8 Wochen des stationären Aufenthalts:

Anhand der Pflegedokumentation sind stichpunktartig wichtige Veränderungen oder Vereinbarungen zu dokumentieren, die in den ersten Wochen nach dem Heimeinzug erfolgten.

Bei Kurzzeitpflege („KPf“) ist nur das Aufnahmedatum zu dokumentieren.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurde vor dem Einzug oder kurzfristig (innerhalb von 24 Stunden) nach dem Einzug des Bewohners eine Einschätzung vorgenommen, ob bzw. in welchen Punkten ein dringender Versorgungsbedarf besteht?

Zu beurteilen ist, ob vor oder unmittelbar nach der Heimaufnahme

- die ärztlich verordnete Medikation erfasst wurde
- eine erste Einschätzung gesundheitlicher Risiken erfolgte (beispielsweise Dekubitusrisiko, Sturzrisiko oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten)
- geeignete Maßnahmen zu den erfassten Risiken eingeleitet wurden.

2. Bei Langzeitpflege:
Leistete die Einrichtung in den ersten Wochen nach dem Heimeinzug zielgerichtete Unterstützung?

Zu überprüfen ist, ob die Einrichtung eine individuell auf den Bewohner abgestimmte Begleitung in den ersten Wochen nach dem Heimeinzug umgesetzt hat. Dazu zählt beispielsweise ein dem Bewohner und den Angehörigen namentlich bekannter Ansprechpartner, der in den ersten Wochen regelmäßig Kontakt aufnimmt, Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu anderen Bewohnern, die zielgerichtete Integration in Aktivitäten, die Kommunikation mit dem Bewohner selbst, spezifische biografieorientierte Maßnahmen (z.B. bei Demenzkranken) u.ä.

Im Mittelpunkt der Prüfung steht die Frage, ob die Einrichtung ein systematisches Vorgehen plante und realisierte. Die Prüfer haben allerdings nicht zu beurteilen, ob das gesamt Spektrum an Maßnahmen, die sich als Unterstützung in der Eingewöhnungsphase eignen, berücksichtigt wurde.

3. Bei Kurzzeitpflege:
Leistete die Einrichtung in den ersten Tagen nach der Aufnahme zielgerichtete Unterstützung?

Der Qualitätsaspekt wird im Falle von Kurzzeitpfleggästen analog geprüft, aber mit etwas anderen Akzentuierungen. Zu überprüfen ist, ob die Einrichtung eine individuell auf den Bewohner abgestimmte Begleitung in den ersten Tagen nach der Aufnahme umgesetzt hat. Dazu zählen beispielsweise ein dem Bewohner und den Angehörigen namentlich bekannter Ansprechpartner, der in den ersten Tagen regelmäßig Kontakt aufnimmt, die Integration in Aktivitäten, spezifische biografieorientierte Maßnahmen (z.B. bei Demenzkranken) u.ä.

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Zu prüfen sind hier Maßnahmen, die die Pflegeeinrichtung ergreift, um den Übergang zwischen Pflegeeinrichtung und Krankenhaus für den Bewohner fachlich angemessen zu gestalten, die Belastung für den Bewohner infolge des Ortswechsels so weit wie möglich zu reduzieren und im Rahmen ihrer Möglichkeiten die Versorgungskontinuität sicherstellt.

Hinweise zur Informationserfassung

Einzubeziehen sind die Krankenhausaufenthalte in den letzten sechs Monaten. Findet die Prüfung beispielsweise am 15. Dezember statt, so ist die Qualitätsbeurteilung vorzunehmen, wenn der Bewohner in der Zeit seit dem 15. Juni in einem Krankenhaus behandelt wurde. Die Plausibilitätsprüfung ist unabhängig von dieser Einschränkung durchzuführen.

Hinweise zu den Leitfragen

Einzubeziehen sind auch hier nur die Krankenhausaufenthalte in den letzten sechs Monaten. Ansonsten wird mit dem nächsten Qualitätsaspekt fortgesetzt.

1. Wurden dem Krankenhaus Informationen zum Gesundheitszustand, zum pflegerischen Versorgungsbedarf und zu den individuellen Bedürfnissen übermittelt?

Zu beurteilen ist, ob die Einrichtung Informationen zu folgenden Punkten bei der Überleitung in ein Krankenhaus übermittelt hat:

- Benennung einer laufenden ärztlichen Behandlung,
- Angehörige oder Betreuer, sowie ggf. Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung,
- Beeinträchtigungen, Bedarf und benötigte Hilfsmittel,
- Ansprechpartner der Pflegeeinrichtung,
- Individuelle Bedürfnisse und Gewohnheiten,
- Ggf. Informationen zu herausforderndem Verhalten.

2. Erfolgte eine Aktualisierung der Bedarfseinschätzung und bei Bedarf eine Anpassung der Maßnahmenplanung nach der Rückkehr des Bewohners?

Zu beurteilen ist, ob unmittelbar nach Rückkehr des Bewohners von einem Krankenhausaufenthalt

- Veränderungen der Bedarfseinschätzung inkl. Veränderungen der Risikosituation beurteilt wurden
- ggf. die individuelle Maßnahmenplanung des Bewohners an die geänderte Bedarfs- und Risikoeinschätzung angepasst wurde
- notwendige Folgetermine für die ambulante Nachsorge vereinbart wurden oder die behandelnden Ärzte über die Rückkehr des Bewohners informiert wurden.

4.3 Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen

Zu prüfen ist hier die Unterstützung des Bewohners mit herausforderndem Verhalten, die darauf abzielt, Risiken zu vermeiden, das herausfordernde Verhalten einzugrenzen und das Wohlbefinden des Bewohners aktiv zu fördern.

Erläuterungen zu den angesprochenen Verhaltensweisen:

Angesprochen sind an dieser Stelle Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, die auch im Rahmen der Begutachtung nach dem SGB XI berücksichtigt werden. Es handelt sich um Verhaltensweisen, die einen Hilfebedarf begründen, weil sie zu Gefährdungen führen oder eine Beeinträchtigung für den betreffenden Bewohner oder seine Umgebung darstellen. Ein solches Verhalten entsteht beispielsweise durch Situationen, die eine Überforderung für den Bewohner mit sich bringen, oder durch die fehlende Fähigkeit, mit emotionalen Impulsen kontrolliert umzugehen. In der Regel sind solche Verhaltensprobleme mit kognitiven Beeinträchtigungen verbunden, die zum Verlust der Impulskontrolle und Selbststeuerungsfähigkeit führen. Angesprochen sind aber auch psychische Problemlagen, die ebenfalls einen Hilfebedarf begründen.

Zu diesen Verhaltensweisen und psychische Problemlagen gehören (nähere Definitionen finden sich in der Begutachtungs-Richtlinie):

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Nächtliche Unruhe
- Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
- Beschädigung von Gegenständen
- Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- Verbale Aggression
- Andere vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

Von entscheidender Bedeutung ist, dass diese Verhaltensweisen einen Bedarf an Unterstützung begründen. So sind beispielsweise alle Menschen vom Gefühl der Angst betroffen. Dieses Gefühl kann allerdings so übermächtig werden, dass es nicht kontrolliert werden kann und eine folgenreiche emotionale Krise auslöst. Insbesondere bei Demenzkranken ist zu beobachten, dass langandauernde, ausgeprägte Ängste entstehen, die die betreffenden Personen selbst nicht kontrollieren kann.

Dementsprechend ist bei der Prüfung zu berücksichtigen, dass nicht das Verhalten an sich, sondern die mit einem Verhalten verbundene Problematik für das Alltagsleben des betreffenden Bewohners oder für seine soziale Umgebung einen Hilfebedarf begründet.

Hinweise zur Informationserfassung

Es sind die wichtigsten Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen zu benennen, die einen Hilfebedarf auslösen. Ebenfalls zu benennen ist die Häufigkeit, mit der sie regelmäßig auftreten, und ein etwaiges Gefährdungspotenzial.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Erfolgte eine Erfassung der Verhaltensweisen des Bewohners und eine darauf aufbauende Einschätzung, ob aus dem Verhalten ein Unterstützungsbedarf erwächst?

Die Einschätzung muss eine ggf. vorliegende, verhaltensbedingte Risikosituation und Aussagen dazu, ob und welcher Unterstützungsbedarf durch das Verhalten ausgelöst wird, enthalten.

2. Wurden verhaltenswirksame Faktoren identifiziert und Maßnahmen eingeleitet, um diese Faktoren zu begrenzen oder zu kompensieren?

Zu beurteilen ist, ob Faktoren identifiziert wurden, die das herausfordernde Verhalten fördern oder begrenzen und ob daran orientiert geeignete Maßnahmen geplant und durchgeführt werden, um das herausfordernde Verhalten zu begrenzen oder zu kompensieren.

3. Erhält der Bewohner eine geeignete Unterstützung, um trotz der Verhaltensproblematik Bedürfnisse zu befriedigen und Wohlbefinden zu erleben?

Zu beurteilen ist, ob die Bedürfnisse und das Wohlbefinden des Bewohners beobachtet werden und ggf. Maßnahmen ergriffen werden, um das Wohlbefinden des Bewohners zu verbessern und den Bewohner mit seinem herausfordernden Verhalten in die Pflegeeinrichtung zu integrieren. Die Maßnahmenplanung sollte Maßnahmen enthalten, die das Wohlbefinden und die Integration des Bewohners fördern können.

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Zu prüfen ist, ob freiheitsentziehende Maßnahmen soweit wie möglich durch alternative Maßnahmen ersetzt und in dem Fall, in dem sie nicht vermeidbar sind, fachgerecht angewendet werden. Es sind sowohl mechanische Fixierungen, Isolation als auch der Einsatz ruhigstellender Medikamente in die Prüfung einzubeziehen.

Erfasst wird außerdem, ob eine Einwilligung und richterliche Genehmigungen bzw. eine richterliche Anordnung vorliegen. Sollten bei einer freiheitsentziehenden Maßnahme keine Einwilligung und richterliche Genehmigungen bzw. keine richterliche Anordnung vorliegen, dann wird dies mit erfasst, fließt aber nicht in die Beurteilung des Inhaltes mit ein, da es sich um eine ordnungsrechtliche Frage handelt, die der Prüfer nicht beurteilen sollte.

Hinweise zur Informationserfassung

Einwilligung, Vorliegen/Beantragung einer richterlichen Genehmigung bzw. einer richterlichen Anordnung:

Hier ist die Frage zu beantworten, ob eine Einwilligung vorliegt und von wem und wann sie erteilt wurde. Analoges gilt für die richterliche Genehmigung bzw. Anordnung.

Bitte auch die unter 1.1 erfassten Mobilitätsbeeinträchtigungen berücksichtigen!

Die zur Beurteilung relevanten Mobilitätsbeeinträchtigungen müssen im Prüfbogen nicht noch einmal dokumentiert werden, sind aber bei der Beurteilung zu berücksichtigen.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wird/wurde die Notwendigkeit der eingesetzten freiheitsentziehenden Maßnahme/n regelmäßig überprüft?

Zu beurteilen ist, ob die angewendete freiheitsentziehende Maßnahme regelmäßig hinsichtlich ihrer Notwendigkeit durch eine Pflegefachkraft überprüft wird und beendet wird, wenn sie nicht mehr notwendig ist. Das Überprüfungsintervall ist abhängig vom Krankheitsbild und dem Pflegezustand des Bewohners.

2. Erfolgt/e der Einsatz der Maßnahme/n fachgerecht?

Zu beurteilen ist, ob

- die angewendete freiheitsentziehende Maßnahmen technisch korrekt erfolgt
- Risiken für den Bewohner durch eine fachgerechte Anwendung minimiert werden
- Die Intimsphäre und Würde des Bewohners gewahrt wird.

5. Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen

(Prüfbogen B)

Die Beurteilung bedarfssübergreifender fachlicher Anforderungen stützt sich auf die Feststellungen, die die Prüfer zu anderen Qualitätsaspekten getroffen haben. Sie wird an dieser Stelle daher nicht weiter erläutert.

Beobachtungen, die die Prüfer unabhängig von diesen Feststellungen machen (z.B. Umgang der Mitarbeiter mit Hygieneanforderungen auf den Wegen des Prüfers durch die Einrichtung), sind ebenfalls einzubeziehen. Bei der Beurteilung des jeweiligen Qualitätsaspekts sind jedoch vorrangig die Feststellungen während der individuell bewohnerbezogenen Prüfung zu beachten.

6. Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement

6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung
Zu prüfen ist, ob die Anforderungen an die Qualifikation der Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung sowie Anforderungen an die Regelung ihrer Aufgabenbereiche erfüllt werden. Zu prüfen ist ferner, ob die Pflegedienstleitung die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft der Einrichtung wahrnimmt und ob sie für eine angemessene Dienstorganisation Sorge trägt.
Hinweise zur Informationserfassung und zu den Prüffragen
Die Anforderungen an die Informationserfassung und die Prüffragen sind aus sich heraus verständlich und werden an dieser Stelle nicht näher erläutert.
Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen
Zu allen Fragen, die mit „nein“ beantwortet wurden, sind nähere Erläuterungen erforderlich, die erkennen lassen, worin das Defizit im Einzelnen besteht.

6.2 Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen

Zu prüfen ist hier, ob die Einrichtung über ein aussagekräftiges Konzept sowie nachvollziehbare Verfahrens- und Zuständigkeitsreglungen verfügt, um im Rahmen ihrer Einwirkungsmöglichkeiten ein würdevolles Sterben und Abschiednehmen zu ermöglichen.

Hinweise zur Informationserfassung und zu den Prüffragen

Eine explizite Informationserfassung ist bei diesem Qualitätsaspekt nicht vorgesehen.

Die Prüffragen sind überwiegend selbstsprechend. Zu beachten ist, dass keine nähere Beurteilung von schriftlichen Ausführungen in Konzepten, Verfahrensregelungen etc. vorgenommen werden soll. Maßstab ist die Nachvollziehbarkeit der Vorgaben zur Ausgestaltung der Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen, die die Einrichtung formuliert.

1. *Liegt ein schriftliches Konzept für die Begleitung sterbender Bewohner und ihrer Angehörigen vor?*

2. *Gibt es Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z.B. Palliativdienste, Hospizinitiativen) und namentlich bekannte Mitarbeiter als Ansprechpartner für solche Einrichtungen?*

   Von besonderer Wichtigkeit ist hier die Frage, ob die Einrichtung sicherstellt, dass externe Kooperationspartner in der Sterbephase kompetente Ansprechpartner in der Einrichtung finden und die betreffenden Mitarbeiter in der Lage sind, diese Kooperationspartner bei Bedarf koordinierend und beratend zu unterstützen, wenn sie in der Einrichtung tätig werden.

3. *Werden die Wünsche des Bewohners und der Angehörigen für den Fall einer gesundheitlichen Krise und des Versterbens erfasst?*

   Diese Wünsche sollten schriftlich hinterlegt sein.

4. *Sind Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten den Mitarbeitern bekannt und jederzeit verfügbar?*

   Zu beurteilen ist, ob vorhandene Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten den Mitarbeitern der Einrichtung bekannt sind und sie wissen, wo sich diese befinden oder sie ggf. vorzeigen können.

5. *Erfolgt im Sterbefall eine direkte Information der Angehörigen entsprechend der von ihnen hinterlegten Wünsche?*

6. *Erfolgt im Sterbefall eine rasche und direkte Information des Hausarztes?*

   Die Information sollte den Arzt spätestens am zweiten Werktag nach dem Versterben erreichen. Die Information sollte auf direktem Weg (telefonisch / per Fax) an die Arztpraxis übermittelt werden.

Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen

Zu allen Fragen, die mit „nein“ beantwortet wurden, sind nähere Erläuterungen erforderlich, die erkennen lassen, worin das Defizit im Einzelnen besteht.

6.3 Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Die Einrichtung verfügt über ein systematisches Qualitätsmanagement und reagiert zeitnah und mit angemessenen Maßnahmen auf Qualitätsdefizite. Es gibt definierte Verfahren zur Auswertung und Nutzung von Qualitätskennzahlen.

Hinweise zur Informationserfassung und zu den Prüffragen

Die Anforderungen an die Informationserfassung sind aus sich heraus verständlich und werden an dieser Stelle nicht näher erläutert.

1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?

Zu prüfen ist, ob die Einrichtung über regelhafte Verfahren verfügt, mit denen Qualitätsprobleme in der laufenden Versorgung entdeckt werden können (unabhängig von externen Prüfungen).

2. Werden Qualitätsdefizite systematisch bewertet und bei Bedarf bearbeitet?

Zu beurteilen ist, ob sich die Einrichtung – abgesehen von den Qualitätsindikatoren – mit externen Qualitätsbeurteilungen oder intern identifizierten Defiziten auseinandersetzt und konkrete Maßnahmen einleitet. Die Einrichtung kann dies ggf. auch beispielhaft anhand eines identifizierten (und behobenen) Qualitätsdefizits aufzeigen. Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ zu beantworten, wenn keine weiteren Qualitätsdefizite identifiziert wurden.

3. Hat die Einrichtung geeignete Maßnahmen eingeleitet, um schlechte Versorgungsergebnisse (Qualitätsindikatoren) zu verbessern?

Diese Frage ist nur in Einrichtungen zu bearbeiten, für die die betreffenden Qualitätskennzahlen vorliegen. Zu prüfen ist, ob die als „weit unter dem Durchschnitt“ bewerteten Ergebnisse aufgegriffen wurden, um mittelfristig bessere Ergebnisse zu erzielen, und ob die hierzu eingeleiteten Maßnahmen geeignet sind, dieses Ziel zu erreichen.

4. Werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert?

Hier ist zu beurteilen, ob systematisch überprüft wird, welche Wirkung Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität bzw. Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten erzielt haben.

5. Sind die Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?

Zu prüfen ist, ob die Einrichtung regelhafte Verfahrensweisen definiert hat, mit denen die interne Kommunikation von Qualitätsdefiziten oder qualitätssichernde Verfahren erfolgt und die Mitarbeiter zur Reflexion der Versorgungsqualität im Alltag angehalten werden.

Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen

Zu allen Fragen, die mit „nein“ beantwortet wurden, sind nähere Erläuterungen erforderlich, die erkennen lassen, worin das Defizit im Einzelnen besteht.

Anlage E zur Verfahrensbeschreibung des Prüfverfahrens stationär:

Strukturierungshilfe zur Durchführung des Teamgesprächs

Das Teamgespräch dient der Zusammenführung der einzelnen Ergebnisse der Prüfer und der Vorbereitung des Abschlussgesprächs. Die Prüfer tauschen sich über ihre wichtigsten Ergebnisse aus und nehmen vorläufige Bewertungen vor. Vertreter der Einrichtung sollen an diesem Gespräch nicht teilnehmen. Ablauf:

a) Gemeinsame Bewertung der Qualitätsaspekte im Bereich 5 >>>> Prüfbogen

b) Welche fachlichen Stärken wurden im Verlauf der Prüfung sichtbar?

c) Bei welchen Qualitätsaspekten wurden fachliche Defizite festgestellt? Bei welchen Qualitätsaspekten liegen erhebliche oder schwerwiegende Defizite vor?

d) Vorläufige Einschätzung der Plausibilität der Ergebniserfassung >>>> Prüfbogen

e) Für welche Themen sollen im Abschlussgespräch Ansätze zur Qualitätsverbesserung aufgezeigt werden? Welche Ansätze sind möglicherweise geeignet und praktikabel?

Anlage F zur Verfahrensbeschreibung für das Prüfverfahren stationär:

Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgesprächs

Im Abschlussgespräch wird die Pflegeeinrichtung über zentrale Ergebnisse der Prüfung in Kenntnis gesetzt. Das Abschlussgespräch sollte den Charakter eines Fachgesprächs haben, in dem gemeinsame Überlegungen dazu angestellt werden, wie festgestellte Defiziten behoben und der Entstehung von Defiziten vorgebeugt werden kann.

Ablauf:

1. Die Prüfer erläutern Zweck und Ablauf des Abschlussgesprächs.

2. Die Prüfer schildern unter Bezugnahme auf die im Teamgespräch ausgewerteten Qualitätsaspekte den Gesamteindruck der Pflegequalität der Einrichtung. Hierbei wird herausgestellt, welche fachliche Stärken und welche Schwächen für sie während der Prüfung besonders deutlich erkennbar waren.

3. Die Prüfer informieren die Einrichtung über die wichtigsten Einzelergebnisse der Qualitätsprüfung, insbesondere über festgestellte erhebliche und schwerwiegende Qualitätsdefizite. Die Vertreter der Einrichtung erhalten Gelegenheit zur Schilderung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die sie ggf. schon eingeleitet haben. Sofern die Einrichtung abweichende Meinungen zu den Feststellungen, insbesondere zu festgestellten Mängeln der Punkte 3 und 4 äußert, werden diese von den Prüfern schriftlich festgehalten.

4. Die Prüfer beschreiben in zusammenfassender Form, welche Auffälligkeiten sie im Rahmen der Plausibilitätskontrolle festgestellt haben.

5. Die Prüfer beraten die Einrichtung über mögliche Maßnahmen der Qualitätsverbesserung. Zu diesem Zweck benennen sie Ansatzpunkte, die aus ihrer Sicht geeignet sein könnten, um Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung einzuleiten. Sie bitten die Vertreter der Einrichtung um eine Einschätzung, ob diese Ansatzpunkte auch aus ihrer Sicht geeignet und praktikabel sind. Es sollte darauf geachtet werden, dass diese Gesprächsphase als Dialog „auf Augenhöhe“ geführt wird und nicht einseitig durch Hinweise des Prüfdienstes geprägt wird, welche Maßnahmen aus seiner Sicht notwendig wären. Der Sichtweise der Einrichtungsleitung sollte ausreichend Raum gegeben werden.

6. Abschluss des Gesprächs und damit auch des Prüfbesuchs.

Anlage G zur Verfahrensbeschreibung des Prüfverfahrens stationär:

Hinweise zur Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle

Fehler oder Ungenauigkeiten bei der Ergebniserfassung wirken sich auf die Qualitätsbeurteilung mit Hilfe der Indikatoren für Ergebnisqualität unterschiedlich aus. Die Prüfer sollten bei der Plausibilitätskontrolle den unterschiedlichen Stellenwert berücksichtigen. Hierzu dienen folgende exemplarische Hinweise.
Bei der Plausibilitätskontrolle gilt u.a. der Grundsatz: Fehler, die sich zu Lasten der Einrichtung auswirken, stellen die Gültigkeit der Ergebniserfassung nicht in Frage. Werden solche Fehler entdeckt, sollte die Einrichtung allerdings darauf aufmerksam gemacht werden.

Keine oder nur geringe Beeinträchtigungen der Qualitätsbeurteilung mit Kennzahlen sind in folgenden Fällen zu erwarten:	***Erhebliche Beeinträchtigungen*** der Qualitätsbeurteilung mit Kennzahlen sind in folgenden Fällen zu erwarten:
• Dauer von Krankenhausaufenthalten ist nicht ganz korrekt angegeben	• Der angegebene Krankenhausaufenthalt hat in den letzten Monaten gar nicht stattgefunden
• Einschätzung kognitiver Beeinträchtigungen bei Bewohnern, die kognitiv stark beeinträchtigt sind, ist ungenau.	• Bewohner, die kognitiv stark beeinträchtigt sind, werden als nicht oder nur gering kognitiv beeinträchtigt dargestellt.
• Einschätzung der Selbständigkeit bei der Selbstversorgung ist bei einzelnen der 12 Merkmale ungenau.	• Bei der Selbständigkeit bei der Selbstversorgung findet sich bei allen Merkmalen die Wertung „überwiegend selbständig“ (durchgekreuzt).
• Dekubitus Grade 2 bis 4 werden nicht korrekt differenziert.	• Dekubitus Grad 2 wurde als Grad 1 oder überhaupt nicht angegeben.
• Informationen zu Verhaltensweisen oder zur Medikation sind fehlerhaft oder nicht nachvollziehbar (nicht relevant für Indikatoren)	• Informationen zur Anbringung von Bettseitenteilen fehlen
• Datum der Dekubitusentstehung wird falsch angegeben, liegt aber in den letzten 6 Monaten vor der Ergebniserfassung	• Datum der Dekubitusentstehung falsch angegeben: faktisch in den letzten 6 Monaten vor der Ergebniserfassung, im Bogen aber vor 10 Monaten
• Ort der Dekubitusentstehung: fälschlich „Krankenhaus“ statt „zuhause“	• Ort der Dekubitusentstehung: fälschlich „Krankenhaus“ statt „in der Einrichtung“ (nur letzteres wird der Einrichtung „angelastet“)
• Zahlendreher in Datumsangaben (z.B. 2071 statt 2017 oder 5.1.2017 statt 1.5.2017)	• Datum des Integrationsgesprächs nicht korrekt angegeben
• Vereinzelte (!), offensichtliche Verwechslung von Körpergröße und Gewicht (z.B. 87 cm und 179 kg)	• Mehrfache Abweichungen des Körpergewichts von den Angaben in der Pflegedokumentation
• Verletzung durch Sturz im Krankenhaus wurde fälschlicherweise angegeben	• Sturz in der Einrichtung wurde nicht angegeben
• Sturzverletzung: Aufbringen eines Pflasters durch Mitarbeiter der Einrichtung führt zur Einschätzung „ärztlich behandlungsbedürftig“	• Änderungen in der Maßnahmenplanung aufgrund einer Sturzverletzung wurden nicht angegeben
• Einzelheiten zur Anwendung von Gurten (z.B. Art des Gurtes) wurden nicht korrekt angegeben	• Eine Gurtfixierung, die in den letzten vier Wochen vor der Ergebniserfassung erfolgte, wurde nicht angegeben

Universität Bielefeld
Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

aQua
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Abschlussbericht des Projekts
„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“

Anhang 3: Prüfinstrumentarium für die Tagespflege:

Verfahrensbeschreibung für die externe Qualitätsprüfung mit Anlagen

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

Tel.: +49 (0) 521 - 106 6880
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de

aQua - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Maschmühlenweg 8–10
37073 Göttingen

Tel: +49 (0) 551-789 52- 0
E-Mail: office@aqua-institut.de

im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege
Bielefeld/Göttingen, 1. August 2018

Übersicht

Einführung 3
1. Prüfrelevante Qualitätsaspekte 3
2. Prozesse, die der Prüfung vorausgehen 4
3. Stichprobe 4
4. Informationsgrundlagen für die Qualitätsbewertung 5
5. Qualitätsbewertung 5
6. Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung 5
7. Ablauf des Einrichtungsbesuchs 5

Anlagen:

A. Prüfbogen Teil A (zur Beurteilung der individuellen Unterstützung der Tagespflegegäste)
B. Prüfbogen Teil B (für Beurteilungen auf der Einrichtungsebene)
C. – entfällt --
D. Ausfüllanleitung
E. Strukturierungshilfe zur Durchführung des Teamgesprächs
F. Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgesprächs
G. – entfällt --

Einführung

Die vorliegende Verfahrensbeschreibung stellt Inhalte, Methoden und Ablauf externer Prüfungen in Tagespflegeeinrichtungen dar. Sie orientiert sich in weiten Teilen an der Verfahrensbeschreibung für die vollstationäre Pflege und ist analog dazu aufgebaut. Aus diesem Grund werden im Folgenden lediglich die Abweichungen vom Verfahren in der stationären Langzeitpflege verdeutlicht.

1. Prüfrelevante Qualitätsaspekte

Die Sachverhalte, die der Prüfer beurteilen soll, werden als „Qualitätsaspekte“ bezeichnet. Sie sind analog zum Verfahren in der stationären Langzeitpflege definiert, weichen aber in manchen Inhalten davon ab:

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung
1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität
1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Bereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
2.1 Medikamentöse Therapie
2.2 Schmerzmanagement
2.3 Wundversorgung
2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen
2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Bereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte
3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung
3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Bereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen
4.1 Aufnahme in die Tagespflege
4.2 Unterstützung bei herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen
4.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Bereich 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen

5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen

5.2 Biografieorientierte Unterstützung

5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen

5.4 Hilfsmittelversorgung

5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

Bereich 6: Organisationsaspekte und internes Qualitätsmanagement

6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung

6.2 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

2. Prozesse, die der Prüfung vorausgehen

Die Qualitätsprüfung wird mit der Erteilung des Prüfauftrags durch den zuständigen Landesverband der Pflegekasse eingeleitet. Die Erteilung des Prüfauftrags wird dem jeweiligen Prüfdienst übermittelt. Weitergehende Prozesse sind der Prüfung, im Unterschied zur vollstationären Pflege, nicht vorgeschaltet.

3. Stichprobe

Bei Einrichtungen der Tagespflege ist das Stichprobenverfahren mit einigen Besonderheiten konfrontiert. Es ist von im Regelfall geringen Platzzahlen auszugehen. Hinzu kommt, dass sich Nutzer der Tagespflege in unregelmäßigem Rhythmus in der Einrichtung aufhalten (nicht unbedingt an jedem Wochentag). Auch finden sich verschiedentlich Spezialisierungen, sodass bei einem Teil der Einrichtungen keine, auch nicht näherungsweise gleichmäßige Verteilung von Merkmalen der Pflegebedürftigkeit erwartet werden kann.

Deshalb ist die Ziehung einer reinen Zufallsstichprobe im Umfang von sechs Personen unter den am Tag der Prüfung anwesenden Tagespflegegästen vorgesehen. Sollten am Tag der Prüfung weniger als sechs Personen einbezogen werden können, so sollte die Prüfung dennoch abgeschlossen (und nicht am nächsten Tag fortgesetzt) werden.

4. Informationsgrundlagen für die Qualitätsbewertung

Bezüglich des Umgangs mit diesen Informationsgrundlagen gelten die Regelungen der Verfahrensbeschreibung für die vollstationäre Pflege.

5. Qualitätsbewertung

Es kommen die Bewertungskategorien und Bewertungsregeln zur Anwendung, die in der Verfahrensbeschreibung für die vollstationäre Pflege dargelegt werden.

6. Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung

Für die teilstationäre Pflege liegt kein Indikatorenansatz vor. Die Plausibilitätskontrolle als Bestandteil der externen Prüfung entfällt somit.

7. Ablauf des Einrichtungsbesuchs

Der Ablauf des Einrichtungsbesuchs entspricht im Grundsatz dem Ablauf, der für die vollstationäre Pflege festgelegt wurde.

Anlage A zur Verfahrensbeschreibung Tagespflege:

Prüfbogen Teil A
(zur Beurteilung der individuellen Unterstützung der Tagespflegegäste)

Prüfung beim Tagespflegegast – Allgemeine Angaben

Angaben zum Tagespflegegast			
Alter in Jahren			
Wird in der Einrichtung betreut seit (Monats- und Jahresangabe):			
Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung:			
Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ nicht eingestuft			
Liegen nach Angaben der Pflegeeinrichtung kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?		☐ ja	☐ nein

(…)

<Weitere allgemeine Angaben zum Tagespflegegast können, beispielsweise analog zur aktuellen Qualitätsprüfungsrichtlinie, an dieser Stelle nach Belieben ergänzt werden.>

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Der Tagespflegegast erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es den Bedürfnissen des Tagespflegegastes entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung der Mobilität.

Informationserfassung

1. Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen)	
☐ Positionswechsel im Bett	Erläuterungen:
☐ Aufstehen	*[Freitext]*
☐ Halten einer stabilen Sitzposition	
☐ Lageveränderung im Sitzen	
☐ Stehen und Gehen, Balance	
☐ Treppen steigen	
☐ Beweglichkeit der Extremitäten	
☐ Kraft	
2. Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
[Freitext]	

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist die Unterstützung des Tagespflegegastes mit dem Ziel, verlorene Selbständigkeit bei der Fortbewegung und Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit auszugleichen, mit Mobilitätseinbußen assoziierte Gefährdungen zu vermeiden sowie Mobilität zu erhalten.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Beeinträchtigungen der Mobilität vorliegen. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Entspricht die Unterstützung bei der Mobilität dem individuellen Bedarf des Tagespflegegastes?
2. Erhält der Tagespflegegast, wenn er es wünscht, Unterstützung für Aufenthalte im Freien?
3. Wurden die vorliegenden Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Einschätzung gesundheitlicher Risiken berücksichtigt?
4. Entspricht die Unterstützung im Bereich der Mobilität den Erfordernissen, die aus der individuellen Risikosituation erwachsen?
5. Werden Maßnahmen zur Erhaltung der Mobilität durchgeführt, die auf die noch vorhandenen Fähigkeiten und Bedürfnisse des Tagespflegegastes abgestimmt sind?

A) Keine Auffälligkeiten
☐
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn in der Pflegedokumentation Mobilitätsbeeinträchtigungen unvollständig dargestellt werden, bei der Versorgung jedoch alle Beeinträchtigungen und die aus ihnen resultierenden Risiken berücksichtigt werden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Frage nach erhöhtem Sturz- oder Dekubitusrisiko unberücksichtigt blieben.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine ausreichende Unterstützung des Tagespflegegastes bei der Fortbewegung erfolgt.
- keine ausreichende Unterstützung des Tagespflegegastes bei der Nutzung von Hilfsmitteln zur Fortbewegung erfolgt.
- der Tagespflegegast sich aufgrund fehlender Unterstützung nicht im Freien aufhalten kann, obwohl er es möchte.

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

Der Tagespflegegast wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt.

Informationserfassung

Größe (in cm) aktueller BMI

Gewichtsverlauf und Hinweise auf eine Gewichtsabnahme: *[Freitext]*

Selbständigkeit im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme: *[Freitext]*

Ggf. Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist die fachgerechte Unterstützung des Tagespflegegastes bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen, sofern diese sich an der Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung des Tagespflegegastes beteiligen, ein. Normativer Bezugspunkt für die Qualitätsbeurteilung ist der Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ in der aktuellen Fassung.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Ernährung oder Flüssigkeitsaufnahme vorliegen. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Sind die Ernährungssituation inkl. Flüssigkeitsversorgung des Tagespflegegastes sowie die Selbständigkeit des Tagespflegegastes in diesem Bereich fachgerecht erfasst worden?
2. Erfolgt eine ausreichende, bedürfnisgerechte Unterstützung des Tagespflegegastes bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme?
3. Werden erforderliche Hilfsmittel zur Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme fachgerecht eingesetzt?

A) Keine Auffälligkeiten
☐
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn die Selbständigkeit bei der Nahrungsaufnahme in der Pflegedokumentation stärker eingeschränkt beschrieben wird als sie tatsächlich ist, bei der Versorgung jedoch alle Beeinträchtigungen und das daraus resultierende Risiko der Mangelernährung berücksichtigt wird.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- auf Anzeichen für eine reduzierte Nahrungsaufnahme nicht reagiert wird.
- die Nahrung nicht in einer Form angeboten wird, die auf die Beeinträchtigungen des Tagespflegegastes abgestimmt ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine ausreichende Unterstützung des Tagespflegegastes bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme erfolgt.
- der Tagespflegegast Anzeichen einer Dehydration zeigt.
- Wünsche des Tagespflegegastes ignoriert werden, obwohl hierfür keine gesundheitlichen Gründe vorliegen.

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

Der Tagespflegegast wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz:

[Freitext]

Nutzung von:

- ☐ suprapubischem Katheter
- ☐ transurethralem Katheter
- ☐ Inkontinenzprodukten
  - ☐ offen ☐ geschlossen
- ☐ Hilfsmitteln
- ☐ Stoma
- ☐ Sonstigem

Allgemeine Beschreibung

Gegenstand der Prüfung ist die fachgerechte Unterstützung des Tagespflegegastes mit dem Ziel, Kontinenzverluste zu kompensieren. Zu prüfen ist dies sowohl hinsichtlich der Harn- als auch der Stuhlkontinenz. Normativer Bezugspunkt für die Qualitätsbeurteilung ist im Falle der Harnkontinenz der Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ in der aktuellen Fassung.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn ein Hilfebedarf im Bereich der Kontinenzförderung, der Kompensation von Kontinenzverlust oder der Versorgung künstlicher Ausgänge vorliegt. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Wurde die Kontinenz des Tagespflegegastes zutreffend erfasst?
2. Werden geeignete Maßnahmen zur Unterstützung bei Kontinenzverlust oder beim Umgang mit künstlichen Ausgängen durchgeführt?
3. Werden erforderliche Hilfsmittel fachgerecht eingesetzt?

A) Keine Auffälligkeiten
☐
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn das Kontinenzprofil nicht ganz zutreffend dokumentiert ist, bei der Versorgung jedoch alle Beeinträchtigungen berücksichtigt werden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- wichtige Hygieneanforderungen nicht berücksichtigt werden, hierdurch aber noch keine Probleme entstanden sind.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- durch Vernachlässigung wichtiger Hygieneanforderungen Schädigungen der Haut eingetreten sind.
- die Durchführung der Maßnahmen nicht dem Bedarf entspricht.

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Entwickelt der Tagespflegegast während seines Aufenthalts in der Einrichtung einen Bedarf im Bereich der Körperpflege, so wird er entsprechend seines Bedarfs unterstützt.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit im Bereich der Körperpflege:

[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die bei Bedarf notwendige Körperpflege beim Tagespflegegast sichergestellt wird und ob die Maßnahmen zur Unterstützung dem Bedarf und den Wünschen des Tagespflegegastes entsprechen. Die Körperpflege umfasst bei Bedarf auch die Mund- und Zahnpflege. Zu prüfen ist ferner, ob auf Auffälligkeiten des Hautzustands fachgerecht reagiert wird.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Körperpflege vorliegen. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Werden bedarfsgerechte Maßnahmen zur Unterstützung bei der Körperpflege durchgeführt?
2. Wurden etwaige Auffälligkeiten des Hautzustands beurteilt und wurde auf diese Auffälligkeiten fachgerecht reagiert?
3. Werden bei der Körperpflege Wünsche, das Selbstbestimmungsrecht und der Grundsatz der Wahrung der Intimsphäre des Tagespflegegastes berücksichtigt?

A) Keine Auffälligkeiten
☐
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn Wünsche zur Durchführung der Körperpflege nicht systematisch ermittelt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- auf einen auffälligen Hautzustand (Rötungen, Schuppungen) nicht reagiert wurde.
- grundlegende Hygieneanforderungen bei der Körperpflege nicht berücksichtigt werden.
- Ressourcen des Tagespflegegastes bei der Körperpflege nicht bekannt sind.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- der Zustand der Haut, der Haare, der Fuß- oder Fingernägel auf eine unzureichende Körperpflege hinweist.
- die Intimsphäre des Tagespflegegastes bei der Körperpflege nicht gewahrt wird (z.B. Abdecken von Körperpartien u.ä.).

Bereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

Ärztliche Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen Verordnungen aufführen, bei deren Umsetzung die Tagespflegeeinrichtung einbezogen ist):

[Freitext]

Zusammenfassende Einschätzung der Selbständigkeit des Tagespflegegastes im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen:

[Freitext]

2.1 Medikamentöse Therapie

☐ entfällt, da keine Maßnahmen verordnet sind oder die Tagespflegeeinrichtung keinen Auftrag zur Mitwirkung bei der Durchführung hat.

Qualitätsaussage

Der Tagespflegegast wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen Verordnungen, und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an den behandelnden Arzt oder die behandelnden Ärzte ist sichergestellt.

Informationserfassung

Informationen zur medikamentösen Therapie des Tagespflegegastes (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/Wechselwirkungen, besondere ärztliche Anordnungen):

[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen sind hier die Maßnahmen zur Unterstützung des Tagespflegegastes im Zusammenhang mit der individuellen Medikation, die Beachtung ärztlicher An- und Verordnungen, die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen oder Einrichtungen und die Reaktion auf etwaige Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Medikation.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Hilfebedarf beim Umgang mit Medikamenten vorliegt oder die Einrichtung Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten leistet. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Entspricht die Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme der ärztlichen Verordnung?
2. Erhält der Tagespflegegast die seinem Bedarf entsprechende Unterstützung zur Einnahme der Medikamente?
3. Entspricht die Kommunikation mit dem Arzt und anderen Kooperationspartnern den individuellen Erfordernissen?

A) Keine Auffälligkeiten
☐
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn in der Pflegedokumentation Mitteilungen an den Arzt nicht lückenlos nachweisbar sind, von Mitarbeitern aber nachvollziehbar dargestellt werden können.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Dokumentation ärztlich verordneter Medikamente und die entsprechende Maßnahmenplanung nicht den fachlichen Anforderungen entsprechen (Applikationsform, vollständige Bezeichnung von Medikament und Wirkstoff, Dosierung, Häufigkeit, tageszeitliche Vorgaben)
- s.c. und i.m. Injektionen durch dazu nicht befähigte Pflegepersonen verabreicht werden.
- gesundheitliche Reaktionen, die mit der Medikation zusammenhängen könnten, nicht beachtet werden.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- der Tagespflegegast ein nicht für ihn bestimmtes Medikament erhalten hat.
- die Medikamentengabe von der ärztlichen Verordnung/Anordnung abweicht (z.B. abweichende Dosierung), ohne dass hierfür nachvollziehbare, fachliche Gründe vorliegen.
- kognitiv beeinträchtigte Tagespflegegäste keine ausreichende Hilfestellung bei der Einnahme der Medikation erhalten.
- Tagespflegegäste mit anderen Beeinträchtigungen keine ausreichende Hilfestellung bei der Einnahme der Medikation erhalten, obwohl sie darauf angewiesen sind.

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Tagespflegegäste mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung

Hat der Tagespflegegast akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen sind)?

- ☐ ja, akute Schmerzen
- ☐ ja, chronische Schmerzen
- ☐ nein

Lokalisation	*[Freitext]*
Schmerzintensität	*[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist die Gesamtheit des pflegerischen Schmerzmanagements. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen, sofern sie mit dem Ziel der Unterstützung des Tagespflegegastes bei der Schmerzbewältigung tätig werden, mit ein. Normative Bezugspunkte für die Qualitätsbeurteilung sind die Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ und „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn der Tagespflegegast unter akuten oder chronischen Schmerzen leidet. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Ist die Schmerzsituation des Tagespflegegastes fachgerecht erfasst worden?
2. Erhält der Tagespflegegast eine fachgerechte Unterstützung zur Schmerzbewältigung?

A) Keine Auffälligkeiten
☐
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn in der Pflegedokumentation ungenaue Angaben zur Schmerzsituation vorliegen, das Schmerzmanagement jedoch ansonsten fachgerecht erfolgt.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Schmerzsituation in der Maßnahmenplanung nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt wird, der Tagespflegegast aber dennoch wirksame Unterstützung erhält.
- etwaige Nebenwirkungen der Schmerzmedikation unbeachtet blieben.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- bei Tagespflegegästen mit akuten Schmerzen keine Maßnahmen zur Schmerzlinderung durchgeführt oder eingeleitet werden.
- Tagespflegegäste mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente nicht erhalten.

2.3 Wundversorgung

☐ entfällt, da keine Maßnahmen verordnet sind oder die Tagespflegeeinrichtung keinen Auftrag zur Mitwirkung bei der Durchführung hat.

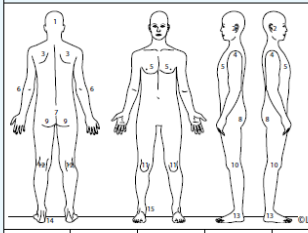
Qualitätsaussage

Die Wunden von Tagespflegegästen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung

M/Info

10.12	Beschreibung vorliegender Wunden						t. n. z. ☐
Wunde 1	Art	Dekubitus ☐	Ulcus Cruris ☐	Diabetisches Fußsyndrom ☐	sonstige chronische Wunde ☐	sonstige nicht chronische Wunde ☐	
a.	Größe/Tiefe	___ cm H x ___ cm B x ___ cm T					
b.	Ort der Entstehung	stationäre Pflegeeinrichtung ☐	extern ☐	nicht nachvollziehbar ☐			
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: ___					
d.	Kategorie/ Stadium	I ☐	II ☐	III ☐	IV ☐	a ☐	b ☐
e.	Umgebung	weiß ☐	rosig ☐	gerötet ☐	feucht ☐	trocken ☐	
f.	Rand	rosig ☐	rot ☐	weich ☐	hart ☐	schmerzhaft ☐	
g.	Exsudat	kein ☐	wenig ☐	viel ☐	klar ☐		
h.	Zustand	fest ☐	weich ☐	rosa ☐	rot ☐	gelb ☐	
i.	Nekrose	keine ☐	feucht ☐	trocken ☐	teilweise ☐	vollständig ☐	
j.	Geruch	kein ☐	übel riechend ☐				



Legende:
1 Hinterkopf
2 Ohrmuschel
3 Schulterblatt
4 Schulter
5 Brustbein
6 Ellenbogen
7 Sacralbereich
8 großer Rollhügel
9 Gesäß
10 Knie außen
11 Kniescheibe
12 Knie innen
13 Knöchel außen
14 Fersen
15 Knöchel innen

Quelle (Bildnachweis): MDS, GKV-SV (2016). Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI. Teil 2 – Stationäre Pflege. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), GKV-Spitzenverband (GKV-SV).

	Wunde 1	Wunde 2	Wunde 3	Wunde 4
Wunddauer	*[Freitext]*	*[Freitext]*	*[Freitext]*	*[Freitext]*
Infektionszeichen	*[Freitext]*	*[Freitext]*	*[Freitext]*	*[Freitext]*
Sonstiges	*[Freitext]*	*[Freitext]*	*[Freitext]*	*[Freitext]*
Verwendete Materialien zur Wundversorgung	*[Freitext]*	*[Freitext]*	*[Freitext]*	*[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen sind pflegerische Maßnahmen der Wundversorgung, die begleitend zu ärztlichen Anordnungen bzw. darüber hinaus durchgeführt werden, sowie Maßnahmen, die auf ärztlichen Anordnungen beruhen. Normativer Bezugspunkt ist der Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ in der aktuellen Fassung.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn der Tagespflegegast eine Wunde aufweist. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Wurde die Wundsituation fachgerecht erfasst?
2. Erhält der Tagespflegegast eine fachgerechte Unterstützung bei der Wundversorgung während seines Aufenthalts in der Einrichtung?

A) Keine Auffälligkeiten
☐
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn die Dokumentation geringfügige Ungenauigkeiten aufweist, die sich nicht auf die Wundversorgung auswirken.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Beobachtungen über Veränderungen der Wundsituation nicht weitergeleitet werden.
- die Wundsituation unzureichend beschrieben ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Wundsituation bei der individuellen Maßnahmenplanung nicht ausreichend berücksichtigt wird.
- Wundinfektionen aufgrund einer nicht fachgerechten Wundversorgung aufgetreten sind.

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

☐ entfällt, da keine Maßnahmen verordnet sind oder die Tagespflegeeinrichtung keinen Auftrag zur Mitwirkung bei der Durchführung hat.

Qualitätsaussage

Tagespflegegäste mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen Verordnung versorgt.

Informationserfassung

Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche Verordnung vorliegt:

☐	Absaugen	☐	Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)
☐	Versorgung mit Beatmungsgerät	☐	Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma
☐	Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose	☐	Versorgung mit einer Trachealkanüle
☐	Versorgung von Drainagen	☐	Versorgung mit einem zentralen Venenkatheter
☐	Versorgung mit einem suprapubischen Katheter		

Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfskonstellationen:

[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist die pflegerische Versorgung, die sich auf die oben genannten Bedarfslagen richtet. Dies schließt die Umsetzung ärztlicher Verordnungen und die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen mit ein. Die besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen sind weitgehend in Anlehnung an die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie definiert. Hier wird aber auch die Versorgung von reizlosen Eintrittsstellen bei invasiven Maßnahmen geprüft, obwohl diese nicht verordnungsfähig ist.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn eine der oben genannten Bedarfskonstellationen vorliegt. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?
2. Werden Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?
3. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens und etwaigen besonderen Anforderungen im Einzelfall?

A) Keine Auffälligkeiten
☐
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn die Durchführung von Maßnahmen, etwa ein Verbandswechsel bei künstlichen Ausgängen, nicht durchgängig dokumentiert wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- wichtige Vorgaben zur Versorgung in der schriftlichen Maßnahmenplanung nicht berücksichtigt sind (z.B. : Erforderliche Hilfsmittel oder Angaben über die Häufigkeit und Art der Maßnahme).

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- beim Absaugen oder bei der Stoma-Versorgung Hygieneanforderungen nicht ausreichend berücksichtigt werden.
- ärztliche Anordnungen nicht eingehalten werden.

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

☐ entfällt, da keine weiteren Maßnahmen verordnet sind oder die Tagespflegeeinrichtung keinen Auftrag zur Mitwirkung bei der Durchführung hat.

Im Folgenden werden die Feststellungen des Prüfers im Zusammenhang mit der Unterstützung des Tagespflegegastes bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind, dokumentiert. Die Beurteilung erfolgt nicht in Form einer standardisierten Bewertung. Vielmehr ist zu entscheiden, ob die hier erfassten Auffälligkeiten und Defizite

a) Gegenstand der Beratung der Einrichtung sein sollten

b) für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sind.

Wurden durch den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese aufzuführen und zu erläutern.

Qualitätsaussage

Die Tagespflegegäste werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen Verordnung im Umgang mit sonstigen therapiebedingten Anforderungen unterstützt.

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen Verordnung/en, bei denen Auffälligkeiten oder Defizite festgestellt wurden:

[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

Zu beurteilen ist, ob die Versorgung den ärztlichen Verordnungen entspricht und ob hinsichtlich der Durchführung von Maßnahmen Defizite oder Auffälligkeiten festgestellt worden sind.

Allgemeine Leitfragen

1. Werden Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt?
2. Ist im Bedarfsfall eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?
3. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens und etwaigen besonderen Anforderungen im Einzelfall?

Auffälligkeiten und Defizite, die für die Beratung der Pflegeeinrichtung relevant sind:
Defizite, die für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sein könnten:

Bereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

Tagespflegegäste mit beeinträchtigter Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung von Hilfsmitteln unterstützt.

Informationserfassung

Sehvermögen des Tagespflegegastes bei ausreichender Beleuchtung (auch unter Verwendung von Sehhilfen):
☐ nicht eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden erkannt)
☐ eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden nur teilweise oder nicht erkannt)
☐ stark eingeschränkt (sieht nur Schatten / Konturen)
☐ Tagespflegegast ist blind (Visus auf besserem Auge max. 1/50)
☐ Beurteilung ist nicht möglich

Hörvermögen des Tagespflegegastes (auch unter Verwendung eines Hörgerätes):
☐ nicht eingeschränkt (auch bei Nebengeräuschen kann der Tagespflegegast einzelne Personen verstehen)
☐ eingeschränkt (der Tagespflegegast kann nur ohne Nebengeräusche einzelne Personen verstehen)
☐ stark eingeschränkt (Tagespflegegast kann nur sehr laute Geräusche hören, kein Sprachverständnis)
☐ Tagespflegegast ist gehörlos
☐ Beurteilung ist nicht möglich

Genutzte Hilfsmittel:

[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist hier die Unterstützung des Tagespflegegastes bei der Bewältigung und Kompensation von Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens und bei der Nutzung von Hilfsmitteln, die in diesem Zusammenhang relevant sind.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens vorliegen. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Wurden Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens erfasst und in ihren Folgen für den Lebensalltag zutreffend eingeschätzt (einschließlich ihrer Bedeutung für gesundheitliche Risiken)?
2. Wird eine den Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens entsprechende Unterstützung geleistet?

A) Keine Auffälligkeiten
☐
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn sich beispielsweise nur lückenhafte Hinweise auf Erfassung von Sinnesbeeinträchtigungen in der Pflegedokumentation finden lassen, aber dennoch nachvollzogen werden kann, dass die Mitarbeiter die Beeinträchtigungen kennen und geeignete Maßnahmen zur Verringerung von Risiken und Gefährdungen durchführen.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens nicht erkannt wurden.
- Risiken und Gefährdungen, die mit den individuellen Beeinträchtigungen einhergehen, nicht oder nicht adäquat eingeschätzt wurden.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die räumliche Umgebung nicht auf Beeinträchtigungen Sehvermögens zugeschnitten ist und es hierdurch zu einem Sturzereignis gekommen ist.
- der Tagespflegegast keine Unterstützung erhält, die aufgrund der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung erforderlich wäre.

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

Die Tagespflegegäste werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Dem Tagespflegegast stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit seinen Bedürfnissen in Einklang stehen. Er wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Tagespflegegäste mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte:

- ☐ Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen
- ☐ Ruhen und Schlafen
- ☐ Sich beschäftigen
- ☐ In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen
- ☐ Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- ☐ Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen: *[Freitext]*

Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag des Tagespflegegastes (nur zu erfassen bei Tagespflegegästen mit beeinträchtigter Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte): *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob für den Tagespflegegast eine individuelle Gestaltung des Tagesablaufs ermöglicht und gefördert wird, die seinen Bedürfnissen entspricht. Zu prüfen ist ferner, ob bei Tagespflegegästen, die kognitive oder psychische Beeinträchtigungen aufweisen, die Tagesstrukturierung zur Förderung von Orientierung und Wohlbefinden eingesetzt wird. Dabei ist auch zu prüfen, ob der Tagespflegegast bei der Auswahl und Durchführung bedürfnisgerechter Aktivitäten unterstützt wird, ebenso bei der Kommunikation mit vertrauten Bezugspersonen, Freunden oder Bekannten.

Leitfragen

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Bedarf an Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung oder Kommunikation vorliegt. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

1. Sind die Interessen an Aktivitäten und Gewohnheiten des Tagespflegegastes bekannt?
2. Orientieren sich pflegerische Versorgung und andere Hilfen an der individuell festgelegten Tagesstrukturierung und den Bedürfnissen des Tagespflegegastes?
3. Erhält der Tagespflegegast Unterstützung dabei, bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Lebensalltag nachzugehen?

A) Keine Auffälligkeiten
☐
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn sich beispielsweise keine oder nur lückenhafte Hinweise auf die Ermittlung der relevanten Bedürfnisse des Tagespflegegastes in der Pflegedokumentation finden lassen, aber aufgrund anderer Informationen nachvollzogen werden kann, dass die Bedürfnisse des Tagespflegegastes bekannt sind.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- eine Tagesstrukturierung existiert, aber nicht schriftlich fixiert wurde (z.B. nur mündlich kommuniziert wird).
- die Bedürfnisse des Tagespflegegastes nicht bekannt sind, weil die Einrichtung die im Einzelfall bestehenden Möglichkeiten zur Erfassung der Bedürfnisse nicht ausgeschöpft hat.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die vorliegende Tagesstrukturierung keinen Bezug zu den Bedürfnissen des Tagespflegegastes aufweist.
- für den Tagespflegegast keine geeigneten, seinen Bedürfnissen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen entsprechenden Beschäftigungsangebote existieren.
- vom Tagespflegegast gewünschte, geplante Aktivitäten aufgrund fehlender Unterstützung regelmäßig nicht durchgeführt werden können.
- der Tagespflegegast keine Unterstützung dabei erhält, an der Gemeinschaft mit anderen innerhalb der Einrichtung teilzunehmen.

Bereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Aufnahme in die Tagespflege

Nur zu prüfen bei Versicherten, die in den vergangenen 6 Monaten neu aufgenommen wurden.

☐ entfällt, da Einschlusskriterium nicht erfüllt

Qualitätsaussage

Die Einrichtung führt ein Aufnahmemanagement durch, mit dem sichergestellt wird, dass beim Erstgespräch mit dem Pflegebedürftigen die wesentlichen Informationen zur Versorgungssituation erhoben und bei der Versorgung genutzt werden.

Informationserfassung

Aufnahmedatum: *[Datum]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, wie die Einrichtung das Aufnahmemanagement bei Erstaufnahmen durchführt und ob sie eine zielgerichtete Unterstützung des Tagespflegegastes in der Eingewöhnungsphase leistet. Geprüft wird das Aufnahmemanagement bei Personen, die innerhalb der letzten sechs Monate neu aufgenommen wurden.

Leitfragen

1. Ist ein strukturiertes Vorgehen bei der Informationssammlung und der anschließenden Planung und Vereinbarung von Maßnahmen erkennbar? Wurden die individuellen pflegerelevanten Einschränkungen, Ressourcen und Fähigkeiten erfasst?
2. Wurde der pflegebedürftige Mensch oder ggf. seine Angehörigen zu seiner Sichtweise bei der Informationssammlung und der Planung und Vereinbarung von Maßnahmen befragt?
3. Wurden weitergehende Informationen mit Relevanz für die Durchführung der Pflege erhoben (z.B. Medikation, Behandlungsverläufe, Versorgung durch andere Personen oder Einrichtungen)?

A) Keine Auffälligkeiten
☐
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn die Dokumentation des Verlaufs der Eingewöhnungsphase und der geleisteten Hilfen lückenhaft ist, eine bedarfsgerechte Unterstützung des Tagespflegegastes aber dennoch nachvollziehbar geleistet wurde.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Informationen zu einem Versorgungsbedarf, der sofortige Reaktionen erforderlich macht, nicht spätestens innerhalb von 24 Stunden nach dem Heimeinzug erfasst wurden (z.B. Medikation, Verhaltensweisen mit Selbst- oder Fremdgefährdungspotenzial, problematischer Hautzustand).
- im Rahmen der Aufnahme wichtige Informationen (z.B. zu Krankheitsverläufen, funktionellen Beeinträchtigungen oder bestehenden Pflegeproblemen) nicht erfasst wurden und somit auch keinen Eingang in die Maßnahmenplanung fanden.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- nicht erkennbar ist, dass eine zielgerichtete Unterstützung zum Einleben überhaupt umgesetzt wurde.
- vereinbarte Pflegemaßnahmen nicht durchgeführt wurden.

4.2 Unterstützung bei herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Tagespflegegäste mit herausforderndem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung.

Informationserfassung

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist hier die Unterstützung des Tagespflegegastes mit herausforderndem Verhalten, die darauf abzielt, Risiken zu vermeiden, das herausfordernde Verhalten einzugrenzen und das Wohlbefinden des Tagespflegegastes aktiv zu fördern.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn der Tagespflegegast herausforderndes Verhalten und psychische Problemlagen zeigt.

Leitfragen

1. Erfolgte eine Erfassung der Verhaltensweisen des Tagespflegegastes und eine darauf aufbauende Einschätzung, ob aus dem Verhalten ein Unterstützungsbedarf erwächst?
2. Wurden verhaltenswirksame Faktoren identifiziert und Maßnahmen eingeleitet, um diese Faktoren zu begrenzen oder zu kompensieren?
3. Erhält der Tagespflegegast eine geeignete Unterstützung, um trotz der Verhaltensproblematik Bedürfnisse zu befriedigen und Wohlbefinden zu erleben?

A) Keine Auffälligkeiten
☐
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn die Verhaltensweisen des Tagespflegegastes nicht nachvollziehbar dokumentiert werden, das Verhalten des Tagespflegegastes aber auch keinen nennenswerten Unterstützungsbedarf auslöst.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine zutreffende Erfassung von Verhaltensweisen erfolgte.
- eine Erfassung, aber keine Bewertung erfolgte, inwieweit die Verhaltensweisen für den Tagespflegegast ein Problem darstellen.
- keine Hinweise darauf vorliegen, dass versucht wurde, verhaltensrelevante Faktoren (z.B. umgebungsbedingte Überforderungen, Tagesstruktur, nächtliche Störungen, biografische Bezüge, Änderung der Medikation, Trauer etc.) zu identifizieren.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine Unterstützung erfolgt, die explizit auf die Verhaltensweisen des Tagespflegegastes ausgerichtet ist.
- die Einrichtung ausschließlich mit aktivitätsbegrenzenden Maßnahmen reagiert, obwohl andere Hilfen bei dem Tagespflegegast noch nicht zur Anwendung kamen und ihr Nutzen noch nicht bewertet wurde.

4.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

Der Einsatz von freiheitsentziehende Maßnahmen wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.

Informationserfassung

Einsatzdauer und Art der freiheitsentziehenden Maßnahmen, Begründung des Einsatzes aus der Sicht der Einrichtung:

[Freitext]

Einwilligung, Vorliegen/Beantragung einer richterlichen Genehmigung bzw. einer richterlichen Anordnung:

[Freitext]

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob freiheitsentziehende Maßnahmen soweit wie möglich durch alternative Maßnahmen ersetzt und in dem Fall, in dem sie nicht vermeidbar sind, fachgerecht angewendet werden. Es sind sowohl mechanische Fixierungen, Isolation als auch der Einsatz ruhigstellender Medikamente in die Prüfung einzubeziehen.

Erfasst wird außerdem, ob eine Einwilligung und richterliche Genehmigungen bzw. eine richterliche Anordnung vorliegen. Sollten bei einer freiheitsentziehenden Maßnahme keine Einwilligung und richterliche Genehmigungen bzw. keine richterliche Anordnung vorliegen, dann wird dies erfasst, fließt aber nicht in die Beurteilung des Inhaltes ein, da es sich um eine ordnungsrechtliche Frage handelt, die der Prüfer nicht beurteilen sollte.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn freiheitsentziehende Maßnahmen beim Tagespflegegast aktuell eingesetzt werden oder in den letzten vier Wochen eingesetzt wurden. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Wird/wurde die Notwendigkeit der eingesetzten freiheitsentziehenden Maßnahme/n regelmäßig überprüft?
2. Erfolgt/e der Einsatz der Maßnahme/n fachgerecht?

Beschreibung und Zuordnung der Auffälligkeiten

A) Keine Auffälligkeiten
☐
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Tagespflegegast erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise Zeitpunkt und Art der Maßnahme in der Pflegedokumentation ungenau bezeichnet sind.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit erfolgt, freiheitsentziehende Maßnahmen weiterhin einzusetzen, oder das Ergebnis dieser Überprüfung nicht dokumentiert ist.
- die Vermeidung von Gefährdungen durch den Einsatz von Gurtfixierungen (z.B. Verrutschen des Gurtes, Schadhaftigkeit des Gurtsystems oder der Polsterungen, Behinderung der Atmung) nicht sichergestellt ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Tagespflegegast

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Einschätzung der Gefährdung, mit der der Einsatz der durchgeführten freiheitsentziehenden Maßnahmen begründet ist, nicht nachvollziehbar ist.
- keine Begleitung/Überwachung einer Gurtfixierung nachgewiesen werden kann.

Anlage B zur Verfahrensbeschreibung Tagespflege:

Prüfbogen Teil B (für Beurteilungen auf der Einrichtungsebene)

Bereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Der Tagespflegegast erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es den Bedürfnissen des Tagespflegegastes entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung der Mobilität.

Gesamtbeurteilung (GB) ☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

Der Tagespflegegast wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt.

Gesamtbeurteilung (GB)

☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

Der Tagespflegegast wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.

Gesamtbeurteilung (GB)

☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Entwickelt der Tagespflegegast während seines Aufenthalts in der Einrichtung einen Bedarf im Bereich der Körperpflege, so wird er entsprechend seines Bedarfs unterstützt.

Gesamtbeurteilung (GB)

☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

Bereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

Der Tagespflegegast wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen Verordnungen, und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an den behandelnden Arzt oder die behandelnden Ärzte ist sichergestellt.

Gesamtbeurteilung (GB) ☐ **entfällt**

Auffälligkeiten ***(bitte erläutern)***	
Defizite mit Risiko negativer Folgen ***(bitte erläutern und bewerten)***	**Anzahl TPf-Gäste**
Defizite mit negativen Folgen ***(bitte erläutern und bewerten)***	**Anzahl TPf-Gäste**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Tagespflegegäste mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Gesamtbeurteilung (GB) ☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von Tagespflegegästen werden fachgerecht versorgt.

Gesamtbeurteilung (GB)

☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

Tagespflegegäste mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen Verordnung versorgt.

Gesamtbeurteilung (GB)

☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

Die Tagespflegegäste werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen Verordnung im Umgang mit sonstigen therapiebedingten Anforderungen unterstützt.

☐ **entfällt**

Auffälligkeiten und Defizite, die für die Beratung der Pflegeeinrichtung relevant sind:
Defizite, die für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sein könnten:

Bereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

Tagespflegegäste mit beeinträchtigter Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung von Hilfsmitteln unterstützt.

Gesamtbeurteilung (GB) ☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

Die Tagespflegegäste werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Dem Tagespflegegast stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit seinen Bedürfnissen in Einklang stehen. Er wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Tagespflegegäste mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

Gesamtbeurteilung (GB)

☐ **entfällt**

Auffälligkeiten ***(bitte erläutern)***	
Defizite mit Risiko negativer Folgen ***(bitte erläutern und bewerten)***	**Anzahl TPf-Gäste**
Defizite mit negativen Folgen ***(bitte erläutern und bewerten)***	**Anzahl TPf-Gäste**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

Bereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Aufnahme in die Tagespflege

Qualitätsaussage

Die Einrichtung führt ein Aufnahmemanagement durch, mit dem sichergestellt wird, dass beim Erstgespräch mit dem Pflegebedürftigen die wesentlichen Informationen zur Versorgungssituation erhoben und bei der Versorgung genutzt werden.

Gesamtbeurteilung (GB) ☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

4.2 Unterstützung bei herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Tagespflegegäste mit herausforderndem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung.

Gesamtbeurteilung (GB)

☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

4.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

Der Einsatz von Gurtfixierungen und anderen freiheitsentziehenden Maßnahmen wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.

Gesamtbeurteilung (GB) ☐ **entfällt**

Auffälligkeiten *(bitte erläutern)*	
Defizite mit Risiko negativer Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**
Defizite mit negativen Folgen *(bitte erläutern und bewerten)*	**Anzahl TPf-Gäste**

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts

☐ 1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

☐ 2. Moderate Qualitätsdefizite

☐ 3. Erhebliche Qualitätsdefizite

☐ 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

Bereich 5: Bereichsübergreifende Qualitätsaspekte

Grundlage der Beurteilung sind hier die Feststellungen, die die Prüfer bereits bei anderen Qualitätsaspekten getroffen haben. Weitergehende Feststellungen sind nicht vorgesehen. Das Prüfteam trägt die relevanten Feststellungen zum jeweiligen Thema zusammen und bewertet diese für die Einrichtung als Ganzes.

5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen

Qualitätsaussage

Gesundheitliche Risiken und Gefährdungen der Tagespflegegäste werden zuverlässig eingeschätzt. Entsprechend der individuellen Risikosituation werden Maßnahmen zur Reduzierung von Risiken und zur Vermeidung von Gefährdungen unter Beachtung der Bedürfnisse der Tagespflegegäste geplant und umgesetzt.

Informationserfassung

Zur Beurteilung dieses Qualitätsaspekts sind im Regelfall keine umfangreichen, zusätzlichen Informationen erforderlich. Gesundheitliche Risiken und Gefährdungen wurden bei den anderen Qualitätsaspekten direkt oder indirekt erfasst, beispielsweise bei den folgenden Themen:

- Mobilität
- Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- Körperpflege
- Unterstützung von Tagespflegegästen mit herausforderndem Verhalten.

Das Prüfteam sollte alle relevanten Feststellungen nutzen, die bei der Prüfung auf der Ebene der individuellen Versorgung gemacht worden sind.

Allgemeine Beschreibung

Zu beurteilen sind hier die Auffälligkeiten und Defizite, die im Rahmen der personenbezogenen Prüfung in Bezug auf die Einschätzung von Risiken und Gefährdungen, die damit verbundene Maßnahmenplanung und die Umsetzung der geplanten Maßnahmen festgestellt wurden.

Leitfrage

1. Erfolgt in der Einrichtung eine fachgerechte Risikoerfassung sowie eine fachgerechte Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Reduzierung von Risiken und Vermeidung von Gefährdungen?

☐ **keine Defizite festgestellt**	☐ **Defizite festgestellt (bitte angeben):**

5.2 Biografieorientierte Unterstützung

Qualitätsaussage

Die Unterstützung der Tagespflegegäste orientiert sich an individuell bedeutsamen Ereignissen oder Erfahrungen im Lebensverlauf. Die persönlichen Bezüge der Tagespflegegäste zu solchen Ereignissen und Erfahrungen werden genutzt, um den Alltag bedürfnisgerecht zu gestalten, positive Emotionen zu fördern und – insbesondere bei kognitiv beeinträchtigten Personen – die Bereitschaft zu Kommunikation und Aktivität zu fördern.

Informationserfassung

Zu nutzen sind die Feststellungen des Prüfers zu anderen Qualitätsaspekten, insbesondere:

- Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation
- Unterstützung von Tagespflegegästen mit herausforderndem Verhalten

Allgemeine Beschreibung

Hier ist die Frage zu beurteilen, ob eine biografieorientierte Unterstützung in der Einrichtung im Sinne der oben angeführten Qualitätsaussage gewährleistet ist.

Leitfrage

1. Werden bei der Unterstützung der Tagespflegegäste biografische Aspekte berücksichtigt und werden – wenn dies angezeigt ist – Möglichkeiten, Bezüge auf bedeutsame Ereignisse oder Erfahrungen im Lebensverlauf herzustellen, genutzt?

☐ **keine Defizite festgestellt**	☐ **Defizite festgestellt (bitte angeben):**

5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen

Qualitätsaussage

Grundlegende Hygieneanforderungen werden eingehalten und umgesetzt.

Informationserfassung

Zu nutzen sind die Feststellungen des Prüfers zu anderen Qualitätsaspekten, insbesondere:

- Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
- Körperpflege
- Wundversorgung
- Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen

Allgemeine Beschreibung

Zu beurteilen sind hier die Auffälligkeiten und Defizite, die im Rahmen der personenbezogenen Prüfung in Bezug auf das hygienische Handeln der Mitarbeiter festgestellt wurden.

Leitfrage

1. Werden in der Einrichtung die grundlegenden Hygieneanforderungen eingehalten?

☐ **keine Defizite festgestellt**	☐ **Defizite festgestellt (bitte angeben):**

5.4 Hilfsmittelversorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet für die Tagespflegegäste eine fachgerechte Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln.

Informationserfassung

Zu nutzen sind die Feststellungen des Prüfers zu anderen Qualitätsaspekten, insbesondere:

- Unterstützung im Bereich der Mobilität
- Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
- Unterstützung bei Beeinträchtigungen in der Sinneswahrnehmung

Allgemeine Beschreibung

Zu beurteilen sind hier die Auffälligkeiten und Defizite, die im Rahmen der personenbezogenen Prüfung in Bezug auf die oben genannten Qualitätsaspekte festgestellt wurden.

Leitfrage

1. Erfolgt in der Einrichtung eine fachgerechte Unterstützung der Tagespflegegäste im Bereich Hilfsmittelversorgung?

☐ **keine Defizite festgestellt**	☐ **Defizite festgestellt (bitte angeben):**

5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

Qualitätsaussage

Die Einrichtung gewährt den Schutz von Persönlichkeitsrechten und die Unversehrtheit der Tagespflegegäste.

Informationserfassung

Zu nutzen sind die Feststellungen des Prüfers zu anderen Qualitätsaspekten, insbesondere zu folgenden:

- Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
- Freiheitsentziehende Maßnahmen
- Unterstützung von Tagespflegegästen mit herausforderndem Verhalten

Allgemeine Beschreibung

Zu beurteilen sind hier die Auffälligkeiten und Defizite, die im Rahmen der personenbezogenen Prüfung in Bezug auf den Schutz von Persönlichkeitsrechten und die Unversehrtheit festgestellt wurden.

Leitfrage

1. Gewährleistet die Einrichtung den Schutz von Persönlichkeitsrechten und die Unversehrtheit der Tagespflegegäste?

☐ **keine Defizite festgestellt**	☐ **Defizite festgestellt (bitte angeben):**

Bereich 6: Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement

6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung hält qualifizierte Leitungskräfte vor. Die Pflegedienstleitung nimmt ihre Aufgaben zur Gewährleistung von Fachlichkeit und einer angemessenen Dienstorganisation wahr.

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Anforderungen an die Qualifikation der Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung sowie Anforderungen an die Regelung ihrer Aufgabenbereiche erfüllt werden. Zu prüfen ist ferner, ob die Pflegedienstleitung die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft der Einrichtung wahrnimmt und ob sie für eine angemessene Dienstorganisation Sorge trägt.

Informationserfassung

Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung (wöchentlicher Stundenumfang): *[Freitext]*
Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung in der Pflege tätig sind: *[Freitext]*

Prüffragen:

1. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung (Pflegefachkraft, ausreichende Berufserfahrung, Weiterbildung zum Erwerb einer formalen Leitungsqualifikation)?	☐ ja ☐ nein
2. Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?	☐ ja ☐ nein
3. Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	☐ ja ☐ nein
4. Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	☐ ja ☐ nein
5. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?	☐ ja ☐ nein
6. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Möglichkeiten für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?	☐ ja ☐ nein
7. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Maßnahmenplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen, die beim jeweiligen Versicherten zu beachten sind?	☐ ja ☐ nein

Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen:

Ziffer:	Erläuterung:

6.2 Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Qualitätsaussage

Die Einrichtung verfügt über ein systematisches Qualitätsmanagement und reagiert zeitnah und mit angemessenen Maßnahmen auf Qualitätsdefizite.

Informationserfassung

Qualitätsdefizite, die bei der letzten externen Prüfung festgestellt wurden oder danach auftraten: *[Freitext]*
Interne Maßnahmen zur Identifizierung etwaiger Qualitätsdefizite: *[Freitext]*
Aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten: *[Freitext]*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Einrichtung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements Qualitätsdefizite erfasst und Maßnahmen zur Behebung plant und durchführt. Als Grundlage für die Prüfung dienen Prüfergebnisse vorangegangener externer Prüfungen und die Ergebnisse der internen Qualitätssicherung.

Prüffragen:

1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	☐ ja ☐ nein
2. Werden Qualitätsdefizite systematisch bewertet und bei Bedarf bearbeitet?	☐ ja ☐ nein ☐ t.n.z.
3. Werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert?	☐ ja ☐ nein ☐ t.n.z.
4. Sind die Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	☐ ja ☐ nein

Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen:

Ziffer:	Erläuterung:

Anlage C zur Verfahrensbeschreibung Tagespflege:

-- entfällt (Plausibilitätskontrolle) --

Anlage D zur Verfahrensbeschreibung Tagespflege:

Ausfüllanleitung

Projekt „Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung in der stationären Pflege“

Anlage D
zur Verfahrensbeschreibung für externe Prüfungen von Tagespflegeeinrichtungen

Erläuterungen zu den Prüfbögen (Ausfüllanleitung)

Stand: 12. Juli 2018

Allgemeine Hinweise 2
1. Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung 3
1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität 3
1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung 4
1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung 5
1.4 Unterstützung bei der Körperpflege 6
2. Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen 7
2.1 Medikamentöse Therapie 7
2.2 Schmerzmanagement 8
2.3 Wundversorgung 9
2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen 10
2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen 11
3. Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte 12
3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen in der Sinneswahrnehmung 12
3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation 12
4. Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen 14
4.1 Aufnahme in die Tagespflege 14
4.2 Unterstützung bei herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen 15
4.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen 17
5. Bereichsübergreifende fachliche Anforderungen 18
6. Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement 18
6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung 18
6.2 Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten 19

Allgemeine Hinweise

Die vorliegende Ausfüllanleitung enthält Hinweise für den Prüfer, die ihn darin unterstützen sollen, die Prüfbögen für Tagespflegeeinrichtungen entsprechend der vorliegenden Regularien für das Prüfverfahren auszufüllen. Die Prüfbogen selbst enthalten bereits relativ ausführliche Hinweise, die zur Interpretation von Begriffen hilfreich sein können oder die eine Hilfestellung bei der konkreten Qualitätsbewertung geben. Die vorliegende Ausfüllanleitung beschränkt sich auf einige weitergehende Hinweise, die in den Prüfbogen schlicht aus Platzgründen nicht aufgenommen wurden[1]. Die Hinweise konzentrieren sich auf Erläuterungen zu den Leitfragen. Zu einigen weiteren, erfahrungsgemäß erläuterungsbedürftigen Punkten finden sich ebenfalls nähere Hinweise.

Der besseren Übersicht halber sind die Erläuterungen zu den einzelnen Qualitätsaspekten gleich aufgebaut. Am Beginn steht ein Hinweis zum Gegenstand der Prüfung, der auch im Prüfbogen vorzufinden ist. Danach folgen Erläuterungen zur Informationserfassung sowie zu den Leitfragen. Nicht immer sind Erläuterungen zur Informationserfassung erforderlich, deshalb bleiben die betreffenden Textfelder zum Teil leer.

Sollte es bei einem Qualitätsaspekt wichtig sein, Definitionen o.ä. außerhalb dieser Struktur ausführlich darzustellen, so ist das an entsprechender Stelle kenntlich gemacht.

Hinweise zur Ausführlichkeit der Informationserfassung

Mit der Informationserfassung verschafft sich der Prüfer zunächst einen Überblick über den Bedarf und die Versorgungssituation des Pflegebedürftigen. Anhand verschiedener Informationsquellen werden die Lebenssituation, die gesundheitliche Situation, Ressourcen und Beeinträchtigungen, Gefährdungen usw. durch den Prüfer erfasst. Welche Informationen für den jeweiligen Qualitätsaspekt benötigt werden, ist im Prüfbogen angegeben. Der Prüfbogen enthält zum Teil standardisierte Antwortvorgaben, durch die die Informationserfassung in einem Ankreuzverfahren vorgenommen werden kann. Häufig findet sich aber auch die Anforderung, Klartextangaben zu machen.

In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass der Prüfer nicht jedes Detail dokumentieren muss, das er beobachtet. Vielmehr geht es darum, *charakteristische Merkmale der Versorgungssituation und des individuellen Bedarfs* festzuhalten. So ist z.B. eine ausführliche Beschreibung der Mobilität einschließlich einer differenzierten Darstellung der Bewegungsfähigkeit bei der Informationserfassung zum Qualitätsaspekt 1.1 (Unterstützung im Bereich der Mobilität) *nicht* erforderlich. Der ausgefüllte Prüfbogen sollte dem Außenstehenden hinreichend verdeutlichen, in welchen Punkten beim betreffenden Tagespflegegast ein Problem bzw. ein Bedarf vorliegt. Eine differenzierte Dokumentation jeder Feststellung, die der Prüfer in diesem Zusammenhang macht, ist jedoch nicht erforderlich. Große Genauigkeit und Differenziertheit ist lediglich dann erforderlich, wenn ein Defizit beschrieben und die damit verbundene Qualitätsbewertung begründet wird. Dies geschieht aber nicht im Abschnitt „Informationserfassung“, sondern bei der Bewertung der Feststellungen, die das Prüfteam gemacht hat.

[1] Im Regelverfahren wird der Prüfbogen ein EDV-Programm sein. Es ist empfehlenswert, die Hinweise aus der vorliegenden Prüfanleitung in dieses Programm zu integrieren, sodass der Prüfer nicht erst in einem Manual blättern muss, um sich zu bestimmten Fragen zu vergewissern.

1. Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Zu prüfen ist die Unterstützung des Tagespflegegastes mit dem Ziel, verlorene Selbständigkeit bei der Fortbewegung und Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit auszugleichen, mit Mobilitätseinbußen assoziierte Gefährdungen zu vermeiden sowie Mobilität zu erhalten.

Hinweise zur Informationserfassung

Erläuterungen in Form von Freitext: Das betreffende Textfeld ist dazu zu nutzen, Besonderheiten zu dokumentieren, beispielsweise vorliegende Paresen oder andere Beeinträchtigungen, die für die Mobilität eine besondere Bedeutung haben.

Hilfsmittel: Es genügt, die im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung genutzten Hilfsmittel kurz zu benennen. Nähere Angaben zur Nutzung der Hilfsmittel sind an dieser Stelle nicht erforderlich.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Entspricht die Unterstützung bei der Mobilität dem individuellen Bedarf des Tagespflegegastes?

Zu beurteilen ist,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung die aktuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen der Mobilität des Tagespflegegastes berücksichtigt.
- ob der Tagespflegegast über die von ihm ggf. benötigten Hilfsmittel verfügt und Unterstützung bei der Nutzung dieser Hilfsmittel erhält, sofern er nicht selbständig mit ihnen umgehen kann. Zu beurteilen ist hierbei vorrangig die Anpassung der Hilfsmittel und die Zugänglichkeit der Hilfsmittel für den Tagespflegegast.

2. Erhält der Tagespflegegast, wenn er es wünscht, Unterstützung für Aufenthalte im Freien?

Bei Tagespflegegästen, die keine Auskunft geben können, sollte beurteilt werden, ob die Einrichtung die betreffenden Bedürfnisse des Tagespflegegastes einschätzt und bei der Maßnahmenplanung berücksichtigt.

3. Wurden die vorliegenden Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Einschätzung gesundheitlicher Risiken berücksichtigt?

Es ist zu beurteilen, ob die mit den Mobilitätseinschränkungen einhergehenden Risiken (Dekubitus, Stürze, Funktionsbeeinträchtigung der Gelenke und ggf. weitere Risiken) mit einer Risikoskala oder durch eine pflegefachliche Einschätzung erfasst wurden.

4. Entspricht die Unterstützung im Bereich der Mobilität den Erfordernissen, die aus der individuellen Risikosituation erwachsen?

Zu beurteilen ist hier die Frage, ob die individuelle Maßnahmenplanung zur Unterstützung im Bereich der Mobilität geeignete Maßnahmen zur Dekubitus- und Sturzprophylaxe sowie Maßnahmen zur Vermeidung von Funktionsbeeinträchtigungen der Gelenke umfasst. Bei Tagespflegegästen mit anderen Gefährdungen, beispielsweise bei Tagespflegegästen mit respiratorischen Problemen, sind auch darauf bezogene Maßnahmen (hier z. B. zur Unterstützung der Atmung) zu berücksichtigen.

5. Werden zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität durchgeführt, die auf die noch vorhandenen Fähigkeiten und Bedürfnisse des Tagespflegegastes abgestimmt sind?

Angesprochen sind hiermit Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität im Sinne des Nationalen Expertenstandards. Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn Maßnahmen geplant und mindestens zwei Mal wöchentlich durchgeführt werden. Die Frage ist nur bei Tagespflegegästen relevant, die noch über Ressourcen im Bereich der Mobilität verfügen und motiviert sind, Aktivitäten mit dem Ziel der Erhaltung von Mobilität durchzuführen.

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Zu prüfen ist die fachgerechte Unterstützung des Tagespflegegastes bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen, sofern diese sich an der Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung des Tagespflegegastes beteiligen, ein. Normativer Bezugspunkt für die Qualitätsbeurteilung ist der Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ in der aktuellen Fassung.

Hinweise zur Informationserfassung

Die Hinweise auf eine Gewichtsabnahme (Freitext) sollten bekannte Ursachen für die Gewichtsabnahme berücksichtigen. Auch ist anzugeben, inwieweit die Gewichtsabnahme ärztlich begleitet wird. Der Gewichtsverlauf ist entweder anhand von Daten oder in Form von Freitext zu beschreiben.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Sind die Ernährungssituation inkl. Flüssigkeitsversorgung des Tagespflegegastes sowie die Selbständigkeit des Tagespflegegastes in diesem Bereich fachgerecht erfasst worden?

Es ist zu beurteilen, ob eine fachgerechte Einschätzung der Ernährungssituation hinsichtlich Anzeichen oder dem Vorliegen einer etwaigen Mangelernährung und unzureichenden Flüssigkeitsaufnahme (z. B. unauffällige, trockene Schleimhäute, stehende Hautfalten), Nahrungsmittelunverträglichkeiten sowie ein etwaiges Aspirationsrisiko vorliegt.

2. Erfolgt eine ausreichende, bedürfnisgerechte Unterstützung des Tagespflegegastes bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme?

Es ist zu beurteilen,

- ob bei der individuellen Maßnahmenplanung die unter Punkt 2 angesprochene aktuelle Ernährungssituation berücksichtigt ist und die Maßnahmen durchgeführt werden
- ob Wünsche zur Ernährung ermittelt und berücksichtigt werden,
- ob die Entwicklung der Ernährungssituation des Tagespflegegastes beobachtet und bei auffälligen Veränderungen Kontakt zum behandelnden Arzt aufgenommen wird.

3. Werden die erforderlichen Hilfsmittel zur Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme fachgerecht eingesetzt?

Es ist zu beurteilen,

- ob dem Tagespflegegast entsprechend der Einschätzung der Ernährungssituation inkl. der Flüssigkeitsversorgung und der damit einhergehenden Risiken geeignete Hilfsmittel zur Verfügung stehen
- ob die Hilfsmittel, soweit möglich, individuell an den Tagespflegegast angepasst sind
- ob der Tagespflegegast jederzeit, ggf. mit Unterstützung durch eine Pflegekraft, die Hilfsmittel nutzen kann.

Bei der Beurteilung sind die beschränkten Einflussmöglichkeiten von Pflegeeinrichtungen auf die Beschaffung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen.

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Gegenstand der Prüfung ist die fachgerechte Unterstützung des Tagespflegegastes mit dem Ziel, Kontinenzverluste zu kompensieren. Zu prüfen ist dies sowohl hinsichtlich der Harn- als auch der Stuhlkontinenz. Normativer Bezugspunkt für die Qualitätsbeurteilung ist im Falle der Harnkontinenz der Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ in der aktuellen Fassung.

Hinweise zur Informationserfassung

Liegen Beeinträchtigungen der Harn- oder Stuhlkontinenz vor, so sind diese in komprimierter Form darzustellen.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurde die Kontinenz des Tagespflegegastes zutreffend erfasst?

Es ist zu beurteilen, ob eine fachgerechte Einschätzung vorliegt, die den aktuellen Status der Kontinenz des Tagespflegegastes zutreffend und nachvollziehbar abbildet. Im Fall der Harnkontinenz ist eine Darstellung des jeweiligen Kontinenzprofils gemäß Expertenstandard zu erwarten. Der Nachweis erfolgt anhand entsprechender Einträge in der Pflegedokumentation, die durch Angaben der Mitarbeiter der Einrichtung ergänzt werden können.

2. Werden geeignete Maßnahmen zur Unterstützung bei Kontinenzverlust oder beim Umgang mit künstlichen Ausgängen durchgeführt?

Zu beurteilen ist,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung die festgestellten Beeinträchtigungen der Kontinenz berücksichtigt und die Maßnahmen durchgeführt werden
- ob etwaige Wünsche ermittelt und bei der Durchführung von Maßnahmen berücksichtigt werden.

3. Werden erforderliche Hilfsmittel fachgerecht eingesetzt?

Es ist zu beurteilen,

- ob dem Tagespflegegast entsprechend des Kontinenzprofils geeignete Hilfsmittel zur Verfügung stehen
- ob die Hilfsmittel, soweit möglich, individuell an den Tagespflegegast angepasst sind
- ob der Tagespflegegast jederzeit, ggf. mit Unterstützung durch eine Pflegekraft, die Hilfsmittel nutzen kann.

Bei der Beurteilung der erforderlichen Hilfsmittel sind die beschränkten Einflussmöglichkeiten von Pflegeeinrichtungen auf die Beschaffung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen.

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Zu prüfen ist, ob die bei Bedarf notwendige Körperpflege beim Tagespflegegast sichergestellt wird und ob die Maßnahmen zur Unterstützung dem Bedarf und den Wünschen des Tagespflegegastes entsprechen. Die Körperpflege umfasst bei Bedarf auch die Mund- und Zahnpflege. Zu prüfen ist ferner, ob auf Auffälligkeiten des Hautzustands fachgerecht reagiert wird.

Hinweise zur Informationserfassung

Es ist anzugeben, bei welchen Aktivitäten im Bereich der Körperpflege eine Beeinträchtigung der Selbständigkeit besteht (ggf. „bei allen Aktivitäten“).

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden bedarfsgerechte Maßnahmen zur Unterstützung bei der Körperpflege durchgeführt?

Zu beurteilen ist,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung eine bedarfsgerechte Unterstützung bei der Körperpflege gewährleistet und die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt werden (einschließlich Mund- und Zahnpflege)
- ob grundlegende hygienische Anforderungen an die Körperpflege beachtet werden
- ob der Zustand der Haut, der Haare und der Fuß- und Fingernägel sowie die Mund- und Zahngesundheit im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung angemessen ist.

2. Wurden etwaige Auffälligkeiten des Hautzustands beurteilt und wurde auf diese Auffälligkeiten fachgerecht reagiert?

Angesprochen sind hier beispielsweise Auffälligkeiten wie Rötungen, Schuppungen, übermäßig trockene oder feuchte Haut. Zu überprüfen ist, ob die mit diesen Auffälligkeiten verbundenen Risiken und fachlichen Anforderungen berücksichtigt werden. Damit angesprochen ist die Einschätzung des Dekubitusrisikos, die Durchführung der pflegerischen Maßnahmen und – wenn die Auffälligkeiten auf schwerwiegende pathologische Veränderungen hindeuten – ggf. auch die Kommunikation mit dem behandelnden Arzt.

3. Werden bei der Körperpflege Wünsche, das Selbstbestimmungsrecht und der Grundsatz der Wahrung der Intim-sphäre des Tagespflegegastes berücksichtigt?

Zu beurteilen ist, ob Wünsche ermittelt und in der Maßnahmenplanung und Durchführung der Pflege berücksichtigt werden.

Die Frage sollte vorrangig im Gespräch mit dem Tagespflegegast überprüft werden. Ist das nicht möglich, sollten Einzelheiten der Körperpflege im Fachgespräch mit den Mitarbeitern erfasst und beurteilt werden.

2. Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

In diesem Bereich ist zu berücksichtigen, dass Tagespflegeeinrichtungen nur bei einem Teil der Gäste regelhaft die Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme oder andere ärztlich verordnete Maßnahmen übernimmt und dann ggf. nur einzelne Teilaufgaben. Die begrenzte Reichweite der Verantwortung der Einrichtung ist stets zu berücksichtigen.

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5
Es sind alle aktuellen ärztlichen Verordnungen in Form von Freitext aufzuführen. Bei der zusammenfassenden Einschätzung der Selbständigkeit im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen ist anzugeben, welche körperlich, kognitiv oder psychisch bedingten Beeinträchtigungen den Unterstützungsbedarf in diesem Bereich verursachen.

2.1 Medikamentöse Therapie
Zu prüfen sind hier die Maßnahmen zur Unterstützung des Tagespflegegastes im Zusammenhang mit der individuellen Medikation, die Beachtung ärztlicher An- und Verordnungen, die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen oder Einrichtungen und die Reaktion auf etwaige Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Medikation.
Hinweise zur Informationserfassung
/
Hinweise zu den Leitfragen
1. Entspricht die Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme der ärztlichen Verordnung? Die Überprüfung schließt auch die Bedarfsmedikation ein. *2. Erhält der Tagespflegegast die seinem Bedarf entsprechende Unterstützung zur Einnahme der Medikamente?* Zu prüfen ist hier, • ob besondere ärztliche Anordnungen vorliegen und die Versorgung diesen Anordnungen folgt, • ob mögliche Nebenwirkungen der Medikamente beobachtet und beurteilt werden und bei auffälligen Veränderungen Kontakt zum behandelnden Arzt oder anderen zuständigen Personen aufgenommen wird. *3. Entspricht die Kommunikation mit dem Arzt und anderen Kooperationspartnern den individuellen Erfordernissen?* Bei dieser Frage sind die für den jeweiligen Tagespflegegast relevanten Erfordernisse zu beachten, die sich je nach Erkrankung bzw. je nach Therapie unterscheiden können.

2.2 Schmerzmanagement

Zu prüfen ist die Gesamtheit des pflegerischen Schmerzmanagements. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen, sofern sie mit dem Ziel der Unterstützung des Tagespflegegastes bei der Schmerzbewältigung tätig werden, mit ein. Normative Bezugspunkte für die Qualitätsbeurteilung sind die Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ und „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Hinweise zur Informationserfassung

/

Hinweise zu den Leitfragen

1. Ist die Schmerzsituation des Tagespflegegastes fachgerecht erfasst worden?

Es ist zu beurteilen, ob bei Bedarf eine differenzierte Schmerzeinschätzung mit Berücksichtigung der Schmerzintensität, -lokalisation, der zeitlichen Dimension und der Konsequenzen für den Lebensalltag vorliegt.

2. Erhält der Tagespflegegast eine fachgerechte Unterstützung zur Schmerzbewältigung?

Zu beurteilen ist hier,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung bei vorliegenden chronischen Schmerzen die Schmerzsituation berücksichtigt,
- ob die Gabe von Schmerzmedikamenten der ärztlichen Verordnung entspricht,
- ob relevante Veränderungen der Schmerzsituation, die Wirkung von Schmerzmedikamenten und schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen beobachtet und bei Bedarf dem behandelnden Arzt oder anderen zuständigen Personen mitgeteilt werden.

Zu berücksichtigen sind hier wie auch an verschiedenen anderen Stellen die Grenzen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung, insbesondere im Hinblick auf das ärztliche Verordnungsverhalten.

2.3 Wundversorgung

Zu prüfen sind pflegerische Maßnahmen der Wundversorgung, die begleitend zu ärztlichen Anordnungen bzw. darüber hinaus durchgeführt werden, sowie Maßnahmen, die auf ärztlichen Anordnungen beruhen. Normativer Bezugspunkt ist der Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ in der aktuellen Fassung.

Hinweise zur Informationserfassung

/

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurde die Wundsituation fachgerecht erfasst?

Es ist zu beurteilen, ob eine fachgerechte Einschätzung der Wundsituation hinsichtlich der in der Wundbeschreibung aufgeführten Aspekte vorliegt.

2. Erhält der Tagespflegegast eine fachgerechte Unterstützung bei der Wundversorgung während seines Aufenthalts in der Einrichtung?

Zu beurteilen ist hier,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung zur Wundversorgung die aktuelle Wundsituation berücksichtigt,
- ob die Versorgung entsprechend der ärztlichen Anordnungen erfolgt,
- ob die Wundversorgung hygienische Anforderungen berücksichtigt.

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Zu prüfen ist die pflegerische Versorgung, die sich auf die oben genannten Bedarfslagen richtet. Dies schließt die Umsetzung ärztlicher Verordnungen und die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen mit ein. Die besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen sind weitgehend in Anlehnung an die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie definiert. Hier wird aber auch die Versorgung von reizlosen Eintrittsstellen bei invasiven Maßnahmen geprüft, obwohl diese nicht verordnungsfähig ist.

Hinweise zur Informationserfassung

Unter „Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfskonstellationen“ sind nur dann Eintragungen vorzunehmen, wenn die ärztlichen Anordnungen ein besonderes, auf den Einzelfall abgestimmtes Vorgehen vorsehen.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich. Auf Basis der Befragung des Tagespflegegastes, des Fachgesprächs mit den Mitarbeitern der Einrichtung und der Pflegedokumentation ist zu beurteilen, ob die Durchführung der Verordnung entspricht.

2. Werden Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Pflegefachkräften durchgeführt werden und ob eine etwaige Beteiligung von Mitarbeitern, die über keine dreijährige Ausbildung verfügen, unter der Verantwortung von Pflegefachkräften erfolgt.

3. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens und etwaigen besonderen Anforderungen im Einzelfall?

Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden. Nähere Hinweise hierzu finden sich in der zum 01.01.2018 in Kraft getretene Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP) vom 27.09.2017.

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Zu beurteilen ist, ob die Versorgung den ärztlichen Verordnungen entspricht und ob hinsichtlich der Durchführung von Maßnahmen Defizite oder Auffälligkeiten festgestellt worden sind.

Wichtige Hinweise:

An dieser Stelle werden die Feststellungen des Prüfers im Zusammenhang mit der Unterstützung des Tagespflegegastes bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind, dokumentiert. Dies gilt beispielsweise für die Blutdruck- oder Blutzuckermessung, hinsichtlich derer bei der Beurteilung anderer Qualitätsaspekte Auffälligkeiten oder Defizite festgestellt wurden.

Die Beurteilung erfolgt in diesem Fall nicht in Form einer standardisierten Bewertung. Vielmehr ist zu entscheiden, ob die hier erfassten Auffälligkeiten und Defizite

a) Gegenstand der Beratung der Einrichtung sein sollen

b) für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sind (wovon dann auszugehen ist, wenn ein Defizit festgestellt wurde, das mit einem erheblichen gesundheitlichen Risiko für den Tagespflegegast oder einer negativen Folge verbunden ist)

c) keine weiteren Folgen nach sich ziehen sollen.

Wurden durch den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese im jeweiligen Textfeld unter „Auffälligkeiten“ oder „Defizite“ aufzuführen und zu erläutern.

Hinweise zur Informationserfassung

Abgesehen von der Nennung der betreffenden ärztlichen Verordnungen erfolgt keine gesonderte Informationserfassung. Vielmehr sind die Informationen zu nutzen, die im Rahmen der Bewertung anderer Qualitätsaspekte erfasst wurden.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt?

2. Ist im Bedarfsfall eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

3. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens und etwaigen besonderen Anforderungen im Einzelfall?

Die Leitfragen entsprechen der Ausrichtung anderer Leifragen zu den Qualitätsaspekten 2.1 – 2.4. Es ist zu betonen, dass an dieser Stelle nicht sämtliche Maßnahmen zu den ärztlichen Verordnungen im Detail zu beurteilen sind. Der Qualitätsaspekt 2.5 dient dazu, bereits getroffene Feststellungen einzuordnen.

3. Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen in der Sinneswahrnehmung

Zu prüfen ist hier die Unterstützung des Tagespflegegastes bei der Bewältigung und Kompensation von Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens und bei der Nutzung von Hilfsmitteln, die in diesem Zusammenhang relevant sind.

Hinweise zur Informationserfassung

Bei der standardisierten Beurteilung des Hör- und Sehvermögens ist diejenige Antwortoption anzukreuzen, die auf den Tagespflegegast am ehesten zutrifft.

Die genutzten Hilfsmittel zur Unterstützung der Sinneswahrnehmung sind nur aufzuführen, nähere Erläuterungen sind an dieser Stelle nicht erforderlich.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurden Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens erfasst und in ihren Folgen für den Lebensalltag zutreffend eingeschätzt (einschließlich ihrer Bedeutung für gesundheitliche Risiken)?

Der Prüfer sollte sich im Gespräch und mit der Inaugenscheinnahme des Tagespflegegastes ein eigenes Bild vom Seh- und Hörvermögen machen und bei der Beurteilung berücksichtigen.

2. Wird eine den Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens entsprechende Unterstützung geleistet?

Zu beurteilen ist,

- ob bei der individuellen Maßnahmenplanung die aktuellen Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens berücksichtigt sind
- dem Tagespflegegast entsprechend seiner Beeinträchtigungen von Seh- und Hörvermögen geeignete Hilfsmittel zur Verfügung stehen
- der Tagespflegegast jederzeit, ggf. mit Unterstützung durch eine Pflegekraft, die Hilfsmittel nutzen kann.

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Zu prüfen ist, ob für den Tagespflegegast eine individuelle Gestaltung des Tagesablaufs ermöglicht und gefördert wird, die seinen Bedürfnissen entspricht. Zu prüfen ist ferner, ob bei Tagespflegegästen, die kognitive oder psychische Beeinträchtigungen aufweisen, die Tagesstrukturierung zur Förderung von Orientierung und Wohlbefinden eingesetzt wird. Dabei ist auch zu prüfen, ob der Tagespflegegast bei der Auswahl und Durchführung bedürfnisgerechter Aktivitäten unterstützt wird, ebenso bei der Kommunikation mit vertrauten Bezugspersonen, Freunden oder Bekannten.

Hinweis zum Begriff „Beschäftigung“:

Wenn bei diesem Qualitätsaspekt von „Beschäftigung“ die Rede ist, so ist immer eine den individuellen Bedürfnissen entsprechende Beschäftigung gemeint. Unter fachlichen Gesichtspunkten sollte die Einrichtung Angebote einer bedürfnisgerechten Beschäftigung *im Rahmen ihrer Möglichkeiten* gewährleisten. Ungewöhnliche Bedürfnisse, die außerhalb der im Alltagsleben üblichen Aktivitäten wie beispielsweise Geselligkeit, Medienkonsum, Lesen, Zuhören, Spielen, Singen und Musizieren,

Schreiben, kreatives Werken und sich Bewegen liegen, sind nicht angesprochen. Beschäftigungen beispielsweise, die aufwändige Sicherheitsvorkehrungen erforderlich machen, teure Anschaffungen voraussetzen oder die Verfügbarkeit von spezifischen Werkzeugen oder technischen Apparaturen erfordern, übersteigen die Möglichkeiten einer Einrichtung im Regelfall. Verfügen Einrichtungen jedoch über eine besondere Ausstattung, so ist in die Qualitätsbeurteilung auch die Frage einzubeziehen, inwieweit der in die Stichprobe einbezogene Tagespflegegast Zugang dazu hat, wenn er ein entsprechendes Bedürfnis hegt.

Hinweise zur Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte:

Hier sind diejenigen Bereich anzukreuzen, in denen der Tagespflegegast auf Personenhilfe angewiesen ist. Die einzelnen Merkmale sind entsprechend des neuen Begutachtungsverfahrens zu interpretieren.

Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen:

An dieser Stelle genügt eine zusammenfassende Einschätzung, ob Beeinträchtigungen vorliegen und inwieweit sie einen erheblichen Unterstützungsbedarf erwarten lassen.

Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag des Tagespflegegastes (nur zu erfassen bei Tagespflegegästen mit beeinträchtigter Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte):

Der Prüfer hat sich über den Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag des Tagespflegegastes zu informieren. Zu dokumentieren sind allerdings nur Auffälligkeiten wie zum Beispiel eine fehlende Teilnahme an Gruppenaktivitäten, ein ungewöhnlicher Tagesablauf oder besondere Maßnahmen zur Tagesstrukturierung bei demenziell Erkrankten.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Sind die Interessen an Aktivitäten und Gewohnheiten des Tagespflegegastes bekannt?

Zu beurteilen ist, ob im Rahmen der Möglichkeiten der Einrichtung die aktuellen Interessen des Tagespflegegastes in Erfahrung gebracht wurden. Auch sollte der Prüfer, soweit möglich, im Gespräch mit dem Tagespflegegast aktuelle Interessen erfragen und diese bei der Beurteilung berücksichtigen.

2. Orientieren sich pflegerische Versorgung und andere Hilfen an der individuell festgelegten Tagesstrukturierung und den Bedürfnissen des Tagespflegegastes?

Zu beurteilen ist, ob in der Pflegedokumentation (insbesondere in der Maßnahmenplanung) und den tatsächlichen Abläufen im Lebensalltag eine individuelle Tagesstruktur erkennbar ist und sie den individuellen Bedürfnissen entspricht, soweit diese bekannt sind.

3. Erhält der Tagespflegegast Unterstützung dabei, bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Lebensalltag nachzugehen?

Zu beurteilen ist, ob dem Tagespflegegast geplante Gruppen- oder Einzelaktivitäten angeboten werden, die seinen Interessen und seinen individuellen Möglichkeiten entsprechen. Zu beurteilen ist ferner, ob die individuelle Unterstützung, die der Tagespflegegast unabhängig von geplanten Angeboten erhält, eine bedürfnisgerechte und den individuellen Fähigkeiten entsprechende Beschäftigung ermöglichen.

4. Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Aufnahme in die Tagespflege

Zu prüfen ist, wie die Einrichtung das Aufnahmemanagement bei Erstaufnahmen durchführt und ob sie eine zielgerichtete Unterstützung des Tagespflegegastes in der Eingewöhnungsphase leistet. Geprüft wird das Aufnahmemanagement bei Personen, die innerhalb der letzten sechs Monate neu aufgenommen wurden.

Hinweise zur Informationserfassung

/

Hinweise zu den Leitfragen

1. Ist ein strukturiertes Vorgehen bei der Informationssammlung und der anschließenden Planung und Vereinbarung von Maßnahmen erkennbar? Wurden die individuellen pflegerelevanten Einschränkungen, Ressourcen und Fähigkeiten erfasst?

Es ist auf der Basis des und der Pflegedokumentation zu prüfen, ob ein strukturiertes Vorgehen angewandt wird, mit dem die wesentlichen Informationen der Pflegesituation erfasst werden können.

2. Wurde der Pflegebedürftige oder ggf. seine Angehörigen zu seiner Sichtweise bei der Informationssammlung und der Planung und Vereinbarung von Maßnahmen befragt?

Es geht darum, ob der pflegebedürftige Mensch die Gelegenheit hatte, seine Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und auf individuelle Aspekte seiner Pflegesituation hinzuweisen. Zudem geht es darum, ob seine Perspektive bei der Planung und Vereinbarung von Maßnahmen berücksichtigt wurde.

3. Wurden weitergehende Informationen mit Relevanz für die Durchführung der Pflege erhoben (z.B. Medikation, Behandlungsverläufe, Versorgung durch andere Personen oder Einrichtungen)?

Angesprochen sind mit dieser Frage Informationen über den Medikamentenplan, Konsequenzen aus Krankenhausbehandlungen sowie Leistungen und Maßnahmen anderer Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienstleistungen, soweit sie von Relevanz für den Pflegeprozess sind.

4.2 Unterstützung bei herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen

Zu prüfen ist hier die Unterstützung des Tagespflegegastes mit herausforderndem Verhalten, die darauf abzielt, Risiken zu vermeiden, das herausfordernde Verhalten einzugrenzen und das Wohlbefinden des Tagespflegegastes aktiv zu fördern.

Erläuterungen zu den angesprochenen Verhaltensweisen:

Angesprochen sind an dieser Stelle Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, die auch im Rahmen der Begutachtung nach dem SGB XI berücksichtigt werden. Es handelt sich um Verhaltensweisen, die einen Hilfebedarf begründen, weil sie zu Gefährdungen führen oder eine Beeinträchtigung für den betreffenden Tagespflegegast oder seine Umgebung darstellen. Ein solches Verhalten entsteht beispielsweise durch Situationen, die eine Überforderung für den Tagespflegegast mit sich bringen, oder durch die fehlende Fähigkeit, mit emotionalen Impulsen kontrolliert umzugehen. In der Regel sind solche Verhaltensprobleme mit kognitiven Beeinträchtigungen verbunden, die zum Verlust der Impulskontrolle und Selbststeuerungsfähigkeit führen. Angesprochen sind aber auch psychische Problemlagen, die ebenfalls einen Hilfebedarf begründen.

Zu diesen Verhaltensweisen und psychische Problemlagen gehören (nähere Definitionen finden sich in der Begutachtungs-Richtlinie):

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Nächtliche Unruhe
- Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
- Beschädigung von Gegenständen
- Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- Verbale Aggression
- Andere vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

Von großer Bedeutung ist, dass diese Verhaltensweisen einen Bedarf an Unterstützung begründen. So sind beispielsweise alle Menschen vom Gefühl der Angst betroffen. Dieses Gefühl kann allerdings so übermächtig werden, dass es nicht kontrolliert werden kann und eine folgenreiche emotionale Krise auslöst. Insbesondere bei Demenzkranken ist zu beobachten, dass langandauernde, ausgeprägte Ängste entstehen, die die betreffenden Personen selbst nicht kontrollieren kann.

Dementsprechend ist bei der Prüfung zu berücksichtigen, dass nicht das Verhalten an sich, sondern die mit einem Verhalten verbundene Problematik für das Alltagsleben des betreffenden Tagespflegegastes oder für seine soziale Umgebung einen Hilfebedarf begründet.

Hinweise zur Informationserfassung

Es sind die wichtigsten Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen zu benennen, die einen Hilfebedarf auslösen. Ebenfalls zu benennen ist die Häufigkeit, mit der sie regelmäßig auftreten, und ein etwaiges Gefährdungspotenzial.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Erfolgte eine Erfassung der Verhaltensweisen des Tagespflegegastes und eine darauf aufbauende Einschätzung, ob aus dem Verhalten ein Unterstützungsbedarf erwächst?

Die Einschätzung muss eine ggf. vorliegende, verhaltensbedingte Risikosituation und Aussagen dazu, ob und welcher Unterstützungsbedarf durch das Verhalten ausgelöst wird, enthalten.

2. Wurden verhaltenswirksame Faktoren identifiziert und Maßnahmen eingeleitet, um diese Faktoren zu begrenzen oder zu kompensieren?

Zu beurteilen ist, ob Faktoren identifiziert wurden, die das herausfordernde Verhalten fördern oder begrenzen und ob daran orientiert geeignete Maßnahmen geplant und durchgeführt werden, um das herausfordernde Verhalten zu begrenzen oder zu kompensieren.

3. Erhält der Tagespflegegast eine geeignete Unterstützung, um trotz der Verhaltensproblematik Bedürfnisse zu befriedigen und Wohlbefinden zu erleben?

Zu beurteilen ist, ob die Bedürfnisse und das Wohlbefinden des Tagespflegegastes beobachtet werden und ggf. Maßnahmen ergriffen werden, um das Wohlbefinden des Tagespflegegastes zu verbessern und den Tagespflegegast mit seinem herausfordernden Verhalten in die Pflegeeinrichtung zu integrieren. Die Maßnahmenplanung sollte Maßnahmen enthalten, die das Wohlbefinden und die Integration des Tagespflegegastes fördern können.

4.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Zu prüfen ist, ob freiheitsentziehende Maßnahmen soweit wie möglich durch alternative Maßnahmen ersetzt und in dem Fall, in dem sie nicht vermeidbar sind, fachgerecht angewendet werden. Es sind sowohl mechanische Fixierungen, Isolation als auch der Einsatz ruhigstellender Medikamente in die Prüfung einzubeziehen.

Erfasst wird außerdem, ob eine Einwilligung und richterliche Genehmigungen bzw. eine richterliche Anordnung vorliegen. Sollten bei einer freiheitsentziehenden Maßnahme keine Einwilligung und richterliche Genehmigungen bzw. keine richterliche Anordnung vorliegen, dann wird dies erfasst, fließt aber nicht in die Beurteilung des Inhaltes ein, da es sich um eine ordnungsrechtliche Frage handelt, die der Prüfer nicht beurteilen sollte.

Hinweise zur Informationserfassung

Einwilligung, Vorliegen/Beantragung einer richterlichen Genehmigung bzw. einer richterlichen Anordnung:

Hier ist die Frage zu beantworten, ob eine Einwilligung vorliegt und von wem und wann sie erteilt wurde. Analoges gilt für die richterliche Genehmigung bzw. Anordnung.

Bitte auch die unter 1.1 erfassten Mobilitätsbeeinträchtigungen und die unter 4.2 erfassten Verhaltensweisen berücksichtigen!

Die zur Beurteilung relevanten Mobilitätsbeeinträchtigungen und Verhaltensweisen müssen im Prüfbogen nicht noch einmal dokumentiert werden, sind aber bei der Beurteilung zu berücksichtigen.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wird/wurde die Notwendigkeit der eingesetzten freiheitsentziehenden Maßnahme/n regelmäßig überprüft?

Zu beurteilen ist, ob die angewendete freiheitsentziehende Maßnahme regelmäßig hinsichtlich ihrer Notwendigkeit durch eine Pflegefachkraft überprüft wird und beendet wird, wenn sie nicht mehr notwendig ist. Das Überprüfungsintervall ist abhängig vom Krankheitsbild und dem Pflegezustand des Tagespflegegastes.

2. Erfolgt/e der Einsatz der Maßnahme/n fachgerecht?

Zu beurteilen ist, ob

- die angewendete freiheitsentziehende Maßnahmen technisch korrekt erfolgt
- Risiken für den Tagespflegegast durch eine fachgerechte Anwendung minimiert werden
- Die Intimsphäre und Würde des Tagespflegegastes gewahrt wird.

5. Bereichsübergreifende fachliche Anforderungen

(Prüfbogen B)

Die Beurteilung bereichsübergreifender fachlicher Anforderungen stützt sich auf die Feststellungen, die die Prüfer zu anderen Qualitätsaspekten getroffen haben. Sie wird an dieser Stelle daher nicht weiter erläutert.

Beobachtungen, die die Prüfer unabhängig von diesen Feststellungen machen (z.B. Umgang der Mitarbeiter mit Hygieneanforderungen auf den Wegen des Prüfers durch die Einrichtung), sind ebenfalls einzubeziehen. Bei der Beurteilung des jeweiligen Qualitätsaspekts sind jedoch vorrangig die Feststellungen während der individuell personenbezogenen Prüfung zu beachten.

6. Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement

6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung
Zu prüfen ist, ob die Anforderungen an die Qualifikation der Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung sowie Anforderungen an die Regelung ihrer Aufgabenbereiche erfüllt werden. Zu prüfen ist ferner, ob die Pflegedienstleitung die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft der Einrichtung wahrnimmt und ob sie für eine angemessene Dienstorganisation Sorge trägt.
Hinweise zur Informationserfassung und zu den Prüffragen
Die Anforderungen an die Informationserfassung und die Prüffragen sind aus sich heraus verständlich und werden an dieser Stelle nicht näher erläutert.
Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen
Zu allen Fragen, die mit „nein“ beantwortet wurden, sind nähere Erläuterungen erforderlich, die erkennen lassen, worin das Defizit im Einzelnen besteht.

6.2 Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Zu prüfen ist, ob die Einrichtung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements Qualitätsdefizite erfasst und Maßnahmen zur Behebung plant und durchführt. Als Grundlage für die Prüfung dienen Prüfergebnisse vorangegangener externer Prüfungen und die Ergebnisse der internen Qualitätssicherung.

Hinweise zur Informationserfassung und zu den Prüffragen

Die Anforderungen an die Informationserfassung sind aus sich heraus verständlich und werden an dieser Stelle nicht näher erläutert.

1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?

Zu prüfen ist, ob die Einrichtung über regelhafte Verfahren verfügt, mit denen Qualitätsprobleme in der laufenden Versorgung entdeckt werden können (unabhängig von externen Prüfungen).

2. Werden Qualitätsdefizite systematisch bewertet und bei Bedarf bearbeitet?

Zu beurteilen ist, ob sich die Einrichtung – abgesehen von den Qualitätsindikatoren – mit externen Qualitätsbeurteilungen oder intern identifizierten Defiziten auseinandersetzt und konkrete Maßnahmen einleitet. Die Einrichtung kann dies ggf. auch beispielhaft anhand eines identifizierten (und behobenen) Qualitätsdefizits aufzeigen. Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ zu beantworten, wenn keine weiteren Qualitätsdefizite identifiziert wurden.

3. Werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert?

Hier ist zu beurteilen, ob systematisch überprüft wird, welche Wirkung Maßnahmen Verbesserung von Qualität bzw. Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten erzielt haben.

4. Sind die Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?

Zu prüfen ist, ob die Einrichtung regelhafte Verfahrensweisen definiert hat, mit denen die interne Kommunikation von Qualitätsdefiziten oder qualitätssichernde Verfahren erfolgt und die Mitarbeiter zur Reflexion der Versorgungsqualität im Alltag angehalten werden.

Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen

Zu allen Fragen, die mit „nein“ beantwortet wurden, sind nähere Erläuterungen erforderlich, die erkennen lassen, worin das Defizit im Einzelnen besteht.

Anlage E zur Verfahrensbeschreibung Tagespflege:

Strukturierungshilfe zur Durchführung des Teamgesprächs

Anlage zur Verfahrensbeschreibung für das Prüfverfahren Tagespflege:

Strukturierungshilfe zur Durchführung des Teamgesprächs

Das Teamgespräch dient der Zusammenführung der einzelnen Ergebnisse der Prüfer und der Vorbereitung des Abschlussgesprächs. Die Prüfer tauschen sich über ihre wichtigsten Ergebnisse aus und nehmen vorläufige Bewertungen vor. Vertreter der Einrichtung sollen an diesem Gespräch nicht teilnehmen. Ablauf:

a) Gemeinsame Bewertung der Qualitätsaspekte im Bereich 5 >>>> Prüfbogen

b) Welche fachlichen Stärken wurden im Verlauf der Prüfung sichtbar?

c) Bei welchen Qualitätsaspekten wurden fachliche Defizite festgestellt? Bei welchen Qualitätsaspekten liegen erhebliche oder schwerwiegende Defizite vor?

d) Vorläufige Einschätzung der Plausibilität der Ergebniserfassung >>>> Prüfbogen

e) Für welche Themen sollen im Abschlussgespräch Ansätze zur Qualitätsverbesserung aufgezeigt werden? Welche Ansätze sind möglicherweise geeignet und praktikabel?

Anlage F zur Verfahrensbeschreibung Tagespflege:

Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgesprächs

Anlage zur Verfahrensbeschreibung für das Prüfverfahren Tagespflege:

Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgesprächs

Im Abschlussgespräch wird die Pflegeeinrichtung über zentrale Ergebnisse der Prüfung in Kenntnis gesetzt. Das Abschlussgespräch sollte den Charakter eines Fachgesprächs haben, in dem gemeinsame Überlegungen dazu angestellt werden, wie festgestellte Defiziten behoben und der Entstehung von Defiziten vorgebeugt werden kann.

Ablauf:

1. Die Prüfer erläutern Zweck und Ablauf des Abschlussgesprächs.

2. Die Prüfer schildern unter Bezugnahme auf die im Teamgespräch ausgewerteten Qualitätsaspekte den Gesamteindruck der Pflegequalität der Einrichtung. Hierbei wird herausgestellt, welche fachliche Stärken und welche Schwächen für sie während der Prüfung besonders deutlich erkennbar waren.

3. Die Prüfer informieren die Einrichtung über die wichtigsten Einzelergebnisse der Qualitätsprüfung, insbesondere über festgestellte erhebliche und schwerwiegende Qualitätsdefizite. Die Vertreter der Einrichtung erhalten Gelegenheit zur Schilderung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die sie ggf. schon eingeleitet haben. Sofern die Einrichtung abweichende Meinungen zu den Feststellungen, insbesondere zu festgestellten Mängeln äußert, werden diese von den Prüfern schriftlich festgehalten.

4. Die Prüfer beraten die Einrichtung über mögliche Maßnahmen der Qualitätsverbesserung. Zu diesem Zweck benennen sie Ansatzpunkte, die aus ihrer Sicht geeignet sein könnten, um Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung einzuleiten. Sie bitten die Vertreter der Einrichtung um eine Einschätzung, ob diese Ansatzpunkte auch aus ihrer Sicht geeignet und praktikabel sind. Es sollte darauf geachtet werden, dass diese Gesprächsphase als Dialog „auf Augenhöhe“ geführt wird und nicht einseitig durch Hinweise des Prüfdienstes geprägt wird, welche Maßnahmen aus seiner Sicht notwendig wären. Der Sichtweise der Einrichtungsleitung sollte ausreichend Raum gegeben werden.

5. Abschluss des Gesprächs und damit auch des Prüfbesuchs.

Anlage G zur Verfahrensbeschreibung Tagespflege:

-- entfällt --

Pflegeeinrichtung Musterhaus

Übersicht der Bewertung der Versorgungsergebnisse: Ergebnisqualität	Seite 2
Übersicht der Bewertung durch die Qualitätsprüfer	Seite 3
Informationen über die Pflegeeinrichtung	Seite 4 - 6
Erläuterungen zu den Versorgungsergebnissen (Ergebnisqualität)	Seite 7 - 17
Erläuterungen zur Bewertung durch die Qualitätsprüfer	Seite 18 - 26

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 **nicht oder nur wenig** geistig beeinträchtigt sind	●●○○○
b) bei Bewohnern, die **erheblich oder schwer** geistig beeinträchtigt sind	●○○○○
2. Erhalt der Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (z.B. Körperpflege)	
a) bei Bewohnern, die **nicht oder nur wenig** geistig beeinträchtigt sind	●●●●○
b) bei Bewohnern, die **erheblich oder schwer** geistig beeinträchtigt sind	●●●○○
3. Erhalt der Selbständigkeit im Alltagsleben (z.B. soziale Kontakte)	●●●●●
4. Entstehung von Druckgeschwüren	
a) bei Bewohnern mit **geringem Risiko** eine Druckgeschwür zu entwickeln	●●●●○
b) bei Bewohnern mit **hohem Risiko** eine Druckgeschwür zu entwickeln	●●●○○
5. Schwerwiegende Sturzfolgen	
a) bei Bewohnern, die **nicht oder nur wenig** geistig beeinträchtigt sind	●●●○○
b) bei Bewohnern, die **erheblich oder schwer** geistig beeinträchtigt sind	●●●●○
6. Unbeabsichtigter Gewichtsverlust	
a) bei Bewohnern, die **nicht oder nur wenig** geistig beeinträchtigt sind	●●●●●
b) bei Bewohnern, die **erheblich oder schwer** geistig beeinträchtigt sind	●●●●○
7. Anwendung von Gurten zur Fixierung von Bewohnern	●●●○○
8. Anwendung von Bettseitenteilen	●●●●●
9. Durchführung eines Integrationsgesprächs nach dem Heimeinzug	●●●●○
10. Aktualität der Schmerzeinschätzung	×

Bedeutung der Symbole:

●●●●●	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 aufgetreten und wird nicht bewertet

Die folgenden Bewertungen sind das Ergebnis einer Qualitätsprüfung durch einen Prüfdienst.
Datum der Qualitätsprüfung: 1. Juli 2017

Bewertung durch die Qualitätsprüfer beste Bewertung: 4 Punkte / schlechteste Bewertung: 1 Punkt	
Unterstützung im Bereich der Mobilität (Bewegungsfähigkeit)	■ □ □ □
Unterstützung beim Essen und Trinken	■ ■ ■ ■
Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	■ ■ ■ □
Unterstützung bei der Körperpflege	■ ■ ■ □
Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme	■ ■ □ □
Schmerzmanagement	■ ■ □ □
Wundversorgung	■ ■ ■ ■
Unterstützung bei besonderem medizinisch-pflegerischem Bedarf	■ ■ ■ ■
Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung (z.B. Sehen, Hören)	■ ■ ■ ■
Unterstützung bei der Strukturierung des Tages, Beschäftigung und Kommunikation	■ ■ □ □
Nächtliche Versorgung	■ ■ ■ ■
Unterstützung in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug	■ ■ ■ □
Überleitung bei Krankenhausaufenthalten	■ ■ ■ ■
Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten	×
Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen	×

Bedeutung der Symbole:

■ ■ ■ ■	Keine oder geringe Qualitätsdefizite
■ ■ ■ □	Moderate Qualitätsdefizite
■ ■ □ □	Erhebliche Qualitätsdefizite
■ □ □ □	Schwerwiegende Qualitätsdefizite
×	Das Thema konnte bei keinem Bewohner der Stichprobe geprüft werden

Informationen über die Pflegeeinrichtung

Die in diesem Bereich aufgeführten Informationen werden von den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt.

Name der Einrichtung:	*Altenpflegeeinrichtung Musterhaus*
Art der Einrichtung:	*vollstationäre Pflegeeinrichtung*
***letzte Aktualisierung*:**	*30. April 2017*

Allgemeine Informationen über die Einrichtung	
Anschrift:	*Mustermannstraße 3, 12345 Musterhausen*
Telefon:	*01234/1112345*
Internetadresse:	*www.AltenpflegeMusterhaus.de*
Kontaktperson der Einrichtung:	*Name und Funktion der Person*
Kontaktperson des Heimbeirats/Heimfürsprecher:	*Name der Person*
Anzahl der Plätze gesamt:	*40*
davon Anzahl der Plätze für Kurzzeitpflege:	*5*
Anzahl der Plätze in Einzelzimmern:	*30*
Anzahl der Plätze in Doppelzimmern:	*10*
Entfernung zur nächsten Haltestelle (Bus, Straßenbahn usw.):	*ca. 800 m. Haltestelle Apfelstraße: Buslinie 12*
Besteht die Möglichkeit, eigene Möbel mitzubringen?	*JA* *maximal eine Kommode, ein Kleiderschrank, ein Sessel*
Können die Bewohner Haustiere halten?	*JA* *Katzen, Kleintiere in Käfighaltung*
Ausstattung	
Ist ein Telefonanschluss im Bewohnerzimmer vorhanden?	*JA*
Ist ein TV- bzw. Kabelanschluss im Bewohnerzimmer vorhanden?	*JA*
Ist ein Internetzugang für Bewohner vorhanden?	*NEIN*
Ist ein kabelloser Internetzugang (W-LAN) vorhanden?	*NEIN*
Sind Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	*JA, eigener Garten mit Terrasse und Sitzmöglichkeiten und Hochbeet*
Spezialisierung/Versorgungsschwerpunkt	
Für welche Bewohnergruppen sind in der Einrichtung Spezialisierungen oder Versorgungsschwerpunkte vorhanden?	
Pflegebedürftige in jungem Alter:	*NEIN*
Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten:	*JA*
Menschen im Wachkoma:	*NEIN*
Menschen mit Schwerstbehinderung:	*JA*
Beatmungspflichtige Bewohner:	*NEIN*
Menschen mit Suchterkrankungen:	*NEIN*
Andere Bewohnergruppen:	*NEIN*

Möglichkeit des Kennenlernens der Einrichtung	
Möglichkeit der Teilnahme an Mahlzeiten vor dem Einzug:	*JA*
Möglichkeit der Teilnahme an Gruppenaktivitäten vor dem Einzug:	*JA*
Möglichkeiten des Probewohnens:	*JA*
Weitere Möglichkeiten:	*NEIN*
Gruppenangebote	
Welche Gruppenangebote stehen den Bewohnern regelmäßig zu Verfügung?	*wöchentlich Gedächtnistraining und Gymnastik, monatlich Bingo*
Externe / Interne Dienstleistungen	
Zubereitung der Mahlzeiten innerhalb der Einrichtung	*JA*
Die Bewohner können bei der Zubereitung der Mahlzeiten mitwirken	*NEIN*
Zusätzlich kostenpflichtige Dienstleistungen	
Welche kostenpflichtigen Dienstleistungen vermittelt die Einrichtung?	*Friseur und Fußpflege nach Vereinbarung*
Religiöse Angebote	
Welche religiösen Angebote sind in der Einrichtung vorhanden?	
Räumlichkeiten zur Ausübung religiöser Aktivitäten	*JA, katholisch*
Regelmäßiger Besuch eines Seelsorgers	*JA, evangelisch u. katholisch*
Weitere spirituelle Angebote:	*NEIN*
Einbeziehung und Unterstützung von Angehörigen	
Welche Formen der Einbeziehung und Unterstützung von Angehörigen sind in der Einrichtung vorhanden?	*Teilnahme an Mahlzeiten, alle drei Monate Angehörigenabend zum Austausch*
Kontakte der Einrichtung zum sozialen Umfeld/Quartier	
Welche Kontakte bestehen zum direkten sozialen Umfeld oder dem Quartier der Einrichtung?	Kinder der Kindertagesstätte besuchen jeden Freitagvormittag die Einrichtung
Kooperationsvereinbarungen	
Bestehen vertraglich geregelte Kooperationsbeziehungen mit Ärzten/Therapeuten oder Organisationen?	*NEIN*
Name der Ärzteorganisation:	
Bestehen vertraglich geregelte Kooperationsbeziehungen mit Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen?	*NEIN*
Name des Krankenhauses/der Einrichtung:	

Personelle Ausstattung (im Bereich Pflege, Betreuung und Therapie)	
Mitarbeiter/Stellen	
Stellen/Vollzeitstellen in Pflege und Betreuung insgesamt:	*Anzahl der Stellen: 30 / Vollzeitstellen: 24,6*
Fachkräfteanteil in der Pflege:	*50 %*
Bewohner je Vollzeitstelle:	*1,5*
Werden Mitarbeiter aus Zeitarbeitsfirmen beschäftigt?	*NIE*
Fremdsprachenkenntnisse der Mitarbeiter:	*JA, türkisch und italienisch*
Personalwechsel	
Mitarbeiter, die in den letzten 6 Monaten die Einrichtung verlassen haben:	*2*
Mitarbeiter, die seit mindesten 5 Jahren in der Einrichtung beschäftigt sind:	*10*
Stellen/Vollzeitstellen mit Zusatzqualifikationen	
Gerontopsychiatrische Pflege	*Anzahl der Stellen: 1 / Vollzeitstellen: 1,0*
Palliativ- und Hospizpflege	*Anzahl der Stellen: 2 / Vollzeitstellen: 1,5*
Weitere Qualifikation:	*KEINE*
Angestellte Mitarbeiter mit therapeutischer Ausbildung	
Hat die Einrichtung Mitarbeiter mit therapeutischer Ausbildung angestellt?	*JA*
Welche?	*Physiotherapeut und Ergotherapeut*

Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen	
Die folgenden Informationen stammen aus der Qualitätsprüfung, die am 1. Juli 2017 in der Einrichtung durchgeführt wurde	
1. Liegt ein schriftliches Konzept für die Begleitung sterbender Bewohner und ihrer Angehörigen vor?	*JA*
2. Gibt es Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z.B. Palliativdienste, Hospizinitiativen) und namentlich bekannte Mitarbeiter als Ansprechpartner für solche Einrichtungen?	*NEIN*
3. Werden die Wünsche des Bewohners und der Angehörigen für den Fall einer gesundheitlichen Krise und des Versterbens erfasst?	*JA*
4. Sind Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten den Mitarbeitern bekannt und jederzeit verfügbar?	*JA*
5. Erfolgt im Sterbefall eine direkte Information der Angehörigen entsprechend den von ihnen hinterlegten Wünschen?	*JA*
6. Erfolgt im Sterbefall eine rasche und direkte Information des Hausarztes?	*JA*

Erläuterungen zu den Versorgungsergebnissen (Ergebnisqualität)

Unter Versorgungsergebnissen versteht man das, was die Mitarbeiter bei den Bewohnern bewirken, vor allem in gesundheitlicher Hinsicht. Einrichtungen und ihre Mitarbeiter haben beispielsweise die Aufgabe, soweit wie möglich zu verhindern, dass die Bewohner stürzen und sich verletzen. Auch die Erhaltung der Selbständigkeit der Bewohner ist ein wichtiges pflegerisches Ergebnis.

Zwar gibt es keinen hundertprozentigen Einfluss auf die Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In vielen Punkten kann eine gute Pflege aber dabei mithelfen, dass es nicht zu gesundheitlichen Verschlimmerungen kommt. Manchmal können sogar trotz Pflegebedürftigkeit gesundheitliche Verbesserungen erreicht werden.

Die folgende Bewertung der Versorgungsergebnisse sagt Ihnen etwas darüber, wie erfolgreich die Einrichtung dabei ist. Sie können zum Beispiel erfahren, wie hoch der Anteil der Bewohner ist, bei denen eine Verschlechterung bei der Fortbewegung vermieden wurde. Nicht alle Einrichtungen erzielen gleich gute Ergebnisse, es zeigen sich vielmehr große Qualitätsunterschiede.

Diese Unterschiede werden durch eine Punktzahl verdeutlicht. An der Punktzahl ist ablesbar, ob eine Einrichtung bessere, gleich gute oder schlechtere Versorgungsergebnisse zeigt als andere Einrichtungen. Je besser die Versorgungsergebnisse sind, umso mehr Punkte erhält eine Einrichtung (maximal 5 Punkte).

●●●●●	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 aufgetreten und wird nicht bewertet

Die **beste** Ergebnisqualität haben also Einrichtungen mit der Bewertung ●●●●●
Die **schlechteste** Ergebnisqualität haben Einrichtungen mit der Bewertung ●○○○○

Die Daten, die diesen Bewertungen zugrunde liegen, werden durch die Pflegeeinrichtung erfasst und von einer unabhängigen Stelle ausgewertet.

1. Erhalt der Mobilität (Bewegungsfähigkeit)

Zur Mobilität gehört die Fähigkeit, sich über kurze Strecken fortzubewegen und eigenständig die Position im Bett zu wechseln. Bei pflegebedürftigen Menschen ist das Risiko besonders groß, dass die Mobilität im Laufe der Zeit immer schlechter wird. Einrichtungen sollten sich darum bemühen, die Mobilität der Bewohner zu erhalten. Wenn sich die Mobilität verschlechtert, hat das Auswirkungen auf den gesamten Lebensalltag. Wird die Verschlechterung nicht aufgehalten, entsteht am Ende Bettlägerigkeit. Schon bei Kleinigkeiten besteht dann eine große Abhängigkeit von anderen Menschen.

Der Anteil der Bewohner, bei denen die Mobilität unverändert bleibt oder sich sogar verbessert hat, ist ein wichtiges Kennzeichen für die Pflegequalität.

Ergebnisse der Einrichtung bei Bewohnern, die <u>nicht oder nur wenig</u> geistig beeinträchtigt sind:

Bei 80,7 % der Bewohner konnte die Mobilität erhalten werden.
Dies entspricht der Qualitätsbewertung ●●○○○ = leicht unter dem Durchschnitt
Der Durchschnitt aller Einrichtungen lag bei 88,4 %.
Höhere Prozentangaben entsprechen einer besseren Qualität.

Ergebnisse früherer Bewertungen:	01. November 2016:	●●●○○
	15. April 2016:	●●●●○

Ergebnisse der Einrichtung bei Bewohnern, die <u>erheblich oder schwer</u> geistig beeinträchtigt sind:

Bei 53,8 % der Bewohner konnte die Mobilität erhalten werden.
Dies entspricht der Qualitätsbewertung ●○○○○ = weit unter dem Durchschnitt
Der Durchschnitt aller Einrichtungen lag bei 69,4 %.
Höhere Prozentangaben entsprechen einer besseren Qualität.

Ergebnisse früherer Bewertungen:	01. November 2016:	●●●○○
	15. April 2016:	●●○○○

2. Erhalt Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen (z.B. Körperpflege)

Zur Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen gehört z.B. die Fähigkeit, sich selbständig zu waschen, sich An- und Auszukleiden, zu essen und zu trinken oder die Toilette zu benutzen. Bei pflegebedürftigen Menschen steigt das Risiko für Einschränkungen der Selbstständigkeit in alltäglichen Verrichtungen. Aufgabe der Pflegeeinrichtungen ist der Erhalt oder die Verbesserung der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen der Bewohner sein, denn Einschränkungen der Selbstständigkeit beeinflussen den gesamten Lebensalltag.

Der Anteil der Bewohner, bei denen die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen unverändert bleibt oder sich sogar verbessert hat, ist daher ein wichtiges Kennzeichen für die Pflegequalität.

Ergebnisse der Einrichtung bei Bewohnern, die <u>nicht oder nur wenig</u> geistig beeinträchtigt sind:

Bei 89,2 % der Bewohner wurde die Selbständigkeit erhalten.
Dies entspricht der Qualitätsbewertung ●●●●○ = leicht über dem Durchschnitt.
Der Durchschnitt aller Einrichtungen lag bei 83,8 %.
Höhere Prozentangaben entsprechen einer besseren Qualität.

Ergebnisse früherer Bewertungen:	01. November 2016:	●●●●●
	15. April 2016:	●●●●○

Ergebnisse der Einrichtung bei Bewohnern, die <u>erheblich oder schwer</u> geistig beeinträchtigt sind:

Bei 58,4 % der Bewohner wurde die Selbständigkeit erhalten.
Dies entspricht der Qualitätsbewertung ●●●○○ = nahe beim Durchschnitt.
Der Durchschnitt aller Einrichtungen lag bei 57,9 %.
Höhere Prozentangaben entsprechen einer besseren Qualität.

Ergebnisse früherer Bewertungen:	01. November 2016:	●●●●○
	15. April 2016:	●●●○○

3. Erhalt Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens (z.B. soziale Kontakte)

bei Bewohnern, die nicht oder nur wenig geistig beeinträchtigt sind

Zur Gestaltung des Lebensalltags gehört beispielsweise, den Tag einzuteilen, den Alltag zu planen oder Kontakte zu anderen Menschen aufzunehmen. Bei pflegebedürftigen Menschen ist das Risiko groß, dass sie diese Selbständigkeit im Laufe der Zeit verlieren. Pflegeeinrichtungen sollten deshalb die Bewohner darin fördern, das Alltagsleben selbständig zu gestalten.

Der Anteil der Bewohner, bei denen die Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens unverändert blieb oder sich sogar verbessert hat, ist ein wichtiges Kennzeichen für die Pflegequalität.

Bewohner mit einer geistigen Beeinträchtigung fällt es schwer, die Gestaltung ihres Lebensalltags selbständig durchzuführen. Aus diesem Grund erfolgt die Bewertung nur für Bewohner, die nicht oder nur wenig geistig beeinträchtig sind.

Ergebnisse der Einrichtung bei Bewohnern, die <u>nicht oder nur wenig</u> geistig beeinträchtigt sind:

Bei 91,4 % der Bewohner wurde die Selbständigkeit erhalten.
Dies entspricht der Qualitätsbewertung ●●●●● = weit über dem Durchschnitt.
Der Durchschnitt aller Einrichtungen lag bei 74,8 %.
Höhere Prozentangaben entsprechen einer besseren Qualität.

Ergebnisse früherer Bewertungen:	01. November 2016:	●●●○○
	15. April 2016:	●●●●○

4. Entstehung von Druckgeschwüren

Druckgeschwüre entstehen meist, wenn die Haut durch Druck von außen belastet wird. Dadurch wird sie nicht mehr richtig durchblutet. Bei pflegebedürftigen Menschen reicht dazu manchmal schon das eigene Körpergewicht aus. Dauert die Druckbelastung über eine längere Zeit an, entsteht eine Wunde („Wundliegen“), die bei älteren Menschen häufig nur schlecht abheilt. Im Alltag spricht man häufig von einem Druckgeschwür, Fachleute benutzen den Begriff „Dekubitus“.

Druckgeschwüre sind schmerzhaft, schränken die Bewegungsmöglichkeiten ein und können sich zu einer großen, tiefen Wunde auswachsen. Deshalb ist es sehr wichtig, die Entstehung von Druckgeschwüren zu vermeiden. Das klappt zwar nicht in jedem Einzelfall, bei guter Pflege ist die Entstehung von Druckgeschwüren aber selten. Wie oft in einer stationären Pflegeeinrichtung Druckgeschwüre entstehen, ist daher ein wichtiges Qualitätskennzeichen.

Ergebnisse der Einrichtung bei Bewohnern, mit <u>geringem Risiko</u> ein Druckgeschwür zu entwickeln:

Bei 1,1 % der Bewohner ist in sechs Monaten ein Druckgeschwür entstanden.
Dies entspricht der Qualitätsbewertung ●●●●○ = leicht über dem Durchschnitt.
Der Durchschnitt aller Einrichtungen lag bei 1,6 %.
Niedrige Prozentangaben entsprechen einer besseren Qualität.

Ergebnisse früherer Bewertungen:	01. November 2016:	●●●○○
	15. April 2016:	●●●●○

Ergebnisse der Einrichtung bei Bewohnern, mit <u>hohem Risiko</u> ein Druckgeschwür zu entwickeln:

Bei 9,1 % der Bewohner ist in sechs Monaten ein Druckgeschwür entstanden.
Dies entspricht der Qualitätsbewertung ●●●○○ = nahe beim Durchschnitt.
Der Durchschnitt aller Einrichtungen lag bei 8,4 %.
Niedrige Prozentangaben entsprechen einer besseren Qualität.

Ergebnisse früherer Bewertungen:	01. November 2016:	●●○○○
	15. April 2016:	●●●○○

5. Schwerwiegende Sturzfolgen

Durch gesundheitliche Einschränkungen ist das Risiko für einen Sturz bei Bewohnern von stationären Einrichtungen erhöht. Dies trifft in besonderem Maße auf Bewohner mit geistigen Beeinträchtigungen zu. Schwerwiegende Folgen, die durch einen Sturz entstehen können, sind Knochenbrüche, Wunden, Schmerzen. Zudem können zunehmende Ängste bei der Alltagsbewältigung entstehen, die einen erhöhten Hilfebedarf hervorrufen können. Ziel der Pflege ist, es Stürze zu vermeiden.

Der Anteil der Bewohner, bei denen schwerwiegende Sturzfolgen aufgetreten sind, ist ein wichtiges Kennzeichen für Pflegequalität.

Ergebnisse der Einrichtung bei Bewohnern, die <u>nicht oder nur wenig</u> geistig beeinträchtigt sind:

Bei 7,1 % der Bewohner ist es in sechs Monaten zu einem Sturz gekommen.
Dies entspricht der Qualitätsbewertung ●●●○○ = nahe beim Durchschnitt.
Der Durchschnitt aller Einrichtungen lag bei 6,9 %.
Niedrige Prozentangaben entsprechen einer besseren Qualität.

Ergebnisse früherer Bewertungen:	01. November 2016:	●●●●●
	15. April 2016:	●●●●○

Ergebnisse der Einrichtung bei Bewohnern, die <u>erheblich oder schwer</u> geistig beeinträchtigt sind:

Bei 10,1 % der Bewohner ist es in sechs Monaten zu einem Sturz gekommen.
Dies entspricht der Qualitätsbewertung ●●●●○ = leicht über dem Durchschnitt.
Der Durchschnitt aller Einrichtungen lag bei 12,9 %.
Niedrige Prozentangaben entsprechen einer besseren Qualität.

Ergebnisse früherer Bewertungen:	01. November 2016:	●●●●○
	15. April 2016:	●●●○○

6. Unbeabsichtigter Gewichtsverlust

Viele Bewohner benötigen Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Ziel der Pflege sollte es sein, eine angemessene Ernährung zu fördern und sicherzustellen. Der unbeabsichtigte Verlust von Körpergewicht sollte vermieden werden. Bei der Qualitätsbewertung werden Bewohner erfasst, die mehr als 10% ihres Köpergewichtes verloren haben.

Der Anteil der Bewohner, bei denen ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust eingetreten ist, ist ein wichtiges Kennzeichen für die Pflegequalität.

Ergebnisse der Einrichtung bei Bewohnern, die erheblich oder schwer geistig beeinträchtigt sind:

Bei 1,0 % der Bewohner wurde ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust festgestellt.
Dies entspricht der Qualitätsbewertung ●●●●● = weit über dem Durchschnitt.
Der Durchschnitt aller Einrichtungen lag bei 2,1 %.
Niedrige Prozentangaben entsprechen einer besseren Qualität.

Ergebnisse früherer Bewertungen:	01. November 2016:	●●●●●
	15. April 2016:	●●●●○

Ergebnisse der Einrichtung bei Bewohnern, die nicht oder nur wenig geistig beeinträchtigt sind:

Bei 2,7 % der Bewohner wurde ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust festgestellt.
Dies entspricht der Qualitätsbewertung ●●●●○ = leicht über dem Durchschnitt.
Der Durchschnitt aller Einrichtungen lag bei 4,9 %.
Niedrige Prozentangaben entsprechen einer besseren Qualität.

Ergebnisse früherer Bewertungen:	01. November 2016:	●●●●●
	15. April 2016:	●●●●○

7. Anwendung von Gurten zur Fixierung von Bewohnern

Die Anwendung von Gurten (z. B. im Bett oder Rollstuhl) ist eine Maßnahme, die zum Beispiel mit dem Ziel angewendet wird, Stürze zu vermeiden. Es ist aber umstritten, ob das erreicht werden kann. Die Pflegeeinrichtung sollte daher den Einsatz von Gurten so weit wie möglich vermeiden. Denn die Anwendung von Gurten kann zu einer psychischen und emotionalen Belastung des Bewohners führen.

Der Anteil der Bewohner, bei denen Gurte angewendet werden, ist ein wichtiges Kennzeichen für Pflegequalität.

Entscheidend für die Qualitätsbeurteilung ist, wie die Einrichtung bei Bewohnern vorgeht, die nicht selbst entscheiden können, ob Gurte genutzt werden sollen. Bei der Berechnung des Ergebnisses werden daher nur Bewohner mit erheblichen oder schweren geistigen Beeinträchtigungen berücksichtigt.

Ergebnisse der Einrichtung:

Bei 2,6 % der Bewohner werden Gurte angewendet.
Dies entspricht der Qualitätsbewertung ●●●○○ = nahe beim Durchschnitt.
Der Durchschnitt aller Einrichtungen lag bei 2,8 %.
Niedrige Prozentangaben entsprechen einer besseren Qualität.

Ergebnisse früherer Bewertungen:	01. November 2016:	●●●●●
	15. April 2016:	●●●●○

8. Anwendung von Bettseitenteilen

Die Anwendung von Bettseitenteilen erfolgt meist, um einen Sturz aus dem Bett zu vermeiden. Der Nutzen der Maßnahme ist aber umstritten. Gleichzeitig schränken Bettseitenteile den Bewohner stark ein. Er ist dann häufig nicht in der Lage, das Bett selbstständig zu verlassen, und ist somit auf fremde Hilfe angewiesen. Die Pflegeeinrichtung sollte den Einsatz von Bettseitenteilen möglichst vermeiden.

Der Anteil der Bewohner, bei denen Bettseitenteile angewendet werden, ist daher ein wichtiges Kennzeichen für die Pflegequalität.

Entscheidend für die Qualitätsbeurteilung ist, wie die Einrichtung bei Bewohnern vorgeht, die nicht selbst entscheiden können, ob Bettseitenteilen genutzt werden sollen oder nicht. Bei der Berechnung des Ergebnisses werden daher nur Bewohner mit erheblichen oder schweren geistigen Beeinträchtigungen berücksichtigt.

Ergebnisse der Einrichtung:

Bei 9,1 % der Bewohner werden Bettseitenteile angewendet.
Dies entspricht der Qualitätsbewertung ●●●●● = weit über dem Durchschnitt.
Der Durchschnitt aller Einrichtungen lag bei 18,7 %.
Niedrige Prozentangaben entsprechen einer besseren Qualität.

Ergebnisse früherer Bewertungen:	01. November 2016:	●●●●○
	15. April 2016:	●●●●○

9. Durchführung eines Integrationsgesprächs nach dem Heimeinzug

bei Bewohnern, die neu eingezogen sind

Der Einzug in eine Pflegeeinrichtung ist ein einschneidendes Ereignis für ältere Menschen. Dabei müssen altbewährte Abläufe und Gewohnheiten an die neue und unbekannte Wohnumgebung angepasst werden. Um das Einleben in der neuen Umgebung zu unterstützen, sollte die Pflegeeinrichtung spätestens innerhalb von 8 Wochen nach dem Heimeinzug ein Gespräch durchführen (Integrationsgespräch).

Der Anteil der Bewohner, bei denen ein Integrationsgespräch tatsächlich durchgeführt wurde, ist ein wichtiges Kennzeichen für die Pflegequalität.

Ergebnisse der Einrichtung:

Bei 72,2 % der Bewohner wurde ein Integrationsgespräch durchgeführt (innerhalb von 8 Wochen nach Einzug).
Dies entspricht der Qualitätsbewertung ●●●●○ = leicht über dem Durchschnitt.
Der Durchschnitt aller Einrichtungen lag bei 50,7 %.
Höhere Prozentangaben entsprechen einer besseren Qualität.

Ergebnisse früherer Bewertungen:	01. November 2016:	●●●●○
	15. April 2016:	●●●○○

10. Aktualität der Schmerzeinschätzung bei Bewohnern, die von länger anhaltenden Schmerzen betroffen sind	X

Eine unzureichende Schmerzbehandlung kann langfristige Folgen haben. Die Pflegeeinrichtungen müssen Schmerzzustände erkennen und regelmäßig einschätzen. Durch die Einschätzung kann der Schmerz im zeitlichen Verlauf erfasst und beurteilt werden. Auf Grundlage der Erfassung können entsprechende pflegerische Maßnahmen durchgeführt werden, die zu einer Verringerung der Schmerzen beitragen können. Um die Maßnahmen gezielt durchführen zu können, muss eine aktuelle Schmerzeinschätzung vorliegen.

Der Anteil der Bewohner mit länger anhaltenden Schmerzen, bei denen eine Schmerzeinschätzung vorliegt, ist daher ein wichtiges Kennzeichen für die Pflegequalität. Die Kennzahl sagt aus, wie hoch den Anteil der Bewohner ist, bei denen die Schmerzeinschätzung nicht älter ist als 3 Monate.

Ergebnisse der Einrichtung:

Die Ergebnisqualität konnte aufgrund zu geringer Zahlen nicht bewertet werden.
Der Durchschnitt aller Einrichtungen lag bei 79,0 %.

Ergebnisse früherer Bewertungen: 01. November 2016: ●●○○○
15. April 2016: ●●●○○

Bewertung durch die Qualitätsprüfer

In Pflegeeinrichtungen erfolgen regelmäßig Qualitätsprüfungen. Sie werden durch spezialisierte Dienste im Auftrag der Pflegekassen durchgeführt. Einbezogen werden dabei je nach Thema bis zu 9 Bewohner, aber nicht alle Bewohner („Stichprobe“).

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse stammen aus solchen Prüfungen. Ziel der Prüfung ist es zu beurteilen, ob es Mängel bei der Versorgung des Bewohners gab.

Das Ergebnis dieser externen Prüfung wird anhand folgenden Schemas dargestellt:

■ ■ ■ ■	Keine oder geringe Qualitätsdefizite
■ ■ ■ □	Moderate Qualitätsdefizite
■ ■ □ □	Erhebliche Qualitätsdefizite
■ □ □ □	Schwerwiegende Qualitätsdefizite
X	Das Thema konnte bei keinem Bewohner der Stichprobe geprüft werden

Das **beste** Ergebnis der Qualitätsprüfung haben Einrichtungen mit der Bewertung ■ ■ ■ ■
Das **schlechteste** Ergebnis der Qualitätsprüfung haben Einrichtungen mit der Bewertung ■ □ □ □

Unterstützung im Bereich der Mobilität (Bewegungsfähigkeit)

In der Qualitätsprüfung wird beurteilt, ob Bewohner mit Bewegungseinschränkungen ihrem Bedarf entsprechend unterstützt werden. Beurteilt wird auch, ob diese Unterstützung fachlich einwandfrei ist.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■□□□
Bewertung: schwerwiegende Qualitätsdefizite. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 9 Bewohner.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfung	01. Juni 2016: 01. April 2015:	■■□□ ■■■□

Unterstützung beim Essen und Trinken

Pflegebedürftige Menschen sind oft nicht in der Lage, selbstständig zu essen oder zu trinken. Andere verspüren keinen Drang, regelmäßig zu essen oder zu trinken. Die pflegerische Unterstützung bei der Ernährung ist deshalb von großer Bedeutung für die Gesundheit von Pflegebedürftigen. In der Qualitätsprüfung wird beurteilt, ob pflegebedürftige Menschen beim Essen und Trinken angemessen unterstützt werden.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■■■■
Bewertung: Keine oder geringe Qualitätsdefizite In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 9 Bewohner.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfung	01. Juni 2016: 01. April 2015:	■■■■ ■■■□

Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Der Verlust der Fähigkeit, die eigenen Ausscheidungen zu steuern, ist für viele Menschen mit Unwohlsein und Scham verbunden. Der Erhalt und die Förderung dieser Fähigkeit unter Beachtung des persönlichen Schamgefühls ist das Ziel einer fachgerechten Pflege. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob pflegebedürftige Menschen mit Kontinenzverlust fachgerecht unterstützt und gefördert werden.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■■■□
Bewertung: Moderate Qualitätsdefizite In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 6 Bewohner.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfung	01. Juni 2016: 01. April 2015:	■■■■ ■■■□

Unterstützung bei der Körperpflege

Ziel des pflegerischen Handelns ist es, den Bewohner bei der Körperpflege und dem Wunsch nach Sauberkeit und einem gepflegten Erscheinungsbild fachgerecht zu unterstützen. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob pflegebedürftige Menschen dementsprechend unterstützt werden.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■■■□
Bewertung: Moderate Qualitätsdefizite In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 8 Bewohner.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfung	01. Juni 2016: 01. April 2015:	■■■□ ■■■□

Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme

Die meisten Pflegebedürftigen sind auf eine Versorgung mit Medikamenten angewiesen. Die fachgerechte pflegerische Unterstützung der Bewohner hierbei hat zum Ziel, dass die Einnahme von Medikamenten so erfolgt, wie es vom Arzt verordnet wurde. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob Pflegebedürftige bei der Einnahme von Medikamenten fachgerecht unterstützt werden.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ □ □
Bewertung: Erhebliche Qualitätsdefizite In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 5 Bewohner.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfung	01. Juni 2016: 01. April 2015:	■ ■ □ □ ■ ■ ■ □

Schmerzmanagement

Schmerzen haben eine hohe Bedeutung für die Lebensqualität und das Wohlbefinden von Pflegebedürftigen. Ziel eines fachgerechten Schmerzmanagements ist es, Schmerzen zu lindern und die Entstehung von Schmerzen zu vermeiden. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob pflegebedürftige Menschen mit Schmerzen fachgerecht und entsprechend ihrer Bedürfnisse versorgt werden.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ □ □
Bewertung: Erhebliche Qualitätsdefizite In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 5 Bewohner.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfung	01. Juni 2016: 01. April 2015:	■ ■ ■ □ ■ ■ ■ □

Wundversorgung

Ziel der pflegerischen Wundversorgung ist es, die Heilung von Wunden zu fördern. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob Wunden von Pflegebedürftigen fachgerecht versorgt werden.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■■■■
Bewertung: Keine oder geringe Qualitätsdefizite In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 4 Bewohner.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfung	01. Juni 2016: 01. April 2015:	■■■■ ■■■□

Unterstützung bei besonderem medizinisch-pflegerischem Bedarf

Viele pflegebedürftige Menschen leiden unter teils schweren oder schwer behandelbaren Erkrankungen, die besondere Anforderungen an die medizinische und pflegerische Versorgung stellen. Ziel des pflegerischen Handelns ist es, Pflegebedürftige mit solchen besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen fachgerecht zu versorgen, um gesundheitliche Risiken zu vermeiden.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■■■■
Bewertung: Keine oder geringe Qualitätsdefizite In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 3 Bewohner.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfung	01. Juni 2016: 01. April 2015:	■■■■ ■■■□

Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung (z.B. Sehen, Hören)

Sehen und Hören haben große Bedeutung für die Sicherheit und Orientierung im Alltag sowie für das soziale Leben. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob pflegebedürftige Menschen mit beeinträchtigtem Seh- oder Hörvermögen fachgerecht durch die Einrichtung unterstützt werden.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■■■■
Bewertung: Keine oder geringe Qualitätsdefizite In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 6 Bewohner.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfung	01. Juni 2016: 01. April 2015:	■■■■ ■■■□

Unterstützung bei der Strukturierung des Tages, Beschäftigung und Kommunikation

Ein bedürfnisgerechter Tagesablauf ist die Basis von Wohlbefinden. Ziel des pflegerischen Handels ist es, für jeden Pflegebedürftigen eine individuelle Tagesgestaltung mit sinnvollen Beschäftigungen zu ermöglichen, die seinen Gewohnheiten und Wünschen entspricht. Auch die Teilnahme an Gesprächen, das Zuhören und der Austausch mit anderen gehört dazu. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob und wie eine Einrichtung den Wünschen nachkommt und den Bewohner darin unterstützt.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■■□□
Bewertung: Erhebliche Qualitätsdefizite In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 8 Bewohner.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfung	01. Juni 2016: 01. April 2015:	■■□□ ■■■□

Nächtliche Versorgung

Pflegebedürftige Menschen müssen aufgrund ihres Gesundheitszustandes oder besonderer Gewohnheiten nicht selten auch nachts versorgt werden. Eine fachgerechte Pflege stellt eine bedarfsgerechte Versorgung auch zu Nachtzeiten sicher, um gesundheitlichen Risiken vorzubeugen und dem Pflegebedürftigen eine erholsame Nachtruhe zu ermöglichen. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob die Einrichtung den nächtlichen Versorgungsbedarf seiner Bewohner für die nächtliche Versorgung kennt und erfüllt.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ ■ ■
Bewertung: Keine oder geringe Qualitätsdefizite In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 3 Bewohner.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfung	01. Juni 2016: 01. April 2015:	■ ■ ■ □ ■ ■ ■ ■

Unterstützung in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug

Der Wechsel von Pflegebedürftigen aus dem häuslichen Umfeld in eine Pflegeeinrichtung ist mit vielen Veränderungen und Verlusterfahrungen verbunden. Daher benötigen Pflegebedürftige gerade in der ersten Zeit eine möglichst intensive Unterstützung bei der Eingewöhnung. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob pflegebedürftige Menschen beim Einzug und bei der Eingewöhnung ausreichend unterstützt werden und ob in dieser Zeit gesundheitliche Risiken rechtzeitig erkannt werden.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ ■ □
Bewertung: Moderate Qualitätsdefizite In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 4 Bewohner.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfung	01. Juni 2016: 01. April 2015:	■ ■ □ □ ■ ■ ■ □

Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Krankenhausaufenthalte kommen bei vielen Bewohnern vor. Eine fachgerechte Pflege kann Vorkehrungen treffen, dass diese Situation so erträglich wie möglich gestaltet wird, indem die Überleitung fachgerecht vorbereitet wird. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob die Überleitung in ein Krankenhaus und auch bei Rückkehr des Bewohners in die Pflegeeinrichtung eine fachgerechte Versorgung erfolgt.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ ■ ■
Bewertung: Keine oder geringe Qualitätsdefizite In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 3 Bewohner.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfung	01. Juni 2016: 01. April 2015:	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ □

Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten

Herausforderndes Verhalten von Pflegebedürftigen, z.B. aggressives oder abwehrendes Verhalten bei pflegerischen Maßnahmen, kann nicht nur für die Einrichtung und deren Bewohner bzw. Mitarbeiter belastend sein, sondern auch für den Pflegebedürftigen selbst. Ziel der Unterstützung von Pflegebedürftigen mit herausforderndem Verhalten ist es, das Verhalten zu begrenzen, gezielt das Wohlbefinden zu fördern und den Pflegebedürftigen in die Einrichtung zu integrieren. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob die Einrichtung Pflegebedürftige mit herausforderndem Verhalten fachgerecht unterstützt und ihr Wohlbefinden fördert.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		X
Der Qualitätsaspekt konnte bei keinem Bewohner der Stichprobe geprüft werden.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfung	01. Juni 2016: 01. April 2015:	■ ■ ■ □ X

Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen

Der Freiheitsentzug ist ein sehr schwerwiegender, aber nicht immer gänzlich zu vermeidender Eingriff in ein menschliches Grundrecht. Freiheitsentziehende Maßnahmen wie zu Beispiel das Anbringen von Gurten, sind deshalb auf das unvermeidbare und geringste Maß zu beschränken, um die Würde und die Rechte der Pflegebedürftigen zu schützen. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob die Einrichtung formal korrekt handelt und ob bei freiheitsentziehenden Maßnahmen fachliche Grundsätze eingehalten werden.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		X
Der Qualitätsaspekt konnte bei keinem Bewohner der Stichprobe geprüft werden.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfung	01. Juni 2016: 01. April 2015:	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ □

Abschlussbericht des Projekts
„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“

Anhang 5:
Ausfüllanleitung für Einrichtungsinformationen in der Qualitätsdarstellung

Erläuterungen der Inhalte qualitätsrelevanter Informationen - Ausfüllanleitung für die Pflegeeinrichtung

Die qualitätsrelevanten Informationen, werden durch die Pflegeeinrichtung zur Verfügung gestellt und sollen potentiellen Bewohnern und/oder deren Angehörigen einen Überblick die Pflegeeinrichtung ermöglichen. Die Erfassung der Informationen erfolgt in Form eines ausfüllbaren Formulars, dass durch die stationären Pflegeeinrichtungen im Abstand von sechs Monaten, mit der Erhebung der Ergebnisindikatoren aktualisiert wird.

Im Formular finden sich Abfragen von Informationen:

- die durch die Ergänzung von Angaben erfolgen,
- die im Ja-Nein-Format beantwortet werden, teilweise mit der Möglichkeit Erläuterungen im Freitextfeld vorzunehmen,
- Angaben die nur in Form von Erläuterungen im Freitextfeld vorzunehmen sind.

Wird eine Information durch die Pflegeeinrichtung nicht angegeben, wird in der Qualitätsdarstellung der Hinweis „keine Angabe“ ausgewiesen. Damit weiterhin ein Einrichtungsvergleich möglich ist und die entsprechende Information nicht in der Darstellung verschwindet.

Nachfolgend werden alle mit den qualitätsrelevanten Informationen erfassten Bereiche und Inhalte einzeln aufgeführt und beschrieben.

0.1 Name der Einrichtung
Angabe des Namens der Einrichtung.

0.2 Art der Einrichtung
Bitte wählen Sie eine der vorhandenen Möglichkeiten aus:

- vollstationäre Pflegeeinrichtung
- ambulanter Pflegedienst
- solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung
- solitäre Tagespflegeeinrichtung
- vollstationäre Pflegeeinrichtung mit Kurzzeitpflegeangebot
- vollstationäre Pflegeeinrichtung mit Tagespflegeangebot

0.3 letzte Aktualisierung:
Angegeben wird das Datum der Informationsbereitstellung. Dieses entspricht auch dem Datum der Datenerfassung und Übermittlung der Ergebnisindikatoren.

1. Bereich: Allgemeine Informationen über die Einrichtung

1.1 Anschrift
Angabe der Straße, Hausnummer, Postleitzahl und des Ortes.

1.2 Telefon

Angabe der Vorwahl und Rufnummer der Einrichtung.

1.2 Internetadresse

Angabe der Internetadresse der Einrichtung. Für die Bereitstellung der qualitätsrelevanten Informationen in digitaler Form wird die Adresse als Hyperlink zur Internetseite angegeben.

1.3 Kontaktperson der Einrichtung

Angabe des Namens und der Funktion innerhalb der Einrichtung (z.B. Frau Mustermann, Einrichtungsleitung).

1.4 Kontaktperson des Heimbeirats/Heimfürsprechers

Angabe des Namens der Person im Heimbeirat (nur mit entsprechender Einwilligung)

1.5 a) Anzahl der Plätze gesamt

Angabe der insgesamt zur Verfügung stehenden vorhandenen Plätze in der Einrichtung.

1.5 b) davon Anzahl der Plätze für Kurzzeitpflege

Falls vorhanden, Angabe der Plätze für Kurzeitpflegebewohner.

1.6 a) Anzahl der Plätze im Einzelzimmer

Angabe der vorhandenen Plätze in Einzelzimmern.

1.6 b) Anzahl der Plätze im Doppelzimmer

Angabe der vorhandenen Plätze in Doppelzimmern.

1.7 Entfernung zur nächsten Haltestelle

Angabe der Entfernung zur nächsten Haltestelle des öffentlichen Personennahverkehrs in Metern. Zusätzlich steht ein Freitextfeld für nähere Erläuterungen zur Verfügung. Darin können Angaben zum Name der Haltstelle und der Linien angegeben werden. Ergänzend können auch Informationen zur Endhaltestelle und den Abfahrzeiten in Minuten oder Stunden (z.B. alle 20 min.) angegeben werden.

1.8 Mitnahme von Möbeln

Die Frage „Besteht die Möglichkeit, eigene Möbel mitzubringen?“ muss mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Sollte die Möglichkeit vorhanden sein, steht ein Freitextfeld für Erläuterungen zur Verfügung in den Bedingungen, wie Anzahl oder Art der Möbelstücke pro Person, beschrieben werden können.

1.9 Haltung von Haustieren

Die Frage „Können die Bewohner Haustiere halten?“ muss mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Sollte die Haltung gestattet sein, steht ein Freitextfeld für Erläuterungen zur Verfügung in den Bedingungen, wie Anzahl oder Art der Tiere, beschrieben werden können (z.B. Haustiere in Käfighaltung, Katzen etc.).

2. Bereich: Ausstattung

2.0 Baujahr / Renovierung

Das Baujahr der Einrichtung muss angegeben werde. Zusätzlich muss das Jahr angegeben werden, in dem die Einrichtung zuletzt renoviert oder modernisiert wurde.

2.1 Telefonanschluss

Die Frage „Ist eine Telefonanschluss im Bewohnerzimmer vorhanden?“ muss mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werde.

2.2 TV- oder Kabelanschluss

Die Frage „Ist ein TV- oder Kabelanschluss im Bewohnerzimmer vorhanden?“ muss mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden.

2.3 Internetzugang

Die Frage „Ist eine Internetzugang für Bewohner vorhanden?“ muss mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Dabei geht es um die Bereitstellung eines Internetzugang der durch die Bewohner (z. B. im Gemeinschaftsraum) genutzt werden kann.

2.4 Kabelloser Internetzugang

Die Frage „Ist ein kabelloser Internetzugang (W-LAN) vorhanden?“ muss mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Dabei geht es um die Möglichkeit den Internetzugang mit einem privatem PC oder Laptop z.B. auch im Bewohnerzimmer nutzen zu können.

2.5 Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien

Die Frage „Sind Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?“ muss mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. In einem Freitextfeld sollen die vorhandenen Aufenthaltsmöglichkeiten (z. B. eigener Garten, Innenhof oder Dachterrasse etc.) genauer beschrieben werden.

2.6 Barrierefreiheit

Die Frage „Sind alle Wege/ Räume in der Einrichtung barrierefrei?“ muss mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden.

3. Bereich: Spezialisierung/ Versorgungsschwerpunkt

Alle Antwortvorgaben „Für welche Bewohnergruppen sind in der Einrichtung Spezialisierungen oder Versorgungsschwerpunkte vorhanden?“ müssen mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Es darf nur „Ja“ angegeben werden, wenn ein vertraglich geregelter Versorgungsschwerpunkt oder eine Spezialisierung mit einem Kostenträger vorhanden ist.

a) Pflegebedürftige in jungem Alter
b) Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten
c) Menschen im Wachkoma
d) Menschen mit Schwerstbehinderung

e) Beatmungspflichte Bewohner
f) Menschen mit Suchterkrankungen
g) Zusätzlich steht eine Freitextfeld „Andere Bewohnergruppen“ zur Verfügung, in dem andere Spezialisierungen oder Versorgungsschwerpunkt angeben werden können, die hier nicht aufgelistet worden sind.

4. Bereich: Möglichkeiten des Kennenlernens der Einrichtung

4.1 Teilnahme an Mahlzeiten

Die Aussage „Möglichkeit der Teilnahme an Mahlzeiten vor dem Einzug:“ muss mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden.

4.2 Teilnahme an Gruppenaktivitäten

Die Aussage „Möglichkeit der Teilnahme an Gruppenaktivitäten vor dem Einzug:“ muss mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Eine Übersicht der Beschäftigungsangebote sollte vorhanden sein und potentiellen Nutzern steht eine Teilnahme oder Hospitation der Angebote zur Verfügung.

4.3 Probewohnen

Die Aussage „Möglichkeit des Probewohnens:“ muss mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Die Pflegeeinrichtung bietet im Rahmen des Entscheidungsprozesses bei der Auswahl einer Einrichtung durch potentielle Nutzer ein Angebot des Probewohnens an. Dieses beinhaltet mindestens eine Übernachtung innerhalb der Pflegeeinrichtung inklusive der Teilnahme an Mahlzeiten und ggf. die Unterstützung beim betreten und verlassen der Einrichtung durch das Personal.

4.4 Weitere Möglichkeiten

Bestehen weiter Möglichkeiten des direkten Kennenlernens der Einrichtung, werden diese in einem Freitextfeld näher beschrieben. Wenn keinen weiteren Möglichkeiten vorhanden sind wird die Aussage mit „Nein“ beantwortet.

5. Bereich: Gruppenangebote

Beispiele für vorhandene Gruppenangebote inklusive Angabe eines Turnus (wöchentlich, monatlich etc.) müssen in einem Freitextfeld aufgeführt werden.

6. Bereich: Externe/ Interne Dienstleistungen

Angaben welche Dienstleitungen durch die Einrichtung bzw. durch einen externen Dienstleister in den Räumlichkeiten der Einrichtung erbracht werden.

6.1 Zubereitung der Mahlzeiten

Die Antwortvorgabe „Zubereitung von Mahlzeiten“ muss mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden.

6.2 Mitwirkung der Bewohner bei der Mahlzeitenzubereitung

Die Antwortvorgabe „Die Bewohner können bei der Zubereitung der Mahlzeiten mitwirken“ muss mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Eine Mitwirkung umfasst die aktive Teilnahme der Bewohner an der Vor- und Zubereitung von Mahlzeiten innerhalb der Einrichtung.

7. Bereich: Zusätzliche kostenpflichtige Dienstleistungen

Angabe von zusätzlichen kostenpflichtigen Dienstleistungen, die durch die Einrichtung vermittelt werden und von Bewohnern in Anspruch genommen werden können, können in einem Freitextfeld eingegeben werden. Dazu gehören z. B. Friseur, Fußpflege, Fahrdienst außerhalb der Kassenleistung, Einkaufsmöglichkeiten etc.

8. Bereich: Religiöse Angebote

8.1 Räumlichkeiten

Wird die Antwortvorgabe zu „Räumlichkeiten zur Ausübung religiöser Aktivitäten“ mit „Ja“ beantwortet, steht ein Freitextfeld zur Verfügung in dem eine oder mehrere Konfessionen eingetragen werden können.

8.2 Seelsorger

Wird die Antwortvorgabe zu „Regelmäßiger Besuch eines Seelsorgers“ mit „Ja“ beantwortet, steht ein Freitextfeld zur Verfügung in dem eine oder mehrere Konfessionen eingetragen werden können. Der Begriff Seelsorger umfasst sowohl geistliche Würdenträger (z. B. Priester, Pfarrer, Imam etc.) als auch
Gemeindemitglieder der jeweiligen Religions- oder Glaubensgemeinschaft.

8.3 Weitere spirituelle Angebote

Wird die Antwortvorgabe zu „Weitere spirituelle Angebote“ mit „Ja“ beantwortet, steht ein Freitextfeld zur Verfügung in dem weitere Angaben erläutert werden.

9. Bereich: Einbeziehung und Unterstützung von Angehörigen

Textfeld zur Beschreibung der vorhandenen Möglichkeiten und Aktivitäten zur Einbeziehung der Angehörigen, z. B. Angehörigengruppen, Möglichkeit der Teilnahme an Mahlzeiten, Möglichkeiten der Einbindung in Aktivitäten (Feste, Feiern) etc.

10. Bereich: Kontakte der Einrichtung zum sozialen Umfeld/ Quartier

Textfeld zur Beschreibung der vorhandenen Anbindungen und Vernetzungen zum sozialen Umfeld und Quartier der Einrichtung. Dazu gehören z. B. Besuche oder Kooperationen mit Kindergärten, Schulen oder anderen öffentlichen Einrichtungen, Öffnung des Speiseangebotes für externe Nutzer, Musik- oder Kulturveranstaltungen, Verbindungen zu Vereinen etc.

11. Bereich: Personelle Ausstattung (im Bereich Pflege, Betreuung und Therapie)

11.1 Mitarbeiter/ Stellen

a) Angabe der Vollzeitstellen (Summe der Vollzeit und Teilzeitstellen, entsprechend der Vollzeitäquivalente (VZÄ)) in Pflege und Betreuung, die in der Pflegesatzverhandlung vereinbart sind. Die Angabe erfolgt mit einer Stelle nach dem Komma. Sowie die Angabe der Anzahl der Stellen in Pflege und Betreuung

b) Angabe des in der Pflegesatzverhandlung vertraglich vereinbarten Fachkräfteanteils in der Pflege in Prozent.

c) Angabe des vertraglich vereinbarten Verhältnisses (Quotient) aus der Bettenanzahl der Einrichtung (Zähler) und Vollzeitstellen (Nenner). Die Vollzeitstellen werden berechnet als Summe der Vollzeit- und Teilzeitstellen, entsprechend der Vollzeitäquivalente (VZÄ). Die Angabe erfolgt mit einer Stelle nach dem Komma.

d) Die Frage „Werden Mitarbeiter aus Zeitarbeitsfirmen beschäftigt?“ muss mit einer der folgenden Antwortvorgaben beantwortet werden:

- „Nein“, wenn die Einrichtung keine Mitarbeiter aus Zeitarbeitsfirmen in den letzten 6 Monaten beschäftig hat.
- „Regelmäßig“, wenn die Einrichtung mindestens einen Mitarbeiter einer Zeitarbeitsfirma dauerhaft oder über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten beschäftigt.
- „bei Bedarf“, wenn die Einrichtung mindestens einen Mitarbeiter einer Zeitarbeitsfirma zur Überbrückung von Krankheits- oder Urlaubszeiten in den letzten 6 Monaten beschäftigt hat.

e) Die Angabe „Fremdsprachenkenntnisse der Mitarbeiter“ muss mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Wird die Frage mit „Ja“ beantwortet steht zusätzlich ein Freitextfeld zur Verfügung in dem die Fremdsprachenkenntnisse angegeben werden können (z. B. türkisch, italienisch, russisch etc.).

11.2 Personalwechsel

a) Angabe der Anzahl von Mitarbeitern, die die Einrichtung in den letzten 6 Monaten verlassen haben. Dazu zählen Kündigungen von Arbeitnehmer- oder Arbeitgeberseite. Nicht gezählt werden Mitarbeiter die das Renteneintrittsalter erreicht haben sowie Mitarbeiter, die aufgrund von Mutterschaftsschutz oder Elternzeit freigestellt sind.

zu 11.2 Personalwechsel

b) Angabe der Anzahl der Mitarbeite die seit mehr als 5 Jahren in der Einrichtung beschäftigt sind. Die Angabe ist nur vorzunehmen, wenn die Einrichtung bereits länger als 5 Jahre existiert.

11.3 Stellen/ Vollzeitstellen mit Zusatzqualifikationen

Angabe der Anzahl der Stellen und Angabe der Vollzeitstellen (Summe der Vollzeit und Teilzeitstellen, entsprechend der Vollzeitäquivalente (VZÄ)) der Mitarbeiter mit Zusatzqualifikationen, die im Rahmen von Weiterbildungen erworben wurden. Dazu zählen nur staatlich anerkannte Weiterbildungen, aber keine Fortbildungen die z. B. innerhalb der Einrichtung durchgeführt wurden.
Folgende Zusatzqualifikationen können angegeben werden:

a) Gerontopsychiatrische Pflege
b) Palliativ- und Hospizpflege
c) Weitere Qualifikationen, können in einem Freitextfeld durch die Einrichtung angegeben werden (z. B. onkologische Pflege, verantwortliche Pflegefachkraft, Praxisanleitung etc.)

11.4 Angestellte Therapeuten

Die Frage „Hat die Einrichtung Mitarbeiter mit therapeutischer Ausbildung angestellt?“ muss mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden.

Wird die Frage mit „Ja“ beantwortet, steht ein Freitextfeld zur Verfügung in dem die Art der therapeutischen Ausbildung angegeben werden kann (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Kunst- oder Musiktherapie).

12. Bereich: Kooperationsvereinbarung

12.1 Ärzte/ Therapeuten

Die Frage „Bestehen vertraglich geregelte Kooperationsbeziehungen mit Ärzten/Therapeuten oder Organisationen?“ muss mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden.

Namentliche Nennung von einzelnen Ärzten, Therapeuten oder Organisationen (Versorgungsnetzwerke/ Gemeinschaftspraxen) mit denen vertraglich geregelte Kooperationen bestehen, können in einem Freitextfeld angegeben werden. Diese Angaben entsprechen den Informationen, die im Rahmen des gesetzlichen Auftrages nach § 114 Abs. 1 SGB XI an die Daten Clearing Stelle (DCS) übermittelt werden.

12.2 Krankenhäuser

Die Frage „Bestehen vertraglich geregelte Kooperationsbeziehungen mit Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen?“ muss mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden.

Namentliche Nennung von Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen mit denen eine vertraglich geregelte Kooperation besteht, können in einem Freitext angegeben werden.

Erfassungsbogen der qualitätsrelevanten Informationen über die Pflegeeinrichtung:

0.1 *Name der Einrichtung: (Freitextfeld)*

0.2 *Art der Einrichtung: bitte nur eine Angabe auswählen*

☐ vollstationäre Pflegeeinrichtung

☐ ambulanter Pflegedienst

☐ solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung

☐ solitäre Tagespflegeeinrichtung

☐ vollstationäre Pflegeeinrichtung mit Kurzzeitpflegeangebot

☐ vollstationäre Pflegeeinrichtung mit Tagespflegeangebot

0.3 *letzte Aktualisierung: Datum der Informationsbereitstellung (Analog zum Datum der Datenerfassung der Versorgungsergebnisse)*

1. Allgemeine Informationen über die Einrichtung
1.1 Anschrift: Straße: (Freitextfeld) Hausnummer: (Freitextfeld) Postleitzahl: (Freitextfeld) Ort: (Freitextfeld)
1.2 Telefon: (Freitextfeld) 1.2 Internetadresse: (Freitextfeld)
1.3 Kontaktperson der Einrichtung: (Freitextfeld) *Name und Funktion der Person*
1.4 Kontaktperson des Heimbeirats/Heimführsprecher: (Freitextfeld) *Name der Person*
1.5 a) Anzahl der Plätze gesamt: ____ 1.5 b) davon Anzahl der Plätze für Kurzzeitpflege: ____
1.6 a) Anzahl der Plätze in Einzelzimmern: ____ 1.6 b) Anzahl der Plätze in Doppelzimmern: ____
1.7 Entfernung zur nächsten Haltestelle (Bus, Straßenbahn usw.): **ca.** _____ **m** *Erläuterung: (Freitextfeld)*
1.8 Besteht die Möglichkeit, eigene Möbel mitzubringen? ☐ **JA** ☐ **NEIN** *Erläuterung: (Freitextfeld)*
1.9 Können die Bewohner Haustiere halten? ☐ **JA** ☐ **NEIN** *Erläuterung: (Freitextfeld)*

2. Ausstattung	
2.0 Baujahr der Einrichtung: _____ Letzte Renovierung/Modernisierung der Einrichtung: ____	
2.1 Ist ein Telefonanschluss im Bewohnerzimmer vorhanden?	☐ **JA** ☐ **NEIN**
2.2 Ist ein TV- bzw. Kabelanschluss im Bewohnerzimmer vorhanden?	☐ **JA** ☐ **NEIN**
2.3 Ist ein Internetzugang für Bewohner vorhanden?	☐ **JA** ☐ **NEIN**
2.4 Ist ein kabelloser Internetzugang (W-LAN) vorhanden?	☐ **JA** ☐ **NEIN**
2.5 Sind Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden? *Erläuterung: (Freitextfeld)*	☐ **JA** ☐ **NEIN**
2.6 Sind alle Wege/ Räume in der Einrichtung barrierefrei?	☐ **JA** ☐ **NEIN**
3. Spezialisierung/ Versorgungsschwerpunkt	
Für welche Bewohnergruppen sind in der Einrichtung Spezialisierungen oder Versorgungsschwerpunkte vorhanden?	
a) Pflegebedürftige in jungem Alter:	☐ **JA** ☐ **NEIN**
b) Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten:	☐ **JA** ☐ **NEIN**
c) Menschen im Wachkoma:	☐ **JA** ☐ **NEIN**
d) Menschen mit Schwerstbehinderung	☐ **JA** ☐ **NEIN**
e) Beatmungspflichtige Bewohner:	☐ **JA** ☐ **NEIN**
f) Menschen mit Suchterkrankungen:	☐ **JA** ☐ **NEIN**
g) Andere Bewohnergruppen:	☐ **JA** *Erläuterung: (Freitextfeld)* ☐ **NEIN**
4. Möglichkeit des Kennenlernens der Einrichtung	
4.1 Möglichkeit der Teilnahme an Mahlzeiten vor dem Einzug:	☐ **JA** ☐ **NEIN**
4.2 Möglichkeit der Teilnahme an Gruppenaktivitäten vor dem Einzug:	☐ **JA** ☐ **NEIN**
4.3 Möglichkeiten des Probewohnens:	☐ **JA** ☐ **NEIN**
4.4 Weitere Möglichkeiten: (*Freitextfeld*)	☐ **JA** ☐ **NEIN**

5. Gruppenangebote

Welche Gruppenangebote stehen den Bewohnern regelmäßig zu Verfügung?

Erläuterung: (Freitextfeld)

6. Externe/Interne Dienstleistungen

6.1 Zubereitung der Mahlzeiten innerhalb der Einrichtung ☐ **JA** ☐ **NEIN**

6.2 Die Bewohner können bei der Zubereitung der Mahlzeiten mitwirken ☐ **JA** ☐ **NEIN**

7. Zusätzliche kostenpflichtige Dienstleistungen

Welche kostenpflichtigen Dienstleitungen vermittelt die Einrichtung?

Erläuterung: (Freitextfeld)

8. Religiösen Angebote

8.1 Räumlichkeiten zur Ausübung religiöser Aktivitäten ☐ **JA** *Konfession: (Freitextfeld)*
☐ **NEIN**

8.2 Regelmäßiger Besuch eines Seelsorgers ☐ **JA** *Konfession: (Freitextfeld)*
☐ **NEIN**

8.3 Weitere spirituelle Angebote: *(Freitextfeld)* ☐ **JA** *Erläuterung:*
☐ **NEIN**

9. Einbeziehung und Unterstützung von Angehörigen

Welche Formen der Einbeziehung und Unterstützung von Angehörigen sind in der Einrichtung vorhanden?

Erläuterung: (Freitextfeld)

10. Kontakte der Einrichtung zum sozialen Umfeld/Quartier

Welche Kontakte bestehen zum direkten sozialen Umfeld oder dem Quartier der Einrichtung?

Erläuterung: (Freitextfeld)

11. Personelle Ausstattung (im Bereich Pflege, Betreuung und Therapie)

11.1 Mitarbeiter/Stellen

a) ___ Vollzeitstellen (VZÄ) in Pflege und Betreuung insgesamt

___ Stellen in Pflege und Betreuung insgesamt

b) ___ **%** Fachkräfteanteil in der Pflege

c) ___ Bewohner je Vollzeitstelle

d) Werden Mitarbeiter aus Zeitarbeitsfirmen beschäftigt? ☐ **NEIN**
☐ **Regelmäßig**
☐ **bei Bedarf**

e) Fremdsprachenkenntnisse der Mitarbeiter ☐ **JA** *Sprachen: (Freitextfeld)* ☐ **NEIN**
11.2 Personalwechsel
a) ___ Mitarbeiter, die in den letzten 6 Monaten das Unternehmen verlassen haben
b) ___ Mitarbeiter, die seit mindesten 5 Jahren in der Einrichtung beschäftigt sind
11.3 Stellen/ Vollzeitstellen mit Zusatzqualifikationen
a) ___ Vollzeitstellen (VZÄ) in der Gerontopsychiatrische Pflege
___ Anzahl der Stellen in der Gerontopsychiatrischen Pflege
b) ___ Vollzeitstellen (VZÄ) in der Palliativ- und Hospizpflege
___ Anzahl der Stellen in der Gerontopsychiatrischen Pflege
d) ___ *Weitere Qualifikation: (Freitextfeld)*
11.4 Angestellte Mitarbeiter mit therapeutischer Ausbildung
Hat die Einrichtung Mitarbeiter mit therapeutischer Ausbildung angestellt? ☐ **JA** ☐ **NEIN** Welche? *Erläuterung wenn JA: (Freitextfeld)*
12. Kooperationsvereinbarungen
12. 1 Bestehen vertraglich geregelte Kooperationsbeziehungen mit Ärzten/Therapeuten oder Organisationen? ☐ **JA** ☐ **NEIN** *Erläuterung: (Freitextfeld) Name der Ärzteorganisation*
12.2 Bestehen vertraglich geregelte Kooperationsbeziehungen mit Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen: ☐ **JA** ☐ **NEIN** *Erläuterung: (Freitextfeld) Name des Krankenhauses/der Einrichtung*

Anhang 6:
Hinweise zur Datenaufbereitung und Datenübermittlung (Stand: 15. September 2017)

Dieser Anhang enthält den Abschnitt zur *Datenaufbereitung und Datenübermittlung* wie er im zweiten Zwischenbericht vom 15. September 2017 abgedruckt ist. Zum Abschlussbericht gibt es aus Sicht der Auftragnehmer aus dem Projekt heraus keinen weiteren Anpassungsbedarf, daher wurde dieser Abschnitt nicht weiter ergänzt oder überarbeitet, abgesehen von redaktionellen Änderungen (v.a. Verweise) . Seit Januar 2018 läuft ein Vergabeverfahren mit wettbewerblichem Dialog für die Datenauswertungsstelle, der eine zentrale Rolle in der Datenaufbereitung und -übermittlung zugeschrieben werden soll. Dieses Verfahren ist zum Zeitpunkt der Abgabe des Abschlussberichtes noch nicht abgeschlossen. In dem wettbewerblichen Dialogverfahren könnten sich bereits Änderungen oder Konkretisierungen ergeben haben. Dieser Abschnitt entspricht daher möglicherweise nicht mehr dem aktuellen Stand.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis ... 3
Abbildungsverzeichnis ... 3
1. Datenaufbereitung und Datenübermittlung ... 4
1.1 Darlegung der maßgeblichen Aufgabenstellung ... 4
1.2 Vorgehen ... 5
1.2.1 Recherche ... 5
1.2.2 Workshop mit Experten aus dem Bereich der Pflegeheime ... 6
1.2.3 Workshop mit Experten aus dem Bereich der Prüfdienste ... 7
1.2.4 Workshop mit der Expertengruppe der Selbstverwaltung ... 7
1.3 Ziele und Bestandteile einer Spezifikation ... 8
1.4 Zu erhebende Daten ... 8
1.5 Pseudonymisierung der Bewohnerdaten gem. § 113 Abs. 1a S. 3 SGB XI ... 9
1.5.1 Pseudonymisierung im SGB V ... 10
1.5.2 Einrichtungsübergreifende Pseudonyme bei den Indikatoren gem. SGB XI ... 10
1.5.3 Lebenslange Versichertennummer als Datum zur Pseudonymisierung ... 11
1.5.4 Weitere Optionen für die Pseudonymisierung ... 11
1.5.5 Empfehlung zum Pseudonymisierungsverfahren ... 12
1.6 Datenerfassung und -übermittlung durch die Pflegeheime ... 13
1.6.1 Technische Rahmenbedingungen ... 14
1.6.2 Vorschläge zu Datenerfassung und -übermittlung ... 14
1.6.3 Zwischenformen ... 16
1.6.4 Ergänzungslösung Standalone-Software ... 17
1.6.5 Fehlerprüfung und Rückprotokollierung ... 18
1.6.6 Nutzerregistrierung und -verwaltung ... 18
1.7 Verschlüsselung der Datenlieferungen ... 18
1.8 Erhebungszeiträume und -stichtage ... 19
1.9 Übermittlungs- und Korrekturzeiträume ... 21
1.10 Vollzähligkeitsprüfung Pflegeheime ... 22
1.11 Vollzähligkeitsprüfung Bewohner ... 22
1.12 Indikatorauswertungen gem. § 113 Abs. 1b SGB V ... 23
1.13 Prüfempfehlung der Auswertungsstelle ... 24
1.14 Stichprobe für die Prüfdienste ... 24
1.15 Ergebnisveröffentlichung ... 24
1.15.1 Option 1: Datenannahme, Erstellung und Veröffentlichung durch DCS ... 25
1.15.2 Option 2a: Datenannahme durch DCS, Erstellung durch Auswertungsstelle, Veröffentlichung durch DCS 26
1.15.3 Option 2b: Datenannahme durch DCS, Erstellung und Veröffentlichung durch Auswertungsstelle ... 27
1.15.4 Option 3: Datenannahme, Erstellung und Veröffentlichung durch Auswertungsstelle ... 28
1.16 Gesamtprozess ... 29
1.17 Weitere Empfehlungen ... 30
1.17.1 Schulungskonzept für die Pflegeheime ... 31
1.17.2 Support ... 32
1.17.3 Einbindung der Prüfdienste ... 32
1.17.4 Weiterentwicklung der Spezifikation ... 33
1.17.5 Sekundäre Datennutzung ... 34
1.18 Aufgaben der Auswertungsstelle ... 34

1.19 Empfehlungen zur Implementierung 38
1.20 Anforderungen an die Auswertungsstelle 40
Literatur 41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Eingeladene Einrichtungsträgerverbände 6
Tabelle 2: Eingeladene Prüfdienste 7
Tabelle 3: Beteiligung der Auswertungsstelle an der Entwicklung und Implementierung der Qualitätssicherung 35
Tabelle 4: Beteiligung der Auswertungsstelle an der Durchführung der Qualitätssicherung 36
Tabelle 5: Implementierungsstufen und -abhängigkeiten 39

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Optionen der Datenerfassung und –übermittlung 17
Abbildung 2: Erhebungszeitraum und -stichtag, Übermittlungs- und Korrekturzeitraum 19
Abbildung 3: Spezifikationsüberschneidungen bei freier Wahl der Erhebungsstichtage 20
Abbildung 4: Spezifikationsgültigkeit bei festen Erhebungsstichtagen 21
Abbildung 5: Option 1: Datenannahme, Erstellung und Veröffentlichung durch DCS 26
Abbildung 6: Option 2a: Datenannahme durch DCS, Erstellung durch Auswertungsstelle, Veröffentlichung durch DCS 27
Abbildung 7: Option 2b: Datenannahme durch DCS, Erstellung und Veröffentlichung durch Auswertungsstelle 28
Abbildung 8: Option 3: Datenannahme, Erstellung und Veröffentlichung durch Auswertungsstelle 28
Abbildung 9: Gesamtprozess 30
Abbildung 10: Weiterentwicklung der Spezifikation 33

1. Datenaufbereitung und Datenübermittlung

1.1 Darlegung der maßgeblichen Aufgabenstellung

Im Arbeitspaket „Entwicklung des Verfahrens zur Datenaufbereitung und -übermittlung“ wurden Empfehlungen zur Spezifikation des Gesamtverfahrens entwickelt. Dieser Abschnitt des vorliegenden zweiten Zwischenberichts beinhaltet:

- die Darlegung und Erläuterung der für dieses Arbeitspaket maßgeblichen Aufgabenstellung
- eine zusammenfassende Beschreibung des für dieses Arbeitspaket gewählten methodischen Vorgehens
- die Benennung und Definition von Empfehlungen für die Spezifikation des entwickelten Erhebungsinstruments
- Vorschläge zur Spezifikation, auf deren Basis eine Software zur Nutzung der entwickelten Instrumente programmiert werden kann
- Vorschläge für die Formulierung von Anforderungen an eine IT-technische Umsetzung in Bezug auf die Indikatoren für die Ergebnisqualität sowie eine Erläuterung der Relevanz entsprechender Anforderungen für eine IT-technische Umsetzung der Qualitätsprüfung
- eine Darstellung der Datenflüsse und deren Beschreibung

Das Arbeitspaket setzt sich also aus mehreren Elementen zusammen. Es mussten alle Teilprozesse sowohl der Indikatoren als auch der externen Prüfungen betrachtet werden. Für die Teilprozesse waren dann Lösungsvorschläge zu entwickeln, die die technische Umsetzung des Gesamtverfahrens hinsichtlich eines späteren Regelbetriebs ermöglichen. Dabei sollten insbesondere bereits vorliegende Ergebnisse aus dem MoPIP-Bericht und bereits vorhandene technische Strukturen zur Datenübermittlung zwischen Prüfinstitutionen, Landesverbänden der Pflegekassen (LV-PK) und Pflegeheimen berücksichtigt werden. Zum Arbeitspaket gehören auch Vorschläge zur Prüffrequenz und den Erhebungszeiträumen für die indikatorgestützte Qualitätsmessung und die externen Qualitätsprüfungen. Im Ergebnis sollen konkrete Vorschläge zur Spezifikation der IT-technischen Umsetzung hinsichtlich folgender Fragen gemacht werden:

- Welche Daten werden für die Qualitätssicherung erhoben?
- Wie werden sie an welche Stelle übermittelt?
- Welche Prüfalgorithmen kommen dabei ggf. zur Anwendung?
- Wie sind die Daten(lieferungen) ggf. zu verschlüsseln?
- Wie sind die Datensätze ggf. zu pseudonymisieren?

Schließlich sollten aus den zuvor gewonnenen Erkenntnissen und den daraus resultierenden Vorschlägen die Anforderungen für die auszuschreibende, fachlich unabhängige Institution nach § 113 Abs. 1b SGB XI (Auswertungsstelle) formuliert werden. Insbesondere die Zusammenfassung der Aufgaben in Abschnitt 1.18 lässt die Komplexität erkennen, die mit der Einführung der indikatorgestützten Qualitätsmessung im Bereich der stationären Pflege und dem damit verbundenen Aufbau der fachlich unabhängigen Institution nach § 113 Abs. 1b SGB XI verbunden ist. Diese Komplexität resultiert dabei sowohl aus den Aufgaben der Institution an sich als auch aus der Vielfalt der einzubeziehenden Partner. Durch die Auftraggeber sind einige grundlegende Weichenstellungen vorzunehmen, die zusätzlich Einfluss auf die konkrete spätere Ausgestaltung haben werden. Aus diesen Gründen werden die Ausführungen in diesem Bericht an vielen Stellen anhand der gelieferten Informationen eine Entscheidungsbasis schaffen und die einzuschlagende Richtung empfehlen.

1.2 Vorgehen

Die Auftragnehmer haben in diesem Arbeitspaket zunächst allgemeine Recherchen zur Erstellung einer Ist-Analyse durchgeführt und diese Recherchen in zwei Workshops Experten aus den Bereichen „Pflegeheime“ und „Prüfdienste“ vorgestellt und diskutiert. Die Ergebnisse wurden der Expertengruppe Selbstverwaltung vorgestellt und dort wiederum diskutiert. Da die während der Recherchen und der Workshops gewonnenen Erkenntnisse im nachfolgenden Prozess naturgemäß Änderungen unterlagen, wird an dieser Stelle auf eine detaillierte Darstellung der Workshops verzichtet. Vielmehr werden lediglich die Rahmenbedingungen wiedergegeben, Verlauf und Ergebnisse des Prozesses lassen sich dann an den einzelnen Empfehlungen ablesen.

1.2.1 Recherche

Die Recherche hatte eine Ist-Analyse zum Ziel, um

- sich einen Überblick über die Softwarelandschaft im Bereich der stationären Pflege zu verschaffen
- sich dabei insbesondere mit den Erkenntnissen aus dem MoPIP-Projekt vertraut zu machen
- sowie bereits vorhandene technische Strukturen zu betrachten.

Dabei wurde insbesondere, aber nicht ausschließlich, auf die Informationen auf den Internetseiten PflebIT – Pflegeinformatik in der Praxis[1] und SoftGuide® – der Softwareführer[2] zurückgegriffen. Darüber hinaus wurden zahlreiche persönliche Informationsgespräche mit Softwareanbietern auf der Leitmesse Altenpflege/Zukunftstag Altenpflege 2017 und der Fachmesse Connecting Health-IT (conhIT) 2017 geführt. Konkrete, strukturierte Befragungen der Softwareanbieter konnten wegen einer Einschränkung in der Beauftragung nicht durchgeführt werden, die die direkte Einbeziehung einzel-

[1] http://www.pflebit.de

[2] http://www.softguide.de

ner Softwareanbieter ausschloss. Umso bedeutender waren daher für die Erfüllung des Auftrags die drei geplanten Workshops und die Vorarbeiten aus dem Projekt MoPIP sowie die Gespräche mit dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), der maßgeblich für den Betrieb der DatenClearingStelle im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen zuständig ist. Aus den Recherchen ergaben sich folgende neue Aufgaben für die Pflegeheime (PH) bzw. die Prüfdienste (PD):

- Prüfung, für welche Bewohner vollständige Daten zu erheben sind, für die also keine Ausschlusskriterien (z.B. Versterben im Betrachtungszeitraum) vorliegen (PH)
- Erfassung und Bereitstellung aller erforderlichen Daten aller vollständig zu dokumentierenden Fälle (Bewohner) (PH)
- Bereitstellung reduzierter Datensätze (Minimaldatensätze) für Bewohner, deren Daten aufgrund von Ausschlusskriterien nicht vollständig zu dokumentieren sind (PH)
- Übermittlung der Indikatordaten an die Auswertungsstelle (PH)
- Übermittlung der Strukturdaten und der qualitätsrelevanten Informationen (Zusatzinformationen, PH)
- Pseudonymisierung der Bewohnerdaten (PH)
- Übernahme der von der Auswertungsstelle gezogenen Stichprobe (PD)
- Durchführung der externen Prüfungen nach neuen Vorgaben (PD)

1.2.2 Workshop mit Experten aus dem Bereich der Pflegeheime

Der Workshop „Anforderungen an die IT-technische Umsetzung aus Sicht der Pflegeheime“ fand am 1. August 2017 in den Räumlichkeiten des aQua-Instituts in Göttingen statt. Im Vorfeld dazu hatten die einbezogenen Einrichtungsträgerverbände eine Beschreibung der Inhalte übermittelt bekommen sowie die Bitte, geeignete Personen für die Teilnahme zu benennen, die sich dann an einer Terminabstimmung beteiligen sollten.

Tabelle 1: Eingeladene Einrichtungsträgerverbände

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.
Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V.
Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V.
Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e.V.
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Deutscher Caritasverband e.V.
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V.
Deutsches Rotes Kreuz e.V.
Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.

Spätere Informationen (Termin, Einladung) wurden jeweils auch an diejenigen Verbände geschickt, die sich auf die vorherigen Anfragen nicht gemeldet hatten, um ihnen weiterhin eine Teilnahme zu ermöglichen. Darüber hinaus wurde dem Bestreben der Auftraggeber Rechnung getragen, nicht bei einzelnen Softwareanbietern, sondern bei Verbänden von Softwareanbietern wegen einer Teilnahme anzufragen. Aus diesem Grunde wurden Einladungen an den Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e.V. und den Fachverband Informationstechnologie in Sozialwirtschaft und Sozialverwaltung e.V. (FINSOZ) geschickt. Zudem wurde bereits frühzeitig mit dem vdek dessen Teilnahme, sozusagen als Vertretung der DatenCearingStelle, vereinbart.

1.2.3 Workshop mit Experten aus dem Bereich der Prüfdienste

Der Workshop „Anforderungen an die IT-technische Umsetzung aus Sicht der Prüfdienste“ fand am 2. August 2017 in den Räumlichkeiten des aQua-Instituts in Göttingen statt. Dazu hatten die Projektpartner im Vorfeld den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) angesprochen und ihn um die Herstellung des Kontaktes zu geeigneten Ansprechpartnern in den einzelnen Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) und dem Prüfdienst des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Prüfdienst, gemeinsam im Folgenden als Prüfdienste bezeichnet) gebeten. Die vom MDS genannten Prüfdienste (s. Tabelle 2) wurden kontaktiert und um eine Terminabstimmung gebeten. Auch für diesen Workshop wurde wiederum mit dem vdek dessen Teilnahme verabredet.

Tabelle 2: Eingeladene Prüfdienste

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK Bayern)
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (MDK Niedersachsen)
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nord (MDK Nord)
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK Rheinland-Pfalz)
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung im Freistaat Sachsen e.V. (MDK Sachsen)
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
Prüfdienst des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Prüfdienst)

1.2.4 Workshop mit der Expertengruppe der Selbstverwaltung

Für den dieses Arbeitspaket abschließenden Workshop mit der Expertengruppe Selbstverwaltung wurden ein Termin vereinbart sowie Informationen zu den geplanten Inhalten gegeben, sodass vonseiten der teilnehmenden Institutionen aus ihrer Sicht geeignete Teilnehmer angemeldet werden konnten. Der Workshop fand am 1. September 2017 in den Räumlichkeiten des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen gemäß § 217 a SGB V (GKV-SV) in Berlin statt.

1.3 Ziele und Bestandteile einer Spezifikation

Aus Sicht der Auftragnehmer werden mit einer Spezifikation die folgenden Ziele verfolgt:

- Benennung der zu erhebenden Daten
- Gewährleistung valider und vergleichbarer Daten durch die einheitliche Festlegung von Datenfeldbeschreibungen, Ausfüllhinweisen, technische Plausibilitätsregeln und Datenübermittlungsverfahren inklusive Rückprotokollierungen
- Ermöglichung einer effizienten Software-Implementierung und Systempflege durch einheitliche Vorgaben (z.B. Export- und Datenformate) und Nutzung vorhandener Strukturen/Prozesse
- Schnittstellenbeschreibungen
- Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit durch die Festlegung von Pseudonymisierungs- und ggf. Verschlüsselungsverfahren, sofern erforderlich
- Gewährleistung von Vollzähligkeit und Vollständigkeit der Datensätze mithilfe von Sollstatistiken und datenfeld-/datensatzübergreifenden Prüfungen
- Ermöglichung eines reibungslosen Ablaufes von der Festlegung der Inhalte bis hin zur Datenverarbeitung in der Auswertungsstelle mithilfe einer Releaseplanung, die sowohl alle Prozesse und Beteiligte berücksichtigt als auch ein Fehlermanagement beinhaltet

Aus technischer Sicht sind damit die Hauptaufgaben der zu beauftragenden Auswertungsstelle umrissen und werden in den folgenden Abschnitten weiter ausgeführt. Grundsätzlich sollen dabei durch eine spezifizierende Stelle – die Auswertungsstelle – folgende Bestandteile veröffentlicht werden:[3]

- Spezifikation in maschinenlesbarer Form (z.B. Access- oder SQL-Datenbank) für die Umsetzung durch Softwareanbieter und die Auswertungsstelle selbst
- Spezifikation in menschenlesbarer Form (Technische Dokumentationen, Anwenderinformationen, Änderungsübersicht zur jeweiligen Vorversion, Ausleitungen von Dokumentationsbögen und Ausfüllhinweise, Versionsübersicht der Einzelkomponenten)

1.4 Zu erhebende Daten

Die für die Indikatorberechnungen im Detail zu erhebenden Daten finden sich in Anlage 5[4]. Dabei ist davon auszugehen, dass sich diese Datensatzbeschreibung, die unbedingt Teil einer technischen Spezifikation der Auswertungsstelle sein muss, bis zum Abschlussbericht dieses Projekts und möglicherweise auch danach noch ändern wird. Entsprechend gilt für die genannten technischen Plausibilitätsprüfungen, für die konkreten Datenfelder sowie für weitere Bestandteile und Inhalte der Spezifikati-

[3] Wenn der Einfachheit halber von der Auswertungsstelle als der spezifizierenden Stelle gesprochen wird ist dabei nicht außer Acht gelassen, dass sie nur vorschlagende und ausführende Stelle ist, während der Beschluss der Vorgaben selbstverständlich durch die Selbstverwaltung erfolgt.

[4] Im Abschlussbericht ist die aktuelle Datensatzbeschreibung im Anhang 1 zu finden.

on (z.B. Ausfüllhinweise), dass eine Konkretisierung beispielsweise von weiterführenden Beratungsergebnissen, technischen Anforderungen und Möglichkeiten (z.B. die Festlegung von Wertebereichen, um valide Daten zu erhalten) oder Erfahrungen bei der Implementierung und Nutzung abhängig ist, sodass die für die Einführung letztgültige Datensatzbeschreibung und Spezifikationserstellung sowie deren Pflege im Regelbetrieb (z.B. Erweiterung um neue Datenfelder im Falle einer Berücksichtigung weiterer Indikatoren, Ergänzung von Eingabemöglichkeiten für besondere Fälle nach Rückmeldung der Dokumentierenden) eine Hauptaufgabe der Auswertungsstelle sein wird.

1.5 Pseudonymisierung der Bewohnerdaten gem. § 113 Abs. 1a S. 3 SGB XI

Gemäß § 113 Abs. 1a Satz 3 SGB XI sind im indikatorgestützten Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung „personenbezogene Daten von Versicherten vor der Übermittlung an die fachlich unabhängige Institution nach Abs. 1b zu pseudonymisieren. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs durch die fachlich unabhängige Institution nach Abs. 1b ist ausgeschlossen.“ Gemäß Satz 4 ist ferner ein Datenschutzkonzept mit den zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden abzustimmen. Hierbei geht es um die Pseudonymisierung der Bewohnerdaten, die zum Zwecke der Indikatorauswertungen an die Auswertungsstelle übermittelt werden. Gleichzeitig müssen die Pflegeheime im Rahmen der externen Prüfungen Datensätze und Bewohner über ein solches Pseudonym wieder miteinander in Verbindung bringen können. Dies gilt auch für die Prüfdienste, die Indikatordaten einzelner Bewohner als Stichprobe zur Unterstützung bei ihren externen Prüfungen erhalten sollen, die also eine Verbindung zwischen den ihnen pseudonymisiert zur Verfügung gestellten Datensätzen der Auswertungsstelle und dem konkreten Bewohner eines Pflegeheims herstellen können müssen.

Trotz Pseudonymisierung müssen die Datensätze einzelner Bewohner, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben werden, durch die Auswertungsstelle zusammenführbar sein, da es sich zumindest bei einem Teil der vorgeschlagenen Indikatoren um Follow-up-Indikatoren handelt, die eine Entwicklung über mindestens zwei getrennt erhobene Zeitpunkte betrachten sollen. Damit ist klar, dass ein solches Pseudonym über den Zeitverlauf hinweg eindeutig sein muss.

Eine zweite Anforderung kann theoretisch, analog zu einigen Verfahren in der externen gesetzlichen Qualitätssicherung gem. SGB V, darin bestehen, dass Datensätze zweier verschiedener Datenlieferanten (zwei verschiedene Pflegeheime) zusammengeführt werden müssen und die Bewohner folglich nicht nur im Zeitverlauf, sondern auch einrichtungsübergreifend eindeutige Pseudonyme zugewiesen bekommen müssten. Eine solche Pseudonymisierung kann nur zentral an einer Stelle oder dezentral, dann aber mit einheitlichen Vorgaben für alle infrage kommenden Datenlieferanten umgesetzt werden, wobei letztere Variante datenschutzrechtlich ungeeignet erscheint, da dann sehr viele Stellen (in diesem Fall jedes Pflegeheim) das Pseudonymisierungsgeheimnis kennen müssten.

1.5.1 Pseudonymisierung im SGB V

Im Bereich des SGB V und dessen einschlägigen Richtlinien[5] wird zur Verknüpfung bei Follow-up-Indikatoren grundsätzlich die „Lebenslange Versichertennummer“ nach § 290 SGB V in pseudonymisierter Form verwendet. Dabei wird die Nummer zwar verfahrensbezogen mit unterschiedlichen Geheimnissen, aber innerhalb der einzelnen Verfahren immer mit demselben Geheimnis durch die sog. Vertrauensstelle nach § 299 SGB V pseudonymisiert. Auf dieser Basis können Datensätze der Patienten verfahrensbezogen zusammengeführt werden, unabhängig davon, ob sie aus einem Krankenhaus, einer Arztpraxis oder von einer Krankenkasse stammen. Die Notwendigkeit einer Vertrauensstelle beruht also darauf, dass Patienten einrichtungsübergreifend nachverfolgt werden sollen, um einen Behandlungserfolg oder Komplikationen einrichtungs- und sektorenübergreifend dokumentieren und vor allem patientenbezogen pseudonymisiert auswerten zu können, und dass zum anderen keine beteiligte Institution (Datenannahmestelle, Vertrauensstelle, Bundesauswertungsstelle) gleichzeitig Einblick in alle relevanten Daten (patientenidentifizierende Daten und Behandlungsdaten) zu einer Person haben darf.

1.5.2 Einrichtungsübergreifende Pseudonyme bei den Indikatoren gem. SGB XI

Die vorgeschlagenen Indikatoren für die Ergebnisqualität bedürfen, wie bereits dargestellt, eines im Zeitverlauf gleichbleibenden Pseudonyms für die Bewohner. Die Pseudonyme müssen jedoch nicht den Zweck der einrichtungsübergreifenden Pseudonymisierung erfüllen. Natürlich ist der Fall denkbar, dass ein Bewohner das Pflegeheim wechselt. Dies könnte insoweit dafür sprechen, dass ein einrichtungsübergreifendes Pseudonym analog zum SGB V notwendig ist. Der Unterschied zum SGB V liegt jedoch in der Ausgestaltung der Indikatoren bzw. in der Verantwortlichkeit für gute (oder schlechte) Qualität der erbrachten Leistungen. Im Bereich des SGB V hat der Erbringer einer initialen Leistung, z.B. einer Operation, mit der Qualität seiner Leistungserbringung unmittelbaren Einfluss auf das spätere Gesamtergebnis. Er muss bei Follow-up-Indikatoren also für die Qualitätssicherung unmittelbar erkennbar bleiben, wobei der Patient mit seiner pseudonymisierten Versichertennummer das Bindeglied ist. Auf Basis dieser Verknüpfung werden die Datensätze zur Berechnung der Follow-up-Indikatoren für den Leistungserbringer (in diesem Falle den Operateur) zusammengeführt und berechnet.

Die Ausgestaltung der vorgeschlagenen Indikatoren für den Bereich der stationären Pflege zielt zwar teilweise ebenfalls auf die Ergebnisqualität ab. Allerdings erfolgt keine kausale Verknüpfung von (gu-

[5] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern), http://www.g-ba.de/downloads/62-492-1280/QSKH-RL_2016-07-21_iK-2017-01-01.pdf; Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 136 Abs.1 Nr.1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung – Qesü-RL), http://www.g-ba.de/downloads/62-492-1423/Qesue-RL_2017-04-20_iK_2017-07-08.pdf

ter oder schlechter) Leistungserbringung, die der regelhaften Auswertung von Erhebungen in zwei unterschiedlichen Einrichtungen bedarf. Anders gesagt: Wechselt ein Bewohner das Pflegeheim, messen die Indikatoren keine einrichtungsübergreifenden Kausalitäten. Insoweit messen die vorgeschlagenen Follow-up-Indikatoren zwar bewohnerbezogen die Kausalitäten auf Ebene des einzelnen Pflegeheims über einen bestimmten Zeitraum hinweg („Wie verändert sich der Zustand des Bewohners im Heim?“), aber nicht, welchen Einfluss die (gute oder schlechte) Qualität der Versorgung eines Bewohners in einem vorhergehenden Pflegeheim auf den Zustand derselben Person im aktuellen Heim hat. Nach einem Umzug beginnt also jeweils ein neuer, einrichtungsbezogener Follow-up-Zyklus für den Bewohner.

1.5.3 Lebenslange Versichertennummer als Datum zur Pseudonymisierung

Ein mögliches Datum zur Pseudonymisierung könnte, wie im Bereich des SGB V, die lebenslange Versichertennummer sein. Diese Variante hat aber mehrere Nachteile:

- die Versichertennummer wäre in den Datensatz aufzunehmen, was bislang nicht geplant ist, da inhaltlich für die Indikatoren an sich nicht notwendig
- die Versichertennummer ist als unmittelbar personenbeziehbares Datum zu betrachten und wäre aus Sicht der Auftragnehmer demnach zwingend durch eine Vertrauensstelle analog zum SGB V zu pseudonymisieren, was insgesamt den technischen und letztlich auch finanziellen Aufwand für das Verfahren erhöht, zumal nicht nur eine Pseudonymisierung auf dem Weg vom Pflegeheim zur Auswertungsstelle stattfinden müsste, sondern auch eine Depseudonymisierung, damit sich die PD die zu den Bewohnern der Indikatorstichprobe gehörenden Unterlagen vorlegen lassen können
- ein weiterer Punkt, der gegen die lebenslange Versichertennummer spricht, ist die Tatsache, dass nicht alle Bewohner zwingend eine solche Nummer haben, insbesondere nicht Privatversicherte

Aus Sicht der Auftragnehmer, bestätigt durch die drei Workshops, ist die lebenslange Versichertennummer als Datum der Pseudonymisierung nicht geeignet und die Suche nach Alternativen unvermeidlich.

1.5.4 Weitere Optionen für die Pseudonymisierung

Wie dargestellt, muss ein einrichtungsübergreifender Bezug durch das Pseudonym nicht herstellbar sein. Es ist ausschließlich ein einrichtungsintern im Zeitverlauf eindeutiges Pseudonym zu gewährleisten, das zum einen der Zusammenführung der Datensätze in der Auswertungsstelle und zum anderen der Identifizierung von Bewohnern im Rahmen der externen Prüfung dient. Dies kann mit einer dezentralen Pseudonymisierung durch die Pflegeheime erreicht werden.

Die einfachste Variante sind Zuordnungslisten, die jedem Bewohner eine laufende Nummer zuordnen, die wiederum nur genau einmal verwendet werden darf. Diese Listen wären durch die Pflegeheime zu führen und zu verwahren, das Pseudonym jedes Bewohners wäre dann mit seinem Datensatz an die Auswertungsstelle zu übermitteln. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass die Auswertungsstelle zu jedem Datensatz eines Bewohners ein Pseudonym erhält, das sie mangels Kenntnis der Listen des Pflegeheims keinem von ihr bestimmbaren Bewohner zuordnen kann, welches ihr aber dennoch die Zusammenführung der Datensätze eines konkreten Bewohners über den Zeitverlauf hinweg ermöglicht. Dieses Verfahren würde dem Vorgehen in der externen stationären Qualitätssicherung nach SGB V gemäß Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern[6] ähneln, wo in Verfahren, die keine Zusammenführung verschiedener Datensätze vorsehen, eine (allerdings durch die Krankenhaussoftware automatisch erzeugte) Vorgangsnummer erfasst wird, die keinem Beteiligten außerhalb der Krankenhäuser Rückschlüsse auf die Identität des Patienten ermöglicht, die aber die Identifizierung eines Falles durch das Krankenhaus im Rahmen des sogenannten Strukturierten Dialogs ermöglicht.

Der Nachteil dieser einfachen Variante zur Verknüpfung mehrerer Datensätze desselben Bewohners ist die Fehleranfälligkeit. So können beim Führen der Listen und bei der Übertragung der Nummern in die Dokumentation Fehler passieren, die der Auswertungsstelle nicht auffallen und die in der Folge zur Zusammenführung nicht zusammengehöriger Datensätze führen können. Solche Fehler würden erst spät im Prozess bemerkt werden können, nämlich dann, wenn sich bei der Zusammenführung bzw. der Auswertung der Datensätze Unplausibilitäten ergeben. Ein zweiter Nachteil besteht darin, dass allein das Pflegeheim die Richtigkeit eines Pseudonyms sicherstellen kann. Dies würde im Rahmen der externen Prüfungen durch die PD zur Situation führen, dass Prüfer sich die Daten zu einem bestimmten Pseudonym der durch die Auswertungsstelle gezogenen Stichprobe vorlegen lassen würden, dabei aber gar nicht beurteilen könnten, ob ihnen tatsächlich die Unterlagen und Daten des richtigen Bewohners vorgelegt werden.

1.5.5 Empfehlung zum Pseudonymisierungsverfahren

Die Auftragnehmer haben auch den Datensatz für die Indikatoren auf ein darin enthaltenes Datum hin überprüft, das Verwendung finden könnte. Aus ihrer Sicht gibt es kein einzelnes Datum, das gleichzeitig über den Zeitverlauf unveränderlich und eindeutig ist. Allerdings sind drei unveränderliche Daten in dem Datensatz enthalten, die zur Auswertung herangezogen werden und somit in jedem Datensatz enthalten sind, nämlich

[6] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern), http://www.g-ba.de/downloads/62-492-1280/QSKH-RL_2016-07-21_iK-2017-01-01.pdf

- Geburtsmonat und -jahr
- Geschlecht
- Datum des Heimeinzugs (vollstationär)

Jedes dieser drei Daten ist für sich genommen ist zwar über den Zeitverlauf unveränderlich, aber nicht eindeutig. Eine Kombination der drei Daten allerdings dürfte, bezogen auf ein einzelnes Pflegeheim und seine Bewohner, mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eindeutig sein. Dieser Vorschlag bietet mehrere Vorteile:

- Es ist keine Vertrauensstelle notwendig, da die Auswertungsstelle anhand dieser Daten keinen Personenbezug herstellen kann.
- Diese Daten sind zwar Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person im Sinne des § 3 Abs. 1 BDSG, aber keine unmittelbar personenbeziehbaren Daten wie etwa Versichertennummer oder Name.
- Es werden keine Daten verwendet, die nicht ohnehin aufgrund inhaltlicher Notwendigkeiten im Datensatz enthalten (und somit der Auswertungsstelle und letztlich auch den PD bekannt) sind, mithin angesichts dieser Notwendigkeit also einer datenschutzrechtlichen Abwägungsprüfung standhalten dürften.
- Unplausible Angaben lassen sich durch Abgleiche zwischen dem Feld „Pseudonym“ einerseits und den drei im Datensatz enthaltenen Einzelfeldern „Geburtsmonat und -jahr“, „Geschlecht“ und „Datum des Heimeinzugs (vollstationär)“ andererseits sowohl bei der Eingabe durch das Pflegeheim, als auch bei der Datenannahme durch die Auswertungsstelle und durch den Prüfer vor Ort anhand der vorgelegten Unterlagen prüfen.
- Das genaue Vorgehen kann über die Auswertungsstelle spezifiziert werden und ist dabei gleichzeitig sowohl technisch z.B. durch Softwareanbieter als auch manuell durch Mitarbeiter der Pflegeheime umsetzbar.

Im dritten Workshop (Expertengruppe Selbstverwaltung) wurde der Vorschlag zur Diskussion gestellt und, insbesondere nach Erläuterung der anders gelagerten Situation in der Qualitätssicherung gem. SGB V, vorbehaltlich der noch ausstehenden datenschutzrechtlichen Überprüfung des Gesamtverfahrens, als gangbarer Weg betrachtet.

1.6 Datenerfassung und -übermittlung durch die Pflegeheime

Eine Kernfrage des Auftrags ist die nach den Möglichkeiten, wie die Pflegeheime die neue Aufgabe bewältigen können, die für die Berechnung der Indikatoren notwendigen Daten zu erfassen und bereitzustellen. Ziel muss es sein, an die Bedarfe der Pflegeheime angepasste Lösungen anzubieten, also aus Kostenminimierungsgründen insbesondere solche, die die bereits vorhandenen technischen Strukturen berücksichtigen. Zudem sollten die in den drei Workshops geäußerten Wünsche und Anregungen nach Möglichkeit ebenso berücksichtigt werden wie die Ergebnisse des MoPIP-Projekts

(UBC, 2017). Im Ergebnis müssen Lösungen angeboten werden, die möglichst einfach (im Sinne von kostengünstig) und flexibel sind. Flexibel meint in diesem Kontext zum einen, dass eine Struktur stufenweise einführbar und zum anderen für spätere Anforderungsänderungen oder -erweiterungen (z.B. die Einbeziehung des ambulanten Bereichs) offen sein sollte.

1.6.1 Technische Rahmenbedingungen

Zu den existierenden Voraussetzungen hinsichtlich der IT-Ausstattung der Pflegeheime und dem Grad, in dem sie ihre Pflegedokumentation auf elektronischem Wege durchführen, wurde für den vorliegenden Auftrag auf die Erkenntnisse des MoPIP-Projekts zurückgegriffen. Darin wurden fünf Stufen des Digitalisierungsgrads von Pflegeheimen qualitativ beschrieben, die so auch von den Teilnehmern der Workshops bestätigt wurden. Folgende Stufen werden beschrieben, „die bei der Erstellung eines Erhebungsinstruments zu berücksichtigen sind:“ (UBC 2017, S. 162).

- Pflegeeinrichtungen ohne EDV-gestützte Pflegedokumentation
- Pflegeeinrichtungen mit teilweise EDV-gestützter Pflegedokumentation, aber ohne Schnittstelle an eine EDV-basierte Datenübertragung
- Pflegeeinrichtungen mit vollständig EDV-gestützter Pflegedokumentation, aber ohne Schnittstelle an eine EDV-basierte Datenübertragung, die daher alle Daten händisch übertragen müssen
- Pflegeeinrichtungen mit teilweise EDV-gestützter Pflegedokumentation sowie einem Software-Modul zur Generierung der indikatorrelevanten Daten aus der EDV und einer Schnittstelle für eine EDV-basierte Datenübertragung, die die Daten daher teilweise händisch übertragen müssen
- Pflegeeinrichtungen mit vollständig EDV-gestützter Pflegedokumentation sowie einem Softwaremodul zur Generierung der indikatorrelevanten Daten aus der EDV und einer Schnittstelle für eine EDV-basierte Datenübertragung, die die Daten automatisiert übertragen können (vgl. UBC 2017, S.163).

1.6.2 Vorschläge zu Datenerfassung und -übermittlung

Die Auftragnehmer hatten im Vorfeld der drei Workshops Vorschläge für die Erfassung der Daten und deren Übermittlung ausgehend von diesen Rahmenbedingungen erarbeitet und in den Workshops zur Diskussion gestellt. Die folgenden Abschnitte geben diese Vorschläge wieder. Ausgehend von der im MoPIP-Bericht festgestellten und durch die Workshopteilnehmer bestätigten Heterogenität des Digitalisierungsstandes der Pflegedokumentation der Pflegeheime wird es nicht einen einzigen Erfassungs- und Übertragungsweg geben können. Dies gilt umso mehr, wenn der Gesetzgeber, was anzunehmen ist, die Pflegeheime nicht zur Einführung einer vollständig elektronisch durchgeführten Pflegedokumentation im Sinne des letzten Aufzählungspunktes im vorherigen Abschnitt verpflichten will. Selbst wenn das ein mittel- oder langfristiges Ziel sein sollte, wäre die aktuell zu konstatierende Heterogenität für eine zeitnahe Einführung der indikatorgestützten Qualitätsmessung

zunächst unbedingt zu berücksichtigen. Es sollte zwei Grundszenarien der Datenerfassung und -übermittlung geben, die die beiden Extreme der oben genannten fünf Gruppen (papierbasierte vs. vollautomatisierte Pflegedokumentation) widerspiegeln. Dabei sind jeweils die einheitlichen technischen Vorgaben der Auswertungsstelle bei der Umsetzung zu befolgen.

Weberfassung

Die einfachste Variante ist eine vollständig webbasierte, manuelle Erfassung sämtlicher Daten für sämtliche Bewohner eines Heims in einem Webformular. Dazu wäre durch die Auswertungsstelle ein entsprechend gesichertes Webportal auf Basis der Spezifikation bereitzustellen. Beispielsweise sind alle technischen Plausibilitätsprüfungen, Felddefinitionen und -längen, feldübergreifenden Prüfungen, Wertebereichsprüfungen etc. entweder direkt bei der Eingabe in ein Feld oder, bei feldübergreifenden Prüfungen, spätestens bei Abschluss der Erfassung eines Datensatzes zu prüfen und ggf. die entsprechenden Fehlermeldungen auszugeben. Bei den Fehlermeldungen kann es sich, wie auch sonst im gesamten Verfahren, um sog. harte Fehler handeln, die eine weitere Eingabe oder den Abschluss des Datensatzes verhindern, oder um weiche Fehler, die z.B. in Warnhinweisen resultieren, die den Dokumentierenden auffordern, seine Eingabe auf mögliche Fehler hin zu überprüfen. Hier ist es bei entsprechender Gestaltung der Nutzerverwaltung auch möglich, dass mehrere Mitarbeiter desselben Pflegeheims gleichzeitig Datensätze erfassen. Auch wenn diese Mehrbenutzerfähigkeit im Detail unterschiedlich gestaltet sein kann, ist sie vom Grundsatz her unbedingt zu fordern. Der Vorteil dieser Erfassung ist der niedrigschwellige Zugang zu einer Dokumentationsmöglichkeit für alle Pflegeheime. Zudem ist eine Umsetzung relativ schnell möglich (s. Abschnitt 1.19). Der Nachteil dieser Erfassung ist die relativ hohe Anfälligkeit für „normale“ Eingabefehler, die nicht durch entsprechende Prüfungen abgefangen werden können.

Automatisierter Export

Diese technisch am weitesten entwickelte Variante besteht darin, dass ein Softwareanbieter die Spezifikation umsetzt, indem er eine Erfassungs- und Exportsoftware für ein Pflegeheim bereitstellt. Im besten Fall würde die Pflegedokumentation komplett elektronisch erfolgen, d.h. die Software würde die für die Indikatoren benötigten Daten aus der Pflegedokumentation abrufen bzw. zusammentragen. Ggf. nicht standardmäßig in der Pflegedokumentation vorhandene und somit nicht ausleitbare Daten wären anschließend durch Mitarbeiter des Pflegeheims zu ergänzen. Begleitend oder abschließend, je nach Gestaltung durch den Hersteller, würde die Software eine Prüfung gem. der Spezifikation durchführen, sich nach erfolgreicher Prüfung und Freigabe durch den Verantwortlichen des Pflegeheims beim Webservice der Auswertungsstelle authentifizieren und anmelden und die Datei übertragen. Die von der Auswertungsstelle zurückerhaltenen Eingangsbestätigungen und Fehlerprotokolle würden automatisch in die Software des Pflegeheims zurückgespielt und zeigen dem Pflegeheim entweder aufgetretene (und zu korrigierende) Fehler oder die Fehlerfreiheit der übermittelten Datenlieferung an.

1.6.3 Zwischenformen

Es erscheint unmittelbar einleuchtend, dass die im vorherigen Abschnitt beschriebene Lösung zum automatisierten Export diejenige mit dem geringsten Arbeits-, aber gleichzeitig dem höchsten finanziellen Aufwand für das Pflegeheim ist. In den Ausführungen zu den technischen Rahmenbedingungen werden fünf Konstellationen beschrieben. Um die mittleren drei Konstellationen (mit teilweise EDV-gestützter Pflegedokumentation, aber ohne Schnittstelle an eine EDV-basierte Datenübertragung; mit vollständig EDV-gestützter Pflegedokumentation, aber ohne Schnittstelle an eine EDV-basierte Datenübertragung; mit teilweise EDV-gestützter Pflegedokumentation sowie einem Software-Modul zur Generierung der indikatorrelevanten Daten aus der EDV und einer Schnittstelle für eine EDV-basierte Datenübertragung) zu berücksichtigen sollten Zwischenformen angeboten werden. Diese Zwischenformen können wie folgt aussehen:

Upload nach Erfassung im Pflegeheim, Fehlerkorrektur im Webportal

Die Daten werden mit einem oder mehreren Softwareprodukten im Pflegeheim erfasst bzw. aus ihnen heraus in einer spezifikationskonformen Datei zusammengeführt und anschließend per Upload an die Auswertungsstelle übertragen. In dieser Variante ist davon auszugehen, dass die Zusammenführung aus verschiedenen Quellen mit erheblichem manuellem Aufwand verbunden ist. Im Falle von Fehlern wäre es dann nicht erstrebenswert, diesen manuellen Aufwand ggf. mehrfach zu betreiben, bis alle von der Auswertungsstelle gemeldeten Fehler korrigiert sind. Stattdessen würden die Daten mit einer gewissen Fehlertoleranz angenommen, im Webportal dargestellt und erst anschließend im Detail auf Fehler geprüft werden. Fehler würden im Webportal in Erfassungsmasken editierbar angezeigt und durch das Pflegeheim zu korrigieren sein. Als entscheidender Nachteil dieser Variante ist aus Sicht der Auftragnehmer anzuführen, dass sie aufgrund der notwendigen unterschiedlichen Fehlertoleranzen bei Einspielung und bei der Prüfung der Daten mit einem relativ hohen Programmieraufwand verbunden wäre, während ungewiss ist, wie viele tatsächliche Nutzer dem gegenüber stehen würden.

Upload nach Erfassung im Pflegeheim, Fehlerkorrektur im Pflegeheim

Die Daten werden im Pflegeheim erfasst und anschließend manuell exportiert. Die Fehlermeldungen werden im Portal angezeigt und vom Pflegeheim in dessen Software korrigiert. Danach erfolgt ein Neuexport an die Auswertungsstelle. Dieser Prozess ist so oft zu wiederholen, bis keine Fehler mehr vorhanden sind.

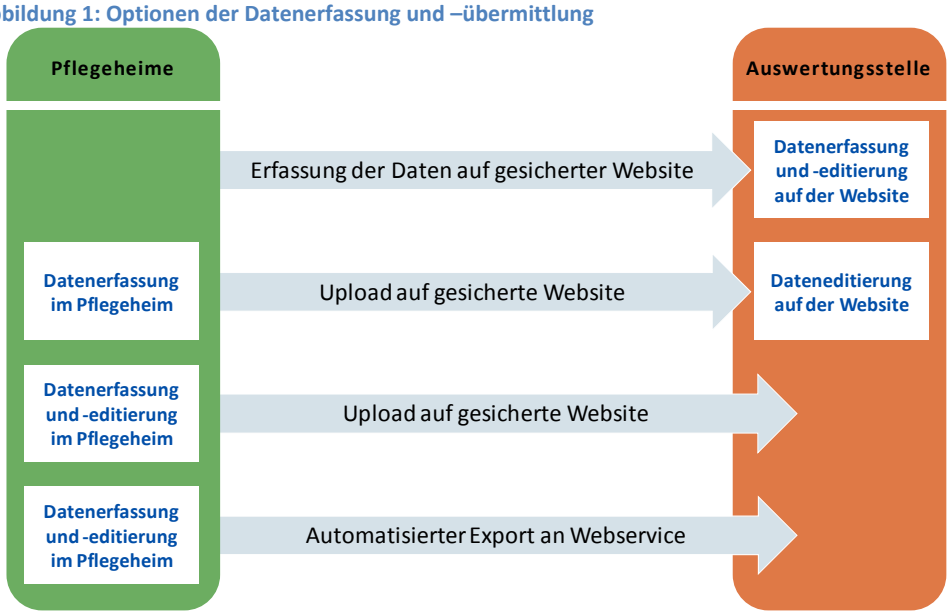
1.6.4 Ergänzungslösung Standalone-Software

Die zuvor beschriebenen Erfassungs- und Übertragungsmöglichkeiten bedingen das Vorhandensein von Software in einem Pflegeheim, mit der Daten erfasst bzw. zusammengeführt werden können. Eine Möglichkeit besteht darin, dass die Auswertungsstelle (oder ein Drittanbieter) auf Grundlage der Spezifikation nicht nur die Möglichkeit zur Erfassung der Daten über ein Webportal bereitstellt, sondern zudem eine Standalone-Software für Pflegeheime, die die Erfassung und ggf. auch die automatisierte Übertragung der Daten ermöglicht (die Übertragung ist auch weiterhin manuell denkbar).

Der Vorteil einer solchen Lösung wäre, dass Pflegeheime eine zentral bereitgestellte Software nutzen könnten, die der Spezifikationsersteller selber programmiert hat, was grundsätzlich sinnvoll ist. Die Bedenken gegenüber dieser Lösung, die die Auftragnehmer im Rahmen der Expertengruppe Selbstverwaltung kommuniziert haben, sind nicht technischer Natur. Vielmehr sehen sie die Gefahr, dass eine solche zentral bereitgestellte Software insbesondere bei kostengünstiger oder gar kostenfreier Verteilung in das Marktgeschehen eingreift, da Pflegeheime dann keine Notwendigkeit mehr haben, dieses Produkt bei Softwareanbietern auf dem freien Markt nachzufragen. Jedenfalls führt eine solche Lösung, je nach konkreter Ausgestaltung und Leistungsspektrum, zu einer Erhöhung der Aufwände für die Auswertungsstelle (oder den Drittanbieter) sowohl durch die Programmierung als auch im Hinblick auf den zu leistenden Support im Regelbetrieb.

Die folgende Abbildung fasst die oben beschriebenen Optionen grafisch zusammen:

Abbildung 1: Optionen der Datenerfassung und –übermittlung



1.6.5 Fehlerprüfung und Rückprotokollierung

In allen oben beschriebenen Varianten sind die durch die Auswertungsstelle zu definierenden Fehlerprüfungen und -meldungen zu beachten. Das bedeutet, dass jede Datenlieferung denselben Prüfkriterien unterliegt, unabhängig vom Übertragungskanal. Unterscheiden wird sich in dieser Hinsicht nur der Zeitpunkt, zu dem die Überprüfungen stattfinden, die Art, wie Fehler zurückgemeldet werden sowie die Art, wie sie durch die Pflegeheime korrigiert werden. Diese Unterschiede sind in den einzelnen Varianten oben beschrieben worden.

1.6.6 Nutzerregistrierung und -verwaltung

Eine weitere Voraussetzung für alle oben beschriebenen Varianten neben der Spezifikationskonformität ist, dass die Auswertungsstelle die dokumentationspflichtigen Pflegeheime registriert und ihnen die notwendigen Anmelde- bzw. Übertragungsrechte für den jeweiligen Erfassung- bzw. Übertragungskanal einräumt. Diese Informationen können gleichzeitig als Referenzmaßstab genommen werden für die Überprüfung, ob jedes dokumentationspflichtige Pflegeheim zum vereinbarten Zeitpunkt die Datensätze für seine Bewohner übermittelt hat. Dazu ist zudem zwischen der Auswertungsstelle und den Landesverbänden der Pflegekassen ein Verfahren abzustimmen, in dem geprüft wird, ob die bei der Auswertungsstelle registrierten Heime mit den bei den Landesverbänden der Pflegekassen gemeldeten Heimen übereinstimmen.

1.7 Verschlüsselung der Datenlieferungen

Die zu übertragenden Daten sind, obwohl sie keinen unmittelbaren Personenbezug zulassen, aufgrund ihrer Sensibilität vor fremdem Zugriff zu schützen. Die oben vorgeschlagenen Erfassungs- und Übertragungswege tragen diesem Erfordernis Rechnung. Sowohl die Uploads als auch die Datenübertragungen bei vollautomatisierten Softwaresystemen aufseiten der Pflegeheime und die elektronische Kommunikation mit Prüfdiensten, Landesverbänden der Pflegekassen und ggf. der DatenClearingStelle (DCS) sollen Webservices verwenden, deren Nutzung nur nach einem vorherigen Registrierungsprozess möglich ist. Dabei sollten Vorgaben zur sicheren Passwortvergabe (Mindestlänge, Komplexität, etc.) implementiert werden. Jeder Nutzer oder dessen automatisierter Service müssen sich bei jeder Transaktion mit der Auswertungsstelle authentifizieren. Darüber hinaus ist es empfehlenswert, dass die Datenlieferungen selber zusätzlich eine Transportverschlüsselung erhalten, z.B. mittels zertifikatgestützter, asymmetrischer RSA-Verschlüsselung.[7]

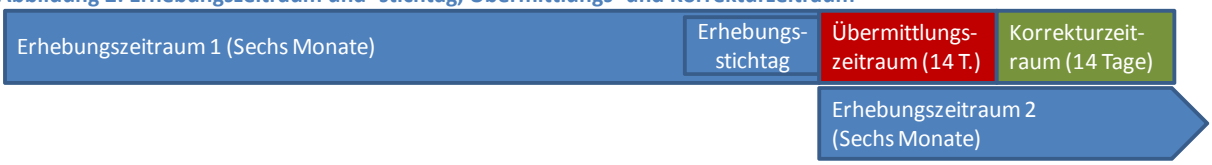
[7] RSA (Rivest, Shamir und Adleman) ist ein asymmetrisches kryptographisches Verfahren, das zum Verschlüsseln u.a. von Dateien verwendet werden kann.

Die vorgeschlagene Weberfassung kann nur durchgeführt werden, nachdem ein Pflegeheim registriert wurde und der Nutzer sich dann mit den im Rahmen der Registrierung vergebenen Nutzerdaten anmeldet. Die Erfassung selbst erfolgt ausschließlich über eine HTTPS[8]-gesicherte Website.

1.8 Erhebungszeiträume und -stichtage

Intensiv diskutiert wurde in den Workshops die Frage nach Erhebungsstichtagen und -zeiträumen für die Daten der Indikatoren. Folgende Abbildung soll die Reihenfolge der Zeiträume bzw. -punkte veranschaulichen.

Abbildung 2: Erhebungszeitraum und -stichtag, Übermittlungs- und Korrekturzeitraum



Dabei bezeichnet Erhebungsstichtag den letzten Tag des sechsmonatigen Erhebungszeitraums, von dem aus betrachtet alle zu dokumentierenden Angaben und Ereignisse der zurückliegenden sechs Monate zu erfassen bzw. zusammenzustellen sind. Es besteht die (inhaltlich festgelegte) Prämisse, dass die Stichtage sechs Monate auseinander liegen sollen, sodass jedes Pflegeheim zweimal jährlich eine Erhebung und Übermittlung der Daten vorzunehmen hat. Eine zweite Prämisse besteht darin, dass die Pflegeheime unisono der Auffassung waren, dass die (allerdings nicht näher bestimmten) Sommerurlaubsmonate und der Dezember als Übermittlungs- und Korrekturzeitraum ausgeschlossen werden sollten.

Theoretisch denkbar ist, entweder nur zwei fest vorgegebene Erhebungsstichtage (und somit auch zwei Übermittlungs- und Korrekturzeiträume) pro Jahr vorzusehen, an denen alle Pflegeheime ihre Daten liefern müssen. Diese Variante hätte jedoch nach Meinung der Expertengruppe Selbstverwaltung zur Folge, dass sich an mehreren Stellen im Gesamtprozess sehr viel Arbeitsaufkommen innerhalb nur weniger Wochen ballen würde. Angesichts dieser Befürchtung wurde für eine größtmögliche Verteilung über das gesamte Kalenderjahr plädiert, d.h., jedes Pflegeheim bestimmt die beiden für sich geltenden Stichtage selbst. Damit gehen aber aus Sicht der Auftragnehmer zwei Bedingungen einher:

1) Die durch ein Pflegeheim individuell gewählten Stichtage liegen sechs Monate auseinander. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Ergebnisse wegen ganz unterschiedlicher Betrachtungszeiträume nicht mehr miteinander vergleichbar sind.

[8] Hypertext Transfer Protocol Secure ist ein Kommunikationsprotokoll im World Wide Web, um Daten abhörsicher zu übertragen

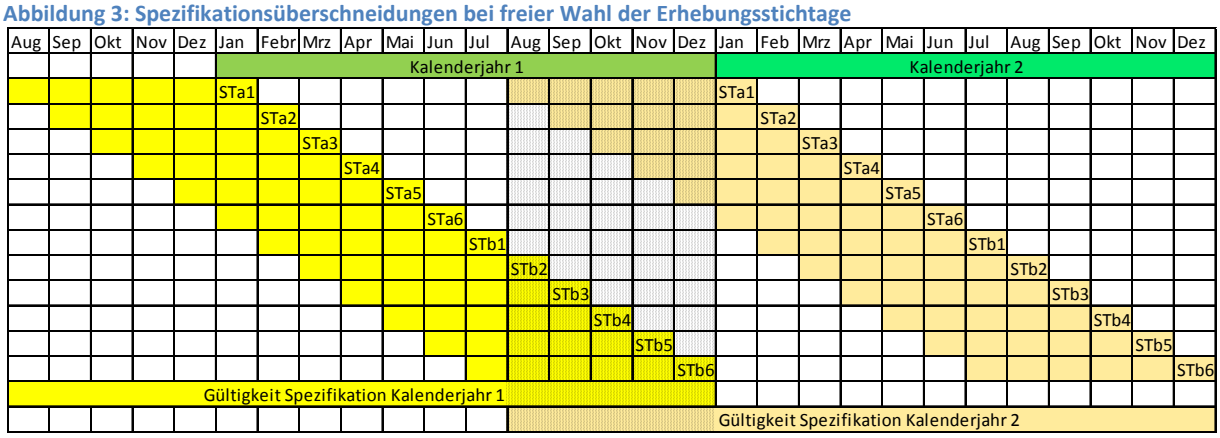
2) Die Festlegung durch das einzelne Pflegeheim erfolgt verbindlich mit der Registrierung zur Datenlieferung bei der Auswertungsstelle und ist grundsätzlich unbefristet gültig. Ansonsten hätte die Auswertungsstelle keine Möglichkeit, den termingerechten Eingang der Datenlieferungen zu überprüfen und es bestünde wiederum die Gefahr, dass Zeiträume zwischen den beiden Stichtagen von einem Kalenderjahr zum anderen verkürzt bzw. verlängert werden.

Es ist zu klären, ob für andere Stellen im Gesamtprozess die Kenntnis der Stichtage der einzelnen Pflegeheime von Bedeutung ist, z.B. für die Prüfdienste. Aus Auswertungssicht ist diese Variante, die Stichtage für die Pflegeheime komplett freizugeben mit einem höheren Aufwand aufseiten der Auswertungsstelle versehen. Gleichzeitig birgt diese Variante eine Gefahr, die bei Vorliegen zwei gleichzeitig erfüllter Bedingungen zum Tragen kommt:

1) Die Spezifikation unterliegt Änderungen, wenn sich z.B. die Datensatzbeschreibung oder die Indikatoren ändern bzw. neue hinzukommen. In diesen Fällen ist die Spezifikation zu ändern, was im Bereich der externen gesetzlichen Qualitätssicherung in einem jährlichen, festgelegten Zyklus geschieht. Dort gilt, dass eine Spezifikation für jeweils genau ein Kalenderjahr gilt, sprich: Zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember erfassen alle Leistungserbringer ihre Daten nach exakt denselben Vorschriften und auch die Auswertungen folgen diesem Turnus.
2) Pflegeheime dokumentieren nicht nur während des Übermittlungszeitraums, sondern, soweit technisch und fachlich-inhaltlich möglich, auch unterhalbjährig, was aus Nutzersicht erstrebenswert ist, um nicht alle Dokumentationslast in einem sehr kurzen Zeitraum zu haben.

Wenn nun mehr als zwei Stichtage, d. h. pro Pflegeheim eine freie Festlegung der zwei Stichtage pro Kalenderjahr, eingeräumt werden, führt dies zwangsläufig dazu, dass sich zum einen die Spezifikation nicht mehr auf nur ein Kalenderjahr beziehen kann und es zum anderen in der logischen Konsequenz dessen Zeiträume im Jahr gibt, in denen zwei Spezifikationen sowohl für die dokumentierenden Einrichtungen als auch für die Auswertungsstelle Gültigkeit besitzen. Folgende Abbildung soll dies veranschaulichen:

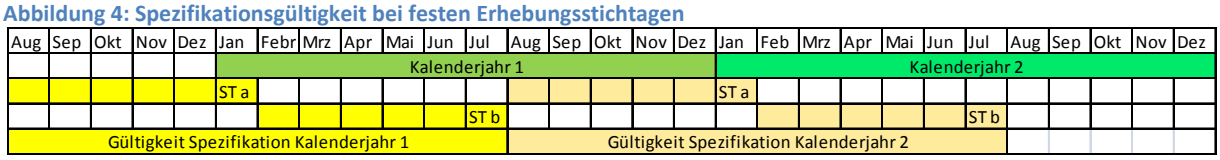
Abbildung 3: Spezifikationsüberschneidungen bei freier Wahl der Erhebungsstichtage



ST = Stichtag; jedes Pflegeheim kann wählen: Stichtag a1 und b1, a2 und b2, usw.

Die Überschneidung der Gültigkeit der beiden Spezifikationen ist sichtbar in den Monaten August bis Dezember. Sie ergibt sich daraus, dass ein Teil der Heime den Januar für ihren ersten Stichtag wählen würde und ihre Daten für die zurückliegenden sechs Monate dokumentieren und übermitteln müsste, also beginnend im August der Vorjahres. Die Heime mit den spätmöglichsten Stichtagen würden ihren zweiten Erhebungsstichtag im Dezember des Jahres haben. Zu diesem Zeitpunkt gibt es Heime, die seit August, also bereits seit fünf Monaten, nach der geänderten Spezifikation dokumentieren. Wenn davon auszugehen ist, dass Pflegeheime auch unterhalbjährig dokumentieren, so müssten sie einen Teil ihrer Daten nach der alten Spezifikation erfassen und einen anderen Teil nach der neuen. Vor dem Hintergrund dieser Problemstellung empfehlen die Auftragnehmer, zwei verbindliche Stichtage pro Jahr für alle Heime vorzugeben, um die Überschneidung zu vermeiden:

Abbildung 4: Spezifikationsgültigkeit bei festen Erhebungsstichtagen



ST = Stichtag; alle Pflegeheime sind auf die Erhebungsstichtage a und b festgelegt

Die gewünschte zeitliche Entzerrung etwa für die Prüfdienste hinsichtlich der externen Prüfungen wäre bei der Terminierung eben dieser Prüfungen vorzunehmen. Das erscheint deswegen möglich, weil durch die zweimal jährliche Lieferung der Daten für die Indikatoren den Prüfdiensten für die Regelprüfung stets Indikatorergebnisse vorliegen, die maximal ein halbes Jahr alt sind.

Sofern die Auftraggeber aus den von ihnen genannten, verständlichen Gründen an der freien Wahl der Erhebungsstichtage für jede Einrichtung festhalten, sind Verfahren zu entwickeln und abzustimmen, wie Änderungen der Spezifikation durchgeführt werden können, ohne dass es zu den oben beschriebenen Überschneidungen kommt.

1.9 Übermittlungs- und Korrekturzeiträume

Es wird, entsprechend der in Abschnitt 1.6.1 dargestellten Situation Pflegeheime geben, die während des Übermittlungszeitraumes alle Daten für alle Bewohner für die sechs Monate vor dem Erhebungsstichtag manuell erfassen müssen, während andere zu einem erheblichen Teil auf ihre elektronische Pflegedokumentation zurückgreifen und Daten von dort „ausleiten“ können. Daraus ergeben sich zwei Schlussfolgerungen: Zum einen sollte auch in der niedrigschwelligen Lösung „Weberfassung“ (s. Abschnitt 1.6.2) in jedem Fall die Möglichkeit geboten werden, die Daten, die frühzeitig resp. im Zeitverlauf dokumentiert werden können, unterhalbjährig zu dokumentieren. Die zweite Konsequenz ist die, dass den Pflegeheimen ausreichend Zeit für die Erfassung geboten werden muss. Nach ersten Erkenntnissen aus den Workshops heraus sollte den Heimen für die Erfassung ein Zeitraum von zwei Wochen gegeben werden. An die zwei Wochen Übermittlungszeitraum sollten sich noch zwei Wochen Korrekturzeitraum anschließen. Korrekturzeitraum bedeutet, dass nur Datensätze, die zuvor

bereits übertragen wurden, korrigiert, aber keine neuen Datensätze angelegt oder übertragen werden dürfen.

Während des vierzehntägigen Übermittlungszeitraums, der am Tag nach dem Ende des Erhebungszeitraums beginnt, sind also die Daten der sechs Monate vor dem Stichtag zusammenzustellen (soweit sie während der sechs Monate dokumentiert wurden) bzw. zu dokumentieren und an die Auswertungsstelle zu übermitteln. Während des Übermittlungszeitraums können übermittelte Daten auch korrigiert werden. Am Tag nach dem Ende des Übermittlungszeitraums beginnt der ebenfalls vierzehntägige Korrekturzeitraum, in dem zuvor übermittelte Daten korrigiert werden können. Die Übermittlung weiterer Daten ist hingegen nicht mehr möglich.

1.10 Vollzähligkeitsprüfung Pflegeheime

Die Auswertungsstelle ist darauf angewiesen die dokumentationspflichtigen Heime zu kennen, da diese sich registrieren müssen. Neben dem Registrierungserfordernis sollten aber auch Feststellungen darüber getroffen werden können, ob tatsächlich jedes dokumentationspflichtige Heim Daten liefert. Die dafür notwendige Referenzquelle können die Landesverbände der Pflegekassen liefern und aktualisieren. Dafür ist zwischen den Beteiligten ein entsprechendes Verfahren abzustimmen.

1.11 Vollzähligkeitsprüfung Bewohner

Thema der Workshops war auch die Frage, auf welche Weise ermittelt werden kann, ob ein dokumentationspflichtiges Pflegeheim entweder Minimal- oder vollständige Datensätze für alle Bewohner übermittelt hat (Istzahl), für die ein Datensatz zu übermitteln gewesen ist (Sollzahl). Es wurden verschiedene Ansätze diskutiert, worin ein für diesen Zweck geeigneter Referenzdatenpool bestehen könnte, der stichtagsbezogen eine zuverlässige, unabhängig von den Pflegeheimen ermittelte Anzahl der zu dokumentierenden Bewohner liefert und gleichzeitig mit einem verhältnismäßigen Aufwand zur Verfügung steht. Zwei Lösungen wurden diskutiert und verworfen. Die eine sind die Belegungszahlen, die an die Heimaufsichten gemeldet werden. Da diese Zahlen jedoch von den Pflegeheimen selber geliefert werden, erfüllt diese Zahl das Kriterium der Unabhängigkeit nicht. Der zweite Lösungsansatz ist, ähnlich wie im Geltungsbereich der QSKH-RL und der Qesü-RL die Heranziehung der Abrechnungsdaten, da davon auszugehen ist, dass Bewohner in jedem Fall in der Leistungsabrechnung auftauchen. Diese Zahl ist jedoch unabhängig nur bei den einzelnen Kostenträgern zu ermitteln. Der Aufwand, diese Angaben für jedes Pflegeheim über alle Kostenträger hinweg für alle Bewohner zu erheben wurde jedoch als zu hoch erachtet, sodass beide Ansätze verworfen wurden.

Letztlich bleibt der Ansatz, für die Vollzähligkeit zumindest Auffälligkeitskriterien zu entwickeln. Diese könnten zum einen darin bestehen, auf Bewohnerebene Abgleiche zwischen den Erhebungszeiträumen zu machen. So muss z.B. ein Bewohner, dessen Heimeinzug länger als sechs Monate her ist,

nicht nur in der aktuellen, sondern auch in der vorhergehenden Datenerhebung auftauchen. Ein anderes Beispiel ist, dass ein für den Vorzeitraum in Form eines Minimaldatensatzes als verstorben gemeldeter Bewohner nicht im darauffolgenden Beobachtungszeitraum wieder auftauchen darf. In dieser Art sind durch die Auswertungsstelle vor dem Regelbetrieb Auffälligkeitskriterien zu entwickeln, die sowohl aussagekräftig als auch technisch umsetzbar sind.

Ein weiterer Ansatz zur Entwicklung solcher Kriterien ist die Betrachtung von Belegungsquoten. So können, sofern die gemeldete maximale Bettenzahl der Pflegeheime der Auswertungsstelle von den Landesverbänden der Pflegekassen z.B. im Rahmen des in Abschnitt 1.6.6 erwähnten Informationsaustausches zur Verfügung gestellt wird, Belegungsquoten errechnet werden. Diese lassen sich dann entweder mit den Landesdurchschnittszahlen der Belegungsquoten aller Heime oder über den Zeitverlauf hinweg betrachten und auf dieser Zahlenbasis können ebenfalls Auffälligkeitskriterien entwickelt werden.

1.12 Indikatorauswertungen gem. § 113 Abs. 1b SGB V

Eine der Kernaufgaben der Auswertungsstelle ist die Auswertung der Indikatoren zur Qualitätssicherung für die Pflegeheime. Im Workshop mit den Pflegeheimen wurde betont, dass sie die Auswertungen, wenn sie halbjährlich Daten übermitteln, auch halbjährlich zur Verfügung gestellt bekommen wollen, um sie für ihr einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nutzen zu können. Dies entspricht dem Ziel der indikatorgestützten Qualitätsmessung und veranlasst die Auftragnehmer, für diese Berichte die Verwendung des Begriffs „Feedbackbericht“ vorzuschlagen. Aus dieser Anforderung ergibt sich zudem, dass die Auswertungsstelle, unabhängig von der Frage der einheitlichen oder über das Jahr verteilten Erhebungsstichpunkte (s. Abschnitt 1.8), für jedes Pflegeheim zweimal jährlich die gelieferten Daten auswertet und die Ergebnisse den Heimen in Form von Feedbackberichten zur Verfügung stellt. Die Bereitstellung soll dabei zeitnah erfolgen. Aus den Erfahrungen in anderen Projekten gehen die Auftragnehmer davon aus, dass die Bereitstellung, eine vollautomatisierte Berichterzeugung vorausgesetzt, in einem Zeitraum von ca. drei bis vier Wochen erfolgen kann, sofern zwei Erhebungsstichtage pro Jahr angesetzt werden, während sich der Zeitraum bei über das Jahr verteilten Erhebungsstichtagen auf ca. eine Woche verkürzen ließe.

Parallel zu den Pflegeheimen sind die den Feedbackberichten in Dokumentform zugrunde liegenden Ergebnisse in Dateiform an die Prüfdienste und die Landesverbände der Pflegekassen zu übermitteln. Übertragungsweg und -format sowie die genaue Dateistruktur sind zwischen den Beteiligten abzustimmen, der Vorschlag der Auftragnehmer besteht aber darin, die Dateien über einen Webservice als XML-Datei zur Verfügung zu stellen. Zudem sollen die Prüfer bei den externen Prüfungen die Ergebnisse der von der Auswertungsstelle durchgeführten statistischen Plausibilitätsprüfung vorliegen haben, um ihre Gesamtbeurteilung der Plausibilität der Ergebniserfassung vornehmen zu können. Diese Ergebnisse werden daher den Prüfdiensten zusammen mit Indikatorergebnissen zur Verfügung gestellt.

1.13 Prüfempfehlung der Auswertungsstelle

Mit den Prüfergebnissen einer Einrichtung soll die Auswertungsstelle auch einen möglichen Prüfschwerpunkt an die Landesverbände der Pflegekassen übermitteln. Dieser wird auf Grundlage der Indikatorergebnisse anhand zu entwickelnder Algorithmen ermittelt und mit den Prüfergebnissen als Bestandteil derselben Datei übermittelt. Die Entscheidung, ob der Empfehlung gefolgt wird, liegt dabei allein bei den Landesverbänden der Pflegekassen bzw. bei den Prüfdiensten vor Ort.

1.14 Stichprobe für die Prüfdienste

Neben der Erstellung der Feedbackberichte (s. Abschnitt 1.12) soll die Auswertungsstelle für die Prüfdienste eine Stichprobe für die externen Prüfungen bereitstellen, die den empfohlenen Prüfschwerpunkt berücksichtigt. Die Vorgaben zur Stichprobenziehung finden sich im Abschlussbericht sowie in der Verfahrensbeschreibung. Die Stichprobe selber, die den kompletten übermittelten Datensatz der gezogenen Bewohner sowie deren Pseudonym enthält, wird für die Prüfdienste in einer XML-Datei pro Pflegeheim per Webservice zur Verfügung gestellt. Eine Aktualisierung dieser Dateien erfolgt automatisch, sobald eine neue Stichprobe gezogen wurde, sodass die Prüfdienste unabhängig davon, wann sie die externe Prüfung eines Pflegeheims durchführen, stets eine Stichprobe aus der aktuellsten vorliegenden Datenlieferung eines Pflegeheims zur Verfügung haben.

1.15 Ergebnisveröffentlichung

Sowohl die Indikatorergebnisse als auch bestimmte Ergebnisse aus den externen Prüfungen sind zur Veröffentlichung bestimmt. Bei letzteren geht es ausdrücklich nicht um die Ergebnisse, die von den Landesverbänden der Pflegekassen für die Erstellung der Maßnahmenbescheide verwendet werden, sondern um die zur Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen nach § 115 Absatz 1a SGB XI erforderlichen Daten und Informationen. Nach jetzigem Stand, der den Auftragnehmern so in der Expertengruppe der Selbstverwaltung am 1. September 2017 kommuniziert wurde, sollen die zur Veröffentlichung bestimmten Ergebnisse aus den externen Prüfungen auch zukünftig über die Website der DatenClearingStelle den Pflegeheimen und den diversen Informations-Websites der Verbände der Pflegekassen (z.B. AOK Pflege-Navigator, BKK-Pflegefinder, Pflegekompass (Knappschaft), VdEK-Pflegelotse) zur Verfügung gestellt werden. Diese Option wird unten dargestellt. Darüber hinaus sind jedoch andere Optionen vorstellbar, die in diesem Abschnitt ebenfalls grafisch dargestellt werden und die zumindest teilweise eine Vereinfachung der Prozesse mit sich bringen würden. Beispielsweise ist davon auszugehen, dass die Auswertungsstelle sowohl die Strukturen als auch die Kompetenzen mitbringen muss, die die DCS aufgrund der bisher von ihr betreuten Aufgaben teilweise hat, teilweise aber vermutlich auch erst aufbauen müsste, falls neue Aufgaben hinzukommen sollten, die über den Betrieb des Webportals für die Pflegeheime und die Ausleitung der Berichte aus den ihr übermittelten XML-Dateien hinausgeht. Der Vorteil einer bei der Auswertungsstelle zusammenge-

fassten Lösung liegt jedenfalls darin, dass im besten Fall die Pflegeheime nur einen Ansprechpartner für sämtliche ihrer Datenübermittlungen haben.

Es wird letztlich der Einschätzung der Auftraggeber obliegen, welche Option die pragmatischste bzw. die präferierte ist. Gemeinsam ist allen Darstellungen, dass es eine Stelle geben muss, die sowohl die Indikatorergebnisse als auch die zur Veröffentlichung bestimmten Ergebnisse der externen Prüfungen sowie die Zusatzinformationen der Pflegeheime zusammenführt, ggf. auswertet und Berichte daraus erzeugt. Zusatzinformationen bezeichnet an dieser Stelle als Sammelbegriff die Informationen, um die ein Pflegeheim seinen vorläufigen Transparenzbericht auf der Website der DatenClearingStelle ergänzen kann, aktuell sind dies:

- Ergänzende Angaben zu den vertraglichen Leistungen (verpflichtend)
- Ergänzende Angaben zum Leistungsangebot (optional)
- Angaben zu weiteren Prüfergebnissen (optional)
- Kommentar zu den Prüfergebnissen des MDK bzw. des Prüfdienstes der privaten Krankenkasse (optional)

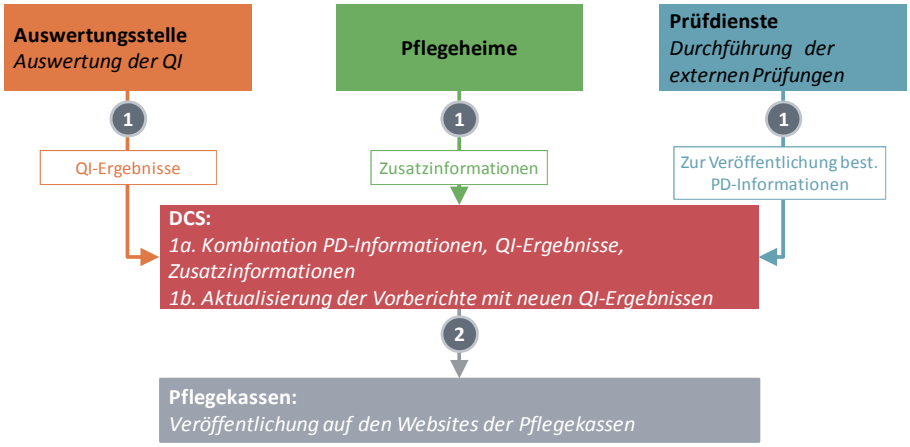
In den folgenden vier Abschnitten ist der Einfachheit halber schon in den Überschriften von der DCS die Rede. Dies geschieht in dem Bewusstsein, dass die Veröffentlichung der bisherigen Transparenzberichte originäre Aufgabe der Landesverbände der Pflegekassen ist, die sich aus nachvollziehbaren Praktikabilitätserwägungen heraus zur Umsetzung dieser Aufgabe einer zentralen, externen Stelle, aktuell der DCS bedienen.

1.15.1 Option 1: Datenannahme, Erstellung und Veröffentlichung durch DCS

Option 1 entspricht in der grundlegenden Systematik dem bisherigen Modell. Die in Abbildung 5 mit „1“ bezeichneten Schritte geschehen nicht zeitgleich, aber innerhalb derselben Phase des Prozesses. Im Ergebnis empfängt die DCS alle relevanten Daten, bereitet sie auf, lässt sie kommentieren und freigeben und leitet sie an die Websites der Pflegeverbände weiter, die sie veröffentlichen:

- Die Prüfdienste schicken einmal jährlich die zur Veröffentlichung bestimmten Ergebnisse der externen Prüfungen an die DCS.
- Die Pflegeheime übermitteln einmal jährlich die Zusatzinformationen an die DCS.
- Die Auswertungsstelle schickt zweimal jährlich die Indikatorergebnisse (QI-Ergebnisse) an die DCS.
- Die DCS hat einmal jährlich, nach Eingang der zur Veröffentlichung bestimmten Ergebnisse der externen Prüfungen und der Zusatzinformationen aus den drei Datenquellen den Gesamtbericht zu erstellen und zur Kommentierung bereitzustellen.
- Die DCS hat zudem einmal jährlich, nämlich nach Eingang der anderen der beiden halbjährlichen Indikatorergebnisse, die Gesamtberichte um die neuen Indikatorergebnisse zu aktualisieren.
- Die DCS übermittelt die Gesamtberichte zur Veröffentlichung an die Pflegekassen.

Abbildung 5: Option 1: Datenannahme, Erstellung und Veröffentlichung durch DCS

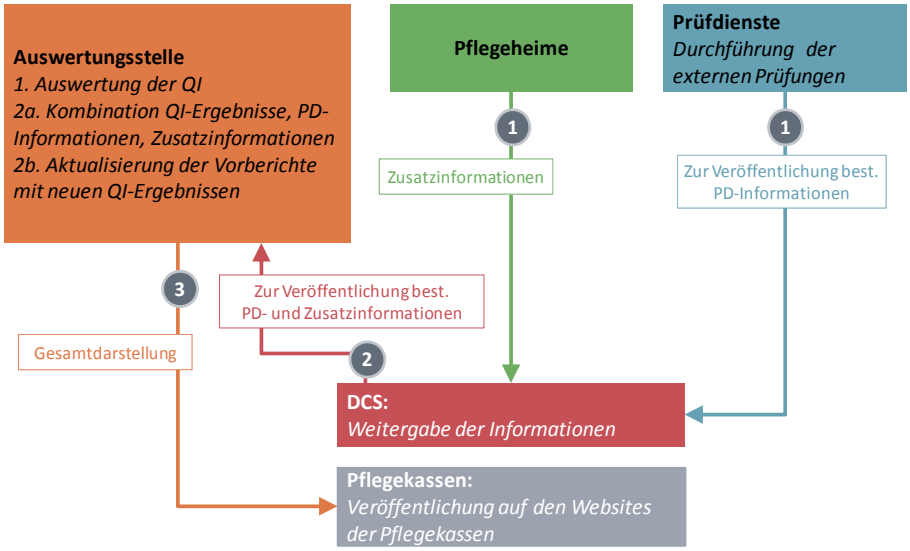


1.15.2 Option 2a: Datenannahme durch DCS, Erstellung durch Auswertungsstelle, Veröffentlichung durch DCS

Option 2a weicht vom bisherigen Modell ab, es erfolgt eine stärkere Einbindung der Auswertungsstelle. Die in der Abbildung 6 mit „1“ bezeichneten Schritte geschehen nicht zeitgleich, aber innerhalb derselben Phase des Prozesses. Im Ergebnis empfängt die Auswertungsstelle über den Umweg DCS alle zur Veröffentlichung bestimmten Daten, bereitet sie auf und leitet sie an die Websites der Pflegeverbände weiter, die sie veröffentlichen:

- Die Prüfdienste schicken einmal jährlich die zur Veröffentlichung bestimmten Ergebnisse der externen Prüfungen an die DCS.
- Die Pflegeheime übermitteln einmal jährlich die Zusatzinformationen an die DCS.
- Die Auswertungsstelle erhält von der DCS die zur Veröffentlichung bestimmten Ergebnisse der externen Prüfungen und die Zusatzinformationen der Pflegeheime.
- Die Auswertungsstelle hat einmal jährlich, nach Eingang der zur Veröffentlichung bestimmten Ergebnisse der externen Prüfungen und der Zusatzinformationen aus den drei Datenquellen den Gesamtbericht zu erstellen und zur Kommentierung bereitzustellen.
- Die Auswertungsstelle hat zudem einmal jährlich, nämlich nach Berechnung der anderen der beiden halbjährlichen Indikatorergebnisse, die Gesamtberichte um die neuen Indikatorergebnisse zu aktualisieren.
- Die Auswertungsstelle übermittelt die Gesamtberichte zur Veröffentlichung an die Pflegekassen.

Abbildung 6: Option 2a: Datenannahme durch DCS, Erstellung durch Auswertungsstelle, Veröffentlichung durch DCS

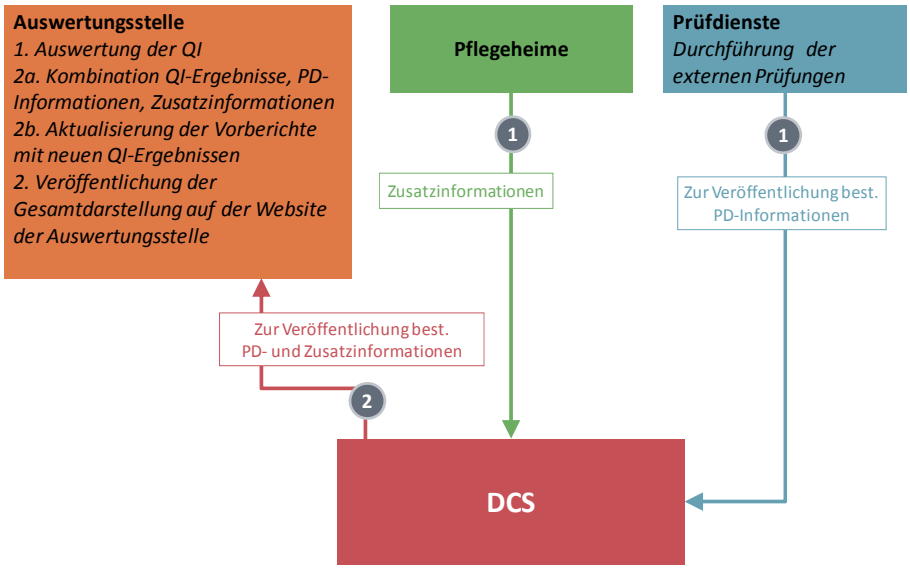


1.15.3 Option 2b: Datenannahme durch DCS, Erstellung und Veröffentlichung durch Auswertungsstelle

Option 2b weicht noch stärker vom bisherigen Modell ab, es erfolgt eine stärkere Einbindung der Auswertungsstelle, die auch die Veröffentlichung übernimmt. Die in Abbildung 7 mit „1“ bezeichneten Schritte geschehen nicht zeitgleich, aber innerhalb derselben Phase des Prozesses. Im Ergebnis empfängt die Auswertungsstelle über den Umweg DCS alle zur Veröffentlichung bestimmten Daten, bereitet sie auf und leitet sie an die Websites der Pflegeverbände weiter, die sie veröffentlichen:

- Die Prüfdienste schicken einmal jährlich die zur Veröffentlichung bestimmten Ergebnisse der externen Prüfungen an die DCS.
- Die Pflegeheime übermitteln einmal jährlich die Zusatzinformationen an die DCS.
- Die Auswertungsstelle erhält von der DCS die zur Veröffentlichung bestimmten Ergebnisse der externen Prüfungen und die Zusatzinformationen der Pflegeheime.
- Die Auswertungsstelle hat einmal jährlich, nach Eingang der zur Veröffentlichung bestimmten Ergebnisse der externen Prüfungen und der Zusatzinformationen aus den drei Datenquellen den Gesamtbericht zu erstellen und zur Kommentierung bereitzustellen.
- Die Auswertungsstelle hat zudem einmal jährlich, nämlich nach Berechnung der anderen der beiden halbjährlichen Indikatorergebnisse, die Gesamtberichte um die neuen Indikatorergebnisse zu aktualisieren.
- Die Auswertungsstelle veröffentlicht die Gesamtberichte.

Abbildung 7: Option 2b: Datenannahme durch DCS, Erstellung und Veröffentlichung durch Auswertungsstelle

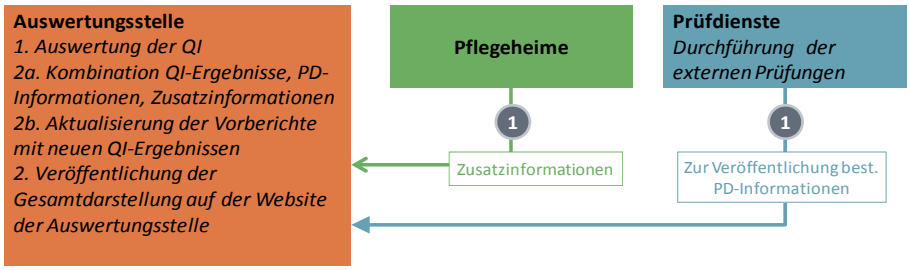


1.15.4 Option 3: Datenannahme, Erstellung und Veröffentlichung durch Auswertungsstelle

Option 3 rückt die Auswertungsstelle in eine zentrale Rolle. Die in Abbildung 8 mit „1“ bezeichneten Schritte geschehen nicht zeitgleich, aber innerhalb derselben Phase des Prozesses. Im Ergebnis empfängt die Auswertungsstelle alle zur Veröffentlichung bestimmten Daten, bereitet sie auf und veröffentlicht sie:

- Die Prüfdienste schicken einmal jährlich die zur Veröffentlichung bestimmten Ergebnisse der externen Prüfungen an die Auswertungsstelle.
- Die Pflegeheime übermitteln einmal jährlich die Zusatzinformationen an die Auswertungsstelle.
- Die Auswertungsstelle hat einmal jährlich, nach Eingang der zur Veröffentlichung bestimmten Ergebnisse der externen Prüfungen und der Zusatzinformationen aus den drei Datenquellen den Gesamtbericht zu erstellen und zur Kommentierung bereitzustellen.
- Die Auswertungsstelle hat zudem einmal jährlich, nämlich nach Berechnung der anderen der beiden halbjährlichen Indikatorergebnisse, die Gesamtberichte um die neuen Indikatorergebnisse zu aktualisieren.
- Die Auswertungsstelle veröffentlicht die Gesamtberichte.

Abbildung 8: Option 3: Datenannahme, Erstellung und Veröffentlichung durch Auswertungsstelle



1.16 Gesamtprozess

Aus den bisherigen Überlegungen und Empfehlungen heraus ergibt sich an diesem Punkt folgender Gesamtprozess, der die zuletzt von der Expertengruppe der Selbstverwaltung am 1. September 2017 präferierte Version der Ergebnisveröffentlichung (s. Abschnitt 1.15.1) berücksichtigt und hier in seinen einzelnen Schritten beschrieben wird. Die Schritte folgen der Nummerierung in Abbildung 9 und sind als grobes Raster zu verstehen.

Schritt 1:

- Pro Jahr gibt es zwei Erhebungsstichtage, die jeweils den Abschluss des zurückliegenden Betrachtungsraums von sechs Monaten darstellen.
- Die Pflegeheime
  - erheben und übermitteln die festgelegten Daten für die Berechnung der Indikatoren für alle Bewohner spätestens im Erhebungszeitraum, der am Tag nach dem Erhebungsstichtag beginnt und zwei Wochen dauert
  - haben anschließend zwei weitere Wochen Zeit, um zuvor übermittelte Datensätze zu korrigieren. Neue Datensätze können in diesem Korrekturzeitraum nicht mehr übermittelt werden
  - pseudonymisieren die Bewohnerdatensätze in einem einheitlich spezifizierten Verfahren
  - übermitteln halbjährlich die Daten zur Berechnung der Indikatoren an die Auswertungsstelle.
- Die Landesverbände übermitteln in einem noch abzustimmenden Verfahren regelmäßig aktualisierte Informationen über die dokumentationspflichtigen Pflegeheime an die Auswertungsstelle.
- Die Auswertungsstelle
  - prüft die eingehenden Datensätze auf Vollständigkeit, Schemakonformität und ein korrektes Pseudonym
  - bestätigt die erfolgreichen Prüfungen oder fordert Korrekturen mittels standardisierter Fehlerprotokolle
  - prüft anhand noch festzulegender Kriterien die Vollzähligkeit der Datensätze und berechnet die Indikatorergebnisse
  - führt noch festzulegende statistische Plausibilitätsprüfungen durch
  - ermittelt mithilfe noch festzulegender Algorithmen Empfehlungen für Prüfschwerpunkte
  - zieht eine Stichprobe der Bewohnerdatensätze.

Schritt 2:

- Die Auswertungsstelle
  - stellt den Pflegeheimen die Indikatorergebnisse in Form von Feedbackberichten für das interne Qualitätsmanagement zur Verfügung
  - stellt die Indikatorergebnisse und die Empfehlungen für die Prüfschwerpunkte den Landeskassen der Pflegeverbände in Dateiform zur Verfügung
  - stellt den Prüfdiensten die Indikatorergebnisse und die Ergebnisse der statistischen Plausibilitätsprüfung in Dateiform zur Verfügung
  - aktualisiert dabei ggf. vorhandene Daten durch die jeweils neuesten vorliegenden Daten.

Schritt 3:

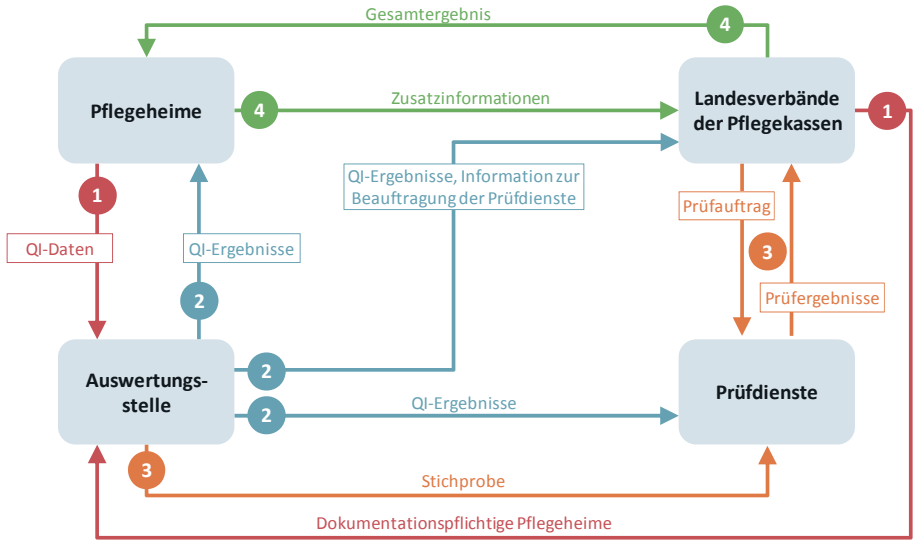
- Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen den Prüfauftrag an die Prüfdienste.
- Die Auswertungsstelle stellt den Prüfdiensten die Empfehlungen für die Prüfschwerpunkte und die Stichprobe in Dateiform zur Verfügung.
- Die Prüfdienste
  - führen die externen Prüfungen durch
  - übermitteln die Ergebnisse der externen Prüfungen an die Landesverbände der Pflegekassen.

Schritt 4:

- Die Landesverbände der Pflegekassen
  - erstellen aus den drei Datenquellen (Indikatorergebnisse, zur Veröffentlichung bestimmte Ergebnisse der externen Prüfungen, Zusatzinformationen) die vorläufigen Gesamtberichte
  - stellen die Gesamtberichte den Pflegeheimen zur Kommentierung zur Verfügung
  - veröffentlichen die Gesamtberichte nach dem Ende des Kommentierungszeitraums

  ODER
  - aktualisieren die Gesamtberichte, sofern nur neue Indikatorergebnisse vorliegen, aber noch keine neue externe Prüfung durchgeführt wurde

Abbildung 9: Gesamtprozess



1.17 Weitere Empfehlungen

Im Verlauf der drei Workshops wurden weitere Themen diskutiert, die eher am Rande etwas mit dem konkreten Arbeitspaket zu tun haben, die aus Sicht der Beteiligten aber durchaus relevant sind und darum, auch in Rücksprache mit der Expertengruppe Selbstverwaltung, hier aufgenommen wurden. Darüber hinaus ist bei einigen der Punkte die Beteiligung der Auswertungsstelle an den Aufgaben denkbar.

1.17.1 Schulungskonzept für die Pflegeheime

Der Erfolg der indikatorgestützten Qualitätsmessung im Bereich der stationären Pflege, so wurde es auch in den drei Workshops gesehen, hängt zu einem großen Teil von der Akzeptanz aufseiten derjenigen ab, die die Daten bereitstellen müssen, also der Pflegeheime. Neben den Aspekten der Nutzbarkeit und Sinnhaftigkeit der Ergebnisse spielt dabei die Seite der Datenerfassung eine überragende Rolle. Aus technischer Sicht sind die einheitlichen Vorgaben der spezifizierenden Stelle entscheidend. Entscheidend ist aber auch, wie gut und wie nachhaltig die Mitarbeiter der Pflegeheime in die Lage versetzt werden, die für die Indikatoren notwendigen Daten zu erfassen. Dabei lässt sich die Frage nach der informationstechnischen Ausstattung der Pflegeheime und damit der leichten Verfügbarkeit der abgefragten Daten (s. Abschnitt 1.6.1) nur sehr begrenzt beeinflussen. Allerdings kann dafür Sorge getragen werden, dass die Pflegeheime und die einzelnen Mitarbeiter für die Datenerfassung gut und vor allem einheitlich geschult werden, sie also nicht mit der Interpretation missverständlicher Erfassungen allein gelassen werden. Ein solches Schulungsprogramm kann nur eingeschränkt in einer technischen Schulung der Mitarbeiter an einem bestimmten Dokumentationssystem bestehen, da diese in der konkreten Ausgestaltung voraussichtlich zu unterschiedlich sein werden (s. Abschnitt 1.6.1), sondern in der Vermittlung (erklärungsbedürftiger) Inhalte. Als Beispiel für ein gelungenes Schulungsprogramm wurde Ein-STEP (Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation)[9] genannt. Dabei wurden, mit Blick auf die Pflegeheime, im Auftrag der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung einheitliche Schulungsunterlagen erstellt, mehr als 800 Multiplikatoren der Trägerverbände geschult, Leitfäden erstellt und die Koordinierung der Unterstützung von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unternommen.[10] Ein solches Programm mit den einhergehenden Unterstützungsleistungen und Austauschmöglichkeiten würde nach Ansicht der Workshopteilnehmer die Aussichten für eine erfolgreiche Einführung der indikatorgestützten Qualitätsmessung in der Pflege verbessern können.

Daneben wurden von den Teilnehmern ergänzende Vorschläge gemacht, etwa die Bereitstellung geeigneter Handbücher zur Dokumentation und Maßnahmen wie Online-Tutorials und E-Learning-Angebote. Weitere Vorschläge zu Hilfen innerhalb der Erfassungssoftware etwa in Form von Kontextmenüs oder Tooltip/Mouseover wurden ebenfalls gemacht, wobei deren Umsetzbarkeit in einer Erfassungssoftware nach Einschätzung der Auftragnehmer jedoch in hohem Maße vom jeweiligen Softwareprodukt abhängen dürfte.

[9] http://www.ein-step.de

[10] http://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/2017-09-06_08_PM_BMG_Veranstaltung_Entbuerokratisierung.pdf, abgerufen am 11.09.2017

1.17.2 Support

Sowohl die Vertreter der Pflegeheime als auch die der Prüfdienste sprachen sich in ihrem jeweiligen Workshop für die Einrichtung einer Supporthotline bei der Auswertungsstelle aus. Dabei geht es jeweils um eine technische Hotline, die mindestens telefonisch und per E-Mail für alle Fragen rund um die Spezifikation und sämtliche Datenlieferungen von der und an die Auswertungsstelle zur Verfügung steht. Zudem wird empfohlen, dass die Auswertungsstelle einen Support zu Fragen bezüglich der von ihr an die Pflegeheime, die Prüfdienste und die Landesverbände der Pflegekassen gem. § 114 Abs. 1b Satz 2 SGB XI zu übermittelnden Feedbackberichte bzw. Daten zu den Indikatorergebnissen gewährleistet. In diesem Zusammenhang wurde betont, dass die Erreichbarkeit während üblicher Büroarbeitszeiten gewährleistet sein sollte. Darüber hinausgehende inhaltliche Supportangebote, also etwa zu Fragen der Datenerhebung für die Indikatoren oder der externen Prüfungen, werden hingegen ausdrücklich nicht als Aufgabe der Auswertungsstelle, sondern der eigenen Trägerverbände resp. der Prüfdienste gesehen.

1.17.3 Einbindung der Prüfdienste

Im Rahmen des Workshops mit den Prüfdiensten bestätigten sich weitgehend die Vorabrecherchen der Auftragnehmer insoweit, als von einer vorhandenen funktionsfähigen IT-Infrastruktur ausgegangen werden kann. Zwei Punkte sind an dieser Stelle noch herauszuheben, die bislang nicht an anderer Stelle des Berichts aufgegriffen wurden.

Übermittlung der Prüfaufträge an die Prüfdienste

Die Prüfdienste hoben in ihrem Workshop den Umstand hervor, dass bislang die Prüfaufträge der Landesverbände der Pflegekassen an die Prüfdienste in uneinheitlichen Formaten und Verfahren übermittelt werden. Dieser Zustand solle, auch wenn es nicht Aufgabe der Auswertungsstelle sei, nach Möglichkeit im Zuge der ohnehin anstehenden Änderungen im gesamten Prüfungsablauf ebenfalls korrigiert, sprich: vereinheitlicht, werden. Favorisiert wird eine Lösung, die die einheitlichen Vorgaben folgende Übertragung der Prüfaufträge im Rahmen eines DTA-Verfahrens regelt.

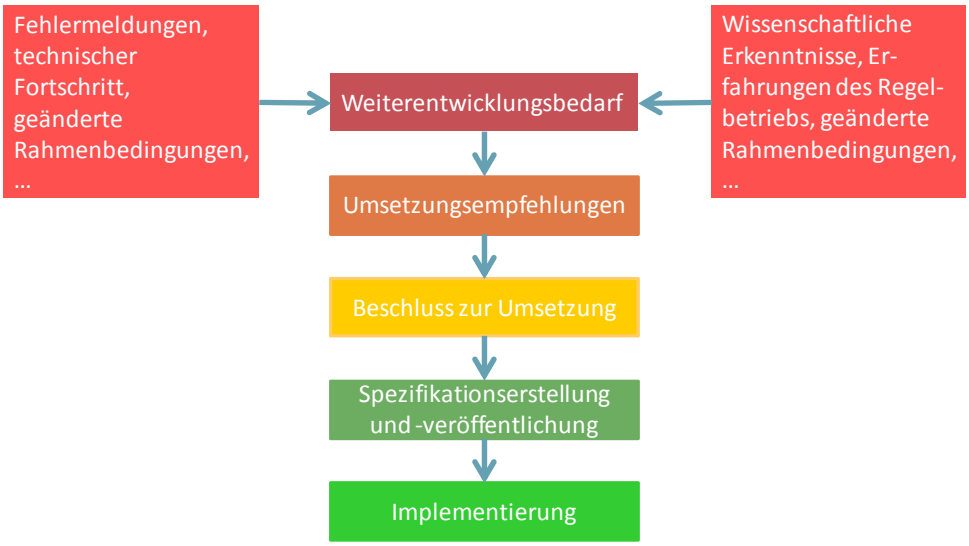
Software für die Durchführung der externen Prüfungen

Sämtliche Prüfdienste verfügen über Softwaretools, mit denen die Prüfer vor Ort Daten erfassen und diese später auch übermitteln können. Die MDK Bayern, Sachsen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und der Prüfdienst der PKV haben schon in der Vergangenheit entsprechende Produkte entwickelt und nutzen sie bzw. stellen sie zum Teil auch anderen MDK zur Verfügung. Die Inhalte und Definitionen sind unter den Prüfdiensten abgestimmt und erprobt, sodass an dieser Stelle zwar eine Anpassung der Inhalte der Datensätze an die neuen Prüfinhalte vorgenommen werden muss, aus heutiger Sicht aber keine neuen Entwicklungen notwendig sein werden.

1.17.4 Weiterentwicklung der Spezifikation

Insbesondere der Bereich der technischen Plausibilitätsprüfungen unterliegt einer beständigen Weiterentwicklung, aber auch geänderte inhaltliche Vorgaben können Änderungen an der Spezifikation erforderlich machen. Den grundlegenden Prozess verdeutlicht folgendes Schaubild:

Abbildung 10: Weiterentwicklung der Spezifikation



Die notwendigen Veröffentlichungen neuer Spezifikationsversionen und deren Implementierung sollen in einem festen Releasezyklus erfolgen, auf den sich alle Beteiligten einstellen können. Ein Beispiel für einen genauen Releaseplan unter Angabe konkreter Zeitpunkte und Zeiträume kann aus Sicht der Auftragnehmer erst entwickelt und abgestimmt werden, wenn über die Erhebungsstichtage entschieden wurde. Die Liste unten soll jedoch zumindest die notwendigen Prozessschritte der Abbildung 10 zeigen und verdeutlichen, dass geplante Änderungen in den Auswertungen eine lange Vorbereitungszeit benötigen. Der in der Liste verwendete Begriff „nachfolgend“ ist dabei so zu verstehen, dass es eine gültige Spezifikation gibt und sich die unten beschriebenen Prozessschritte auf die dieser gültigen Spezifikation nachfolgende Spezifikation beziehen.

- Erarbeitung und Beratung von Änderungsvorschlägen
- Ausarbeitung der Richtlinienänderungen für die nachfolgende Spezifikation
- Beschluss der Richtlinie für die nachfolgende Spezifikation
- Umsetzung der Änderungen der nachfolgenden Spezifikation
- Veröffentlichung der vorläufigen Version der nachfolgenden Spezifikation
- Technische Rückmeldungen zur vorläufigen Version der nachfolgenden Spezifikation
- Veröffentlichung der nachfolgenden Spezifikation
- Umsetzung der nachfolgenden Spezifikation durch Auswertungsstelle und Softwareanbieter
- Erfassung und Übermittlung durch die Pflegeheime gem. nachfolgender Spezifikation

Die Schritte gelten in erster Linie für Änderungen, die nicht an der Grundstruktur der Spezifikation rühren. Über diesen Rahmen hinausgehende Änderungen sind mit längeren Implementierungs- und Testphasen einzuplanen.

1.17.5 Sekundäre Datennutzung

Mit Erhebung der Qualitätsdaten wird ein Datenpool entstehen, der in dieser Form im Bereich der stationären Pflege bislang nicht existierte. Dementsprechend kam in den Diskussionen auch die Frage danach auf, ob diese Daten perspektivisch durch die Auswertungsstelle auch für wissenschaftliche Forschungszwecke nutzbar gemacht werden können und sollen. Derzeit gibt es zwar Überlegungen, unter welchen Voraussetzungen die Daten, die aktuell durch die Landesverbände der Pflegekassen veröffentlicht werden, Dritten elektronisch zur Verfügung gestellt werden können. Für die zukünftig zu erhebenden Qualitätsdaten ist für eine solche sekundäre Datennutzung bislang jedoch keine rechtliche Grundlage vorhanden, das grundsätzliche Potenzial wird aber durchaus gesehen. Im Bereich des SGB V wurde aus dieser Nutzenüberlegung heraus in § 137a Abs. 10 festgelegt, dass der Gemeinsame Bundeausschuss (G-BA) das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) oder eine andere an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligte Stelle beauftragen kann, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V erhobenen Daten auf Antrag eines Dritten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung auszuwerten. § 137a Abs. 10 SGB V sieht weiter vor, dass der G-BA in der Verfahrensordnung ein transparentes Verfahren für die Auswertung der nach § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V erhobenen Daten und die Übermittlung der Auswertungsergebnisse unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben und des Gebotes der Datensicherheit regelt. Eine ähnliche Möglichkeit räumt das Transplantationsgesetz (TPG) für die aufzubauende Transplantationsregisterstelle in § 15g ein, wonach die Transplantationsregisterstelle Dritten zu Forschungszwecken nicht nur Auswertungen, sondern anonymisierte (§ 15g Abs. 1 TPG) oder pseudonymisierte (Abs. 2) Daten unter bestimmten Voraussetzung übermitteln darf. Eine solche sekundäre Datennutzung könnte die Auswertungsstelle in der einen oder anderen Form sowohl technisch als auch organisatorisch durchführen, sofern der Nutzen gesehen wird und die rechtlichen Voraussetzungen gegeben sind.

1.18 Aufgaben der Auswertungsstelle

Die Aufgaben der Auswertungsstelle werden im Folgenden zusammengefasst. Dabei gibt es zwei Kategorien, nämlich jene Aufgaben, die aus Sicht der Auftragnehmer feststehen (Kategorie 1), und jene, die sich aus Entscheidungen der Auftraggeber zusätzlich ergeben können (Kategorie 2). Zur besseren Übersicht werden die Aufgaben und ihre Kategorie tabellarisch dargestellt. Die Tabellen unterteilen die Aufgaben in solche bei der Entwicklung und Implementierung und bei der Durchführung (s. Tabelle 4) der Qualitätssicherung.

Aufgaben im Rahmen der Entwicklung und Implementierung sind:

Tabelle 3: Beteiligung der Auswertungsstelle an der Entwicklung und Implementierung der Qualitätssicherung

Aufgabe	Kategorie 1	Kategorie 2
Entwicklung, Abstimmung und Veröffentlichung der Spezifikation und ihrer Komponenten (soweit nicht einzeln aufgelistet)	X	
Entwicklung und Abstimmung eines Datenschutzkonzepts für alle beauftragten Komponenten	X	
Entwicklung und Abstimmung eines Releasemanagements	X	
Beschreibung des Datensatzes für die Indikatoren	X	
Beschreibung des Datensatzes für Bewohner, deren Daten aufgrund vorliegender Ausschlusskriterien nicht vollständig dokumentiert werden müssen (Minimaldatensatz)	X	
Beschreibung der verbindlichen Pseudonymisierungsvorgaben für die Pflegeheime		X
Abstimmung und Festlegung aller Prozesse im Zusammenhang mit der Datenübermittlung an die und von der Auswertungsstelle	X	
Beschreibung des Datensatzes für die zur Veröffentlichung bestimmten Informationen aus den externen Prüfungen		X
Technische Umsetzungshilfen für Softwareanbieter	X	
Definition und Aufbau der IT-Infrastruktur für Datenhosting, Auswertung, Berichterzeugung, Webservices und Webportale	X	
Aufbau eines mandanten- und mehrnutzerbetriebsfähigen Webportals für die Datenerfassung bzw. die Datenübermittlung per Dateiupload durch die Pflegeheime	X	
Programmierung und Bereitstellung einer Standalone-Software für die Datenerfassung durch die Pflegeheime		X
Aufbau eines Web-Services für die Datenübermittlungen von Pflegeheimen bzw. deren Softwareanbietern	X	
Aufbau eines Webportals für die Kommentierung der vorläufigen öffentlichen Qualitätsdarstellung		X
Aufbau eines Webportals für die Veröffentlichung der öffentlichen Qualitätsdarstellung		X
Aufbau eines Webservices für die Datenbereitstellung an die Prüfdienste	X	
Aufbau eines Webservices für die Datenübermittlung von den Prüfdiensten		X
Aufbau eines Webservices für die Datenbereitstellung für die von den Landesverbänden der Pflegekassen mit der Veröffentlichung beauftragte Stelle		X
Initiale Registrierung der dokumentationspflichtigen Pflegeheime (ggf. inkl. individueller Lieferzeitpunkte pro Heim)	X	

Aufgabe	Kategorie 1	Kategorie 2
Initiale Registrierung der Prüfdienste und der Landesverbände der Pflegekassen	X	
Entwicklung und Abstimmung eines Konzepts zur Gewährleistung einer laufend aktualisierten Übersicht der dokumentationspflichtigen Pflegeheime in Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der Pflegekassen	X	
Entwicklung der Feedbackberichte	X	
Erstellung einer Leseanleitung für die Feedbackberichte für die Adressaten (Pflegeheime, Prüfdienste, Landesverbände der Pflegekassen)	X	
Erstellung eines Handbuchs zur Erfassung der Indikatordaten	X	
Aufbau und Schulung des technischen First und Second Level Supports für Pflegeheime und Prüfdienste per E-Mail und Telefon	X	
Entwicklung von Algorithmen für die Empfehlung von Prüfschwerpunkten auf Grundlage der Indikatorergebnisse	X	
Entwicklung von Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeitsprüfung der Bewohner	X	
Entwicklung eines Konzeptes zur sekundären Nutzung der erhobenen Qualitätsdaten zu Forschungszwecken		X

Aufgaben bei der Durchführung sind:

Tabelle 4: Beteiligung der Auswertungsstelle an der Durchführung der Qualitätssicherung

Aufgabe	Kategorie 1	Kategorie 2
Pflege aller in Tabelle 3 genannten Komponenten und Elemente	X	
Annahme und Prüfung der Daten der Pflegeheime	X	
Rückprotokollierung zu den Datenlieferungen	X	
Feststellung der Vollzähligkeit der Datensätze eines Pflegeheims	X	
Feststellung der Vollzähligkeit der Pflegeheime	X	
Halbjährliche Berechnung der QI-Ergebnisse pro Pflegeheim	X	
Durchführung statistischer Plausibilitätsprüfungen	X	
Aktualisierung der öffentlichen Qualitätsdarstellungen von Pflegeheimen mit neuen Ergebnissen der halbjährlichen Berechnungen der QI-Ergebnisse		X
Übermittlung der QI-Ergebnisse in Form von Feedbackberichten an die Pflegeheime (inkl. Ergebnisse des vorhergehenden Auswertungszeitraums)	X	
Übermittlung der QI-Ergebnisse in Dateiform an die Landesverbände der Pflegekassen und die Prüfdienste (inkl. Ergebnisse des vorhergehenden Auswertungszeitraums)	X	
Bereitstellung von Empfehlungen für Prüfschwerpunkte an die Landesverbände der Pflegekassen	X	

Aufgabe	**Kategorie 1**	**Kategorie 2**
Ziehen der Stichprobe für die Prüfdienste	X	
Bereitstellung der Stichprobe für die Prüfdienste	X	
Bereitstellung der Ergebnisse der statistischen Plausibilitätsprüfungen für die Prüfdienste	X	
Annahme der zur Veröffentlichung bestimmten Informationen der Prüfdienste		X
Übermittlung der zur Veröffentlichung bestimmten Informationen an die von den Landesverbänden der Pflegekassen mit der Veröffentlichung beauftragte Stelle		X
Veröffentlichung der öffentlichen Qualitätsdarstellung auf der Website der Auswertungsstelle		X
Technischer First und Second Level Support für Pflegeheime und Prüfdienste per E-Mail und Telefon	X	
Registrierungsverwaltung der dokumentationspflichtigen Pflegeheime	X	
Registrierungsverwaltung der Prüfdienste und der Landesverbände der Pflegekassen	X	
Unterstützung der Evaluierung gem. § 113b Abs. 4 Nr. 5 SGB XI		X
Unterstützung bei der inhaltlichen Weiterentwicklung der indikatorgestützten Qualitätsmessung		X
Technische Weiterentwicklung der indikatorgestützten Qualitätsmessung	X	
Verfahren zur sekundären Nutzung der Qualitätsdaten		X

1.19 Empfehlungen zur Implementierung

Die benannten Aufgaben der Auswertungsstelle lassen, wenn man sowohl deren eigene Aufgaben als auch die Vielfalt ihrer Partner betrachtet, die Komplexität erkennen, die mit dem Aufbau der fachlich unabhängigen Institution nach § 113 Abs. 1b SGB XI verbunden ist. Hinzu kommt, dass die Akzeptanz eines solchen neuen Verfahrens bei allen Betroffenen, hier ist insbesondere an die Pflegeheime bzw. deren Mitarbeiter und ggf. Softwareanbieter sowie an die Prüfdienste zu denken, sehr davon abhängt, als wie inkludierend die Abstimmungsprozesse im Vorfeld wahrgenommen werden und wie reibungslos die Einführung funktioniert. An einigen Stellen besteht Entscheidungsbedarf seitens der Auftraggeber und es werden auch nach dem Abschluss dieses Projektes im Mai 2018 noch weitere Vorarbeiten zu bewältigen sein, bis mit dem Aufbau der notwendigen technischen Strukturen begonnen werden kann. All diese Aspekte sind bei der zeitlichen Planung der Implementierungsschritte zu berücksichtigen.

Wie zuvor bereits erwähnt wurde ist aus Sicht der Auftragnehmer beim Aufbau der Auswertungsstelle ein möglichst flexibler Ansatz zu wählen, der einerseits einen Aufbau in Stufen ermöglicht und andererseits, was bei der initialen Implementierung eine untergeordnete Rolle spielt, spätere Erweiterungen zulässt. Ein Stufenmodell erscheint geeignet und zwingend geboten für den Aufbau der Auswertungsstelle und des indikatorgestützten Verfahrens insgesamt, anstatt alle erforderlichen Vorbereitungs- und Implementierungsschritte gleichzeitig zu unternehmen. Deswegen wird auf Grundlage der im Projektverlauf gewonnenen Erkenntnisse und aufbauend auf den Erfahrungen der Auftragnehmer aus anderen Projekten das Stufenmodell mit den wichtigsten Bausteinen und ihren jeweiligen Abhängigkeiten vorgeschlagen. Im Zentrum der Überlegungen steht dabei die Auswertungsstelle.

Erläuterungen zur Tabelle: Spalte 1 meint jeweils „Jahr nach Beauftragung und Erstellung der Richtlinie“. „1.“ heißt also, dass der zugehörige Baustein im ersten Jahr nach Beauftragung und Erstellung der Richtlinie angegangen wird. Die Spalte „Nummer“ ordnet den Bausteinen eine laufende Nummer zu, um in der folgenden Spalte benennen zu können, welche Bausteine erledigt sein müssen, um diesen Baustein angehen zu können. Die Spalte „Beteiligte“ weist alphabetisch sortiert diejenigen Partner aus, die mindestens beratend oder auch aktiv teilnehmend in einen Baustein involviert sind. Die verwendeten Abkürzungen finden sich unterhalb der Tabelle.

Tabelle 5: Implementierungsstufen und -abhängigkeiten

Jahr	Baustein	Nr.	Abhängig von	Beteiligte
	Beauftragung	1		AG, AN
	Erstellung der Richtlinie	2		AG
1.	Abstimmung der offenen Fragen und Prozessdefinitionen	3	1	AG, LVPK, PD, SWA, TV
1.	Erstellung der Spezifikation für die Portallösung (Weberfassung)	4	2, 3	AN
1.	Beschluss der Spezifikation für die Portallösung (Weberfassung)	5	4	AG
1.	Aufbau der IT-Infrastruktur bei der Auswertungsstelle für Datenhosting, Auswertung, Berichterzeugung, Webservices und Webportale	6	5	AN
1.	Entwicklung Feedbackbericht und Leseanleitung	7	2, 4	AG, AN
1.	Aufbau der Portallösung	8	4, 5, 6	AN
1.	Testung Portallösung	9	8	AN, PH
1.	Handbuch zur Erfassung der Indikatordaten	10	8	AG, AN, TV
1.	Aufbau und Schulung des Support	11	5, 8, 9, 10	AN
1.	Registrierung der Teilnehmer	12	3, 10	AN, LVPK, PD, PH
2.	Regelbetrieb ausschließlich über Portallösung (Weberfassung)	13	alle vorigen	AG, AN, LVPK, PD, PH
2.	Ergänzung der Spezifikation um Uploadfunktion und Webservices	14	3, 4	AN, LVPK, PD, SWA
2.	Beschluss der um Uploadfunktion und Webservices ergänzten Spezifikation	15	13	AG
2.	Aufbau Uploadfunktion und Webservices	16	3	AN
2.	Aufbau und Testung Uploadfunktion und Webservices	17	16	AN, LVPK, PD, SWA
3.	Regelbetrieb via Portallösung (Weberfassung) und Webservices	18	alle vorigen	AG, AN, LVPK, PD, PH, SWA

Abkürzungen: AG = Auftraggeber, AN = Auftragnehmer, LVPK = Landesverbände der Pflegekassen, PD = Prüfdienste, PH = Pflegeheime, SWA = Softwareanbieter, TV = Trägerverbände

Ausgangspunkt dieser Planung sind also die Beauftragung der Auswertungsstelle und die Erstellung der Richtlinie gem. § 114a Abs. 7, die die Grundsatzfragen regelt, die auch in diesem Bericht adressiert wurden. Dazu gehören z.B. die Frage nach der Pseudonymisierung und der datenschutzrechtlichen Bewertung des Vorschlags. Zudem ist zu regeln, welche Aufgaben die Auswertungsstelle genau übernimmt und wie genau die Datenflüsse und Zuständigkeiten beispielweise bei der Ergebnisveröffentlichung sind. Erst wenn beides, Beauftragung und Erstellung der Richtlinie, erfolgt ist kann die Abstimmung zwischen den Beteiligten erfolgen (Baustein „Abstimmung der offenen Fragen und Prozessdefinitionen“), die alle Detailfragen in Hinblick auf die zu erstellende und zu beschließende Spezifikation für die Portallösung beantworten muss. Im nächsten Schritt bzw. an dieser Stelle teilweise parallel kann die Auswertungsstelle ihre IT-technische Infrastruktur aufbauen, da sie dann weiß, welche Anforderungen daran zu stellen sind. Parallel kann die Entwicklung von Feedbackbericht und Leseanleitung erfolgen, die methodisch-statistische und pflegefachliche Expertise erfordert. Nach Aufbau und Testung des Webportals können der Support aufgebaut und eine Anleitung für die Datenerfassung per Webportal entwickelt werden. Letzter Schritt vor dem Regelbetrieb via Webportal

wäre dann zunächst die Registrierung der Pflegeheime, damit sie sich anmelden und bei Beginn des Regelbetriebs Daten erfassen können. Spätestens zu diesem Zeitpunkt sind die Vervollständigung der Erfassungsmöglichkeiten (Uploadfunktion und Webservices) sowohl hinsichtlich ihrer Spezifizierung als auch hinsichtlich ihrer Normierung über eine Ergänzung der Spezifikation anzugehen, damit in demselben Jahr Aufbau und Testung vonstattengehen können.

Bei aller scheinbaren Klarheit und Übersichtlichkeit der Bausteine in der zuvor aufgeführten Tabelle stellt dies einen idealtypischen Ablauf dar. Es muss ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass insbesondere das erste Jahr äußerst ambitioniert erscheint und eine Reihe von erheblichen zeitlichen Risiken in sich trägt, da, wie in den vorangehenden Abschnitten beschrieben, noch nicht alle Aufgaben klar definiert und abgegrenzt werden können. Gleichzeitig lassen sich viele Bausteine, wie an den Abhängigkeiten zu sehen ist, nur aufeinander aufbauend abarbeiten. Dafür ist eine Reihe von Detailfragen mit vielen Partnern nicht nur anzudiskutieren, sondern bis zur Beschluss- und Umsetzungsreife zu beantworten. Gleichzeitig ist das Stufenmodell ein Weg, wie an der einen oder anderen Stelle zeitliche Puffer herausgearbeitet werden können, da einiges bei entsprechender personeller Ausstattung zumindest partiell parallel bearbeitet werden kann.

1.20 Anforderungen an die Auswertungsstelle

Die Auftraggeber werden zeitnah die Ausschreibung der Institution nach § 113 Abs. 1b Satz 1 vornehmen. Vor diesem Hintergrund wurden die Auftragnehmer im Workshop mit der Expertengruppe Selbstverwaltung am 1. September 2017 gebeten, nicht nur die Aufgaben, sondern zusätzlich möglichst konkret die Anforderungen zu formulieren, die an eine solche Institution zu stellen sind. Aus den im Abschnitt 1.18 aufgelisteten Aufgaben ergeben sich die technischen Anforderungen, die an die zu beauftragende Institutionen zu stellen sind, teilweise direkt, teilweise abstrakt. Im Folgenden sind diese Anforderungen bzw. übergeordneten Aufgaben aufgelistet.

- Fachliche Unabhängigkeit und wissenschaftliche Kompetenz
- Erfahrung mit der Abstimmung und Durchführung komplexer Projekte im Gesundheitswesen
- Erfahrung mit Institutionen und Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen
- Kenntnisse im Bereich des SGB XI
- Erfahrungen mit Systemen von Qualitätsindikatoren
- Kenntnisse in komplexen statistischen Auswertungen, z.B. Risikoadjustierungen und Prognosemodelle
- Strukturelle und personelle Ressourcen für Datenannahme, Datenspeicherung, Datenverwaltung, Datenauswertung und Berichterstellung
- Erstellung eines Datenschutzkonzepts für die beauftragten Komponenten
- Erstellung und Pflege technischer Spezifikationen (maschinen- und menschenlesbar)
- Erstellung und Betrieb von Webservices

- Erstellung und Betrieb eines gesicherten mandanten- und mehrnutzerbetriebsfähiger Webportale zur Datenerfassung
- Erstellung und Betrieb automatisierter Datenservices (insb. Uploadverfahren)
- Entwicklung zielgruppenorientierter Auswertungsberichte und Leseanleitungen
- Erfahrung in der automatisierten Auswertung großer Datenmengen und Berichterstellung für große Adressatenkreise unterschiedlicher Aggregationsebenen
- Technischer First und Second Level Support per Telefon und E-Mail
- Dokumentation und Anwendung eines systematischen Qualitätsmanagements

Literatur

UBC (2017): Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP). (SV14-9015). Abschlussbericht zum Forschungsprojekt. UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC-Zentrum für Sozialpolitik. Bremen.

Anhang 7: Mitwirkende in den Expertengruppen

Im Folgenden sind sie Experten genannt, die an den Workshops der verschiedenen Gruppen teilgenommen haben. Die Experten waren zum Teil bei einzelnen Veranstaltungen entschuldigt oder haben eine Vertretung entsandt. Alle Experten haben Vertraulichkeit zu den Inhalten und Arbeiten des Projektes und der Workshops zugesichert. Teilnehmer der Expertengruppen und der Workshops zu Anforderungen an die IT-technische Umsetzung haben mögliche Interessenkonflikte offengelegt.

Expertengruppe der Prüfdienste

Vertreter	Organisation
Bialon, Janina	MDK Westfalen-Lippe
Brüggemann, Jürgen	MDS
Dr. Canzler, Martin	MDK Rheinland-Pfalz
Hollenbach, Diane	MDK Mecklenburg Vorpommern
Krüger, Cornelia	MDK Bayern
Langer, Julia	MDK Niedersachsen
Muck, Thomas	SEG 2
Patt, Gjermund	Prüfdienst der PKV
Pelzer, Robert	MDK Nordrhein
Vogt, Kerstin	MDK Sachsen

Expertengruppe der Selbstverwaltung

Vertreter	Organisation
Bölicke, Claus	AWO Bundesverband e.V.
Christen, Olaf	Sozialverband VdK Deutschland e.V.
Dr. Dorin, Lena	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.
Ehmen, Yvonne	AOK-Bundesverband
Knieling, Thomas	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
Mittag, Thorsten	Der Paritätische Gesamtverband e.V.
Schemann, Jörg	GKV-Spitzenverband
Scholl, Jochen	Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
von Kroge, Stephan	Bundesverband der privaten Anbieter sozialer Dienste e.V.
Dr. Vorholz, Irene	Deutscher Landkreistag
Wilderotter, Stefan	Verband der Ersatzkassen e.V.

Expertengruppe der Nutzerperspektive

Vertreter	Organisation
Christen, Olaf	Sozialverband VdK Deutschland e.V.
Dr. Dorin, Lena	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen
Eifert, Barbara	Landesseniorenvertretung NRW
Jansen, Sabine	Deutsche Alzheimer Gesellschaft
Strüder, Sabine	Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

Teilnehmer des Workshops "Anforderungen an die IT-technische Umsetzung aus Sicht der Pflegeheime“

Vertreter	Organisation
Christiansen, Iris	Dan Produkte GmbH, für: AWO Bezirksverband Hessen-Süd e.V., AWO Bundesverband e.V.
Kratzenberg, Stephan	DRK Altenpflegeheim Kaufungen, für: Deutsches Rotes Kreuz e.V., DRK-Generalsekretariat
Mauel, Herbert	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V
Mosler, Christina	Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V., für: Deutscher Caritasverband e.V.
Dr. Petridis, Konstantin	AWO Bezirksverband Hessen-Süd e.V., für: AWO Bundesverband e.V.
Schmidt, Julia	3M Deutschland GmbH, für: bvitg e.V.
Schwab, Sonja	Caritasverband für die Diözese Würzburg e.V., für: Deutscher Caritasverband e.V.
Sen, Saadet	AWO Bezirksverband Hessen-Süd e.V., für: AWO Bundesverband e.V.
Warmbold, Anna Cathatina	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
Warschau, Gabriele	Johanniter Seniorenhäuser GmbH, für: Diakonie Deutschland – Ev. Bundesverband Ev. Werk für Diakonie u. Entwicklung e.V.
Wilderotter, Stefan	Verband der Ersatzkassen e.V.

Teilnehmer des Workshops Workshop "Anforderungen an die IT-technische Umsetzung aus Sicht der Prüfdienste“

Vertreter	Organisation
Butzke, Jürgen	MDK Niedersachsen
Coners, Elise	MDK Nord
Grampp, Michael	MDK Bayern
Klingelhöller, Jana	MDS e.V.
Langer, Julia	MDK Niedersachsen
Nock, Ulrich	MDS e.V.
Semler, Karin	MDK Rheinland-Pfalz
Wilderotter, Stefan	Verband der Ersatzkassen e.V.
Wollenschein, Sven	Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Teilnehmer der ersten Testung der Qualitätsdarstellung

Vertreter	Organisation
Franke, Andrea	Ernährungsberaterin
Gutscher, Andreas	Wissenschaftliche Mitarbeiter
Hannig, Christoph	Berufsschullehrer
Klingenberg, Anja	Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Teilnehmer der abschließende Testung der Qualitätsdarstellung

Vertreter	Organisation
Büscher, Karl-Josef	Seniorenbeirat Rheda-Wiedenbrück, LSV NRW e.V.
Dormann, Ingrid	Vorstandsmitglied Seniorenbeirat Arnsberg
Horbach, Friedhelm	Seniorenbeirat Gladbeck
Jaekel, Hildegard	Landesseniorenvertretung NRW
Krause, Edeltraut	Seniorenbeirat Herne-Wanne-Eickel
Paasche, Siegfried	Seniorenbeirat Hille, LSV Münster

Abschlussbericht des Projekts
„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“

Anhang 8:
Exemplarische Darstellung eines alternativen Modells zur Generierung von Qualitätsindikatoren (Regressionsmodell)

Inhalt:

Vorbemerkung 2
1. Fragestellung 2
2. Datenbasis 3
3. Stratifizierung oder Regression? 4
   3.1 Erhaltene Selbständigkeit im Bereich der Mobilität 4
   3.2 Dekubitusentstehung 11
   3.3 Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen 15

Vorbemerkung

Vor dem Hintergrund der Ausführungen in Kapitel 3.8 des Abschlussberichts wird die Frage diskutiert, welches Modell bevorzugt werden soll, um eine Vergleichbarkeit der Versorgungsergebnisse auf der Grundlage des Indikatorenansatzes zur Beurteilung der Ergebnisqualität durchzuführen. In diesem Kapitel wurden die Vor- und Nachteile der beiden zur Diskussion stehenden Modelle – Regression- oder Stratifizierungsmodell – bereits vorgestellt. Das Fazit der Ausführungen bestand darin, dass keines der beiden Modelle so eindeutige Vorzüge aufweist, dass sich eine eindeutige Empfehlung ableiten ließe. Vor diesem Hintergrund wurden die beiden projektdurchführenden Institute vom Qualitätsausschuss Pflege darum gebeten, ergänzende Auswertungen vorzulegen, um die Grundlage für eine Entscheidung für eines der beiden Modelle zu verbessern.

Diese Auswertungen waren mit Hilfe der im Projekt erhobenen Daten allerdings nicht möglich. Erforderlich für die angesprochenen Berechnungen sind Daten aus der Ergebniserfassung von Einrichtungen, die so umfangreich und so strukturiert sind, wie es im Regelverfahren erforderlich wäre. Diese zu erheben war weder in der Leistungsbeschreibung noch im Leistungsangebote der Auftragnehmer vorgesehen. Um der Bitte des Auftraggebers gerecht zu werden, führte das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld daher Berechnungen mit Hilfe von Daten durch, die im Rahmen anderer Projekte erhoben worden sind[1], und stellt die Ergebnisse dem Auftraggeber hiermit zur Verfügung.

1. Fragestellung

Zwar lag mit dem Abschlussbericht des Projekts MOPIP ein Vorschlag für ein bestimmtes Regressionsmodell vor, und der Bericht enthielt auch den Hinweis, dass ein Regressionsmodell zu Ergebnissen führt, die zum Teil andere Qualitätsbeurteilungen als das ursprüngliche, im Jahr 2009/2010 entwickelte Stratifizierungsmodell liefert. Nähere Hinweise dazu, eine Erklärung oder zumindest eine Spezifizierung des Unterschieds liefert der MOPIP-Bericht allerdings nicht. So finden sich dort keine konkreten Darstellungen der Unterschiede des Regressionsmodells und des Indikatorenmodells, etwa anhand konkreter Fallzahlen aus realen Einrichtungen. Das ist nachvollziehbar, da im Rahmen des Projekts MOPIP in vielen Fällen keine Vollerhebung durchgeführt werden konnte, wie es der Indikatorenansatz eigentlich vorsieht. Vollerhebungen sind jedoch erforderlich, um anhand konkreter Fallzahlen und unterschiedlicher Einrichtungsgrößen die unterschiedlichen Effekte der beiden Modelle verlässlich zu beurteilen und zu vergleichen.

[1] Die Auswertungsergebnisse wurden dem Qualitätsausschuss Pflege zur Nutzung überlassen, auch wenn die Auswertung nicht Bestandteil des Auftrags war.

Die zentralen Fragen, die den folgenden Auswertungen zugrunde liegen, lauten daher:

Zu welchen Qualitätsbewertungen führt ein Regressionsmodell im Vergleich zum Stratifizierungsmodell? Weichen die Qualitätsbeurteilungen, die mit den beiden Modellen erzielt werden, wesentlich voneinander ab?

Die Frage, inwieweit die beiden Modelle zu unterschiedlichen Ergebnissen führen und welche Effekte dies für eine Qualitätsbeurteilung hat, lässt sich allerdings nur indirekt beantworten. Das Stratifizierungsmodell sieht eine Gruppenbildung vor, wohingegen das Regressionsmodell eine Gruppenbildung ausschließt. Ein direkter Vergleich ist daher nicht möglich. Im Folgenden wird anhand von vier Indikatoren (zum Mobilitätserhalt und zur Dekubitusinzidenz) beispielhaft dargestellt, wie sich die Ergebnisse bei Anwendung des jeweiligen Modells für ein und dieselbe Einrichtung darstellen. Daran wird ablesbar, inwieweit die Wahl für ein bestimmtes Modell zu gänzlich anderen Ergebnissen führt als die Wahl des anderen Modells.

Auf grundlegende Ausführungen zum Thema Risikoadjustierung mit Hilfe von Regressionsmodellen wird an dieser Stelle verzichtet. Es wird davon ausgegangen, dass sich der Qualitätsausschuss Pflege mit den Prinzipien, Möglichkeiten und Grenzen einer binären logistischen Regression, die bei der Risikoadjustierung zur Anwendung kommt, bereits im Zusammenhang mit dem Projekt MOPIP beschäftigt hat.

2. Datenbasis

Die Daten, die zur Berechnung verwendet werden, stammen aus den sogenannten Umsetzungsprojekten[2], in denen Einrichtungen zum Teil schon seit 6 Jahren mit dem Indikatorenansatz arbeiten. Damit angesprochen sind die Gemeinschaftsprojekte EQMS und EQisA, die das IPW gemeinsam mit den Diözesan-Caritasverbänden Münster und Köln seit dem Jahr 2012 durchführt (EQMS) bzw. durchführte[3]. Die Ergebniserfassung erfolgte dort, ähnlich wie dies für den Regelbetrieb vorgesehen ist, durch die Mitarbeiter der Einrichtung. Dem IPW kam dabei die Rolle zu, das methodische Konzept und das Erhebungsinstrumentarium zur Verfügung zu stellen und die im Rahmen der Ergebniserfassung erhobenen Informationen auszuwerten.

Für die nachfolgenden Beispielrechnungen werden Daten aus dem Jahr 2016 verwendet. Es handelt sich um insgesamt 22.868 Fälle aus 279 Einrichtungen.

[2] So die Begrifflichkeit des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG).

[3] Das Projekt EQisA wurde ab Mitte 2016 nicht mehr verlängert, das Projekt EQMS wird weiterhin fortgesetzt.

Nicht alle Einrichtungen bzw. nicht alle Daten aus den genannten Gemeinschaftsprojekten wurden verwendet. Für bestimmte Indikatoren – insbesondere für Indikatoren, bei denen es um den Erhalt der Selbstständigkeit geht – sind zwei Ergebniserfassungen erforderlich. Im Rahmen der genannten Projekte kam es jedoch immer wieder zu Wechseln in der Gruppe der Einrichtungen. Einzelne Einrichtungen schieden aus, während andere neu hinzukamen. Deshalb sind die Fallzahlen je nach Thema nicht einheitlich.

Zu berücksichtigen ist auch, dass die Fallzahlen im Bereich der Indikatoren des Selbständigkeitserhalts nicht mit der Anzahl jener Bewohner, für die eine Ergebniserfassung durchgeführt wurde, übereinstimmen kann. Der Grund liegt u.a. darin, dass zwischen zwei Ergebniserfassungen in der Regel eine relevante Anzahl Bewohner neu eingezogen und damit erstmals in die Ergebniserfassung einbezogen wurde. Die Fallzahl (auswertbare Fälle) ist bei den Auswertungen jeweils ausgewiesen.

Nicht einbezogen wurden schließlich Daten aus Projekteinrichtungen, bei denen die statistische Plausibilitätskontrolle Zweifel an der Datenqualität ergeben hat.

Vorsichtshalber sei darauf hingewiesen, dass die im Folgenden vorgestellten Regressionsmodelle in aller Eile entwickelt wurden. Dass Möglichkeiten einer weiteren Modelloptimierung übersehen wurden, ist nicht auszuschließen.

3. Stratifizierung oder Regression?

3.1 Erhaltene Selbständigkeit im Bereich der Mobilität

Das erste Thema, bei dem die Ergebnisse der beiden Modelle verglichen werden soll, ist das Thema Mobilität. Es wird durch zwei Indikatoren abgebildet.

Zur Berechnung der beiden Kennzahlen werden die Ergebnisse von zwei Erhebungszeitpunkten verglichen. Geprüft wird, wie sich die Mobilität des Bewohners innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten entwickelt hat. Zur Entscheidung, ob ein Erhalt der Mobilität vorliegt, wird die in den Indikatorendefinitionen im Anhang 1 vorgestellte Systematik verwendet. Das bedeutet im Falle der Mobilität, dass von einem Erhalt der Mobilität ausgegangen wird, wenn sich zwischen den beiden Erhebungen die Mobilität nicht oder nur marginal verschlechtert (Summenscore im NBA Modul 1 darf sich um maximal um einen Punkt erhöhen). Bis hierhin besteht kein Unterschied zwischen den folgenden Regressions- und Stratifizierungsmodellen.

Im Rahmen des Stratifizierungsmodells wird die Kennzahl jeweils unabhängig voneinander für zwei verschiedene Bewohner- bzw. Risikogruppen berechnet. Im Rahmen der Risikoadjustierung auf der Basis eines Regressionsmodells entfällt diese Gruppenunterteilung, vielmehr werden alle Bewohner,

die die Einschlusskriterien erfüllen, in die Berechnungen einbezogen; statt zwei Kennzahlen gibt in einem Regressionsmodell nur eine zu diesem Thema.

Ausschlusskriterien

Das im Folgenden untersuchte Regressionsmodell ist streng genommen eine Mischform. Wie auch in anderen Anwendungsbereichen (beispielsweise in der Krankenhausversorgung) werden bestimmte Ein- und Ausschlusskriterien bzw. Gruppenbildungskriterien mit der Methode der logistischen Regression zusammengeführt. Im vorliegenden Fall werden Ausschlusskriterien definiert, die dazu führen, dass Bewohner mit bestimmten Merkmalen nicht in die Berechnungen einbezogen werden. So hätte es beispielsweise wenig Sinn, für einen Wachkomapatienten die Frage nach dem Erhalt der Mobilität zu beurteilen, um auf dieser Basis eine Beurteilung der Versorgungsqualität einer Einrichtung vorzunehmen. Geht es hingegen um die Dekubitusentstehung, müsste ein solcher Bewohner einbezogen werden; bei einem Menschen ohne Eigenaktivität kann jedoch Mobilität im Sinne des Indikatorenansatzes nicht beeinflusst werden.

Für die Modellbildung ist entscheidend, welche Ausschlusskriterien festgelegt werden. Hier gibt es mehrere Alternativen. Bestimmte Ausschlusskriterien, die im Rahmen des 2011 vorgestellten Indikatorenansatzes definiert wurden, sind im Rahmen des Projekts MOPIP als Einflussfaktoren bzw. als unabhängige Variablen definiert und in das dort untersuchte Regressionsmodell integriert worden. Dazu gehört z.B. eine zwischen den beiden Vergleichszeitpunkten durchgeführte Beinamputation.

Das nachfolgende Modell folgt im Unterschied dazu dem Grundsatz des ursprünglichen Indikatorenansatzes, so dass Bewohner, deren Selbständigkeit sich aus Gründen, die ähnlich wie ein Wachkoma dem Einfluss der Einrichtung weitestgehend entzogen sind, nicht in die Berechnung einer Kennzahl einbezogen werden[4]. Dazu gehören die folgenden Faktoren:

- ein schwerwiegendes gesundheitlich relevantes Ereignis, das seit der letzten Ergebniserfassung stattgefunden hat und die Selbständigkeit eines Menschen massiv beeinträchtigt (im Einzelnen: Apoplex, Herzinfarkt, Fraktur und Amputation)
- Bewohner wird invasiv beatmet
- Bewusstseinszustand: somnolent oder komatös bzw. Wachkoma/apallisches Syndrom
- bestimmte Erkrankungen (bösartiger Tumor, multiple Sklerose, Tetraplegie/Tetraparese, Chorea Huntington).

[4] Die folgenden Ausschlusskriterien gelten lediglich für die Kennzahlen zum Thema Selbständigkeit. Sie führen bei anderen Themen nicht unbedingt zum Ausschluss aus den Berechnungen.

Berücksichtigte Einflussfaktoren (unabhängige Variablen)

Es gibt verschiedene Sachverhalte, die bei der Erarbeitung eines Regressionsmodells in Betracht gezogen werden können oder müssen. Für Heimbewohner relevante Einflussfaktoren sind im Falle des Mobilitätsverhaltens weitgehend aus der Forschung bekannt. Im Rahmen des Projekts MOPIP wurde noch einmal eine Literaturanalyse durchgeführt, um solche Einflussfaktoren zu identifizieren.

Doch nicht alle Einflussfaktoren führen in einem Regressionsmodell zu einer besseren Vorhersagewahrscheinlichkeit. Vor diesem Hintergrund ist es nicht unbedingt so, dass ein Regressionsmodell besser wird, je mehr Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Häufig verhält es sich eher umgekehrt. Bei Einbeziehung von mehreren oder zusätzlichen Einflussfaktoren wird die Vorhersagewahrscheinlichkeit zum Teil nicht besser, sondern schlechter, obwohl es sich um theoretisch relevante Einflussfaktoren handelt. Die Aufgabe besteht also darin, diejenigen Faktoren zu identifizieren, die (in Kombination miteinander) die beste Vorhersage ermöglichen.

Um diese Faktoren zu identifizieren, wurden verschiedene Möglichkeiten getestet. Die beste Vorhersagewahrscheinlichkeit, so das Ergebnis, ist von einem Modell zu erwarten, das die Einflussfaktoren *kognitive und kommunikative Fähigkeiten* (Score im NBA-Modul 2) und die Länge eines etwaigen Krankenhausaufenthaltes berücksichtigt.

Weitere Faktoren, die eine Wirkung auf den Mobilitätserhalt erwarten lassen könnten, wurden ebenfalls getestet. Dazu gehören:

- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Körpergewicht bzw. BMI,
- Sturzereignisse
- vorliegende Schmerzsymptomatik,
- besondere Krankheitsereignisse (Herzinfarkt, Amputationen, Apoplex, Fraktur und bestimmte Diagnosen).

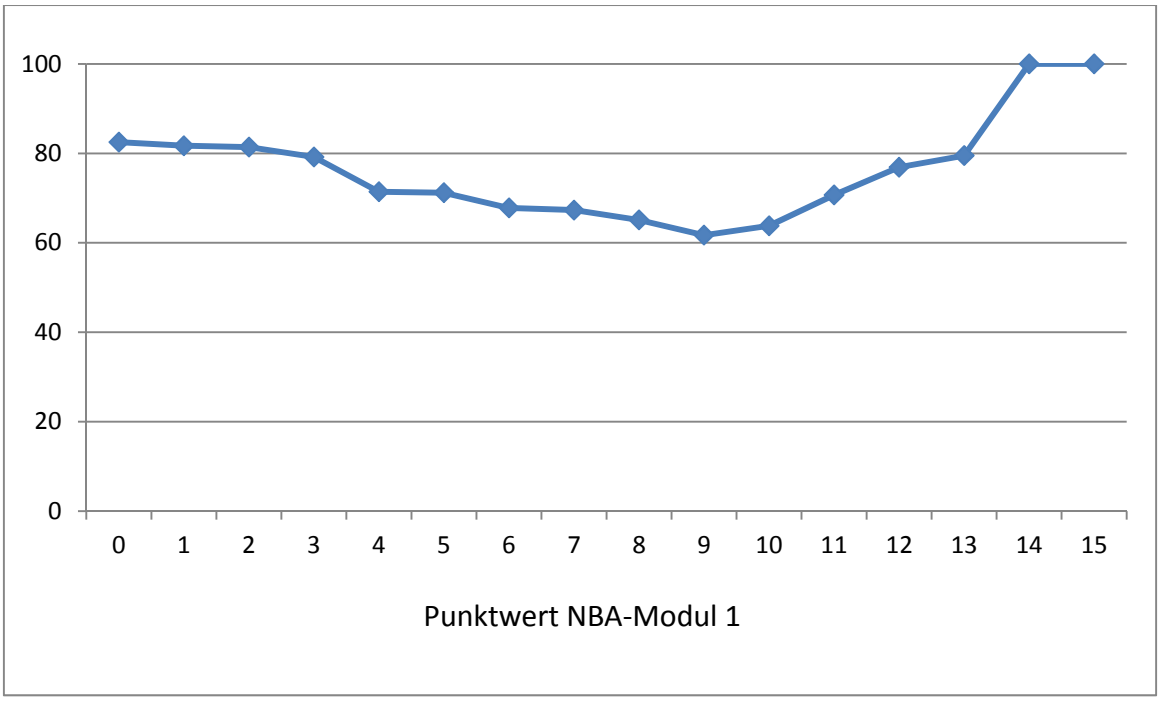
All diese Faktoren führten jedoch nicht, weder für sich genommen noch in Kombination miteinander, dazu, dass die Vorhersagewahrscheinlichkeit besser bzw. die Vorhersage genauer wurde. Eher im Gegenteil. Die Hinzunahme verschiedener Faktoren führte dazu, dass das Modell insgesamt an Qualität verloren und die Faktoren, die eigentlich einen negativen Einfluss auf die Mobilität ausüben müssten, in Kombination mit anderen Faktoren mitunter sogar wie protektive Faktoren wirkten.

Besonders intensiv geprüft wurde die Bedeutung des Ausgangsstatus der Mobilität, also der Status vor sechs Monaten (t0), auf den sich der Vergleich bezieht. Theoretisch wäre zu erwarten, dass auch dieser Ausgangsstatus auf die Chancen, Mobilität zu erhalten, Einfluss ausübt. Bewohner, die vor sechs Monaten in der Mobilität noch nicht beeinträchtigt waren, haben möglicherweise bessere Chancen, die Mobilität zu erhalten, als Bewohner, die bereits signifikante Beeinträchtigungen aufwiesen. Auch wäre zu erwarten, dass Bewohner, die vor sechs Monaten bereits eine extrem starke

Einschränkung der Mobilität aufwiesen, ein gewissermaßen positives Ergebnis im Sinne der Ergebnisqualität erreichen, da sich ihre Mobilität ja nicht mehr verschlechtern kann und nach sechs Monaten rein rechnerisch eine erhaltene Mobilität als Ergebnis stünde.

Die nachfolgende Grafik zeigt diesen Zusammenhang. Hier wurde anhand der Daten aus den Einrichtungen der Anteil der Bewohner mit jeweils einem bestimmten Punktwert getrennt betrachtet. Es wurde also beispielsweise für Bewohner mit dem NBA-Modulscore 3 ermittelt, wie hoch der Anteil der Bewohner in dieser Gruppe ist, die auch nach sechs Monaten noch eine mindestens gleichwertige Mobilität aufwiesen (in diesem Fall: 79,2%).

Abb. 1: Erhaltene Mobilität in Prozent nach Punktwert im NBA-Modul 1 bei t0



Wie die Abbildung erkennen lässt, gibt es durchaus relevante Unterschiede je nach Ausgangssituation in der Mobilität. Insbesondere zeigt sich das paradoxe Ergebnis, dass Bewohner, die die schlechtesten Mobilitätswerte zu Beginn des Beobachtungszeitraums aufwiesen, die besten Ergebnisse zeigten.

Diese Strukturen sind natürlich ein Artefakt und führten im ursprünglichen Indikatorenansatz zur Festlegung, dass Bewohner, die sich nicht mehr verschlechtern können, trotz scheinbar unverändertem Mobilitätsstatus nicht als Fälle mit positivem Ergebnis in die Berechnung eingehen. In der neuen, aktualisierten Bewertungssystematik (vgl. Anhang 1) wurde das Problem differenzierter gelöst. Es bleibt aber dabei, dass Bewohner mit sehr schlechtem Mobilitätsstatus nicht wie andere Bewohner in die Berechnung einbezogen werden. In der aktuellen Bewertungssystematik werden diese Bewohner (Punktwert > 12) gänzlich aus den Berechnungen ausgeschlossen.

Dieser Ausschluss ist auch im Rahmen eines Regressionsmodells erforderlich. Würde man auf diesen Ausschluss verzichten, würde sich der Zusammenhang, der zwischen Mobilitätserhalt und kognitiven Beeinträchtigungen besteht, statistisch nicht mehr adäquat darstellen lassen, weil – wie gezeigt – ein extrem schlechter Mobilitätsstatus dazu führen würde, dass die Einrichtung vermeintlich positive Versorgungsergebnisse erreicht.

Modellmerkmale

Tabelle 1 dokumentiert einige wichtige Merkmale des Regressionsmodells, insbesondere die Regressionskoeffizienten. Die Vorhersagegenauigkeit liegt bei 78,9 %, d.h. in 78,9 % aller Fälle wird durch die gewählten Einflussfaktoren das tatsächlich eingetretene Ereignis (Erhalt oder kein Erhalt der Mobilität) richtig vorhergesagt. Die Berücksichtigung von Krankenhausaufenthalten verbessert das Modell übrigens nur minimal. Die Beeinträchtigung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten ist der entscheidende Faktor.

Tab. 1: Ausgewählte Merkmale des Regressionsmodells – Erhaltene Mobilität

Einflussfaktor	Regressionskoeffizient	Signifikanz
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	-0,077	< 0,001
Krankenhausaufenthalte in Tagen	-0,037	< 0,001
Konstante	2,241	< 0,001
Korrekte Vorhersage (gesamt): 78,9 %		

Bewertung

Um das Ergebnis des Regressionsmodells in eine Bewertung zu überführen, wurde analog zum Stratifizierungsmodell ein fünfstufiges Bewertungssystem entwickelt. Es werden fünf Gruppen von Einrichtungen unterschieden, die gleich stark besetzt sind. Dadurch ergeben sich die Schwellenwerte, nach denen beurteilt wird, ob die Ergebnisse einer Einrichtung

- weit über,
- leicht über,
- nahe bei,
- leicht unter oder
- weit unter

dem Durchschnitt liegen.

Zur Unterscheidung der Gruppen gilt das Kriterium der prozentualen Abweichung des tatsächlichen vom erwarteten Wert. Je nachdem, wie hoch diese Abweichung ist, wird die Qualität einer Einrich-

tung als abweichend vom erwarteten Durchschnitt bewertet. Die Bewertung stützt sich also nicht, wie im Stratifizierungsmodell, der tatsächliche, beobachtete Wert ein, sondern die Differenz zwischen dem beobachteten und dem erwarteten Wert. Nimmt der die Abweichung beschreibende Wert eine negative Zahl an, so erreicht der beobachtete Wert nicht den erwarteten Wert und es erfolgt eine negative Bewertung. Liegt umgekehrt die Anzahl der erwarteten Fälle niedriger als die der tatsächlich beobachteten Fälle, erfolgt eine positive Bewertung der Qualität.

Für den Zweck der Modellrechnung wurden die Schwellenwerte anhand von fünf Perzentilen bestimmt, ganz ähnlich wie im Falle des Stratifizierungsmodells.

Ergebnisvergleich

Tabelle 2 zeigt zunächst einmal in zusammenfassender Form, wie die Qualitätsbeurteilungen für die Einrichtungen bezüglich des Erhalts der Mobilität nach dem Regressionsmodell und im Vergleich dazu nach dem Stratifizierungsmodell ausfallen würden. Für das Stratifizierungsmodell werden zwei Kennzahlen ausgewiesen, entsprechend der Untersteilung in zwei Risikogruppen anhand der kognitiven/kommunikativen Fähigkeiten.

Tab. 2: Vergleich des Regressions- und Stratifizierungsmodells – Mobilität (Zusammenfassung)
(in Prozent der Einrichtungen, n=218)

	Gleiches Ergebnis	Gleiches oder ähnliches Ergebnis
Bew_Str_A	32,6%	67,9%
Bew_Str_B	53,7%	89,8%

Bew_Str_A: Erhaltene Mobilität bei Bewohnern, die keine/geringe kognitive Einbußen aufweisen
Bew_Str_B: Erhaltene Mobilität bei Bewohnern mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen

Eine vollständige Übereinstimmung war, wie schon erwähnt, nicht zu erwarten, da im Stratifizierungsmodell 2 Bewertungen erfolgen. Die Übereinstimmung liegt jedoch zum Teil erstaunlich hoch. Im Falle der Personen mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen ergab sich bei über der Hälfte der beteiligten Einrichtungen die gleiche Bewertung wie bei der Bewertung anhand des Regressionsmodells. Bei der gleichen Risikogruppe lagen insgesamt rund 90 % der Ergebnisse relativ nah beieinander. Auf dieser Ebene der zusammenfassenden Bewertung deutet einiges darauf hin, dass die beiden Modelle in ihrer Qualitätsbeurteilung nicht gänzlich auseinander-, sondern eher nah beieinander liegen und in die gleiche Richtung weisen.

Die nachfolgende Tabelle zeigt verschiedene konkrete Konstellationen, die deutlich erkennen lassen, welche Konsequenzen die Risikogruppenunterscheidung im Vergleich zum Regressionsmodell hat. Aus dem Datensatz wurden zufällig 30 Einrichtungen ausgewählt, anhand derer die Wirkung konkreter illustriert wird.

Tab. 3: Vergleich der Bewertungen im Regressions- und Stratifizierungsmodell – Mobilität (Beispiele)

	Regressionsmodell	Stratifizierung Bew_Str_A	Stratifizierung Bew_Str_B
1.	●○○○○	●●○○○	●○○○○
2.	●○○○○	●●●○○	●○○○○
3.	●○○○○	●○○○○	●●○○○
4.	●○○○○	●○○○○	●●○○○
5.	●○○○○	●●●○○	●○○○○
6.	●●○○○	●●●○○	●●●○○
7.	●●○○○	●●●○○	●●○○○
8.	●●○○○	●○○○○	●●●○○
9.	●●○○○	●●●○○	●●○○○
10.	●●○○○	●●●○○	●●○○○
11.	●●○○○	/	●●○○○
12.	●●○○○	●●●●●	●○○○○
13.	●●○○○	●●●●●	●○○○○
14.	●●●○○	●●●●●	●○○○○
15.	●●●○○	●○○○○	●●●●●
16.	●●●○○	●●●○○	●●●●●
17.	●●●○○	●●●●○	●○○○○
18.	●●●○○	●●●○○	●●●●○
19.	●●●○○	●●○○○	●●●●○
20.	●●●○○	●●●●○	●●●○○
21.	●●●●○	●●●○○	●●●●○
22.	●●●●○	●●●●●	●●●●○
23.	●●●●○	/	●●●●○
24.	●●●●○	●●●○○	●●●●○
25.	●●●●○	●●●●○	●●●○○
26.	●●●●○	●●●●○	●●●●●
27.	●●●●●	●●●●●	●●●○○
28.	●●●●●	●●●●●	●●●●●
29.	●●●●●	●●●○○	●●●●●
30.	●●●●●	/	●●●●●

Die Ergebnisse unterstreichen die tendenzielle Übereinstimmung der Bewertungen. Es passiert nur selten wie beispielsweise bei den Einrichtungen 12-14, dass die Bewertungen der Module sehr stark voneinander abweichen. Dies geschieht offenkundig dann, wenn in der Einrichtung selbst sehr disparate Ergebnisse vorzufinden sind, wie im genannten Beispiel sehr gute Ergebnisse in der einen und sehr schlechte Ergebnisse in der anderen Risikogruppe.

Diese 30 Beispiele verdeutlichen, dass erhebliche Abweichungen zwischen den Einrichtungen infolge der Wahl des einen oder anderen Modells nicht zu erwarten sind.

3.2 Dekubitusentstehung

Das zweite Thema zum Vergleich der Modelle ist die Dekubitusentstehung. Hier wurde analog zu den Berechnungen für die Indikatoren „Erhaltene Mobilität“ vorgegangen. Es ist allerdings zu beachten, dass die Fallzahlen abweichen, was einfach damit zu tun hat, dass bei der Kennzahl zum Mobilitätserhalt höhere Anforderungen an die Verfügbarkeit der Daten bestehen und auch die Ausschlusskriterien zu unterschiedlichen Effekten führen. Denn besondere Ausschlusskriterien gibt es in diesem Fall nicht. Wichtig ist vielmehr die Definition des negativen Ereignisses (Dekubitusentstehung): Dieses wird nur dann als solches definiert, wenn ein Dekubitus Grad 2 bis 4 in der Einrichtung (und nicht in einem Krankenhaus), d.h. unter der Versorgungsverantwortung der Einrichtung entstanden ist. Schließlich ist in Erinnerung zu rufen, dass zwei Indikatoren zu dem Thema existieren, die auch beide in die Überprüfung einbezogen werden sollen.

Die folgende Tabelle gibt zunächst einen Überblick über die wichtigsten Merkmale des Regressionsmodells. Diese Merkmale lassen erkennen, dass die Fähigkeit, sich selbständig zu bewegen, die entscheidende Größe ist, von der die Wahrscheinlichkeit, einen Dekubitus zu entwickeln, abhängt. Auch hier brachte die Einbeziehung weiterer potentieller Einflussfaktoren keine nennenswerte Verbesserung des Modells.

Tab. 4: Ausgewählte Merkmale des Regressionsmodells - Dekubitusentstehung

Einflussfaktor	Regressionskoeffizient	Signifikanz
Fähigkeit der Eigenbewegung in liegender Position	0,704	< 0,001
Konstante	-4,237	< 0,001
Korrekte Vorhersage (gesamt): 96,8 %		

Ähnlich wie im Falle des Mobilitätserhalts werden auch hier die Ergebnisse der Anwendung der beiden Modelle gegenübergestellt. Zunächst zeigt Tabelle 5 in zusammenfassender Form, wie sich die

Bewertungen mit dem Regressionsmodell gegenüber den beiden Bewertungen mit dem Stratifizierungsmodell verhalten.

Tab. 5: Vergleich des Regressions- und Stratifizierungsmodells - Zusammenfassung
(Dekubitusentstehung; in Prozent der Einrichtungen, n=279)

	Gleiches Ergebnis	Gleiches oder ähnliches Ergebnis
Bew_Str_A	41,2%	76,3%
Bew_Str_B	52,3%	87,1%

Bew_Str_A: Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit geringen Mobilitätsbeeinträchtigungen in liegender Position

Bew_Str_B: Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit starken Mobilitätsbeeinträchtigungen in liegender Position

Die Übereinstimmung ist in diesem Fall noch größer als bei der Beurteilung des Mobilitätserhalts – nicht ganz unerwartet, da die verwendeten Variablen dazu führen, dass ähnliche Risikostrukturen unterstellt werden wie im Stratifizierungsmodell.

Der Vollständigkeit halber seien auch hier 30 Einrichtungen zum Vergleich zufällig ausgewählt (vgl. Tabelle 6 auf der nächsten Seite).

Tab. 6: Vergleich der Bewertungen im Regressions- und Stratifizierungsmodell – Dekubitus (Beispiele)

	Regressionsmodell	Stratifizierung Bew_Str_A	Stratifizierung Bew_Str_B
1.	●○○○○	●○○○○	●○○○○
2.	●○○○○	●○○○○	●○○○○
3.	●○○○○	●●●○○	●○○○○
4.	●●○○○	●●○○○	●●●○○
5.	●●○○○	●●●●●	●○○○○
6.	●●○○○	●●●○○	●○○○○
7.	●●○○○	●●○○○	●●●○○
8.	●●○○○	●●○○○	●●○○○
9.	●●○○○	●○○○○	●●●●○
10.	●●○○○	●●●●●	●○○○○
11.	●●○○○	●○○○○	●●●●●
12.	●●○○○	●○○○○	●●●○○
13.	●●●○○	●●●○○	●●●○○
14.	●●●○○	●●●●●	●●●○○
15.	●●●○○	●●●●●	●●●○○
16.	●●●○○	●●●●●	●●●○○
17.	●●●○○	●●●○○	●●●○○
18.	●●●○○	●○○○○	●●●●○
19.	●●●●○	Einzelfall	●●●●●
20.	●●●●○	●●●●●	Einzelfall
21.	●●●●○	●●●○○	●●●●●
22.	●●●●○	●●●●●	●●●○○
23.	●●●●○	●●●○○	●●●●●
24.	●●●●○	●●●●●	●●●●○
25.	●●●●●	●●●●●	●●●●●
26.	●●●●●	●●●●●	●●●●●
27.	●●●●●	●●●●●	●●●●●
28.	●●●●●	●●●●●	●●●●○
29.	●●●●●	●●●●●	●●●●●
30.	●●●●●	●●●●●	●●●●●

Erneut bestätigt sich, dass die Ergebnisse der Risikoadjustierung, die mit den beiden Modellen generiert werden, nur geringe Unterschiede erwarten lassen. Es gibt bei einzelnen Einrichtungen Konstellationen, bei denen aufgrund der Gruppenbildung eine sehr positive und gleichzeitig eine sehr negative Bewertung beim gleichen Thema im Stratifizierungsmodell vorliegt. In der Tendenz wird dieser Unterschied im Regressionsmodell (naturgemäß) nivelliert. Das ist nicht unbedingt ein Nachteil, aber ein gewisser Informationsverlust.

Schwieriger erscheint die Reaktion des Regressionsmodells auf geringe Fallzahlen, die für das Thema Dekubitusentstehung charakteristisch sind. Im Durchschnitt werden in einer Einrichtung statistisch gerade einmal 2,6 Fälle mit neu entstandenem Dekubitus erwartet. Wird diese Zahl um ein oder zwei Fälle überschritten, führt dies gleich zu einer erheblichen Verschlechterung der Qualitätsbewertung, unabhängig davon, wie groß die Risikogruppe tatsächlich war. Aus diesem Grund kann es sinnvoll sein, nicht direkt den Prozentanteil der Abweichung zu berechnen, sondern eine andere Größe im Divisor zu verwenden, der das Problem der kleinen Fallzahlen relativiert. Das Grundproblem wird dadurch allerdings nicht behoben. Regressionsmodelle führen bei kleinen Fallzahlen tendenziell zu einer Überbewertung von negativen Ergebnissen, wenn wie im vorliegenden Thema das Ereignis ohnehin relativ selten auftritt. Die Stärke von Regressionsmodellen, die Risikoadjustierung bei großen Fallzahlen, ist im Falle der Beurteilung von kleinen Risikogruppen ggf. nicht nutzbar.

Im Gesamtbild scheint es also möglich zu sein, beide Varianten der Risikoadjustierung zu nutzen. Es sei an dieser Stelle noch einmal auf das Kapitel 3.8 verwiesen, in dem erläutert wurde, dass die Entscheidung für ein bestimmtes Modell möglicherweise aufgrund von anderen Überlegungen getroffen werden muss. Dabei könnte beispielsweise die Frage der Übersichtlichkeit von Qualitätsbewertungen (Vorteil auf Seiten des Regressionsmodells) oder die Frage der differenzierten Information (Vorteil auf Seiten des Stratifizierungsmodells) von Bedeutung sein. Die Bewertungen mit den beiden Modellen liegen ansonsten so nah beieinander, dass die These, das eine Modell sei dem anderen überlegen, zumindest anhand der verfügbaren Empirie nicht haltbar sein dürfte. In gewisser Weise kann das die Entscheidung für oder gegen ein Modell erleichtern.

3.3 Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen

Abschließend sei noch ein drittes Beispiel angeführt: die Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen. Zunächst wieder ein Blick auf die wichtigsten Merkmale des Regressionsmodells, das in diesem Fall drei Einflussfaktoren berücksichtigt:

Tab. 7: Ausgewählte Merkmale des Regressionsmodells - Dekubitusentstehung

Einflussfaktor	Regressionskoeffizient	Signifikanz
Kognitive/kommunikative Fähigkeiten	-0,046	< 0,001
Selbständigkeit im Bereich Mobilität	-0,079	< 0,001
Verhaltensweisen und psych. Problemlagen	-0,090	< 0,001
Konstante	1,083	< 0,001
Korrekte Vorhersage (gesamt): 71,8 %		

Der Einfachheit halber wird direkt der Vergleich anhand einer Zufallsstichprobe dargestellt (s. nächste Seite, Tabelle 8). Das Bild gleicht sehr den bereits vorgestellten Vergleichen: gravierende Unterschiede sind offenbar nicht zu erwarten. Die Bewertungen liegen sehr nah beieinander, und inwieweit Unterschiede in Fällen, in denen in den beiden Risikogruppen eine sehr gute und eine sehr schlechte Bewertung vorliegen, tatsächlich als Abweichung interpretiert werden kann, ist eher fraglich.

Das Beispiel verdeutlicht stärker als die schon vorgestellten Themen, dass im Falle kleiner Einrichtungen die Fallzahl zum Teil nicht die vorgesehene Mindestfallzahl (10 Personen) erreicht. In diesem Fall sieht der Indikatorenansatz keine Bewertung vor, das Regressionsmodell ist ist gegenüber solchen Konstellationen unempfindlichen.

Tab. 8: Vergleich der Bewertungen im Regressions- und Stratifizierungsmodell – Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen (Beispiele)

	Regressionsmodell	Stratifizierung Bew_Str_A	Stratifizierung Bew_Str_B
1.	●○○○○	●●●○○	●○○○○
2.	●○○○○	/	●●●○○
3.	●○○○○	●○○○○	●○○○○
4.	●●○○○	●○○○○	●●●●○
5.	●●○○○	●●●●○	●●●○○
6.	●●○○○	/	●●○○○
7.	●●○○○	●●●○○	●●○○○
8.	●●○○○	●●●●○	●●○○○
9.	●●●○○	●●●●●	/
10.	●●●○○	●●●○○	●●●●○
11.	●●●○○	●●○○○	●●●●●
12.	●●●○○	●●○○○	●●●○○
13.	●●●○○	●●●○○	●●○○○
14.	●●●○○	●●●○○	●●●○○
15.	●●●●○	●●●●●	●●○○○
16.	●●●●○	●●●●●	●●●○○
17.	●●●●○	●●●●○	●●●●●
18.	●●●●○	●●●○○	●●●●●
19.	●●●●○	●●○○○	●●●●●
20.	●●●●○	●●●○○	●●●●○
21.	●●●●●	●●●●○	●●●●●
22.	●●●●●	●●●●●	●●●●●
23.	●●●●●	●●●●●	●●●●●
24.	●●●●●	●●●●●	●●●●●
25.	●●●●●	●●●●●	●●●●●
26.	●●●●●	●●●●○	●●●●○
27.	●●●●●	●●●●○	●●●●●
28.	●●●●●	●●●○○	●●●●●
29.	●●●●●	●●●●○	●●●●●
30.	●●●●●	/	●●●●●