

Stand 03.04.2020

Lesehinweise für den Feedbackbericht (Version 1.0)

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Indikatorgestützte Qualitätsmessung	3
3	Erläuterung zur detaillierten Ergebnisdarstellung	4
3.1	Bewertetes Ergebnis	4
3.2	Nicht bewertetes Ergebnis.....	4
3.3	Ergebnis in absoluten Zahlen und in Prozent	5
3.4	Scheinbar unplausible Ergebnisse als Folge der Standardisierung	5
3.5	Grafische Darstellung der Ergebnisse	6
3.6	Informationen zum Indikator.....	7
4	Glossar.....	9
5	Abkürzungsverzeichnis.....	12
6	Literaturhinweise	13
7	Kontaktinformationen.....	13

1 Einleitung

Das aQua-Institut wurde am 12.02.2019 vom Qualitätsausschuss Pflege als fachlich unabhängige Institution gemäß § 113 Abs. 1b SGB XI als Datenauswertungsstelle (DAS Pflege) beauftragt. Im Rahmen dieser Beauftragung nimmt die DAS Pflege von allen nach § 72 SGB XI zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen zweimal jährlich pseudonymisierte Versorgungsdaten von Bewohnern und Bewohnerinnen entgegen. Diese Daten werden anhand von einheitlichen Rechenregeln ausgewertet und als Versorgungsergebnisse bzw. als sogenannte Indikatoren für jede Pflegeeinrichtung berechnet und im Vergleich zu den Ergebnissen anderer Einrichtungen bewertet. Die Ergebnisse der Indikatoren werden jeder Pflegeeinrichtung in Form eines Feedbackberichtes zur Verfügung gestellt.

Diese Lesehinweise enthalten Erläuterungen zu den in den Feedbackberichten dargestellten Indikatorergebnissen sowie zentrale, für das Verständnis der Ergebnisse wichtige Begriffe.

2 Indikatorgestützte Qualitätsmessung

Mit dem indikatorgestützten Verfahren nach § 113 Absatz 1a SGB XI werden im Rahmen des einrichtungsinernen Qualitätsmanagements zu ausgewählten Qualitätsaspekten Informationen (Daten) über bestimmte Versorgungssituationen erhoben und an eine neutrale Datenauswertungsstelle übermittelt.

Die Auswertung erfolgt dort mithilfe sogenannter Indikatoren, d.h. auf der Grundlage von definierten Rechenregeln, die bestimmte Sachverhalte berechnen bzw. Ergebnisse anzeigen (von lat. Indicare = anzeigen). Indikatoren sind allein kein Maßstab zur Beurteilung der Versorgungsqualität; sie stellen im Regelfall nur einen sehr kleinen und gut messbaren Ausschnitt eines komplexen Versorgungsgeschehens dar. Allerdings wird auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse angenommen, dass es sich dabei um einen versorgungsrelevanten Ausschnitt handelt.

Zur Bewertung eines mithilfe eines Indikators gemessenen Ergebnisses benötigt man außerdem einen Referenzwert bzw. einen Maßstab, der es ermöglicht, ein Ergebnis beispielsweise als gut oder weniger gut auszuweisen. Im hier gewählten Ansatz wird der Referenzwert für jeden Indikator durch den Vergleich der Ergebnisse aller Einrichtungen gebildet. Dabei werden als Vergleichsmaßstab Werte vorhergehender, abgeschlossener Zeiträume herangezogen. Solange noch keine Werte aus dem neuen indikatorgestützten Verfahren vorliegen, werden die in Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Abs. 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI festgelegten Werte verwendet.

3 Erläuterung zur detaillierten Ergebnisdarstellung

Der Feedbackbericht ist so gestaltet, dass die Detailergebnisse sowie die Berechnungsgrundlage für jeden Indikator auf zwei Seiten zusammengefasst sind. Auf der ersten Seite zum Indikator finden Sie das konkrete Ergebnis des Indikators in Ihrer Einrichtung in drei Darstellungsformen.

3.1 Bewertetes Ergebnis

Ihr anhand von Schwellenwerten bewertetes Ergebnis als:

- „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“

Die Bewertung folgt dabei der Systematik der Qualitätsdarstellungsvereinbarung (QVDS). Beispiel:

BEWERTUNG DES ERGEBNISSES

Im Vergleich zum aktuellen Referenzwert liegt die Ergebnisqualität weit unter dem Durchschnitt (Punkte gemäß QDVS: 1 von 5).



3.2 Nicht bewertetes Ergebnis

Kann ein Ergebnis nicht bewertet werden, wird hier ein entsprechender Hinweis gegeben (die Bewertung wird dann auch nicht in der Grafik angezeigt). Gründe dafür sind, dass die geforderte Mindestanzahl bei der Bewohnerzahl nicht erreicht wird, oder dass Datensätze nicht verknüpft werden konnten. Beispiel:

BEWERTUNG DES ERGEBNISSES

Die Ergebnisqualität konnte nicht berechnet werden. Daher wird die Bewertung nicht angezeigt.



3.3 Ergebnis in absoluten Zahlen und in Prozent

Ihr Ergebnis in absoluten Zahlen und als Anteilsberechnung (Prozentwert)

- Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen, die in den Nenner einbezogen wurden
- Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen, die in den Zähler einbezogen wurden
- das Indikatorergebnis als berechneter Anteil
- sowie die Ergebnisse der vorherigen Erhebungszeiträume (sofern welche vorliegen)

Beispiel (erster Erhebungszeitraum):

ERGEBNIS IHRER EINRICHTUNG

Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen im Zähler: 5

Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen im Nenner: 11

Dies entspricht einem Anteil von 45,751 % der in den Indikator einbezogenen Bewohner.

Ergebnisse der vorigen Erhebungszeiträume:

–

3.4 Scheinbar unplausible Ergebnisse als Folge der Standardisierung

Die Berechnung der Ergebnisse geht grundsätzlich von Erhebungszeiträumen von 183 Tagen aus. Um Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher zeitlicher Abstände zwischen den Ergebniserfassungen zu neutralisieren und Vergleichbarkeit zu gewährleisten, werden die Indikatoren der Qualitätsbereiche 1 und 2 im Rahmen der Datenaufbereitung durch die DAS Pflege standardisiert, also rechnerisch so angepasst, dass der für 6 Monate/183 Tage zu erwartende Anteilswert ausgewiesen wird, auch wenn der Abstand im Einzelfall beispielsweise lediglich 180 Tage betrug. Dadurch kann es zu auf den ersten Blick unplausiblen Ergebnissen kommen, s. folgendes Beispiel, in dem das berechnete Ergebnis 50,272% statt 50% lautet:

ERGEBNIS IHRER EINRICHTUNG

Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen im Zähler: 1

Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen im Nenner: 2

Dies entspricht einem Anteil von 50,272 % der in den Indikator einbezogenen Bewohner.

Ergebnisse der vorigen Erhebungszeiträume:

–

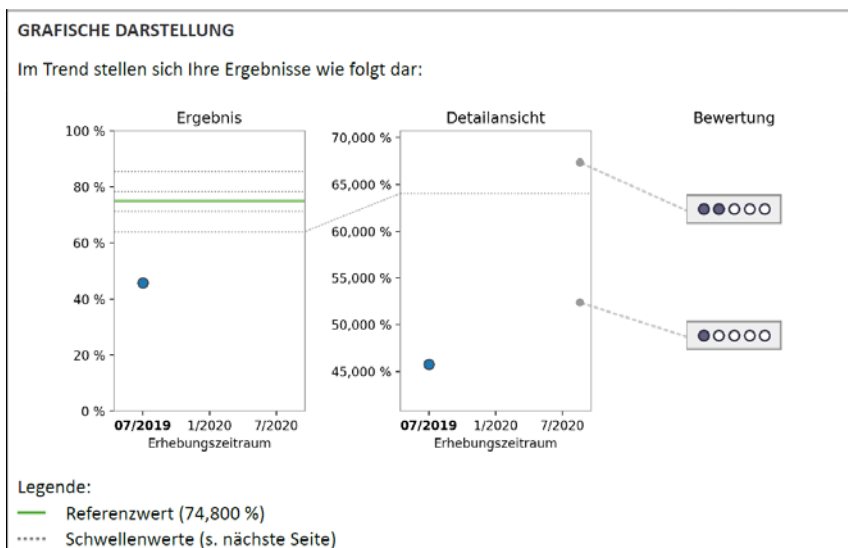
Dieses Ergebnis ist Folge der anzuwendenden Standardisierung.

3.5 Grafische Darstellung der Ergebnisse

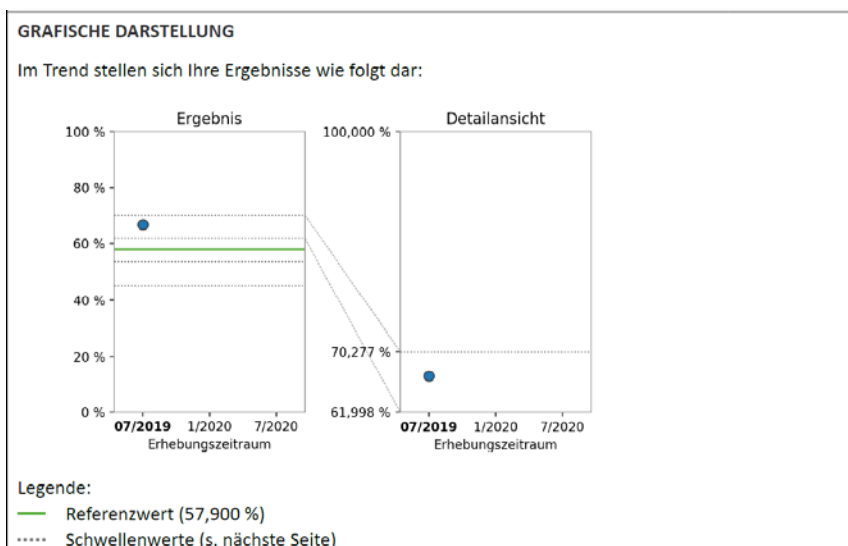
Ihr Ergebnis in der grafischen Darstellung als Trend über die letzten Erhebungszeiträume hinweg (soweit Daten hierfür vorliegen und die Schwellenwerte gleich sind).

- Links ist das Ergebnis in einer Gesamtübersicht (0% bis 100%) eingetragen (blauer Punkt). Der Referenzwert (grüne Linie) und alle Schwellenwerte (gestrichelte Linien) sind ebenfalls eingetragen. Der aktuelle Erhebungszeitraum unterhalb des Grafikteils „Ergebnis“ ist jeweils fett gedruckt
- Mittig ist das eigene Ergebnis in einer Detailansicht zu sehen. Referenzwert und Schwellenwerte sind nur sichtbar, sofern sie zufällig auch in diesem Ausschnitt liegen
- Rechts sind die Bewertungen für die in der Detailansicht gezeigten Bereiche abgebildet, sofern das Ergebnis bewertet werden konnte. Konnte ein Ergebnis nicht bewertet werden, werden an dieser Stelle den abgebildeten Bereichen keine Bewertungen zugeordnet (s.u. „Beispiel ohne Bewertung“).

Beispiel mit Bewertung (erster Erhebungszeitraum):



Beispiel ohne Bewertung (erster Erhebungszeitraum):



3.6 Informationen zum Indikator

Auf der zweiten Seite finden Sie alle Wissenswerte zu dem jeweiligen Indikator (allgemeine Beschreibung, Berechnungsgrundlage, Referenz- und Schwellenwerte usw.) auf einem strukturierten Indikatordatenblatt.

Aufbau des Datenblattes und Definitionen der verwendeten Begriffe können der folgenden Darstellung entnommen werden, die in Aufbau und Reihenfolge den Datenblättern entspricht.

Kurzbezeichnung des Indikators **ID = Interne Kennung des Indikators [Nummer]**

BESCHREIBUNG

Die Beschreibung drückt in allgemeinverständlicher Form aus, welche Aussage der Indikator macht. Im Regelfall wird hier von einem „Anteil“ gesprochen, der in der Berechnung als Prozentanteil des Zählers am Nenner ausgewiesen wird. Die Beschreibung ist keine exakte Definition – die exakte Definition setzt sich aus den Angaben zu Zähler, Nenner und Ausschlussgründen zusammen.

ZÄHLER

Im Zähler werden Ereignisse bzw. Bewohner und Bewohnerinnen definiert, bei denen das im Indikator definierte Ereignis eingetreten ist (z.B. das Auftreten eines Dekubitus).

NENNER

Der Nenner ist die rechnerische Bezugsgröße des Zählers. Er definiert die Grundgesamtheit, d.h. die Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen, bei denen beobachtet wird, ob das im Indikator definierte Ereignis eingetreten ist oder nicht.

AUSSCHLUSSGRÜNDE

In einigen Fällen ist es aus fachlichen oder methodischen Gründen sinnvoll, Bewohner und Bewohnerinnen mit bestimmten Eigenschaften von vornherein nicht in die Berechnung des Indikators einzuschließen. Das heißt diese Bewohner und Bewohnerinnen werden aus dem Nenner ausgeschlossen. Entscheidend für Ein- und Ausschlüsse in die Berechnung ist der Grad der Beeinflussbarkeit des Ergebnisses durch das pflegerische Handeln in der Einrichtung. Ist eine Beeinflussung nicht oder kaum möglich, werden Bewohner und Bewohnerinnen mit entsprechenden Merkmalen aus Berechnung (d.h. aus dem Nenner) ausgeschlossen.

QUALITÄTSZIEL

Das Qualitätsziel gibt die Richtung an, in der ein Indikatorergebnis liegen sollte: Z.B., dass ein bestimmtes Ereignis möglichst selten oder möglichst häufig vorkommen sollte. Dabei ist zu beachten, dass hier bewusst niemals ein 100%-Ziel formuliert wird, weil bestimmte negative Ereignisse im pflegerischen Alltag nicht gänzlich zu vermeiden sind.

MINDESTANZAHL

Wenn nur sehr wenige Bewohner und Bewohnerinnen die Grundgesamtheit (Nenner) bilden, dann besteht die Gefahr, dass einzelne Ereignisse statistisch überbewertet werden. Deshalb ist für jeden Indikator eine Mindestanzahl an Bewohnern bzw. Bewohnerinnen angegeben, die erreicht werden muss, damit der Indikator berechnet bzw. das Ergebnis bewertet wird.

REFERENZWERT

Der Referenzwert ist ein wichtiges Element für das interne Qualitätsmanagement. Der Referenzwert entspricht dem bundesweiten Durchschnittswert aller Einrichtungen zu einem bestimmten Zeitpunkt. Der Qualitätsausschuss Pflege überprüft die Referenzwerte in regelmäßigen Abständen und passt diese ggf. an. Solange noch keine Werte aus dem neuen indikatorgestützten Verfahren vorliegen, werden die in Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Abs. 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI festgelegten Werte verwendet.

SCHWELLENWERTE

Die Bewertung und öffentliche Darstellung der Ergebnisse erfolgt in 5 Stufen. Ein Schwellenwert gibt an, ab wann ein Indikatorergebnis in eine bessere oder schlechtere Bewertungsstufe fällt. Der Qualitätsausschuss Pflege überprüft die Referenzwerte in regelmäßigen Abständen und passt diese ggf. an. Solange noch keine Werte aus dem neuen indikatorgestützten Verfahren vorliegen, werden die in Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Abs. 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI festgelegten Werte verwendet.

4 Glossar

Begriff	Erläuterung
Ausschlussgrund	Die beiden Auswertungszeiträume der DAS Pflege umfassen jeweils sieben Kalendertage. Die Zeiträume beginnen (Auswertungszeitraum 1) nach Ablauf des Ergebniserfassungszeitraums bzw. (Auswertungszeitraum 2) nach Ablauf des Korrekturzeitraums. In beiden Auswertungszeiträumen werden die Berichte zur Vollzähligkeit und statistischen Plausibilitätskontrolle - Teil A und B erstellt.
Auswertungszeitraum	Der Auswertungszeitraum umfasst 7 Kalendertage. Er beginnt nach Ablauf des Korrekturzeitraums und endet mit dem durch die Datenauswertungsstelle erstellten Feedbackbericht (vgl. Anlagen 1 und 3 der „Maßstäbe und Grundsätze“ (MuG)).
Bewohnerdatensatz	Die Gesamtheit aller an die DAS Pflege zu übermittelnden Daten für einen einzelnen Bewohner bzw. Bewohnerin.
Bewohnerbezogene Nummer	Die bewohnerbezogene Nummer bildet gemeinsam mit der von der DAS Pflege vergebenen Einrichtungs-ID das Pseudonym eines Bewohners gem. Anlage 4 der „Maßstäbe und Grundsätze“ (MuG). Die bewohnerbezogene Nummer ist eine sechsstellige ganzzahlige Nummer (z.B. 000001), die von der Einrichtung für einen Bewohner vergeben wird und unveränderlich ist. Die Nummer ist dauerhaft für diesen Bewohner zu nutzen und darf nach dessen Auszug nicht neu vergeben werden.
BI-Modul(e)	Module aus dem Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (BI)
Datengrundlage	Zusammenstellung von je spezifischen Informationen, die zur Berechnung eines Indikators verwendet werden.
Einrichtungs-ID	Die von der DAS Pflege vergebene Einrichtungs-ID bildet gemeinsam mit der Bewohnerbezogenen Nummer das Pseudonym eines Bewohners gem. Anlage 4 der MuG. Die Einrichtungs-ID wird im Registrierungsprozess von der DAS Pflege für eine Einrichtung vergeben und kennzeichnet diese eindeutig. Die Einrichtungs-ID ist eine sechsstellige ganzzahlige Nummer (bspw. 100001) und ist unveränderlich.
Ergebniserfassung	Zusammenstellung von bewohnerindividuellen Informationen zur Berechnung der Indikatoren gemäß den Vorgaben der Anlage 2 der „Maßstäbe und Grundsätze“.
Erhebungszeitraum	Der Erhebungszeitraum umfasst eine sechsmonatige Zeitspanne. Das Beginn- und Enddatum dieser Zeitspanne ist für alle Bewohner und Bewohnerinnen einer Einrichtung identisch und richtet sich nach dem einrichtungsinternen Stichtag (vgl. Anlage 3 der „Maßstäbe und Grundsätze“ (MuG)).
Ergebniserfassungszeitraum	Der Ergebniserfassungszeitraum beginnt unmittelbar nach Ablauf des Erhebungszeitraums, der am Stichtag endet. Der Zeitraum umfasst mind. 14 Kalendertage. Innerhalb des Ergebniserfassungszeitraums hat die Pflegeeinrichtung die Daten in pseudonymisierter Form an die Datenauswertungsstelle zu übermitteln (vgl. Anlage 3 der „Maßstäbe und Grundsätze“ (MuG)).
IK	s. „Institutionskennzeichen“
Indikator	Ein Indikator ermöglicht es, ein Qualitätsziel – wie z. B. „Möglichst wenige Bewohner und Bewohnerinnen sollen einen Dekubitus entwickeln“ – in eine Zahl zu „übersetzen“, d. h. zu quantifizieren. Erst dadurch wird eine Aussage darüber möglich, wie weit die pflegerische Versorgung in einer einzelnen Einrichtung von einem Qualitätsziel entfernt ist oder inwieweit dieses Ziel erreicht wurde. Häufig wird der Indikator als prozentualer Wert angegeben. Der Zähler des Prozentwertes ist die Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen, für die das Qualitätsziel je nach Zielsetzung des Indikators erreicht bzw. nicht erreicht wurde. Der Nenner ist die Gesamtheit aller Bewohner und Bewohnerinnen, die in die Beobachtung des Indikators einfließen (s. auch „Nenner“ und „Ausschlussgrund“).
Institutionskennzeichen	Bundesweit eindeutige Zahl zur einrichtungsübergreifenden Abwicklung der Abrechnungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich der deutschen Sozialversicherung. Institutionskennzeichen sind neunstellig und ganzzahlig.

Kommentierungszeitraum	7-tägiger Zeitraum, in der die Einrichtungen die Gelegenheit haben, die Ergebnisse der Indikatorberechnung zu kommentieren. Der Kommentar wird zusammen mit den Ergebnissen von der DAS Pflege zur Veröffentlichung an die DatenClearingStelle (DCS) weitergeleitet (vgl. Anlagen 1 und 3 der „Maßstäbe und Grundsätze“ (MuG)).
Korrekturzeitraum	14-tägiger Zeitraum, in dem die Einrichtungen die Gelegenheit haben, ihre an die DAS Pflege übermittelten Daten ggf. zu vervollständigen oder zu korrigieren (vgl. Anlagen 1 und 3 der „Maßstäbe und Grundsätze“ (MuG)).
Maßstäbe und Grundsätze, MuG	Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtung-internen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege
Median	Er ist derjenige Wert einer Verteilung, der die der Größe nach sortierten Werte in zwei gleich große Hälften teilt: 50 % der Einrichtungen erreichen Werte, die kleiner oder gleich dem Median sind, während die Werte der anderen 50 % der Einrichtungen größer oder gleich dem Median sind. Mit dem Median lässt sich die „mittlere“ Ausprägung einer Werteverteilung kennzeichnen, auch wenn die Verteilung asymmetrisch ist und Extremwerte auftreten — er hat also im Gegensatz zum Mittelwert den Vorteil, gegen Ausreißer (extrem kleine oder große Werte) unempfindlich zu sein. Der Median wird auch als das 50. Perzentil bezeichnet
Mindestanzahl	Für jeden Indikator ist eine Mindestanzahl an Bewohnern bzw. Bewohnerinnen angegeben, die erreicht werden muss, damit der Indikator berechnet bzw. das Ergebnis bewertet wird. Wenn nur sehr wenige Bewohner und Bewohnerinnen die Grundgesamtheit (Nenner) bilden, besteht ansonsten die Gefahr, dass einzelne Ereignisse statistisch überbewertet werden. Deshalb
Mittelwert	Für die Berechnung des Mittelwerts (oder arithmetisches Mittel) werden alle Beobachtungswerte einer Datenreihe addiert und durch die Anzahl der Beobachtungen dividiert. Der Mittelwert ist empfindlich gegenüber Extremwerten. Ausreißer, d.h. extrem kleine oder große Werte, innerhalb einer Datenreihe, "ziehen" den Mittelwert nach oben oder unten.
Nenner	Der Nenner ist rechnerische Bezugsgröße des Zählers. Er definiert die Grundgesamtheit, d.h. die Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen, bei denen beobachtet wird, ob das im Indikator definierte Ereignis eingetreten ist oder nicht.
Perzentil	Perzentile untergliedern die der Größe nach sortierten Werte einer Verteilung in hundert gleich große Bereiche. Das 25. Perzentil, das 50. Perzentil (Median) und das 75. Perzentil werden auch als Quartile bezeichnet, da sie die Ergebnisse in vier gleich große Bereiche zerlegen. Für das x-te Perzentil der Einrichtungsergebnisse gilt, dass x % der Einrichtungsergebnisse kleiner oder gleich dem x. Perzentil sind.
Plausibilitätskontrolle	s. „Statistische Plausibilitätskontrolle“
Pseudonym	Zur Zusammenführung der Datensätze eines Bewohners über mehrere Zeiträume hinweg wird ein eindeutiges Pseudonym verwendet. Das Pseudonym für die Bewohner einer Einrichtung setzt sich laut Nr. 2. der Anlage 4 der „Maßstäbe und Grundsätze“ (MuG) aus insgesamt 12 Stellen zusammen: Einrichtungs-ID, sechsstellig, ohne führende Nullen, von der Datenauswertungsstelle vergeben (100000 bis 999999) Bewohnerbezogene Nummer, sechsstellig, mit führenden Nullen (000001 bis 999999) Beispiel: Einrichtungs-ID: 987654 Bewohnerbezogene Nummer: 000001 Resultierendes Pseudonym: 987654000001
Qualitätsindikator	s. „Indikator“
Qualitätsziel	Das Qualitätsziel gibt die Richtung an, in der ein Indikatorergebnis liegen sollte; z.B., dass ein bestimmtes Ereignis möglichst selten oder möglichst häufig vorkommen sollte. Dabei ist zu beachten, dass hier bewusst kein 100%-Ziel formuliert wird, da z.B. bestimmte negative Ereignisse im pflegerischen Alltag nicht gänzlich zu vermeiden sind.
Referenzwert(e)	Der Referenzwert ist ein wichtiges Element für das interne Qualitätsmanagement. Der Referenzwert entspricht dem bundesweiten Durchschnittswert aller Einrichtungen zu einem bestimmten Zeitpunkt oder einem durch Experten festgelegten Wert. Mit Hilfe

	von Referenzwerten kann ermittelt werden, ob ein Ergebnis rechnerisch auffällig oder unauffällig ist.
Risikogruppe	<p>Bei der Berechnung einiger Indikatoren wird zwischen (zwei) Risikogruppen unterschieden. Dies ist notwendig, wenn zu erwarten ist, dass bestimmte Ergebnisse stark von individuellen Bewohnermerkmalen (z.B. bestimmten Fähigkeiten oder Einschränkungen) abhängig sind und diese Bewohner und Bewohnerinnen ungleich über verschiedene Einrichtungen verteilt sind. Mit der Bildung von Risikogruppen wird angestrebt, dass nur Bewohnergruppen mit ähnlichen Voraussetzungen miteinander verglichen werden.</p> <p>Beispiel:</p> <p>Der Indikator „Erhaltene Mobilität“ ist in zwei Indikatoren unterteilt, ID 1.1.1 und ID 1.1.2, die den Erhalt der Mobilität für zwei unterschiedliche Risikogruppen betrachten. Risikogruppe 1 sind dabei Bewohner, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen. Risikogruppe 2 sind Bewohner, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen. Die Unterschiede in den kognitiven Einbußen werden hier also als Faktor betrachtet, der relevante Auswirkungen auf den Erhalt der Mobilität hat.</p>
Schwellenwert(e)	Die Bewertung und öffentliche Darstellung der Ergebnisse erfolgt in 5 Stufen. Ein Schwellenwert gibt an, ab wann ein Indikatorergebnis in eine bessere oder schlechtere Bewertungsstufe fällt. Der Qualitätsausschuss Pflege überprüft die Referenzwerte in regelmäßigen Abständen und passt diese ggf. an. Solange noch keine Werte aus dem neuen indikatorgestützten Verfahren vorliegen, werden die in Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Abs. 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI festgelegten Werte verwendet.
Standardisierung	Um Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher zeitlicher Abstände zwischen den Ergebniserfassungen zu neutralisieren und Vergleichbarkeit zu gewährleisten, werden die Indikatoren der Qualitätsbereiche 1 und 2 im Rahmen der Datenaufbereitung durch die DAS Pflege standardisiert, also rechnerisch so angepasst, dass der für 6 Monate/183 Tage zu erwartende Anteilswert ausgewiesen wird, auch wenn der Abstand im Einzelfall beispielsweise lediglich 180 Tage betrug.
Statistische Plausibilitätskontrolle	Die statistische Plausibilitätskontrolle prüft, ob die Angaben der Einrichtung zu einer Bewohnerin oder einem Bewohner in sich bzw. bezogen auf die Bewohnerschaft insgesamt stimmig sind. Sie umfasst darüber hinaus die Überprüfung, ob in den Bereichen Beurteilung von Selbständigkeit und kognitiven Fähigkeiten Daten aus der letzten Ergebniserfassung unverändert übernommen worden sind. Die Regeln zu statistischen Plausibilitätskontrolle sind in der Anlage 4 der „Maßstäbe und Grundsätze“ (MuG) definiert. Die statistische Plausibilitätskontrolle wird von der Datenauswertungsstelle im Auswertungszeitraum 1 sowie im Auswertungszeitraum 2 durchgeführt.
Stichtag	<p>Der Stichtag bezeichnet den letzten Tag des 6-monatigen Erhebungszeitraums. Am Tag nach dem Stichtag beginnt der 14-tägige Ergebniserfassungszeitraum.</p> <p>Fällt ein Stichtag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt sich der Stichtag auf den nächsten Werktag.</p> <p>Auch in diesem Fall beginnt der Ergebniserfassungszeitraum am Tag nach dem Stichtag, sodass der Ergebniserfassungszeitraum in jedem Fall mindestens 14 Kalendertage dauert.</p>
Vollzähligkeit	Alle von einer Einrichtung zu übermittelnden Bewohnerdatensätze liegen vor.
Zähler	Im Zähler werden Ereignisse bzw. Bewohner und Bewohnerinnen definiert, bei denen das im Indikator definierte Ereignis eingetreten ist (z.B. das Auftreten eines Dekubitus).

5 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BI	Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
BI-Modul	Module aus dem Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
DAS Pflege	Datenauswertungsstelle Pflege; fachlich unabhängige Institution gemäß § 113 Abs. 1b SGB XI
DCS	DatenClearingStelle
IK	Institutionskennzeichen
MuG	Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege
QDVS	Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Abs. 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI

6 Literaturhinweise

Alle Informationen zu den rechtlichen Grundlagen in der jeweils gültigen Fassung, zur detaillierten Beschreibung des Verfahrens sowie der darauf bezogenen Vorgaben finden Sie in den folgenden Dokumenten:

- Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 23.11.2018 [Zum formalen Verfahren sind insbesondere die Anlagen 1 bis 4 zu beachten], <https://www.gs-qa-pflege.de/dokumente-zum-download/>
- Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. <https://www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/richtlinien-grundlagen-der-begutachtung/pflegebeduerftigkeit.html>
- Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1 Satz 2ff. SGB XI <https://www.gs-qa-pflege.de/dokumente-zum-download/>
- Indikatoren zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der stationären Langzeitpflege. Schulungsmaterial zur Ergebniserfassung. Version 1.0 12. Februar 2019. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2019-02-13_Schulungsmaterial_Ergebniserfassung_V1.0__IPW__BMG.pdf

Details zur wissenschaftlichen Entwicklung, Testung und Umsetzung der Indikatoren in der stationären Altenpflege können den folgenden, öffentlich verfügbaren Publikationen entnommen werden:

- Wingenfeld, K; Stegbauer, C; Willms, G; Voigt, C; Woitzik, R (2018). 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 (Stand: 3. September 2018). Bielefeld; Göttingen: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW); aQua - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.
- UBC (2017). Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP). (SV14-9015). Abschlussbericht zum Forschungsprojekt. Bremen: UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC-Zentrum für Sozialpolitik.
- Stemmer R, Arnold J (2014): Expertise zur „Eignung von Indikatoren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der stationären Pflege im Bereich der sozialen Pflegeversicherung“; Mainz: Katholische Hochschule Mainz und IKJ ProQualitas GmbH im Auftrag des GKV-SV.
- 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. Bielefeld/Köln: Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

7 Kontaktinformationen

Für Rückfragen zu den Inhalten des Verfahrens wenden Sie sich bitte an Ihren Trägerverband. Bei technischen Problemen im Zusammenhang mit der Datenübermittlung können Sie sich jederzeit an das Serviceteam der Datenauswertungsstelle wenden:

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8–10
37073 Göttingen
Tel.: (+49) 0551-789 52-282
support@das-pflege.de