



Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

aQua
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Zusammenfassung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung in der stationären Pflege

**Kurzfassung des Abschlussberichts zum Projekt „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“**

Verfasser:

K. Wingefeld, C. Stegbauer, G. Willms, C. Voigt, R. Woitzik

**Institut für Pflegewissenschaft an der Universi-
tät Bielefeld (IPW)**

Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

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

**aQua - Institut für angewandte Qualitätsför-
derung 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, 8. Oktober 2018**

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

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Prüfrelevante Qualitätsaspekte.....	6
3. Integration der Indikatoren für Ergebnisqualität.....	10
3.1 Indikatorenset	10
3.2 Referenz- und Schwellenwerte	12
3.3 Ergebniserfassung	13
3.4 Datenübermittlung	16
3.5 Statistische Plausibilitätskontrolle durch die Datenauswertungsstelle	16
3.6 Plausibilitätskontrolle durch die Prüfdienste.....	17
3.7 Einrichtungsindividueller Beratungsauftrag.....	18
3.8 Anpassungsbedarf bei den Einrichtungen und Prüfdiensten	19
4. Die Konzeption für das neue Prüfverfahren.....	22
4.1 Konzeptionelles Grundverständnis	22
4.2 Das Prüfinstrumentarium	24
4.3 Die Bewertungssystematik	24
4.4 Verfahrensablauf.....	34
4.4.1 Ziehung der Stichprobe.....	34
4.4.2 Bereitstellung der von den Prüfdiensten benötigten Informationen	35
4.4.3 Informationsgrundlagen	36
4.4.4 Aufbau der Prüfbögen.....	38
4.4.5 Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung	39
4.4.6 Ablauf des Einrichtungsbesuchs	40
4.4.7 Abschließende Bewertung.....	43
4.4.8 Prüfbericht	44
5. Erprobung des neuen Prüfverfahrens	45
6. Die Konzeption für die öffentliche Qualitätsdarstellung.....	51
7. Anpassungen für die Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege.....	57
8. Ergänzende Empfehlungen	59
Literaturhinweise	64

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 mehr als 300 weiteren 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 in der stationären Langzeitpflege 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.

Auf der Grundlage der mit dem PSG II geschaffenen Verpflichtungen hat der Qualitätsausschuss Pflege im Herbst 2016 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 Pflege, 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 Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua-Institut) den Zuschlag für die Durchführung dieses Projektauftrags. Der Auftrag erstreckte sich nicht nur auf die stationäre Langzeitpflege, sondern auch auf die Kurzzeitpflege und die teilstationäre Pflege. Der Abschlussbericht der beiden Institute wurde vom Qualitätsausschuss Pflege im September 2018 abgenommen.

Die vorliegende Kurzfassung des Abschlussberichts stellt in komprimierter Form die wesentlichen Ergebnisse des Projekts vor.

Aufgabenstellung des Projekts

Der Projektauftrag „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“ umfasste mehrere Arbeitspakete mit jeweils spezifischen Aufgabenschwerpunkten, die zum Teil zeitlich parallel bearbeitet wurden. Abgesehen von einer ca. zwei Monate langen Vorbereitungsphase zur Schaffung der organisatorischen und personellen Voraussetzungen für die Projektdurchführung handelte es sich um folgende Arbeitspakete:

1. die Definition der Inhalte der zukünftigen Qualitätsbeurteilung und Qualitätsdarstellung,
2. die Ausarbeitung eines vorläufigen Konzepts für externe Qualitätsprüfungen und deren Verknüpfung mit dem Indikatorenansatz,
3. die Konzipierung einer öffentlichen Qualitätsdarstellung mit Beurteilungen der Qualität einzelner stationärer Pflegeeinrichtungen,
4. die Entwicklung angepasster Konzeptionen für die Bereiche teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege sowie die Überprüfung der Frage, inwieweit gesonderte Formen der Qualitätsbeurteilung für die Versorgung von Personen mit besonderen Bedarfskonstellationen (wie z.B. beatmungspflichtige Pflegebedürftige) erforderlich sind,

5. die Formulierung von Vorschlägen zur Spezifizierung eines bundesweiten, EDV-gestützten Verfahrens zur Datenübermittlung, d.h. Empfehlungen dazu, welche Daten für die Qualitätsbeurteilung erhoben und wie sie an welche Stelle übermittelt werden müssen,
6. eine praktische Testung des neuen Prüfverfahrens unter Einbeziehung der Verknüpfung mit dem Indikatorenansatz, um die Praktikabilität und die Erfüllung grundlegender Gütekriterien zu beurteilen, und eine Testung der Qualitätsdarstellung sowie
7. die abschließende Modifizierung der Konzeptionen.

Projektverlauf

Die Projektbearbeitung erfolgte entsprechend der Vereinbarungen mit dem Qualitätsausschuss Pflege im Zeitraum von Januar 2017 bis Mai 2018. Bis August 2018 waren noch verschiedene Feinjustierungen der Konzeptionen, Optimierungen von Verfahrensbeschreibungen und Anpassungen des Abschlussberichtes vorzunehmen.

Charakteristisch für die Entwicklungsarbeiten war die Einbeziehung mehrerer Expertengruppen, mit denen Teilergebnisse diskutiert wurden und die eigene Ideen und Vorschläge einbringen konnten. In diesen Expertengruppen waren, abgesehen von politischen Entscheidungsträgern, alle wichtigen Akteure und Perspektiven vertreten: die Perspektive der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen ebenso wie die Perspektive der Leistungsanbieter, der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und des Prüfdienstes der Privaten Krankenversicherung, der Kostenträger sowie die Perspektive des Spitzenverbands Bund der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) und des Medizinischen Dienstes dieses Spitzenverbands (MDS). Während des Projektverlaufs wurden mehr als 20 Expertensitzungen durchgeführt. 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. Im Januar 2018 startete dann die praktische Erprobung des neuen Prüfverfahrens. Hierzu waren zunächst Einrichtungen und Prüfdienste für die Teilnahme an den Testprüfungen zu gewinnen und viele Formalitäten zu klären. Bis Ende Februar 2018 erfolgten insgesamt 38 Testprüfungen. Die dabei gewonnenen Erfahrungen wurden ausgewertet, um weiteren Anpassungs- und Präzisierungsbedarf der Verfahrensbeschreibung, des Prüfbogens und der Ausfüllhinweise zu identifizieren. Unabhängig von den Testprüfungen erfolgten zwei Testungen der Qualitätsdarstellung.

Inhalt des vorliegenden Berichts

Die vorliegende Kurzfassung des Abschlussberichts beinhaltet die wesentlichen Ergebnisse der Entwicklungsarbeiten, insbesondere die Beschreibung des empfohlenen neuen Prüfverfahrens und der Qualitätsdarstellung. Er umfasst außerdem die Eckpunkte des Indikatorenansatzes, der nach den Maßgaben des SGB XI zukünftig zum festen Bestandteil der Qualitätsbeurteilung und Qualitätssicherung in der stationären Langzeitpflege werden soll. Bestandteil des Berichts sind außerdem Zusammenfassungen der wichtigsten Erprobungsergebnisse.

Ausgespart wurden die Empfehlungen zur Datenübermittlung und der dazugehörigen Spezifikationen, da sich diese auf technische Detailfragen beziehen, die für das Verständnis des Gesamtsystems weniger entscheidend sind. Das umfangreiche Instrumentarium, das für die Durchführung der Prüfungen benötigt wird, ist in die vorliegende Kurzfassung nur ausschnitthaft aufgenommen worden. Leserinnen und Leser, die sich für Detailfragen des Instrumentariums interessieren, müssen daher im etwas unhandlichen Abschlussbericht nachschlagen. Schließlich sind auch die verworfenen Konzeptbausteine in dieser Kurzfassung nicht oder nur sehr komprimiert dargestellt. Im Verlauf komplexer Entwicklungsarbeiten wie im vorliegenden Fall kommt es immer wieder dazu, dass sich Ideen oder Problemlösungen, die anfangs interessant und vorteilhaft erschienen, als nicht tragfähig erweisen. Sie bleiben aus der vorliegenden Kurzfassung weitgehend ausgespart.

2. Prüfrelevante Qualitätsaspekte

Die Sachverhalte, die Gegenstand einer Qualitätsbeurteilung sind, werden im neuen Prüfkonzept als *Qualitätsaspekte* bezeichnet. Qualitätsaspekte sind relativ komplexe Sachverhalte (z. B. *Unterstützung im Bereich der Mobilität*), die verschiedene Teilaspekte einschließen. Die Qualitätsaspekte sind also die Einheit, auf die sich Bewertungen bei Qualitätsprüfungen beziehen.

Wie schon im bislang geltenden Prüfverfahren werden zwei Ebenen unterschieden, auf denen Qualitätsbeurteilungen vorgenommen werden:

- *Ebene der individuellen Wohnerversorgung* (Prüfung beim Bewohner): Diese Ebene steht im neuen Prüfkonzept im Vordergrund.
- *Organisationsebene (Aufbau- und Ablauforganisation)*: Allgemeine Einrichtungsmerkmale (Strukturqualität) sind zwar auch weiterhin Bestandteil von Prüfungen, aber nicht in dem Umfang, in dem sie bisher berücksichtigt wurden.

Bei der Definition der zu bewertenden Qualitätsaspekte 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. Sachverhalte beispielsweise, die in erster Linie durch ärzt-

liches 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.

Einrichtungsbezogene Informationen, die keiner Bewertung unterzogen werden, nehmen im zukünftigen System der öffentlichen Qualitätsdarstellung einen wichtigen Stellenwert ein. Dazu gehören beispielsweise Informationen über spezielle Angebote der Einrichtung. Sie sind Bestandteil der Qualitätsdarstellungen, aber kein Gegenstand der Qualitätsbewertung durch die Prüfdienste.

Fachliche und methodische Grundlagen wie z. B. Einschätzungsinstrumente oder Verfahrensregelungen werden nicht für sich genommen, also losgelöst vom individuellen Versorgungsprozess beurteilt. Dass fachlich empfehlenswerte Methoden und Instrumente genutzt werden, liegt in der Verantwortung der Einrichtung. Versorgungskonzepte, die Dokumentation des Pflegeprozesses oder die Biografieerfassung werden vom Prüfer nur dann berücksichtigt, wenn sie eine Bedeutung für die Entstehung eines konkreten Nachteils oder Risikos für den Bewohner haben.

Die Qualitätsaspekte, die bei Prüfungen zu berücksichtigen sind, werden in *sechs Bereiche* unterteilt:

1. *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.
2. *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.
3. *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.
4. *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.
5. *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 beispielsweise der Umgang mit Risiken und Gefährdungen.

6. *Organisationsaspekte und internes Qualitätsmanagement*: Dieser letzte Bereich umfasst Sachverhalte, die auf der Ebene der Struktur- und Ablauforganisation zu prüfen sind.

Die Bereichsunterteilung orientiert sich an der Struktur der Problemlagen, die mit dem neuen Begutachtungsassessment bzw. dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff unterschieden werden, 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.

Den Bereichen sind jeweils mehrere Qualitätsaspekte zugeordnet. Diese Qualitätsaspekte sind die Sachverhalte, die im Rahmen externer Prüfungen beurteilt werden sollen:

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).

Im Verlauf der Entwicklungsarbeiten wurden verschiedene weitere Themen im Hinblick auf ihre Eignung als Qualitätsaspekte geprüft, am Ende jedoch nicht aufgenommen. 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.

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 Erprobung 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) (Wingefeld et al. 2011). Ergebnis war ein komplett ausgebildeter Indikatorenansatz, allerdings ohne konkrete Hinweise zur Implementierung. Im Laufe der Zeit wurde der Ansatz durch verschiedene Umsetzungsprojekte weiterentwickelt, die das Institut für Pflegewissenschaft in Kooperation mit verschiedenen Partnern durchführt bzw. durchführte¹.

Im Verlauf dieser Projekte wurde der ursprüngliche Indikatorenansatz weiterentwickelt. Allmählich entstanden auch die Überlegungen und Konzepte zur Verknüpfung des 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)“ (UBC 2017) wurde außerdem eine Testung des ursprünglichen, für das BMG und das BMFSFJ entwickelten Indikatorenansatzes 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 Indikatorenansatz wurde aufgrund von umfangreichen Erprobungserfahrungen in der Zeit von 2012 bis 2017 modifiziert bzw. weiterentwickelt. Im Folgenden wird der Indikatorenansatz 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 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.

1. Erhaltene Mobilität*
 2. Erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen*
 3. Erhaltene Selbstständigkeit 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)

Eine vergleichende Beurteilung von Kennzahlen zum Erhalt der Selbstständigkeit setzt u.a. voraus, dass Verzerrungen durch Bewohner mit krankheitsbedingten Verschlechterungen der Selbstständigkeit ausgeschlossen werden. Bei anderen Themen werden ebenfalls Einflussfaktoren, die die Ergebnisse verzerren könnten, berücksichtigt.

Die Bewertung der Kennzahlen, d.h. die Zuordnung einer Qualitätsbewertung zu einer Kennzahl erfolgt mit Hilfe von Referenzwerten (s.u.) 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 lag².

² Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung ist im Text von einem sechsmonatigen Abstand die Rede.

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 führt³.

Referenzwerte sind 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.

Im Sprachgebrauch des vorliegenden Indikatorenansatzes wird der Begriff *Referenzwert* für die zentralen Bezugspunkte der Qualitätsbeurteilung mit Hilfe der Indikatoren verwendet. Davon unterschieden werden die *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.

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.

³ 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.

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.

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 im Jahr 2018 in den vom IPW begleiteten Projekten genutzt wurden.

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, die 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.

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.

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 Zusammenstellung vorhandener Informationen aus der Pflegedokumentation, wesentlich erleichtert. Im Idealfall nehmen die Bezugspfleger, 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. 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. 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

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

Wenn Einrichtungen regelmäßig die Indikatorenerfassung durchführen, kann es dazu kommen, dass aus organisatorischen Gründen zeitliche Verschiebungen stattfinden. Die personelle Situation in vielen Einrichtungen ist stark angespannt, sodass die Erkrankung mehrerer Mitarbeiter zu einer Situation führt, in der neben der Aufrechterhaltung der Bewohnerversorgung keine anderen 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 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.

Es ist es empfehlenswert, dass die Ergebniserfassung innerhalb einer Frist von maximal zwei Wochen nach einem Stichtag abgeschlossen wird. Fällt also der Stichtag auf den 1. März, 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. 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 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. 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.

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.

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 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 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.

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 kann.

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.

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 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.

3.8 Anpassungsbedarf bei den Einrichtungen und Prüfdiensten

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.

In diesem Zusammenhang entstehen für die Einrichtungen einige Anforderungen. Diese umfassen zunächst einmal *Qualifizierungsmaßnahmen zur Vorbereitung der Ergebniserfassung*. Die Mitarbeiter, die die Ergebniserfassung vornehmen, müssen sich mit dem Instrumentarium und den methodischen Vorgaben zur Ergebniserfassung vertraut machen.

Ein erheblicher Teil der benötigten Informationen sind Bestandteil der Routinedokumentation, die bereits heute von den Einrichtungen vorgehalten werden müssen, beispielsweise 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 zusammengestellt werden. Neue fachliche Anforderungen entstehen dabei nicht.

Neben diesen bereits verfügbaren Informationen werden bei der Ergebniserfassung auch Einschätzungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten der Bewohner vorgenommen, die in dieser Form nicht routinemäßig in den Einrichtungen durchgeführt werden. Gegenstand der Einschätzungen sind zwar Sachverhalte, die Fachkräften ebenfalls vertraut sein müssten (z.B. Mobilitätsbeeinträchtigungen oder Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen). Die Art und Weise, wie diese Beeinträchtigungen erfasst werden, kann jedoch für die Mitarbeiter neu sein. Relevant sind folgende Bereiche:

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

Zu Einschätzung dieser Aspekte der Pflegebedürftigkeit kommen bei der Ergebniserfassung Teile des neuen Begutachtungsassessments zur Anwendung. Mitarbeitern, die sich bereits mit dem neuen Begutachtungsverfahren auseinandergesetzt haben, werden sich mit den fachlichen Anforderungen im Zusammenhang mit dem Indikatorenansatz in schnell vertraut machen können.

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen wird eine initiale, zweitägige Schulung empfohlen, wobei 1,5 Tage auf die Schulung und ein halber Tag auf die individuelle Einübung anhand realer Bewohner ver-

wendet 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.

Neben den Schulungen werden *Maßnahmen im Bereich der Planung und Koordination* erforderlich. Sie umfassen 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
- die Sicherstellung der Datenübermittlung an die Datenauswertungsstelle.

Für die *Durchführung der Ergebniserfassung* ist je Bewohner mit einem durchschnittlichen Zeitaufwand von 10 bis 15 Minuten zu rechnen. 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. Eine unsystematisch geführte Pflegedokumentation führt hingegen, ähnlich wie im Falle einer externen Qualitätsprüfung, zu einem hohen Suchaufwand für die Mitarbeiter.

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.

Es ist möglich, dass eine Einrichtung nachträglich einzelne angegebene Daten, die sich als fehlerhaft erwiesen haben, korrigieren muss. Dies kann durch ausreichende Schulung der Mitarbeiter und Sorgfalt bei der Ergebniserfassung vermieden werden.

Es ist empfehlenswert, die *Indikatoren im internen Qualitätsmanagement* zu nutzen. Einrichtungen, die den Indikatorenansatz heute bereits nutzen, sind teilweise dazu übergegangen, ihr internes Qualitätsmanagement grundlegend umzustrukturieren und auf die Qualitätsindikatoren abzustimmen. Dies ist keine Notwendigkeit, aber eine empfehlenswerte Anpassung, da eine regelhafte Ergebniserfassung und öffentliche Ergebnisbewertung mit eben diesen Indikatoren verbindlich vorgeschrieben ist.

Durch den Indikatorenansatz entsteht *keine Notwendigkeit zur Umstellung der Pflegedokumentation*. Es ist zum Beispiel nicht erforderlich, die bislang durchgeführte Pflegeanamnese durch eine Informationserfassung analog zu den Merkmalen des Indikatorenansatzes zu ersetzen. 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 *sämtliche* Informationen, die zur Ergebniserfassung benötigt werden (bis auf einige Datumsangaben), aus fachlicher Perspektive für den individuellen Pflegeprozess relevant sind.

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

Die Ergebnisse der im Projekt geleisteten Entwicklungsarbeiten führen zu substantziellen Änderungen des Prüfverfahrens. Diese Änderungen betreffen insbesondere

- 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 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, und
- 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

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 den dafür relevanten Faktoren, 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 beurteilen und die Frage zu überprüfen, inwieweit die Einrichtung eine bedarfs- und bedürfnisgerechte

Versorgung im Rahmen ihrer Einwirkungsmöglichkeiten sicherstellt (Prozessebene). Entscheidend ist aber, dass sich das neue Prüfverfahren auf die Kernprozesse der Versorgung richtet. An erster Stelle steht nicht die allgemeine 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 bei Qualitätsprüfungen zugunsten der Beurteilung der tatsächlichen Versorgungsprozesse in den Hintergrund.

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: 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.

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 Elemente in das Prüfgeschehen, das dieses dialogische Vorgehen und damit auch die Akzeptanz von Prüfergebnissen fördern könnte.

Eine fachliche Aufwertung in diesem Sinne führt allerdings auch zu erhöhten Anforderungen für alle Beteiligten: a) 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 b) für die Mitarbeiter der Einrichtungen, weil sie in der Prüfsituation differenziert über Fragen der Versorgung, über Versorgungsentscheidungen und deren Begründung nachvollziehbar Auskunft geben müssen.

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:

- die Verfahrensbeschreibung, die den Ablauf der Prüfung definiert und elementare Vorgaben für das Vorgehen der Prüfer formuliert. Die Verfahrensbeschreibung ist das zentrale Element des Prüfinstrumentariums. Sie formuliert auch Vorgaben zur Nutzung von Informationsquellen und beinhaltet die Regeln, 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 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 zur Nutzung der Prüfbögen.
- Strukturierungshilfen zur Durchführung des Teamgesprächs und des Abschlussgesprächs.
- Hinweise zur Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle.

4.3 Die Bewertungssystematik

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. 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, Dehydratation 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.

Auf dieser Grundlage 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 Feststellungen des Prüfers erforderliche Maßnahmen nicht durchgeführt wurden, müssen neben fehlenden Dokumentationseinträgen zum Nachweis weitere Feststellungen getroffen werden.

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 kann⁴.

Auf dieser Grundlage 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 (mit den 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.

⁴ 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: 1) Bereitschaft des Bewohners, die Hinweise der Mitarbeiter anzunehmen, 2) Fähigkeit des Bewohners, im Rahmen der pflegerischen Unterstützung zu kooperieren, 3) Versorgung durch externe Stellen oder Personen (z.B. Ärzte) und 4) fehlende Praktikabilität oder Überforderung des rechtlich und vertraglich definierten Auftrags der Einrichtung (bei unrealistischen Erwartungen des Bewohners oder der Angehörigen an die Versorgung).

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 träge

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“ gewählt⁵.

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 Titulierung 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 Begrün-

⁵ 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.

dung 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.

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 Fragen 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. Es verbietet sich allerdings, Ergebnisse hochzurechnen und mit prozentualen Angaben zu arbeiten. Würde beispielsweise bei einem Qualitätsaspekt, der bei zwei Personen beurteilt werden kann, bei einer Person ein Qualitätsdefizit identifiziert, so ließe sich daraus nicht folgern, dass bei 50%, also bei jedem zweiten Bewohner in der Einrichtung, für deren Versorgung der Qualitätsaspekt relevant ist, mit vergleichbaren Problemen zu rechnen wäre. 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.

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 analoge 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 Perso-

nen 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 die genannten 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.

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 einrichtungsbezogenen 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.

Alternative Berechnungsregeln

Die vorgeschlagene Bewertungssystematik besteht 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. Am Ende der Prüfung würden die bei den einzelnen Bewohnern ermittelten Bewertungen in Form von Punkten aufsummiert und anhand von Schwellenwerten bzw. Punktebereiche 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 nur wenige Ausnahmen bzw. Abweichungen.

Es wird daher empfohlen, die Nutzung dieser rechnerisch einfacheren Art der Bewertung in Erwägung zu ziehen. Der Vorteil besteht in der etwas besseren Nachvollziehbarkeit. Weitergehende Modifikationen wären in dem Fall, in dem sich der Qualitätsausschuss für diese alternative Berechnungsweise entscheidet, nicht erforderlich. Auch an den Sonderregelungen zur Behandlung von Situationen mit kleinen Fallzahlen müsste nichts geändert werden.

4.4 Verfahrensablauf

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

Gegenwärtig werden bis zu 9 Personen in die externen Qualitätsprüfungen einbezogen. Diese Stichprobengröße wird auch für das neue Verfahren empfohlen. Die Regeln für die Stichprobenziehung werden hingegen neu definiert. Im bisherigen Prüfverfahren wird eine geschichtete Zufallsstichprobe anhand der Pflegegrade der Bewohner gezogen. Für das neue Prüfverfahren wird das folgende Stichprobenverfahren empfohlen:

6 Bewohner bzw. Bewohnercodes (Pseudonyme)⁶ 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. 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.

Einzelheiten der Stichprobenbestimmung sind in der Verfahrensbeschreibung zum Prüfverfahren nachzulesen.

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. 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 (beispielsweise für den Fall, dass Bewohner ihr Einverständnis zur Einbeziehung in die Prüfung nicht erteilen).

⁶ Während der Prüfung entpseudonymisiert der Prüfdienst gemeinsam mit der Einrichtung die ausgewählten Personen anhand der Codierliste, die die Einrichtung vor Ort vorhält.

- 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 entfällt die Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung während der Prüfung.

4.4.3 Informationsgrundlagen

Zur Durchführung der Prüfung kann das Prüfteam auf folgende Informationsquellen 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. 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 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 Wohnerversorgung)

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

Charakteristisch für den Prüfbogen A 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.

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 Wohnerversorgung 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. Die Plausibilitätskontrolle ist also an die Informationserfassung gekoppelt, die der Prüfer ohnehin durchführen muss. Sie sollte nur eine Abrundung dieser Informationserfassung sein.

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.

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 hingegen ist es unzulässig, nach genauer Übereinstimmung zu fragen. Die Informationsgrundlagen reichen nicht aus, um zu klären, ob jedes einzelne Kreuz der Selbständigkeitseinschätzung im richtigen Kästchen gemacht wurde. Die Frage ist vielmehr, 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.

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. Es sollte immer versucht werden, durch Auskünfte der Mitarbeiter das betreffende Problem aufzuklären.

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.

Nach Vorstellung der Prüfer bei der Leitung der Einrichtung sind zu Beginn der Prüfung in einem *Einführungsgespräch* das Aufgabenverständnis, die Vorgehensweise und der voraussichtliche Zeitauf-

wand 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. 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 (s.o.).

Für alle Bewohner der Stichprobe sind analog zum bisherigen Prüfverfahren Einverständniserklärungen einzuholen. 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. *Administrative Angaben zum Bewohner* dienen vorrangig zur Verwaltung des Datensatzes.

Die *Beurteilung der jeweiligen Qualitätsaspekte auf der Ebene der individuellen Bewohnerversorgung* 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 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 Handelns 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 Kon-

ketisierung 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.

Für die Beurteilung bedarfsübergreifender Qualitätsaspekte (Bereich 5) werden 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.

In einem gesonderten Abschnitt des Prüfbogens B werden *organisatorische Aspekte und allgemeine Anforderungen an das Qualitätsmanagement* (Bereich 6) erfasst. Es erfolgt eine kriteriengestützte Bewertung, bei der zu beurteilen ist, ob die im Prüfbogen aufgeführten Anforderungen erfüllt werden oder nicht.

Die *Synthese/Zusammenführung der Feststellungen* 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.

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. Vertreter der Einrichtung haben hierbei Gelegenheit zur Kommentierung und Stellungnahme. 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.

Die Einzelergebnisse für alle Bewohner der Stichprobe werden zusammengeführt und abschließend für jeden Qualitätsaspekt gesondert bewertet. Die Feststellung des Prüfergebnisses bei den einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekten (Bereich 6) umfasst die Angabe, ob eine Anforderung erfüllt oder nicht erfüllt ist, und eine nähere Bezeichnung des bemängelten Sachverhalts.

Zur *Gesamtbeurteilung der Plausibilität der Ergebniserfassung* werden die festgestellten Abweichungen zwischen den einrichtungsintern erhobenen Versorgungsergebnissen (Ergebniserfassung) und den im Rahmen der externen Prüfung erfolgten Feststellungen zusammengeführt, um auf dieser Grundlage eine Gesamtbeurteilung der Ergebniserfassung vorzunehmen. Für die Beurteilung gelten 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 nachvoll-

ziehbarer 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 beigelegt ist.

Je nach Anzahl der „kritischen Themenbereiche“ wird die Ergebniserfassung insgesamt ggf. als nicht ausreichend plausibel und die ermittelten Kennzahlen daher als nicht gültig definiert. Als vorläufige Lösung (die auf der Grundlage von Erfahrungen im Routinebetrieb geprüft und ggf. angepasst werden sollte) 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

Die Testung des Prüfinstrumentes erfolgt 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.

Bestandteil war auch eine Überprüfung der Interrater-Reliabilität. Hierzu 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.

Für die Prüfer wurde ein Fragebogen entworfen, der nach jeder Testprüfung auszufüllen war. Die Fragen bezogen sich auf den organisatorischen Ablauf der Prüfung (Praktikabilität), die Verfügbarkeit von Informationen 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 (Objektivität). Falls Einrichtungen mit Ergebniserfassung geprüft wurden, wurden Fragen zur Praktikabilität und zum Aufwand der Plausibilitätskontrolle gestellt sowie ob eine gemeinsame Bewertung etwaiger Auffälligkeiten möglich war (Objektivität). 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 Prüfinstrumentes und seiner zugehörigen Hinweise. Schließlich wurde nach einer Gesamteinschätzung des getesteten Prüfverfahrens gefragt.

Für die Einrichtungen wurde ebenfalls 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. Schließlich wurde nach einer Gesamteinschätzung der Prüfung gefragt. Für Einrichtungen mit Ergebniserfassung waren zusätzlich drei Fragen zur Praktikabilität, zur Verständlichkeit und zum Aufwand der Plausibilitätskontrolle enthalten.

Zur Auswertung der Erprobungserfahrungen wurde außerdem ein Workshop mit ausgewählten, an der Testung aktiv beteiligten Prüfern durchgeführt.

An den Testprüfungen haben insgesamt 38 Einrichtungen aus 8 Bundesländern teilgenommen. Von diesen Einrichtungen führen 24 bereits Ergebniserfassungen durch, sodass bei diesen Einrichtungen eine Plausibilitätskontrolle stattfinden konnte. 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.

Die Durchführung der Testprüfungen verlief weitgehend reibungslos und brachte viele wichtige Erkenntnisse, die in die abschließende Anpassung des Prüfinstrumentariums eingeflossen sind.

Im Gesamtergebnis ist hinsichtlich der *Inhaltsvalidität* festzuhalten, dass das Prüfinstrument die relevanten Versorgungsthemen gut abbildet. Eine Ausnahme sind verschiedene Unterasspekte 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 der Ausfüllhinweise.

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 empfehlen, 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 dieses 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.

Auf der Grundlage der Erkenntnisse aus den Erprobungen wurden verschiedene Änderungen am Prüfinstrument vorgenommen. Diese Änderungen haben Auswirkungen auf den Aufwand (in Form einer Aufwandsverringerung), die sich allerdings mangels empirischer Hinweise nicht genau quantifizieren lässt. Es handelt sich um:

- **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 angepasst. ES wurde klargestellt, 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 und Zusammenfassung 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). Darüber hinaus wurden zwei Qualitätsaspekte im Bereich 3, die inhaltlich schwer voneinander zu trennen sind, zu einem zusammengefasst.
- **Streichung von einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekten:** Es 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 Betreuungskräfte zu streichen.

- **Verzicht auf die Kategorie „Systematisches Defizit“:** Aufgrund von Unstimmigkeiten bei der Anwendung der im erprobten Instrumentarium zentralen Kategorie des systematischen Defizits⁷ wurde die gesamte Kategorie aus dem Prüfinstrument entfernt. Dies hat zu 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 den 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 als fester Bestandteil des Abschlussgesprächs vorgesehen, dass den Einrichtungen Gelegenheit gegeben wird, 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 Abschlussgesprächs gestrichen.
- **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 verständigen. 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.

⁷ Ursprünglich wurde angestrebt, der Unterscheidung zwischen „Ausnahmefehlern“ und „systematischen Defiziten“ eine zentrale Rolle im Prüfverfahren bzw. in der Bewertungssystematik zuzuweisen. Die hierzu erforderlichen Instrumentenbausteine waren Bestandteil des Instrumentariums, das bei der Testung verwendet wurde.

6. Die Konzeption für die öffentliche Qualitätsdarstellung

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.

Aufbau und Inhalte

Mit der neuen Konzeption der Qualitätsdarstellung sollen nicht nur Ergebnisse von Qualitätsprüfungen aufgenommen werden, sondern auch eine Beurteilung der Ergebnisqualität anhand von Qualitätsindikatoren. Der dritte wichtige Bestandteil sind Informationen, die zwar für die Beurteilung einer Einrichtung relevant sind, die jedoch keiner Bewertung unterzogen werden. Die neue Qualitätsdarstellung besteht somit aus folgenden drei Teilen:

- Versorgungsergebnissen (Indikatoren für Ergebnisqualität)
- Ergebnisse der externen Qualitätsprüfung
- Informationen über die Pflegeeinrichtung.

Ihnen vorangestellt ist Zusammenfassung der Bewertung der Versorgungsergebnisse sowie der Bewertung durch die Qualitätsprüfer, die einen schnellen Überblick ermöglicht. Zur Erläuterung des Bewertungsschemas findet der Nutzer eine Beschreibung der Symbole, außerdem eine kurze Erläuterung dazu, woher die Beurteilungen stammen.

Abbildung 1: Beispielhafte Darstellung der Zusammenfassung der Bewertung der Versorgungsergebnisse

Die folgende Bewertung beruht auf Daten, die von der Pflegeeinrichtung erfasst und von einer unabhängigen Stelle ausgewertet wurden. Die Bewertung bezieht sich auf den 30. April 2017.	
Bewertung der Versorgungsergebnisse: Ergebnisqualität beste Bewertung: 5 Punkte / schlechteste Bewertung: 1 Punkt	
1. Erhalt der Mobilität (Bewegungsfähigkeit)	
a) bei Bewohnern, die 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	● ● ● ○ ○

Abbildung 2: Beispielhafte Darstellung der Zusammenfassung der Bewertung durch die Qualitätsprüfer

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	■ ■ ■ □

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.

Nach diesem Überblick 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, Kontaktpersonen, Anzahl der Einzel- und Doppelzimmer sowie Kurzzeitpflegeplätze)
- *Ausstattung* (zum Beispiel ein Telefonanschluss, TV- bzw. Kabelanschluss und Internetzugang)
- *Spezialisierung/ Versorgungsschwerpunkt* (zum Beispiel 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 kostenpflichtige 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)
- *Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen.*

Im Gegensatz zu den Prüfergebnissen werden diese Informationen – mit Ausnahme des letzten Aspekts – von der Pflegeeinrichtung selbst bereitgestellt und keiner Bewertung unterzogen.

In einem weiteren Abschnitt folgt die **Bewertung der Ergebnisqualität mit Hilfe der Qualitätsindikatoren**. Einführend erhält der Nutzer eine Erläuterung, 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.

Die Indikatoren werden nach einem einheitlichen Schema dargestellt (Bewertung, Datum der Ergebniserfassung, inhaltliche Beschreibung, Wichtigkeit eines Indikators, prozentuale Darstellung). Abschließend werden Ergebnisse früherer Bewertungen aufgezeigt.

In ähnlicher Form erhalten die Nutzer Hinweise zu **Ergebnissen der externen Qualitätsprüfungen**. 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 herausforderndem 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 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 werden 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.

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. Deshalb ist vorgesehen, die erfassten Informationen als solche im Kontext der weiteren einrichtungsbezogenen Angaben darzustellen. Es wird 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.

Die Qualitätsbewertungen werden anhand eines 5-Punkte- sowie eines 4-Quadrate-Symbols dargestellt. Schulnoten sind durch die öffentliche Diskussion um ihre Aussagekraft der derzeitigen „Pflegetoten“ in Verruf geraten. Nach der Prüfung vieler Alternativen wurde einem Punktesystem der Vorrang gegeben.

Internetgestützte Formen der öffentlichen Qualitätsdarstellungen

Einrichtungsspezifische 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.

Vorgesehen ist zunächst einmal ein *Standarddokument*, das 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.

Ein ergänzendes *webbasiertes Informationsangebot* soll neben dem soeben angesprochenen, standardisierten Dokument ein individuell gestaltbares Informationsprofil enthalten. Angelehnt an die Darstellungsform des Standarddokuments 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 Nutzer 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. Damit würde ein Informationsangebot geschaffen, das deutlich über die heutigen Möglichkeiten, Transparenzberichte einzusehen und zu vergleichen, hinausreicht.

Als dritte Variante der 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.

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.

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.

Eine zweite Testung wurde Anfang Mai 2018 mit einer etwas anders strukturierten Teilnehmergruppe durchgeführt. 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). 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 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.

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. Das Ergebnis lässt sich wie folgt zusammenfassen⁸:

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 Prüft Themen 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 (Überleitungsverfahren, 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 Versorgungs-

⁸ Auf die Darstellung von Einzelheiten wie Sonderregelungen für das Stichprobenverfahren in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder in Tagespflegeeinrichtungen oder die Anpassung des Prüfinstrumentariums wird an dieser Stelle verzichtet. Einzelheiten dazu finden sich sowohl im Abschlussbericht des Projekts als auch im Prüfinstrumentarium.

geschehen 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

Im Hinblick auf den Implementierungsprozess, aber auch im Hinblick auf den Umstand, dass mit dem vorliegenden Vorschlag zur Neugestaltung der Qualitätsbeurteilung ein weitreichender Systemwechsel erfolgt, empfehlen das IPW und das aQua-Institut die Beachtung folgender Punkte:

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 Qualitätsdiskussion 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 Sicherstellung 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 Manipulationsabsichten 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 angemerktter 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

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.; 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.