

## **Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Abs. 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI**

### **Bewertungssystematik für die Indikatoren**

#### **1. Standardisierung und Bewertung der Indikatoren**

Die Bewertung der Indikatoren, d. h. die einrichtungsbezogene Zuordnung einer Qualitätsbewertung zu einem Indikatorenwert erfolgt mit Hilfe von Referenzwerten (s. nachfolgender Abschnitt) und einer fünfstufigen Bewertungssystematik. Diese Bewertungssystematik formuliert eine Qualitätsbewertung unter Bezugnahme auf den Referenzwert (d. h. den Durchschnitt der Versorgung) und anhand eines Punktesystems (im Folgenden „Indikatorenbewertung“):

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:	●○○○○

Um Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher zeitlicher Abstände zwischen den Ergebniserfassungen zu neutralisieren und Vergleichbarkeit zu gewährleisten, werden die Indikatoren der Qualitätsbereiche 1 und 2 im Rahmen der Datenaufbereitung durch die unabhängige Datenauswertungsstelle standardisiert, also rechnerisch so angepasst, dass der für 6 Monate zu erwartende Anteilswert ausgewiesen wird, auch wenn der Abstand im Einzelfall beispielsweise lediglich 5,5 Monate betrug. Die Standardisierung erfolgt für die Qualitätsbereiche 1 und 2 nach folgenden Formeln:

Qualitätsbereich 1:

$$\text{Standardisierter Indikator} = 100 - (100 - x) * 183 / \text{Zeitabstand}$$

Qualitätsbereich 2:

$$\text{Standardisierter Indikator} = x * 183 / \text{Zeitabstand}$$

mit

x = errechneter Indikator

Zeitabstand = Mittlerer Zeitabstand zwischen dem aktuellen und dem vorherigen Erfassungszeitpunkt in Tagen

Indikatoren für eine Einrichtung werden nur dann ausgewiesen, wenn die Bewohnergruppe, auf die sich die Bewertung bezieht, eine bestimmte Mindestgröße aufweist. 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.

Zudem gilt der Grundsatz, dass eine Einrichtung aufgrund eines Einzelfalls nicht als „durchschnittlich“ oder schlechter bewertet werden darf. Bei Indikatoren, bei denen lediglich bei einem einzelnen Bewohner bzw. einer einzelnen Bewohnerin ein negatives Ergebnis<sup>1</sup> berichtet wurde, erfolgt dementsprechend nur dann eine Indikatorenbewertung, wenn in dem Punktesystem mindestens das Bewertungsergebnis „Ergebnisqualität liegt leicht über dem Durchschnitt“ erzielt wird. Anderenfalls findet sich in der Darstellung lediglich der Hinweis „Einzelfall“.

## **2. Referenz- und Schwellenwerte**

Die Qualitätsbewertung anhand der Indikatoren über das Punktesystem erfolgt unter Bezugnahme auf empirisch hergeleitete Referenzwerte, die sich am rechnerischen Durchschnittswert der Gesamtheit der einbezogenen Einrichtungen orientieren. Die Indikatorenbewertung wird anhand der Größe der Abweichung des jeweiligen Indikatorenwertes vom Referenzwert vorgenommen.

Definierte Schwellenwerte legen fest, wie die Abweichung des konkreten Indikatorenwertes vom Referenzwert (d. h. Durchschnittswertes) bewertet wird. Die Definition der Schwellenwerte erfolgt also rein rechnerisch.

Als Schwellenwerte, bis zu denen eine bestimmte Bewertung (beispielsweise „Ergebnisqualität liegt leicht über dem Durchschnitt“) zutrifft, werden für die einzelnen Indikatoren die sogenannten Quintile der Verteilung der Indikatorenwerte gesetzt. Das sind diejenigen Werte, die die empirische Verteilung der Indikatorenwerte in der Gesamtheit aller Einrichtungen in fünf jeweils gleich stark besetzte Gruppen aufteilen.

Für die Implementierung des Systems wird zunächst eine vorläufige Setzung auf wissenschaftlicher Basis vorgenommen. Die Referenz- und Schwellenwerte werden angepasst, sobald eine ausreichende Grundlage valider Daten aus der Umsetzung des neuen Systems vorliegt. Die Vertragsparteien überprüfen die Referenzwerte sowie die daraus abgeleiteten Schwellenwerte in regelmäßigen Abständen und passen diese ggf. an.

Für den Einstieg in das System werden vorläufig folgende wissenschaftlich basierte Schwellenwerte gesetzt:

---

<sup>1</sup> „Negatives Ergebnis“ bedeutet, dass diese Person die positive Definition des Indikators nicht erfüllt. Im Falle des Indikators 1.3 *Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte* wäre ein negatives Ereignis beispielsweise gleichbedeutend mit einer Verschlechterung der Selbständigkeit, d. h. einer Verschlechterung im BI-Modul 6 um mehr als einen Punkt.

Indikator	Referenzwert (Durchschnitt)	Schwellenwerte für die fünfstufige Bewertung			
		a)	b)	c)	d)
1.1.1 Erhaltene Mobilität (Risikogruppe 1)	88,4 %	80,497	85,754	91,011	96,268
1.1.2 Erhaltene Mobilität (Risikogruppe 2)	69,4 %	58,623	65,776	72,929	80,082
1.2.1 Erhaltene Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (z.B. Körperpflege) (Risikogruppe 1)	83,8 %	75,278	80,970	86,662	92,354
1.2.2 Erhaltene Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (z.B. Körperpflege) (Risikogruppe 2)	57,9 %	45,440	53,719	61,998	70,277
1.3 Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	74,8 %	64,030	71,198	78,366	85,534
2.1.1 Dekubitusentstehung (Risikogruppe 1)	1,6 %	3,091	2,091	1,091	0,091
2.1.2 Dekubitusentstehung (Risikogruppe 2)	8,4 %	16,083	10,955	5,827	2,914
2.2.1 Stürze mit gravierenden Folgen (Risikogruppe 1)	6,9 %	11,089	8,312	5,535	2,758
2.2.2 Stürze mit gravierenden Folgen (Risikogruppe 2)	12,9 %	18,464	14,768	11,072	7,376
2.3.1 Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (Risikogruppe 1)	2,1 %	3,562	2,562	1,562	0,562
2.3.2 Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (Risikogruppe 2)	4,9 %	9,103	6,325	3,547	0,769
3.1 Integrationsgespräch nach dem Einzug	50,7 %	20,659	40,659	60,659	80,659
3.2 Anwendung von Gurten bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohnern	2,8 %	5,210	3,623	2,036	0,449
3.3 Anwendung von Bettseitenteilen bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohnern	18,7 %	32,311	23,222	14,133	5,044
3.4 Aktualität der Schmerzeinschätzung	79,0 %	63,965	73,966	83,967	93,968
Erläuterung: Spalte a) beinhaltet den unteren Schwellenwert, also den Wert, unterhalb dessen die Qualitätsbewertung „weit unter dem Durchschnitt“ zugewiesen wird. Beim Indikator 1.1.1 ist dies bei Werten kleiner als 80,497 der Fall. Die Qualitätsbewertung „leicht unter dem Durchschnitt“ ergibt sich bei Werten im Bereich von 80,497 bis einschließlich 85,753 (Spalten a) und b)).					

### **3. Plausibilitätskontrolle der Indikatorendaten**

Die Plausibilitätskontrolle der Indikatorendaten erfolgt anhand statistischer Verfahren durch die Datenauswertungsstelle (DAS) und im Rahmen externer Qualitätsprüfungen.

#### 3.1 Statistische Plausibilitätskontrolle

Die Regeln zur statistischen Plausibilitätskontrolle sind in Kapitel 4 der Anlage 4 der Maßstäbe und Grundsätze für die vollstationäre Pflege beschrieben.

#### 3.2 Plausibilitätskontrolle im Rahmen externer Qualitätsprüfungen

Die Plausibilitätskontrolle im Rahmen externer Qualitätsprüfungen stützt sich auf die Informationserfassung, die durch die externen Prüfer erfolgt. Mit dieser Informationserfassung verschafft sich der Prüfer ein Bild des Bewohners bzw. der Bewohnerin und seiner bzw. ihrer Versorgungssituation, etwa durch Inaugenscheinnahme des Bewohners bzw. der Bewohnerin, durch Gespräche mit dem Bewohner bzw. der Bewohnerin oder den Pflegenden sowie durch die Hinzuziehung der Dokumentation. Zum Zweck der Plausibilitätskontrolle wird beurteilt, ob diese Informationen mit den Angaben aus der regelgeleiteten und statistisch durch die DAS geprüften Erhebung der Einrichtungen für die Daten zur Indikatorenberechnung in Einklang stehen oder nicht.

Werden hierbei Widersprüche festgestellt, die sich nicht aufklären lassen, wird von fehlender Plausibilität ausgegangen. Widersprüche, die erklärt werden können (z.B. Verschlechterung der Mobilität nach einem Sturz, der sich nach der Ergebniserfassung ereignete), sind nicht als mangelnde Plausibilität einzustufen.

Abweichungen zwischen den einrichtungsintern erhobenen Versorgungsergebnissen (Erhebung der Daten für die Indikatorenberechnung) und den im Rahmen der externen Qualitätsprüfung erfolgten Feststellungen, d. h. unplausible Daten, werden als „kritischer Themenbereich“ eingestuft. Als unplausibel bzw. „kritisch“ gilt ein Themenbereich aus der externen Qualitätsprüfung dann, wenn die Prüfer bei mindestens zwei der geprüften Bewohner bzw. Bewohnerinnen feststellen, dass die von der Einrichtung übermittelten Indikatorenergebnisse vor dem Hintergrund der Informationserfassung nicht plausibel sind.

Bei Einrichtungen, für die einzelne Indikatoren bzw. weniger als vier Themenbereiche als „kritisch“ eingestuft werden, wird in der Qualitätsdarstellung der betroffenen Indikatoren ein Hinweis integriert, der verdeutlicht, dass der entsprechende Indikator als unplausibel betrachtet wird.

Ab einer Anzahl von vier kritischen Themenbereichen werden die Indikatorenergebnisse insgesamt als unplausibel bzw. nicht ausreichend belastbar betrachtet und in der Qualitätsdarstellung für die betreffende Einrichtung nicht aufgeführt. An Stelle dessen erfolgt der Hinweis, dass die Plausibilitätskontrolle im Rahmen der externen Qualitätsprüfung zu

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

Gegenstand der im Rahmen externer Qualitätsprüfungen durchzuführenden Plausibilitätskontrolle ist auch die Kontrolle der von den Einrichtungen zu führenden Erhebungsreporte durch die externen Prüfer. Hierbei ist die Frage zu beantworten, ob im Erhebungsreport

- eine eindeutige und vollständige Zuordnung der Pseudonyme zu den versorgten Personen erkennbar ist und
- ob die Ausschlusskriterien zur Einbeziehung der versorgten Personen in die Ergebniserfassung entsprechend der methodischen Vorgaben erfolgte und
- dementsprechend erkennbar ist, für welche Personen keine Ergebniserfassung durchgeführt wurde und
- aus welchem Grund im jeweiligen Fall auf die Ergebniserfassung verzichtet wurde.

Grundlage für diese Bewertung sind die in den „Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die vollstationäre Pflege“ in der jeweils aktuellen Version aufgeführten Ausschlusskriterien.

Bei der Plausibilitätskontrolle der Erhebungsreporte wird die Feststellung von Auffälligkeiten bei drei und mehr Bewohnerinnen bzw. Bewohnern als „kritisch“ definiert. In diesen Fällen werden die Indikatorenergebnisse insgesamt als unplausibel bzw. nicht ausreichend belastbar betrachtet und damit die Kennzahlen in der öffentlichen Qualitätsdarstellung für die betreffende Einrichtung nicht aufgeführt. An Stelle dessen erfolgt der Hinweis, dass die Plausibilitätskontrolle im Rahmen der externen Qualitätsprüfung zu erheblichen Zweifeln daran führte, ob die von der Einrichtung bereitgestellten Informationen über die Versorgungsergebnisse fachlich und methodisch korrekt sind.

Die sich aus den im Rahmen externer Plausibilitätskontrollen ergebenden notwendigen Anpassungen an den Qualitätsdarstellungen werden zusammen mit der Aktualisierung der Qualitätsdarstellung auf der Grundlage der aktuellen externen Prüfergebnisse vorgenommen.