



Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld, IPW



## **Statistische Plausibilitätskontrolle in der vollstationären Pflege**

**Gutachterliche Stellungnahme zum Thema „Statistische Plausibilitätskontrolle gemäß Anlage 4 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege“**

**– Abschlussbericht –**

**Verfasser\*innen:**

**K. Wingefeld, C. Stegbauer, D. Schröder und N. Knizia**

**Bielefeld/Göttingen, 6. Mai 2022**

**im Auftrag der Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 SGB XI**

## Inhalt

1. Einleitung .....	3
2. Methodisches Vorgehen .....	4
2.1 Untersuchung der Erhebungspraxis.....	4
2.2 Einfluss der Architektur von Dokumentationssoftware.....	7
2.3 Überprüfung von Berechnungsregeln für die statistische Plausibilitätskontrolle.....	8
2.4 Statistische Auswertungen zur Bewertung der Auffälligkeitskriterien 1 bis 4 (AP 5).....	9
2.5 Einsatzmöglichkeiten der Indikatoren und Plausibilitätskontrolle in spezialisierten Einrichtungen (AP 6) .....	9
3. Ergebnisse .....	10
3.1 Analyse der Problemanzeigen .....	10
3.2 Prüfung der Rechenregeln der statistischen Plausibilitätskontrolle .....	19
3.3 Interviews zur Praxis der Ergebniserfassung .....	20
3.4 Ergebnisse der Fokusgruppen.....	34
3.5 Ergebnisse der Online-Befragung .....	44
3.6 Zum potenziellen Einfluss der Software-Architektur .....	58
3.7 Häufigkeit und Relevanz bestimmter Merkmalskombinationen .....	68
3.8 Indikatoreinsatz und Plausibilität in spezialisierten Versorgungsbereichen.....	79
4. Zwischenfazit .....	88
5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	93
Literaturverzeichnis.....	101
Anhang 1: Empfehlungen zur Anpassung der AK 1 bis 4 .....	103
Anhang 2: Empfehlungen zur Anpassung der AK 5 bis 17 .....	105

## Danksagung

Das IPW und das aQua-Institut möchten sich bei allen Vertreter\*innen von Pflegeeinrichtungen und Softwareanbietern sowie den Expert\*innen, die mit ihrem Beitrag in Form von Interviews, Fokusgruppen oder der Teilnahme an der Online-Befragung einen unverzichtbaren Beitrag zu dieser gutachterlichen Stellungnahme beigetragen haben, ganz herzlich bedanken. Ihre offenen Rückmeldungen und konstruktiven Diskussionen haben den Grundstein für Empfehlungen zur Weiterentwicklung der statistischen Plausibilitätskontrolle gelegt.

## 1. Einleitung

Mit den am 01.03.2019 in Kraft getretenen Maßstäben und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI (MuGs) wurde ein neuartiger Ansatz zur indikatorengestützten Beurteilung der Ergebnisqualität im Bereich der stationären Langzeitpflege eingeführt. Dieser Ansatz sieht vor, dass Pflegeeinrichtungen ihre Versorgungsergebnisse anhand vorgegebener Instrumente in regelmäßigen Abständen erfassen. Die mit dieser Ergebniserfassung gewonnenen Daten werden von der sogenannten Datenauswertungsstelle (DAS Pflege) zusammengeführt und ausgewertet. Die DAS Pflege hat ihren Regelbetrieb am 01.10.2019 aufgenommen. Sie stellt seitdem den erhebenden Einrichtungen sowie den Landesverbänden der Pflegekassen und den Prüfdiensten die Auswertungsergebnisse zur Verfügung. Eine Veröffentlichung der damit gewonnenen Informationen zur Ergebnisqualität der stationären Langzeitpflege ist nach den aktuell geltenden Regelungen für die ab dem 01.01.2022 von den Pflegeeinrichtungen übermittelten Daten vorgesehen.

Entsprechend der MuGs hat die DAS Pflege vor der Berechnung der Ergebnisse (Indikatoren) die Daten auf ihre Plausibilität hin zu überprüfen. Konkret sind die Angaben zu den folgenden BI-Modulen Bestandteil dieser Prüfung:

- Selbständigkeit im Bereich der Mobilität
- kognitive Fähigkeiten
- Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung
- Selbständigkeit im Bereich des Alltagslebens und der sozialen Kontakte.

Anhand von vier Auffälligkeitskriterien (AK) sollen die Daten hinsichtlich einer unreflektierten Übernahme vorheriger Angaben geprüft werden. Mit weiteren 13 AK werden die Daten auf innere Widersprüche geprüft. Die Ergebniserfassung einer Einrichtung wird als insgesamt „nicht plausibel“ eingestuft, wenn bei mehr als 25% der Bewohner\*innen, für die eine Ergebniserfassung durchgeführt wurde, mindestens eine dieser insgesamt 17 Auffälligkeiten feststellbar ist. Eine Berechnung und mit-hin Veröffentlichung der Indikatoren unterbleiben in diesem Fall.

Seit dem zweiten Halbjahr 2021 besteht die Möglichkeit, alle Kriterien in die statistische Plausibilitätskontrolle einzubeziehen, da Pflegeeinrichtungen seit 2021 regelmäßig in ihrem vorgesehenen Rhythmus Daten übermitteln können. Zuvor konnten nur die AK 5 bis 17 berücksichtigt werden. Mit diesen ersten Auswertungen über alle 17 Auffälligkeitskriterien zeigte sich nach Angaben des Qualitätsausschusses Pflege ein erheblicher Anstieg der Einrichtungen mit scheinbar nicht plausiblen Daten von ca. 6% auf ca. 60%.

Vor diesem Hintergrund hat der Qualitätsausschuss Pflege das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und die aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua-Institut) am 03.01.2022 mit der Erarbeitung der vorliegenden gutachterlichen Stellungnahme zur statistischen Plausibilitätskontrolle beauftragt.

## 2. Methodisches Vorgehen

Zur Durchführung des Auftrags waren zunächst verschiedene methodische, organisatorische und technische Vorbereitungen erforderlich. Dazu gehörte neben der Instrumentenentwicklung für mehrere Teilerhebungen auch die Bereitstellung von anonymisierten Daten der DAS Pflege. Der Qualitätsausschuss Pflege hat die DAS Pflege zur notwendigen Datenverarbeitung (anonymisieren und bereitstellen) kurz nach Projektbeginn angewiesen. Zur Bereitstellung und zum gemeinsamen Arbeiten wurde innerhalb der IT-Infrastruktur des aQua-Instituts eine gesicherte Cloud-Arbeitsumgebung eingerichtet und die für die Bearbeitung notwendige Software installiert.

### 2.1 Untersuchung der Erhebungspraxis

Die Untersuchung der Erhebungspraxis in den Pflegeeinrichtungen war breit angelegt, um verschiedene Erfahrungshintergründe (Vertreter\*innen von Pflegeeinrichtungen, Expert\*innen und Vertreter\*innen der Trägerverbände) einbinden zu können. Des Weiteren wurden sowohl qualitative als auch quantitative Methoden eingesetzt, damit Aussagen zur Häufigkeit von Vorgehensweisen und damit ggf. einhergehenden Ergebnissen und zugleich auch eine vertiefende Analyse der Erhebungspraxis hinsichtlich Ursachen und potenzieller Handlungsoptionen möglich waren. Die einzelnen Analyse-schritte sind im Folgenden zusammengefasst.

#### ***Analyse der Problemanzeigen (AP 1.1)***

Im Januar 2022 wurden vom Auftraggeber 27 anonymisierte Problemanzeigen zur Analyse bereitgestellt. Die Problemanzeigen wurden in einem ersten Schritt gelesen und in eine bearbeitbare Form übertragen. Die Problemanzeigen wurden ggf. in einzelne Rückmeldungen aufgeteilt, wenn eine Anzeige zu verschiedenen Auffälligkeitskriterien Erläuterungen enthält. Jede Rückmeldung wurde anschließend einer der 17 AK zugeordnet bzw. als allgemeine Rückmeldung ohne Bezug zu einem spezifischen AK eingestuft. Des Weiteren erfolgte in einer zweiten Ebene die Zuordnung der einzelnen Rückmeldungen zu einer Kategorie. Diese Kategorien (u.a. Fallbeispiele und pflegfachliche Argumentation zu Auffälligkeitskriterien, Darlegung von Widersprüchen, Änderungsvorschläge, Rückmeldung als Fachpflegeeinrichtung) wurden während der Auseinandersetzung mit den Problemanzeigen induktiv entwickelt. Die Ergebnisse wurden strukturiert nach den 17 AK narrativ zusammengefasst und wo möglich quantifiziert (vgl. Abschnitt 3.1).

### ***Telefonische Befragung von Vertreter\*innen von Pflegeeinrichtungen (AP 1.2)***

Ebenfalls im Januar 2022 wurden vom Auftraggeber Ansprechpartner\*innen aus 17 Pflegeeinrichtungen benannt, die an der geplanten telefonischen Befragung teilnehmen sollten, darunter sollten 10 Pflegeeinrichtungen sein, für die eine fehlende Plausibilität der Ergebniserfassung festgestellt wurde, 5 Pflegeeinrichtungen, bei denen die statistische Plausibilität gegeben war, sowie zwei Pflegeeinrichtungen, die sich auf die Versorgung einer bestimmte Bewohnerklientel spezialisiert haben.

Alle Ansprechpartner\*innen wurden kontaktiert und erhielten Informationen zum Projekt und ein Einwilligungserklärungsformular. Kurzfristig wurden Termine für die Interviews vereinbart. Parallel wurde ein Leitfaden für die Interviews entwickelt. Es wurden plangemäß insgesamt 17 Befragungen durchgeführt, die letzte fand Anfang März statt. Es handelte sich überwiegend um telefonische Befragungen, vereinzelt wurden Videokonferenzen durchgeführt. Im Mittelpunkt standen folgende Themen:

- Vorbereitung der Einrichtung auf das neue Verfahren und Einfluss der Pandemie
- Zuständigkeiten und die Zusammenarbeit bei den bisherigen Ergebniserfassungen
- Durchführung der Einschätzung bzw. Datensammlung, genutzte Informationen
- Rückmeldung der DAS und deren Beurteilung durch die Pflegeeinrichtung
- Mögliche Erklärungen für die Vielzahl an nicht plausiblen Fällen.

Alle Interviews wurden tonaufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Auswertung aller 17 Interviews erfolgte strukturiert anhand des Interviewleitfadens. Für jedes Thema bzw. für jede Frage wurden die Ergebnisse anonymisiert zusammengetragen, narrativ zusammengefasst und wo möglich quantifiziert (vgl. Abschnitt 3.3).

### ***Fokusgruppen mit ausgewählten Expert\*innen (AP 1.3)***

Insgesamt 12 Expert\*innen aus den Reihen der Leistungserbringer (Verbände und Einrichtungsträger), wurden vom Auftraggeber für die Teilnahme an einer Fokusgruppe vorgeschlagen. Um allen Experten\*innen genügend Raum für ihre Einschätzungen zu geben und etwaige Terminprobleme zu lösen, wurden entgegen der ursprünglichen Planung zwei Fokusgruppen terminiert. Alle 12 Expert\*innen konnten, trotz sehr kurzfristiger Einladung, die Teilnahme an einer der beiden Fokusgruppen ermöglichen.

Die jeweils dreistündigen Sitzungen fanden am 14. und 16. Februar 2022 als Videokonferenz statt. Zur Vorbereitung erhielten alle Teilnehmer\*innen die Fragen, an denen sich die Diskussion in den Fokusgruppen orientieren würde. Damit konzentrierten sich die Fokusgruppen auf folgende Themen:

- Mögliche Erklärungen für Unterschiede des Anteils nicht plausibler Fälle in den Einrichtungen
- Vorbereitung der Einrichtungen auf die Ergebniserfassung
- Zuständigkeiten und Rahmenbedingungen bei der Ergebniserfassung
- Vorgehensweisen und Nutzung von Informationsquellen

- Verständnis des Indikatorenansatzes bei den Mitarbeiter\*innen der Einrichtungen
- Empfehlungen der Expert\*innen zur Lösung der aktuellen Probleme im Zusammenhang mit der statistischen Plausibilitätskontrolle.

Beide Fokusgruppen wurden protokolliert. Zur Vervollständigung der Protokolle wurden die Fokusgruppen tonaufgezeichnet. Die Auswertung der beiden Protokolle erfolgte strukturiert anhand der Leitfragen. Für jede Frage wurden die Ergebnisse anonymisiert zusammengetragen, narrativ zusammengefasst und wo möglich quantifiziert (vgl. Abschnitt 3.4).

### ***Online-Befragung von Pflegeeinrichtungen (AP 1.4)***

Im Januar wurde die geplante standardisierte Befragung von Pflegeeinrichtungen, für die bereits das Ergebnis einer statistischen Plausibilitätskontrolle unter Einbezug der AK 1 bis 4 vorlag, entwickelt und Anfang Februar als Online-Umfrage umgesetzt. Die Umfrage umfasste Angaben und Fragen zu:

- Informationen zur Pflegeeinrichtung
- Allgemeine Informationen zur Ergebniserfassung
- Personeller Zuständigkeit für die Ergebniserfassung
- Schulungen
- Nutzung der Pflegedokumentation für die Ergebniserfassung
- Organisation der Ergebniserfassung
- Besondere Schwierigkeiten oder Unsicherheiten der Mitarbeiter\*innen
- Rückmeldungen zur Ergebniserfassung

Ein Informationsblatt zur Befragung einschließlich des benötigten Links wurde dem Auftraggeber Anfang Februar zur Verfügung gestellt, damit die Trägerverbände die Befragung über ihre Verteiler an die Pflegeeinrichtungen verschicken konnten. Die Pflegeeinrichtungen hatten die Möglichkeit, zwischen dem 7. und dem 25. Februar 2022 an der Befragung teilzunehmen. Die Befragung war von jeder Pflegeeinrichtung nur einmal zu beantworten. Am 25. Februar wurde die Befragung geschlossen.

Ursprünglich angestrebt wurde eine Stichprobengröße von 500 Einrichtungen. Tatsächlich beteiligt haben sich 942 Einrichtungen, darunter allerdings 195 Einrichtungen, bei denen noch keine Prüfung der AK 1 bis 4 stattgefunden hatte und die deshalb eigentlich nicht hätten an der Befragung teilnehmen sollen. Offenbar war das Bedürfnis, sich zum Thema statistische Plausibilitätskontrolle zu äußern, bei diesen Einrichtungen so groß, dass sie Eingangsinformationen und Filterfragen, durch die der Kreis der adressierten Einrichtungen auf der Webseite eingegrenzt wurde, ignoriert haben. Bei Teilen des Fragenkatalogs können allerdings auch diese Einrichtungen in die Auswertung einbezogen werden. Insgesamt liegt der Rücklauf somit bei 747 Einrichtungen mit und 195 Einrichtungen ohne Prüfung der AK 1 bis 4.

Die Auswertung der Fragen erfolgte zunächst deskriptiv für die einzelnen Items des Fragebogens, je nach Skalenniveau als Häufigkeitsanalyse oder Berechnung von Median oder Mittelwert. Anschließend wurden mit Blick auf das Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle in Abhängigkeit des Skalenniveaus Zusammenhangsanalysen durchgeführt. Ziel dieser Analysen war es u.a. Zusammenhänge zwischen den durchgeführten Schulungsmaßnahmen, der personellen Zuständigkeit oder der Organisation und dem Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle zu identifizieren (vgl. Abschnitt 3.5).

## **2.2 Einfluss der Architektur von Dokumentationssoftware**

Mögliche Zusammenhänge zwischen der Architektur der von den Einrichtungen genutzten Dokumentationssoftware bzw. dem Weg der Datenübertragung und den Ergebnissen der statistischen Plausibilitätskontrolle wurden anhand der bei der DAS Pflege vorliegenden Daten analysiert. Ergänzend wurden videogestützte Befragungen mit Vertreter\*innen von in der Auswertung häufig genutzten Softwareanbietern durchgeführt, um die Architektur der Dokumentationssoftware besser verstehen zu können.

### ***Datenauswertung zum Übermittlungsweg und zu Softwareanbietern (AP 2.1)***

Für die Analyse, ob ein bestimmter Übermittlungsweg oder die Nutzung eines externen Softwareproduktes bzw. eines Softwareproduktes eines spezifischen Softwareanbieters im Zusammenhang mit dem Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle stehen, wurden anonymisierte Daten der 4.093 Pflegeeinrichtungen, für die bereits das Ergebnis einer statistischen Plausibilitätskontrolle unter Einbezug der AK 1 bis 4 vorlag, genutzt. Dies waren alle Pflegeeinrichtungen, die im Jahr 2021 sowohl zur Erhebung 1 (regulärer Stichtag im ersten Halbjahr 2021) als auch zur Erhebung 2 (regulärer Stichtag im zweiten Halbjahr 2021) Daten an die DAS Pflege übermittelt hatten. Für die Analyse wurden die Daten von der DAS Pflege anonymisiert und für das Projekt bereitgestellt. Neben den anonymisierten Bewohnerdatensätzen und dem Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle standen für die Einrichtungen auch die Information zum gewählten Übermittlungsweg sowie ggf. genutzten Softwareanbieter zur Verfügung.

Die Analyse umfasste zunächst eine deskriptive Auswertung der Daten hinsichtlich der Anzahl der übermittelten Fälle, des Ergebnisses der statistischen Plausibilitätskontrolle sowie der genutzten Übermittlungswege und Softwareanbieter. Anschließend wurden das Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle sowie die Ergebnisse der AK 1 bis 4 für die Einrichtungen mit den unterschiedlichen genutzten Übermittlungswegen und ggf. Softwareanbietern auf signifikante Unterschiede hin getestet (Pearson Chi-Quadrat-Test) (vgl. Abschnitt 3.6).

## **Recherche und Befragung der Softwareanbieter (AP 2.2)**

Zur Beantwortung der Frage, wie die Ergebniserfassung mit den Softwarelösungen erfolgt und inwieweit dies ggf. Einfluss auf die Ergebnisse der statistischen Plausibilitätskontrolle, insbesondere die Ergebnisse der AK 1 bis 4, haben könnte, wurden die Informationen der Webauftritte von vier häufig genutzten Softwareanbietern gesichtet und videogestützte Befragungen dieser Anbieter durchgeführt.

Für die Interviews wurde im Vorfeld ein Leitfaden entwickelt, der den Interviewpartner\*innen zur Vorbereitung zur Verfügung gestellt wurde. Folgende Inhalte wurden in den Interviews besprochen:

- Verknüpfung der Ergebniserfassung mit der Pflegedokumentation
- Umsetzung der Ergebniserfassung in der Softwarelösung inkl. Unterstützungen
- Darstellung der Ergebnisse der statistischen Plausibilitätskontrolle der DAS Pflege
- zusätzliche Auswertungsmöglichkeiten der Softwarelösung
- Erfahrungen mit der statistischen Plausibilitätskontrolle als Softwareanbieter
- Wahrgenommene Erfahrungen der Pflegeeinrichtungen mit der statistischen Plausibilitätskontrolle.

Die Interviews wurden protokolliert. Zur Vervollständigung der Protokolle wurden die Gespräche tonaufgezeichnet. Die Auswertung erfolgte strukturiert nach den Themen des Interviewleitfadens. Für jedes Thema wurden die Ergebnisse anonymisiert zusammengetragen, narrativ zusammengefasst und wo möglich quantifiziert (vgl. Abschnitt 3.6)

## **2.3 Überprüfung von Berechnungsregeln für die statistische Plausibilitätskontrolle**

Die Überprüfung der Rechenregeln der AK 1 bis 4 (AP 3) erfolgte anhand von jeweils 10 anonymisierten Zufallsstichproben von Fällen, die in dem jeweiligen Kriterium auffällig waren. Die Stichproben wurden von der DAS Pflege zur Verfügung gestellt. Das IPW überprüfte das Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle für jeden Einzelfall der Stichprobe anhand der in den MuGs definierten Kriterien durch einen direkten, „händischen“ Abgleich der Merkmalsausprägungen.

Bei der Überprüfung der Rechenregeln für die AK 5 bis 17 (AP 4) wurde ähnlich vorgegangen. Grundlage waren hier jeweils drei anonymisierte, zufällig ausgewählte Fälle, die in dem jeweiligen Kriterium auffällig waren. Das IPW überprüfte auch hier das Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle durch einen direkten Abgleich der Merkmalsausprägungen.

Ergänzend hat die DAS Pflege dem IPW die für die statistische Plausibilitätskontrolle der AK 1 bis 4 implementierten Rechenregeln zur Verfügung gestellt und in einem Gespräch die Regeln und deren Implementierung erläutert. Die Rechenregeln wurden daraufhin mit den inhaltlichen Vorgaben zur Feststellung von Auffälligkeiten abgeglichen. Die Bereitstellung der Rechenregeln für die AK 5 bis 17 war nicht notwendig (vgl. Abschnitt 3.2).



## 2.4 Statistische Auswertungen zur Bewertung der Auffälligkeitskriterien 1 bis 4 (AP 5)

Für die Analysen in diesem Arbeitspaket wurden die von der DAS Pflege zur Verfügung gestellten anonymisierten Daten aus allen Einrichtungen genutzt, für die bereits das Ergebnis einer statistischen Plausibilitätskontrolle unter Einbeziehung der AK 1 bis 4 vorlag. Es wurden für die AK 1 bis 4 jeweils verschiedene deskriptive Auswertungen und Zusammenhangsanalysen durchgeführt, um zu prüfen, bei welchen Merkmalskombinationen der Bewohner\*innen das jeweilige Kriterium häufig auftritt (vgl. Abschnitt 3.7).

## 2.5 Einsatzmöglichkeiten der Indikatoren und Plausibilitätskontrolle in spezialisierten Einrichtungen (AP 6)

Die Prüfung der Frage, inwieweit bei der Berechnung der Indikatoren und der statistischen Plausibilitätskontrolle Ausnahmeregelungen für spezialisierte Versorgungsbereiche bzw. Fachpflegeeinrichtungen angezeigt sind, erfolgte vorwiegend in Form einer fachlichen Einschätzung. Im Fokus der Auseinandersetzung sollten Pflegeeinrichtungen stehen, die sich auf die Versorgung folgender Klientel spezialisiert haben:

- Wachkomapatient\*innen
- invasiv beatmete Bewohner\*innen
- Bewohner\*innen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten
- bettlägerige Personen im späten Stadium einer Demenz (Pflegeoasen)
- Personen mit multipler Sklerose
- Menschen mit Unterstützungsbedarf nach SGB IX (Eingliederungshilfe), die in Pflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI dauerhaft leben.

Neben fachlichen Überlegungen wurden auch alle Hinweise aus den verschiedenen Teilerhebungen berücksichtigt, insbesondere der telefonischen Befragungen von Vertreter\*innen der Pflegeeinrichtungen (AP 1.2), bei denen Vertreter\*innen aus zwei Pflegeeinrichtungen eingebunden wurden, die sich auf die Versorgung einer bestimmten Bewohnerklientel spezialisiert haben. Aber auch die Online-Befragung, die Analyse der Problemanzeigen und die Fokusgruppen ergaben einige wichtige Hinweise zur Aufklärung der Problematik.

Die fachliche Einschätzung zielte zunächst darauf ab, herauszustellen, bei welcher Klientel die Ergebniserfassung und die statistische Plausibilitätskontrolle wie vorgesehen durchgeführt werden kann und welche Klientel aufgrund ihrer Charakteristika bei den Indikatoren und der statistischen Plausibilitätskontrolle separat zu betrachten sind. Für die letztgenannte Gruppe wurde anschließend herausgearbeitet, welche Schwierigkeiten bei der Qualitätsbeurteilung und der statistischen Plausibilitätskontrolle auftreten. Darauf aufbauend wurden Empfehlungen entwickelt, wie diese Einrichtungen sinnvoll in das Indikatorenverfahren eingebunden werden könnten (vgl. Abschnitt 3.8).

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Analyse der Problemanzeigen

Im Arbeitspaket 1.1 waren Problemanzeigen, die an den Qualitätsausschuss Pflege bzw. an die beim Qualitätsausschuss Pflege vertretenen Trägerverbände herangetragen wurden, zu analysieren. Diese wurden den Auftragnehmern zu Beginn des Projektes in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt. Die vorgelegten Problemanzeigen wurden in einem ersten Schritt gelesen und in eine bearbeitbare Form übertragen. Anschließend erfolgte die eigentliche Analyse, indem für jede einzelne Rückmeldung der Anzeigen erfasst wurde, a) ob und wenn ja, auf welche Auffälligkeitskriterien sich die Aussagen beziehen und b) welche Aussage getroffen wurde. Die Kategorien zu a) sind durch die Auffälligkeitskriterien definiert. Die Kategorien zu den getroffenen Aussagen wurden induktiv beim Bearbeiten der Anzeigen entwickelt:

- Fallbeispiele und pflegfachliche Argumentation zu Auffälligkeitskriterien
- Darlegung von Widersprüchen
- Rückmeldungen zum Prozess der statistischen Plausibilitätsprüfung
- Rückmeldungen zu den Rechenregeln der Auffälligkeitskriterien
- Fehler der DAS Pflege
- Folgen bei fehlender Plausibilität
- Änderungsvorschläge
- Rückmeldung als Fachpflegeeinrichtung.

Im Folgenden werden die in den Problemanzeigen enthaltenen Inhalte entsprechend den Kategorien nach AK zusammengefasst. Insgesamt wurden 27 Problemanzeigen übermittelt, wobei die meisten Anzeigen Rückmeldungen zu verschiedenen AK beinhalten, sodass 94 einzelne Rückmeldungen zu analysieren waren. Eine Problemanzeige berichtet ausschließlich über einen möglichen Fehler bei der Datenerfassung zum BI-Modul 4. Diese Problemanzeige wird von der Betrachtung hier ausgeschlossen, aber bei der Entwicklung der Empfehlungen einbezogen.

Die 26 Problemanzeigen wurden zunächst in ihre einzelnen Rückmeldungen aufgeteilt. Diese wurden anschließend hinsichtlich der Zugehörigkeit zu bestimmten AK und inhaltlichen Aspekten kategorisiert. Jeweils 21 Rückmeldungen beziehen sich auf die AK 1 bis 4, wobei sich alle Rückmeldungen immer auf alle vier Kriterien beziehen. 14-mal wurde eine Rückmeldung zu AK 10 gegeben und neun Anmerkungen galten dem AK 13. Zu AK 5 sind ebenfalls neun und zu AK 12 sieben Rückmeldungen eingegangen. Sieben Anmerkungen thematisierten das AK 15, wobei zwei hiervon keine Relevanz für das Projekt haben<sup>1</sup>. Ähnlich verhält es sich bei den AK 7 (N=6), 9 (N=3) und 16 (N=3), bei denen jeweils einzelne Rückmeldungen keine Relevanz für das Projekt haben. Zu AK 8 gingen zwei Rückmeldungen ein. Jeweils

---

<sup>1</sup> Einzelne Rückmeldungen waren in dem vom Auftraggeber bereit gestellten Dokument doppelt. Darüber hinaus beinhalten einzelne Rückmeldungen lediglich das Zitat des Auffälligkeitskriteriums ohne weitere Hinweise, Fragen oder Erläuterungen dazu. Diese Rückmeldungen wurden aus der weiteren Bearbeitung ausgeschlossen.

eine Rückmeldung liegt zu AK 11, AK 14, AK 17 und dem Vollzähligkeitskriterium 2 vor. Das Vollzähligkeitskriterium 1 und AK 6 wurden in keiner Rückmeldung erwähnt. In 15 Fällen beziehen sich Rückmeldungen allgemein auf die statistischen Plausibilitätskontrolle und in vier Fällen auf andere Themen des indikatorengestützten Verfahrens, z. B. Feldabhängigkeiten bei der Dateneingabe oder Erläuterungen zu einem Indikatorergebnis einer Pflegeeinrichtung.

Am häufigsten wurden inhaltliche Argumente und Beispiele (N=55) zu spezifischen AK genannt, um darzustellen, in welchen Fällen die Angaben richtig und damit plausibel sind. Zehn Rückmeldungen wurden dem Qualitätsausschuss Pflege bzgl. Rechenregeln und Fachpflegeeinrichtungen gemeldet. In weiteren zehn Rückmeldungen wurden Vorschläge zur Änderung von AK bzw. des Verfahrens genannt. Widersprüche in den verschiedenen Dokumenten zum indikatorengestützten Verfahren wurden in acht Rückmeldungen angebracht und 6-mal wurden Folgen, die aus fehlender Plausibilität resultieren, dargelegt. In drei Rückmeldungen wurde auf Fehler bei der DAS Pflege hingewiesen und einmal wurde eine Rückmeldung zu dem Prozess der statistischen Plausibilitätskontrolle gegeben.

#### ***Rückmeldungen zu den AK 1 bis 4 (Überprüfung der unreflektierten Übernahme vorheriger Ergebnisse bei der Einschätzung der Selbständigkeit)***

Alle erhaltenen Rückmeldungen zu den AK 1 bis 4 adressieren übergreifend diese vier Kriterien. Rückmeldungen, die sich nur auf eines der vier AK bezieht, liegen nicht vor. Mehrere Rückmeldungen schildern, dass der Erhalt von Fähigkeiten und Selbständigkeit in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen ein Ziel sei und die pflegerische Versorgung der Bewohner\*innen daher darauf hinwirke. Vor diesem Hintergrund zeigt sich in den Rückmeldungen Unverständnis über die implizite Annahme, die in den AK 1 bis 4 gesehen werde, dass sich innerhalb von sechs Monaten in der Regel Änderungen in den Fähigkeiten bzw. der Selbständigkeit der Bewohner\*innen ergeben müssten. Eine Nichtveränderung in den AK 1 bis 4 sei darauf zurückzuführen, dass die Ergebniserfassung nicht richtig erfolgt wäre. Es wird kritisiert, dass es keine Möglichkeit gäbe, anzugeben, dass sich die Pflegesituation nicht verändert hat bzw. keine Möglichkeit, das Nichtverändern der Pflegesituation „bestätigen“ zu können und somit verdeutlichen zu können, dass die Daten richtig sind und sich die Pflegesituation der Bewohner\*in nicht verändert hat. Vielmehr würde bei Nichtveränderung der Pflegesituation durch die statistische Plausibilitätskontrolle den Pflegeeinrichtungen eine unreflektierte Übernahme alter Daten unterstellt und Pflegeeinrichtungen dies als „negativ“ oder „nachteilig“ angerechnet (durch die Ergebniserfassung „durchgefallen“ sein). Dies stünde wiederum im Widerspruch mit den Indikatoren 1.1 bis 1.3, in denen der Erhalt (oder eine Verbesserung) der Fähigkeiten bzw. Selbständigkeit anzustreben ist.

Zudem verdeutlichen einige Rückmeldungen, dass bei Pflegeeinrichtungen „Ratlosigkeit“ herrsche, da die Nichtveränderung in den BI-Modulen die Pflegesituation der Bewohner\*innen widerspiegle, es sich daher um richtige Angaben handle und man keinen geeigneten Weg sehe, bei einer qualitativ guten Versorgung (hoher Anteil an Bewohner\*innen, bei denen Fähigkeiten bzw. Selbständigkeit erhalten

werden konnten) statistische Plausibilität zu erreichen. Zwei Rückmeldungen führten an, dass nach Erhalt der Ergebnisse der statistischen Plausibilitätskontrolle die BI-Module überprüft bzw. reflektiert worden wären, aber sich die Einschätzung der Fähigkeiten und Selbständigkeit bei einem wesentlichen Teil der Bewohner\*innen nicht geändert hätte. Mehrere Rückmeldungen beschreiben, dass Pflegeeinrichtungen, die sich auf eine besondere Klientel spezialisiert haben, Bewohner\*innen versorgen, deren Pflegesituation sich innerhalb von sechs Monaten in der Regel nicht verändere und die Bewohner\*innen zum Teil über viele Jahre in der Einrichtung versorgt würden. Genannt wurden in dem Zusammenhang folgende Klientel:

- Menschen mit Korsakow Syndrom, Alkoholabusus, Psychosen, hirnnorganischem Psychosyndrom
- Menschen mit Behinderungen (Behindertenhilfe)
- Menschen mit außerklinischer Intensivpflege
- Menschen mit gerontopsychiatrischer Pflege
- psychisch erkrankte Menschen oder Menschen mit einer Suchterkrankung
- Menschen mit Demenz, kognitiven Einschränkungen oder (geronto-)psychiatrischer Pflege.

Konkret wurden in den Rückmeldungen drei Beispiele von Bewohner\*innen beschrieben, deren Pflegesituation sich seit mehreren Jahren nicht verändert hat. Die Bewohner\*innen in diesen drei Beispielen seien zwischen 63 und 66 Jahre alt, würden seit zehn Jahren in der Pflegeeinrichtung leben und psychische Erkrankungen bzw. Erkrankungen in Folge einer langjährigen Alkoholabhängigkeit aufweisen, u.a. Alkoholabusus, Korsakow Syndrom, Psychosen, äthyltoxische Leberzirrhose, Polyneuropathie, hirnnorganisches Psychosyndrom.

Sowohl mit Blick darauf, dass sich bei einem wesentlichen Teil der Bewohner\*innen die Pflegesituation innerhalb von sechs Monaten nicht verändern würde und daher keine unreflektierte Übernahme vorheriger Einschätzungsergebnisse vorliegen würde, als auch mit Blick auf Pflegeeinrichtungen, die sich auf eine bestimmte Klientel spezialisiert haben, wurden Änderungen in Bezug auf die AK 1 bis 4 vorgeschlagen. Genannt wurden:

- Die AK 1 bis 4 sollten aus der statistischen Plausibilitätskontrolle gestrichen werden.
- Es solle eine Möglichkeit geschaffen werden, Bewohner\*innen mit einer über sechs Monate stabilen Pflegesituation in der statistischen Plausibilitätskontrolle als statistisch plausibel einfließen zu lassen.
- Es solle eine Möglichkeit geschaffen werden, eine Nichtveränderung bei den AK 1 bis 4 als richtig bestätigen zu können.
- Bei der Prüfung auf unreflektierte Übernahme vorheriger Einschätzungsergebnisse solle statt der Prüfung der Angaben zu den einzelnen Items, das letzte Datum der Evaluation des BI-Moduls herangezogen werden.
- Es solle ein Feedbackbericht auch bei fehlender Plausibilität zur Verfügung gestellt werden (Anmerkung: Dieser Vorschlag ist bereits umgesetzt).
- AK 1 bis 4 sollten geändert werden.

**AK 5 (Überprüfung auf mögliche Widersprüche in den Angaben zur Mobilität)**

Alle neun Rückmeldungen zu AK 5 bringen Fallbeispiele oder allgemeinere Erläuterungen an, warum die in dem AK geprüfte Konstellation nicht immer ein Widerspruch sei. Zumeist wird erläutert, dass Bewohner\*innen, deren Mobilität im Unterkörper stark beeinträchtigt ist oder Bewohner\*innen, bei denen die Rumpfmuskulatur eingeschränkt ist, aufgrund dessen ihre Position im Bett (nur überwiegend) unselbständig wechseln können. Mit geeigneten Hilfsmitteln und vorhandener Mobilität im Oberkörper würden sich Bewohner\*innen aber im Rollstuhl, im Rollstuhl mit Fixierungsgurt zum Halten einer stabilen Sitzposition oder mit einem Elektrorollstuhl (überwiegend) selbständig innerhalb des Wohnbereiches fortbewegen können. Fünf der neun Rückmeldungen führen an, dass diese Konstellation häufig in den Pflegeeinrichtungen auftrete (ohne dies näher zu quantifizieren) und ggf. zu fehlender Plausibilität führen könne, obwohl die Einschätzung des BI-Moduls richtig sei. Vorschläge für Änderungen oder Ausführungen zu besonderer Klientel liegen für dieses AK nicht vor.

**AK 6 (Überprüfung auf mögliche Widersprüche in den Angaben zur Mobilität)**

Keine der vorliegenden Rückmeldungen hat sich explizit auf das AK 6 bezogen.

**AK 7 (Überprüfung auf mögliche Widersprüche in den Angaben zu den kognitiven Fähigkeiten)**

Zu AK 7 lagen vier relevante Rückmeldungen vor. Zwei dieser Rückmeldungen beschreiben jeweils ein Fallbeispiel für Bewohner\*innen, bei denen die hier geprüfte Konstellation kein Widerspruch darstelle. Beide Fälle beschreiben Bewohner\*innen, die sich an zurückliegende Ereignisse nicht erinnern können würden (Besuch gehabt zu haben und dass sich Wäsche in der Wäscherei befindet) und gleichzeitig Informationen verstehen würden, Anleitungen umsetzen können und geschilderte Sachverhalte zu verstehen scheinen. Zwei weitere Rückmeldungen beziehen sich auf Pflegeeinrichtungen, die sich auf Bewohner\*innen mit psychischen Erkrankungen bzw. mit einer Suchterkrankung spezialisiert haben. Bei diesen Einrichtungen scheint die im AK 7 geprüfte Konstellation häufiger vorzukommen, ohne dass dies in den Rückmeldungen genauer erläutert wurde.

**AK 8 (Überprüfung auf mögliche Widersprüche in den Angaben zu den kognitiven Fähigkeiten)**

Die beiden Rückmeldungen, die zu AK 8 vorliegen, beziehen sich auf Unterschiede in der Definition des AK in den MuGs und in den Dokumenten der DAS Pflege: 34 = 0 UND (31 = 3 ODER 32 = 2 ODER 33 = 3). Der textlichen Beschreibung der Dokumente der DAS Pflege nach, müsse es 32 = 3 anstatt 32 = 2 heißen bzw. die textliche Beschreibung in den Dokumenten der DAS Pflege angepasst werden.

**AK 9 (Überprüfung auf mögliche Widersprüche in den Angaben zu den kognitiven Fähigkeiten)**

Die beiden relevanten Rückmeldungen zu AK 9 schildern ebenfalls Unterschiede in der Definition des AK in den MuGs und in den Dokumenten der DAS Pflege: In den MuGs ist das Kriterium definiert als  $37 = 0$  UND  $(31 > 1$  ODER  $32 > 1$  ODER  $33 > 1)$ , die textliche Beschreibung in den Dokumenten der DAS Pflege ließe hingegen darauf schließen, dass die Felder 32 bzw. 33 die Angabe = 3 enthalten müsse.

**AK 10 (Überprüfung auf mögliche Widersprüche in den Angaben zur Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung)**

Etwa die Hälfte der Rückmeldungen zu AK 10 schildert, dass die in dem AK geprüften Konstellationen häufig bei der in Pflegeeinrichtungen versorgten Klientel vorkomme und dies dazu führe, dass fehlende Plausibilität festgestellt werde, obwohl die Angaben zur Selbständigkeit richtig seien. In diesen Rückmeldungen, aber auch im Zuge der Schilderung von fünf Fallbeispielen wird beschrieben, dass Bewohner\*innen sich selbständig den Oberkörper, den Bereich des Kopfes oder den Intimbereich beispielsweise am Waschbecken (im Sitzen) waschen können, gleichzeitig aber aufgrund von Ängsten vor Ausrutschen, allgemeiner Sturzangst, Schwindel oder auch aufgrund von Sturzerfahrungen sich beim Duschen festhalten wollen oder müssen und daher keine Hand frei haben, um das Duschen selbständig oder überwiegend selbständig durchzuführen.

Drei Rückmeldungen sehen einen Widerspruch zwischen diesem Kriterium und dem Ausfüllhinweis entsprechend den MuGs, wann das Duschen oder Baden einschließlich Waschen der Haare als überwiegend unselbständig zu bewerten ist: Die Person kann nur einen begrenzten Teil der Aktivität selbständig durchführen, z. B. das Waschen des vorderen Oberkörpers.

In einer Rückmeldung wird ergänzend geschildert, dass sich die Pflegeeinrichtung gesondert und explizit auf die externe Qualitätsprüfung vorbereite, indem sie den Hintergrund der Einschätzungen für die in dem AK auffälligen Bewohner\*innen zusätzlich dokumentiert.

**AK 11 (Überprüfung auf mögliche Widersprüche in den Angaben zur Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung)**

Die zu AK 11 eingegangene Rückmeldung sieht die Berücksichtigung des Items Waschen des Intimbereiches in diesem Kriterium als kritisch und regt daher an, das Item aus dem Kriterium herauszunehmen oder den Punktwert anzupassen. Wie der Punktwert angepasst werden könnte, wird nicht näher beschrieben.

---

**AK 12 (Überprüfung auf mögliche Widersprüche in den Angaben zur Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung)**

Die Mehrheit der Rückmeldungen zu AK 12 beschreiben, dass die hier geprüften Konstellationen oft bzw. häufig bei der in Pflegeeinrichtungen versorgten Klientel vorkämen bzw. schildern Fallbeispiele für Bewohner\*innen, bei denen die hier geprüften Konstellationen die reale Pflegesituation wiedergäben. Zumeist beziehen sich die Beschreibungen darauf, dass die Bewohner\*innen sich den Oberkörper selbst an- und auskleiden können würden, aber nicht frei stehen können würden und sich somit nicht (überwiegend) selbständig den Intimbereich waschen können würden. Beispielhaft wurden Bewohner\*innen angeführt, die aufgrund von Sturzgefahr sich beim Stehen mit beiden Händen festhalten müssten oder bei denen eine Amputation beider Beine vorliegt. Auch bei Bewohner\*innen mit einer psychischen Erkrankung trafen die hier geprüften Konstellationen häufig zu.

Wie bereits zu AK 11 regt die gleiche Problemanzeige auch bei AK 12 (und AK 13) an, das Item Waschen des Intimbereichs aus dem Kriterium herauszunehmen oder den Punktwert anzupassen. Wie der Punktwert angepasst werden könnte, wird nicht näher beschrieben.

**AK 13 (Überprüfung auf mögliche Widersprüche in den Angaben zur Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung)**

Alle Rückmeldungen zu AK 13, mit Ausnahme einer Rückmeldung, beschreiben allgemein oder anhand von konkreten Fallbeispielen, dass die hier geprüften Konstellationen vorkämen bzw. richtig sein könnten, insbesondere wenn Bewohner\*innen nicht ohne Festhalten stehen können oder aufgrund einer psychischen Erkrankung mit dem Waschen des Oberkörpers, des Bereiches des Kopfes oder des Intimbereiches trotz Anleitung überfordert seien. Drei Rückmeldungen benennen daher die Klientel der Bewohner\*innen mit psychischen Erkrankungen als eine Klientel, bei denen die geprüften Konstellationen des AK 13 häufig aufträten. Eine weitere Rückmeldung beschränkt sich darauf anzuregen, das Item Waschen des Intimbereichs aus dem Kriterium herauszunehmen oder den Punktwert anzupassen. Wie der Punktwert angepasst werden könnte, wird nicht näher beschrieben.

**AK 14 (Überprüfung auf mögliche Widersprüche in den Angaben zur Selbständigkeit im Bereich der Selbstversorgung)**

Die Rückmeldung, die zu AK 14 vorliegt, benennt, dass das Kriterium häufig bei Pflegeeinrichtungen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreuen, aufträte und diese Konstellationen bei diesen Bewohner\*innen der tatsächlichen Pflegesituation entsprächen.

---

**AK 15 (Überprüfung auf mögliche Widersprüche in den Angaben zur Selbständigkeit im Bereich Alltagsleben und der sozialen Kontakte)**

Vier der fünf relevanten Rückmeldungen zu AK 15 beschreiben jeweils ein Fallbeispiel, bei dem die im Kriterium geprüfte Konstellation die Pflegesituation der Bewohner\*in treffend beschreibt. Eine weitere Rückmeldung benennt, dass das Kriterium häufig bei Pflegeeinrichtungen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreuen, auftritt und diese Konstellationen bei diesen Bewohner\*innen der tatsächlichen Pflegesituation entsprächen.

**AK 16 (Überprüfung auf mögliche Widersprüche in den Angaben zur Selbständigkeit im Bereich Alltagsleben und der sozialen Kontakte)**

Im Zusammenhang mit dem AK 16 wird in zwei Rückmeldungen jeweils ein Fallbeispiel geschildert, wobei ein Beispiel eine Bewohner\*in beschreibt, deren Fähigkeiten zur in die Zukunft gerichtet Planung vorhanden sind, aber aufgrund von Seheinschränkungen Unterstützung bei der Gestaltung des Tagesablaufes benötigt. Das zweite Beispiel schildert welche Unterstützung die Bewohner\*in bei der in die Zukunft gerichteten Planung benötigt.

**AK 17 (Überprüfung auf mögliche Widersprüche in den Angaben zur Selbständigkeit im Bereich Alltagsleben und der sozialen Kontakte)**

Die Rückmeldung, die zu AK 17 vorliegt, benennt, dass das Kriterium häufig bei Pflegeeinrichtungen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreuen, auftritt und diese Konstellationen bei diesen Bewohner\*innen der tatsächlichen Pflegesituation entsprächen.

**Weitere allgemeine Rückmeldungen zur statistischen Plausibilitätskontrolle**

Einige Rückmeldungen adressieren allgemein die statistische Plausibilitätskontrolle, ohne dabei auf spezifische Kriterien einzugehen. Mehrere dieser Rückmeldungen schildern, dass die in der statistischen Plausibilitätskontrolle als auffällig festgestellten Angaben (nochmals) überprüft wurden wären und die Pflegeeinrichtungen (erneut) zu dem Schluss kämen, dass die Angaben jeweils den individuellen Situationen der Bewohner\*innen entsprechen würden, trotzdem wurde fehlende Plausibilität festgestellt.

In diesem Zusammenhang, aber auch in anderen allgemeinen Rückmeldungen wurde beschrieben, wie die Pflegeeinrichtungen mit fehlender Plausibilität umgehen würden bzw. vor welche Situationen sie dieses Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle stellen würde. Es wird geschildert, dass Pflegeeinrichtungen vor der Entscheidung stehen würden,



- entweder die Einschätzung entsprechend der Pflegesituation der Bewohner\*innen vorzunehmen und fehlende Plausibilität inklusive deren Konsequenzen (keine Indikatorergebnisse, negative Außendarstellung, zusätzliche Diskussionen in externen Qualitätsprüfungen) hinzunehmen
- oder die Ergebniserfassung minimal so anzupassen, dass es zu statistisch plausiblen Daten käme und dadurch entstehende Ungenauigkeiten in Kauf zu nehmen.

Diese Situation sowie die Tatsache, dass keine Indikatorergebnisse berechnet werden, mit denen das interne Qualitätsmanagement arbeiten kann, demotiviere die Pflegeeinrichtungen eine Ergebniserfassung durchzuführen und gefährde die Akzeptanz und Sinnhaftigkeit des gesamten Verfahrens bei den Mitarbeiter\*innen der Pflegeeinrichtungen.

Eine Rückmeldung stellt die hinter der statistischen Plausibilitätskontrolle steckende, auf die Quantität von einzelnen Kriterien aufbauende Systematik infrage. Es wäre nicht schlüssig, warum die Kriterien, wenn sie nur vereinzelt auftreten, plausibel seien, aber fehlende Plausibilität festgestellt wird, wenn sie bei mehr als 25% der Bewohner\*innen auftreten. Zwei Rückmeldungen berichten, dass bei Pflegeeinrichtungen, die sich auf die Versorgung von Bewohner\*innen mit Suchterkrankungen, psychischen Erkrankungen oder von Bewohner\*innen mit demenziellen Veränderungen spezialisiert haben, sich die Pflegesituation wenig verändere, Widersprüche häufig auftraten und insbesondere bei Menschen mit Suchterkrankungen die BI-Module nicht die pflegerischen Schwerpunkte abbilden würden.

Konkrete Änderungsvorschläge sind in den allgemeinen Rückmeldungen nicht enthalten, könnten aber aus den Kritikpunkten abgeleitet werden. Hierzu würden gehören:

- Berechnung der Indikatorergebnisse auch bei statistisch nicht plausiblen Daten (Anmerkung: Dies ist bereits umgesetzt)
- eine Möglichkeit, Auffälligkeiten als richtig zu bestätigen
- 25%-Grenze zur Feststellung der statistischen Plausibilität anpassen
- AK überarbeiten
- Konsequenzen (keine (Veröffentlichung von) Indikatorergebnisse, unangemeldete externe Qualitätsprüfung) für Pflegeeinrichtungen bei fehlender Plausibilität „entschärfen“.

### **Fazit**

Entgegen der Zielstellung des AP 1.1 konnten den Problemanzeigen keine Hinweise zur Durchführung der Ergebniserfassung in den Einrichtungen oder zum Umgang mit den Ergebnissen zur statistischen Plausibilitätskontrolle des Auswertungszeitraumes 1 entnommen werden.

Stattdessen enthielten die Rückmeldungen vielfach pflegefachliche Argumentationen, Fallbeispiele und Darlegungen, dass insbesondere die Konstellationen, die mit den Kriterien 1 bis 4, 5, 10, 12 und 13 geprüft werden, häufig bei Bewohner\*innen in Pflegeeinrichtungen zutreffend sind. Eine Häufung von Auffälligkeiten, sodass auf mehr als 25% der Bewohner\*innen eines oder mehrere der Kriterien

zutreffen, sei daher normal und nicht als fehlende Plausibilität zu werten. Einige Rückmeldungen führen explizit aus, dass die Angaben zu den BI-Modulen im Nachgang (erneut) geprüft wurden und diese Angaben, auch jene die zu fehlender Plausibilität geführt haben, der Situation der Bewohner\*innen zum Stichtag entsprechen würden. Demnach scheint eine Ursache für den hohen Anteil an Pflegeeinrichtungen mit fehlender Plausibilität in der Unterschätzung zur Häufigkeit einiger in der statistischen Plausibilitätskontrolle geprüften Konstellationen zu liegen.

Bei den AK 1 bis 4 wurde insbesondere beschrieben, dass bei einer Vielzahl der Bewohner\*innen eine stabile Pflegesituation bestehe und daher innerhalb von sechs Monaten keine Veränderung der Fähigkeiten und der Selbständigkeit eintrete. Vor dem Hintergrund der Ziele der Pflege (Fähigkeiten und die Selbständigkeit der Bewohner\*innen zu erhalten), die auch in den Indikatoren 1.1 bis 1.3 abgebildet werden, bestehe Unverständnis darüber, dass fehlende Veränderungen des Zustands zu fehlender Plausibilität führen, wenn dies doch ein explizites Ziel der Pflege sei. Die Prüfung der AK 1 bis 4 würde Pflegeeinrichtungen vor das Dilemma guter Pflege oder statistisch plausible Daten stellen. Diese stabilen Pflegesituationen würden bei Bewohner\*innen mit bestimmten Erkrankungen (psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen und daraus resultierende Erkrankungen, wie Korsakow-Syndrom) Bewohner\*innen mit Behinderungen, Bewohner\*innen mit außerklinischer Intensivpflege, Bewohner\*innen mit kognitiven Einschränkungen oder mit einer Demenzerkrankung besonders häufig vorkommen.

Auffälligkeiten im AK 5 träten bei Bewohner\*innen auf, die beim Positionswechsel im Bett eingeschränkt sind, aber sich unter Nutzung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Elektrorollstuhl) und vorhandener Beweglichkeit im Oberkörper selbstständig fortbewegen können. Das AK 10 träfe bei Bewohner\*innen zu, die am Waschbecken (im Sitzen) zumindest eine der drei Aktivitäten (Oberkörper, Bereich des Kopfes, Intimbereich) (überwiegend) selbstständig durchführen können, aber ein (überwiegend) selbständiges Duschen aufgrund von Sturzängsten oder kognitiven Einschränkungen nicht möglich ist. Zudem wird ein Widerspruch von diesem Kriterium und dem Ausfüllhinweis zum Item „Duschen oder Baden einschließlich Waschen der Haare“ (überwiegend unselbständig: Die Person kann nur einen begrenzten Teil der Aktivität selbstständig durchführen, z. B. das Waschen des vorderen Oberkörpers.) gesehen.

Bei den Erläuterungen zu den Kriterien 12 und 13 scheint es den gleichen Hintergrund zu geben: Bewohner\*innen hätten im Bereich des Oberkörpers ausreichend Mobilität, um (überwiegend) selbstständig Nahrung mundgerecht zubereiten und Getränke eingießen können bzw. den Oberkörper an- und auskleiden können, aber könnten aufgrund von Einschränkungen im Bereich des Unterkörpers sich am Waschbecken nicht hinstellen und den Intimbereich (überwiegend) selbstständig waschen. Dies träte insbesondere bei Bewohner\*innen auf, die nicht (ohne sich festzuhalten) stehen können, z. B. aufgrund von Schwindel, Amputation beider Beine, fehlender Kraft in den Beinen.

### 3.2 Prüfung der Rechenregeln der statistischen Plausibilitätskontrolle

Die DAS Pflege nutzt für die statistischen Auswertungen ein auf den Programmiersprachen R und Python entwickeltes Auswertungssystem, welches in den letzten Jahren im aQua-Institut entwickelt und kontinuierlich weiterentwickelt wurde. Dieses System ist auf größtmögliche Automatisierung ausgelegt, indem in einem komplexen Programmablauf alle notwendigen Schritte für die Ermittlung der Ergebnisse sukzessive durchlaufen werden. Der gesamte Prozess kann durch Dritte nur dann nachvollzogen werden, wenn nicht nur Kenntnisse in der Programmierung mit R bzw. Python vorliegen, sondern auch die Software-Infrastruktur, in die der Programmablauf eingebettet ist. Zur Infrastruktur gehören neben den Programmen diverse Datenbanken, der gesamte Programmcode des Auswertungssystems und die Kommunikation zwischen den genannten Systemen. Eine Ausgabe von „lauffähigen“ Skripten aus dem Auswertungssystem, die in entsprechenden verfügbaren Auswertungsprogrammen ausgeführt werden können, ist auf Grund der beschriebenen Komplexität nicht möglich.

Die Prüfung der Programmierung erfolgte daher durch Sichtung zufällig ausgewählter Fälle und der Überprüfung jenes Programmteils, das den Kern der statistischen Plausibilitätskontrolle bei den AK 1 bis 4 ausmacht. Zunächst wurden zufällig ausgewählte Fälle anhand der Auffälligkeitskriterien geprüft, die in den Maßstäben und Grundsätzen formuliert sind. Diese Prüfung erfolgte ohne Hilfe einer Auswertungsprozedur, sondern durch den direkten Vergleich der Daten, die in Form einer Excel-Tabelle vorlagen. Damit wurde also gewissermaßen „per Hand“ überprüft, ob die Programmierung einen korrekten Vergleich zwischen den Merkmalsausprägungen durchführt. Dies erfolgte für die Auffälligkeitskriterien anhand einer unterschiedlichen Zahl der Fälle (vgl. Abschnitt 2.3). Bei diesem Vergleich der Fälle wurde festgestellt, dass die mit Hilfe der DAS-Programmierung festgestellte Auffälligkeit in den Daten tatsächlich den inhaltlichen Vorgaben in den Maßstäben und Grundsätzen entspricht.

Ergänzend wurden für die besonders wichtigen Auffälligkeitskriterien 1 bis 4 die von der DAS Pflege dokumentierten Rechenregeln direkt geprüft. Hierbei wurde eine kleine Abweichung der Programmierung von den Vorgaben in den Maßstäben und Grundsätzen festgestellt: Während die MuGs nur die ersten acht Kriterien des BI-Moduls 2 einbeziehen, vergleicht die Programmierung der DAS Pflege den kompletten Kriteriensatz, d.h. insgesamt elf Kriterien. Das führt dazu, dass die Programmierung weniger Fälle identifiziert, bei denen eine fehlende Plausibilität unterstellt wird. Die Prüfung anhand des DAS Datensatzes ergab, dass es durchaus häufiger Bewohner\*innen gibt, bei denen zwar eine Veränderung der kommunikativen Fähigkeiten von den Einrichtungen angegeben wurde (Kriterien 9 bis 11), die Angaben zu den kognitiven Fähigkeiten im engeren Sinne jedoch identisch waren. Schätzungsweise etwas mehr als 10% der Fälle, für die nach den Kriterien der MuGs eine Auffälligkeit nach dem AK 2 hätte festgestellt werden müssen, entgehen damit der statistischen Plausibilitätskontrolle. Die festgestellte Abweichung kann daher nicht dafür verantwortlich gemacht werden, dass die Zahl der Einrichtungen, bei denen eine fehlende Plausibilität der Daten vermutet wird, bislang so hoch liegt.

Weitere Abweichungen zwischen der Programmierung und den inhaltlichen Vorgaben der MuGs ließen sich nicht feststellen.

## **Fazit**

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass nach der stichprobenartigen Überprüfung von Fällen und der Überprüfung der Programmierung zwar ein Flüchtigkeitsfehler in der Programmierung entdeckt werden konnte, der sich allerdings quantitativ nicht nennenswert auswirkt. Es verringert die Zahl der Fälle, bei denen fehlende Plausibilität festgestellt wird. Fehler in der Programmierung scheiden als Ursache für die unerwartete Häufigkeit, mit der fehlende Plausibilität festgestellt wird, aus.

### **3.3 Interviews zur Praxis der Ergebniserfassung**

Das vorrangige Ziel der Interviews mit insgesamt 17 Vertreter\*innen von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege bestand darin, Aufschluss zu erhalten über die Art und Weise, wie die Ergebniserfassung in den Einrichtungen durchgeführt wurde. Dabei sollte u.a. festgestellt werden, welche Faktoren möglicherweise den Umgang mit den für die Ergebniserfassung benötigten Informationen beeinflusst haben könnten. So wäre es theoretisch vorstellbar, dass zu wenig Zeit bei der Vorbereitung oder andere ungünstige Voraussetzungen Auswirkungen auf das Vorgehen der Mitarbeiter\*innen hatten. Auch die Zuordnung von Zuständigkeit für die Durchführung, der Grad der Zentralisierung oder die Zusammenarbeit zwischen den Hierarchieebenen könnten von Bedeutung gewesen sein. Die Art der Bereitstellung von Informationen aus der Pflegedokumentation oder anderen Quellen ist ebenfalls als möglicher Einflussfaktor in Betracht zu ziehen. Nicht zuletzt die Covid-19-Pandemie, die die Implementierung der Ergebniserfassung in vielen Einrichtungen in einem sehr frühen Stadium traf, könnte für die Organisation der Ergebniserfassung und den verfügbaren zeitlichen Spielraum von erheblicher Bedeutung gewesen sein.

Von den insgesamt 17 Interviewpartner\*innen waren sieben im Bereich Qualitätsmanagement tätig, vier als Pflegedienstleitung oder stellvertretende Pflegedienstleitung und drei als Einrichtungsleitung. Drei Personen nahmen mehrere Funktionen in Personalunion wahr. Sieben Interviewpartner\*innen vertraten mehrere Einrichtungen des jeweiligen Trägers. Zwei Personen arbeiteten in Einrichtungen bzw. in einem Einrichtungsverbund, die sich auf die Versorgung einer besonderen Bewohnerklientel spezialisiert hatten. Die Frage der Passung der Plausibilitätskontrolle für diese Einrichtungen ist Gegenstand des Kapitels 3.8; es zeigte sich allerdings, dass die Erfahrungen in diesen Einrichtungen im Grundsatz mit den Erfahrungen anderer Einrichtungen vergleichbar sind.

Die Größe der Einrichtungen bewegte sich in einer Größenordnung zwischen etwa 40 und rund 220 Plätzen. Das Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle in Bezug auf die Auffälligkeitskriterien 1 bis 4 war bei drei der vertretenen Einrichtungen unauffällig und bei zwölf auffällig. Zwei Einrichtungen hatten noch nicht zwei Ergebniserfassungen im Jahr 2021 durchgeführt und dementsprechend kein Ergebnis zu den Auffälligkeitskriterien 1 bis 4 vorliegen.

## **Vorbereitung auf die Ergebniserfassung**

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit sich die Intensität oder Art der Vorbereitung auf die Ergebniserfassung und auf das Auftreten oder Vermeiden fehlender Plausibilität ausgewirkt haben könnte, wurde in den Interviews zunächst die Durchführung von Schulungen und die einrichtungsinterne Weitergabe von Wissen thematisiert.

Dabei kristallisierte sich eine bestimmte Vorgehensweise als Hauptvariante heraus. Diese Vorgehensweise ist dadurch gekennzeichnet, dass zunächst eine oder mehrere Personen der Leitungsebene (Einrichtungsleitung und/oder Pflegedienstleitung und/oder Qualitätsmanagementbeauftragte\*r) an einer zentralen, externen Schulung teilnahmen, die von den Verbänden der Einrichtungen bzw. den von diesen beauftragten Referent\*innen durchgeführt wurde. Zusätzlich haben sich die benannten Personen häufig selbst anhand des verfügbaren Materials in die Materie eingearbeitet.

In fast allen Einrichtungen, deren Vertreter\*innen befragt wurden, führten diese extern geschulten Mitarbeiter\*innen interne Gruppenschulungen für die Fachkräfte durch, die in die Ergebniserfassung einbezogen werden sollten. Ergänzend hierzu gab es in einem Großteil der Einrichtungen individuelle Anleitungen und eine Begleitung bei der erstmaligen Eingabe der Daten der Ergebniserfassung.

*„Ich habe die Fortbildung beim [Organisation]-Verband besucht, habe mir alles, was es online an Publikationen gab, genommen und daraus ein Schulungskonzept erarbeitet, was ich dann [...] den Fachkräften vermittelt habe in Schulungen. [...] Im Nachgang habe ich ja meine zwei Mitarbeiter neben jeden Mitarbeiter gesetzt bei den Erhebungen und das ist dann ja nochmal eine Schulung“ (Interview 1).*

Dieses (bzw. ein ähnliches) Vorgehen stand in der Praxis nach den Schilderungen der Interviewpartner\*innen eindeutig im Vordergrund. Auch die in Abschnitt 3.5 geschilderten Ergebnisse der online-Befragung bestätigen diesen Eindruck.

Abweichungen oder Variationen dieser „Hauptvariante“ umfassen Verfahrensweisen, bei denen sich insbesondere der Kreis der für die Schulungsteilnahme ausgewählten Mitarbeiter\*innen anders zusammensetzte. So berichteten drei der Befragten von Einrichtungen, in denen bislang ausschließlich eine Schulung von Wohnbereichsleitungen und der Pflegedienstleitung bzw. dem\*der Qualitätsmanagementbeauftragten stattgefunden habe. In einer anderen Einrichtung nahmen auch die Fachkräfte an externen Schulungen teil; in diesem Fall erfolgten ergänzende Nachbesprechungen im Rahmen von Teamsitzungen. Eine Einrichtung bot auch den Assistenzkräften eine Schulung an, allerdings nicht zum Zweck der Ergebniserfassung, sondern um auch bei diesen Mitarbeiter\*innen Sensibilität für Veränderungen jener Aspekte der Selbständigkeit und Fähigkeiten zu schaffen, die für eine Einschätzung anhand der BI-Module relevant sind – mit dem Ziel, entsprechende Beobachtungen an die jeweils zuständigen Fachkräfte weiterzugeben.

Einige Interviewpartner\*innen wiesen im Gesprächsverlauf auf weitere Details hin. So wurde vereinzelt angesprochen, dass nach der ersten Ergebniserfassung Nachschulungen, aber auch Schulungen für

neu eingestellte Mitarbeiter\*innen durchgeführt wurden. Ebenfalls vereinzelt wurde berichtet, dass ergänzend zu den Schulungen, die den Indikatorenansatz und die Ergebniserfassung als Ganzes thematisierten, gesonderte Schulungen zu den relevanten BI-Modulen durchgeführt wurden, wenn bei der Durchführung der Ergebniserfassung in diesem Bereich Schwierigkeiten oder Verständnisprobleme bei den Mitarbeiter\*innen festgestellt wurden. Eine Einrichtung hat von der Teilnahme an einer Schulung durch den Softwareanbieter berichtet. Am Gesamtbild ändern diese Teilergebnisse allerdings nichts. Es lässt sich zusammenfassend feststellen, dass es in den an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen einige Unterschiede bei Detailfragen der Vorbereitung auf die Ergebniserfassung gab. Einige haben sicher auch mehr Aufwand als andere in diese Vorbereitung investiert. Grundsätzlich unterschiedliche Strategien der Vorbereitung ließen sich im Rahmen der Interviews allerdings nicht feststellen.

In Bezug auf den Einfluss der Covid-19-Pandemie auf den zeitlichen Ablauf der Vorbereitungen gaben die Interviewpartner\*innen an, dass die Schulungen größtenteils bereits vor Beginn der Pandemie stattgefunden hatten. Weitreichende Folgen für die einrichtungsinterne zeitliche Planung hatte die Pandemie also offenbar nicht. In einigen Einrichtungen wurden organisatorische Anpassungen in Form einer Reduzierung der Gruppengröße bei den Schulungen vorgenommen. In einer Einrichtung wurde der Kreis der zu schulenden Personen insgesamt verkleinert, sodass letztlich weniger Mitarbeiter\*innen zur Verfügung standen, die bei der Ergebniserfassung aktiv mitwirken konnten. In einem anderen Fall führte die Reduzierung der Gruppengröße lediglich zu einem höheren Zeitaufwand für die Schulungen insgesamt. Geringe Gruppengrößen wurden jedoch nicht unbedingt als Erschwernis gewertet, sondern zum Teil auch als positiv für die Effektivität des Lernens wahrgenommen.

Die meisten Einrichtungen konnten nach den Angaben der Interviewpartner\*innen die Ergebniserfassung im Anschluss an die Schulungen regelmäßig durchführen und die aufgrund der Pandemie verlängerte Frist für die Erhebung ohne Veröffentlichung zum Üben sowie zur Verstetigung des Gelernten nutzen.

*„Sonst haben wir im Grunde durchgehoben auch in der Pandemie, weil wir gesagt haben, wenn wir jetzt aufhören, fangen wir wieder bei null an mit den Schulungen“ (Interview 1).*

In einigen Einrichtungen kam es jedoch auch vor, dass es aufgrund der Pandemie und aufgrund von Personalmangel nicht immer möglich war, wie geplant die Bezugspflegerkräfte in die Ergebniserfassung einzubeziehen, sodass die Ergebniserfassung teilweise von Leitungspersonen übernommen wurde. Dies könnte, wie in den Interviews ebenfalls zur Sprache kam, in größeren Einrichtungen zu einigen Ungenauigkeiten geführt haben, weil Leitungspersonen in größeren Einrichtungen die Bewohner\*innen weniger gut kennen als die Bezugspfleger. Trotz erheblicher Belastungen durch die Covid-19-Pandemie war eine solche durch Personalengpässe ausgelöste Reorganisation der Ergebniserfassung bislang aber wohl nicht die Regel.

### **Durchführung der Ergebniserfassung**

Die Zuständigkeit für die Dateneingabe im Rahmen der Ergebniserfassung ist in den befragten Einrichtungen unterschiedlich organisiert. Für das Vorgehen scheint insbesondere die Größe der Einrichtung ein entscheidender Faktor zu sein.

Von einigen Interviewpartner\*innen wurde beschrieben, dass die Ergebniserfassung direkt durch die Fachkräfte vorgenommen und von Mitarbeiter\*innen aus dem Qualitätsmanagement oder der Pflegedienstleitung begleitet wird. Diese Begleitung besteht zum Teil in einer abschließenden Kontrolle der Daten durch die Pflegedienstleitung, zum Teil in der Beratung zu Fragen oder Einzelfällen, bei denen sich die Fachkräfte unsicher sind.

In einem Großteil der befragten Einrichtungen übernimmt die abschließende Dateneingabe, Prüfung und Freigabe der Ergebniserfassung die Pflegedienstleitung oder Qualitätsmanagementbeauftragte. Fachkräfte aus den Wohnbereichen sind in diesem Fall vorrangig im Vorfeld der Ergebniserfassung, insbesondere für die Aktualisierung der benötigten Informationen verantwortlich (s.u.). Die unmittelbare Einbeziehung dieser Fachkräfte in die Ergebniserfassung variiert. Teilweise werden sie nochmals hinzugezogen, um die Frage zu beantworten, ob das betreffende Einschätzungsergebnis den aktuellen Status der jeweiligen Bewohner\*innen tatsächlich zutreffend wiedergibt, teilweise wird eher die Wohnbereichsleitung bemüht. Vereinzelt wird die Eingabe von der Pflegedienstleitung ohne Rücksprache übernommen; ein solches Vorgehen wurde vor allem für kleinere Einrichtungen benannt, in denen die Pflegedienstleitung alle Bewohner\*innen gut kennt.

*„Ich habe auch kleinere Einrichtungen, wo sich das nur die PDL ansieht, die jeden einzelnen Bewohner in- und auswendig kennt. Das hängt wirklich so ein bisschen davon ab, wie das intern strukturiert ist“ (Interview 6).*

Eine besonders wichtige Aufgabe nehmen die Pflegefachkräfte dadurch wahr, dass sie und nicht das Leitungspersonal die Verantwortung dafür übernehmen, dass die zur Ergebniserfassung benötigten Informationen aus der Pflegedokumentation auf dem aktuellen Stand sind. Es mag vereinzelt vorkommen, dass auch andere Mitarbeiter\*innen hier einbezogen sind. Im Rahmen der Interviews wurde jedoch nahezu durchgängig betont, dass die Erfassung und Aktualisierung der benötigten Informationen in der Pflegedokumentation – Informationen zur Mobilität, zur Selbstversorgung, zur Selbständigkeit im Bereich des Alltagslebens, zu den kognitiven Fähigkeiten, aber auch zu anderen relevanten Sachverhalten – zu den Aufgaben der Fachkräfte aus den Wohnbereichen gehören. Wenn also Leitungskräfte oder Qualitätsmanagementbeauftragte die Daten für die Ergebniserfassung zusammenstellen, so erfolgt dies bis auf Ausnahmen (in kleinen Einrichtungen oder in Krisensituationen) auf der Grundlage der Informationen, für deren Zuverlässigkeit und Aktualität die Fachkräfte der Wohnbereiche die Verantwortung tragen.

In den meisten Interviews wurde dementsprechend betont, dass die Informationen zur Selbständigkeit und zu den kognitiven Fähigkeiten in der Pflegedokumentation regelmäßig und fortlaufend aktualisiert

würden. Dies erfolge überwiegend im Rahmen des Pflegeprozesses, also unabhängig vom Zeitpunkt der Ergebniserfassung. Einige Einrichtungen haben einen festen Rhythmus der Aktualisierung, beispielsweise alle drei oder sechs Monate; es werde aber auch nach Bedarf aktualisiert, wenn sich der Zustand der Bewohner\*innen verändert. Zum Stichtag der Ergebniserfassung werde die Einschätzung, so betonten alle Interviewpartner\*innen, grundsätzlich überprüft und bei Bedarf aktualisiert. Der folgende Interviewauszug kann daher als stellvertretend für viele andere Aussagen der Befragten angesehen werden:

*„Ja, also natürlich gibt es diesen obligatorischen Dreimonatsrhythmus, aber immer, wenn irgendwo (...) Veränderungen sind, muss es ja eh evaluiert werden und wir haben uns im Team geeinigt, dass wir vor den Stichtagen auf alle Fälle alle noch mal eine Evaluation machen“ (Interview 8).*

Die Einschätzung der Selbständigkeit und der kognitiven Fähigkeiten wird am häufigsten in Form einer Aktualisierung des vorliegenden Einschätzungsergebnisses vorgenommen. Das bedeutet, dass die Mitarbeiter\*innen zumeist auf der Grundlage einer Vorinformation bewerten, die sie aus der Pflegedokumentation entnehmen, nachdem diese ggf. aktualisiert worden ist. Dabei scheinen sich die Mitarbeiter\*innen häufig auf ihre aktuelle Wahrnehmung zu verlassen:

*„Also das ist bei uns wirklich so, dass wir im kontinuierlichen Pflegeprozess sind, dank der strukturierten Informationssammlung. (...) Das heißt, spätestens (...) wenn die Mitarbeiter vor dem Portal sitzen und sich dazu die Doku nehmen, dann fällt ihnen auf: Moment, das, was ich gerade denke und über den Bewohner weiß zu seinem tagesaktuellen Zustand, stimmt nicht mehr mit der Dokumentation überein. Und dann wird die Dokumentation angepasst (...)“ (Interview 7).*

Offenbar gehen die Mitarbeiter\*innen also eher von einem Gesamteindruck der Selbständigkeit aus. Dass im Zweifelsfall eine neue, differenzierte Einschätzung erfolgt, scheint eher selten zu sein:

*I: „Okay. Und kommt das oft vor, dass man dann wirklich nochmal zum Bewohner hin muss und die Mobilität (...) neu einschätzen (muss)?“*

*B: „Nein.“*

*I: „Hm“ (fragend).*

*B: „Das passt. [...] Also wenn es bei einem Bewohner Veränderungsprozesse gibt, dann bearbeiten wir die ja sehr zeitnah im Rahmen einer Fallbesprechung und gucken dann: Okay, über einen Zeitraum von 14 Tagen, ist das eine momentane Auffälligkeit, gerade auch im Bereich der Mobilität oder ist das vielleicht jetzt ein dauerhafter Zustand aufgrund des Alterns? Oder irgendeiner Verletzung oder ähnlichem. Und das, also das mit der Mobilität, das passt wirklich in 99 Prozent der Fälle“ (Interview 7).*

Der Großteil der Einrichtungen gab explizit an, die im Vorfeld von den Pflegefachkräften aktualisierten Daten zur Selbständigkeit bei der Ergebniserfassung nochmals auf Aktualität zu prüfen. Zumeist erfolgt diese abschließende Kontrolle durch eine Person der Leitungsebene (Pflegedienstleitung/Wohn-



bereichsleitung/Qualitätsmanagementbeauftragte). Teilweise werden, wie schon erwähnt, auch die Fachkräfte nochmals hinzugezogen. Lediglich einer der Befragten gab an, in seiner Einrichtung erfolge für die Ergebniserfassung eine Neueinschätzung der Selbständigkeit und Fähigkeiten anhand der BI-Module ohne Rückgriff auf schon vorhandene Einschätzungsergebnisse. Von allen übrigen Interviewpartner\*innen wurde betont, dass trotz Nutzung vorhandener Informationen keine unreflektierte Übernahme von Einschätzungsergebnissen, sondern grundsätzlich eine Überprüfung bzw. Aktualisierung von Einschätzungsergebnissen stattfindet.

Bezüglich der Übertragung der Daten an die Datenauswertungsstelle Pflege gab die Mehrheit der Interviewpartner\*innen an, dass die Einrichtungen ein EDV-gestütztes Pflegedokumentationssystem mit integrierter Übermittlung an die DAS verwenden. Vier Interviewpartner\*innen berichteten von einer Datenerfassung über das Webportal der DAS, und eine Einrichtung machte von der Datenübermittlung über die Upload-Funktion Gebrauch. Entsprechend der technischen Möglichkeiten ist es auch in den meisten der in die Befragung einbezogenen Einrichtungen so, dass die für die Ergebniserfassung relevanten Daten aus der Pflegedokumentation zu einem gewissen Zeitpunkt automatisch in das dokumentationseigene Tool zur Ergebniserfassung übertragen und dort weiterbearbeitet und auf Aktualität geprüft werden.

Nur einer der Befragten gab an, dass auch die Ergebnisse der vorangegangenen Ergebniserfassung als Vergleichswerte für die neue Eingabe genutzt werden. Alle anderen Interviewpartner\*innen meinten, dass diese Ergebnisse entweder aus technischen Gründen nicht eingesehen werden könnten oder, sofern ein Zugriff besteht, sich nicht in die neue Ergebniserfassung transferieren lassen.

*„Der zieht das immer aus der aktuellen Planung, die am Stichtag für den Bewohner da ist. Also da ist nichts mit: ‚Ich drücke auf den Knopf und nehme den alten Satz‘“ (Interview 1).*

Mehrheitlich zeigte sich, dass die Fachkräfte für die Ergebniserfassung oder die vorbereitende Aktualisierung der Pflegedokumentation freigestellt werden. Eine Einbindung der Ergebniserfassung in eine Pflegevisite wurde vereinzelt berichtet, scheint aber in der Praxis eher die Ausnahme zu sein – schon deshalb, weil es in der Regel nicht möglich ist, für alle Bewohner\*innen einer Einrichtung innerhalb einer Frist von wenigen Tagen oder Wochen eine Pflegevisite durchzuführen.

#### ***Erklärungen für die fehlende statistische Plausibilität bei den Auffälligkeitskriterien 1 bis 4***

Das Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle anhand der Auffälligkeitskriterien 1 bis 4 war bei drei der Gesprächspartner\*innen unauffällig, bei zwölf auffällig und zwei Einrichtungen hatten noch kein Ergebnis zu den Auffälligkeitskriterien 1 bis 4 vorliegen. Die ursprüngliche Absicht, mit Hilfe der Interviews auch Unterschiede im Vorgehen der Einrichtungen zu identifizieren, die eventuell zu einem anderen Ergebnis bei der Plausibilitätskontrolle führen konnten, ließ sich bei nur drei „unauffälligen“ Einrichtungen nicht umsetzen. Die Auswertung konzentrierte sich daher auf die Frage, welche

Erklärungen die Interviewpartner\*innen selbst für fehlende Plausibilität der Daten (insbesondere gemäß AK 1 bis 4) vorbrachten<sup>2</sup>.

Als Hauptgrund für die Übereinstimmung der im Abstand von sechs Monaten gewonnenen Einschätzungsergebnisse wurde von den Interviewpartner\*innen angegeben, *dass sich der Zustand der meisten Bewohner\*innen in den fraglichen sechs Monaten tatsächlich nicht verändert habe*. Beispielsweise wurde darauf hingewiesen, dass die Bewohner\*innen bereits mit starken Beeinträchtigungen einziehen. In diesen Fällen ändere sich der Zustand häufig nicht mehr oder nur wenig. Andere Interviewpartner\*innen führten an, dass es eine Gruppe mobiler und orientierter Bewohner\*innen gebe, die teilweise bis zu 20 Jahre in der Einrichtung verbringen und deren Zustand über einen längeren Zeitraum stabil bleibe. Auch wurde darauf hingewiesen, dass es in manchen spezialisierten Einrichtungen viele relativ junge Bewohner\*innen gebe, die körperlich und kognitiv eher stabil sind und deren Unterstützungsbedarf vorrangig auf psychischer und sozialer Ebene liegt.

Als weiterer Grund wurde die Vierstufigkeit der Einschätzung im Bereich der Selbständigkeit angeführt. Diese biete *wenig Spielraum dafür, eher geringfügige Veränderungen bei Bewohner\*innen mit relativ stabilem gesundheitlichen Zustand abzubilden*. In solchen Fällen verändere sich zwar der Zustand etwas, dies könne aber anhand der vorgegebenen Skala nicht dargestellt werden.

Zum Teil wurde die Übereinstimmung von Daten auch als Ausdruck der Verlässlichkeit von Einschätzungen gesehen. So beobachtete eine Einrichtung mit einer geringen Mitarbeiterfluktuation, dass die Mitarbeiter\*innen die Bewohner\*innen sowie die Einschätzung, die sie ein halbes Jahr vorher vorgenommen haben, sehr gut kennen. Man habe festgestellt, dass es bei einem Wechsel von Mitarbeiter\*innen eher zu einer abweichenden, weniger verlässlichen Einschätzung kommt.

Ein mehrfach angesprochenes Thema war die 25%-Grenze. Wie diese Schwelle begründet wird, konnte zum Teil nicht nachvollzogen werden. Ein Erhalt des Zustands und der Selbständigkeit sei Ziel der Pflege und ein Zeichen für eine gute Qualität. Die als streng empfundenen Plausibilitätskriterien stünden dazu im Widerspruch. Ausgerechnet die Angaben von Einrichtungen mit hoher Qualität, denen es gelingt, das Ziel des Selbständigkeitserhalts zu erreichen, würden in Frage gestellt. Mitarbeiter\*innen, die sich Mühe geben, diesem Qualitätsziel gerecht zu werden, werde vorgehalten, sie hätten einen Fehler gemacht.

*„Ja, das führt halt auch tatsächlich zu Frustrationen bei dem Personal, weil wenn man wirklich sagt, Förderung der Selbständigkeit steht im Vordergrund. Und wir wollen jede Ressource, die noch da ist, versuchen irgendwie zu erhalten und dann kommt halt ein negatives Ergebnis dabei raus“ (Interview 10).*

---

<sup>2</sup> Ein Interviewpartner wies darauf hin, dass in seiner Einrichtung die Auffälligkeitskriterien 1 bis 4 und 5 bis 17 zu gleichen Teilen für die fehlende Plausibilität verantwortlich sind und die Aufmerksamkeit entsprechend nicht ausschließlich den Auffälligkeitskriterien 1 bis 4 gelten sollte.

Die Interviewpartner\*innen wurden auch danach gefragt, woraus sich aus ihrer Sicht die Unterschiede bei den Ergebnissen der statistischen Plausibilitätskontrolle zwischen den Einrichtungen erklären könnten. Hierzu wurde mehrfach angemerkt, dass vermutlich eine bewusste Abweichung vom tatsächlichen Zustand der Bewohner\*innen in Kauf genommen werde, um die Bewertung „nicht plausibel“ zu vermeiden. Dieses Vorgehen, auf das auch im Rahmen anderer Teilerhebungen in der vorliegenden Studie hingewiesen wurde, kann als *strategisch motivierte Ergebnisanpassung* bezeichnet werden<sup>3</sup>. Es sei auch denkbar, dass man sich besonders *in Zweifelsfällen* für die Variante entscheidet, die garantiert nicht zur Rückmeldung „fehlende Plausibilität“ führt:

*„Das Einzige, was mir einfällt, dass die sich wirklich die Vorerhebung angucken und woanders klicken, ob es jetzt stimmt oder nicht, [...] um da entsprechend plausibel zu sein [...]. Man kann ja immer mal zwischen zwei Punkten schwanken. Das ist ja nicht mal unbedingt falsch“ (Interview 1).*

Auch wurde darauf hingewiesen, dass im Alltag vermutlich oft ein *intuitives Vorgehen* im Vordergrund steht, besonders wenn die betreffenden Mitarbeiter\*innen methodisch unsicher sind:

*„Dann glaube ich, dass viele nicht fit sind in den BI-Modulen und einfach nach Gefühl ankreuzen. Ja, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig, ach, nehme ich mal das. Und denen gar nicht bewusst ist, (...) wo ist denn der Unterschied genau zwischen diesen beiden Einschätzungen“ (Interview 10).*

Dazu gehöre auch, dass manchmal kein Unterschied gemacht werde, ob eine Fähigkeit nicht mehr vorhanden ist (was kann ein\*e Bewohner\*in) oder von Bewohner\*innen beispielsweise aufgrund mangelnder Motivation nicht genutzt wird (etwas können, aber nicht tun). Vermutlich, so der Eindruck einiger Interviewpartner\*innen, seien die BI-Module nicht immer richtig verstanden worden. Auch die gedankliche Verknüpfung mit dem Pflegegradmanagement könne zu Fehlern führen.

Weniger im Vordergrund stehen aus Sicht der Befragten organisatorische Merkmale. Hierzu gab es lediglich vereinzelte Hinweise. Selten wurde die schon angesprochene ausschließliche Erhebung durch die Pflegedienstleitung für alle Bewohner\*innen, also eine zentralisierte Form der Ergebniserfassung, als mögliche Fehlerquelle benannt. Darüber hinaus gab es die Vermutung, dass eine fehlende Zustandsveränderung im Zusammenhang mit der Verweildauer stehen könnte und hier ggfs. Unterschiede zwischen den Einrichtungen bestehen.

### ***Umgang mit dem Ergebnis „fehlende Plausibilität“***

Die meisten Gesprächspartner\*innen gaben an, dass sie die Mitteilung der DAS Pflege, den Daten fehle es an Plausibilität, zunächst nicht einordnen konnten.

---

<sup>3</sup> In den Befragungen wurde dieses Vorgehen zum Teil etwas vereinfachend als *Datenmanipulation* bezeichnet.

Einige Interviewpartner\*innen schilderten, wie die Einrichtungen nach Erhalt des Ergebnisses durch die DAS eine erneute interne Prüfung der Ergebnisse durchführten. Vielfach seien die Mitarbeiter\*innen, die das Einschätzungsergebnis bei den jeweiligen Bewohner\*innen noch einmal überprüften, von der Richtigkeit der getroffenen Einschätzung überzeugt gewesen. Deshalb, also aufgrund fachlicher Überzeugung, wurde häufig trotz der Bewertung „fehlende Plausibilität“ keine Korrektur vorgenommen.

*„Es wäre mit einer falschen Darstellung der Realität verbunden. Das heißt, wir hätten im Prinzip effektiv BI's fälschen müssen, um der AK 1 bis 4 zu entkommen und um einen Feedbackbericht zu bekommen“ (Interview 6).*

*„Wir haben es jetzt eigentlich so gut wie ignoriert [...]. Weil wir [...] das nicht hätten anders machen können. Es ist halt so wie es ist, die Situation. Ich kann ja nichts anderes eingeben“ (Interview 4).*

*„Klar, dann haben wir [...] da gemeinsam auch noch mal drüber geguckt [...] mit den Bezugspflegen und unseren Wohnbereichsleitungen uns noch mal die betreffenden Bewohner-Akten angeschaut und haben das einfach evaluiert und wir haben tatsächlich nichts verändert. Weil wir gesagt haben, es ist genauso, wie es dort auch eingetragen ist und wir klicken hier jetzt nichts irgendwie anders an, nur damit dieses Ergebnis anders ist, es macht keinen Sinn“ (Interview 8).*

Die Befragten betonten, dass solche Erfahrungen demotivierend wirken und zum Teil auch Ratlosigkeit erzeugen, denn am Ende bliebe unklar, was die Einrichtung und ihre Mitarbeiter\*innen tun könnten, um das Problem zu lösen: Wenn sie nach bestem (fachlichen) Wissen handeln, wird ihre Einschätzung als „nicht plausibel“ gewertet; wenn sie hingegen dafür sorgen, dass das Ergebnis auf jeden Fall vom vorhergehenden Ergebnis abweicht, und zu diesem Zweck unbegründet Beurteilungen der Selbständigkeit abändern, wird das Ergebnis akzeptiert. So jedenfalls scheinen viele Mitarbeiter\*innen ihre bisherigen Erfahrungen zu deuten. Die rechnerische Auffälligkeit der Angaben werde als Kritik an der Pflegefachlichkeit und Abwertung der eigenen Arbeit empfunden.

Mit Kenntnis der statistischen Regeln sei es sehr einfach, bewusst ein statistisch plausibles Ergebnis zu erzeugen. Dies sei für die Einrichtungen im Sinne der Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagements aber nicht zielführend, sodass viele Einrichtungen das Ergebnis einer fehlenden statistischen Plausibilität akzeptieren und auf die pflegefachliche Einschätzung der Mitarbeiter\*innen vertrauen. Dennoch besteht aus der Sicht der Interviewpartner\*innen ein hohes Risiko, dass die strengen Regeln für statistische Plausibilität zukünftig eine *strategisch motivierte Ergebnisanpassung* fördern.

*„Da sehe ich tatsächlich eine ganz große Gefahr, wenn da [...] vielleicht auch eine Einrichtung ist, die nur gute Ergebnisse in der Veröffentlichung haben will, [...] dass da einfach keine realistischen Daten eingegeben werden. Weil man weiß, [...] wenn ich das Kreuz eine Nuance weiter [...] setze, dann habe ich diese Auffälligkeit nicht mehr“ (Interview 10).*

Es kommt hinzu, dass die Ergebniserfassung in einem Teil der Einrichtungen von vielen Mitarbeiter\*innen als zusätzliche Last und zeitaufwändig angesehen werde.

*„Also die Einrichtung aktuell sehen die das so als Hobby vom QM an. Also das ist bei denen noch nicht so richtig angekommen, dass das im Grunde für sie ist, dass sie ihre Qualität darstellen“ (Interview 1).*

Dies fördere die Frustration und den negativen Effekt, den die Mitteilung einer fehlenden Plausibilität auf Seiten der Mitarbeiter\*innen nach sich zieht. Insbesondere betreffe dies Einrichtungen, die noch kein entsprechendes Dokumentationssystem mit einer integrierten Übertragung der Daten an die DAS haben. In Einrichtungen, in denen vorwiegend die Leitungsebene für die Ergebniserfassung zuständig ist, wird diese Belastung der Fachkräfte weniger wahrgenommen. Auch berichteten die Interviewpartner\*innen von Einrichtungen, welche die Ergebniserfassung nach eigener Aussage ohne größeren Mehraufwand in bestehende Prozesse eingebunden haben und entsprechend eine höhere Akzeptanz bei den Mitarbeiter\*innen feststellen.

*„Wir haben unsere alten Prozesse angeguckt und haben nicht noch was obendrauf gemacht, sondern, hier können wir dann einen internen QM-Zirkel [...] weglassen und etablieren was Neues dafür“ (Interview 10).*

Die Befragungsergebnisse zeigen somit, dass die Integration des Indikatorenansatzes und mit ihm die Integration der Ergebniserfassung in die bestehenden Abläufe in den Einrichtungen erhebliche Anstrengungen erfordert hat, die aber offenbar in den meisten Einrichtungen gemeistert worden sind. Wenn unter diesen Voraussetzungen allerdings am Ende die Mitteilung einer fehlenden Plausibilität steht, ist die Reaktion auf Seiten der Mitarbeiter\*innen umso ausgeprägter. Das häufigste Muster besteht tatsächlich darin, dass die Einrichtungen und ihre Mitarbeiter\*innen das Gefühl entwickeln, dass sie sich anstrengen, Zeit und Ressourcen aufwenden, sich fachlich Mühe geben und am Ende dann doch bescheinigt bekommen, dass ihr Einsatz nicht ausreichte. Dies untergräbt, so lässt sich teils direkt, teils indirekt aus den Interviews ableiten, auf Dauer die Motivation der Einrichtungen und ihrer Mitarbeiter\*innen und damit auch den Indikatorenansatz insgesamt. Wenn die Plausibilitätskontrolle, die eigentlich die Zuverlässigkeit der Daten erhöhen soll, zudem einen Anreiz zur strategisch motivierten Ergebnisanpassung statt zu einer sachlich begründeten Korrektur setzt, so besteht zweifellos Handlungsbedarf.

### **Wünsche und Vorschläge**

Die Befragten benannten verschiedene Maßnahmen, die ihnen den Umgang mit dem neuen Indikatorenansatz erleichtern könnten. Unter anderem wurde der Wunsch geäußert, die pflegefachliche Bewertung bzw. Einschätzung anzuerkennen und anstelle einer statistischen Prüfung ggfs. eine Prüfung der Auffälligkeitskriterien 1 bis 4 vor Ort durchzuführen. Betont wurde darüber hinaus der Wunsch, eine fehlende Veränderung des Zustands der Bewohner\*innen als ein Zeichen für eine gute Pflege anzuerkennen und nicht negativ zu bewerten.

*„Also das wäre so mein allergrößter Wunsch, dass wir [...] das System nicht so eng fassen. [...] Es kann nun mal sein, dass man 25 Prozent gleiche Daten hat. Das bedeutet nicht, dass die Einrichtung das jetzt abgeschrieben hat von der letzten Erhebung. Also das würde ich auch einfach mal so akzeptieren“ (Interview 9).*

Weiterhin wurde darum gebeten, auch die Auffälligkeitskriterien 5 bis 17 zu beachten und zu bearbeiten, da diese ebenso zu großem Unverständnis bei den Mitarbeiter\*innen führen. Dazu wurden von einigen Interviewpartner\*innen Beispiele für Situationen und Konstellationen benannt, bei denen es häufig zu Schwierigkeiten mit den Auffälligkeitskriterien 5 bis 17 komme:

- Bewohner\*innen mit guter Beweglichkeit und Selbständigkeit, aber Angst beim Duschen oder Aufstehen am Waschbecken (Gleichsetzung von Ober- und Unterkörper ist problematisch).
- Bewohner\*innen, die nicht selbständig essen, aber den Oberkörper selbständig unter Anleitung waschen können.
- Bewohner\*innen, die ihre Vorlage wechseln, aber nicht selbständig den Toilettengang erledigen können.
- Unplausibel erscheinende Kombinationen bei dementiell erkrankten Bewohner\*innen ohne körperliche Einschränkungen, da z. B. die Reihenfolge gewisser Handlungen oder das Nutzen von Gegenständen nicht mehr verstanden wird.
- Kognitiv beeinträchtigte Bewohner\*innen, die überwiegend selbständig Teile des Oberkörpers pflegen, aber beim Duschen z. B. Sturzangst haben oder ihnen das Spiegelbild fehlt und sie sich deshalb festhalten müssen, wodurch die selbständige Pflege des Oberkörpers nicht mehr möglich ist.
- Bewohner\*innen, die sich selbständig die Zähne putzen, aber nicht die Haare kämmen können (anderer Bewegungsablauf).

Ein weiteres wichtiges Anliegen der Befragten (dem mittlerweile bereits Rechnung getragen wurde) bestand darin, die Erstellung eines Feedbackberichts nicht vom Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle abhängig zu machen. Durch das Fehlen des Feedbackberichts war es in den Einrichtungen bei fehlender Plausibilität nicht möglich, Maßnahmen und Konsequenzen zur Verbesserung des internen Qualitätsmanagements abzuleiten. Aus der Sicht der betreffenden Einrichtungen und ihrer Mitarbeiter\*innen stellte sich die Einführung des Indikatorenansatzes unter diesen Umständen als Vorgang dar, der Mühe kostet, der aber keinerlei erkennbaren Nutzen für die Mitarbeiter\*innen oder Bewohner\*innen brachte. Im Verlauf der Interviews zeigte sich, dass die Hinweise auf Stärken und Schwächen einer Einrichtung, die mit den Feedbackberichten transparent werden, tendenziell unabhängig von der Frage der Plausibilität als besonders wichtig angesehen werden.

*„Ich habe letzten Endes keine Aufschlüsselung, die ich ja beim ersten (Mal) hatte, was super war. Was wir auch selbst nutzen konnten und sagen konnten [...] da müssen wir noch mal ein bisschen nacharbeiten. Und das fehlt halt jetzt so komplett“ (Interview 8).*

Andere Interviewpartner\*innen betonten, die Feedbackberichte seien sehr schwer nachvollziehbar und würden viele Einrichtungen überfordern.

*„Aber das ist schon auf den ersten Blick sehr, sehr kompliziert und ich könnte mir so aus der Praxis [...] vorstellen, dass viele diesen Feedbackbericht dann entweder gar nicht nutzen, weil sie ihn nicht wirklich lesen können oder falsch nutzen“ (Interview 7).*

Ohne eine besondere Schulung sei es kaum möglich, die Feedbackberichte in der vorliegenden Form für das interne Qualitätsmanagement nutzbar zu machen. Unter anderem wurde darauf hingewiesen, dass vor diesem Hintergrund trägerübergreifende Schulungen zu möglichen Ursachen von Qualitätsdefiziten und der Nutzbarkeit der Indikatoren geplant seien.

Wichtig sei darüber hinaus eine präzisere *Erklärung, was fehlende Plausibilität* bedeute. Gemeint war damit in den Interviews vor allem eine Verbesserung der Erläuterung, weshalb in den konkreten Fällen unterstellt wurde, dass keine Plausibilität vorhanden ist. Im Verlauf der Interviews wurde aber unabhängig davon deutlich, dass viele der Befragten (und besonders auch die Mitarbeiter\*innen aus den Einrichtungen, über die sie berichteten), *den Hinweis auf fehlende Plausibilität mit dem Hinweis auf einen fachlichen Fehler gleichsetzen*. Das Verständnis, dass es sich zunächst um eine *statistische Auffälligkeit* handelt, die nur bei einem ungewöhnlich häufigen Auftreten die Annahme rechtfertigt, dass Informationen nicht zutreffend sein könnten, ist selbst bei den fachlich geschulten und mit dem Indikatorenansatz vertrauten Interviewpartner\*innen nicht immer vorhanden. Das führt in der Praxis dazu, dass insbesondere die Pflegenden in den Wohnbereichen, die die Informationen für die Ergebniserfassung zusammenstellen bzw. aktualisieren, Hinweise auf fehlende Plausibilität sehr häufig als Unterstellung einer womöglich bewussten Fehlinformation interpretieren. Dies geht wie gesagt nur indirekt, aber sehr deutlich aus den Interviews hervor. Hier besteht ein dringender Bedarf an Verbesserung der Kommunikation. Das Problem ist insbesondere im Hinblick auf die Akzeptanz und die Bereitschaft, Hinweise zur Datenqualität ernst zu nehmen und selbstkritisch zu überprüfen, von erheblicher Bedeutung.

Schließlich wurde darauf hingewiesen, dass der Termindruck bei der Ergebniserfassung in der Covid-19-Pandemie oder in Phasen eines anders verursachten Personalmangels sehr problematisch sei und eine *gewisse terminliche Flexibilität* wünschenswert wäre.

*„Was wir natürlich durchaus auch schon hatten, ist, dass im Erhebungszeitraum jetzt gerade ein Ausbruchsgeschehen war oder Ähnliches. [...] Ich würde mir wünschen, dass es eine Option gäbe im Sinne von, man kann auch mal so einen Zeitraum um 14 Tage schieben, dass man da noch ein bisschen Flexibilität einbauen würde. [...] Also dadurch würden wir nochmal ein bisschen Druck aus dem System nehmen“* (Interview 9).

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass es im Rahmen der Diskussion um die Ursachen statistischer Auffälligkeiten sowie entsprechender Vorschläge für Verbesserungen vereinzelt Hinweise darauf gab, dass es aufgrund der formalen Struktur der geforderten Dateneingabe manchmal nicht möglich sei, Informationen über besondere Fallkonstellationen korrekt einzugeben. Die benötigten Datenfelder oder Informationsgrundlagen seien manchmal schlicht nicht vorhanden<sup>4</sup>. Auch diese Hinweise sollten

---

<sup>4</sup> Es wurden Probleme bei der Eingabe des Integrationsgespräch bei dem Wechsel von der Kurzzeitpflege in die Dauerpflege beschrieben. In diesem Fall fänden in der Praxis Gespräche der Integration ggfs. schon vorher statt, dies ist bei der Eingabe jedoch nicht vorgesehen. Des Weiteren wurde beispielhaft ein Fall erläutert, der nach 24 Stunden Heimaufenthalt einen Krankenhausaufenthalt hatte, aber nicht aus der Ergebniserfassung ausgeschlossen werden konnte. Aufgrund der kurzen Aufenthaltsdauer lagen jedoch nicht alle erforderlichen Daten vor.

näher geprüft werden, stehen aber nicht direkt im Zusammenhang mit der statistischen Auffälligkeit, die im Mittelpunkt des vorliegenden Gutachtens steht.

### **Fazit**

Die Aussagen der Interviewpartner\*innen zeigen, dass Art und Umfang der Schulungen in den Einrichtungen in Bezug auf den geschulten Personenkreis, das Angebot an praktischer Anleitung und einigen weiteren Punkten variierte. Insgesamt entstand jedoch der Eindruck, dass aus der Sicht der Interviewpartner\*innen in dem Großteil der Einrichtungen eine intensive Auseinandersetzung mit dem Indikatorenansatz und der Ergebniserfassung stattgefunden hat und die Fachkräfte eine Schulung erhalten haben, die neben einer theoretischen Einführung auch praktische Anleitungen umfasste. Teilweise wurde bei der Ergebniserfassung ein Nachschulungsbedarf in Bezug auf die BI-Module festgestellt, auf den mit entsprechenden Angeboten reagiert wurde. Eine ausschließliche oder vermehrte Inanspruchnahme von Schulungen durch Softwareanbieter, die womöglich im Zusammenhang mit dem Ergebnis der Plausibilitätskontrolle stehen könnte, ließ sich aus den Interviews nicht ableiten. Zugleich wurde deutlich, dass die in den Schulungen vermittelte methodische Kompetenz teilweise verbesserungsbedürftig war. Wenngleich Quantifizierungen nicht möglich sind, lässt sich feststellen, dass das eher intuitive Vorgehen bei der Einschätzung von Selbständigkeit und kognitiven Fähigkeiten in der Praxis weit verbreitet ist.

Die Covid-19-Pandemie scheint die Durchführung der Schulungen in den meisten Einrichtungen wenig beeinflusst zu haben bzw. bot durch die Aussetzung der verpflichtenden Abgabe der Daten eher intensivere Vorbereitungsmöglichkeiten. Dennoch ist in einem Teil der Einrichtungen durchaus von Einschränkungen durch die Pandemie auszugehen, die sich u.a. auch in organisatorischen Änderungen wie einer Durchführung der Ergebniserfassung durch das Leitungspersonal äußerte. Wenn es zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung zu einem Ausbruchsgeschehen in der Einrichtung kam oder kommt, ist die Durchführung nicht möglich.

Hinsichtlich der personellen Zuständigkeiten bei der Ergebniserfassung sowie der konkreten Durchführung zeigte sich, dass in den meisten Einrichtungen eine bewusste und regelmäßige Aktualisierung der Daten zur Selbständigkeit und zu den kognitiven Fähigkeiten in der Pflegedokumentation durch die Fachkräfte des jeweiligen Wohnbereichs erfolgt. Insbesondere kurz vor oder zu den Stichtagen wird darauf geachtet, eine Aktualisierung der Daten vorzunehmen. Darüber hinaus wurde von den Interviewpartner\*innen eine nochmalige Kontrolle der Daten bei der Ergebniserfassung beschrieben. *Von einer großflächigen unreflektierten Datenübernahme ist auf der Grundlage der Aussagen aus den Interviews nicht auszugehen.* Es erfolgt in der Haupttendenz eher eine fachlich begründete, d.h. eine *reflektierte Übernahme* von Daten, wobei es sich bei den übernommenen Daten um Informationen aus der Pflegedokumentation handelt, die in jüngerer Zeit aktualisiert wurden, und offenbar selten um Daten, die aus der Ergebniserfassung vor sechs Monaten stammen.



Es zeigt sich gleichzeitig, dass die Vorgehensweise bei der Ergebniserfassung in den Einrichtungen sehr individuell sein kann. Anhand der Ausführungen der Interviewpartner\*innen lässt sich jedoch keine bestimmte Vorgehensweise regelhaft mit einer Dateneingabe in Verbindung bringen, die vermehrt fehlende Plausibilität erzeugt. Ein Beispiel hierfür ist die zentralisierte Eingabe der Ergebniserfassung durch die Pflegedienstleitung. Diese wurde von einigen Interviewpartner\*innen als problematisch beschrieben, schien aber unter bestimmten Voraussetzungen, wie beispielsweise in kleinen Einrichtungen, durchaus eine akzeptable Vorgehensweise zu sein.

Die Einrichtungen selbst sehen als Ursache der fehlenden statistischen Plausibilität vorrangig einen Fehler in der 25%-Grenze. Es wurden verschiedene Konstellationen beschrieben, bei denen ein Erhalt des Zustands über einen Zeitraum von sechs Monaten durchaus realistisch sein kann. Es scheint teilweise Verständnisprobleme im Zusammenhang mit den BI-Modulen zu geben, auf die die Einrichtungen teilweise bereits selbst mit Nachschulungen reagiert haben. Ebenfalls wurde deutlich, dass für die Mitarbeiter\*innen in der Praxis auch die Auffälligkeitskriterien 5 bis 17 eine große Bedeutung haben und kritische Fragen oder gar Unmut auslösen. Zum Teil liegt diesem Unmut allerdings ein verkürztes Verständnis von Plausibilität zugrunde. Auffälligkeiten bzw. fehlende Plausibilität werden häufig gleichgesetzt mit einer sachlich unzutreffenden Angabe. Dieses Missverständnis dürfte in vielen Fällen den großen Unmut und das große Unverständnis noch steigern, mit dem die Praxis auf die Mitteilung einer fehlenden Plausibilität reagiert.

Diese Entwicklungen beeinträchtigen aber auch die Integration des Indikatorenansatzes insgesamt. Inzwischen werde die Ergebniserfassung sehr unterschiedlich beurteilt. Ein Teil der Mitarbeiter\*innen zeige nach wie vor Interesse an dieser Art, die Situation des Bewohners bzw. der Bewohnerin systematisch zu erfassen und auf dieser Grundlage Qualität zu bewerten. Da dies bislang aber oft scheitere, gebe es inzwischen viele Mitarbeiter\*innen, die das Verfahren als sinnlose Last empfinden.

Vor diesem Hintergrund, aber auch aus anderen Gründen ist die Frage einer ausreichenden und praxisgerechten Information und Kommunikation von größter Bedeutung. Kommunikationsprobleme im Zusammenhang mit Ergebnisberichten sowie das bis vor Kurzem praktizierte Fehlen eines Feedbackberichts bei statistisch nicht plausiblen Ergebnissen haben in den Einrichtungen zu Frustration, Ratlosigkeit und Unmut geführt. Anhand der Interviews wurde sehr deutlich, dass die Ergebniserfassung mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden war und ist. Entsprechend fühlten sich die Mitarbeiter\*innen durch ein „nicht-plausibles“ Ergebnis in ihrer Arbeit nicht nur nicht wertgeschätzt, sondern auch in ihrer Fachlichkeit nicht ernst genommen. Es ist daher besonders wichtig, die Rückmeldung an die Einrichtungen und auch das sonstige Informationsangebot anzupassen.

### 3.4 Ergebnisse der Fokusgruppen

Durch die beiden Fokusgruppen mit insgesamt zwölf Expertinnen und Experten, die im Zusammenhang mit dem Indikatorenansatz durchgängig über umfangreiche Erfahrungen und Kenntnisse verfügen, ergaben sich zahlreiche Hinweise auf die Praxis der Ergebniserfassung und auf Faktoren, die diesen Prozess beeinflussen. In vielen Punkten bestätigten die Aussagen der Teilnehmer\*innen die Ergebnisse aus den Interviews mit Vertreter\*innen der Einrichtungen. An diesen Stellen werden die Ausführungen, um Wiederholungen im Text zu vermeiden, zum Teil stark zusammengefasst. Aus der Ausführlichkeit der Darstellung lässt sich insofern nicht folgern, dass die betreffenden Themen während der Gruppendiskussion weniger Raum eingenommen hätten oder als weniger wichtig anzusehen sind.

#### ***Vorbereitung der Ergebniserfassung***

Im Hinblick auf die Vorbereitung auf die neuen Aufgaben, die mit dem Indikatorenansatz auf die Mitarbeiter\*innen zukamen, wurde festgestellt, dass es ein umfangreiches Schulungsangebot der Verbände gegeben habe und die Schulungen größtenteils vor Beginn der Pandemie erfolgten, aber auch danach im Onlineformat weitergeführt wurden. Dazu trage auch eine hohe Personalfluktuation bei, durch die der Bedarf an Schulungen auch im Zeitverlauf bestehen bleibe. Neben der theoretischen Schulung ist vor allem auch die praktische Anleitung als entscheidend für eine erfolgreiche interne Wissensweitergabe herausgestellt worden.

*„Also die Schulung ist das eine. Und das andere ist wirklich die Begleitung in der Nutzung des Instruments, also das reicht halt einfach nicht, theoretisch da reinzugehen“ (Fokusgruppe 1).*

Alles in allem sei aber nicht davon auszugehen, dass es im Vorfeld zu wenig Gelegenheit gegeben habe, Schulungen zu besuchen. Auch der Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Phase der Vorbereitung wurde als eher gering bis moderat beschrieben. Nach kurzen Unterbrechungen zu Beginn der Pandemie hätten die Einrichtungen ihre Vorbereitungen und die Beschäftigung mit den Qualitätsindikatoren größtenteils wie geplant fortgesetzt. Die Pandemie habe in vielen Einrichtungen eher dazu geführt, dass der Übergang zur neuen Praxis der Ergebniserfassung als weniger belastend erlebt wurde. Durch die Verschiebung des Zeitpunktes, von dem an die Ergebnisse veröffentlicht werden sollten, habe mehr Zeit zur Auseinandersetzung mit dem neuen System bestanden.

*„Corona hat ihnen in die Hände gespielt, also durch das Aussetzen waren die Termine erst mal weg, der zeitliche Druck war weg, aber der Wille, das System zu üben, war sehr stark vorhanden“ (Fokusgruppe 2).*

Der ursprünglich vorgesehene Erprobungszeitraum wurde hingegen im Nachhinein als deutlich zu kurz eingeschätzt.

---

„Also Corona hat nochmal dafür gesorgt, dass der eigentliche Plan eines zweijährigen Erprobungszeitraumes dann doch in die Umsetzung kam. Ich glaube, dass [...] ein einjähriger Erprobungszeitraum zu knapp gewesen ist“ (Fokusgruppe 1).

Allerdings sei der Einfluss der Covid-19-Pandemie in den Einrichtungen unterschiedlich gewesen. Es habe auch Einrichtungen gegeben, die durch die Pandemie sehr stark betroffen waren und alle anderen Aktivitäten, also auch Arbeiten im Zusammenhang mit der Integration des Indikatorenansatzes, zurückstellten. Organisatorische Anpassungen im Zuge der Pandemie, wie beispielsweise eine Zentralisierung der Ergebniserfassung in den Händen von Leitungskräften, habe es sicher gegeben, aber wohl eher in wenigen Einrichtungen. Grundsätzlich sei die personelle Zuständigkeit bei der Ergebniserfassung stärker von der grundlegenden Einstellung der Einrichtung als von äußeren Einflüssen abhängig.

Als hinderlich für den Prozess der Implementierung der Ergebniserfassung wurden besonders in der Anfangszeit eher Abweichungen zwischen den unterschiedlichen Informationsquellen und FAQs der verschiedenen Akteure (Qualitätsausschuss Pflege, DAS Pflege etc.) beschrieben. Diese hätten unter großem Zeitaufwand vom Leitungspersonal selbst zusammengefasst werden müssen, um von den Mitarbeiter\*innen verwendet werden zu können.

### **Durchführung**

Die Schilderungen in den Fokusgruppen zu den Zuständigkeiten und der Durchführung der Ergebniserfassung stimmten mit der Darstellung aus den Interviews weitgehend überein. Das Vorgehen werde durch die Einrichtungsgröße mitbestimmt und sei sehr unterschiedlich. Am weitesten verbreitet sei jedoch ein Vorgehen, bei dem Daten aus der Pflegedokumentation zugrunde gelegt werden, die vor dem Stichtag von den Pflegefachkräften aktualisiert und zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung von der Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitung oder von Qualitätsmanagementbeauftragten abschließend kontrolliert würden. Ergänzend wurde darauf hingewiesen, dass besonders in der Anfangszeit in einigen Einrichtungen die Einschätzung nach dem Vier-Augen-Prinzip vorgenommen wurde.

Für die Durchführung der Ergebniserfassung ist es nach Aussage der Expert\*innen besonders wichtig, dass die für die Einschätzung zuständige Person die Bewohner\*innen gut kennt. Auch dies sei ein Grund, weshalb die Einschätzungen in den meisten Einrichtungen im Vorfeld der Ergebniserfassungen von den zuständigen Pflegefachkräften aktualisiert werden und die Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitung oder der\*die Qualitätsmanagementbeauftragte in den meisten Fällen – oft unter nochmaliger Rücksprache mit den Fachkräften – lediglich die *abschließende* Erfassung und Kontrolle übernehmen.

Um die Frage nach der vorherrschenden Vorgehensweise näher erörtern zu können, wurden den Fokusgruppenteilnehmer\*innen vier Varianten vorgestellt, in denen beschrieben wird, wie die Ergebniserfassung erfolgen kann und welche Informationsquellen hierbei zugrunde gelegt werden:

- 1) *Grundlegende Neueinschätzung*: Diese Variante wurde beschrieben als ein Vorgehen, bei dem durch unmittelbare Beobachtung oder Befragung der Bewohner\*innen (oder anderer Personen) eine Zuordnung zu den Kategorien des Einschätzungsinstruments erfolgt. Der Unterschied zu anderen Varianten besteht darin, dass keine Vorinformation (beispielsweise aus der Pflegedokumentation) als Bezugspunkt genutzt wird, um eine Verbesserung oder Verschlechterung des Status festzustellen. Die Einschätzung erfolgt gewissermaßen so, als würde die einschätzende Person bei dem/der betreffenden Bewohner\*in zum ersten Mal eine Beurteilung vornehmen.
- 2) *Aktualisierung einer bestehenden Einschätzung*: Bei diesem Vorgehen hat die Person, die die Einschätzung vornimmt, das Ergebnis einer vorhergehenden Einschätzung vorliegen und überprüft, ob diese Einschätzung noch zutrifft. Diese Überprüfung erfolgt anhand eigener Erfahrungen (z. B. Beobachtungen) oder Aussagen anderer Personen oder auch anhand von anderen Informationen, die ebenfalls aus der Pflegedokumentation entnommen werden können (beispielsweise aktuelle Einträge im Pflegebericht). Es handelt sich also um die Überprüfung, ob eine vorliegende Beurteilung der Selbständigkeit zutrifft oder angepasst werden muss.
- 3) *Zusammenstellung vorliegender Informationen aus der Pflegedokumentation*: Bei dieser dritten Variante erfolgt im Grunde genommen keine neue Beurteilung. Vielmehr werden die vorliegenden Einschätzungsergebnisse, die in der Pflegedokumentation verfügbar sind, verwendet. Vielleicht wird noch geprüft, ob die Einschätzung aus einem zu lange zurückliegenden Zeitpunkt stammt. Ist die Information aktuell genug, findet eine Einschätzung bzw. Neubeurteilung der Situation auf der Grundlage eigener Beobachtungen oder anderer Informationen nicht statt.
- 4) *Ableitung der Selbständigkeit/Fähigkeiten aus der Maßnahmenplanung*: Hier wurde das Vorgehen beschrieben als Prozess, bei dem die Maßnahmenplanung im Mittelpunkt steht. So kann beispielsweise aus der Maßnahmenplanung abgeleitet werden, inwieweit Bewohner\*innen bei der Körperpflege selbständig sind. Ist in der Maßnahmenplanung eine Hilfestellung vorgesehen, so kann – dies ist dann die Annahme – eine/e Bewohner\*in nicht selbständig sein. Aus der Gesamtheit der geplanten Maßnahmen lässt sich dann ggf. ableiten, inwieweit der\*die Bewohner\*in selbständig ist oder nicht<sup>5</sup>.

Die Teilnehmer\*innen in beiden Gruppen gaben übereinstimmend an, dass nach ihren Erfahrungen die Variante 2 in der Praxis vorherrschend sei. Es gebe bei der Vorgehensweise durchaus Unterschiede im Detail, beispielsweise Unterschiede in der Arbeitsteilung zwischen Leitungskräften und Bezugspflegernden, doch sei mehrheitlich von einer *reflektierten Übernahme von Informationen aus der*

---

<sup>5</sup> Dieses Vorgehen entspricht nicht den fachlichen Anforderungen, die bei der Einschätzung von Selbständigkeit und kognitiven Fähigkeiten zu berücksichtigen sind. Die Maßnahmenplanung muss umgekehrt auf einer Einschätzung der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen der jeweiligen Bewohner\*innen aufbauen und ergibt sich auch aus der Zielsetzung, die mit Versorgungsmaßnahmen angestrebt wird. So ergeben sich beispielsweise aus dem Ziel, Ressourcen zu fördern und Fähigkeiten zu verbessern, andere Maßnahmen als aus dem Ziel, lediglich eine bestehende Beeinträchtigung zu kompensieren. Es ist davon auszugehen, dass bei der Ableitung der Beurteilung von Selbständigkeit aus der Maßnahmenplanung regelmäßig Fehleinschätzungen auftreten.

*Pflegedokumentation* auszugehen. Dabei liegt die Betonung auf den Begriffen *reflektiert* und *Pflegedokumentation*.

*Reflektiert* bedeutet, dass im Regelfall kein Einschätzungsergebnis aus der *Pflegedokumentation* übernommen wird, ohne zu überprüfen, ob es dem aktuellen Status der betreffenden Bewohner\*innen entspricht. Gegenstand dieser Überprüfung ist im Regelfall nicht das Einschätzungsergebnis, das vor sechs Monaten bei der vorhergehenden Ergebniserfassung gewonnen wurde, sondern der letztgültige Eintrag in der *Pflegedokumentation*, der meist nicht so lange zurück liegt. Eine direkte Übernahme alter Einschätzungsergebnisse sei zum Teil aufgrund der Software-Architektur der *Pflegedokumentation* gar nicht möglich, zum Teil würde aber auch bewusst davon abgesehen. Es ist also hervorzuheben, dass sich die Diskussion der Expert\*innen auf die Aktualisierung der Daten konzentrierte, die in der *Pflegedokumentation* vorhanden sind und dann bei der Ergebniserfassung genutzt werden. Die Vorstellung, dass Eintragungen, die vor sechs Monaten an die DAS Pflege übermittelt wurden, schlichtweg kopiert und erneut versendet würden, ist – ein Fazit der Fokusgruppendifkussionen – eher ein Ausnahmefall. Dies komme vor, sicher aber nur selten.

*„Es gibt sicherlich Einzelfälle, wo unreflektiert Daten übernommen werden. Teilweise auch der Corona-Pandemie geschuldet, es muss eben schnell gehen. [...] Aber im Großen und Ganzen würde ich sagen, die Erhebung erfolgt wirklich durch geschulte Mitarbeiter und es sind auch Bezugspflegekräfte, die die Bewohner wirklich kennen, die nicht einfach irgendwas abschreiben, sondern wirklich die Einschätzung nochmal neu machen“* (Fokusgruppe 1).

Es wurde in diesem Zusammenhang auch betont, dass eine Verknüpfung zwischen der Softwarearchitektur bzw. der Art und Weise, wie Daten durch die jeweilige *Pflegedokumentation* zur Verfügung gestellt würden, und der fehlenden Plausibilität unwahrscheinlich sei bzw. in der Praxis nicht gesehen wird.

*„Und es sind jetzt noch keine Einrichtungen dabei gewesen, die gesagt haben, na ja, gut, wir haben auch alles automatisiert gezogen und dann passiert sowas halt. Sondern in den meisten Fällen wird beschrieben, dass man durchaus eine erneute Einschätzung vornimmt oder zumindest die vorliegende Einschätzung aktualisiert“* (Fokusgruppe 1).

Einzelne Expert\*innen sahen allerdings die Möglichkeit, dass Daten ggf. auch dann übernommen werden, wenn kein Vorsatz dazu existiere:

*„Ich weiß, dass die sich Mühe geben und ich glaube den allermeisten Einrichtungen auch, wenn Sie sagen, wir haben das in einem Vier-Augen-Prinzip gemacht und wir haben eine neue Erfassung gemacht, aber trotzdem [...] darf man glaube ich nicht verdrängen, dass trotzdem was schiefgehen kann“* (Fokusgruppe 1).

Auch wurde es von einzelnen Teilnehmer\*innen der Fokusgruppen als möglich angesehen, dass Mitarbeiter\*innen aus Unsicherheit vorhergehende Einschätzungen übernehmen, wenn ihnen eine Zustandsveränderung zu geringfügig erscheint, um daraus die Notwendigkeit der Dokumentation abweichender Einschätzungsergebnisse abzuleiten. Hier spiele gegebenenfalls auch eine Rolle, dass im

Rahmen des Pflegegradmanagements erst dann auf Veränderungen reagiert werde, wenn sie groß genug sind, um einen höheren Pflegegrad zu rechtfertigen.

*„Das heißt, dann gibt es oft eben Entscheidungen zu sagen: Na ja, da hat sich was verändert, aber es reicht ja noch [...], um dann in einer MDK-Begutachtung tatsächlich in der Summe einen höheren Pflegegrad auszumachen“ (Fokusgruppe 2).*

Diese Herangehensweise könne sich auch auf die Einschätzung bei der Ergebniserfassung übertragen. Die meisten Expert\*innen betonten jedoch mit Nachdruck, dass keine fälschliche bzw. unreflektierte Datenübernahme bei der Ergebniserfassung stattfindet.

*„Unsere Mitarbeiter vor Ort, die übernehmen keine Daten von den alten Qualitätsindikatoren, das will ich nur nochmal unterstreichen, weil das einfach eine Wertschätzung auch gegenüber den Mitarbeitern ist, die sich da ja wirklich sehr, sehr viel Mühe machen und dann ihre Qualitätsindikatoren jedes Mal eingeben“ (Fokusgruppe 2).*

Die Beobachtung, dass nach dem Erhalt der Mitteilung, die Einrichtung habe die 25%-Grenze überschritten, eine erneute Prüfung erfolge und kein Änderungsbedarf der Einschätzung der Selbständigkeit und kognitiven Fähigkeiten festgestellt werde, spricht aus der Sicht der Expert\*innen ebenfalls dafür, dass die Einschätzungsergebnisse von der Einrichtung bzw. ihren Mitarbeiter\*innen nicht unreflektiert aus den vorhandenen Informationsquellen übernommen würden.

### **Erklärungen für fehlende statistische Plausibilität**

Zur Frage nach einer Erklärung für die große Zahl der Einrichtungen, bei denen die DAS Pflege eine fehlende Plausibilität festgestellt hat, wurde hauptsächlich auf die gesundheitliche Stabilität der Bewohner\*innen hingewiesen. Es gebe nach den bisherigen Erfahrungen deutlich mehr Bewohner\*innen, bei denen innerhalb von sechs Monaten keine Veränderung der Selbständigkeit bzw. der kognitiven Fähigkeiten eintritt als es im Rahmen der Plausibilitätskontrolle angenommen werde. Entsprechend fände eine gut reflektierte Datenübernahme statt.

*„Es gibt Situationen, da ist es einfach so, dass sich Menschen innerhalb von sechs Monaten nicht verändern, und dann habe ich nicht unreflektiert übernommen, sondern ich habe reflektiert übernommen.“ (Fokusgruppe 1)*

Besonders bei Bewohnergruppen, bei denen eine psychische Beeinträchtigung und nicht körperliche oder kognitive Einbußen im Vordergrund stünden (psychiatrische und gerontopsychiatrische Patienten\*innen, Bewohner\*innen mit Korsakow-Syndrom oder Alkoholabusus), würden aufgrund der Stabilität ihrer Fähigkeiten überdurchschnittlich viele Fälle mit fehlender Plausibilität festgestellt. Aber auch unabhängig von diesen Besonderheiten gebe es viele Bewohner\*innen, die sich in einer eher stabilen Pflegesituation befinden.

Hingewiesen wurde ähnlich wie im Falle der Interviews auch auf mögliche Missverständnisse im Umgang mit dem Einschätzungsinstrument (BI-Module). Als eine Schwierigkeit ist in diesem Zusammenhang der Umstand benannt worden, dass die vierstufige Skala zur Beurteilung der Selbständigkeit aus der Sicht der Mitarbeiter\*innen nicht viel Spielraum für differenzierte Einschätzungen bei kleineren Veränderungen lasse.

*„Es ist ein relativ grobes Raster, die Einschätzung im Begutachtungsinstrument. Das heißt, die Einrichtung muss einerseits sagen: ‚Es gab eine Veränderung‘ und die zweite Frage ist, ist diese Veränderung so gravierend, dass es zu einer anderen Einschätzung führt.“ (Fokusgruppe 1)*

*„Also da ist nicht so viel Potenzial, was sich dann verändern kann. Wenn der in einem bestimmten Zustand ist, dann können auch wirklich diese fünf Kriterien über einen längeren Zeitraum [...] gleichbleiben, ja? Und wenn jemand in einer bestimmten Phase der Demenz sich befindet, dann kann auch das Modul 2 über einen längeren Bereich keine Abweichungen haben.“ (Fokusgruppe 2)*

Viele Mitarbeiter\*innen würden deshalb bei geringfügigen Veränderungen eine andere Einschätzung als zu einschneidend empfinden und die vorhergehende Einschätzung beibehalten.

Auch organisatorische Faktoren wurden als Einflussfaktor angesprochen. So wurde vermutet, dass eine zentrale Erfassung der Einschätzungsergebnisse durch eine Person für alle Bewohner\*innen die Tendenz fördern könnte, bereits vorliegende Einschätzungsergebnisse unreflektiert zu übernehmen. Betont wurde hierbei allerdings, dass es sich dabei in aller Regel um die Übernahme von Informationen aus der Pflegedokumentation handele, nicht um die Übernahme der Informationen, die zum vorhergehenden Stichtag (vor sechs Monaten) an die DAS Pflege geliefert worden seien.

Ebenso gab es die Einschätzung, dass die Durchführenden häufig nicht gut geschult seien und sich entsprechend nicht gut mit der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit auskennen. Dies sei beispielsweise der Fall, wenn die Aufgabe des Pflegegradmanagements zuvor von Personen der Leitungsebene übernommen und nun auf Pflegefachkräfte übertragen wurde, die noch keine Erfahrung mit dem Einschätzungsinstrument haben.

Einzelne Teilnehmer\*innen der Fokusgruppen schlossen nicht aus, dass es auch zu einer unbeabsichtigten ungeprüften Übernahme alter Daten kommen kann, weil die Nuancen in der Einschätzung im Alltag nicht einzeln hinterfragt und betrachtet werden.

*„Das heißt, ich bin der Meinung, dieser Bewohner läuft noch heute genauso rum, wie vor einem halben Jahr, also [...] übernehme alles wie vorher, speichern, fertig. Da ist überhaupt kein Vorsatz jetzt in dem Sinne drinnen, dass ich [...] betuppe, sondern für den Mitarbeiter ist das einfach Fakt so.“ (Fokusgruppe 1)*

Es bestand jedoch Einigkeit, dass dies nicht der Hauptgrund für das Problem sein könne.

Betont wurde außerdem mehrfach, dass die Bedeutung der Auffälligkeitskriterien 5 bis 17 für das Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle nicht zu unterschätzen sei. Dies gelte insbesondere für Einrichtungen mit einer besonderen Bewohnerstruktur (beispielsweise Einrichtungen, die vorrangig Menschen mit Behinderungen versorgen), bei denen auch ohne Berücksichtigung der Auffälligkeitskriterien 1 bis 4 die 25%-Grenze erreicht werde. In jedem Fall sei von multifaktoriellen Ursachen auszugehen.

### ***Auseinandersetzung mit dem Indikatorenansatz und Umgang mit den Ergebnissen***

Bisher gab es aus der Sicht der Expert\*innen – vor allem aufgrund der mit der Covid-19-Pandemie einhergehenden Herausforderungen und Belastungen – zu wenig Zeit und Gelegenheit, um unabhängig von den methodischen und technischen Herausforderungen ein tiefgreifendes Verständnis des Indikatorenansatzes und seines Nutzens für das interne Qualitätsmanagement zu entwickeln. Das gelte auch für die Ergebniserfassung und das Verständnis von Plausibilität. Auf der Leitungsebene und bei denjenigen Mitarbeiter\*innen, die besondere Verantwortung für das Qualitätsmanagement tragen, sei inzwischen ein fortgeschrittenes Verständnis zu beobachten. Vielen Mitarbeiter\*innen falle es aber noch schwer, den fachlichen Nutzen der Ergebniserfassung wahrzunehmen (und nicht nur den Zeitaufwand, der damit einher geht). Dies könne jedoch auch in diesem kurzen Zeitraum nicht erwartet werden und würde auch noch Zeit benötigen.

Die Pflegenden hätten die mit dem Indikatorenansatz verbundenen neuen Aufgaben dennoch ernst genommen und sich um eine bestmögliche Umsetzung bemüht. Aktuell gäbe es daher eine große Enttäuschung über die negativen Rückmeldungen zur Plausibilität und die fehlende Auswertung der Ergebnisse. Die Expert\*innen sehen die Gefahr einer zunehmenden Ablehnung des Systems, zumal in den nächsten Monaten auch weiterhin mit einer erheblichen Zusatzbelastung durch die Covid-19-Pandemie gerechnet werden müsse, wodurch Aufwand und Nutzen im Zusammenhang mit dem Indikatorenansatz besonders sensibel abgewogen würden.

*„Ich nehme einen Vertrauensverlust wahr [...]. Also das ist grade meine Hauptaufgabe, da wieder Vertrauen in dieses Instrument zu bringen und zu sagen, es nutzt dir was“ (Fokusgruppe 1).*

*„Ich glaube, da müssen wir momentan vorsichtig sein, um nicht einen negativen Dreh reinzukriegen, dass die Pflegekräfte dann das System eher ablehnen“ (Fokusgruppe 2).*

In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Gefahr hingewiesen, dass Daten zukünftig bewusst angepasst werden, um ein statistisch plausibles Ergebnis zu erhalten:

*„Das ist das viel größere Risiko, das ich sehe, dass man [...] mit diesem vermeintlichen Vorwurf der unreflektierten Datenübernahme jetzt dazu übergeht und sagt, okay, gut, was habe ich denn das letzte Mal gemacht, es muss eine Veränderung geben, dann kreuze ich jetzt das andere an“ (Fokusgruppe 2).*



In diesem Zusammenhang wurde auch die weit verbreitete Kritik betont, dass der Erhalt von Fähigkeiten einerseits das Ziel sei und andererseits als Fehlen von Plausibilität bewertet werde, was vielen Mitarbeiter\*innen paradox erscheine.

### ***Empfehlungen der Expert\*innen***

Abschließend wurden die Expert\*innen nach ihren Empfehlungen für Maßnahmen zum Umgang mit den hohen Zahlen an statistisch auffälligen Fällen in den Einrichtungen gefragt.

Einen wichtigen Stellenwert nahmen in den Empfehlungen Maßnahmen ein, die sich auf die *Anpassung der Kriterien und Schwellenwerte* bezogen. Vorrangig und mehrfach wurde beispielsweise eine Überprüfung der 25%-Grenze benannt, welche aus Sicht der Praxis nicht nachvollzogen werden könne. Des Weiteren gab es den Vorschlag, Ausnahmeregelungen für Spezialeinrichtungen und Sonderbereiche (z. B. Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen) zu erarbeiten, für deren Bewohner\*innen sich die vorgesehenen Plausibilitätskontrollen aus fachlichen Gründen als nicht geeignet erwiesen habe. Auch wurde der nachdrückliche Hinweis gegeben, neben den Auffälligkeitskriterien 1 bis 4 auch die Auffälligkeitskriterien 5 bis 17, insbesondere die Auffälligkeitskriterien 5, 10 und 13 zu prüfen. Zum Auffälligkeitskriterium 10 wurde ergänzt, dass Bedarf einer Synchronisation mit dem BI-Instrument bestehe<sup>6</sup>.

Weitere Hinweise bezogen sich auf den Themenkomplex *Information und Kommunikation* im Zusammenhang mit der Einführung des Indikatorenansatzes und der Darstellung der Ergebnisse. Dahingehend wurde es unterstützt und als positiv wahrgenommen, dass zukünftig alle Einrichtungen unabhängig vom Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle einen Feedbackbericht erhalten. Auch die vorgesehene Auswertung nach Wohnbereichen wurde begrüßt. Daneben gab es verschiedene Hinweise auf eine zu große Informationsvielfalt durch zu viele verschiedene Akteure. Hierzu wurde die Bitte formuliert, Informationsangebote zu vereinheitlichen und an einer Stelle zusammenzubringen. Darüber hinaus gab es die Anregung zur Synchronisierung von Inhalten in unterschiedlichen Unterlagen oder Instrumenten. Das gelte für die sprachliche Umsetzung, aber auch für methodische Einzelheiten wie die Struktur des Variablensets und Nummerierungssysteme. Eine weitere Empfehlung bestand darin, ein kontinuierliches und niedrigschwelliges Schulungsangebot bereitzustellen und dieses auf verschiedene Zielgruppen abzustimmen. Es gehe dabei nicht immer nur um die Pflege von Basiswissen; es gebe auch so etwas wie „Leitungswissen“, das für die Steuerung von Prozessen im Qualitätsmanagement und für die Kommunikation von Bewertungen der Ergebnisqualität von großer Bedeutung sei. Auch wurde angemerkt, dass verbesserte Möglichkeiten zum Austausch sehr wichtig seien.

---

<sup>6</sup> Neben diesen Empfehlungen zur Anpassung der Schwellenwerte und Kriterien gab es auch die Bitte, die von der DAS genutzte Auswertungssyntax und Schnittstellen der Datenübertragung zu überprüfen, um Probleme bei der technischen Umsetzung auszuschließen.

Schließlich gab es Hinweise, die sich auf die Verbindlichkeit der Umsetzung des Indikatorenansatzes bezogen. Dazu wurde auf die Veröffentlichung der Ergebnisse Bezug genommen und vorgeschlagen, dass *kein Ausschluss von der Veröffentlichung* erfolgen sollte. Die Wirkung des Ausschlusses auf die Mitarbeiter\*innen sei nicht zu unterschätzen. Er fördere ggf. Akzeptanzverluste und vor allem eine Anpassung an das System in Form einer strategischen Eingabe statistisch plausibler Daten ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Situation der Bewohner\*innen. Es wurde zudem die Möglichkeit angesprochen, ein Verfahren einzuführen, in dem Einrichtungen bestätigen können, dass sie die Daten tatsächlich aktualisiert und geprüft haben. Diese Mitteilung sollte dann eine entsprechende Konsequenz haben bzw. Berücksichtigung finden. Darüber hinaus gab es den Vorschlag, die statistischen Auffälligkeiten in der Praxis zu überprüfen, um auf der Basis die 25%-Grenze anpassen zu können.

Insgesamt sei es wichtig, dem System bzw. den Einrichtungen und ihren Mitarbeiter\*innen mehr Zeit zu geben. Die neue Art der Qualitätsbeurteilung erfordere ein Umdenken und verlange von den Mitarbeiter\*innen eine methodische Kompetenz, die nicht selbstverständlich sei. Die Anpassung von Prozessen, vor allem aber die Weiterentwicklung der Aufmerksamkeit und Differenzierung bei der Wahrnehmung von Veränderungen auf Seiten der Bewohner\*innen sei eine Herausforderung für die meisten Einrichtungen.

### **Fazit**

Die Fokusgruppen lieferten im Hinblick auf die Vorbereitung der Einrichtungen auf den neuen Indikatorenansatz sowie die Durchführung der Ergebniserfassung ein ähnliches Bild wie die Interviews mit Vertreter\*innen der Einrichtungen. Die Befragten berichteten von umfangreichen Schulungsaktivitäten. Die einführenden Schulungen durch die Verbände seien größtenteils vor der Covid-19-Pandemie abgeschlossen gewesen bzw. wurden im Anschluss zeitnah in ein Onlineformat umgestellt. Eine nicht ausreichende Vorbereitung bei den Mitarbeiter\*innen wurde daher für den Großteil der Einrichtungen nicht angenommen.

Ähnlich wie im Falle der Interviews gingen die Expert\*innen davon aus, dass die Covid-19-Pandemie für die meisten Einrichtungen gewisse Erleichterungen brachte, da durch die Verlängerung des Erprobungszeitraums mehr Zeit zur Auseinandersetzung mit dem neuen System zur Verfügung stand. Es habe allerdings auch Einrichtungen gegeben, die von der Pandemie und darauf bezogenen Maßnahmen stark betroffen waren und kaum Zeit für die Auseinandersetzung mit dem neuen Indikatorenansatz hatten. Dies war allerdings nach Einschätzung der beteiligten Expert\*innen keineswegs die Mehrzahl.

Betont wurde, dass die Daten größtenteils verantwortungsbewusst geprüft und aktualisiert werden. Eine unreflektierte Datenübernahme wurde weitgehend ausgeschlossen. Die Expert\*innen sahen allerdings auch die Möglichkeit, dass eine Übernahme von Daten ohne Vorsatz oder aus Unwissenheit oder aufgrund von Ungenauigkeit entstehen könne. Auch wurden des Öfteren Herausforderungen bei

der Nutzung der BI-Module beschrieben. Die gedankliche Verknüpfung mit dem Pflegegradmanagement oder das Empfinden, die vierstufige Einschätzungsskala sei zu grob, erhöhen die Schwelle, von der an Zustandsveränderungen zum Anlass für eine Abweichung von vorliegenden Einschätzungsergebnissen werden.

Besonders betont wurde außerdem, dass es durchaus realistisch sei, dass sich die Selbständigkeit und kognitiven Fähigkeiten vieler Bewohner\*innen innerhalb von sechs Monaten nicht wesentlich verändern. Dies würde in hohem Maße auf Spezialeinrichtungen zutreffen, die vornehmlich Bewohner\*innen mit psychischen Erkrankungen betreuen.

In den Gesprächen wurde hervorgehoben, dass die Mehrheit der Einrichtungen und Mitarbeiter\*innen sehr viel Zeit und Arbeit in die Ergebniserfassung investiert haben und entsprechend das statistisch nicht plausible Ergebnis bzw. vor allem die nicht versendeten Feedbackberichte zu Unverständnis und Frustration geführt haben. Hier müsse dringend reagiert werden, um Vertrauensverlusten, einer Ablehnung des Systems sowie auch einer bewussten, strategisch motivierten Datenanpassung oder gar Datenmanipulation zur Umgehung des Plausibilitätsproblems entgegenzuwirken.

Als sehr wichtig wird daher die Überprüfung der verschiedenen Kriterien und Grenzwerte, insbesondere der 25%-Grenze, aber auch der Auffälligkeitskriterien 5 bis 17 erachtet. Darüber hinaus verdienen kommunikative Aspekte Aufmerksamkeit. Dazu gehören die Vereinheitlichung und Verbesserung des bestehenden Informationsangebots und die Harmonisierung der verschiedenen Informationsquellen bzw. die Vermeidung vermeintlich oder tatsächlich abweichender Inhalte. Auch einem umfassenden, leserfreundlichen Feedbackbericht, der unabhängig vom Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle versendet wird und mehr inhaltliche Erläuterungen beinhaltet als bisher, wird als zentral für die Akzeptanz des Systems sowie die Erkennung des Nutzens für das interne Qualitätsmanagement beschrieben.

Von mehreren Expert\*innen wurden Bedenken geäußert, dass es im laufenden Jahr 2022 zu Schwierigkeiten bei der Durchführung der Ergebniserfassung in den Einrichtungen kommen könnte, wenn die zeitliche Flexibilität bei der Abgabe der Daten nicht gegeben ist und gleichzeitig hohe Personalausfälle auftreten. Es sei absehbar, dass vermehrte Krankmeldungen aufgrund von Covid-19-Infektionen und auch das Infektionsgeschehen unter den Bewohner\*innen zu erheblichen Problemen führen. Es sei dann nicht verwunderlich, wenn sich daraus dann tatsächlich und nicht nur vermeintlich Probleme mit der Datenqualität ergeben.

### 3.5 Ergebnisse der Online-Befragung

Die im Projekt vorgesehene schriftliche Befragung von Pflegeeinrichtungen sollte einige ergänzende Informationen zur Praxis der Ergebniserfassung liefern, aber auch Quantifizierungen ermöglichen, die auf der Grundlage von Interviews und Fokusgruppen nur sehr eingeschränkt möglich sind. Die Befragung ermöglichte es auch, die Sichtweise und Erfahrungen der Einrichtungen direkt zu erfassen – einschließlich einiger Einschätzungen und Beurteilungen, die sich auf die Vorbereitung der Ergebniserfassung und die Beurteilung der Plausibilität beziehen. Hier gab es an manchen Stellen durchaus andere Akzentuierungen als in den Interviews und Fokusgruppendifkussionen.

#### **Stichprobe**

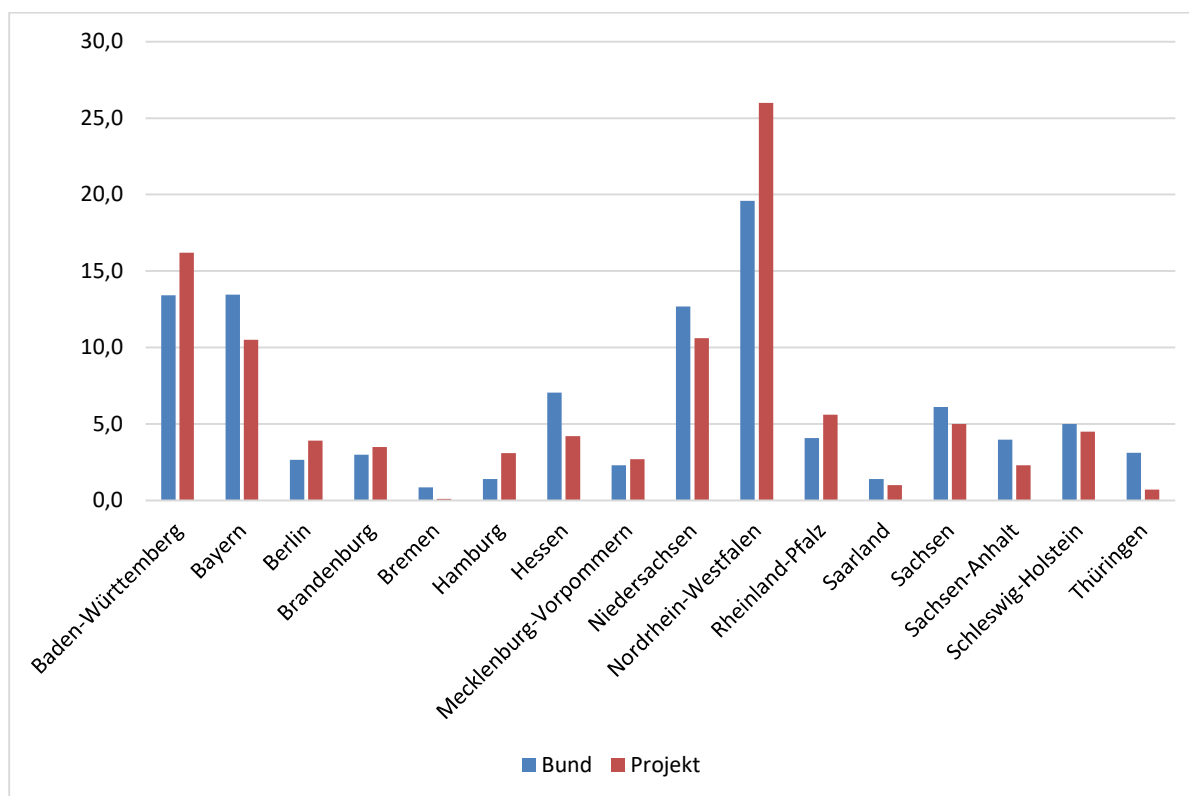
Die Befragung richtete sich an diejenigen Einrichtungen, die von der Datenauswertungsstelle Pflege (DAS) im Jahr 2021 eine vollständige Rückmeldung zur statistischen Plausibilität erhalten hatten – also an Einrichtungen, bei denen die DAS Pflege auch überprüft hat, inwieweit die Angaben zur Selbständigkeit und zu den kognitiven Fähigkeiten der Bewohner\*innen zu zwei Erhebungszeitpunkten übereinstimmen. Wie bereits angemerkt, riefen auch andere Einrichtungen den online-Fragebogen auf. Da sie die Teilnahmevoraussetzung nicht erfüllten, hatten sie zu den meisten Teilen des Fragebogens jedoch keinen Zugang. Die nachfolgenden Darstellungen beruhen somit auf der Auswertung von Informationen aus insgesamt 747 Einrichtungen, die die Vorgabe erfüllten, bereits zwei Ergebniserfassungen im Jahr 2021 an die Datenauswertungsstelle gesendet zu haben.

26% der teilnehmenden Einrichtungen stammen aus Nordrhein-Westfalen, 16% aus Baden-Württemberg und jeweils knapp 11% aus Bayern und Niedersachsen. Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg waren damit in der Stichprobe überrepräsentiert. Davon abgesehen entsprach die Verteilung auf die Bundesländer, wie die nachfolgende Abbildung zeigt, im Großen und Ganzen der regionalen Verteilung, die auch in der Pflegestatistik angegeben ist<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Soweit nicht anders angegeben, stützt sich der Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt hier und auch im Folgenden auf die Pflegestatistik, die sich auf die Situation im Heimbereich Ende des Jahres 2019 bezieht (Destatis 2020a und 2020b).

**Abb. 1: Regionale Verteilung der Projekteinrichtungen im Bundesvergleich  
(in Prozent, Vergleichsjahr: 2019)**



Die mittlere Größe der 747 Einrichtungen im Projekt belief sich auf 90 Plätze, im Bundesdurchschnitt liegt sie bei 78 Plätzen (Destatis 2020a). An der Befragung haben also eher größere Einrichtungen teilgenommen. In der Stichprobe waren darüber hinaus überproportional viele Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft vertreten. Die antwortenden Einrichtungen befanden sich zu 47,9% in freigemeinnütziger Trägerschaft, zu 36,6% in privater und zu 14,2% in öffentlicher Trägerschaft (Bund: 53,8%, 41,0% und 5,2% – Destatis 2020a).

15,7% der befragten Einrichtungen gaben an, spezialisierte Angebote für bestimmte Bewohnergruppen vorzuhalten, für die eine gesonderte Entgeltvereinbarung abgeschlossen wurde. Insbesondere betraf dies dementiell erkrankte Menschen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten. Eine differenzierte Angabe darüber, welche Bewohnergruppen darüber hinaus in diesen Einrichtungen betreut wurden, ist in Tabelle 1 aufgeführt. Etwa ein Fünftel (19,1%) der spezialisierten Einrichtungen gab an, Angebote für „andere Bewohnergruppen“ vorzuhalten, die sich jedoch inhaltlich zum Teil mit den standardisierten Informationen deckten; mit den entsprechenden Freitextangaben wurden vorrangig psychisch beeinträchtigte Menschen aufgeführt, ebenso Menschen mit geistiger Behinderung und dementiell Erkrankte.

**Tab. 1: Bewohnergruppen in Einrichtungen mit spezialisierten Angeboten**

Bewohnergruppe	Anteil (in %) (n=115)
Dementiell erkrankte Menschen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten	73,9
Menschen mit Suchterkrankungen	12,2
Menschen im Wachkoma	10,4
Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderung	10,4
Beatmungspflichtige Bewohner*innen	10,4
Bettlägerige Personen im späten Stadium einer Demenz	10,4
Menschen mit multipler Sklerose	9,6
Pflegebedürftige in jungem Alter	8,7
Andere Bewohnergruppen	19,1

Die Ergebniserfassung haben die meisten Einrichtungen (64%) erstmals im Jahr 2020 an die Datenauswertungsstelle geschickt. 24,1% hatten die erste Auswertung bereits im Jahr 2019 durchgeführt, und 12% erst im Jahr 2021. Die beiden Ergebniserfassungen im Jahr 2021, auf deren Basis erstmals die Berechnung der Auffälligkeitskriterien 1 bis 4 erfolgte, führten 75% der Einrichtungen in den Monaten März bis Mai sowie September bis November durch.

Ausgefüllt wurde die Befragung in nahezu der Hälfte der Einrichtungen (49,0%) von der Pflegedienstleitung oder ihrer Stellvertretung. Die/der QM-Beauftragte übernahm dies in 21,6% und die Heimleitung in 18,1% der Fälle, selten die Wohnbereichsleitung (1,4%). Von 7,7% der teilnehmenden Einrichtungen wurde die Möglichkeit der Freitextangabe genutzt, um die Position der ausfüllenden Person genauer zu beschreiben. Dabei zeigte sich, dass häufig zwei oder sogar drei Personen gemeinsam den Fragebogen ausgefüllt haben oder auch eine Person verschiedene Positionen in Personalunion besetzte. Selten wurde der Fragebogen von Bezugspflegerinnen, anderen Pflegefachkräften, Dokumentationsbeauftragten, der Geschäftsführung oder anderen Personen ausgefüllt. In einem Fall handelte es sich um eine „Fachkraft für Qualitätsindikatoren“.

Nach den vorliegenden Daten überschritten 358 der 747 beteiligten Einrichtungen die 25%-Grenze, von der an die DAS Pflege eine fehlende Plausibilität feststellt. Bei weiteren 49 Einrichtungen ist die Angabe zur Plausibilität unklar; die Information lag den Befragten entweder nicht vor oder die Einträge im Fragebogen waren in sich widersprüchlich, sodass von einem Missverständnis beim Ausfüllen ausgegangen werden muss. Gültige Angaben liegen also von 698 Einrichtungen vor, von denen gemäß Mitteilung der DAS 51,3% plausible und 48,7% nicht plausible Daten hatten. Soweit im Folgenden Auswertungen unter Bezug auf das Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle präsentiert werden, liegen die Daten dieser 698 Einrichtungen zugrunde. Bei den anderen Fragestellungen wurden alle 747 Einrichtungen in die Auswertung einbezogen.

### **Vorbereitung auf die Ergebniserfassung**

Unter anderem wurden die Einrichtungen um Angaben darüber gebeten, wie sie sich auf die Einführung des neuen Systems der Indikatoren bzw. auf die Ergebniserfassung vorbereitet haben. Die Frage nach den in Anspruch genommenen Schulungen stand dabei im Vordergrund. Organisatorische Anpassungen wurden im Rahmen der online-Erhebung nur am Rande thematisiert.

Insgesamt bestätigen die Daten aus der online-Erhebung das Bild, das im Rahmen der Interviews und der Fokusgruppen entstand. Im Vordergrund der organisierten Schulungsmaßnahmen standen zwei Formen der Wissensaneignung: a) die Schulung durch Multiplikator\*innen eines Verbandes und b) interne Gruppenschulungen, die ausgewählte, bereits geschulte Mitarbeiter\*innen der Einrichtungen (beispielsweise Führungskräfte oder QM-Beauftragte) selbst durchführten. Die internen Gruppenschulungen waren offenbar der am häufigsten genutzte Weg, den für die Ergebniserfassung zuständigen Mitarbeiter\*innen das notwendige Wissen zu vermitteln. Weniger genutzt wurde offenbar die Möglichkeit einer Schulung durch einen Softwareanbieter oder durch andere externe Berater\*innen, obwohl auch hier in etwa jede fünfte Einrichtung angegeben hat, solche Angebote in Anspruch genommen zu haben.

**Tab. 2: Nutzung von Gruppenschulungen zur Vorbereitung auf die Ergebniserfassung**

	<b>Anteil in % (Mehrfachangaben, n=747)</b>
Gruppenschulung durch Mitarbeiter*innen der Einrichtung	62,7
Schulung durch Multiplikator*innen eines Verbandes	46,5
Schulung durch externe Berater*innen	23,8
Schulung durch einen Softwareanbieter	18,2
keine Gruppenschulungen	7,9

Darüber hinaus wurden die Einrichtungen gebeten, anzugeben, mit welchen *zusätzlichen* Maßnahmen die Mitarbeiter\*innen auf die Ergebniserfassung vorbereitet wurden. Auch hier standen Prozesse im Vordergrund, die bereits in den Fokusgruppen und Interviews benannt wurden. Die häufigste Form, die Mitarbeiter\*innen ergänzend zu Schulungsmaßnahmen auf die Ergebniserfassung vorzubereiten, bestand in individuellen Anleitungen durch Führungskräfte oder andere Personen mit einem besonderen Aufgabenprofil in der Einrichtung. Drei Viertel aller befragten Einrichtungen gaben an, solche Anleitungen durchgeführt zu haben. Am zweithäufigsten genannt wurde die interne Weitergabe des in externen Schulungen erworbenen Wissens an Kolleg\*innen, die nicht an Schulungen teilgenommen hatten.

**Tab. 3: Zusätzliche Maßnahmen zur Vorbereitung auf die Ergebniserfassung**

	<b>Anteil in % (Mehrfachangaben, n=747)</b>
Individuelle Anleitung durch Führungskräfte u.a.	76,2
Geschulte haben Wissen an Kolleg*innen weitergegeben	44,2
Selbständige Vorbereitung der Mitarbeiter*innen	12,4
Andere zusätzliche Maßnahmen	12,2
Zusätzliche Maßnahmen gab es nicht	7,2

12,2% der Einrichtungen führten im Rahmen einer Freitextantwort weitere ergänzende Maßnahmen auf, die nicht im Fragebogen zur Auswahl standen („Andere zusätzliche Maßnahmen“). Mit 26 Antworten wurden dabei am häufigsten zusätzliche Schulungen in unterschiedlicher Form benannt<sup>8</sup>.

In Ergänzung zu diesen Fragen sollten die Einrichtungen eine Gesamtbeurteilung der Frage vornehmen, inwieweit sich die Mitarbeiter\*innen durch die Schulungsmaßnahmen ausreichend auf die Ergebniserfassung vorbereitet fühlten:

**Tab. 4: Selbsteinschätzung zur Vorbereitung auf die Ergebniserfassung durch Schulungen**

<b>Fühlten sich die Mitarbeiter*innen auf die Durchführung der Ergebniserfassung ausreichend vorbereitet?</b>	<b>Anteil in % (n=747)</b>
Alle oder fast alle Mitarbeiter*innen	27,8
Ein großer Teil der Mitarbeiter*innen	43,0
Eher wenige Mitarbeiter*innen	17,3
nicht zu beurteilen / k. A.	11,9

Lediglich 17,3% der Befragten signalisierten eine unzureichende Vorbereitung<sup>9</sup>. Dem gegenüber stehen 70,8%, die angaben, dass sich alle oder zumindest ein großer Teil der Mitarbeiter\*innen ausreichend vorbereitet fühlte. An anderer Stelle wurde etwas spezifischer danach gefragt, ob die Mitarbeiter\*innen zu wenig Zeit hatten, um sich auf die neue Art der Beurteilung von Selbständigkeit und Fähigkeiten vorzubereiten. Hier ging es also nicht um die Ergebniserfassung insgesamt, sondern um die

<sup>8</sup> Darüber hinaus wurden auch Schulungen von Softwareanbietern in Anspruch genommen. Eine ebenfalls wiederholt (13mal) genannte zusätzliche Maßnahme war die Begleitung der Mitarbeiter\*innen durch Multiplikator\*innen, Qualitätsmanagementbeauftragte oder die Pflegedienstleitung bei der ersten Erhebung. Einzelne Einrichtung hatten bereits an Projekten zur Erprobung des Indikatorenansatzes teilgenommen. Darüber hinaus gab es in 17 Fällen Hinweise auf Arbeitsgruppentreffen, Netzwerktreffen, Fachtagungen, Reflexionen in Fachkonferenzen und die Durchführung von Qualitätszirkeln, Audits und internem Controlling.

<sup>9</sup> Ergänzend wurde danach gefragt, inwieweit es zu wenig geeignete Schulungsangebote gab, um sich auf die neue Art der Beurteilung (von Selbständigkeit etc.) im Rahmen der Ergebniserfassung vorzubereiten. Hier stimmten immerhin 25,5% der befragten Einrichtungen der Aussage zu, dass es zu wenig geeignete Schulungsangebote gab („trifft voll und ganz zu“ oder „trifft eher zu“).



Einschätzung mit Hilfe der BI-Module. 31,2% der Befragten stimmten der Aussage zu, dass es für die Mitarbeiter\*innen in dieser Hinsicht zu wenig Vorbereitungszeit gab<sup>10</sup>.

Vor dem Hintergrund der großen fachlichen Herausforderungen, die die Ergebniserfassung mit sich brachte, ist dies nicht unbedingt als schlechtes Ergebnis anzusehen. Die schriftliche Befragung bestätigte damit das auch in den qualitativen Befragungen kommunizierte Gesamtbild, dass ein Großteil der Einrichtungen sich über Schulungsmaßnahmen und andere, einrichtungsspezifische Maßnahmen vergleichsweise intensiv auf die Einführung der Indikatoren und nach eigener Einschätzung wohl auch ausreichend vorbereitet hatte. Indirekt wurde damit auch die Beobachtung der Interviewpartner\*innen und Expert\*innen bestätigt, dass die Covid-19-Pandemie die Vorbereitung auf die Einführung der Ergebniserfassung nicht oder nur wenig beeinträchtigt hat. Es gibt jedoch eine starke Minderheit in der Größenordnung von schätzungsweise 20% - 30% der Einrichtungen, bei denen von einer offenbar nicht hinreichenden Vorbereitung auf die Ergebniserfassung auszugehen ist.

### ***Durchführung der Ergebniserfassung***

Um Zuständigkeiten für die Ergebniserfassung transparent zu machen, wurden die teilnehmenden Einrichtungen zunächst danach gefragt, von welchen Mitarbeiter\*innen die letzte Ergebniserfassung *hauptsächlich* durchgeführt wurde. Bei einem Drittel der Einrichtungen (31,3%) übernahm dies hauptsächlich die Wohnbereichsleitung. In 20,0% der Einrichtungen wurde diese Aufgabe überwiegend von einigen wenigen Mitarbeiter\*innen mit bereichsübergreifender Funktion (z. B. QM-Beauftragte) übernommen. 13,3% der Einrichtungen gaben die Bezugspfleger\*innen der jeweiligen Bewohner\*innen und 5,8% andere Pflegefachkräfte des Wohnbereichs als Hauptverantwortliche an.

Ein Drittel der Einrichtungen machte darüber hinaus Gebrauch von der Möglichkeit, andere Personen in Form von Freitextantworten anzugeben. In der Regel wurde hierbei jedoch die Übernahme oder Begleitung der Ergebniserfassung durch Leitungskräfte spezifiziert. Nahezu 8 % dieser Einrichtungen gaben an, die Zuständigkeiten liege bei der Pflegedienstleitung oder einer Gruppe aus Leitungskräften (Teamlösung unter Beteiligung von Pflegedienstleitung und Wohnbereichsleitung, ihren Stellvertretungen, Qualitätsmanagement und Einrichtungsleitung). Häufig waren zwei Personen beteiligt, teilweise jedoch auch bis zu fünf Personen mit verschiedenen Qualifikationen. Einige Einrichtungen benannten hier die Zusammenarbeit zwischen Bezugspfleger\*innen und verschiedenen Personen der Leitungsebene. Einige dieser Einrichtungen wiesen explizit darauf hin, dass die Bezugspfleger\*innen die Aktualisierung der Daten in der Pflegedokumentation übernahmen und die Aufgabe der Leitungsebene die anschließende Kontrolle der Daten umfasste.

Die Anzahl der Mitarbeiter\*innen, die die letzte Ergebniserfassung durchgeführt haben, lag im Mittel bei fünf Personen. Wird diese Zahl auf die Anzahl der Plätze in der jeweiligen Einrichtung bezogen,

---

<sup>10</sup> „Trifft voll und ganz zu“: 7,4%, „trifft eher zu“: 23,8%

fürte ein\*e Mitarbeiter\*in im Durchschnitt bei rund 25 Bewohner\*innen die Ergebniserfassung durch. Der Median, der aufgrund der starken Streuung der Werte in diesem Fall etwas aussagekräftiger ist, lag bei 20 Bewohner\*innen pro Mitarbeiter\*in. Für die betreffenden Mitarbeiter\*innen ist eine solche Fallzahl durchaus eine Herausforderung. Sie bewegt sich aber in einer Größenordnung, die bereits im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit und von Schulungen bei der Einführung des Indikatorenansatzes kommuniziert wurde.

Nicht nur im Blick auf die Vorbereitung, sondern auch hinsichtlich der Durchführung ist von Interesse, inwieweit die Covid-19-Pandemie die Ergebniserfassung und insbesondere die Einschätzung der Fähigkeiten und Selbständigkeit der Bewohner\*innen beeinträchtigt hat. Hierzu gab es eine gesonderte Frage an die teilnehmenden Einrichtungen. Sie sollten Auskunft darüber geben, ob die Mitarbeiter\*innen aufgrund der Covid-19-Pandemie genug Zeit hatten, um bei allen Bewohner\*innen eine differenzierte Beurteilung vorzunehmen.

**Tab. 5: Beeinträchtigung der Einschätzungen durch die Covid-19-Pandemie**

<b>Statement: „Die Mitarbeiter*innen hatten aufgrund der Covid-19-Pandemie nicht genug Zeit, um bei allen Bewohner*innen eine differenzierte Beurteilung vorzunehmen“</b>	<b>Anteil in % (n=747)</b>
Trifft voll und ganz zu	15,5
Trifft eher zu	23,7
Trifft eher nicht zu	30,3
Trifft überhaupt nicht zu	25,7
k. A.	4,8

Zusammen fast 40% der Einrichtungen gaben also an, dass aufgrund der Pandemie nicht genug Zeit verfügbar war, um differenzierte Beurteilungen bei allen Bewohner\*innen durchzuführen. Die Vorbereitung der Ergebniserfassung blieb, so lassen sich alle Erhebungsergebnisse zusammenfassen, in einem großen Teil der Einrichtungen weitgehend unbeeinflusst von der Pandemie. Für die Durchführung hatte sie allerdings häufig negative Auswirkungen.

Es muss also auch damit gerechnet werden, dass die Beurteilung von Selbständigkeit und kognitiven Fähigkeiten in fast 40% der Einrichtungen aufgrund widriger Rahmenbedingungen möglicherweise nicht so sorgfältig erfolgte, wie es wünschenswert gewesen wäre. Möglicherweise wurde bei der Überprüfung der Aktualität bzw. der Gültigkeit von Angaben aus der Pflegedokumentation eher die Gesamtsituation und nicht die Teilaspekte der Selbständigkeit und der Fähigkeiten differenziert betrachtet. Wenn sich die Gesamtsituation der betreffenden Bewohner\*innen nicht oder nur unwesentlich verändert hatte, verzichteten die Mitarbeiter\*innen darauf, jedes einzelne Merkmal erneut zu prüfen und bewerteten die in der Pflegedokumentation vorgefundenen Informationen als gültig. Dies könnte mit dazu beigetragen haben, dass es zu ungewöhnlich vielen Fällen mit fehlender Plausibilität nach den Auffälligkeitskriterien<sup>1</sup> bis 4 gekommen ist.

In die online-Erhebung war eine weitere Frage integriert, mit der sich diese Hypothese überprüfen lässt. Die Einrichtungen wurden gebeten, anzugeben, inwieweit das Statement „Die Mitarbeiter\*innen haben eine aktuelle Beurteilung (z. B. der Mobilität) vorgenommen, aber nicht jeden einzelnen Teilaspekt neu beurteilt“ aus ihrer Sicht zutrifft:

**Tab. 6: Aktualität und Differenziertheit der Beurteilungen bei der Ergebniserfassung**

<b>Statement: „Die Mitarbeiter*innen haben eine aktuelle Beurteilung (z. B. der Mobilität) vorgenommen, aber nicht jeden einzelnen Teilaspekt neu beurteilt“.</b>	<b>Anteil in % (n=747)</b>
Trifft voll und ganz zu	7,6
Trifft eher zu	31,5
Trifft eher nicht zu	31,2
Trifft überhaupt nicht zu	25,3
k. A.	4,4

Ebenfalls knapp 40% der Befragten tendierten also dazu, die Aussage zu bestätigen, gingen also davon aus, dass eher die Gesamtheit eines Phänomens (z. B. Mobilität), aber nicht jeder Teilaspekt (z. B. die Fähigkeit, sich umzusetzen, eine aufrechte Sitzposition zu halten etc.) beurteilt wurde. Dadurch wird das Einschätzungsergebnis nicht unbedingt unzutreffend, eventuell aber ungenauer.

Schließlich wurde auch direkt danach gefragt, ob der Eindruck bestehe, dass die Mitarbeiter\*innen bei der Ergebniserfassung aufgrund von Zeitdruck häufig alte Einschätzungsergebnisse übernommen haben. 4,0% der Befragten antworteten darauf, dass sie diese Aussage für „voll und ganz“ zutreffend halten. 19,7% weitere Befragte wählten die Antwortoption „trifft eher zu“. Zusammengenommen sahen also 23,7% der Befragten durchaus eine Tendenz, unter den Bedingungen von Zeitdruck den einfachen Weg zu gehen und alte Einschätzungsergebnisse zu übernehmen.

**Tab. 7: Übernahme alter Einschätzungsergebnisse bei der Ergebniserfassung**

<b>Statement: „Die Mitarbeiter*innen haben aufgrund von Zeitdruck häufig alte Einschätzungsergebnisse übernommen“.</b>	<b>Anteil in % (n=747)</b>
Trifft voll und ganz zu	4,0
Trifft eher zu	19,7
Trifft eher nicht zu	33,1
Trifft überhaupt nicht zu	37,8
k. A.	5,5

Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass die Frage nicht sehr präzise formuliert war. Aus der Antworttendenz lässt sich jedoch durchaus ablesen, dass der Zeitdruck als ein wesentlicher Faktor gesehen wurde, der das Vorgehen bei der Beurteilung von Selbständigkeit, kognitiven Fähigkeiten und

anderen Sachverhalten im Rahmen der Ergebniserfassung beeinflusst hat. Zusammenfassend lässt sich aus den Erhebungsergebnissen schließen, dass im Regelfall nicht willkürlich Beurteilungen vorgenommen wurden, sondern die Haupttendenz eher darin bestand, bei der Einschätzung oberflächlicher vorzugehen als es unter anderen Bedingungen (bei weniger Zeitdruck) geschehen wäre.

### **Verfügbarkeit von Informationen**

Im Rahmen der Befragung sollte auch geklärt werden, inwieweit die Verfügbarkeit bestimmter Informationen Einfluss darauf haben könnte, dass Einschätzungsergebnisse aus der vorhergehenden Ergebniserfassung übernommen wurden und damit gehäuft fehlende Plausibilität auftrat.

84,1% der befragten Einrichtungen gaben an, dass sie mit der strukturierten Informationssammlung (SIS) bzw. mit dem Strukturmodell der Pflegedokumentation arbeiten. 87,4% verfügen über ein EDV-gestütztes Pflegedokumentationssystem. Lediglich 8,0% der Einrichtungen dokumentierten noch auf Papier. Vor diesem Hintergrund ist zunächst einmal festzustellen, dass die informationstechnischen Voraussetzungen für die Ergebniserfassung in den allermeisten Einrichtungen nicht grundlegend voneinander abweichen. Dennoch zeigten sich große Unterschiede bei der Frage, welche Informationen bei der Ergebniserfassung tatsächlich vorliegen bzw. genutzt werden:

**Tab. 8: Genutzte Informationen bei der Ergebniserfassung**

	<b>Anteil in % (Mehrfachantworten, n=747)</b>
Individuelle Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation	82,3
Zustandsbeschreibungen aus der Pflegedokumentation	68,3
Ergebnisse der vorhergehenden Ergebniserfassung	48,2
Ergebnisse aus der letzten Pflegebegutachtung	32,0
Keine dieser Informationen	1,3

Dass in den meisten Fällen zentrale Informationen aus der Pflegedokumentation verwendet werden, ist zu erwarten. Weniger passt ins Bild, dass nur 68,3% der Einrichtungen angaben, Zustandsbeschreibungen aus der Pflegedokumentation verwendet zu haben. Gerade diese Zustandsbeschreibungen sind von besonderer Wichtigkeit, wenn die Selbständigkeit oder kognitive Fähigkeiten der Bewohner\*innen eingeschätzt werden sollen. Noch mehr fällt auf, dass 48,2% der befragten Einrichtungen angaben, die Ergebnisse der vorhergehenden Ergebniserfassung genutzt zu haben. Dieser Anteil ist wesentlich höher als dies aufgrund der Aussagen aus den Fokusgruppen oder den Interviews zu erwarten gewesen wäre. Interessant ist ferner, dass bei 32,0% der Befragten auch die Ergebnisse aus der letzten Pflegebegutachtung bei der Ergebniserfassung verfügbar waren bzw. von den Mitarbeiter\*innen bei der Ergebniserfassung genutzt wurden. Ob es sich dabei nur um eine Information über den Pflegegrad oder differenziertere Angaben zur Selbständigkeit handelt, ist aufgrund der

Frageformulierung nicht feststellbar. Allerdings könnte die Einbeziehung einer Information über den Pflegegrad die von den Expert\*innen beschriebene Tendenz fördern, lediglich gravierende Zustandsänderungen zum Anlass zu nehmen, von bereits vorhandenen Beurteilungen der Selbständigkeit bzw. der kognitiven Fähigkeiten abzuweichen.

Ferner könnte für die Ergebniserfassung von Bedeutung sein, inwieweit die Pflegedokumentation die Bereiche Mobilität, Selbstversorgung und Selbständigkeit beim Alltagsleben in der Form darstellen, wie sie auch für die Ergebniserfassung benötigt werden. Das bedeutet, dass sowohl die Variablen (z. B. „Treppensteigen“) als auch die Variablenausprägungen (z. B. „selbständig“, „überwiegend selbständig“ usw.) in der entsprechenden Form vorliegen. Ist dies der Fall, so ist eine einfache Übertragung bzw. Übernahme der Angaben aus der Pflegedokumentation möglich. Anderenfalls müssten Informationen aus der Pflegedokumentation interpretiert und in ein standardisiertes Einschätzungsergebnis transferiert werden, was gleichbedeutend mit einer Neueinschätzung wäre.

**Tab. 9: Liegen Informationen zur Selbständigkeit in der Pflegedokumentation in dem bei der Ergebniserfassung benötigten Format vor?**

	Anteil in % (n=747)
ja	79,9
nein	12,7
weiß nicht / k. A.	7,3

In vier von fünf Einrichtungen ist es also möglich, die benötigten Information zur Selbständigkeit direkt aus der Pflegedokumentation zu entnehmen. Nur 12,7% der Befragten äußerten sich gegenteilig. Dieses Ergebnis ist für das Verständnis des Prozesses sehr wichtig. Wenn die Mitarbeiter\*innen davon überzeugt sind, dass die Informationen aus der Pflegedokumentation aktuell und zutreffend sind, werden sie sie ohne jede eigene Beurteilung übertragen. An dieser Stelle muss erneut betont werden, dass von Informationen aus der Pflegedokumentation die Rede ist, die nicht notwendigerweise mit den Beurteilungen der vorhergehenden Ergebniserfassung identisch sind. De facto sind sie es jedoch in vielen Fällen. Es ist davon auszugehen, dass diese Ergebnisse im Verlauf der Evaluationen, die im Rahmen des Pflegeprozesses über den Zeitraum von sechs Monaten stattfinden, immer wieder fortgeschrieben werden und damit unverändert bleiben. So dürfte zu erklären sein, aus welchem Grund die Zahl der Einrichtungen mit fehlender Plausibilität im Sinne der Auffälligkeitskriterien 1 bis 4 hoch liegt, auch wenn diese nicht die Angaben aus der vorhergehenden Ergebniserfassung, sondern aktualisierte Angaben aus der Pflegedokumentation verwendet haben.

Dass die Verfügbarkeit bestimmter Daten dazu verleitet, frühere Informationen unreflektiert zu übernehmen, ist nach den vorliegenden Ergebnissen weitgehend auszuschließen. Es wurde geprüft, inwieweit sich die Häufigkeit fehlender Plausibilität bei den befragten Einrichtungen in Abhängigkeit davon,

dass bestimmte Informationen vorliegen oder nicht, unterscheidet. In diese Auswertung einbezogen wurden

- die Verfügbarkeit des Begutachtungsergebnisses,
- die Verfügbarkeit der Daten der vorhergehenden Ergebniserfassung,
- die Verfügbarkeit anderer Informationen aus der Pflegedokumentation und
- die Verfügbarkeit des Datenformats, das auch für die Ergebniserfassung benötigt wird.

In keinem Fall zeigte sich eine signifikant höhere Häufigkeit fehlender Plausibilität. Das heißt zum Beispiel, dass fehlende Plausibilität in Einrichtungen, in denen die Daten der vorhergehenden Ergebniserfassung bei der aktuellen Ergebniserfassung vorliegen, nicht häufiger auftritt als in Einrichtungen, in denen die zuständigen Mitarbeiter\*innen nicht über diese Daten verfügen.

Auch wenn Einrichtungen danach verglichen werden, ob alte Daten zu Vergleichszwecken hinzugezogen wurden oder ob aufgrund von Zeitdruck alte Einschätzungsergebnisse übernommen wurden, zeigt sich kein nennenswerter Unterschied bei der Häufigkeit fehlender Plausibilität:

**Tab. 10: Zusammenhang zwischen fehlender Plausibilität und Nutzung von Daten aus der vorhergehenden Ergebniserfassung**

„Wurden Daten der vorherigen Ergebniserfassung bei der neuen Ergebniserfassung als Vergleichswerte hinzugezogen?“	Einrichtungen mit plausiblen Daten (n=358)	Einrichtungen mit fehlender Plausibilität (n=338)
Ja, bei allen Bewohner*innen	39,7 %	38,5 %
Ja, bei einem Teil der Bewohner*innen	29,1 %	30,2 %
Nein, bei keinen Bewohner*innen	28,5 %	28,7 %
Weiß ich nicht / k. A.	2,8 %	2,7 %
Insgesamt	100,0 %	100,0 %

**Tab. 11: Zusammenhang zwischen fehlender Plausibilität und Übernahme von Einschätzungsergebnissen aus der vorhergehenden Ergebniserfassung**

Statement: „Die Mitarbeiter*innen haben aufgrund von Zeitdruck häufig alte Einschätzungsergebnisse übernommen“	Einrichtungen mit plausiblen Daten (n=352)	Einrichtungen mit fehlender Plausibilität (n=336)
Trifft voll und ganz zu	3,7 %	4,5 %
Trifft eher zu	26,4 %	15,2 %
Trifft eher nicht zu	34,4 %	35,7 %
Trifft überhaupt nicht zu	35,5 %	44,6 %
Insgesamt	100,0 %	100,0 %

Die Annahme, dass die Nutzung bzw. Verfügbarkeit „alter“ Daten vermehrt zu fehlender Plausibilität führt, muss nach diesen Ergebnissen verworfen werden. Fehlende Plausibilität steht offensichtlich in keinem Zusammenhang mit den Informationen, die für die Ergebniserfassung bereitgestellt werden.

### **Weitere potentielle Einflussfaktoren**

Gibt es andere Faktoren, denen ein Einfluss auf das Ergebnis der Plausibilitätskontrolle zugeschrieben werden könnte? Um diese Fragen zu beantworten, wurden die Einrichtungen in Gruppen eingeteilt, für die dann die Häufigkeit eines negativen Ergebnisses (=fehlende Plausibilität) verglichen wurde. Beispielsweise wurde überprüft, ob unterschiedliche Zuständigkeiten dazu führen, dass seltener oder häufiger eine fehlende Plausibilität festgestellt wurde. Die Auswertung wurde für folgende Merkmale durchgeführt:

- Trägerschaft
- Zuständigkeit verschiedener Mitarbeitergruppen für die Ergebniserfassung
- Unterschiede bei der Nutzung von Schulungsangeboten
- Gemeinsame Ergebniserfassung durch zwei oder mehr Mitarbeiter\*innen
- Verknüpfung der Ergebniserfassung mit der individuellen Maßnahmenplanung im Pflegeprozess.

Auch bei diesen Auswertungen ergaben sich keine belastbaren Hinweise auf einen Zusammenhang mit der Häufigkeit fehlender Plausibilität. Es sei hier nur exemplarisch das Ergebnis zur Untersuchung der Frage aufgeführt, ob Teamverantwortung in irgendeiner Form die Häufigkeit negativer Ergebnisse bei der statistischen Plausibilitätskontrolle beeinflusst:

**Tab. 12: Zusammenhang zwischen teamorientierter Ergebniserfassung und fehlender Plausibilität**

Wie häufig werden Einschätzungen zu zweit oder im Team vorgenommen?	Einrichtungen mit plausiblen Daten (n=345)	Einrichtungen mit fehlender Plausibilität (n=329)
Immer	21,7 %	20,4 %
Häufig	49,6 %	48,9 %
Selten	24,1 %	27,7 %
Nie	4,6 %	3,0 %
Insgesamt	100,0 %	100,0 %

Ähnliche Verteilungen, die keinen Zusammenhang mit fehlender Plausibilität erkennen lassen, zeigten sich auch bei den anderen Auswertungen. Interessant ist an den Zahlen dieser Tabelle eher, dass rund 70% der Einrichtungen angegeben haben, *immer* oder *häufig* die Ergebniserfassung zu zweit oder im Team durchgeführt zu haben. Das deutet darauf hin, dass die Mehrheit der Einrichtungen bei der Durchführung der Ergebniserfassung keineswegs Aufwand gescheut hat, zumal auch bei Lösungen, bei denen überwiegend eine Person die Erfassung durchführte, nicht automatisch von einem geringeren Aufwand auszugehen ist.

### **Verständlichkeit der Rückmeldung der DAS Pflege**

Sowohl die Diskussion in den Fokusgruppen als auch die Ergebnisse der Interviews haben verdeutlicht, dass die Mitteilung einer fehlenden Plausibilität und die dazugehörigen Informationen in den Einrichtungen oft negativ aufgenommen werden. Das liegt, so die Befragten, nicht so sehr am Ergebnis selbst (fehlende Plausibilität), sondern vor allem auch daran, dass diese Berichte aus der Sicht der Einrichtungen nicht erkennen lassen, worin das Problem im Einzelnen besteht, und sich auch nicht dazu eignen, Anhaltspunkte zur Problemlösung abzuleiten.

In die online-Erhebung wurde ebenfalls die Frage aufgenommen, wie die Informationen der Datenauswertungsstelle Pflege zur Plausibilität von den Einrichtungen beurteilt werden. Das Ergebnis zeigt die folgende Tabelle.

**Tab. 13: Beurteilung der Verständlichkeit der Rückmeldungen zur Plausibilität der Daten aus der Sicht der Einrichtungen<sup>11</sup>**

	<b>Anteil in % (n=747)</b>
Alle Informationen zur Plausibilität waren verständlich.	12,0
Die meisten Informationen zur Plausibilität waren verständlich.	27,2
Nur ein geringer Teil der Informationen zur Plausibilität war verständlich.	36,1
Die Informationen der DAS zur Plausibilität waren durchweg unverständlich.	18,2
Kann ich nicht beurteilen / k. A.	6,5

Rund 40% der Befragten gaben an, dass alle oder zumindest die meisten Informationen aus den Rückmeldungen nachvollziehbar waren. Eine knappe Mehrheit der Einrichtungen (54,3%) allerdings meinte, dass nur ein geringer Teil der Informationen verständlich sei oder der Bericht der DAS gar komplett unverständlich sei. Nähere Auswertungen zeigten, dass die Kritik an der Verständlichkeit davon unabhängig ist, ob die statistische Plausibilitätskontrolle positiv oder negativ ausfiel.

Das Ergebnis stimmt in der Tendenz mit den Aussagen der befragten Expert\*innen und Interviewpartner\*innen überein. Es handelt sich um ein wichtiges Ergebnis, das unabhängig von der Frage, wie ggf. Kriterien der statistischen Plausibilitätskontrolle angepasst werden sollten, Beachtung verdient. Die Nachvollziehbarkeit und der Nutzen von Informationen über das Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle hat einen entscheidenden Einfluss auf die Einrichtungen und ihre Motivation, die Rückmeldung zum Anlass für Ursachenforschung und für Bemühungen um eine Fehlerbehebung zu machen.

<sup>11</sup> „Wie beurteilen Sie die Verständlichkeit der Informationen zur Plausibilität, die die Einrichtung als Rückmeldung von der Datenauswertungsstelle erhalten hat?“



## **Fazit**

Im Gesamtbild zeigen die Ergebnisse, dass ein erheblicher Teil der Einrichtungen Beeinträchtigungen der Ergebniserfassung durch die erschwerten allgemeinen Rahmenbedingungen erfahren hat. So meinten rund 40% der Einrichtungen, dass aufgrund der Covid-19-Pandemie nicht genug Zeit bestanden habe, um eine differenzierte Beurteilung der Fähigkeiten und Selbständigkeit der Bewohner\*innen vorzunehmen. Etwas weniger, insgesamt 31%, gaben an, zu wenig Zeit gehabt zu haben, um sich auf die neue Art der Beurteilung vorzubereiten. Welche Gründe im Einzelnen dazu geführt haben, lässt sich aus der Befragung allerdings nicht ableiten.

Im Rahmen der Erhebung wurde auch direkt danach gefragt, ob Zeitdruck häufiger zu Übernahme alter Einschätzungsergebnisse geführt habe. Immerhin knapp ein Viertel der befragten Einrichtungen bejahte dies. Noch höher war der Anteil der Einrichtungen, die meinten, dass zwar eine aktuelle Beurteilung der Situation der Bewohner\*innen vorgenommen worden sei, dass diese Beurteilung aber nicht jeden einzelnen Teilaspekt berücksichtigt habe. Dies bestätigt den Eindruck, dass anlässlich der bevorstehenden Ergebniserfassung in den Einrichtungen zwar überwiegend eine Aktualisierung vorhandener Einschätzungen erfolgte, dass aufgrund der schwierigen Rahmenbedingungen die Einschätzung jedoch möglicherweise nicht so differenziert ausgefallen ist, wie es das Verfahren eigentlich verlangt.

Auswirkungen auf die Häufigkeit, mit der die DAS Pflege fehlende Plausibilität feststellte, hatte dies jedoch offenbar nicht. Auf verschiedenen Wegen wurde überprüft, inwieweit es Unterschiede bei der Nutzung von Informationsquellen, Schulungsangeboten, suboptimaler Vorbereitung oder der Organisation der Ergebniserfassung zwischen den Einrichtungen gab, bei denen eine fehlende Plausibilität festgestellt wurde („negatives Ergebnis“), und Einrichtungen, die unauffällig blieben. Dieser Vergleich ließ keinen signifikanten Unterschied erkennen. So lag der Anteil der Einrichtungen, in denen Vergleichswerte aus der letzten Ergebniserfassung genutzt wurden, in beiden Gruppen mit jeweils knapp 70% der Fälle in etwa gleich hoch. Auch bei der Nutzung verschiedener Informationsquellen zeigten sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Zu ähnlichen Ergebnissen führten Auswertungen zur Häufigkeit, mit der eine Übernahme alter Einschätzungsergebnisse erfolgte, oder zum Stellenwert schwieriger Rahmenbedingungen für das Vorgehen bei der Ergebniserfassung.

Die Unterschiede zwischen den Einrichtungen, bei denen fehlende Plausibilität festgestellt wurde, und Einrichtungen, die in dieser Hinsicht unauffällig blieben, sind also im Gesamtbild gering. Zugleich verdeutlichen die Erhebungsergebnisse, dass zwar nicht die Mehrheit, aber doch ein erheblicher Teil der Einrichtungen von erschwerenden Bedingungen bei der Durchführung oder Problemen fehlender Vorbereitung bei der Ergebniserfassung betroffen war. Je nach Thema schwankte der Anteil dieser Einrichtungen im Bereich von 20% bis 40%. Er liegt höher als es die Aussagen aus den Interviews oder den Fokusgruppen erwarten ließen. Die Einführung des Indikatorenansatzes erfolgte also in vielen Fällen unter Voraussetzungen, die der Sicherstellung einer ausreichenden Datenqualität wenig zuträglich waren.

### 3.6 Zum potenziellen Einfluss der Software-Architektur

Mit einer Analyse der Daten, die bei der DAS Pflege vorliegen, sowie leitfaden- und videogestützten Befragungen von vier Softwareanbietern wurde versucht, mit der Nutzung von Softwareprogrammen in Verbindung stehende Probleme unter Berücksichtigung der jeweiligen technischen Datenübermittlung zu identifizieren.

Der Datenanalyse lagen die Ergebnisse zur statistischen Plausibilitätskontrolle von Einrichtungen sowie zugehörige Informationen zum Übermittlungsweg und zu Softwareanbietern zugrunde. Es wurden ausschließlich Daten von Einrichtungen berücksichtigt, für die bereits das Ergebnis einer statistischen Plausibilitätskontrolle unter Einbezug der AK 1 bis 4 vorlag.

Zunächst wurden deskriptive Auswertungen vorgenommen, um einen Überblick zu den eingeschlossenen Einrichtungen zu erhalten:

- Größe der Einrichtung bzw. Anzahl der übermittelten Datensätze je Einrichtung,
- Nutzung der Übermittlungswege (FORMULAR<sup>12</sup>, UPLOAD<sup>13</sup>, WEBSERVICE<sup>14</sup>),
- Nutzung von Softwareanbietern,
- Ergebnisse der statistischen Plausibilitätskontrolle.

Darüber hinaus wurden deskriptive Auswertungen zur Häufigkeit von Pflegeeinrichtungen mit fehlender Plausibilität bei den unterschiedlichen Übermittlungswegen durchgeführt. Diese Unterschiede wurden mittels Pearson Chi-Quadrat-Test hinsichtlich ihrer statistischen Signifikanz geprüft. Eine statistische Signifikanz wurde ab einem p-Wert von  $< 0,05$  angenommen. Durch die Berechnung von Odds Ratios konnte eine Aussage zur Wahrscheinlichkeit fehlender Plausibilität getroffen werden. Hierbei wurden die Übermittlungswege FORMULAR-UPLOAD, FORMULAR-WEBSERVICE und FORMULAR-Software (UPLOAD oder WEBSERVICE) miteinander verglichen. Zudem wurden bewohnerbezogen die Anteile statistisch auffälliger Daten je AK und Übermittlungsweg berechnet und mittels Pearson Chi-Quadrat-Tests hinsichtlich ihrer statistischen Signifikanz geprüft.

Durch weitere deskriptive Auswertungen konnte die Häufigkeit fehlender Plausibilität bei unterschiedlichen Softwareanbietern analysiert und somit die Fragestellung beantwortet werden, ob fehlende Plausibilität bei Nutzern unterschiedlicher Softwareanbieter gleichermaßen auftritt. Die Unterschiede in den Häufigkeiten fehlender Plausibilität nach Softwareanbietern wurden durch einen Pearson Chi-Quadrat-Test hinsichtlich ihrer statistischen Signifikanz ( $p < 0,05$ ) beurteilt. Darüber hinaus wurde jeweils für die AK 1 bis 4 einrichtungsspezifisch der Anteil der Bewohner\*innen berechnet, die das

---

<sup>12</sup> Die Dateneingabe erfolgt in diesem Fall direkt im Webportal der DAS Pflege. Die Pflegeeinrichtungen müssen hier bei jeder Erhebung alle Angaben zu den Bewohner\*innen neu eintragen.

<sup>13</sup> Die Dateneingabe erfolgt in der Software der Pflegeeinrichtung. Nach Abschluss der Dateneingabe in der Software wird eine Export-Datei erzeugt, die die Pflegeeinrichtung im Webportal händisch hochladen muss.

<sup>14</sup> Die Dateneingabe erfolgt in der Software der Pflegeeinrichtung. Nach Abschluss der Dateneingabe in der Software werden die Daten automatisch an die technische Schnittstelle (Webservice) der DAS Pflege übermittelt.

jeweilige Kriterium erfüllen, um zu analysieren, inwieweit Unterschiede im Anteil der Bewohner\*innen mit Auffälligkeiten in dem jeweiligen Kriterium bei den verschiedenen Softwareanbietern bestehen.

Zu 4.093 Einrichtungen lagen Daten zur statistischen Plausibilitätskontrolle unter Einbezug der AK 1 bis 4 vor. Die Mehrheit (60,2%) dieser Einrichtungen übermittelte zum Stichtag zu 41-100 Pflegebedürftigen Daten. Jeweils etwa ein Fünftel zu weniger als 40 (20,5%) bzw. zu mehr als 100 Pflegebedürftigen (19,4%).

Von den 4.093 Einrichtungen wurde bei 2.620 (64,0%) zur Erhebung 2 fehlende Plausibilität festgestellt. Die Anteile an Einrichtungen mit fehlender Plausibilität bei den drei zur Verfügung stehenden Übermittlungswegen FORMULAR, UPLOAD und WEBSERVICE unterscheiden sich statistisch signifikant voneinander ( $p < 0,000$ )<sup>15</sup>. So wurde für 38,2% der 828 Pflegeeinrichtungen, die den Übermittlungsweg FORMULAR nutzten fehlende Plausibilität zur Erhebung 2 festgestellt. Bei 319 Pflegeeinrichtungen, die den Weg UPLOAD nutzten, lag der Anteil bei 85,9% und bei 2.943 Pflegeeinrichtungen, die den WEBSERVICE nutzten, lag dieser Anteil bei 68,9% (Tab. 14).

**Tab. 14: Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle nach Übermittlungsweg**

Übermittlungsweg	Pflegeeinrichtungen (n)	Pflegeeinrichtungen mit plausiblen Daten		Pflegeeinrichtungen mit fehlender Plausibilität	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Formular	828	512	61,8%	316	38,2%
Upload	319	45	14,1%	274	85,9%
Webservice	2.943	915	31,1%	2.028	68,9%
Keine Angabe	3	1	33,3 %	2	66,7%
<i>Insgesamt</i>	4.093	1.473	36,0%	2.620	64,0%

Die Wahrscheinlichkeit fehlender Plausibilität ist je nach Übermittlungsweg unterschiedlich. Im Vergleich zwischen WEBSERVICE und FORMULAR zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit bei Nutzern des WEBSERVICES 3,59-mal (KI: 3,05-4,21) so hoch ist, fehlende Plausibilität festzustellen. Ein deutlicheres Bild zeigt sich im Vergleich zwischen den Übermittlungswegen UPLOAD und FORMULAR. Die Wahrscheinlichkeit fehlender Plausibilität, ist bei der Übermittlung durch UPLOAD 9,87-mal (KI: 6,99-13,93) so hoch. Das Risiko fehlender Plausibilität ist 3,88-mal (Konfidenzintervall (KI): 3,31-4,55) so hoch, wenn Einrichtungen eine externe Softwarelösung nutzen (Übermittlungsweg UPLOAD oder WEBSERVICE), im Vergleich zu Einrichtungen, die das FORMULAR nutzen.

Tab. 15 zeigt die unterschiedlichen Anteile statistisch nicht plausibler Daten nach Übermittlungswegen und AK 1 bis 4. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Übermittlungswegen sind für jedes AK statistisch signifikant ( $p < 0,000$ ). Im Vergleich zwischen den AK zeigt sich, dass die Anteile an Bewohner\*innen, die das jeweilige Kriterium erfüllen, bei den AK 1 und 4 bei den verschiedenen Übermittlungswegen am höchsten sind.

<sup>15</sup> Bei drei Einrichtungen lagen keine Informationen zum Übermittlungsweg vor.

**Tab. 15: Anteil Bewohnerdatensätze die das jeweilige Kriterium erfüllen nach Übermittlungsweg**

Übermittlungsweg	Bewohner- datensätze (n)	AK 1	AK 2	AK 3	AK 4
Formular	55.646	22,6%	16,1%	14,7%	20,6%
Upload	24.644	46,8%	42,7%	39,3%	48,9%
Webservice	218.568	36,1%	31,7%	32,5%	36,8%
Keine Angabe	125	62,3%	56,2%	58,3%	64,6%
<i>Gesamt</i>	298.983	34,8%	29,9%	30,0%	35,0%

Die 3.262 Pflegeeinrichtungen, die eine eigene Software nutzten, setzten Software von 36 verschiedenen Herstellern ein<sup>16</sup>, darunter zwei Softwareanbieter, die 57,0% der Einrichtungen nutzten. In Tab. 16 sind die 18 Softwareanbieter und deren Übermittlungswege dargestellt, die von mindestens 20 Einrichtungen genutzt wurden. Es wird deutlich, dass die meisten der dargestellten Softwareanbieter ausschließlich den WEBSERVICE anbieten. Nur vereinzelte Softwareanbieter scheinen zusätzlich die UPLOAD-Funktion zur Verfügung zu stellen.

**Tab. 16: Übersicht über die Softwareanbieter und Übermittlungswege**

Softwareanbieter	Einrichtungen		Upload		Webservice	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Softwareanbieter 1	954	29,2%	46	14,4%	908	30,9%
Softwareanbieter 2	908	27,8%	-	-	908	30,9%
Softwareanbieter 3	293	9,0%	-	-	293	10,0%
Softwareanbieter 4	153	4,7%	-	-	153	5,2%
Softwareanbieter 5	153	3,9%	109	34,2%	17	0,6%
Softwareanbieter 6	104	3,2%	35	11,0%	69	2,3%
Softwareanbieter 7	98	3,0%	-	-	98	3,3%
Softwareanbieter 8	90	2,8%	-	-	90	3,1%
Softwareanbieter 9	83	2,6%	-	-	83	2,8%
Softwareanbieter 10	72	2,2%	-	-	72	2,4%
Softwareanbieter 11	46	1,4%	46	14,4%	-	-
Softwareanbieter 12	48	1,5%	-	-	48	1,6%
Softwareanbieter 13	39	1,2%	39	12,2%	-	-
Softwareanbieter 14	36	1,1%	-	-	36	1,2%
Softwareanbieter 15	36	1,1%	-	-	36	1,2%
Softwareanbieter 16	33	1,0%	-	-	33	1,1%
Softwareanbieter 17	22	0,7%	-	-	22	0,7%
Softwareanbieter 18	21	0,6%	-	-	21	0,7%

\*Anbieter, die von mindestens 20 Einrichtungen genutzt wurden

<sup>16</sup> Die Information zum Softwareanbieter steht bei 18 (0,6%) der Pflegeeinrichtungen, die Daten in dem betrachteten Zeitraum mittels einer Software übermittelt haben, nicht zur Verfügung.

Die Analyse der Ergebnisse der statistischen Plausibilitätskontrolle der 3.262 Einrichtungen, die eine externe Softwarelösung nutzten, ergab unter Berücksichtigung des Softwareanbieters ebenfalls ein heterogenes Bild. Tab. 17 verdeutlicht, dass die Anteile der Einrichtungen mit fehlender Plausibilität zwischen den Softwareanbietern unterschiedlich sind. Ein Beispiel sind die beiden am häufigsten vertretenen Softwareanbieter (hier von 1.862 Einrichtungengenutzt): Bei Softwareanbieter 1 wurde bei 86,5% der Einrichtungen fehlende Plausibilität festgestellt, während dies bei Softwareanbieter 2 bei 40,6% der Einrichtungen der Fall war. Der Unterschied in der Häufigkeit fehlender Plausibilität ist zwischen den ersten fünf Softwareanbietern statistisch signifikant ( $p < 0,000$ ).

**Tab. 17: Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle nach Softwareanbieter**

Softwareanbieter	Pflegeeinrichtungen (n)	Einrichtungen mit plausiblen Daten		Einrichtungen mit fehlender Plausibilität	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Softwareanbieter 1	954	129	13,5%	825	86,5%
Softwareanbieter 2	908	539	59,4%	369	40,6%
Softwareanbieter 3	293	80	27,3%	213	72,7%
Softwareanbieter 4	153	13	8,5%	140	91,5%
Softwareanbieter 5	153	10	7,9%	116	92,1%
Softwareanbieter 6	104	56	53,8%	48	46,2%
Softwareanbieter 7	98	33	33,7%	65	66,3%
Softwareanbieter 8	89	10	11,2%	79	89%
Softwareanbieter 9	83	19	22,8%	64	77,1%
Softwareanbieter 10	72	5	6,9%	67	93,1%
Softwareanbieter 11	46	12	26,1%	34	73,9%
Softwareanbieter 12	48	8	16,7%	40	83,3%
Softwareanbieter 13	39	0	0,0%	39	100,0%
Softwareanbieter 14	36	8	22,2%	28	77,8%
Softwareanbieter 15	36	1	2,8%	35	97,2%
Softwareanbieter 16	33	1	3,0%	32	97,0%
Softwareanbieter 17	22	2	9,1%	20	90,9%
Softwareanbieter 18	21	2	9,5%	19	90,5%

Im Vergleich zu Tab. 17 zeigt Tab. 18 die durchschnittlichen Anteile der Bewohner\*innen je Einrichtungen, die das jeweilige AK erfüllen, pro Softwareanbieter für die einzelnen AK 1 bis 4. Hieraus wird deutlich, dass unabhängig von der Einrichtungsgröße Unterschiede hinsichtlich der statistischen Auffälligkeiten je AK bestehen. Während bei den Einrichtungen der Softwareanbieter 2 und 6 durchschnittlich 21,5% bzw. 25,6% der Bewohner\*innen mind. in einem der AK 1 bis 4 statistische Auffälligkeiten hatten, war dies bei den Einrichtungen der Softwareanbieter 4, 13 und 15 bei jeweils über 50,0% der Bewohner\*innen der Fall.

**Tab. 18: Durchschnittlicher Anteil von Bewohner\*innen je Einrichtung und Softwareanbieter, die AK 1 bis 4 erfüllen**

Softwareanbieter	Einrichtungen (n)	Ø-Anteil Bewohner*innen erfülltes AK1	Ø-Anteil Bewohner*innen erfülltes AK2	Ø-Anteil Bewohner*innen erfülltes AK3	Ø-Anteil Bewohner*innen erfülltes AK4	Ø-Anteil Bewohner*innen mind. eines der AK1-AK4
Softwareanbieter 1	963	43,4%	41,2%	41,9%	46,8%	46,0%
Softwareanbieter 2	904	19,5%	16,2%	16,8%	19,8%	21,5%
Softwareanbieter 3	291	33,3%	28,4%	37,8%	33,1%	37,6%
Softwareanbieter 4	152	50,1%	48,5%	46,9%	55,5%	51,5%
Softwareanbieter 5	137	48,1%	43,2%	38,8%	48,6%	47,5%
Softwareanbieter 6	105	23,3%	18,1%	23,4%	22,4%	25,6%
Softwareanbieter 7	96	32,3%	24,7%	21,7%	31,3%	32,6%
Softwareanbieter 8	90	40,8%	35,1%	32,0%	44,1%	41,0%
Softwareanbieter 9	80	37,2%	25,8%	26,9%	32,8%	34,8%
Softwareanbieter 10	70	46,1%	41,8%	37,9%	46,8%	44,3%
Softwareanbieter 11	46	34,9%	29,1%	27,5%	37,3%	37,2%
Softwareanbieter 12	45	43,4%	39,6%	39,4%	45,9%	42,5%
Softwareanbieter 13	39	49,2%	52,0%	50,9%	59,1%	53,6%
Softwareanbieter 14	36	40,0%	31,7%	28,3%	37,8%	38,2%
Softwareanbieter 15	36	50,0%	52,8%	41,6%	55,9%	53,3%
Softwareanbieter 16	33	49,3%	43,1%	39,7%	40,0%	48,8%
Softwareanbieter 17	22	44,6%	47,1%	37,8%	47,8%	47,1%
Softwareanbieter 18	21	49,0%	46,5%	41,0%	53,2%	48,2%

### **Interviews mit den Softwareanbietern**

Zur weiteren Analyse von möglichen Problemen der statistischen Plausibilitätskontrolle, die in Verbindung mit der Nutzung von Softwareprogrammen stehen könnten, wurden vier Interviews durchgeführt. Für die Interviews konnten insgesamt fünf verschiedene Vertreter\*innen der in der zuvor beschriebenen Analyse am häufigsten genutzten Softwareanbieter gewonnen werden:

- MEDIFOX DAN GmbH
- Connex Communication GmbH
- myneva Group GmbH
- develop group Holding AG.

Die Interviews fanden zwischen Mitte Februar und Mitte März 2022 als Videokonferenzen statt und dauerten zwischen 40 und 90 Minuten. Durch die Videokonferenz bestand die Möglichkeit für Interviewpartner\*innen über das Teilen des Bildschirms, die Ergebniserfassung anhand einer Demo-Version der Software vorzuführen. Dies wurde bei drei der vier Interviews genutzt. In die Interviews konnten fünf verschiedene Softwareprodukte einbezogen werden.

2.461 der 3.262 (75,4%) in die voran beschriebene Analyse einbezogenen Einrichtungen haben eines dieser fünf Softwareprodukte genutzt. Diese Softwareprodukte ermöglichen alle eine Datenübermittlung über den WEBSERVICE. Zwei der fünf Softwareprodukte realisieren ebenfalls die Datenübermittlung über UPLOAD. In einem Interview wurde erläutert, dass dieser Übertragungsweg wichtig sei, da einige Einrichtungen zur Sicherstellung des Datenschutzes die Pflegedokumentation ausschließlich auf Rechnern vornehmen würden, die nicht an das Internet angeschlossen sind und somit keine automatisierte Übermittlung über den WEBSERVICE erfolgen kann. Alle fünf Softwareprodukte sind keine alleinstehenden Softwarelösungen, sondern zusätzliche Module von bestehender Pflegedokumentationssoftware und daher eng mit dieser verzahnt.

In allen fünf Softwareprodukten bildet die Pflegedokumentation die Basis für die Ergebniserfassung, davon ausgehend, dass die Einrichtungen diese aktuell halten. Für die Ergebniserfassung in allen fünf Pflegedokumentationssoftwareprodukten gibt es jeweils eine eigene Maske, die die für die Ergebniserfassung zu dokumentierenden Datenfelder enthält. Bei allen Softwareprodukten kann für die Ergebniserfassung auf die aktuellen Informationen in der Pflegedokumentation zurückgegriffen und diese in die Ergebniserfassung übernommen werden. Die Softwareprodukte unterscheiden sich allerdings stark in ihren Möglichkeiten und ihrer Flexibilität, die aktuellen Informationen in die Ergebniserfassung zu übernehmen, z. B.:

- Ein Softwareprodukt lässt eine Ergebniserfassung unabhängig bzw. abweichend von der Pflegedokumentation nicht zu. Die Maske der Ergebniserfassung ist vielmehr ein nichtbearbeitbarer Auszug der Pflegedokumentation. Sollten in diesem Auszug Angaben fehlen oder nicht mehr aktuell sein, so muss die Ergänzung bzw. Änderung der Angaben in der Pflegedokumentation erfolgen.
- Ein anderes Softwareprodukt bietet einrichtungsindividuelle Einstellungsmöglichkeiten in Bezug auf die Informationen, die aus der Pflegedokumentation bereitgestellt werden können:
  - Übertragung der Informationen aus der Pflegedokumentation automatisch oder aktive Initiierung durch Klick auf ein entsprechendes Feld,
  - Festlegung, welche Informationen aus der Pflegedokumentation übertragen werden können und welche immer händisch einzugeben sind,
  - Festlegung, wie aktuell die Informationen sein müssen, um aus der Pflegedokumentation für die Ergebniserfassung bereitgestellt werden zu können.

Zudem können die aus der Pflegedokumentation bereitgestellten Informationen durch die Nutzer in der Maske der Ergebniserfassung angepasst werden. Diese Änderungen werden allerdings nicht in die Pflegedokumentation übertragen.

Die Informationen der Pflegedokumentation, die für die Ergebniserfassung herangezogen werden (können), befinden sich an verschiedenen Stellen der Pflegedokumentation: Beispielsweise werden für die Angaben zu Stürzen dokumentierte Sturzprotokolle herangezogen bzw. Schmerzprotokolle für die Angaben zur Schmerzeinschätzung. Die Angaben zu den vier BI-Modulen scheinen ebenfalls direkt in den fünf Pflegedokumentationssystemen vorzuliegen und wurden nicht aus anderen Informationen abgeleitet. Eine Vertreter\*in eines Softwareanbieters berichtete, dass einzelne Anpassungen im

Pflegedokumentationssystem vorgenommen worden wären, um die für die Ergebniserfassung notwendigen Daten als Information in der Pflegedokumentation vorliegen zu haben. Ein Teil der Softwareprodukte bietet konfigurierbare Regeln, die dazu beitragen sollen, die Pflegedokumentation aktuell zu halten, z. B. automatisches Erstellen von Aufgaben zur Aktualisierung der Einschätzung der Fähigkeiten und Selbständigkeit der Bewohner\*innen oder dass ein Übernehmen der Informationen in die Ergebniserfassung nur möglich ist, wenn diese beispielweise in den letzten zwei Wochen vor dem Stichtag aktualisiert wurden.

Auf Rückfrage bestätigten alle Interviewpartner\*innen, dass die Daten der vorherigen Ergebniserfassung nicht für die aktuelle Ergebniserfassung herangezogen werden können. Es besteht zwar die Möglichkeit, abgeschlossene Ergebniserfassungen einzusehen, aber dies kann nicht zeitgleich mit der aktuellen Ergebniserfassung an einem Bildschirm angezeigt werden.

In Bezug auf die statistische Plausibilitätskontrolle seien bei allen Softwareprodukten in der Maske der Ergebniserfassung die Hinweise und Fehlermeldungen<sup>17</sup>, die in der Spezifikation der DAS Pflege beschrieben sind, umgesetzt, wobei dies mit unterschiedlichen Symbolen und Farben erfolgt. Darüber hinaus verfügt ein Teil der Softwareprodukte über weitere Hinweise, beispielsweise auch Hinweise zu den AK 1 bis 4 sowie Hinweise auf nichtausgefüllte Felder. Bei vier der fünf Softwareprodukte wird in einer Übersicht vor Übermittlung der Daten den Einrichtungen explizit der Anteil der Bewohner\*innen ausgewiesen, die mindestens eines der AK erfüllen. Zwei Softwareprodukte geben zudem vor Übermittlung der Daten einen expliziten Hinweis, wenn der Anteil der Bewohner\*innen, die mindestens eines der AK erfüllen, größer als 25% ist.

Somit bieten diese Softwareprodukte bereits vor dem Übermitteln der Daten die zu erwartenden Ergebnisse der statistischen Plausibilitätskontrolle der DAS Pflege und in Kombination mit den Hinweisen in der Maske der Ergebniserfassung, den Einrichtungen die Möglichkeit die Auffälligkeiten vor Übermitteln der Daten bereits zu prüfen und ggf. zu korrigieren. Wenn die Einrichtungen diese Möglichkeiten aktiv nutzen, liegen der DAS Pflege bereits im Auswertungszeitraum 1 hinsichtlich der statistischen Plausibilität von den Pflegeeinrichtungen geprüfte und korrigierte Daten vor.

Bevor die Daten an die DAS Pflege übermittelt werden können, muss bei vier der fünf Softwareprodukte die Ergebniserfassung einer Bewohner\*in durch einen Nutzer abgeschlossen, bestätigt bzw. als erledigt markiert werden. Zu einem Softwareprodukt liegen dazu keine Informationen vor.

---

<sup>17</sup> Die DAS Pflege beschreibt in ihrer Spezifikation verschiedene Hinweise und Fehlermeldungen. Ist ein Fehler (z. B. das Datum einer Amputation liegt vor dem Einzugsdatum) in den übermittelten Daten enthalten, werden die Daten von der DAS Pflege abgelehnt. Hinweise weisen auf Konstellationen hin, die ggf. nicht richtig sein könnten, z. B. dass das Datum der Gewichtsmessung im Zeitraum eines Krankenhausaufenthaltes liegt. Diese führen allerdings nicht zum Ablehnen der übermittelten Daten. Für die AK 5-17 sind ebenfalls entsprechende Hinweise formuliert. In der Ergebniserfassung im Webportal (Übermittlungsweg FORMULAR) sind diese Hinweise und Fehlermeldungen ebenfalls implementiert.



Bei vier der fünf Softwareprodukten werden im Korrekturzeitraum den Einrichtungen die Ergebnisse der statistischen Plausibilitätskontrolle bereitgestellt, aber nicht weiterverarbeitet. Die Interviewpartner\*innen zu drei dieser vier Softwareprodukte beschrieben, dass sie den Eindruck hätten, dass die Einrichtungen den Korrekturzeitraum wenig bis gar nicht nutzen und begründen das damit, dass den Einrichtungen die Ergebnisse der statistischen Plausibilitätskontrolle bereits vor Datenübermittlung bekannt gewesen seien und ggf. notwendige Korrekturen bereits vor Übermitteln der Daten erfolgten. Eine weitere Interviewpartner\*in konnte dazu keine Abschätzung abgeben. Im fünften Softwareprodukt werden die Ergebnisse der statistischen Plausibilitätskontrolle dahingehend verarbeitet, als dass für Bewohner\*innen, die mindestens eines der AK erfüllen, die Ergebniserfassung automatisch wieder geöffnet wird und die Einrichtungen die Ergebniserfassung dieser Bewohner\*innen erneut fertigstellen muss. Dieser Prozess ist dem Prozess ähnlich, den die DAS Pflege im Webportal bei der Datenerfassung im FORMULAR implementiert hat. Die Interviewpartner\*in zu diesem Softwareprodukt schätzte ein, dass der Korrekturzeitraum von den Einrichtungen genutzt werde und Änderungen vorgenommen werden. Bei Pflegeeinrichtungen, die dieses Softwareprodukt nutzen, ist der Anteil der Pflegeeinrichtungen mit fehlender Plausibilität deutlich geringer als bei den Pflegeeinrichtungen, die eines der anderen vier Softwareprodukte nutzen und liegt mit 41% nahe dem Anteil bei Einrichtungen, die den Übermittlungsweg FORMULAR nutzen (38,2%). Es lässt sich allerdings nicht feststellen, inwieweit diese erhöhte Rate plausibler Daten tatsächlich auf differenzierte Neueinschätzungen oder auf „strategische“ Anpassungen von Daten zur Vermeidung einer negativen Rückmeldung der DAS Pflege zurückzuführen ist, auf die in den Fokusgruppen und Interviews hingewiesen wurde.

Vier Softwareprodukte stellen den Einrichtungen bereits vor Übermitteln der Daten eine Prognose bzw. Vorschau der Indikatorergebnisse dar, basierend auf eigenen Berechnungen. Bei dem fünften Softwareprodukt befindet sich eine solche Vorabauswertung aktuell in Entwicklung. Zum Teil sind mit Blick auf die Indikatorenergebnisse Verlaufsdarstellungen oder Einrichtungsvergleiche zwischen den Einrichtungen desselben Trägers möglich. Auch Auswertungen während des Erhebungszeitraumes basierend auf den Informationen in der Pflegedokumentation sind mit einem Teil der Softwareprodukte möglich. In diesem Zusammenhang berichtete eine Interviewpartner\*in, dass einige Pflegeeinrichtungen bis 2021 zwar mehrere Erhebungen durchgeführt hätten, aber nicht all jene Erhebungen auch an die DAS Pflege übermittelt hätten, da das Softwareprodukt die Indikatorenergebnisse bereits berechnet und daher eine Übermittlung nicht mehr notwendig war, um Indikatorergebnisse zu erhalten.

In drei der vier Interviews konnten die Interviewpartner\*innen Erfahrungen und Eindrücke aus der Begleitung und dem Support ihrer Kunden (Einrichtungen) berichten. In allen drei Interviews wurde berichtet, dass sich mit dem Einbezug der AK 1 bis 4 in die statistische Plausibilitätskontrolle das Supportaufkommen deutlich erhöht habe und Fragen zu den AK 1 bis 4 sowie die Frage, warum keine Indikatorergebnisse berechnet wurden, seitdem im Fokus der Supportarbeit lägen. Die Interviewpartner\*innen berichteten, dass die Pflegeeinrichtungen sehr verärgert darüber wären, keine Indikatorergebnisse zu erhalten und angenommen werden würde, dass die Einrichtungen zu „faul“ seien und einfach die Daten von der vorherigen Erhebung übernommen hätten. Die Einrichtungen hätten aus fachlicher Sicht Unverständnis darüber geäußert, warum Veränderungen in den Fähigkeiten

und der Selbständigkeit der Bewohner\*innen erfolgen sollten, um die Daten als plausibel bewerten zu können.

Als weiterer Eindruck wurde in den Interviews geschildert, dass ein Teil der Einrichtungen nicht ausreichend über die statistische Plausibilitätskontrolle informiert sei bzw. sich damit nicht auseinander gesetzt hätte. Dies hätte sich unter anderem darin gezeigt, dass Einrichtungen beim Softwareanbieter nachgefragt hätten, warum solche (fachlich nicht nachvollziehbaren) Regeln von ihm implementiert worden wären oder sie die 25%-Grenze eingeführt hätten. Auch wären wohl einigen Pflegeeinrichtungen die 25%-Grenze, der Ort, an dem die Kriterien der statistischen Plausibilitätskontrolle definiert sind oder die Folgen bei fehlender Plausibilität nicht bekannt. Quantifizieren konnten die Interviewpartner\*innen dies nicht.

In einem Interview wurde des Weiteren berichtet, dass ein Teil der Einrichtungen bei fehlender Plausibilität wohl minimale Änderungen vornehmen würde, sodass die Daten plausibel wären, obwohl die Angaben dann nicht mehr der eigentlichen Situation des\*der Bewohner\*in entsprechen würde. Ein anderer Teil der Pflegeeinrichtungen hätte sich aber bewusst dafür entschieden, trotz fehlender Plausibilität keine Anpassungen vorzunehmen, solange die Daten die aktuelle Situation der Bewohner\*innen wiedergeben.

In den Interviews wurden auch einzelne Änderungsvorschläge für die statistische Plausibilitätskontrolle geäußert, wobei sich diese Vorschläge vor allem auf die AK 1 bis 4 beziehen:

- AK 1 bis 4 streichen
- Eine Möglichkeit schaffen anzugeben, dass die Daten vor dem Übermitteln geprüft und (erneut) für richtig befunden werden können und dann als plausible Daten anerkannt werden
- Mehr Differenzierungsmöglichkeiten in der Einschätzung der Items des BI-Moduls, damit auch kleinere Änderungen zu Änderungen im BI-Modul führen
- Eine Möglichkeit schaffen, angeben zu können, dass bei einer Bewohner\*in eine stabile Pflegesituation besteht
- 25%-Grenze heraufsetzen
- Andere Plausibilitätsfragen stellen (nicht weiter ausgeführt).

## **Fazit**

Die Analyse der Daten zeigt, dass sowohl bei der Übermittlung der Daten mittels WEBSERVICE als auch mittels UPLOAD bei Einrichtungen signifikant häufiger fehlende Plausibilität festgestellt wurde als bei Einrichtungen, die im Webportal der DAS Pflege das FORMULAR zur Ergebniserfassung und Datenübermittlung nutzten. Da zur Nutzung der Übermittlungswege WEBSERVICE und UPLOAD von den Einrichtungen eine Software benötigt wird, stellt sich bei der gemeinsamen Betrachtung dieser Übermittlungswege gegenüber dem FORMULAR heraus, dass bei Pflegeeinrichtungen, die eine Software zur

Ergebniserfassung genutzt haben, die Wahrscheinlichkeit fehlender Plausibilität deutlich höher war, als bei Pflegeeinrichtungen, die das Webportal der DAS Pflege genutzt haben. Die Ergebnisse dieses Teils der Analyse geben somit den Hinweis, dass die Nutzung einer eigenen Software zu fehlender Plausibilität beiträgt.

Die weiterführende Analyse mit Blick auf einzelne Softwareanbieter bzw. Softwarelösungen zeigt wiederum, dass auch hier heterogene Ergebnisse bei der statistischen Plausibilitätskontrolle vorliegen und auch mit der Nutzung einer eigenen Softwarelösung ein ähnlicher Anteil an Einrichtungen mit fehlender Plausibilität wie bei der Nutzung des FORMULARS erreicht werden kann. Der scheinbar eindeutige Hinweis aus dem ersten Teil der Analyse muss vor dem Hintergrund des zweiten Teils kritisch hinterfragt werden.

Die Interviews mit vier Softwareanbietern zu fünf Softwareprodukten, die entsprechend der zuvor beschriebenen Analysen von 75% der Einrichtungen mit externer Software genutzt wurden, zeigt, dass eine unreflektierte Übernahme von Ergebnissen einer vorherigen Ergebniserfassung durch die Softwarearchitektur nicht systematisch gefördert wird. Vielmehr wird dies erschwert. Für die Ergebniserfassung erfolgt eine Bereitstellung der Informationen aus der Pflegedokumentation.

Die Erfahrungen der Softwareanbieter lassen vermuten, dass einem Teil der Pflegeeinrichtungen die statistische Plausibilitätskontrolle und die 25%-Grenze bisher nicht ausreichend bekannt waren und sich erst mit der Rückmeldung „fehlende Plausibilität“ erstmals mit der statistischen Plausibilitätskontrolle näher auseinandergesetzt haben.

Zum Teil zeigen zusätzliche Hinweise oder vorläufige Auswertungen vor Übermittlung der Daten bereits statistische Auffälligkeiten oder das zu erwartende Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle an und bietet den Einrichtungen somit vor der Datenübermittlung bereits die Möglichkeit, die Daten zielgerichtet zu prüfen und ggf. zu korrigieren. Diese Ausführungen in den Interviews lassen darauf schließen, im Gegensatz zu den Ergebnissen der zuvor beschriebenen Analyse, dass die Nutzung einer Software dazu beitragen sollte, fehlende Plausibilität frühzeitig, also vor Übermittlung der Daten, erkennen, prüfen und ggf. korrigieren zu können.

Der Gesamtschau der gewonnenen Erkenntnisse zum potenziellen Einfluss des Übermittlungsweges und der Nutzung eines bestimmten Softwareproduktes lassen sich keine eindeutigen Hinweise entnehmen. Die Analysen der Daten der DAS Pflege lassen vermuten, dass die Nutzung eines (spezifischen) Softwareproduktes einen Einfluss haben könnte, die Interviews mit Softwareanbietern haben hingegen verdeutlicht, dass die Softwareprodukte frühzeitig Hinweise auf fehlende Plausibilität geben und versuchen durch unterschiedliche Funktionen entgegenzuwirken.

### 3.7 Häufigkeit und Relevanz bestimmter Merkmalskombinationen

Eine weitere Teilstudie des Projekts bestand in der Analyse der von den Einrichtungen an die DAS Pflege gelieferten Daten mit dem Ziel, die Häufigkeit bestimmter Merkmalskombinationen und deren Zusammenhang mit der Feststellung fehlender Plausibilität abzubilden. Einbezogen wurden die Daten aller Einrichtungen, die bis zum 30.11.2021 bei der DAS eingegangen sind und für die eine entsprechende statistische Plausibilitätskontrolle für die Auffälligkeitskriterien 1 bis 4 durchgeführt werden konnte. Der Datensatz umfasste insgesamt 231.341 Fälle aus 4.090 Einrichtungen.

Bei der Analyse stand die Frage im Mittelpunkt, welche Merkmalskombinationen gemäß der AK 1 bis 4 besonders häufig als auffällig eingestuft werden und wie diese Einstufung zu bewerten ist. Am Beispiel der Mobilität sei zunächst kurz erläutert, was genau mit dem Begriff *Merkmalskombination* gemeint ist.

Die Einschätzung der Selbständigkeit bei der Mobilität erfolgt mit dem BI-Modul 1, das aus insgesamt fünf Merkmalen besteht:

1.1 Positionswechsel im Bett
1.2 Halten einer stabilen Sitzposition
1.3 Umsetzen
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
1.5 Treppensteigen

Jedes dieser Merkmale kann vier Ausprägungen annehmen:

0 - selbständig

1 - überwiegend selbständig

2 - überwiegend unselbständig

3 - unselbständig.

Unter einer Merkmalskombination wird im vorliegenden Bericht die Gesamtheit der Merkmale eines Moduls mit ihren jeweiligen Ausprägungen verstanden, also zum Beispiel:

1.1 Positionswechsel im Bett	selbständig
1.2 Halten einer stabilen Sitzposition	überwiegend selbständig
1.3 Umsetzen	überwiegend unselbständig
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	überwiegend unselbständig
1.5 Treppensteigen	unselbständig

Die vorgenannte Kombination aus Merkmalen mit ihren jeweiligen Ausprägungen trat im analysierten Datensatz insgesamt 710 mal auf. In 232 Fällen wurde bei der vorhergehenden Ergebniserfassung vor sechs Monaten die gleiche Merkmalskombination bei dem\*der gleichen Bewohner\*in festgestellt.

Daraus resultierte die Bewertung „statistisch auffällig“, die ab einer bestimmten Häufigkeit (25% aller geprüften Fälle) zum Gesamtergebnis *fehlende Plausibilität* führt.

Eine andere, ähnliche Merkmalskombination könnte folgendermaßen aussehen:

1.1 Positionswechsel im Bett	überwiegend selbständig*
1.2 Halten einer stabilen Sitzposition	überwiegend selbständig
1.3 Umsetzen	überwiegend unselbständig
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	unselbständig*
1.5 Treppensteigen	unselbständig

Nur zwei Merkmale, gekennzeichnet durch ein Sternchen, weichen vom ersten Beispiel (leicht) ab. Diese Kombination wurde unter den 231.341 Fällen insgesamt 1.459 beobachtet.

Zu prüfen ist also, wie besonders starke Häufungen auffälliger Daten bei den jeweiligen Merkmalskombinationen gemäß der AK 1 bis 4 zu bewerten sind. Bestimmte Konstellationen fehlender Selbständigkeit beispielsweise könnten vermehrt bei Personen zu beobachten sein, die einen stabileren gesundheitlichen Status bzw. eine im Zeitverlauf stabilere Pflegebedürftigkeit aufweisen als andere. Dadurch könnte ein Teil der Fälle, bei denen der Eindruck einer unreflektierten Übernahme alter Einschätzungsergebnisse entstanden ist, durch eine entsprechende gesundheitliche Situation eines Teils der Bewohner\*innen erklärt werden. Daran schließt sich die Frage an, welche Relevanz bestimmte Merkmalskombinationen für das Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle besitzen. Auch war fachlich zu beurteilen, welche Bedeutung bestimmte Merkmalskombinationen für die Beurteilung der Ergebnisqualität besitzen. Es ist theoretisch denkbar, dass ein Teil der Fälle, bei denen fehlende Plausibilität festgestellt wird, für die Qualitätsbeurteilung nicht relevant ist. Hier würde die Frage auftauchen, ob es unter dieser Voraussetzung sinnvoll sein kann, solche Fälle in die Plausibilitätskontrolle einzubeziehen.

Schließlich war vor dem Hintergrund der Antworten auf diese Fragen die Angemessenheit der 25%-Schwelle zu beurteilen, die für das Infragestellen der Plausibilität entscheidend ist. Hiervon ausgehend und unter Berücksichtigung anderer, in den vorangegangenen Kapiteln dargelegten Untersuchungsergebnisse sollte festgestellt werden, welche Optionen für eine Optimierung der Auffälligkeitskriterien in Betracht gezogen werden können.

### **Mobilität**

Die Analyse für den Bereich der Mobilität zeigte, dass bestimmte Merkmalskombinationen, bei denen fehlende Plausibilität angenommen wurde, mit sehr hoher Häufigkeit auftreten. Für insgesamt 57,9% aller auffälligen Fälle sind lediglich acht Merkmalskombinationen verantwortlich – acht von insgesamt

244 Merkmalskombinationen, die bei der Erfassung der Mobilität im Datensatz mindestens einmal als auffällig bewertet wurden.

Eine dieser Merkmalskombinationen stach mit einem Anteil von 18,7% an allen auffälligen Einschätzungsergebnisse besonders hervor:

1.1 Positionswechsel im Bett	selbständig
1.2 Halten einer stabilen Sitzposition	selbständig
1.3 Umsetzen	selbständig
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	selbständig
1.5 Treppensteigen	unselbständig

Die Kombination trat bei insgesamt 14.789 Bewohner\*innen auf und wurde in 9.206 Fällen als statistisch auffällig bewertet (62,2%), weil die gleiche Kombination bei der gleichen Person bereits vor sechs Monaten angegeben wurde.

Es handelt sich in diesem Fall um Bewohner\*innen, die im Bereich der Mobilität bis auf eine Ausnahme komplett selbständig sind. Diese Ausnahme ist das Treppensteigen, das hier sogar als *komplett* unselbständig eingeschätzt wurde.

Hier liegt eine Konstellation vor, die bei pflegebedürftigen Menschen (auch bei Heimbewohner\*innen) sehr häufig vorkommt. Sie ist typisch für Menschen, die sich nur in einem Rollstuhl fortbewegen können, ansonsten aber in einer guten körperlichen Verfassung sind. Sie sind körperlich nicht in der Lage, Treppen hinauf- oder hinabzusteigen – auch nicht mit Hilfe anderer Personen. Sie können sich jedoch selbständig aus liegender Position aufrichten, im Bett drehen, über längere Zeit eine stabile Sitzposition halten, sich mit der Muskelkraft ihrer Arme umsetzen (z. B. vom Bett in den Rollstuhl) und sich – mit Hilfe des Rollstuhls – zielgerichtet in ihrer Wohnumgebung fortbewegen. Bei all diesen Aktivitäten sind sie nicht auf Personenhilfe angewiesen. Körperkraft und Bewegungskoordination sind vorhanden und in vielen Fällen sogar gut entwickelt, weil z. B. die Arme eine Arbeit leisten müssen, die bei unbeeinträchtigten Menschen in diesem Maße nur selten zum Alltag gehört.

Da sich eine solche Merkmalskombination meist mit einer vergleichsweise guten körperlichen Verfassung verbindet, ist es keineswegs unwahrscheinlich, dass die Mobilität bei einem größeren Teil dieser Bewohner\*innen über einen längeren Zeitraum als sechs Monate unverändert und stabil bleibt, besonders dann, wenn die Einrichtung eine ressourcenfördernde Pflege praktiziert. Vor diesem Hintergrund ist die Annahme, die Übereinstimmung von aktuellem und altem Einschätzungsergebnis sei in dieser Häufigkeit nicht glaubwürdig, nicht gerechtfertigt.

Die folgenden Merkmalskombinationen zeigen die zweit-, dritt- und vierthäufigste auffällige Konstellation:

1.1 Positionswechsel im Bett	selbständig
1.2 Halten einer stabilen Sitzposition	selbständig
1.3 Umsetzen	selbständig
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	überwiegend selbständig
1.5 Treppensteigen	unselbständig

1.1 Positionswechsel im Bett	selbständig
1.2 Halten einer stabilen Sitzposition	selbständig
1.3 Umsetzen	selbständig
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	überwiegend selbständig
1.5 Treppensteigen	überwiegend unselbständig

1.1 Positionswechsel im Bett	selbständig
1.2 Halten einer stabilen Sitzposition	selbständig
1.3 Umsetzen	überwiegend selbständig
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	überwiegend selbständig
1.5 Treppensteigen	unselbständig

Auf diese drei Merkmalskombinationen entfallen insgesamt 25,0% der nach dem AK 1 als auffällig bewerteten Fälle. Die Ähnlichkeit mit der ersten Kombination ist unverkennbar: Auch hier handelt es sich um Bewohner\*innen mit vergleichsweise gut erhaltener Mobilität, was ebenfalls vermuten lässt, dass der im Zeitverlauf zu erwartende Mobilitätsverlust nicht so schnell eintritt wie es die Regeln der statistischen Plausibilitätskontrolle nahelegen.

Es ließen sich weitere Beispiele anführen, die jedoch alle ein ähnliches Muster zeigen: eine relativ gut erhaltene Mobilität bei weitgehendem Selbständigkeitsverlust beim Treppensteigen. Natürlich kommen auch andere Konstellationen vor, doch haben diese nicht annähernd eine so große Bedeutung für die hohe Zahl der Einrichtungen, bei denen das AK 1 einen hohen Anteil auffälliger Merkmalskombinationen beisteuert.

### ***Kognitive Fähigkeiten***

Im Falle des AK 2 (Kognitive Fähigkeiten) zeigt sich interessanterweise eine ganz andere Situation. Betrachtet man die Merkmalskombinationen, die am meisten auffällige Fälle bei der statistischen Plausibilitätskontrolle beisteuern, so wird deutlich, dass das sogenannte Durchkreuzen des Einschätzungsinstruments im Vordergrund steht. Die fünf wichtigsten Merkmalskombinationen, das heißt diejenigen, die am häufigsten Auffälligkeit beisteuern (zusammen 21,3% aller auffälligen Datensätze gemäß AK 2), werden im Folgenden dargestellt:

	Die Fähigkeit ist ...
2.1 Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	größtenteils vorhanden
2.2 Örtliche Orientierung	größtenteils vorhanden
2.3 Zeitliche Orientierung	größtenteils vorhanden
2.4 Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	größtenteils vorhanden
2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	größtenteils vorhanden
2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltag	größtenteils vorhanden
2.7 Verstehen von Sachverhalten und Informationen	größtenteils vorhanden
2.8 Erkennen von Risiken und Gefahren	größtenteils vorhanden

	Die Fähigkeit ist ...
2.1 Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	größtenteils vorhanden
2.2 Örtliche Orientierung	in geringem Maße vorhanden
2.3 Zeitliche Orientierung	in geringem Maße vorhanden
2.4 Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	in geringem Maße vorhanden
2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	in geringem Maße vorhanden
2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltag	in geringem Maße vorhanden
2.7 Verstehen von Sachverhalten und Informationen	in geringem Maße vorhanden
2.8 Erkennen von Risiken und Gefahren	in geringem Maße vorhanden

	Die Fähigkeit ist ...
2.1 Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	(komplett) vorhanden
2.2 Örtliche Orientierung	größtenteils vorhanden
2.3 Zeitliche Orientierung	größtenteils vorhanden
2.4 Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	größtenteils vorhanden
2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	größtenteils vorhanden
2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltag	größtenteils vorhanden
2.7 Verstehen von Sachverhalten und Informationen	größtenteils vorhanden
2.8 Erkennen von Risiken und Gefahren	größtenteils vorhanden

	Die Fähigkeit ist ...
2.1 Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	in geringem Maße vorhanden
2.2 Örtliche Orientierung	in geringem Maße vorhanden
2.3 Zeitliche Orientierung	in geringem Maße vorhanden
2.4 Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	in geringem Maße vorhanden
2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	in geringem Maße vorhanden
2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltag	in geringem Maße vorhanden
2.7 Verstehen von Sachverhalten und Informationen	in geringem Maße vorhanden
2.8 Erkennen von Risiken und Gefahren	in geringem Maße vorhanden



	Die Fähigkeit ist ...
2.1 Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	(komplett) vorhanden
2.2 Örtliche Orientierung	(komplett) vorhanden
2.3 Zeitliche Orientierung	größtenteils vorhanden
2.4 Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	größtenteils vorhanden
2.5 Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	größtenteils vorhanden
2.6 Treffen von Entscheidungen im Alltag	größtenteils vorhanden
2.7 Verstehen von Sachverhalten und Informationen	größtenteils vorhanden
2.8 Erkennen von Risiken und Gefahren	größtenteils vorhanden

Wir interpretieren diese Daten als Ausdruck eines Vorgehens, bei dem tendenziell die kognitiven Fähigkeiten pauschal, das heißt als Ganzes, und nicht differenziert eingeschätzt werden. Bei einem differenzierten Vorgehen würde jedes einzelne Kriterium gesondert bewertet. Auf das eher durch undifferenzierte Einschätzung geprägte Vorgehen wurde insbesondere in der schriftlichen Befragung hingewiesen, zum Teil aber auch in den Interviews.

Dass dieses Phänomen vor allem bei den kognitiven Fähigkeiten auftritt, ist nicht verwunderlich. Denn die Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten stellt von allen Modulen, die im Rahmen der Ergebniserfassung zu bearbeiten sind, die höchsten fachlichen und methodischen Anforderungen an die Mitarbeiter\*innen. Standardisierte Einschätzungsinstrumente sind den Pflegenden durchaus bekannt. Instrumente, mit denen kognitive Fähigkeiten erfasst werden, wurden in der stationären Langzeitversorgung bislang aber wenig verwendet. Die größte Herausforderung bei ihrer Anwendung besteht darin, auf das Vorhandensein einer Fähigkeit zum Teil nur indirekt schließen zu können. Das setzt eine gewisse Erfahrung und Vertrautheit mit den betreffenden Bewohner\*innen voraus. Denn anders als beispielsweise im Bereich der Alltagsverrichtungen genügt es nicht, einzelne Alltagssituationen zu beobachten oder die Bewohner\*innen schlicht zu fragen, ob sie bestimmte Aktivitäten selbständig durchführen können. Bei den kognitiven Fähigkeiten müssen, insbesondere bei demenziell Erkrankten, die nicht mehr folgerichtig Auskunft geben, auch indirekte Schlüsse gezogen werden. Von daher ist verständlich, dass relativ viele Mitarbeiter\*innen dazu tendieren, kognitive Fähigkeiten in einer Pauschalität einzuschätzen, die sich im Durchkreuzen der einzelnen Merkmale niederschlägt.

Dies verweist auf weiteren Schulungsbedarf bzw. die Notwendigkeit, sich mit der differenzierten Einschätzung kognitiver Fähigkeiten intensiver auseinanderzusetzen, aber es deutet weniger auf die unreflektierte Übernahme alter Einschätzungsergebnisse hin, die die statistische Plausibilitätskontrolle eigentlich aufdecken soll. Das bedeutet, dass im Bereich der Einschätzung kognitiver Fähigkeiten ein Problem besteht, das Handlungsbedarf nach sich zieht, dass mit einiger Wahrscheinlichkeit jedoch nicht die unreflektierte Übernahme im Vordergrund steht, sondern die Frage nach der Zuverlässigkeit und Genauigkeit einer pauschalen, undifferenzierten Einschätzung.

Zu berücksichtigen ist an diesem Punkt aber auch die Frage, wie genau die Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten sein muss, damit sie ihre Funktion im Rahmen der indikatorengestützten

Qualitätsbeurteilung erfüllen kann. Im Unterschied zu den anderen Modulen sind die Anforderungen an die Genauigkeit weniger hoch. Die Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten dient ausschließlich der Gruppenbildung sowie der Entscheidung für den Ein- oder Ausschluss von Bewohner\*innen bei bestimmten Indikatoren. Dies ist eine sehr wichtige Funktion, aber keine, die eine differenziert abgestufte Beurteilung erfordert. Im Grunde geht es bei der Gruppenbildung um eine schlichte Zweiteilung bzw. Unterscheidung zwischen a) nicht oder gering kognitiv beeinträchtigt und b) mindestens erheblich beeinträchtigt. Bei Bewohner\*innen, die starke Beeinträchtigungen kognitiver Fähigkeiten aufweisen, ist eine genaue Einschätzung in Grunde gar nicht erforderlich, da erhebliche, schwere und schwerste Beeinträchtigungen ohnehin in einer Gruppe zusammengefasst werden. Die Konsequenzen für die Qualitätsbeurteilung bestehen lediglich darin, dass ein wahrscheinlich geringer Teil der Bewohner\*innen einer Einrichtung nicht korrekt einer Risikogruppe zugeordnet oder aus der Ermittlung einzelner Kennzahlen (z. B. Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens) ausgeschlossen wird.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die statistische Plausibilitätskontrolle im Falle der kognitiven Fähigkeiten nicht das Ziel erreicht, dass sie eigentlich erreichen soll. Nicht die unreflektierte Übernahme alter Daten, sondern ein möglicherweise zu pauschales Vorgehen bei der Einschätzung gibt Anlass, an dieser Stelle Optimierungen einzuleiten.

### ***Selbstversorgung***

Im Bereich Selbstversorgung gibt es im Vergleich zu den bislang behandelten Modulen weniger hervorstechende Merkmalskombinationen, bei denen es leicht viele, eine Hypothese zur Erklärung der hohen Auffälligkeitsraten zu entwickeln. Das Phänomen des Durchkreuzens lässt sich auch bei diesem Modul feststellen, allerdings wesentlich seltener als im Falle der Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten. Auch tritt es in etwas anderer Form auf. Ein komplettes Durchkreuzen aller zehn Kriterien, die hier in die Auswertung eingehen, ist nur in seltenen Fällen feststellbar. Die Merkmalskombinationen deuten in diesem Fall eher darauf hin, dass bewusst zwischen zwei Kriteriengruppen unterschieden wurde. Dies sei an einem Beispiel dargestellt:

4.1 Waschen des vorderen Oberkörpers	überwiegend selbständig
4.2 Körperpflege im Bereich des Kopfes	überwiegend selbständig
4.3 Waschen des Intimbereichs	überwiegend selbständig
4.4 Duschen und Baden	überwiegend selbständig
4.5 An- und Auskleiden des Oberkörpers	überwiegend selbständig
4.6 An- und Auskleiden des Unterkörpers	überwiegend selbständig
4.7 Zubereiten der Nahrung / Eingießen von Getränken	überwiegend selbständig
4.8 Essen	selbständig
4.9 Trinken	selbständig
4.10 Benutzen einer Toilette /eines Toilettenstuhls	selbständig

Wie ersichtlich, bestand in diesem Fall zwar eine gewisse Tendenz zur pauschalen Einschätzung, allerdings betrifft sie nicht das gesamte Modul, sondern lediglich die ersten sieben Kriterien, bei denen einheitlich mit „überwiegend selbständig“ bewertet wurde. Bei den drei letzten Kriterien – Essen, Trinken und Toilette benutzen – wurde selbständig vermerkt. Diese Konstellation ist aus fachlicher Perspektive gut nachvollziehbar: Die Fähigkeiten Essen und Trinken und, je nach Krankheitsbild, auch die Selbständigkeit bei der Toilettenbenutzung gehen im Verlauf der Pflegebedürftigkeit erst relativ spät verloren. Insofern kann man in diesem Fall sagen, dass eine Tendenz zur undifferenzierten Einschätzung bestand, vermutlich aber nicht zur unreflektierten Übernahme alter Einschätzungsergebnisse, bei der die tatsächliche Ausprägung der Selbständigkeit ignoriert wurde. Die Merkmalskombinationen in diesem Modul sind aber, wie schon angedeutet, sehr heterogen, sodass das Durchkreuzen nur einen relativ geringen Teil der Auffälligkeiten erklären kann.

Bei diesem Modul gibt es einige besondere, aber sehr seltene Konstellationen, die als auffällig eingestuft wurden, aber definitiv kein Problem der Datenqualität anzeigen. Dies betrifft Bewohner\*innen, die bei allen zehn Aspekten, bei denen die Übereinstimmung mit der vorhergehenden Ergebniserfassung geprüft wird, selbständig sind, allerdings Unterstützung im Bereich der Inkontinenzversorgung benötigen und dadurch nicht das Kriterium „Modulscore<4“ erfüllen, das zum Ausschluss geführt hätte. Hier muss es bei weitgehend selbständigen Bewohner\*innen, die eigentlich nicht in die Analyse einbezogen werden sollten, zwangsläufig zur Anzeige einer Auffälligkeit kommen. Es handelt sich jedoch um sehr seltene Ausnahmefälle, die die zahlreichen Fälle fehlender Plausibilität nicht erklären können. Das Problem sollte dennoch behoben werden, da die Betroffenen Einrichtungen vergeblich nach einer Erklärung suchen würden.

Die Analysen brachten bei diesem Modul keinen näheren Aufschluss über mögliche Ursachen der hohen Auffälligkeitsrate.

### ***Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte***

Im Falle des Auffälligkeitskriteriums 4, dass sich auf das Modul 6 „Selbständigkeit im Bereich des Alltagslebens und der sozialen Kontakte“ bezieht, sind bestimmte Strukturen auffälliger Merkmalskombinationen deutlicher zu erkennen als beim AK 3. Die Häufigkeit der Fälle, bei denen nach dem AK 4 Probleme angezeigt werden, ist hier mit 27,7% aller Fälle des Datensatzes höher als bei den anderen Modulen. Allein 20 Merkmalskombinationen (von insgesamt 1.262) sind für rund 40% aller Auffälligkeiten verantwortlich. Auf 12 Merkmalskombinationen entfallen 30% aller Auffälligkeiten.

Auch hier entsteht der Eindruck, dass weniger die Übernahme alter Daten, sondern eher die Tendenz zu einer wenig differenzierten Einschätzung für die hohen Zahlen verantwortlich ist. Allein 8% aller Auffälligkeiten sind auf das schon angesprochene Durchkreuzen des Einschätzungsinstrumentes

zurückzuführen. Weitere 6% entfallen auf Kombinationen, in denen wahrscheinlich durchgekreuzt wurde, aber eines der insgesamt sechs Kriterien variiert wurde. Diese zuletzt angesprochene Kombination ist eine wichtige Variante, die bei diesem Modul besonders häufig auftrat. Sie deutet darauf hin, dass in der Tendenz eine Einschätzung des Gesamtbildes der Selbständigkeit für dieses Modul vorgenommen wurde, aber offensichtliche Besonderheiten dennoch berücksichtigt wurden.

Diese Einschätzungen seien anhand ausgewählter Merkmalskombinationen verdeutlicht:

6.1 Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	überwiegend selbständig
6.2 Ruhen und Schlafen	selbständig
6.3 Sich beschäftigen	überwiegend selbständig
6.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	überwiegend selbständig
6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	überwiegend selbständig
6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	überwiegend selbständig

Bei dieser Kombination wurden mit Ausnahme des zweiten Kriteriums alle Teilaspekte mit „überwiegend selbständig“ bewertet. Eine Besonderheit dieses zweiten Kriteriums „Ruhen und Schlafen“ besteht darin, dass die Selbständigkeit in diesem Bereich weniger abhängig von kognitiven Beeinträchtigungen ist als die anderen Kriterien. Es weicht also in vielen Fällen augenscheinlich von den anderen Teilaspekten ab, was bei einer Einschätzung der Bewohner\*innen auch leicht erkennbar ist. Dies wird bei der folgenden, ebenfalls häufig auftretenden auffälligen Merkmalskombination besonders deutlich:

6.1 Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	unselbständig
6.2 Ruhen und Schlafen	selbständig
6.3 Sich beschäftigen	unselbständig
6.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	unselbständig
6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	unselbständig
6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	unselbständig

In diesem Fall ist aber nicht einmal eine undifferenzierte Einschätzung zu unterstellen. Hier handelt es sich um kognitiv stark beeinträchtigte Bewohner\*innen, die keine Schlafprobleme haben – eine durchaus nicht seltene Konstellation.

6.1 Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	überwiegend selbständig
6.2 Ruhen und Schlafen	selbständig
6.3 Sich beschäftigen	überwiegend selbständig
6.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	überwiegend selbständig
6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	selbständig
6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	überwiegend selbständig

Diese Konstellation (die zweithäufigste auffällige Merkmalskombination) gleicht ein wenig dem ersten Beispiel. Hier wurde auch beim Kriterium „Interaktion mit Personen im direkten Kontakt“ die Bewertung „selbständig“ vorgenommen. Ähnlich wie beim zweiten Kriterium ist meist leicht direkt zu beobachten, ob Bewohner\*innen in diesen Kommunikationssituationen Schwierigkeiten haben oder nicht.

6.1 Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen	überwiegend selbständig
6.2 Ruhen und Schlafen	überwiegend selbständig
6.3 Sich beschäftigen	überwiegend selbständig
6.4 In die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen	überwiegend unselbständig
6.5 Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	überwiegend selbständig
6.6 Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	überwiegend selbständig

In diesem letzten Beispiel weicht lediglich das vierte Kriterium von der „durchgekreuzten“ Struktur ab. Auch bei diesem Kriterium ist leicht zu entscheiden, ob die Selbständigkeit bei ansonsten relativ wenig beeinträchtigten Bewohner\*innen „aus dem Rahmen“ fällt oder nicht.

Es ist zu betonen, dass die vorliegende Darstellung natürlich nicht den Anspruch erheben kann, einen statistischen Beweis zu führen. Die Regelmäßigkeit der Strukturen deutet aber recht klar darauf hin, wie hier bei der Einschätzung vorgegangen wurde: Zunächst wurde das Gesamtbild der Selbständigkeit eingeschätzt, um dann offensichtlich Abweichungen einzelner Kriterien noch einmal gesondert zu bewerten. Bei diesem Vorgehen kann es gehäuft zur Übereinstimmung mit vorhergehenden Einschätzungsergebnissen kommen.

Im Falle des AK 4 kommt hinzu, dass der Anteil der Auffälligkeiten, der für die Qualitätsbeurteilung nicht relevant ist, besonders hoch liegt. Dies hängt mit den Berechnungsregeln zusammen, nach denen das Indikatorergebnis ermittelt wird. In die Indikatorberechnung fließen nur solche Fälle ein, bei denen die kognitiven Fähigkeiten noch nicht allzu stark beeinträchtigt sind; der Summenscore des BI-Moduls 2 darf nicht höher liegen als 16. Von den Fällen, bei denen nach dem AK 4 ein Problem festgestellt wurde, entfallen insgesamt 35% auf solche Bewohner\*innen. Es werden also viele Fälle als auffällig eingestuft, die für die Indikatorberechnung nicht relevant sind.

Auch im Fall des AK 4 entsteht somit der Gesamteindruck, dass die Regeln zur Prüfung der statistischen Plausibilität zu streng sind.

## **Fazit**

Die Analyse der Merkmalskombinationen zeigt, dass die Häufigkeit, mit der Auffälligkeiten festgestellt werden, zu einem relativ hohen Anteil (mit einiger Wahrscheinlichkeit) nicht darauf zurückzuführen ist, dass alte Daten unreflektiert übernommen wurden – also übernommen wurden, ohne dass eine Aktualisierung der Bewertung erfolgte. Andere Gründe dürften ausschlaggebend sein. Diese Gründe sind insbesondere:

- die relative Stabilität der gesundheitlichen Situation bei Bewohner\*innen, die im Vergleich zu anderen beim jeweiligen Sachverhalt gering beeinträchtigt sind. Dies betrifft insbesondere die Einschätzung der Mobilität der Bewohner\*innen.
- die Tendenz zur Beurteilung des Gesamtbildes unter Verzicht auf eine differenzierte Einschätzung jedes einzelnen Kriteriums. Diese Tendenz kam besonders deutlich bei der Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten zum Ausdruck, aber auch bei der Einschätzung der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte.
- Auffälligkeiten, die nicht oder wenig relevant sind für die Berechnung der Indikatoren. Dieses Problem wurde besonders beim AK 4 deutlich, in einer anderen Form aber auch bei Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten, die lediglich zur Unterscheidung von Risikogruppen verwendet wird und daher in bestimmten Bereichen (bei stärker kognitiv beeinträchtigten Bewohner\*innen) keine hohe Genauigkeit erfordert.

Im Gesamtbild ist daher festzustellen, dass die Berechnungsregeln für AK 1 bis 4 zu streng ausgestaltet worden sind. Die Häufigkeit, mit der fehlende statistische Plausibilität festgestellt wird, kann nicht als Abbild der Häufigkeit interpretiert werden, mit der tatsächlich Hinweise auf unzutreffende Einschätzungen vorliegen.

Der Vollständigkeit halber sei auf einige besondere Fallkonstellationen hingewiesen, die für die AK 1 bis 4 relevant sind. Es gibt einige sehr seltene Fälle, in denen Merkmalskombinationen durch die verwendeten mathematischen Regeln auffällig werden. Ihr Häufigkeit liegt im verwendeten Datensatz allerdings unter 0,01%. Sie sind für die hier betrachtete Frage nicht relevant, sollten aber bei einer etwaigen Anpassung der Auffälligkeitskriterien berücksichtigt werden.

### 3.8 Indikatoreinsatz und Plausibilität in spezialisierten Versorgungsbereichen

Die Ergebnisse verschiedener Teilstudien des Projekts deuten darauf hin, dass Einrichtungen, die sich auf die Versorgung von Bewohnergruppen mit bestimmten Bedarfskonstellationen spezialisiert haben, offenbar in besonderer Weise von der statistischen Plausibilitätskontrolle betroffen sind. Vorrangig bestand während des Projekts Kontakt zu Einrichtungen, die Menschen mit ausgeprägten psychischen Problemlagen versorgen. Bei diesen Pflegebedürftigen, die im Durchschnitt erheblich jünger sind als andere pflegebedürftige Menschen, ist häufiger als bei anderen zu beobachten, dass die Selbständigkeit im Bereich von Mobilität, Selbstversorgung und der Gestaltung des Alltagslebens sowie die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten über längere Zeit stabil bleiben. Dadurch kommt es zu vermehrten Fällen vermeintlich nichtplausibler Daten, die aber eher auf Besonderheiten der gesundheitlichen Gesamtsituation und weniger auf methodische Faktoren zurückzuführen ist.

Inwieweit dies auch für andere Bewohnergruppen gilt, soll im Folgenden näher erörtert werden.

Eine zweite Teilfragestellung im Hinblick auf diese speziellen Versorgungsangebote bezieht sich auf die Einsatzfähigkeit des Indikatorenansatzes. So ist nicht auszuschließen, dass die Ergebnisdimensionen, die durch den Indikatorenansatz abgebildet werden, für spezialisierte Einrichtungen von nachgeordneter Bedeutung sind. Von unseren Gesprächspartner\*innen aus Einrichtungen, die vorrangig Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen versorgen, wurde dies in dieser Form nicht bejaht. Hier wurde vielmehr unterstrichen, dass der Indikatorenansatz für den Alltag des Qualitätsmanagements von großem Nutzen sein könne, dass allerdings die Regeln der Plausibilitätskontrolle völlig unpassend seien.

#### ***Pflegebedürftige Menschen mit ausgeprägten psychischen Problemlagen***

Für die *spezialisierte Versorgung von jüngeren Menschen mit einer psychischen Problematik* – das heißt für Einrichtungen, die auf die Versorgung psychisch Kranker spezialisiert sind, wozu auch Einrichtungen für ehemals wohnungslose Personen mit einer Suchtproblematik gehören – wurde schon angedeutet, dass hier vermehrt mit Hinweisen auf übereinstimmende Einschätzungsergebnisse der aktuellen und der vorhergehenden Ergebniserfassung zu rechnen ist. Der Grund liegt darin, dass diese Person auf körperlicher Ebene, aber auch im kognitiven Bereich häufig keine Erkrankung aufweisen, die einen progredienten Verlauf erwarten lassen. Die Selbständigkeit im Bereich der Mobilität oder auch in der Selbstversorgung bleibt daher über einen deutlich längeren Zeitraum stabil als dies beispielsweise bei älteren, demenziell erkrankten Heimbewohner\*innen für gewöhnlich zu erwarten ist. Gleichzeitig, dies war u.a. ein Ergebnis der telefonischen Befragungen, ist der Indikatoreinsatz bei diesen Personengruppen durchaus sinnvoll. Es erscheint daher empfehlenswert, diese Einrichtungen aus der statistischen Plausibilitätskontrolle, aber nicht aus der indikatorengestützten Qualitätsbeurteilung auszuschließen.

Etwas anders verhält es sich mit demenziell Erkrankten, die ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten aufweisen und bei ungewöhnlich komplexem Bedarf in Einrichtungen oder Wohnbereichen versorgt werden, für die ein besonderer Versorgungsvertrag abgeschlossen wurde. Hierbei handelt es sich in der Regel um ältere Personen, bei denen typische Verläufe des Abbaus körperlicher und kognitiver Ressourcen zu erwarten sind. Es kommt vor, dass auch in diesen Fällen körperliche Ressourcen teilweise wenig beeinträchtigt sind, doch gilt dies nur für eine überschaubare Minderheit (Wingenfeld 2019). Wie eigene Auswertungen zeigen, lässt sich für Einrichtungen mit einem hohen Anteil an Bewohner\*innen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten keine systematische Verschiebung von Qualitätsbeurteilungen feststellen. Die Chancen, dass die Selbständigkeit über einen Zeitraum von sechs Monaten erhalten werden kann, ist eher dann größer, wenn keine oder nur gering ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten bzw. psychische Problemlagen vorliegen. Auf die Qualitätsbeurteilung scheint sich dies jedoch wenig bzw. nur selten auszuwirken. Für die Gruppe der älteren Bewohner\*innen mit besonders komplexen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen wird daher kein Anlass gesehen, Sonderregeln für die Einbeziehung in die indikatorengestützte Qualitätsbeurteilung oder die statistische Plausibilitätskontrolle zu definieren.

### ***Spezialisierte Versorgung für Bewohner\*innen im Wachkoma***

Der umgangssprachliche Begriff Wachkoma bezeichnet ein schweres, komplexes Krankheitsbild infolge einer Hirnschädigung, die unterschiedliche Ursachen haben kann. Meist liegt ein schweres Schädel-Hirn-Trauma oder ein akutes Geschehen in Verbindung mit fehlender Blut- bzw. Sauerstoffversorgung des Gehirns (Ertrinkung, Schlaganfall o.ä.) zugrunde. Der Zustand des Wachkomas wird auch als apallisches Syndrom, persistierender vegetativer Zustand oder reaktionslose Wachheit bezeichnet (Keller 2021).

Kennzeichnend für diesen Zustand ist der funktionelle Ausfall großer Teile oder der Gesamtheit der Großhirnfunktionen, während Funktionen von Hirnstamm, Zwischenhirn und Rückenmark erhalten bleiben. Die Folgen bestehen im Fehlen oder in einer hochgradigen Einschränkung des bewussten Wahrnehmens, des Bewusstseins überhaupt und jeglicher zielgerichteter Reaktionen auf äußere Reize. Die Patient\*innen zeigen also keine oder nur basale Reaktionen auf Ansprache und sind zu keiner zielgerichteten Interaktion oder Motorik in der Lage. Auch wird davon ausgegangen, dass verbale Kommunikation oder jede andere Form von Kommunikation mit wechselseitiger Aktion nicht möglich ist. Emotionale Reaktionen auf Ansprache sind nicht zu beobachten. Wachkomapatient\*innen öffnen spontan oder auf einen Schmerzreiz die Augen, jedoch ohne sicheres optisches Fixieren oder Verfolgen äußerer Reize (Keller 2021; Steinbach/Donis 2019). In Forschungsarbeiten der letzten Jahre wird allerdings vermehrt darüber berichtet, dass kommunikative Zugänge zu den Patient\*innen durchaus existieren und sogar Merkmale für ein Bewusstsein beobachtet werden können. Vor diesem Hintergrund hat schon vor vielen Jahren eine Diskussion über die Lebensqualität der betroffenen Patient\*innen begonnen.



Bei Wachkomapatient\*innen sind ungerichtete verbale Äußerungen (wie Schreien) oder ungerichtete Mimik durchaus möglich. Auch Saug-, Schluck-, Kau- und Greifreflexe sind mehr oder weniger vorhanden. Blutdruckregulation und Herzkreislauffunktionen sind oft intakt. Auf Stimulation können sogar Bewegungen des gesamten Körpers auftreten. Auch Schwitzen, Speichelfluss, beschleunigter Herzschlag und die Beugstellung der Arme mit Faustschluss sowie die Streckstellung der Beine und Füße wird beobachtet (Keller 2021; Steinbach/Donis 2019).

Vor dem Hintergrund ihrer schweren Beeinträchtigung ist der Indikatorenansatz für die Gruppe der Wachkomapatient\*innen nur begrenzt einsetzbar. Alle Indikatoren, die auf den *Erhalt der Selbständigkeit* abzielen, sind hier nicht anwendbar, da die Patient\*innen krankheitsbedingt ohnehin komplett unselbständig sind und sich dieser Zustand meist nicht mehr ändert, wenn die Patient\*innen die Phase F (aktivierende, zustandserhaltende Langzeitpflege nach Abschluss der Therapie und Rehabilitationsbemühungen) erreicht haben – zumindest nicht in dem Maße, wie es mit den Indikatoren abgebildet werden könnte. *Schwerwiegende Sturzfolgen* scheiden als anwendbarer Indikator ebenfalls aus, weil für die Anwendung dieser Kennzahl eine gewisse Mobilität Voraussetzung ist. Der unbeabsichtigte *Gewichtsverlust* kann als Thema der Qualitätsbeurteilung eingeschlossen werden, wenngleich auch hier die Situation der Wachkomapatient\*innen, die im Bereich der Ernährung nicht entscheiden oder bei Entscheidungen mitwirken können, mit der Situation anderer pflegebedürftiger Menschen nicht vergleichbar ist. Die Durchführung eines Integrationsgesprächs nach dem Heimeinzug könnte theoretisch stellvertretend durch Angehörige geführt werden. Vor dem Hintergrund der erwähnten Diskussion um die Frage der Lebensqualität von Wachkomapatient\*innen wäre eine solche Einbeziehung von Angehörigen sicherlich angezeigt, sie ist aber schwer vergleichbar mit einer Situation, in der ein\*e neue\*r Bewohner\*in einzieht, der/die zur Kommunikation in der Lage ist. Die *Anwendung von Gurten* ist, sofern sie bei Wachkomapatient\*innen überhaupt zum Einsatz kommen, völlig anders zu bewerten als bei bewegungsfähigen Bewohner\*innen. Ähnliches gilt für die Anwendung von Bettseitenteilen. Schließlich ist die Aktualität der Schmerzeinschätzung bei Personen, die nur auf einen sehr starken Reiz ein Schmerzempfinden signalisieren, ebenfalls als spezielle Situationen zu bewerten. Einzig und allein Indikatoren zur Dekubitusinzidenz sind ohne Abstriche ein relevantes Maß für die Versorgungsqualität bei Wachkomapatient\*innen, wobei in diesem Fall aufgrund der Risikogruppenbildung nur einer der zwei Indikatoren genutzt werden kann.

Vor diesem Hintergrund ist zu erwägen, inwieweit der Indikatoreneinsatz und der damit verbundene Dokumentations- und Verwaltungsaufwand für Versorgungsbereiche, in denen Wachkomapatient\*innen versorgt werden, angemessen ist. Sind einzelne Wachkomapatient\*innen in einer Einrichtung versorgt, ist diese Frage wenig von Belang. Die Ein- und Ausschlusskriterien sorgen dafür, dass Einzelfälle ohne besonderen Aufwand „richtig“ behandelt werden. Im Falle einer kompletten Einrichtung oder eines kompletten Versorgungsbereichs für diese Personengruppe könnte es jedoch sinnvoll sein, auf den Einsatz der Indikatoren bei dieser Patient\*innengruppe komplett zu verzichten.

Unter diesen Voraussetzungen kann es nicht sinnvoll sein, spezialisierte Einrichtungen und Versorgungsbereiche mit Wachkomapatient\*innen in die statistische Plausibilitätskontrolle einzubeziehen.

Auch die Zahlen sprechen dagegen: Im Datensatz der DAS Pflege gab es 436 Bewohner\*innen in komatösem Zustand, darunter aber nur zwei Personen mit nichtplausiblen Daten; und selbst in diesen beiden Fällen ist fraglich, ob es bei der Dateneingabe nicht eventuell zu einem Tippfehler kam.

### ***Pflegebedürftige im späten Stadium einer Demenz – Pflegeoasen***

In fortgeschrittenen Stadien einer Demenzerkrankung weisen die betroffenen Personen nicht nur schwerste kognitive und psychische, sondern auch körperlich-neurologische Beeinträchtigungen auf, die zu einer ausgeprägten Ortsgebundenheit bzw. Bettlägerigkeit führen. Inkontinenz, reduzierte Mobilität bis hin zur Bettlägerigkeit, Wahrnehmungsstörungen, ausgeprägte Kommunikationsbeeinträchtigungen sowie Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme treten dann oft in den Vordergrund des Versorgungsalltags. Oft kommt es zu demenzassoziierten Komplikationen wie Schluckstörungen oder Aspirationspneumonien. Die Krankheitssymptome treten in späten Phasen der Demenz in einer nicht vorhersehbaren Weise auf und variieren sehr unter den Betroffenen (Diehl-Schmid et al. 2018).

Menschen in späten Stadien einer Demenz bedürfen daher einer umfangreichen Betreuung und Pflege. Eine Möglichkeit der Versorgung besteht in sogenannten Pflegeoasen. Die Bezeichnung ist im deutschsprachigen Raum bislang nicht einheitlich definiert, es handelt sich dabei um einen auf besondere Art und Weise gestalteten Wohnraum innerhalb stationärer Altenpflegeeinrichtungen zur Pflege schwerstkranker Menschen (Kreisner 2012; Schaade 2009). In verschiedenen Darstellungen wurden als Zielgruppe Bewohner\*innen in einem weit fortgeschrittenen Stadium der Demenz beschrieben, die vollständig auf Unterstützung durch andere Personen angewiesen, in ihrer sprachlichen Ausdrucksfähigkeit stark eingeschränkt und weitgehend immobil bzw. bettlägerig sind (Riedel 2010).

Eine Pflegeoase besteht beispielsweise aus Mehrpersonenräumen mit kommunikativer Mitte für vier bis acht schwerstpflegebedürftige, immobile Menschen, meist mit einer demenziellen Erkrankung. Durch die Gestaltung soll Gefühlen der Einsamkeit und der Isolation entgegengewirkt und Sicherheit, Vertrautheit und Geborgenheit geschaffen werden. Durch die stetige Anwesenheit der Pflegekräfte kann zeitnah auf die Bedürfnisse der Bewohner\*innen reagiert werden (Becker 2014).

Für Menschen, die in Pflegeoasen dieser Art leben, gilt ähnliches wie für Wachkomapatient\*innen. Da sich die meisten von ihnen im späten Stadium einer demenziellen Erkrankung befinden, ist der Erhalt der Selbständigkeit meist kein für die Qualitätsbeurteilung relevantes Thema. Dies gilt auch im Hinblick auf schwerwiegende Sturzfolgen, unbeabsichtigten Gewichtsverlust, die Durchführung eines Integrationsgesprächs und die Anwendung von Gurten oder Bettseitenteilen. Die betreffenden Bewohner\*innen dürften in der Regel häufiger als Wachkomapatient\*innen in der Lage sein, auf äußere Reize zu reagieren. Das kann insbesondere für die Schmerzeinschätzung und andere, eher soziale Aspekte der Versorgung relevant sein, die aber im Rahmen des Indikatorenansatzes nicht berücksichtigt werden.

Für Versorgungseinheiten, die das Konzept einer Pflegeoase umsetzen, gilt daher eben ähnlich wie im Falle der Wachkomapatient\*innen, dass der Indikatorenansatz sehr begrenzt hilfreich für die Qualitätsbeurteilung ist und damit auch die Plausibilitätskontrolle mehr Aufwand als Nutzen mit sich bringt.

### ***Versorgungsangebote für invasiv beatmete Patient\*innen***

Invasiv langzeitbeatmete Patient\*innen sind eine zahlenmäßig kleine und in sich hochgradig heterogene Patient\*innengruppe (Lehmann 2016a). Die Beatmung erfolgt bei ihnen über die Einlage von Tuben über den Mund, die Nase oder eine andere Körperstelle (Windisch et al. 2017).

Eine häufige Ursache für die Langzeitbeatmung sind chronische Lungenerkrankungen, wie z. B. die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), zystische Fibrose, Bronchiektasen oder Lungenfibrose. Erkrankungen, die eine schwerwiegende Verformung des Brustkorbs und Einschränkungen der Atemmechanik zur Folge haben, können eine invasive Langzeitbeatmung ebenfalls notwendig machen. Neurologische und neuromuskuläre Erkrankungen sowie Querschnittslähmungen sind weitere Ursachen. Darunter fallen beispielsweise Muskeldystrophien, die Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Verletzungen des Rückenmarks (Querschnittslähmung) oder die sog. Zwerchfelllähmung (Phrenikusparese) (Lehmann 2016a).

Patient\*innen mit invasiver Langzeitbeatmung steht ein differenziertes Angebot stationärer und ambulanter Spezialversorgung zur Verfügung. Neben Beatmungs- und Weaningzentren (Wingenfeld/Hansen 2016) sowie besonderen Rehabilitationsmöglichkeiten existiert ein spezialisiertes pflegerisches Angebot an häuslicher Einzelversorgung, spezialisierten Wohnformen und stationärer Langzeitversorgung (Lehmann 2016a,b).

Wichtige, zum Teil auch in Rahmenverträgen formulierte Ziele der stationären Langzeitversorgung von Patient\*innen mit invasiver Beatmung bestehen in der Förderung einer selbständigen, selbstbestimmten Lebensführung, der Erhaltung und Verbesserung bzw. Vermeidung von Verschlechterung des körperlichen und seelischen Zustandes des pflegebedürftigen Menschen, der Sicherung bzw. Erhaltung der Kommunikationsfähigkeit, der Vermeidung sekundärer Komplikationen (z. B. Infektionen, Dekubitus) sowie der Linderung von Krankheitsfolgen bei chronisch progredienten Erkrankungen (vdek 2022).

Nur wenige Einrichtungen der stationären Langzeitpflege halten spezialisierte Versorgungsangebote für langzeitbeatmete Pflegebedürftige vor. Zumeist handelt es sich um Wohnbereiche für die Phase-F-Rehabilitation, teilweise aber auch um andere Sonderwohnbereiche (Ewers 2018)<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Daneben gibt es einzelne vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Spezialisierung auf beatmete Pflegebedürftige zur Ergänzung des akutstationären Angebots an Beatmungsentwöhnung. Der Aufenthalt in diesen Einrichtungen kann sich über mehrere Monate erstrecken, ist aber auf eine begrenzte Dauer zum Übergang in ein Leben ohne Beatmung oder in eine andere Form der Langzeitversorgung vorgesehen (Ewers 2018).

Es gibt bei invasiv beatmeten Menschen zwar hohe fachliche, besondere Versorgungsanforderungen, aber im Grundsatz gilt bei dieser Personengruppe, dass der Erhalt der Selbstständigkeit, der Schutz vor Risiken und Gefahren wie auch die Berücksichtigung des Bedarfs in besonderen Situationen in ähnlicher Weise relevant ist wie auch bei anderen pflegebedürftigen Menschen. Insofern ist die Anwendbarkeit der Qualitätsindikatoren – anders als bei Wachkomapatient\*innen – größtenteils gegeben.

Es handelt sich allerdings bislang um eine relativ kleine Personengruppe, bei der das Alter zum Teil deutlich unter dem Altersdurchschnitt der stationären Pflegeeinrichtungen liegt. Nähere Auswertungen des DAS-Datensatzes zeigten, dass die Auffälligkeitskriterien 5 bis 17 bei dieser Personengruppe bislang praktisch ohne Bedeutung sind; hier wurde tatsächlich nur in seltenen Einzelfällen eine Auffälligkeit angezeigt. Bei den AK 1 bis 4 verhält es sich anders, hier sind durchaus relevante Anteile der Fälle, die in die Berechnung einbezogen wurden, als nicht plausibel ausgewiesen. Schaut man sich die Daten einmal genauer an, so fällt allerdings auch hier auf, dass bestimmte Konstellationen, die eine relative stabile gesundheitliche Situation vermuten lassen, überdurchschnittlich häufig auftreten. Im Bereich der Mobilität sind dies beispielsweise komplett mobile Bewohner\*innen, die allerdings nicht in der Lage sind, Treppen zu steigen. Dies ist eine Konstellation, die z. B. bei Rollstuhlfahrer\*innen, die abgesehen von der Langzeitbeatmung wenig gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, häufig vorkommt. Die Datenauswertung verweist auch auf andere Personengruppen mit eher moderaten Beeinträchtigungen, bei denen vermutlich ebenfalls mit relativer gesundheitlicher Stabilität zu rechnen ist. Bei den meisten Personengruppen, bei denen funktionelle Beeinträchtigungen im jungen oder mittleren Erwachsenenalter auftreten, ist eine solche Konstellation gehäuft zu erwarten.

Angesichts der unklaren Situation dieser Personengruppen und der Besonderheiten der Versorgungsbereiche wird empfohlen, in diesem Fall keine Plausibilitätskontrolle durchzuführen.

### ***Spezialisierte Angebote für Menschen mit Multipler Sklerose***

Die Multiple Sklerose (MS) ist eine Autoimmunerkrankung und manifestiert sich meist im jüngeren Erwachsenenalter. Die genaue Ursache ist bisher nicht bekannt, vermutet wird eine Kombination aus genetischen und verschiedenen Umweltfaktoren (Kip et al. 2016).

Der Krankheitsverlauf stellt sich sehr unterschiedlich dar. In einem Stadium, in dem bereits Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit auftreten, verläuft die Erkrankung häufig (in über 80% der Fälle) in Schüben. Nach Abklingen eines Schubs bilden sich die neurologischen Funktionseinschränkungen ganz oder teilweise zurück und es gibt beschwerdefreie Zeiten von unterschiedlicher Dauer. In späteren Stadien kann die Erkrankung in einen sich kontinuierlich verschlechternden Verlauf übergehen, in dem weiterhin Schübe auftreten können, in der Regel aber seltener werden. Es gibt darüber hinaus auch einen primär progredienten Verlauf der Multiplen Sklerose. Dieser betrifft etwa 10 bis 15% aller diagnostizierten Menschen mit Multipler Sklerose und ist durch eine kontinuierliche klinische Verschlechterung gekennzeichnet. Schübe kommen bei dieser Verlaufsform nur in Ausnahmefällen vor (Kip et al. 2016).

Die Symptome der Multiplen Sklerose und deren Ausprägung variieren im Verlauf und sind individuell sehr unterschiedlich. Bei der Erkrankung können alle zentralnervösen Strukturen betroffen sein, weshalb Symptome wie Sensibilitätsstörungen, Lähmungen, Seh- und Koordinationsstörungen, kognitive Einschränkungen, psychiatrische Auffälligkeiten, Müdigkeit (Fatigue), Schmerzen und Spastiken sowie Harnblasen- und Darmstörungen auftreten können (Stuedter 2018; Wiendl et al. 2021).

Wenn eine schwere, chronisch progrediente Form der Multiplen Sklerose eintritt, begeben sich die betroffenen Menschen häufig in eine institutionelle Form der Pflege. Abgesehen von den durch die Multiple Sklerose ausgelösten Beschwerden sind die Betroffenen durch die beeinträchtigte Mobilität besonders gefährdet für Stürze, Aspirationspneumonien, komplizierte Harnwegsinfekte und Sepsis, welche bei bettlägerigen Betroffenen häufig durch Druckulzera im Rahmen von Lagerungsproblemen bedingt ist (Kapeller 2022).

Für Menschen mit Multipler Sklerose existieren inzwischen mehrere spezialisierte Versorgungsangebote, die häufig auf die Unterstützung von jüngeren Betroffenen ausgerichtet sind. Was die Anwendbarkeit des Indikatorenansatzes insgesamt angeht, so unterscheidet sich die Situation der MS-Erkrankten wenig von der Situation anderer pflegebedürftiger Menschen. Der Erhalt der Selbständigkeit, der Schutz vor Risiken und Gefährdungen, und die Unterstützung bei besonderen Bedarfslagen einschließlich der Unterstützung in der Eingewöhnungsphase nach dem Heimeinzug spielen vor dem Hintergrund der oben dargestellten Symptomatik eine ebenso wichtige Rolle wie bei anderen pflegebedürftigen Menschen.

Bei Menschen mit Multipler Sklerose ist aber im Hinblick auf die Plausibilitätskontrolle der Umstand von Bedeutung, dass die in spezialisierten Bereichen versorgten Personen häufig vergleichsweise jung sind. Deshalb liegt hier häufig eine Situation vor, bei der die Selbständigkeit im Zeitverlauf – zwischen den Krankheitsschüben – stabiler erscheint als beispielsweise bei hochaltrigen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung, bei denen tendenziell ein stetiger Verlust der Selbständigkeit beobachtet wird. Diese Stabilität dürfte im Einzelfall je nach Person stark variieren.

Vor dem Hintergrund der in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Untersuchungsergebnisse ist es also wahrscheinlich, dass bei MS-Erkrankten gehäuft Situationen auftreten, in denen eine Beeinträchtigung der Selbständigkeit vorhanden ist, die aber über einen längeren Zeitraum stabil ist. Es erscheint daher gerechtfertigt, dass spezialisierte Versorgungsbereiche, die sich auf diese Personengruppe ausgerichtet haben, in die statistische Plausibilitätskontrolle nicht einbezogen werden.

---

***Menschen mit Unterstützungsbedarf nach dem SGB IX, die in Fachpflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI dauerhaft leben***

Bei Menschen mit Behinderungen handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe, deren Lebenssituationen, erlebte Beeinträchtigungen und Unterstützungserfordernisse stark voneinander abweichen (Tiesmeyer 2017). 2019 war in Deutschland mit nahezu 90% zum Großteil eine Krankheit ausschlaggebend für die Anerkennung einer Behinderung. Unfälle und Berufskrankheiten spielten eine untergeordnete Rolle. Auch war die Behinderung lediglich bei etwas über drei Prozent der schwerbehinderten Menschen angeboren (Statistisches Bundesamt 2021).

Schwer (mehrfach) behinderte Menschen weisen einen sehr hohen Betreuungs- und Pflegebedarf und/oder einen aufgrund herausfordernden Verhaltens sehr hohen pädagogischen/psychologischen Unterstützungsbedarf auf (Müller-Erichsen/Frühauf 2007). Neben kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen treten erhebliche körperliche funktionelle Einbußen auf. Häufig zeigen die Betroffenen ein spezifisches Ausdrucksverhalten z. B. selbstverletzendes oder fremdgefährdendes Verhalten, Angstzustände, Schreien, Stereotypien, Kontaktabwehr, Passivität, Rückzug und ein spezifisches eingeschränktes Kommunikationsverhalten (vorwiegend nonverbal) (Dalferth 2006). Es können verschiedene Kombinationen von Behinderungen unterschiedlichen Grades auftreten. Bei allen Menschen mit Schwer- und Mehrfachbehinderung besteht jedoch ein hoher bzw. sehr hoher Hilfsbedarf in fast allen Lebensbereichen und -situationen (Selbstversorgung, Mobilität, Informationsaustausch, soziale Beziehungen etc.) (Tiesmeyer 2003).

Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege leben, weisen also in vielen Fällen Beeinträchtigungen auf, die – anders verursacht – oft auch bei Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI festzustellen sind. Die funktionellen Störungen, die zur Beeinträchtigung der Lebensführung und Selbständigkeit führen, sind in ihren Auswirkungen im Lebensalltag durchaus vergleichbar, auch wenn sie möglicherweise andere Ursachen haben und in anderer Kombination auftreten. Der Bedarf an Personenhilfe, der aus ihnen erwächst, unterscheidet sich nicht so sehr, wie dies vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angenommen wurde (was in den vergangenen Jahren einer der Gründe für die Diskussion sozialrechtlicher Abgrenzungsfragen war).

Allerdings zeigt sich bei Menschen mit Behinderung in spezialisierten Versorgungsbereichen häufig eine besondere Altersstruktur im Vergleich zum Durchschnitt in der stationären Langzeitpflege. Sie sind im Durchschnitt jünger als andere Heimbewohner\*innen. Zum Teil handelt es sich um funktionelle Beeinträchtigungen, die über Jahre oder vielleicht sogar Jahrzehnte stabil bleiben. Es gibt zwar im Hinblick auf die Altersstruktur zunehmend Überschneidungen, da inzwischen immer mehr Menschen mit Behinderungen ein Alter erreichen, in dem zusätzlich altersbedingte Anlässe für Pflegebedürftigkeit auftreten. Noch aber prägt das offenbar nicht die Bewohnerstruktur in den betreffenden spezialisierten Versorgungsangeboten.

Von der Struktur der gesundheitlichen bzw. funktionellen Beeinträchtigungen her besteht kein Grund, den Indikatorenansatz als Maßstab für Ergebnisqualität als nur eingeschränkt einsetzbar zu bewerten. Wenn die angesprochene Personengruppe in spezialisierten Versorgungsbereichen in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege versorgt wird, kommt es möglicherweise aufgrund des geringen Durchschnittsalters häufiger zu Situationen, in denen eine fehlende Plausibilität der Daten angenommen wird, die jedoch eher auf eine besondere Altersstruktur zurückzuführen ist.

Von daher wird auch bei dieser Personengruppe empfohlen, auf eine statistische Plausibilitätsbeurteilung zu verzichten.

### **Fazit**

Die Untersuchungsergebnisse legen es nahe, für Einrichtungen mit den genannten spezialisierten Versorgungsangeboten Sonderregelungen bei der Überprüfung von Plausibilität festzulegen. Die Schlussfolgerungen sind aber für die fraglichen Bewohnergruppen jeweils gesondert zu betrachten. So zeigt sich in spezialisierten Versorgungseinheiten für Wachkomapatient\*innen und in den sog. Pflegeoasen, dass nur ein kleiner Teil der Indikatoren überhaupt generiert werden kann. Bei ihnen lässt sich die Frage nach Erhalt der Selbständigkeit nicht beurteilen, deshalb ist die statistische Plausibilitätskontrolle in diesem Fall obsolet. In beiden Fällen stellt sich darüber hinaus die Frage, inwieweit es für diese Einrichtungen lohnend erscheint, kontinuierlich Ergebnisqualität mit dem Indikatorenansatz abzubilden. Der Aufwand scheint hier weit größer zu sein als der Nutzen. Für spezialisierte Einrichtungen oder Wohnbereiche mit Wachkomapatient\*innen oder mit bettlägerigen Personen im späten Stadium einer Demenz (Pflegeoasen) wäre es gerechtfertigt, auf die Ergebniserfassung zu verzichten.

Bei anderen Personengruppen, die betrachtet wurden – invasiv beatmeten Bewohner\*innen, Personen mit multipler Sklerose und Menschen mit Unterstützungsbedarf nach SGB IX, die dauerhaft in Fachpflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI leben, vergleichsweise junge Pflegebedürftige mit ausgeprägten psychischen Problemlagen – sind die Indikatoren hingegen überwiegend anwendbar. Hier allerdings greift das bisherige Konzept der statistischen Plausibilitätskontrolle zu kurz. Bei diesen Personengruppen ist davon auszugehen, dass der jeweilige Status bedingter Gesundheit relativ lange stabil bleibt und somit gehäuft eine Übereinstimmung der Einschätzungen von aktueller und vorhergehender Ergebniserfassung in den Bereichen Selbständigkeit und kognitive Fähigkeiten liefert. Auch für diese Versorgungsbereiche sollte auf eine statistische Plausibilitätskontrolle verzichtet werden.

Bei Bewohner\*innen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten schließlich, die mit einer dementiellen Erkrankung verbunden sind, wird empfohlen, weder auf die indikatorengestützte Beurteilung von Ergebnisqualität noch auf die Plausibilitätskontrolle zu verzichten. Die relative Stabilität der Selbständigkeit und der kognitiven Fähigkeiten ist in diesen Fällen deutlich seltener zu erwarten als bei den anderen genannten Personengruppen.

## 4. Zwischenfazit

Die folgenden Ausführungen tragen die Grundlage für die in Abschnitt 5 ausgeführten Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus allen Teilerhebungen und deren Analysen zusammen.

### ***Ursachen für den hohen Anteil an Einrichtungen mit fehlender statistischer Plausibilität***

Die Implementierung des Indikatorenansatzes und im Falle der Einrichtungen insbesondere die regelmäßige, methodisch anspruchsvolle Ergebniserfassung ist mit hohen Anforderungen verbunden und erfordert streng genommen eine Übergangsphase, in der die Einrichtungen und ihre Mitarbeiter\*innen genügend Zeit und Unterstützung haben, das zuvor Geschulte einzuüben und notwendige Anpassungen in den Handlungsroutinen vorzunehmen. Zwar wurde durch die Trägerverbände offenbar ein ausreichendes Schulungsangebot realisiert und eine solche Übergangsphase eingeräumt, doch schuf die Covid-19-Pandemie schwierige, ungünstige Rahmenbedingungen für die Integration dieser neuen Art der Qualitätsbeurteilung in den Alltag des Qualitätsmanagements sowie für die Anwendung der Schulungsinhalte im Rahmen der Erhebungen ohne Veröffentlichung. Zeit und Aufmerksamkeit mussten für andere Prozesse reserviert werden.

Das Belastungspotenzial der Pandemie wurde im Rahmen unserer Untersuchungen unterschiedlich bewertet. Wir folgen jedoch den Ergebnissen der schriftlichen Befragung und gehen davon aus, dass die Pandemie in ca. 20 bis 30% der Einrichtungen zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Ergebniserfassung geführt hat. Sie förderte in einem Teil der Einrichtungen die Tendenz, eher oberflächlich mit den Anforderungen der Ergebniserfassung umzugehen.

Entscheidend für die große Zahl der Einrichtungen, denen fehlende Plausibilität bescheinigt wurde, sind die AK 1 bis 4, die auf eine mögliche Übernahme vorheriger Einschätzungsergebnisse hinweisen sollen. Zentrale Bedeutung für die Weiterentwicklung des Systems erlangt damit die Frage: *Erfolgt in der Praxis in so großem Umfang eine unreflektierte Übernahme alter Daten, wie es die große Zahl der Einrichtungen mit fehlender Plausibilität vermuten lässt?*

Diese Frage ist nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung zu verneinen. Die Praxis der Ergebniserfassung ist sicherlich vielfältig. Es gibt, wie auch ein Teil unserer Gesprächspartner\*innen verdeutlichte, durchaus Einrichtungen, die alte Daten übernehmen, ohne eine aktualisierte Einschätzung vorzunehmen. Alle Auswertungsergebnisse lassen allerdings darauf schließen, dass die **reflektierte Übernahme** vorhandener Einschätzungsergebnisse aus der Pflegedokumentation die vorherrschende Vorgehensweise bei der Ergebniserfassung ist. In der Praxis erfolgt zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt größtenteils eine Überprüfung der Gültigkeit der bislang in der Pflegedokumentation vorliegenden Einschätzungsergebnisse (z. B. der Mobilität). Diese Information in der Dokumentation liegt meist in der Form vor (d.h. in Gestalt der Variablen und Merkmalsausprägungen), die auch für die Ergebniserfassung benötigt wird. Sie wird in den meisten Einrichtungen im Rahmen des Pflegeprozesses regelmäßig



(je nach Einrichtung in unterschiedlichem Zeitabstand) aktualisiert. Die Gültigkeit der Angaben wird dann anlässlich der Ergebniserfassung (im Regelfall zunächst durch Pflegefachkräfte der Wohnbereiche, insb. durch Bezugspfleger, danach durch Leitungskräfte) nochmals überprüft. Die betrachteten Softwareprodukte fördern mit ihren Funktionalitäten diese Vorgehensweise.

Die Neueinschätzung ohne Vorinformation, die unreflektierte Übernahme von Information aus der Pflegedokumentation, das „Abschreiben“ der vor sechs Monaten eingegebenen Daten oder auch die Ableitung der Selbständigkeit/Fähigkeit der Bewohner aus der individuellen Maßnahmenplanung hingegen kommen offenbar vor, jedoch nicht bei der Mehrheit der Einrichtungen. Neueinschätzungen ohne Vorinformation oder das Ableiten aus der Maßnahmenplanung beispielsweise scheinen sehr selten zu sein. Interviews, Fokusgruppen, online-Befragung und Auskünfte der Software-Anbieter weisen in dieser Hinsicht in die gleiche Richtung.

Bei der Überprüfung bzw. Aktualisierung der Einschätzungen anlässlich der bevorstehenden Ergebniserfassung wird, so kann man bislang also zusammenfassen, der Status der Bewohner\*innen tatsächlich und zumeist wohl auch differenziert überprüft. Mehrheitlich übernehmen die Mitarbeiter\*innen zwar vorherige Einschätzungsergebnisse, aber eben nicht unreflektiert, sondern nach erneuter Prüfung. In den Problemanzeigen sowie in den Fokusgruppen und Interviews wurde geschildert, dass die Einschätzungen nach Vorliegen des Ergebnisses der statistischen Plausibilitätskontrolle erneut überprüft und erneut richtig befunden wurden. Insofern muss davon ausgegangen werden, dass die bisherige Ausgestaltung der Plausibilitätskontrolle übermäßig sensitiv reagiert.

Es mag sein, dass die Aussagekraft bei diesem Vorgehen bei einem Teil der Einrichtungen durch folgende Faktoren beeinflusst wurde:

- Allgemeine Tendenz bei der Verwendung von Einschätzungsverfahren, in einer unklaren Situation lieber vorhandene Einschätzungsergebnisse zu übernehmen als eine Abweichung begründen zu müssen
- Ungenaue Einschätzung aufgrund von Zeitdruck oder fehlendem Detailwissen<sup>19</sup>
- Hemmschwelle, Einschätzungsergebnisse abweichend von bisherigen Ergebnissen zu dokumentieren, wenn nur eine geringe, nicht eine erhebliche Zustandsveränderung vorliegt
- Gewohnheit, im Rahmen des Pflegegradmanagements nur gravierende Veränderungen zu berücksichtigen, also Veränderungen, die eine neue Begutachtung sinnvoll erscheinen lassen.

Diese Faktoren können zu Ungenauigkeiten geführt haben. Ob solche Ungenauigkeiten so weit reichen, dass sie zu Ergebnisverzerrungen führen, ist schwer zu beurteilen. Vermutete Ungenauigkeiten

---

<sup>19</sup> Vermutlich werden auch die unglücklichen Startbedingungen eine Rolle gespielt haben, die durch Verzögerungen und die Überlagerung durch Anforderungen durch die Covid-19-Pandemie entstanden sind. Dies wurde in den Interviews insbesondere im Rahmen der Fokusgruppen allerdings nicht bestätigt. Hier herrschte vielmehr die Auffassung vor, dass die zeitlichen Verzögerungen aufgrund der Pandemie es den Einrichtungen erleichtert hätten, sich auf die Einführung der Indikatoren einzustellen. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung jedoch lassen erkennen, dass die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Ergebniserfassung in vielen Einrichtungen einen erheblichen Einfluss hatten.

können jedoch kein hinreichender Grund sein zu der Schlussfolgerung zu kommen, dass Einschätzungen unreflektiert übernommen wurden und damit die Plausibilität der Daten einer Einrichtung in so hohem Maße wie bisher in Frage zu stellen.

Doch auch ein sorgfältiges Vorgehen der Einrichtungen schließt einen hohen Grad der Übereinstimmung alter und neuer Einschätzungsergebnisse nicht aus. Die Fokusgruppen, Interviews und Problemanzeigen führten hierzu insbesondere an, dass bei einem nicht geringen Anteil an Bewohner\*innen eine stabile Pflegesituation besteht, die sich innerhalb von sechs Monaten nicht wesentlich verändert und damit auch nicht zu geänderten Einschätzungen in allen vier BI-Modulen führt. Gründe werden unter anderem darin gesehen, dass sich die Pflegebedürftigkeit zum Teil aus Beeinträchtigungen ergibt, die keinem progressiven Verlauf unterliegen (z. B. Beeinträchtigungen, die aus Unfällen oder akuten Krankheitsereignissen resultieren, wie Lähmungen oder Amputationen).

Dies kann auch aus der Analyse der Merkmalskombinationen der Bewohner\*innen geschlossen werden, die mindestens eines der Kriterien 1 bis 4 erfüllen. Darüber hinaus gibt es bestimmte Merkmalskombinationen, bei denen das gehäufte Vorkommen der Übereinstimmung fachlich plausibel ist, die aber nach den bislang angelegten Kriterien als „statistisch nicht plausibel“ angesehen werden. Dazu gehört beispielsweise ein Status der Mobilität, bei dem lediglich die Fähigkeit des Treppensteigens verlorenging, während bei allen anderen relevanten Teilaspekten der Mobilität keine Beeinträchtigung vorliegt. In einigen Spezialeinrichtungen ist die Tendenz, dass sich körperliche oder kognitive Fähigkeiten im Laufe der Zeit wenig verändern, besonders stark ausgeprägt. Dies gilt beispielsweise für junge pflegebedürftige Menschen mit einer Behinderung oder einer ausgeprägten psychischen Störung, bei der sich die psychischen Problemlagen, nicht aber die körperlichen oder kognitiven Fähigkeiten über den Zeitraum von sechs Monaten verändern.

Die Analyse der Merkmalskombinationen rundet dieses Bild ab. Es wurde festgestellt, dass besonders bei der Einschätzung der Mobilität ein Teil der statistischen Auffälligkeiten darauf zurückzuführen ist, dass die Bewohner\*innen tatsächlich über einen längeren Zeitraum gesundheitlich stabil bleiben. Ein zweiter wichtiger Grund liegt darin, dass die Mitarbeiter\*innen zum Teil dazu tendieren, eine Gesamteinschätzung der Fähigkeiten bzw. Selbständigkeit im jeweiligen Bereich vorzunehmen, aber auf die Bewertung jedes einzelnen Kriteriums verzichten. Die statistischen Daten stimmen hier mit den Aussagen der Expertinnen und Experten, der Interviewpartner\*innen aus den Einrichtungen und auch mit den quantitativen Daten der online-Erhebung überein.

Im Hinblick auf die Stabilität der gesundheitlichen Situation ist an dieser Stelle außerdem noch einmal zu betonen, dass der Erhalt der Selbständigkeit im Falle der Auffälligkeitskriterien 1, 2 und 4 in einer gewissen Häufigkeit durchaus zu erwarten ist. So geht beispielsweise der Referenzwert bei der Erhaltung der Mobilität davon aus, dass im Durchschnitt bei 88% der Bewohner\*innen, die kognitiv nicht oder wenig beeinträchtigt sind, innerhalb von 6 Monaten keine Verschlechterung der Mobilität auftritt. Da lediglich fünf Einzelkriterien verwendet werden, ist unter diesen Umständen durchaus zu erwarten, dass identische Merkmalskombinationen im Abstand von sechs Monaten häufiger

vorkommen. Auch dies unterstreicht noch einmal die Schlussfolgerung, dass die Auffälligkeitskriterien zu streng formuliert sind. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die 25%-Schwelle schnell erreicht wird, wenn sämtliche Bewohner\*innen mit Auffälligkeiten zusammengezählt werden.

Vor diesem Hintergrund ist es empfehlenswert, die Auffälligkeitskriterien 1 bis 4 so anzupassen, dass die übermäßige Sensitivität gegenüber Auffälligkeiten entschärft wird.

Einrichtungen und Mitarbeiter\*innen reagieren auf die Feststellung fehlender Plausibilität häufig mit Enttäuschung und Frustration. Hinzu kommt, dass sie keine Information erhalten, mit der sie die Situation aufklären und beheben könnten. Sie investieren Zeit in die erneute Überprüfung des Zustands der Bewohner\*innen, erhalten aber dennoch eine negative Rückmeldung. Aufwand auf der einen Seite, pauschales Misstrauen und fehlende Erklärungen auf der anderen Seite – unter diesen Umständen erscheint es offenbar nicht wenigen Mitarbeiter\*innen sinnlos, sich im Rahmen der Ergebniserfassung besonders zu engagieren. Die Konsequenz – fehlende Bereitschaft, sich mit Qualitätsindikatoren auseinanderzusetzen – stellt für die Entwicklung des neuen Systems der Qualitätsbeurteilung ein großes Risiko dar.

Die übermäßige Sensitivität der Plausibilitätskontrolle zieht auch kontraproduktive Effekte nach sich. Es ist verhältnismäßig leicht, durch eine strategisch motivierte Datenanpassung auszuschließen, dass fehlende Plausibilität im Sinne der AK 1 bis 4 vorliegt. Es ist derzeit nicht festzustellen, wie häufig auf diese Weise reagiert wird. Es handelt sich jedoch um eine äußerst problematische Tendenz, die die Qualitätsbeurteilung mit Indikatoren auf Dauer untergraben würde. Anreize, auf diese Weise zu verfahren, sollten vermieden werden.

Die Situation wird auch durch eine suboptimale Information und Kommunikation erschwert. Das betrifft u.a. die Erläuterung und Erklärung von Ergebnissen der Datenüberprüfung durch die DAS Pflege. Die bisherige Art der Rückmeldung ist für viele Einrichtungen nicht nachvollziehbar und fördert eine ablehnende Haltung auch bei solchen Einrichtungen und Mitarbeitern, die durchaus Bereitschaft haben, sich mit Hinweisen auf fehlende Plausibilität konstruktiv auseinanderzusetzen.

Auch Grundsätze des Indikatorenansatzes bzw. das Verständnis der Qualitätsbeurteilung mit Indikatoren können noch nicht hinreichend nachvollzogen werden. Das gilt auch für das Verständnis von „Plausibilität“. Dass die Feststellung einer Auffälligkeit nicht gleichbedeutend ist mit der Aussage, dass etwas falsch gemacht wurde, ist häufig nicht klar. Die Gleichsetzung von „fehlende Plausibilität“ und „sachlich falsch“ ist in der Diskussion weit verbreitet und bedarf einer Korrektur.

Im Falle der spezialisierten Einrichtungen besteht ein gesondert zu diskutierender Handlungsbedarf, der je nach Personengruppe anders ausfällt und in Abschnitt 3.8 inklusive der daraus abgeleiteten Empfehlungen dargestellt ist.

## ***Ansatzpunkte für Lösungen und Handlungsempfehlungen***

Aus den identifizierten Ursachen für den hohen Anteil an Einrichtungen mit fehlender Plausibilität und den beobachteten Entwicklungen im Zusammenhang mit der statistischen Plausibilitätskontrolle lassen sich folgende Handlungsfelder ableiten:

Sicherstellung der Datenqualität – die ursprünglich intendierte Funktion der statistischen Plausibilitätskontrolle fördern: Mit statistisch nicht plausiblen Ergebnissen gehen für Pflegeeinrichtungen Konsequenzen einher, die von ihnen meist als weitreichend empfunden werden: keine Indikatorenergebnisse, negative Außendarstellung, unangekündigte externe Qualitätsprüfungen sowie die Befürchtung, sich in externen Qualitätsprüfungen umfangreich für nicht plausible Daten fachlich rechtfertigen zu müssen, stehen einem hohen, teilweise sehr hohen Aufwand gegenüber. In der Wahrnehmung der Pflegeeinrichtungen scheint die ursprüngliche Funktion der statistischen Plausibilitätskontrolle durch die in den Vordergrund getretene sanktionierende Funktion überlagert worden zu sein. Die Analysen zeigen, dass dadurch eine für die Datenqualität ungünstige Entwicklung begonnen hat, die die Einrichtungen demotiviert, Energie und Ressourcen in das indikatorengestützte Verfahren zu investieren. Bei einem Teil der Einrichtungen sind Anreize entstanden, nicht sachgerechte Korrekturen an der Ergebniserfassung vorzunehmen. Beides resultiert in Ungenauigkeiten der Ergebniserfassung und ist der Sicherstellung der Datenqualität nicht zuträglich. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, müsste die sanktionierende Funktion der statistischen Plausibilitätskontrolle in den Hintergrund gerückt werden und die Einrichtungen in die Lage versetzt werden, mit den Ergebnissen der statistischen Plausibilitätskontrolle (und den Indikatorergebnissen) arbeiten zu können und aus ihnen zu lernen.

Die Regeln der statistischen Plausibilitätskontrolle anpassen: Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die statistische Plausibilitätskontrolle zu sensitiv ist und Ergebnisse aufgrund der Unterschätzung der Häufigkeit von bestimmten Konstellationen als statistisch nicht plausibel bewertet. In Kombination mit dem Verständnis, dass eine statistische Auffälligkeit als fachlich falsche Angabe gewertet werde und daher keine Indikatorenergebnisse berechnet werden, obwohl die Einschätzungen und Angaben zutreffend sind, entstehen Frustration und eine ablehnende Haltung gegenüber dem gesamten Verfahren. Daher sollten aus der Unterschätzung der Häufigkeiten bestimmter Merkmalskonstellationen bei den Bewohner\*innen heraus die Regeln, nach denen die statistische Plausibilität durchzuführen ist, angepasst werden. Sowohl die Definition einzelner Auffälligkeitskriterien (insbesondere AK 1 bis 4, 5, 7, 10, 13) als auch die Grenze, von der an Ergebnisse als statistisch nicht plausibel gelten, sollten für Änderungen in Betracht gezogen werden.

Einheitliche Informationen schaffen und abgestimmt kommunizieren: In der Erarbeitung dieser gutachterlichen Stellungnahme wurde deutlich, dass sich Pflegeeinrichtungen an verschiedenen Stellen Informationen zum indikatorengestützten Verfahren eingeholt haben, die teilweise zu Verunsicherungen aufgrund von Widersprüchen oder Unklarheiten und zu unzureichenden Kenntnissen aller Elemente des Verfahrens geführt haben. Mit einem widerspruchsfreien und mit den Pflegeeinrichtungen als Adressaten konzipierten Informationsangebot an einer zentralen Stelle sowie einer verständlichen

Kommunikation von Ergebnissen und Änderungen könnten Unsicherheiten und Unklarheiten reduziert und das Verständnis für das indikatorengestützte Verfahren gefördert werden.

## 5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Der Indikatorenansatz setzt voraus, dass realistische, aktuelle Informationen über die Bewohner\*innen verwendet werden. Anderenfalls wäre eine vergleichende Qualitätsbeurteilung nicht möglich, und auch der Nutzen der Indikatoren für das interne Qualitätsmanagement wäre fraglich. Die Funktion der statistischen Plausibilitätskontrolle besteht vor diesem Hintergrund vorrangig darin, mögliche Schwachstellen bei der Einschätzung von Selbständigkeit und Fähigkeiten zu identifizieren und deren Behebung durch die Einrichtungen zu fördern.

Angesichts der vorliegenden Untersuchungsergebnisse ist allerdings festzustellen, dass diese Funktion mit der gegenwärtigen Ausgestaltung der statistischen Plausibilitätskontrolle nicht erfüllt wird. Im Gegenteil zog ihr Einsatz Effekte nach sich, die dieser Funktion entgegenstehen. Einer dieser Effekte besteht darin, dass einige Einrichtungen dazu übergehen, Einschätzungsergebnisse unabhängig von den tatsächlichen Fähigkeiten der Bewohner\*innen zu modifizieren und so an die DAS Pflege zu übermitteln, dass die dort angewendeten Auswertungsroutinen keine fehlende Plausibilität mehr feststellen können. Sie führen also eine strategisch motivierte Datenanpassung durch, auch wenn diese fachlich nicht begründet ist. Umgekehrt werden Daten nicht als plausibel akzeptiert, obwohl sich die betreffenden Einrichtungen bzw. Mitarbeiter\*innen mehrfach durch Einzelfallprüfungen davon überzeugt haben, dass die Einschätzungen zutreffen. An diesem Punkt scheint die gegenwärtige Form der statistischen Plausibilitätskontrolle ausgerechnet diejenigen Entwicklungen zu fördern, denen sie eigentlich entgegenwirken soll.

Deshalb und aufgrund weiterer Probleme, die Rahmen der vorliegenden Untersuchung aufgezeigt wurden, halten wir es für dringend empfehlenswert, die statistische Plausibilitätskontrolle kurzfristig anzupassen und so auszugestalten, dass ihre Wirkungen der ursprünglich intendierten Funktion entsprechen.

Wir empfehlen nicht, von der Plausibilitätskontrolle gänzlich Abstand zu nehmen. Sie ist gerade in der Anfangszeit des Übergangs zu einem neuen System der Qualitätsbeurteilung ein wichtiges Element, Vertrauen in dieses System zu schaffen und den Einrichtungen Warnhinweise zu geben, wenn es Anzeichen dafür gibt, dass sie den Anforderungen einer fachlich fundierten Ergebniserfassung nicht gerecht werden. Mit dem aktuellen System wird dies jedoch nicht erreicht.

Als übergeordnetes Ziel der im Folgenden vorgeschlagenen Anpassungen sehen wir die Einleitung eines Prozesses, in dem die statistische Plausibilitätskontrolle vorrangig als Hilfestellung für die sach- und fachgerechte Ergebniserfassung durch die Einrichtungen und weniger als Sanktionsinstrument

ausgestaltet wird. Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle sollten von den Einrichtungen als Anstoß zur Selbstüberprüfung verstanden und als solche genutzt werden. Zu diesem Zweck muss die derzeit offenbar übermäßige und nicht gerechtfertigte Strenge der statistischen Plausibilitätskontrolle behoben und müssen geeignete Voraussetzungen dafür geschaffen werden, die Akzeptanz, Nachvollziehbarkeit und Nutzbarkeit der Rückmeldungen der DAS Pflege an die Einrichtungen zu optimieren. Darüber hinaus halten wir es für wichtig, durch eine verbesserte Information und Kommunikation das allgemeine Verständnis des Indikatorenansatzes einschließlich des Grundgedankens der Plausibilitätskontrolle bzw. des Gedankens der fehlenden Plausibilität zu fördern.

Wir empfehlen daher folgende Maßnahmen:

### **1. Abschwächung der sanktionierenden Funktion und Stärkung der qualitätssichernden Funktion der Plausibilitätskontrolle**

- 1.1 Um die zentrale Funktion der statistischen Plausibilitätskontrolle, also die Optimierung der Datenqualität, zu stärken, wird vor dem Hintergrund der aktuellen Situation empfohlen, die Sanktionierung von Auffälligkeiten in den an die DAS Pflege gelieferten Daten abzuschwächen. Es ist an dieser Stelle zu betonen, dass die Feststellung einer Auffälligkeit nicht gleichbedeutend ist mit der Feststellung eines sachlichen Fehlers. Unsere Untersuchungsergebnisse zeigen darüber hinaus, dass nicht plausibel erscheinende Zusammenhänge bei Bewohner\*innen wesentlich häufiger auftreten als es die derzeit geltende 25%-Grenze vermuten lässt. Aus diesen Gründen sollte die weitreichende Konsequenz, dass eine Veröffentlichung der Versorgungsergebnisse einer Einrichtung in den Qualitätsdarstellungen aufgrund fehlender Plausibilität der Daten nicht erfolgt, vorerst auf Extremfälle beschränkt bleiben.
- 1.2 Da eine differenzierte Analyse der von den Einrichtungen gelieferten Datenqualität bislang nicht vorliegt, wird empfohlen, einen hohen Grad der Übereinstimmung von Daten mit der vorhergehenden Ergebniserfassung (die heutigen AK 1 bis 4) unter Bezug auf statistische Kennwerte für extreme Abweichungen von erwarteten Streuungen zu bewerten (s. Empfehlung 2). Weil dies mit einer Gesamtbetrachtung sämtlicher Auffälligkeiten (die heutigen AK 1 bis 17) kaum möglich ist, wird außerdem empfohlen, die statistische Plausibilität im Hinblick auf eine eventuelle unreflektierte Datenübernahme (AK 1 bis 4) und andere Plausibilitätskriterien (AK 5 bis 17) zukünftig getrennt voneinander darzustellen. Dies ist auch deshalb angebracht, weil es den Einrichtungen damit erleichtert wird, die Verteilung und Relevanz festgestellter Auffälligkeiten nachzuvollziehen.
- 1.3 Es wird empfohlen, eine Übergangszeit von etwa drei Jahren zu definieren, nach deren Ablauf die Erfahrungen mit den unter 1.1 und 1.2 genannten Maßnahmen ausgewertet werden und die Kriterien und ebenso die Schwellenwerte, deren Überschreiten eine Nicht-Veröffentlichung der Versorgungsergebnisse einer Einrichtung nach sich zieht, überprüft und ggf. angepasst werden. Diese Übergangszeit sollte auch als Phase verstanden werden, in der sich die Einrichtungen besser als bisher mit den inhaltlichen, methodischen und organisatorischen Anforderungen, die die Ergebniserfassung mit sich bringt, vertraut machen können. Die zeitliche Parallelität der

Implementierung des Indikatorenansatzes und der Belastungen durch die Covid-19-Pandemie führte in vielen Einrichtungen zu einer eher oberflächlichen Auseinandersetzung mit dieser neuen Art der Qualitätsbeurteilung, deren Integration in den Alltag des internen Qualitätsmanagements als mehrjähriger Prozess anzusehen ist.

1.4 Die Sanktionierung fehlender Plausibilität durch Nicht-Veröffentlichung sollte für spezialisierte Einrichtungen bzw. Wohnbereiche mit ungewöhnlicher Bewohnerstruktur in der angesprochenen Übergangsphase komplett ausgesetzt werden. Bei der Umsetzung sollten dabei folgende Kriterien angewendet werden:

- Einrichtungen bzw. Wohnbereiche, deren Bewohner\*innen zum Stichtag mehrheitlich (>50%) jünger sind als 70 Jahre;
- Einrichtungen bzw. Wohnbereiche, die sich auf die Versorgung von Wachkomapatient\*innen spezialisiert haben oder Demenzkranke im Spätstadium der Erkrankung versorgen („Pflegeoasen“).

Für die Bestimmung von Einrichtungen bzw. Wohnbereichen, deren Bewohner\*innen zum Stichtag mehrheitlich jünger sind als 70 Jahre, können die Angaben zum Geburtsjahr und Geburtsmonat herangezogen werden. Für die Bestimmung von Einrichtungen bzw. Wohnbereichen, die sich auf die Versorgung von Wachkomapatient\*innen spezialisiert haben, kann vorerst die Information zum Bewusstseinszustand („Wachkoma“ und „komatös“) herangezogen werden. Zur Bestimmung von Pflegeoasen (Einrichtungen bzw. Wohnbereichen) kann vorerst eine Kombination aus den Angaben zum Bewusstseinszustand (somnolent, komatös, Wachkoma) und den Angaben zu den BI-Modulen (Summenwert BI-Modul 1 > 13 und Summenwert BI-Modul 2 > 25) herangezogen werden.

Perspektivisch könnte eine zusätzliche Angabe zur Pflegeeinrichtung bzw. eine entsprechende Angabe im Datenfeld Wohnbereich zur Bestimmung der Einrichtungen bzw. Wohnbereiche eingeführt werden.

1.5 Für spezialisierte Einrichtungen oder Wohnbereiche mit Wachkomapatient\*innen oder mit bettlägerigen Personen im späten Stadium einer Demenz (Pflegeoasen) sollte auf den Einsatz der Qualitätsindikatoren und damit auch auf die Ergebniserfassung gänzlich verzichtet werden. Für diese Versorgungsbereiche können nur einzelne Indikatoren berechnet werden, der Aufwand scheint hier daher weit größer zu sein als der Nutzen für die Qualitätssicherung.

Umsetzen lässt sich diese Empfehlung, indem Einrichtungen, die sich auf die Versorgung von Wachkomapatient\*innen oder von bettlägerigen Personen im späten Stadium einer Demenz (Pflegeoasen) spezialisiert haben, bei der DAS Pflege abgemeldet werden. Einrichtungen, bei denen sich lediglich um einen spezialisierten Wohnbereich handelt, sollten diesen Wohnbereich bzw. die dort lebenden Bewohner\*innen aus der Ergebniserfassung ausschließen. Perspektivisch sollte dieses Verfahren erleichtert werden, indem ähnlich wie bei Kurzzeitpflegegästen ein entsprechender Ausschlussgrund definiert und in das Datenportfolio integriert wird.

1.6 Unabhängig vom Ergebnis der Plausibilitätskontrolle sollten alle Einrichtungen einen nachvollziehbaren, gut erläuterten Bericht über die ermittelte Ergebnisqualität erhalten (Feedback-Bericht).

Diese Empfehlung ist mit der letzten Anpassung der „Maßstäbe und Grundsätze“ bereits teilweise umgesetzt. Es ist allerdings empfehlenswert, die Art der Darstellung in den Feedback-Berichten noch einmal zu überprüfen, ausführlichere Kommentierungen vorzunehmen, überkomplexe Darstellungen zu vermeiden und eine sprachliche Ebene zu finden, die es möglichst vielen Fachkräften ermöglicht, Aussagen ohne großen Aufwand nachzuvollziehen.

- 1.7 Auch die Berichte zur Datenvalidierung, die die DAS Pflege den Einrichtungen zukommen lässt, sollten so angepasst werden, dass sie für die Einrichtungen leicht verständlich sind und eine geeignete Grundlage für eine Schwachstellenanalyse durch die Einrichtungen selbst bieten. Dabei sollte durch geeignete Erläuterungen verdeutlicht werden, mit welchem Ziel eine statistische Plausibilitätskontrolle durchgeführt wird, wie die Begriffe „Auffälligkeit“ und „Plausibilität“ zu interpretieren sind und welche Maßnahmen prinzipiell in Betracht kommen, um einrichtungsintern auf etwaige Auffälligkeiten zu reagieren und die Datenqualität zu verbessern.

## **2. Anpassung der Kriterien und Schwellenwerte, die bei der Plausibilitätskontrolle genutzt werden**

- 2.1 Wir empfehlen, entsprechend der Empfehlungen 1.1 und 1.2 die Übereinstimmung von Daten, die zu zwei Stichtagen geliefert werden, anhand veränderter Kriterien zu bewerten. Hierbei sollten die Berechnungsregeln und Schwellenwerte zum Einsatz kommen, die in der Anlage 1 zum vorliegenden Bericht dargelegt werden. Bei der Umsetzung dieses Vorschlags würde die Feststellung fehlender Plausibilität auf Extremfälle begrenzt bleiben. Der Anteil der Einrichtungen, die den kritischen Schwellenwert zur Feststellung fehlender Plausibilität erreichen, würde bei einem mittleren einstelligen Prozentwert liegen.
- 2.2 Ein Teil der AK 5 bis 17 ist nach unseren Feststellungen anpassungsbedürftig. Die empfohlenen Anpassungen finden sich in der Anlage 2 zum vorliegenden Bericht.
- 2.3 Werden die Darstellung und der Umgang mit rechnerischen Auffälligkeiten gemäß Empfehlung 1.2 getrennt, sollte für den Bereich der AK 1 bis 4 als Schwellenwert ein Anteil von 75% festgelegt werden. Bei Werten, die darüber liegen, wird die statistische Plausibilität als nicht vorhanden bewertet. Dieser Prozentanteil bezieht sich auf diejenigen Fälle, für die eine Übereinstimmung der Daten aus der aktuellen Ergebniserfassung mit der vorherigen Ergebniserfassung geprüft werden kann<sup>20</sup>. Für den Bereich der AK 5 bis 17 empfehlen wir als Schwellenwert einen Anteil von 20% aller Bewohner\*innen, die in die Überprüfung dieser Kriterien einbezogen werden. Nach den vorliegenden Daten würde unter diesen Voraussetzungen bei den AK 1 bis 4 voraussichtlich bei rund 5% der Einrichtungen und bei den AK 5 bis 17 bei knapp 2% der Einrichtungen eine fehlende Plausibilität festgestellt.

---

<sup>20</sup> Bewohner\*innen, die in der Zeit zwischen den beiden Ergebniserfassungen neu eingezogen sind, würden bei der Berechnung dieses Anteils nicht berücksichtigt.



Von einer Veröffentlichung der Indikatoren und ihrer Bewertungen im Rahmen der Qualitätsdarstellungen wäre danach abzusehen, wenn bei einer Einrichtung der Schwellenwert für die AK 1 bis 4 *oder* der Schwellenwert für die AK 5 bis 17 überschritten wird.

- 2.4 Wir empfehlen die Einführung eines Ampelsystems, um den Einrichtungen in den Berichten der DAS Pflege zur Datenvalidierung eine verbesserte Orientierung zu geben, inwieweit sie sich kritischen Grenzen der Plausibilitätsbeurteilung nähern und daher verstärkt auf die Sicherstellung der Datenqualität achten sollten. Dieses System sollte die AK 1 bis 4 und die AK 5 bis 17 getrennt darstellen und mit den Kategorien „unauffällig“ (grün), „fraglich“ (gelb) und „kritisch“ (rot) operieren. Als Schwellenwerte hierzu werden vorgeschlagen:

AK 1 bis 4: unauffällig = 0 bis 50,0% / fraglich = über 50,0 bis 75,0% / kritisch = über 75,0%

AK 5 bis 17: unauffällig = 0 bis 5,4% / fraglich = über 5,4 bis 20,0% / kritisch = über 20,0%.

- 2.5 Im Rahmen der Untersuchung zeigten sich verschiedene, nichtintendierte Effekte der angewendeten Rechenregeln der statistischen Plausibilitätskontrolle und eine singuläre Abweichung zwischen Vorgaben der „Maßstäbe und Grundsätze“ und der von der DAS Pflege angewendeten Programmierung. Sollte es zu einer Anpassung der Auffälligkeitskriterien kommen, sollte die Frage im Auge behalten werden, ob damit auch diese Effekte und Abweichungen behoben wurden. Sie hatten bislang zwar keine wesentlichen Auswirkungen auf das Ergebnis der Plausibilitätskontrolle, sollten aber im Interesse eines konsistenten Verfahrens dennoch bereinigt werden.

### 3. Optimierung der Information und Kommunikation

- 3.1 Wir empfehlen die Schaffung eines gut strukturierten, übersichtlichen Informationsangebotes für die Einrichtungen, das alle wesentlichen Informationen zu inhaltlichen, methodischen und technischen Fragen an einem Ort (im Internet) bereithält. Mehrfach wurde im Rahmen unserer Erhebungen darauf hingewiesen, dass die Informationslage im Zusammenhang mit dem Indikatorenansatz derzeit zu unübersichtlich sei. Da die Anforderungen durch die Ergebniserfassung für die Einrichtungen und ihre Mitarbeiter\*innen durchaus nicht unerheblich sind, halten wir es für empfehlenswert, Informationen für die Einrichtungen systematischer vorzuhalten als dies bislang geschieht.
- 3.2 Wir empfehlen in Ergänzung zu 3.1, dass sich die im Qualitätsausschuss Pflege vertretenen Verbände und sonstigen Organisationen abstimmen, um möglichst einen einheitlichen Katalog an häufig formulierten Fragen (FAQs) bereitzuhalten. Dies ist sicher eine Herausforderung, aus der Sicht der Einrichtungen und eventuell auch anderer Akteure jedoch ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Kommunikation.
- 3.3 Das Informationsangebot, das von den Einrichtungen im Zusammenhang mit der Ergebniserfassung genutzt wird, umfasst auch Schulungen und Schulungsunterlagen. Es ist empfehlenswert, den aktuellen Stand des vorhandenen Informationsangebots zu überprüfen und etwaige Abweichungen zu beheben. Nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie ist insbesondere darauf zu achten, dass das Verständnis von wesentlichen Elementen des Indikatorenansatzes –

beispielsweise das Verständnis von Auffälligkeiten und fehlender Plausibilität – nachvollziehbar erläutert wird. Wir halten es nicht für erforderlich, auf Wortgleichheit im Informationsangebot zu achten. Grundlegende Aussagen dazu, was beispielsweise unter Plausibilität verstanden wird und was im Unterschied dazu eine fehlerhafte Einschätzung bedeutet, sollten jedoch eindeutig und einheitlich kommuniziert werden.

- 3.4 Ein Nebenergebnis der Untersuchung besteht in der Feststellung, dass nicht alle Akteure, die informiert sein sollten, kurzfristig von technischen oder methodischen Änderungen bei der Datenübermittlung informiert werden. Deshalb ist zu erwägen, ob nicht an zentraler Stelle ein Newsletter oder ein anderes Informationsangebot geschaffen werden kann, mit dem kurzfristige Änderungen der Verfahrensregeln oder anderer Sachverhalte im Zusammenhang mit dem Indikatorenansatz schnell und auch an die Softwareanbieter kommuniziert werden können.
- 3.5 Zur Vermeidung von Irritationen und Missverständnissen im Zusammenhang mit dem Indikatorenansatz und der statistischen Plausibilitätskontrolle wird empfohlen, das Instrumentarium, das bei der Ergebniserfassung genutzt wird, einheitlich zu gestalten. So sollte die Variablenstruktur, die Struktur der Merkmalsausprägungen und auch die Benennung von Variablen einheitlich sein.

Es sei an dieser Stelle betont, dass die empfohlenen Maßnahmen ausschließlich das Verfahren der statistischen Plausibilitätskontrolle betreffen. Die Inhalte, Methoden und Maßstäbe der indikatoren-gestützten Qualitätsbeurteilung und ihre Veröffentlichung bleiben hiervon unberührt.

Unter den empfohlenen Maßnahmen kommt der Weiterentwicklung der Kriterien und Schwellenwerte, auf denen die statistische Plausibilitätskontrolle beruht, die höchste Priorität zu. Es wäre unbedingt wünschenswert, dass diese Anpassung mit Beginn der für das Jahr 2022 vorgesehenen Veröffentlichung der Qualitätsindikatoren bereits erfolgt ist, sodass nur diejenigen Einrichtungen von der Veröffentlichung ausgenommen werden, die nach den im vorliegenden Bericht empfohlenen Kriterien als Extremfälle anzusehen sind. Das bedeutet, dass eine Umsetzung der Empfehlungen 1.1 bis 1.5 und deren Operationalisierung in den Empfehlungen 2.1. bis 2.4 so rasch wie möglich eingeleitet werden sollte<sup>21</sup>. Wir schließen hierbei die Empfehlungen 1.3 (Festlegung einer Übergangsphase, Prüfung der Erfahrungen mit den erfolgten Umstellungen) und 2.4 (Einführung eines Ampelsystems) ausdrücklich mit ein, damit die Maßnahmen zur Anpassung der statistischen Plausibilitätskontrolle besser eingeordnet werden kann und ihre Funktion zu Verbesserung der Datenqualität besser sichtbar wird. Auch die Entscheidung, Einrichtungen mit besonderer Bewohnerstruktur von der statistischen Plausibilitätskontrolle auszunehmen (1.4 und 1.5), sollte nach Möglichkeit rasch getroffen und umgesetzt werden.

Eine ebenfalls große Bedeutung kommt der Optimierung der Informationen zu, die den Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden (Empfehlungen 1.6 und 1.7). Der praktischen Umsetzung müssen in diesem Fall allerdings noch einige Überlegungen zur Ausgestaltung der entsprechenden Berichte

---

<sup>21</sup> Es versteht sich von selbst, dass im Rahmen dieser Anpassungsprozesse die Übereinstimmung der Programmierung mit den Maßgaben der „Maßstäbe und Grundsätze“ sichergestellt wird (Teilaspekt der Empfehlung 2.5).

vorausgehen. Es sollte vermieden werden, dass sich hierdurch die Anpassung der statistischen Plausibilitätskontrolle selbst verzögert. Wir gehen davon aus, dass das Ergebnis dieser Arbeiten nicht unbedingt zeitgleich mit der Festlegung neuer Kriterien und Schwellenwerte (Empfehlungen 1.1 bis 1.5 und deren Operationalisierung in den Empfehlungen 2.1. bis 2.4) vorliegen muss. Um die Sicherung und Weiterentwicklung der Datenqualität zu unterstützen, sollte die Optimierung der Informationen für die Einrichtungen jedoch so rasch wie möglich nach dieser Festlegung erfolgen.

Empfehlungen, die sich auf weitergehende Aspekte der Information und Kommunikation beziehen, sind für den weiteren Prozess der Stabilisierung des Systems der indikatorengestützten Qualitätsbeurteilung ebenfalls sehr wichtig. Im Hinblick auf den zeitlichen Verlauf steht ihre Priorität aber hinter den Anpassungen, die die statische Plausibilitätskontrolle selbst betreffen, zurück. Die Anpassung der Plausibilitätskontrolle müsste zeitgleich gegenüber den Einrichtungen und anderen Beteiligten in geeigneter Form kommuniziert werden. Die systematische Vereinheitlichung und Abstimmung von Informationen und die Optimierung von Kommunikationswegen im Sinne der Empfehlungen 3.1 bis 3.5 hingegen könnte, wenn eine sofortige Umsetzung nicht möglich erscheint, auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Besonders hervorzuheben ist allerdings die Bedeutung der Optimierung des Informationsangebots, das von den Einrichtungen im Zusammenhang mit der Ergebniserfassung genutzt wird (Schulungsunterlagen, Dokumentation der Datenstruktur etc. – s. Empfehlung 3.3).

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Datenauswertungen die *besondere Situation von Einrichtungen mit einer geringen Platzzahl* aufgefallen ist. Bei Einrichtungen mit unter 10 oder 15 Plätzen beispielsweise führen bereits wenige Fälle mit nichtplausiblen Daten zu negativen Ergebnissen bei der statistischen Plausibilitätskontrolle. Es ist daher empfehlenswert, Kleinsteinrichtungen mit bis zu 9 Plätzen aus dieser Plausibilitätskontrolle grundsätzlich auszunehmen.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass bei diesen Einrichtungen nach der Risikogruppenbildung oft nur einzelne Indikatoren berechnet werden können, weil die erforderliche Mindestfallzahl zum Teil nicht erreicht wird. Wir halten es daher für sinnvoll, die Frage der Einbeziehung solcher Einrichtungen in die indikatorengestützte Qualitätsbeurteilung auf der Basis der aktuell bei der DAS Pflege vorliegenden Daten noch einmal zu prüfen. Diese Prüfung sollte zunächst einmal Aufschluss darüber geben, welche Indikatoren angesichts der geringen Einrichtungsgröße überhaupt darstellbar sind. Ergibt sich bei dieser Prüfung, dass es sich bei der großen Mehrheit der betreffenden Einrichtungen lediglich um einzelne Indikatoren handelt (z. B. 2 oder 3 Indikatoren), so sollten auch für Kleinsteinrichtungen – ähnlich wie bei Einrichtungen für Wachkomapatienten – generell keine Indikatoren berechnet und damit auch keine indikatorengestützte Qualitätsbeurteilung in die öffentlichen Qualitätsdarstellungen aufgenommen werden. Hierzu hätten die Einrichtungen einen entsprechenden „Freistellungsantrag“ bei der zuständigen Pflegekasse einzureichen. Die angesprochene Prüfung durch die DAS Pflege sollte getrennt für Einrichtungen mit bis zu 9 und Einrichtung mit 10 bis 14 Plätzen durchgeführt werden<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Unter diesen Umständen bliebe den Einrichtungen weiterhin die Möglichkeit, am Verfahren der Ergebniserfassung teilzunehmen, damit auch Daten an die Datenauswertungsstelle Pflege zu senden und einen Feed-Back-Bericht zu erhalten, dessen Ergebnisse allerdings nicht veröffentlicht würden. Dies kann, je nach

Wir möchten abschließend – in Anlehnung an entsprechende Einschätzungen der befragten Expert\*innen – darauf hinweisen, dass die Bedingungen der Ergebniserfassung im Jahr 2022 weiterhin von den Belastungen der Covid-19-Pandemie geprägt sein werden. Die Belastung der Pflegenden und der Leitungsebene in den Einrichtungen wird sich im Zusammenhang mit Entwicklungen im Gefolge der Covid-19-Pandemie noch einmal verschärfen, und diese Entwicklung trifft zeitlich mit dem „Scharfschalten“ der indikatorengestützten Beurteilung von Ergebnisqualität bzw. der Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen zusammen. Durch den suboptimalen Start des Indikatorensystems ist die Motivation in einem Teil der Einrichtungen und ihrer Mitarbeiter\*innen spürbar beeinträchtigt. Im Verlauf des Jahres 2022 wird es daher darauf ankommen, eine Zuspitzung der Situation in Form eines weitreichenden Motivations- und Akzeptanzeinbruchs zu vermeiden. Dazu könnte es kommen, wenn beispielsweise trotz massiver Personalausfälle ein Stichtag zur Datenübermittlung eingehalten werden muss, weil nunmehr die Veröffentlichung der Qualitätsbeurteilungen ansteht. Unter den Bedingungen der Überlastung eine Ergebniserfassung durchzuführen kann jedoch nicht zu einem akzeptablen Niveau der Datenqualität führen. Aus diesem Grund wäre es wünschenswert, Verfahrensweisen zu erwägen, die den Einrichtungen in Krisensituationen erlauben, die Ergebniserfassung auszusetzen.

In unseren Befragungen wurde ferner deutlich, dass in offenbar nicht wenigen Einrichtungen angespannte Gespräche mit den Prüfdiensten über die Plausibilität der Daten erwartet werden. Sollte sich die Frustration, die sich bei einigen Einrichtungen im Zusammenhang mit der statistischen Plausibilitätskontrolle eingestellt hat, in ähnlicher Form bei den Qualitätsprüfungen wiederholen, würde sich die allgemeine Akzeptanz der Plausibilitätskontrollen nochmals verschlechtern.

Im Verlauf unserer Erhebungen wurde aber auch deutlich, dass auf Seiten der Einrichtungen trotz aller Anfangsschwierigkeiten Interesse und Motivation vorhanden sind, den Indikatorenansatz zu integrieren und für das interne Qualitätsmanagement nutzbar zu machen.

---

Bewohnerstruktur, aus der Perspektive der Einrichtungen beispielsweise im Hinblick auf das interne Qualitätsmanagement sinnvoll sein. Voraussetzung wäre lediglich, dass sie die Möglichkeit der Freistellung nicht nutzen.

## Literaturverzeichnis

- Becker, S. (2014): Lebensqualität bei Menschen mit Demenz. Ein bedeutender Aspekt adäquater Versorgung. Serie: Palliativmedizin in der Praxis. ARS MEDICI (8), 428. Verfügbar unter <http://www.zbmed.de/ccmedimages/2014/ZBMED-20144305153-2.pdf> (23.02.2022)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – BfArM (2022): ICD-10-GM Version 2022. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2022
- Dalferth, M. (2006): Leben in „Parallelgesellschaften“? Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung zwischen den Idealen der neuen Leitideen und Entsolidarisierungsprozessen. In: Theunissen, G./Schirbort, K. (Hg.) (2006): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen - Soziale Netze - Unterstützungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer, 116-128
- Destatis (2020a): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden
- Destatis (2020b): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegeheime. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden
- Diehl-Schmid, J./Riedl, L./Rüsing, U./Hartmann, J./Bertok, M./Levin, C. et al. (2018): Palliativversorgung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz. Der Nervenarzt 89 (5), 524–529
- Ewers, M./Lehmann, Y. (2018): Technikabhängige Pflegebedürftige in der Langzeitpflege. Versorgungspfade, Versorgungsqualität und Patientensicherheit. In: Szepan N.-M./Wagner, F. (Hg.): Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs. Berlin: KomPart: 135-153
- Kapeller, P. (2022): Palliative Aspekte bei multipler Sklerose. psychopraxis. neuropraxis 25 (1), 32–35
- Keller, C. (Hg.) (2021): Fachpflege Außerklinische Intensivpflege. Urban-&-Fischer-Verlag. 2. Auflage. München: Elsevier (Fachpflege)
- Kip, M./Schönfelder, T./Bleß, H.-H. (2016): Weißbuch Multiple Sklerose. Versorgungssituation in Deutschland. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg
- Kreiser, S. (2012): Das Konzept der Pflegeoase als stationäre Betreuungsform für Menschen mit Demenz in einem weit fortgeschrittenen Stadium. Vertiefungsseminararbeit an der TU Dresden, Professur für Sozial- und Gesundheitsbauten
- Kruse, K. (2018): Die Schnittstelle von Eingliederungshilfe und Pflege im ambulanten Bereich. Merkblatt zur neuen Empfehlung der Spitzenverbände. Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm). Verfügbar unter: <https://bvkm.de/wp-content/uploads/2019/08/merkblatt-zur-schnittstelle-von-eingliederungshilfe-und-pflege.pdf> (01.03.2022)
- Lehmann, Y./Stark, S./Ewers, M. (2016a): Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten - VELA-Regio. Teil 1: Kommentierte Bibliografie. Working Paper No. 16 01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin
- Lehmann, Y./Stark, S./Ewers, M. (2016b): Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten - VELA-Regio. Teil 3: Strukturen und Prozesse aus Akteurssicht. Working Paper No. 16 03 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Charité - Universitätsmedizin Berlin
- Müller-Erichsen, M./Frühauf, T. (2007): Einleitung. In Hinz, A. (Hg.): Schwere Mehrfachbehinderung und Integration. Herausforderungen, Erfahrungen, Perspektiven. Marburg. S. 8-14
- Verband der Ersatzkassen e. V. - vdek (2022): Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI zur vollstationären Pflege im Land Berlin (2017). Verfügbar unter: [https://www.vdek.com/LVen/BERBRA/Vertragspartner/Pflege/Berlin/stationaere\\_pflege.html](https://www.vdek.com/LVen/BERBRA/Vertragspartner/Pflege/Berlin/stationaere_pflege.html) (23.02.2022)
- Riedel, A./Schneider, S. (2010): Konzeptevaluation Pflegeoase. Ergebnisse einer qualitativen Evaluation der Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus in Mühlacker der Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung. Esslingen. Verfügbar unter: [https://www.keppler-stiftung.de/fileadmin/media/SZ\\_St\\_Franziskus/Downloads/Evaluationsbericht\\_Pflegeoase-2010.pdf](https://www.keppler-stiftung.de/fileadmin/media/SZ_St_Franziskus/Downloads/Evaluationsbericht_Pflegeoase-2010.pdf) (23.02.2022)

- Schaade, G. (2009): Demenz. Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg
- Statistisches Bundesamt – Destatis (2021): Sozialeleistungen. Schwerbehinderte Menschen. wissen. nutzen. Fachserie 13 Reihe 5.1, 2019. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Service/Bibliothek/\\_publikationen-fachserienliste-13.html](https://www.destatis.de/DE/Service/Bibliothek/_publikationen-fachserienliste-13.html) (01.03.2022)
- Steinbach, A./Donis, J. (Hg.) (2019): Langzeitbetreuung Wachkoma. Eine Herausforderung für Betreuende und Angehörige. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer
- Steutler, E. (2018): Neurologische Fachpflege von Menschen mit Multipler Sklerose: die Krankheit mit den vielen Gesichtern. Pflegezeitschrift 71 (8), 36–39
- Tiesmeyer, K. (2003): Selbstverständnis und Stellenwert der Pflege in der Begleitung von Menschen mit schwerer Behinderung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Bielefeld: IPW. Verfügbar unter: <https://uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ipw/downloads/ipw-123.pdf> (01.03.2022)
- Tiesmeyer, K. (2017): Pflege von Menschen mit Behinderung – Herausforderungen und Handlungserfordernisse. In: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hg.): Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer
- Weltgesundheitsorganisation/Alzheimer's Disease International (2012): Dementia. A public health priority. Geneva: WHO. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority> (23.02.2022)
- Wiendl, H./Kieseier, B.C./Korsukewitz, C.R. (2021): Multiple Sklerose. Klinik, Diagnostik und Therapie. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Thieme eRef)
- Windisch, W. et al. (2017): S2k-Leitlinie: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz – Revision 2017, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.
- Wingenfeld, K. (2020): Zur Auswirkung der Prävalenz ausgeprägter Verhaltensauffälligkeiten auf die Bewertung der Ergebnisqualität in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Expertise, erstellt für den Qualitätsausschuss Pflege
- Wingenfeld, K. (2019): Bedarfskonstellationen und Pflegegrade bei demenziell erkrankten Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P19-156. Bielefeld: IPW. Verfügbar unter: <https://uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ipw/downloads/ipw-156.pdf> (30.03.2022)
- Wingenfeld, K./Hansen, A. (2016): Probleme und Anforderungen der Krankheitsbewältigung bei akutstationär versorgten Weaning-Patienten und ihren Angehörigen. Abschlussbericht. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P16-154. Bielefeld: IPW. Verfügbar unter: <https://uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ipw/downloads/ipw-154.pdf> (30.03.2022)

## Anhang 1: Empfehlungen zur Anpassung der AK 1 bis 4

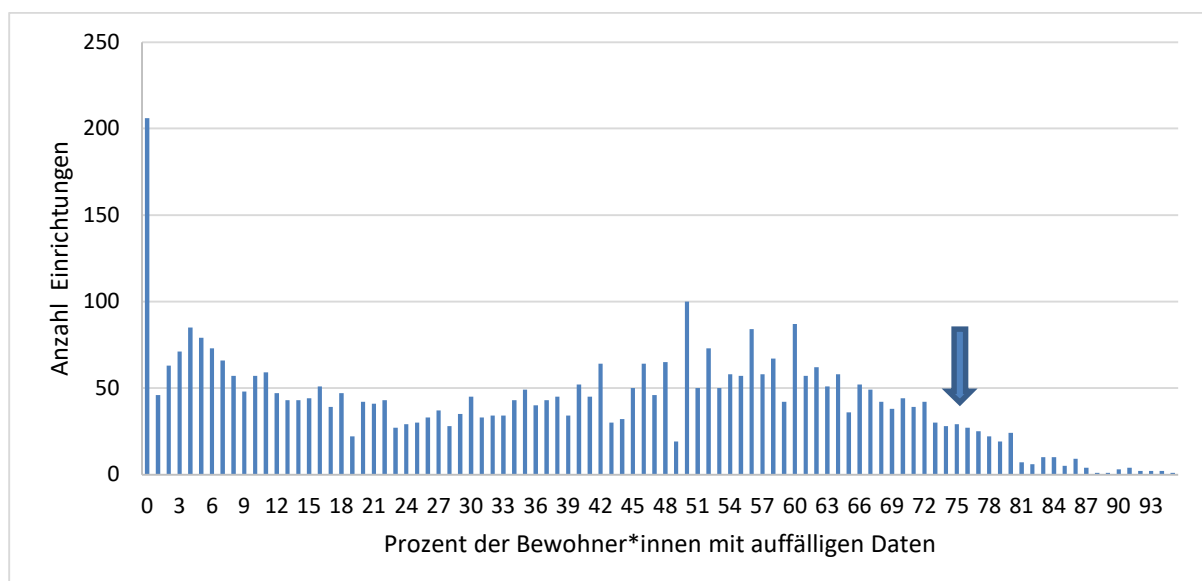
Es wird empfohlen, die AK 1 bis 4 so anzupassen, dass die Werte von Bewohner\*innen mit geringen Beeinträchtigungen ebenso wie die Werte von Bewohner\*innen mit starken Beeinträchtigungen aus der Ermittlung von Auffälligkeiten ausgeschlossen werden. Eine Orientierung können dabei die Schwellenwerte geben, die in den BI-Modulen die jeweiligen Modulwertungen abgrenzen. Die Maßgaben für die Definition der Variablen, die in den Vergleich einbezogen werden, sollten unverändert bleiben.

Es wird empfohlen, die Punktwerte der BI-Module zur Definition der Fälle, die in die Ermittlung einer Auffälligkeit einbezogen werden sollten, folgendermaßen anzupassen:

	Bisherige Fallauswahl	Neue Fallauswahl
AK 1	ab 3 bis einschließlich 10 Punkte	ab 4 bis einschließlich 10 Punkte
AK 2	ab 4 bis einschließlich 25 Punkte	ab 5 bis einschließlich 17 Punkte
AK 3	ab 5 bis einschließlich 30 Punkte	unverändert
AK 4	ab 4 bis einschließlich 15 Punkte	ab 4 bis einschließlich 11 Punkte

Ferner wird empfohlen, Einrichtungen mit weniger als 15 Plätzen aus der Berechnung komplett auszuschließen, weil es bei diesen Einrichtungen aufgrund von Einzelfällen sehr rasch zu einer unangemessenen Feststellung fehlender Plausibilität kommen kann.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Ergebnisse der Anwendung der neuen Bewertungssystematik für die 4.025 Einrichtungen aus dem vorliegenden Datensatz, bei denen die AK 1 bis 4 für mindestens 10 Bewohner\*innen überprüft werden konnten. Die Säulen repräsentieren die Zahl der Einrichtungen, die den jeweils angegebenen Anteil der Bewohner\*innen mit mindestens einer Auffälligkeiten nach den neuen AK 1 bis 4 aufwiesen (gerundet).



---

Der Mittelwert im vorliegenden Datensatz liegt bei dieser Berechnung bei 37,9 und die Standardabweichung bei 24,59. Gemäß der in Kapitel 5 dargestellten grundsätzlichen Neuausrichtung – Feed Back zur Optimierung der Datenqualität statt Sanktionierung und Begrenzung des Ausschlusses von der Veröffentlichung auf Extremwerte – wird empfohlen, den Schwellenwert für die Feststellung einer fehlenden Plausibilität der Daten im Abstand von einer Standardabweichung bis zum maximal erreichbaren Wert (100%) festzulegen. Damit ergibt sich der Wert 75,41 – gerundet: 75,0%, in der Abbildung durch einen Pfeil markiert.

Dementsprechend würden die Daten von Einrichtungen, die nach den neuen AK 1 bis 4 bei mehr als 75% der Bewohner\*innen mindestens eine Auffälligkeit zeigen, eine fehlende Plausibilität festgestellt. Von den 4.025 Einrichtungen aus dem vorliegenden Datensatz wären das 197 oder 4,9%. In diesen Fällen würde keine Veröffentlichung in der Qualitätsdarstellung erfolgen.

Für das vorgeschlagene Warnsystem mit Ampelfarben wird empfohlen, einen zweiten Grenzwert mit der doppelten Standardabweichung festzulegen, der damit bei 50% läge. Einen Warnhinweis (gelb) erhielte damit voraussichtlich etwa ein Drittel der Einrichtungen, ohne dass die Veröffentlichung der Ergebnisse in Frage stünde.



## Anhang 2: Empfehlungen zur Anpassung der AK 5 bis 17

### Anpassung der Bedingungen zur Identifizierung einer Auffälligkeit

AK 5 alt:  $(m1 > 1 \text{ OR } m2 > 1) \text{ AND } (m4 < 2 \text{ OR } m5 < 2)$

AK 5 neu:  $(m1 > 1 \text{ OR } m2 > 1) \text{ AND } (m5 < 2)$

Variablenbezeichnungen entsprechen der Reihenfolge der Variablen im BI-Modul 1: m1, m2 ... m5

AK 7 alt:  $(k4 > 1) \text{ AND } (k6 < 2 \text{ OR } k7 < 2)$

AK 7 neu:  $(k4 > 1) \text{ AND } (k6 < 2 \text{ AND } k7 < 2)$

Variablenbezeichnungen entsprechen der Reihenfolge der Variablen im BI-Modul 2: k1, k2 ... k5

AK 10 alt:  $(sv4 > 1) \text{ and } (sv1 = 0 \text{ OR } sv2 = 0 \text{ OR } sv3 = 0)$

AK 10 neu:  $(sv4 > 2) \text{ and } (sv1 = 0 \text{ OR } sv2 = 0 \text{ OR } sv3 = 0)$ .

Variablenbezeichnungen entsprechen der Reihenfolge der Variablen im BI-Modul 4: sv1, sv2 ... sv12

AK 13 alt:  $(sv7 = 0) \text{ AND } (sv1 > 1 \text{ OR } sv2 > 1 \text{ OR } sv3 > 1)$

AK 13 neu:  $(sv7 = 0) \text{ AND } (sv1 > 2 \text{ OR } sv2 > 2)$ .

Variablenbezeichnungen entsprechen der Reihenfolge der Variablen im BI-Modul 4: sv1, sv2 ... sv12