

Stand 03.04.2020

Lesehinweise für den Bericht zur Vollzähligkeit und statistischen Plausibilitätskontrolle – Teil A und B

(Version 1.0)

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Berichtsteil A	4
2.1	Erläuterung zur Übersicht der Ergebnisse	4
2.2	Erläuterung zur detaillierten Ergebnisdarstellung	5
2.2.1	Tabellenkopf	5
2.2.2	Ergebnis in absoluten Zahlen und in Prozent	5
2.2.3	Bewertung des Ergebnisses	6
2.2.4	Zähler und Nenner	7
2.2.5	Referenzwert/-bereich	7
3	Berichtsteil B	8
4	Glossar	9
5	Abkürzungsverzeichnis	11
6	Literaturhinweise	12
7	Kontaktinformationen	12

1 Einleitung

Das aQua-Institut wurde am 12.02.2019 vom Qualitätsausschuss Pflege als fachlich unabhängige Institution gemäß § 113 Abs. 1b SGB XI als Datenauswertungsstelle (DAS Pflege) beauftragt. Im Rahmen dieser Beauftragung nimmt die DAS Pflege von allen nach § 72 SGB XI zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen zweimal jährlich pseudonymisierte Versorgungsdaten von Bewohnern und Bewohnerinnen entgegen.

Gemäß den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege - Anlage 4 (MuG) hat die Datenauswertungsstelle datentechnische (statistische) Plausibilitätskontrollen für festgelegte Kriterien (sog. Auffälligkeitskriterien) durchzuführen. Die Auswertung erfolgt sowohl im ersten als auch im zweiten Auswertungszeitraum. Im Korrekturzeitraum haben die Einrichtungen somit die Gelegenheit ggf. nicht plausible (= auffällige) Datensätze noch vor der Indikatoreauswertung anzupassen. Sofern sich bei der Überprüfung eines nicht plausiblen Datensatzes durch die Pflegeeinrichtung herausstellt, dass die vorliegenden Umstände des jeweiligen Bewohners oder der jeweiligen Bewohnerin adäquat dargestellt wurden, dann soll in jedem Fall keine Korrektur vorgenommen werden, nur um den Plausibilitätskriterien zu entsprechen und eine daraus resultierende Auffälligkeit zu vermeiden. Übersteigt die Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen mit Auffälligkeiten, bezogen auf alle zu einem Erhebungszeitraum gelieferten Bewohner und Bewohnerinnen, einen festgelegten Wert (= Referenzwert), erfolgt durch die DAS Pflege keine Indikatoreauswertung, da der komplette Datensatz als „nicht plausibel“ eingestuft werden muss. Wenn beispielsweise der Referenzwert bei 25 % liegt und 3 von 10 Bewohnern bzw. Bewohnerinnen Auffälligkeiten aufweisen (30 %), würde keine Auswertung und Einstufung der Indikatordaten im Feedbackbericht erfolgen.

Die Ergebnisse der statistischen Plausibilitätskontrolle werden jeder Pflegeeinrichtung in Form von Berichten zur Verfügung gestellt:

Der **Teil A** enthält die Ergebnisse der Vollzähligkeitsanalyse und der statistischen Plausibilitätskontrolle auf Einrichtungsebene. Diesem Bericht ist zu entnehmen, wie viele Bewohner in den Auffälligkeitskriterien rechnerische Auffälligkeiten aufweisen und ob der komplette Datensatz als „nicht plausibel“ eingestuft und somit, sofern keine Korrekturen durch die Einrichtung erfolgt, keine Indikatoreauswertung vorgenommen wird.

Der **Teil B** enthält die Ergebnisse der statistischen Plausibilitätskontrolle auf Bewohnerebene. Diesem Bericht ist zu entnehmen, welche spezifischen Bewohner und Bewohnerinnen (anhand der bewohnerbezogenen Nummern) in einem oder in mehreren Auffälligkeitskriterien rechnerische Auffälligkeiten aufweisen.

Die Lesehinweise enthalten Erläuterungen zu den in den Berichten dargestellten Ergebnissen der statistischen Plausibilitätskontrolle sowie zentrale, für das Verständnis der Ergebnisse wichtige Begriffe.

2 Berichtsteil A

Der Berichtsteil A enthält die Ergebnisse der Vollzähligkeitsanalyse und der statistischen Plausibilitätskontrolle auf Einrichtungsebene.

Der Bericht gliedert sich in die folgenden drei Abschnitte:

- Ergebnisse der Vollzähligkeitsanalyse
- Ergebnisse der statistischen Plausibilitätskontrolle für die Auffälligkeitskriterien
- Ergebnisse der statistischen Plausibilitätskontrolle auf Einrichtungsebene

2.1 Erläuterung zur Übersicht der Ergebnisse

Für alle Bereiche wird am Anfang des Berichts (s. Abschnitt „Übersicht der Ergebnisse“) eine tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse dargestellt mit dem entsprechenden Ergebnis im jeweiligen Auffälligkeitskriterium und der Information, ob eine rechnerische Auffälligkeit besteht oder nicht. Eine rechnerische Auffälligkeit liegt vor, wenn das Ergebnis über bzw. unter einem vorher festgelegten Wert (= Referenzwert) oder innerhalb bzw. außerhalb eines festgelegten Bereichs (= Referenzbereich) liegt.

Handelt es sich bei dem Ergebnis um einen Anteil in Prozent (= Prozentwert) ist die Tabellenspalte mit „Ergebnis (%)“ überschrieben (Beispiel: 98,234).

Auffälligkeitskriterium	Ergebnis (%)	Rechnerisch Auffällig
-------------------------	--------------	-----------------------

Steht in der Überschrift hinter „Ergebnis“ kein Prozentzeichen, wird jeweils die absolute Anzahl an Bewohnern und Bewohnerinnen angegeben. D.h. hier können nur ganze Zahlen enthalten sein.

Auffälligkeitskriterium	Ergebnis	Rechnerisch Auffällig
-------------------------	----------	-----------------------

Wenn beispielsweise bei einem Auffälligkeitskriterium als Ergebnis „5“ vermerkt ist, bedeutet dies, dass gemäß dem für das betreffende Auffälligkeitskriterium zugrunde liegenden Plausibilitätskriterium 5 Bewohner bzw. Bewohnerinnen als auffällig gelten. Die jeweiligen Bewohner und Bewohnerinnen werden im Berichtsteil B aufgeführt (s. Abschnitt 3). So ist es für die Einrichtung möglich zu überprüfen, ob die vermutete Unplausibilität auf einer inkorrekten Dateneingabe bei der Datenerfassung beruht und dementsprechend korrigiert werden muss oder ob sie die jeweiligen Umstände des Bewohners oder der Bewohnerin adäquat widerspiegelt.

2.2 Erläuterung zur detaillierten Ergebnisdarstellung

Die detaillierten Ergebnisse jedes Auffälligkeitskriteriums werden ebenfalls tabellarisch dargestellt. Pro Auffälligkeitskriterium gibt es eine Tabelle. Im Folgenden wird diese Tabelle exemplarisch am Beispiel des AK 15 („Widersprüchliche Angaben zur Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte 1“) erläutert.

Widersprüchliche Angaben zur Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte 1	AK 15
ERGEBNIS IHRER EINRICHTUNG	
Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen im Zähler: 2	
Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen im Nenner: 36	
Dies entspricht einem Anteil von 5,556 %	
BEWERTUNG DES ERGEBNISSES	
2 Bewohner bzw. Bewohnerinnen mit Auffälligkeiten	
ZÄHLER	
Bewohner und Bewohnerinnen bei denen der Summenwert für die Einschätzung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (BI-Modul 2) über 4 und für die Einschätzung der Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (BI-Modul 6) unter 4 liegt	
NENNER	
Alle Bewohner und Bewohnerinnen	
REFERENZWERT	
Sentinel-Event, d.h. jeder Bewohner und jede Bewohnerin im Zähler stellt eine rechnerische Auffälligkeit dar	

2.2.1 Tabellenkopf

Der Tabellenkopf enthält die Kurzbezeichnung des Kriteriums und dessen eindeutige ID:

Widersprüchliche Angaben zur Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte 1	AK 15
---	-------

Die IDs der Kriterien zur Vollzähligkeit enthalten immer das Kürzel „VZ“ (= Vollzähligkeitskriterium), die Kriterien der statistischen Plausibilitätskontrolle das Kürzel „AK“ (= Auffälligkeitskriterium). Darauf folgt in der Regel eine laufende Nummer (bspw. VZ 2 oder AK 8). Das Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle auf Einrichtungsebene wird mit dem eindeutigen Kürzel „AK GESAMT“ beschrieben.

2.2.2 Ergebnis in absoluten Zahlen und in Prozent

Die Zeile **ERGEBNIS IHRER EINRICHTUNG** enthält das Ergebnis des Vollzähligkeits- bzw. Auffälligkeitskriteriums in absoluten Zahlen und als Anteilsberechnung (Prozentwert).

Ausgewiesen werden an dieser Stelle immer die folgenden Werte:

- Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen, die in den Zähler einbezogen wurden
- Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen, die in den Nenner einbezogen wurden
- das Indikatorergebnis als berechneter Anteil

Beispiel:

ERGEBNIS IHRER EINRICHTUNG

Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen im Zähler: 2

Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen im Nenner: 36

Dies entspricht einem Anteil von 5,556 %

In diesem Beispiel werden insgesamt 36 Bewohner und Bewohnerinnen betrachtet. 2 Bewohner und Bewohnerinnen von diesen 36 erfüllen das Kriterium des Zählers.

Die Rate ermittelt sich entsprechend: $2/36 = 0,05555556 \cdot 100 = 5,556 \%$

Raten und Anteilswerte werden grundsätzlich auf 3 Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet und ausgewiesen.

Kann ein Anteil nicht berechnet werden wird ein entsprechender Hinweis ausgegeben: „Der Anteil kann nicht berechnet werden“. Dieser Fall tritt bspw. dann auf, wenn die Nenner-Bedingung auf keinen Bewohner und keine Bewohnerin zutrifft. In diesem Fall ist das Ergebnis im Nenner = 0, durch das nicht dividiert werden kann.

Erläuterung zur Vollzähligkeitsanalyse

In den beiden Kriterien zur Vollzähligkeit (**VZ 1** und **VZ 2**) werden die von der Einrichtung dokumentierten Angaben zur Belegungskapazität bzw. zur Belegungszahl am Stichtag 1:1 für den Nenner übernommen. Das bedeutet bspw., wenn für die Belegungskapazität ein Wert von 120 Betten/Plätze angegeben wird bildet diese Zahl im VZ 1 den Nenner. Entsprechend verhält es sich bei VZ 2 und der Belegungszahl am Stichtag. Den Zähler bilden jeweils alle zu einem Erhebungszeitraum an die DAS Pflege übermittelten Datensätze.

Erläuterung zur statistischen Plausibilitätskontrolle auf Einrichtungsebene

Das **AK GESAMT** (s. „Statistische Plausibilitätskontrolle auf Einrichtungsebene“) fasst die Ergebnisse aller Einzelkriterien der statistischen Plausibilitätskontrolle zu einer übergeordneten Kennzahl zusammen. Hier wird geschaut bei wie vielen Bewohnern und Bewohnerinnen Auffälligkeiten bestehen (= Zähler) und setzt diese Zahl ins Verhältnis zu allen zu einem Erhebungszeitraum dokumentierten Bewohnern und Bewohnerinnen einer Einrichtung (= Nenner). Hierbei ist zu beachten, dass sich die Summe aller Bewohner und Bewohnerinnen in den jeweiligen Zählern der Einzelkriterien in der Regel nicht zu dem Zähler des AK GESAMT summiert. Dies liegt darin begründet, dass Bewohner und Bewohnerinnen auch in mehreren Kriterien auffällig sein können, im AK GESAMT aber jeweils nur ein einziges Mal berücksichtigt werden.

2.2.3 Bewertung des Ergebnisses

In der Zeile **BEWERTUNG DES ERGEBNISSES** finden Sie die Aussage, ob eine rechnerische Auffälligkeit besteht oder nicht, d.h. ob das Ergebnis über bzw. unter einem vorher festgelegten Wert (s. Glossar, „Referenzwert“) oder innerhalb bzw. außerhalb eines festgelegten Bereichs (s. Glossar, „Referenzbereich“) liegt.

Im folgenden Beispiel ist das Ergebnis (unter Berücksichtigung des Referenzwerts oder -bereichs) rechnerisch unauffällig. Diese Darstellung erfolgt immer dann, wenn ein Anteil oder eine Rate mit einem Referenzwert oder -bereich verglichen wird.

BEWERTUNG DES ERGEBNISSES

Im Vergleich zum aktuellen Referenzwert ist Ihr Ergebnis rechnerisch unauffällig

Im folgenden Beispiel bestehen bei 2 Bewohnern und Bewohnerinnen Auffälligkeiten im entsprechenden Auffälligkeitskriterium. Diese Darstellung erfolgt immer bei Sentinel-Events (s. Glossar, „Sentinel-Event“).

BEWERTUNG DES ERGEBNISSES

2 Bewohner bzw. Bewohnerinnen mit Auffälligkeiten

2.2.4 Zähler und Nenner

In den Zeilen **ZÄHLER** und **NENNER** sind die folgenden Informationen enthalten:

Im Zähler werden Ereignisse bzw. Bewohner und Bewohnerinnen definiert, bei denen das im Auffälligkeitskriterium definierte Ereignis eingetreten ist oder eine im Sinne der statistischen Plausibilitätskontrolle nicht plausible Kombination vorliegt.

ZÄHLER

Bewohner und Bewohnerinnen bei denen der Summenwert für die Einschätzung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (BI-Modul 2) über 4 und für die Einschätzung der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (BI-Modul 6) unter 4 liegt

Der Nenner ist die rechnerische Bezugsgröße des Zählers. Er definiert die Grundgesamtheit, d.h. die Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen, bei denen beobachtet wird, ob das im Auffälligkeitskriterium definierte Ereignis eingetreten ist oder nicht. Im Rahmen der Auffälligkeitskriterien werden in der Regel immer alle Bewohner und Bewohnerinnen eines Erhebungszeitraums betrachtet. Ausnahmen davon sind im Nenner beschrieben.

NENNER

Alle Bewohner und Bewohnerinnen

2.2.5 Referenzwert/-bereich

In der Zeile **REFERENZBEREICH** oder **REFERENZWERT** werden die festgelegten Werte oder Bereiche für die Ermittlung einer rechnerischen Auffälligkeit dargestellt.

Referenzwerte und Referenzbereiche sind ein wichtiges Element für das interne Qualitätsmanagement. Der Referenzwert entspricht dem bundesweiten Durchschnittswert aller Einrichtungen zu einem bestimmten Zeitpunkt oder einem durch Experten festgelegten Wert. Der Qualitätsausschuss Pflege überprüft die Referenzwerte in regelmäßigen Abständen und passt diese ggf. an.

Beispiel für einen Referenzbereich**REFERENZBEREICH**

≥ 75,000 % bis ≤ 110,000 %

In diesem Fall sind alle Ergebnisse rechnerisch auffällig, die entweder unter 75,000 % oder über 110,000 % liegen.

Beispiel für einen Referenzwert

REFERENZWERT
≤ 25,000 %

In diesem Fall sind alle Ergebnisse rechnerisch auffällig, die über 25,000 % liegen.

Sonderfall: Sentinel-Event

REFERENZWERT
Sentinel-Event, d.h. jeder Bewohner und jede Bewohnerin im Zähler stellt eine rechnerische Auffälligkeit dar

Ein Sentinel-Event stellt die Sonderform eines Referenzwertes dar. Gegenüber den Referenzwerten, die auf einem bestimmten Wert basieren (bspw. 25,000 %) und das aggregierte Ergebnis im entsprechenden Kriterium der Einrichtung dagegen prüfen, stellt hier Fall, der im Zähler enthalten ist bzw. für den die Zählerbedingung zutrifft (s. Abschnitt 2.2.4), eine Auffälligkeit dar. D.h. in Bezug auf Sentinel-Events erfolgt die Definition der Auffälligkeit auf Fallebene und nicht auf Basis der Aggregation aller Fälle der Einrichtungen. Auffällige Bewohner sind in diesem Fall eindeutig zu identifizieren. Im Fall der einzelnen Auffälligkeitskriterien der statistischen Plausibilitätskontrolle handelt es sich ausschließlich um Sentinel-Events.

3 Berichtsteil B

Der Berichtsteil B enthält die Ergebnisse der statistischen Plausibilitätskontrolle auf Bewohnerebene. Diesem Bericht ist zu entnehmen, welche spezifischen Bewohner und Bewohnerinnen (anhand der bewohnerbezogenen Nummern) in einem oder in mehreren Auffälligkeitskriterien rechnerische Auffälligkeiten aufweisen.

Der Bericht enthält, sofern Auffälligkeiten bei Bewohnern und Bewohnerinnen bestehen, ausschließlich eine Tabelle. Die Anzahl der aufgelisteten Bewohner und Bewohnerinnen entspricht immer dem Zähler des **AK GESAMT**. Die Datensätze sind anhand der bewohnerbezogenen Nummern (s. Spalte Bewohner(in)) aufsteigend sortiert.

Beispiel:

Bewohner(in)	Geburtsmonat/-jahr	Geschlecht	Einzugsdatum	Auffälligkeiten
000013	9/1942	männlich	30.12.2016	AK 5
000045	5/1927	weiblich	03.02.2018	AK 10, AK 12
000087	2/1934	männlich	09.08.2012	AK 10, AK 13, AK 15

Die Angaben zum Geburtsmonat/-jahr, Geschlecht und Einzugsdatum dienen zur einfacheren Identifikation der Bewohner und Bewohnerinnen durch die Pflegeeinrichtung. Die Spalte „Auffälligkeiten“ enthält eine oder mehrere IDs von Auffälligkeitskriterien in dem bzw. in denen der Bewohner oder die Bewohnerin auffällig ist.

Falls keine Auffälligkeiten vorliegen, d.h. das Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle auf Einrichtungsebene gleich 0,000 % bzw. der Zähler gleich 0 ist, erfolgt ein entsprechender Hinweis und es wird keine Tabelle dargestellt.

4 Glossar

Begriff	Erläuterung
Auffälligkeitskriterium	Ein Auffälligkeitskriterium (AK) stellt eine Kennzahl dar, die im Rahmen der statistischen Plausibilitätskontrolle durch die DAS Pflege zu berechnen ist. Die Kriterien sind in Anlage 4 der „Maßstäbe und Grundsätze“ (MuG) festgelegt.
Auswertungszeitraum	Die beiden Auswertungszeiträume der DAS Pflege umfassen jeweils sieben Kalendertage. Die Zeiträume beginnen (Auswertungszeitraum 1) nach Ablauf des Ergebniserfassungszeitraums bzw. (Auswertungszeitraum 2) nach Ablauf des Korrekturzeitraums. In beiden Auswertungszeiträumen werden die Berichte zur Vollzähligkeit und statistischen Plausibilitätskontrolle - Teil A und B erstellt.
Bewohnerbezogene Nummer	Die bewohnerbezogene Nummer bildet gemeinsam mit der von der DAS Pflege vergebenen Einrichtungs-ID das Pseudonym eines Bewohners gem. Anlage 4 der „Maßstäbe und Grundsätze“ (MuG). Die bewohnerbezogene Nummer ist eine sechsstellige ganzzahlige Nummer (z.B. 000001), die von der Einrichtung für einen Bewohner vergeben wird und unveränderlich ist. Die Nummer ist dauerhaft für diesen Bewohner zu nutzen und darf nach dessen Auszug nicht neu vergeben werden.
Datengrundlage	Zusammenstellung von je spezifischen Informationen, die zur Berechnung eines Indikators verwendet werden.
Einrichtungs-ID	Die von der DAS Pflege vergebene Einrichtungs-ID bildet gemeinsam mit der bewohnerbezogenen Nummer das Pseudonym eines Bewohners gem. Anlage 4 der MuG. Die Einrichtungs-ID wird im Registrierungsprozess von der DAS Pflege für eine Einrichtung vergeben und kennzeichnet diese eindeutig. Die Einrichtungs-ID ist eine sechsstellige ganzzahlige Nummer (bspw. 100001) und ist unveränderlich.
Ergebniserfassung	Zusammenstellung von bewohnerindividuellen Informationen zur Berechnung der Indikatoren gemäß den Vorgaben der Anlage 2 der „Maßstäbe und Grundsätze“.
Erhebungszeitraum	Der Erhebungszeitraum umfasst eine sechsmonatige Zeitspanne. Das Beginn- und Enddatum dieser Zeitspanne ist für alle Bewohner und Bewohnerinnen einer Einrichtung identisch und richtet sich nach dem einrichtungsinternen Stichtag (vgl. Anlage 3 der „Maßstäbe und Grundsätze“ (MuG)).
Ergebniserfassungszeitraum	Der Ergebniserfassungszeitraum beginnt unmittelbar nach Ablauf des Erhebungszeitraums, der am Stichtag endet. Der Zeitraum umfasst mind. 14 Kalendertage. Innerhalb des Ergebniserfassungszeitraums hat die Pflegeeinrichtung die Daten in pseudonymisierter Form an die Datenauswertungsstelle zu übermitteln (vgl. Anlage 3 der „Maßstäbe und Grundsätze“ (MuG)).
Indikator	Ein Indikator ermöglicht es, ein Qualitätsziel – wie z. B. „Möglichst wenige Bewohner und Bewohnerinnen sollen einen Dekubitus entwickeln“ – in eine Zahl zu „übersetzen“, d. h. zu quantifizieren. Erst dadurch wird eine Aussage darüber möglich, wie weit die pflegerische Versorgung in einer einzelnen Einrichtung von einem Qualitätsziel entfernt ist oder inwieweit dieses Ziel erreicht wurde. Häufig wird der Indikator als prozentualer Wert angegeben. Der Zähler des Prozentwertes ist die Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen, für die das Qualitätsziel je nach Zielsetzung des Indikators erreicht bzw. nicht erreicht wurde. Der Nenner ist die Gesamtheit aller Bewohner und Bewohnerinnen, die in die Beobachtung des Indikators einfließen (s. auch „Nenner“ und „Ausschlussgrund“).
Korrekturzeitraum	14-tägiger Zeitraum, in dem die Einrichtungen die Gelegenheit haben, ihre an die DAS Pflege übermittelten Daten ggf. zu vervollständigen oder zu korrigieren (vgl. Anlagen 1 und 3 der „Maßstäbe und Grundsätze“ (MuG)).
Maßstäbe und Grundsätze, MuG	Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege
Nenner	Der Nenner ist rechnerische Bezugsgröße des Zählers. Er definiert die Grundgesamtheit, d.h. die Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen, bei denen beobachtet wird, ob das im Indikator definierte Ereignis eingetreten ist oder nicht.
Qualitätsindikator	s. „Indikator“

Referenzwert(e)	Der Referenzwert ist ein wichtiges Element für das interne Qualitätsmanagement. Der Referenzwert entspricht dem bundesweiten Durchschnittswert aller Einrichtungen zu einem bestimmten Zeitpunkt oder einem durch Experten festgelegten Wert. Mit Hilfe von Referenzwerten kann ermittelt werden, ob ein Ergebnis rechnerisch auffällig oder unauffällig ist.
Sentinel-Event	Ein Sentinel-Event ist die Sonderform eines Referenzwertes bei dem jeder Bewohner und jede Bewohnerin für die das Kriterium des entsprechenden Zählers zutrifft eine Auffälligkeit darstellt. In diesem Fall erfolgt die Einstufung der Auffälligkeit nicht durch den Vergleich des Anteils in % mit einem festgelegten Referenzwert oder Referenzbereich.
Statistische Plausibilitätskontrolle	Die statistische Plausibilitätskontrolle prüft, ob die Angaben der Einrichtung zu einer Bewohnerin oder einem Bewohner in sich bzw. bezogen auf die Bewohnerschaft insgesamt stimmig sind. Sie umfasst darüber hinaus die Überprüfung, ob in den Bereichen Beurteilung von Selbständigkeit und kognitiven Fähigkeiten Daten aus der letzten Ergebniserfassung unverändert übernommen worden sind. Die Regeln zu statistischen Plausibilitätskontrolle sind in der Anlage 4 der „Maßstäbe und Grundsätze“ (MuG) definiert. Die statistische Plausibilitätskontrolle wird von der Datenauswertungsstelle im Auswertungszeitraum 1 sowie im Auswertungszeitraum 2 durchgeführt.
Stichtag	Der Stichtag bezeichnet den letzten Tag des 6-monatigen Erhebungszeitraums. Am Tag nach dem Stichtag beginnt der 14-tägige Ergebniserfassungszeitraum. Fällt ein Stichtag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt sich der Stichtag auf den nächsten Werktag. Auch in diesem Fall beginnt der Ergebniserfassungszeitraum am Tag nach dem Stichtag, sodass der Ergebniserfassungszeitraum in jedem Fall mindestens 14 Kalendertage dauert.
Vollzähligkeit	Alle von einer Einrichtung zu übermittelnden Bewohnerdatensätze liegen vor.
Vollzähligkeitskriterium	Ein Vollzähligkeitskriterium (VZ) stellt eine Kennzahl dar, die im Rahmen der Vollzähligkeitsanalyse durch die DAS Pflege zu berechnen ist. Es werden die gelieferten Datensätze zu einem Erhebungszeitraum mit der Belegkapazität und der Belegungszahl am Stichtag ins Verhältnis gesetzt.
Zähler	Im Zähler werden Ereignisse bzw. Bewohner und Bewohnerinnen definiert, bei denen das im Indikator definierte Ereignis eingetreten ist (z.B. das Auftreten eines Dekubitus).

5 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AK	Auffälligkeitskriterium
AK GESAMT	Auffälligkeitskriterium Statistische Plausibilitätskontrolle auf Einrichtungsebene
DAS Pflege	Datenauswertungsstelle Pflege; fachlich unabhängige Institution gemäß § 113 Abs. 1b SGB XI
MuG	Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege
VZ	Vollzähligkeitskriterium

6 Literaturhinweise

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

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

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

- Wingenfeld, K; Stegbauer, C; Willms, G; Voigt, C; Woitzik, R (2018). Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege. Abschlussbericht (Stand: 3. September 2018). Bielefeld; Göttingen: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW); aQua - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.
- UBC (2017). Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP). (SV14-9015). Abschlussbericht zum Forschungsprojekt. Bremen: UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC-Zentrum für Sozialpolitik.
- Stemmer R, Arnold J (2014): Expertise zur „Eignung von Indikatoren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der stationären Pflege im Bereich der sozialen Pflegeversicherung“; Mainz: Katholische Hochschule Mainz und IKJ ProQualitas GmbH im Auftrag des GKV-SV.
- Wingenfeld, K; Kleina, T; Franz, S; Engels, D; Mehlan, S; Engel, H (2011). Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Bielefeld/Köln: Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

7 Kontaktinformationen

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

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