

Cross-Referenz Indikatoren gestütztes Verfahren

Mit der Einführung des Indikatoren gestützten Verfahren in der externen Qualitätssicherung der stationären Pflege nach § 113 SGB XI sind in den Qualitätsmanagementsystemen der Pflegeeinrichtungen oder deren Träger z. T. grundlegend neue interne Verfahren einzurichten bzw. bestehende Prozesse und Verfahren anzupassen.

Mit der Cross-Referenz „Indikatoren gestütztes Verfahren nach SGB XI“ soll dieser Implementierungsprozess unterstützt werden. Dieses Instrument ermöglicht ein Controlling hinsichtlich des internen Umsetzungsprozesses und soll helfen, alle Aspekte dieses Umstellungsvorgangs im Blick zu behalten.

In der Tabelle sind die neuen Anforderungen an die Vorbereitung und Durchführung des Indikatoren gestützten QS-Verfahrens in einer chronologischen Reihenfolge (gemäß des Gesamtprozesses) aufgelistet. Die Anforderungen sind aus 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 einschließlich der Anlagen 1-4 entnommen. Soweit sinnvoll wurden auch Anforderungen der Qualitätsprüf-Richtlinie (QPR) für stationäre Pflegeeinrichtungen berücksichtigt. Im letzten Abschnitt der Tabelle wurden Querbezüge zu Teilprozessen oder Maßnahmen, auf die sich das Indikatoren gestützte Verfahren unmittelbar auswirken kann, aufgelistet, um auf Schnittstellen im Gesamtprozessgeschehen hinzuweisen. Wo sinnvoll, wurden (in blau kursiv) Beispiele ergänzt.

Die Tabelle bildet den aktuellen Stand der Dokumente und Implementierungserfahrungen zum Erstellungszeitpunkt wieder. Da die Einführung der Indikatoren gestützten externen Qualitätssicherung einen Lernprozess für alle beteiligten Akteure darstellt, wird diese Arbeitshilfe regelmäßig überprüft und aktualisiert (abrufbar unter <https://www.bagfw.de/qualitaet/qualitaetsindikatoren-in-der-stationaeren-pflege>).

Darüber hinaus finden Sie weitere Unterstützung und FAQ unter <https://www.bagfw.de/qualitaet/qualitaetsindikatoren-in-der-stationaeren-pflege-2>

Erkenntnisse aus der Anwendung und Hinweise zur Weiterentwicklung nehmen wir gerne entgegen und prüfen die Übernahme in die Tabelle. Kontaktieren Sie uns hierzu unter info@bag-wohlfahrt.de

Anlage 1 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitäts-managements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege

Anforderungen Indikatoren-gestütztes Verfahren	Wo in den QM-Regelwerken der Verbände geregelt?	Wie im QM System der Einrichtung geregelt?	Umsetzung der Anforderungen			Wer ist dafür zuständig?	Sind Maßnahmen erforderlich, wenn Ja, welche?	Bis wann und von wem durchzuführen?	Sonstiges
			vollst.	teilw.	fehlt				
<p>§ 1 Indikatoren-gestütztes Verfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registrierung DAS – Stichtagsfestlegung - Bereitstellung der Ressourcen <ul style="list-style-type: none"> * Technische Voraussetzungen geschaffen * Schulung der MA - Rollenkonzept (Anlage Mitarbeiter), - Anlage Bewohner 	<p><i>Pflegekonzept</i> <i>Registrierung bei der DAS</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>ggf. Prozess beschreiben,</i> - <i>mögliche Risiken erfassen + bewerten und Gegenmaßnahmen vereinbaren</i> - <i>mögliche Fehlerquellen bei der Erfassung der Daten identifizieren und „ausschalten“</i> - <i>Erforderliches Fachwissen identifizieren und schulen</i> 							
<p>§ 2 Indikatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welche Indikatoren lassen sich aus der Pflegedokumentation ableiten? - Werden ggf. andere/erweiterte Zugriffsrechte benötigt (z.B. Erfassung der Abwesenheit des Bew. aus Abrechnungssystem) - Sind die Mitarbeitenden in der Lage, die Indikatoren zu erfassen? - Werden die Ausschlussgründe korrekt beachtet? - Werden die Dokumentationsanforderungen erfüllt? (z.B. Dokumentation nach dem Strukturmodell mit der SIS®) 	<p><i>Dokumentation, Abrechnungssoftware, Nebendokumente (z.B. Sturzprotokolle, Wundprotokolle, Epikrise für ärztliche Diagnosen)</i></p>	<p><i>Prozess Dokumentation</i></p>							
<p>§ 3 Strukturierte Datenerhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Was wird durch die Dokumentations- 	<p><i>Erstgespräch, Aufnahme, Ein-</i></p>	<p><i>Pflegedokumentations(system)</i></p>							



Anforderungen Indikatoren-gestütztes Verfahren	Wo in den QM-Regelwerken der Verbände geregelt?	Wie im QM System der Einrichtung geregelt?	Umsetzung der Anforderungen			Wer ist dafür zuständig?	Sind Maßnahmen erforderlich, wenn Ja, welche?	Bis wann und von wem durchzuführen?	Sonstiges
			vollst.	teilw.	fehlt				
software erfasst? (sofern Pflegedokumentation in einer Software geführt wird s. § 2) - Was muss durch die MA erfasst werden? Erhebungsreport: <ul style="list-style-type: none"> - ist der Leitung zugeordnet - stichtagsaktuelle Bewohnerübersicht liegt vor - Pseudonymisierung/ Depseudonymisierung ist möglich - Ausschlussgründe sind benannt - Beeinträchtigungen sind dargestellt/dokumentiert (prüftagaktuell)	<i>gewöhnung, Pflegevisite, Leistungsdokumentation, Pflegeevaluation Dokumentationssoftware</i>								
§ 4 (1) Erhebungszeitraum Indikatoren mit zeitlicher Komponente werden beachtet	<i>Pflegeprozess / Prozess der Datenerhebung</i>								
§ 4 (2) Ergebniserfassungszeitraum Dateneingabe aller Indikatoren zu allen Bewohnern (Vollständigkeit)	<i>Pflegeprozess / Prozess der Datenerhebung</i>								
§ 4 (3) Datenübertragung <ul style="list-style-type: none"> - Ist eine Vorabkontrolle der internen Plausibilität erfolgt? - Ist einer Freigabe der Daten erfolgt? (durch wen?) - Übermittlung der Daten erfolgt? - Ist der versendete Datensatz nachvollziehbar zu einem späteren Zeitpunkt abrufbar/abgelegt 	<i>Datenübertragung (Technik, ggf. Schnittstelle Pflegesoftware-Hersteller)</i>	<i>ggf. Verträge mit den Softwareherstellern</i>							
§ 4 (4) Datenauswertung		<i>(Fehlermanagement)</i> <ul style="list-style-type: none"> - Bezogen auf Ergebnisse der Datenerhebung - Bezogen auf fehlerhafte Datenein- 							



Anforderungen Indikatoren gestütztes Verfahren	Wo in den QM-Regelwerken der Verbände geregelt?	Wie im QM System der Einrichtung geregelt?	Umsetzung der Anforderungen			Wer ist dafür zuständig?	Sind Maßnahmen erforderlich, wenn Ja, welche?	Bis wann und von wem durchzuführen?	Sonstiges
			vollst.	teilw.	fehlt				
		<i>gabe</i>							
§ 4 (5) Korrekturzeitraum - Wurde die Korrektur nicht plausibler Daten durchgeführt?	<i>Pflegeprozess/ Korrektur Prozess Datenerhebung</i>								
§ 4 (7) Auswertungszeitraum §§ 6,7,8 Ist der Umgang mit dem Feedbackbericht geregelt? Werden die Ergebnisse im Feedbackbericht intern kommuniziert? Werden mögliche Ursachen für über- bzw. unterdurchschnittliche Ergebnisse analysiert? Werden Verbesserungsmaßnahmen geplant und umgesetzt? Werden bei Bedarf Mitarbeitende informiert und geschult?	<i>Pflegeprozess Leitung, PDL, QMB, Qualitätszirkel, Pflegeteams</i>								
Kommentierungszeitraum: Wurde von der Möglichkeit zu Anmerkungen/Kommentierungen bei Auffälligkeiten Gebrauch gemacht? Regelung der Zuständigkeit									
QPR – Fachgespräch		<i>Prozess externe Qualitätsprüfung</i>							
QPR –Werden die Rückkoppelung an die Pflegenden berücksichtigt und ggfs. Maßnahmen geplant?									

Anlage 2 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

Leitfragen:

- Sind die Informationen für die Indikatoren Teil der Pflege-/Leistungs-/Prozessdokumentation?
- Ist in der Organisation die Erhebung/Erfassung, Zusammenfassung, Prüfung und Austausch der Daten mit der DAS geregelt (Wer, Wann, Wie, Wo, Womit)?
- Sind in der Organisation der interne Umgang, die Auswertung, die Bewertung und erforderliche Schlüsse und Maßnahmen der Erhebungsergebnisse geregelt (z. B. Fallbesprechungen, Pflegecontrollings, Pflegevisiten, etc.)?
- Ist in der Organisation der Umgang mit den Rückmeldungen der DAS geregelt?

Hinweise zur Umsetzung: (siehe MuGs Anlage 3 und Anlage 4)

- Die Indikatoren werden immer für die vergangenen 6 Monate rückblickend erhoben.
- Anfang und Ende des Erhebungszeitraumes sind die jeweiligen Stichtage der Einrichtung. Der Erhebungszeitraum endet also immer mit dem jeweiligen einrichtungsspezifischen Stichtag (z. B.: 1. März und 1. September)
- Der Ergebniserfassungszeitraum beginnt einen Tag nach dem Stichtag und umfasst 14 Kalendertage (z. B. 2 – 15. März)
- Innerhalb dieser 14 Tage werden die Daten pseudonymisiert an die DAS gesendet. Endet die Frist am Wochenende oder an einem Feiertag, wird sie automatisch bis zum nächsten Wochentag verlängert.)
- Die DAS prüft die übermittelten Daten auf Vollständigkeit sowie statistische Plausibilität und gibt der Einrichtung innerhalb von 7 Tagen eine Rückmeldung
- Sind die Daten unvollständig oder implausibel, hat die Einrichtung erneut 14 Tage Zeit, den Datensatz zu vervollständigen bzw. Korrekturen vorzunehmen
- Anschließend wertet die DAS die Daten aus und übermittelt die Ergebnisse an die Einrichtung sowie an die zuständige Pflegekasse für eine spätere Qualitätsprüfung und Veröffentlichung.
- Hinweis: Auf Basis der erfassten Daten ermittelt die DAS sechs Bewohner_innen als Stichprobe für die Qualitätsprüfung durch den MDK/PKV-Prüfdienst. Bei diesen sechs Bewohner_innen findet zusätzlich zur Qualitäts- eine Plausibilitätsprüfung statt.

Vorgehen:

Schritt 1: Personelle Zuständigkeit klären

Schritt 2: Erhebungsbogen anlegen

Schritt 3: Ausschlusskriterien berücksichtigen

Schritt 4: Ergebniserfassung



Indikatoren	Wo im QM-System der Einrichtung geregelt?	Wann werden die Indikatoren erhoben?	Umsetzung der Anforderungen			Wer ist dafür zuständig?	Sind Maßnahmen erforderlich, wenn Ja, welche?	Bis wann und von wem durchzuführen?	Sonstiges
			vollst.	teilw.	fehlt				
Qualitätsbereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit									
Q 1.1 Erhaltene Mobilität – getrennt nach Risikogruppen (Gruppenbildung für die Indikatorenbewertung)	<i>Neu zu erheben mit BI Modul 1</i>								
Q 1.2 Erhaltene Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen – getrennt nach Risikogruppen	<i>Neu zu erheben mit BI Modul 4</i>								
Q 1.3 Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	<i>Neu zu erheben mit BI Modul 6</i>								
Qualitätsbereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen									
Q 2.1 Dekubitusentstehung – getrennt nach Risikogruppen	<i>Wundprotokolle, Epikrise, ärztlicher Fragebogen bei Neueinzug</i>								
Q 2.2 Schwerwiegende Sturzfolgen – getrennt nach Risikogruppen	<i>ggf. Anpassung des aktuellen Sturzprotokolls</i>								
Q 2.3 Unbeabsichtigter Gewichtsverlust – getrennt nach Risikogruppen	<i>Pflegedokumentation</i>								
Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen									
Q 3.1 Integrationsgespräch nach dem Einzug	<i>Pflegedokumentation</i>								
Q 3.2 Anwendung von Gurten	<i>Pflegedokumentation</i>								
Q 3.3 Anwendung von Bettseitenteilen	<i>Pflegedokumentation</i>								
Q 3.4 Aktualität der Schmerzeinschätzung	<i>Pflegedokumentation/Nebendokumente</i>								

Teilprozesse/Maßnahmen auf die sich das Indikatoren-gestützte Verfahren mittelbar auswirkt und zu betrachten und ggf. zu bearbeiten sind:

Leitfragen:

- Hat das Indikatoren-gestützte Verfahren direkt oder indirekt Auswirkungen auf Prozesse und Maßnahmen?
- Sind die Prozesse und Maßnahmen daraufhin überprüft worden?
- Sind die Indikatoren/Indikatorenergebnisse in die Prozesse und Maßnahmen eingepflegt?

Teilprozesse/Maßnahmen	Wo im QM System der Einrichtung geregelt?	Umsetzung der Anforderungen			Wer ist da-für zuständig?	Sind Maßnahmen erforderlich, wenn Ja, welche?	Bis wann und von wem durchzuführen?	Sonstiges
		vollst.	teilw.	fehlt				
Wiederaufnahme von Bewohner_innen (z. B. nach Krankenhausaufenthalt)								
Expertenstandards (Verknüpfung, Ausdifferenzierung)								
Leistungs-/Prozessdokumentation/ QM-Software								
Pflegevisite								
Umgang mit ärztlicher Diagnostik und Therapie								
Entlassmanagement /Management Krankenhauseinweisung								
Interne Kommunikation der Ergebnisse								
Feststellungen während der Erfassung der Qualitätsergebnisse bzw. Qualitätskennzahlen? Auswertung der Erhebungsergebnisse im Team/der Station								
Fallbesprechungen								
Pflegecontrolling								
Einspeisen der Rückmeldung/Bericht der DAS – bzw. Umgang mit den Ergebnissen, deren Bewertung und Ableitung von Zielen und Maßnahmen								
Einarbeitung neuer Mitarbeiter_innen								



Teilprozesse/Maßnahmen	Wo im QM System der Einrichtung geregelt?	Umsetzung der Anforderungen			Wer ist da-für zuständig?	Sind Maßnahmen erforderlich, wenn Ja, welche?	Bis wann und von wem durchzuführen?	Sonstiges
		vollst.	teilw.	fehlt				
Fort- und Weiterbildung - Schulung Feedbackbericht, - Schulung Fachgespräch								
Öffentlichkeitsarbeit/Externe Kommunikation								
Leitbild (Einrichtungs- und/oder Pflegeleitbild)								
Konzeption(en)								
Qualitätspolitik								
Aufbau des QM-Systems								
Umgang mit Chancen und Risiken								
Interne Audits								
Kontinuierlicher Verbesserungsprozess								
Managementbewertung								
Erhebung Zufriedenheit der Kund*innen								
Datenschutz								
Sonstiges: Dienstplangestaltung, Zugang zu internetfähigem PC, Regelungen zu externer Plausibilitätskontrolle durch Prüfinstitutionen								