



6. PFLEGE-QUALITÄTSBERICHT DES MDS NACH § 114A ABS. 6 SGB XI

Qualität in der ambulanten und stationären Pflege

MDS

MEDIZINISCHER DIENST
DES SPITZENVERBANDES
BUND DER KRANKENKASSEN

Impressum

Herausgeber

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de

Bearbeitung

Jürgen Brüggemann, MDS (Leitung)
Dr. Martin Canzler, MDK Rheinland-Pfalz
Elise Coners, MDK Nord
Diane Hollenbach, MDK Mecklenburg-Vorpommern
Alexandre Houdelet-Oertel, MDS
Jana Klingelhöller, MDS
Ingo Kowalski, MDS
Dominique Labouvie, MDK Bayern
Dr. Barbara Mittnacht, GKV-Spitzenverband
Thomas Muck, MDK Bayern
Kerstin Oberthür, MDK Thüringen
Robert Pelzer, MDK Nordrhein
Sebastian Thomas, MDK Niedersachsen
Kerstin Vogt, MDK Sachsen

Titelbild

MDS

Satz

BestPage Kommunikation RheinRuhr KG
45478 Mülheim an der Ruhr

Druck

Koffler DruckManagement GmbH
44379 Dortmund

VORWORT

Wir freuen uns, Ihnen hiermit den sechsten Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) vorlegen zu können. 2004 ist der erste Pflege-Qualitätsbericht des MDS veröffentlicht worden. Seitdem hat sich viel in der internen Qualitätssicherung der Pflegeeinrichtungen und der externen Qualitätsprüfung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) getan. Immer mehr rückte die Frage in den Mittelpunkt, wie gut pflegebedürftige Menschen in den Einrichtungen versorgt werden. Seit 2009 wird ein Teil der MDK-Prüfergebnisse durch die Landesverbände der Pflegekassen im Internet veröffentlicht. Mit der Einführung des neuen Prüfverfahrens in der stationären Pflege wird die Transparenzdarstellung auf eine neue Grundlage gestellt. Die Verbraucherinnen und Verbraucher können sich auf der Basis der Transparenzberichte ein Bild über die Qualität der Pflegeeinrichtungen machen und diese als Entscheidungsgrundlage für die Auswahl des Pflegeanbieters nutzen. Im vorliegenden sechsten Pflege-Qualitätsbericht des MDS wird der aktuelle Stand der Qualitätsentwicklung sowohl hinsichtlich der durch die Qualitätsprüfungen von MDK und PKV-Prüfdienst angestoßenen Verbesserungen als auch der weiterhin vorhandenen Optimierungsbedarfe dargestellt.

Seit Oktober 2016 werden in der ambulanten Pflege auch die Abrechnungen der Pflegedienste bei den Qualitätsprüfungen auf Plausibilität hin überprüft. Im sechsten Pflege-Qualitätsbericht des MDS werden zum ersten Mal Ergebnisse der Abrechnungsprüfungen für ein vollständiges Erhebungsjahr dargestellt. Seit 2018 werden aufgrund der zunehmenden Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege spezifische Prüfkriterien für die Versorgung von Personen mit einem entsprechenden Unterstützungsbedarf in der ambulanten Pflege erhoben. Ergebnisse hierzu werden in diesem Bericht veröffentlicht.

Die Corona-Pandemie ist für die gesamte Bevölkerung belastend. Die Pflegebedürftigen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der ambulanten und stationären Altenpflege sind von der Pandemie besonders betroffen. Dies hat auch zu Verzögerungen bei der Umsetzung des neuen indikatorgestützten Qualitätssystems geführt, welches im Oktober 2019 an den Start gegangen ist. Vor diesem Hintergrund freuen wir uns sehr, in diesem Bericht gleichwohl erste Ergebnisse aus der Anfangszeit der neuen Qualitätsprüfungen veröffentlichen zu können. Die Auswertung und Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Pilotierung eines im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege entwickelten neuen Prüfinstrumentes für die ambulante Pflege stehen nun auf der Agenda. MDS und GKV-Spitzenverband bringen sich in diesen Prozess konstruktiv und engagiert ein und erhoffen sich aus diesem System neue Impulse für eine Qualitätsverbesserung im zunehmend wichtigen Sektor der ambulanten Pflege.

Essen, im Dezember 2020



Dr. Volker Hansen
Vorsitzender des MDS-Verwaltungsrates



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer des MDS

INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung	8
1 Einführung	22
1.1 Vorbemerkung	23
1.2 Prüfrechte und Prüfablauf	25
1.3 Profession und Qualifikation der Prüferinnen und Prüfer	28
1.4 Pflegeinfrastruktur	29
1.4.1 Stationäre Pflege	29
1.4.2 Ambulante Pflege	29
1.5 Datengrundlage	30
2 Qualitätsprüfungen und Ergebnisse in der stationären Pflege nach den bis zum 31. Oktober 2019 geltenden QPR	32
2.1 Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der stationären Pflege	33
2.2 Strukturdaten der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen und der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner	35
2.3 Ergebnisse in der stationären Pflege	37
2.3.1 Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der stationären Pflege	37
2.3.2 Einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in der stationären Pflege	47
2.3.3 Zufriedenheit in der stationären Pflege	53
3 Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege nach den ab dem 1. November 2019 geltenden QPR	54
3.1 Einleitung	55
3.2 Das neue Prüfverfahren in der vollstationären Pflege	56
3.3 Die Bewertungssystematik	60
3.4 Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der stationären Pflege	62
3.5 Strukturdaten der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen und der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner	63
3.6 Ergebnisse in der stationären Pflege	64
3.6.1 Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der stationären Pflege	64
3.6.2 Einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in der stationären Pflege	76
4 Qualitätsprüfungen und Ergebnisse in der ambulanten Pflege	78
4.1 Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der ambulanten Pflege	79
4.2 Strukturdaten der geprüften ambulanten Pflegedienste und der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen	80
4.3 Ergebnisse in der ambulanten Pflege	83
4.3.1 Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der ambulanten Pflege	83
4.3.2 Abrechnungsprüfung in der ambulanten Pflege	104

4.3.3	Einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege	109
4.3.4	Zufriedenheit in der ambulanten Pflege	119
4.4	Qualitätsprüfungen in der häuslichen Krankenpflege nach § 275b SGB V	119
5	Beschwerden über die Qualität von Pflegeeinrichtungen	120
5.1	Die häufigsten Beschwerdewege	121
5.2	Anzahl Beschwerden	121
5.3	Wer beschwert sich?	123
5.4	Beschwerdegründe	124
5.5	Welche Maßnahmen werden aus den Beschwerden abgeleitet?	125
5.6	Fazit zur Beschwerdeumfrage bei den Prüfdiensten	127
6	Qualitätsprüfungen im Wandel	128
6.1	Indikatorengestütztes Qualitätssystem in der stationären Pflege	129
6.2	Qualitätsprüfungen in der Tagespflege	130
6.3	Qualitätssystem in der ambulanten Pflege	131
6.4	Qualitätsprüfungen in ambulanten Betreuungsdiensten	132
6.5	Qualitätsprüfungen von Leistungserbringern der häuslichen Krankenpflege im Bereich der Krankenversicherung	133
Literatur		134
Tabellenanhang		138
	Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege – 1. Januar bis 31. Oktober 2019	139
	Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege – 1. November 2019 bis März 2020	156
	Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019	163
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis		
Tabelle 1	Mitarbeitende nach Zusatzqualifikation	28
Tabelle 2	Stationäre Pflege – Anzahl vorliegender Datensätze durchgeführter QP vom 1.1. bis 31.10.2019	31
Tabelle 3	Stationäre Pflege – Anzahl vorliegender Datensätze nach neuem gültigen Prüfverfahren vom 1.11.19 bis März 2020	31
Tabelle 4	Ambulante Pflege – Anzahl vorliegender Datensätze 2019 im Zeitraum 1.1. bis 31.12.2019	31
Tabelle 5	Stationäre Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarten	33
Tabelle 6	Stationäre Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen	34
Tabelle 7	Stationäre Pflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart und Zertifizierung	35
Tabelle 8	Stationäre Pflege – Einbezogene Bewohnerinnen und Bewohner nach Pflegegrad	36
Tabelle 9	Stationäre Pflege – Bewohnerinnen und Bewohner mit chronischen Wunden	38
Tabelle 10	Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien der Behandlungspflege	39
Tabelle 11	Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Mobilität	41
Tabelle 12	Stationäre Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungs sonden	42

Tabelle 13	Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien zum Essen und Trinken	44
Tabelle 14	Stationäre Pflege – Versorgung mit Kathetern und Inkontinenzprodukten	45
Tabelle 15	Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Inkontinenz, Demenz, Körperpflege	46
Tabelle 16	Stationäre Pflege – Freiheitseinschränkende Maßnahmen	47
Tabelle 17	Stationäre Pflege – Anleitung und Überprüfung von Hilfskräften	48
Tabelle 18	Stationäre Pflege – Umsetzung Expertenstandards	49
Tabelle 19	Stationäre Pflege – Schulungen Erste Hilfe	50
Tabelle 20	Stationäre Pflege – Regelungen zur Hygiene	51
Tabelle 21	Stationäre Pflege – Zusätzliche Betreuung	52
Tabelle 22	Qualitätsbereiche und -aspekte	58
Tabelle 23	Stationäre Pflege neu – Gruppenzugehörigkeit der versorgten Personen	59
Tabelle 24	Stationäre Pflege neu – Qualitätsprüfungen nach Prüffarten	62
Tabelle 25	Stationäre Pflege neu – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen	62
Tabelle 26	Stationäre Pflege neu – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart und Zertifizierung	63
Tabelle 27	Stationäre Pflege neu – Einbezogene Bewohnerinnen und Bewohner nach Pflegegraden	64
Tabelle 28	Stationäre Pflege neu – QB 1 Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung	66
Tabelle 29	Stationäre Pflege neu – Für den Qualitätsaspekt 2.4 relevante vorgefundene medizinisch-pflegerische Bedarfe	68
Tabelle 30	Stationäre Pflege neu – QB 2 Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	69
Tabelle 31	Stationäre Pflege neu – QB 3 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte	70
Tabelle 32	Stationäre Pflege neu – QB 4 Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	73
Tabelle 33	Stationäre Pflege neu – QB 5 Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen	75
Tabelle 34	Ambulante Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüffart	79
Tabelle 35	Ambulante Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen	79
Tabelle 36	Ambulante Pflege – Geprüfte Pflegedienste nach Trägerart, Zertifizierung und Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie	80
Tabelle 37	Ambulante Pflege – Leistungsarten der betreuten Personen	81
Tabelle 38	Ambulante Pflege – einbezogene Personen nach Pflegegraden	81
Tabelle 39	Versorgungssituation bei spezieller Krankenbeobachtung in geprüften Pflegediensten mit mindestens einer versorgten Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ der HKP-Richtlinie	82
Tabelle 40	Ambulante Pflege – Versorgte Personen mit chronischen Wunden	85
Tabelle 41	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien der Behandlungspflege	86
Tabelle 42	Ambulante Pflege – Besteht eine Kooperation mit ...	89
Tabelle 43	Ambulante Pflege – Vorliegender Beatmungszugang	89
Tabelle 44	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur speziellen Krankenbeobachtung – Teil 1	91
Tabelle 45	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur speziellen Krankenbeobachtung – Teil 2	93

Tabelle 46	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur speziellen Krankenbeobachtung – Teil 3	94
Tabelle 47	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Mobilität	98
Tabelle 48	Ambulante Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungs sonden	99
Tabelle 49	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zum Essen und Trinken	101
Tabelle 50	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zu Ausscheidung, Demenz und Körperpflege	103
Tabelle 51	Ambulante Pflege – Abrechnungsprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen	106
Tabelle 52	Ambulante Pflege – Abrechnungsprüfung Behandlungspflege	107
Tabelle 53	Ambulante Pflege – Abrechnungsprüfung Anzahl Auffälligkeiten je Pflegedienst	108
Tabelle 54	Ambulante Pflege – Anleitung und Überprüfung von Hilfskräften	111
Tabelle 55	Setzt der ambulante Pflegedienst zwei per Zufallsauswahl ausgewählte Expertenstandards um?	112
Tabelle 56	Ambulante Pflege – Hygienemanagement	113
Tabelle 57	Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert-Koch-Institutes	114
Tabelle 58	Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen	115
Tabelle 59	Anforderungen an die Aufbauorganisation Personal bei spezieller Krankenbeobachtung – Teil 1	116
Tabelle 60	Anforderungen an die Aufbauorganisation Personal bei spezieller Krankenbeobachtung – Teil 2	117
Tabelle 61	Regelung und Umsetzung einer pflegefachlichen Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Übernahme einer versorgten Person mit spezieller Krankenbeobachtung	118
Tabelle 62	Schriftliche Regelungen zum Notfallmanagement und zu Einweisungen eingesetzter Mitarbeiter in die Anwendung von spezifischen Medizinprodukten	118
Tabelle 63	Anzahl Beschwerden differenziert nach Einrichtungsart 2019	122
Tabelle 64	Beschwerdeführer 2019	124
Tabelle 65	Beschwerdegründe 2019	125
Tabelle 66	Abgeleitete Maßnahmen aufgrund von Beschwerden 2019	126

ZUSAMMENFASSUNG

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) ist auf der Grundlage des § 114a Abs. 6 SGB XI verpflichtet, die Erfahrungen der MDK sowie des PKV-Prüfdienstes mit Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die eigenen Erkenntnisse im Abstand von drei Jahren in einem Bericht zusammenzustellen. Dieser Bericht wird hiermit zum sechsten Mal vorgelegt. Er bietet einen systematischen Überblick über den Stand der Qualitätsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen.

Die Qualitätsprüfungen erfolgen jährlich in allen ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen. In der ambulanten Pflege wird dabei auch die Abrechnung der in Rechnung gestellten Leistungen überprüft. Die Qualitätsentwicklung wird in diesem Bericht auf der Basis der Prüfergebnisse aus dem Jahr 2019 im Vergleich zu den Ergebnissen des fünften Pflege-Qualitätsberichtes (Prüfergebnisse aus dem Jahr 2016) für die ambulante und die stationäre Pflege dargestellt.

Bei der Einordnung der Prüfergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die meisten Prüfkriterien inzwischen seit Jahren jährlich durch die Prüfdienste erhoben werden und sich die allermeisten Pflegeeinrichtungen auf diese Kriterien einstellen konnten. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass die Prüfkriterien, die einer Veröffentlichung zugeführt werden, durch die Leistungserbringer maßgeblich mitverhandelt worden sind. Somit handelt es sich bei den Prüfkriterien um Mindestanforderungen an die pflegerische Versorgungsqualität, die von allen Pflegeeinrichtungen erfüllt werden sollten.

Besonderheit für die stationäre Pflege ist, dass dort seit dem 1. November 2019 ein neues Prüfverfahren umgesetzt wird. Der vorliegende Bericht bezieht auch erste Ergebnisse aus diesen Qualitätsprüfungen ein.

Anzahl und Qualifikation der Prüferinnen und Prüfer

Für die Qualitätsprüfungen waren Ende 2019 bei den MDK und dem PKV-Prüfdienst 948 (849 Vollzeitstellen) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. Dabei handelt es sich meist um Pflegefachkräfte. Die eingesetzten Prüferinnen und Prüfer verfügen über umfangreiche Zusatzqualifikationen, u. a. hatten 72,4 Prozent der Prüferinnen und Prüfer eine Auditorenqualifikation.

Stationäre Pflege

In den vorliegenden Bericht fließen für die Zeit vom 1. Januar bis zum 31. Oktober 2019 Ergebnisse aus 12.702 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen nach dem für diese Zeit geltenden Prüfverfahren ein. 95,1 Prozent dieser Prüfungen waren Regelprüfungen. Bei den Prüfungen wurde bei 94.899 pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern die Versorgungsqualität überprüft.

Darüber hinaus fließen in diesen Bericht Daten aus Qualitätsprüfungen nach dem neuen Prüfverfahren ein, das seit dem 1. November 2019 gilt. Für die Zeit vom 1. November 2019 bis zum März 2020 liegen Daten aus 2.126 Qualitätsprüfungen nach dem neuen Prüfverfahren vor. 96,3 Prozent dieser Prüfungen waren Regelprüfungen. Bei den Prüfungen wurde die Versorgungsqualität bei 18.842 pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern überprüft.

Im Zentrum der Qualitätsprüfungen steht die Versorgungsqualität, die bei den Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen ankommt. Hierzu wird bei einer Zufallsstichprobe der Pflegezustand mittels Inaugenscheinnahme erhoben, es werden Gespräche mit den Bewohnerinnen bzw. Bewohnern und den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern geführt, durch Beobachtungen die Umgebungsgestaltung und z. B. die Hilfsmittelausstattung erfasst sowie der Pflegeprozess analysiert.

Im Vergleich zum fünften Qualitätsbericht zeigen sich in der stationären Pflege bei den Ergebnissen für das Jahr 2019 zu einem großen Teil Verbesserungen, zum Teil aber auch Verschlechterungen. In dieser Zusammenfassung werden einige zentrale Entwicklungen zur Qualität angesprochen.

Ergebnisse zum Prüfverfahren in der stationären Pflege nach den bis zum 31. Oktober 2019 geltenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien

Epidemiologische Merkmale der in die Prüfung einbezogenen Personen

Von den in die Prüfungen einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern hatten 0,5 Prozent den Pflegegrad 1, 22,5 Prozent den Pflegegrad 2, den Pflegegrad 3 hatten 24,9 Prozent, den Pflegegrad 4 33,4 Prozent und den Pflegegrad 5 18,7 Prozent. Aufgrund der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade im Jahr 2017 ist hinsichtlich der Ausprägung der Pflegebedürftigkeit ein Vergleich zum Vorbericht nicht möglich. Der Anteil der Personen mit einem relevanten Gewichtsverlust lag 2019 bei 9,4 Prozent und damit geringfügig höher als im Jahre 2016 (8,7 Prozent). Der Anteil der Personen, die mit einer Ernährungssonde versorgt wurden, lag bei 3,5 Prozent, im Jahr 2016 lag dieser noch bei 1,8 Prozent. Einen Blasenkatheter hatten 9,8 Prozent (2016: 10,6 Prozent) der in die Prüfungen einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner und 74,3 Prozent wurden mit Inkontinenzprodukten versorgt (2016: 77,5 Prozent). Ein Druckgeschwür (Dekubitus) hatten 3,8 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner (2016: 3,9 Prozent).

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der stationären Pflege

Das Kriterium, ob die Medikamentenversorgung gemäß ärztlicher Anordnung erfolgte, war für 85,0 Prozent (80.640) der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner relevant. Die Medikamentenversorgung entsprach bei 88,6 Prozent (2016: 90,8 Prozent) dieser Bewohnerinnen und Bewohner den ärztlichen Anordnungen, das heißt, die in der Pflegedokumentation dokumentierten Medikamente entsprachen den ärztlichen Anordnungen und anhand der Pflegedokumentation war klar erkennbar, welches Medikament in welcher Form, in welcher Dosierung und zu welcher Tageszeit zu verabreichen ist. Bei 11,4 Prozent dieser Bewohnerinnen und Bewohner entsprach die Dokumentation nicht den ärztlichen Anordnungen, so waren beispielsweise Medikamente oder Dosierungen unkorrekt dokumentiert.

Während die Schmerztherapie in den Verantwortungsbereich der behandelnden Ärztinnen und Ärzte fällt, gehört die Schmerzerfassung in den Kompetenzbereich der professionellen Pflege. Sie ist die Basis für eine adäquate Schmerztherapie. Bei 37,4 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner war eine Schmerzerfassung erforderlich. Bei 81,2 Prozent (2016: 82,1 Prozent) dieser Bewohnerinnen und Bewohner lag eine systematische Schmerzeinschätzung vor.

Bei 32,5 Prozent (30.842) der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner waren Schmerzmedikamente ärztlich verordnet. 95,2 Prozent (2016: 96,0 Prozent) erhielten die ver-

ordneten Schmerzmedikamente, 4,8 Prozent bekamen die verordneten Medikamente nicht wie vorgesehen.

Bei der Versorgung chronischer Wunden ging es meist um Druckgeschwüre (Dekubitus) oder die Versorgung eines Unterschenkelgeschwürs (Ulcus cruris). Bei 5,9 Prozent (5.553) der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner konnte beurteilt werden, ob die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunde oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens erfolgten. Dies war bei 73,5 Prozent (2016: 75,6 Prozent) der Fall, hingegen wurden bei 26,5 Prozent dieser Bewohnerinnen und Bewohner beispielsweise erforderliche Maßnahmen zur Druckentlastung nicht durchgeführt oder hygienische Standards wurden bei der Wundversorgung nicht beachtet. Damit zeigt sich bereits zum zweiten Mal in Folge eine Verschlechterung im Vergleich zu den vorangegangenen Berichtszeiträumen (2016: 75,6 Prozent, 2013: 79,0 Prozent).

Von den in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern waren bei 37,9 Prozent aufgrund eines vorliegenden Risikos Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus erforderlich. Bei 80,1 Prozent (2016: 80,7 Prozent) wurden die erforderlichen Prophylaxen erbracht, bei 19,9 Prozent wurden die Maßnahmen nicht in erforderlichem Maße durchgeführt, sodass z. B. erforderliche Hilfsmittel zur Druckentlastung nicht eingesetzt wurden oder Bewegungsmaßnahmen sowie regelmäßige Hautinspektionen unterblieben sind.

Der Trend, nach dem der Anteil der in die Prüfungen einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Ernährungssonde abnimmt, hat sich im aktuellen Berichtszeitraum 2019 nicht fortgesetzt. Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum (2016) ist ein Anstieg von 1,8 Prozent auf 3,5 Prozent zu verzeichnen. Personen mit einer Ernährungssonde werden ausschließlich oder teilweise mit Sondenkost versorgt. Um insbesondere bei Bewohnerinnen und Bewohnern, die ausschließlich über eine Ernährungssonde ernährt werden, den Geschmackssinn anzuregen, sollten in der Häufigkeit üblicher Mahlzeitenangebote (mindestens drei Mal pro Tag) Geschmacksanreize gesetzt werden. Dies dient der Förderung der Lebensqualität und trägt zum Erhalt der Mundgesundheit bei. Von den in die Prüfungen einbezogenen Personen wurde das Kriterium bei 2,3 Prozent überprüft. Erfüllt war das Kriterium bei 81,9 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner (2016: 83,5 Prozent). Das bedeutet, bei 18,1 Prozent der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern wurden die Möglichkeiten zum Erhalt und zur Förderung der Sinneswahrnehmung sowie zur Erhaltung der Mundgesundheit nicht angemessen genutzt.

Positiv zu bewerten ist, dass der Anteil der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen im aktuellen Berichtszeitraum bei 5,6 Prozent (5.357) lag und damit im Vergleich zum letzten Bericht (2016: 8,9 Prozent) erfreulicherweise erneut zurückgegangen ist.

Bei 5,5 Prozent (5.186) der in die Prüfungen einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner konnte bewertet werden, ob die Notwendigkeit dieser Maßnahmen regelmäßig überprüft worden ist. Dies war bei 89,8 Prozent der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner der Fall (2016: 88,3 Prozent), bei 10,7 Prozent dieser Bewohnerinnen und Bewohner wurde hingegen nicht regelmäßig überprüft, ob die freiheitseinschränkenden Maßnahmen weiterhin erforderlich sind oder ob Maßnahmen mit geringeren Einschränkungen ausgereicht hätten. Angesichts der mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen verbundenen gravierenden Autonomieverluste kann dieser Befund nicht zufrieden stellen.

Einrichtungsbezogene Struktur und Prozessqualität in der stationären Pflege

Insgesamt zeigte sich bei der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität weiterhin ein Trend in Richtung vollständiger Erfüllung der Prüfkriterien. Wie die folgenden Beispiele zeigen, gilt dies jedoch nicht für alle einrichtungsbezogenen Prüfkriterien.

Im Rahmen der Bewertung des Qualitätsmanagements wird überprüft, ob die stationären Pflegeeinrichtungen Expertenstandards umsetzen (Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe, Pflegerisches Schmerzmanagement bei Akutschmerz, Pflegerisches Schmerzmanagement bei chronischem Schmerz, Sturzprophylaxe, Kontinenzförderung, Chronische Wunden, Ernährungsmanagement). Hierzu wird bei jeder Pflegeeinrichtung per Zufallsauswahl die Umsetzung von zwei Expertenstandards bewertet. Diese Umsetzung war in den stationären Pflegeeinrichtungen von 86,5 Prozent (Ernährungsmanagement) bis 91,1 Prozent (Sturzprophylaxe) erkennbar. Die Pflegeeinrichtungen, bei denen die Umsetzung nicht erkennbar ist, erhalten durch die Beratung im Rahmen der Qualitätsprüfung Impulse, sich zukünftig verstärkt mit der Implementation der Expertenstandards zu befassen. Sowohl bei der Umsetzung des ältesten Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe (2019: 87,7 Prozent, 2016: 90,3 Prozent) als auch beim Expertenstandard zum Ernährungsmanagement (2019: 86,5 Prozent, 2016: 88,4 Prozent) sind im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum schlechtere Umsetzungswerte zu verzeichnen.

Durch die Corona-Pandemie hat sich der Blick auf erforderliche Hygienemaßnahmen deutlich verändert. Zwar liegt die aufsichtsrechtliche Prüfung von Anforderungen hinsichtlich der Hygiene in erster Linie bei den Gesundheitsämtern oder anderen für die Hygiene zuständigen Aufsichtsbehörden. Aufgrund der Bedeutung der Hygiene für die pflegerische Versorgungsqualität hat der Gesetzgeber bereits seit langem die mit der Pflege im Zusammenhang stehende Hygiene aber auch ausdrücklich zum Prüfgegenstand bei den Qualitätsprüfungen von MDK und PKV-Prüfdienst erklärt. Bei den Qualitätsprüfungen hatte die Umsetzung von Hygienekonzepten daher schon vor der Corona-Pandemie einen großen Stellenwert. Im Zusammenhang mit dem Hygienemanagement wird überprüft, ob innerbetriebliche Verfahrensanweisungen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut und Regelungen zur Reinigung und zur Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände vorliegen. Zudem wird bewertet, ob die Durchführung der innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen regelmäßig überprüft wird und die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen den Mitarbeitenden bekannt sind. Schließlich umfasst die Prüfung zur Hygiene auch den Sachverhalt, ob alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel vorhanden sind. Die Pflegeeinrichtungen erfüllen mit über 90 Prozent diese formalen Anforderungen zur Hygiene weitgehend konstant auf einem hohen Niveau. Ob die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen den Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen bekannt sind, ist ein Indiz dafür, ob und inwieweit die Regelungen auch umgesetzt werden können. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern waren die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen zur Hygiene in 96,6 Prozent der Pflegeeinrichtungen bekannt (2016: 92,4 Prozent). Somit sind die Pflegeeinrichtungen hinsichtlich dieser formalen Kriterien vor der Corona-Pandemie und im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum 2016 gut aufgestellt.

Pflegeeinrichtungen können, wenn sie eine entsprechende Vereinbarung mit den Pflegekassen abgeschlossen haben, für je 20 Bewohnerinnen und Bewohner eine Vollzeitstelle für die zusätzliche Betreuung im Sinne des § 53b SGB XI einrichten. Die zusätzlichen Betreuungskräfte sollen das reguläre Betreuungsangebot der Pflegeeinrichtung ergänzen. Sie sollen die Bewohnerinnen und Bewohner bei Alltagsaktivitäten (z. B. Malen und Basteln, Musizieren, Brett- und Kartenspiele, Spaziergänge und Ausflüge) motivieren, begleiten und betreuen. Sie sollen ausdrücklich keine pflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten übernehmen, denn diese sind über die reguläre Pflegevergütung abgegolten. Bei der Prüfung wird u. a. bewertet, ob die Stellen der

zusätzlichen Betreuungskräfte besetzt sind. Bei 87,2 Prozent der geprüften Pflegeeinrichtungen sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte besetzt gewesen (2016: 87,4 Prozent). Bei 12,8 Prozent der Einrichtungen war dies jedoch nicht der Fall.

Ergebnisse zum Prüfverfahren in der stationären Pflege nach der seit dem 1. November 2019 geltenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien

Um einen ersten Eindruck über die Prüfergebnisse nach dem neuen Prüfsystem zu erhalten, haben die MDK und der PKV-Prüfdienst Daten aus Qualitätsprüfungen für diesen Bericht bereitgestellt, die in der Anfangsphase des neuen Prüfverfahrens von November 2019 bis März 2020 durchgeführt worden sind. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass sowohl die Prüferinnen und Prüfer als auch die geprüften stationären Pflegeeinrichtungen in dieser Anfangsphase noch Erfahrungen mit dem neuen Prüfsystem sammeln mussten.

Bei dem neuen Prüfverfahren sind umfassende Qualitätsaspekte zu bewerten. Die Prüfung umfasst die Erhebung von 16 personenbezogenen Qualitätsaspekten. Jedem Qualitätsaspekt wird eine Qualitätsaussage vorangestellt, die das zu erwartende Qualitätsniveau beschreibt. Jeder Qualitätsaspekt wird mit nicht abschließenden Leitfragen erschlossen und auf der Grundlage der aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse bewertet. Als Informationsquellen für die Bewertung der Versorgungsqualität sind die Inaugenscheinnahme und das Gespräch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, das Fachgespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung sowie Beobachtungen und die Pflegedokumentation vorgesehen. Bei diesen Qualitätsaspekten ist zu entscheiden, ob Auffälligkeiten oder Defizite vorliegen oder nicht. Liegen Defizite vor, ist zu bewerten, ob sich daraus ein Risiko für eine negative Folge für die Bewohnerin oder den Bewohner ergibt oder ob bereits eine negative Folge eingetreten ist. Eine negative Folge kann ein gesundheitlicher Schaden, eine regelmäßig nicht bedarfsgerechte oder nicht bedürfnisgerechte Unterstützung sein. Mit dieser Vorgehensweise können die unterschiedlichen Fallkonstellationen sehr gut abgebildet werden. Darüber hinaus werden fünf bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen des Qualitätsbereichs 5 in die Prüfung einbezogen. Die Beurteilung dieser bedarfsübergreifenden fachlichen Anforderungen stützt sich auf die Feststellungen, die die Prüferinnen und Prüfer bereits zu anderen personenbezogenen Qualitätsaspekten getroffen haben. Eine erneute Informationserfassung ist nicht vorgesehen. Für die Qualitätsaspekte wird jeweils festgehalten, ob Defizite festgestellt worden sind oder nicht.

Die personenbezogene Qualitätsprüfung erfolgt bei einer Zufallsstichprobe von neun Personen, die insbesondere nach Merkmalsausprägungen zur Mobilität und zur Kognition und Kommunikation und nicht mehr nach Pflegegraden ausgewählt werden. Darüber hinaus umfasst die Prüfung drei einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte. Grundsätzlich ist auch eine Plausibilitätskontrolle der von den Einrichtungen zu erhebenden Daten für die Indikatorenberechnung vorgesehen. Aufgrund der geringen Fallzahl können in diesem Bericht jedoch noch keine Ergebnisse zur Plausibilitätskontrolle veröffentlicht werden.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der stationären Pflege

Um einen ersten Eindruck über das neue Prüfverfahren und die damit ermittelten Qualitätsniveaus zu erhalten, werden in dieser Zusammenfassung einige Ergebnisse der Qualitätsaspekte aufgegriffen.

Der Qualitätsaspekt Unterstützung bei der Mobilität konnte bei 91,8 Prozent (17.293) der in die Prüfungen einbezogenen Personen geprüft werden. Bei 85,8 Prozent dieser versorgten Personen lagen keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 12,5 Prozent lagen hingegen Defizite mit Risiken für negative Folgen für die versorgte Person vor, beispielsweise wurden vorhandene Möglichkeiten zur Verbesserung der Mobilität nicht erkannt oder nicht genutzt. Bei 5,1 Prozent sind Defizite mit bereits eingetretenen negativen Folgen festgestellt worden, zum Beispiel waren Druckgeschwüre in den Einrichtungen entstanden und es wurden nicht die erforderlichen Maßnahmen zu deren Vermeidung ergriffen.

Der Qualitätsaspekt Unterstützung bei der Körperpflege konnte bei 89,3 Prozent (16.835) der in die Prüfung einbezogenen Personen geprüft werden. Bei 91,5 Prozent lagen keine Auffälligkeiten vor. Bei 5,9 Prozent haben die Prüferinnen und Prüfer ein Defizit mit einem Risiko für eine negative Folge festgestellt. Hier waren beispielsweise Fähigkeiten der versorgten Person bei der Körperpflege nicht bekannt und somit war nicht sichergestellt, dass die Versorgung kontinuierlich aktivierend erfolgt. Bei 3,1 Prozent dieser Personen wurden Defizite mit einer eingetretenen negativen Folge für die versorgte Person ermittelt. Beispielsweise wurde dem Wunsch der versorgten Person nach zweimaligem wöchentlichen Duschen nicht entsprochen.

Der Qualitätsaspekt Wundversorgung wurde bei 8,6 Prozent (1.627) der in die Prüfungen einbezogenen Personen geprüft. Bei 75,7 Prozent dieser Personen lagen keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten ohne Risiken bzw. negative Folgen vor. Bei 14,3 Prozent haben die Prüferinnen und Prüfer Defizite mit Risiken für negative Folgen festgestellt, beispielsweise wurden Veränderungen der Wundsituation nicht mit der Ärztin oder dem Arzt besprochen. 12,1 Prozent der Personen hatten nach den Feststellungen der Prüferinnen und Prüfer Defizite mit eingetretenen negativen Folgen, z. B. Wundinfektionen bei einer nicht fachgerechten Wundversorgung.

Die Ergebnisse liegen in Relation zum bisherigen Prüfverfahren auf einem vergleichbaren Niveau. Die Ergebnisverteilung zeigt jedoch im Vergleich zum bisherigen Prüfverfahren exemplarisch einen Vorteil des neuen Prüfverfahrens. Dieser liegt darin, dass bei den Ergebnissen nun zwischen einem Qualitätsdefizit mit einem Risiko und einem Qualitätsdefizit mit einer bereits eingetretenen negativen Folge unterschieden werden kann. Dies erleichtert die Einordnung der Relevanz der Prüfergebnisse.

Bei dem bedarfsübergreifenden Qualitätsaspekt Abwehr von Risiken und Gefährdungen haben die Prüferinnen und Prüfer bei 54,8 Prozent der 2.126 Pflegeeinrichtungen bei mindestens einer versorgten Person mindestens ein Qualitätsdefizit festgestellt. Das bedeutet, dass insbesondere bei der Mobilität, der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, der Körperpflege, der Wundversorgung, der medikamentösen Therapie oder der Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen Risiken oder Gefährdungen vorlagen, denen die Einrichtungen nicht adäquat im Sinne einer Risikoreduzierung oder -vermeidung begegnet sind. Beispielsweise leitete eine Pflegeeinrichtung bei einem bestehenden Selbstpflegedefizit eines Bewohners aufgrund Multipler Sklerose mit spastischer Tetraparese trotz unerwünschten relevanten Gewichtsverlustes keine Maßnahmen zur Vermeidung eines weiteren Gewichtsverlustes oder zur Stabilisierung des Gewichtes ein. Der relativ hohe Anteil

der hier zusammengetragenen Qualitätsdefizite erklärt sich daraus, dass in diesem bedarfsübergreifenden Qualitätsaspekt Defizite aus einer Vielzahl anderer Qualitätsaspekte einfließen.

Bei dem bedarfsübergreifenden Qualitätsaspekt Einhaltung von Hygieneanforderungen lag bei 11,8 Prozent der 2.126 Pflegeeinrichtungen bei mindestens einer Person mindestens ein Qualitätsdefizit vor. Solche Qualitätsdefizite können sich insbesondere bei der Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung, der Körperpflege, der Wundversorgung oder bei anderen besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen ergeben. Hier wurde beispielsweise bei einer Bewohnerin eine chronische Wunde unsteril versorgt.

Beim bedarfsübergreifenden Qualitätsaspekt Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit wurde bei 11,6 Prozent der 2.126 Pflegeeinrichtungen bei mindestens einer Person mindestens ein Qualitätsdefizit festgestellt. Diese Defizite können insbesondere im Zusammenhang mit der Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung, der Körperpflege, freiheitsentziehenden Maßnahmen oder der Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen stehen. Ein Beispiel hierfür ist die Versorgung eines Bewohners mit Inkontinenzmaterial in der Nacht, obwohl dieser die Fähigkeit und den Wunsch hat, mit personeller Unterstützung die Toilette aufzusuchen. Diese bedarfsübergreifenden fachlichen Anforderungen belegen eindrücklich, dass das neue Prüfverfahren nicht nur einen anderen Bewertungsansatz, sondern auch ein erweitertes Spektrum an für die Versorgungsqualität relevanten Qualitätsthemen aufweist.

Ambulante Pflege

In die Berichterstattung fließen Ergebnisse aus 13.519 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten ein. Davon haben 1.197 geprüfte ambulante Pflegedienste bei mindestens einer Person Leistungen der speziellen Krankenbeobachtung nach § 37 SGB V. Diese Leistung richtet sich an Personen mit einem außerklinischen Intensivpflegebedarf. Bei insgesamt 86.716 pflegebedürftigen Personen wurde die Versorgungsqualität einschließlich der Abrechnung der in Rechnung gestellten Leistungen geprüft. Bei 1.829 dieser Personen wurde die Leistung der speziellen Krankenbeobachtung geprüft. Von allen Prüfungen in ambulanten Pflegediensten waren 96,3 Prozent Regelprüfungen.

Auch in der ambulanten Pflege ist die Versorgungsqualität der pflegebedürftigen Personen das Kernelement der Prüfung. Hierzu werden diese Personen mittels Zufallsstichprobe ausgewählt. Diese werden dann in ihrer Wohnung besucht. Dabei wird der Pflegezustand erhoben, Gespräche mit den pflegebedürftigen Personen und Mitarbeitern geführt, die Hilfsmittelausstattung erfasst sowie der Pflegeprozess analysiert.

Im Vergleich zum fünften Qualitätsbericht zeigen sich in der ambulanten Pflege bei den Ergebnissen zur Versorgungsqualität für das Jahr 2019 Verbesserungen, zum Teil haben sich aber auch Verschlechterungen ergeben. In dieser Zusammenfassung werden einige zentrale Entwicklungen zur Qualität hervorgehoben.

Epidemiologische Merkmale der in die Prüfung einbezogenen Personen

Am häufigsten wurden mit 38,7 Prozent versorgte Personen mit dem Pflegegrad 2 in die Prüfung einbezogen, gefolgt von Personen mit dem Pflegegrad 3 (36,4 Prozent) sowie dem Pflegegrad 4 (16,2 Prozent). Den Pflegegrad 5 hatten 7,1 Prozent der einbezogenen versorgten Personen. Personen mit einem Unterstützungsbedarf unterhalb des Pflegegrades 2 werden in der Regel nicht

in die Prüfung einbezogen. Dass 1,6 Prozent der Personen mit einem Pflegegrad 1 oder keinem Pflegegrad in die Prüfung einbezogen wurden, ist auf die Erweiterung der Stichprobenregelung zum Einbezug einer versorgten Person mit aufwändiger Behandlungspflege zurückzuführen. Aufgrund der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade im Jahr 2017 ist hinsichtlich der Ausprägung der Pflegebedürftigkeit ein Vergleich zum Vorbericht nicht möglich.

Bei 4,1 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Personen lag ein Druckgeschwür (Dekubitus) und bei 3,2 Prozent ein Unterschenkelgeschwür (Ulcus cruris) vor. Der Anteil der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen mit einer Ernährungssonde lag bei 3,0 Prozent und ist damit gesunken (2016: 3,8 Prozent). Bei 2,1 Prozent der von den ambulanten Pflegediensten versorgten Personen war eine relevante Gewichtsabnahme zu verzeichnen.

Bei 46,6 Prozent (852) der in die Prüfung einbezogenen Personen mit einem Bedarf an spezieller Krankenbeobachtung lag ein Beatmungszugang vor. Die Beatmung erfolgte bei 38,2 Prozent der einbezogenen Personen invasiv über eine Trachealkanüle. Eine nichtinvasive Beatmung erfolgte bei 2,2 Prozent der Personen mit einer Nasen-Mund-Maske sowie bei 1,4 Prozent dieser Personen mit einer Nasenmaske. Eine nichtinvasive Beatmung mit einer Vollgesichtsmaske bzw. einem Mundstück erfolgte mit 0,4 Prozent bei den wenigsten untersuchten Personen. Bei 4,4 Prozent lag ein sonstiger Beatmungszugang vor. Die Ergebnisse zeigen, dass die Leistung der speziellen Krankenbeobachtung auch bei Personen erbracht wird, die nicht beatmet werden.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der ambulanten Pflege

Bei 40,0 Prozent (32.878) der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen lag eine ärztliche Verordnung zur Medikamentengabe vor. Bei diesen war somit das Kriterium, ob die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung entspricht, relevant. Bei 91,1 Prozent der versorgten Personen mit einer Medikamentenverordnung war das Kriterium erfüllt (2016: 88,3 Prozent). Bei 8,9 Prozent dieser Personen war das Kriterium jedoch nicht erfüllt, das bedeutet, es wurden z. B. Medikamente verabreicht, für die keine ärztliche Verordnung vorlag oder es wurden Medikamente mit falscher Wirkstoffkonzentration verabreicht. Im Vergleich zum letzten Bericht ist hier eine Verbesserung zu verzeichnen.

Bei 15,9 Prozent (13.055) der versorgten Personen, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, war aufgrund einer ärztlichen Anordnung die Gabe von Schmerzmedikamenten durch den Pflegedienst erforderlich. In diesem Zusammenhang ist es notwendig, dass vom Pflegedienst eine systematische Schmerzeinschätzung durchgeführt wird, auf deren Basis der Ärztin bzw. dem Arzt Hinweise zur Anpassung der Schmerztherapie gegeben werden können. Bei 74,5 Prozent der betroffenen versorgten Personen war dieses Kriterium erfüllt (2016: 75,3 Prozent), bei 25,5 Prozent dieser Personen war das Kriterium nicht erfüllt. Eine systematische Schmerzeinschätzung ist jedoch notwendig, damit eine ggf. erforderliche Anpassung der Schmerzmedikation durch die Ärztin bzw. den Arzt erfolgen kann.

Bei 10,3 Prozent (8.504) der Personen, die in die Prüfung einbezogen worden sind, lag eine ärztliche Verordnung für eine Wundversorgung vor. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass sich aufgrund einer Änderung des Stichprobenverfahrens der Anteil der mittels Zufallsstichprobe in die Prüfungen einbezogenen Personen mit einer Wundversorgung im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum deutlich erhöht hat. Bei den versorgten Personen wurde überprüft, ob die Wundversorgung unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des Wissens erfolgte. Bei 82,5 Prozent der betroffenen Personen war das Kriterium erfüllt (2016: 86,9 Prozent), bei 17,5 Prozent dieser Personen war das Kriterium nicht erfüllt, z. B. wurden die Prinzipien der Druckentlastung bei

einem Dekubitus) nicht berücksichtigt, hygienische Grundsätze missachtet oder trotz Erfordernis keine feuchte Wundabdeckung durchgeführt. Im Vergleich zum letzten Bericht ist eine Verschlechterung in der Wundversorgung unter Berücksichtigung des aktuellen Wissensstands deutlich.

Ein weiteres Kriterium, das bei Qualitätsprüfungen im Bereich der Behandlungspflege überprüft wird, ist die sachgerechte Anlage von Kompressionsstrümpfen oder -verbänden. Diese Leistung wurde bei 30,2 Prozent (24.811) der versorgten Personen, bei denen die Versorgungsqualität überprüft wurde, aufgrund einer ärztlichen Verordnung durch die Pflegedienste erbracht. Erfüllt war dieses Kriterium bei 93,4 Prozent der betreffenden Personen (2016: 91,9 Prozent), hingegen war das Kriterium bei 6,6 Prozent dieser Personen nicht erfüllt. Im Vergleich zum letzten Bericht ist hier eine leichte Verbesserung eingetreten.

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege wurden unter anderem in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) Ambulante Pflege nach §§ 114 ff SGB XI in der Fassung vom 27. September 2017 spezifische Prüfkriterien für die Versorgung von Personen mit einem entsprechenden Unterstützungsbedarf in den Prüfkatalog aufgenommen. Diese beziehen sich auf die Leistung der speziellen Krankenbeobachtung gemäß Ziffer 24 der HKP-Richtlinie im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Ambulante Pflegedienste, die die Leistung spezielle Krankenbeobachtung erbringen, haben sich häufig auf die Versorgung von Personen spezialisiert, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine sofortige pflegerische bzw. ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich ist und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können. Dies betrifft insbesondere Personen, die erhebliche Einschränkungen in der selbständigen Atmung haben und daher auf Beatmung und engmaschige Überwachung angewiesen sind. Um die Qualität in der Versorgung dieser Personen zu erhöhen, die Versorgung an verschiedenen Leistungsstellen zu gewährleisten und das Weaning- bzw. Dekanülierungspotenzial der versorgten Personen besser als bisher ausschöpfen zu können, überführt der Gesetzgeber mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) die außerklinische Intensivpflege in eine eigenständige Leistung nach § 37c SGB V mit besonderen Leistungsvoraussetzungen.

Mit den Prüfkriterien zur speziellen Krankenbeobachtung in den QPR Ambulante Pflege in der Fassung vom 27. September 2017 werden bereits seit Jahren wesentliche Versorgungsaspekte des GKV-IPReG im Rahmen der Qualitätsprüfungen aufgegriffen. Zwar liegen für den Berichtszeitraum 2019 aufgrund der geänderten Fassung der Prüfgrundlagen zu 2016 keine Vergleichsdaten zu den personenbezogenen Prüfkriterien der speziellen Krankenbeobachtung vor. Jedoch zeigen die Ergebnisse einen relevanten Nachbesserungsbedarf in der Versorgungsqualität auf, wie nachfolgend dargestellt wird.

Bei 45,9 Prozent (839) der einbezogenen beatmeten Personen war relevant, ob alle Pflegefachkräfte, die selbstständig und eigenverantwortlich am Beatmungsgerät dieser Personen tätig sind, über eine entsprechende Zusatzqualifikation verfügen. Dies traf in den Qualitätsprüfungen auf 71,8 Prozent der versorgten Personen mit einer speziellen Krankenbeobachtung zu. Hingegen verfügten bei 28,2 Prozent der versorgten Personen nicht alle Pflegefachkräfte über eine Zusatzqualifikation wie z. B. eine Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege oder mindestens ein Jahr Berufserfahrung im Beatmungsbereich in den letzten fünf Jahren.

Beim Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei beatmeten versorgten Personen muss ein beatmungserfahrener Arzt, ein Beatmungszentrum oder ein Krankenhaus durch den Pflegedienst informiert werden. Im Rahmen der Qualitätsprüfungen waren bei 8,4 Prozent (154) Hinweise auf eine klinische Verbesserung der einbezogenen beatmeten Personen zu erkennen.

In 92,2 Prozent dieser Fälle wurde eine Ärztin bzw. ein Arzt informiert. Bei 7,8 Prozent der beatmeten versorgten Personen lagen nach Einschätzung der Prüfenden zwar klinische Verbesserungen vor, Information, z. B. an einen beatmungserfahrenen Arzt, erfolgten jedoch nicht. Notwendige Behandlungsschritte wurden bei diesen Personen somit nicht eingeleitet.

Ob die spezielle Krankenbeobachtung sachgerecht durchgeführt wurde, ist bei 99,1 Prozent (1.812) der versorgten Personen geprüft worden. Nach Einschätzung der Prüferinnen bzw. Prüfer wurde die spezielle Krankenbeobachtung ihrer Verordnung entsprechend bei 78,3 Prozent der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen durch den Pflegedienst geleistet. Bei 21,7 Prozent dieser Personen erfolgte jedoch keine sachgerechte Durchführung, etwa aufgrund fehlender Verlaufskontrollen der Vitalparameter oder nicht korrekt eingestellter Alarmgrenzen der ärztlichen angeordneten transdermalen Sauerstoffsättigungsmessung.

Ein individuell angepasstes Notfallmanagement unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorgaben der versorgten Personen stellt ein wichtiges Planungs- und Steuerungsinstrument in der außerklinischen Intensivpflege dar. Mit diesem werden u. a. die Notfallprävention und das Verhalten in Notfallsituationen nach Maßgabe der versorgten Person berücksichtigt. Bei 97,6 Prozent (1.702) der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen konnte das Kriterium bewertet werden. Bei 68,2 Prozent dieser Personen lag nach Einschätzung der Prüfenden ein individuell angepasstes Notfallmanagement vor. Bei 31,8 Prozent lagen keine diesbezüglichen Angaben vor.

Während Leistungen der Behandlungspflege nach dem SGB V ärztlich verordnet werden, können in der ambulanten Pflege nach dem SGB XI nur die körperbezogenen Pflegemaßnahmen von den Pflegediensten erbracht werden, für die sie von der pflegebedürftigen Person beauftragt werden. Vor diesem Hintergrund ist es besonders wichtig, dass zu Beginn der Versorgung eine umfassende Informationssammlung durch den Pflegedienst erfolgt, auf deren Basis der Pflegedienst die pflegebedürftige Person und ihre Angehörigen aus professioneller Perspektive über erforderliche Maßnahmen und Risiken berät bzw. informiert. Damit sollen die pflegebedürftige Person und ihr soziales Umfeld in die Lage versetzt werden, informiert eine Entscheidung darüber zu treffen, welche Leistungen erforderlich sind und mit welchen Leistungen diese den Pflegedienst beauftragen möchten. Auch im Verlauf der Versorgung durch den Pflegedienst ist es erforderlich, dass bei Veränderungen ggf. eine Beratung bzw. Information der versorgten Person durch den Pflegedienst über eine Anpassung der Leistungen oder über neu eingetretene Risiken erfolgt.

Bei 26,9 Prozent (21.936) der versorgten Personen, die im Rahmen der Prüfung in ihrer Wohnung von den Prüferinnen bzw. Prüfern aufgesucht wurden, war eine Beratung bezüglich eines Dekubitusrisikos erforderlich. Die erforderliche Beratung war bei 80,1 Prozent der betreffenden versorgten Personen nachvollziehbar (2016: 82,4 Prozent), bei 19,9 Prozent dieser Personen war eine entsprechende Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen nicht nachvollziehbar. Im Vergleich zum letzten Bericht hat sich hier eine Verschlechterung ergeben. Im Rahmen der Leistungserbringung waren bei 10,7 Prozent (8.761) der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen gewebeschonende Lagerungsmaßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus vereinbart. Bei 81,6 Prozent der betroffenen Personen erfolgten diese Lagerungsmaßnahmen (2016: 85,7 Prozent), bei 18,4 Prozent dieser Personen war dies nicht der Fall, sodass der Pflegedienst hier die ihm zur Verfügung stehenden Mittel zur Vermeidung eines Druckgeschwürs nicht genutzt hat. Im Vergleich zum letzten Bericht bedeutet dies eine Verschlechterung um 4,1 Prozent.

Bei 19,6 Prozent (15.998) der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen war eine Information über erkennbare Risiken zur Flüssigkeitsversorgung im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen erforderlich. Bei 85,8 Prozent dieser Personen bzw. deren Angehörige erfolgte die erforderliche Information, bei 14,2 Prozent war dies nicht der Fall.¹ Zugleich konnte bei 8,4 Prozent (6.832) der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen aufgrund vereinbarter Leistungen geprüft werden, ob Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt worden sind, z. B. das Anreichen oder Bereitstellen von Getränken. Bei 88,3 Prozent dieser Personen war die Durchführung dieser Leistungen nachvollziehbar (2016: 94,9 Prozent), bei 11,7 Prozent der Personen war die Durchführung dieser Leistungen im Rahmen der Qualitätsprüfungen nicht nachvollziehbar, was eine Verschlechterung im Vergleich zum letzten Bericht um 6,6 Prozent bedeutet.

Bei 20,1 Prozent (16.408) der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen war eine Information über erkennbare Risiken zur Ernährung im Rahmen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen erforderlich. Bei 83,6 Prozent dieser Personen erfolgte die erforderliche Information, bei 16,4 Prozent war dies nicht der Fall.² Zugleich waren bei 9,0 Prozent (7.302) der versorgten Personen, bei denen im häuslichen Umfeld die Versorgungsqualität geprüft worden ist, Leistungen zur Ernährung zwischen dem Pflegedienst und der versorgten Person vereinbart, z. B. die mundgerechte Zubereitung oder das Anreichen der Nahrung. Bei diesen Personen wurde überprüft, ob die vereinbarten Leistungen zur Ernährung nachvollziehbar durchgeführt worden sind. Bei 87,4 Prozent der versorgten Personen, die entsprechende Leistungen mit dem Pflegedienst vereinbart hatten, wurden diese Leistungen nachvollziehbar erbracht (2016: 93,4 Prozent), bei 12,6 Prozent dieser Personen war dies nicht der Fall. Auch hier hat sich im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum eine Verschlechterung um 6,0 Prozent ergeben.

Ein Beratungsbedarf bei versorgten Personen mit Einschränkungen bei der Kontinenz bestand bei einem Anteil von 39,0 Prozent (31.806) der in die Prüfung einbezogenen Personen. Eine Beratung über erforderliche Maßnahmen bei Ausscheidungen wie z. B. zur Benutzung von Inkontinenzmaterialien oder den Einsatz von Hilfsmitteln erfolgte bei 80,6 Prozent dieser Personen (2016: 80,9 Prozent), bei 19,4 Prozent der betroffenen versorgten Personen erfolgte diese nicht.

Bei 15,0 Prozent (12.263) der in die Prüfungen ambulanter Pflegedienste einbezogenen versorgten Personen war eine Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen bei vorliegender Demenz erforderlich. Bei 77,5 Prozent dieser versorgten Personen erfolgte eine entsprechende Beratung der betroffenen Personen oder ihrer Angehörigen z. B. zum Umgang mit Selbstgefährdung, Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung (2016: 77,4 Prozent), bei 22,5 Prozent der betroffenen versorgten Personen war eine solche Beratung nicht nachvollziehbar.

Abrechnungsprüfung

Während beim fünften Pflege-Qualitätsbericht erste Erfahrungen mit Abrechnungsprüfungen auf der Grundlage 1.138 geprüfter Pflegedienste im Zeitraum vom 15. Oktober bis 31. Dezember 2016 dargestellt werden konnten, liegen für den Berichtszeitraum 2019 Daten aus 13.519 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten für ein ganzes Erhebungsjahr vor. Vor diesem Hintergrund erfolgt kein Ergebnisvergleich mit den Daten aus dem Jahr 2016. Bei der Abrechnungsüberprüfung geht es darum, ob die in Rechnung gestellten Leistungen erbracht worden sind und

¹ Ein Vergleich zum Berichtszeitraum 2016 ist aufgrund von inhaltlichen Änderungen des Prüfkriteriums in der Fassung der QPR Ambulante Pflege vom 27. September 2017 nicht möglich.

² Ein Vergleich zum Berichtszeitraum 2016 ist aufgrund von inhaltlichen Änderungen des Prüfkriteriums in der Fassung der QPR Ambulante Pflege vom 27. September 2017 nicht möglich.

ob die Leistungserbringung vertragskonform erfolgte. Die in Rechnung gestellten Leistungen sind dabei bei 86.716 pflegebedürftigen Personen geprüft worden, im Durchschnitt bei 6,4 Pflegebedürftigen pro Pflegedienst.

Von den 13.519 geprüften Pflegediensten wiesen 57,0 Prozent keine Auffälligkeiten auf. Bei 43,0 Prozent der geprüften ambulanten Pflegedienste haben die Prüferinnen bzw. Prüfer mindestens eine Auffälligkeit bei der Abrechnung der Leistungen festgestellt: Bei 27,2 Prozent der Pflegedienste haben die Prüfenden ein bis fünf Auffälligkeiten festgestellt, 9,4 Prozent der geprüften Pflegedienste wiesen zwischen sechs bis zehn Auffälligkeiten auf und bei einem Anteil von 6,4 Prozent der ambulanten Pflegedienste haben die Prüferinnen bzw. Prüfer sogar mehr als zehn Auffälligkeiten festgestellt.

Einrichtungsbezogene Struktur und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Insgesamt zeigt sich bei der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität ein Trend in Richtung vollständiger Erfüllung der Prüfkriterien. Daher werden nachfolgend vor allem die Ergebnisse von Kriterien aufgeführt, bei denen es bei einem relevanten Anteil der Einrichtungen noch nicht gelungen ist, die entsprechenden strukturellen Anforderungen zu erfüllen oder weil sie z. B. vor dem Hintergrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 derzeit von besonderem Interesse sind. Für den Berichtszeitraum 2019 liegen aufgrund der geänderten Fassung der Prüfgrundlagen für die strukturbezogenen Kriterien zur speziellen Krankenbeobachtung keine Vergleichsdaten zu 2016 vor.

Mit der Frage: „Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?“ wird durch die Prüfenden eruiert, ob alle innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen zur Hygiene den Mitarbeitenden bekannt sind und mindestens Angaben enthalten über die Händedesinfektion, das Tragen von Schutzkleidung, den Umgang mit Schmutzwäsche sowie die Hygiene im Umgang mit Pflegehilfsmitteln und der Aufbereitung von Geräten. Bei der Überprüfung, ob im Rahmen des Hygienemanagements alle erforderlichen Desinfektionsmittel vorhanden sind, erfüllten mit 97,9 Prozent (2016: 97,4 Prozent) etwas mehr Pflegedienste das Kriterium. Bei den meisten Kriterien zum Hygienemanagement sind im Vergleich zum Bericht 2016 jedoch leichte Verschlechterungen zu verzeichnen.

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegediensten (13.519) wird mit dem Kriterium: „Setzt der ambulante Pflegedienst die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?“ eruiert, ob aus Dokumenten des internen Qualitätsmanagements erkennbar ist, dass die Implementierung des jeweiligen Expertenstandards entsprechend den Empfehlungen des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) erfolgt ist. In die Prüfung wurden exemplarisch zwei Expertenstandards einbezogen. Die Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden Expertenstandards erfolgte nach dem Zufallsprinzip. Am häufigsten ist der Expertenstandard „Sturzprophylaxe“ mit 40,1 Prozent (5.427) gezogen und mit 82,0 Prozent durch die Pflegedienste umgesetzt worden. Der Expertenstandard „Ernährungsmanagement“ wurde mit 18,0 Prozent (2.429) am seltensten gezogen und zu 73,2 Prozent durch die Pflegedienste angewendet.³ Bzgl. der Umsetzung der Expertenstandards zeigt sich zusammenfassend, dass bei bis zu 24,9 Prozent der ambulanten Pflegedienste keine ausreichende Implementierung erfolgte.

³ Ein Vergleich zum Berichtszeitraum 2016 ist aufgrund von inhaltlichen Änderungen des Prüfkriteriums in der QPR Ambulante Pflege in der Fassung vom 27. September 2017 nicht möglich.

Im Rahmen der Qualitätsprüfung der 1.197 ambulanten Pflegedienste, die mindestens eine Person mit spezieller Krankenbeobachtung versorgen, ist die Qualifikation der für die spezielle Krankenbeobachtung verantwortlichen Pflegefachkraft bewertet worden. 80,5 Prozent (964) dieser geprüften Pflegedienste versorgten Personen ab 18 Jahren. In 99,6 Prozent dieser Pflegedienste verfügten diese Mitarbeiter über eine Qualifikation als Pflegefachkraft. Zudem war bei 38,5 Prozent (461) der geprüften Pflegedienste, die Personen unter 18 Jahren versorgten, die Frage nach der Qualifikation der für die spezielle Krankenbeobachtung verantwortlichen Pflegefachkraft relevant. In 92,6 Prozent dieser Pflegedienste verfügten diese pflegerischen Leitungen entweder über eine Qualifikation als Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger. Nur in 68,5 Prozent (820) der geprüften Pflegedienste verfügten die für die spezielle Krankenbeobachtung verantwortlichen Pflegefachkräfte über eine Zusatzqualifikation als Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut mit pflegerischer Ausbildung oder als Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege oder über Berufserfahrung im Umfang von drei Jahren im Beatmungsbereich einschließlich einer strukturierten Fortbildung im Umfang von mindestens 200 Stunden.

Im Rahmen der Qualitätsprüfung der 1.197 ambulanten Pflegedienste, die mindestens eine Person mit spezieller Krankenbeobachtung versorgen, ist die Qualifikation der Pflegefachkräfte überprüft worden, die selbstständig und eigenverantwortlich beatmungs- bzw. intensiv-spezifische Aufgaben im Zusammenhang mit der speziellen Krankenbeobachtung durchführen. In nur 82,0 Prozent (982) dieser Pflegedienste verfügten diese Mitarbeiter über eine Qualifikation als Pflegefachkraft. In 79,9 Prozent (956) der geprüften Pflegedienste war die selbstständige und eigenverantwortliche Versorgung von beatmeten Personen im Rahmen der speziellen Krankenbeobachtung durch eine Pflegefachkraft relevant. Nur in 53,6 Prozent dieser Pflegedienste verfügten die Pflegefachkräfte über eine Zusatzqualifikation als Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut mit pflegerischer Ausbildung, als Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege, eine strukturierte Fortbildung im Umfang von mindestens 120 Stunden oder über eine einjährige Berufserfahrung im Beatmungsbereich.

In den geprüften 1.197 ambulanten Pflegediensten, die mindestens eine Person mit spezieller Krankenbeobachtung versorgen, musste sichergestellt sein, dass eine pflegefachliche Begleitung der Mitarbeiter bei Übernahme einer versorgten Person mit spezieller Krankenbeobachtung geregelt ist und diese Regelung nachvollziehbar umgesetzt wird. Mit 52,2 Prozent hielten etwas mehr als die Hälfte der Pflegedienste im Jahr 2019 schriftliche Verfahren vor. Das Kriterium war zu bewerten, wenn in den letzten 12 Monaten die Versorgung von Personen mit spezieller Krankenbeobachtung aufgenommen worden ist. Dies trifft auf 73,4 Prozent (878) der ambulanten Pflegedienste zu. 49,0 Prozent dieser Pflegedienste setzten die Regelungen zur pflegefachlichen Begleitung bei den aufgenommenen bzw. übernommenen versorgten Personen um. Zugleich erfüllten 51,0 Prozent der geprüften Pflegedienste dieses Kriterium nicht. Es besteht somit erheblicher Nachbesserungsbedarf.

Beschwerden über die Qualität von Pflegeeinrichtungen

Bezogen auf die den Prüfdiensten bekannten Beschwerden sind meistens die Prüfdienste der erste Adressat für Beschwerden über die Qualität in der Pflege. Insgesamt ist die Anzahl der gemeldeten Beschwerden von 2016 (3.003) zu 2019 (2.556) um 14,9 Prozent zurückgegangen. Hierbei hat eine Verschiebung der eingehenden Beschwerden von der stationären zur ambulanten Pflege stattgefunden. Gründe hierfür können im Bereich veränderter Versorgungsstrukturen und des Leistungsrechts im ambulanten Bereich liegen. Die häufigsten Beschwerdegründe beziehen sich im Wesentlichen weiterhin auf körperbezogene Pflegemaßnahmen (Hilfe bei Körperpflege, Ernährung, Mobilität, An- und Ausziehen, Ausscheidungen), gefolgt von Beschwerden über den Personaleinsatz oder die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Insgesamt bestätigten sich in den meisten Fällen die Beschwerdegründe. In einigen Fällen konnten Anlassgründe entkräftet werden bzw. haben sich nicht bestätigt. Die Anzahl der Beschwerden und auch die Beschwerdegründe selbst zeigen, dass die Anlassprüfungen ein wichtiges Instrument sind, um das Wohlergehen der Nutzer von Pflegeeinrichtungen zu schützen und um da, wo erforderlich, einen deutlichen Impuls zur Qualitätsverbesserung zu geben.

1.1 Vorbemerkung

Mit Einführung des SGB XI wurde den MDK die Aufgabe übertragen, im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen durchzuführen. Die externe Qualitätssicherung ist Kernaufgabe der MDK. Seit 2011 finden diese Prüfungen in Form von Regelprüfungen jährlich statt.

Seit 2009 wird ein Teil der Prüfergebnisse in Form von Noten auf der Grundlage von zwischen GKV-Spitzenverband, Leistungserbringerverbänden, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände vereinbarten Transparenzvereinbarungen in einem Transparenzbericht ausgewiesen und im Internet veröffentlicht. Die zugrundeliegende Notensystematik der Transparenzberichte wird in diesem Bericht nicht aufgegriffen. Die Transparenzvereinbarung wurde in die Prüfgrundlagen (Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI – QPR) integriert, wodurch der Prüfumfang über die Transparenzvereinbarung hinausgeht. Die Grundlage der nachfolgend aufgeführten Bewertungen sind die Erfüllungsgrade einzelner in den QPR aufgeführten Prüfkriterien, die in Prozentwerten ausgewiesen und kommentiert werden.

In diesem Bericht werden zusätzlich die ersten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen auf Grundlage der neuen QPR Vollstationäre Pflege für den Zeitraum 1. November 2019 bis März 2020 vorgestellt. Die Ergebnisdarstellung erfolgt anhand der für die Qualitätsprüfung vorgegebenen Bewertungssystematik. In der Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI wurde von den Vertragspartnern darüber hinaus eine Bewertungssystematik zur öffentlichen Qualitätsdarstellung der Prüfergebnisse auf Einrichtungsebene vereinbart. In diesem Bericht werden die Ergebnisse nicht anhand dieser Systematik dargestellt.

Entsprechend dem Versichertenanteil in der sozialen Pflegeversicherung werden 90 Prozent der jährlich anfallenden Qualitätsprüfungen vom MDK und 10 Prozent der Prüfungen durch den PKV-Prüfdienst durchgeführt. Die Daten des PKV-Prüfdienstes wurden in diesem Bericht miteinbezogen.

Für die MDK und den PKV-Prüfdienst besteht nach § 114a Abs. 6 SGB XI eine gesetzliche Verpflichtung, dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) im Abstand von jeweils drei Jahren über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach dem SGB XI, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu berichten. Der MDS führt diese Berichte und seine eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu einem Bericht zusammen und legt diesen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den zuständigen Landesministerien vor.

Dem dreijährigen Berichtszeitraum entsprechend wird dieser Bericht nun zum sechsten Mal erstellt. Er bietet einen systematischen und umfassenden Überblick über den in den Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI ermittelten Stand der Pflegequalität in Deutschland. Die Pflegequalität umfasst in diesem Sinne die von den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen erbrachte Qualität bei der Durchführung von körperbezogenen Pflegemaßnahmen einschließlich der medizinischen Behandlungspflege, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Auf eine differenzierte Ergebnisdarstellung zu einrich-

tungsbezogenen Kriterien (Strukturqualität) wird verzichtet. Die Ergebnisdarstellung konzentriert sich auf relevante Kriterien der Versorgungsqualität bei den versorgten Personen (personenbezogene Prozess- und Ergebnisqualität). Zudem werden zum ersten Mal in einem Qualitätsbericht nach § 114a Abs. 6 SGB XI die Ergebnisse zur Abrechnungsprüfung in der ambulanten Pflege auf der Grundlage aller in einem Jahr geprüften ambulanten Pflegedienste dargestellt. Die vollständigen Ergebnisse aller Prüfkriterien sind dem Tabellenanhang zu entnehmen.

Dem MDS liegen Daten aus Qualitätsprüfungen der Jahre 2016 bis 2019 vor. Um die Pflegequalität differenzierter und somit aussagekräftiger darzustellen und kontinuierliche Veränderungen bei den Prüfergebnissen auszusparen, wird auf eine kumulierte Auswertung der drei Erhebungsjahre verzichtet. Für die aktuelle Berichtserstattung zur Qualitätsentwicklung werden die Daten aus Qualitätsprüfungen der MDK und des PKV-Prüfdienstes im Zeitraum vom 1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2019 auf der Grundlage der QPR Teil 1 Ambulante Pflege und im Zeitraum vom 1. Januar 2019 bis 31. Oktober 2019 auf Grundlage der QPR Teil 2 Stationäre Pflege (von September 2017) zu Grunde gelegt. Diese Daten werden verglichen mit den Ergebnissen des fünften Pflege-Qualitätsberichtes, in dem Daten aus dem Erhebungszeitraum 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2016 einbezogen worden sind. Dabei sind insbesondere die folgenden Besonderheiten zu beachten:

- Im Erhebungszeitraum 2016 galten die QPR Stationäre Pflege aus dem Jahr 2014. Im Erhebungszeitraum 2019 galten bis 31. Oktober die QPR Teil 2 Stationäre Pflege aus dem Jahr 2017. Diese beiden QPR-Versionen weisen auf Grund des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II) lediglich einige redaktionelle Änderungen hinsichtlich der Prüfkriterien und Änderungen auf Grund der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade für die stationäre Pflege auf. Ein Vergleich der Ergebnisse aus 2016 mit denen aus 2019 ist weitgehend möglich.
- Mit dem PSG II wurde die Qualitätssicherung im Rahmen der Pflegeversicherung 2019 neu geordnet. Das neue System zur Qualitätsprüfung und -darstellung für die vollstationäre Pflege sieht u. a. die Erhebung von Indikatorendaten durch die Pflegeeinrichtungen sowie eine Qualitätsprüfung durch den MDK bzw. PKV-Prüfdienst vor. In die Qualitätsprüfungen werden die Indikatoren einbezogen, die Qualitätsprüfungen gehen darüber hinaus auf wichtige versorgungsrelevante Themen hinsichtlich einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Pflege und Betreuung ein. Seit dem 1. November 2019 sind die neuen QPR Vollstationäre Pflege in Kraft und lösten die bis dahin geltenden QPR Teil 2 Stationäre Pflege aus dem Jahr 2017 ab. Ein Vergleich mit Daten aus 2016 ist auf Grund der neuen stationären Prüfsystematik nicht möglich.
- Im ambulanten Bereich gab es aufgrund von Änderungen der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) ab 1. Januar 2017 eine Umstellung des Stichprobenverfahrens. Durch das PSG II wurde das Stichprobenverfahren von Pflegestufen auf Pflegegrade umgestellt. Es werden aktuell unabhängig von der Größe der Pflegeeinrichtung nach einem Zufallsprinzip acht Personen stratifiziert nach Pflegegraden in die Prüfung einbezogen. Zudem wurde im PSG III geregelt, dass auch Personen in die Regelprüfung einbezogen werden können, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V und keine Leistungen nach § 36 SGB XI in Anspruch nehmen.

Mit dem PSG III wurde die Möglichkeit geschaffen, nach § 275b SGB V Regelprüfungen bei Leistungserbringern durchzuführen, die ausschließlich einen Versorgungsvertrag nach dem SGB V haben. Dabei handelt es sich in der Regel um Leistungserbringer, die sich auf die Versorgung von Personen mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege spezialisiert haben. Für die Qualitätsprüfungen dieser spezialisierten Leistungserbringer wurde 2018 gesonderte Prüfricht-

linien nach § 282 i. V. m. § 275b SGB V erstellt. Die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Krankenkassen haben dem MDK im Berichtszeitraum 2019 jedoch nur wenige Prüfaufträge auf der Grundlage des § 275b SGB V erteilt. Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt aus methodischen Gründen keine Berichterstattung über die Qualität dieser Leistungserbringer. Die gleichen Prüfkriterien haben jedoch auch Eingang in die QPR Teil 1 Ambulante Pflege gefunden. Damit ist gewährleistet, dass unabhängig davon, ob Leistungserbringer ausschließlich einen Vertrag nach § 132a SGB V oder auch einen Vertrag nach § 72 SGB XI haben, die Qualität der Versorgung von Personen mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege geprüft werden kann. Über die Ergebnisse zu diesen Prüfkriterien wird in diesem Bericht gesondert berichtet.

1.2 Prüfrechte und Prüfablauf

Die Prüfungen der MDK sowie des PKV-Prüfdienstes fußen auf den in Kapitel 11 „Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen“ festgelegten Regelungen des SGB XI. Maßgeblich sind die §§ 114 ff. SGB XI. Nach § 114 SGB XI sind die Qualitätsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchzuführen, dabei werden drei Prüffarten (Regelprüfung, Anlassprüfung, Wiederholungsprüfung) unterschieden.

In erster Linie sind jährlich Regelprüfungen durchzuführen. Dabei ist zu prüfen, ob die Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI sowie die auf dieser Grundlage vereinbarten vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. Im Vordergrund stehen dabei der Pflegezustand und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Darüber hinaus werden die Prozessqualität und relevante Aspekte der Strukturqualität mit einbezogen. Die Prüfung umfasst in der stationären Pflege die allgemeinen Pflegeleistungen, die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung sowie die Unterkunft und Verpflegung. In der ambulanten Pflege ist neben den Leistungen nach dem SGB XI die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V mit in die Prüfung einzubeziehen. In der ambulanten Pflege erstreckt sich die Prüfung seit dem 15.10.2016 auch auf die Abrechnung der erbrachten Leistungen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen. Zudem ist zu prüfen, ob bei der Versorgung der versorgten Personen die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) beachtet werden.

Die Landesverbände der Pflegekassen können darüber hinaus die MDK oder den PKV-Prüfdienst mit Anlassprüfungen beauftragen, wenn Beschwerden über einen ambulanten Pflegedienst oder eine stationäre Pflegeeinrichtung vorliegen, welche auf Mängel in der Versorgungsqualität oder im ambulanten Bereich auch auf Auffälligkeiten in der Abrechnung hinweisen und die im Rahmen von Qualitätsprüfungen überprüft werden können (siehe auch Kapitel 5 Beschwerden über die Qualität von Pflegeeinrichtungen).

Werden in einer Regel- oder Anlassprüfung Qualitätsmängel festgestellt, können die Landesverbände der Pflegekassen den Auftrag für eine Wiederholungsprüfung erteilen. Ziel einer Wiederholungsprüfung ist es festzustellen, ob die zuvor festgestellten Mängel behoben wurden.

Auf der Grundlage des § 117 SGB XI arbeiten die MDK bzw. der PKV-Prüfdienst mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden eng zusammen. Die Zusammenarbeit zeichnet sich durch einen intensiven Informationsaustausch, Terminabsprachen und gemeinsame Prüfungen aus. MDK und PKV-Prüfdienst haben mit den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) eine bundesweit einheitliche Prüfgrundlage. Die Prüfungen nach heimaufsichtsrechtlichen Vorschriften basieren hingegen auf landesspezifischen gesetzlichen Regelungen. Die

Prüfberichte des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes werden nach § 115 SGB XI den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden übermittelt. Es findet auch ein gegenseitiger Austausch über Beschwerden zur Qualität der Pflege statt.

Die Qualitätsprüfungen der MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes führen in der Regel Prüfteams bestehend aus zwei Pflegefachkräften durch. Wenn sich aus dem Prüfauftrag ergibt, dass die zu prüfende Pflegeeinrichtung Personen mit verordneter spezieller Krankenbeobachtung, beatmungspflichtige Personen oder Personen im Wachkoma versorgt, setzen die Prüfdienste besonders qualifizierte Prüferinnen und Prüfer ein. In der Regel dauern die Prüfungen zwei Tage. In der ambulanten Pflege werden seit 2014 Regelprüfungen am Tag zuvor angekündigt. Bis zur Einführung des neuen Prüfverfahrens in der stationären Pflege fanden die Regelprüfungen grundsätzlich unangekündigt statt. Seit der Einführung des neuen Prüfverfahrens am 1. November 2019 werden diese Prüfungen am Tag zuvor angekündigt. Anlassprüfungen in der ambulanten und stationären Pflege finden grundsätzlich unangekündigt statt (§ 114a Abs. 1 SGB XI).

In einem Einführungsgespräch werden zu Beginn jeder Prüfung den Vertretern der Einrichtung die Art der Prüfung, bei Anlassprüfungen der Anlass, der Ablauf und die Inhalte der Prüfung erläutert. Daran anschließend bewerten die Prüfenden die Qualität der Pflegeeinrichtung anhand des Prüfkataloges gemäß der jeweils geltenden QPR einschließlich der Transparenzkriterien. Zur Einschätzung der Prozess- und Ergebnisqualität wird bei den per Zufallsstichprobe ausgewählten versorgten Personen die Versorgungsqualität überprüft.

Im stationären Bereich wurde 2016 unabhängig von der Größe der Einrichtung jeweils eine Zufallsstichprobe von je drei versorgten Personen der Pflegestufen eins bis drei in die Prüfung einbezogen. 2019 blieb es bei einer Zufallsstichprobe von neun versorgten Personen zum Einbezug in die Prüfung. Jedoch änderte sich die Verteilung hinsichtlich der Pflegegrade: Es werden insgesamt zwei versorgte Personen aus den Pflegegraden 1 und 2, zwei versorgte Personen aus Pflegegrad 3, drei versorgte Personen aus Pflegegrad 4 und zwei versorgte Personen aus Pflegegrad 5 in die Prüfung einbezogen.

Im ambulanten Bereich wurde 2016 abhängig von der Größe des Pflegedienstes eine Stichprobe von mindestens fünf und maximal 15 versorgten Personen einbezogen. 2019 wurde eine Stichprobe von acht versorgten Personen auf Basis der Verteilung der Pflegegrade hinsichtlich drei versorgten Personen aus Pflegegrad 2, drei versorgten Personen aus Pflegegrad 3 und zwei versorgten Personen zusammen aus den Pflegegraden 4 und 5 gezogen. In die Stichprobe sind zudem Personen einzubeziehen, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V in Anspruch nehmen. Sofern nicht bei mindestens einer der nach Pflegegraden ausgewählten versorgten Person mindestens eine Leistung der aufwändigen Behandlungspflege nach § 37 SGB V erbracht wird, ist zusätzlich eine weitere Person in die Prüfung einzubeziehen, bei der der ambulante Pflegedienst Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erbringt, prioritär die spezielle Krankenbeobachtung.

Die Einbeziehung von versorgten Personen kann nur mit deren Einverständnis erfolgen. Bei den einbezogenen Personen werden der Pflegezustand mittels Inaugenscheinnahme⁴ erhoben, Beobachtungen z. B. zur Hilfsmittelausstattung durchgeführt und der Pflegeprozess analysiert. Ebenso werden Gespräche mit den versorgten Personen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geführt sowie in stationären Pflegeeinrichtungen die Interessenvertreter der Bewoh-

⁴ Die Inaugenscheinnahme der versorgten Person umfasst z. B. die Beurteilung des Allgemeinzustandes, des Ernährungsstatus, des Hautzustandes, der Versorgung mit Sonden, Kathetern, Hilfsmitteln, Bewegungsfähigkeit.

ner über die Durchführung der Prüfung in Kenntnis gesetzt. In einem weiteren Teil der Prüfung werden auf Einrichtungsebene Aspekte der Struktur- und Prozessqualität bewertet.

Im Rahmen des beratungsorientierten Prüfansatzes bietet das Prüftteam schon während der Qualitätsprüfung bei festgestellten Qualitätsmängeln Lösungsmöglichkeiten in Form einer Impulsberatung an. Zudem werden, sofern erforderlich, unter Berücksichtigung der Ist-Situation Empfehlungen über notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung gegeben.

An die Qualitätsprüfung schließen sich zwei getrennte, aber parallel verlaufende Verfahren an, erstens die Erstellung des Prüfberichtes nach § 115 Abs. 1 SGB XI und zweitens die Weiterleitung der Daten für die Veröffentlichung des Transparenzberichtes nach § 115 Abs. 1a SGB XI. Im Rahmen des erstgenannten Verfahrens erstellen die MDK bzw. der PKV-Prüfdienst einen Prüfbericht und senden diesen an die gesetzlich vorgesehenen Adressaten, u. a. die Pflegeeinrichtung und die Landesverbände der Pflegekassen, bei stationären Pflegeeinrichtungen auch an die nach Heimrecht zuständigen Aufsichtsbehörden. Der Prüfbericht enthält auch Empfehlungen zur Beseitigung von festgestellten Qualitätsmängeln. Die Pflegeeinrichtung kann zu dem Prüfbericht Stellung nehmen. Auf Basis des Prüfberichtes und der Stellungnahme der Pflegeeinrichtung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen einen Bescheid mit Maßnahmen zur Beseitigung festgestellter Qualitätsmängel. Gegebenenfalls werden die MDK bzw. der PKV-Prüfdienst nach Ablauf der Frist beauftragt, im Rahmen einer Wiederholungsprüfung zu prüfen, ob die Qualitätsmängel abgestellt worden sind. Werden Mängel nicht beseitigt, stehen den Landesverbänden der Pflegekassen verschiedene Maßnahmen zur Verfügung. Sie können z. B. die Vergütung kürzen⁵ oder die Pflegedienstleitung zu Fortbildungsmaßnahmen verpflichten. In schwerwiegenden Fällen kann auch der Versorgungsvertrag mit der Pflegeeinrichtung gekündigt werden, ggf. auch fristlos. Zur Vermeidung einer Kündigung des Versorgungsvertrages können die Landesverbände der Pflegekassen auch die Pflege, Versorgung und Betreuung weiterer Personen bis zur Beseitigung der Kündigungsgründe ganz oder teilweise ausschließen.

Für die Veröffentlichung der Ergebnisse zu den Transparenzkriterien senden die MDK bzw. der PKV-Prüfdienst diese an die Datenclearingstelle (DCS), die stellvertretend für die Landesverbände der Pflegekassen die Pflegeeinrichtung über die Bereitstellung eines (vorläufigen) Transparenzberichtes informiert. Die Pflegeeinrichtungen haben dann die Gelegenheit, strittige Fragen innerhalb von 28 Tagen mit den Landesverbänden der Pflegekassen zu klären. Nach Ablauf der Frist werden die Ergebnisse von den Landesverbänden der Pflegekassen im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht.

Das neue Prüfverfahren in der vollstationären Pflege wird in Kapitel 3 „Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege nach dem ab dem 1. November 2019 geltenden QPR“ beschrieben.

⁵ Nach § 115 Abs. 3 und Abs. 3a SGB XI gilt: Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag ganz oder teilweise nicht ein, sind die vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend zu kürzen. Eine Verletzung der Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung wird unwiderlegbar vermutet bei einem planmäßigen und zielgerichteten Verstoß des Trägers der Einrichtung gegen seine Verpflichtung zur Einhaltung der nach § 84 Abs. 5 Satz 2 Nummer 2 SGB XI vereinbarten Personalausstattung oder bei nicht nur vorübergehenden Unterschreitungen der nach § 84 Abs. 5 Satz 2 Nummer 2 SGB XI vereinbarten Personalausstattung.

1.3 Profession und Qualifikation der Prüferinnen und Prüfer

Die MDK führen 90 Prozent der jährlich erforderlichen Qualitätsprüfungen durch. Die MDK beschäftigten für diesen Aufgabenbereich zum Stichtag 31.12.2019 804 Mitarbeitende (709,5 Vollzeitstellen). Der PKV-Prüfdienst deckt zehn Prozent der Qualitätsprüfungen ab und beschäftigte zum Stichtag 144 Mitarbeitende (139,5 Vollzeitstellen). Insgesamt werden 948 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (849,0 Vollzeitstellen) bei Qualitätsprüfungen eingesetzt. Basis für die Berechnung der Vollzeitstellen ist eine wöchentliche Arbeitszeit von 38,5 Stunden⁶.

Der überwiegende Teil der Mitarbeitenden der MDK und des PKV-Prüfdienst, die bei Qualitätsprüfungen eingesetzt werden, sind Pflegefachkräfte nach dem SGB XI (98,7 Prozent). Nur zu einem geringen Teil (1,3 Prozent) werden Ärztinnen und Ärzte sowie sonstige Mitarbeitende in der externen Qualitätssicherung eingesetzt.

Die Tätigkeit in der externen Qualitätssicherung verlangt von den Prüfenden über die pflegefachliche Kompetenz hinaus Führungskompetenz und Kenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung. Dementsprechend verfügten 72,4 Prozent der Prüfenden über eine Auditoren- oder gleichwertige Qualifikation. Damit wird den in den QPR festgelegten Anforderungen Rechnung getragen. 30,5 Prozent der Prüfenden haben einen pflegeorientierten oder einen anderen Studiengang absolviert. Eine leistungsbezogene Weiterbildung haben 53 Prozent der Prüfenden durchlaufen. Eine Fachweiterbildung in Anästhesie und Intensivpflege haben 9 Prozent und eine andere fachbezogene Weiterbildung 33,6 Prozent durchlaufen.

Tabelle 1:
Mitarbeitende nach Zusatzqualifikation
(beschäftigte Mitarbeitende: 948)

von den beschäftigten Mitarbeitenden verfügen über	in Prozent*
einen Abschluss in einem pflegeorientierten Studiengang	25,4
einen Abschluss in einem anderen Studiengang	5,1
eine Auditoren-Qualifikation nach QPR	72,4
eine leistungsbezogene Weiterbildung	53,0
eine Fachweiterbildung in Anästhesie- und Intensivpflege	9,0
eine fachbezogene Weiterbildung	33,6

*Mehrfachnennungen möglich

Der MDS auf Bundesebene wie auch die MDK bieten umfangreiche Qualifizierungsmaßnahmen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der MDK an, die mit den Qualitätsprüfungen betraut sind. Bei diesen Angeboten werden die Grundlagen des Qualitätsmanagements, die QPR, die Transparenz- bzw. Qualitätsdarstellungsvereinbarungen sowie die MDK-Prüfgrundlagen vermittelt. Die Fortbildungen beinhalten auch die Vermittlung von Fachwissen z. B. zu demenziellen Erkrankungen und relevanten gerontologischen Aspekten sowie die Kommunikation mit Men-

⁶ Beim PKV-Prüfdienst ist eine wöchentliche Arbeitszeit von 40 Stunden vorgesehen. Bei den 144 Mitarbeitenden handelt es sich um 139,5 Vollzeitstellen auf Basis einer wöchentlichen Arbeitszeit von 38,5 Stunden.

schen mit Demenz. Neben den Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sind weitere Fachthemen, wie z. B. die außerklinische Intensivpflege, Gegenstand der Fortbildungsangebote. Das Fortbildungsangebot umfasst darüber hinaus die Vermittlung von Kompetenzen z. B. zur Kommunikation und Konfliktlösung. Das Qualifizierungsangebot umfasst außerdem eine TQM-Auditorenqualifikation. Auch der PKV-Prüfdienst bietet seinen Mitarbeitenden entsprechende Angebote an.

1.4 Pflegeinfrastruktur

Bevor über die Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen der MDK sowie des PKV-Prüfdienstes berichtet wird, sollen zunächst wesentliche Kennzahlen zur Pflegeinfrastruktur in Deutschland dargestellt werden, auf die sich die Prüfergebnisse beziehen. Zur Beschreibung der Pflegeinfrastruktur in Deutschland werden die Angaben aus der Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes für das Jahr 2019 herangezogen. Beim 5. Pflegequalitätsbericht wurde hinsichtlich der Pflegeinfrastruktur auf die Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes für 2015 zurückgegriffen. Zwischen 2015 und 2019 hat die Anzahl der Pflegebedürftigen von 2.860.293 auf 4.127.605 (Statistisches Bundesamt 2017, 2020a) deutlich um 30,7 Prozent (1.267.312) zugenommen. Diese Zunahme ist u.a. unter dem Lichte der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 zu betrachten.

1.4.1 Stationäre Pflege

Im Jahr 2019 gab es nach Angaben der Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes 15.380 zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen. Die Mehrzahl dieser Einrichtungen war 2019 in freigemeinnütziger Trägerschaft (52,8 Prozent). Private Träger machten einen Anteil von 42,7 Prozent aus, der Anteil öffentlicher Träger lag bei 4,5 Prozent (Statistisches Bundesamt 2020b). Zum Stichtag 15.12.2019 wurden insgesamt 794.917 Bewohner mit einer Pflegestufe in Einrichtungen der vollstationären Pflege betreut. Im Mittel betreute eine stationäre Pflegeeinrichtung 62 Personen. Die privaten Träger betreiben mit durchschnittlich 58 versorgten Personen je Einrichtung durchschnittlich kleinere stationäre Pflegeeinrichtungen als freigemeinnützige Träger (durchschnittlich 65 versorgte Personen je Einrichtung) und öffentliche Träger (durchschnittlich 76 versorgte Personen je Einrichtung) (Statistisches Bundesamt 2020a).

1.4.2 Ambulante Pflege

Im Jahr 2019 gab es nach Angaben der Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes 14.688 zugelassene ambulante Pflegedienste⁷. Die Mehrzahl dieser Pflegedienste befand sich im Jahr 2019 in privater Trägerschaft (66,5 Prozent). Der Anteil der freigemeinnützigen Träger lag bei 32,1 Prozent. In öffentlicher Trägerschaft befanden sich 1,3 Prozent der zugelassenen ambulanten Pflegedienste (Statistisches Bundesamt 2020c). Im Jahr 2019 haben alle zugelassenen ambulanten Pflegedienste 982.604 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung betreut. Dabei wurden durchschnittlich 67 Personen je ambulanten Pflegedienst versorgt, wobei die Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft deutlich mehr Personen

⁷ Während ambulante Pflegedienste bereits vor dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) aus Mai 2019 Betreuungsleistungen erbringen konnten, können seit dem TSVG auch ambulante Betreuungsdienste nach § 71 Abs. 1a SGB XI zugelassen werden. Diese dürfen nur pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen, jedoch keine körperbezogenen Pflegemaßnahmen nach § 36 SGB XI. In die Pflegestatistik für 2019 sind jedoch lediglich 24 reine ambulante Betreuungsdienste eingeflossen (Statistisches Bundesamt 2020a). Im Rahmen des 6. Pflegequalitätsberichtes wird daher auf eine differenzierte Darstellung von Pflege- und Betreuungsdiensten verzichtet.

versorgt haben (96) als die privaten Pflegedienste (53). Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft versorgten im Schnitt 76 Personen (Statistisches Bundesamt 2020a). Die Anzahl der durchschnittlich versorgten Personen je Pflegedienst ist im Vergleich zu 2017 insgesamt gestiegen. Dies ist auf eine höhere Gesamtzahl an versorgten Personen im Jahr 2019 bzw. eine höhere Anzahl an Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern der sozialen Pflegeversicherung zurückzuführen.

Die Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen lag 2019 bei 15.380 und die der ambulanten Pflegedienste bei 14.688. Während 2015 noch mehr Personen durch Heime versorgt wurden als durch ambulante Pflegedienste, wurden 2019 mehr Personen durch ambulante Pflegedienste (ca. 983.000) als durch Heime (ca. 795.000) versorgt (Statistisches Bundesamt 2017, 2020a).

1.5 Datengrundlage

Die für diesen Bericht vorliegenden Daten wurden auf der Grundlage der seit dem 27.09.2017 gültigen QPR Teil 1 Ambulante Pflege und Teil 2 Stationäre Pflege nach den §§ 114 ff. SGB XI erhoben und beziehen sich auf die Mindestprüfkriterien einschließlich der Transparenzkriterien. Am 01.11.2019 lösten die neuen QPR Vollstationäre Pflege nach den §§ 114 ff. SGB XI die bis dahin gültigen QPR Teil 2 Stationäre Pflege ab. Für die Ergebnisdarstellung der Prüfergebnisse nach den neuen Prüfgrundlagen für die stationäre Pflege wurden Daten aus dem Zeitraum November 2019 bis März 2020 ausgewertet. Die Daten wurden von den MDK und vom PKV-Prüfdienst auf der Grundlage der Statistik-Richtlinien (StRi) nach § 53a SGB XI dem MDS in anonymisierter Form zur Auswertung zur Verfügung gestellt.

Nach der Anhörungsfrist, die den Einrichtungen nach der Qualitätsprüfung zugesprochen wird, können die Daten statistisch weiterverarbeitet werden. Laut Statistik-Richtlinien ist die Lieferfrist für die Prüfdaten des vorangegangenen Jahres an den MDS auf Mitte Februar festgelegt. Da zu diesem Zeitpunkt aufgrund des beschriebenen Verfahrens noch nicht alle Prüfberichte aus dem Vorjahr freigegeben worden sind, kann ein Teil der Datensätze aus Qualitätsprüfungen, die gegen Ende des Jahres erfolgt sind, nicht an den MDS geliefert werden. Eine Nachlieferung bei der folgenden Jahreslieferung ist nicht vorgesehen.

Für den Zeitraum vom 01.01.2019 bis 31.10.2019 liegen dem MDS Daten aus 12.702 Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen nach dem für diesen Zeitraum gültigen stationären Prüfverfahren vor. Nach diesem Prüfverfahren wurde bei 94.899 Personen die Versorgungsqualität geprüft. Im Durchschnitt wurden 7,5 versorgte Personen pro Einrichtung in die Prüfung einbezogen.

Für den Zeitraum vom 01.11.2019 bis März 2020 liegen dem MDS Daten aus 2.126 Regel- und Anlassprüfungen nach dem neuen stationären Prüfverfahren vor. Daten für Wiederholungsprüfungen liegen nicht vor. Nach dem neuen Prüfverfahren wurde bei 18.842 versorgten Personen die Versorgungsqualität geprüft. Im Durchschnitt wurden im neuen Prüfverfahren 8,9 versorgte Personen in die Prüfung einbezogen.

Tabelle 2:
Stationäre Pflege – Anzahl vorliegender Datensätze durchgeführter Qualitätsprüfungen vom 1.1. bis 31.10.2019

durchgeführte Qualitätsprüfungen	12.702
begutachtete Bewohnerinnen und Bewohner	94.899
durchschnittlich begutachtete Bewohnerinnen und Bewohner pro Einrichtung	7,5

Tabelle 3:
Stationäre Pflege – Anzahl vorliegender Datensätze nach neuem gültigen Prüfverfahren vom 1.11.2019 bis März 2020

durchgeführte Qualitätsprüfungen	2.126
begutachtete Bewohnerinnen und Bewohner	18.842
durchschnittlich begutachtete Bewohnerinnen und Bewohner pro Einrichtung	8,9

Für die ambulante Pflege liegen für 2019 Daten aus 13.519 Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen vor. Dabei wurde bei 86.716 versorgten Personen die Versorgungsqualität überprüft. Im Durchschnitt wurden damit im Jahr 2019 6,4 versorgte Personen pro Pflegedienst in die Prüfung einbezogen.

Tabelle 4:
Ambulante Pflege – Anzahl vorliegender Datensätze 2019 im Zeitraum 1.1. bis 31.12.2019

durchgeführte Qualitätsprüfungen	13.519
begutachtete Personen insgesamt	86.716
durchschnittlich begutachtete Personen pro Pflegedienst	6,4

2

QUALITÄTSPRÜFUNGEN UND ERGEBNISSE IN DER STATIONÄREN PFLEGE NACH DEN BIS ZUM 31. OKTOBER 2019 GELTENDEN QPR



Im ersten Teil dieses Kapitels werden die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen in der Zeit vom 1. Januar 2019 bis zum 31. Oktober 2019 auf der Grundlage der Qualitätsprüfungs-Richtlinien-QPR Teil 2 stationäre Pflege vom 6. September 2016 (MDS & GKV-Spitzenverband 2018) dargestellt.

Im November 2019 sind die Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen auf das im Auftrag des Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b Abs. 4 Nr. 1 SGB XI entwickelte Prüfverfahren umgestellt worden. Seit dem finden die Prüfungen in Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege sowie in der Kurzzeitpflege auf der Grundlage der Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege (QPR vollstationär) vom 17. Dezember 2018 (MDS & GKV-Spitzenverband 2019) statt. Für diesen Bericht konnten Daten aus Qualitätsprüfungen, die in der Zeit vom 1. November 2019 bis März 2020 – also in der Anfangsphase der Umsetzung stattgefunden haben, bereitgestellt werden. Diese Daten werden im zweiten Teil dieses Kapitels beschrieben. Bei der Interpretation dieser Daten ist zu berücksichtigen, dass sich sowohl Pflegeeinrichtungen als auch Prüfdienste in der Phase der Einführung des neuen Prüfinstrumentes befanden. Gleichwohl geben diese Daten einen ersten Eindruck über die Qualität anhand des neuen Prüfverfahrens mit neuen bzw. veränderten Prüfthemen und einer neuen Bewertungssystematik.

2.1 Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der stationären Pflege

Von den 12.702 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen, für die für 2019 Daten nach dem bis Ende Oktober 2019 geltenden Prüfverfahren vorliegen, wurden mit 95,1 Prozent die meisten Prüfungen als Regelprüfungen durchgeführt. Anlassprüfungen aufgrund von Beschwerden erfolgten in 3,2 Prozent der Fälle und der Anteil der Wiederholungsprüfungen betrug 1,8 Prozent. Der Anteil der Anlassprüfungen und der Anteil der Wiederholungsprüfungen ist im Vergleich zu 2016 nahezu unverändert.

Tabelle 5:
Stationäre Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfart

	2016	2019
Geprüfte Einrichtungen	13.304	12.702
davon:	in Prozent	in Prozent
Regelprüfungen	95,3	95,1
Anlassprüfungen	3,6	3,2
Wiederholungsprüfungen	1,1	1,8

Es besteht nach § 114 Abs. 4 SGB XI die Möglichkeit, Vertreter anderer Institutionen an der Prüfung zu beteiligen. Die meisten Prüfungen (86,5 Prozent) wurden ohne Beteiligung weiterer Institutionen durchgeführt. Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörden waren an 5,5 Prozent der Prüfungen beteiligt. Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter von Trägerverbänden waren bei 4,7 Prozent der Prüfungen anwesend. Mitarbeitende anderer Institutionen (z. B. Gesundheitsamt) nahmen nur selten an den Prüfungen teil.

Tabelle 6:
Stationäre Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen

Geprüfte Einrichtungen	12.702	
An der Prüfung beteiligte Institutionen*	Anzahl	in Prozent
keine	10.991	86,5
Pflegekasse	58	0,5
Sozialhilfeträger	6	0,0
nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	701	5,5
Gesundheitsamt	44	0,3
Trägerverband	600	4,7
sonstige	445	3,5

*Mehrfachnennungen möglich

Insbesondere die Anzahl der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden (2016: 8,6 Prozent), die an den Prüfungen teilgenommen haben, ist weiterhin rückläufig. Die Gründe hierfür sind vielfältig, z. B. hat man sich in einigen Bundesländern bewusst dazu entschieden, Prüfungen der MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes und der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden zeitlich zu entkoppeln, um insgesamt engmaschigere Prüfungen im Jahresverlauf zu ermöglichen und zeitgleiche Prüfungen zu vermeiden. Zeitgleiche bzw. gemeinsame Prüfungen mehrerer Prüfinstitutionen, etwa des MDK und der Heimaufsicht, binden mehr Personal der Pflegeeinrichtungen während der Prüfung, da die Prüfer beider Institutionen zeitgleich begleitet und unterstützt werden müssen. Dies stellt insbesondere für viele kleinere Pflegeeinrichtungen eine Überforderung dar. Viele Pflegeeinrichtungen begrüßen es daher, wenn die Prüfungen getrennt durchgeführt werden.

2.2 Strukturdaten der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen und der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner

Von den 2019 geprüften Pflegeeinrichtungen befanden sich 42,4 Prozent in privater, 54,0 Prozent in freigemeinnütziger und 3,4 Prozent in öffentlicher Trägerschaft. Damit entspricht die Verteilung der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen differenziert nach Trägerarten der Verteilung der Gesamtheit aller bundesweit zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen, wie sie das Statistische Bundesamt für 2019 ausgewiesen hat (Statistisches Bundesamt 2020b). Von den geprüften stationären Pflegeeinrichtungen verfügte ein Anteil von 10,6 Prozent über eine Zertifizierung, z. B. nach DIN EN ISO 9001:2015. Der Anteil geprüfter zertifizierter Einrichtungen ist damit im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum (2016: 13,2 Prozent) weiterhin rückläufig.

Tabelle 7:
Stationäre Pflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart und Zertifizierung

Geprüfte Einrichtungen	12.702	
Trägerart	Anzahl	in Prozent
privat	5.384	42,4
freigemeinnützig	6.865	54,0
öffentlich	437	3,4
nicht zu ermitteln	16	0,1
zertifizierte Einrichtungen	1.348	10,6

Von den in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern waren 20,8 Prozent zwischen 65 bis unter 80 Jahre, 44,5 Prozent zwischen 80 bis unter 90 Jahre und 28,0 Prozent 90 Jahre und älter. Die übrigen 6,6 Prozent der einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner waren jünger als 65 Jahre.

Das in den stationären QPR vorgesehene Stichprobenverfahren bestimmt, wie viele Bewohnerinnen und Bewohner aus den einzelnen Pflegegraden in die Qualitätsprüfungen einzubeziehen sind. Demnach waren bei den Prüfungen einzubeziehen:

- Insgesamt zwei Bewohnerinnen bzw. Bewohner aus den Pflegegraden 1 und 2
- Zwei Bewohnerinnen bzw. Bewohner aus dem Pflegegrad 3
- Drei Bewohnerinnen bzw. Bewohner aus dem Pflegegrad 4
- Zwei Bewohnerinnen bzw. Bewohner aus dem Pflegegrad 5

Aufgrund der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade im Jahr 2017 ist ein Vergleich des Kriteriums Pflegegrad/Pflegestufe nicht möglich. Den Pflegegrad 1 hatten 0,5 Prozent der einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner, den Pflegegrad 2 hatten 22,5 Prozent, den Pflegegrad 3 24,9 Prozent, den Pflegegrad 4 33,4 Prozent und den Pflegegrad 5 18,7 Prozent. Im Vergleich zu den Angaben des statistischen Bundesamtes für 2019 (Statistisches Bundesamt 2020a) sind damit Personen aus den Pflegegraden eins und drei leicht unter- und Personen aus den Pflegegraden zwei, vier und fünf leicht überrepräsentiert.

2016 wurden bei den in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen Angaben zum Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz erfasst. Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz konnten aufgrund von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen in ihrer Alltagskompetenz auf Dauer erheblich eingeschränkt sein. Sie waren dann in erheblichem Maße auf Betreuung und oft auch auf allgemeine Beaufsichtigung angewiesen. Seit der Umstellung auf den umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriff ab 2017 ist der Begriff der eingeschränkten Alltagskompetenz nicht mehr relevant.

2019 wurde bei in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen daher erfasst, ob demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vorliegen. Diese lagen nach Angaben der Pflegeeinrichtungen bei 54,7 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner vor. Im Jahr 2016 lag der Anteil der „eingeschränkten Alltagskompetenz“ nach Angaben der Pflegeeinrichtungen bei 70,7 Prozent der einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner.

Tabelle 8:
Stationäre Pflege – Einbezogene Bewohnerinnen und Bewohner nach Pflegegrad (in Prozent)

Untersuchte Personen	94.899
Pflegegrad	
Pflegegrad 1	0,5
Pflegegrad 2	22,5
Pflegegrad 3	24,9
Pflegegrad 4	33,4
Pflegegrad 5	18,7
Nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen	54,7

2.3 Ergebnisse in der stationären Pflege

2.3.1 Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der stationären Pflege

Im Zentrum der Qualitätsprüfungen durch die MDK bzw. den PKV-Prüfdienst steht die Überprüfung der Versorgungsqualität bei den Versicherten. Bei den in der Zeit von Januar bis Oktober 2019 (10 Monate) durchgeführten 12.702 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen wurde die Versorgungsqualität bei 94.899 Personen überprüft. Im gesamten Vergleichsjahr 2016 (12 Monate) wurden 13.304 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt und die Versorgungsqualität bei 104.344 Personen geprüft.

2.3.1.1 Behandlungspflege

Die Ergebnisse zu folgenden für die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner besonders relevanten Kriterien zur Behandlungspflege werden in diesem Kapitel dargestellt und kommentiert⁸:

- 10.3/T24 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?
- 10.4/T25 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?
- 10.5/T26 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?
- 10.7/T13 Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?
- 10.9/T15 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?
- 10.15/T5 Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?

Die vollständigen Ergebnisse werden im Tabellenanhang zur Verfügung gestellt.

Zur Behandlungspflege gehört u.a. der Umgang mit Medikamenten. Dabei wird bewertet, ob die Medikamentenversorgung der ärztlichen Anordnung entspricht (Frage 10.3, Transparenzkriterium 24), ob die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung entspricht (Frage 10.4, Transparenzkriterium 25) und ob der Umgang mit Medikamenten sachgerecht ist (Frage 10.5, Transparenzkriterium 26).

Das Kriterium, ob die **Medikamentenversorgung gemäß ärztlicher Anordnung** erfolgte, war für 85,0 Prozent (80.640) der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner relevant (Frage 10.3, Transparenzkriterium 24). Die Medikamentenversorgung entsprach bei 88,6 Prozent (2016: 90,8 Prozent) dieser Bewohnerinnen und Bewohner den ärztlichen Anordnungen, das heißt, die in der Pflegedokumentation dokumentierten Medikamente entsprachen den ärztlichen Anordnungen und anhand der Pflegedokumentation war klar erkennbar, welches Medikament in welcher Form, in welcher Dosierung und zu welcher Tageszeit zu verabreichen ist. Bei 11,4 Prozent dieser Bewohnerinnen und Bewohner entsprach die Dokumentation nicht den ärztlichen Anordnungen, so waren beispielsweise Medikamente oder Dosierungen unkorrekt dokumentiert.

Eine Bedarfsmedikation erhielten 73,7 Prozent (69.936) der in die Prüfung einbezogenen Bewoh-

⁸ Die Nummern vor den Fragen beziehen sich auf die Fragennummern im Erhebungsbogen zur Prüfung laut Anlage zu den QPR bzw. (T) auf die Nummer der Transparenzkriterien.

nerinnen und Bewohner (Frage 10.4, Transparenzkriterium 25). Die Verabreichung von **Bedarfsmedikation** erfolgte bei 94,3 Prozent (2016: 94,4 Prozent) dieser Bewohnerinnen und Bewohner **gemäß der ärztlichen Anordnung** (Frage 10.4, Transparenzkriterium 25). Bei 5,7 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner sind hingegen Fehler im Umgang mit der Bedarfsmedikation festgestellt worden, beispielsweise war der Pflegeeinrichtung die Indikation für die Bedarfsmedikation oder die Tageshöchstdosis nicht bekannt.

Während die Schmerztherapie in den Verantwortungsbereich der behandelnden Ärzte fällt, gehört die **Schmerzerfassung** in den Kompetenzbereich der professionellen Pflege (Frage 10.7, Transparenzkriterium 13). Sie ist die Basis für eine adäquate Schmerztherapie. Bei 37,4 Prozent (35.523) der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner war eine Schmerzerfassung erforderlich (Frage 10.7, Transparenzkriterium 13). Bei 81,2 Prozent (2016: 82,1 Prozent) dieser Bewohnerinnen und Bewohner lag eine systematische Schmerzeinschätzung vor.

Bei 32,5 Prozent (30.842) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner waren **Schmerzmedikamente** ärztlich verordnet (Frage 10.9, Transparenzkriterium 15). 95,2 Prozent (2016: 96,0 Prozent) dieser Bewohnerinnen und Bewohner erhielten die verordneten Schmerzmedikamente, 4,8 Prozent dieser Bewohnerinnen und Bewohner erhielten die verordneten Medikamente nicht wie vorgesehen.

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen wird erfasst, ob bei den in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner eine **chronische Wunde** vorliegt (Mehrfachangaben möglich). Bei 3,8 Prozent (3.650) (2016: 3,9 Prozent) der Bewohnerinnen und Bewohner lag ein Dekubitus vor, bei 0,9 Prozent (884) (2016: 0,9 Prozent) der Bewohnerinnen und Bewohner war ein Ulcus cruris vorhanden, 0,2 Prozent (186) der Bewohnerinnen und Bewohner hatten ein diabetisches Fußsyndrom (2016: 0,2 Prozent), bei 1,5 Prozent (1.403) der Bewohnerinnen und Bewohner wurden sonstige chronische Wunden (z. B. sekundär heilende OP-Wunde) festgestellt (2016: 1,5 Prozent) und 2,3 Prozent (2.180) der Bewohnerinnen und Bewohner hatten eine sonstige nicht chronische Wunde (2016: 2,3 Prozent). 73,0 Prozent (2016: 71,4 Prozent) der Druckgeschwüre sind nach den Angaben der Pflegeeinrichtungen in und 30,2 Prozent (2016: 30,9 Prozent) außerhalb der Einrichtung entstanden, bei 4,2 Prozent (2016: 4,0 Prozent) der Druckgeschwüre war der Entstehungsort nicht eindeutig nachvollziehbar⁹.

Tabelle 9:
Stationäre Pflege – Bewohnerinnen und Bewohner mit chronischen Wunden

	2016	2019
Untersuchte Personen	104.344	94.889
davon*	in Prozent	in Prozent
mit Dekubitus	3,9	3,8
mit Ulcus cruris	0,9	0,9
mit diabetischem Fußsyndrom	0,2	0,2
mit sonstigen chronischen Wunden	1,6	1,5
mit sonstigen nicht chronischen Wunden	2,3	2,3

*Mehrfachnennungen möglich

⁹ Werte über 100 Prozent resultieren aus mehreren Drückgeschwüren bei einigen Bewohnerinnen bzw. Bewohnern.

Bei 5,9 Prozent (5.553) der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner konnte beurteilt werden, ob die **Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunde oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens** erfolgten (Frage 10.15, Transparenzkriterium 5). Dies war bei 73,5 Prozent (2016: 75,6 Prozent) der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner der Fall, hingegen wurden bei 26,5 Prozent dieser Bewohnerinnen und Bewohner beispielsweise erforderliche Maßnahmen zur Druckentlastung nicht durchgeführt oder hygienische Standards wurden bei der Wundversorgung nicht beachtet. Damit zeigt sich bereits zum zweiten Mal in Folge eine Verschlechterung im Vergleich zu den vorangegangenen Berichtszeiträumen (2016: 75,6 Prozent, 2013: 79,0 Prozent).

Tabelle 10:
Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien der Behandlungspflege
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

		2016		2019	
Untersuchte Personen		104.344		94.899	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
10.3/T24	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?	90,1	90,8	85,0	88,6
10.4/T25	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?	78,3	94,4	73,7	94,3
10.7/T13	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	37,1	82,1	37,4	81,2
10.9/T15	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?	33,0	96,0	32,5	95,2
10.15/T5	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	6,0	75,6	5,9	73,5

2.3.1.2 Pflege

Ergebnisse zu folgenden für die Versorgungsqualität besonders relevanten Kriterien zur Pflege werden in diesem Kapitel dargestellt und kommentiert:

- 11.5/T19 Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?
- 11.8/T2 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?
- 12.7/T8 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkung der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?

- 12.9/T9 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?
- 12.8/T11 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkung der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?
- 12.10/T12 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?
- 12.11/T28 Wird bei Bewohnern mit Ernährungs sonden der Geschmackssinn angeregt?
- 13.4/T17 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasen katheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?
- 14.6/T36 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?
- 15.2/T29 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?
- 15.4/T30 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?
- 16.2/T21 Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?
- 16.3/T20 Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?

Die vollständigen Ergebnisse werden im Tabellenanhang zur Verfügung gestellt.

Im Bereich der Mobilität sind die Kriterien zur Durchführung erforderlicher Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen (Frage 11.5, Transparenzkriterium 19) und zur Vermeidung von Druckgeschwüren (Frage 11.8, Transparenzkriterium 2) hervorzuheben.

Bei 66,0 Prozent (62.663) der Bewohnerinnen und Bewohner, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, waren **Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen** erforderlich (Frage 11.5, Transparenzkriterium 19). Bei 92,0 Prozent dieser Bewohnerinnen und Bewohner wurden die entsprechenden Maßnahmen durchgeführt (2016: 92,1 Prozent), bei 8,0 Prozent waren die Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen nicht ausreichend, z. B. wurden keine Kraft- und Balanceübungen angeboten, erforderliche Hilfsmittel wurden nicht eingesetzt oder Hinweise an den Arzt zur Anpassung der Medikation waren nicht erkennbar.

Von den in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern war es bei 37,9 Prozent (35.940) aufgrund eines vorliegenden Risikos erforderlich, **Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus (Druckgeschwürs)** durchzuführen (Frage 11.8, Transparenzkriterium 2). Bei 80,1 Prozent (2016: 80,7 Prozent) dieser Bewohnerinnen und Bewohner wurden die erforderlichen Prophylaxen durchgeführt, bei 19,9 Prozent wurden die Maßnahmen nicht in erforderlichem Maße durchgeführt, sodass z. B. erforderliche Hilfsmittel zur Druckentlastung nicht eingesetzt wurden, Bewegungsmaßnahmen nicht durchgeführt wurden oder regelmäßige Hautinspektionen unterblieben sind.

Tabelle 11:

Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Mobilität (Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		2016		2019	
		104.344		94.899	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
11.5/T19	Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	70,7	92,1	66,0	92,0
11.8/T2	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	43,7	80,7	37,9	80,1

Im Zusammenhang mit dem Essen und Trinken sind die Kriterien zur Durchführung der erforderlichen Maßnahmen bei einem Unterstützungsbedarf beim Essen (Frage 12.7, Transparenzkriterium 8) und Trinken (Frage 12.8, Transparenzkriterium 9) für die Versorgungsqualität besonders relevant. Zudem sind im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen die Kriterien zu einem angemessenen Ernährungszustand (Frage 12.9, Transparenzkriterium 9) und einer angemessenen Flüssigkeitsversorgung (Frage 12.10, Transparenzkriterium 12) besonders bedeutsam.

Hinsichtlich der Ernährungssituation der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen sind zunächst epidemiologische Daten zum Gewichtsverlauf und zur Versorgung mit Ernährungs sonden von Interesse. Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit einer relevanten Gewichtsabnahme (mehr als 5 Prozent in ein bis drei Monaten, mehr als 10 Prozent in sechs Monaten) ist im Vergleich zum letzten Bericht erneut leicht angestiegen von 8,7 Prozent (2016) auf 9,4 Prozent (8.887) (2019). Nicht ermittelt werden konnte der Gewichtsverlauf bei 22,3 Prozent (21.177) der einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner (2016: 24,9 Prozent). Dass der Gewichtsverlauf nicht ermittelt werden konnte ist nicht zwangsläufig gleichzusetzen mit einem Qualitätsmangel.

Der Trend, nach dem der Anteil der in die Prüfungen einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Ernährungs sonde abnimmt, hat sich im aktuellen Berichtszeitraum nicht fortgesetzt. Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum (2016) ist wieder ein Anstieg von 1,8 Prozent auf 3,5 Prozent (3.297) zu verzeichnen.

Tabelle 12:
Stationäre Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungssonden

	2016	2019
Untersuchte Personen	104.344	94.899
	in Prozent	in Prozent
Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten		
zugenommen	17,5	18,7
konstant	48,9	49,6
abgenommen	8,7	9,4
kann nicht ermittelt werden	24,9	22,3
Bewohnerinnen/Bewohner mit Sonde		
Magensonde	0,0	0,0
PEG-Sonde	1,8	3,4
PEJ-Sonde	0,0	0,1
gesamt	1,8	3,5

Bei 56,4 Prozent (53.503) der Bewohnerinnen und Bewohner, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, bestand ein Unterstützungsbedarf bei der **Ernährung** (Frage 12.7, Transparenzkriterium 8). Bei 90,8 Prozent (2016: 91,1 Prozent) dieser Bewohnerinnen und Bewohner wurden die zur **Unterstützung erforderlichen Maßnahmen** durchgeführt, bei 9,2 Prozent waren die Unterstützung zur Ernährung nicht ausreichend, z. B. erfolgte keine ausreichende personelle Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, bei Schluckstörungen wurde die Konsistenz der Nahrung nicht angepasst oder einem erhöhten Energiebedarf wurde nicht entsprochen.

Ob der **Ernährungszustand angemessen** ist (Frage 12.9, Transparenzkriterium 9) ist, wird bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern überprüft, die in die Prüfung einbezogen werden, unabhängig davon, ob die Bewohnerin oder der Bewohner in diesem Bereich selbständig ist oder ein Unterstützungsbedarf besteht. Bei 98,0 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner war der Ernährungszustand im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung angemessen (2016: 98,1 Prozent), bei 2,0 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner war dies nicht der Fall und ein relevanter ungewollter Gewichtsverlust war feststellbar. Das bedeutet, dass bei 9,2 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Unterstützungsbedarf (siehe Frage 12.7, Transparenzkriterium 8) die erforderlichen Maßnahmen nicht in ausreichendem Maße erbracht worden sind und dass dies bei 2,0 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner bereits zu einem ungewollten Gewichtsverlust geführt hat.

Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung (Frage 12.8, Transparenzkriterium 11) waren bei 54,5 Prozent (51.705) der Bewohnerinnen und Bewohner, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, erforderlich. Bei 93,5 Prozent (2016: 93,2 Prozent) dieser Bewohnerinnen und Bewohner wurden erforderliche Maßnahmen wie zum Beispiel die individuelle Deckung des Flüssigkeitsbedarfs oder die Berücksichtigung von Vorlieben und Abneigungen bei Getränken erbracht, bei 6,5 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner war die Unterstützung hier nicht ausreichend.

Bei 99,6 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner war die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung. Auch dieses Kriterium wird unabhängig von einem bestehenden Unterstützungsbedarf bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern bewertet. Bei der Ergebnisbewertung ist zu berücksichtigen, dass Anzeichen einer Dehydratation mit den bei externen Qualitätsprüfungen zur Verfügung stehenden Mitteln (Inaugenscheinnahme, Pflegedokumentation, Befragung) schwer erkennbar sind.

Bewohnerinnen und Bewohner mit einer **Ernährungssonde** werden ausschließlich oder teilweise mit Sondenkost versorgt. Um insbesondere bei Bewohnerinnen und Bewohnern, die ausschließlich über eine Ernährungssonde ernährt werden den **Geschmackssinn** (Frage 12.11, Transparenzkriterium 28) anzuregen, sollten in der Häufigkeit üblicher Mahlzeitenangebote (mindestens drei Mal pro Tag) Geschmacksanreize gesetzt werden. Dabei sollten verschiedene Geschmacksrichtungen unter Berücksichtigung von Vorlieben und Abneigungen des oder der Betroffenen angeboten werden. Dies dient der Förderung der Lebensqualität und trägt zum Erhalt der Mundgesundheit bei. Während beim letzten Qualitätsbericht noch ein geringerer Anteil der in die Prüfungen einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Ernährungssonde versorgt war, ist dieser Anteil im Vergleich zu 2016 wieder angestiegen. Gleichzeitig wird Bewohnerinnen und Bewohnern die ausschließlich über eine Ernährungssonde versorgt werden, der Geschmackssinn seltener angeregt. Von den in die Prüfungen einbezogenen Personen wurde das Kriterium bei 2,3 Prozent (2.163) überprüft. Erfüllt war das Kriterium bei 81,9 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner (2016: 83,5 Prozent). Das bedeutet, bei 18,1 Prozent der betroffenen Bewohner wurden die Möglichkeiten zum Erhalt und zur Förderung der Sinneswahrnehmung sowie zur Erhaltung der Mundgesundheit nicht angemessen genutzt.

Tabelle 13:
Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien zum Essen und Trinken
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		2016		2019	
		104.344		94.899	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
12.7/T8	Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	63,7	91,1	56,4	90,8
12.8/T11	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	62,1	93,2	54,5	93,5
12.9/T9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	100,0	98,1	100,0	98,0
12.10/T12	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	100,0	99,5	100,0	99,6
12.11/T28	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmacksinn angeregt?	3,1	83,5	2,3	81,9

Im Zusammenhang mit der Unterstützung bei der Ausscheidung ist von Interesse, wie hoch der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner ist, die mit Kathetern und Inkontinenzprodukten versorgt sind. Dabei zeigt sich, dass 74,3 Prozent (70.508) der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner einen Bedarf an Inkontinenzprodukten (Einlagen, Inkontinenzhosen etc.) hatten, im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum (2016) ein etwas geringerer Wert (77,5 Prozent). Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Katheter (suprapubisch oder transurethral) ist ebenfalls etwas geringer als 2016.

Tabelle 14:
Stationäre Pflege – Versorgung mit Kathetern und Inkontinenzprodukten

	2016	2019
Untersuchte Personen	104.344	94.899
	in Prozent	in Prozent
Bewohner versorgt mit		
suprapubischem Katheter	4,1	3,5
transurethralem Katheter	6,5	6,3
Inkontinenzprodukten	77,5	74,3

Von den Bewohnerinnen und Bewohnern, bei denen die Versorgungsqualität geprüft worden ist, benötigten 65,3 Prozent (61.933) **Unterstützung beim Umgang mit einer Inkontinenz bzw. mit einem Blasen Katheter** (Frage 13.4, Transparenzkriterium 17). Bei 93,9 Prozent dieser Bewohnerinnen und Bewohner wurden die hierzu erforderlichen Maßnahmen durchgeführt. Hierzu gehören z. B. die Begleitung bei oder die Aufforderung zu Toilettengängen, der zeitgerechte Wechsel von Inkontinenzprodukten und der adäquate Umgang mit und die Pflege von Blasen Kathetern. Im Vergleich zum letzten Bericht (2016: 93,9 Prozent) zeigt sich nahezu keine Veränderung. Bei 6,1 Prozent der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner wurden die erforderlichen Maßnahmen nicht im erforderlichen Umfang durchgeführt.

Die Prüfkriterien zum Umgang mit Demenz sind bei allen Personen zu prüfen, bei denen nach Angaben der Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vorliegen. Nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtungen lagen bei 54,7 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner solche Einschränkungen vor. Vor der Umstellung auf den umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriff ist der Anteil der Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz jedoch kontinuierlich angestiegen. Er lag im letzten Berichtszeitraum (2016) bei 70,7 Prozent. Die Kriterien für eine eingeschränkte Alltagskompetenz und für demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen sind jedoch weitgehend deckungsgleich.

Bezüglich der Versorgungsqualität wird bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit demenzbedingten kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkungen beispielsweise geprüft, ob bei diesen das **Wohlbefinden ermittelt worden ist und daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet** worden sind (Frage 14.6, Transparenzkriterium 36). Das Kriterium war bei 54,2 Prozent (51.457) der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner relevant. Erfüllt war das Kriterium bei 95,9 Prozent dieser betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner. Der Wert lag im letzten Berichtszeitraum (2016) bei 95,2 Prozent.

In Bezug auf die Körperpflege (Frage 15.2, Transparenzkriterium 29) und die Mund- und Zahnpflege (Frage 15.4, Transparenzkriterium 30) wird bei der Prüfung der Versorgungsqualität in den Blick genommen, ob die Körper- bzw. die Mund- und Zahnpflege angemessen ist (z. B. keine fettigen und ungepflegten Haare, keine Beläge auf den Zähnen). Diese Fragen sind sowohl dann mit „ja“ zu beantworten, wenn die Bewohnerin oder der Bewohner einen gepflegten Eindruck macht, als auch dann, wenn Defizite in der Körper- bzw. Zahn- und Mundpflege erkennbar sind, die Pflegeeinrichtung aber nachvollziehbar ihre Einwirkungsmöglichkeiten (z. B. Beratung oder wiederholtes Angebot) dokumentiert hat.

Von den in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern war bei 81,8 Prozent (77.637) Unterstützung bei der Körperpflege erforderlich. Bei den Qualitätsprüfungen wurde festgestellt, dass bei 97,2 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner die **Körperpflege angemessen** (Frage 15.2, Transparenzkriterium 29) war (2016: 94,8 Prozent), während bei 2,8 Prozent der auf Unterstützung angewiesenen Bewohnerinnen und Bewohner diese nicht im erforderlichen Umfang erbracht worden sind. Bei diesen Bewohnerinnen und Bewohnern wurde im Rahmen der Inaugenscheinnahme z. B. festgestellt, dass die Zehen- und Fingernägel der Bewohnerin oder des Bewohners stark verschmutzt und seit längerer Zeit nicht geschnitten worden waren. In einigen Fällen wurden zum Beispiel ungepflegte Haare, verunreinigte Fingernägel, eine mangelnde Rasur oder Bartpflege festgestellt. Die betreffenden Bewohnerinnen und Bewohner gaben zum Teil an, dass sie trotz anderslautender Pflegeplanung nur einmal monatlich Unterstützung beim Duschen erhielten.

Unterstützung bei der Mund- und Zahnpflege (Frage 15.4, Transparenzkriterium 30) war bei 63,2 Prozent (59.950) der Bewohnerinnen und Bewohner erforderlich, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist. Bei 99,3 Prozent dieser Bewohnerinnen und Bewohner war die **Mund- und Zahnpflege angemessen** (2016: 98,7 Prozent), bei 0,7 Prozent der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner war dies nicht der Fall, z. B. erkennbar an Belägen auf Zähnen, Zahnprothesen oder der Zunge.

Tabelle 15:
Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien zu Inkontinenz, Demenz und Körperpflege
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		2016		2019	
		104.344		94.899	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
13.4/T17	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasen-katheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	71,1	93,9	65,3	93,9
14.6/T36	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	70,2	95,2	54,2	95,9
15.2/T29	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	88,4	94,8	81,8	97,2
15.4/T30	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	68,7	98,7	63,2	99,3

Der Anteil der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner, bei denen **freiheits-einschränkende Maßnahmen** festgestellt wurden, lag im aktuellen Berichtszeitraum bei 5,6 Prozent (5.357) und ist im Vergleich zum letzten Bericht (2016: 8,9 Prozent) erfreulicherweise erneut zurückgegangen. Die gesetzlich vorgeschriebenen **Genehmigungen oder Einwilligungen** (Frage 16.2, Transparenzkriterium 21) lagen bei 93,4 Prozent der einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner vor (2016: 92,5 Prozent).

Bei 5,5 Prozent (5.186) der in die Prüfungen einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner konnte bewertet werden, ob die **Notwendigkeit dieser Maßnahmen regelmäßig überprüft** worden ist (Frage 16.3, Transparenzkriterium 20). Dies war bei 89,8 Prozent der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner der Fall (2016: 88,3 Prozent), bei 10,2 Prozent dieser Bewohnerinnen und Bewohner wurde hingegen nicht regelmäßig überprüft, ob die freiheitseinschränkende Maßnahmen weiterhin erforderlich sind oder ob Maßnahmen mit geringeren Einschränkungen ausgereicht hätten.

Tabelle 16:
Stationäre Pflege – Freiheitseinschränkende Maßnahmen
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

		2016		2019	
Untersuchte Personen		104.344		94.899	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
16.2/T21	Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	8,9	92,5	5,6	93,4
16.3/T20	Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?	8,4	88,3	5,5	89,8

2.3.2 Einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Bei den Qualitätsprüfungen durch die MDK bzw. den PKV-Prüfdienst werden im Bereich der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität insbesondere Kriterien zur Ausstattung und der Gestaltung des Wohnumfeldes der Bewohnerin oder des Bewohners, zur Aufbau- und Ablauforganisation, zum Qualitätsmanagement, zur Hygiene, zur Organisation und zu den Angeboten der Verpflegung sowie der sozialen Betreuung erhoben.

Insgesamt zeigt sich bei der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität ein Trend in Richtung vollständiger Erfüllung der Prüfkriterien. Dies kann dem Umstand zugeschrieben werden, dass die Pflegeeinrichtungen seit Jahren bei Qualitätsprüfungen zu diesen Kriterien immer wieder auf ggf. vorhandene Qualitätsprobleme hingewiesen und beraten worden sind und dass bei diesen eher formal ausgerichteten Kriterien durch organisatorische Verfahren und Dokumentationen relativ leicht Verbesserungen zu erreichen sind. Des Weiteren wird ein Teil der Ergebnisse dieser Kriterien in den Transparenzberichten veröffentlicht. Dies hat in den Pflegeeinrichtungen zu einem verstärkten Bemühen geführt, die formalen Anforderungen dieser Kriterien zu erfüllen.

Es ist somit ein gewisser Anpassungsprozess im zeitlichen Verlauf festzustellen. Die Erfüllung dieser Kriterien ist zwar eine wichtige, allerdings keine hinreichende Bedingung für eine gute Versorgungsqualität. Deshalb können aus der Erfüllung von einrichtungsbezogenen Kriterien zur Struktur- und Prozessqualität keine unmittelbaren Schlüsse auf die tatsächliche Versorgungsqualität gezogen werden.

An dieser Stelle werden vor allem die Ergebnisse von Kriterien aufgeführt, bei denen es bei einem relevanten Anteil von Einrichtungen noch nicht gelungen ist, die entsprechenden Anforderungen zu erfüllen. Zudem werden Ergebnisse von allgemeinen Organisationskriterien zur Hygiene dargestellt.

Bei den Qualitätsprüfungen wird mit dem Kriterium „Ist die **fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von ungelernten Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?**“ (Frage 4.3) bewertet, ob ungelernete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Pflegefachkräfte mittels fachlicher Anleitung und Überprüfung (z. B. durch mitarbeiterbezogene Pflegevisiten) systematisch begleitet werden, damit diese bei der Leistungserbringung die fachlichen Anforderungen einhalten. Das Kriterium war bei 89,3 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen erfüllt (2016: 89,2 Prozent). Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum ist hier keine wesentliche Veränderung erkennbar.

Tabelle 17:
Stationäre Pflege – Anleitung und Überprüfung von Hilfskräften
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

		2016	2019
Geprüfte Einrichtungen		13.304	12.702
Frage Kriterium		davon Kriterium erfüllt:	
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	89,2	89,3

Im Rahmen der Bewertung des Qualitätsmanagements wird überprüft, ob die stationären Pflegeeinrichtungen **Expertenstandards umsetzen** (Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe, Pflegerisches Schmerzmanagement bei Akutschmerz, Pflegerisches Schmerzmanagement bei chronischem Schmerz, Sturzprophylaxe, Kontinenzförderung, Chronische Wunden, Ernährungsmanagement) (Frage 5.2). Hierzu wird bei jeder Pflegeeinrichtung per Zufallsauswahl die Umsetzung von zwei Expertenstandards bewertet. Diese Umsetzung war in den stationären Pflegeeinrichtungen von 86,5 Prozent (Ernährungsmanagement) bis 91,1 Prozent (Sturzprophylaxe) erkennbar. Die Pflegeeinrichtungen, bei denen die Umsetzung nicht erkennbar ist, erhalten durch die Beratung im Rahmen der Qualitätsprüfung Impulse, sich zukünftig verstärkt mit der Implementation der Expertenstandards zu befassen. Sowohl bei der Umsetzung des bereits im Jahr 2000 konsentierten Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe (2019: 87,7 Prozent, 2016: 90,3 Prozent) als auch beim Expertenstandard zum Ernährungsmanagement (2019: 86,5 Prozent, 2016: 88,4 Prozent) sind im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum schlechtere Umsetzungswerte zu verzeichnen.

Tabelle 18:
Stationäre Pflege – Umsetzung Expertenstandards
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Geprüfte Einrichtungen		2016		2019	
		13.304		12.702	
Frage	Kriterium	Kriterium ausgewählt bei:	davon Kriterium erfüllt:	Kriterium ausgewählt bei:	Kriterium ausgewählt bei:
5.2	Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?				
5.2a	Dekubitusprophylaxe	37,0	90,3	35,5	87,7
5.2b	pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz	17,1	86,9	18,2	87,6
5.2c	pflegerisches Schmerzmanagement – chronischer Schmerz	25,2	84,6	31,1	88,1
5.2d	Sturzprophylaxe	39,5	89,2	39,0	91,1
5.2e	Kontinenzförderung	31,6	86,9	28,8	87,2
5.2f	chronische Wunden	25,1	87,4	24,8	87,7
5.2g	Ernährungsmanagement	27,0	88,8	23,2	86,5

Ein weiterer Aspekt der einrichtungsbezogenen Prüfung ist, ob die **Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult** werden (Frage 5.6). Entsprechende Schulungen sind für die Mitarbeitenden im Abstand von nicht mehr als zwei Jahren durchzuführen. Im Jahr 2019 wurden in 78,3 Prozent der Pflegeheime die Mitarbeitenden in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult. Nach dem beim letzten Bericht eine deutliche Verschlechterung zu verzeichnen war (2016: 74,0 Prozent, 2013: 95,1 Prozent), hat sich ausgehend von einem niedrigen Niveau 2016 im Vergleich zum letzten Bericht eine Verbesserung ergeben. Um einen routinierten Umgang mit Notfallsituationen gewährleisten zu können, ist es wichtig, Wissen in Schulungsmaßnahmen zur Ersten Hilfe und Notfallmaßnahmen regelmäßig zu vermitteln und in praktischen Übungen durchzuführen. Dennoch besteht weiterhin ein geringer Durchdringungsgrad von entsprechenden Schulungen in den stationären Pflegeeinrichtungen.

Tabelle 19:
Stationäre Pflege – Schulungen Erste Hilfe
(in Prozent)

		2016	2019
Geprüfte Einrichtungen		13.304	12.702
Frage	Kriterium	davon Kriterium erfüllt:	
5.6/T32	Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	74,0	78,3

Durch die Corona-Pandemie hat sich der Blick auf erforderliche Hygienemaßnahmen deutlich verändert. Bei den Qualitätsprüfungen hatte die Umsetzung von Hygienekonzepten jedoch schon in der Vergangenheit einen großen Stellenwert. Im Zusammenhang mit dem Hygienemanagement wird überprüft, ob **innerbetriebliche Verfahrensanweisungen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut** vorliegen (Frage 6.2a), ob **Regelungen zur Reinigung und zur Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände vorliegen** (Frage 6.2b), ob die **Durchführung der innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen regelmäßig überprüft** wird (Frage 6.2c) und ob die **innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen den Mitarbeitenden bekannt** sind (Frage 6.2.d). Schließlich umfasst die Prüfung zur Hygiene auch den Sachverhalt, ob alle im Rahmen des Hygienemanagements **erforderlichen Desinfektionsmittel vorhanden** sind (Frage 6.2e). Die Pflegeeinrichtungen erfüllen mit über 90 Prozent diese formalen Anforderungen zur Hygiene weitgehend konstant auf einem hohen Niveau. Ob die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen den Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen bekannt sind, ist ein Indiz dafür, ob und inwieweit die Regelungen auch umgesetzt werden können. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern waren die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen zur Hygiene in 96,6 Prozent der Pflegeeinrichtungen bekannt (2016: 92,4 Prozent).

Ein weiterer Prüfungsaspekt zur Hygiene ist die Frage, ob geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit multiresistenten Keimen (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus – MRSA) vorliegen (Frage 6.4). Dies war unverändert bei 94,3 Prozent der geprüften Pflegeheime der Fall.

Tabelle 20:
Stationäre Pflege – Regelungen zur Hygiene
(in Prozent)

		2016	2019
Geprüfte Einrichtungen		13.304	12.702
Frage	Kriterium	davon Kriterium erfüllt:	
6.2	Gibt es in der stationären Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?		
6.2a	Innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	98,2	98,3
6.2b	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	99,2	99,3
6.2c	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	92,4	92,9
6.2d	Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt	97,2	96,6
6.2e	Alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	98,8	99,0
6.4	Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	94,0	94,3

Im Jahr 2019 sind nach den Angaben des statistischen Bundesamtes 57.301 zusätzliche Betreuungskräfte in den stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt gewesen (Statistisches Bundesamt 2020a).

Die **zusätzliche Betreuung** wird bei den Qualitätsprüfungen seit 2014 bewertet. Pflegeeinrichtungen können, wenn sie eine entsprechende Vereinbarung mit den Pflegekassen abgeschlossen haben, für je 20 Bewohnerinnen und Bewohner eine Vollzeitstelle für die zusätzliche Betreuung im Sinne des § 53b SGB XI einrichten. Die zusätzlichen Betreuungskräfte sollen das reguläre Betreuungsangebot der Pflegeeinrichtung ergänzen. Sie sollen die Bewohnerinnen und Bewohner bei Alltagsaktivitäten (z. B. Malen und Basteln, handwerkliche Arbeiten und leichte Gartenarbeiten, Haustiere füttern und pflegen, Kochen und Backen, Musik hören, Musizieren, Singen, Brett- und Kartenspiele, Spaziergänge und Ausflüge, Besuche von kulturellen Veranstaltungen, Sportveranstaltungen) motivieren, begleiten und betreuen. Sie sollen ausdrücklich keine pflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten übernehmen, denn diese sind über die reguläre Pflegevergütung abgegolten. Bei der Prüfung wird bewertet, ob die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte besetzt sind (Frage 8.8a), ob die eingesetzten Kräfte über die erforderliche Qualifikation gemäß den Betreuungskräfte-Richtlinien verfügen (Frage 8.8.b), ob die eingesetzten Kräfte gemäß den Betreuungskräfte-Richtlinien mindestens zwei Fortbildungstage pro Jahr absolviert haben (Frage 8.8.c) und ob die zusätzlichen Betreuungskräfte nicht regelmäßig grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche Maßnahmen durchführen (Frage 8.8 d). Bei 87,2 Prozent der geprüften Pflegeeinrichtungen sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte besetzt gewesen (2016: 87,4 Prozent). Bei 12,8 Prozent der Einrichtungen war dies jedoch nicht der Fall. 97,3 Prozent der zusätzlichen Betreuungskräfte verfügten über die erforderliche Quali-

kation (2016: 95,7 Prozent) und 91,0 Prozent hatten Fortbildungen im Umfang von mindestens 16 Stunden pro Jahr absolviert (2016: 89,1 Prozent). Im Rahmen der Prüfung wurde bei 96,1 Prozent (2016: 93,7 Prozent) der stationären Pflegeeinrichtungen kein Hinweis darauf gefunden, dass die zusätzlichen Betreuungskräfte regelmäßig Grundpflege, Behandlungspflege oder hauswirtschaftliche Maßnahmen durchgeführt haben. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Qualitätsprüfung durch den MDK ein nicht bestimmungsgemäßer Einsatz der zusätzlichen Betreuungskräfte nur schwer aufgedeckt werden kann.

Tabelle 21:
Stationäre Pflege – Zusätzliche Betreuung
(in Prozent)

		2016	2019
Geprüfte Einrichtungen		13.304	12.702
Frage	Kriterium	davon Kriterium erfüllt:	
8.8	Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?		
8.8a	Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt?	87,4	87,2
8.8b	Verfügen die eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte über die erforderlichen Qualifikationen gemäß § 4 der Betreuungskräfte-RL?	95,7	97,3
8.8c	Haben alle eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte im vergangenen Jahr nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-RL an Fortbildungsmaßnahmen im Umfang von insgesamt mindestens 16 Unterrichtsstunden teilgenommen?	89,1	91,0
8.8d	Ist gewährleistet, dass zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte-RL nicht regelmäßig körperbezogene Maßnahmen, Maßnahmen medizinischer Behandlungspflege oder hauswirtschaftlichen Tätigkeiten durchführen?	93,7	96,1

2.3.3 Zufriedenheit in der stationären Pflege

Ein Zusammenhang zwischen der Versorgungsqualität auf der einen Seite und der Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen auf der anderen Seite kann nicht ohne weiteres im Rahmen einer Qualitätsprüfung hergestellt werden. Auf die methodischen Gründe (sozial erwünschtes Antwortverhalten, Abhängigkeitsverhältnis, Generationenfrage) wurde in den vorangegangenen Pflege-Qualitätsberichten wiederholt hingewiesen. Nach wie vor werden sehr hohe Zufriedenheitswerte bei den Bewohnerinnen und Bewohnern ermittelt. Allenfalls zeigen die Angaben der Befragten hinsichtlich der Zeit, die sich die Mitarbeitenden für sie nehmen und zum Geschmack des Essens verhaltene Hinweise auf Optimierungsbedarfe aus Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner. Auch haben sich nach Beschwerden der Bewohnerinnen und Bewohner über die Pflegeeinrichtung im Anschluss häufiger keine positiven Veränderungen ergeben. Die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung werden im Tabellenanhang dargestellt.

3

QUALITÄTSPRÜFUNGEN IN DER STATIONÄREN PFLEGE NACH DEN AB DEM 1. NOVEMBER 2019 GELTENDEN QPR



3.1 Einleitung

Seit Beginn der Pflegeversicherung führen die MDK im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen, teilstationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten durch. Während die Prüfungen zu Beginn noch sehr stark auf Strukturen wie zum Beispiel die Qualifikation der Leitungskräfte, das Einrichtungskonzept und die Prozesse – beispielsweise die Anwendung von Methoden des Qualitätsmanagements – fokussiert waren, wurden sie im Laufe der Jahre mehr und mehr auf die Versorgungsqualität ausgerichtet. In den Mittelpunkt rückte die Frage, wie gut pflegebedürftige Menschen in den Einrichtungen versorgt werden. Dies bezog sich auf die Ernährung, die Förderung der Mobilität zur Vermeidung von Stürzen und Druckgeschwüren, den Umgang mit Medikamenten und andere wichtige Pflegeergebnisse. Dadurch wurde erstmals ein umfassender Einblick in die Qualität der Pflege ermöglicht. Zunächst wurden erhebliche Qualitätsmängel aufgedeckt, u. a. bei der Ernährung der Bewohnerinnen und Bewohner. Durch die Thematisierung dieser Situationen und die fortwährenden beratungsorientierten Qualitätsprüfungen konnten viele Verbesserungen anhand der Prüfergebnisse nachvollzogen werden.

Seit 2009 wird ein Teil der MDK-Prüfergebnisse durch die Landesverbände der Pflegekassen im Internet veröffentlicht. Die Verbraucherinnen und Verbraucher sollten sich auf der Basis der Transparenzberichte ein Bild über die Qualität der Pflegeeinrichtungen machen können und diese als Entscheidungsgrundlage für die Auswahl des Pflegeanbieters nutzen können. Die Transparenzberichte mit den sogenannten Pflegenoten gerieten allerdings in die Kritik. Denn fast alle Einrichtungen erhielten sehr gute Gesamtnoten, sodass Qualitätsunterschiede für Verbraucherinnen und Verbraucher kaum erkennbar waren.

Der Gesetzgeber hat 2016 mit dem Pflegestärkungsgesetz II den Qualitätsausschuss Pflege eingerichtet und diesen beauftragt, durch wissenschaftliche Projekte ein neues Prüfverfahren und eine Alternative zur Pflegenotendarstellung zu entwickeln. Den Auftrag zur Entwicklung des neuen Qualitätssystems für den stationären Bereich erhielten das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) sowie das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua). Der Qualitätsausschuss Pflege hat den wissenschaftlichen Abschlussbericht¹⁰ mit den konkreten Umsetzungsvorschlägen für die stationäre Pflege im September 2018 abgenommen. Der Abschlussbericht und die darin enthaltenen Forschungsergebnisse bilden die wesentliche Grundlage für die Neugestaltung des internen Qualitätsmanagements durch die Heime und die Qualitätsprüfungen einschließlich der Plausibilitätskontrolle der Qualitätsindikatoren durch den MDK. Seit 1. November 2019 erfolgen die Qualitätsprüfungen auf der Grundlage der Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege (QPR vollstationär) vom 17. Dezember 2018.

Um einen ersten Eindruck über die Prüfergebnisse nach dem neuen Prüfsystem zu erhalten, haben die MDK und der PKV-Prüfdienst Daten aus 2.126 Qualitätsprüfungen, die in der Anfangsphase von November 2019 bis März 2020 durchgeführt worden sind, für diesen Bericht zur Verfügung gestellt.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass sowohl die Prüferinnen und Prüfer als auch die geprüften stationären Pflegeeinrichtungen in dieser Anfangsphase noch Erfahrungen mit dem neuen Prüfsystem sammeln mussten.

¹⁰ Wingenfeld K et al. (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: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung. Bielefeld, Göttingen

3.2 Das neue Prüfverfahren in der vollstationären Pflege

Die Pflegeeinrichtungen haben in dem neuen Qualitätssystem für die vollstationäre Pflege eine große Verantwortung bei der Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung. Die Einrichtungen müssen künftig zweimal jährlich Indikatorendaten für alle ihre Bewohnerinnen und Bewohner erheben. Dadurch können sie im Rahmen des internen Qualitätsmanagements bei versorgungsrelevanten Themen selbst erkennen, ob die Qualität gut ist oder ob Schwachstellen vorhanden sind. Wodurch diese Schwachstellen ggf. zustande kommen, kann alleine mit Blick auf die Indikatoren nicht erklärt werden. Die MDK-Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen können hierfür Hinweise geben.

Auf die Erhebung der Indikatoren durch die Pflegeeinrichtungen sowie die Annahme und Auswertung der Indikatorenergebnisse durch die Datenauswertungsstelle (DAS Pflege) wird in diesem Bericht nicht eingegangen.

Qualitätsprüfungen und Indikatoren befassen sich mit denselben pflegefachlichen Themen. Darüber hinaus nehmen die Qualitätsprüferinnen und -prüfer mit dem neuen Prüfsystem weitere Themen in den Blick, die von den Indikatoren nicht erfasst werden. Dazu gehört zum Beispiel die Unterstützung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen. Anhand der Personenstichprobe können die Qualitätsprüferinnen und -prüfer Hinweise darüber gewinnen, warum bestimmte Versorgungsergebnisse vorliegen und die Ergebnisqualität insgesamt bewerten. Da der MDK zudem die Plausibilität der Indikatorendaten bei einer Teilstichprobe kontrolliert, findet auch hier eine Verknüpfung zwischen internem Qualitätsmanagement und externer Qualitätsprüfung statt.

Mit dem neuen Prüfkonzept wird ein neuer Weg hinsichtlich der Ausgestaltung der Prüfvorgaben beschritten, mit dem besser als bisher auf die vielfältigen Fallkonstellationen in der Pflege eingegangen werden kann. In der Vergangenheit hatten die Qualitätsprüferinnen und -prüfer kleinteilige Kriterien zu bewerten und dabei eng formulierte Ausfüllanleitungen zu berücksichtigen. Bei dem bisherigen Verfahren konnten die Qualitätsprüferinnen und -prüfer lediglich entscheiden, ob die Anforderungen vollständig erfüllt waren oder ob mindestens eine Anforderung nicht erfüllt war. Waren alle Anforderungen erfüllt, wurde das Prüfkriterium mit „ja“ beantwortet, war mindestens eine Anforderung nicht erfüllt, so wurde mit „nein“ geantwortet. Den unterschiedlichen Fallkonstellationen wurde man so nicht immer gerecht.

Nun sind umfassende Qualitätsaspekte zu bewerten. Jedem Qualitätsaspekt wird eine Qualitätsaussage vorangestellt, die das zu erwartende Qualitätsniveau beschreibt. Jeder Qualitätsaspekt wird mit nicht abschließenden Leitfragen erschlossen und auf der Grundlage der aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse bewertet.

Als Informationsquellen für die Bewertung der Versorgungsqualität sind die Inaugenscheinnahme und das Gespräch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, das Fachgespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung sowie Beobachtungen während der Prüfsituation und die Pflegedokumentation vorgesehen.

Beim neuen Prüfverfahren ist zu entscheiden, ob Auffälligkeiten oder Defizite vorliegen oder nicht. Liegen Defizite vor, ist zu bewerten, ob sich daraus ein Risiko für eine negative Folge für die Bewohnerin oder den Bewohner ergibt oder ob bereits eine negative Folge eingetreten ist. Mit dieser Vorgehensweise können die unterschiedlichen Fallkonstellationen sehr gut abgebildet werden.

Der Beratungsansatz wird mit dem neuen Prüfverfahren weiter gestärkt. Dies findet seinen Ausdruck im Fachgespräch mit den verantwortlichen Pflegefachkräften, sowie im Abschlussgespräch mit den Leitungskräften der Einrichtung. Beim Fachgespräch werden wie bisher Impulse für Qualitätsverbesserungen gegeben. Neu ist, dass auch im Abschlussgespräch eine Beratung erfolgt. Diese kann sich auf festgestellte Defizite, auf unterdurchschnittliche Indikatorenergebnisse und auf das Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen beziehen.

Die Prüfung deckt alle Lebensbereiche der pflegebedürftigen Menschen ab. Es geht bei der Bewertung der Versorgungsqualität zukünftig nicht mehr hauptsächlich um körperbezogene Aspekte. So hat die Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (beispielsweise die Unterstützung bei der Beeinträchtigung von Sinneswahrnehmungen) und die Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen (wie die Überleitung bei Krankenhausaufenthalten und Unterstützung bei herausforderndem Verhalten) Eingang in die Prüfung gefunden. Schließlich gehören zur Prüfung auch bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen wie zum Beispiel die Hilfsmittelversorgung oder der Schutz der Persönlichkeitsrechte und die Unversehrtheit.

Der Stellenwert der bewohnerbezogenen Versorgungsqualität gewinnt an Bedeutung: 21 der insgesamt 24 Qualitätsaspekte befassen sich mit der personenbezogenen Versorgungsqualität. Von diesen fließen wiederum 15 Qualitätsaspekte in die Qualitätsdarstellung ein, lediglich drei richten sich an die einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität.

Die Prüfinhalte gliedern sich in Qualitätsbereiche, denen Qualitätsaspekte zugeordnet sind. Die Unterteilung der Qualitätsbereiche orientiert sich an der Struktur des Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Das ermöglicht eine stärkere Harmonisierung des Prüfgeschehens mit anderen Entwicklungen und pflegerischen Handlungsfeldern – nicht zuletzt auch mit dem Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, dass bereits von vielen Pflegeeinrichtungen verwendet wird.

Qualitätsaspekte sind relativ umfassende Sachverhalte, die Gegenstand einer Qualitätsbeurteilung sind und verschiedene Teilaspekte einschließen. Sie sind die Einheit, auf die sich die Bewertungen beziehen. Bei einem Teil der Qualitätsaspekte wird, sofern statistisch plausible Indikatordaten vorliegen, die Plausibilität¹¹ der Indikatorenerfassung im Rahmen der Qualitätsprüfung kontrolliert.

¹¹ Aufgrund der geringen Fallzahl können in diesem Bericht noch keine Ergebnisse zur Plausibilitätskontrolle veröffentlicht werden.

Tabelle 22:
Qualitätsbereiche und -aspekte

Qualitätsbereich	Qualitätsaspekte
1 Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung	1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität 1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege
2 Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	2.1 Medikamentöse Therapie 2.2 Schmerzmanagement 2.3 Wundversorgung 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen
3 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte	3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung 3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation 3.3 Nächtliche Versorgung
4 Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen	4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten 4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen
5 Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen	5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen 5.2 Biografieorientierte Unterstützung 5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen 5.4 Hilfsmittelversorgung 5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit
6 Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement	6.1 Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft 6.2 Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen 6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Auch bei der Qualitätsprüfung nach dem ab November 2019 gültigen System werden neun Bewohnerinnen und Bewohner in die Stichprobe einbezogen. Die DAS Pflege stellt den Prüfdiensten aktuelle Informationen bereit, die für die Qualitätsprüfungen benötigt werden. Hierzu zählen unter anderem personenbezogene Codes, die zur Ziehung einer Stichprobe von sechs Personen benötigt werden. Die Zusammensetzung der geschichteten Personenstichprobe erfolgt anhand der Kriterien der Module 1 (Mobilität) und 2 (kognitive und kommunikative Fähigkeiten) des

Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Diese werden Subgruppen zugeordnet. Bei Einrichtungen ohne Indikatorenerfassung wird die Stichprobe nach vergleichbaren Kriterien gebildet. Es werden jeweils zwei Personen aus den folgenden Subgruppen in die Prüfung einbezogen:

- Subgruppe A

Personen, die in beiden Bereichen mindestens erhebliche Beeinträchtigungen aufweisen (Modulwertung jeweils >1)

- Subgruppe B

Personen, die im Bereich der Mobilität mindestens erhebliche Beeinträchtigungen aufweisen (Modulwertung >1), aber keine oder eine geringe Beeinträchtigung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modulwertung 0 oder 1)

- Subgruppe C

Personen, die im Bereich der Mobilität keine oder eine geringe Beeinträchtigung aufweisen (Modulwertung 0 oder 1), aber mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modulwertung >1).

Die Anteile der in die Prüfungen einbezogenen Personen mit den entsprechenden Subgruppenmerkmalen können der folgenden Tabelle entnommen werden.

Tabelle 23:
Stationäre Pflege neu – Gruppenzugehörigkeit der versorgten Personen
(in Prozent)

Untersuchte Personen	18.842
Subgruppe A	22,0
Subgruppe B	19,9
Subgruppe C	20,9

Weitere drei Bewohnerinnen und Bewohner werden von den Prüfdiensten anhand von Zufallszahlen beim Einrichtungsbesuch bestimmt, die von der DAS Pflege bereitgestellt werden. Hintergrund ist, dass die Qualität auch bei denjenigen geprüft werden soll, die nicht in die Indikatorenerfassung einbezogen worden sind, weil sie zum Beispiel erst dann ins Heim gezogen sind, als die halbjährliche Indikatorenerfassung abgeschlossen war.

3.3 Die Bewertungssystematik

Die Qualitätsbeurteilung erfolgt grundsätzlich unter Berücksichtigung der Grenzen, die durch die Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung und ihres Personals gesteckt sind. Das ist ein Grundsatz, den das Prüftteam bei jeder Beurteilung zu berücksichtigen hat. Beispielsweise ist bei der Behandlungspflege die Einwirkungsmöglichkeit der Einrichtungen weitgehend auf die fachgerechte Umsetzung verordneter Maßnahmen und die Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt begrenzt. Auch können keine unrealistischen Erwartungen der pflegebedürftigen Menschen an die Serviceleistungen der Pflegeeinrichtungen zum Maßstab der Bewertung gemacht werden wie beispielsweise Fahrdienste, die nicht zum vertraglich geregelten Aufgabenbereich der Pflegeeinrichtung gehören.

Auf der personenbezogenen Ebene wird für jede Bewohnerin und jeden Bewohner in der Stichprobe für die Qualitätsaspekte der Qualitätsbereiche 1 bis 4 eine Bewertung zu den vier Bewertungskategorien A) „keine Auffälligkeiten oder Defizite“, B) „Auffälligkeiten ohne Risiko oder negative Folge“, C) „Defizit mit Risiko negativer Folge“, D) „Defizit mit negativer Folge“ vorgenommen. Als negative Folgen gelten dabei gesundheitliche Schädigungen, regelmäßige nicht bedarfsgerechte oder nicht bedürfnisgerechte Unterstützung. In Einzelfällen können auch mehrere Bewertungen je Qualitätsaspekt pro Bewohnerin oder Bewohner vorkommen.

Für die Qualitätsdarstellung, also die Veröffentlichung der Prüfergebnisse durch die Landesverbände der Pflegekassen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen z. B. im Internet sind jedoch nur die Bewertungskategorien C) und D) relevant. In Abhängigkeit von den Häufigkeiten dieser festgestellten personenbezogenen Defizite mit Risiken oder mit eingetretenen negativen Folgen erfolgt eine Gesamtbewertung je Qualitätsaspekt auf Einrichtungsebene. Die Bewertungsregeln sind durch den erweiterten Qualitätsausschuss Pflege in der Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die stationäre Pflege (QDVS) festgelegt worden. Sofern bei einer Bewohnerin oder einem Bewohner im Einzelfall mehrere Bewertungen je Qualitätsaspekt vorliegen, fließt jeweils nur die schlechteste Bewertung in die Qualitätsdarstellung mit ein.

Für die Gesamtbewertung sind je Qualitätsaspekt vier Bewertungskategorien vorgesehen:

- 1) Keine oder geringe Qualitätsdefizite
- 2) Moderate Qualitätsdefizite
- 3) Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4) Schwerwiegende Qualitätsdefizite

Die Bewertung je Qualitätsaspekt auf Einrichtungsebene soll den Verbraucherinnen und Verbrauchern differenzierte Qualitätsinformationen bieten.

Jedes festgestellte Defizit mit einem Risiko für eine negative Folge und jedes Defizit mit einer eingetretenen negativen Folge wird im Prüfbericht, der an die Landesverbände der Pflegeeinrichtungen und die geprüfte Pflegeeinrichtung geht, eine Empfehlung zur Beseitigung des Qualitätsdefizites nach sich ziehen.

Die Ergebnisse in diesem Bericht werden ohne diese zusammenfassende Bewertung nach der QDVS dargestellt.

Bewertung der bedarfsübergreifenden fachlichen Anforderungen des Qualitätsbereiches 5

Die Beurteilung bedarfsübergreifender fachlicher Anforderungen stützt sich auf die Feststellungen, die die Prüferin oder der Prüfer bereits zu anderen personenbezogenen Qualitätsaspekten getroffen haben. Eine erneute Informationserfassung ist nicht vorgesehen. Für die Qualitätsaspekte im Qualitätsbereich 5 wird jeweils festgehalten, ob oder ob keine Defizite festgestellt worden sind.

Bewertung der einrichtungsbezogen erhobenen Qualitätsaspekte im Bereich 6

Zur Feststellung des Prüfergebnisses bei den einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekten (einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement) bedarf es keiner differenzierenden Beurteilung oder Zusammenführung von Prüffragen. Die Feststellung des Prüfergebnisses in diesem Bereich umfasst die Angabe, ob eine Anforderung erfüllt oder nicht erfüllt ist und eine nähere Bezeichnung des bemängelten Sachverhalts.

3.4 Prüffarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der stationären Pflege

Von den 2.126 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen, für die für die Zeit von November 2019 bis März 2020 Daten nach dem neuen Prüfverfahren vorliegen, wurden mit 96,3 Prozent die meisten Prüfungen als Regelprüfungen durchgeführt. Anlassprüfungen aufgrund von Beschwerden erfolgten in 3,7 Prozent der Fälle, Wiederholungsprüfungen nach dem neuen Prüfverfahren wurden in dieser Zeit noch nicht durchgeführt.

Table 24:
Stationäre Pflege neu – Qualitätsprüfungen nach Prüffarten

Geprüfte Einrichtungen	2.126
davon	in Prozent
Regelprüfungen	96,3
Anlassprüfungen	3,7
Wiederholungsprüfungen	0,0

Es besteht nach § 114 Abs. 4 SGB XI die Möglichkeit, Vertreterinnen und Vertreter anderer Institutionen an der Prüfung zu beteiligen. Die meisten Prüfungen (82,3 Prozent) wurden ohne Beteiligung weiterer Institutionen durchgeführt. Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörden waren an 5,6 Prozent der Prüfungen beteiligt. Mitarbeitende von Trägerverbänden waren bei 6,8 Prozent der Prüfungen anwesend. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Institutionen (z. B. Gesundheitsamt) nahmen nur selten an den Prüfungen teil. Der Anteil der an der Prüfung teilnehmenden anderen Institutionen ist damit im Vergleich zum alten Prüfverfahren nicht wesentlich höher.

Table 25:
Stationäre Pflege neu – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen

Geprüfte Einrichtungen	2.126	
An der Prüfung beteiligte Institutionen*	Anzahl	in Prozent
keine	1.750	82,3
Pflegekasse	7	0,3
Sozialhilfeträger	–	0,0
nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	118	5,6
Gesundheitsamt	6	0,3
Trägerverband	144	6,8
sonstige	123	5,8

*Mehrfachnennungen möglich

3.5 Strukturdaten der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen und der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner

Von den in der Zeit von November 2019 bis März 2020 nach dem neuen Prüfverfahren geprüften Pflegeeinrichtungen befanden sich 33,2 Prozent in privater, 55,5 Prozent in freigemeinnütziger und 9,7 Prozent in öffentlicher Trägerschaft.

Tabelle 26:
Stationäre Pflege neu – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart und Zertifizierung

Geprüfte Einrichtungen	2.126	
	Anzahl	in Prozent
privat	706	33,2
freigemeinnützig	1.179	55,5
öffentlich	207	9,7
nicht zu ermitteln	34	1,6

Die Versorgungsqualität wurde im Rahmen der 2.126 Qualitätsprüfungen bei 18.842 Personen geprüft.

Von den in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern waren 20,9 Prozent zwischen 65 bis unter 80 Jahre, 44,6 Prozent zwischen 80 bis unter 90 Jahre und 27,4 Prozent 90 Jahre und älter. Die übrigen 7,1 Prozent der einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner waren jünger als 65 Jahre. Die Alterststruktur entsprach weitestgehend der Struktur der von Januar bis Oktober 2019 nach dem alten Prüfverfahren in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner.

Die Stichprobenezusammenstellung erfolgt nicht mehr anhand von Pflegegraden. Gleichwohl liegen Informationen über die Verteilung der Pflegegrade bei den in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner vor. Bei 0,7 Prozent lag der Pflegegrad 1 vor, 21,6 Prozent hatten den Pflegegrad 2, 37,4 Prozent den Pflegegrad 3, 27,8 Prozent hatten den Pflegegrad 4 und bei 12,5 Prozent lag der Pflegegrad 5 vor. Personen ohne Pflegegrade werden nicht in die Prüfung einbezogen. Damit ist die Verteilung nach Pflegegraden weitgehend vergleichbar mit der Verteilung laut der Pflegestatistik für 2019 (Statistisches Bundesamt 2020a).

Tabelle 27:

Stationäre Pflege neu – Einbezogene Bewohnerinnen und Bewohner nach Pflegegraden (in Prozent)

Untersuchte Personen	18.842
Pflegegrad	
Pflegegrad 1	0,7
Pflegegrad 2	21,6
Pflegegrad 3	37,4
Pflegegrad 4	27,8
Pflegegrad 5	12,5

3.6 Ergebnisse in der stationären Pflege

3.6.1 Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der stationären Pflege

3.6.1.1 Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

Zum Qualitätsbereich 1 gehören die folgenden Qualitätsaspekte:

- 1.1 Unterstützung bei der Mobilität
- 1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
- 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege.

Dem Qualitätsaspekt **1.1 Unterstützung bei der Mobilität** liegt folgende Qualitätsaussage zugrunde: *„Die versorgte Person erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es ihren Bedürfnissen entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.“*

Dieser Qualitätsaspekt konnte bei 91,8 Prozent (17.293) der in die Prüfungen einbezogenen Personen geprüft werden. Bei 76,6 Prozent dieser versorgten Personen lagen keine Auffälligkeiten vor. Bei 9,2 Prozent dieser Personen lagen zwar Auffälligkeiten vor, diese ließen aber keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten. Bei 12,5 Prozent lagen hingegen Risiken für negative Folgen für die versorgte Person vor, beispielsweise wurden vorhandene Möglichkeiten zur Verbesserung der Mobilität nicht erkannt oder nicht genutzt. Bei 5,1 Prozent sind Defizite mit bereits eingetretenen negativen Folgen festgestellt worden, zum Beispiel waren Druckgeschwüre in den Einrichtungen entstanden und es wurden nicht die erforderlichen Maßnahmen zu deren Vermeidung ergriffen, es wurde keine ausreichende Unterstützung bei der Fortbewegung durchgeführt oder Personen konnten sich aufgrund fehlender Unterstützung nicht im Freien aufhalten, obwohl sie sich dies wünschten.

Dem Qualitätsaspekt **1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung** liegt folgende Qualitätsaussage zugrunde: „Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt.“

Dieser Qualitätsaspekt konnte bei 76,7 Prozent (14.450) der in die Qualitätsprüfungen einbezogenen Personen geprüft werden. Keine Auffälligkeiten lagen bei 86,9 Prozent dieser Personen vor. Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten ließen, lagen bei 4,5 Prozent der einbezogenen Personen vor. Bei 6,7 Prozent lagen Defizite mit einem Risiko für eine negative Folge für die versorgte Person vor, so wurde etwa die Nahrung und Flüssigkeit nicht in der Form angeboten, die auf die Beeinträchtigungen der versorgten Person abgestimmt war. Bei 2,6 Prozent haben die Prüferinnen und Prüfer Defizite mit bereits eingetretenen negativen Folgen festgestellt. Dabei konnte es sich beispielsweise um einen unerwünschten, gesundheitlich relevanten Gewichtsverlust handeln, den die Einrichtung zu verantworten hatte.

Der Qualitätsaspekt **1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung** basiert auf folgender Qualitätsaussage: „Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.“

Der Qualitätsaspekt konnte bei 82,4 Prozent (15.524) der in die Prüfung einbezogenen Personen geprüft werden. Bei 87,1 Prozent dieser Personen lagen keine Auffälligkeiten vor. Bei 5,8 Prozent lagen Auffälligkeiten ohne Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person vor. Bei 6,7 Prozent wurden Defizite mit einem Risiko für eine negative Folge für die versorgte Person festgestellt. Ein solches Risiko stellt beispielsweise die Anbringung des Katheterbeutels oberhalb des Blasen-niveaus dar, welche aber noch nicht zu einer negativen gesundheitlichen Folge geführt hat. Defizite mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person haben die Prüfer bei 0,9 Prozent der Personen festgestellt. Hierunter fallen unter anderem Mazerationsverletzungen, die auf eine unzureichende Inkontinenzversorgung zurückzuführen sind.

Dem Qualitätsaspekt **1.4 Unterstützung bei der Körperpflege** ist folgende Qualitätsaussage vorangestellt: „Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei ihrer Körperpflege unterstützt.“

Der Qualitätsaspekt konnte bei 89,3 Prozent (16.835) der in die Prüfung einbezogenen Personen geprüft werden. Bei 87,5 Prozent lagen keine Auffälligkeiten vor. Bei 4,0 Prozent lagen Auffälligkeiten ohne Risiken oder negative Folgen vor. Bei 5,9 Prozent haben die Prüfer ein Defizit mit einem Risiko für eine negative Folge festgestellt. Hier waren beispielsweise Fähigkeiten der versorgten Person bei der Körperpflege nicht bekannt und somit war nicht sichergestellt, dass die Versorgung kontinuierlich aktivierend erfolgt. Bei 3,1 Prozent dieser Personen wurden Defizite mit einer eingetretenen negativen Folge für die versorgte Person ermittelt. Beispielsweise wurde dem Wunsch der versorgten Person nach zweimaligem wöchentlichen Duschen nicht entsprochen.

Tabelle 28:

Stationäre Pflege neu – QB 1 Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung
(Bewertung je Qualitätsaspekt in Prozent)

Untersuchte Personen		18.842				
Nr.	Qualitätsaspekt*	Qualitätsaspekt relevant bei	A) Keine Auffälligkeiten	B) Auffälligkeiten	C) Defizit mit Risiko	D) Defizit mit negativer Folge
1.1	Unterstützung bei der Mobilität	91,8	76,6	9,2	12,5	5,1
1.2	Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	76,7	86,9	4,5	6,7	2,6
1.3	Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	82,4	87,1	5,8	6,7	0,9
1.4	Unterstützung bei der Körperpflege	89,3	87,5	4,0	5,9	3,1

*Mehrfachbewertung je Qualitätsaspekt möglich

3.6.1.2 Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Zum Qualitätsbereich 2 gehören die folgenden Qualitätsaspekte:

- 2.1 Medikamentöse Therapie
- 2.2 Schmerzmanagement
- 2.3 Wundversorgung
- 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen
- 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen.

Der Qualitätsaspekt **2.1 Medikamentöse Therapie** basiert auf folgender Qualitätsaussage: „Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen An- bzw. Verordnungen und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist sichergestellt.“

Der Qualitätsaspekt wurde bei 98,8 Prozent (18.610) der in die Prüfung einbezogenen Personen bewertet. Bei 80,8 Prozent lagen keine Auffälligkeiten vor. Bei 5,5 Prozent haben die Prüferinnen und Prüfer Auffälligkeiten ohne Risiken oder negative Folgen festgestellt. Bei 10,7 Prozent dieser Personen kamen die Prüferinnen und Prüfer zu dem Ergebnis, dass ein Risiko für eine negative Folge für die versorgte Person vorliegt. So kam es beispielsweise vor, dass gesundheitliche Reaktionen, z. B. akute Verwirrheitszustände, motorische Probleme oder Allergien, die mit der Medikation zusammenhängen könnten, nicht beachtet worden sind. Defizite mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person wurden bei 5,3 Prozent der Personen festgestellt, sei es, dass Personen Medikamente erhalten haben, die nicht für sie bestimmt waren oder die Dosierung der Medikamente nicht der ärztlichen Verordnung entsprach.

Der Qualitätsaspekt **2.2 Schmerzmanagement** fußt auf folgender Qualitätsaussage: „Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.“

Der Qualitätsaspekt wurde bei 61,1 Prozent (11.505) der in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft. Dabei wurde bei 85,0 Prozent keine Auffälligkeiten festgestellt. Bei 6,3 Prozent konstatierten die Prüferinnen und Prüfer zwar Auffälligkeiten, diese waren jedoch nicht mit Risiken oder negativen Folgen für die versorgten Personen verbunden. Bei 7,0 Prozent lagen Defizite mit einem Risiko für eine negative Folge vor, beispielsweise wurde die Schmerzsituation in der Maßnahmenplanung nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt, die versorgte Person erhielt aber dennoch eine wirksame Unterstützung. Bei 1,9 Prozent der Personen fanden die Prüfer eingetretene negative Folgen für die versorgten Personen. Bei diesen versorgten Personen wurden u. a. bei akuten Schmerzen keine Maßnahmen zur Schmerzlinderung durchgeführt oder eingeleitet.

Die folgende Qualitätsaussage liegt dem Qualitätsaspekt **2.3 Wundversorgung** zugrunde: *„Die Wunden der versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.“*

Der Qualitätsaspekt wurde bei 8,6 Prozent (1.627) der in die Prüfungen einbezogenen Personen geprüft. Bei diesen Personen lagen am häufigsten Druckgeschwüre und sonstige chronische Wunden vor. Bei 70,4 Prozent dieser Personen lagen keine Auffälligkeiten vor. Bei 5,3 Prozent lagen Auffälligkeiten ohne Risiken bzw. negative Folgen vor. Bei 14,3 Prozent haben die Prüferinnen und Prüfer Defizite mit Risiken für negative Folgen festgestellt, beispielsweise wurden Veränderungen der Wundsituation nicht mit der Ärztin oder dem Arzt besprochen. 12,1 Prozent der Personen hatten nach den Feststellungen der Prüfer Defizite mit eingetretenen negativen Folgen, z. B. Wundinfektionen bei einer nicht fachgerechten Wundversorgung.

Der Qualitätsaspekt **2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen** gründet auf folgender Qualitätsaussage: *„Versorgte Personen mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung versorgt. Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen liegen bei folgenden Situationen vor: Absaugen, Beatmung, MRSA-Besiedelung, Drainagen, suprapubischen Kathetern, perkutanen endoskopischen Gastrostomien (PEG), Stoma, Trachealkanülen, zentralen Venenkathetern.“*

Am häufigsten lagen suprapubische Katheter, Perkutane endoskopische Gastrostomien (PEG), Stoma und ein Bedarf zum Absaugen vor.

Tabelle 29:
Stationäre Pflege neu – Für den Qualitätsaspekt 2.4 relevante vorgefundene medizinisch-pflegerische Bedarfe

Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt:

Untersuchte Personen	18.842
	in Prozent
Absaugen	0,4
Versorgung mit Beatmungsgerät	0,3
Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose	0,2
Versorgung von Drainagen	0,1
Versorgung mit einem suprapubischen Katheter	1,9
Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)	1,8
Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma	0,8
Versorgung mit einer Trachealkanüle	0,4
Versorgung mit einem zentralen Venenkatheter	0,0

Der Qualitätsaspekt wurde bei 4,8 Prozent (901) der in die Qualitätsprüfungen einbezogenen Personen geprüft. Bei 87,8 Prozent wurden hier keine Auffälligkeiten festgestellt. Bei 4,4 Prozent lagen Auffälligkeiten ohne Risiken bzw. negative Folgen vor. 5,8 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner wiesen Defizite mit Risiken für negative Folgen auf. Hier fehlten beispielsweise wichtige Vorgaben zur Versorgung in der schriftlichen Maßnahmenplanung, etwa bei der Versorgung von Trachealkanülen Angaben zu erforderlichen Hilfsmitteln oder Angaben über die Häufigkeit und Art des Kanülenwechsels. Bei 2,7 Prozent der Personen haben die Prüfenden Defizite mit einer negativen Folge festgestellt, beispielsweise weil beim Absaugen oder bei der Stoma-Versorgung Hygieneanforderungen nicht berücksichtigt worden sind.

Der Qualitätsaspekt **2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen** bezieht sich auf therapiebedingte Anforderungen, die nicht unter die Bewertungen der anderen Qualitätsaspekte des Qualitätsbereiches 2 subsummiert werden können. Die Prüfer halten bei diesem Qualitätsaspekt fest, ob Auffälligkeiten oder Defizite vorliegen, die für die Beratung der Einrichtung oder für den Maßnahmenbescheid der Landesverbände der Pflegekassen relevant sein könnten. Eine vierstufige Bewertung wie bei den übrigen Qualitätsaspekten erfolgt nicht. Die Ergebnisse dieses Qualitätsaspektes, der sich auf die unterschiedlichsten behandlungspflegerischen Maßnahmen bezieht, werden nicht statistisch erfasst und ausgewertet.

Tabelle 30:

Stationäre Pflege neu – QB 2 Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
(Bewertung je Qualitätsaspekt in Prozent)

Untersuchte Personen		18.842				
Nr.	Qualitätsaspekt*	Qualitätsaspekt relevant bei	A) Keine Auffälligkeiten	B) Auffälligkeiten	C) Defizit mit Risiko	D) Defizit mit negativer Folge
2.1	Medikamentöse Therapie	98,8	80,8	5,5	10,7	5,3
2.2	Schmerzmanagement	61,1	85,0	6,3	7,0	1,9
2.3	Wundversorgung	8,6	70,4	5,3	14,3	12,1
2.4	Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen	4,8	87,8	4,4	5,8	2,7

*Mehrfachbewertung je Qualitätsaspekt möglich

3.6.1.3 Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

Zum Qualitätsbereich 3 gehören die folgenden Qualitätsaspekte:

- 3.1. Unterstützung bei der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung
- 3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation
- 3.3 Nächtliche Versorgung

Der Qualitätsaspekt **3.1. Unterstützung bei der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung** unterliegt folgender Qualitätsaussage: *Versorgte Personen mit beeinträchtigter Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung von Hilfsmitteln unterstützt. Der Qualitätsaspekt bezieht sich auf die Unterstützung beim Hören und Sehen.*

Der Qualitätsaspekt wurde bei 62,9 Prozent (11.850) der in die Qualitätsprüfungen einbezogenen Personen bewertet. Bei 92,3 Prozent dieser Personen lagen keine Auffälligkeiten vor. Bei 3,9 Prozent lagen Auffälligkeiten ohne Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person vor. Bei 3,0 Prozent dieser Bewohnerinnen und Bewohner lagen Defizite mit einem Risiko für eine negative Folge vor, so wurden zum Beispiel Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens nicht erkannt. Hingegen haben die Prüfer bei 0,8 Prozent dieser Personen Defizite mit eingetretenen negativen Folgen festgestellt. Hier waren benötigte Hilfsmittel nicht vorhanden, unzureichend angepasst oder nicht funktionsfähig.

Der Qualitätsaspekt **3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation** basiert auf der folgenden Qualitätsaussage: *Die versorgten Personen werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Der versorgten Person stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unter-*

stützt. Versorgte Personen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

Der Qualitätsaspekt wurde bei 79,2 Prozent (14.915) der in die Prüfungen einbezogenen Personen bewertet. Bei 91,3 Prozent dieser Personen lagen keine Auffälligkeiten vor. Bei 2,2 Prozent lagen Auffälligkeiten ohne Risiken oder negative Folgen vor. 5,0 Prozent dieser Personen wiesen Defizite mit einem Risiko für negative Folgen auf, etwa waren die Möglichkeiten zur Erfassung der Bedürfnisse der versorgten Person nicht genutzt worden und somit die Bedürfnisse nicht bekannt. Bei 1,7 Prozent dieser Bewohnerinnen und Bewohner haben die Prüferinnen und Prüfer Defizite mit eingetretenen negativen Folgen festgestellt. Bei diesen Personen wurden zum Beispiel von der versorgten Person gewünschte und geplante Aktivitäten aufgrund fehlender Unterstützung regelmäßig nicht durchgeführt oder Beschäftigungsangebote (z. B. Gesellschaftsspiele) wurden angeboten, ohne die bei den Bewohnerinnen und Bewohnern vorhandenen kognitiven Fähigkeiten zu berücksichtigen.

Der Qualitätsaspekt **3.3 Nächtliche Versorgung** basiert auf folgender Qualitätsaussage: *Die Einrichtung leistet auch in der Nacht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.*

Der Qualitätsaspekt wurde bei 77,5 Prozent (14.604) der in die Prüfungen einbezogenen Personen geprüft. Bei 90,0 Prozent lagen keine Auffälligkeiten vor. Bei 1,9 Prozent der Personen lagen Auffälligkeiten vor, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 6,7 Prozent dieser Personen haben die Prüferinnen und Prüfer Defizite mit einem Risiko für negative Folgen für die versorgte Person während der Nacht festgestellt, etwa weil verhaltensbedingte Risiken, z. B. nächtliches Umherirren aufgrund einer Desorientierung bei der Bedarfseinschätzung nicht erfasst worden sind. Bei 1,6 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner kamen die Prüferinnen und Prüfer zu dem Ergebnis, dass ein Defizit mit einer negativen Folge für die versorgte Person vorlag, sodass zum Beispiel die Körperpflege während der Nachtruhe gegen den Wunsch der versorgten Person erfolgte. Andere Bewohnerinnen und Bewohner wurden trotz der Fähigkeit, in Begleitung die Toilette nutzen zu können, in der Nacht mit Inkontinenzmaterialien versorgt.

Tabelle 31:

Stationäre Pflege neu – QB 3 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte
(Bewertung je Qualitätsaspekt in Prozent)

Untersuchte Personen		18.842				
Nr.	Qualitätsaspekt*	Qualitätsaspekt relevant bei	A) Keine Auffälligkeiten	B) Auffälligkeiten	C) Defizit mit Risiko	D) Defizit mit negativer Folge
3.1	Unterstützung bei der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung	62,9	92,3	3,9	3,0	0,8
3.2	Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation	79,2	91,3	2,2	5,0	1,7
3.3	Nächtliche Versorgung	77,5	90,0	1,9	6,7	1,6

*Mehrfachbewertung je Qualitätsaspekt möglich

3.6.1.4 Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

Zum Qualitätsbereich 4 gehören die folgenden Qualitätsaspekte:

- 4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug
- 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten
- 4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen
- 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Dem Qualitätsaspekt **4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug** wurde die folgende Qualitätsaussage hinterlegt: *Die versorgte Person wurde während der Eingewöhnung in die neue Lebensumgebung zielgerichtet unterstützt.*

Dieser Qualitätsaspekt wird nur geprüft, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten 12 Monate vor der Prüfung in die Einrichtung eingezogen ist. Dies traf auf 29,7 Prozent (5.590) der in die Qualitätsprüfungen einbezogenen Personen zu. Keine Auffälligkeiten lagen bei diesem Qualitätsaspekt bei 86,7 Prozent der Personen vor. Bei 3,9 Prozent der Personen haben die Prüferinnen und Prüfer Auffälligkeiten festgestellt, die mit keinen Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person verbunden waren. Bei 7,7 Prozent dieser Personen lagen Defizite mit einem Risiko für negative Folgen für die versorgte Person vor. Bei diesen Personen wurden unter anderem Informationen zu einem Versorgungsbedarf, der sofortige Reaktionen erforderlich macht, nicht spätestens innerhalb von 24 Stunden nach dem Einzug erfasst (z. B. Medikation, Verhaltensweisen mit Selbst- oder Fremdgefährdungspotenzial, problematischer Hautzustand). 2,1 Prozent dieser Bewohnerinnen und Bewohner wiesen Defizite mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person auf. Hier wurde zum Beispiel überhaupt keine Unterstützung zur Eingewöhnung durch die Pflegeeinrichtung geleistet, etwa bei einer Bewohnerin, die aufgrund deutlicher Eingewöhnungsprobleme eine depressive Verstimmung und Appetitlosigkeit entwickelt hatte.

Der Qualitätsaspekt **4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten** basiert auf der folgenden Qualitätsaussage: *Die Pflegeeinrichtung leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag, im Falle notwendiger Krankenhausaufenthalte die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Belastungen der versorgten Person im Krankenhaus zu vermeiden.*

Der Qualitätsaspekt wird nur geprüft, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten sechs Monate vor der Qualitätsprüfung in einem Krankenhaus behandelt wurde. Dies traf bei 20,1 Prozent (3.793) der in die Prüfung einbezogenen Personen zu. Bei diesen Personen wurde der Qualitätsaspekt geprüft. Unberücksichtigt blieben bei diesem Qualitätsaspekt geplante Krankenhausaufenthalte zwecks diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, die auch andernorts (z. B. Facharztpraxis) durchgeführt werden könnten und die nicht länger als einen Tag andauern haben. Bei 88,3 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Personen lagen keine Auffälligkeiten vor. Bei 1,6 Prozent dieser Bewohnerinnen und Bewohner lagen Auffälligkeiten ohne Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person vor. 7,6 Prozent dieser Personen wiesen Defizite mit einem Risiko für negative Folgen für die versorgte Person auf, beispielsweise wurde die Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation nach Rückkehr der versorgten Person nicht angepasst, obwohl sich der individuelle Pflegebedarf verändert hatte. Bei 2,8 Prozent dieser Personen haben die Prüferinnen und Prüfer Defizite mit eingetretenen negativen Folgen festgestellt, zum Beispiel wurde die erforderliche Unterstützung nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus nicht an den aktuellen Bedarf angepasst, etwa bei der Medikation.

Dem Qualitätsaspekt **4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen** liegt folgende Qualitätsaussage zugrunde: *Versorgte Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung.*

Der Qualitätsaspekt wird nur bei Personen geprüft, die herausfordernd erlebtes Verhalten oder psychische Problemlagen zeigen. Dies traf für 22,8 Prozent (4.305) der in die Prüfungen einbezogenen Personen zu. Bei 86,2 Prozent dieser Personen haben die Prüferinnen und Prüfer keine Auffälligkeiten festgestellt. Bei 3,6 Prozent dieser Personen lagen Auffälligkeiten vor, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Defizite mit einem Risiko für eine negative Folge haben die Prüferinnen und Prüfer bei 7,8 Prozent dieser Personen festgestellt. Bei diesen Personen erfolgte zum Beispiel keine Bewertung, inwieweit die Verhaltensweisen für die versorgte Person ein Problem darstellen. Es wiesen 2,5 Prozent dieser Personen Defizite mit eingetretenen negativen Folgen auf, zum Beispiel reagierte die Einrichtung ausschließlich mit aktivitätsbegrenzenden Maßnahmen, obwohl andere Ansätze zur Unterstützung der versorgten Person noch nicht zur Anwendung kamen und ihr Nutzen noch nicht bewertet wurde.

Der Qualitätsaspekt **4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen** basiert auf der folgenden Qualitätsaussage: *Der Einsatz von Gurtfixierungen, Bettseitenteilen und anderen Fixierungen wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.*

Der Qualitätsaspekt wird nur bearbeitet, wenn freiheitsentziehende Maßnahmen bei der versorgten Person aktuell eingesetzt werden oder in den letzten vier Wochen vor der Prüfung eingesetzt wurden. Dies traf auf 6,9 Prozent (1.304) der in die Prüfungen einbezogenen Personen zu. Bei 89,3 Prozent dieser Personen lagen keine Auffälligkeiten vor. Bei 2,4 Prozent dieser Personen lagen Auffälligkeiten vor, die keine Risiken oder Defizite für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 5,2 Prozent dieser Personen lagen Defizite vor, die mit einem Risiko für eine negative Folge für die versorgte Person verbunden waren. Dies betraf beispielsweise Situationen, in denen potentielle Gefährdungen durch den Einsatz von schadhafte Polsterungen eines Gurtsystems nicht beachtet worden sind, jedoch noch keine negative Folge (z. B. Druckstellen) eingetreten ist. 3,5 Prozent dieser Personen wiesen ein Defizit mit einer negativen Folge für die versorgte Person auf. Bei diesen Personen war die Begründung für den Einsatz der durchgeführten freiheitsentziehenden Maßnahmen nicht nachvollziehbar, oder ein vermeintlicher Wunsch der versorgten Person, durchgehende Bettseitenteile einzusetzen, wurde nicht durch die versorgte Person selbst bestätigt (bei kognitiv unbeeinträchtigten Personen). Es ist auch vorgekommen, dass keine Begleitung/Überwachung einer Gurtfixierung nachgewiesen werden konnte.

Tabelle 32:

Stationäre Pflege neu – QB 4 Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
(Bewertung je Qualitätsaspekt in Prozent)

Untersuchte Personen		18.842				
Nr.	Qualitätsaspekt*	Qualitätsaspekt relevant bei	A) Keine Auffälligkeiten	B) Auffälligkeiten	C) Defizit mit Risiko	D) Defizit mit negativer Folge
4.1	Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug	29,7	86,7	3,9	7,7	2,1
4.2	Überleitung bei Krankenhausaufenthalt	20,1	88,3	1,6	7,6	2,8
4.3	Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen	22,8	86,2	3,6	7,8	2,5
4.4	Freiheitsentziehende Maßnahmen	6,9	89,3	2,4	5,2	3,5

*Mehrfachbewertung je Qualitätsaspekt möglich

3.6.1.5 Qualitätsbereich 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen

Zum Qualitätsbereich 5 gehören folgende Qualitätsaspekte:

- 5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen
- 5.2 Biografieorientierte Unterstützung
- 5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen
- 5.4 Hilfsmittelversorgung
- 5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

Unter bedarfsübergreifenden fachlichen Anforderungen sind Aspekte zu verstehen, die für die Qualität bei den einzelnen in die Prüfung einbezogenen Bewohnern bereits eine Bedeutung hatten. Beispielsweise ist die Hilfsmittelversorgung u. a. relevant für die Mobilität, Ernährung und die Ausscheidung. Die Bewertungen der Qualitätsaspekte des Qualitätsbereiches 5 gründen somit auf den festgestellten Defiziten aus den Qualitätsbereichen 1 bis 4. Eine zusätzliche Erhebung ist nicht vorgesehen. Ziel dieser bedarfsübergreifenden Qualitätsaspekte ist es, für die Ergebnisse, die individuell bei den Bewohnern einer Pflegeeinrichtung festgestellt worden sind, deutlich zu machen, wie die Einrichtung beispielsweise mit Risiken und Gefährdungen der Bewohner insgesamt umgeht. Eine vierstufige Bewertung wie bei den Qualitätsaspekten der Qualitätsbereiche 1 bis 4 erfolgt nicht.

Der bedarfsübergreifende Qualitätsaspekt **5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen** basiert auf folgender Qualitätsaussage: *Gesundheitliche Risiken und Gefährdungen der versorgten Person werden zuverlässig eingeschätzt. Entsprechend der individuellen Risikosituation werden Maßnahmen*

zur Reduzierung von Risiken und zur Vermeidung von Gefährdungen unter Beachtung der Bedürfnisse der versorgten Person geplant und umgesetzt.

Bei 54,8 Prozent der 2.126 Pflegeeinrichtungen haben die Prüferinnen und Prüfer bei diesem Qualitätsaspekt bei mindestens einer versorgten Person mindestens ein Qualitätsdefizit festgestellt. Das bedeutet, dass insbesondere bei der Mobilität, der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, der Körperpflege, der Wundversorgung, der medikamentösen Therapie oder der Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen Risiken oder Gefährdungen vorlagen, denen die Einrichtungen nicht adäquat im Sinne einer Risikoreduzierung oder -vermeidung begegnet sind. Beispielsweise leitete eine Pflegeeinrichtung bei einem bestehenden Selbstpflegedefizit aufgrund Multipler Sklerose mit spastischer Tetraparese trotz unerwünschten relevanten Gewichtsverlustes keine Maßnahmen zur Vermeidung eines weiteren Gewichtsverlustes oder zur Stabilisierung des Gewichtes ein. In der gleichen Prüfung war bei einem anderen Bewohner zwar ein Dekubitusrisiko eingeschätzt worden, es erfolgten jedoch keine Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus und es sind zwei Druckgeschwüre entstanden. Ebenso kam es bei mehreren Bewohnern dieser Einrichtung vor, dass die Medikamentengabe nicht der ärztlichen Anordnung entsprach.

Diese Beispiele zeigen, dass hier sogenannte C- und D-Defizite aus einer Vielzahl anderer Qualitätsaspekte in die Bewertung einfließen. Dies erklärt auch den relativ hohen Anteil der festgestellten Defizite.

Der bedarfsübergreifende Qualitätsaspekt **5.2 Biografieorientierte Unterstützung** fußt auf der folgenden Qualitätsaussage: *Die Unterstützung der versorgten Personen orientiert sich an individuell bedeutsamen Ereignissen oder Erfahrungen im Lebensverlauf. Die persönlichen Bezüge der versorgten Person zu solchen Ereignissen und Erfahrungen werden genutzt, um den Alltag bedürfnisgerecht zu gestalten, positive Emotionen zu fördern und – insbesondere bei kognitiv beeinträchtigten Personen – die Bereitschaft zu Kommunikation und Aktivität zu fördern.*

Bei 19,9 Prozent der 2.126 Pflegeeinrichtungen lag hier bei mindestens einer versorgten Person mindestens ein Qualitätsdefizit vor. Diese Defizite können unter anderem Auswirkungen haben auf die Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation, bei der Eingewöhnungsphase sowie bei herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen. So wurden beispielsweise bei einer Bewohnerin einer Pflegeeinrichtung keine Aufenthalte im Freien geplant und angeboten, obwohl aus der Biografie der Bewohnerin tägliche Spaziergänge ersichtlich waren. Bei anderen Bewohnern dieser Einrichtung zeigte sich, dass deren Interessen und Vorlieben bei den geplanten Beschäftigungsangeboten unberücksichtigt blieben.

Der bedarfsübergreifende Qualitätsaspekt **5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen** basiert auf folgender Qualitätsaussage: *Grundlegende Hygieneanforderungen werden eingehalten und umgesetzt.*

Bei 11,8 Prozent der 2.126 Pflegeeinrichtungen lag bei diesem Qualitätsaspekt bei mindestens einer Person mindestens ein Qualitätsdefizit vor. Solche Qualitätsdefizite können sich insbesondere ergeben bei der Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung, der Körperpflege, der Wundversorgung oder bei anderen besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen. Hier wurde beispielsweise bei einer Bewohnerin eine chronische Wunde unsteril versorgt.

Dem bedarfsübergreifenden Qualitätsaspekt **5.4 Hilfsmittelversorgung** liegt folgende Qualitätsaussage zugrunde: *Die Einrichtung leistet für die versorgte Person eine fachgerechte Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln.*

Bei 13,4 Prozent der 2.126 Pflegeeinrichtungen wurde bei diesem Qualitätsaspekt bei mindestens einer Person mindestens ein Qualitätsdefizit festgestellt. Diese Defizite können unter anderem im Zusammenhang stehen mit der Unterstützung im Bereich der Mobilität, der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung, der Körperpflege, Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung oder der Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug. Hier waren zum Beispiel erforderliche Hilfsmittel für die Fortbewegung oder für das Essen für Bewohner nicht verfügbar oder nicht einsatzfähig.

Der bedarfsübergreifende Qualitätsaspekt **5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit** basiert auf der folgenden Qualitätsaussage: *Die Einrichtung gewährt den Schutz von Persönlichkeitsrechten und die Unversehrtheit der versorgten Person.*

Bei 11,6 Prozent der 2.126 Pflegeeinrichtungen wurde bei diesem Qualitätsaspekt bei mindestens einer Person mindestens ein Qualitätsdefizit festgestellt. Diese Defizite können insbesondere im Zusammenhang mit der Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung, der Körperpflege, freiheitsentziehenden Maßnahmen oder der Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen stehen. Ein Beispiel hierfür ist die Versorgung eines Bewohners mit Inkontinenzmaterial in der Nacht, obwohl dieser die Fähigkeit und den Wunsch hat, mit personeller Unterstützung die Toilette aufzusuchen.

Tabelle 33:
Stationäre Pflege neu – QB 5 Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen
(Bewertung je Qualitätsaspekt in Prozent)

Geprüfte Einrichtungen		18.842
		Anteil Einrichtungen, bei denen mindestens ein Qualitätsdefizit bei mindestens einer versorgten Person festgestellt wurde
Nr.	Qualitätsaspekt	
5.1	Abwehr von Risiken und Gefährdungen	54,8
5.2	Biografieorientierte Unterstützung	19,9
5.3	Einhaltung von Hygieneanforderungen	11,8
5.4	Hilfsmittelversorgung	13,4
5.5	Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit	11,6

3.6.2 Einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Der Qualitätsbereich 6 umfasst einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte. Dem Qualitätsbereich sind die folgenden Qualitätsaspekte zugeordnet:

- 6.1 Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft
- 6.2 Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen
- 6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Diese Qualitätsaspekte sind wiederum mit Kriterien unterlegt. Bei diesen Kriterien wird bewertet, ob diese erfüllt (ja) oder nicht erfüllt sind (nein).

Im Vergleich zu den anderen einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekten zeigen sich bei zwei Qualitätskriterien des Qualitätsaspektes **6.2 Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen** geringere Erfüllungsgrade. Vergleichsweise schlechtere Erfüllungsgrade lagen bei folgenden Kriterien vor:

- Gibt es Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z. B. Palliativdienste, Hospizinitiativen) und namentlich bekannte Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für solche Einrichtungen? (86,3 Prozent erfüllt)
- Ist konzeptionell geregelt, dass Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sind und jederzeit verfügbar sind? (90,2 Prozent erfüllt)

Auf eine differenzierte textliche Ergebnisdarstellung zu den weiteren Qualitätsaspekten dieses Qualitätsbereiches wird verzichtet. Die Ergebnisse können dem Tabellenanhang entnommen werden.

4

QUALITÄTSPRÜFUNGEN UND ERGEBNISSE IN DER AMBULANTEN PFLEGE



4.1 Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der ambulanten Pflege

Für das Jahr 2019 liegen Daten aus 13.519 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten vor. Der weit überwiegende Anteil der Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten erfolgte mit 96,3 Prozent als Regelprüfung. Der Anteil der Anlassprüfungen lag bei 2,6 Prozent, der der Wiederholungsprüfungen bei 1,2 Prozent. Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum (2016) hat damit der Anteil der Anlass- und Wiederholungsprüfungen insgesamt um 1,4 Prozent zugenommen.

Tabelle 34:
Ambulante Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfart

	2016	2019
Geprüfte Pflegedienste	12.810	13.519
davon:	in Prozent	in Prozent
Regelprüfungen	97,6	96,3
Anlassprüfungen	2,0	2,6
Wiederholungsprüfungen	0,4	1,2

Die meisten Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste durch die MDK oder den PKV-Prüfdienst wurden ohne die Beteiligung anderer Institutionen durchgeführt (92,5 Prozent). Bei 3,5 Prozent der Prüfungen waren Mitarbeiter eines Trägerverbandes anwesend.

Tabelle 35:
Ambulante Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen

Geprüfte Pflegedienste	13.519	
An der Prüfung beteiligte Institutionen*	Anzahl	in Prozent
keine	12.510	92,5
Pflegekasse	34	0,3
Sozialhilfeträger	5	0,0
Gesundheitsamt	1	0,0
Trägerverband	469	3,5
sonstige	524	3,9

*Mehrfachnennungen möglich

4.2 Strukturdaten der geprüften ambulanten Pflegedienste und die in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen

Von den im Jahr 2019 geprüften ambulanten Pflegediensten befanden sich 66,8 Prozent in privater, 31,9 Prozent in freigemeinnütziger und 0,9 Prozent in öffentlicher Trägerschaft. Damit entspricht die Verteilung der geprüften ambulanten Pflegedienste differenziert nach Trägerarten weitestgehend der Verteilung der Gesamtheit aller bundesweit zugelassenen ambulanten Pflegedienste, wie sie das Statistische Bundesamt für 2019 ausgewiesen hat (Statistisches Bundesamt 2020c). Von den geprüften ambulanten Pflegediensten verfügte ein Anteil von 4,0 Prozent über eine Zertifizierung, z. B. nach DIN EN ISO 9001:2015. Der Anteil geprüfter zertifizierter Einrichtungen ist damit im Vergleich zum Berichtszeitraum 2016 mit 1,0 Prozent weiterhin leicht rückläufig.

Tabelle 36:

Ambulante Pflege – Geprüfte Pflegedienste nach Trägerart, Zertifizierung und Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie

Geprüfte Einrichtungen	13.519	
Trägerart	Anzahl	in Prozent
privat	9.029	66,8
freigemeinnützig	4.307	31,9
öffentlich	121	0,9
nicht zu ermitteln	62	0,5
zertifizierte Einrichtungen	540	4,0
mindestens eine versorgte Person mit spezieller Krankenbeobachtung*	1.197	8,9

*neues Erhebungskriterium in Fassung der QPR Ambulante Pflege vom 27. September 2017

Von den durch die ambulanten Pflegedienste versorgten Personen erhielten 19,5 Prozent ausschließlich Leistungen nach dem SGB XI. Im Vergleich zum letzten Bericht ist dies eine Steigerung um 4,0 Prozent. Ein Anteil von 28,3 Prozent der versorgten Personen erhielt Leistungen nach dem SGB XI und nach § 37 SGB V. Zusätzlich erhielt ein Anteil von 29,5 Prozent der Personen ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Das sind die Personengruppen, die in die Qualitätsprüfungen einbezogen werden. Bei 22,7 Prozent der betreuten Personen handelte es sich um Personen, die sonstige Leistungen (SGB XII oder Selbstzahler) erhielten. Letzterer Personenkreis wird nicht in die Prüfungen einbezogen.

Tabelle 37:
Ambulante Pflege – Leistungsarten der betreuten Personen

Betreute Personen	1.450.084	
Leistungsempfang	Anzahl	in Prozent
ausschließlich SGB XI	282.758	19,5
ausschließlich SGB V	427.333	29,5
SGB XI und SGB V	410.469	28,3
sonstige	329.524	22,7

Von den in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen waren 22,6 Prozent zwischen 65 bis unter 80 Jahre, 47,9 Prozent zwischen 80 bis unter 90 Jahre und 22,6 Prozent 90 Jahre und älter. 7,1 Prozent der Personen waren jünger als 65 Jahre.

Am häufigsten wurden mit 38,7 Prozent versorgte Personen mit dem Pflegegrad 2 in die Prüfung einbezogen, gefolgt von Personen mit dem Pflegegrad 3 (36,4 Prozent) sowie dem Pflegegrad 4 (16,2 Prozent). Den Pflegegrad 5 hatten 7,1 Prozent der einbezogenen versorgten Personen. Personen mit einem Unterstützungsbedarf unterhalb des Pflegegrades 2 werden in der Regel nicht in die Prüfung einbezogen. Dass 1,6 Prozent der Personen mit einem Pflegegrad 1 oder keinem Pflegegrad in die Prüfung einbezogen wurden, ist auf die Erweiterung der Stichprobenregelung zum Einbezug einer versorgten Person mit aufwändiger Behandlungspflege zurückzuführen.

Tabelle 38:
Ambulante Pflege – Einbezogene Personen nach nach Pflegegraden (in Prozent)

Untersuchte Personen	86.716
Pflegegrad	
kein Pflegegrad	1,4
Pflegegrad 1	0,2
Pflegegrad 2	38,7
Pflegegrad 3	36,4
Pflegegrad 4	16,2
Pflegegrad 5	7,1

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege wurden unter anderem in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulante Pflege nach §§ 114 ff SGB XI in der Fassung vom 27. September 2017 spezifische Prüfkriterien für die Versorgung von Personen mit einem entsprechenden Unterstützungsbedarf in den Prüfkatalog aufgenommen. Diese beziehen sich auf die Leistung der speziellen Krankenbeobachtung gemäß Ziffer 24 der HKP-Richtlinie im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Ambulante Pflegedienste, die die Leistung spezielle Krankenbeobachtung erbringen, haben sich häufig auf die Versorgung von Personen spezialisiert, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit

eine sofortige pflegerische bzw. ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich ist und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können. Dies betrifft insbesondere Personen, die erhebliche Einschränkungen in der selbständigen Atmung haben und daher auf Beatmung und engmaschige Überwachung angewiesen sind.

Insgesamt 8,9 Prozent (1.197) der geprüften Pflegedienste gaben an, mindestens eine Person mit spezieller Krankenbeobachtung (Ziffer 24 der HKP-Richtlinie) zu versorgen. Für 1.075 Regelprüfungen liegen Angaben darüber vor, wie viele Personen in welchen Versorgungssettings eine spezielle Krankenbeobachtung erhalten. Demnach versorgen diese 1.075 Pflegedienste 10.303 Personen mit einem Bedarf an spezieller Krankenbeobachtung. Nach Angaben der Pflegedienste erfolgte die Versorgung bei den meisten Personen mit 56,6 Prozent in deren eigener Häuslichkeit, mit 38,9 Prozent in einer Wohngemeinschaft und mit 4,5 Prozent im betreutem Wohnen oder sonstigen Wohnformen.

Tabelle 39:
Versorgungssituation bei spezieller Krankenbeobachtung in geprüften Pflegediensten mit mindestens einer versorgten Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ der HKP-Richtlinie

Anzahl Pflegedienste mit mindestens einer versorgten Person mit spezieller Krankenbeobachtung*	1.075
versorgte Personen*	10.303
Ort der Versorgung über alle Prüfungsarten verteilt	in Prozent
in der eigenen Häuslichkeit	56,6
in einer Wohngemeinschaft	38,9
in betreutem Wohnen	2,9
sonstige Wohnformen	1,6

*Regelprüfungen und nach Angaben der Pflegedienste

4.3 Ergebnisse in der ambulanten Pflege

Im Zentrum der Qualitätsprüfungen durch die MDK bzw. den PKV-Prüfdienst steht die Überprüfung der Versorgungsqualität bei den Versicherten. Bei den 13.519 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten wurde im Jahr 2019 die Versorgungsqualität bei 86.716 in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen überprüft. Dabei ist zu beachten, dass aufgrund der Stichprobenzusammensetzung bei einem kleinen Teil der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen nur die Kriterien zur häuslichen Krankenpflege geprüft worden sind. Daher ist bei den Kriterien zur Qualität der Pflege nach SGB XI (81.502) eine geringere Stichprobengröße ausgewiesen. Im Jahr 2016 wurden 12.810 Qualitätsprüfungen durchgeführt und die Versorgungsqualität bei 70.538 Personen überprüft.

4.3.1 Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der ambulanten Pflege

4.3.1.1 Behandlungspflege

63,8 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Personen erhielten neben den Leistungen des SGB XI auch Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Mit 40,0 Prozent erfolgte am häufigsten die Medikamentengabe, bei 30,2 Prozent der einbezogenen versorgten Personen wurden Kompressionsstrümpfe oder -verbände angelegt und bei 15,9 Prozent war aufgrund einer Schmerztherapie ein pflegerisches Schmerzmanagement erforderlich. Von den einbezogenen versorgten Personen erhielten 12,5 Prozent Injektionen. Bei 10,3 Prozent der versorgten Personen war die Versorgung einer chronischen Wunde bzw. eines Dekubitus ärztlich verordnet. Bei 5,6 Prozent der Personen wurden Blutzuckermessungen durchgeführt.

Die übrigen Leistungen der Behandlungspflege gemäß der HKP-Richtlinie wurden jeweils bei weniger als 5 Prozent der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen durchgeführt.

An dieser Stelle wurden die Ergebnisse zu den Kriterien herausgestellt, die für die Versorgungsqualität der versorgten Personen besonders relevant sind. Dabei handelt es sich um die folgenden sechs Kriterien¹²:

- 9.8/T22 Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
- 9.16/T19 Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Anordnung?
- 9.19/T23 Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?
- 9.23 Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?
- 9.29/T18 Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
- 9.32/T24 Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?

¹² Die Nummern vor den Fragen beziehen sich auf die Fragennummern im Erhebungsbogen zur Prüfung laut Anlage zu den QPR Ambulante Pflege in der Fassung vom 27. September 2017 bzw. (T) auf die Nummer der Transparenzkriterien.

Die vollständigen Ergebnisse werden im Tabellenanhang zur Verfügung gestellt.

Bei 5,6 Prozent (4.582) der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen lag eine ärztliche Verordnung zur Blutzuckermessung vor. Hier war das Kriterium, **ob die Blutzuckerversorgung der ärztlichen Verordnung entspricht** (Frage 9.8, Transparenzkriterium 22) und ob **sie ausgewertet und hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen werden**. Das Kriterium war bei 92,7 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Personen erfüllt (2016: 92,3 Prozent). Bei 7,3 Prozent der einbezogenen versorgten Personen war das Kriterium nicht erfüllt, das bedeutet z. B., dass bei relevanten Abweichungen von den Sollblutzuckerwerten keine Information an die Ärztin bzw. den Arzt erfolgte oder die Insulindosis nicht nach ärztlicher Anordnung angepasst worden ist.

Bei 40,0 Prozent (32.878) der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen lag eine ärztliche Verordnung zur Medikamentengabe vor. Bei diesen war somit das Kriterium, ob **die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung entspricht**, relevant (Frage 9.16, Transparenzkriterium 19). Bei 91,1 Prozent der versorgten Personen mit einer Medikamentenverordnung war das Kriterium erfüllt (2016: 88,3 Prozent), das bedeutet, die Medikamentengabe erfolgte nach der ärztlichen Verordnung, die Medikamentengabe war korrekt dokumentiert und es wurden nur die Medikamente verabreicht, für die eine ärztliche Verordnung vorlag. Bei der Verwendung von Generika war sichergestellt, dass das verwendete Präparat der ärztlichen Verordnung entsprach. Bei 8,9 Prozent dieser Personen war das Kriterium jedoch nicht erfüllt, das bedeutet, es wurden z. B. Medikamente verabreicht, für die keine ärztliche Verordnung vorlag oder es wurden Medikamente mit falscher Wirkstoffkonzentration verabreicht. Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum (2016) ist hier eine Verbesserung zu verzeichnen.

Bei 12,5 Prozent (10.247) der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen waren **Injektionen**, meist Insulin oder subkutane Injektionen zur Thromboseprophylaxe verordnet. Mit der zu dieser Leistung zugehörigen Frage wird überprüft, ob die verordnete **Leistung entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert** wird (Frage 9.19, Transparenzkriterium 23). Das Kriterium war bei 90,3 Prozent der betreffenden versorgten Personen erfüllt (2016: 90,7 Prozent). Bei 9,7 Prozent der Personen, bei denen Injektionen durch den Pflegedienst durchgeführt wurden, erfolgten diese nicht im verordneten Umfang, die Durchführungsdokumentation war lückenhaft oder bei Komplikationen (z. B. kritische Blutzuckerschwankungen) erfolgte keine Information an die Ärztin bzw. den Arzt.

Bei 15,9 Prozent (13.055) der versorgten Personen, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, war aufgrund einer ärztlichen Anordnung die Gabe von Schmerzmedikamenten durch den Pflegedienst erforderlich (Positionen 18, 19 oder 26 des Leistungsverzeichnisses zur Verordnung häuslicher Krankenpflege). In diesem Zusammenhang ist es notwendig, dass vom Pflegedienst eine **systematische Schmerzeinschätzung** durchgeführt wird, auf deren Basis der Ärztin bzw. dem Arzt ggf. Hinweise zur Anpassung der Schmerztherapie gegeben werden können (Prüfrage 9.23). Bei 74,5 Prozent der betroffenen versorgten Personen war dieses Kriterium erfüllt (2016: 75,3 Prozent), bei 25,5 Prozent dieser Personen war das Kriterium nicht erfüllt. Eine systematische Schmerzeinschätzung ist aber notwendig, damit eine ggf. erforderliche Anpassung der Schmerzmedikation durch die Ärztin bzw. den Arzt erfolgen kann.

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen wird erfasst, ob bei den in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen eine **chronische Wunde** vorliegt, etwa ein Dekubitus. Bei 4,1 Prozent (3.355) der Personen lag ein Dekubitus vor. Ein Ulcus cruris lag bei 3,2 Prozent (2.661) der einbezogenen versorgten Personen vor, bei 0,6 Prozent (492) bestand ein diabetisches Fußsyndrom und 2,8 Pro-

zent (2.302) der Personen hatten sonstige chronische Wunden, z. B. eine sekundär heilende OP-Wunde. 1,0 Prozent (861) der versorgten Personen wiesen zudem nicht chronische Wunden auf, also Wunden die innerhalb von vier bis zwölf Wochen nach Wundentstehung verheilen.¹³

Tabelle 40:
Ambulante Pflege – Versorgte Personen mit chronischen Wunden

Untersuchte Personen	82.285	
davon*	Anzahl	in Prozent
mit Dekubitus	3.355	4,1
mit Ulcus cruris	2.661	3,2
mit diabetischem Fußsyndrom	492	0,6
mit sonstigen chronischen Wunden	2.302	2,8
mit sonstigen nicht chronischen Wunden	861	1,0

*Mehrfachnennungen möglich

Bei 10,3 Prozent (8.504) der Personen, die in die Prüfung einbezogen worden sind, lag eine ärztliche Verordnung für eine Wundversorgung vor (2016: 5,2 Prozent). Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass sich aufgrund einer Änderung des Stichprobenverfahrens der Anteil der mittels Zufallsstichprobe in die Prüfungen einbezogenen Personen mit einer Wundversorgung im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum deutlich erhöht hat. Bei den versorgten Personen wurde überprüft, ob die **Wundversorgung unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des Wissens** erfolgte (Frage 9.29, Transparenzkriterium 18). Bei 82,5 Prozent der betroffenen Personen war das Kriterium erfüllt (2016: 86,9 Prozent), bei 17,5 Prozent dieser Personen war das Kriterium nicht erfüllt, das heißt z. B., dass die Prinzipien der Druckentlastung (bei Dekubitus) oder der Kompression (bei Ulcus cruris venosum) nicht berücksichtigt, hygienische Grundsätze missachtet wurden (z. B. keine sterile Wundabdeckung) oder trotz Erfordernis keine feuchte Wundabdeckung erfolgte. Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum (2016) ist eine Verschlechterung in der Wundversorgung unter Berücksichtigung des aktuellen Wissenstands deutlich.

Ein weiteres Kriterium, das bei Qualitätsprüfungen im Bereich der Behandlungspflege überprüft wird, ist die **sachgerechte Anlage von Kompressionsstrümpfen oder -verbänden** (Frage 9.32, Transparenzkriterium 24). Diese Leistung wurde bei 30,2 Prozent (24.811) der versorgten Personen, bei denen die Versorgungsqualität überprüft wurde, aufgrund einer ärztlichen Verordnung durch die Pflegedienste erbracht. Das Kriterium ist erfüllt, wenn das Anlegen der Verbände oder Strümpfe im Liegen bei entstaute und abgeschwollenen Beinen erfolgt, Kompressionsverbände immer in Richtung des Körperrumpfes gewickelt werden und der Kompressionsstrumpf bzw. -verband beim Anlegen faltenfrei ist. Erfüllt war dieses Kriterium bei 93,4 Prozent der betreffenden Personen (2016: 91,9 Prozent), hingegen war das Kriterium bei 6,6 Prozent dieser Personen nicht erfüllt. Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum (2016) ist hier eine leichte Verbesserung eingetreten.

¹³ Ein Vergleich der Daten mit dem letzten Bericht ist aufgrund des geänderten Stichprobenverfahrens in der Fassung der QPR Ambulante Pflege vom 27. September 2017 nicht möglich. Demnach wird die Zufallsstichprobe erweitert, wenn in dieser nicht mindestens eine Person mit einer aufwendigeren Behandlungspflege (z. B. Versorgung chronischer Wunden) vorhanden ist.

Tabelle 41:
Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien der Behandlungspflege
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		2016		2019	
		70.538		82.285	
		Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
9.8/T22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	5,8	92,3	5,6	92,7
9.16/T19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Anordnung?	43,0	88,3	40,0	91,1
9.19/T23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	12,6	90,7	12,5	90,3
9.23	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?*	16,4	75,3	15,9	74,5
9.29/T18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	5,2	86,9	10,3	82,5
9.32/T24	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?*	27,6	91,9	30,2	93,4

*redaktionell abgeändertes Prüfkriterium in Fassung der QPR Ambulante Pflege vom 27. September 2017

4.3.1.2 Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege wurden unter anderem in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien Ambulante Pflege nach §§ 114 ff SGB XI in der Fassung vom 27. September 2017 spezifische Prüfkriterien für die Versorgung von Personen mit einem entsprechenden Unterstützungsbedarf in den Prüfkatalog aufgenommen. Diese beziehen sich auf die Leistung der speziellen Krankenbeobachtung gemäß Ziffer 24 der HKP-Richtlinie im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Hinsichtlich der strukturellen Anforderungen an die Pflegedienste war bis zur Ergänzung der Bundesrahmenempfehlungen zu den nach § 132a Abs. 1 Satz 5 SGB V genannten Regelungen für die spezielle Krankenbeobachtung der aktuelle Stand des Wissens Bewertungsmaßstab, insbesondere die S2K-Leitlinie Nichtinvasive und Invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. 2017). Die Bewertung der Prüfergebnisse durch die Pflegekasse bzw. die Landesverbände der Pflegekassen erfolgt anhand der gesetzlichen und untergesetzlichen Normen sowie der vertraglichen Vereinbarungen mit dem Pflegedienst.

Ambulante Pflegedienste, die die Leistung spezielle Krankenbeobachtung erbringen, haben sich häufig auf die Versorgung von Personen spezialisiert, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine sofortige pflegerische bzw. ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich ist und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können. Dies betrifft insbesondere Personen, die erhebliche Einschränkungen in der selbständigen Atmung haben und daher auf Beatmung und engmaschige Überwachung angewiesen sind.

Von den im Jahr 2019 geprüften ambulanten Pflegediensten haben 1.197 Pflegedienste Leistungen der speziellen Krankenbeobachtung bei mindestens einer Person erbracht. Bei diesen Pflegediensten wurde die spezielle Krankenbeobachtung bei 1.829 Personen geprüft. Für den Berichtszeitraum 2019 liegen aufgrund der geänderten Fassung der Prüfgrundlagen zu 2016 keine Vergleichsdaten vor.

An dieser Stelle werden die Ergebnisse zu den Kriterien herausgestellt, die für die Versorgungsqualität versorgter Personen mit Blick auf die Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung – u. a. auch vor dem Hintergrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020– besonders relevant sind. Dabei handelt es sich um die nachfolgenden Kriterien¹⁴:

- 10.3 Ist in der eigenen Häuslichkeit für den verordneten Zeitraum der speziellen Krankenbeobachtung ständig eine Pflegefachkraft anwesend?
- 10.4 Entspricht der Einsatz des Personals bei der versorgten Person in der Wohngemeinschaft den vertraglichen Vereinbarungen?
- 10.5 Verfügen alle Pflegefachkräfte, die selbstständig und eigenverantwortlich am Beatmungsgerät der davon abhängigen Person tätig sind, über eine entsprechende Zusatzqualifikation?

¹⁴ Die Nummern vor den Fragen beziehen sich auf die Fragenummern im Erhebungsbogen zur Prüfung laut Anlage zur QPR Ambulante Pflege in der Fassung vom 27. September 2017 bzw. (T) auf die Nummer der Transparenzkriterien.

- 10.6 Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der nicht beatmeten Person mit Trachealkanüle der Arzt informiert?
- 10.7 Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der beatmeten Person ein in der außerklinischen Beatmung erfahrener Arzt, das Beatmungszentrum oder ein Krankenhaus informiert?
- 10.8/T25 Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?
- 10.9 Wird die spezielle Krankenbeobachtung sachgerecht durchgeführt?
- 10.10 Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?
- 10.11 Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv/invasiv beatmeten Personen erfüllt?
- 10.12 Wird mit der Sauerstoffversorgung sachgerecht umgegangen?
- 10.13 Werden die notwendigen Maßnahmen aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) bei der versorgten Person vor Ort umgesetzt?
- 10.14 Ist in der Wohngemeinschaft sichergestellt, dass Alarmer jederzeit wahrgenommen werden können?
- 10.15 Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen?
- 10.22 Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?
- 10.33 Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?
- 10.34 Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?
- 10.46 Gibt es ein individuell angepasstes Notfallmanagement unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorgaben?

Die vollständigen Ergebnisse werden im Tabellenanhang zur Verfügung gestellt.

Bei 17,3 Prozent (317) der in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen mit einer Beatmung bestand 2019 eine **Kooperation mit einem in der außerklinischen Beatmung erfahrenen Arzt** (Frage 10.1). Darüber hinaus ist ein Kooperationsvertrag für 10,4 Prozent (190) der versorgten Personen mit einem **Krankenhaus** und für 6,2 Prozent (113) der Personen mit einem **Beatmungszentrum** abgeschlossen worden. Zugleich fanden die Prüferinnen bzw. Prüfer bei 66,1 Prozent der einbezogenen versorgten Personen keine solchen Kooperationen vor. Eine spezifische fachärztliche Betreuung der außerklinischen Beatmung, z. B. mit Blick auf die Beatmungseinstellungen oder dem Erkennen von Weaningpotenzialen bei den versorgten Personen, erfolgte somit nicht. Ob entsprechende Kooperationen möglich sind, liegt nicht im alleinigen Einflussbereich des ambulanten Pflegedienstes. Gleichwohl sind solche Kooperationen für die Versorgungsqua-

lität von großer Bedeutung. Vor diesem Hintergrund sind die Regelungen im Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 zu begrüßen, nach denen die Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer, insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination in Richtlinien festgelegt werden sollen.

Tabelle 42:
Ambulante Pflege – Besteht eine Kooperation mit ...

Untersuchte Personen	1.829	
Kooperationspartner	Anzahl	in Prozent
a. einem Beatmungszentrum?	113	6,2
b. einem Krankenhaus?	190	10,4
c. mit einem in der außerklinischen Beatmung erfahrenen Arzt?	317	17,3

Mit 38,2 Prozent (699) erfolgt die **Beatmung** bei den meisten versorgten Personen **invasiv** über eine Trachealkanüle (Frage 10.2). Eine **nichtinvasive Beatmung** erfolgt bei 2,2 Prozent (41) der Personen mit einer Nasen-Mund-Maske sowie bei 1,4 Prozent (26) der Personen mit einer Nasenmaske. Eine nichtinvasive Beatmung mit einer Vollgesichtsmaske bzw. einem Mundstück erfolgt mit 0,4 Prozent (6) bei den wenigsten untersuchten Personen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Leistung der speziellen Krankenbeobachtung auch bei Personen erbracht wird, die nicht beatmet werden.

Tabelle 43:
Ambulante Pflege – Vorliegender Beatmungszugang

Untersuchte Personen	1.829	
Beatmungszugang	Anzahl	in Prozent
Nichtinvasive Beatmung mit Nasenmaske	26	1,4
Nichtinvasive Beatmung mit Nasen-Mund-Maske	41	2,2
Nichtinvasive Beatmung mit Vollgesichtsmaske	5	0,3
Nichtinvasive Beatmung mit Mundstück	1	0,1
Invasive Beatmung mit Trachealkanüle	699	38,2
Sonstige	80	4,4

Bei 56,9 Prozent (1.041) der einbezogenen versorgten Personen traf das Kriterium zu, ob **in der eigenen Häuslichkeit für den verordneten Zeitraum der speziellen Krankenbeobachtung ständig eine Pflegefachkraft anwesend** war (Frage 10.3). Dies war bei 94,0 Prozent der einbezogenen versorgten Personen in ihrer eigenen Wohnung bzw. im betreuten Wohnen gegeben. Gleichzeitig

ist während des Ordnungszeitraums der speziellen Krankenbeobachtung bei 6,0 Prozent dieser Personen nicht ständig eine Pflegefachkraft anwesend gewesen, d.h. die Interventionsbereitschaft bei jederzeit auftretenden lebensbedrohlichen Situationen war nicht immer gegeben.

Im Rahmen der Qualitätsprüfung war bei 43,7 Prozent (799) der einbezogenen versorgten Personen der **Einsatz des Pflegepersonals in der Wohngemeinschaft gemäß den vertraglichen Vereinbarungen** von Bedeutung (Frage 10.4). Das Verhältnis von Pflegefachkraft zu versorgender Person entsprach bei 87,9 Prozent der untersuchten Personen den vertraglichen Vereinbarungen. Bei 12,1 Prozent der versorgten Personen wurde der geltende Vertrag zwischen dem ambulanten Pflegedienst und der Krankenkasse nicht eingehalten und somit weniger Pflegefachkräfte in der Versorgung der versorgten Person als vereinbart eingesetzt.

Bei 45,9 Prozent (839) der einbezogenen beatmeten Personen war relevant, ob alle **Pflegefachkräfte, die selbstständig und eigenverantwortlich am Beatmungsgerät dieser Personen tätig sind, über eine entsprechende Zusatzqualifikation** verfügen (Frage 10.5). Dies traf in den Qualitätsprüfungen auf 71,8 Prozent der versorgten Personen mit einer speziellen Krankenbeobachtung zu. Hingegen verfügten bei 28,2 Prozent der versorgten Personen nicht alle Pflegefachkräfte über eine Zusatzqualifikation wie z. B. eine Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege oder mindestens ein Jahr Berufserfahrung im Beatmungsbereich in den letzten fünf Jahren.

Um mögliche Dekanülierungspotenziale bei nicht beatmeten versorgten Personen mit einer Trachealkanüle zu erkennen, muss **die Ärztin bzw. der Arzt beim Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung durch den Pflegedienst informiert** werden (10.6). Im Rahmen der Qualitätsprüfung waren nach Auffassung der Prüferinnen bzw. Prüfer bei 9,2 Prozent (169) der einbezogenen Personen Hinweise auf eine klinische Verbesserung zu erkennen. In 95,3 Prozent dieser Fälle wurde eine Ärztin bzw. ein Arzt informiert. Bei 4,7 Prozent der nicht beatmeten Personen mit einer Trachealkanüle erfolgte dies nicht, obwohl es Hinweise auf eine klinische Verbesserung gab. Notwendige Behandlungsschritte wurden bei diesen Personen somit nicht eingeleitet.

Beim Vorliegen von **Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei beatmeten versorgten Personen muss ebenfalls ein beatmungserfahrener Arzt, ein Beatmungszentrum oder ein Krankenhaus durch den Pflegedienst informiert** werden (10.7). Im Rahmen der Qualitätsprüfung waren bei 8,4 Prozent (154) der einbezogenen beatmeten Personen Hinweise auf eine klinische Verbesserung zu erkennen. In 92,2 Prozent dieser Fälle wurde eine Ärztin bzw. ein Arzt informiert. Bei 7,8 Prozent der beatmeten versorgten Personen lagen nach Einschätzung der Prüfenden zwar klinische Verbesserungen vor, Information, z. B. an einen beatmungserfahrenen Arzt, erfolgten jedoch nicht. Notwendige Behandlungsschritte wurden bei diesen Personen somit nicht eingeleitet.

Tabelle 44:
Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur speziellen Krankenbeobachtung –
Teil 1 (Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		1.829	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
10.3	Ist in der eigenen Häuslichkeit für den verordneten Zeitraum der speziellen Krankenbeobachtung ständig eine Pflegefachkraft anwesend?	56,9	94,0
10.4	Entspricht der Einsatz des Personals bei der versorgten Person in der Wohngemeinschaft den vertraglichen Vereinbarungen?	43,7	87,9
10.5	Verfügen alle Pflegefachkräfte, die selbstständig und eigenverantwortlich am Beatmungsgerät der davon abhängigen Person tätig sind, über eine entsprechende Zusatzqualifikation?	45,9	71,8
10.6	Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der nicht beatmeten Person mit Trachealkanüle der Arzt informiert?	9,2	95,3
10.7	Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der beatmeten Person ein in der außerklinischen Beatmung erfahrener Arzt, das Beatmungszentrum oder ein Krankenhaus informiert?	8,4	92,2

Bei 84,3 Prozent (1.541) der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen war eine **nachvollziehbare aktive Kommunikation mit der Ärztin bzw. dem Arzt aufgrund eines Behandlungspflegerischen Bedarfs** von Bedeutung (Frage 10.8, Transparenzkriterium 25). Eine solche Kommunikation war bei 87,6 Prozent der in Augenschein genommenen einbezogenen Personen plausibel, etwa bei durch die Pflegefachkräfte festgestellten Normwertabweichungen. Bei 12,4 Prozent dieser Personen war hingegen keine aktive Kommunikation mit der Ärztin bzw. dem Arzt zu erkennen, z. B. bei Notfallsituationen oder anderen relevanten Veränderungen des Gesundheitszustandes, wie der durch Pulsoxymetrie ermittelten Veränderungen der Sauerstoffsättigung.

Ob die **spezielle Krankenbeobachtung sachgerecht durchgeführt** wurde, ist bei 99,1 Prozent (1.812) der versorgten Personen geprüft worden (Frage 10.9). Nach Einschätzung der Prüferinnen bzw. Prüfer wurde die spezielle Krankenbeobachtung ihrer Verordnung entsprechend bei 78,3 Prozent der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen sachgerecht durch den Pflegedienst geleistet. Bei 21,7 Prozent dieser Personen erfolgte jedoch keine sachgerechte Durchführung, etwa aufgrund nicht durchgeführter Verlaufskontrollen bzgl. der Vitalparameter oder nicht korrekt eingestellter Alarmgrenzen der ärztlichen angeordneten transdermalen Sauerstoffsättigungsmessung.

Der sachgerechte Umgang mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen war bei 45,2 Prozent (827) der einbezogenen versorgten Personen relevant (Frage 10.10). Bei 81,6 Prozent dieser beatmeten Personen erfolgte durch den Pflegedienst eine sachgerechte Versorgung, 18,4 Pro-

zent der beatmeten versorgten Personen erfuhren hingegen keinen sachgerechten Umgang mit ihrer Beatmung, z. B. wurden Wechsel- und Reinigungsintervalle von Hilfsmitteln zur Beatmung in der erforderlichen Häufigkeit nicht beachtet oder die Beatmungsparameter entsprachen nicht der ärztlichen Anordnung.

Ob die **besonderen Anforderungen an die Geräteausstattung bei einer invasiven bzw. nicht invasiven Beatmung** erfüllt wurden, war bei 45,7 Prozent (836) der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen von Bedeutung (Frage 10.11). Bei 92,2 Prozent dieser Personen war die Ausstattung der beatmungsrelevanten Geräte erfüllt. Bei 7,8 Prozent dieser Personen haben die Prüfenden jedoch Mängel in der Geräteausstattung vorgefunden. So fehlte z. B. ein manueller Beatmungsbeutel in greifbarer Nähe der zuständigen Pflegefachkraft oder bei nicht invasiv beatmeten Personen mit Maskenbeatmung eine Reservemaske in gleicher Größe.

68,9 Prozent (1.261) der in die Qualitätsprüfung einbezogenen nicht bzw. zeitweise nicht beatmeten Personen erhielten eine Sauerstoffversorgung. Ein **sachgerechter Umgang mit der Sauerstoffversorgung** erfolgte durch den Pflegedienst bei 86,1 Prozent der versorgten Personen (Frage 10.12). Bei 13,9 Prozent dieser Personen war ein solcher Umgang nach Einschätzung der Prüferinnen bzw. Prüfer nicht gegeben, u. a. entsprach die Sauerstoffapplikation nicht der ärztlichen Anordnung oder die hygienischen Grundsätze wurden missachtet.

In der **Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sind notwendige Maßnahmen vor Ort bei einer Beatmung** festgehalten, die durch den versorgenden Pflegedienst umgesetzt werden müssen (Frage 10.13). Die Umsetzung dieser Maßnahmen ist bei 49,9 Prozent (912) der in die Qualitätsprüfung einbezogen versorgten Personen von Bedeutung gewesen. Bei 72,3 Prozent dieser Personen waren die eingesetzten Pflegefachkräfte in die Handhabung der Beatmungsgeräte eingewiesen und das Gerätehandbuch bzw. die Bedienungsanleitung der Beatmungsgeräte lagen am Beatmungsplatz vor. In 27,7 Prozent der Fälle wurden die Maßnahmen durch den Pflegedienst jedoch nicht gemäß der MPBetreibV umgesetzt.

Tabelle 45:
Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur speziellen Krankenbeobachtung –
Teil 2 (Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		1.829	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
10.8/T25	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	84,3	87,6
10.9	Wird die spezielle Krankenbeobachtung sachgerecht durchgeführt?	99,1	78,3
10.10	Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?	45,2	81,6
10.11	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv/invasiv beatmeten Personen erfüllt?	45,7	92,2
10.12	Wird mit der Sauerstoffversorgung sachgerecht umgegangen?	68,9	86,1
10.13	Werden die notwendigen Maßnahmen aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) bei der versorgten Person vor Ort umgesetzt?	49,9	72,3

Bei 51,7 Prozent (945) der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen traf das Kriterium zu, ob **die Alarmer in der Wohngemeinschaft jederzeit wahrgenommen werden können** (Frage 10.14). Durch die personellen, baulichen und technischen Ausstattungen in den Wohngemeinschaften wurde durch die Pflegedienste bei 91,3 Prozent dieser versorgten Personen sichergestellt, dass jederzeit unmittelbar auf Alarmer und Notfallsituationen reagiert werden konnte. Bei 8,7 Prozent dieser Personen war eine sofortige Interventionsbereitschaft jedoch nicht gegeben, etwa aufgrund defekter Rufanlagen, Alarmsysteme oder der personellen Besetzung.

Der **sachgerechte Umgang mit dem Absaugen von versorgten Personen** (Frage 10.15) ist essentieller Bestandteil des Sekretmanagements in der Intensivpflege. Das Absaugen war bei 92,6 Prozent (1.693) der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen relevant. Fachlich korrekt wurde bei 79,1 Prozent der versorgten Personen mit dem Absaugen verfahren, d.h. atraumatisch unter Berücksichtigung der hygienischen Kautelen wie z. B. der Händedesinfektion, durch die Beobachtung und Dokumentation des Sekrets und die nachvollziehbare Desinfektion des Absauggerätes gemäß den Herstellervorgaben. Bei 20,9 Prozent dieser Personen war ein solcher Umgang nicht nachvollziehbar.

Als weiterer Bestandteil des Sekretmanagements in der Intensivpflege war der **sachgerechte Umgang mit der Inhalation** bei 82,5 Prozent (1.509) der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen von Bedeutung (Frage 10.22). Nach Einschätzung der Prüferinnen bzw. Prüfer war dieses Kriterium bei 87,1 Prozent der einbezogenen versorgten Personen erfüllt. Bei 12,9 Prozent dieser Personen wurde die Inhalation durch die Pflegefachkraft jedoch nicht korrekt angewandt, etwa weil hygienische Grundsätze beim Wechseln des Inhalationssystems nicht beachtet wurden oder die Verabreichung von Medikamenten über das Inhalationsgerät nicht der ärztlichen Anordnung entsprach.

Bei 39,5 Prozent (723) der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen war relevant, dass die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege – etwa der Gabe von Schmerzmedikamenten – **zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement erhält** (Frage 10.33). Eine systematische Schmerzeinschätzung war durch die Prüfenden bei 77,5 Prozent dieser versorgten Personen ersichtlich, d.h. es erfolgte die Erhebung der Schmerzlokalisation und -intensität, der zeitlichen Dimension, von verstärkenden und lindernden Einflüssen und ggf. von Auswirkungen auf den Alltag. Bei 22,5 Prozent dieser Personen war eine solche Einschätzung durch den versorgenden Pflegedienst jedoch nicht nachvollziehbar.

Der **sachgerechte Umgang mit Trachealkanülen** war bei 86,8 Prozent (1.587) der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen von Bedeutung (Frage 10.34). Das Kriterium bezieht sich auf den fachlich korrekten Wechsel einer Trachealkanüle bzw. den Wechsel einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle oder umgekehrt. Nach Auffassung der Prüferinnen bzw. Prüfer erfolgte bei 81,7 Prozent der Personen mit einer Trachealkanüle der Umgang mit dieser durch die Pflegefachkraft sachgerecht. Bei 18,3 Prozent dieser Personen zeigten sich jedoch Defizite in der Versorgung, z. B. aufgrund nicht regelmäßig durchgeführter Cuffdruckmessungen bzw. deren Dokumentation oder dem Fehlen einer kleineren Ersatzkanüle für Notfallsituationen.

Ein **individuell angepasstes Notfallmanagement unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorgaben** der versorgten Personen stellt ein wichtiges Planungs- und Steuerungsinstrument in der außerklinischen Intensivpflege dar (Frage 10.46). Mit diesem werden u. a. die Notfallprävention und das Verhalten in Notfallsituationen, ethische Aspekte und die Kommunikation am Lebensende nach Maßgabe der versorgten Person berücksichtigt. Bei 97,6 Prozent (1.702) der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen konnte das Kriterium gewertet werden. Bei 68,2 Prozent dieser Personen lag nach Einschätzung der Prüfenden ein individuell angepasstes Notfallmanagement vor. Bei 31,8 Prozent lagen keine diesbezüglichen Angaben vor.

Tabelle 46:
Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur speziellen Krankenbeobachtung – Teil 3 (Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		1.829	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
10.14	Ist in der Wohngemeinschaft sichergestellt, dass Alarmer jederzeit wahrgenommen werden können?	51,7	91,3
10.15	Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen?	92,6	79,1
10.22	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	82,5	87,1
10.33	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	39,5	77,5
10.34	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	86,8	81,7
10.46	Gibt es ein individuell angepasstes Notfallmanagement unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorgaben?	97,6	68,2

4.3.1.3 Pflege

Für Leistungen der Behandlungspflege ist eine ärztliche Verordnung erforderlich. Dies ist für Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht der Fall. Allerdings können nur die Leistungen nach dem SGB XI von den ambulanten Pflegediensten erbracht werden, für die sie von der versorgten Person beauftragt worden sind. Vor diesem Hintergrund ist es besonders wichtig, dass zu Beginn der Versorgung eine umfassende Informationssammlung durch den Pflegedienst erfolgt, auf deren Basis der Pflegedienst der versorgten Person und deren Angehörigen aus professioneller Perspektive über erforderliche Maßnahmen und Risiken beraten bzw. informiert werden. Damit sollen die versorgte Person und das soziale Umfeld in die Lage versetzt werden, selbst informiert eine Entscheidung darüber zu treffen, welche Leistungen erforderlich sind und mit welchen Leistungen sie den Pflegedienst beauftragen möchten.

Diese fachliche Anforderung ergibt sich aus den für alle Pflegedienste verbindlichen Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität in der ambulanten Pflege (Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität in der ambulanten Pflege in der Fassung vom 27. Mai 2011). Dort heißt es u. a.:

„Der ambulante Pflegedienst führt beim pflegebedürftigen Menschen einen Erstbesuch durch, um sich über die aktuelle Pflegesituation des pflegebedürftigen Menschen und das pflegerelevante Umfeld zu informieren. Dabei sind erkennbare Probleme, Risiken und Gefährdungen unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des pflegebedürftigen Menschen zu erfassen. Die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege, die Notwendigkeit von vorbeugenden Maßnahmen gegen Sekundärerkrankungen und die beim Pflegebedürftigen vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Einbeziehung in den Pflegeprozess sind herauszuarbeiten. Der pflegebedürftige Mensch, seine Angehörigen und andere an der Pflege Beteiligte sind einzubeziehen. (...)

Der ambulante Pflegedienst informiert über das Leistungs- und Vergütungssystem und berät bei der Auswahl geeigneter Leistungen nach dem SGB XI (Leistungskomplexe/Einsätze) sowie über Prophylaxen unabhängig von deren rechtlicher Zuordnung. Den angemessenen Wünschen des pflegebedürftigen Menschen ist dabei Rechnung zu tragen.

Über Art, Inhalt und Umfang der vereinbarten Leistungen wird ein Pflegevertrag gemäß § 120 SGB XI abgeschlossen, in dem auch die vereinbarten Vergütungen dargestellt werden. (...)

Der ambulante Pflegedienst fertigt für die im Pflegevertrag vereinbarten Leistungen eine Pflegeplanung an.“

Auch im Verlauf der Versorgung durch den Pflegedienst ist es erforderlich, dass bei Veränderungen ggf. eine Beratung bzw. Information durch den Pflegedienst über eine Anpassung der geleisteten Maßnahmen oder über neu eingetretene Risiken erfolgt. Daher sind für die Ergebnisdarstellung in diesem Kapitel auch Kriterien einbezogen worden, die sich mit der themenspezifischen Beratung bzw. Information befassen.

Bei den 13.519 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten wurde im Jahr 2019 die Versorgungsqualität bei 86.716 in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen überprüft. Aufgrund der Stichprobenszusammensetzung sind bei einem Teil der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen nur die Kriterien zur häuslichen Krankenpflege geprüft worden. Daher ist bei nachfolgenden Kriterien eine geringere Stichprobengröße ausgewiesen (81.502).

Ergebnisse zu folgenden für die Versorgungsqualität besonders relevanten Kriterien zur Pflege werden in diesem Kapitel dargestellt und kommentiert¹³:

- 11.3/T14 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?
- 11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?
- 11.7 Werden versorgte Personen/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z. B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?
- 11.9/T13 Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?
- 12.5/T6 Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?
- 12.7/T4 Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
- 12.8/T9 Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?
- 12.10/T7 Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?
- 13.3 Werden versorgte Personen/Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z. B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?
- 13.5/T11 Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
- 14.1 Werden versorgte Personen/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?
- 14.2/T15 Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?
- 15.3/T1 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?

¹³ Die Nummern vor den Fragen beziehen sich auf die Fragennummern im Erhebungsbogen zur Prüfung laut Anlage zu den QPR Ambulante Pflege in der Fassung vom 27. September 2017 bzw. (T) auf die Nummer der Transparenzkriterien.

Leistungen der Mobilität sind meist in andere Leistungskomplexe (z. B. große Morgentoilette) eingebunden, können aber auch gesondert, z. B. als Transfer vom Bett in die Küche oder den Wohnraum, erbracht werden. Bei 90,0 Prozent (73.360) der versorgten Personen, bei denen die Versorgungsqualität betrachtet wurde, waren entsprechende Leistungen vereinbart. Bei diesen Personen wurde überprüft, ob die **Leistungen zur Mobilität nachvollziehbar durchgeführt** worden sind (Frage 11.3, Transparenzkriterium 14). Dies war bei 93,1 Prozent dieser versorgten Personen der Fall (2016: 92,8 Prozent), bei 6,9 Prozent der Personen war nicht nachvollziehbar, dass die Leistungen erbracht worden sind.

Eine **Beratung zu einem erhöhten Sturzrisiko bei versorgten Personen** über Risiken und geeigneten Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes war bei 74,8 Prozent (60.966) der in die Prüfung einbezogenen Personen erforderlich (Frage 11.5). Bei 89,2 Prozent dieser versorgten Personen war das Kriterium erfüllt (2016: 89,5 Prozent). Bei 10,8 Prozent wurden versorgte Personen mit einem Sturzrisiko jedoch nicht über Risiken und Maßnahmen zu deren Beseitigung beraten, z. B. Hilfsmittel wie Haltegriffe oder Gehhilfen oder Beseitigung von Stolperfallen.

Bei 26,9 Prozent (21.936) der versorgten Personen, die im Rahmen der Prüfung in ihrer Wohnung von den Prüferinnen bzw. Prüfern aufgesucht wurden, war eine **Beratung bezüglich eines Dekubitusrisikos** erforderlich (Frage 11.7). Die erforderliche Beratung war bei 80,1 Prozent der betreffenden versorgten Personen nachvollziehbar (2016: 82,4 Prozent), bei 19,9 Prozent dieser Personen war eine entsprechende Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen nicht nachvollziehbar. Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum (2016) hat sich hier eine Verschlechterung ergeben.

Im Rahmen der Leistungserbringung waren bei 10,7 Prozent (8.761) der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen **gewebeschonende Lagerungsmaßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus** vereinbart (Frage 11.9, Transparenzkriterium 13). Bei 81,6 Prozent der betroffenen Personen erfolgten diese Lagerungsmaßnahmen (2016: 85,7 Prozent), bei 18,4 Prozent dieser Personen war dies nicht der Fall, sodass der Pflegedienst hier die ihm zur Verfügung stehenden Mittel zur Vermeidung eines Druckgeschwürs nicht genutzt hat. Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum (2016) hat sich hier eine Verschlechterung um 4,1 Prozent ergeben.

Tabelle 47:

Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Mobilität (Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

		2016		2019	
Untersuchte Personen		70.538		81.502	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
11.3/T14	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?	81,6	92,8	90,0	93,1
11.5	Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?*	79,1	89,5	74,8	89,2
11.7	Werden versorgte Personen/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwüres beraten (z. B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?*	29,4	82,4	26,9	80,1
11.9/T13	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?	13,0	85,7	10,7	81,6

*redaktionell abgeändertes Prüfkriterium in Fassung der QPR Ambulante Pflege vom 27. September 2017

In der ambulanten Pflege kann von den Pflegediensten aufgrund der spezifischen Versorgungssituation in der häuslichen Pflege nicht erwartet werden, dass regelmäßige Gewichtskontrollen durchgeführt werden, u. a. weil beispielsweise geeignete Sitzwaagen nicht zur Verfügung stehen. Das ist der Grund dafür, dass bei 75,7 Prozent (61.666) der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen der Gewichtsverlauf im Rahmen der Prüfung nicht ermittelt werden konnte – was eine Steigerung im Vergleich zum letzten Bericht (2016: 59,1 Prozent) bedeutet. Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse zu den feststellbaren Gewichtsverläufen nur eingeschränkt bewertbar. Bei 2,1 Prozent (1.694) der in die Prüfung einbezogenen Personen ist eine relevante Gewichtsabnahme (mehr als 5 Prozent in ein bis drei Monaten, mehr als 10 Prozent in sechs Monaten) zu verzeichnen gewesen. Der Anteil der bei ambulanten Pflegediensten in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen mit einer Ernährungssonde (PEG und PEJ) liegt bei 3,0 Prozent (2.459) und ist damit gesunken (2016: 3,8 Prozent).

Tabelle 48:
Ambulante Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungssonden

	2016	2019
Untersuchte Personen	70.538	81.502
Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	in Prozent	in Prozent
zugenommen	5,1	4,0
konstant	34,3	18,2
relevante Abnahme	1,6	2,1
kann nicht ermittelt werden	59,1	75,7
Versorgte Personen mit Sonde	in Prozent	in Prozent
Magensonde	0,0	0,0
PEG-Sonde	3,7	2,9
PEJ-Sonde	0,1	0,1
Gesamt	3,8	3,0

In der ambulanten Pflege wird mit Blick auf die Ernährung u. a. überprüft, ob versorgte Personen bzw. deren Angehörige bei Bedarf eine Information über erkennbare Risiken zur Flüssigkeitsversorgung (Frage 12.5, Transparenzkriterium 6) bzw. zur Nahrungsaufnahme (Frage 12.8, Transparenzkriterium 9) im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen durchgeführt worden ist und es wird erhoben, ob vereinbarte Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung (Frage 12.7, Transparenzkriterium 4) bzw. zur Nahrungsaufnahme (Frage 12.10, Transparenzkriterium 7) erbracht worden sind.

Bei 19,6 Prozent (15.998) der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen war eine **Information über erkennbare Risiken zur Flüssigkeitsversorgung im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen** erforderlich (Frage 12.5, Transparenzkriterium 6). Bei 85,8 Prozent dieser Personen bzw. deren Angehörige erfolgte die erforderliche Information, bei 14,2 Prozent war dies nicht der Fall.¹⁶

Bei 8,4 Prozent (6.832) der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen konnte aufgrund vereinbarter Leistungen geprüft werden, ob **Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt** worden sind (Frage 12.7, Transparenzkriterium 4), z. B. das Anreichen oder Bereitstellen von Getränken. Bei 88,3 Prozent dieser Personen war die Durchführung dieser Leistungen nachvollziehbar (2016: 94,9 Prozent), bei 11,7 Prozent der Personen war die Durchführung dieser Leistungen im Rahmen der Qualitätsprüfungen nicht nachvollziehbar, was eine Verschlechterung im Vergleich zum letzten Bericht um 6,6 Prozent bedeutet.

¹⁶ Ein Vergleich zum Berichtszeitraum 2016 ist aufgrund von inhaltlichen Änderungen des Prüfkriteriums in der Fassung der QPR Ambulante Pflege vom 27. September 2017 nicht möglich.

Bei 20,1 Prozent (16.408) der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen war eine **Information über erkennbare Risiken zur Ernährung im Rahmen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen** erforderlich (Frage 12.8, Transparenzkriterium 9). Bei 83,6 Prozent dieser Personen erfolgte die erforderliche Information, bei 16,4 Prozent war dies nicht der Fall.¹⁷

Bei 9,0 Prozent (7.302) der versorgten Personen, bei denen im häuslichen Umfeld die Versorgungsqualität geprüft worden ist, waren Leistungen zur Ernährung zwischen dem Pflegedienst und der versorgten Person vereinbart, z. B. die mundgerechte Zubereitung oder das Anreichen der Nahrung (Frage 12.10, Transparenzkriterium 7). Bei diesen Personen wurde überprüft, ob die **vereinbarten Leistungen zur Ernährung nachvollziehbar durchgeführt** worden sind. Bei 87,4 Prozent der versorgten Personen, die entsprechende Leistungen mit dem Pflegedienst vereinbart hatten, wurden diese Leistungen nachvollziehbar erbracht (2016: 93,4 Prozent), bei 12,6 Prozent dieser Personen war dies nicht der Fall. Auch hier hat sich im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum (2016) eine Verschlechterung um 6,0 Prozent ergeben.

¹⁷ Ein Vergleich zum Berichtszeitraum 2016 ist aufgrund von inhaltlichen Änderungen des Prüfkriteriums in der Fassung der QPR Ambulant Pflege vom 27. September 2017 nicht möglich.

Tabelle 49:
Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zum Essen und Trinken
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		2016		2019	
		70.538		81.502	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
12.5/T6	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert? *	–	–	19,6	85,8
12.7/T4	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	8,5	94,9	8,4	88,3
12.8/T9	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?*	–	–	20,1	83,6
12.10/T7	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?	9,4	93,4	9,0	87,4

*aufgrund inhaltlich geändertem Prüfkriterium in Fassung der QPR Ambulant Pflege vom 27. September 2017 ist ein Vergleich zum Berichtszeitraum 2016 nicht möglich

Ein Beratungsbedarf bei versorgten Personen mit Einschränkungen bei der Kontinenz bestand bei einem Anteil von 39,0 Prozent (31.806) der in die Prüfung einbezogenen Personen (Frage 13.3). Eine **Beratung über erforderliche Maßnahmen bei Ausscheidungen** wie z. B. zur Benutzung von Inkontinenzmaterialien oder den Einsatz von Hilfsmitteln erfolgte bei 80,6 Prozent dieser Personen (2016: 80,9 Prozent), bei 19,4 Prozent der betroffenen versorgten Personen erfolgte diese nicht.

Bei 42,2 Prozent (34.370) der versorgten Personen, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, wurden **Leistungen zur Unterstützung bei der Ausscheidung bzw. zur Inkontinenzversorgung** vom Pflegedienst erbracht (Frage 13.5, Transparenzkriterium 11). Bei 91,2 Prozent wurden diese Leistungen nachvollziehbar erbracht (2016: 91,0 Prozent), bei 8,8 Prozent dieser Personen war dies nicht der Fall.

Bei 15,0 Prozent (12.263) der in die Prüfungen ambulanter Pflegedienste einbezogenen versorgten Personen war eine **Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen bei vorliegender Demenz** erforderlich (Frage 14.1). Bei 77,5 Prozent dieser versorgten Personen erfolgte eine entsprechende Beratung der betroffenen Personen oder ihrer Angehörigen z. B. zum Umgang mit Selbstgefährdung, Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung (2016: 77,4 Prozent), bei 22,5 Prozent der betroffenen versorgten Personen war eine solche Beratung nicht nachvollziehbar.

Bei 17,9 Prozent (14.584) der einbezogenen versorgten Personen war die **Beachtung von biografischen und anderen Besonderheiten aufgrund einer Demenz** durch den ambulanten Pflegedienst notwendig. Bei 91,3 Prozent der versorgten Personen (2016: 93,1 Prozent) hatten die Prüfenden festgestellt, dass die pflegerelevante Biografie dieser Personen mit Blick auf z. B. Vorlieben, Abneigungen oder Gewohnheiten im Rahmen der Durchführung von vereinbarten Pflegeleistungen durch den Pflegedienst beachtet wurden (Frage 14.2, Transparenzkriterium 15). Bei 8,7 Prozent der betroffenen Personen erfolgte keine Berücksichtigung. Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum (2016) ist dies eine Verschlechterung um 1,8 Prozent.

Fast bei jeder versorgten Person, die in die Qualitätsprüfung ambulanter Pflegedienste einbezogen worden ist, wurden Leistungen zur Körperpflege erbracht. 98,9 Prozent (80.606) der in die Prüfungen einbezogenen Personen erhielten solche Leistungen (Frage 15.3, Transparenzkriterium 1). Bei 94,8 Prozent dieser versorgten Personen wurden **individuelle Wünsche bei der Körperpflege** berücksichtigt (2016: 95,4 Prozent), z. B. Vorlieben und Abneigungen, die sich u. a. auf den Ablauf, den zeitlichen Umfang oder die eingesetzten Hilfsmittel bei der Körperpflege beziehen. Bei 5,2 Prozent der versorgten Personen wurden die individuellen Wünsche bei der Körperpflege nicht berücksichtigt.

Tabelle 50:
Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zu Ausscheidung, Demenz und Körperpflege
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		2016		2019	
		70.538		81.502	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
13.3	Werden versorgte Personen/ Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z. B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?*	43,7	80,9	39,0	80,6
13.5/T11	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	42,4	91,0	42,2	91,2
14.1	Werden versorgte Personen/ Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?*	17,9	77,4	15,0	77,5
14.2/T15	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?	20,9	93,1	17,9	91,3
15.3/T1	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	98,1	95,4	98,9	94,8

*redaktionell abgeändertes Prüfkriterium in Fassung der QPR Ambulant Pflege vom 27. September 2017

4.3.2 Abrechnungsprüfung in der ambulanten Pflege

Aufgrund wiederholter Fälle von Abrechnungsbetrug durch ambulante Pflegedienste in der Vergangenheit hat der Gesetzgeber reagiert und mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) die Abrechnungsprüfung als festen Bestandteil in die Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegediensten integriert. Seit dem 15. Oktober 2016 finden diese Abrechnungsprüfungen statt.

Die Abrechnungsprüfung wird bei den Qualitätsprüfungen als Screening durchgeführt. Sie erfolgt bei allen in die Stichprobe einbezogenen Personen. Bei PKV-Versicherten ist jedoch nur eine eingeschränkte Prüfung möglich, da hier nicht die gleichen Rahmenbedingungen gelten, wie bei gesetzlich Versicherten, insbesondere bezüglich der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V.

Bewertungsmaßstab für die Abrechnungsprüfungen sind die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI, Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI, Verträge nach § 132a SGB V sowie die zugehörigen Vergütungsvereinbarungen. Diese Unterlagen sind den Prüferinnen bzw. Prüfern vom ambulanten Pflegedienst bei der Prüfung vorzulegen.

Geprüft werden Leistungen, die die Pflegedienste den Kranken- und Pflegekassen in Rechnung gestellt haben. Die Prüfenden berücksichtigen dabei Informationen aus der Inaugenscheinnahme (z. B. Pflegezustand, Medikamente, Wunde), Auskünfte der versorgten Personen und Angehörigen, Auskünfte von Mitarbeitern und Unterlagen (z. B. Rechnungen, Qualifikationsnachweise, Tourenpläne, Durchführungsnachweise).

Die Abrechnungsprüfung bezieht sich im Rahmen des SGB XI auf

- körperbezogene Pflegemaßnahmen,
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen,
- Hilfen bei der Haushaltsführung

und im Rahmen des SGB V auf

- Behandlungspflege,
- Grundpflege,
- hauswirtschaftliche Versorgung.

Zu diesen Leistungen wird jeweils geprüft, ob die

- in Rechnung gestellten Leistungen erbracht worden sind.
- Leistungen vertragskonform erbracht worden sind.

Die Prüfung der in Rechnung gestellten Leistungen erfolgt für mindestens sieben Tage, dabei sollten nach Möglichkeit ein Wochenende oder zwei Feiertage einbezogen werden, bei Bedarf werden weitere Tage berücksichtigt. Bei Auffälligkeiten werden Kopien erstellt. Die Auffälligkeiten werden im Prüfbericht erfasst. Werden Auffälligkeiten festgestellt, wird der Prüfbericht auch an

die betroffenen Kranken- und/oder Pflegekassen versendet. Dabei wird gegenüber der Kranken- und/oder Pflegekasse mitgeteilt, bei welchem Versicherten die Auffälligkeiten festgestellt worden sind, dem Prüfbericht werden dabei Kopien als Nachweise für die Auffälligkeiten beigelegt. Die Kranken- und/oder Pflegekassen entscheiden anschließend über das weitere Vorgehen.

Datengrundlage

Während beim fünften Pflege-Qualitätsbericht erste Erfahrungen mit Abrechnungsprüfungen auf der Grundlage 1.138 geprüfter Pflegedienste im Zeitraum vom 15. Oktober bis 31. Dezember 2016 dargestellt werden konnten, liegen für den Berichtszeitraum 2019 Daten aus 13.519 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten für ein ganzes Erhebungsjahr vor. Vor diesem Hintergrund erfolgt kein Ergebnisvergleich mit den Daten aus dem Jahr 2016. Je nachdem, welche Leistungen erbracht worden sind (SGB XI und/oder SGB V), sind bei diesen Personen die in Rechnung gestellten Leistungen in die Abrechnungsprüfungen einbezogen worden.

Die in die Prüfung einbezogenen Personen erhalten entweder ausschließlich Leistungen nach SGB XI oder SGB V oder die einbezogenen Personen erhielten Leistungen aus beiden Versicherungsarten. Für 97,0 Prozent (78.732) der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen mit Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen nach SGB XI lagen Daten zur Abrechnungsprüfung vor. Des Weiteren lagen für 67,4 Prozent (58.268) der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen mit Leistungen nach § 37 SGB V Daten zur Abrechnungsprüfung vor. Bei den meisten Personen handelt es sich dabei um die Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V. Vor diesem Hintergrund werden die Ergebnisse der Abrechnungsprüfungen für die **körperbezogenen Pflegemaßnahmen (SGB XI) und die Behandlungspflege (SGB V) hier differenziert dargestellt**, die Ergebnisse zu den anderen Leistungen sowie die Gründe für nicht erfüllte Kriterien können dem Tabellenanhang entnommen werden.

Ergebnisse der Abrechnungsprüfung

Im Rahmen der Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI wird u. a. überprüft, ob nachvollzogen werden kann, dass **die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht** worden sind. Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist. Ist dies nicht der Fall, wird das Kriterium mit „nein“ beantwortet und zusätzlich angegeben, welche Auffälligkeiten konkret festgestellt worden sind. Das Kriterium konnte bei 97,0 Prozent (78.732) der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen geprüft werden. Bei 92,8 Prozent dieser Personen wurden keine Auffälligkeiten festgestellt. Bei 6,9 Prozent der versorgten Personen wurden jedoch Auffälligkeiten in Bezug auf die in Rechnung gestellten Leistungen identifiziert. Bei diesen Auffälligkeiten wurden als häufigster Grund mit 34,5 Prozent Diskrepanzen zwischen Nachweisen (z. B. Tourenplan stimmt nicht mit Durchführungsnachweis überein, Rechnung stimmt nicht mit Durchführungsnachweis überein) festgestellt. Ein weiterer häufiger Grund von Auffälligkeiten war bei 23,6 Prozent der einbezogenen versorgten Personen, dass deren Auskünfte bzw. die Auskünfte der Pflegepersonen oder Angehörigen nicht mit der Pflegedokumentation übereinstimmten. Bei weiteren 23,6 Prozent der versorgten Personen ist die Abrechnung nicht nachvollziehbar gewesen, da andere Leistungen in Rechnung gestellt wurden als der Pflegedienst tatsächlich erbracht hatte, etwa eine Teilwaschung statt einer Lagerung. Bei 12,5 Prozent der auffälligen Rechnungen fanden die Prüferinnen bzw. Prüfer Hinweise darauf, dass die in Rechnung gestellten Leistungen gar nicht erbracht worden sind. Bei weiteren 10,4 Prozent der auffälligen Rechnungen fanden die Prüfenden Hinweise darauf, dass die Leistungen häufiger in Rechnung gestellt worden sind, als vom Pflegedienst erbracht, beispielsweise wurde eine Teilwaschung am Wochenende in Rechnung gestellt, obwohl die Angehörigen diese durchgeführt haben.

Darüber hinaus wird überprüft, ob nachvollzogen werden kann, dass die **erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt** worden sind. Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI einschließlich Anlagen und die Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen im geprüften Abrechnungszeitraum, Hausbesuchspauschalen, Fahrtkostenregelungen, ggf. Zeitvereinbarungen und Qualifikationsanforderungen sind dabei zu beachten. Auch dieses Kriterium konnte bei 97,0 Prozent (78.732) der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen geprüft werden. Das Kriterium war bei 93,4 Prozent der einbezogenen Personen erfüllt, bei 5,1 Prozent der versorgten Personen war die vertragskonforme Leistungserbringung jedoch nicht nachvollziehbar. Als häufigsten Grund haben die Prüferinnen bzw. Prüfer bei diesen Auffälligkeiten mit 41,8 Prozent angegeben, dass der vereinbarte Leistungskomplex nicht vollständig erbracht worden ist, z. B. wurde der Leistungskomplex „Ganzwaschung“ in Rechnung gestellt, es wurde jedoch nur eine „Teilwaschung“ durchgeführt.

Tabelle 51:
Ambulante Pflege – Abrechnungsprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		81.190	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
18.1.5	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	97,0	92,8
18.1.6	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	97,0	93,4

Im Rahmen der Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB V wird insbesondere geprüft, ob nachvollzogen werden kann, dass die **in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht** worden sind. Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist. Im Rahmen der Abrechnungsprüfung werden alle von der Krankenkasse genehmigten ärztlich verordneten Leistungen geprüft. Das Kriterium konnte bei 67,4 Prozent (58.268) der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen geprüft werden. Bei 95,0 Prozent dieser Personen wurden keine Auffälligkeiten gefunden. Bei 4,3 Prozent der versorgten Personen wurden jedoch Auffälligkeiten in Bezug auf die in Rechnung gestellten Leistungen identifiziert. Hier wurde von den Prüfenden als häufigster Grund für die Auffälligkeiten mit 69,6 Prozent Diskrepanzen zwischen Nachweisen (z. B. Tourenplan oder Rechnung stimmen nicht mit Durchführungsnachweis überein) festgestellt. Bei 15,2 Prozent der auffälligen Abrechnungen konnten die Prüferinnen bzw. Prüfer Hinweise dafür finden, dass die Leistungen häufiger in Rechnung gestellt worden sind, z. B. wurde die Medikamentengabe jeweils dreimal täglich in Rechnung gestellt, aber nur zweimal täglich vom Pflegedienst erbracht, während abends Angehörige der versorgten Person die Medikamente verabreicht haben. Bei weiteren 7,5 Prozent der

auffälligen Abweichungen konnten die Prüferinnen bzw. Prüfer Hinweise dafür finden, dass die in Rechnung gestellten Leistungen gar nicht erbracht worden sind.

Bezogen auf die Behandlungspflege wird weiterhin überprüft, ob nachvollzogen werden kann, dass **die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform und gemäß der HKP-Richtlinie in Rechnung gestellt** worden sind und erforderlich waren. Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Verträge nach § 132a SGB V einschließlich Anlagen und entsprechenden Vergütungsvereinbarung. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen (Mindestanforderungen), Qualifikationsanforderungen (z. B. Erbringung bestimmter behandlungspflegerischer Maßnahmen durch Pflegefachkräfte), Hausbesuchspauschalen (z. B. Abschläge für mehrere Personen im Haushalt/Wohngemeinschaften/Betreutes Wohnen), Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch, Fahrtkostenregelungen und ggf. Zeitvereinbarungen sind zu beachten. Weiterhin ist zu beachten, ob der die Verordnung auslösende Sachverhalt im geprüften Abrechnungszeitraum vorlag (z. B. die Wunde bei der Abrechnung der Leistung Wundversorgung) und die die ärztliche Verordnung konkretisierenden ärztlichen Vorgaben (z. B. Medikamentenplan) mit den abgerechneten Leistungen übereinstimmen (z. B. Häufigkeit der Medikamentengabe). Auch dieses Kriterium konnte bei 67,4 Prozent (58.268) der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen geprüft werden. Das Kriterium war bei 92,1 Prozent der einbezogenen Personen erfüllt, bei 5,4 Prozent der versorgten Personen war die vertragskonforme Leistungserbringung jedoch nicht nachvollziehbar. Als häufigsten Grund haben die Prüfenden bei diesen Auffälligkeiten mit 57,1 Prozent angegeben, dass die Qualifikationsanforderungen unterlaufen worden sind. Das bedeutet, dass z. B. die Versorgung einer chronischen Wunde durch eine unqualifizierte Kraft durchgeführt worden ist, obwohl nach vertraglichen Regelungen hier der Einsatz einer Pflegefachkraft vorgesehen ist. Bei weiteren 11,3 Prozent der einbezogenen versorgten Personen waren die Abrechnungen von Hausbesuchen bzw. Fahrtkosten für die Prüferinnen bzw. Prüfer nicht nachvollziehbar. Eine Besonderheit bei der Prüfung der Abrechnungen behandlungspflegerischer Leistungen ist, dass auch bewertet wird, ob der der Leistung zugrunde liegende Bedarf zum Zeitpunkt der Abrechnung noch vorgelegen hat, also ob z. B. bei einer Wundversorgung auch tatsächlich eine zu versorgende Wunde bei der versorgten Person vorhanden war. Mit 3,4 Prozent haben die Prüfenden bei einem kleinen Anteil der Auffälligkeiten die Feststellung getroffen, dass die Leistung nicht (mehr) erforderlich war.

Tabelle 52:
Ambulante Pflege – Abrechnungsprüfung Behandlungspflege
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		86.435	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
18.2.3	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?	67,4	95,0
18.2.4	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform gemäß HKP-Richtlinie in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?	67,4	92,1

Häufigkeiten von Abrechnungsauffälligkeiten je Pflegedienst

Die MDK bzw. der PKV-Prüfdienst führen im Rahmen der Qualitätsprüfungen ein Screening nach Auffälligkeiten bei den Abrechnungen von Leistungen durch. Die Bewertung der Ergebnisse aus Abrechnungsprüfungen obliegt jedoch den Kassen. Um einen Eindruck davon zu erhalten, wie häufig Abrechnungsauffälligkeiten bei den Pflegediensten im Rahmen des Screenings festgestellt werden, wurde die Anzahl der Auffälligkeiten je Pflegedienst berechnet. Dabei ist zu beachten, dass nicht jede Abrechnungsauffälligkeit so relevant ist, dass sie eine Reaktion der Pflegekassen oder der Krankenkasse nach sich zieht. Andererseits kann auch eine einzelne Auffälligkeit bereits von hervorgehobener Bedeutung sein (z. B. Handzeichen durch nicht beschäftigten Mitarbeiter) und einen Anfangsverdacht auf einen finanziellen Schaden der Pflege- und Krankenkassen begründen. Neben den qualitativen Ausprägungen der bei der Abrechnungsprüfung durch MDK bzw. PKV-Prüfdienst festgestellten Auffälligkeiten ist die Häufigkeit festgestellter Abrechnungsauffälligkeiten je Pflegedienst für die Landesverbände der Pflegekassen und die Pflegekassen eine Entscheidungsgrundlage dafür, ob diese eine vertiefte Analyse durchführen und ggf. gegenüber den Pflegediensten Maßnahmen ergreifen. Aus diesem Grund wird den Landesverbänden der Pflegekassen mit dem Prüfbericht gemäß den QPR Ambulante Pflege auch die Häufigkeit aller Abrechnungsauffälligkeiten je Pflegedienst mitgeteilt.

Für diesen Bericht wurden jeweils die Ergebnisse der Abrechnungsprüfung für alle je Pflegedienst in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen aufsummiert.

Von den 13.519 geprüften Pflegediensten wiesen 57,0 Prozent keine Auffälligkeiten auf. Bei 43,0 Prozent der geprüften ambulanten Pflegedienste haben die Prüferinnen bzw. Prüfer mindestens eine Auffälligkeit bei der Abrechnung der Leistungen festgestellt: Bei 27,2 Prozent der Pflegedienste haben die Prüfenden ein bis fünf Auffälligkeiten festgestellt, 9,4 Prozent der geprüften Pflegedienste wiesen zwischen sechs bis zehn Auffälligkeiten auf und bei einem Anteil von 6,4 Prozent der ambulanten Pflegedienste haben die Prüferinnen bzw. Prüfer sogar mehr als zehn Auffälligkeiten festgestellt.

Tabelle 53:
Ambulante Pflege – Abrechnungsprüfung Anzahl Auffälligkeiten je Pflegedienst

Geprüfte Pflegedienste	13.519	
Untersuchte Personen	86.435	
Anzahl Auffälligkeiten SGB XI und SGB V	Anzahl	in Prozent
0	7.706	57,0
1 – 5	3.677	27,2
6 – 10	1.265	9,4
> 10	871	6,4

4.3.3 Einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Bei den Qualitätsprüfungen durch die MDK bzw. den PKV-Prüfdienst werden im Bereich der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität insbesondere Kriterien zur räumlichen Ausstattung des Pflegedienstes, zur Aufbau- und Ablauforganisation, zum Qualitätsmanagement und zur Hygiene erhoben.

Auch bei der ambulanten Pflege zeigt sich bei der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität ein Trend in Richtung vollständiger Erfüllung der Prüfkriterien. Dies kann dem Umstand zugeschrieben werden, dass die Pflegedienste seit Jahren bei Qualitätsprüfungen zu diesen Kriterien immer wieder auf ggf. vorhandene Qualitätsprobleme hingewiesen und beraten worden sind und dass bei diesen eher formal ausgerichteten Kriterien durch organisatorische Verfahren und Dokumentationen relativ leicht Verbesserungen zu erreichen sind.

Des Weiteren werden viele der Ergebnisse dieser Kriterien in den Transparenzberichten veröffentlicht. Dies hat in den Pflegeeinrichtungen zu einem verstärkten Bemühen geführt, die formalen Anforderungen dieser Kriterien zu erfüllen. Es ist somit ein gewisser Anpassungsprozess festzustellen. Die Erfüllung dieser Kriterien ist zwar eine wichtige, allerdings keine hinreichende Bedingung für eine gute Versorgungsqualität. Deshalb können aus der Erfüllung von einrichtungsbezogenen Kriterien zur Struktur- und Prozessqualität keine unmittelbaren Schlüsse auf die tatsächliche Versorgungsqualität gezogen werden.

An dieser Stelle werden vor allem die Ergebnisse von Kriterien aufgeführt, bei denen es bei einem relevanten Anteil der Einrichtungen noch nicht gelungen ist, die entsprechenden strukturellen Anforderungen zu erfüllen oder weil sie z. B. vor dem Hintergrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 derzeit von besonderem Interesse sind. Für den Berichtszeitraum 2019 liegen aufgrund der geänderten Fassung der Prüfgrundlagen zu 2016 keine Vergleichsdaten für die strukturbezogenen Kriterien zur speziellen Krankenbeobachtung vor:¹⁸

- 4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?
- 5.2 Setzt der ambulante Pflegedienst die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?
- 6.1 Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?
- 6.2 Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes nachweislich bekannt?
- 6.4 Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?

¹⁸ Die Nummern vor den Fragen beziehen sich auf die Fragennummern im Erhebungsbogen zur Prüfung laut Anlage zu den QPR Ambulante Pflege in der Fassung vom 27. September 2017 bzw. (T) auf die Nummer der Transparenzkriterien.

- 7.2 Anforderungen an die Aufbauorganisation Personal bei spezieller Krankenbeobachtung
 - 7.2.1 Die für die spezielle Krankenbeobachtung verantwortliche Pflegefachkraft verfügt über folgende Qualifikationen:
 - 7.2.2 Die Pflegefachkräfte, die selbstständig und eigenverantwortlich beatmungs- bzw. intensivspezifische Aufgaben im Zusammenhang mit der speziellen Krankenbeobachtung durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:
- 7.3 Anforderungen an die Ablauforganisation bei spezieller Krankenbeobachtung
 - 7.3.1 Sind geeignete Regelungen für ein Übernahmemanagement vorhanden?
 - 7.3.2 Ist die pflegefachliche Begleitung der Mitarbeiter bei Übernahme einer Person mit spezieller Krankenbeobachtung geregelt und wird diese Regelung nachvollziehbar umgesetzt?
- 7.4 Anforderungen an das Qualitätsmanagement bei spezieller Krankenbeobachtung
 - 7.4.2 Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zum Notfallmanagement?
 - 7.4.3 Bestehen Regelungen die sicherstellen, dass alle an spezifischen Medizinprodukten eingesetzten Mitarbeiter in deren Anwendung eingewiesen sind?

Die vollständigen Ergebnisse werden im Tabellenanhang zur Verfügung gestellt.

Bei den Qualitätsprüfungen wird mit dem Kriterium „**Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?**“ (Frage 4.3) bewertet, ob Mitarbeiter mit einer Qualifikation unterhalb einer einjährigen Ausbildung als Altenpflegehelfer bzw. Krankenpflegehelfer durch Pflegefachkräfte mittels fachlicher Anleitung und Überprüfung (z. B. durch mitarbeiterbezogene Pflegevisiten) systematisch begleitet werden, damit diese bei der Leistungserbringung die fachlichen Anforderungen einhalten. 2019 lag der Erfüllungsgrad bei diesem Kriterium bei 86,5 Prozent der ambulanten Pflegedienste (2016: 88,4 Prozent). Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum (2016) ist hier eine Verschlechterung erkennbar.

Tabelle 54:
Ambulante Pflege – Anleitung und Überprüfung von Hilfskräften
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

		2016		2019	
Geprüfte Pflegedienste		12.810		13.519	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?*	92,1	88,4	86,6	86,5

*redaktionell abgeändertes Prüfkriterium in Fassung der QPR Ambulant Pflege vom 27. September 2017

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegediensten wird mit dem Kriterium: **„Setzt der ambulante Pflegedienst die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?“** eruiert, ob aus Dokumenten des internen Qualitätsmanagements zweifelsfrei erkennbar ist, dass die Implementierung des jeweiligen Expertenstandards entsprechend den Empfehlungen des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) erfolgt ist (Frage 5.2). In die Prüfung wurden exemplarisch zwei Expertenstandards einbezogen. Die Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden Expertenstandards erfolgte in den geprüften 13.519 ambulanten Pflegediensten nach dem Zufallsprinzip. Der Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“ wurde zu 37,3 Prozent (5.047) ausgewählt und dabei von 78,8 Prozent der Pflegedienste implementiert. Zu 17,2 Prozent (2.329) wurde der Expertenstandard „pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz“ gezogen und dabei von 75,1 Prozent der geprüften Pflegedienste angewendet. Der Expertenstandard „pflegerisches Schmerzmanagement – chronischer Schmerz“ wurde zu 32,6 Prozent (4.411) ausgewählt und von 76,1 Prozent der Pflegedienste umgesetzt. Am häufigsten ist der Expertenstandard „Sturzprophylaxe“ mit 40,1 Prozent (5.427) gezogen und mit 82,0 Prozent durch die Pflegedienste umgesetzt worden. Zu 26,3 Prozent (3.552) wurde der Expertenstandard „Kontinenzförderung“ ausgewählt und dabei von 76,5 Prozent der ambulanten Pflegedienste implementiert. Der Expertenstandard „chronische Wunden“ wurde zu 29,7 Prozent (4.021) ausgewählt und von 77,7 Prozent der Pflegedienste umgesetzt. Der Expertenstandard „Ernährungsmanagement“ wurde mit 18,0 Prozent (2.429) am wenigsten gezogen und dabei zu 73,2 Prozent durch die Pflegedienste angewendet.¹⁹ Bzgl. der Umsetzung der Expertenstandards zeigt sich zusammenfassend, dass bei bis zu 24,9 Prozent der ambulanten Pflegedienste keine ausreichende Implementierung erfolgte.

¹⁹ Ein Vergleich zum Berichtszeitraum 2016 ist aufgrund von inhaltlichen Änderungen des Prüfkriteriums in den QPR Ambulante Pflege in der Fassung vom 27. September 2017 nicht möglich.

Tabelle 55:

**Ambulante Pflege – Setzt der ambulante Pflegedienst zwei per Zufallsauswahl ausgewählte Expertenstandards um?
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)**

Geprüfte Pflegedienste	13.519	
Expertenstandard	Kriterium ausgewählt bei:	davon Kriterium erfüllt
Dekubitusprophylaxe	37,3	78,8
pflegerisches Schmerzmanagement • Akutschmerz	17,2	75,1
pflegerisches Schmerzmanagement • chronischer Schmerz	32,6	76,1
Sturzprophylaxe	40,1	82,0
Kontinenzförderung	26,3	76,5
chronische Wunden	29,7	77,7
Ernährungsmanagement	18,0	73,2

Ein funktionierendes Hygienemanagement ist eine wichtige Voraussetzung im ambulanten Pflegedienst, um Krankheitsübertragungen zu vermeiden bzw. Infektionen rechtzeitig zu erkennen. Mit der Frage: „**Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?**“ wird durch die Prüfenden eruiert, ob alle innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen zur Hygiene den Mitarbeitenden bekannt sind und mindestens Angaben enthalten über die Händedesinfektion, das Tragen von Schutzkleidung, den Umgang mit Schmutzwäsche sowie die Hygiene im Umgang mit Pflegehilfsmitteln und der Aufbereitung von Geräten (Frage 6.1). Bei der Überprüfung, ob im Rahmen des Hygienemanagements alle erforderlichen Desinfektionsmittel vorhanden sind, erfüllten mit 97,9 Prozent etwas mehr Pflegedienste das Kriterium als im Berichtszeitraum 2016 (97,4 Prozent) (Frage 6.1e). Bei den meisten Kriterien sind im Vergleich zum Bericht 2016 leichte Verschlechterungen zu verzeichnen.

Tabelle 56:
Ambulante Pflege – Hygienemanagement
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

		2016	2019
Geprüfte Pflegedienste		12.810	13.519
Frage	Kriterium	davon Kriterium erfüllt	davon Kriterium erfüllt
6.1a	innerbetriebliche Verfahrensanweisen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut	96,1	94,9
6.1b	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	97,6	97,5
6.1c	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	87,0	86,5
6.1d	innerbetriebliche Verfahrensanweisungen sind den Mitarbeitern bekannt	93,8	92,6
6.1e	Alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	97,4	97,9

Im Rahmen der Qualitätsprüfung ist durch die Prüferinnen bzw. Prüfer festzustellen, ob **im ambulanten Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes (RKI) nachweislich bekannt** sind (Frage 6.2). Bei der Überprüfung zeigte sich im Vergleich zum Berichtszeitraum 2016 mit durchschnittlich 4,6 Prozent eine Verschlechterung in der Erfüllung der Kriterien. Die neu hinzugekommene Frage danach, ob die Empfehlungen zur Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen, bekannt sind, erfüllten im Jahr 2019 lediglich 73,5 Prozent der geprüften ambulanten Pflegedienste (Frage 6.2e). Diese Empfehlung hat jedoch nur bei wenigen versorgten Personen praktische Relevanz. So konnte die Versorgung eines Venenkatheters nur bei 0,1 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Personen bewertet werden.

Tabelle 57:

**Ambulante Pflege – Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert-Koch-Institutes
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)**

		2016	2019
Geprüfte Pflegedienste		12.810	13.519
Frage	Kriterium	davon Kriterium erfüllt	davon Kriterium erfüllt
6.2a	Empfehlung zur Händehygiene bekannt	93,3	88,2
6.2b	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle katheterassoziierter Harnwegsinfektionen bekannt	90,0	87,0
6.2c	Empfehlung zur Prävention der nosokomialen beatmungsassozierten Pneumonie bekannt*	–	90,6 (von 2.747 geprüften Pflegediensten)
6.2d	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen bekannt**	91,3	88,3
6.2e	Empfehlung zur Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen***	–	73,5

* aufgrund geänderter Prüfregularien sowie inhaltlicher Änderungen im Prüfkriterium 6.2c in Fassung der QPR Ambulante Pflege vom 27. September 2017 wurde das Kriterium nicht mehr bei jedem ambulanten Pflegedienst bewertet. Ein Vergleich zum Berichtszeitraum 2016 ist daher nicht möglich.

** redaktionell abgeändertes Prüfkriterium in Fassung der QPR Ambulante Pflege vom 27. September 2017

*** neues Prüfkriterium in Fassung der QPR Ambulante Pflege vom 27. September 2017

Mit der Frage danach, ob **geeignete Standards bzw. Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vorliegen**, wird durch die Prüfer eruiert, ob der ambulante Pflegedienst in seinen schriftlichen Regelungen den „Maßnahmenplan beim Auftreten von MRSA“ der Deutschen Gesellschaft für Krankenhäuser (DGKH) beachtet (Frage 6.4). Im Jahr 2019 haben 88,0 Prozent (2016: 92,8 Prozent) der geprüften ambulanten Pflegedienste entsprechende Regelungen vorliegen, die sich u. a. auf Hygienemaßnahmen wie z. B. der Anwendung einer persönlichen Schutzausrüstung durch Pflegefachkräfte in der Versorgung von Personen mit MRSA beziehen. Bei 12,0 Prozent der geprüften Pflegedienste war dies nicht der Fall, d.h. die Empfehlungen des Maßnahmenplans wurden in den Regelungen des Pflegedienstes nicht berücksichtigt oder Schulungsmaßnahmen für die Mitarbeiter nicht durchgeführt.

Tabelle 58:

**Ambulante Pflege – Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)**

		2016	2019
Geprüfte Pflegedienste		3.229	13.519*
		davon Kriterium erfüllt	davon Kriterium erfüllt
Frage	Kriterium		
6.4	Liegen geeignete Standards/ Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanfor- derungen vor?***	92,8	88,0

* aufgrund geänderter Prüfregularien im Prüfkriterium 6.4 in der Fassung der QPR Ambulante Pflege vom 27. September 2017 wurde das Kriterium im Berichtszeitraum 2019 bei jedem ambulanten Pflegedienst bewertet.

** redaktionell abgeändertes Prüfkriterium in Fassung der QPR Ambulante Pflege vom 27. September 2017

Im Rahmen der Qualitätsprüfung der 1.197 ambulanten Pflegedienste mit mindestens einer Person mit **spezieller Krankenbeobachtung** ist danach die **Qualifikation der für die spezielle Krankenbeobachtung verantwortlichen Pflegefachkraft bewertet worden** (Frage 7.2.1). 80,5 Prozent (964) dieser geprüften Pflegedienste versorgten Personen ab 18 Jahren. In 99,6 Prozent dieser Pflegedienste verfügte die verantwortliche Kraft über eine Qualifikation als Pflegefachkraft (Frage 7.2.1a). Zudem war bei 38,5 Prozent (461) der geprüften Pflegedienste, die Personen unter 18 Jahren versorgten, die Frage nach der Qualifikation der für die spezielle Krankenbeobachtung verantwortlichen Pflegefachkraft relevant. In 92,6 Prozent dieser Pflegedienste verfügten diese pflegerischen Leitungen entweder über eine Qualifikation als Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Frage 7.2.1b). Nur in 68,5 Prozent (820) der geprüften Pflegedienste verfügten die für die spezielle Krankenbeobachtung verantwortlichen Pflegefachkräfte über eine Zusatzqualifikation entweder als Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut mit pflegerischer Ausbildung, Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege oder über mindestens drei Jahre Berufserfahrung im Beatmungsbereich in den letzten fünf Jahren einschließlich einer strukturierten Fortbildung im Umfang von mindestens 200 Stunden (Frage 7.2.1c).

Tabelle 59:
Ambulante Pflege – Anforderungen an die Aufbauorganisation Personal bei spezieller Kranken-
beobachtung – Teil 1
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Geprüfte Pflegedienste		1.197	
7.2.1	Die für die spezielle Krankenbeobachtung verantwortliche Pflegefachkraft verfügt über folgende Qualifikationen:	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
a.	Bei zu versorgenden Personen ab 18 Jahren: Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Altenpfleger/in	80,5	99,6
b.	Bei zu versorgenden Personen unter 18 Jahren: Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	38,5	92,6
c.	<ul style="list-style-type: none"> • Atmungstherapeut/in mit pflegerischer Ausbildung oder • Fachgesundheits- und Krankenpfleger/in für Anästhesie- und Intensivpflege oder • mindestens drei Jahre Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Intermediate Care-Station oder außerklinische Beatmung) in den letzten fünf Jahren und Fortbildung 	100	68,5

Im Rahmen der Qualitätsprüfung der 1.197 ambulanten Pflegedienste mit mindestens einer Person mit **spezieller Krankenbeobachtung** ist die **Qualifikation der Pflegefachkräfte überprüft worden, die selbstständig und eigenverantwortlich beatmungs- bzw. intensivspezifische Aufgaben im Zusammenhang mit der speziellen Krankenbeobachtung durchführen** (Frage 7.2.2). In 82,0 Prozent (982) dieser Pflegedienste verfügten alle Mitarbeiter über eine Qualifikation als Pflegefachkraft (Frage 7.2.2a). In 79,9 Prozent (956) der geprüften Pflegedienste war die selbstständige und eigenverantwortliche Versorgung von beatmeten Personen im Rahmen der speziellen Krankenbeobachtung durch eine Pflegefachkraft relevant. Nur in 53,6 Prozent dieser Pflegedienste verfügten alle Pflegefachkräfte entweder über eine Zusatzqualifikation (Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut mit pflegerischer Ausbildung, Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege, strukturierte Fortbildung im Umfang von mindestens 120 Stunden) oder über eine mindestens einjährige Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Intermediate Care-Station oder außerklinische Beatmung) in den letzten fünf Jahren (Frage 7.2.2b).

Tabelle 60:

Ambulante Pflege – Anforderungen an die Aufbauorganisation Personal bei spezieller Krankenbeobachtung – Teil 2
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Geprüfte Pflegedienste		1.197	
7.2.2	Die Pflegefachkräfte, die selbstständig und eigenverantwortlich beatmungs- bzw. intensivspezifische Aufgaben im Zusammenhang mit der speziellen Krankenbeobachtung durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
a.	Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Altenpfleger/in	100,0	82,0
b.	<ul style="list-style-type: none"> • Atmungstherapeut/in mit pflegerischer Ausbildung oder • Fachgesundheits- und Krankenpfleger/in für Anästhesie- und Intensivpflege oder • mindestens ein Jahr Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Intermediate Care-Station oder außerklinische Beatmung) in den letzten fünf Jahren oder • Fortbildung 	79,9	53,6

Für versorgte Personen mit einem Bedarf an spezieller Krankenbeobachtung ist **ein geregeltes Übernahmemanagement** im ambulanten Pflegedienst wesentlich, um die Überleitung aus dem klinischen Bereich in die Häuslichkeit ohne Versorgungsdefizite zu gewährleisten und die Koordination mit den an der Versorgung beteiligten Akteuren (z. B. Ärzte, Pflegenden, Geräteprovider) sicherzustellen (Frage 7.3.1). Für das Übernahmemanagement wird der Einsatz von Entlassungs-Ausstattungs-Checklisten empfohlen, die u. a. Aussagen zur technischen Ausstattung der Beatmung aber auch zum Beatmungszugang und -modus enthalten müssen. Von 1.197 geprüften ambulanten Pflegediensten, die mindestens eine Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie versorgten, hielten 72,5 Prozent ein Übernahmemanagement vor. 27,5 Prozent der Dienste erfüllten dieses Kriterium jedoch nicht.

Neben einem geregelten Übernahmemanagement, musste in den geprüften 1.197 ambulanten Pflegediensten, die mindestens eine Person mit spezieller Krankenbeobachtung versorgten, sichergestellt sein, dass **eine pflegefachliche Begleitung der Mitarbeiter bei Übernahme einer versorgten Person mit spezieller Krankenbeobachtung geregelt ist und diese Regelung nachvollziehbar umgesetzt wird** (Frage 7.3.2). Mit 52,2 Prozent hielten etwas mehr als die Hälfte der Pflegedienste im Jahr 2019 schriftliche Verfahren vor, mit denen Regelungen dazu getroffen werden, dass insbesondere in den ersten zwei Wochen nach Übernahme der versorgten Person und nach Aufenthalt im Krankenhaus bzw. Beatmungszentrum mehrfach Begleitungen der Mitarbeiter im Rahmen von Pflegevisiten durch die verantwortliche Pflegefachkraft erfolgen (Frage 7.3.2a). Das Kriterium war zu bewerten, wenn in den letzten 12 Monaten die Versorgung von Personen mit spezieller Krankenbeobachtung aufgenommen worden ist. Dies trifft auf 73,4 Prozent (878) der ambulanten Pflegedienste zu. 49,0 Prozent dieser Pflegedienste setzten die Regelungen zur pflegefachlichen Begleitung bei den aufgenommenen bzw. übernommenen versorgten Personen um (Frage 7.3.2b). Zugleich erfüllten 51,0 Prozent der geprüften Pflegedienste dieses Kriterium nicht. Es besteht somit erheblicher Nachbesserungsbedarf.

Tabelle 61:

**Ambulante Pflege – Regelung und Umsetzung einer pflegefachlichen Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Übernahme einer versorgten Person mit spezieller Krankenbeobachtung
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)**

Geprüfte Pflegedienste		1.197	
		Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
7.3.2	Ist die pflegefachliche Begleitung der Mitarbeiter bei Übernahme einer Person mit spezieller Krankenbeobachtung geregelt und wird diese Regelung nachvollziehbar umgesetzt?		
c.	Regelung liegt vor	100,0	52,2
d.	Regelung umgesetzt	73,4	49,0

Im Rahmen der Qualitätsprüfung der 1.197 ambulanten Pflegedienste, die mindestens eine Person mit spezieller Krankenbeobachtung versorgen, ist auch geprüft worden, ob die Dienste **schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zum Notfallmanagement vorhielten** (Frage 7.4.2). Dieses Kriterium ist für die Patientensicherheit relevant. 69,3 Prozent der Pflegedienste erfüllten dieses Kriterium, d. h. die Dienste konnten schriftliche Regelungen für Mitarbeiter im Bereich der speziellen Krankenbeobachtung zum Umgang mit medizinischen Notfällen, z. B. Trachealkanülenzwischenfällen, und zum Umgang mit nichtmedizinischen Notfällen wie einem Stromausfall oder Gerätedefekt vorweisen, die den eingesetzten Mitarbeitern auch bekannt waren. 30,7 Prozent der ambulanten Dienste verfügten hingegen nicht über ein solches Konzept.

Bei 89,6 Prozent (1.073) der 1.197 geprüften ambulanten Pflegediensten, die mindestens eine Person mit spezieller Krankenbeobachtung versorgen, war zudem relevant, ob **Regelungen bestehen, die sicherstellen, dass alle an spezifischen Medizinprodukten eingesetzten Mitarbeiter in deren Anwendung eingewiesen sind** (Frage 7.4.3). Dieses Kriterium ist ebenfalls für die Patientensicherheit von Bedeutung. 68,9 Prozent der Pflegedienste konnten im Jahr 2019 Verfahrensanweisungen bzw. Regelungen vorweisen, die sicherstellen, dass das eingesetzte Personal an den Beatmungsgeräten oder Infusionsgeräten eingewiesen wurde. 31,1 Prozent der im außerklinischen Bereich tätigen ambulanten Pflegedienste verfügten über kein schriftlich festgelegtes Verfahren.

Tabelle 62:

**Ambulante Pflege – Schriftliche Regelungen zum Notfallmanagement und zu Einweisungen eingesetzter Mitarbeiter in die Anwendung von spezifischen Medizinprodukten
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)**

Geprüfte Pflegedienste		1.197	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
7.4.2	Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zum Notfallmanagement?	100,0	69,3
7.4.3	Bestehen Regelungen die sicherstellen, dass alle an spezifischen Medizinprodukten eingesetzten Mitarbeiter in deren Anwendung eingewiesen sind?	89,6	68,9

4.3.4 Zufriedenheit in der ambulanten Pflege

Ein Zusammenhang zwischen der Versorgungsqualität auf der einen Seite und der Zufriedenheit der versorgten Personen, die von ambulanten Pflegediensten versorgt werden, auf der anderen Seite kann nicht ohne weiteres hergestellt werden. Auf die methodischen Gründe (sozial erwünschtes Antwortverhalten, Abhängigkeitsverhältnis, Generationenfrage) wurde in vorherigen Pflege-Qualitätsberichten wiederholt hingewiesen. Wie auch im Berichtsjahr 2016, werden nach wie vor sehr hohe Zufriedenheitswerte bei den versorgten Personen ermittelt. Jedoch gaben einige versorgte Personen Anhaltspunkte für einen Verbesserungsbedarf in der Personalkonstanz der Pflegedienste. Weiterhin zeigen sich wie im Berichtsjahr 2016 beim Umgang mit Beschwerden dezente Hinweise auf Optimierungsbedarf aus Perspektive der versorgten Personen. Die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung werden im Tabellenanhang dargestellt.

4.4 Qualitätsprüfungen in der häuslichen Krankenpflege nach § 275b SGB V

Für Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen in ambulanten Pflegediensten, die ausschließlich einen Versorgungsvertrag für die häusliche Krankenpflege nach § 132a SGB V und keinen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI für Leistungen der Pflegeversicherung hatten, bestand bis zum Inkrafttreten des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) keine gesetzliche Grundlage. Mit dem PSG III hat der Gesetzgeber diese Lücke geschlossen.

Auf dieser Grundlage wurden mit den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 i. V. m. § 275b SGB V (QPR-HKP) gemeinsame Prüfkriterien für die häusliche Krankenpflege entwickelt. Mit den QPR-HKP werden seit dem 1. Januar 2018 jährliche Regelprüfungen von ambulanten Pflegediensten ermöglicht, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a SGB V geschlossen haben und die keiner Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unterliegen. Zudem können die Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkassen den MDK nun auch mit Anlassprüfungen beauftragen.

Die geringe Anzahl von Prüfaufträgen nach § 275b SGB V der Landesverbände der Krankenkassen oder Krankenkassen an den MDK für Qualitätsprüfungen von Leistungserbringer, die nur einen Versorgungsvertrag nach dem SGB V haben, erlaubt aus methodischer Sicht keine Ergebnisberichterstattung. Acht MDK haben keine entsprechenden Aufträge erhalten, u. a. weil dort keine entsprechenden Leistungserbringer vorhanden sind. Die übrigen sieben MDK haben nach deren Angaben nur einzelne Prüfaufträge erhalten.

5

BESCHWERDEN ÜBER DIE QUALITÄT VON PFLEGEINRICHTUNGEN



Die MDK und der PKV-Prüfdienst werden in der Öffentlichkeit als Akteure mit Handlungs- und Einflussmöglichkeiten für die Qualität der pflegerischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen wahrgenommen. Aus diesem Grund erreichen die MDK bzw. den PKV-Prüfdienst jährlich zahlreiche Beschwerden über Pflegeeinrichtungen. Die eingehenden Beschwerden werden bewertet und an die zuständigen Stellen (z. B. Landesverbände der Pflegekassen, Heimaufsicht) weitergeleitet. Die Landesverbände der Pflegekassen können die MDK bzw. den PKV-Prüfdienst aufgrund von Beschwerden mit einer Anlassprüfung beauftragen. Ohne einen Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen kann keine Prüfung erfolgen.

Bis zum 31. Oktober 2019 wurden nach dem für diesen Zeitraum gültigen Prüfverfahren in der stationären Pflege 3,2 Prozent (409) Anlassprüfungen durchgeführt. In der ambulanten Pflege wurden im Berichtszeitraum 2,6 Prozent (343) Anlassprüfungen durchgeführt. Im ambulanten Bereich liegen im Vergleich zu 2016 (2,0 Prozent) mehr Datensätze zu Anlassprüfungen vor. In der Regel liegen einer Anlassprüfung eine oder mehrere Beschwerden zugrunde.

Im Rahmen der Erstellung des 6. MDS-Pflege-Qualitätsberichtes wurden die Prüfdienste danach befragt, welche Erfahrungen sie mit Beschwerden über die Qualität von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen haben. Alle 17 befragten Prüfdienste haben hierzu Angaben gemacht. Die Angaben der befragten Prüfdienste beziehen sich ausschließlich auf die Beschwerden, über die die Prüfdienste Kenntnis erlangt haben.

5.1 Die häufigsten Beschwerdewege

Die MDK und der PKV-Prüfdienst wurden darüber befragt, über welchen Weg die Beschwerden den MDK erreichen. Alle 17 befragten Prüfdienste machten Angaben. Nach Auskunft von 14 Prüfdiensten werden die meisten Beschwerden, von denen die Prüfdienste Kenntnis haben, von den Beschwerdeführern unmittelbar an den Prüfdienst gerichtet. Drei Prüfdienste gaben jeweils an, dass die meisten Beschwerden über die Heimaufsichtsbehörde, den Landesverband der Pflegekassen oder über sonstige Beschwerdewege, wie Versicherungsunternehmen, an die Prüfdienste weitergeleitet werden.

5.2 Anzahl Beschwerden

Bei den Prüfdiensten sind im Jahr 2019 insgesamt 2.556 Beschwerden eingegangen und somit 14,9 Prozent (447) weniger als im Jahr 2016.

16 von 17 Prüfdiensten machten Angaben bezüglich der Differenzierung nach der Einrichtungsart. Auf Basis dieser Grundgesamtheit der vorliegenden Datensätze (2.523) entfielen 42,2 Prozent (1.064) auf die ambulante Pflege, 56,2 Prozent (1.418) auf die stationäre Pflege, 1,1 Prozent (29) auf die teilstationäre Pflege und 0,5 Prozent (12) auf die Kurzzeitpflege. Bezogen auf alle stationären Einrichtungen (vollstationäre-, teilstationäre- und Kurzzeitpflege) entfallen 2019 insgesamt 57,8 Prozent (1.459) der Beschwerden auf die stationäre Pflege (2016: 65,8 Prozent). 2016 bezogen sich ca. 2/3 (65,8 Prozent) der Beschwerden auf die stationäre Pflege, während etwa 1/3 (34,2 Prozent) der Beschwerden auf die ambulante Pflege gerichtet waren. Somit hat der Anteil der Beschwerden im ambulanten Bereich deutlich zugenommen und der Anteil der Beschwerden im stationären Bereich abgenommen.

Grund für die relative Zunahme an Beschwerden im ambulanten Bereich kann sein, dass 2015 (siehe Kapitel 1.4 Pflegeinfrastruktur) mehr Personen durch Heime als durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden, während 2019 mehr Personen durch ambulante Pflegedienste als durch stationäre Pflegeeinrichtungen versorgt wurden.

Zudem wurde 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Dies führte zu einer Zunahme der anspruchsberechtigten Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung, die die pflegerische Versorgung und Betreuung durch ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen (siehe Kapitel 1.4). Zwar stieg die Anzahl ambulanter Pflegedienste laut Pflegestatistik weiter an (2015: 13.323 ambulante Pflegedienste, 2019: 14.688 ambulante Pflegedienste), jedoch besteht im ambulanten Bereich eine hohe Nachfrage nach Leistungserbringern, wonach ein Wechsel des Leistungserbringers heute herausfordernder sein kann als 2015 (Statistisches Bundesamt 2017, 2020a).

Bei Unzufriedenheit mit einer stationären Pflegeeinrichtung sind die Hürden für einen Heimwechsel im Vergleich zur ambulanten Pflege höher, z. B. durch den damit verbundenen Umzug. Somit wird hier möglicherweise häufiger versucht, mittels Beschwerden Einfluss auf die Verbesserung der Versorgungssituation zu nehmen. Ein weiterer Erklärungsansatz ist die größere Selbstbestimmtheit der versorgten Person in der eigenen Häuslichkeit. Zudem ist der Pflegedienst in der ambulanten Pflege in der Regel nur für Teilaspekte der Versorgung zuständig und das soziale Umfeld der versorgten Person hat eine größere Bedeutung. In der stationären Pflege besteht im Gegensatz dazu eine höhere institutionelle Abhängigkeit und die versorgte Person ist auf eine vollständige Versorgung durch die stationäre Pflegeeinrichtung angewiesen.

Tabelle 63:
Anzahl Beschwerden differenziert nach Einrichtungstyp 2019*

	Anzahl	in Prozent
ambulant	1.064	42,2
stationär	1.418	56,2
teilstationär	29	1,1
Kurzzeitpflege	12	0,5
gesamt	2.523	100,0

*ohne PKV-Prüfdienst

5.3 Wer beschwert sich?

Von den 17 befragten Prüfdiensten konnten 14 aufgrund ihrer Beschwerdeerfassung differenzierte Angaben darüber machen, wer sich über Qualitätsmängel in der ambulanten oder stationären Pflege beschwert. Von diesen 14 Prüfdiensten liegen für 1881 Beschwerden Angaben dazu vor, wer der Beschwerdeführer ist.

Auf Basis der Grundgesamtheit der vorliegenden Datensätze (1.881) kamen die meisten Beschwerden mit 45,4 Prozent (854) von An- und Zugehörigen, Betreuern oder Bevollmächtigten.

Bei 7,3 Prozent (138) der Beschwerden waren die versorgten Personen selber die Beschwerdeführer (2016: 6,0 Prozent). Der im Vergleich zu anderen Beschwerdeführern relativ geringe Anteil an versorgten Personen kann damit erklärt werden, dass diese häufig weitreichende Beeinträchtigungen in ihrer Selbstständigkeit aufweisen und daher auf Unterstützung des sozialen Umfeldes angewiesen sind.

Die Sorge von pflegebedürftigen Personen, An- und Zugehörigen oder Mitarbeitenden als Beschwerdeführer Nachteile zu erleiden, dürfte mit dafür verantwortlich sein, dass weiterhin ein relativ hoher Anteil der Beschwerden (21,5 Prozent, 404) anonym abgegeben wird.

Obwohl die Rolle des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes als Prüfinstitution bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Pflegeeinrichtungen zum Teil negativ konnotiert ist, wenden sich diese nicht selten mit Beschwerden über die Situation in ihrer Einrichtung an den MDK. 18,1 Prozent (340) der Beschwerden wurden von Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen eingereicht. Dieser Anteil ist im Vergleich zu 2016 gestiegen (13,3 Prozent). Die angespannte Personalsituation in Pflegeeinrichtungen und die daraus resultierende Unzufriedenheit bzw. die Belastungssituation kann als ein Grund für den Anstieg der Beschwerden durch Einrichtungsmitarbeiter gesehen werden. Damit sind Erwartungen der Beschwerdeführer an die Einwirkungsmöglichkeiten der Prüfdienste bzw. die Qualitätsprüfungen auf die Pflegequalität verbunden.

Ein kleiner Anteil 1,0 Prozent (19) der Beschwerden kam auch von MDK-Mitarbeitenden, die insbesondere bei der Pflegebegutachtung auf Qualitätsdefizite gestoßen sind, die sie zu einer Beschwerde veranlasst haben.

2,0 Prozent (38) der Beschwerden wurden durch andere Leistungserbringer wie z. B. Ärzte, Ergo- oder Physiotherapeuten abgegeben. 4,7 Prozent (88) der Beschwerdeführer waren sonstige Personen (z. B. Pflegeberater, Polizei, Gesundheitsamt, Nachbarn, Kranken- oder Pflegekasse).

Tabelle 64:
Beschwerdeführer 2019

	Anzahl	in Prozent
Versicherte	138	7,3
An- und Zugehörige/Betreuer/ Bevollmächtigter	854	45,4
Mitarbeitende der Pflegeeinrichtungen	340	18,1
Mitarbeitende der MDK	19	1,0
Andere Leistungserbringer (z. B. Ärzte, Ergo-, Physiotherapeuten)	38	2,0
Sonstige	88	4,7
Anonym	404	21,5
gesamt	1.881	100,0

5.4 Beschwerdegründe

Die Prüfdienste wurden auch dazu befragt, welche Beschwerdegründe von den Beschwerdeführern angegeben wurden. 16 der 17 befragten Prüfdienste konnten hierzu Angaben machen. Es gibt vielfältige Gründe für Beschwerden und einer Beschwerde liegen häufig mehrere Aspekte zugrunde. Auf insgesamt 2.556 Beschwerden entfielen 5.127 Beschwerdegründe.

Am häufigsten bezogen sich die Beschwerdegründe mit 26 Prozent (1.334) auf körperbezogene Pflegemaßnahmen (Hilfe bei Körperpflege, Ernährung, Mobilität, An- und Ausziehen, Ausscheidungen) (2016: 24,2 Prozent). Am zweithäufigsten werden mit 17,7 Prozent (906) Beschwerden über den Personaleinsatz oder die Qualifikation der Mitarbeitenden eingereicht. Auch das Mitarbeiterverhalten bzw. die Führung der Pflegeeinrichtung ist mit 8,7 Prozent (444) ein häufigerer Beschwerdegrund. Mängel in der Medikamentenversorgung wurden bei 7,4 Prozent (377) der Beschwerden als Beschwerdegrund angegeben, gefolgt von 6,9 Prozent (352) der Beschwerden, die sich auf die Abrechnung von Leistungen (in der Regel nur in der ambulanten Pflege relevant) bezogen haben (2016: 6,3 Prozent). Mangelnde Hygiene wurde bei 6,1 Prozent (312) der Beschwerden als Beschwerdegrund angegeben (2016: 9,0 Prozent).

Ein Überblick über alle erfragten Beschwerdegründe ergibt sich aus der folgenden Tabelle.

Tabelle 65:
Beschwerdegründe 2019

	Anzahl	in Prozent
körperbezogene Pflegemaßnahmen	1.334	26,0
Personaleinsatz/-qualifikation	906	17,7
Mitarbeiterverhalten/Führung	444	8,7
Umgang mit Medikamenten	377	7,4
Abrechnung	352	6,9
Sonstige Behandlungspflegen	313	6,1
Hygiene	312	6,1
Pflegedokumentation	204	4,0
Betreuung (inkl. „§ 53c SGB XI“)	160	3,1
FEM/Gewalt	132	2,6
Umgang mit spezieller Krankenbeobachtung	12	0,2
sonstige	581	11,3
gesamt	5.127	100,0

Der Anteil der sonstigen Beschwerdegründe ist im Vergleich zu 2016 (6,1 Prozent) im Jahr 2019 auf 11,3 Prozent (581) gestiegen. Unter sonstige Gründe wurden u. a. angegeben: Missachtung des Arbeitszeitgesetzes, bauliche- oder Brandschutzmängel, Kündigung des Heim- oder Pflegevertrages, Nichterfüllung der Versorgungserwartungen in Wohngruppen, Konflikte im Wohnumfeld oder Arbeitsplatz, Wäscheversorgung, fehlende Hygieneschulung, kein sachgerechter Umgang mit Hilfsmitteln, mangelhafte Ausstattung, Verletzung der Intim- und Privatsphäre, keine oder zu späte Reaktionen auf Notrufe/-klingeln. Dabei handelt es sich zum Teil um Beschwerdegründe, denen der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst aufgrund seiner fehlenden Zuständigkeit nicht nachgehen kann.

5.5 Welche Maßnahmen werden aus den Beschwerden abgeleitet?

Die MDK und der PKV-Prüfdienst wurden im Rahmen der Befragung auch um Auskunft gebeten, welche Maßnahmen aus den Beschwerden abgeleitet worden sind. 15 der 17 befragten Prüfdienste haben hierzu Angaben gemacht. Nicht alle Prüfdienste konnten Angaben in der erfragten Differenzierung machen, weshalb in der nachfolgenden Darstellung kein Vergleich der Daten zu 2016 vorgenommen wird.

Die bei den Prüfdiensten eingehenden Beschwerden werden an die Landesverbände der Pflegekassen weitergeleitet, dort geprüft und von den Landesverbänden der Pflegekassen entschieden, ob der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst auf der Grundlage der Beschwerden mit einer Anlassprüfung beauftragt wird oder ob ggf. sonstige Maßnahmen ergriffen werden sollen. Dabei stimmen sich die Landes-

verbände der Pflegekassen mit den MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst und ggf. weiteren Akteuren, z. B. den Heimaufsichten, ab.

Nicht jeder Beschwerde kann im Rahmen einer Qualitätsprüfung durch den MDK bzw. den PKV-Prüfdienst nachgegangen werden. Hierfür lassen sich verschiedene Gründe aufführen, z. B. weil der Beschwerdegrund außerhalb der Prüfständigkeit des MDK liegt (z. B. sind die Heimaufsichtsbehörden für bauliche Mängel oder Probleme mit den Heimverträgen zuständig). Es kann auch sein, dass der Beschwerdegrund aus Sicht der Auftrag gebenden Landesverbände der Pflegekassen für die Beauftragung einer Anlassprüfung nicht ausreicht. Auf Basis dieser Grundgesamtheit der vorliegenden Datensätze (1.681) wurde bei 36,2 Prozent (608) der eingegangenen Beschwerden eine Anlassprüfung durchgeführt. Dies entspricht einem Wert von ca. 1/3 der Beschwerdefälle. Bei weiteren 7,7 Prozent (129) der Beschwerden wurde eine für einen späteren Zeitpunkt geplante Regelprüfung vorgezogen.

7,3 Prozent (123) der Beschwerden wurden an die Heimaufsichten weitergeleitet, weil der Beschwerdegrund eher in den Zuständigkeitsbereich der Heimaufsicht fiel. Bei 8,1 Prozent (137) der Beschwerden erfolgte eine gemeinsame Prüfung von MDK bzw. PKV-Prüfdienst und Heimaufsicht. Bei 2,9 Prozent (48) der Beschwerden wurden von den Landesverbänden der Pflegekassen Stellungnahmen von der betroffenen Pflegeeinrichtung eingeholt.

Bei 10,1 Prozent (169) der Beschwerden wurden sonstige Maßnahmen ergriffen. Unter sonstige Maßnahmen fallen z. B. die Weiterleitung an zuständige Behörden wie die Gewerbeaufsicht, den Zoll oder das Gesundheitsamt, an Pflegeberater der Pflegekassen oder die Einleitung von Behandlungsfehlergutachten.

Bei 27,8 Prozent (467) der Beschwerden erfolgten keine weiteren Maßnahmen, z. B. weil keine Mittel gesehen wurden, um der Beschwerde zu begegnen oder weil aufgrund einer inzwischen stattgefundenen Regelprüfung der Beschwerdegrund bereits evident geworden ist, sodass weitere Maßnahmen nicht erforderlich waren.

Tabelle 66:
Abgeleitete Maßnahmen aufgrund von Beschwerden 2019

	Anzahl	in Prozent
Anlassprüfungen durchgeführt	608	36,2
Regelprüfung vorgezogen/priorisiert	129	7,7
Heimaufsicht über die Beschwerde informiert	123	7,3
Gemeinsame Prüfung mit der Heimaufsicht durchgeführt	137	8,1
Stellungnahme der Einrichtung	48	2,9
sonstige Maßnahmen	169	10,1
keine weiteren Maßnahmen	467	27,8
gesamt	1.681	100,0

5.6 Fazit zur Beschwerdeumfrage bei den Prüfdiensten

Bezogen auf die den Prüfdiensten bekannten Beschwerden sind meistens die Prüfdienste der erste Adressat für Beschwerden über die Qualität in der Pflege. Dies verdeutlicht, dass MDK und PKV-Prüfdienst in der Bevölkerung als unabhängige, vertrauenswürdige und kompetente Institutionen wahrgenommen werden, an den Betroffene ihre Beschwerden richten können. Die Beschwerdeführer – seien es Angehörige, versorgte Personen oder auch Mitarbeitende von Pflegeeinrichtungen – hegen die Erwartung an die Prüfdienste, dass diese und in der Folge auch die Landesverbände der Pflegekassen Einfluss auf die Pflegequalität nehmen können.

Insgesamt ist die Anzahl der gemeldeten Beschwerden von 2016 zu 2019 (2.556) um 14,9 Prozent zurückgegangen. Hierbei hat eine Verschiebung der eingehenden Beschwerden von der stationären zur ambulanten Pflege stattgefunden. Zwar ist der Anteil der Beschwerden über stationäre Pflegeeinrichtungen mit 15,6 Prozent höher als im ambulanten Bereich, jedoch ist der Anteil der Beschwerden über ambulante Pflegedienste im Vergleich zwischen 2016 (34,2 Prozent) und 2019 (42,2 Prozent) und somit um 8 Prozent gestiegen. Gründe hierfür können im Bereich veränderter Versorgungsstrukturen und des Leistungsrechts im ambulanten Bereich liegen. Die häufigsten Beschwerdegründe beziehen sich im Wesentlichen weiterhin auf körperbezogene Pflegemaßnahmen (Hilfe bei Körperpflege, Ernährung, Mobilität, An- und Ausziehen, Ausscheidungen), gefolgt von Beschwerden über den Personaleinsatz oder die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Insgesamt bestätigten sich in den meisten Fällen die Beschwerdegründe. In einigen Fällen konnten Anlassgründe entkräftet werden bzw. haben sich nicht bestätigt.

Allerdings können MDK bzw. PKV-Prüfdienst nicht allen Beschwerden nachgehen, da eine Reihe der Beschwerdegründe nicht in die Zuständigkeit von MDK und PKV-Prüfdienst fallen. In diesen Fällen werden die Beschwerden weitergeleitet, etwa an die Heimaufsicht.

Die Anzahl der Beschwerden und auch die Beschwerdegründe selbst zeigen, dass die Anlassprüfungen ein wichtiges Instrument sind, um das Wohlergehen der Nutzer von Pflegeeinrichtungen zu schützen und um da, wo erforderlich, einen deutlichen Impuls zur Qualitätsverbesserung zu geben.

Mit den Pflegestärkungsgesetzen II und III hat der Gesetzgeber die Weichen für eine grundlegende Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen durch MDK und PKV-Prüfdienst gestellt. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz hat der Deutsche Bundestag im November 2018 beschlossen, im Jahr 2019 das neue System aus internem Qualitätsmanagement, externer Qualitätsprüfung und der Qualitätsdarstellung für die stationäre Pflege einzuführen. Darüber hinaus wurde im Rahmen des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) die Möglichkeit eröffnet, ambulante Betreuungsdienste als Leistungserbringer nach dem SGB XI zuzulassen. Für diese ambulanten Betreuungsdienste ist auch eine externe Qualitätsprüfung durch den MDK bzw. den PKV-Prüfdienst vorgesehen. Ebenso haben sich aufgrund von Regelungen zur außerklinischen ambulanten Intensivpflege in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V vom 30. August 2019 Änderungen für Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege ergeben. Im Folgenden wird die daraus resultierende dynamische Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung skizziert.

6.1 Indikatorengestütztes Qualitätssystem in der stationären Pflege

Das neue Qualitätssystem für die stationäre Pflege wurde im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern erarbeitet und gründet u. a. auf Qualitätsindikatoren. Die konkreten Konzepte für die Indikatorenerhebung der Heime, die neue Qualitätsprüfung und -darstellung haben das Institut für Pflegewissenschaft an der Uni Bielefeld (IPW) und das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua) entwickelt (Wingefeld et al. 2018). Diese Konzepte sind in Richtlinien und Vereinbarungen umgesetzt worden.

Seit Oktober 2019 können die Pflegeheime die ersten Indikatorendaten erheben und an die Datenauswertungsstelle Pflege (DAS Pflege) übermitteln. Für diese erstmalige Erhebung, die ursprünglich bis zum 31. Juni 2020 zu erfolgen hatte, war noch keine Veröffentlichung (Qualitätsdarstellung) vorgesehen. Bis September 2020 sind schon über 6.000 Datenübermittlungen von stationären Pflegeeinrichtungen an die DAS Pflege erfolgt. Da einige Einrichtungen mehrfach Daten übermittelt haben, ist die Anzahl der Datenübermittlungen nicht mit Pflegeeinrichtungen gleichzusetzen.

Die Indikatoren, für die die Pflegeeinrichtungen im Abstand von sechs Monaten Daten erheben und die Qualitätsprüfungen, die von den MDK bzw. vom PKV-Prüfdienst jährlich in den stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden, sind inhaltlich und organisatorisch eng miteinander verknüpft. MDK und PKV-Prüfdienst prüfen die vollstationären Einrichtungen seit November 2019 nach dem neuen Verfahren (MDS & GKV-Spitzenverband 2019). Erste Qualitätsprüfergebnisse wurden Anfang 2020 für die Verbraucherinnen und Verbraucher im Internet veröffentlicht.

Der zentrale Fokus der neuen Prüfung liegt auf der bewohnerbezogenen Versorgungsqualität in allen Lebensbereichen. Es werden umfassende Qualitätsaspekte bewertet und bei der Feststellung von Qualitätsdefiziten wird zwischen Prozess- und Ergebnisdefiziten unterschieden. Die Medizinischen Dienste begrüßen diesen neuen, noch stärker an der Versorgungsqualität orientierten Prüfungsansatz und die neue Bewertungssystematik. In diesem Bericht sind erste Ergebnisse aus den Prüfungen der MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes veröffentlicht worden (siehe Kapitel 3 in diesem Bericht).

Aufgrund der Corona-Pandemie ist es zu Verzögerungen und Terminverschiebungen sowohl für die Indikatorenerhebung als auch für die Umsetzung der Qualitätsprüfungen in den stationären Pflegeeinrichtungen gekommen. Die Frist für die erstmalige Datenerhebung zu den Indikatoren

ohne Veröffentlichung ist für die Pflegeheime verschoben worden. Erste Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen sind bereits im Internet veröffentlicht worden. Nach Ablauf der Frist für die erstmalige Datenerhebung ohne Veröffentlichung werden auch Indikatorendaten für die Verbraucher von den Landesverbänden der Pflegekassen auf deren Internetplattformen veröffentlicht. Auf Grund der Corona-Pandemie ist derzeit noch unklar, bis wann jede stationäre Pflegeeinrichtung mindestens einmal durch den MDK oder den PKV-Prüfdienst geprüft werden kann. Gleichwohl sind bereits in der Zeit von November 2019 bis März 2020 Qualitätsprüfungen mit dem neuen Prüfverfahren durchgeführt worden.

Perspektivisch ist vorgesehen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen, die sowohl bei den Indikatoren als auch bei den Qualitätsprüfungen gute Ergebnisse aufweisen, nur noch im Abstand von zwei Jahren geprüft werden. Die konkreten Kriterien, nach denen entschieden werden soll, ob Prüfungen im Abstand von höchstens zwei Jahren durchgeführt werden sollen, werden in den Richtlinien nach § 114c SGB XI noch weiter präzisiert.

6.2 Qualitätsprüfungen in der Tagespflege

Angebote der Tagespflege sind lange Zeit nicht so stark ausgebaut gewesen, wie die ambulante und vollstationäre Pflege. Vor dem Pflegestärkungsgesetz (PSG I) konnte die Leistung Tagespflege alternativ zu ambulanten Sachleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistungen bzw. parallel in reduziertem Umfang in Anspruch genommen werden. Zu einem entscheidenden Entwicklungsschub hat die mit dem PSG I getroffene Regelung geführt, mit der Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Leistungen der Tagespflege zusätzlich zu ambulanten Sachleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen können. Unter anderem durch diese Maßnahmen hat sich die Platzzahl für die Tagespflege deutlich erhöht. Nach den Angaben des statistischen Bundesamtes hat sich diese innerhalb von zehn Jahren mehr als verdreifacht (2009: ca. 26.000 Plätze, 2019: ca. 82.600) (Statistisches Bundesamt 2011, 2020a).

Bisher werden die Einrichtungen der Tagespflege auf der Grundlage der QPR für die vollstationäre Pflege überprüft. Für die Tagespflege nicht zutreffende Kriterien wurden dabei außer Acht gelassen oder unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Tagespflege bewertet. Vor dem Hintergrund des Ausbaus der Tagespflege ist es erfreulich, dass die Auftragnehmer für die Entwicklung des Qualitätssystems in der stationären Pflege im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege gleichzeitig auch ein auf die Tagespflege zugeschnittenes Prüfkonzept vorgelegt haben (Wingenfeld et al. 2018). Dieses Prüfkonzept wird zum Zeitpunkt der Erstellung des 6. Pflege-Qualitätsberichtes in Richtlinien und Vereinbarungen umgesetzt. Sobald die entsprechenden QPR und die Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die Tagespflege im Jahr 2021 in Kraft treten, kann somit ein speziell auf die Tagespflege ausgerichtetes Prüfinstrumentarium durch den MDK und den PKV-Prüfdienst zum Einsatz kommen. Dieses Prüfkonzept ist angelehnt an die Systematik für die stationäre Pflege, berücksichtigt aber von vornherein die Besonderheiten der Tagespflege. Aufgrund der fehlenden Übertragbarkeit auf die speziellen Rahmenbedingungen in der Tagespflege wird dieses Qualitätssystem jedoch keine Indikatoren umfassen. Das neue System für die Tagespflege ermöglicht zukünftig allerdings analog zur stationären Pflege auf der Grundlage der Prüfergebnisse von MDK und PKV-Prüfdienst eine Qualitätsberichterstattung für die Verbraucher.

6.3 Qualitätssystem in der ambulanten Pflege

Auch für den Bereich der ambulanten Pflege stehen schrittweise Anpassungen der Prüfgrundlagen an.

Die Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten beziehen sich sowohl auf Sachleistungen nach dem SGB XI als auch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V. Diese umfasst auch die Leistungen der speziellen Krankenbeobachtung bzw. der außerklinischen Intensivpflege. Aufgrund der Ergänzung der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege vom 30. September 2019 um Anforderungen an die Erbringung von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ist es erforderlich geworden, die bisherige Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die ambulante Pflege an diese Regelungen anzupassen. Für die Qualitätsbewertung sind neben dem aktuellen Wissensstand die in der Rahmenempfehlung vereinbarten Anforderungen als Bewertungsmaßstab zugrunde zu legen. Dies gilt insbesondere für die spezifischen Qualifikationsanforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft bzw. die Bereichsleitung sowie deren Stellenumfang, die Qualifikationsanforderungen der bei beatmungspflichtigen Versicherten eingesetzten Pflegefachkräfte, deren Einweisung und Einarbeitung und weitere strukturelle Anforderungen wie etwa die Erreichbarkeit des Pflegedienstes. Die auf dieser Grundlage angepassten QPR (MDS & GKV-Spitzenverband 2020a) sollten zunächst Mitte 2020 in Kraft treten und umgesetzt werden. Aufgrund der Corona-bedingten Aussetzung der Regelprüfungen bis 30. September 2020 wurde der Termin für das Inkrafttreten jedoch auf den 1. Januar 2021 verschoben.

Die wesentlich bedeutendere Veränderung für die Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten steht jedoch noch bevor. So wurde auch für die ambulante Pflege im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege ein neues Prüfverfahren entwickelt. Die Entwicklung erfolgte durch die Hochschule Osnabrück und das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Das neue Prüfverfahren ist in einem Abschlussbericht vom 31. Dezember 2018 vorgelegt worden (Büscher A et al. 2018). Das Qualitätssystem orientiert sich am neuen stationären System, berücksichtigt jedoch die Besonderheiten des ambulanten Pflegesettings und umfasst eine neue Qualitätsprüfung und Qualitätsdarstellung. Wie für die Tagespflege werden im Abschlussbericht für die ambulante Pflege keine Indikatoren vorgeschlagen. Es werden fünf Qualitätsbereiche für die Prüfung vorgeschlagen:

- Bereich 1: Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte
(z. B. Erfassung von und Reaktion auf Risiken)
- Bereich 2: Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen
(z. B. Unterstützung bei der Mobilität oder der Körperpflege)
- Bereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen
(hier fließen alle Leistungen der Behandlungspflege nach dem SGB V mit ein)
- Bereich 4: sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung
(z. B. Zusammenarbeit mit Angehörigen)
- Bereich 5: einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte
(z. B. einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, Hygiene).

Die den Qualitätsbereichen zugeordneten Qualitätsaspekte sind auf den Pflegebedürftigkeitsbegriff und das mögliche neue Leistungsspektrum ausgerichtet (z. B. auch Mobilität, Betreuung, Kommunikation). Informationsquellen, Bewertungssystematik sowie Qualitätsdarstellung orientieren sich an dem neuen Prüfverfahren für die stationäre Pflege.

Vor der Implementierung hat der Gesetzgeber eine Pilotierung des neuen Prüfverfahrens vorgesehen. Die Pilotierung des neuen Prüfverfahrens fand zwischen Juli 2019 und Mai 2020 statt. Der Auftragnehmer für die Pilotierung (IGES Institut) hat am 14. August 2020 einen Abschlussbericht vorgelegt.²⁰ Zum Zeitpunkt der Erstellung des 6. Pflege-Qualitätsberichtes war noch nicht absehbar, ob und welche Konsequenzen sich daraus für das vorgeschlagene neue Prüfverfahren für die ambulante Pflege ergeben. Nach Abschluss der Arbeiten und ggf. einer Modifikation des Prüfverfahrens wird das neue Prüfverfahren umgesetzt. Hierzu sind analog zur stationären Pflege Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI anzupassen, neue Qualitätsprüfungs-Richtlinien gemäß §§ 114 ff. SGB XI und schließlich eine neue Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI für die ambulante Pflege zu erstellen. Das neue Prüfverfahren wird auch in der ambulanten Pflege neue Impulse für die Qualitätsentwicklung setzen.

6.4 Qualitätsprüfungen in ambulanten Betreuungsdiensten

Im Rahmen des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) wurde die Möglichkeit eröffnet, ambulante Betreuungsdienste als Leistungserbringer nach dem SGB XI zuzulassen. Diese ambulanten Betreuungsdienste sollen das Leistungsspektrum für die Versorgung von Personen in ihrem häuslichen Umfeld ergänzen und zu einem möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit beitragen. Die Anforderungen an diese ambulanten Betreuungsdienste sind in Richtlinien nach § 112a SGB XI festgelegt worden.

Diese neuen ambulanten Betreuungsdienste sollen einer niedrigschwelligen externen Qualitätsprüfung durch den MDK bzw. den PKV-Prüfdienst unterliegen. Daher wurden gemäß § 112 Abs. 3 SGB XI die Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die ambulante Pflege um eigenständige Richtlinien für ambulante Betreuungsdienste erweitert (MDS & GKV-Spitzenverband 2020b).

Die Einführung dieser neuen Qualitätsprüfung für ambulante Betreuungsdienste hat sich Corona-bedingt verzögert und ist für den 1. Januar 2021 vorgesehen. Da das oben beschriebene, vom Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b Absatz 4 Nummer 3 SGB XI in Auftrag gegebene Prüfverfahren für die ambulante Pflege auch Prüfinhalte für die Betreuung enthalten soll, werden die Richtlinien für ambulante Betreuungsdienste voraussichtlich nur solange gelten, bis das neue Prüfverfahren für die ambulante Pflege eingeführt worden ist. Ggf. wird das neue Prüfverfahren dann auch Wirkung für ambulante Betreuungsdienste entfalten.

²⁰ Zum Zeitpunkt der Erstellung des 6. Pflegequalitätsberichtes war der Abschlussbericht zur Pilotierung des ambulanten Prüfverfahrens noch nicht veröffentlicht.

6.5 Qualitätsprüfungen von Leistungserbringern der häuslichen Krankenpflege im Bereich der Krankenversicherung

Leistungserbringer, die keinen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI, sondern lediglich nach dem SGB V haben, konnten in der Vergangenheit keiner Qualitätsprüfung unterzogen werden. Dies betrifft unter anderem Leistungserbringer, die auf die Versorgung von Personen mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege spezialisiert sind. Solche Leistungserbringer verzichteten oft bewusst auf einen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI, mit der Konsequenz, dass externe Qualitätsprüfungen durch den MDK nicht möglich waren. Hier hat der Gesetzgeber eine neue Prüfmöglichkeit eingeführt, die seit dem 1. Januar 2018 greift. Vergleichbar mit den bisherigen Prüfungen nach dem SGB XI wurden auf der Grundlage des § 275b SGB V jährliche Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen für Leistungserbringer eingeführt, die keiner Qualitätsprüfung nach dem SGB XI unterliegen. Auftraggeber für diese Prüfungen sind die Landesverbände der Krankenkassen. Zudem werden bei allen Leistungserbringern, die einen Vertrag nach § 132a SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege haben, auf der Grundlage des § 275b SGB V Anlassprüfungen möglich und zwar auch dann, wenn der Leistungserbringer gleichzeitig nach dem SGB XI zugelassen ist. Diese Anlassprüfungen können von den Landesverbänden der Krankenkassen oder von den Krankenkassen selber beauftragt werden. Um Doppelprüfungen zu vermeiden, stimmen sich die Auftrag gebenden Pflege- und Krankenkassen untereinander ab. Prüfgrundlagen für diese Prüfungen bilden Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V, die in enger Zusammenarbeit zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene sowie dem MDS und den MDK erarbeitet worden sind. Diese Richtlinien enthalten so wie die neuen QPR für die ambulante Pflege insbesondere auch Prüfkriterien für die außerklinische Intensivpflege. Auch diese Richtlinien wurden aufgrund der oben angesprochenen Änderungen der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V angepasst und treten in geänderter Fassung am 1. Januar 2021 in Kraft (MDS & GKV-Spitzenverband 2020c). Aufgrund der geringen Anzahl an Prüfaufträgen an die MDK war es nicht möglich, Ergebnisse aus diesen Prüfungen für den 6. Pflege-Qualitätsbericht aufzubereiten.

Büschler A et al. (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht. Osnabrück, Bielefeld.

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (Hrsg.) (2017): S2K-Leitlinie Nichtinvasive und Invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz. O.O.

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011.

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011.

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagement nach § 113 SGB XI in der vollstationäre Pflege vom 23. November 2018.

MDS (2004): 1. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen.

MDS (2007): 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen.

MDS (2012): 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen.

MDS (2014): 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen.

MDS (2017): 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen.

MDS & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014): Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der ambulanten Pflege. Essen, Berlin.

MDS & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2016): Qualitätsprüfungs-Richtlinien, Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI. Teil 1 – Ambulante Pflege. Essen, Berlin.

MDS & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2018): Qualitätsprüfungs-Richtlinien, Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI. Teil 1 – Ambulante Pflege. Essen, Berlin.

MDS & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2018). Qualitätsprüfungs-Richtlinien, Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI. Teil 2 – Stationäre Pflege. Essen, Berlin.

MDS & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2019): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI. Vollstationäre Pflege, Essen, Berlin.

MDS & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2020a): Qualitätsprüfungs-Richtlinien, Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI. Teil 1a – Ambulante Pflegedienste. Essen, Berlin.

MDS & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2020b): Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI Teil 1b – Ambulante Betreuungsdienste. Essen, Berlin.

MDS & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2020c): Qualitätsprüfungs-Richtlinien häusliche Krankenpflege. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V. QPR-HKP. Essen, Berlin.

Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege vom 10.12.2013 i. d. F. vom 30.08.2019.

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 112a SGB XI zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste vom 17.07.2019.

Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2020a): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. 2019. O.O.

Statistisches Bundesamt (2020b): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegeheime. 2019. O.O.

Statistisches Bundesamt (2020c): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. 2019. O.O.

Wingenfeld K et al. (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: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung. Bielefeld, Göttingen.

Stationäre Pflege

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege – 1. Januar bis 31. Oktober 2019

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019		
Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung		
Geprüfte Einrichtungen	12.702	
	Anzahl	in Prozent
1.3g: an der Prüfung Beteiligte*		
keine	10.991	86,5
Pflegekasse	58	0,5
Sozialhilfeträger	6	0,0
nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	701	5,5
Gesundheitsamt	44	0,3
Trägerverband	600	4,7
sonstige	445	3,5
1.4a-c: Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI		
Regelprüfungen	12.080	95,1
Anlassprüfungen	409	3,2
Wiederholungsprüfungen	220	1,8
1.2j: Trägerart		
privat	5.384	42,4
freigemeinnützig	6.865	54,0
öffentlich	437	3,4
nicht zu ermitteln	16	0,1
1.2s: Zertifizierung		
liegt vor	1.348	10,6
liegt nicht vor	11.346	89,3
1.5: Plätze in der vollstationären Pflege (nur Regelprüfungen)		
	Anzahl	Mittelwert
vorgehaltene Plätze	638.611	52,9
belegte Plätze	586.767	48,6

*Mehrfachnennungen möglich

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019

Allgemeine Angaben

Geprüfte Einrichtungen		12.702	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
2.2	Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?		
2.2a/T51	Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z. B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?	allen	98,0
2.2b	Stehen für jeden Bewohner abschließbare Schubladen oder Fächer zur Verfügung?	allen	98,8
2.2c/T52	Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?	allen	99,2
2.3	Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern, die demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen aufweisen, trifft für die stationäre Pflegeeinrichtung Folgendes zu:		
2.3a/T37	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	99,0	99,2
2.3b/T38	Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?	78,9	100,0
2.3c/T39	Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?	98,7	99,8

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019

Ablauforganisation

Geprüfte Einrichtungen		12.702	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
4.1	Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?		
4.1a	Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt	allen	98,9
4.1b	personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt	allen	98,9
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	91,1	89,3
4.4	Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?		
4.4a	dokumentenecht	allen	95,7
4.4b	Soll-, Ist- und Ausfallzeiten	allen	97,8
4.4c	Zeitpunkt der Gültigkeit und Einsatzort	allen	99,3
4.4d	vollständige Namen	allen	98,1
4.4e	Qualifikation	allen	93,7
4.4f	Umfang des Beschäftigungsverhältnisses	allen	97,4
4.4g	Legende für Dienst- und Arbeitszeiten	allen	98,2
4.4h	Datum	allen	99,0
4.4i	Unterschrift der verantwortlichen Person	allen	97,9
4.4j	Übergabezeiten und Zeiten für Teambesprechungen	allen	96,0
4.5	Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat?	allen	95,0

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019

Qualitätsmanagement

Geprüfte Einrichtungen		12.702	
Frage	Kriterium	Kriterium ausgewählt bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
5.1	Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?	allen	98,0
5.2	Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?		
5.2a	Dekubitusprophylaxe	35,5	87,7
5.2b	Pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz	18,2	87,6
5.2c	Pflegerisches Schmerzmanagement – chronischer Schmerz	31,1	88,1
5.2d	Sturzprophylaxe	39,0	91,1
5.2e	Kontinenzförderung	28,8	87,2
5.2f	Chronische Wunden	24,8	87,7
5.2g	Ernährungsmanagement	23,2	86,5
5.4	Liegt in der stationären Pflegeeinrichtung eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?		
5.4a	aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind)	allen	93,9
5.4b	Nennung der Qualifikation	allen	95,3
5.4c	Vor- und Zunamen	allen	98,5
5.4d	Handzeichen übereinstimmend	allen	96,2
5.6/T32	Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	allen	78,3
5.7/T50	Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?	allen	98,8

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019

Hygiene

Geprüfte Einrichtungen		12.702	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
6.1/T53	Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut?	allen	98,1
6.2	Gibt es in der stationären Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?		
6.2a	innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	allen	98,3
6.2b	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	allen	99,3
6.2c	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	allen	92,9
6.2d	innerbetriebliche Verfahrensanweisungen sind Mitarbeitern bekannt	allen	96,6
6.2e	alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	allen	99,0
6.3	Stehen den Mitarbeitern in stichprobenartig besuchten Wohnbereichen in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?		
6.3a	Handschuhe	allen	99,9
6.3b	Händedesinfektionsmittel	allen	99,9
6.3c	Schutzkleidung	allen	99,2
6.4	Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	allen	94,3

 Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019

 Verpflegung

Geprüfte Einrichtungen

12.702

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
7.1/T57	Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplanes bekannt gegeben?	allen	98,6
7.2	Wird in der stationären Pflegeeinrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten?		
7.2a/T55	Wird bei Bedarf Diätkost angeboten?	allen	99,5
7.2b/T41	Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?	98,6	99,4
7.2c/T56	Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert?	allen	99,7
7.2d/T58	Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?	allen	99,7
7.3/T54	Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?	allen	97,9
7.4a	Es gibt ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen.	96,0	99,4
7.5/T59	Werden Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?	allen	99,4

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019

Betreuung			
Geprüfte Einrichtungen		12.702	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
8.1	Werden Leistungen der Betreuung angeboten?		
8.1a/T42	Werden im Rahmen der Betreuung Gruppenangebote gemacht?	allen	99,7
8.1b/T43	Werden im Rahmen der Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?	allen	98,8
8.1c/T44	Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?	allen	99,4
8.1d/T45	Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen?	allen	99,6
8.3/T46	Sind die Angebote der Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?	allen	99,5
8.6	durchschnittlicher Stellenumfang der für die Betreuung beschäftigten Mitarbeiter (ohne zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI)		0,86
8.7	Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 84 Abs. 8 i. V. m. §85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte vereinbart?	allen	97,5
	durchschnittlicher Stellenumfang, wenn ja		2,59
8.8	Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?		
8.8a	Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt?	allen	87,2
8.8b	Verfügen die eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte über die erforderlichen Qualifikationen gemäß § 4 der Betreuungskräfte-Richtlinie?	97,3	97,3
8.8c	Haben alle eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte im vergangenen Jahr nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-Richtlinie an Fortbildungsmaßnahmen im Umfang von insgesamt mindestens 16 Unterrichtsstunden teilgenommen?	94,6	91,0
8.8d	Ist gewährleistet, dass zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte-Richtlinie nicht regelmäßig körperbezogene Maßnahmen, Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten durchführen?	97,2	96,1

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
8.9	Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die stationäre Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?		
8.9a/T47	Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die stationäre Pflegeeinrichtung?	allen	96,9
8.9b/T48	Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?	allen	95,2
8.10/T49	Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?	allen	97,8

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019

Allgemeine Angaben

Untersuchte Personen	94.899	
	Anzahl	in Prozent
9.2d: Alter		
bis unter 20 Jahre	168	0,2
20 bis unter 45 Jahre	515	0,5
45 bis unter 65 Jahre	5.605	5,9
65 bis unter 80 Jahre	19.746	20,8
80 bis unter 90 Jahre	42.269	44,5
90 Jahre und älter	26.596	28,0
9.2g: Pflegegrad		
Pflegegrad 1	478	0,5
Pflegegrad 2	21.332	22,5
Pflegegrad 3	23.598	24,9
Pflegegrad 4	31.705	33,4
Pflegegrad 5	17.786	18,7
9.2h: demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen nach Angaben der Pflegeeinrichtung	51.898	54,7

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019

Behandlungspflege

Untersuchte Personen		94.899	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
10.1/T22	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	45,4	91,6
10.2/T23	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	70,3	83,0
10.3/T24	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?	85,0	88,6
10.4/T25	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?	73,7	94,3
10.5/T26	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	84,9	90,3
10.6	Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	allen	38,9
10.7/T13	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	37,4	81,2
10.8/T14	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	19,2	95,4
10.9/T15	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?	32,5	95,2
10.10/T27	Sind die Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	16,9	95,0
10.11	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?	0,7	72,3
10.14/T3	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunden/des Dekubitus dokumentiert?	5,9	92,4
10.15/T5	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	5,9	73,5
10.16/T4	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?	5,8	80,2
10.17/T6	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?	5,3	87,7

Behandlungspflege			
Untersuchte Personen		94.899	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
10.12	vorliegende Wunden – untersuchte Personen		
	mit Dekubitus	3.650	3,8
	mit Ulcus Cruris	884	0,9
	mit diabetischem Fußsyndrom	186	0,2
	mit sonstigen chronischen Wunden	1.403	1,5
	mit sonstigen nicht chronischen Wunden	2.180	2,3

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019

Mobilität			
Untersuchte Personen		94.899	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
11.3	Liegt ein Sturzrisiko vor?	allen	66,2
11.4/T18	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	allen	94,5
11.5/T19	Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	66,0	92,0
11.6	Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	allen	38,0
11.7/T1	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	allen	95,0
11.8/T2	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	37,9	80,1

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Untersuchte Personen		94.899	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
12.1d	Gewichtverlauf in den letzten sechs Monaten		
	zugenommen	17.733	18,7
	konstant	47.102	49,6
	relevante Abnahme	8.887	9,4
	kann nicht ermittelt werden	21.177	22,3
12.2a	Der Bewohner ist versorgt mit		
	Magensonde	30	0,0
	PEG-Sonde	3.189	3,4
	PEJ-Sonde	78	0,1
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
12.3	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	allen	57,2
12.4	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	allen	55,0
12.5/T7	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	allen	95,6
12.6/T10	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	allen	97,3
12.7/T8	Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsvorsorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	56,4	90,8
12.8/T11	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	54,5	93,5
12.9/T9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	allen	98,0
12.10/T12	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	allen	99,6
12.11/T28	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmacksinn angeregt?	2,3	81,9

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019

Harninkontinenz

Untersuchte Personen		94.899	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
13.1	Der Bewohner ist versorgt mit		
13.1a	Suprapubischem Katheter	3.322	3,5
13.1b	Transurethralem Katheter	5.932	6,3
13.1c	Inkontinenzprodukten	70.508	74,3
		Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
Frage	Kriterium	(in Prozent)	(in Prozent)
13.2	Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	allen	65,4
13.3/T16	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkateter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	68,1	94,4
13.4/T17	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkateter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	65,3	93,9

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019

Umgang mit Demenz

Untersuchte Personen		94.899	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
14.1	Orientierung und Kommunikation		
14.1a	sinnvolles Gespräch möglich	allen	66,9
14.1b	nonverbale Kommunikation möglich	allen	95,0
14.1c	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	allen	39,1
14.2/T33	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	54,0	97,1
14.3/T34	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?	45,5	98,3
14.4/T35	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	54,2	99,2
14.5/T40	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht?	54,3	96,2
14.6/T36	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	54,2	95,9

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019

Körperpflege

Untersuchte Personen		94.899	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
15.2/T29	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	81,8	97,2
15.4/T30	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	63,2	99,3

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019

Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Untersuchte Personen		94.899	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?	allen	95,9
16.2/T21	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	5,6	93,4
16.3/T20	Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?	5,5	89,8
16.4/T31	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	allen	99,7
16.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	allen	98,2
16.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	28,6	88,4

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019

Struktur der befragten Bewohner

Befragte Personen	62.501	
	Anzahl	in Prozent
18.2d: Alter		
bis unter 20 Jahre	114	0,2
20 bis unter 45 Jahre	239	0,4
45 bis unter 65 Jahre	3.777	6,0
65 bis unter 80 Jahre	13.028	20,8
80 bis unter 90 Jahre	27.951	44,7
90 Jahre und älter	17.392	27,8
18.2e: Pflegegrad		
Pflegegrad 1	457	0,7
Pflegegrad 2	19.858	31,8
Pflegegrad 3	19.712	31,5
Pflegegrad 4	18.448	29,5
Pflegegrad 5	4.026	6,4
18.2f: demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen nach Angaben der Pflegeeinrichtung	24.278	38,8

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019

Befragung der Bewohner

Befragte Personen		62.501					
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon beantwortet von (in Prozent)	immer (in Prozent)	häufig (in Prozent)	gelegentlich (in Prozent)	nie (in Prozent)
18.3/T67	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?	allen	99,1	93,6	5,7	0,7	0,0
18.4/T68	Nehmen sich die Mitarbeiter ausreichend Zeit für Sie?	99,4	85,2	89,5	7,9	2,3	0,3
18.5/T60	Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?	95,5	71,3	96,6	2,3	0,7	0,3
18.6/T61	Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?	allen	54,3	99,4	0,3	0,1	0,2
18.7/T62	Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	73,5	70,6	99,4	0,4	0,1	0,1
18.8/T63	Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?	69,7	64,3	99,6	0,3	0,1	0,1
18.9/T69	Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	58,3	67,2	98,4	0,9	0,3	0,4
18.10/T70	Schmeckt Ihnen das Essen?	99,6	98,3	83,2	12,4	3,8	0,5
18.11/T66	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?	97,8	78,0	95,5	1,0	0,6	3,0
18.12/T71	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?	99,4	80,8	98,5	1,2	0,2	0,1
18.13/T72	Bekommen Sie jederzeit ausreichend zahlungsfrei zu trinken angeboten?	99,5	90,5	99,8	0,2	0,0	0,0
18.14/T73	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?	95,9	78,0	91,9	5,2	2,4	0,5
18.15/T74	Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht?	96,3	81,7	98,4	0,9	0,5	0,2
18.16/T75	Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können?	78,4	68,2	95,7	1,8	1,6	0,9
18.17/T76	Können Sie jederzeit Besuch empfangen, wann Sie wollen?	87,1	78,6	99,9	0,0	0,0	0,0

Frage	Kriterium	Kriterium davon					nie
		relevant bei (in Prozent)	beantwor- tet von (in Prozent)	immer (in Prozent)	häufig (in Prozent)	gele- gentlich (in Prozent)	
18.18/T85	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?	allen	78,2	97,5	1,9	0,5	0,1
18.19/T77	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?	71,1	68,3	90,7	7,2	1,9	0,2
18.20/T64	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?	28,3	24,8	66,4	14,8	8,8	10,1

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege – 1. November 2019 bis März 2020

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019/2020

Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

Geprüfte Einrichtungen	2.126	
	Anzahl	in Prozent
E7.: an der Prüfung Beteiligte*		
keine	1.750	82,3
Pflegekasse	7	0,3
Sozialhilfeträger	–	0,0
nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	118	5,6
Gesundheitsamt	6	0,3
Trägerverband	144	6,8
sonstige	123	5,8
F 1.-3.: Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI		
Regelprüfungen	2.048	96,3
Anlassprüfungen	78	3,7
Wiederholungsprüfungen	–	0,0
D 11: Trägerart		
privat	706	33,2
freigemeinnützig	1.179	55,5
öffentlich	207	9,7
nicht zu ermitteln	34	1,6

*Mehrfachnennungen möglich

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019/2020

Allgemeine Angaben 1/2

Untersuchte Personen	18.842	
	Anzahl	in Prozent
B 4.: Alter		
bis unter 20 Jahre	10	0,1
20 bis unter 45 Jahre	120	0,6
45 bis unter 65 Jahre	1.212	6,4
65 bis unter 80 Jahre	3.932	20,9
80 bis unter 90 Jahre	8.398	44,6
90 Jahre und älter	5.170	27,4
B 10.: Pflegegrad		
kein Pflegegrad	6	0,0
Pflegegrad 1	130	0,7
Pflegegrad 2	4.063	21,6
Pflegegrad 3	7.054	37,4
Pflegegrad 4	5.235	27,8
Pflegegrad 5	2.354	12,5
B 11.: Gruppenzugehörigkeit der Versorgten Person		
Subgruppe A	4.153	22,0
Subgruppe B	3.750	19,9
Subgruppe C	3.942	20,9

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019/2020

Allgemeine Angaben 2/2

Untersuchte Personen		18.842	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
1.2.2	Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme		
	Magensonde	1	0,0
	PEG-Sonde	489	2,6
	PEJ-Sonde	18	0,1
1.3	Nutzung von		
	Suprapubischem Katheter	660	3,5
	Transurethralem Katheter	1.204	6,4
	Inkontinenzprodukten		
	offene	13.842	73,5
	geschlossene	–	0,0
	Stoma	265	1,4
2.3	vorliegende Wunden – untersuchte Personen		
	mit Dekubitus	608	3,2
	mit Ulcus Cruris	185	1,0
	mit diabetischem Fußsyndrom	37	0,2
	mit sonstigen chronischen Wunden	289	1,5
	mit sonstigen nicht chronischen Wunden	656	3,5

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019/2020

Prüfung bei den versorgten Personen – Qualitätsbereiche 1 - 4

Geprüfte versorgte Personen	18.842					
	Kriterium relevant bei	(A) keine Auffälligkeiten	(B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen	(C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person	(D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person	
	(in Prozent)	(in Prozent)	(in Prozent)	(in Prozent)	(in Prozent)	
Qualitätsbereich 1						
Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung						
1.1	Unterstützung im Bereich Mobilität	91,8	76,6	9,2	12,5	5,1
1.2	Unterstützung bei der Ernährung und der Flüssigkeitsversorgung	76,7	86,9	4,5	6,7	2,6
1.3	Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	82,4	87,1	5,8	6,7	0,9
1.4	Unterstützung bei der Körperpflege	89,3	87,5	4,0	5,9	3,1
Qualitätsbereich 2						
Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen						
2.1	Medikamentöse Therapie	98,8	80,8	5,5	10,7	5,3
2.2	Schmerzmanagement	61,1	85,0	6,3	7,0	1,9
2.3	Wundversorgung	8,6	70,4	5,3	14,3	12,1
2.4	Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen	4,8	87,8	4,4	5,8	2,7
Qualitätsbereich 3						
Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagsleben und der sozialen Kontakte						
3.1	Unterstützung bei der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung	62,9	92,3	3,9	3,0	0,8
3.2	Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation	79,2	91,3	2,2	5,0	1,7
3.3	Nächtliche Versorgung	77,5	90,0	1,9	6,7	1,6

Prüfung bei den versorgten Personen – Qualitätsbereiche 1 - 4

Geprüfte versorgte Personen		18.842				
	Kriterium relevant bei	(A) keine Auffälligkeiten	(B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen	(C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die Person	(D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person	
	(in Prozent)	(in Prozent)	(in Prozent)	(in Prozent)	(in Prozent)	
Qualitätsbereich 4						
Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen						
4.1	Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug	29,7	86,7	3,9	7,7	2,1
4.2	Überleitung bei Krankenhausaufenthalten	20,1	88,3	1,6	7,6	2,8
4.3	Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen	22,8	86,2	3,6	7,8	2,5
4.4	Freiheitsentziehende Maßnahmen	6,9	89,3	2,4	5,2	3,5

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019/2020

Prüfung auf Einrichtungsebene – Qualitätsbereich 5

Geprüfte Einrichtungen		2.126
		Anteil festgestellter Defizite (in Prozent)
Qualitätsbereich 5:		
Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen		
5.1	Abwehr von Risiken und Gefährdungen	54,8
5.2	Biografieorientierte Unterstützung	19,9
5.3	Einhaltung von Hygieneanforderungen	11,8
5.4	Hilfsmittelversorgung	13,4
5.5	Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit	11,6

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2019/2020

Prüfung auf Einrichtungsebene – Qualitätsbereich 6

Geprüfte Einrichtungen		2.126	
		Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
Qualitätsbereich 6:			
Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement			
6.1	Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft		
6.1.1	Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung?	allen	97,1
6.1.2	Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?	allen	96,6
6.1.3	Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	allen	98,9
6.1.4	Steht die stellvertretende Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	allen	96,7
6.1.5	Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?	allen	96,6
6.1.6	Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?	allen	93,9
6.1.7	Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen?	allen	96,7

 Prüfung auf Einrichtungsebene – Qualitätsbereich 6

Geprüfte Einrichtungen		2.126	
		Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
6.2	Begleitung sterbender Personen und ihrer Angehörigen*		
6.2.1	Liegt ein schriftliches Konzept für die Begleitung sterbender Personen und ihrer Angehörigen vor?	99,5	99,4
6.2.2	Gibt es Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z. B. Palliativdienste, Hospizinitiativen) und namentlich bekannte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Ansprechpartner für solche Einrichtungen?	99,5	86,4
6.2.3	Ist konzeptionell geregelt, dass die Wünsche der versorgten Person und der Angehörigen für den Fall einer gesundheitlichen Krise und des Versterbens erfasst werden?	99,5	95,2
6.2.4	Vorsorgevollmachten den Mitarbeitern bekannt sind und jederzeit verfügbar sind?	99,5	90,2
6.2.5	Ist konzeptionell geregelt, dass im Sterbefall eine direkte Information der Angehörigen entsprechend den von ihnen hinterlegten Wünschen erfolgt?	99,5	93,2

**Qualitätsbereich 6:
Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement**

6.3	Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten		
6.3.1	Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	allen	95,7
6.3.2	Werden Qualitätsdefizite systematisch bewertet und bei Bedarf bearbeitet?	93,5	93,3
6.3.3	Hat die Einrichtung geeignete Maßnahmen eingeleitet, um schlechte Versorgungsergebnisse (Qualitätsindikatoren) zu verbessern?	14,6	97,4
6.3.4	Werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert?	95,1	93,0
6.3.5	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	allen	97,1

 *entfällt bei Prüfungen von solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Ambulante Pflege

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019		
Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst		
Geprüfte Einrichtungen	13.519	
	Anzahl	in Prozent
1.3g: An der Prüfung Beteiligte*		
keine	12.510	92,5
Pflegekasse	34	0,3
Sozialhilfeträger	5	0,0
Gesundheitsamt	1	0,0
Trägerverband	469	3,5
Sonstige	524	3,9
1.4a-c: Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI		
Regelprüfungen	13.017	96,3
Anlassprüfungen	343	2,6
Wiederholungsprüfungen	159	1,2
1.2j: Trägerart		
privat	9.029	66,8
freigemeinnützig	4.307	31,9
öffentlich	121	0,9
nicht zu ermitteln	62	0,5
1.2q: Zertifizierung		
liegt vor	540	4,0
liegt nicht vor	12.979	96,0
1.2w: Wird mindestens bei einer versorgten Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie durch den Pflegedienst erbracht?		
ja	1.197	8,9
nein	12.322	91,1

*Mehrfachnennungen möglich

Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

Geprüfte Einrichtungen	13.519	
	Anzahl	in Prozent
1.5: Versorgte Personen (nur Regelprüfungen)	1.202.175	
davon Leistungsempfänger nach:		
ausschließlich SGB XI	282.758	19,5
ausschließlich SGB V	427.333	29,5
SGB XI und SGB V	410.469	28,3
sonstige	329.524	22,7

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Allgemeine Angaben

Geprüfte Einrichtungen		13.519	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
2.2/T27	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?	allen	98,4
2.3/T26	Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?	allen	97,7

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Aufbauorganisation Personal

Geprüfte Einrichtungen		13.519	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
3.1	Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?		
3.1b/T32	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?	allen	98,5
3.1g/T33	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?	78,7	96,7

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Ablauforganisation

Geprüfte Einrichtungen		13.519	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
4.1	Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?		
4.1a	Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt	allen	97,4
4.1b	personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt	allen	98,8
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	86,6	86,5
4.4	Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?		
4.4a	dokumentenecht	allen	95,4
4.4b	Soll-, Ist- und Ausfallzeiten	allen	94,1
4.4c	Zeitpunkt der Gültigkeit	allen	99,1
4.4d	vollständige Namen	allen	97,6
4.4e	Qualifikation	allen	92,0
4.4f	Umfang des Beschäftigungsverhältnisses	allen	94,4
4.4g	Legende für Dienst- und Arbeitszeiten	allen	96,2
4.4h	Datum	allen	97,1
4.4i	Unterschrift der verantwortlichen Person	allen	95,1
4.5	Liegen geeignete Einsatz-/Tourenpläne vor?		
4.5a	Datum der Gültigkeit	allen	97,9
4.5b	tageszeitliche Zuordnung von Mitarbeitern zu versorgten Personen	allen	96,8
4.5c	Angabe der verantwortlichen Person	allen	96,5
4.6/T34	Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?	allen	96,6

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Qualitätsmanagement			
Geprüfte Einrichtungen		13.519	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
5.1	Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?	allen	95,6
5.2	Setzt der ambulante Pflegedienst die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?		
5.2a	Dekubitatsprophylaxe	37,3	78,8
5.2b	pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz	17,2	75,1
5.2c	pflegerisches Schmerzmanagement – chronischer Schmerz	32,6	76,1
5.2d	Sturzprophylaxe	40,1	82,0
5.2e	Kontinenzförderung	26,3	76,5
5.2f	chronische Wunden	29,7	77,7
5.2g	Ernährungsmanagement	18,0	73,2
5.3	Liegt im Pflegedienst eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?		
5.3a	aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als einer Woche beschäftigt sind)	allen	94,1
5.3b	Nennung der Qualifikation	allen	95,3
5.3c	Vor- und Zunamen	allen	98,2
5.3d	Handzeichen übereinstimmend	allen	94,2
5.4/T31	Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?	allen	95,3
5.6/T29	Werden die Mitarbeiter regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	allen	90,3
5.7/T28	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?	allen	98,4
5.8/T30	Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?	allen	98,4

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Hygiene

Geprüfte Einrichtungen

13.519

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
6.1	Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?		
6.1a	Innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	allen	94,9
6.1b	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	allen	97,5
6.1c	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	allen	86,5
6.1d	Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen sind Mitarbeitern bekannt	allen	92,6
6.1e	alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	allen	97,9
6.2	Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Institutes nachweislich bekannt?		
6.2a	Empfehlung zur Händehygiene bekannt	allen	88,2
6.2b	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle katheterassoziierter Harnwegsinfektionen bekannt	allen	87,0
6.2c	Empfehlung zur Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie bekannt	20,3	90,6
6.2d	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen bekannt	allen	88,3
6.2e	Empfehlung zur Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen	allen	73,5
6.3	Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeits-hilfen zur Verfügung?		
6.3a	Handschuhe	allen	99,9
6.3b	Händedesinfektionsmittel	allen	99,8
6.2c	Schutzkleidung	allen	98,3

Hygiene			
Geprüfte Einrichtungen		13.519	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
6.4	Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	allen	88,0

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Angaben zur Prüfung und zum ambulanten Pflegedienst bei spezieller Krankenbeobachtung

Geprüfte Pflegedienste, die mindestens eine Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie versorgen		1.197	
		Anzahl	in Prozent
7.1.1: Versorgungssituation bei spezieller Krankenbeobachtung			
Versorgte Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie (nur Regelprüfungen) davon:		10.303	
in der eigenen Häuslichkeit		5.829	56,6
in einer Wohngemeinschaft		4.011	38,9
in betreutem Wohnen		301	2,9
sonstige Wohnformen		162	1,6
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
7.2.1	Die für die spezielle Krankenbeobachtung verantwortliche Pflegefachkraft verfügt über folgende Qualifikationen:		
7.2.1a	Bei zu versorgenden Personen ab 18 Jahren: Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Altenpfleger/in	80,5	99,6
7.2.1b	Bei zu versorgenden Personen unter 18 Jahren: Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	38,5	92,6
7.2.1c	<ul style="list-style-type: none"> • Atmungstherapeut/in mit pflegerischer Ausbildung oder • Fachgesundheits- und Krankenpfleger/in für Anästhesie- und Intensivpflege oder • mindestens drei Jahre Berufserfahrung im Beatmungsbereich in den letzten fünf Jahren und Fortbildung 	allen	68,5
7.2.2	Die Pflegefachkräfte, die selbstständig und eigenverantwortlich beatmungs- bzw. intensivspezifische Aufgaben im Zusammenhang mit der speziellen Krankenbeobachtung durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:		
7.2.2a	Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Altenpfleger/in	allen	82,0

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
7.2.2a	<ul style="list-style-type: none"> • Atmungstherapeut/in mit pflegerischer Ausbildung oder • Fachgesundheits- und Krankenpfleger/in für Anästhesie- und Intensivpflege oder • mindestens ein Jahr Berufserfahrung im Beatmungsbereich in den letzten fünf Jahren oder • Fortbildung 	79,9	53,6

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Anforderungen an die Ablauforganisation bei spezieller Krankenbeobachtung

Geprüfte Pflegedienste, die mindestens eine Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie versorgen 1.197

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
7.3.1	Sind geeignete Regelungen für ein Übernahmemanagement vorhanden?	allen	72,5
7.3.2	Ist die pflegfachliche Begleitung der Mitarbeiter bei Übernahme einer Person mit spezieller Krankenbeobachtung geregelt und wird diese Regelung nachvollziehbar umgesetzt?		
7.3.2a	Regelung liegt vor	allen	52,2
7.3.2b	Regelung umgesetzt	73,4	49,0

 Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

 Anforderungen an das Qualitätsmanagement bei spezieller Krankenbeobachtung

 Geprüfte Pflegedienste, die mindestens eine Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie versorgen 1.197

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
7.4.1	Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?		
7.4.1a	Zielvorgaben im Konzept	allen	91,2
7.4.1b	zeitliche Vorgaben im Konzept	allen	88,8
7.4.1c	inhaltliche Vorgaben im Konzept	allen	90,6
7.4.1d	Pflegefachkraft als Ansprechpartner im Konzept benannt	allen	89,6
7.4.1e	Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiter im Konzept	allen	81,0
7.4.1f	Einarbeitungsbeurteilung im Konzept	allen	88,9
7.4.1g	Konzept angewandt	93,7	81,6
7.4.2	Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zum Notfallmanagement?	allen	69,3
7.4.3	Bestehen Regelungen die sicherstellen, dass alle an spezifischen Medizinprodukten eingesetzten Mitarbeiter in deren Anwendung eingewiesen sind?	89,6	68,9

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Allgemeine Angaben

Untersuchte Personen	86.716	
	Anzahl	in Prozent
8.2c: Alter		
bis unter 20 Jahre	364	0,4
20 bis unter 45 Jahre	565	0,7
45 bis unter 65 Jahre	5.195	6,0
65 bis unter 80 Jahre	19.608	22,6
80 bis unter 90 Jahre	41.509	47,9
90 Jahre und älter	19.475	22,5
8.2f: Pflegegrad		
kein Pflegegrad	1.245	1,4
Pflegegrad 1	208	0,2
Pflegegrad 2	33.524	38,7
Pflegegrad 3	31.527	36,4
Pflegegrad 4	14.013	16,2
Pflegegrad 5	6.199	7,1
8.2g: ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vorliegend	15.530	17,9
8.3: Orientierung und Kommunikation		
Sinnvolles Gespräch möglich	75.509	87,1
nonverbale Kommunikation möglich	84.921	97,9
Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	62.758	72,4

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Behandlungspflege 1/3

Untersuchte Personen		82.285	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
9.1/T25	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	17,2	85,5
9.2	Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen?	0,1	63,5
9.3	Erfolgt die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes sachgerecht?	0,0	60,0
9.4	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattung bei nicht invasiv/invasiv beatmeten Personen erfüllt?	10,5	0,1
9.5	Werden bei beatmungspflichtigen Personen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?	0,0	80,0
9.6	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	0,1	81,4
9.7/T21	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	0,4	85,2
9.8/T22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	5,6	92,7
9.9	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	0,2	94,3
9.10	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	0,4	93,3
9.11	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	0,0	92,9
9.12	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	0,1	88,5
9.13	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	0,0	92,6
9.14	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	0,0	100,0

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
9.15	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	0,0	100,0
9.16/T19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	40,0	91,1
9.17/T20	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	11,7	80,1
9.18	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	1,5	89,0

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Behandlungspflege 2/3

Anzahl untersuchter Personen		82.285	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
9.19/T23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	12,5	90,3
9.20	Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	0,1	92,1
9.21	Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen?	0,2	93,3
9.22	Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?		
	aktute Schmerzen	allen	2,7
	chronische Schmerzen	allen	46,3
9.23	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	15,9	74,5
9.24	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	0,2	59,3
9.25	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?	0,1	95,2
9.28	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunden/des Dekubitus nachvollziehbar?	10,2	92,5
9.29/T18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden/des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	10,3	82,5
9.30	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden/Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	10,3	82,1
9.31	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden/des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	9,8	89,6
9.32/T24	Sind Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht angelegt?	30,2	93,4
9.33	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?	0,1	90,7

Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
9.26	vorliegende Wunden – untersuchte Personen		
	mit Dekubitus	3.355	4,1
	mit Ulcus Cruris	2.661	3,2
	mit diabetischem Fußsyndrom	492	0,6
	mit sonstigen chronischen Wunden	2.302	2,8
	mit sonstigen nicht chronischen Wunden	861	1,0

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Behandlungspflege 3/3

Untersuchte Personen		77.324	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
9.34	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	7,5	48,2
9.35	Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	4,6	18,2
9.36	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten?		
9.36a	Sturzrisiko	1,5	80,3
9.36b	Dekubitusrisiko	0,9	80,5
9.36c	Ernährungs- und Flüssigkeitsrisiko	0,5	83,7
9.36d	Inkontinenz	0,5	79,4
9.36e	Demenz	0,2	70,1
9.36f	Körperpflege	0,3	88,2

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung 1/4

Untersuchte Personen		1.829	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
10.3	Ist in der eigenen Häuslichkeit für den verordneten Zeitraum der speziellen Krankenbeobachtung ständig eine Pflegefachkraft anwesend?	56,9	94,0
10.4	Entspricht der Einsatz des Personals bei der versorgten Person in der Wohngemeinschaft den vertraglichen Vereinbarungen?	43,7	87,9
10.5	Verfügen alle Pflegefachkräfte, die selbstständig und eigenverantwortlich am Beatmungsgerät der davon abhängigen Person tätig sind, über eine entsprechende Zusatzqualifikation?	45,9	71,8
10.6	Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der nicht beatmeten Person mit Trachealkanüle der Arzt informiert?	9,2	95,3
10.7	Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der beatmeten Person ein in der außerklinischen Beatmung erfahrener Arzt, das Beatmungszentrum oder ein Krankenhaus informiert?	8,4	92,2
10.8/T25	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	84,3	87,6
10.9	Wird die spezielle Krankenbeobachtung sachgerecht durchgeführt?	99,1	78,3
10.10	Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?	45,2	81,6
10.11	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv/invasiv beatmeten Personen erfüllt?	45,7	92,2
10.12	Wird mit der Sauerstoffversorgung sachgerecht umgegangen?	68,9	86,1
10.13	Werden die notwendigen Maßnahmen aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) bei der versorgten Person vor Ort umgesetzt?	49,9	72,3
10.14	Ist in der Wohngemeinschaft sichergestellt, dass Alarmer jederzeit wahrgenommen werden können?	51,7	91,3
10.15	Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen?	92,6	79,1

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
10.16	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	3,7	85,1
10.17/T21	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hier- aus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	58,7	88,2
10.18/T22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hier- aus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	21,0	90,9

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung 2/4

Untersuchte Personen		1.829	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
10.19	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	1,7	93,5
10.20	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	5,6	96,1
10.21	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	34,6	88,8
10.22	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	82,5	87,1
10.23	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	0,5	100,0
10.24	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	-	-
10.25	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	1,3	91,3
10.26/T19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	96,6	89,4
10.27/T20	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	92,1	83,1
10.28	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	4,6	95,2
10.29/T23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	25,0	91,3
10.30	Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	0,5	100,0
10.31	Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen?	0,9	94,1
10.32	Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen? akute Schmerzen chronische Schmerzen	allen allen	3,4 35,1
10.33	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	39,5	77,5
10.34	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	86,8	81,7
10.35	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?	0,4	100,0

Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
10.36	vorliegende Wunden – untersuchte Personen		
	mit Dekubitus	177	9,7
	mit Ulcus Cruris	138	7,5
	mit diabetischem Fußsyndrom	2	0,1
	mit sonstigen chronischen Wunden	58	3,2
	mit sonstigen nicht chronischen Wunden	42	2,3

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung 3/4

Untersuchte Personen		1.829	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
10.38	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunden/des Dekubitus nachvollziehbar?	12,5	89,1
10.39/T18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	12,4	81,1
10.40	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder des Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	12,5	80,3
10.41	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden/des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	11,9	87,6
10.42/T24	Sind Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht angelegt?	6,0	93,6
10.43	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?	2,0	89,2
10.46	Gibt es ein individuell angepasstes Notfallmanagement unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorgaben?	97,6	68,2

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung 4/4

Anzahl untersuchter Personen		1.743	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
10.44	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	10,3	91,7
10.45	Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	4,9	96,5
10.47	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten?		
10.47a	Sturzrisiko	2,1	97,2
10.47b	Dekubitusrisiko	4,5	84,6
10.47c	Ernährungs- und Flüssigkeitsrisiko	4,3	82,7
10.47d	Inkontinenz	3,0	86,5
10.47e	Demenz	0,1	50,0
10.47f	Körperpflege	2,2	92,1

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Mobilität

Untersuchte Personen		81.502	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
11.3/T14	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?	90,0	93,1
11.4	Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	allen	79,0
11.5	Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?	74,8	89,2
11.6	Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	allen	29,6
11.7	Werden versorgte Personen/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z. B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?	26,9	80,1
11.8/T12	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dies dann erfasst?	29,0	82,0
11.9/T13	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?	10,7	81,6

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Untersuchte Personen		81.502	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
12.1d	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten		
	zugenommen	3.272	4,0
	konstant	14.870	18,2
	relevante Abnahme	1.694	2,1
	kann nicht ermittelt werden	61.666	75,7
12.2a	Der Pflegebedürftige ist versorgt mit		
	Magensonde	29	0,0
	PEG-Sonde	2.350	2,9
	PEJ-Sonde	109	0,1
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
12.5	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	allen	41,3
12.4	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung	allen	36,7
12.5/T6	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?	19,6	85,8
12.6/T5	Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	10,2	88,2
12.7/T4	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	8,4	88,3
12.8/T9	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?	20,1	83,6
12.9/T8	Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	11,9	88,1

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
12.10/T7	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?	9,0	87,4
12.11/T3	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	11,4	89,7

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Ausscheidung

Untersuchte Personen		81.502	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
13.1	Der Bewohner ist versorgt mit		
13.1a	Suprapubischem Katheter	3.683	4,5
13.1b	Transurethralem Katheter	4.892	6,0
13.1c	Inkontinenzprodukten	51.461	63,1
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
13.2	Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	allen	53,3
13.3	Werden versorgte Personen/Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z. B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?	39,0	80,6
13.4/T10	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	41,8	87,9
13.5/T11	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	42,2	91,2

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Umgang mit Demenz

Untersuchte Personen		81.502	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
14.1	Werden versorgte Personen/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?	15,0	77,5
14.2/T15	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?	17,9	91,3
14.3/T16	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?	15,3	80,5

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Untersuchte Personen		81.502	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
15.3/T1	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	98,9	94,8
15.4/T2	Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?	98,9	99,0
15.5/T17	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?	47,7	94,1
15.6	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	allen	95,0
15.7	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	25,9	87,9

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

Untersuchte Personen		81.190	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.1.1:	Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?		
ja		75.836	93,4
nein		5.354	6,6
16.1.3:	Anzahl Personen, bei denen Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden	78.732	97,0
16.1.5:	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?		
ja		73.096	92,8
nein		5.439	6,9
trifft nicht zu		197	0,3
nicht nachvollziehbar, weil*			
	Leistungen gar nicht erbracht	681	12,5
	Leistungen häufiger in Rechnung gestellt als erbracht	563	10,4
	andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt als erbracht	1.281	23,6
	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan nicht überein stimmen	1.879	34,5
	Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen nicht überein stimmen	1.285	23,6
	fehlende Handzeichen	120	2,2
	Sonstiges	591	10,9

*Mehrfachnennungen möglich

Untersuchte Personen		81.190	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.1.6: Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?			
ja		73.563	93,4
nein		4.003	5,1
trifft nicht zu		1.165	1,5
nicht nachvollziehbar, weil*			
	Abrechnungsausschlüsse missachtet	306	7,6
	Leistungen nicht vollständig erbracht	1.675	41,8
	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet	434	10,8
	Qualifikationsanforderungen unterlaufen	359	9,0
	Sonstiges	1.412	35,3

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

Untersuchte Personen		81.190	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.1.8:	Anzahl Personen, bei denen Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden	10.569	13,0
16.1.10:	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?		
ja		9.683	91,6
nein		757	7,2
trifft nicht zu		129	1,2
nicht nachvollziehbar, weil*			
	Leistungen gar nicht erbracht	106	14,0
	Leistungen häufiger in Rechnung gestellt als erbracht	61	8,1
	andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt als erbracht	54	7,1
	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan nicht überein stimmen	171	22,6
	Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen nicht überein stimmen	189	25,0
	fehlende Handzeichen	12	1,6
	Sonstiges	285	37,6

 *Mehrfachnennungen möglich

Untersuchte Personen		81.190	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.1.11: Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?			
ja		9.673	91,5
nein		676	6,4
trifft nicht zu		220	2,1
nicht nachvollziehbar, weil*			
	Abrechnungsausschlüsse missachtet	14	2,1
	Leistungen nicht vollständig erbracht	87	12,9
	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet	28	4,1
	Qualifikationsanforderungen unterlaufen	20	3,0
	Sonstiges	549	81,2

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

Untersuchte Personen		81.190	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.1.13:	Anzahl Personen, bei denen Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden	29.378	36,2
16.1.15:	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?		
ja		27.912	95,0
nein		1.289	4,4
trifft nicht zu		177	0,6
nicht nachvollziehbar, weil*			
	Leistungen gar nicht erbracht	94	7,3
	Leistungen häufiger in Rechnung gestellt als erbracht	213	16,5
	andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt als erbracht	74	5,7
	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan nicht überein stimmen	663	51,4
	Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen nicht übereinstimmen	130	10,1
	fehlende Handzeichen	47	3,6
	Sonstiges	259	20,1

*Mehrfachnennungen möglich

Untersuchte Personen		81.190	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.1.16: Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?			
ja		28.037	95,4
nein		974	3,3
trifft nicht zu		367	1,2
nicht nachvollziehbar, weil*			
	Abrechnungsausschlüsse missachtet	338	34,7
	Leistungen nicht vollständig erbracht	145	14,9
	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet	101	10,4
	Qualifikationsanforderungen unterlaufen	14	1,4
	Sonstiges	410	42,1

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V			
Untersuchte Personen		86.435	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.2.1:	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, 1a und 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?		
	keine	25.063	29,0
	Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit	8	0,0
	Ausscheidungen	5	0,0
	Ernährung	2	0,0
	Körperpflege	16	0,0
	hauswirtschaftliche Versorgung	7	0,0
	absaugen	95	0,1
	Anleitung bei der Behandlungspflege	5	0,0
	Beatmungsgerät, Bedienung/Überwachung	22	0,4
	Blasenspülung	97	0,1
	Blutdruckmessung	358	0,4
	Blutzuckermessung	4.381	5,1
	Dekubitusbehandlung	2.016	2,3
	Drainagen, überprüfen, versorgen	53	0,1
	Einlauf/Klistier/Klyisma und digitale Enddarmausräumung	1.530	1,8
	Flüssigkeitsbilanzierung	6	0,0
	Infusionen, i.v.	57	0,1
	Infusionen, s.c.	149	0,2
	Inhalationen	118	0,1
	Injektionen	8.957	10,4
	Injektionen, richten von	165	0,2
	Instillationen	26	0,0
	Kälteträger, auflegen von	3	0,0
	Katheter, Versorgung eines suprapubischen	663	0,8
	Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins	1.972	2,3

*Mehrfachnennungen möglich

TABELLENANHANG

Untersuchte Personen	86.435	
	Anzahl	in Prozent
Krankenbeobachtung, spezielle	1.687	2,0
Magensonde, legen und wechseln	4	0,0
Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Installationen, Inhalationen)	38.969	45,1
Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose	9	0,0
Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei	585	0,7
psychiatrische Krankenpflege	9	0,0
Stomabehandlung	118	0,1
Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der Kanüle	194	0,2
Venenkatheter, Pflege des zentralen	42	0,0
Verbände	29.441	34,1

Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V			
Untersuchte Personen		86.435	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
	Anzahl Personen, bei denen Leistungen nach § 37 Abs. 1, 1a und 2 SGB V für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden	58.268	67,4
16.2.3: Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?			
ja		55.370	95,0
nein		2.483	4,3
trifft nicht zu		415	0,7
nicht nachvollziehbar, weil*			
	Leistungen gar nicht erbracht	186	7,5
	Leistungen häufiger in Rechnung gestellt als erbracht	378	15,2
	andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt als erbracht	74	3,0
	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan nicht überein stimmen	1.727	69,6
	Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen nicht überein stimmen	146	5,9
	fehlende Handzeichen	119	4,8
	Sonstiges	185	7,5

Untersuchte Personen		86.435	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.2.4:	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertrags- konform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?		
ja		53.661	92,1
nein		3.174	5,4
trifft nicht zu		1.433	2,5
nicht nachvollziehbar, weil*			
	Abrechnungsausschlüsse missachtet	137	4,3
	Leistungen nicht vollständig erbracht	322	10,1
	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet	358	11,3
	Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch missachtet	98	3,1
	Qualifikationsanforderungen unterlaufen	1.812	57,1
	Leistung nicht erforderlich war	109	3,4
	Sonstiges	660	20,8

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V			
Untersuchte Personen		86.435	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
	Anzahl Personen, bei denen Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1 und 1a SGB V für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden	29	0,0
16.2.6: Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1 und 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind?			
ja		17	58,6
nein		1	3,4
trifft nicht zu		11	37,9
nicht nachvollziehbar, weil*			
	Abrechnungsausschlüsse missachtet	0	0,0
	Leistungen nicht vollständig erbracht	0	0,0
	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet	0	0,0
	Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch missachtet	0	0,0
	Qualifikationsanforderungen unterlaufen	0	0,0
	Leistung nicht erforderlich war	0	0,0
	Sonstiges	1	100,0

*Mehrfachnennungen möglich

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

Befragte Personen

63.850

Frage	Kriterium	Kriterium davon					
		relevant bei (in Prozent)	beantwor- tet von (in Prozent)	immer (in Prozent)	häufig (in Prozent)	gele- gentlich (in Prozent)	nie (in Prozent)
18.1/T36	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?	allen	41,3	ja: 99,2			nein: 0,8
18.2/T35	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?	allen	44,6	ja: 99,9			nein: 0,3
18.3/T37	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?	allen	92,0	95,8	3,1	0,9	0,2
18.4/T39	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?	allen	95,1	ja: 97,4			nein: 2,6
18.5/T40	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?	78,2	80,0	99,3	0,5	0,2	0,0
18.6/T42	Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?	allen	79,3	ja: 99,5			nein: 0,5
18.7/T45	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?	allen	98,8	98,6	1,3	0,1	0,0
18.8/T41	Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	94,3	84,8	99,7	0,2	0,1	0,0
18.9/T38	Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	50,0	77,0	99,7	0,1	0,1	0,1
18.10/T44	Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre?	98,8	84,8	99,7	0,2	0,0	0,0
18.11/T46	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?	47,7	78,9	97,7	1,8	0,5	0,1
18.12/T43	Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?	15,6	39,2	84,8	7,6	3,7	3,9

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

Befragte Personen		12.847					
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon beantwortet von	immer	häufig	gelegentlich	nie
		(in Prozent)	(in Prozent)	(in Prozent)	(in Prozent)	(in Prozent)	(in Prozent)
18.13	Sind Sie mit der Erbringung der Leistungen durch den Pflegedienst grundsätzlich zufrieden?	allen	0,2	1,0	0,0	0,0	0,0
18.14	Haben Sie Anregungen/Beschwerden/Informationen, die wir mit Ihrem Einverständnis an die Krankenkasse weitergeben sollen?	allen	0,1	ja: 2,2			nein: 97,8

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2019

Auffälligkeiten bei Abrechnungsprüfungen bei ambulanten Qualitätsprüfungen

Geprüfte Pflegedienste		13.519	
untersuchte Personen		86.435	
	Anzahl	in Prozent	
Anzahl Auffälligkeiten SGB XI + SGB V			
0	7.706	57,0	
1 – 5	3.677	27,2	
6 – 10	1.265	9,4	
> 10	871	6,4	

MDS

Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.

Postfach 10 02 15
45002 Essen
Telefon 0201 8327-0
office@mds-ev.de
www.mds-ev.de