

**Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Niedersachsen
Geschäftsbereich
Externes Qualitätsmanagement Pflege**



**Bericht zu den Qualitätsprüfungen in der Pflege
gemäß Sozialgesetzbuch XI in Niedersachsen**

**Erhebungszeitraum:
1. Januar bis 31. Dezember 2006**

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen
Geschäftsbereich Externes Qualitätsmanagement Pflege
Hildesheimer Straße 202
30519 Hannover
Tel. 0511 / 8785-0
Sylvia.Theis@mdkn.de
www.mdkn.de

August 2007

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN) führt als anbieter-unabhängiger Begutachtungs- und Beratungsdienst im Auftrag der Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen¹ Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen durch. Die Prüfungen finden gemäß den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien - QPR) statt.²

Seit 1996 erfolgten rund 2.400 Qualitätsprüfungen. Im Jahr 2006 wurde die Pflege und Versorgung von 524 der 2.539 mit Versorgungsvertrag tätigen Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen geprüft, dies entspricht 21 Prozent und abzüglich der Wiederholungsprüfungen 16 Prozent der in Niedersachsen mit Versorgungsvertrag zugelassenen Pflegeeinrichtungen.

Systematik und Strukturdaten der Qualitätsprüfungen

Bei den Qualitätsprüfungen wird die Angemessenheit, Wirksamkeit und Vertragskonformität der durch die Pflegeeinrichtungen erbrachten allgemeinen Pflegeleistungen, medizinischen Behandlungspflege, sozialen Betreuung, Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen geprüft. Dies erfolgt durch die Feststellung des Pflege- und Versorgungszustandes der Pflegebedürftigen, Einsichtnahme in Unterlagen, die Begehung der Einrichtung, durch Beobachtungen sowie die Befragung der Mitarbeiter, der Versicherten und ggf. anderer am Prozess Beteiligter.

Die Qualitätsprüfungen bezogen sich auf 239 Anlassprüfungen (46 Prozent der Gesamtprüfquote), 170 Stichprobenprüfungen (32 Prozent) und 115 Wiederholungsprüfungen (22 Prozent) und fanden bei ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen, Tagespflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen statt. In Nachtpflegeeinrichtungen wurden im Jahr 2006 keine Qualitätsprüfungen durchgeführt. 3.143 Pflegebedürftige wurden in die Prüfungen einbezogen.

- Bei Anlassprüfungen liegen Hinweise darauf vor, dass die Pflege oder Versorgung nicht den vertraglichen Gegebenheiten entspricht. Es kann sich um die erste Prüfung in der Einrichtung handeln oder um eine Folgeprüfung. Mögliche Beschwerdeführer können beispielsweise Pflegebedürftige sein, deren Angehörige, Betreuer, Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen oder Ärzte. Wenn der Beschwerdeführer es wünscht, bleibt er gegenüber der zu prüfenden Einrichtung anonym.
- Bei Stichprobenprüfungen wird aus der Gesamtheit der noch nicht oder seit längerer Zeit nicht geprüften Pflegeeinrichtungen eine Auswahl nach dem Zufallsprinzip getroffen.
- Wiederholungsprüfungen: Hierbei wird festgestellt, inwieweit nach einer bereits durchgeführten Qualitätsprüfung mit relevanten Defiziten im Bereich der Ergebnisqualität die im Bescheid auferlegten Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität umgesetzt wurden. Damit dient diese Prüfmethode im Besonderen dem Schutz der Pflegebedürftigen.

¹ AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, BKK - Landesverband Niedersachsen-Bremen, IKK - Landesverband Niedersachsen, Landwirtschaftliche Krankenkasse Niedersachsen-Bremen, Bundesknappschaft - Verwaltungsstelle Hannover, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Landesvertretung Niedersachsen, AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Landesvertretung Niedersachsen;

² Mit Zustimmung des BMG vom 10.11.2005, in Kraft getreten zum 1.1.2006. Das mit der QPR über die bisherige MDK-Anleitung hinausgehende Frageninventar wurde bei den Qualitätsprüfungen im Jahr 2006 noch nicht zugrunde gelegt.

Von den 239 Anlassprüfungen fanden 41 in ambulanten Pflegediensten statt, 190 in vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie drei in Kurzzeitpflegeeinrichtungen und fünf in Tagespflegeeinrichtungen.

Die Stichprobenprüfungen erstreckten sich auf ambulante, stationäre und Tagespflegeeinrichtungen. Es fanden 50 Stichprobenprüfungen in ambulanten Diensten statt, damit wurde das angestrebte Ziel erreicht. Stationär wurden 120 Prüfungen durchgeführt, davon 119 in vollstationären Einrichtungen und eine Prüfung in einer Tagespflegeeinrichtung. Geplant waren 150 Prüfungen in stationären Einrichtungen. Die geringere Anzahl an Prüfungen ist darauf zurückzuführen, dass Anlass- und Wiederholungsprüfungen eine höhere Priorität eingeräumt wird, als Stichprobenprüfungen.

Fünf der insgesamt 115 Wiederholungsprüfungen fanden bei ambulanten Diensten statt, 109 bei vollstationären Pflegeeinrichtungen und eine bei einer Tagespflegeeinrichtung.

Bei Qualitätsprüfungen ist grundsätzlich die Angemessenheit zu beachten. Prüfungen zur Nachtzeit können durchgeführt werden, wenn das Ziel der Prüfung zu anderen Zeiten nicht erreicht werden kann und erstrecken sich auf die Bereiche, die tagsüber nicht geprüft werden können. Im Jahr 2006 wurden zwei Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen zur Nachtzeit durchgeführt.

Das Tätigkeitsfeld der Qualitätsprüfungen wird beim MDKN vom Geschäftsbereich Externes Qualitätsmanagement Pflege zentral organisiert, koordiniert und qualitätsgesichert. Die Qualitätsprüfungen erfolgten im Jahr 2006 durch 16 Pflegefachkräfte mit einem Anteil von 14 Vollzeitstellen. Dienstorte der Gutachter sind Braunschweig, Bremen, Walsrode, Göttingen, Hannover, Oldenburg, Osnabrück und Stade. Die Organisation erfolgt durch eine Verwaltungsmitarbeiterin. Die Qualitätsprüfungen sollen innerhalb von 30 Kalendertagen nach Auftragseingang durchgeführt werden, im Jahr 2006 betrug die durchschnittliche Laufzeit 21 Tage. Der Prüfbericht ist innerhalb von 30 Tagen zu erstellen, die durchschnittliche Bearbeitungszeit betrug 24 Tage.

Ausgewertete Qualitätsprüfungen

Während vollständige Prüfungen alle Qualitätsdimensionen, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, umfassen, stehen bei Teilprüfungen bestimmte Fragestellungen der Pflege und Versorgungssituation im Vordergrund. Wiederholungsprüfungen und 117 Anlassprüfungen waren auf Teilbereiche der Leistungserbringung ausgerichtet und sind wegen der heterogenen Datenlage nicht zum Vergleich geeignet. Weiter sind die Ergebnisse der 10 Prüfungen in Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen statistisch nicht relevant, so dass darauf im Folgenden nicht eingegangen wird.

286 Prüfungen wiesen die beiden Merkmale auf, die an dieser Stelle für eine Auswertung relevant sind: Erstens ein vollständiger Prüfumfang und zweitens die Einrichtungsarten ambulant und stationär. Damit beziehen sich die Auswertungen auf die Qualitätsprüfungen bei 76 ambulanten und 210 stationären Pflegeeinrichtungen.

Zur Beurteilung der Pflege hat der MDK 10 Prozent der Pflegebedürftigen in die Prüfung einzubeziehen, mindestens jedoch fünf (n) und höchstens 15 (n) Pflegebedürftige. In die ausgewerteten Prüfungen wurden insgesamt 1.903 Pflegebedürftige (366 ambulant und 1.537 stationär) einbezogen. Bei ambulanten Diensten entsprach die Anzahl im Durchschnitt 12 Prozent der Pflegebedürftigen, die der Pflegedienst am Tag der Prüfung zu seinen SGB XI- sowie SGB XI/SGB V-Kunden zählte und in stationären Einrichtungen entsprach die Anzahl im Durchschnitt 13 Prozent der Versorgungskapazität am Tag der Prüfung. In der Regel liegt der Schwerpunkt der Prüfung bei 70 Prozent der Pflegebedürftigen bei der Beurteilung des

Pflegezustandes und bei 30 Prozent der Pflegebedürftigen beim Gespräch über deren Zufriedenheit mit der Pflege- und Versorgungssituation.

Folgende der im Rahmen einer Prüfung erhobenen Items wurden in den Längs- und Querschnittvergleich einbezogen: 1. Geschäftsräume und Ausstattung (ambulant), 2. Ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft (stationär) bzw. die ständige Erreichbarkeit des Pflegedienstes (ambulant), 3. Pflegekonzept, 4. Fortbildungsplan, 5. Pflegeprozess, 6. Dekubitusprophylaxe, 7. Pflege bei Ernährung mit Sondenkost, 8. Freiheitsentziehende Maßnahmen sowie 9. die Abgabe von Medikamenten (stationär). Die Ergebnisse Dekubitusprophylaxe, Pflege bei Ernährung mit Sondenkost, Freiheitsentziehende Maßnahmen sowie die Abgabe von Medikamenten auf entsprechender Grundlage sind nicht repräsentativ für die gesamte Pflege in einer Einrichtung, da gemäß QPR gezielt Versicherte mit schwierigen Pflegesituationen in die Qualitätsprüfungen einzubeziehen sind. Trotzdem bieten die Ergebnisse Hinweise darauf, wie Pflegeeinrichtungen mit Pflegeproblemen und Risikopotenzialen umgehen.

Die überwiegende Anzahl der im Jahr 2006 in die Prüfungen einbezogenen Einrichtungen sind an einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess interessiert. Die Einrichtungen, die die Pflege und Versorgung seit Jahren auf niedrigstem Niveau erbringen und auch bei Wiederholungsprüfungen keine Beratungsakzeptanz aufweisen, stellten die Minderheit dar.

Entwicklung der Qualität in den Jahren 2003 bis 2006

Der Längsschnitt bezieht sich auf Anlass- und Stichprobenprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Innerhalb der Vergleichsgruppen waren sowohl Einrichtungen, die erstmals in Qualitätsprüfungen einbezogen wurden als auch Einrichtungen, bei denen bereits eine oder mehrere Prüfungen stattfanden. Der Längsschnitt von 2003 bis 2006 beinhaltet Ergebnisse von 226 ausgewerteten Prüfungen ambulanter Pflegedienste und 1.075 Pflegebedürftigen sowie 937 stationärer Pflegeeinrichtungen und 6.476 Pflegebedürftigen.

Geschäftsräume und Ausstattung (ambulant)

- Die Prüfergebnisse verbesserten sich bis zum Jahr 2005 kontinuierlich. In 2006 ist eine leichte Negativentwicklung zu verzeichnen, das Qualitätskriterium der Geschäftsräume und Ausstattung war zu 82 Prozent erfüllt.

Es sind Anstrengungen zu unternehmen, das Qualitätskriterium weiter zu steigern. Dazu gehören die Ausstattungsmerkmale Geschäftsräume, Räumlichkeiten und Ausstattung zu Teambesprechungen, die für Unbefugte unzugängliche Aufbewahrung personenbezogener Unterlagen sowie die Aufbewahrung der Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen in einem abschließbaren Schlüsselkasten.

Ständige Erreichbarkeit des Pflegedienstes bzw. Anwesenheit einer examinierten Pflegefachkraft

- Ambulant: Bereits in den Jahren 2003 bis 2005 lag der Erfüllungsgrad bei nahezu 100 Prozent, im Jahr 2006 waren es exakt 100 Prozent.
- Stationär: Der Erfüllungsgrad im Jahr 2006 lag bei 85 Prozent. Im Vergleich zu 2003 bedeutet dies eine Steigerung um 11 Prozent. Setzt man den Qualitätsindikator der ständigen Anwesenheit einer Pflegefachkraft mit Indikatoren der Ergebnisqualität (Dekubitusprophylaxe, Pflege bei Ernährung mittels Sondenkost, Freiheitsentzug und nicht legitimierte Medikamentenabgabe) in Zusammenhang, ist festzustellen, dass die Ergebnisqualität in den Einrichtungen, in denen nicht ständig eine Pflegefachkraft anwesend war, deutlich schlechter war als in Pflegeeinrichtungen mit ständiger Präsenz einer Fachkraft.

Die ständige Präsenz einer Pflegefachkraft ist ein wichtiger Qualitätsindikator. Die stationären Pflegeeinrichtungen sind vor diesem Hintergrund aufgerufen, die Rund um die Uhr Anwesenheit einer Fachkraft sicherzustellen und damit an die positiven Strukturmerkmale der ambulanten Pflegedienste anzuknüpfen.

Pflegekonzept

- Ambulant: Von 2003 bis 2006 ist zwar eine kontinuierliche Verbesserung zu verzeichnen, allerdings verfügten im Jahr 2006 erst 55 Prozent der Pflegedienste über eine Konzeption. Bei weiteren 31 Prozent lag eine Konzeption vor, es bestand jedoch Verbesserungsbedarf und 13 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Dienste legten ihrer Arbeit kein Pflegekonzept zugrunde.
- Stationär: Im Jahr 2003 verfügten 46 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Einrichtungen über eine aussagefähige Pflegekonzeption, im Jahr 2006 waren es 61 Prozent. Noch keine konzeptionellen Gedanken waren im Jahr 2003 immerhin bei 11 Prozent und in 2006 bei 7 Prozent der Einrichtungsträger nachvollziehbar. Die restlichen Einrichtungen haben eine Pflegekonzeption erstellt, diese beinhaltete jedoch noch nicht alle relevanten Punkte oder sie war den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung nicht bekannt, so dass nicht transparent war, ob die Konzeption die Basis der pflegerischen Tätigkeiten bildet.

Das mit dem Einrichtungskonzept im Einklang stehende Pflegekonzept definiert das pflegerische Angebot und ist eine Handlungsorientierung für die Mitarbeiter. Darüber hinaus bietet es für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen eine Orientierung bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung. Unter Berücksichtigung dieser positiven Aspekte sollten die Anstrengungen im konzeptionellen Bereich weiter verfolgt werden.

Fortbildungsplan

- Ambulant: Die Auswertung, ob Pflegedienste die Fortbildungen für die Mitarbeiter anhand eines prospektiven Fortbildungsplanes organisieren, wurde 2005 erstmals vorgenommen. Im Jahr 2005 traf dies auf 64 Prozent der geprüften Pflegedienste zu und im Jahr 2006 auf 74 Prozent.
- Stationär: Das Qualitätskriterium wurde 2005 in die Auswertung aufgenommen. Von 2005 zu 2006 liegt eine Verbesserung von zwei Prozent vor, so dass nun die Fortbildungen der in der Pflege tätigen Mitarbeiter in insgesamt 85 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage einer prospektiven Planung stattfinden.

Neben den Bemühungen, dass alle Einrichtungen die Fortbildungen systematisch planen, sollte der Fortbildungsschwerpunkt dort, wo noch Verbesserungsbedarf bei der Pflege besteht, vorrangig Praxisrelevanz in dem Kernprozess Pflege haben.

Pflegeprozess

- Ambulant: Bei der Gegenüberstellung der Ergebnisse von 2003 bis 2006 sind zwar Schwankungen zu verzeichnen, jedoch keine konstante Positiv- oder Negativentwicklung. Im Jahr 2006 erfassten sieben Prozent der Pflegedienste den Pflegeprozess vollständig und 93 Prozent teilweise.
- Stationär: Erstmals seit dem Jahr 2003 haben alle Pflegeeinrichtungen den Pflegeprozess vollständig oder teilweise erfasst, wobei die vollständige Umsetzung des Pflegeprozesses seit nunmehr drei Jahren relativ konstant bei nur rund vier bis sechs Prozent liegt.

Der Pflegeprozess beschreibt eine planbare, systematische, zielorientierte und prüfbare Tätigkeit mit dem Ziel, die individuellen Bedürfnisse des Pflegebedürftigen zu ermitteln und die Pflege danach auszurichten. Damit wird deutlich, dass der Pflegeprozess nicht auf die Verschriftlichung der durchgeführten Leistungen zu reduzieren ist. Dass beim Pflegeprozess keine relevanten positiven Entwicklungen zu verzeichnen sind, dürfte auch in zurückliegenden Kampagnen begründet sein, in denen Dokumentationspflichten als pflegefremde Tätigkeit und Bürokratie ausgewiesen wurden. Es ist Aufgabe der Entscheidungsträger in den Pflegeeinrichtungen, unter Mitwirkung der Fachexperten³ und der Politik⁴, den Pflegeprozess bei den Pflegekräften als analyse- und handlungsleitendes Instrument zu etablieren.

Dekubitusprophylaxe

- Ambulant: Im Jahr 2004 hatten acht von 200 in die Prüfungen ambulanter Dienste einbezogenen Pflegebedürftigen einen Dekubitus (vier Prozent). Im Jahr 2005 war ein Pflegebedürftiger betroffen (0,26 Prozent) und im Jahr 2006 insgesamt fünf Pflegebedürftige (1,37 Prozent). Die geringe Anzahl an Sorgfaltspflichtverletzungen ist positiv. Allerdings setzte sich die Verschiebung von der vollständigen hin zur teilweisen Qualitätserfüllung (Versäumnisse in der Pflege, aber kein Dekubitus) fort.
- Stationär: Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen, bei denen Pflegebedürftige wegen einer anzunehmenden Sorgfaltspflichtverletzung einen Dekubitus erlitten hatten, liegt kontinuierlich bei fünf bis sechs Prozent. Kritisch war zudem, dass zunehmend weniger Pflegeeinrichtungen die Dekubitusprophylaxe vollständig umsetzten.

Der Dekubitus stellt unter anderem wegen den Schmerzen, Mobilitätseinschränkungen und ggf. Sekundärerkrankungen eine besondere Belastung für einen Pflegebedürftigen dar und ist für den Betroffenen, die Leistungserbringer und Kostenträger in ökonomischer Hinsicht von Bedeutung. Viele Pflegeeinrichtungen haben zwar die Kernaussagen des Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege in den hauseigenen Standard übernommen, die Kernaussagen des Expertenstandards wurden jedoch überwiegend noch nicht in den Pflegealltag implementiert.

³ z.B. Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation, MDS, April 2005

⁴ z.B. Grundprinzipien und Leitlinien der Pflegedokumentation, Empfehlung des Landespflegeausschuss Niedersachsen, 28.10.2004; Pflegedokumentation stationär, Das Handbuch für die Pflegeleitung, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2007

Pflege bei Ernährung mittels Sondenkost

- Ambulant: Bezüglich der Pflege bei Ernährung mittels Sondenkost liegen im Vergleich der Jahre 2003 bis 2006 keine nennenswerten Qualitätsunterschiede vor. Im Jahr 2006 war die Pflege bei durchschnittlich 99 Prozent der Versicherten angemessen. Fünf Versicherte erhielten 1.100 kcal⁵ ärztlich verordnete Sondenkost pro Tag oder weniger, ohne dass die notwendigen Pflegemaßnahmen, z.B. die Überwachung des Ernährungszustandes oder eine Information des behandelnden Arztes über das Körpergewicht des Pflegebedürftigen, nachvollziehbar waren.
- Stationär: Bei diesem Qualitätskriterium ist im Längsschnittvergleich ein konstantes Prüfungsergebnis festzustellen, das Ergebnis im Jahr 2006 lag bei 91 Prozent. Bei neun Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen bestand Verbesserungspotenzial (absolut 81 Pflegebedürftige). Als problematisch wird gesehen, dass in den vergangenen vier Jahren keine positive Entwicklung zu verzeichnen ist.

Professionell Pflegende sind in der schwierigen Situation des nicht abgeschlossenen öffentlichen Diskussionsprozesses über die Ethik der Sondenernährung bei Menschen, die eine physiologische Nahrungsaufnahme ablehnen oder denen eine physiologische Nahrungsaufnahme nicht mehr möglich ist und die ihre diesbezüglichen Wünsche nicht mehr zum Ausdruck bringen können. In diesem Spannungsfeld sind die Pflegekräfte Ansprechpartner für Ärzte, denen die Indikationsstellung für die Verordnung von Sondenkost obliegt, für Angehörigen mit unterschiedlichen Interessenlagen, sie versuchen die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zu ergründen und zu berücksichtigen und müssen bei dieser kontrovers geführten Diskussion ihre persönliche Einstellung zur Aufrechterhaltung der Körperfunktionen mittels Sondenkost ausblenden. Diese Situation mag dazu beitragen, dass es immer noch vorkommt, dass Pflegefachkräfte z.B. nicht adäquat auf eine Gewichtsreduktion reagieren. Es ist die Aufgabe der Pflegemanager, die Mitarbeiter zu einem angemessenen Umgang mit dieser Pflegesituation zu sensibilisieren und zu unterstützen.⁶

Freiheitsentzug ohne Rechtfertigungsgrund

- Ambulant: Bezüglich dieses Qualitätskriteriums sind beim Vergleich der Ergebnisse der Jahre 2003 bis 2006 keine bedeutsamen Unterschiede zu verzeichnen. Im Jahr 2006 wurde bei 98 Prozent der Pflegebedürftigen sachgerecht gehandelt. Bei zwei Prozent der Pflegebedürftigen wurden freiheitsentziehende Maßnahmen ohne juristische Legitimation festgestellt. Absolut betraf dies sechs Personen.
- Stationär: Bis auf eine Negativentwicklung im Jahr 2004 ist konstant ein angemessener Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen bei 98 Prozent der in die Qualitätsprüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen zu verzeichnen. Von Freiheitsentzug ohne Rechtfertigungsgrund waren im Jahr 2006 absolut 16 Personen betroffen.

Als Beispiele für freiheitsentziehende bzw. -einschränkende Maßnahmen sind das Anlegen von Bauchfixierungen, die Fixierung mit einem Sicherheitsgurt am Rollstuhl oder das Anbringen von Bettgittern zu nennen. Bei den 22 Personen, die zum Zeitpunkt der Qualitätsprüfungen von formal nicht legitimiertem Freiheitsentzug betroffen waren, handelt es sich nach Einschätzung des MDKN zumeist um ein Organisationsversäumnis, d.h. eine entsprechende Antragstellung beim zuständigen Gericht wäre vermutlich positiv aufgefallen.

⁵ Damit wird keine Aussage getroffen, ob eine Energiezufuhr von 1.100 kcal/Tag im Einzelfall ausreichend ist, da dies zum einen eine ärztliche Entscheidung ist und zum anderen enorme individuelle Unterschiede hinsichtlich des Energiebedarfs bestehen. Eine tägliche Energiezufuhr von ≤ 1.100 kcal/Tag ist aber ein Indikator dafür, dass Probleme bei der Ernährung vorliegen können.

⁶ Empfohlene Veröffentlichungen: z.B. www.nahrungsverweigerung.de oder Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung, Qualitätsniveau der BUKO-QS – www.buko-qs.de/pdf/QM_ii_Stand_100306.pdf

Medikation ohne entsprechende Grundlage (nur stationär)

- Stationär: Seit 2003 liegt der Erfüllungsgrad konstant bei rund 95 Prozent. Von der nicht legitimierten Medikamentenabgabe waren im Jahr 2006 absolut 85 Pflegebedürftige betroffen.

Die Pflegeeinrichtungen, die Medikamente ohne Legitimation abgegeben haben, müssen ihr Kommunikationsmanagement mit den behandelnden Ärzten verbessern, da es sich bei der Mehrzahl um Situationen handelte, bei denen eine legitimierte Abgabe durch die Pflegeeinrichtung z.B. durch ein zuvor vom Arzt festgelegtes Bedarfschema hätten erfolgen können.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass bei den Strukturen und Prozessen im Durchschnitt eine leichte Qualitätsverbesserung vorliegt. Im Bereich der Ergebnisqualität ist ein weitgehend kontinuierliches Niveau zu verzeichnen, so dass die Einrichtungsträger hier vermehrt Anstrengungen unternehmen müssen, eine Qualitätssteigerung zu erzielen.

Die Befragung der Pflegebedürftigen zu ihrer Zufriedenheit mit der Pflege und Versorgung durch die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen fällt seit 1996 zu einem hohen Anteil sehr positiv aus. Pflegekunden ambulanter Pflegedienste werden beispielsweise befragt, ob die Mitarbeiter die vereinbarten Leistungen erbringen, freundlich sind und pünktlich erscheinen. Die Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen werden z.B. nach der Höflichkeit der Mitarbeiter befragt, ob die Getränke- und Speiserversorgung sowie die Angebote zur Freizeitgestaltung den individuellen Bedürfnissen entsprechen und der Zeitraum zwischen Klingeln und Erscheinen der Pflegekräfte angemessen ist. Die Zufriedenheitswerte sind unabhängig von der Art der Einrichtung, der Art der Prüfung, der Trägerart und der Versorgungskapazität hoch.

Prüfergebnisse in Zusammenhang mit der Art der Prüfung, der Trägerschaft und der Versorgungskapazität

Trotz unterschiedlicher Intention der Anlass- und Stichprobenprüfungen und unterschiedlichem Ankündigungsmodus sind seit 2003 keine Unterschiede bei den Prüfergebnissen zu verzeichnen.

Valide Aussagen zu Qualitätsunterschieden in Bezug auf die Trägerschaft können nicht getroffen werden.

Unter dem Aspekt der Versorgungskapazität betrachtet zeigten sich, wie in den vergangenen Jahren, Unterschiede bei den Prüfergebnissen. Die Feststellung der Jahre 2003 bis 2005, dass größere Einrichtungen im Durchschnitt ein besseres Qualitätsergebnis aufwiesen als Kleinseinrichtungen von weniger als 20 Plätzen, trifft weiterhin zu.

Zertifizierung des Qualitätsmanagements

Im Jahr 2004 hatten zwei Prozent der in die Qualitätsprüfungen einbezogenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ihr Qualitätsmanagementsystem zertifizieren lassen und im Jahr 2005 drei Prozent. 2006 hatten fünf Prozent ein zertifiziertes Qualitätsmanagement, davon drei Viertel stationäre und ein Viertel ambulante Einrichtungen. Damit ist trotz leichter Steigerung kein grundsätzliches Interesse an Zertifizierungen erkennbar.

Werden die Prüfergebnisse mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement gegenübergestellt, zeichnete sich in der Gesamtanzahl der Verbesserungsmaßnahmen ein positiver Ef-

fekt von Zertifizierungen ab. Bei stationären Pflegeeinrichtungen ohne zertifiziertes Qualitätsmanagement wurden durchschnittlich vier Verbesserungspotenziale mehr festgestellt, als bei Einrichtungen mit zertifiziertem Qualitätsmanagement und bei ambulanten Pflegediensten waren es im Durchschnitt sieben Verbesserungspotenziale mehr. Eine positive Wirkung auf die Ergebnisqualität konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Beispielsweise hatten von den sechs ambulanten Pflegediensten mit zertifiziertem Qualitätsmanagement ein Pflegedienst Verbesserungspotenzial bei der Pflege bei der Ernährung mittels Sondenkost und vier Pflegedienste bei der Dekubitusprophylaxe. Bei drei der 20 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen mit zertifiziertem Qualitätsmanagement bestanden Verbesserungspotenziale bei der Pflege von Versicherten, deren Ernährung mittels Sondenkost erfolgt und bei 15 der 20 Prüfungen wurde Verbesserungspotenzial bei der Dekubitusprophylaxe festgestellt.

Aufgrund der geringen Fallzahl von Einrichtungen mit zertifiziertem Qualitätsmanagement in Niedersachsen ist eine Generalisierung der Ergebnisse nicht möglich, es wird aber auf die gleichlautende Kernaussage des MDS⁷ hingewiesen, wonach z.B. bei dem Qualitätskriterium der internen Qualitätssicherung bei Einrichtungen mit zertifiziertem Qualitätsmanagementsystem bessere Prüfergebnisse festgestellt wurden, es den Pflegeeinrichtungen dennoch nicht gelungen ist, nennenswert bessere Werte bei der Ergebnisqualität (Dekubitusprophylaxe, Ernährung, Umgang mit Inkontinenz, Pflegezustand) zu erreichen.

Die Zertifizierung des Qualitätsmanagements kann positive Impulse in einem Unternehmen setzen. Pflegeeinrichtungen, die sich für den Weg der Zertifizierung entscheiden, sollten aufgrund der Prüfungserkenntnisse des MDKN jedoch nicht davon ausgehen, dass mit einem Zertifikat automatisch Qualität einhergeht.

Informationstransfer der Prüfergebnisse

Über das Ergebnis jeder Qualitätsprüfung wird ein Bericht erstellt, der, sofern erforderlich, unter anderem Empfehlungen hinsichtlich des Verbesserungspotenzials der Einrichtung aufzeigt. Gemäß § 115 Abs. 1 und 2 SGB XI (Abs. 2 im Auftrag der Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen) informiert der MDKN die Pflegeeinrichtung, die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen und den Sozialhilfeträger über das Prüfergebnis. Weiter werden bei stationären Pflegeeinrichtungen die Heimaufsicht informiert und bei ambulanten Diensten die Pflegekassen, bei denen die in die Prüfung einbezogenen Pflegekunden versichert sind. Über diesen gesetzlichen Auftrag hinaus wird den Einrichtungsverantwortlichen angeboten, das Prüfergebnis der Vereinigung, der der Träger angeschlossen ist und bei stationären Einrichtungen zusätzlich dem Heimbeirat bzw. dem Heimfürsprecher mitzuteilen.

Von den 428 stationären, Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die im Jahr 2006 in die Qualitätsprüfungen einbezogen wurden, wünschten 27 Prozent eine Weiterleitung des Prüfberichtes durch den MDKN an die Trägervereinigung, 43 Prozent lehnten die Weiterleitung ab, 28 Prozent gehörten keiner Vereinigung an und bei zwei Prozent war die Zugehörigkeit zu einer Trägervereinigung nicht eindeutig zu eruieren.

In Einrichtungen der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege fanden 10 Prüfungen statt. In diesen Einrichtungen muss ein Heimfürsprecher benannt werden, wenn in der Regel mindestens sechs Personen die Einrichtung besuchen. Bei zwei Einrichtungen trifft dies nicht zu. Von den weiteren Einrichtungen stimmte eine Einrichtung zu, dass der Heimfürsprecher über das Prüfergebnis informiert wird, vier lehnten dies ab und drei teilten mit, dass kein Heimfürsprecher die Interessen der Gäste vertritt.

⁷ Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI, Entwurfstand 01.06.2007

Die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen bieten den stationären Pflegeeinrichtungen an, den Heimbeirat bzw. den Heimfürsprecher über das Prüfergebnis zu informieren. Dieses Angebot nahmen 11 Prozent der Pflegeeinrichtungen an. 80 Prozent der Einrichtungsverantwortlichen lehnten dies ab, neun Prozent teilten mit, dass kein Heimbeirat, Heimfürsprecher oder Ersatzgremium die Interessen der Bewohner vertrete und bei einem Prozent lagen keine Angaben vor.

Bei ambulanten Pflegediensten fanden 96 Prüfungen statt, davon wünschten 39 Prozent eine direkte Weiterleitung des Prüfberichtes durch den MDKN an die Trägervereinigung, 36 Prozent lehnten dies ab, 24 Prozent waren bei keiner Trägervereinigung organisiert und bei einem Prozent liegen keine Angaben vor.

Die Information der Trägervereinigung und des Heimbeirates über das Ergebnis der Prüfung erfolgt zurzeit auf freiwilliger Basis der geprüften Pflegeeinrichtungen. Der MDK Niedersachsen begrüßt die politischen Initiativen nach mehr Transparenz über die Qualität in der Pflege und die damit verbundene routinemäßige Bekanntmachung der Prüfergebnisse in einer für die Öffentlichkeit aufbereiteten Form.