



5. 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)
Elise Coners, MDK Nord
Heike Franzen-Krapoth, MDK Bayern
Diane Hollenbach, MDK Mecklenburg-Vorpommern
Ingo Kowalski, MDS
Dr. Barbara Mittnacht, GKV-Spitzenverband
Thomas Muck, MDK Bayern
Kerstin Vogt, MDK Sachsen
Doris Wenzel, MDK Thüringen

Gestaltung

fountain design studio
40229 Düsseldorf

Titelbild

MDS

Satz

BestPage Kommunikation RheinRuhr KG
45478 Mülheim an der Ruhr

Druck

inpuncto:asmuth druck + medien gmbh
50829 Köln

VORWORT

Im November 2004 ist der erste Bericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) veröffentlicht worden. Seitdem hat sich viel getan in der internen Qualitätssicherung der Pflegeeinrichtungen und der externen Qualitätsprüfung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK). Die Qualität der Pflege hat sich in den letzten Jahren, gemessen an den geprüften Qualitätskriterien, verbessert. Nicht zuletzt haben hierzu die externen Qualitätsprüfungen des MDK beigetragen. Seit 2009 werden Prüfergebnisse entsprechend den Transparenzvereinbarungen der Pflegeselbstverwaltung veröffentlicht. Seit 2011 finden jährliche Qualitätsprüfungen statt. Auch wenn die Transparenzvereinbarungen und die darauf fußenden Pflegenoten zu Recht kritisiert werden, so haben diese und die jährlichen Qualitätsprüfungen doch einen Qualitätsschub ausgelöst.

Andererseits werden weiterhin Problembereiche identifiziert, bei denen die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen Optimierungsbedarf haben. Dies wird durch die Pflegequalitätsberichte des MDS auf der Grundlage repräsentativer Prüfergebnisse transparent gemacht. Im vorliegenden fünften Pflegequalitätsbericht des MDS wird der aktuelle Stand der Qualitätsentwicklung dargestellt.

Seit Oktober 2016 werden in der ambulanten Pflege auch die Abrechnungen der Pflegedienste bei den Qualitätsprüfungen auf Plausibilität hin überprüft. Erste Ergebnisse hierzu sind in diesem Pflegequalitätsbericht des MDS zu finden.

Ab 2018 werden auch bei Leistungserbringern, die keine Leistungen der Pflegeversicherung erbringen, sondern ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege, Qualitätsprüfungen durchgeführt. Gesetzliche Grundlage hierfür sind die §§ 275b und 282 SGB V. Ergebnisse dieser Prüfungen wird der nächste Pflegequalitätsbericht des MDS enthalten.

Bezüglich der Qualitätsprüfungen und der Qualitätsdarstellung in der Pflege sind derzeit alle Augen auf die gesetzlich determinierten Aktivitäten des Qualitätsausschusses Pflege gerichtet. Dieser hat wissenschaftliche Aufträge zur Entwicklung und Validierung neuer Prüfinstrumente für die stationäre und die ambulante Pflege erteilt. Die Ergebnisse dieser Forschungsprojekte werden zu weitreichenden Veränderungen der internen Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen, der Qualitätsprüfungen der MDK sowie der öffentlichen Qualitätsdarstellung führen. MDS und GKV-Spitzenverband bringen sich konstruktiv in diesen Entwicklungsprozess ein.

Essen, im Dezember 2017



Dieter F. Märten
Vorsitzender des MDS-Verwaltungsrates



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer des MDS



INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung	8
1 Einführung	18
1.1 Vorbemerkung	19
1.2 Prüfrechte und Prüfablauf	20
1.3 Profession und Qualifikation der Prüfer	22
1.4 Pflegeinfrastruktur	24
1.4.1 Stationäre Pflege	24
1.4.2 Ambulante Pflege	24
1.5 Datengrundlage	24
2 Prüfungen und Ergebnisse in der stationären Pflege	28
2.1 Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der stationären Pflege	29
2.2 Strukturdaten der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen und der in die Prüfung einbezogenen Bewohner	31
2.3 Ergebnisse in der stationären Pflege	32
2.3.1 Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der stationären Pflege	32
2.3.2 Einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in der stationären Pflege	42
2.3.3 Zufriedenheit in der stationären Pflege	46
3 Prüfungen und Ergebnisse in der ambulanten Pflege	48
3.1 Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der ambulanten Pflege	49
3.2 Strukturdaten der geprüften ambulanten Pflegedienste und der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen	50
3.3 Ergebnisse in der ambulanten Pflege	51
3.3.1 Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der ambulanten Pflege	51
3.3.2 Abrechnungsprüfung in der ambulanten Pflege	64
3.3.3 Einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege	68
3.3.4 Zufriedenheit in der ambulanten Pflege	71
4 Beschwerden über die Qualität von Pflegeeinrichtungen	72
4.1 Die häufigsten Beschwerdewege	73
4.2 Anzahl Beschwerden	73
4.3 Wer beschwert sich?	74
4.4 Beschwerdegründe	75
4.5 Welche Maßnahmen werden aus den Beschwerden abgeleitet?	76
4.6 Fazit zur Beschwerdeumfrage bei den Prüfdiensten	77

5 Qualitätsprüfungen im Wandel	78
5.1 Änderungen 2017	79
5.2 Änderungen 2018	79
5.3 Weitreichende Reform der externen Qualitätsprüfungen und der Qualitätsdarstellung auf dem Weg	80
5.3.1 Stationäre Pflege	80
5.3.2 Ambulante Pflege	82
Literatur	84
Tabellenanhang	86
Stationäre Pflege	87
Ambulante Pflege	104

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Mitarbeiter nach Zusatzqualifikation	23
Tabelle 2:	Stationäre Pflege – Anzahl Datensätze und einbezogene Bewohner und Mittelwert einbezogene Bewohner 2016	25
Tabelle 3:	Stichprobengröße stationär – teilstationär – Kurzzeitpflege	25
Tabelle 4:	Stationäre Pflege – Anzahl Stichprobengröße differenziert nach Einrichtungsgroße 2016	26
Tabelle 5:	Ambulante Pflege – Anzahl Datensätze und einbezogene Pflegebedürftige und Mittelwert einbezogene Pflegebedürftige 2016	26
Tabelle 6:	Stationäre Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarten	29
Tabelle 7:	Stationäre Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen	30
Tabelle 8:	Stationäre Pflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart und Zertifizierung	31
Tabelle 9:	Stationäre Pflege – Einbezogene Bewohner nach Pflegestufen und Einschränkung der Alltagskompetenz	32
Tabelle 10:	Stationäre Pflege – Bewohner mit chronischen Wunden	34
Tabelle 11:	Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien der Behandlungspflege	35
Tabelle 12:	Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Mobilität	37
Tabelle 13:	Stationäre Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungssonden	38
Tabelle 14:	Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien zum Essen und Trinken	39
Tabelle 15:	Stationäre Pflege – Versorgung mit Kathetern und Inkontinenzprodukten	39
Tabelle 16:	Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien zu Inkontinenz, Demenz und Körperpflege	41
Tabelle 17:	Stationäre Pflege – Freiheitseinschränkende Maßnahmen	42
Tabelle 18:	Stationäre Pflege – Anleitung und Überprüfung von Hilfskräften	43
Tabelle 19:	Stationäre Pflege – Umsetzung Expertenstandards 2016	44
Tabelle 20:	Stationäre Pflege – Schulungen Erste Hilfe	44
Tabelle 21:	Stationäre Pflege – Angebotsplanung soziale Betreuung	45

Tabelle 22:	Stationäre Pflege – Zusätzliche Betreuung	46
Tabelle 23:	Ambulante Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarm	49
Tabelle 24:	Ambulante Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen	49
Tabelle 25:	Ambulante Pflege – Geprüfte Pflegedienste nach Trägerart und Zertifizierung	50
Tabelle 26:	Ambulante Pflege – Leistungsarten der betreuten Personen	50
Tabelle 27:	Ambulante Pflege – Einbezogene Personen nach Pflegestufen und Einschränkung der Alltagskompetenz	51
Tabelle 28:	Ambulante Pflege – Pflegebedürftige mit chronischen Wunden	53
Tabelle 29:	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien der Behandlungspflege	55
Tabelle 30:	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Intensivpflege	57
Tabelle 31:	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Mobilität	60
Tabelle 32:	Ambulante Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungssonden	61
Tabelle 33:	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zum Essen und Trinken	62
Tabelle 34:	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zu Ausscheidung, Demenz und Körperpflege	63
Tabelle 35:	Ambulante Pflege – Abrechnungsprüfung körperbezogene Pflegemaßnahmen	66
Tabelle 36:	Ambulante Pflege – Abrechnungsprüfung Behandlungspflege	67
Tabelle 37:	Ambulante Pflege – Abrechnungsprüfung Anzahl Auffälligkeiten je Pflegedienst	68
Tabelle 38:	Ambulante Pflege – Anleitung und Überprüfung von Hilfskräften	69
Tabelle 39:	Ambulante Pflege – Qualitätsmanagement nach dem PDCA-Zyklus	70
Tabelle 40:	Ambulante Pflege – Hygienemanagement	70
Tabelle 41:	Anzahl Beschwerden – 2016	74
Tabelle 42:	Beschwerdeführer – 2016	74
Tabelle 43:	Beschwerdegründe – 2016	75
Tabelle 44:	Maßnahmen aufgrund von Beschwerden – 2016	77

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 fünften 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. Seit dem 15. Oktober 2016 finden in der ambulanten Pflege bei den Qualitätsprüfungen auch Abrechnungsprüfungen statt. Die Qualitätsentwicklung wird in diesem Bericht auf der Basis der Prüfergebnisse aus dem Jahr 2016 im Vergleich zu den Ergebnissen des vierten Pflegequalitätsberichtes für die ambulante und die stationäre Pflege dargestellt.

Bei der Einordnung der Prüfergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die meisten Prüfkriterien inzwischen seit Jahren jährlich erhoben werden und sich die allermeisten Pflegeeinrichtungen auf die Prüfkriterien 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.

Anzahl und Qualifikation der Prüfer

Für die Prüfungen waren Ende 2016 bei den MDK und dem PKV-Prüfdienst 816 (737,9 Vollzeitstellen) Mitarbeiter beschäftigt. Dabei handelt es sich meist um Pflegefachkräfte. Die eingesetzten Prüfer verfügen über umfangreiche Zusatzqualifikationen, u. a. verfügten 78,8 Prozent der Prüfer über eine Auditorenqualifikation.

Stationäre Pflege

In den vorliegenden Bericht fließen Ergebnisse aus 13.304 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen ein. Bei diesen Prüfungen wurde bei 104.344 pflegebedürftigen Bewohnern die Versorgungsqualität überprüft. 95,3 Prozent dieser Prüfungen waren Regelprüfungen.

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

Im Vergleich zum vierten Qualitätsbericht zeigen sich in der stationären Pflege bei den Ergebnissen für das Jahr 2016 zum Teil Verbesserungen, zum Teil aber auch Verschlechterungen. In dieser Zusammenfassung werden einige zentrale Entwicklungen zur Qualität angesprochen.

Epidemiologische Merkmale der in die Prüfung einbezogenen Personen

Von den in die Prüfungen einbezogenen Bewohnern hatten 34,9 Prozent die Pflegestufe 1, die Pflegestufe 2 hatten 35,2 Prozent und 29,9 Prozent die Pflegestufe 3 (einschließlich Härtefälle).

Bei 70,7 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen lag eine eingeschränkte Alltagskompetenz vor. Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum (63,8 %) ist dieser Anteil gestiegen. Auch der Anteil der Personen mit einem relevanten Gewichtsverlust ist gestiegen, 2016 lag er bei 8,7 Prozent, im Jahr 2013 lag dieser Anteil noch bei 7,6 Prozent. Im Vergleich zum letzten Bericht ist der Anteil der Personen, bei denen der Gewichtsverlauf aufgrund fehlender Gewichtskontrollen nicht ermittelt werden konnte von 10,6 Prozent (2013) auf 24,9 Prozent gestiegen. Der Anteil der Personen mit einer Ernährungssonde ist von 5,2 Prozent (2013) auf 1,8 Prozent zurückgegangen. Einen Katheter hatten unverändert 10,6 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Bewohner und 77,5 Prozent der einbezogenen Bewohner wurden mit Inkontinenzprodukten versorgt (76,8 % letzter Berichtszeitraum). Einen Dekubitus hatten 3,9 Prozent der Bewohner (3,8 % letzter Berichtszeitraum).

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

Das Kriterium zum sachgerechten Umgang mit Medikamenten war für 90,1 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Bewohner relevant. Der Umgang mit Medikamenten war bei 88,7 Prozent (86,2 % letzter Berichtszeitraum) der betroffenen Bewohner sachgerecht, das heißt beispielsweise, die richtigen Medikamente waren gestellt und die Medikamente wurden bewohnerbezogen beschriftet aufbewahrt. Bei 11,3 Prozent dieser Bewohner war der Umgang mit Medikamenten jedoch nicht sachgerecht, das bedeutet, es waren z. B. falsche Medikamente gerichtet oder die Medikamente wurden nicht bewohnerbezogen aufbewahrt.

Während die Schmerztherapie in den Verantwortungsbereich der behandelnden Ärzte fällt, gehört die Schmerzerfassung in den Kompetenzbereich der professionellen Pflege. Sie ist die Basis für eine adäquate Schmerztherapie. Bei 37,1 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Bewohner war eine Schmerzerfassung erforderlich. Bei 82,1 Prozent (80,3 % letzter Berichtszeitraum) dieser Bewohner lag eine systematische Schmerzeinschätzung vor.

Bei 33,0 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Bewohner waren Schmerzmedikamente ärztlich verordnet. 96,0 Prozent (96,5 % letzter Berichtszeitraum) dieser Bewohner erhielten die verordneten Schmerzmedikamente, 4,0 Prozent dieser Bewohner erhielten die verordneten Medikamente nicht wie vorgesehen.

Bei 6,0 Prozent der in die Prüfung einbezogenen 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 75,6 Prozent (79,0 % letzter Berichtszeitraum) der betroffenen Bewohner der Fall, hingegen wurden bei 24,4 Prozent dieser Bewohner beispielsweise erforderliche Maßnahmen zur Druckentlastung nicht durchgeführt oder hygienische Standards wurden bei der Wundversorgung nicht beachtet. Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum ist hier eine Verschlechterung zu verzeichnen.

Von den in die Prüfung einbezogenen Bewohnern war es bei 43,7 Prozent aufgrund eines vorliegenden Risikos erforderlich, Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus (Druckgeschwürs) durchzuführen. Bei 80,7 Prozent (75,6 % letzter Berichtszeitraum) dieser Bewohner wurden die erforderlichen Prophylaxen durchgeführt, bei 19,3 Prozent wurden die Maßnahmen nicht in erforderlichem Maße durchgeführt, so dass z. B. erforderliche Hilfsmittel zur Druckentlastung nicht eingesetzt wurden, Bewegungsmaßnahmen nicht durchgeführt wurden oder regelmäßige Hautinspektionen unterblieben sind.

Von den in die Prüfung einbezogenen Bewohnern waren bei 88,4 Prozent Hilfen zur Körperpflege erforderlich. Bei den Qualitätsprüfungen wurde festgestellt, dass bei 94,8 Prozent der Bewohner die Körperpflege angemessen war, während bei 5,2 Prozent der auf Hilfe angewiesenen Bewohner

diese Hilfen nicht im erforderlichen Umfang erbracht worden sind. Bei diesen Bewohnern wurde im Rahmen der Inaugenscheinnahme z. B. festgestellt, dass die Zehen- und Fingernägel des Bewohners stark verschmutzt und seit längerer Zeit nicht geschnitten worden waren. In einigen Fällen wurden schmieriger Beläge in den Zehen- oder Fingerzwischenräumen gefunden, z. B. bei Kontrakturen. Die betreffenden Bewohner gaben zum Teil an, dass sie trotz anderslautender Pflegeplanung nur einmal monatlich Unterstützung beim Duschen erhielten.

Der Anteil der in die Prüfung einbezogenen Bewohner, bei denen freiheitseinschränkende Maßnahmen festgestellt wurden, lag im aktuellen Berichtszeitraum bei 8,9 Prozent (9.252) und ist im Vergleich zum letzten Bericht (2013 12,5%) abermals zurückgegangen. Die gesetzlich vorgeschriebenen Genehmigungen oder Einwilligungen lagen bei 92,5 Prozent der einbezogenen Bewohner vor. Damit liegt der Wert nahe bei dem Ergebnis für den letzten Bericht (91,9 %). Bei 8,4 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Bewohner konnte bewertet werden, ob die Erforderlichkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft worden ist. Die Notwendigkeit dieser Maßnahmen wurde bei 88,3 Prozent der betroffenen Bewohner regelmäßig überprüft, bei 11,7 Prozent dieser Bewohner wurde hingegen nicht geprüft, ob die freiheitseinschränkenden Maßnahmen weiterhin erforderlich sind oder ob Maßnahmen mit geringeren Einschränkungen ausgereicht hätten. Im Vergleich zum letzten Bericht ist eine leichte Verbesserung erkennbar (84,9 % letzter Berichtszeitraum).

Einrichtungsbezogene Struktur und Prozessqualität in der stationären Pflege

Insgesamt zeigt sich bei der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität 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 (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. Die Prüfanforderungen zu diesem Kriterium sind verändert worden. Heute wird bei der Umsetzung des jeweiligen Expertenstandards bewertet, ob aus der Dokumentation des internen Qualitätsmanagements zweifelsfrei erkennbar ist, dass die Implementierung des Expertenstandards entsprechend den Empfehlungen des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) erfolgt ist. Diese Umsetzung war in den stationären Pflegeeinrichtungen von 84,6 Prozent (Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen) bis 90,3 Prozent (Dekubitusprophylaxe) erkennbar. Aufgrund der veränderten Ausrichtung der Prüfkriterien ist ein Vergleich mit den Ergebnissen des letzten Berichtes nicht sinnvoll.

Bei der einrichtungsbezogenen Prüfung wird überprüft, ob die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult werden. Entsprechende Schulungen sind für die Mitarbeiter im Abstand von nicht mehr als zwei Jahren durchzuführen. Hier hat sich im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum eine deutliche Verschlechterung ergeben. Während das Kriterium beim letzten Bericht noch bei 95,1 Prozent der Pflegeheime erfüllt war, ist das Kriterium im Jahre 2016 lediglich bei 74,0 Prozent der Pflegeeinrichtungen als erfüllt bewertet worden.

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 Bewohner eine Vollzeitstelle für die zusätzliche Betreuung einrichten. Diese

wird von den Pflegekassen gesondert vergütet. Die zusätzlichen Betreuungskräfte sollen das reguläre Betreuungsangebot der Pflegeeinrichtung ergänzen. Bei 87,4 Prozent der geprüften Pflegeeinrichtungen sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte besetzt gewesen. Bei 12,6 Prozent der Einrichtungen war dies jedoch nicht der Fall.

Ambulante Pflege

In den vorliegenden Bericht fließen Ergebnisse aus 12.810 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten ein. Bei diesen Prüfungen wurde bei 70.538 Pflegebedürftigen die Versorgungsqualität in deren Wohnung überprüft. In der Zeit vom 15. Oktober 2016 bis 31. Dezember 2016 wurde bei 1.138 Prüfungen die Abrechnung bei 6.079 Pflegebedürftigen überprüft. Von allen Prüfungen in ambulanten Pflegediensten waren 97,6 Prozent Regelprüfungen.

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

Im Vergleich zum vierten Qualitätsbericht zeigen sich in der ambulanten Pflege überwiegend Verbesserungen bei den Ergebnissen für das Jahr 2016, 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 53,4 Prozent Pflegebedürftige mit der Pflegestufe 1 in die Prüfung einbezogen, gefolgt von Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe 2 (32,0 %). Die Pflegestufe 3 (einschließlich Härtefall) hatten 14,6 Prozent der einbezogenen Pflegebedürftigen. Bei 31,2 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen lag eine eingeschränkte Alltagskompetenz vor. Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum (29,9 %) ist dieser Anteil leicht gestiegen. Der Anteil der Personen mit einer Ernährungssonde ist mit 3,8 Prozent nahezu gleich geblieben (3,9 % letzter Berichtszeitraum). Einen Dekubitus hatten 2,9 Prozent der Bewohner (3,2 % letzter Berichtszeitraum).

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

Bei 43,0 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen lag eine ärztliche Verordnung zur Medikamentengabe vor. Bei diesen war somit das Kriterium, ob die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung entspricht, relevant. Bei 88,3 Prozent der Pflegebedürftigen mit einer Medikamentenverordnung war das Kriterium erfüllt (85,9 % letzter Berichtszeitraum). Bei 11,7 Prozent dieser Pflegebedürftigen 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.

Bei 16,4 Prozent der Pflegebedürftigen, 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. Bei 75,3 Prozent der betroffenen Pflegebedürftigen war dieses Kriterium erfüllt (67,9 % letzter Berichtszeitraum), bei 24,7 Prozent dieser Pflegebedürftigen war das Kriterium nicht erfüllt. Eine systematische Schmerzeinschätzung

ist aber notwendig, damit eine ggf. erforderliche Anpassung der Schmerzmedikation faktenbasiert durch den Arzt erfolgen kann. Im Vergleich zum letzten Bericht ist hier eine Verbesserung zu verzeichnen.

Bei 5,2 Prozent der Personen mit einer chronischen Wunde oder einem Dekubitus lag eine ärztliche Verordnung für eine Wundversorgung vor. Bei diesen Pflegebedürftigen wurde überprüft, ob die Wundversorgung unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des Wissens erfolgte. Bei 86,9 Prozent der betroffenen Pflegebedürftigen war das Kriterium erfüllt (85,7 % letzter Berichtszeitraum), bei 13,1 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.

Zukünftig wird bei Qualitätsprüfungen die Versorgung von Menschen mit einem Intensivpflegebedarf stärker in den Blick genommen. Hierfür ist einerseits durch den Gesetzgeber mit dem § 275b SGB V die Möglichkeit geschaffen worden, bei Leistungserbringern, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen, aber nicht unter die Qualitätssicherung nach dem SGB XI fallen, gesonderte Qualitätsprüfungen durchzuführen. Diese Leistungserbringer haben sich häufig auf die Versorgung von Menschen spezialisiert, bei denen aufgrund lebensbedrohlicher Situationen rund um die Uhr eine Pflegefachkraft anwesend sein muss. Dies betrifft insbesondere Menschen, die erhebliche Einschränkungen in der selbständigen Atmung haben und daher auf Beatmung und engmaschige Überwachung angewiesen sind. Bisher wurden die bereits heute bei den Prüfungen erfassten spezifischen Qualitätskriterien hierzu aufgrund der geringen Fallzahlen, bei denen diese Kriterien geprüft werden konnten, nicht dargestellt. Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung werden diese Kriterien im aktuellen Bericht erstmals dargestellt. Bei einem Vergleich der Daten mit denen aus dem letzten Bericht zeigt sich bei diesen Kriterien eine Verschlechterung der Ergebnisse.

Bei 1,1 Prozent (770) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen war die Bedienung und die Überwachung eines Beatmungsgerätes verordnet. Mit der zu dieser Leistung zugehörigen Frage wird überprüft, ob mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen wird. Bei der Bewertung dieses Kriteriums geht es unter anderem darum, ob die Vitalparameter und Schwellenwerte dokumentiert sind, bei denen weitere Interventionen erfolgen müssen, die Mitarbeiter in das Beatmungsgerät eingewiesen sind, Wechsel- und Reinigungsintervalle der erforderlichen Hilfsmittel dokumentiert sind und eingehalten werden und ein Informationsaustausch mit dem behandelnden Arzt nachvollziehbar ist. Das Kriterium war bei 75,3 Prozent der betreffenden Pflegebedürftigen erfüllt (83,1 % letzter Berichtszeitraum). Bei 24,7 Prozent der betroffenen Personen war das Kriterium nicht erfüllt, so dass z. B. nicht geklärt war, in welchen Situationen wie gehandelt werden soll, z. B. Anpassung der Sauerstoffkonzentration nach Anweisung des Arztes.

Eine weitere Leistung, die bei Menschen mit einer Einschränkung der Atmungsfunktion verordnet werden kann, ist der Wechsel und die Pflege einer Trachealkanüle. Diese Leistung war bei 2,1 Prozent (1.500) der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen vorordnet. Der Umgang mit Trachealkanülen war bei 83,3 Prozent dieser Pflegebedürftigen sachgerecht (84,1 % letzter Berichtszeitraum). Bewertet wird bei diesem Kriterium unter anderem, ob Angaben zu Typ und Größe der Kanüle dokumentiert sind, eine Ersatzkanüle i. d. R. eine Nummer kleiner vorliegt, im Notfall (z. B. plötzliche Verstopfung der Kanüle, Atemnot) das Offenhalten des Stomas z. B. mit Hilfe eines speziellen Spekulum gewährleistet werden kann. Bei 16,7 Prozent der Pflegebedürftigen, bei denen die Leistung verordnet war, waren diese Anforderungen nicht vollständig erfüllt.

Während Leistungen der Behandlungspflege nach dem SGB V ärztlich verordnet werden, können in der ambulanten Pflege nach dem SGB XI nur die körperbezogenen Pflegeleistungen von den Pflegediensten erbracht werden, für die sie vom Pflegebedürftigen 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 den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen aus professioneller Perspektive über erforderliche Maßnahmen und Risiken berät. Damit sollen der Pflegebedürftige und sein soziales Umfeld in die Lage versetzt werden, informiert eine Entscheidung darüber zu treffen, welche Leistungen erforderlich sind und mit welchen Leistungen der Pflegedienst beauftragt werden soll. Auch im Verlauf der Versorgung durch den Pflegedienst ist es erforderlich, dass bei Veränderungen ggf. eine Beratung durch den Pflegedienst über eine Anpassung der Leistungen oder über neu eingetretene Risiken erfolgt.

Bei 29,4 Prozent der Pflegebedürftigen, die im Rahmen der Prüfung in ihrer Wohnung von den Prüfern aufgesucht wurden, war eine Beratung bezüglich eines Dekubitusrisikos erforderlich. Die erforderliche Beratung war bei 82,4 Prozent der betreffenden Pflegebedürftigen nachvollziehbar (73,5 % letzter Berichtszeitraum), bei 17,6 Prozent dieser Pflegebedürftigen war eine entsprechende Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen nicht nachvollziehbar. Im Rahmen der Leistungserbringung waren bei 13,0 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen gewebeschonende Lagerungsmaßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus vereinbart. Bei 85,7 Prozent der betroffenen Pflegebedürftigen erfolgten diese Lagerungsmaßnahmen (82,1 % letzter Berichtszeitraum), bei 14,3 Prozent dieser Pflegebedürftigen war dies nicht der Fall, so dass der Pflegedienst hier die ihm zur Verfügung stehenden Mittel zur Vermeidung eines Druckgeschwürs nicht genutzt hat.

Bei 25,0 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen war eine Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung erforderlich. Bei 84,8 Prozent dieser Pflegebedürftigen erfolgte die erforderliche Beratung (79,5 % letzter Berichtszeitraum), bei 15,2 Prozent war dies nicht der Fall. Bei 24,9 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen war eine Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Ernährung erforderlich. Bei 82,5 Prozent dieser Pflegebedürftigen erfolgte die erforderliche Beratung (76,0 % letzter Berichtszeitraum), bei 17,5 Prozent war dies nicht der Fall.

Ein Beratungsbedarf bei Personen mit Einschränkungen bei der Kontinenz wurde von den Prüfern bei einem Anteil von 43,7 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen gesehen. Eine Beratung über erforderliche Maßnahmen bei Ausscheidungen wie z. B. personeller Hilfebedarf beim Aufsuchen der Toilette oder den Einsatz von Hilfsmitteln erfolgte bei 80,9 Prozent dieser Pflegebedürftigen (72,5 % letzter Berichtszeitraum), bei 19,1 Prozent der betroffenen Pflegebedürftigen erfolgte diese nicht.

Bei 17,9 Prozent der in die Prüfungen ambulanter Pflegedienste einbezogenen Pflegebedürftigen war nach Auffassung der Prüfer eine Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen bei Demenz erforderlich. Bei 77,4 Prozent dieser Pflegebedürftigen erfolgte eine entsprechende Beratung der Betroffenen oder ihrer Angehörigen z. B. zum Umgang mit Selbstgefährdung, Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung (66,3 % letzter Berichtszeitraum), bei 22,6 Prozent der betroffenen Pflegebedürftigen war eine solche Beratung nicht nachvollziehbar.

Abrechnungsprüfung

Für den Zeitraum vom 15. Oktober 2016 bis zum 31. Dezember 2016 liegen Daten aus 1.138 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten vor, bei denen Abrechnungsprüfungen durchgeführt worden sind. Die in Rechnung gestellten Leistungen sind dabei bei 6.079 Pflegebedürftigen geprüft worden, im Durchschnitt bei 5,3 Pflegebedürftigen pro Pflegedienst.

Um bezüglich der Auffälligkeiten bei den Abrechnungsprüfungen einen Gesamteindruck zu erhalten ist es hilfreich, die Gesamtzahl der Auffälligkeiten je Pflegedienst zu summieren. Aus diesem Grund wird in der Zusammenfassung der Prüfberichte gemäß der QPR auch die Häufigkeit aller Abrechnungsauffälligkeiten je Pflegedienst dargestellt. Die ersten Erfahrungen mit den Abrechnungsprüfungen in ambulanten Pflegediensten im Zeitraum vom 15. Oktober 2016 bis zum 31. Dezember 2016 zeigen demnach, dass die Prüfer bei 35,2 Prozent (401) der geprüften ambulanten Pflegedienste mindestens eine Auffälligkeit bei der Abrechnung der Leistungen festgestellt haben: Bei 28,3 Prozent (322) der Pflegedienste haben die Prüfer ein bis fünf Auffälligkeiten festgestellt, 5,1 Prozent (58) der geprüften Pflegedienste wiesen zwischen sechs bis zehn Auffälligkeiten auf und bei einem Anteil von 1,8 Prozent (21) der ambulanten Pflegedienste haben die Prüfer sogar mehr als zehn Auffälligkeiten festgestellt. Von den Pflegediensten wiesen 64,8 Prozent (737) keine Auffälligkeiten auf.

Mit 96,8 Prozent (5.884) haben die in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen im Bereich des SGB XI am häufigsten körperbezogene Pflegemaßnahmen in Anspruch genommen. Im Bereich des SGB V erhielten 61,9 Prozent (3.760) der Pflegebedürftigen Leistungen der Behandlungspflege.

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 konnte bei 96,8 Prozent (5.884) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen geprüft werden. Bei 93,2 Prozent dieser Pflegebedürftigen wurden keine Auffälligkeiten gefunden. Bei 6,6 Prozent der Pflegebedürftigen wurden jedoch Auffälligkeiten in Bezug auf die in Rechnung gestellten Leistungen identifiziert.

Darüber hinaus wird überprüft, ob nachvollzogen werden kann, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind. Auch dieses Kriterium konnte bei 96,8 Prozent (5.884) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen geprüft werden. Das Kriterium war bei 93,0 Prozent der einbezogenen Personen erfüllt, bei 5,9 Prozent der Pflegebedürftigen war die vertragskonforme Leistungserbringung jedoch nicht nachvollziehbar. Als häufigsten Grund haben die Prüfer bei diesen Auffälligkeiten mit 33,4 Prozent (117 Pflegebedürftige) angegeben, dass die Leistung nicht vollständig erbracht worden ist.

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 konnte bei 61,9 Prozent (3.760) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen geprüft werden. Bei 94,1 Prozent dieser Pflegebedürftigen wurden keine Auffälligkeiten gefunden. Bei 5,9 Prozent der Pflegebedürftigen wurden jedoch Auffälligkeiten in Bezug auf die in Rechnung gestellten Leistungen identifiziert.

Bezogen auf die Behandlungspflege wird weiterhin überprüft, ob nachvollzogen werden kann, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform und gemäß den HKP¹-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren. Auch dieses Kriterium konnte bei 61,9 Prozent (3.760) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen geprüft werden. Das Kriterium war bei 92,1 Prozent der einbezogenen Personen erfüllt, bei 7,1 Prozent der Pflegebedürftigen war die vertragskonforme Leistungserbringung jedoch nicht nachvollziehbar. Als häufigsten Grund haben die Prüfer bei diesen

1 häusliche Krankenpflege

Auffälligkeiten mit 58,1 Prozent (155 Pflegebedürftige) angegeben, dass die Qualifikationsanforderungen unterlaufen worden sind.

Einrichtungbezogene Struktur und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Insgesamt zeigt sich bei der einrichtungbezogenen Struktur- und Prozessqualität ein Trend in Richtung vollständiger Erfüllung der Prüfkriterien. Wie das folgende Beispiel zeigt, gilt dies jedoch nicht für alle einrichtungbezogenen Prüfkriterien.

Zwar haben sich auch beim Hygienemanagement nochmals leichte Verbesserungen ergeben. Bei der Überprüfung, ob die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen zum Hygienemanagement (beispielsweise zur Händehygiene) von den Mitarbeitern eingehalten werden, ist jedoch weiterhin noch Optimierungsbedarf erkennbar. Bei 87,0 Prozent der ambulanten Pflegedienste war dieses Kriterium erfüllt (82,8 % letzter Berichtszeitraum), bei 13,0 Prozent war das Kriterium nicht erfüllt.

Beschwerden über die Qualität von Pflegeeinrichtungen

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. Jede Beschwerde wird geprüft, bewertet und an die zuständigen Stellen (z. B. Landesverbände der Pflegekassen, Heimaufsicht²) weitergeleitet. Die Landesverbände der Pflegekassen können die MDK bzw. den PKV-Prüfdienst aufgrund von Beschwerden mit einer Qualitätsprüfung beauftragen. Ohne einen Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen können die MDK keine Prüfung durchführen.

Im Rahmen der Erstellung des fünften MDS-Pflege-Qualitätsberichtes wurden die MDK (einschließlich sozialmedizinischer Dienst der Bundesknappschaft) und der PKV-Prüfdienst danach befragt, welche Erfahrungen sie mit Beschwerden über die Qualität von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen haben. 16 von 17 befragten Prüfdienste konnten dazu differenzierte Angaben machen. Die Angaben der befragten Prüfdienste beziehen sich ausschließlich auf die Beschwerden, über die die Prüfdienste Kenntnis erlangt haben.

Bei den Prüfdiensten sind im Jahr 2016 insgesamt 3.003 Beschwerden eingegangen. Davon entfielen 34,2 Prozent auf die ambulante Pflege (1.026) und 65,8 Prozent (1.977) auf die stationäre Pflege. Die meisten Beschwerden kamen mit 48,5 Prozent von Angehörigen. Die häufigsten Beschwerdegründe bezogen sich auf körperbezogene Pflegemaßnahmen (24,2 %), das Personal (19,9 %) und das Mitarbeiterverhalten bzw. die Führung (11,9 %).

Bei 21,1 Prozent der eingegangenen Beschwerden erfolgte eine Anlassprüfung. Bei weiteren 13,9 Prozent der Prüfungen wurde eine Regelprüfung vorgezogen und 24,1 Prozent der Beschwerden wurden aufgrund anderer Prüfzuständigkeiten an die Heimaufsichtsbehörden weitergeleitet.

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.

² Der sprachlichen Einfachheit halber wird in diesem Bericht der gebräuchliche Begriff „Heimaufsicht“ alternativ für die gesetzlich determinierte Bezeichnung „nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde“ verwendet.

Qualitätsprüfungen im Wandel

Zum 1. Januar 2018 treten aufgrund des PSG III Änderungen für die ambulante Pflege in Kraft. Diese beziehen sich in erster Linie auf die ambulante Pflege. Insbesondere werden bei Qualitätsprüfungen zukünftig auch Personen, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten, einbezogen. Darüber hinaus wird für Leistungserbringer, die häusliche Krankenpflege (HKP) erbringen und bisher nicht von der Qualitätssicherung des SGB XI erfasst werden konnten, eine verbindliche Regelprüfung nach § 275b SGB V durch den MDK eingeführt. Außerdem kann der MDK zukünftig auch mit Anlassprüfungen auf der Grundlage des SGB V beauftragt werden.

Die oben beschriebenen Änderungen der Prüfgrundlagen stellen jedoch nur einen Zwischenschritt dar hin zu einer weitreichenderen Reform der Vorschriften zur internen Qualitätssicherung, zur externen Qualitätsprüfung und zur Qualitätsdarstellung. So hat der seit Mitte 2016 tätige Qualitätsausschuss Forschungsaufträge auf den Weg gebracht, die den Grundstein für diese Weiterentwicklung bilden werden. Mit den geplanten Änderungen soll insbesondere auch der mangelnden Aussagekraft der bisherigen Transparenzberichte über die Qualität in der Pflege begegnet werden. Bei der Reform der Qualitätssicherung erwarten die MDK, dass die externen Prüfungen erhalten bleiben. Sinnvoll wird eine weitere Fokussierung auf die Versorgungsqualität sein, wobei insbesondere die Mobilität, die Qualität der Versorgung von Menschen mit Demenz sowie die Angebote der Betreuung eine höhere Bedeutung erhalten sollten. Wenn in der stationären Pflege das vorliegende Indikatorensystem, das auf der Erfassung von Qualitätsdaten durch die Pflegeheime fußen soll, eingeführt wird, muss klar sein, dass die Verantwortung für die Qualität der erhobenen Daten bei den Pflegeeinrichtungen liegt. Hinsichtlich der Veröffentlichung von Prüfergebnissen erwarten die MDK, dass neben den Indikatorergebnissen ebenso Prüfergebnisse aus Qualitätsprüfungen des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes mit einer hohen Aussagekraft für die Versicherten veröffentlicht werden und das dabei klar erkennbar ist, aus welchen Quellen die veröffentlichten Daten jeweils stammen. Die veröffentlichten Daten müssen deutlich besser als bisher dazu geeignet sein, den Verbraucher über die Qualität von Pflegeeinrichtungen zu informieren und die Pflegeeinrichtungen hinsichtlich ihres Qualitätsniveaus unterscheidbar zu machen.

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. Seit 2011 finden diese Qualitätsprüfungen jährlich statt. Seit 2009 wird ein Teil der Prüfergebnisse in Form von Noten auf der Grundlage von zwischen Leistungserbringerverbänden, GKV-Spitzenverband und kommunalen Spitzenverbänden vereinbarten Transparenzvereinbarungen im Internet veröffentlicht. Die für die Transparenzberichte heranzuziehende Notensystematik wird diesem Bericht jedoch nicht zugrunde gelegt, sondern es werden die Erfüllungsgrade der Prüfkriterien in Prozentwerten ausgewiesen und kommentiert.

Da etwa zehn Prozent der Bevölkerung privat versichert sind, werden zehn Prozent der jährlich anfallenden Prüfungen durch den PKV-Prüfdienst durchgeführt. Die Daten des PKV-Prüfdienstes werden in diesen Bericht mit einbezogen.

Es besteht eine gesetzliche Verpflichtung (§ 114a Abs. 6 SGB XI) für die MDK und den PKV-Prüfdienst, im Abstand von jeweils drei Jahren dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 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 Länderministerien vor.

Nach 2004, 2007, 2012 und 2014 wurde dieser Bericht nun zum fünften Mal erstellt. Er bietet einen systematischen und umfassenden Überblick über den in den Qualitätsprüfungen ermittelten Stand der Pflegequalität in Deutschland. Dem MDS liegen Daten aus Qualitätsprüfungen der Jahre 2014 bis 2016 vor. Aufgrund der sich im Zeitverlauf insgesamt ergebenden kontinuierlichen Veränderungen bei den Prüfergebnissen ist es jedoch nicht sinnvoll, diese kumuliert für 2014 bis 2016 auszuwerten. Um den aktuellen Stand der Qualitätsentwicklung abbilden zu können, werden in diesem Bericht daher Daten aus Qualitätsprüfungen der MDK sowie des PKV-Prüfdienstes im Zeitraum vom 1. Januar 2016 bis zum 31. Dezember 2016 auf der Grundlage der QPR (vom Januar 2014) in der ambulanten und stationären Pflege zugrunde gelegt. Diese Daten werden verglichen mit den Ergebnissen des vierten Pflege-Qualitätsberichtes, in dem Daten aus dem Erhebungszeitraum vom 1. Januar 2013 bis 31. Dezember 2013 einbezogen worden sind. Dabei sind folgende Besonderheiten zu beachten:

- Im Erhebungszeitraum 2013 galt noch die QPR aus 2009, im Erhebungszeitraum 2016 galt die QPR aus dem Jahr 2014. Diese beiden QPR-Versionen weisen lediglich einige Detailänderungen hinsichtlich der Prüfkriterien für die stationäre Pflege auf, eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse aus 2013 und 2016 ist jedoch in der Regel gegeben. Bei Kriterien mit relevanten inhaltlichen Veränderungen wird auf einen Vergleich verzichtet. Hierauf wird im Text explizit hingewiesen.
- Die Regularien für die Zusammensetzung der Personenstichprobe in der stationären Pflege haben sich verändert. Im Jahr 2013 wurde eine Personenstichprobe von zehn Prozent, mindestens jedoch fünf Personen und maximal 15 Personen in die Prüfung stationärer Pflegeein-

richtungen einbezogen. Seit dem 1. Januar 2014 wurde aufgrund der Änderungen der Pflege-transparenzvereinbarung für die stationäre Pflege (PTVS) unabhängig von der Größe der Einrichtung jeweils eine Zufallsstichprobe von drei Personen jeder der Pflegestufen eins bis drei in die Prüfung einbezogen.

→ Am 15. Oktober 2016 ist die QPR aus 2016 als Grundlage für die Abrechnungsprüfung in der ambulanten Pflege in Kraft getreten. Die Ergebnisse der Abrechnungsprüfungen für den Zeitraum 15. Oktober 2016 bis 31. Dezember 2016 basieren daher auf der QPR aus 2016. Da erst seit dem 15. Oktober 2016 verbindliche Vorgaben für die Abrechnungsprüfung gelten, ist ein Vergleich mit vorangegangenen Abrechnungsprüfung in der ambulanten Pflege nicht möglich.

Auf eine differenzierte Ergebnisdarstellung zu einrichtungsbezogenen Kriterien wird verzichtet. Die Ergebnisdarstellung konzentriert sich auf für die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen in der ambulanten und stationären Pflege besonders relevante Kriterien. Zudem werden erste Ergebnisse zur Abrechnungsprüfung in der ambulanten Pflege dargestellt. Die vollständigen Ergebnisse aller Kriterien können dem Tabellenanhang entnommen werden.

1.2 Prüfrechte und Prüfablauf

Die Prüfungen der MDK sowie des PKV-Prüfdienstes fußen auf den in Kapitel 11 „Qualitätssicherung, sonstige Regelungen zum Schutz des Pflegebedürftigen“ des SGB XI festgelegten Regelungen. Maßgeblich sind die §§ 114 ff. SGB XI. Nach § 114 SGB XI sind die Qualitätsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchzuführen, dabei werden drei Prüfarten (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. Oktober 2016 auch auf die Abrechnung der erbrachten Leistungen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen. Zudem ist zu prüfen, ob bei der Versorgung der Pflegebedürftigen die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) beachtet werden.

Darüber hinaus können die Landesverbände der Pflegekassen 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 hinweisen und die im Rahmen von Qualitätsprüfungen überprüft werden können (siehe auch Kapitel 4 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. In der Regel dauern die Prüfungen ein bis zwei Tage. Die Prüfungen finden in stationären Pflegeeinrichtungen grundsätzlich unangemeldet statt. Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten werden am Tag zuvor angekündigt, Anlassprüfungen finden auch in der ambulanten Pflege 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 Prüfer die Einrichtung anhand des Prüfkataloges gemäß der QPR einschließlich der Transparenzkriterien. Zur Einschätzung der Prozess- und Ergebnisqualität wird bei den per Zufallsstichprobe ausgewählten Bewohnern bzw. Pflegebedürftigen die Versorgungsqualität überprüft. Dabei sind bis zum 31. Dezember 2013 in der Regel zehn Prozent der von den Pflegeeinrichtungen versorgten Bewohner bzw. Pflegebedürftigen in die Prüfungen einzubeziehen gewesen, mindestens jedoch fünf Personen und maximal 15 Personen. Dies gilt für die ambulante Pflege auch noch für den Berichtszeitraum 2016. In der stationären Pflege wurde seit dem 1. Januar 2014 aufgrund der Änderungen der Pflege-transparenzvereinbarung für die stationäre Pflege (PTVS) unabhängig von der Größe der Einrichtung jeweils eine Zufallsstichprobe von drei Personen jeder der Pflegestufen eins bis drei in die Prüfung einbezogen. Die Einbeziehung von Bewohnern bzw. Pflegebedürftigen erfolgt nur mit deren Einverständnis. Bei den einbezogenen Personen werden der Pflegezustand mittels Inaugenscheinnahme³ erhoben, Beobachtungen z. B. zur Hilfsmittelausstattung durchgeführt und der Pflegeprozess analysiert. Ebenso werden Gespräche mit den Pflegebedürftigen sowie den Mitarbeitern geführt sowie in stationären Pflegeeinrichtungen die Interessenvertreter der Bewohner über die Durchführung der Prüfung in Kenntnis gesetzt. In einem weiteren Teil der Prüfung werden auf Einrichtungsebene Aspekte der Struktur- und Prozessqualität bewertet.

Der beratungsorientierte Prüfansatz der MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes erlaubt dem Prüfteam schon während der Qualitätsprüfung, bei festgestellten Qualitätsmängeln Lösungsmöglichkeiten im Rahmen einer Impulsberatung aufzuzeigen. 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 Prüf-

³ Die Inaugenscheinnahme des Bewohners bzw. Pflegebedürftigen umfasst die Beurteilung des Allgemeinzustandes, des Ernährungszustandes, des Hautzustandes, der Versorgung mit Sonden, Kathetern, Hilfsmitteln, Bewegungsfähigkeit.

bericht und senden ihn 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 Qualitätsmängeln, falls solche festgestellt worden sind. Die Pflegeeinrichtung kann zu dem Prüfbericht Stellung nehmen. Auf Basis des Prüfberichtes und der Stellungnahme der Pflegeeinrichtung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen bei festgestellten Qualitätsmängeln einen Bescheid mit Maßnahmen zur Beseitigung der 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 kürzen⁴ 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 Pflegebedürftiger bis zur Beseitigung der Kündigungsgründe ganz oder teilweise ausschließen. Mit dem Inkrafttreten der Änderungen des SGB XI am 29. Juli 2017 hat der Gesetzgeber in § 115 Absatz 3b SGB XI die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI durch den Qualitätsausschuss gemäß § 113b SGB XI verpflichtet, bis zum 1. Januar 2018 ein Verfahren zur Kürzung der Pflegevergütung zu vereinbaren. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen.

Für die Veröffentlichung der Ergebnisse zu den Transparenzkriterien senden die MDK bzw. der PKV-Prüfdienst diese an die Datenclearingstelle, 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.

1.3 Profession und Qualifikation der Prüfer

Die MDK führen 90 Prozent der jährlich erforderlichen Qualitätsprüfungen durch. Für diese Prüfungen wurden 678 Mitarbeiter (606 Vollzeitstellen) zum Stichtag 31. Dezember 2016 bei den MDK beschäftigt. Der PKV-Prüfdienst deckt zehn Prozent der Gesamtprüfquote ab und hat zum selben Stichtag 138 Mitarbeiter beschäftigt (beim PKV-Prüfdienst ist eine wöchentliche Arbeitszeit von 40 Stunden vorgesehen, bei den 138 Mitarbeitern handelt es sich um 131,9 Vollzeitstellen auf der Basis einer wöchentlichen Arbeitszeit von 38,5 Stunden). Insgesamt werden 816 Mitarbeiter (737,9 Vollzeitstellen) bei Qualitätsprüfungen eingesetzt.

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

⁴ 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.

Die Tätigkeit in der externen Qualitätssicherung verlangt seitens der Prüfer über die Grundausbildung hinausgehende Kompetenzen und Qualifikationen. Dementsprechend verfügen 78,8 Prozent der Prüfer über eine Auditoren-Qualifikation. Damit wird der in der QPR festgelegten Anforderung Rechnung getragen, dass mindestens ein Mitglied des Prüfteams über eine Auditorenausbildung oder eine vom Inhalt und Umfang her gleichwertige Qualifikation verfügen muss. 35,5 Prozent der Prüfer haben einen pflegeorientierten oder einen anderen Studiengang absolviert. Eine leitungsbezogene Weiterbildung haben 55,9 Prozent der Prüfer durchlaufen, 41,3 Prozent eine andere fachbezogene Weiterbildung. Damit ist im Vergleich zum letzten Bericht das Qualifikationsprofil der eingesetzten Prüfer weitgehend auf gleich hohem Niveau geblieben. Der Anteil der Prüfer mit einer fachbezogenen Weiterbildung ist im Vergleich zum letzten Bericht um über 10 Prozent angestiegen (Ende 2013 30,5 %).

Tabelle 1:
Mitarbeiter nach Zusatzqualifikation
(beschäftigte Mitarbeiter: 816)

von den beschäftigten Mitarbeitern verfügen über	in Prozent*
einen Abschluss in einem pflegeorientierten Studiengang	27,6
einen Abschluss in einem anderen Studiengang	8,0
eine Auditoren-Qualifikation nach QPR	78,8
eine leistungsbezogene Weiterbildung	55,9
eine fachbezogene Weiterbildung	41,3

*Mehrfachnennungen möglich

Der MDS auf Bundesebene wie auch die MDK bieten umfangreiche Qualifizierungsmaßnahmen für die Mitarbeiter der MDK an, die mit den Qualitätsprüfungen betraut sind. Bei diesen Angeboten werden die Grundlagen des Qualitätsmanagements, die QPR, die Transparenzvereinbarungen und die MDK-Anleitung, aber auch Kommunikations- und Konfliktlösungstechniken vermittelt. Ebenso sind die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sowie weitere Fachthemen Gegenstand der Fortbildungsangebote. Das Qualifizierungsangebot umfasst außerdem eine TQM-Auditorenqualifikation. Auch der PKV-Prüfdienst bietet seinen Mitarbeitern 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 2015 (Statistisches Bundesamt 2017) herangezogen.

1.4.1 Stationäre Pflege

Im Jahr 2015 gab es nach Angaben der Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes 13.596 zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen. Die Mehrzahl dieser Einrichtungen war 2015 in freigemeinnütziger Trägerschaft (53,0 %). Private Träger machten einen Anteil von 42,2 Prozent aus, der Anteil öffentlicher Träger lag bei 4,8 Prozent. Zum Stichtag 15. Dezember 2015 wurden insgesamt 759.204 Bewohner mit einer Pflegestufe in Einrichtungen der vollstationären Pflege betreut. Im Mittel betreute ein Pflegeheim 68 Pflegebedürftige. Die privaten Träger betreiben mit durchschnittlich 62 versorgten Pflegebedürftigen je Einrichtung durchschnittlich kleinere Pflegeheime als freigemeinnützige Träger (durchschnittlich 72 versorgte Pflegebedürftige je Einrichtung) und öffentliche Träger (durchschnittlich 80 versorgte Pflegebedürftige je Einrichtung) (Statistisches Bundesamt 2017).

1.4.2 Ambulante Pflege

Im Jahr 2015 gab es nach Angaben der Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes 13.323 zugelassene ambulante Pflegedienste. Die Mehrzahl dieser Pflegedienste befand sich im Jahr 2015 in privater Trägerschaft (65,1 %). Der Anteil der freigemeinnützigen Träger lag bei 33,5 Prozent. In öffentlicher Trägerschaft befanden sich 1,4 Prozent der zugelassenen ambulanten Pflegedienste. Im Jahr 2015 haben alle zugelassenen ambulanten Pflegedienste 692.273 Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung betreut. Dabei wurden durchschnittlich 52 Versicherte je ambulantem Pflegedienst versorgt, wobei die Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft deutlich mehr Versicherte versorgt haben (74) als die privaten Pflegedienste (40). Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft versorgten im Schnitt 64 Versicherte (Statistisches Bundesamt 2017).

1.5 Datengrundlage

Die für diesen Bericht vorliegenden Daten wurden auf der Grundlage der seit dem 1. Februar 2014 gültigen QPR nach den §§ 114 ff. SGB XI erhoben und beziehen sich auf die Mindestprüfkriterien einschließlich der Transparenzkriterien. Eine Ausnahme bilden die Ergebnisse der Abrechnungsprüfungen in der ambulanten Pflege. Diese Ergebnisse basieren auf der seit dem 15. Oktober 2016 gültigen QPR. Die Daten wurden dem MDS von den MDK und vom PKV-Prüfdienst auf der Grundlage der Statistik-Richtlinien (StRi) nach § 53a SGB XI 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 die stationäre Pflege liegen dem MDS für 2016 Daten aus 13.304 Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen vor. Dabei wurde bei 104.344 Bewohnern die Versorgungsqualität geprüft. Im Durchschnitt wurden damit 7,8 Personen pro Einrichtung im Jahr 2016 in die Prüfung einbezogen (2013 7,0 Personen).

Tabelle 2:
Stationäre Pflege – Anzahl Datensätze und einbezogene Bewohner und Mittelwert einbezogene Bewohner 2016

durchgeführte Qualitätsprüfungen	13.304
begutachtete Bewohner insgesamt	104.344
durchschnittlich begutachtete Bewohner pro Einrichtung	7,8

Die seit 2014 vorgesehene Stichprobengröße von neun Bewohnern pro Pflegeeinrichtung wurde bei den Prüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen in 81,8 Prozent der Fälle erreicht. In teilstationären Pflegeeinrichtungen (6,3 %) und Kurzzeitpflegeeinrichtungen (0,4 %) konnte die Stichprobengröße aufgrund der geringen Anzahl versorgter Pflegebedürftiger selten erreicht werden. Betrachtet man nur die vollstationären Pflegeeinrichtungen, dann liegt die Stichprobengröße im Durchschnitt bei 8,6 Personen.

Tabelle 3:
Stichprobengröße stationär – teilstationär – Kurzzeitpflege

Einrichtungsart	Anzahl Einrichtungen	Mittelwert Stichprobengröße	Anteil Prüfungen mit Stichprobe < 9 Personen in Prozent
stationär	10.441	8,6	18,2
teilstationär	2.432	5,5	93,7
Kurzzeitpflege	271	3,7	99,6
gesamt	13.144	7,9	33,8

bei 160 Prüfungen keine Inaugenscheinnahmen oder keine Zuordnung möglich

Bei einer Differenzierung der Stichprobenzahlen nach der Größe der Pflegeeinrichtung zeigt sich, je größer die Einrichtung, desto häufiger wurde die vorgesehene Stichprobengröße erreicht. Bei stationären Pflegeeinrichtungen mit einer Größe von mehr als 80 Plätzen liegt die durchschnittliche Stichprobengröße bei neun Personen, die Stichprobengröße wurde bei 97,8 Prozent dieser Pflegeeinrichtungen erreicht.

Tabelle 4:
Anzahl Stichprobengröße differenziert nach Einrichtungsgröße 2016

Einrichtungsgröße	Anzahl Einrichtungen	Mittelwert Stichprobengröße	Anteil Prüfungen mit Stichprobe < 9 Personen in Prozent
= 10	90	3,8	100,0
11-20	470	6,3	86,0
21-30	834	7,8	55,9
31-40	964	8,4	33,4
41-50	1.051	8,6	23,5
51-60	1.026	8,8	13,3
61-80	2.133	8,9	6,7
> 80	3.853	9,0	2,2
Größe unbekannt	20	8,3	30,0
gesamt	10.441	8,6	18,2

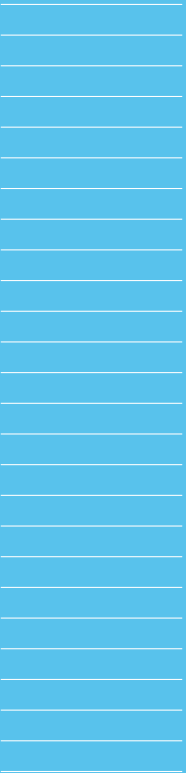
Für die ambulante Pflege liegen für 2016 Daten aus 12.810 Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen vor. Dabei wurde bei 70.538 Pflegebedürftigen die Versorgungsqualität überprüft. Im Durchschnitt wurden damit im Jahr 2016 ca. fünf bis sechs Pflegebedürftige pro Pflegedienst in die Prüfung einbezogen.

Tabelle 5:
Ambulante Pflege – Anzahl Datensätze und einbezogene Pflegebedürftige und Mittelwert einbezogene Pflegebedürftige 2016

durchgeführte Qualitätsprüfungen	12.810
begutachtete Personen insgesamt	70.538
durchschnittlich begutachtete Bewohner pro Pflegedienst	5,5

2

PRÜFUNGEN UND ERGEBNISSE IN DER STATIONÄREN PFLEGE



Grundlage der folgenden Darstellungen sind die Daten aus den
Qualitätsprüfungen im Jahr 2016.

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

Von den 13.304 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen, für die für 2016 Daten vorliegen, wurden mit 95,3 Prozent die meisten Prüfungen als Regelprüfungen durchgeführt. Anlassprüfungen aufgrund von Beschwerden erfolgten in 3,6 Prozent der Fälle und der Anteil der Wiederholungsprüfungen betrug 1,1 Prozent. Der Anteil der Anlassprüfungen und der Anteil der Wiederholungsprüfungen ist im Vergleich zu 2013 nahezu unverändert.

Tabelle 6:
Stationäre Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfart

	2013	2016
Geprüfte Einrichtungen	12.190	13.304
davon:	in Prozent	in Prozent
Regelprüfung	94,8	95,3
Anlassprüfung	3,9	3,6
Wiederholungsprüfung	1,2	1,1

Es besteht nach § 114 Abs. 4 SGB XI die Möglichkeit, Vertreter anderer Institutionen an der Prüfung zu beteiligen. Die meisten Prüfungen (90,8 %) wurden ohne Beteiligung weiterer Institutionen durchgeführt. Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörden waren an 8,6 Prozent der Prüfungen beteiligt. Mitarbeiter von Trägerverbänden waren bei 4,7 Prozent der Prüfungen anwesend. Mitarbeiter anderer Institutionen (z. B. Gesundheitsamt) nahmen nur selten an den Prüfungen teil.

Tabelle 7:
Stationäre Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen

Geprüfte Einrichtungen	13.304	
davon mit Beteiligung durch*	Anzahl	in Prozent
keine	12.081	90,8
Pflegekasse	67	0,5
Sozialhilfeträger	5	0,0
nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	1.146	8,6
Gesundheitsamt	129	1,0
Trägerverband	623	4,7
sonstige	526	4,0

*Mehrfachnennungen möglich

Insgesamt ist die Anzahl der Prüfungen, an denen andere Institutionen – insbesondere die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden (2013 9,6 %) – teilgenommen haben, 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 in einem zeitlichen Abstand zueinander durchzuführen, um insgesamt engmaschigere Prüfungen im Jahresverlauf zu ermöglichen und gleichzeitig Doppelprüfungen 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. Dies zeigen auch die Ergebnisse eines vom Sozialministerium Baden-Württemberg, dem MDK Baden-Württemberg, den Landesverbänden der Pflegekassen, der örtlichen Heimaufsichtsbehörde Ludwigsburg sowie Pflegeeinrichtungen aus dem Landkreis Ludwigsburg durchgeführten Modellprojektes „Entbürokratisierung von externen Qualitätsprüfungen“. Die Mehrheit der Pflegeeinrichtungen hatte im Vergleich zu getrennten Prüfungen in den von MDK, Heimaufsicht und Gesundheitsamt an einem Tag durchgeführten Prüfungen höhere Personalressourcen vorgehalten und zudem einen höheren Organisationsaufwand zu bewältigen. Auch empfanden die Mitarbeiter diese gemeinsamen Prüfungen physisch und psychisch als deutlich belastender, als getrennte Prüfungen. So sprach sich auch die Mehrheit der in dem Projekt gemeinsam geprüften Einrichtungen für die Beibehaltung getrennter Prüfungen aus. Als ein Ergebnis des Projektes wurde konstatiert, dass getrennte Prüfungen durch Heimaufsicht, Gesundheitsamt und Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bei stationären Pflegeeinrichtungen den Verwaltungsaufwand reduzieren (MDK Baden-Württemberg 2016).⁵

⁵ <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/pflege/qualitaet-in-der-pflege/> (Zugriff 22.11.2017)

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

Von den 2016 geprüften Pflegeeinrichtungen befanden sich 40,7 Prozent in privater, 55,7 Prozent in freigemeinnütziger und 3,5 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 2015 ausgewiesen hat (Statistisches Bundesamt 2017). Von den geprüften stationären Pflegeeinrichtungen verfügte ein Anteil von 13,2 Prozent über eine Zertifizierung. Der Anteil geprüfter zertifizierter Einrichtungen ist damit im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum (14,8 %) weiterhin leicht rückläufig.

Tabelle 8:
Stationäre Pflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart und Zertifizierung

Geprüfte Einrichtungen	13.304	
Trägerart	Anzahl	in Prozent
privat	5.411	40,7
freigemeinnützig	7.409	55,7
öffentlich	464	3,5
nicht zu ermitteln	20	0,2
zertifizierte Einrichtungen	1.752	13,2

Von den in die Prüfung einbezogenen Bewohnern, waren 22,5 Prozent zwischen 65 bis unter 80 Jahre, 42,8 Prozent zwischen 80 bis unter 90 Jahre und 27,4 Prozent 90 Jahre und älter. Die übrigen 7,4 Prozent der einbezogenen Bewohner waren jünger als 65 Jahre.

Während beim letzten Bericht noch ein größerer Anteil von Personen mit der Pflegestufe 2 in die Prüfungen einbezogen worden ist, hat sich die Verteilung der einbezogenen Bewohner über die Pflegestufen aufgrund der veränderten Stichprobenregelung (jeweils drei Personen aus den Pflegestufen eins bis drei sind einzubeziehen) weitgehend angeglichen. Von den in die Prüfungen einbezogenen Bewohnern hatten 34,9 Prozent die Pflegestufe 1, 35,2 Prozent die Pflegestufe 2 und 29,9 Prozent die Pflegestufe 3 (einschließlich Härtefälle). Der etwas geringere Anteil in der Pflegestufe 3 dürfte sich dadurch erklären, dass bei diesen Bewohnern die Bereitschaft zur Teilnahme an der Prüfung geringer ausgeprägt ist und dass in den stationären Pflegeeinrichtungen der Anteil der Bewohner mit der Pflegestufe 3 bei 20 Prozent liegt und somit in dieser Pflegestufe weniger Bewohner zur Einbeziehung in die Qualitätsprüfung vorhanden sind.

Eine eingeschränkte Alltagskompetenz lag nach Angaben der Pflegeeinrichtungen bei 70,7 Prozent der einbezogenen Bewohner vor.

Tabelle 9:
Stationäre Pflege – Einbezogene Bewohner nach Pflegestufen und Einschränkung der Alltagskompetenz (in Prozent)

Untersuchte Personen	104.344
Pflegestufe	
Pflegestufe I	34,9
Pflegestufe II	35,2
Pflegestufe III	29,2
Pflegestufe III Härtefall	0,7
Eingeschränkte Alltagskompetenz nach Angabe der Pflegeeinrichtung	70,7

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 13.304 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen wurde im Jahre 2016 die Versorgungsqualität bei 104.344 Personen überprüft. Im Jahr 2013 wurden 12.354 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt und die Versorgungsqualität bei 85.237 Personen geprüft.

2.3.1.1 Behandlungspflege

Die Ergebnisse zu folgenden für die Versorgung der Bewohner besonders relevanten Kriterien zur Behandlungspflege werden in diesem Kapitel dargestellt und kommentiert⁶:

- 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.

⁶ Die Nummern vor den Fragen beziehen sich auf die Fragenummern im Erhebungsbogen zur Prüfung laut Anlage zur QPR bzw. (T) auf die Nummer der Transparenzkriterien.

Zur Behandlungspflege gehört 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 90,1 Prozent (94.054) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner relevant (Frage 10.3, Transparenzkriterium 24). Die Medikamentenversorgung entsprach bei 90,8 Prozent dieser 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 9,2 Prozent dieser Bewohner entsprach die Dokumentation nicht den ärztlichen Anordnungen, so waren beispielsweise Medikamente oder Dosierungen unkorrekt dokumentiert. Aufgrund der Veränderung des Kriteriums ist ein Vergleich mit dem letzten Berichtszeitraum nicht sinnvoll.

Eine Bedarfsmedikation erhielten 78,3 Prozent (81.749) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (Frage 10.4, Transparenzkriterium 25). Die **Bedarfsmedikation** erfolgte bei 94,4 Prozent dieser Bewohner **gemäß der ärztlichen Anordnung**. Das bedeutet, es war festgehalten, bei welchem Symptom welches Medikament in welcher Einzel- und bis zu welcher Tageshöchstdosierung zu verabreichen ist (sofern die Tageshöchstdosierung vom Arzt jeweils festgelegt wurde). Bei 5,6 Prozent der 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. Sie ist die Basis für eine adäquate Schmerztherapie. Bei 37,1 Prozent (39.442) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner war eine Schmerzerfassung erforderlich (Frage 10.7, Transparenzkriterium 13). Bei 82,1 Prozent (80,3 % letzter Berichtszeitraum) dieser Bewohner lag eine systematische Schmerzeinschätzung vor.

Bei 33,0 Prozent (34.447) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner waren **Schmerzmedikamente** ärztlich verordnet (Frage 10.9, Transparenzkriterium 15). 96,0 Prozent (96,5 % letzter Berichtszeitraum) dieser Bewohner erhielten die verordneten Schmerzmedikamente, 4,0 Prozent dieser Bewohner erhielten die verordneten Medikamente nicht wie vorgesehen.

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen wird erfasst, ob bei den in die Prüfung einbezogenen Bewohnern eine **chronische Wunde** vorliegt. Bei 3,9 Prozent (4.106) (3,8 % letzter Berichtszeitraum) der Bewohner lag ein Dekubitus vor, bei 0,9 Prozent (928) der Bewohner war ein Ulcus cruris vorhanden, 0,2 Prozent (190) der Bewohner hatten ein diabetisches Fußsyndrom, bei 1,6 Prozent (1.625) der Bewohner wurden sonstige chronische Wunden (z. B. sekundär heilende OP-Wunde) festgestellt und 2,3 Prozent (2.434) der Bewohner hatten eine sonstige nicht chronische Wunde.

Tabelle 10:
Stationäre Pflege – Bewohner mit chronischen Wunden

	2013	2016
Untersuchte Personen	85.237	104.344
davon*	in Prozent	in Prozent
mit Dekubitus	3,8	3,9
mit Ulcis cruris	1,0	0,9
mit diabetischem Fußsyndrom	0,3	0,2
sonstige chronische Wunden	2,0	1,6
sonstige nicht chronische Wunden	nicht erhoben	2,3

*Mehrfachnennungen möglich

Bei 6,0 Prozent (6.244) der in die Prüfung einbezogenen 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 75,6 Prozent (79,0 % letzter Berichtszeitraum) der betroffenen Bewohner der Fall, hingegen wurden bei 24,4 Prozent dieser Bewohner beispielsweise erforderliche Maßnahmen zur Druckentlastung nicht durchgeführt oder hygienische Standards wurden bei der Wundversorgung nicht beachtet. Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum ist hier eine Verschlechterung zu verzeichnen.

Tabelle 11:
Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien der Behandlungspflege
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		2013		2016	
		85.237		104.344	
		Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
10.3/T24	Medikamentenversorgung gemäß ärztlicher Anordnung	anders erhoben		90,1	90,8
10.4/T25	Bedarfsmedikamente gemäß ärztlicher Anordnung	anders erhoben		78,3	94,4
10.5/T26	sachgerechter Umgang mit Medikamenten	92,6	86,2	90,1	88,7
10.7/T13	systematische Schmerzeinschätzung	37,3	80,3	37,1	82,1
10.9/T15	Bewohner mit chronischen Schmerzen erhalten die verordneten Medikamente	32,3	96,5	33,0	96,0
10.15/T5	Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunde oder des Dekubitus basieren auf dem aktuellen Stand des Wissens	6,1	79,0	6,0	75,6

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 selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?
- 12.10/T12 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?

- 13.4/T17 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter 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 70,7 Prozent (73.780) der Bewohner, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, waren **Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen** erforderlich (Frage 11.5, Transparenzkriterium 19). Bei 92,1 Prozent dieser Bewohner wurden die entsprechenden Maßnahmen durchgeführt, bei 7,9 Prozent waren die Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen nicht ausreichend, z. B. wurden keine Kraft- und Balanceübungen angeboten, erforderliche Hilfsmittel wurden nicht eingesetzt, Hinweise an den Arzt zur Anpassung der Medikation waren nicht erkennbar.

Von den in die Prüfung einbezogenen Bewohnern war es bei 43,7 Prozent (45.628) aufgrund eines vorliegenden Risikos erforderlich, **Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus (Druckgeschwüres)** durchzuführen (Frage 11.8, Transparenzkriterium 2). Bei 80,7 Prozent (75,6 % letzter Berichtszeitraum) dieser Bewohner wurden die erforderlichen Prophylaxen durchgeführt, bei 19,3 Prozent wurden die Maßnahmen nicht in erforderlichem Maße durchgeführt, so dass z. B. erforderliche Hilfsmittel zur Druckentlastung nicht eingesetzt wurden, Bewegungsmaßnahmen nicht durchgeführt wurden oder regelmäßige Hautinspektionen unterblieben sind. Im Vergleich zum letzten Bericht ist hier eine leichte Verbesserung zu verzeichnen. Der Rückgang der Druckgeschwüre von 4,4 Prozent auf 3,8 Prozent korrespondiert mit den festgestellten Verbesserungen bei den Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwüres.

Aufgrund der Streichung der Kriterien zur Kontrakturprophylaxe aus der Transparenzvereinbarung sowie der QPR kann die Entwicklung hierzu zukünftig nicht mehr verfolgt werden.

Tabelle 12:

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

		2013		2016	
Untersuchte Personen		85.237		104.344	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
11.5/T19	Durchführung erforderlicher Prophylaxen gegen Stürze	80,0	86,1	70,7	92,1
11.8/T2	Durchführung erforderlicher Dekubitusprophylaxen	43,3	75,6	43,7	80,7

Im Zusammenhang mit dem Essen und Trinken sind die Kriterien zur Durchführung der erforderlichen Maßnahmen bei einem Hilfebedarf 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 Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen sind zunächst epidemiologische Daten zum Gewichtsverlauf und zur Versorgung mit Ernährungs sonden von Interesse. Der Anteil der 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 leicht angestiegen von 7,6 Prozent auf 8,7 Prozent (9.093). Der Anteil der Personen, bei denen der Gewichtsverlauf nicht ermittelt werden konnte, ist von 10,6 Prozent auf 24,9 Prozent (25.969) deutlich angestiegen. Dies ist nicht automatisch gleichzusetzen mit einem Qualitätsmangel, jedoch legen fehlende Gewichtsverläufe den Schluss nahe, dass die Aufgabe der Risikoüberwachung bei der Ernährung häufiger nicht ausreichend wahrgenommen wird. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der geplanten Einführung des Indikators relevanter Gewichtsverlust bedenklich, da fast bei einem Viertel der Bewohner derzeit nicht die erforderlichen Informationen zur Berechnung des Indikators vorliegen. Hier sollten die Pflegeeinrichtungen ihre Vorgehensweise überdenken, weil sonst Defizite bei der Ernährung der Bewohner nicht rechtzeitig erkannt werden können und darüber hinaus zukünftig der Indikator Gewichtsverlust nicht bestimmt werden kann.

Der Anteil der Bewohner mit einer Ernährungs sonde ist bei den in die Prüfungen einbezogenen Bewohnern von 5,2 Prozent auf 1,8 Prozent (1.902) noch einmal deutlich zurückgegangen.

Tabelle 13:
Stationäre Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungssonden

	2013	2016
Untersuchte Personen	85.237	104.344
	in Prozent	in Prozent
Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten		
zugenommen	15,8	17,5
konstant	66,0	48,9
relevante Abnahme	7,6	8,7
kann nicht ermittelt werden	10,6	24,9
Bewohner mit Sonde		
Magensonde	0,0	0,0
PEG-Sonde	5,1	1,8
PEJ-Sonde	0,1	0,0
gesamt	5,2	1,8

Bei 63,7 Prozent (66.475) der Bewohner, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, bestand ein Hilfebedarf bei der **Ernährung** (Frage 12.7, Transparenzkriterium 8). Bei 91,1 Prozent (89,3 % letzter Berichtszeitraum) dieser Bewohner wurden die zur **Unterstützung erforderlichen Maßnahmen** durchgeführt. Bei 8,9 Prozent waren die Hilfen 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, wird bei allen Bewohnern, die in die Prüfung einbezogen werden, überprüft, unabhängig davon, ob der Bewohner in diesem Bereich selbständig ist oder ob die Pflegeeinrichtung aufgrund eines Hilfebedarfes Hilfe leisten muss. Bei 98,1 Prozent der Bewohner war der Ernährungszustand im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung angemessen, bei 1,9 Prozent der Bewohner war dies nicht der Fall und ein relevanter ungewollter Gewichtsverlust war feststellbar. Das Niveau ist im Vergleich zum letzten Bericht nahezu unverändert (letzter Berichtszeitraum 97,9%). Das bedeutet, dass bei 8,9 Prozent der Bewohner mit einem Hilfebedarf die erforderlichen Maßnahmen nicht in ausreichendem Maße erbracht worden sind und dass dies bei 1,9 Prozent der Bewohner bereits zu einem ungewollten Gewichtsverlust geführt hat.

Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung waren bei 62,1 Prozent (64,751) der Bewohner, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, erforderlich. Bei 93,2 Prozent (91,3 % letzter Berichtszeitraum) dieser Bewohner wurden erforderliche Maßnahmen wie zum Beispiel die Deckung des Flüssigkeitsbedarfs anhand der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung⁷ oder

⁷ Der Richtwert der DGE für die Flüssigkeitszufuhr durch Getränke für über 65-Jährige liegt bei 1.300 ml. (Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2006): Fit im Alter. Trinken im Alter. 0.0.)

die Berücksichtigung von Vorlieben und Abneigungen bei Getränken erbracht, bei 6,8 Prozent der Bewohner waren die Hilfen hier nicht ausreichend. Bei 99,5 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Bewohnern war die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung. Auch dieses Kriterium wird unabhängig von einem bestehenden Hilfebedarf bei allen 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.

Tabelle 14:
Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien zum Essen und Trinken (Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

		2013		2016	
Untersuchte Personen		85.237		104.344	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
12.7/T8	Durchführung erforderlicher Maßnahmen Ernährung	64,4	89,3	63,7	91,1
12.9/T9	Ernährungszustand angemessen	100,0	97,9	100,0	98,1
12.8/T11	Durchführung erforderlicher Maßnahmen Flüssigkeitsversorgung	62,7	91,3	62,1	93,2
12.10/T12	Flüssigkeitsversorgung angemessen	100,0	99,5	100,0	99,5

Im Zusammenhang mit Hilfen bei der Ausscheidung ist von Interesse, wie hoch der Anteil der Bewohner ist, die mit Kathetern und Inkontinenzprodukten versorgt sind. Dabei zeigt sich, dass 77,5 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Bewohner einen Bedarf an Inkontinenzprodukten (Einlagen, Inkontinenzhosen etc.) hatten, im Vergleich zum letzten Bericht ist dies nahezu unverändert. Der Anteil der Bewohner mit einem Katheter (suprapubisch oder transurethral) ist ebenfalls nahezu unverändert.

Tabelle 15:
Stationäre Pflege – Versorgung mit Kathetern und Inkontinenzprodukten

	2013	2016
Untersuchte Personen	85.237	104.344
	in Prozent	in Prozent
Bewohner versorgt mit		
suprapubischem Dauerkatheter	4,0	4,1
transurethralem Katheter	6,6	6,5
Inkontinenzprodukten	76,8	77,5

Von den Bewohnern, bei denen die Versorgungsqualität geprüft worden ist, benötigten 71,1 Prozent (74.192) **Hilfen beim Umgang mit einer Inkontinenz bzw. mit einem Blasenkatheter** (Frage 13.4, Transparenzkriterium 17). Bei 93,9 Prozent dieser 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 Blasenkathetern. Bei 6,1 Prozent der betroffenen Bewohner wurden die erforderlichen Maßnahmen nicht im erforderlichen Umfang durchgeführt. Im Vergleich zum letzten Bericht (89,8 %) ist hier eine leichte Verbesserung eingetreten.

Erneut ist der Anteil der Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (meist bedingt durch Demenz) angestiegen. Beim letzten Bericht lag der Anteil der Bewohner mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz noch bei 63,8 Prozent, im aktuellen Berichtszeitraum liegt dieser Anteil bei 70,7 Prozent. Diese Zahlen korrespondieren mit den Angaben der Pflegestatistik für 2015 (Statistisches Bundesamt 2017).

Bezüglich der Versorgungsqualität wird bei Bewohnern mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz 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 70,2 Prozent (73.288) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner relevant. Erfüllt war das Kriterium bei 95,2 Prozent dieser betroffenen Bewohner. Im Vergleich zum letzten Bericht (90,2 %) ist erneut eine leichte Verbesserung eingetreten.

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 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. Die inhaltliche Ausrichtung der beiden Transparenzfragen hat sich geändert, beim letzten Bericht standen hier auch noch die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner im Fokus, inzwischen richten sich die Fragen primär darauf, ob die Körper- bzw. die Mund- und Zahnpflege angemessen ist; es handelt sich somit um Ergebniskriterien. Ein Ergebnisvergleich mit dem letzten Bericht ist daher nicht sinnvoll.

Von den in die Prüfung einbezogenen Bewohnern waren bei 88,4 Prozent (92.192) Hilfen zur Körperpflege erforderlich. Bei den Qualitätsprüfungen wurde festgestellt, dass bei 94,8 Prozent der Bewohner die **Körperpflege angemessen** war, während bei 5,2 Prozent der auf Hilfe angewiesenen Bewohner diese Hilfen nicht im erforderlichen Umfang erbracht worden sind. Bei diesen Bewohnern wurde im Rahmen der Inaugenscheinnahme z. B. festgestellt, dass die Zehen- und Fingernägel des Bewohners stark verschmutzt und seit längerer Zeit nicht geschnitten worden waren. In einigen Fällen wurden schmieriger Beläge in den Zehen- oder Fingerzwischenräumen gefunden, z. B. bei Kontrakturen. Die betreffenden Bewohner gaben zum Teil an, dass sie trotz anderslautender Pflegeplanung nur einmal monatlich Unterstützung beim Duschen erhielten.

Hilfen bei der Mund- und Zahnpflege waren bei 68,7 Prozent (71.724) der Bewohner erforderlich, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist. Bei 98,7 Prozent dieser Bewohner war die **Mund- und Zahnpflege angemessen**, bei 1,3 Prozent der betroffenen Bewohner war dies nicht der Fall, z. B. erkennbar an Belägen auf Zähnen, Zahnprothesen oder der Zunge.

Tabelle 16:
Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien zu Inkontinenz, Demenz und Körperpflege
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		2013		2016	
		85.237		104.344	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
13.4/T17	Durchführung erforderlicher Maßnahmen bei Inkontinenz bzw. Blasenkatheter	73,4	89,8	71,1	93,9
14.6/T36	Ermittlung des Wohlbefindens und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen bei Demenz	63,8	90,2	70,2	95,2
15.2/T29	Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung	anders erhoben		88,4	94,8
15.4/T30	Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung	anders erhoben		68,7	98,7

Der Anteil der in die Prüfung einbezogenen Bewohner, bei denen **freiheitseinschränkende Maßnahmen** festgestellt wurden, lag im aktuellen Berichtszeitraum bei 8,9 Prozent (9.252) und ist im Vergleich zum letzten Bericht (2013 12,5 %) abermals zurückgegangen. Die gesetzlich vorgeschriebenen **Genehmigungen oder Einwilligungen** (Frage 16.2, Transparenzkriterium 21) lagen bei 92,5 Prozent der einbezogenen Bewohner vor. Damit liegt der Wert nahe bei dem Ergebnis für den letzten Bericht (91,9 %).

Bei 8,4 Prozent (8.740) der in die Prüfungen einbezogenen Bewohnern konnte bewertet werden, ob die **Notwendigkeit dieser Maßnahmen regelmäßig überprüft** worden ist (Frage 16.3, Transparenzkriterium 20). Dies war bei 88,3 Prozent der betroffenen Bewohner der Fall, bei 11,7 Prozent dieser Bewohner wurde hingegen nicht regelmäßig überprüft, ob die freiheitseinschränkenden Maßnahmen weiterhin erforderlich sind oder ob Maßnahmen mit geringeren Einschränkungen ausgereicht hätten. Im Vergleich zum letzten Bericht ist eine leichte Verbesserung erkennbar (2013 84,9 % erfüllt). Hier setzt sich ein Trend fort, der durch die Veröffentlichung der Leitlinie FEM (Köpke et al. 2009) sowie u. a. die Initiativen zur Umsetzung des Werdenfelser Weges (http://www.justiz.bayern.de/gerichte-und-behoerden/amtsgerichte/garmisch-partenkirchen/info_service_1.php), eingeleitet worden ist. MDK und MDS haben diese Initiativen unterstützt.

Tabelle 17:

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

Untersuchte Personen		2013		2016	
		85.237		104.344	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
16.2/T21	Bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen liegen Einwilligungen oder Genehmigungen vor	12,5	91,9	8,9	92,5
16.3/T20	Die Notwendigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen wird regelmäßig überprüft	11,6	84,9	8,4	88,3

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 Bewohner, 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 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 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.

Einige Kriterien, bei denen eine besonders positive Entwicklung zu verzeichnen ist bzw. bei denen es bei einem relevanten Anteil der Einrichtungen noch nicht gelungen ist, die entsprechenden Anforderungen zu erfüllen, werden hier kurz angesprochen.

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?**“ bewertet, ob ungelernete 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 (Frage 4.3). Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum

ist hier eine positive Entwicklung erkennbar. Das Kriterium war bei 89,2 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen erfüllt. Damit liegt der Wert noch einmal leicht über dem des letzten Berichtes (2013 87,5 % erfüllt).

Tabelle 18:
Stationäre Pflege – Anleitung und Überprüfung von Hilfskräften (in Prozent)

		2013	2016
Geprüfte Einrichtungen		12.190	13.304
Frage Kriterium		davon Kriterium erfüllt:	
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von ungelernten Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	87,5	89,2

Im Rahmen der Bewertung des Qualitätsmanagements wird überprüft, ob die stationären Pflegeeinrichtungen **Expertenstandards umsetzen** (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. Die Prüfanforderungen zu diesem Kriterium sind verändert worden. Zum Zeitpunkt des letzten Berichtes reichte es noch aus, wenn die Pflegeeinrichtungen nur Maßnahmen in dieser Hinsicht geplant hatten. Demzufolge lagen die Erfüllungsgrade zu den Expertenstandards im Schnitt bei um die 95 Prozent. Heute wird bei der Umsetzung des jeweiligen Expertenstandards bewertet, ob aus der Dokumentation des internen Qualitätsmanagements zweifelsfrei erkennbar ist, dass die Implementierung des Expertenstandards entsprechend den Empfehlungen des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) erfolgt ist (beispielsweise ist aus Unterlagen erkennbar, dass standardspezifische Fortbildungen durchgeführt wurden und Protokolle von Arbeitsgruppensitzungen zur Anpassung des Standards an die Bedingungen der stationäre Pflegeeinrichtung vorliegen). Diese Umsetzung war in den stationären Pflegeeinrichtungen von 84,6 Prozent (Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen) bis 90,3 Prozent (Dekubitusprophylaxe) erkennbar. Die Pflegeeinrichtungen, bei denen die Umsetzung nicht erkennbar ist, erhalten durch die Qualitätsprüfung Impulse, sich zukünftig verstärkt mit der Implementation der Expertenstandards zu befassen. Aufgrund der veränderten Ausrichtung der Prüfkriterien ist ein Vergleich mit den Ergebnissen des letzten Berichtes nicht sinnvoll.

Tabelle 19:
Stationäre Pflege – Umsetzung Expertenstandards 2016 (in Prozent)

Geprüfte Einrichtungen		13.304	
Frage	Kriterium	Kriterium ausgewählt bei:	davon Kriterium erfüllt:
5.2	Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?		
5.2a	Dekubitusprophylaxe	30,7	90,3
5.2b	pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz	17,1	86,9
5.2c	pflegerisches Schmerzmanagement – chronischer Schmerz	25,2	84,6
5.2d	Sturzprophylaxe	39,5	89,2
5.2e	Kontinenzförderung	31,6	86,9
5.2f	chronische Wunden	25,1	87,4
5.2g	Ernährungsmanagement	27,0	88,8

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 Mitarbeiter im Abstand von nicht mehr als zwei Jahren durchzuführen. Berücksichtigt werden dabei auch Schulungen für betriebliche Ersthelfer, die von den Berufsgenossenschaften angeboten werden. Hier hat sich im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum eine deutliche Verschlechterung ergeben. Während das Kriterium beim letzten Bericht noch bei 95,1 Prozent der Pflegeheime erfüllt war, ist das Kriterium im Jahre 2016 lediglich bei 74,0 Prozent der Pflegeeinrichtungen als erfüllt bewertet worden.

Tabelle 20:
Stationäre Pflege – Schulungen Erste Hilfe (in Prozent)

Geprüfte Einrichtungen		2013	2016
Frage	Kriterium	davon Kriterium erfüllt:	
5.6/T32	Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	95,1	74,0

Im Bereich der **sozialen Betreuung** sind die Ergebnisse bezüglich des Angebotes an Gruppenangeboten (Frage 8.a, 2013 99,1 % 2016 99,6 %) und des Angebotes für nicht gruppenfähige Bewohner (Frage 8.1b, 2013 97,2 %, 2016 98,7 %) weitgehend unverändert.

Tabelle 21:
Stationäre Pflege – Angebotsplanung soziale Betreuung (in Prozent)

		2013	2016
Geprüfte Einrichtungen		12.190	13.304
Frage	Kriterium	davon Kriterium erfüllt:	
8.1a/T42	Gruppenangebote im Rahmen der sozialen Betreuung	99,1	99,6
8.1b/T43	Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?	97,2	98,7

Nach der Pflegestatistik des Bundes sind 49.386 zusätzliche Betreuungskräfte im Jahr 2015 beschäftigt gewesen.

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 Bewohner eine Vollzeitstelle für die zusätzliche Betreuung einrichten. Diese Stellen werden mittels Vergütungszuschlägen finanziert, Bewohner dürfen mit diesen Vergütungszuschlägen nicht belastet werden (§§ 84 Abs. 8 und 85 Abs. 8 SGB XI). Die zusätzlichen Betreuungskräfte sollen das reguläre Betreuungsangebot der Pflegeeinrichtung ergänzen. Sie sollen die 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, Besuch 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 der Betreuungskräfte-Richtlinie verfügen (Frage 8.8.b), ob die eingesetzten Kräfte gemäß Betreuungskräfte-Richtlinie mindestens zwei Fortbildungstage pro Jahr absolviert haben (Frage 8.8c) und ob die zusätzlichen Betreuungskräfte nicht regelmäßig grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche Maßnahmen durchführen (Frage 8.8d). Bei 87,4 Prozent der geprüften Pflegeeinrichtungen sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte besetzt gewesen. bei 12,6 Prozent der Einrichtungen war dies jedoch nicht der Fall. 95,7 Prozent der zusätzlichen Betreuungskräfte verfügten über die erforderliche Qualifikation und 89,1 Prozent hatten Fortbildungen im Umfang von mindestens zwei Tagen pro Jahr absolviert. Im Rahmen der Prüfung wurde bei 93,7 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen kein Hinweis darauf gefunden, dass die zusätzlichen Betreuungskräfte regelmäßig Grundpflege, Behandlungspflege oder hauswirtschaftliche Maßnahmen durchführen. 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 22:
Stationäre Pflege – Zusätzliche Betreuung 2016 (in Prozent)

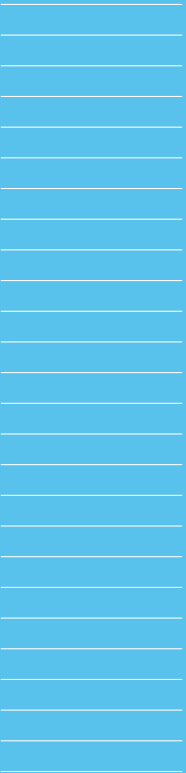
Geprüfte Einrichtungen		13.304
Frage	Kriterium	davon Kriterium erfüllt:
8.8	Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?	
8.8a	Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt?	87,4
8.8b	Verfügen die eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte über die erforderlichen Qualifikationen gemäß § 4 der Betreuungskräfte-Richtlinie?	95,7
8.8c	Haben alle eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte im vergangenen Jahr nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-Richtlinie an Fortbildungsmaßnahmen im Umfang von insgesamt mindestens zweitägigen Fortbildungsmaßnahmen teilgenommen?	89,1
8.8d	Ist gewährleistet, dass zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte-Richtlinie nicht regelmäßig grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche Maßnahmen durchführen?	93,7

2.3.3 Zufriedenheit in der stationären Pflege

Ein Zusammenhang zwischen der Versorgungsqualität auf der einen Seite und der Zufriedenheit der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen auf der anderen Seite kann nicht ohne weiteres 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 Bewohnern ermittelt. Allenfalls wenn es um ausreichend Zeit der Mitarbeiter, den Geschmack des Essens, die Angebote zur sozialen Betreuung, die Zufriedenheit mit der Wäscheversorgung und den Umgang mit Beschwerden geht, zeigen sich verhaltene Hinweise auf Optimierungsbedarfe aus Perspektive der Bewohner. Die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung werden im Tabellenanhang dargestellt.

3

PRÜFUNGEN UND ERGEBNISSE IN DER AMBULANTEN PFLEGE



Grundlage der folgenden Darstellungen sind die Daten aus den
Qualitätsprüfungen im Jahr 2016.

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

Für das Jahr 2016 liegen Daten aus 12.810 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten vor. Der weit überwiegende Anteil der Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten erfolgte mit 97,6 Prozent als Regelprüfung. Der Anteil der Anlassprüfungen lag bei 2,0 Prozent, der der Wiederholungsprüfungen bei 0,4 Prozent.

Tabelle 23:
Ambulante Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfart

	2013	2016
Geprüfte Pflegedienste	11.021	12.810
davon:	in Prozent	in Prozent
Regelprüfungen	96,9	97,6
Anlassprüfungen	1,9	2,0
Wiederholungsprüfungen	1,2	0,4

Die meisten Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste durch die MDK oder den PKV-Prüfdienst wurden ohne die Beteiligung anderer Institutionen durchgeführt (92,4 %). Bei 3,7 Prozent der Prüfungen waren Mitarbeiter eines Trägerverbandes anwesend.

Tabelle 24:
Ambulante Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen

Geprüfte Pflegedienste	12.810	
davon mit Beteiligung durch*	Anzahl	in Prozent
keine	11.831	92,4
Pflegekasse	42	0,3
Sozialhilfeträger	11	0,1
Gesundheitsamt	6	0,0
Trägerverband	470	3,7
sonstige	488	3,8

*Mehrfachnennungen möglich

3.2 Strukturdaten der geprüften ambulanten Pflegedienste und der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen

Von den im Jahr 2016 geprüften ambulanten Pflegediensten befanden sich 65,7 Prozent in privater, 33,2 Prozent in freigemeinnütziger und 0,9 Prozent in öffentlicher Trägerschaft. Damit entspricht die Verteilung der geprüften ambulanten Pflegedienste differenziert nach Trägerarten der Verteilung der Gesamtheit aller bundesweit zugelassenen ambulanten Pflegedienste, wie sie das Statistische Bundesamt für 2015 ausgewiesen hat (Statistisches Bundesamt 2017). Von den geprüften ambulanten Pflegediensten verfügte ein Anteil von 5,0 Prozent über eine Zertifizierung. Der Anteil geprüfter zertifizierter Einrichtungen ist damit im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum (6,6 %) noch einmal leicht rückläufig.

Tabelle 25:
Ambulante Pflege – Geprüfte Pflegedienste nach Trägerart und Zertifizierung

Geprüfte Pflegedienste	12.810	
Trägerart	Anzahl	in Prozent
privat	8.416	65,7
freigemeinnützig	4.255	33,2
öffentlich	118	0,9
nicht zu ermitteln	21	0,2
zertifizierte Pflegedienste	642	5,0

Von den durch die ambulanten Pflegedienste betreuten Personen erhielten 15,5 Prozent ausschließlich Leistungen nach dem SGB XI, ein Anteil von 28,0 Prozent der betreuten Personen erhielt Leistungen nach dem SGB XI und nach § 37 SGB V. Das sind die Personengruppen, die in die Qualitätsprüfungen einbezogen werden. Zusätzlich erhielt ein Anteil von 35,2 Prozent der betreuten Personen ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V und bei 21,4 Prozent der betreuten Personen handelte es sich um Personen, die sonstige Leistungen (SGB XII oder Selbstzahler) erhielten. Personen dieses Personenkreises werden nicht in die Prüfungen einbezogen.

Tabelle 26:
Ambulante Pflege – Leistungsarten der betreuten Personen

Betreute Personen	1.202.175	
Leistungsempfang	Anzahl	in Prozent
ausschließlich SGB XI	186.213	15,5
ausschließlich SGB V	423.129	35,2
SGB XI und SGB V	337.050	28,0
sonstige	257.111	21,4

Von den in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen waren 23,9 Prozent zwischen 65 bis unter 80 Jahre, 47,1 Prozent zwischen 80 bis unter 90 Jahre und 22,2 Prozent 90 Jahre und älter. 6,7 Prozent der Pflegebedürftigen waren jünger als 65 Jahre.

Am häufigsten wurden mit 53,4 Prozent Pflegebedürftige mit der Pflegestufe 1 in die Prüfung einbezogen, gefolgt von Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe 2 (32,0 %). Die Pflegestufe 3 (einschließlich Härtefall) hatten 14,6 Prozent der einbezogenen Pflegebedürftigen.

Eine eingeschränkte Alltagskompetenz lag nach Angaben der ambulanten Pflegedienste bei 31,2 Prozent der einbezogenen Pflegebedürftigen vor.

Von den einbezogenen Pflegebedürftigen erhielten 68,9 Prozent auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Tabelle 27:

Ambulante Pflege – Einbezogene Personen nach Pflegestufen und Einschränkung der Alltagskompetenz (in Prozent)

Untersuchte Personen	70.538
Pflegestufe	
Pflegestufe I	53,4
Pflegestufe II	32,0
Pflegestufe III	14,3
Pflegestufe III Härtefall	0,3
Eingeschränkte Alltagskompetenz nach Angabe des Pflegedienstes	31,2

3.3 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 12.810 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten wurde im Jahre 2016 die Versorgungsqualität bei 70.538 Personen überprüft. Im Jahr 2013 wurden 11.021 Qualitätsprüfungen durchgeführt und bei 61.694 Personen die Versorgungsqualität überprüft.

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

3.3.1.1 Behandlungspflege

Bei den Pflegebedürftigen, die bei Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten in die Prüfung einbezogen worden sind, erhielten 68,9 Prozent neben Leistungen nach dem SGB XI auch Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Die behandlungspflegerischen Leistungen wurden in unterschiedlicher Häufigkeit bei den Pflegebedürftigen erbracht. Am häufigsten erfolgte die Medikamentengabe (43,0 %), bei 27,6 Prozent der einbezogenen Pflegebedürftigen wurden Kompressionsstrümpfe oder -verbände angelegt und bei 16,4 Prozent

war aufgrund der Gabe eines Schmerzmedikamentes ein pflegerisches Schmerzmanagement erforderlich. Von den einbezogenen Pflegebedürftigen erhielten 12,6 Prozent Injektionen, meist Insulin. Bei 5,8 Prozent der einbezogenen Pflegebedürftigen wurden Blutzuckermessungen durchgeführt. Bei 5,3 Prozent der Personen, bei denen in deren Wohnung die Versorgungsqualität geprüft wurde, war die Versorgung einer chronischen Wunde bzw. eines Dekubitus ärztlich verordnet.

Die übrigen Leistungen der Behandlungspflege wurden jeweils bei weniger als 5 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen durchgeführt.

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

- 10.7/T22 Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
- 10.16/T19 Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Anordnung?
- 10.18/T23 Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?
- 10.21 Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?
- 10.29/T18 Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
- 10.32/24 Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen?

Die vollständigen Ergebnisse werden im Tabellenanhang zur Verfügung gestellt.

Bei 5,8 Prozent (4.103) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen lag eine ärztliche Verordnung zur Blutzuckermessung vor. Hier war das Kriterium, ob die Blutzuckerversorgung der ärztlichen Verordnung entspricht (Frage 10.7, Transparenzkriterium 22), ob sie ausgewertet wird und hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen werden. Das Kriterium war bei 92,3 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen erfüllt (91,6 % letzter Berichtszeitraum). Bei 7,7 Prozent der einbezogenen Pflegebedürftigen war das Kriterium nicht erfüllt, das bedeutet z. B., dass bei relevanten Abweichungen von den Sollblutzuckerwerten keine Information an den Arzt erfolgte oder die Insulindosis nicht nach Anordnung des Arztes angepasst worden ist.

Bei 43,0 Prozent (30.315) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen lag eine ärztliche Verordnung zur Medikamentengabe vor. Bei diesen war somit das Kriterium, ob **die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung entspricht**, relevant (Frage 10.16, Transparenzkriterium 19). Bei 88,3 Prozent der Pflegebedürftigen mit einer Medikamentenverordnung war das Kriterium erfüllt (85,9 % letzter Berichtszeitraum), 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 11,7 Prozent dieser Pflegebedürftigen 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.

Bei 12,6 Prozent (8.897) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen waren **Injektionen**, meist Insulin oder subkutane Injektionen zur Thromboseprophylaxe verordnet. Mit der zu dieser Leistung zugehörigen Frage wird überprüft, ob die verordnete **Leistung im genehmigten Umfang durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert** wird (Frage 10.18, Transparenzkriterium 23). Das Kriterium war bei 90,7 Prozent der betreffenden Pflegebedürftigen erfüllt (91,2 % letzter Berichtszeitraum). Bei 9,3 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 den Arzt.

Bei 16,4 Prozent (11.559) der Pflegebedürftigen, 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 dem Arzt ggf. faktenbasiert Hinweise zur Anpassung der Schmerztherapie gegeben werden können (Prüffrage 10.21). Bei 75,3 Prozent der betroffenen Pflegebedürftigen war dieses Kriterium erfüllt (67,9 % letzter Berichtszeitraum), bei 24,7 Prozent dieser Pflegebedürftigen war das Kriterium nicht erfüllt. Eine systematische Schmerzeinschätzung ist aber notwendig, damit eine ggf. erforderliche Anpassung der Schmerzmedikation durch den Arzt erfolgen kann. Im Vergleich zum letzten Bericht ist hier eine Verbesserung zu verzeichnen.

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen wird erfasst, ob bei den in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen eine chronische Wunde oder ein Dekubitus vorliegt. Bei 2,9 Prozent (2.074) der Pflegebedürftigen lag ein Dekubitus vor. Im Vergleich zum letzten Bericht ist damit bei den Personen, die in die Prüfung einbezogen worden sind ein Rückgang um 0,3 Prozent zu verzeichnen. Ein Ulcus cruris lag bei 2,2 Prozent (1.547) der einbezogenen Pflegebedürftigen vor, ein diabetisches Fußsyndrom bestand bei 0,3 Prozent (188) und sonstige chronische Wunden (z. B. sekundär heilende OP-Wunde) hatten 1,9 Prozent (1.343) der Pflegebedürftigen.

Tabelle 28:
Ambulante Pflege – Pflegebedürftige mit chronischen Wunden

	2013	2016
Untersuchte Personen	61.694	70.538
davon*	in Prozent	in Prozent
mit Dekubitus	3,2	2,9
mit Ulcus cruris	1,4	2,2
mit diabetischem Fußsyndrom	0,3	0,3
sonstige chronische Wunden	1,8	1,9

*Mehrfachnennungen möglich

Bei 5,2 Prozent (3.699) der Personen mit einer chronischen Wunde oder einem Dekubitus lag eine ärztliche Verordnung für eine Wundversorgung vor. Bei diesen Pflegebedürftigen wurde überprüft, ob die **Wundversorgung unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des Wissens** erfolgte (Frage 10.29, Transparenzkriterium 18). Bei 86,9 Prozent der betroffenen Pflegebedürftigen war das Kriterium erfüllt (85,7 % letzter Berichtszeitraum), bei 13,1 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.

Ein weiteres Kriterium, das bei Qualitätsprüfungen im Bereich der Behandlungspflege überprüft wird, ist der **sachgerechte Umgang mit Kompressionsstrümpfen oder -verbänden** (Frage 10.32, Transparenzkriterium 24). Diese Leistung wurde bei 27,6 Prozent (19.481) der Pflegebedürftigen, 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 entstauten Beinen erfolgt, Kompressionsverbände immer in Richtung des Körperrumpfes gewickelt werden und der Kompressionsstrumpf bzw. -verband beim Anlegen faltenfrei ist. Erfüllt war dieses Kriterium bei 91,9 Prozent der betreffenden Personen (87,9 % letzter Berichtszeitraum), hingegen war das Kriterium bei 8,1 Prozent dieser Personen nicht erfüllt. Im Vergleich zum letzten Bericht ist hier eine leichte Verbesserung eingetreten.

Tabelle 29:
Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien der Behandlungspflege (Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		2013		2016	
		61.694		70.538	
		Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
10.7/T22	Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und ggf. Konsequenzen gezogen	5,3	91,6	5,8	92,3
10.16/T19	Medikamentenversorgung gemäß ärztlicher Anordnung	47,4	85,9	43,0	88,3
10.18/T23	Injektion entsprechen der ärztlichen Verordnung, nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen den Arzt informiert	12,7	91,2	12,6	90,7
10.21	angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement	15,3	67,9	16,4	75,3
10.29/T18	Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus basierend auf aktuellem Stand des Wissens	5,5	85,7	5,2	86,9
10.32/T24	sachgerechter Umgang mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden	25,5	87,9	27,6	91,9

Zukünftig wird bei Qualitätsprüfungen die Versorgung von Menschen mit einem Intensivpflegebedarf stärker in den Blick genommen (siehe hierzu auch Kapitel 5.2 Änderungen 2018). Hierfür ist einerseits durch den Gesetzgeber mit dem § 275b SGB V die Möglichkeit geschaffen worden, bei Leistungserbringern, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen, aber nicht unter die Qualitätssicherung nach dem SGB XI fallen, gesonderte Qualitätsprüfungen durchzuführen. Diese Leistungserbringer haben sich häufig auf die Versorgung von Menschen spezialisiert, bei denen aufgrund lebensbedrohlicher Situationen rund um die Uhr eine Pflegefachkraft anwesend sein muss. Dies betrifft insbesondere Menschen, die erhebliche Einschränkungen in der selbständigen Atmung haben und daher auf Beatmung und engmaschige Überwachung angewiesen sind. Bei diesen Personen kann die spezielle Krankenbeobachtung verordnet werden, zum Teil wird bei diesen Personen auch das Absaugen der Atemwege, das Bedienen und die Überwachung von Beatmungsgeräten oder der Wechsel von Trachealkanülen verordnet. Beim letzten Bericht wurden diese Ergebnisse aufgrund der geringen Fallzahlen noch nicht dargestellt. Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung werden diese Kriterien im Rahmen dieses Berichtes jedoch trotz der geringen Fallzahlen in die Ergebnisdarstellung einbezogen. Insgesamt zeigt sich hier im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum eher eine Verschlechterung der Ergebnisse.

Der **sachgerechte Umgang mit dem Absaugen von Versicherten** (Frage 10.2) konnte bei 2,2 Prozent (1.560) der Pflegebedürftigen mit einer entsprechenden ärztlichen Verordnung überprüft werden. Das Kriterium ist erfüllt, wenn das Absaugen unter Beachtung der hygienischen Kautelen atraumatisch erfolgt, die Beschaffenheit des Sekrets beobachtet und dokumentiert wird und nachvollziehbar ist, wie und wann das Absauggerät desinfiziert wurde. Erfüllt war dieses Kriterium bei 83,6 Prozent der betreffenden Personen (85,6 % letzter Berichtszeitraum), hingegen war das Kriterium bei 16,4 Prozent dieser Personen nicht erfüllt. In diesen Fällen wurde beispielsweise nicht steril abgesaugt oder beim Absaugen wurde nicht darauf geachtet, dass die Atemwege nicht verletzt werden.

Bei 1,1 Prozent (770) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen war **die Bedienung und die Überwachung eines Beatmungsgerätes** verordnet. Mit der zu dieser Leistung zugehörigen Frage wird überprüft, ob **mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen wird** (Frage 10.3). Bei der Bewertung dieses Kriteriums geht es unter anderem darum, ob die Vitalparameter und Schwellenwerte dokumentiert sind, bei denen weitere Interventionen erfolgen müssen, die Mitarbeiter in das Beatmungsgerät eingewiesen sind, Wechsel- und Reinigungsintervalle der erforderlichen Hilfsmittel dokumentiert sind und eingehalten werden und ein Informationsaustausch mit dem behandelnden Arzt nachvollziehbar ist. Das Kriterium war bei 75,3 Prozent der betreffenden Pflegebedürftigen erfüllt (83,1 % letzter Berichtszeitraum). Bei 24,7 Prozent der betroffenen Personen war das Kriterium nicht erfüllt, so dass z. B. nicht geklärt war, in welchen Situationen wie gehandelt werden soll, z. B. Anpassung der Sauerstoffkonzentration nach Anweisung des Arztes.

Die **spezielle Krankenbeobachtung** (Frage 10.14) war bei 2,1 Prozent (1.454) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen verordnet. Die Leistung kann bei Personen verordnet werden, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Interventionen bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich sind und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können. Bei der Leistung ist die ständige Anwesenheit der Pflegekraft für den verordneten Zeitraum erforderlich. Die Leistung umfasst die kontinuierliche Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinisch-pflegerischen Maßnahmen sowie die Dokumentation der Vitalfunktionen. Mit der speziellen Krankenbeobachtung wurde bei 90,9 Prozent der betroffenen Pflegebedürftigen sachgerecht umgegangen (95,8 % letzter Berichtszeitraum). Waren die Anforderungen an die spezielle Krankenbeobachtung nicht erfüllt, fehlte z. B. die regelmäßige Vitalwertermittlung, auf Schwellenwertüberschreitungen bei Vitalparametern wurde nicht angemessen reagiert oder es war nicht permanent eine Pflegefachkraft anwesend, so dass die erforderliche permanente Interventionsbereitschaft nicht gewährleistet war.

Eine weitere Leistung, die bei Menschen mit einer Einschränkung der Atmungsfunktion verordnet werden kann, ist der **Wechsel und die Pflege einer Trachealkanüle** (Frage 10.24). Diese Leistung war bei 2,1 Prozent (1.500) der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen vorordnet. Der **Umgang mit Trachealkanülen** (Frage 10.24) war bei 83,3 Prozent dieser Pflegebedürftigen sachgerecht (84,1 % letzter Berichtszeitraum). Bewertet wird bei diesem Kriterium unter anderem, ob Angaben zu Typ und Größe der Kanüle dokumentiert sind, eine Ersatzkanüle i. d. R. eine Nummer kleiner vorliegt, im Notfall (z. B. plötzliche Verstopfung der Kanüle, Atemnot) das Offenhalten des Stomas z. B. mit Hilfe eines speziellen Spekulum gewährleistet werden kann. Bei 16,7 Prozent der Pflegebedürftigen, bei denen die Leistung verordnet war, waren diese Anforderungen nicht vollständig erfüllt.

Tabelle 30:
Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Intensivpflege (Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		2013		2016	
		61.694		70.538	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
10.2	sachgerechter Umgang mit Absaugen	1,6	85,6	2,2	83,6
10.3	sachgerechter Umgang mit Beatmung	0,9	83,1	1,1	75,3
10.14	sachgerechter Umgang mit der speziellen Krankenbeobachtung	1,3	95,8	2,1	90,9
10.24	sachgerechter Umgang mit Trachealkanülen	1,5	84,1	2,1	83,3

3.3.1.2 Pflege

Während Leistungen der Behandlungspflege ärztlich verordnet werden, können in der ambulanten Pflege nur die körperbezogenen Pflegeleistungen von den Pflegediensten erbracht werden. In der ambulanten Pflege können nur die Leistungen von den Pflegediensten erbracht werden, für die sie vom Pflegebedürftigen 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 den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen aus professioneller Perspektive über erforderliche Maßnahmen und Risiken berät. Damit sollen der Pflegebedürftige und das soziale Umfeld in die Lage versetzt werden, informiert eine Entscheidung darüber zu treffen, welche Leistungen erforderlich sind und mit welchen Leistungen er den Pflegedienst beauftragen möchte.

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 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 Prophy-

laxen 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 durch den Pflegedienst über eine Anpassung der Leistungen oder über neu eingetretene Risiken erfolgt. Daher sind für die Ergebnisdarstellung in diesem Kapitel Kriterien einbezogen worden, die sich mit der themenspezifischen Beratung befassen.

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

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

- 11.3/14 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?
 - 11.5 Wurde bei vorliegendem Sturzrisiko eine Beratung durchgeführt?
 - 11.7 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten?
 - 11.9/T12 Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?
 - 11.11 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen bei Kontrakturgefahr über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten?
 - 11.12/T13 Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt?
 - 12.5 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung beraten?
 - 12.8/T3 Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
 - 12.9 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Ernährung beraten?
 - 12.12/T6 Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?
-

- 13.3 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen zur Ausscheidung beraten?
- 13.5/T10 Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
- 14.2 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten?
- 15.3/T1 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?

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 81,6 Prozent (47.541) der Pflegebedürftigen, 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 92,8 Prozent dieser Pflegebedürftigen der Fall (88,8 % letzter Berichtszeitraum), bei 7,2 Prozent der Pflegebedürftigen war nicht nachvollziehbar, dass die Leistungen erbracht worden sind.

Eine **Beratung zu einem vorliegenden Sturzrisiko** wurde von den Prüfern bei 79,1 Prozent (55.795) der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen als erforderlich erachtet (Frage 11.5). Bei 89,5 Prozent dieser Pflegebedürftigen war das Kriterium erfüllt (83,6 % letzter Berichtszeitraum). Dies ist nochmals eine Verbesserung zum letzten Bericht. Bei 10,5 Prozent wurden die Pflegebedürftigen 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 29,4 Prozent (20.731) der Pflegebedürftigen, die im Rahmen der Prüfung in ihrer Wohnung von den Prüfern aufgesucht wurden, war eine **Beratung bezüglich eines Dekubitusrisikos** erforderlich (Frage 11.7). Die erforderliche Beratung war bei 82,4 Prozent der betreffenden Pflegebedürftigen nachvollziehbar (73,5 % letzter Berichtszeitraum), bei 17,6 Prozent dieser Pflegebedürftigen war eine entsprechende Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen nicht nachvollziehbar. Im Vergleich zum letzten Bericht hat sich hier nochmals eine Verbesserung ergeben.

Im Rahmen der Leistungserbringung waren bei 13,0 Prozent (9.201) der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen **gewebeschonende Lagerungsmaßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus** vereinbart (Frage 11.9, Transparenzkriterium 12). Bei 85,7 Prozent der betroffenen Pflegebedürftigen erfolgten diese Lagerungsmaßnahmen (82,1 % letzter Berichtszeitraum), bei 14,3 Prozent dieser Pflegebedürftigen war dies nicht der Fall, so dass der Pflegedienst hier die ihm zur Verfügung stehenden Mittel zur Vermeidung eines Druckgeschwüres nicht genutzt hat.

Bei 53,6 Prozent (37.802) der einbezogenen Pflegebedürftigen, die z. B. aufgrund von Funktionseinschränkungen der Gelenke ein Kontrakturrisiko aufgewiesen haben, war eine **Beratung hinsichtlich des Kontrakturrisikos** durch den Pflegedienst erforderlich (Frage 11.11). Nachvollziehbar durchgeführt wurde diese Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Vermeidung von Kontrakturen bei 79,6 Prozent dieser Pflegebedürftigen (65,9 % letzter Berichtszeitraum), bei 20,4 Prozent dieser Pflegebedürftigen war diese Beratung nicht nachvollziehbar erbracht worden. Im Vergleich zum letzten Bericht ist hier nochmals eine positive Entwicklung erkennbar.

Bei einem bestehenden Kontrakturrisiko wird im Rahmen der Prüfungen in ambulanten Pflegediensten überprüft, ob **individuelle Kontrakturrisiken bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt** werden (Frage 11.12, Transparenzkriterium 13). Dies war bei 59,1 Prozent (41.700) der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen erforderlich. Bei 82,5 Prozent dieser Pflegebedürftigen wurde durch die Pflegedienste darauf geachtet (67,7 % letzter Berichtszeitraum), dass diese Risiken bei der Leistungserbringung berücksichtigt wurden, z. B. indem der Pflegebedürftige systematisch bei den Pflegeleistungen aufgefordert wurde, betroffene Gelenke im Rahmen seiner Möglichkeiten zu bewegen und Teile der Pflegehandlungen zu übernehmen, bei 17,5 Prozent der Pflegebedürftigen war dies nicht der Fall. Eine deutliche Verbesserung zum letzten Bericht ist hier feststellbar.

Tabelle 31:
Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Mobilität (Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		2013		2016	
		61.694		70.538	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
11.3/T14	nachvollziehbare Durchführung der vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung	79,8	88,8	81,6	92,8
11.5	Beratung bei vorliegendem Sturzrisiko	81,7	83,6	79,1	89,5
11.7	Beratung bei vorliegendem Dekubitusrisiko	32,6	73,5	29,4	82,4
11.9/T12	gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren	14,9	82,1	13,0	85,7
11.11	Beratung bei vorliegender Kontrakturgefahr	56,4	65,9	53,6	79,6
11.12/T13	Berücksichtigung der individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen	61,1	67,7	59,1	82,5

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 59,1 Prozent (41.667) der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen der Gewichtsverlauf im Rahmen der Prüfung nicht ermittelt werden konnte. Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse zu den feststellbaren Gewichtsverläufen nur eingeschränkt verwertbar. Bei 1,6 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen 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 Pflegebedürftigen mit einer Ernährungssonde (PEG und PEJ) ist vergleichbar mit dem letzten Berichtszeitraum und liegt bei 3,8 Prozent.

Tabelle 32:
Ambulante Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungssonden

	2013	2016
Untersuchte Personen	61.694	70.538
Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	in Prozent	in Prozent
zugenommen	5,9	5,1
konstant	39,6	34,3
relevante Abnahme	2,3	1,6
kann nicht ermittelt werden	52,1	59,1
Pflegebedürftige mit Sonde		
Magensonde	0,0	0,0
PEG-Sonde	3,7	3,7
PEJ-Sonde	0,1	0,1
gesamt	3,9	3,8

In der ambulanten Pflege wird mit Blick auf die Ernährung u. a. überprüft, ob bei Bedarf eine Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung (Frage 12.5) bzw. zur Ernährung (Frage 12.9) durchgeführt worden ist und es wird erhoben, ob vereinbarte Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung (Frage 12.8, Transparenzkriterium 3) bzw. zur Nahrungsaufnahme (Frage 12.12, Transparenzkriterium 6) erbracht worden sind.

Bei 25,0 Prozent (17.664) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen war eine **Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung** erforderlich (Frage 12.5). Bei 84,8 Prozent dieser Pflegebedürftigen erfolgte die erforderliche Beratung (79,5 % letzter Berichtszeitraum), bei 15,2 Prozent war dies nicht der Fall. Im Vergleich zum letzten Bericht ist hier jedoch nochmals eine Verbesserung erkennbar.

Bei 8,5 Prozent (6.011) der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen konnte aufgrund vereinbarter Leistungen geprüft werden, ob **Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt** worden sind (Frage 12.8, Transparenzkriterium 3), z. B. das Anreichen oder Bereitstellen von Getränken. Bei 94,9 Prozent dieser Pflegebedürftigen war die Durchführung dieser Leistungen nachvollziehbar (93,4 % letzter Berichtszeitraum), bei 5,1 Prozent dieser Pflegebedürftigen war die Durchführung dieser Leistungen im Rahmen der Qualitätsprüfungen nicht nachvollziehbar.

Bei 24,9 Prozent (17.555) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen war eine **Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Ernährung** erforderlich (Frage 12.9). Bei 82,5 Prozent

dieser Pflegebedürftigen erfolgte die erforderliche Beratung (76,0 % letzter Berichtszeitraum), bei 17,5 Prozent war dies nicht der Fall. Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum ist hier eine Verbesserung zu verzeichnen.

Bei 9,4 Prozent (6.637) der Pflegebedürftigen, bei denen im häuslichen Umfeld die Versorgungsqualität geprüft worden ist, waren Leistungen zur **Ernährung** zwischen dem Pflegedienst und dem Pflegebedürftigen vereinbart, z. B. die mundgerechte Zubereitung oder das Anreichen der Nahrung, (Frage 12.12, Transparenzkriterium 6). Bei diesen Pflegebedürftigen wurde überprüft, ob die **vereinbarten Leistungen zur Ernährung nachvollziehbar durchgeführt** worden sind. Bei 93,4 Prozent der Pflegebedürftigen, die entsprechende Leistungen mit dem Pflegedienst vereinbart hatten, wurden diese Leistungen nachvollziehbar erbracht (92,7 % letzter Berichtszeitraum), bei 6,6 Prozent dieser Pflegebedürftigen war dies nicht der Fall.

Tabelle 33:
Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zum Essen und Trinken (Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		2013		2016	
		61.694		70.538	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
12.5	Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung	30,9	79,5	25,0	84,8
12.8/T3	nachvollziehbare Durchführung der vereinbarten Leistung zur Flüssigkeitsversorgung	10,5	93,4	8,5	94,9
12.9	Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Ernährung	32,2	76,0	24,9	82,5
12.12/T6	nachvollziehbare Durchführung der vereinbarten Leistung zur Nahrungsaufnahme	12,2	92,7	9,4	93,4

Ein Beratungsbedarf bei Personen mit Einschränkungen bei der Kontinenz wurde von den Prüfern bei einem Anteil von 43,7 Prozent (30.800) der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen gesehen (Frage 13.3). Eine **Beratung über erforderliche Maßnahmen bei Ausscheidungen** wie z. B. personeller Hilfebedarf beim Aufsuchen der Toilette oder den Einsatz von Hilfsmitteln erfolgte bei 80,9 Prozent dieser Pflegebedürftigen (72,5 % letzter Berichtszeitraum), bei 19,5 Prozent der betroffenen Pflegebedürftigen erfolgte diese nicht. Im Vergleich zum letzten Bericht ist nochmals eine Verbesserung zu verzeichnen.

Bei 42,4 Prozent (29.888) der Pflegebedürftigen, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, wurden **Leistungen zur Unterstützung bei der Ausscheidung bzw. zur Inkontinenzversorgung** vom Pflegedienst erbracht (Frage 13.5, Transparenzkriterium 10). Bei 91,0 Prozent wurden diese

Leistungen nachvollziehbar erbracht (89,4 % letzter Berichtszeitraum), bei 9,0 Prozent dieser Pflegebedürftigen war dies nicht der Fall.

Bei 17,9 Prozent (12.620) der in die Prüfungen ambulanter Pflegedienste einbezogenen Pflegebedürftigen war nach Auffassung der Prüfer eine **Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen bei Demenz** erforderlich (Frage 14.2). Bei 77,4 Prozent dieser Pflegebedürftigen erfolgte eine entsprechende Beratung der Betroffenen oder ihrer Angehörigen z. B. zum Umgang mit Selbstgefährdung, Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung (66,3 % letzter Berichtszeitraum), bei 22,6 Prozent der betroffenen Pflegebedürftigen war eine solche Beratung nicht nachvollziehbar. Gleichwohl ist hier seit dem letzten Bericht nochmals häufiger eine Beratung nachvollziehbar gewesen.

Fast bei jedem Pflegebedürftigen, der in die Qualitätsprüfung ambulanter Pflegedienste einbezogen worden ist, wurden Leistungen zur Körperpflege erbracht. 98,1 Prozent (69.184) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen erhielten solche Leistungen (Frage 15.3, Transparenzkriterium 1). Bei 95,4 Prozent dieser Pflegebedürftigen wurden **individuelle Wünsche bei der Körperpflege** berücksichtigt (90,3 % letzter Berichtszeitraum), z. B. Vorlieben und Abneigungen, die sich u. a. auf den Ablauf, den zeitlichen Umfang oder die eingesetzten Hilfsmittel bei der Körperpflege beziehen. Eine Verbesserung im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum ist hier erkennbar.

Tabelle 34:
Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zu Ausscheidung, Demenz und Körperpflege
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Untersuchte Personen		2013		2016	
		61.694		70.538	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
13.3	Beratung über erforderliche Maßnahmen zur Ausscheidung	48,1	72,5	43,7	80,9
13.5/T10	nachvollziehbare Durchführung der vereinbarten Leistung bei Ausscheidung/Inkontinenzversorgung	44,2	89,4	42,4	91,0
14.2	Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen bei Demenz	19,2	66,3	17,9	77,4
15.3/T1	Berücksichtigung individueller Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistung	98,8	90,3	98,1	95,4

3.3.2 Abrechnungsprüfung in der ambulanten Pflege

In den letzten Jahren sind wiederholt Fälle von Abrechnungsbetrug durch ambulante Pflegedienste bekannt geworden. Aufgrund dieser Entwicklung hat der Gesetzgeber reagiert. Durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) wurde die Abrechnungsprüfung zum festen Bestandteil der Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten. Seit dem 15. Oktober 2016 werden diese Abrechnungsprüfungen durchgeführt.

Die Abrechnungsprüfung wird bei den Qualitätsprüfungen als Screening durchgeführt. Sie erfolgt bei der üblichen Personenstichprobe. 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 Prüfern vom ambulanten Pflegedienst bei der Prüfung vorzulegen.

Geprüft werden Leistungen, die die Pflegedienste den Kranken- und Pflegekassen in Rechnung gestellt haben. Die Prüfer berücksichtigen dabei Informationen aus der Inaugenscheinnahme (z. B. Pflegezustand, Medikamente, Wunde), Auskünfte der Pflegebedürftigen 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, davon wenn möglich ein Wochenende oder zwei Feiertage, bei Bedarf werden weitere Tage einbezogen. Bei Auffälligkeiten werden Kopien erstellt. Die Auffälligkeiten werden im Prüfbericht erfasst. Werden Auffälligkeiten festgestellt, wird der Prüfbericht auch an die betroffenen Pflegekassen versendet. Dabei wird gegenüber der Pflegekasse mitgeteilt, bei welchem Versicherten die Auffälligkeiten festgestellt worden sind, dem Prüfbericht werden dabei Kopien als Nachweise für die Auffälligkeiten beigelegt. Die Pflegekassen und die Krankenkassen entscheiden anschließend über das weitere Vorgehen.

Datengrundlage

Für den Zeitraum vom 15. Oktober 2016 bis zum 31. Dezember 2016 liegen Daten aus 1.138 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten vor, bei denen Abrechnungsprüfungen durchgeführt worden sind. Die in Rechnung gestellten Leistungen sind dabei bei 6.079 Pflegebedürftigen geprüft worden, im Durchschnitt bei 5,3 Pflegebedürftigen pro Pflegedienst.

Mit 96,8 Prozent (5.884) haben die in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen im Bereich des SGB XI am häufigsten körperbezogene Pflegemaßnahmen in Anspruch genommen. Im Bereich des SGB V erhielten 61,9 Prozent (3.760) der Pflegebedürftigen Leistungen der Behandlungspflege. 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 abrechnungsprüfungsrelevanten 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 96,8 Prozent (5.884) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen geprüft werden. Bei 93,2 Prozent dieser Pflegebedürftigen wurden keine Auffälligkeiten gefunden. Bei 6,6 Prozent der Pflegebedürftigen wurden jedoch Auffälligkeiten in Bezug auf die in Rechnung gestellten Leistungen identifiziert. Bei diesen Auffälligkeiten wurden als häufigster Grund mit 34,1 Prozent (132 Pflegebedürftige) Diskrepanzen zwischen Nachweisen (z. B. Tourenplan stimmt nicht mit Durchführungsnachweis überein, Rechnung stimmt nicht mit Durchführungsnachweis überein) festgestellt. Bei 14,5 Prozent (56 Pflegebedürftige) der auffälligen Rechnungen konnten die Prüfer konkret nachweisen, dass die in Rechnung gestellten Leistungen gar nicht erbracht worden sind. Bei weiteren 15,8 Prozent (61 Pflegebedürftige) der auffälligen Rechnungen konnten die Prüfer nachweisen, 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 96,8 Prozent (5.884) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen geprüft werden. Das Kriterium war bei 93,0 Prozent der einbezogenen Personen erfüllt, bei 5,9 Prozent der Pflegebedürftigen war die vertragskonforme Leistungserbringung jedoch nicht nachvollziehbar. Als häufigsten Grund haben die Prüfer bei diesen Auffälligkeiten mit 33,4 Prozent (117 Pflegebedürftige) angegeben, dass die Leistung nicht vollständig erbracht worden ist. Das bedeutet, dass ein Leistungskomplex nicht vollständig erbracht worden ist, z. B. wurde der Leistungskomplex „Ganzwaschung“ in Rechnung gestellt, es wurde jedoch nur eine „Teilwaschung“ durchgeführt.

Tabelle 35:

**Ambulante Pflege – Abrechnungsprüfung Körperbezogene Pflegemaßnahmen
(Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)**

		15.10. – 31.12.2016	
Untersuchte Personen		6.079	
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?	96,8	93,2
18.1.6	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?	96,8	93,0

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 61,9 Prozent (3.760) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen geprüft werden. Bei 94,1 Prozent dieser Pflegebedürftigen wurden keine Auffälligkeiten gefunden. Bei 5,9 Prozent der Pflegebedürftigen wurden jedoch Auffälligkeiten in Bezug auf die in Rechnung gestellten Leistungen identifiziert. Auch hier wurde von den Prüfern als häufigster Grund für die Auffälligkeiten mit 58,0 Prozent (112 Pflegebedürftige) Diskrepanzen zwischen Nachweisen (z. B. Tourenplan stimmt nicht mit Durchführungsnachweis überein, Rechnung stimmt nicht mit Durchführungsnachweis überein) festgestellt. Bei 12,4 Prozent (24 Pflegebedürftige) der auffälligen Abweichungen konnten die Prüfer konkret nachweisen, dass die in Rechnung gestellten Leistungen gar nicht erbracht worden sind. Bei weiteren 18,7 Prozent (38 Pflegebedürftige) der auffälligen Abrechnungen konnten die Prüfer nachweisen, 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 dem Pflegebedürftigen die Medikamente verabreicht haben.

Bezogen auf die Behandlungspflege wird weiterhin überprüft, ob nachvollzogen werden kann, dass die **erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien 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 61,9 Prozent (3.760) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen geprüft werden. Das Kriterium war bei 92,1 Prozent der einbezogenen Personen erfüllt, bei 7,1 Prozent der Pflegebedürftigen war die vertragskonforme Leistungserbringung jedoch nicht nachvollziehbar. Als häufigsten Grund haben die Prüfer bei diesen Auffälligkeiten mit 58,1 Prozent (155 Pflegebedürftige) 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. Eine Besonderheit bei der Prüfung der Abrechnungen behandlungspflegerischer Leistungen ist, dass auch bewertet wird, ob der der Leistung zugrunde liegende leistungsauslösende Tatbestand noch vorliegt, also ob z. B. bei einer Wundversorgung auch tatsächlich eine zu versorgende Wunde beim Pflegebedürftigen vorhanden ist. Bei einem kleinen Anteil der Auffälligkeiten (6,7 %, 18 Pflegebedürftige) haben die Prüfer die Feststellung getroffen, dass die Leistung nicht (mehr) erforderlich war.

Tabelle 36:

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

		15.10. – 31.12.2016	
Untersuchte Personen		6.079	
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?	61,9	94,1
18.2.4	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform gemäß HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?	61,9	92,1

Häufigkeiten von Abrechnungsauffälligkeiten je Pflegedienst

Die MDK bzw. der PKV-Prüfdienst führen im Rahmen der Qualitätsprüfungen ein Screening nach Auffälligkeiten bei der 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 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 Pflege-

dienst 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 in der Zusammenfassung der Prüfberichte gemäß der QPR auch die Häufigkeit aller Abrechnungsauffälligkeiten je Pflegedienst dargestellt.

Für diesen Bericht wurden jeweils die Ergebnisse der Abrechnungsprüfung für alle je Pflegedienst in die Prüfung einbezogene Pflegebedürftige aufsummiert.

Die ersten Erfahrungen mit den Abrechnungsprüfungen in ambulanten Pflegediensten im Zeitraum vom 15. Oktober 2016 bis zum 31. Dezember 2016 (1.138 Pflegedienste) zeigen demnach, dass die Prüfer bei 35,2 Prozent der geprüften ambulanten Pflegedienste mindestens eine Auffälligkeit bei der Abrechnung der Leistungen festgestellt haben: Bei 28,3 Prozent (322) der Pflegedienste haben die Prüfer ein bis fünf Auffälligkeiten festgestellt, 5,1 Prozent (58) der geprüften Pflegedienste wiesen zwischen sechs bis zehn Auffälligkeiten auf und bei einem Anteil von 1,8 Prozent (21) der ambulanten Pflegedienste haben die Prüfer sogar mehr als zehn Auffälligkeiten festgestellt. Von den Pflegediensten wiesen 64,8 Prozent (737) keine Auffälligkeiten auf.

Tabelle 37:
Ambulante Pflege – Abrechnungsprüfung Anzahl Auffälligkeiten je Pflegedienst

	15.10. – 31.12.2016	
Geprüfte Pflegedienste	1.138	
Untersuchte Personen	6.079	
Anzahl Auffälligkeiten SGB XI und SGB V	Anzahl	in Prozent
0	737	64,8
1 – 5	322	28,3
6 – 10	58	5,1
> 10	21	1,8

Bekannt ist, dass die Pflege- und Krankenkassen aufgrund der Ergebnisse der Abrechnungsprüfungen durch MDK und PKV-Prüfdienst und der anschließenden eigenen vertieften Abrechnungsprüfung erste Konsequenzen gegenüber ambulanten Pflegediensten gezogen haben und auf der Basis von Hochrechnungen Rückerstattungen bei auffällig gewordenen Pflegediensten erwirkt haben.

3.3.3 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 Kri-

terien immer wieder auf ggf. vorhandene Qualitätsprobleme hingewiesen 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.

Einige Kriterien, bei denen eine besonders positive Entwicklung zu verzeichnen ist bzw. bei denen es bei einem relevanten Anteil der Einrichtungen noch nicht gelungen ist, die entsprechenden Anforderungen zu erfüllen, werden hier kurz angesprochen.

Bei den Qualitätsprüfungen wird mit dem Kriterium „Ist **die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte** gewährleistet?“ (Frage 4.3) bewertet, ob Pflegehilfskräfte durch Pflegefachkräfte mittels fachlicher Anleitung und Überprüfung (z. B. durch mitarbeiterbezogene Pflegevisiten) systematisch begleitet werden, damit diese bei der Leistungserbringung die fachlichen Anforderungen einhalten. 2016 lag der Erfüllungsgrad bei diesem Kriterium bei 88,4 Prozent der ambulanten Pflegedienste (84,3 % letzter Berichtszeitraum). Im Vergleich zum letzten Bericht ist hier eine Verbesserung erkennbar.

Tabelle 38:

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

		2013		2016	
Geprüfte Pflegedienste		11.021		12.810	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
4.3	Sind die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	91,8	84,3	92,1	88,4

Ambulante Pflegedienste mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI sind dazu verpflichtet, ein einrichtung internes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Die Anforderungen an dieses Qualitätsmanagement sind in den Maßstäben und Grundsätzen zur Qualität nach § 113 SGB XI konkretisiert worden. Demnach ist das **Qualitätsmanagement nach dem PDCA-Zyklus** (Plan – Do – Check – Act) auszurichten (Fragen 6.5a-d). 92,4 Prozent (80,6 % letzter Berichtszeitraum) der ambulanten Pflegedienste führen Zielformulierungen und eine Maßnahmenplanung durch (plan), der Anteil der ambulanten Pflegedienste mit einer nachvollziehbaren Umsetzung (do) dieser Maßnahmen liegt bei 90,5 Prozent (78,2 % letzter Berichtszeitraum). Die Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen (check) erfolgt bei 85,5 Prozent

(70,5 % letzter Berichtszeitraum) der Pflegedienste und bei 84,4 Prozent (68,7 % letzter Berichtszeitraum) der Einrichtungen werden Anpassungen der Maßnahmen (act) und damit die Wirksamkeit des Qualitätsmanagements erkennbar. Im Vergleich zum letzten Bericht sind hier somit deutliche Verbesserungen zu verzeichnen.

Tabelle 39:
Ambulante Pflege – Qualitätsmanagement nach dem PDCA-Zyklus (in Prozent)

		2013	2016
Geprüfte Pflegedienste		11.021	12.810
Frage	Kriterium	davon Kriterium erfüllt:	
6.5a	Ist-Analyse, Zielformulierung und Maßnahmenplanung (plan)	80,6	92,4
6.5b	Umsetzung (do)	78,2	90,5
6.5c	Überprüfung der Wirksamkeit (check)	70,5	85,5
6.5d	Anpassung der Maßnahmen (act)	68,7	84,4

Auch beim **Hygienemanagement** haben sich nochmals leichte Verbesserungen ergeben. Bei der Überprüfung, ob die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen zum Hygienemanagement (beispielsweise zur Händehygiene) von den Mitarbeitern eingehalten werden, ist jedoch weiterhin noch Optimierungsbedarf erkennbar (Frage 8.1c). Bei 87,0 Prozent der ambulanten Pflegedienste war dieses Kriterium erfüllt (82,8 % letzter Berichtszeitraum), bei 13,0 Prozent war das Kriterium nicht erfüllt.

Tabelle 40:
Ambulante Pflege – Hygienemanagement (in Prozent)

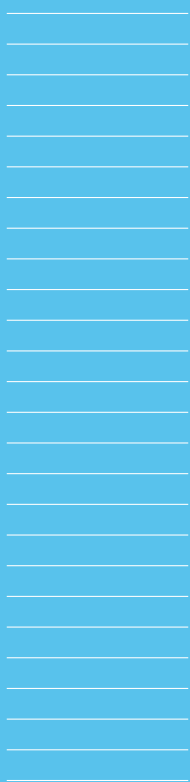
		2013	2016
Geprüfte Pflegedienste		11.021	12.810
Frage	Kriterium	davon Kriterium erfüllt:	
8.1a	innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut	94,5	96,1
8.1b	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	96,1	97,6
8.1c	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	82,8	87,0
8.1d	Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen sind den Mitarbeitern bekannt	92,9	93,8
8.1e	Alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	95,5	97,4

3.3.4 Zufriedenheit in der ambulanten Pflege

Ein Zusammenhang zwischen der Versorgungsqualität auf der einen Seite und der Zufriedenheit der Pflegebedürftigen, 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. Nach wie vor werden sehr hohe Zufriedenheitswerte bei den Pflegebedürftigen ermittelt. Weiterhin zeigen sich allenfalls beim Umgang mit Beschwerden dezente Hinweise auf Optimierungsbedarf aus Perspektive der Pflegebedürftigen. Die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung werden im Tabellenanhang dargestellt.

4

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. Jede Beschwerde wird geprüft, 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 Qualitätsprüfung beauftragen. Ohne einen Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen können die MDK keine Prüfung durchführen.

Von den insgesamt 26.114 Qualitätsprüfungen waren 735 (2,8 %) Anlassprüfungen, davon 479 Prüfungen (3,6 %) in der stationären Pflege und 256 Prüfungen (2,0 %) in der ambulanten Pflege. In der Regel liegen einer Anlassprüfung eine oder mehrere Beschwerden zugrunde.

Im Rahmen der Erstellung des fünften MDS-Pflege-Qualitätsberichtes wurden die MDK (einschließlich sozialmedizinischer Dienst der Bundesknappschaft) und der PKV-Prüfdienst danach befragt, welche Erfahrungen sie mit Beschwerden über die Qualität von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen haben. 16 von 17 befragte Prüfdienste konnten dazu differenzierte Angaben machen. Die Angaben der befragten Prüfdienste beziehen sich ausschließlich auf die Beschwerden, über die die Prüfdienste Kenntnis erlangt haben.

4.1 Die häufigsten Beschwerdewege

Die MDK und der PKV-Prüfdienst wurden darüber befragt, über welchen Weg die Beschwerden den MDK erreichen. Hierzu haben 16 der 17 befragten Prüfdienste Angaben gemacht. Nach Auskunft von 15 Prüfdiensten werden die meisten Beschwerden, von denen die MDK Kenntnis haben, von den Beschwerdeführern unmittelbar an den Prüfdienst gerichtet. Lediglich ein Prüfdienst gab an, dass die meisten Beschwerden über die Heimaufsichtsbehörde an den MDK weitergeleitet werden.

4.2 Anzahl Beschwerden

Bei den Prüfdiensten sind im Jahr 2016 insgesamt 3.003 Beschwerden eingegangen. Davon entfielen 34,2 Prozent auf die ambulante Pflege (1.026) und 65,8 Prozent (1.977) auf die stationäre Pflege. Die Anzahl der Pflegeheime und der ambulanten Pflegedienste ist nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes vergleichbar (13.300 Pflegedienste, 13.600 Pflegeheime). Jedoch wurden 2015 ca. 91.000 mehr Personen durch Heime versorgt als durch ambulante Pflegedienste. Dies erklärt allerdings nicht, warum sich etwa zwei Drittel der Beschwerden auf die stationäre Pflege beziehen, während etwa ein Drittel der Beschwerden auf die ambulante Pflege gerichtet sind. Ein Erklärungsansatz für den geringeren Anteil von Beschwerden in der ambulanten Pflege dürfte darin zu suchen sein, dass es in der ambulanten Pflege bei Unzufriedenheit mit dem Pflegedienst vergleichsweise leichter ist, den Pflegedienst zu wechseln. Bei Unzufriedenheit mit einer stationären Pflegeeinrichtung sind die Hürden für einen Heimwechsel ungleich höher, so dass hier möglicherweise häufiger versucht wird, mittels Beschwerden Einfluss auf die Verbesserung der Versorgungssituation zu nehmen. Ein weiterer Erklärungsansatz ist die größere Selbstbestimmtheit des Pflegebedürftigen 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 des Pflegebedürftigen hat eine größere Bedeutung. In der stationären Pflege besteht im Gegensatz dazu eine höhere institutionelle Abhängigkeit und der Pflegebedürftige ist auf eine vollständige Versorgung durch das Pflegeheim angewiesen.

Tabelle 41:
Anzahl Beschwerden – 2016

	Anzahl	in Prozent
ambulant	1.026	34,2
stationär	1.977	65,8
gesamt	3.003	100,0

4.3 Wer beschwert sich?

Von den 17 befragten Prüfdiensten konnten 13 aufgrund ihrer Beschwerdeerfassung differenzierte Angaben darüber machen, wer sich über Qualitätsmängel in der ambulanten oder stationären Pflege beschwert. Von diesen 13 Prüfdiensten liegen für 2.745 Beschwerden Angaben dazu vor, wer der Beschwerdeführer ist.

Die meisten Beschwerden kamen mit 48,5 Prozent (1.332) von Angehörigen. Von den Pflegebedürftigen selber kam hingegen nur ein Anteil von 6,0 Prozent (165) der Beschwerden. Dies kann daran liegen, dass die Pflegebedürftigen selber häufig nicht in der Lage sind, sich mit Beschwerden an die entsprechenden Institutionen zu wenden. Allerdings muss auch bedacht werden, dass die Pflegebedürftigen, aber auch die Angehörigen auf die Hilfe durch professionelle Leistungserbringer angewiesen sind. Es besteht somit ein Abhängigkeitsverhältnis, welches vermuten lässt, dass dieses viele Betroffene davon abhält, sich über die Qualität einer Einrichtung zu beschweren. Damit ist auch zu erklären, dass ein relativ hoher Anteil der Beschwerden (21,4 %, 587) anonym abgegeben wird. Obwohl die Rolle des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes als Prüfinstitution bei Mitarbeitern von Pflegeeinrichtungen zum Teil negativ konnotiert ist, wenden sich Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen nicht selten mit Beschwerden über die Situation in ihrer Einrichtung an den MDK. 13,3 Prozent (366) der Beschwerden wurden von Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen eingereicht. Ein kleiner Anteil (1,3 %, 33) der Beschwerden kam auch von MDK-Mitarbeitern, die insbesondere bei der Pflegebegutachtung auf Qualitätsdefizite gestoßen sind, die sie zu einer Beschwerde veranlasst haben. 9,5 Prozent (262) der Beschwerdeführer waren sonstige Personen (z. B. Betreuer, behandelnde Ärzte/Notärzte, Nachbarn, Anwohner, Anwälte, Polizei).

Tabelle 42:
Beschwerdeführer – 2016

	Anzahl	in Prozent
Angehörige	1.332	48,5
Versicherte	165	6,0
Mitarbeiter	366	13,3
MDK-intern	33	1,2
sonstige	262	9,5
anonym	587	21,4
gesamt	2.745	100,0

4.4 Beschwerdegründe

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

Die häufigsten Beschwerdegründe (24,3 %) bezogen sich auf körperbezogene Pflegemaßnahmen (Hilfe bei Körperpflege, Ernährung, Mobilität, An- und Ausziehen, Ausscheidungen). Beispielsweise wurde bemängelt, dass der Pflegezustand des betroffenen Pflegebedürftigen mangelhaft ist, dass einem Hilfebedarf bei der Ausscheidung nicht ausreichend entsprochen wird (z. B. Bewohner muss 30 Minuten auf der Toilette warten) oder Hilfen bei der Mobilität nicht in erforderlichem Umfang gewährt werden (z. B. fehlende Unterstützung bei der Fortbewegung innerhalb des Wohnbereiches). Am zweithäufigsten (19,9 %) werden Beschwerden über den Personaleinsatz (zu wenig Personal) oder die Qualifikation der Mitarbeiter eingereicht. Auch das Mitarbeiterverhalten bzw. die Führung der Pflegeeinrichtung ist ein häufigerer Beschwerdegrund (11,9 %). Mangelnde Hygiene wurde bei 9,1 Prozent der Beschwerden angegeben, gefolgt von Mängeln in der Medikamentenversorgung (8,9 %). 6,3 Prozent der Beschwerden bezogen sich auf die Abrechnung von Leistungen, die in der Regel jedoch nur in der ambulanten Pflege relevant sind.

Tabelle 43:
Beschwerdegründe – 2016

	Anzahl	in Prozent
körperbezogene Pflegemaßnahmen	1.340	24,2
Personaleinsatz/-qualifikation	1.099	19,9
Mitarbeiterverhalten/Führung	657	11,9
Hygiene	500	9,0
Umgang mit Medikamenten	488	8,8
Abrechnung	348	6,3
Pflegedokumentation	273	4,9
sonstige Behandlungspflegen	193	3,5
Betreuung (inkl. „§ 45b SGB XI“)	157	2,8
freiheitsentziehende Maßnahmen/Gewalt	137	2,5
sonstige	338	6,1
gesamt	5.530	100,0

Als sonstige Gründe wurden u. a. angegeben: Missachtung des Arbeitszeitgesetzes, Schwarzarbeit, Ausfall der Heizung im Pflegeheim, Weigerung von Versicherten, einen Leistungsnachweis mit falschen Zeitangaben zu unterzeichnen mit anschließender Kündigung durch den Pflegedienst, Wäscheversorgung, Ausstattung der Einrichtung (z. B. nicht funktionsfähige Hilfsmittel wie Rollstühle, fehlende Pflegebetten, defektes Mobiliar, fehlende Notrufklingeln), bauliche Mängel,

Diebstähle, Verletzung der Intim- und Privatsphäre durch Veröffentlichung von Videos oder Fotos von Pflegebedürftigen, 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.

4.5 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. 14 der 17 befragten Prüfdienste konnten diese Frage differenziert beantworten.

Qualitätsprüfungen kann der MDK nur im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchführen. Dies gilt auch für Anlassprüfungen aufgrund von Beschwerden. Die Beschwerden werden daher an die Landesverbände der Pflegekassen weitergeleitet, dort werden sie geprüft und die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden, 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 Landesverbände der Pflegekassen mit den MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst ab.

Nicht jede Beschwerde führt zu einer Anlassprüfung. Bei 21,1 Prozent der eingegangenen Beschwerden erfolgte eine Anlassprüfung. Hierfür lassen sich verschiedene Gründe anführen. So kann z. B. nicht jeder Beschwerde im Rahmen einer Qualitätsprüfung durch den MDK bzw. den PKV-Prüfdienst nachgegangen werden, etwa 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 auftraggebenden Landesverbände der Pflegekassen für die Beauftragung einer Anlassprüfung nicht ausreicht. Bei weiteren 13,9 Prozent der Beschwerden wurde eine für einen späteren Zeitpunkt geplante Regelprüfung vorgezogen.

24,1 Prozent der Beschwerden wurden an die Heimaufsichten weitergeleitet, weil der Beschwerdegrund eher in den Zuständigkeitsbereich der Heimaufsicht fiel. Bei 50 Beschwerden (1,8 %) erfolgte eine gemeinsame Prüfung von MDK bzw. PKV-Prüfdienst und Heimaufsicht.

Bei 5,1 Prozent der Beschwerden wurden sonstige Maßnahmen ergriffen. Darunter fallen z. B. Stellungnahmen, die aufgrund einer Beschwerde von der betroffenen Pflegeeinrichtung eingeholt werden. In einigen Fällen wurden auch Hinweise an die Polizei weitergegeben.

Bei 34,0 Prozent 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, so dass weitere Maßnahmen nicht erforderlich waren.

Tabelle 44:
Maßnahmen aufgrund von Beschwerden – 2016

	Anzahl	in Prozent
Anlassprüfungen durchgeführt	572	21,1
Regelprüfung vorgezogen/priorisiert	378	13,9
Information an Heimaufsicht	655	24,1
gemeinsame Prüfung mit Heimaufsicht	50	1,8
sonstige Maßnahmen	139	5,1
keine weiteren Maßnahmen	923	34,0
gesamt	2.717	100,0

4.6 Fazit zur Beschwerdeumfrage bei den Prüfdiensten

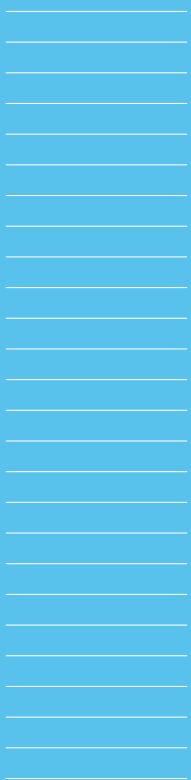
Bezogen auf die den Prüfdiensten bekannten Beschwerden sind die Prüfdienste in aller Regel der erste Adressat für Beschwerden über die Qualität in der Pflege. Dies verdeutlicht, dass der MDK und der PKV-Prüfdienst in der Bevölkerung als unabhängige, vertrauenswürdige und kompetente Institution wahrgenommen werden, an den Betroffene ihre Beschwerden richten können.

Es gibt eine Vielzahl an Beschwerdegründen die jedoch nicht alle eine Qualitätsprüfung des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes begründen. Bei einigen Beschwerdegründen sind MDK bzw. PKV-Prüfdienst nicht die richtige Prüfinstitution, weil die Beschwerdegründe nicht in ihren Zuständigkeitsbereich 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.

5

QUALITÄTSPRÜFUNGEN IM WANDEL



Mit den Pflegestärkungsgesetzen II und III hat der Gesetzgeber die Weichen für eine grundlegende Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen durch MDK und PKV-Prüfdienst gestellt.

5.1 Änderungen 2017

Am 1. Januar 2017 wurde die Grundlage für die Qualitätsprüfungen der MDK und des PKV-Prüfdienstes in der ambulanten und stationären Pflege aufgrund gesetzlicher Regelungen verändert. Ein Teil der neuen Qualitäts-Prüfungsrichtlinie (QPR) ist bereits zum 15. Oktober 2016 in Kraft getreten. So ist, wie oben berichtet, die Abrechnungsprüfung inzwischen obligater Prüfgegenstand in der ambulanten Pflege.

Weitere Änderungen an der QPR, die im Januar 2017 in Kraft getreten sind, hängen unmittelbar mit dem neuen Begutachtungsverfahren zusammen: In der Vergangenheit wurden die Pflegebedürftigen für die Prüfung der Versorgungsqualität nach Pflegestufen ausgewählt. Seit Januar 2017 war dies nicht mehr möglich, da die drei Pflegestufen durch fünf Pflegegrade abgelöst worden sind. Seit Januar 2017 werden die Pflegebedürftigen in der ambulanten und stationären Pflege daher unabhängig von der Größe der Pflegeeinrichtung nach Pflegegraden ausgewählt. In stationären Pflegeeinrichtungen werden neun Personen (zwei Personen aus den Pflegegraden 1 und 2, zwei Personen aus Pflegegrad 3, drei Personen aus Pflegegrad 4, zwei Personen aus Pflegegrad 5) in die Prüfung einbezogen, in der ambulanten Pflege sind es acht Personen (drei Personen aus Pflegegrad 2, drei Personen aus dem Pflegegrad 3, zwei Personen aus den Pflegegraden 4 und 5). Gleichzeitig wurden für die Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten die Bewertungssystematik für die Transparenzberichte angepasst sowie einige Transparenzkriterien gestrichen (Vorbeugemaßnahmen bei beatmungspflichtigen Menschen, Katheterisierung der Harnblase, Stomabehandlung, Kontrakturprophylaxe), geändert (Information bei erkennbaren Risiken zur Flüssigkeitsversorgung und Ernährung und nicht erst, wenn bereits ein Schaden eingetreten ist) oder ergänzt (angemessene Körperpflege, Bedarfsmedikation). Mit Einführung der Abrechnungsprüfung sowie den Änderungen bei der Personenstichprobe erhöhte sich der Aufwand für die Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege.

5.2 Änderungen 2018

Zum 1. Januar 2018 treten aufgrund des PSG III weitere Änderungen für die ambulante Pflege in Kraft. Wenn ein Pflegedienst zum Zeitpunkt der Prüfung keine Leistungen nach dem SGB XI erbracht hat, konnte bei diesem bisher die personenbezogene Versorgungsqualität nicht überprüft werden, auch dann nicht, wenn er Personen mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V versorgt hat. Dies wird sich ändern. Zum einen werden bei Qualitätsprüfungen zukünftig auch Personen, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten, einbezogen. Zum anderen wird bei Pflegediensten, die zum Zeitpunkt der Prüfung keine Personen mit Leistungen nach dem SGB XI versorgen, die gesamte Personenstichprobe aus dem Kreis der Leistungsbezieher nach dem SGB V zusammengestellt. Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege werden zudem spezifische Prüfkriterien für die Versorgung von Personen mit einem entsprechenden Hilfebedarf in den Prüfkatalog aufgenommen. Auch wird bei unangekündigten Prüfungen das Einholen von Einwilligungen für die Einbeziehung von Pflegebedürftigen in die Prüfung erleichtert.

Leistungserbringer, die keinen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI, sondern lediglich nach dem SGB V hatten, konnten in der Vergangenheit keiner Qualitätsprüfung unterzogen werden. Dies

betrifft unter anderem Leistungserbringer, die sich auf die Versorgung von Personen mit einem Bedarf an außerklinischer Intensivpflege spezialisiert haben. Ersten Schätzungen des Gesetzgebers zufolge handelt es sich dabei um 200 bis 300 Leistungserbringer bundesweit. Solche Leistungserbringer verzichten 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 ab dem 1. Januar 2018 greift. Vergleichbar mit den bisherigen Prüfungen nach dem SGB XI werden 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 auch 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 auftraggebenden 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 neue QPR für die ambulante Pflege insbesondere auch Prüfkriterien für die außerklinische Intensivpflege.

5.3 Weitreichende Reform der externen Qualitätsprüfungen und der Qualitätsdarstellung auf dem Weg

Die oben beschriebenen Änderungen der Prüfgrundlagen stellen jedoch nur einen Zwischenschritt dar, hin zu einer weitreichenderen Reform der Vorschriften zur internen Qualitätssicherung, zur externen Qualitätsprüfung und zur Qualitätsdarstellung. So hat der seit Mitte 2016 tätige Qualitätsausschuss Forschungsaufträge auf den Weg gebracht, die den Grundstein für diese Weiterentwicklung bilden werden. Mit den geplanten Änderungen soll insbesondere auch der mangelnden Aussagekraft der bisherigen Transparenzberichte über die Qualität in der Pflege begegnet werden.

5.3.1 Stationäre Pflege

Der Auftrag zur Entwicklung der Instrumente zur Qualitätsprüfung und -darstellung für die stationäre Pflege wurde Anfang Januar 2017 an die Bietergemeinschaft Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitssystem (AQUA-Institut) in Göttingen und das Institut für Pflegewissenschaften der Universität Bielefeld (IPW) in Bielefeld vergeben.

Die Wissenschaftler aus Göttingen und Bielefeld entwickeln bis zum Sommer 2018 Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen und zur Darstellung der Qualität für die stationären Pflegeeinrichtungen. Dabei werden auch die Vorarbeiten des Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (Wingenfeld et al. 2011) genutzt. Bei diesem Projekt wurden Indikatoren entwickelt, für deren Berechnung die stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig im Abstand von sechs Monaten Daten erfassen müssen. Im Rahmen der Umsetzung des aktuellen Projektes sind auch Erhebungen in Einrichtungen der stationären Pflege durch die MDK und den PKV-Prüfdienst geplant. Dabei soll das Prüfverfahren erprobt werden. Auf Grundlage theoretischer und wissenschaftlicher Vorarbeiten sollen tragfähige Lösungen für die zukünftigen Qualitätsprüfungen und die Information der Verbraucher über die Qualität von stationären Pflegeeinrichtungen entwickelt werden.

Im Anschluss an die wissenschaftliche Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen werden die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität, die Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung und die Qualitätsdarstellung an das neue Verfahren angepasst. Zeitgleich erfolgt eine weitere Ausschreibung, um eine fachlich unabhängige Institution zu finden, die die von den Pflegeeinrichtungen erhobenen Daten zusammenführt und leistungserbringerbeziehbar und fallbeziehbar auswertet.

Das Projekt wird von einem Steuerungskreis begleitet, in dem der MDS mitwirkt. In der im Rahmen des Projektes eingerichteten Expertengruppe Prüfinstitutionen wirken Vertreter verschiedener MDK, des PKV-Prüfdienstes sowie des MDS mit.

Die Einführung der neuen Instrumente und Verfahren ist ab dem Jahr 2019 vorgesehen.

Aus Sicht der Medizinischen Dienste müssen ein neues Prüfverfahren und die neue Qualitätsdarstellung für die stationäre Pflege folgende Anforderungen erfüllen:

1. Die für die stationäre Pflege vorgesehenen Indikatoren, die von den Pflegeeinrichtungen selber erhoben werden, sind kein Ersatz für die externen Qualitätsprüfungen durch den MDK bzw. den PKV-Prüfdienst. Indikatorenerhebung und externe Qualitätsprüfung ergänzen sich gegenseitig und werden miteinander verknüpft. Zum einen können nicht alle relevanten Qualitätsthemen über Indikatoren erhoben werden, zum anderen ist eine Bescheiderteilung durch die Landesverbände der Pflegekassen bei Qualitätsmängeln nur auf der Grundlage einer externen Prüfung möglich, bei der die Ursachen für die Qualitätsmängel ermittelt worden sind. Zudem haben die Verbraucher bei der öffentlichen Qualitätsdarstellung mehr Vertrauen in Prüfergebnisse, die durch eine unabhängige Prüfinstitution erhoben worden sind, als in von den Pflegeeinrichtungen selbst erhobene Qualitätsdaten.⁸
2. Die Prüfung ist zukünftig noch stärker als heute auf die personenbezogene Versorgungsqualität auszurichten, ohne auf besonders bedeutsame Struktur- und Prozesskriterien (z. B. zur Hygiene oder zur Personalausstattung) zu verzichten. Insbesondere die Mobilität, die Betreuung und die Versorgung von Menschen mit Demenz sollten einen größeren Stellenwert bei den Prüfungen erhalten.
3. Die Stichprobe der Personen, die für die Bewertung der relevanten Prüfkriterien in die Prüfungen einbezogen werden ist so zu gestalten, dass deren Prüfung umfassend möglich ist.
4. Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement auf der Grundlage von verbindlichen Indikatoren ist mit der externen Qualitätsprüfung sinnvoll zu verzahnen. Wenn eine Einrichtung negative Indikatorenergebnisse hat, kann dies Einfluss auf die Prüftiefe der externen Prüfung durch MDK bzw. PKV-Prüfdienst zu diesen Indikatoren haben. Zudem kann im Rahmen der externen Prüfung untersucht werden, ob die Pflegeeinrichtung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements geeignete Maßnahmen zur Verbesserung negativer Indikatorenergebnisse ergriffen hat. Andererseits ist zu prüfen, ob bei dauerhaft guten Indikatorenergebnissen und Prüfergebnissen das Prüfintervall der externen Qualitätsprüfung verlängert werden kann.

⁸ Görres S et al. (2017): Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP). Bremen.
Konetzka RT & Perrillon MC (2016): Use of nursing home compare website appears limited by lack of awareness and initial mistrust of the data. In Health Affairs. 35, Nr. 4, 706-713.

5. Die Verantwortung für die Datenqualität der Indikatoren liegt bei den Pflegeeinrichtungen. Wenn die MDK im Rahmen der externen Prüfung Auffälligkeiten bei den von den Pflegeeinrichtungen erhobenen Daten feststellen, können diese Informationen an die beauftragenden Landesverbände der Pflegekassen weitergegeben werden. Zu bedenken ist, dass sowohl aus methodischen als auch aus Ressourcengründen dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst eine umfassende Bestätigung der Richtigkeit der von den Pflegeeinrichtungen erhobenen Daten nicht möglich ist.
6. Bei der Qualitätsdarstellung muss die Datenquelle klar erkennbar sein. Indikatorenergebnisse sollten den Prüfergebnissen von MDK bzw. PKV-Prüfdienst auf gleicher Ebene gegenübergestellt und veröffentlicht werden. Wenn Auffälligkeiten bezüglich der Indikatorenergebnisse festgestellt worden sind, sind die Verbraucher über diese Auffälligkeiten zu informieren. Es ist eine Regelung dazu erforderlich, wie mit nicht vertrauenswürdigen Indikatorenergebnissen umgegangen werden soll.
7. Die Bewertungsmaßstäbe für die Ergebnisse der Indikatoren und für die Qualitätsprüfung sollten den gleichen Differenzierungsgrad haben. Es ist sicherzustellen, dass die beste Bewertungskategorie nur vergeben wird, wenn keine Defizite bei der Prüfung festgestellt worden sind. Ebenfalls ist sicherzustellen, dass Ergebnisdefizite nicht zu einer neutralen bzw. positiven Bewertung führen.
8. Um die Übersichtlichkeit der Qualitätsdarstellung zu gewährleisten, sollten die zu veröffentlichenden Prüft Themen auf für den Verbraucher bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung besonders relevante Inhalte konzentriert sein.

5.3.2 Ambulante Pflege

Der Auftrag zur Entwicklung der Instrumente zur Qualitätsprüfung und -darstellung für die ambulante Pflege wurde im März 2017 an die Bietergemeinschaft Hochschule Osnabrück und das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) vergeben.

Die Wissenschaftler aus Osnabrück und Bielefeld entwickeln die Instrumente und Verfahren für die Prüfung der Qualität der von ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsdarstellung bis zum Sommer 2018. Dabei ist ein enger Austausch mit den Entwicklungsarbeiten im Rahmen des Projekts zur Prüfung und Darstellung der Qualität in der stationären Pflege gemäß § 113b SGB XI sichergestellt. Auf Grundlage empirischer und theoretischer Vorarbeiten sowie umfangreicher Expertengespräche werden wissenschaftlich fundiert und praxisnah tragfähige Lösungen für die Umsetzung entwickelt und getestet.

Im Anschluss an die wissenschaftliche Entwicklung der Instrumente und Verfahren sollen diese im Rahmen einer separaten Pilotierungsstudie erprobt werden. Das Vergabeverfahren für die Pilotierungsstudie ruht derzeit und soll wieder aufgenommen werden, wenn das Entwicklungsprojekt soweit fortgeschritten ist, dass abschätzbar ist, welches Prüfverfahren und welche Instrumente zu pilotieren sind. Vor diesem Hintergrund ist die Vergabe des Pilotierungsauftrages frühestens im März 2018 möglich. Mit der Erarbeitung der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, der Qualitätsprüfungsrichtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI und der Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI kann erst begonnen werden, wenn das Instrument vorliegt. Entsprechende Beschlüsse sind erst möglich, wenn die Pilotierung abgeschlossen ist.

Das Projekt wird von einem Steuerungskreis begleitet, in dem der MDS mitwirkt. Im Rahmen des Projektes wurden mehrere Fokusgruppen eingerichtet. In der Fokusgruppe Prüfinstitutionen wirken Vertreter verschiedener MDK, des PKV-Prüfdienstes sowie des MDS mit.

Aus Sicht der Medizinischen Dienste müssen ein neues Prüfverfahren und die neue Qualitätsdarstellung für die ambulante Pflege folgende Anforderungen erfüllen:

1. Bisher ist noch unklar, welche Vorschläge die beauftragten Wissenschaftler für die Gestaltung des internen Qualitätsmanagements der Pflegeeinrichtungen entwickeln werden. Es ist jedoch auch für die ambulante Pflege sicherzustellen, dass neben einem Verfahren für das interne Qualitätsmanagement eine externe Qualitätsprüfung durch MDK und PKV-Prüfdienst erhalten bleibt.
2. Auch in der ambulanten Pflege sollte die Prüfung zukünftig noch stärker als heute auf die personenbezogene Versorgungsqualität ausgerichtet werden, ohne auf besonders bedeutsame Struktur- und Prozesskriterien zu verzichten.
3. Bei der Gestaltung des neuen Prüfverfahrens in der ambulanten Pflege ist insbesondere zu berücksichtigen, dass zwischen der Verantwortung des Pflegedienstes für die Qualität der Pflege und der Verantwortung des informellen Netzes und des Pflegebedürftigen selbst unterschieden werden muss. Der Pflegedienst kann nur für die Leistungen in Anspruch genommen werden, mit denen er vom Pflegebedürftigen beauftragt wird. Vor diesem Hintergrund ist die Beratung des Pflegedienstes über erforderliche Leistungen und über den Umgang mit Risiken von besonderer Bedeutung. Dies muss sich in einem neuen Prüfverfahren widerspiegeln. Das Prüfverfahren muss zudem so ausgerichtet werden, dass das durch die Reform der Pflegeversicherung erweiterte Leistungsspektrum der ambulanten Pflege umfassend abgebildet werden kann. Neben den körperbezogenen Pflegemaßnahmen sind insbesondere auch die Leistungen der Betreuung mit in den Blick zu nehmen.
4. Die Stichprobe der Personen, die für die Bewertung der relevanten Prüfkriterien in die Prüfungen einbezogen werden ist so zu gestalten, dass deren Prüfung umfassend möglich ist.
5. Auch in der ambulanten Pflege sollte das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement mit der externen Qualitätsprüfung sinnvoll verzahnt werden. Die Ausgestaltung dieser Verzahnung ist abhängig von den Vorschlägen der Wissenschaftler für das interne Qualitätsmanagement.
6. Sofern in die Qualitätsdarstellung für die ambulante Pflege teilweise selbst erhobene Daten durch Pflegedienste mit einfließen sollen, muss auch hier bei der Qualitätsberichterstattung die Datenquelle klar erkennbar sein.
7. Um die Übersichtlichkeit der Qualitätsdarstellung zu gewährleisten, sollten die zu veröffentlichenden Prüft Themen auf für den Verbraucher bei der Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes besonders relevante Inhalte konzentriert sein.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2006): Fit im Alter. Trinken im Alter. O.O.

Görres S et al (20017): Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP). Bremen.

Konetzka RT & Perrailon MC (2016): Use of nursing home compare website appears limited by lack of awareness and initial mistrust of the data. In: Health Affairs, Nr. 4, 35, 706-713.

Köpke S, et al. (2009): Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheits-einschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke, 2009. <http://www.leitlinie-fem.de/download/LeitlinieFEM.pdf>

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

MDK Baden-Württemberg (2016): Modellprojekt Entbürokratisierung von externen Qualitätsprüfungen in Baden-Württemberg. Zusammenfassung. Lahr.

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 & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (20141): Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege. Essen & Berlin.

MDS & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (20142): Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Essen & Berlin.

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

Wingenfeld et al. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Bielefeld, Köln.

Stationäre Pflege

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2016		
Allgemeine Angaben		
Untersuchte Personen	104.344	
	Anzahl	in Prozent
9.2d: Alter		
bis unter 20 Jahre	176	0,2
20 bis unter 45 Jahre	713	0,7
45 bis unter 65 Jahre	6.787	6,5
65 bis unter 80 Jahre	23.428	22,5
80 bis unter 90 Jahre	44.660	42,8
90 Jahre und älter	28.580	27,4
9.2g: Pflegestufe		
Pflegestufe I	36.456	34,9
Pflegestufe II	36.694	35,2
Pflegestufe III	30.451	29,2
Pflegestufe III Härtefall	743	0,7
9.2h: Einschränkung der Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung	73.791	70,7

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2016

Behandlungspflege

Untersuchte Personen		104.344	
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?	53,3	92,8
10.2/T23	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	75,6	83,6
10.3/T24	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?	90,1	90,8
10.4/T25	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?	78,3	94,4
10.5/T26	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	90,1	88,7
10.6	Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	allen	37,8
10.7/T13	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	37,1	82,1
10.8/T14	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	22,0	95,3
10.9/T15	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?	33,0	96,0
10.10/T27	Sind die Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	16,7	94,1
10.11	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?	0,9	81,3
10.14/T3	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunden/des Dekubitus dokumentiert?	6,1	92,4
10.15/T5	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	6,0	75,6
10.16/T4	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?	6,0	78,8
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?	5,5	87,0

Behandlungspflege			
Untersuchte Personen		104.344	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
10.12	vorliegende Wunden – untersuchte Personen		
	mit Dekubitus	4.106	3,9
	mit Ulcus Cruris	928	0,9
	mit diabetischem Fußsyndrom	190	0,2
	mit sonstigen chronischen Wunden	1.625	1,6
	mit sonstigen nicht chronischen Wunden	2.434	2,3

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2016

Mobilität			
Untersuchte Personen		104.344	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
11.3	Liegt ein Sturzrisiko vor?	allen	71,8
11.4/T18	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	allen	93,2
11.5/T19	Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	70,7	92,1
11.6	Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	allen	47,6
11.7/T1	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	allen	94,5
11.8/T2	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	43,7	80,7

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2016

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Untersuchte Personen		104.344	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
12.1d	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten		
	zugenommen	18.215	17,5
	konstant	51.067	48,9
	relevante Abnahme	9.093	8,7
	kann nicht ermittelt werden	25.969	24,9
12.2a	Der Bewohner ist versorgt mit		
	Magensonde	7	0,0
	PEG-Sonde	1.849	1,8
	PEJ-Sonde	46	0,0

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
12.3	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	allen	64,3
12.4	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	allen	62,5
12.5/T7	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	allen	95,3
12.6/T10	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	allen	97,2
12.7/T8	Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsvorsorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	63,7	91,1
12.8/T11	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	62,1	93,2
12.9/T9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	allen	98,1
12.10/T12	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	allen	99,5
12.11/T28	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmacksinn angeregt?	3,1	83,5

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2016

Harninkontinenz

Untersuchte Personen		104.344	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
13.1	Der Bewohner ist versorgt mit		
13.1a	suprapubischem Dauerkatheter	4.281	4,1
13.1b	transurethralem Katheter	6.733	6,5
13.1c	Inkontinenzprodukten	80.833	77,5
		Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
Frage	Kriterium	(in Prozent)	(in Prozent)
13.2	Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	allen	71,4
13.3/T16	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkathe- ter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	73,7	94,6
13.4/T17	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenka- theter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	71,1	93,9

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2016

Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Untersuchte Personen		104.344	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
14.1	Orientierung und Kommunikation		
14.1a	sinnvolles Gespräch möglich	allen	66,1
14.1b	nonverbale Kommunikation möglich	allen	93,3
14.1c	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	allen	34,8
14.2/T33	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	69,8	97,1
14.3/T34	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	57,3	98,8
14.4/T35	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	70,1	99,1
14.5/T40	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	70,2	95,9
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

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2016

Körperpflege

Untersuchte Personen		104.344	
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?	88,4	94,8
15.4/T30	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	68,7	98,7

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2016

Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Untersuchte Personen		104.344	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	allen	94,6
16.2/T21	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	8,9	92,5
16.3/T20	Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?	8,4	88,3
16.4/T31	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	allen	98,9
16.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	allen	97,9
16.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	33,3	89,6

Zufriedenheitsbefragung

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2016

Struktur der befragten Bewohner

Untersuchte Personen	71.335	
	Anzahl	in Prozent
18.2d: Alter		
bis unter 20 Jahre	126	0,2
20 bis unter 45 Jahre	308	0,4
45 bis unter 65 Jahre	4.694	6,6
65 bis unter 80 Jahre	16.118	22,6
80 bis unter 90 Jahre	30.758	43,1
90 Jahre und älter	19.331	27,1
18.2e: Pflegestufe		
Pflegestufe I	33.751	47,3
Pflegestufe II	27.947	39,2
Pflegestufe III	9.460	13,3
Pflegestufe III Härtefall	177	0,2
18.2f: Einschränkung der Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung	41.546	58,2

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2016

Befragung der Bewohner

Befragte Personen		71.335					
Frage	Kriterium	Kriterium davon relevant beantwortet von					
		bei	immer	häufig	gelegentlich	nie	
		(in Prozent)					
18.3/T67	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?	allen	98,9	93,4	5,8	0,8	0,0
18.4/T68	Nehmen sich die Mitarbeiter ausreichend Zeit für Sie?	99,2	83,1	88,2	8,9	2,5	0,4
18.5/T60	Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?	96,0	68,6	95,8	2,7	1,0	0,5

Frage	Kriterium	Kriterium davon relevant beantwortet von bei tet von					nie
		immer	häufig	gelegentlich	(in Prozent)		
18.6/T61	Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?	allen	55,9	99,4	0,3	0,1	0,3
18.7/T62	Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	80,4	68,9	99,1	0,6	0,2	0,2
18.8/T63	Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?	76,1	61,8	99,4	0,3	0,1	0,1
18.9/T69	Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	66,3	66,3	97,8	1,1	0,4	0,6
18.10/T70	Schmeckt Ihnen das Essen?	99,4	98,1	83,5	12,1	3,9	0,5
18.11/T66	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?	97,7	75,7	94,2	1,4	0,7	3,7
18.12/T71	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?	99,3	78,1	98,1	1,5	0,3	0,1
18.13/T72	Bekommen Sie jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?	99,4	87,5	99,7	0,2	0,1	0,0
18.14/T73	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?	95,4	75,0	90,0	6,3	3,0	0,7
18.15/T74	Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht?	95,8	78,7	98,0	1,1	0,6	0,2
18.16/T75	Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können?	81,3	65,7	94,4	2,1	2,2	1,2
18.17/T76	Können Sie jederzeit Besuch empfangen, wann Sie wollen?	90,6	78,1	99,9	0,1	0,0	0,0
18.18/T85	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?	allen	75,3	97,3	2,0	0,6	0,1
18.19/T77	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?	78,2	65,5	90,3	7,6	1,9	0,2
18.20/T64	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?	34,1	23,4	66,8	14,6	8,5	10,1

Einrichtungsbezogene Prozess- und Strukturqualität

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2016

Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

Geprüfte Einrichtungen		13.304	
	Anzahl	in Prozent	
1.3g: an der Prüfung Beteiligte*			
keine	12.081	90,8	
Pflegekasse	67	0,5	
Sozialhilfeträger	5	0,0	
nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	1.146	8,6	
Gesundheitsamt	129	1,0	
Trägerverband	623	4,7	
sonstige	526	4,0	
1.4a-c: Prüfungsauftrag			
Regelprüfungen	12.676	95,3	
Anlassprüfungen	478	3,6	
Wiederholungsprüfungen	150	1,1	
	davon:		
	Wiederholungsprüfung	147	98,0
	Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung	3	2,0
1.2j: Trägerart			
privat	5.411	40,7	
freigemeinnützig	7.409	55,7	
öffentlich	464	3,5	
nicht zu ermitteln	20	0,2	
1.2s: Zertifizierung			
liegt vor	1.752	13,2	
liegt nicht vor	11.552	86,8	
1.5: Plätze in der vollstationären Pflege (nur Regelprüfungen)			
	Anzahl	Mittelwert	
vorgehaltene Plätze	762.567	62,2	
belegte Plätze	703.339	57,2	

*Mehrfachnennungen möglich

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2016

Allgemeine Angaben

Geprüfte Einrichtungen		13.304	
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	99,9
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	99,1
2.3	Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz trifft für die stationäre Pflegeeinrichtung Folgendes zu:		
2.3a/T37	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	89,7	99,2
2.3b/T38	Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?	84,0	99,8
2.3c/T39	Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?	99,0	99,6

 Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2016

 Ablauforganisation

Geprüfte Einrichtungen

13.304

Frage	Kriterium	Kriterium ausgesucht 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	99,0
4.1b	personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt	allen	98,7
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von ungelerten Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	95,3	89,2
4.5	Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat?	allen	94,2

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2016

Qualitätsmanagement			
Geprüfte Einrichtungen		13.304	
Frage	Kriterium	Kriterium ausgewählt bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
5.1	Liegt die Zuständigkeit für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?	allen	98,3
5.2	Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?		
5.2a	Dekubitusprophylaxe	37,0	90,3
5.2b	pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz	17,1	86,9
5.2c	pflegerisches Schmerzmanagement – chronischer Schmerz	25,2	84,6
5.2d	Sturzprophylaxe	39,5	89,2
5.2e	Kontinenzförderung	31,6	86,9
5.2f	chronische Wunden	25,1	87,4
5.2g	Ernährungsmanagement	27,0	88,8
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 einer Woche beschäftigt sind)	allen	94,9
5.4b	Nennung der Qualifikation	allen	96,9
5.4c	Vor- und Zunamen	allen	98,7
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	74,0
5.7/T50	Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?	allen	98,6

 Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2016

 Hygiene

Geprüfte Einrichtungen

13.304

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

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2016

Verpflegung

Geprüfte Einrichtungen		13.304	
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	98,8
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?	99,1	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	97,4
7.4a	Es gibt ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen.	97,5	99,5
7.5/T59	Werden Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten?	allen	99,4

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2016

Soziale Betreuung

Geprüfte Einrichtungen		13.304	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
8.1	Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?		
8.1a/T42	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?	allen	99,6
8.1b/T43	Werden im Rahmen der Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?	allen	98,7
8.1c/T44	Gibt es Aktivitäten zur Förderung der Kontaktaufnahme/-pflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?	allen	99,4
8.1d/T45	Gibt es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen?	allen	99,7
8.3/T46	Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?	allen	99,4
8.6	durchschnittlicher Stellenumfang der für die soziale Betreuung beschäftigten Mitarbeiter (ohne Mitarbeiter nach § 87b SGB XI)	0,30	
8.7	Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 87b SGB XI Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf vereinbart?	allen	92,8
	wenn ja, durchschnittlicher Stellenumfang	0,28	
8.8	Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?		
8.8a	Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt?	92,8	87,4
8.8b	Verfügen die eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte über die erforderlichen Qualifikationen gemäß § 4 der Betreuungskräfte-Richtlinie?	92,8	95,7
8.8c	Haben alle eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte im vergangenen Jahr nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-Richtlinie an Fortbildungsmaßnahmen im Umfang von insgesamt mindestens zweitägigen Fortbildungsmaßnahmen teilgenommen?	88,0	89,1

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
8.8d	Ist gewährleistet, dass zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte-Richtlinie nicht regelmäßig grund- und pflegerische sowie hauswirtschaftliche Maßnahmen durchführen?	92,8	93,7
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	97,1
8.9b/T48	Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?	allen	94,9
8.10/T49	Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?	allen	99,8

Ambulante Pflege

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Allgemeine Angaben

Untersuchte Personen	70.538	
	Anzahl	in Prozent
9.2c: Alter		
bis unter 20 Jahre	163	0,2
20 bis unter 45 Jahre	570	0,8
45 bis unter 65 Jahre	4.045	5,7
65 bis unter 80 Jahre	16.826	23,9
80 bis unter 90 Jahre	33.241	47,1
90 Jahre und älter	15.693	22,2
9.2f: Pflegestufe		
Pflegestufe I	37.671	53,4
Pflegestufe II	22.557	32,0
Pflegestufe III	10.065	14,3
Pflegestufe III Härtefall	245	0,3
9.2g: Einschränkung der Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung	22.027	31,2

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Behandlungspflege 1/2

Untersuchte Personen		70.538	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
10.1/T27	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	24,0	90,2
10.2	Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen?	2,2	83,6
10.3	Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?	1,1	75,3
10.4/T21	Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?	1,0	86,8
10.5	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	0,3	69,9
10.6/T20	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	1,8	88,5
10.7/T22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	5,8	92,3
10.8	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	0,3	78,2
10.9	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	0,7	87,6
10.10	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	0,9	88,2
10.11	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	2,0	88,6
10.12	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	0,2	65,5
10.13	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	0,0	6,5
10.14	Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen?	2,1	90,9
10.15	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	0,1	37,3

TABELLENANHANG

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
10.16/T19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	43,0	88,3
10.17	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	2,0	87,4
10.18/T23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	12,6	90,7

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Behandlungspflege 2/2

Untersuchte Personen		70.538	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
10.19	Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	0,1	64,9
10.20	Hat der Pflegebedürftige chronische Schmerzen?	allen	43,5
10.21	Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	16,4	75,3
10.22/T25	Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	3,3	92,1
10.23/T26	Wird die Stomabehandlung entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	0,6	87,7
10.24	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	2,1	83,3
10.25	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?	0,1	27,5
10.28	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunden/des Dekubitus nachvollziehbar?	5,2	93,4
10.29/T18	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden/des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	5,2	86,9
10.30	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden/Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	5,3	81,6
10.31	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden/des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	5,0	89,3
10.32/T24	Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen?	27,6	91,9
10.26	vorliegende Wunden – untersuchte Personen		
	mit Dekubitus	2.074	2,9
	mit Ulcus Cruris	1.547	2,2
	mit diabetischem Fußsyndrom	188	0,3
	mit sonstigen chronischen Wunden	1.343	1,9

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Mobilität

Untersuchte Personen

70.538

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?	81,6	92,8
11.5	Wurde bei vorliegendem Sturzrisiko eine Beratung durchgeführt?	79,1	89,5
11.7	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z. B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?	29,4	82,4
11.8/T11	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dies dann erfasst?	32,4	87,9
11.9/T12	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?	13,0	85,7
11.11	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen bei Kontraktur- gefahr über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Lagerungs- und Bewegungsplan, aktive und passive Bewegungsübungen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel)?	53,6	79,6
11.12/T13	Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kon- trakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt?	59,1	82,5

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Untersuchte Personen		70.538	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
12.1d	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten		
	zugenommen	3.569	5,1
	konstant	24.185	34,3
	relevante Abnahme	1.108	1,6
	kann nicht ermittelt werden	41.676	59,1
14.2a	Der Pflegebedürftige ist versorgt mit		
	Magensonde	26	0,0
	PEG-Sonde	2.589	3,7
	PEJ-Sonde	95	0,1
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
12.5	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung beraten (z. B. Angaben zur Trinkmenge, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Berücksichtigung individueller Besonderheiten, Vorlieben, Abneigungen)?	25,0	84,8
12.6/T5	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten?	1,3	91,0
12.7/T4	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	12,1	94,0
12.8/T3	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	8,5	94,9
12.9	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Ernährung beraten (z. B. Angaben zur Nahrungsmenge, individuelle Gewichtskontrollen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Berücksichtigung individueller Besonderheiten, Vorlieben, Abneigungen, Diäten, Unverträglichkeiten)?	24,9	82,5
12.10/T8	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten?	2,4	84,7

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
12.11/T7	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	13,6	93,0
12.12/T6	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?	9,4	93,4
12.13/T2	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	12,6	93,3

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Ausscheidung

Untersuchte Personen		70.538	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
13.3	Werden Pflegebedürftige/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
13.4/T9	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	42,5	89,8
13.5/T10	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	42,4	91,0

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Umgang mit Demenz

Untersuchte Personen		70.538	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
14.2	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?	17,9	77,4
14.3/T15	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?	20,9	93,1
14.4/T16	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?	17,6	80,6

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Untersuchte Personen		70.538	
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?	98,1	95,4
15.4/T28	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?	49,4	95,5
15.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	allen	95,4
15.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	28,0	89,7
15.7/T17	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	1,6	89,7

Abrechnungsprüfung

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Abrechnungsprüfung

Untersuchte Personen		6.079	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
18.1.1: Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?			
ja		5.450	89,7
nein		629	10,3
18.1.3: Anzahl Personen, bei denen Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden			
		5.884	96,8
18.1.5: Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?			
ja		5.482	93,2
nein		387	6,6
trifft nicht zu		15	0,3
nicht nachvollziehbar, weil*			
	Leistungen gar nicht erbracht	56	14,5
	Leistungen häufiger in Rechnung gestellt als erbracht	61	15,8
	andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt als erbracht	75	19,4
	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan nicht überein stimmen	132	34,1
	Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen nicht überein stimmen	57	14,7
	fehlende Handzeichen	25	6,5
	sonstiges	52	13,4

*Mehrfachnennungen möglich

Untersuchte Personen		6.079	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
18.1.6:	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?		
ja		5.472	93,0
nein		350	5,9
trifft nicht zu		62	1,1
nicht nachvollziehbar, weil*			
	Abrechnungsausschlüsse missachtet	37	10,6
	Leistungen nicht vollständig erbracht	117	33,4
	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet	49	14,0
	Qualifikationsanforderungen unterlaufen	60	17,1
	sonstiges	87	24,9

 Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

 Abrechnungsprüfung

Untersuchte Personen		6.079	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
18.1.8:	Anzahl Personen, bei denen Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden	548	9,0
18.1.10:	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?		
ja		518	94,5
nein		24	4,4
trifft nicht zu		6	1,1
nicht nachvollziehbar, weil*			
	Leistungen gar nicht erbracht	1	4,2
	Leistungen häufiger in Rechnung gestellt als erbracht	2	8,3
	andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt als erbracht	4	16,7
	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan nicht überein stimmen	4	16,7
	Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen nicht überein stimmen	4	16,7
	fehlende Handzeichen	4	16,7
	sonstiges	6	25,0

Untersuchte Personen		6.079	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
18.1.11: Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?			
ja		521	95,1
nein		18	3,3
trifft nicht zu		9	1,6
nicht nachvollziehbar, weil*			
	Abrechnungsausschlüsse missachtet	4	22,2
	Leistungen nicht vollständig erbracht	2	11,1
	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet	2	11,1
	Qualifikationsanforderungen unterlaufen	0	0,0
	sonstiges	10	55,6

*Mehrfachnennungen möglich

 Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

 Abrechnungsprüfung

Untersuchte Personen

6.079

Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
18.1.13:	Anzahl Personen, bei denen Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden	1.901	31,3
18.1.15:	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?		
ja		1.779	93,6
nein		106	5,6
trifft nicht zu		16	0,8
nicht nachvollziehbar, weil*			
	Leistungen gar nicht erbracht	7	6,6
	Leistungen häufiger in Rechnung gestellt als erbracht	14	13,2
	andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt als erbracht	8	7,5
	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan nicht überein stimmen	38	35,8
	Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen nicht übereinstimmen	13	12,3
	fehlende Handzeichen	7	6,6
	sonstiges	30	28,3

Untersuchte Personen		6.079	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
18.1.16: Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?			
ja		1.793	94,3
nein		69	3,6
trifft nicht zu		39	2,1
nicht nachvollziehbar, weil*			
	Abrechnungsausschlüsse missachtet	9	13,0
	Leistungen nicht vollständig erbracht	16	23,2
	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet	5	7,2
	Qualifikationsanforderungen unterlaufen	2	2,9
	sonstiges	41	59,4

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Abrechnungsprüfung

Untersuchte Personen **6.079**

Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
18.2.1:	Welche Leistungen nach § 37 Abs. 1, 1a und 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?		
	keine	2.367	38,9
	Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit	5	0,1
	Ausscheidungen	3	0,0
	Ernährung	3	0,0
	Körperpflege	5	0,1
	hauswirtschaftliche Versorgung	2	0,0
	absaugen	42	0,7
	Anleitung bei der Behandlungspflege	1	0,0
	Beatmungsgerät, Bedienung/Überwachung	23	0,4
	Blasenspülung	8	0,1
	Blutdruckmessung	62	1,0
	Blutzuckermessung	298	4,9
	Dekubitusbehandlung	75	1,2
	Drainagen, überprüfen, versorgen	12	0,2
	Einlauf/Klistier/Klysma und digitale Enddarmausräumung	48	0,8
	Flüssigkeitsbilanzierung	12	0,2
	Infusionen, i.v.	10	0,2
	Infusionen, s.c.	33	0,5
	Inhalationen	38	0,6
	Injektionen	616	10,1
	Injektionen, richten von	22	0,4
	Instillationen	3	0,0
	Kälteträger, auflegen von	2	0,0
	Katheter, Versorgung eines suprapubischen	63	1,0
	Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins	157	2,6

Untersuchte Personen	6.079	
	Anzahl	in Prozent
Krankenbeobachtung, spezielle	143	2,4
Magensonde, legen und wechseln	0	0,0
Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Installationen, Inhalationen)	2.492	41,0
Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose	1	0,0
Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei	74	1,2
psychiatrische Krankenpflege	1	0,0
Stomabehandlung	22	0,4
Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der Kanüle	49	0,8
Venenkatheter, Pflege des zentralen	0	0,0
Verbände	1.857	30,5

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Abrechnungsprüfung

Untersuchte Personen **6.079**

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	3.760	61,9
18.2.3: Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?			
ja		3.540	94,1
nein		193	5,1
trifft nicht zu		27	0,7
nicht nachvollziehbar, weil*			
	Leistungen gar nicht erbracht	24	12,4
	Leistungen häufiger in Rechnung gestellt als erbracht	36	18,7
	andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt als erbracht	11	5,7
	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan nicht überein stimmen	112	58,0
	Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen nicht überein stimmen	21	10,9
	fehlende Handzeichen	16	8,3
	sonstiges	19	9,8

Untersuchte Personen		6.079	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
18.2.4:	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertrags- konform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?		
ja		3.462	92,1
nein		267	7,1
trifft nicht zu		31	0,8
nicht nachvollziehbar, weil*			
	Abrechnungsausschlüsse missachtet	8	3,0
	Leistungen nicht vollständig erbracht	38	14,2
	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet	21	7,9
	Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch missachtet	8	3,0
	Qualifikationsanforderungen unterlaufen	155	58,1
	Leistung nicht erforderlich war	18	6,7
	sonstiges	45	16,9

*Mehrfachnennungen möglich

 Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

 Abrechnungsprüfung

 Untersuchte Personen 6.079

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	12	0,2
<hr/>			
18.2.6:	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		4	33,3
nein		0	0,0
trifft nicht zu		8	66,7

Zufriedenheitsbefragung

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Struktur der befragten Pflegebedürftigen

Befragte Personen	66.507	
	Anzahl	in Prozent
17.2c: Alter		
bis unter 20 Jahre	131	0,2
20 bis unter 45 Jahre	501	0,8
45 bis unter 65 Jahre	3.890	5,8
65 bis unter 80 Jahre	15.682	23,6
80 bis unter 90 Jahre	31.566	47,5
90 Jahre und älter	14.737	22,2
17.2e: Pflegestufe		
Pflegestufe I	37.423	56,3
Pflegestufe II	21.757	32,7
Pflegestufe III	7.204	10,8
Pflegestufe III Härtefall	123	0,2
17.2f: Einschränkung der Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung	17.297	26,0

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Befragung der Pflegebedürftigen

Befragte Personen		66.507					
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon beantwortet von	immer	häufig	gelegentlich	nie
				(in Prozent)			
17.3/T39	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?	allen	36,5	ja: 99,2			nein: 0,8
17.4/T38	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?	allen	39,8	ja: 99,6			nein: 0,4
17.5/T40	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?	allen	90,1	96,2	2,9	0,7	0,3
17.6/T42	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?	allen	94,4	ja: 97,5			nein: 2,5
17.7/T43	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?	75,0	77,6	99,4	0,4	0,2	0,1
17.8/T45	Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?	allen	77,6	ja: 99,4			nein: 0,6
17.9/T48	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?	allen	99,7	98,5	1,4	0,1	0,0
17.10/T44	Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	94,2	83,8	99,5	0,3	0,1	0,1
17.11/T41	Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	49,3	73,9	99,6	0,3	0,1	0,1
17.12/T47	Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre?	98,5	82,3	99,7	0,2	0,1	0,0
17.13/T49	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?	44,4	75,9	97,7	1,9	0,4	0,0
17.14/T46	Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?	16,9	43,3	85,1	7,4	3,7	3,8

Einrichtungsbezogene Prozess- und Strukturqualität

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

Geprüfte Einrichtungen	12.810		
	Anzahl	in Prozent	
1.3g: an der Prüfung Beteiligte*			
keine	11.831	92,4	
Pflegekasse	42	0,3	
Sozialhilfeträger	11	0,1	
Gesundheitsamt	6	0,0	
Trägerverband	470	3,7	
sonstige	488	3,8	
1.4a-c: Prüfungsauftrag			
Regelprüfungen	12.506	97,6	
Anlassprüfungen	255	2,0	
Wiederholungsprüfungen	49	0,4	
	davon:		
	Wiederholungsprüfung	47	95,9
	Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung	2	4,1
1.2j: Trägerart			
privat	8.416	65,7	
freigemeinnützig	4.255	33,2	
öffentlich	118	0,9	
nicht zu ermitteln	21	0,2	
1.2q: Zertifizierung			
liegt vor	642	5,0	
liegt nicht vor	12.168	95,0	
1.6: Versorgte Personen (nur Regelprüfungen)		1.202.175	
davon Leistungsempfänger nach:			
ausschließlich SGB XI	186.213	15,5	
ausschließlich SGB V	423.129	35,2	
SGB XI und SGB V	337.050	28,0	
sonstige	257.111	21,4	

*Mehrfachnennungen möglich

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Allgemeine Angaben

Geprüfte Einrichtungen
12.810

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
2.2/T30	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?	allen	99,1
2.3/T29	Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?	allen	98,3

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Aufbauorganisation Personal

Geprüfte Einrichtungen
12.810

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/T35	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?	allen	99,0
3.1g/T36	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?	76,1	97,1

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Ablauforganisation

Geprüfte Einrichtungen		12.810	
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	97,3
4.1b	personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt	allen	99,1
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	92,1	88,4
4.6/T37	Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?	allen	97,9

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Qualitätsmanagement

Geprüfte Einrichtungen		12.810	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
6.3	Werden die für die ambulante Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP ^B im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt oder sind konkrete Maßnahmen in dieser Hinsicht geplant?		
6.3a	Dekubitutprophylaxe	allen	92,9
6.3b	pflegerisches Schmerzmanagement	98,5	89,0
6.3c	Sturzprophylaxe	allen	92,1
6.3d	Kontinenzförderung	allen	91,6
6.3e	chronische Wunden	allen	92,1

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
6.5	Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt?		
6.5a	Istanalyse, Zielformulierung und Maßnahmenplanung (plan)	allen	92,4
6.5b	Umsetzung (do)	allen	90,5
6.5c	Überprüfung der Wirksamkeit (check)	allen	85,5
6.5d	Anpassung der Maßnahmen (act)	allen	84,4
6.7/T34	Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?	allen	96,5
6.10	Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt?		
6.10a	geregelte Übergabe	allen	99,2
6.10b	regelmäßige Dienstbesprechungen	allen	96,2
6.10c	schriftlich fixierte Regelungen (z. B. Dienstanweisungen, Rundschreiben, Aushang)	allen	99,6
6.11	Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Pflegebedürftigen?		
6.11a/T32	Werden die Mitarbeiter regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	allen	92,1
6.11b/T31	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?	allen	99,0
6.12/T33	Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?	allen	98,3

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2016

Hygiene

Geprüfte Einrichtungen		12.810	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in Prozent)	davon Kriterium erfüllt (in Prozent)
8.1	Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?		
8.1a	Innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	allen	96,1
8.1b	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	allen	97,6
8.1c	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	allen	87,0
8.1d	Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen sind Mitarbeitern bekannt	allen	93,8
8.1e	alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	allen	97,4
8.2	Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Institutes nachweislich bekannt?		
8.2a	Empfehlung zur Händehygiene bekannt	allen	93,3
8.2b	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle katheterassoziierter Harnwegsinfektionen bekannt	allen	90,0
8.2c	Empfehlung zur Prävention der nosokomialen Pneumonie bekannt	allen	97,7
8.2d	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von MRSA in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen bekannt	allen	91,3
8.4	Wenn vom Pflegedienst Pflegebedürftige mit MRSA betreut werden: Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	25,2	92,8

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