



4. 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
Dr. Hans Gerber, MDK Bayern
Diane Hollenbach, MDK Mecklenburg-Vorpommern
Ingo Kowalski, MDS
Cornelia Krüger, MDK Bayern
Dr. Barbara Mittnacht, GKV-Spitzenverband
Kerstin Vogt, MDK Sachsen
Doris Wenzel, MDK Thüringen

Gestaltung

fountain design studio
40229 Düsseldorf

Titelbild

MDK/Krüper

Satz

BestPage Kommunikation RheinRuhr KG
45481 Mülheim an der Ruhr

Druck

asmuth druck + crossmedia gmbh & co. kg
50829 Köln

VORWORT

Die Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste und stationärer Pflegeeinrichtungen haben sich als wichtiges Arbeitsfeld der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und des PKV-Prüfdienstes etabliert. Inzwischen werden alle Pflegeeinrichtungen jährlich einmal einer Qualitätsprüfung unterzogen, und ein Teil der Prüfergebnisse wird im Rahmen von Transparenzberichten veröffentlicht.

Die mit dem vorliegenden vierten Pflege-Qualitätsbericht dargestellten positiven Entwicklungen in der Pflegequalität zeigen, dass sich die regelmäßigen Prüfungen und Beratungen gepaart mit der Veröffentlichung von Prüfergebnissen grundsätzlich bewährt haben.

Bereits in der Vergangenheit unterlag die externe Qualitätsprüfung sowohl hinsichtlich Häufigkeit und Durchführung als auch hinsichtlich der Prüfinhalte einer stetigen Dynamik. Diese Entwicklung wird sich in den nächsten Jahren verstärkt fortsetzen. So werden derzeit für die vollstationäre Pflege die Weichen für die Neuausrichtung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements auf der Grundlage von Ergebnisindikatoren gestellt. Parallel zu diesem Prozess wird die externe Qualitätsprüfung inhaltlich weiterentwickelt, so dass auch zukünftig einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und externe Qualitätsprüfung effektiv ineinandergreifen und sich gegenseitig befruchten können. Dabei ist zu prüfen, welche Aspekte sich bewährt haben, welche Prüfinhalte überholt sind und an welchen Stellen inhaltliche Ergänzungen sinnvoll sind. Die Vorschläge zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation „Strukturmodell zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Pflege“ sind dabei ebenfalls zu berücksichtigen. Die Qualitätsprüfungen des MDK können als Katalysator zur Verbreitung dieses ressourcenschonenden Ansatzes wirken.

Auch für den ambulanten Pflegesektor sind Lösungen zu erarbeiten, wie Qualitätsmanagement und externe Qualitätsprüfung weiterentwickelt werden können.

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) sowie die MDK werden ihre Kompetenz und ihren großen Erfahrungsschatz aus externen Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen in den Prozess der Weiterentwicklung einbringen.

Essen, im Dezember 2014



Dr. Volker Hansen
Vorsitzender des MDS-Verwaltungsrates



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer des MDS



INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung	8
1. Einführung	14
1.1 Vorbemerkung	15
1.2 Prüfrechte und Prüfablauf	16
1.3 Profession und Qualifikation der Prüfer	18
1.4 Pflegeinfrastruktur	19
1.4.1 Stationäre Pflege	19
1.4.2 Ambulante Pflege	19
1.5 Datengrundlage	19
2. Prüfungen und Ergebnisse in der stationären Pflege	22
2.1 Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der stationären Pflege	23
2.2 Strukturdaten der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen und der in die Prüfung einbezogenen Bewohner	24
2.3 Ergebnisse in der stationären Pflege	25
2.3.1 Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der stationären Pflege	25
2.3.2 Einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in der stationären Pflege	35
2.3.3 Zufriedenheit in der stationären Pflege	38
3. Prüfungen und Ergebnisse in der ambulanten Pflege	40
3.1 Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der ambulanten Pflege	41
3.2 Strukturdaten der geprüften ambulanten Pflegedienste und der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen	42
3.3 Ergebnisse in der ambulanten Pflege	44
3.3.1 Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der ambulanten Pflege	44
3.3.2 Einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege	54
3.3.3 Zufriedenheit in der ambulanten Pflege	57
4 Zukunft der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI	58
4.1 Ausgangslage	59
4.2 Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege	61
4.2.1 Modell für die Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege	61
4.2.2 Mögliches Inhaltsspektrum der zukünftigen Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege	63
4.2.3 Prozessschritte für die Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege	64
4.3 Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege	65
4.4 Fazit	65

Literatur	66
Anhang	70
Kurzberichte der MDK und des PKV-Prüfdienstes	71
MDK Baden-Württemberg	71
MDK Bayern	77
MDK Berlin-Brandenburg	81
MDK Bremen	84
MDK Hessen	86
MDK Mecklenburg-Vorpommern	88
MDK Niedersachsen	92
MDK Nord	94
MDK Nordrhein	97
PKV Prüfdienst	100
MDK Rheinland-Pfalz	105
MDK Saarland	108
MDK Sachsen	110
MDK Sachsen-Anhalt	115
MDK Thüringen	117
MDK Westfalen-Lippe	122
Tabellenanhang	126
Stationäre Pflege	127
Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität	127
Zufriedenheitsbefragung	133
Einrichtungsbezogene Prozess- und Strukturqualität	135
Ambulante Pflege	142
Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität	142
Zufriedenheitsbefragung	150
Einrichtungsbezogene Prozess- und Strukturqualität	152

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Mitarbeiter nach Zusatzqualifikation	18
Tabelle 2:	Anzahl Datensätze und einbezogene Bewohner und Mittelwert einbezogene Bewohner 2013 stationäre Pflege	20
Tabelle 3:	Anzahl Datensätze und einbezogene Pflegebedürftige und Mittelwert einbezogene Pflegebedürftige 2013 ambulante Pflege	20
Tabelle 4:	Stationäre Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarten	23
Tabelle 5:	Stationäre Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen	24
Tabelle 6:	Stationäre Pflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart und Zertifizierung	25
Tabelle 7:	Stationäre Pflege – Einbezogene Bewohner nach Pflegestufen	25
Tabelle 8:	Stationäre Pflege – Bewohner mit chronischen Wunden	27
Tabelle 9:	Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien der Behandlungspflege	28
Tabelle 10:	Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Mobilität	30
Tabelle 11:	Stationäre Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungssonden	31
Tabelle 12:	Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien zum Essen und Trinken	32
Tabelle 13:	Stationäre Pflege – Versorgung mit Kathetern und Inkontinenzprodukten	33
Tabelle 14:	Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Inkontinenz, Demenz, Körperpflege	34
Tabelle 15:	Stationäre Pflege – Freiheitseinschränkende Maßnahmen	35
Tabelle 16:	Stationäre Pflege – Anleitung und Überprüfung von Hilfskräften	36
Tabelle 17:	Stationäre Pflege – Qualitätsmanagement nach dem PDCA-Zyklus	37
Tabelle 18:	Stationäre Pflege – Hygienemanagement	37
Tabelle 19:	Stationäre Pflege – Angebotsplanung soziale Betreuung	38
Tabelle 20:	Ambulante Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarten	41
Tabelle 21:	Ambulante Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen	42
Tabelle 22:	Ambulante Pflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart und Zertifizierung	42
Tabelle 23:	Ambulante Pflege – Leistungsarten der betreuten Personen	43
Tabelle 24:	Ambulante Pflege – Einbezogene Pflegebedürftige nach Pflegestufen	43
Tabelle 25:	Ambulante Pflege – Anteilswerte prüfbarer Kriterien zur Behandlungspflege	44
Tabelle 26:	Ambulante Pflege – Pflegebedürftige mit chronischen Wunden	47
Tabelle 27:	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien der Behandlungspflege	48
Tabelle 28:	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Mobilität	51
Tabelle 29:	Ambulante Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungssonden	52
Tabelle 30:	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zum Essen und Trinken	53
Tabelle 31:	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Ausscheidung, Demenz, Körperpflege	54
Tabelle 32:	Ambulante Pflege – Anleitung und Überprüfung von Hilfskräften	55
Tabelle 33:	Ambulante Pflege – Qualitätsmanagement nach dem PDCA-Zyklus	56
Tabelle 34:	Ambulante Pflege – Hygienemanagement	57
Abbildung 1:	Modell zur Verknüpfung der externen Qualitätsprüfungen durch MDK mit Ergebnisindikatoren in der stationären Pflege	62

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 vierten 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. Die Qualitätsentwicklung wird in diesem Bericht auf der Basis der Prüfergebnisse aus dem Jahr 2013 im Vergleich zu den Ergebnissen des dritten Pflegequalitätsberichtes (2012) gesondert für die ambulante und die stationäre Pflege dargestellt. Prüfgrundlage für den aktuellen Berichtszeitraum sind die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) aus dem Jahr 2009.

Bei den Qualitätsprüfungen werden von den MDK und dem PKV-Prüfdienst 777 Mitarbeiter eingesetzt. Dabei handelt es sich fast ausschließlich (97 %) um Pflegefachkräfte. Die Mitarbeiter zeichnen sich durch ein hohes Qualifikationsniveau aus, so verfügen beispielsweise 78,1 % über eine Auditoren-Qualifikation, 52,8 % über eine leitungsbezogene Weiterbildung und 35,0 % der Mitarbeiter haben einen pflegeorientierten oder einen anderen Studiengang absolviert.

Im Jahr 2011 gab es nach Angaben der Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes 12.354 zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und 13.340 zugelassene ambulante Pflegedienste. In diesen ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen sind die Qualitätsprüfungen der MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes durchzuführen. Nach den Angaben des statistischen Bundesamtes für das Jahr 2011 war die Mehrzahl der Heime in freigemeinnütziger Trägerschaft (54 %), die meisten ambulanten Pflegedienste befanden sich in privater Trägerschaft (62,9 %).

Für die stationäre Pflege lagen dem MDS für 2013 Daten aus 12.190 Qualitätsprüfungen zur Auswertung vor. Bei diesen Prüfungen wurde die Versorgungsqualität bei 85.237 Bewohnern überprüft. Für die ambulante Pflege lagen dem MDS Daten aus 11.021 Qualitätsprüfungen vor, bei denen die Versorgungsqualität bei 61.694 Pflegbedürftigen überprüft worden ist.¹

Stationäre Pflege

In der stationären Pflege sind die jährlichen Regelprüfungen mit 94,8 % die dominierende Prüfungsart. Anlass- und Wiederholungsprüfungen spielen hingegen nur eine marginale Rolle.

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.

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 dritten Qualitätsbericht zeigen sich in der stationären Pflege bei den Ergebnissen für das Jahr 2013 zum Teil deutliche Verbesserungen. Diese Verbesserungen sind maßgeblich durch die externen Qualitätsprüfungen der MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes befördert worden. In dieser Zusammenfassung werden einige zentrale Entwicklungen zur Versorgungsqualität angesprochen.

Das Prüfkriterium zum Umgang mit Medikamenten war bei 92,6 % (78.953) der einbezogenen Bewohner relevant. Der Umgang mit Medikamenten war bei 86,2 % dieser Bewohner sachgerecht (dritter Bericht 81,8 %). Bei 13,8 % der Bewohner war der Umgang mit Medikamenten nicht sachgerecht, so dass z. B. falsche Medikamente gerichtet waren oder Medikamente nicht bewohnerbezogen aufbewahrt worden sind.

Der Anteil der in die Prüfung einbezogenen Bewohner mit einem Dekubitus lag im Jahre 2013 bei 3,8 % (3.213) (dritter Bericht 4,4 %).

Der Rückgang der Druckgeschwüre korrespondiert mit den festgestellten Verbesserungen bei den Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs. Bei 43,3 % (36.930) der in die Prüfungen einbezogenen Bewohner waren aufgrund eines Risikos Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs erforderlich. Bei 75,6 % dieser Bewohner wurden die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt. Beim dritten Qualitätsbericht lag dieser Anteil noch bei 59,3 %.

Bei 6,1 % (5.212) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner konnte beurteilt werden, ob die Maßnahmen zur Behandlung einer chronischen Wunde oder eines Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens erfolgte. Dies war bei 79 % der betroffenen Bewohner der Fall (dritter Bericht 74,5 %), bei 21 % dieser Bewohner war dies jedoch nicht der Fall und es wurden beispielsweise hygienische Standards bei der Wundversorgung nicht beachtet.

Während beim dritten Qualitätsbericht noch bei 9,1 % der einbezogenen Bewohner eine relevante Gewichtsabnahme zu verzeichnen war, lag dieser Anteil im Jahr 2013 bei 7,6 % (6.474). Gleichzeitig wurden die zur Unterstützung bei der Ernährung erforderlichen Maßnahmen häufiger als beim dritten Pflegequalitätsbericht durchgeführt. Bei 64,4 % (54.873) der Bewohner, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, bestand ein Hilfebedarf bei der Ernährung. Bei 89,3 % dieser Bewohner wurden die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt. Beim letzten Bericht lag dieser Anteil noch bei 79,5 %. Der gleichzeitige Rückgang von Bewohnern mit einem relevanten Gewichtsverlust und die Verbesserung bei der Unterstützung der Bewohner mit erforderlichen Maßnahmen zur Ernährung deuten auf die Wirksamkeit dieser Maßnahmen hin.

¹ Die Differenz zwischen der Anzahl der zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes und der Anzahl der zur Verfügung stehenden Datensätze resultiert insbesondere daraus, dass zum Zeitpunkt der Datenerhebung an den MDS ein Teil der Prüfberichte noch nicht freigegeben ist. Siehe hierzu auch Kapitel 1.5 Datengrundlage. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass nicht alle personenbezogenen Kriterien bei allen in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen überprüft werden können, beispielsweise werden die Kriterien zur Wundversorgung nur bei Personen bewertet, bei denen eine Wunde vorliegt. Daraus ergeben sich bei diesen Kriterien unterschiedliche Fallzahlen.

Der Anteil der in die Prüfung einbezogenen Bewohner mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen lag beim dritten Qualitätsbericht noch bei 20 %. Beim jetzigen Bericht ist ein Rückgang auf 12,5 % (10.627) der einbezogenen Bewohner feststellbar. Bei 91,9 % dieser Bewohner lagen die erforderlichen Einwilligungen oder Genehmigungen vor (dritter Bericht 88,8 %).

Ambulante Pflege

Auch in der ambulanten Pflege sind die jährlichen Regelprüfungen mit 96,8 % die dominierende Prüfungsart. Anlass- und Wiederholungsprüfungen spielen wie in der stationären Pflege nur eine untergeordnete Rolle.

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 dritten Qualitätsbericht zeigen sich in der ambulanten Pflege insgesamt bei den Ergebnissen für das Jahr 2013 zum Teil deutliche Verbesserungen. Auch die Verbesserungen in der ambulanten Pflege sind maßgeblich durch die externen Qualitätsprüfungen der MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes unterstützt worden. In dieser Zusammenfassung werden einige zentrale Entwicklungen zur Versorgungsqualität hervorgehoben.

Bei 47,4 % (29.215) der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen lag eine ärztliche Verordnung zur Medikamentengabe vor. Bei 85,9 % der Pflegebedürftigen mit einer Medikamentenverordnung erfolgte die Medikamentengabe exakt nach der ärztlichen Verordnung (dritter Bericht 77,5 %). Bei 14,1 % dieser Pflegebedürftigen wurden aber z. B. Medikamente, für die keine ärztliche Verordnung vorlag, oder Medikamente mit falscher Wirkstoffkonzentration verabreicht.

5,5 % (3.407) der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen hatten eine chronische Wunde oder einen Dekubitus und es lag zudem eine ärztliche Verordnung zur Wundversorgung vor. Bei diesen Pflegebedürftigen wurde geprüft, ob die Wundversorgung nach dem aktuellen Stand des Wissens erfolgte. Bei 85,7 % der betroffenen Pflegebedürftigen entsprach die Wundversorgung dem aktuellen Wissensstand (dritter Bericht 78,7 %), bei 14,3 % der betroffenen Pflegebedürftigen war dies nicht der Fall, das heißt, z. B. wurden hygienische Grundsätze nicht beachtet oder trotz Erfordernis wurde kein feuchter Wundverband angelegt.

Bei 15,3 % (9.456) der Pflegebedürftigen, bei denen die Versorgungsqualität in der ambulanten Pflege geprüft worden ist, war die Gabe von Schmerzmedikamenten erforderlich. Aufgabe des Pflegedienstes ist es, bei diesen Pflegebedürftigen eine systematische Schmerzeinschätzung durchzuführen, um dem behandelnden Arzt bei Bedarf konkrete Hinweise zur Anpassung der Schmerztherapie geben zu können. Bei 67,9 % der betroffenen Pflegebedürftigen wurde diese Schmerzeinschätzung durchgeführt (dritter Bericht 38,2 %), bei 32,1 % dieser Pflegebedürftigen lag eine entsprechende Schmerzeinschätzung nicht vor.

Pflegedienste können nur für die Qualität der Leistungen nach dem SGB XI verantwortlich gemacht werden, für die sie vom Pflegebedürftigen beauftragt worden sind.

Bei 79,8 % (49.213) der Pflegebedürftigen, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, waren Leistungen zur Mobilität vereinbart. Leistungen zur Mobilität sind meist in andere Leistungskomplexe eingebunden (z. B. große Morgentoilette), sie können aber auch gesondert, z. B. als Transfer vom Bett in die Küche, erbracht werden. Bei 88,8 % der Pflegebedürftigen, bei denen entsprechende Leistungen vereinbart waren, wurden diese auch nachvollziehbar durchgeführt (dritter Bericht 77,4 %), bei 11,2 % der Pflegebedürftigen war nicht nachvollziehbar, dass die Leistungen erbracht worden sind.

Bei 44,2 % (27.273) der Pflegebedürftigen, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, wurden Leistungen zur Unterstützung bei der Ausscheidung bzw. zur Inkontinenzversorgung vom Pflegedienst erbracht. Bei 89,4 % wurden diese Leistungen nachvollziehbar erbracht (dritter Bericht 86,0 %), bei 10,6 % dieser Pflegebedürftigen war dies nicht der Fall.

Pflegedienste haben die fachliche Verpflichtung, die Pflegebedürftigen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zu beraten. Dieser Beratung kommt in der ambulanten Pflege eine zentrale Bedeutung zu, da damit die Pflegebedürftigen in die Lage versetzt werden können, informiert eine Entscheidung über die von ihnen abzurufenden Leistungen zu treffen.

Bei 32,6 % (20.111) der Pflegebedürftigen, die von den MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst im Rahmen der Prüfung in ihrer Wohnung aufgesucht wurden, lag ein Dekubitusrisiko vor und es war somit eine Beratung über erforderliche Maßnahmen notwendig. Bei 73,5 % dieser Pflegebedürftigen war eine Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen nachvollziehbar (dritter Bericht 40,5 %), bei 26,5 % dieser Pflegebedürftigen war dies nicht der Fall.

Bei 32,2 % (19.860) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen war eine Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Ernährung erforderlich. Bei 76 % dieser Pflegebedürftigen erfolgte die erforderliche Beratung. Auch hier zeigt sich im Vergleich zum letzten Bericht (48,1 % erfüllt) eine deutliche Verbesserung bei der Durchführung erforderlicher Beratungen.

Ein Beratungsbedarf bei Personen mit Einschränkungen bei der Kontinenz wurde von den Prüfern bei einem Anteil von 48,1 % (29.690) der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen gesehen. Eine entsprechende Beratung erfolgte bei 72,5 % dieser Pflegebedürftigen, bei 27,5 % der betroffenen Pflegebedürftigen erfolgt diese nicht. Auch hier wurde die Beratung seit dem letzten Bericht (42,1 % erfüllt) häufiger nachvollziehbar durchgeführt.

Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI

Seit Beginn der Pflegeversicherung besteht die Möglichkeit der externen Qualitätsprüfungen durch die MDK. Die externen Qualitätsprüfungen haben die Qualität der Pflegeeinrichtungen offen gelegt und die Qualitätsentwicklung in der Pflege unterstützt. Dies zeigen auch die Ergebnisse des hier vorgelegten Berichtes.

Das Verhältnis von internem Qualitätsmanagement und externer Qualitätsprüfung war im Verlauf der letzten Jahre aber einem stetigen Veränderungsprozess unterworfen. Einer der maßgeblichen Meilensteine war die Einführung von Transparenzberichten, mit denen den Verbrauchern eine Entscheidungshilfe für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung an die Hand gegeben werden

sollte. Die Erwartungen in diese Transparenzberichte konnten aber kaum erfüllt werden, da die Transparenzvereinbarungen nicht ausreichend geeignet sind, die Qualität der Pflege differenziert abzubilden. Ein Hauptgrund dafür ist das Mitentscheidungsrecht der Leistungserbringerverbände, die diejenigen vertreten, über die Transparenz hergestellt werden soll.

Derzeit werden große Hoffnungen in die von Wingenfeld et al. (2011) vorgelegten 15 gesundheitsbezogenen Indikatoren für die stationäre Pflege gesetzt. Diese sollen insbesondere für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement maßgeblich sein und es wird darin auch eine Alternative für die Transparenzberichte in der stationären Pflege gesehen. Die Ergebnisindikatoren können die externen Qualitätsprüfungen jedoch nicht ersetzen. Es ist allerdings sinnvoll, die externe Qualitätsprüfung in der stationären Pflege weiterzuentwickeln und dabei die Ergebnisindikatoren zu berücksichtigen. Zu diesem Zweck soll während der vorgesehenen Pilotierung der Ergebnisindikatoren ein Projekt durchgeführt werden, bei dem ein pflegewissenschaftlich und methodisch abgesichertes sowie praktikables Prüfinstrumentarium zu entwickeln ist, das eine sinnvolle Verknüpfung mit dem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement unter den Bedingungen der Ergebnisindikatoren gewährleisten kann.

Für die ambulante Pflege liegt derzeit noch keine Richtungsentscheidung für die Ausgestaltung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements z. B. mit Hilfe von Indikatoren oder mit anderen Ansätzen vor. Eine Entscheidung dazu wird bei der Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen für den Bereich der ambulanten Pflege zu berücksichtigen sein.

Kurzberichte der MDK und des PKV-Prüfdienstes

Während im Hauptteil des vorliegenden Berichtes die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen auf Bundesebene beschrieben und kommentiert werden, haben die MDK und der PKV-Prüfdienst in strukturierten Kurzberichten die Qualitätsentwicklung für ihren Zuständigkeitsbereich bewertet und landesspezifische Entwicklungen z. B. zur Heimgesetzgebung dargestellt. Diese Berichte finden sich im Anhang.

Die Kurzberichte bestätigen im Wesentlichen die für die Bundesebene dargestellten Ergebnisse. Zusätzlich enthalten sie Informationen zu Aspekten, die sich nicht über die aufbereiteten Daten abbilden lassen. Einige dieser Informationen werden hier exemplarisch aufgegriffen:

- ➔ Nach Auskunft einiger MDK (z. B. MDK Berlin-Brandenburg, MDK Hessen) berichten Pflegeeinrichtungen über zunehmende Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von qualifiziertem Personal.
 - ➔ Der MDK Westfalen-Lippe weist in seinem Kurzbericht darauf hin, dass viele Pflegeeinrichtungen den derzeitigen Aufwand für die Pflegedokumentation beklagen. Hier soll das Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ (Beikirch et al. 2014) Abhilfe schaffen. Dieses Projekt wurde vom GKV-Spitzenverband, MDS und vielen MDK (z. B. Bayern, Berlin-Brandenburg, Nord, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Westfalen-Lippe) sowie vom PKV-Prüfdienst unterstützend begleitet. In den nächsten zwei Jahren soll durch die Fortführung des Projektes das Ziel erreicht werden, das Strukturmodell in 25 % der zugelassenen Pflegeeinrichtungen umzusetzen. MDK und PKV-Prüfdienst haben großes Interesse signalisiert, auch diesen Umsetzungsprozess intensiv zu unterstützen.
-

-
- Bezüglich der Kooperation mit den nach heimrechtlichen Regelungen zuständigen Aufsichtsbehörden wird von Vereinbarungen auf Landesebene berichtet (z. B. MDK Bayern, Baden-Württemberg), mit denen Mindestabstände zwischen Prüfungen von Heimaufsicht und MDK bzw. PKV-Prüfdienst gewährleistet werden. Dies kommt vielen Pflegeeinrichtungen entgegen, die bei zeitgleichen Prüfungen mehrerer Prüfinstitutionen häufig überfordert sind. Zugleich kann damit eine engmaschigere Überprüfung ermöglicht werden.

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 nicht zugrunde gelegt, sondern es werden die Erfüllungsgrade der Prüfkriterien in Prozentwerten ausgewiesen und kommentiert.

Da etwa zehn Prozent der Bevölkerung privat versichert sind, wurde mit Artikel 6 des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28.07.2011 klargestellt, dass entsprechend dem Versichertenanteil der privaten Pflegeversicherung zehn Prozent der jährlich anfallenden Prüfungen durch den PKV-Prüfdienst durchzuführen sind. 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 und 2012 wurde dieser Bericht nun zum vierten Mal erstellt. Er bietet einen systematischen und umfassenden Überblick über den in den Qualitätsprüfungen ermittelten Stand der Pflegequalität in Deutschland. Für diesen Bericht liegen dem MDS Daten aus Qualitätsprüfungen der Jahre 2011 bis 2013 vor. Aufgrund der sich im Zeitverlauf insgesamt ergebenden kontinuierlichen Verbesserung bei den Prüfergebnissen ist es nicht sinnvoll, diese kumuliert für 2011 bis 2013 auszuwerten. Um den aktuellen Stand der Qualitätsentwicklung abbilden zu können, werden in diesem Bericht daher Daten aus Qualitätsprüfungen der MDK sowie des PKV-Prüfdienstes zugrunde gelegt, die im Zeitraum vom 01.01.2013 bis zum 31.12.2013 auf der Grundlage der QPR (Juni 2009) in der ambulanten und stationären Pflege erhoben worden sind. Diese Daten werden verglichen mit den Ergebnissen des dritten Pflege-Qualitätsberichtes, in dem Daten aus dem Erhebungszeitraum 01.7.2009 bis 31.12.2010 einbezogen worden sind. Diese Zeiträume sind vergleichbar, da in diesen jeweils alle Pflegeeinrichtungen einmal geprüft worden sind.

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

Ergänzt wird dieser Bericht durch Kurzberichte der einzelnen MDK und des PKV-Prüfdienstes, in denen die Entwicklung der Qualität in der Pflege in deren Zuständigkeitsbereich beschrieben wird (siehe Anhang – Kurzberichte).

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. Die Prüfung kann sich auch auf die Abrechnung der Leistungen erstrecken. 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. Werden in einer Regel- oder Anlassprüfung Qualitätsmängel festgestellt, können die Landesverbände der Pflegekassen den Auftrag für eine Wiederholungsprüfung erteilen. Ferner können die Landesverbände der Pflegekassen eine Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung veranlassen. 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 Qualitätsprüfungen der MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes führen in der Regel Prüfteams bestehend aus zwei Pflegefachkräften durch. In der Regel dauern die Prüfungen einen Tag, bei größeren Einrichtungen auch zwei oder mehr Tage. Die Prüfungen finden in stationären Pflegeeinrichtungen grundsätzlich unangemeldet statt (§ 114a Abs. 1 SGB XI). Da in ambulanten Pflegediensten bei unangemeldeten Prüfungen Verzögerungen und organisatorische Schwierigkeiten für die Pflegedienste bei der Prüfungsdurchführung auftreten können, wurde mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) die Regelung eingeführt, dass Prüfungen in der ambulanten Pflege am Tag zuvor anzukündigen sind.

In einem Einführungsgespräch werden zu Beginn jeder Prüfung Vertretern der Einrichtung Anlass, Ablauf und Inhalt der Prüfung erläutert. Daran anschließend bewerten die Prüfer die Einrichtung anhand des Prüfkataloges gemäß der QPR einschließlich der Transparenzkriterien. Zur Einschätzung der Ergebnis- und Prozessqualität wird bei den per Zufallsstichprobe ausgewählten Bewoh-

nern bzw. Pflegebedürftigen die Versorgungsqualität überprüft. Dabei sind in der Regel zehn Prozent der von den Pflegeeinrichtungen versorgten Bewohner bzw. Pflegebedürftigen einzubeziehen, mindestens jedoch 5 Personen und maximal 15 Personen.² 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 Veröffentlichung des Transparenzberichtes nach § 115 Abs. 1a SGB XI. Im Rahmen des erstgenannten Verfahrens erstellen die MDK bzw. der PKV-Prüfdienst einen Prüfbericht und senden 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. Eine Wiederholungsprüfung kann auch von der Pflegeeinrichtung beantragt werden. Werden Mängel nicht beseitigt, stehen den Landesverbänden der Pflegekassen verschiedene Maßnahmen zur Verfügung. Sie können z. B. die Vergütung kürzen 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.

Im zweiten Verfahren erfolgt die Veröffentlichung der Ergebnisse zu den Transparenzkriterien. Hierfür senden die MDK bzw. der PKV-Prüfdienst die entsprechenden Ergebnisse an die Daten-clearingstelle, 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 veröffentlicht.

² Die aufgrund der am 01.01.2014 in Kraft getretenen neuen Pflege-Transparenzvereinbarung für die stationäre Pflege vereinbarte Stichprobe von 3 Personen je Pflegestufe unabhängig von der Größe der Pflegeeinrichtung war zum Berichtszeitraum noch nicht gültig.

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

1.3 Profession und Qualifikation der Prüfer

Die MDK führen 90 % der jährlich erforderlichen Qualitätsprüfungen durch. Für diese Prüfungen wurden zum Stichtag 31.12.2013 659 Mitarbeiter (587 Vollzeitstellen) bei den MDK beschäftigt. Der PKV-Prüfdienst deckt zehn Prozent der Gesamtprüfquote ab und hat zum Stichtag 31.12.2013 118 Mitarbeiter beschäftigt (beim PKV-Prüfdienst ist eine wöchentliche Arbeitszeit von 40 h vorgesehen, bei den 118 Mitarbeitern handelt es sich um 120 Vollzeitstellen auf der Basis einer wöchentlichen Arbeitszeit von 38,5 h).

Der überwiegende Teil der Mitarbeiter der MDK und des PKV-Prüfdienst, die bei Qualitätsprüfungen eingesetzt werden, sind Pflegefachkräfte nach dem SGB XI (97,7 %). Nur zu einem geringen Teil werden Ärzte in der externen Qualitätssicherung eingesetzt (2,3 %).

Die Tätigkeit in der externen Qualitätssicherung verlangt seitens der Prüfer über die Grundausbildung hinausgehende Kompetenzen und Qualifikationen. Dementsprechend verfügen 78,1 % 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. 35,0 % der Prüfer haben einen pflegeorientierten oder einen anderen Studiengang absolviert. Eine leitungsbezogene Weiterbildung haben 52,8 % der Prüfer durchlaufen, 30,5 % eine andere fachbezogene Weiterbildung.

Tabelle 1:
Mitarbeiter nach Zusatzqualifikation
(beschäftigte Mitarbeiter: 777)

von den beschäftigten Mitarbeitern verfügen über:	in v.H.*
einen Abschluss in einem pflegeorientierten Studiengang	28,4
einen Abschluss in einem anderen Studiengang	6,6
eine Auditoren-Qualifikation nach QPR	78,1
eine leistungsbezogene Weiterbildung	52,8
eine fachbezogene Weiterbildung	30,5

*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 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 im Folgenden 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 2011 (Statistisches Bundesamt 2013) herangezogen.

1.4.1 Stationäre Pflege

Im Jahr 2011 gab es nach Angaben der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes 12.354 zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen. Die Mehrzahl dieser Einrichtungen war 2011 in freigemeinnütziger Trägerschaft (54,0 %). Private Träger machten einen Anteil von 40,6 % aus, der Anteil öffentlicher Träger lag bei 5,4 %. Im gesamten Bundesgebiet wurden im Jahr 2011 insgesamt 743.120 Bewohner in Einrichtungen der vollstationären Pflege betreut. Im Mittel waren das 67 Pflegebedürftige pro Einrichtung. Die privaten Träger betreiben mit durchschnittlich 59 versorgten Pflegebedürftigen je Einrichtung durchschnittlich kleinere Einrichtungen als freigemeinnützige Träger (durchschnittlich 73 versorgte Pflegebedürftige je Einrichtung) und öffentliche Träger (durchschnittlich 76 versorgte Pflegebedürftige je Einrichtung) (Statistisches Bundesamt 2013).

1.4.2 Ambulante Pflege

Im Jahr 2011 gab es nach Angaben der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes 13.340 zugelassene ambulante Pflegedienste. Die Mehrzahl dieser Pflegedienste befand sich im Jahr 2011 in privater Trägerschaft (62,9 %). Der Anteil der freigemeinnützigen Träger lag bei 35,7 %. In öffentlicher Trägerschaft befanden sich 1,4 % der zugelassenen ambulanten Pflegedienste. Im Jahr 2011 haben alle zugelassenen ambulanten Pflegedienste 576.264 Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung betreut. Dabei wurden durchschnittlich 47 Versicherte je ambulanten Pflegedienst versorgt, wobei die Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft deutlich mehr Versicherte versorgt haben (65) als die privaten Pflegedienste (36). Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft versorgten im Schnitt 53 Versicherte (Statistisches Bundesamt 2013).

1.5 Datengrundlage

Die für diesen Bericht vorliegenden Daten wurden auf der Grundlage der seit dem 01.07.2009 gültigen QPR nach den §§ 114 ff. SGB XI erhoben und beziehen sich auf die Mindestprüfkriterien einschließlich der Transparenzkriterien. 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 2013 Daten aus 12.190 Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen vor. Dabei wurde bei 85.237 Bewohnern die Versorgungsqualität geprüft. Im Durchschnitt wurden damit im Jahr 2013 ca. 7 Personen pro Einrichtung in die Prüfung einbezogen.

Tabelle 2:

Stationäre Pflege – Anzahl Datensätze und einbezogene Bewohner und Mittelwert einbezogene Bewohner 2013 stationäre Pflege

Stationäre Pflege – vorliegende Datensätze durchgeführter Qualitätsprüfungen 2013

durchgeführte Qualitätsprüfungen	12.190
begutachtete Bewohner insgesamt	85.237
durchschnittlich begutachtete Bewohner pro Einrichtung	7,0

Für die ambulante Pflege liegen für 2013 Daten aus 11.021 Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen vor. Dabei wurde bei 61.694 Pflegebedürftigen die Versorgungsqualität überprüft. Im Durchschnitt wurden damit im Jahr 2013 ca. 5–6 Pflegebedürftige pro Pflegedienst in die Prüfung einbezogen.

Tabelle 3:

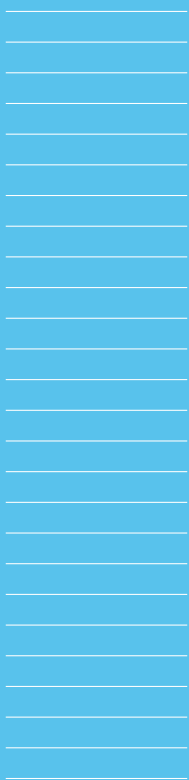
Ambulante Pflege – Anzahl Datensätze und einbezogene Pflegebedürftige und Mittelwert einbezogene Pflegebedürftige 2013

Ambulante Pflege – vorliegende Datensätze durchgeführter Qualitätsprüfungen 2013

durchgeführte Qualitätsprüfungen	11.021
begutachtete Personen insgesamt	61.694
durchschnittlich begutachtete Bewohner pro Pflegedienst	5,6

2

PRÜFUNGEN UND ERGEBNISSE IN DER STATIONÄREN PFLEGE



Grundlage der folgenden Darstellungen sind die Daten aus den
Qualitätsprüfungen im Jahr 2013.

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

Von den 12.190 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen, für die für 2013 Daten vorliegen, wurden mit 94,8 % die meisten Prüfungen als Regelprüfungen durchgeführt. Anlassprüfungen aufgrund von Beschwerden erfolgten in 3,9 % der Fälle und der Anteil der Wiederholungsprüfungen betrug 1,2 %. Aufgrund der inzwischen flächendeckenden jährlichen Prüfungen ist damit der Anteil der Anlassprüfungen im Vergleich zum letzten Bericht deutlich zurückgegangen (2009/2010 7,0 %). Allerdings zeigt sich im Jahr 2013 im Vergleich zu den Jahren 2011 (3,3 %) und 2012 (3,2 %) wieder ein leichter Anstieg der Anlassprüfungen. Der Anteil der Wiederholungsprüfungen ist im Vergleich zum letzten Bericht (2009/2010 4,0 %) konstant rückläufig.

Tabelle 4:
Stationäre Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarten

	7/2009 – 12/2010	2013
Geprüfte Einrichtungen	8.101	12.190
davon:	in v.H.	in v.H.
Regelprüfungen	89,0	94,8
Anlassprüfungen	7,0	3,9
Wiederholungsprüfungen	4,0	1,2

Von den 150 im Jahr 2013 durchgeführten Wiederholungsprüfungen erfolgten 79,3 % im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen, während 20,7 % der Wiederholungsprüfungen von den Pflegeeinrichtungen bei den Landesverbänden der Pflegekassen vorab beantragt worden sind. Somit wurden nur ca. 30 Prüfungen als Wiederholungsprüfung auf Antrag von Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

Es besteht nach § 114 Abs. 4 SGB XI die Möglichkeit, Vertreter anderer Institutionen an der Prüfung zu beteiligen. Die meisten Prüfungen (76,2 %) wurden ohne Beteiligung weiterer Institutionen erbracht. Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörden waren an 9,6 % der Prüfungen beteiligt. Mitarbeiter von Trägerverbänden waren bei 4,3 % der Prüfungen anwesend. Mitarbeiter anderer Institutionen (z. B. Gesundheitsamt) nahmen nur selten an den Prüfungen teil.

Tabelle 5:
Stationäre Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen

Geprüfte Einrichtungen	12.190	
	Anzahl	in v.H.
davon mit Beteiligung durch*		
keine	9.290	76,2
Pflegekasse	69	0,6
Sozialhilfeträger	215	1,8
Heimaufsicht	1.173	9,6
Gesundheitsamt	162	1,3
Trägerverband	527	4,3
sonstige	1.124	9,2

*Mehrfachnennungen möglich

Insgesamt ist die Anzahl der Prüfungen, an denen andere Institutionen – insbesondere die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden (2009/2010 17,8 %) – teilgenommen haben, rückläufig. Die Gründe hierfür sind vielfältig, z. B. fühlen sich insbesondere kleinere Pflegeeinrichtungen überfordert, wenn zeitgleich mehrere Prüfinstitutionen ihre Prüfungen durchführen. In einigen Bundesländern hat man sich bewusst dazu entschieden, Prüfungen der MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes und der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden in größeren zeitlichen Abständen durchzuführen, um einer Überforderung der Pflegeeinrichtungen entgegenzuwirken und um insgesamt engmaschigere Prüfungen zu ermöglichen.

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

Von den 2013 geprüften Pflegeeinrichtungen befanden sich 40,8 % in privater, 55,8 % in freigemeinnütziger und 3,3 % 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 2011 ausgewiesen hat (Statistisches Bundesamt 2013). Von den geprüften stationären Pflegeeinrichtungen verfügte ein Anteil von 14,8 % über eine Zertifizierung. Der Anteil geprüfter zertifizierter Einrichtungen ist damit im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum (16,4 %) leicht rückläufig.

Tabelle 6:
Stationäre Pflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart und Zertifizierung

Geprüfte Einrichtungen	12.190	
Trägerart	Anzahl	in v.H.
privat	4.973	40,8
freigemeinnützig	6.805	55,8
öffentlich	401	3,3
nicht zu ermitteln	11	0,1
zertifizierte Einrichtungen	1.804	14,8

Von den in die Prüfung einbezogenen Bewohnern waren 21,5 % 65 bis unter 80 Jahre, 40,3 % von 80 bis unter 90 Jahre und 31,1 % 90 Jahre und älter. Die Altersgruppe der 90-jährigen und älteren Bewohner war mit 31,1 % die zweitgrößte.

Am häufigsten wurden mit 40,3 % Bewohner mit der Pflegestufe 2 in die Prüfung einbezogen, dicht gefolgt von Bewohnern mit der Pflegestufe 1 (38,6 %). Die Pflegestufe 3 hatten 21,0 % (einschließlich Härtefälle) der einbezogenen Bewohner.

Eine eingeschränkte Alltagskompetenz lag nach Angaben der Pflegeeinrichtungen bei 63,8 % der einbezogenen Bewohner vor.

Tabelle 7:
Stationäre Pflege – Einbezogene Bewohner nach Pflegestufen und Einschränkungen der Alltagskompetenz (in v.H.)

Anzahl untersuchte Personen:	85.237
Pflegestufe	
Pflegestufe I	38,6
Pflegestufe II	40,3
Pflegestufe III	20,4
Pflegestufe III Härtefall	0,6
Eingeschränkte Alltagskompetenz nach Angabe der Pflegeeinrichtung	63,8

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 Über-

prüfung der Versorgungsqualität bei den Versicherten. Bei den 12.190 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen wurde im Jahre 2013 die Versorgungsqualität bei 85.237 Personen überprüft.

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 kommentiert⁴:

- 12.3/T3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?
- 12.4/T4 Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?
- 12.6/T20 Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?
- 12.8/T12 Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten Medikamente?
- 12.14/T10 Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?

Die vollständigen Ergebnisse werden im Tabellenanhang zur Verfügung gestellt.

Zur Behandlungspflege gehört der Umgang mit Medikamenten. Dabei wird bewertet, ob die Medikamentenversorgung der ärztlichen Anordnung entspricht (Frage 12.3, Transparenzkriterium 3) und ob der Umgang mit Medikamenten sachgerecht ist (Frage 12.4, Transparenzkriterium 4).

Das Kriterium, ob die **Medikamentenversorgung gemäß ärztlicher Anordnung** erfolgte, war für 92,8 % (79.104) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner relevant (Frage 12.3, Transparenzkriterium 3). Die Medikamentenversorgung entsprach bei 90,2 % 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 und in welcher Dosierung zu welcher Tageszeit zu verabreichen ist. Bei Bedarfsmedikamenten waren deren Anwendungsregeln eindeutig festgelegt. Bei 9,8 % dieser Bewohner entsprach die Dokumentation nicht den ärztlichen Anordnungen, so waren beispielsweise Medikamente oder Dosierungen unkorrekt dokumentiert oder bei Bedarfsmedikamenten war unklar, für welches Symptom diese einzusetzen sind.

Das Kriterium zum **sachgerechten Umgang mit Medikamenten** war für 92,6 % (78.953) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner relevant (Frage 12.4, Transparenzkriterium 4). Der Umgang mit Medikamenten war bei 86,2 % der betroffenen Bewohner sachgerecht, das heißt beispielsweise, die richtigen Medikamente waren gestellt und die Medikamente wurden bewohnerbezogen beschriftet aufbewahrt. Bei 13,8 % 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. Im Vergleich zum letzten Bericht sind hier Verbesserungen erkennbar (erfüllt 81,8 %), aufgrund des hohen Risikopotenzials beim Umgang mit Medikamenten kann der erreichte Stand jedoch noch nicht zufriedenstellen.

⁴ 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.

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 37,3 % (31.798) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner war eine Schmerzerfassung erforderlich (Frage 12.6, Transparenzkriterium 20). Bei 80,3 % dieser Bewohner lag eine systematische Schmerzeinschätzung vor. Im Vergleich zum letzten Bericht (54,6 %) ist hier eine deutliche Verbesserung eingetreten. Allerdings erfolgt bei 19,7 % der betroffenen Bewohner noch keine systematische Schmerzeinschätzung.

Bei 32,3 % (27.516) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner waren **Schmerzmedikamente** ärztlich verordnet (Frage 12.8, Transparenzkriterium 12). 96,5 % dieser Bewohner erhielten die verordneten Schmerzmedikamente, 3,5 % 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 3,8 % (3.213) der Bewohner lag ein Dekubitus vor, bei 1,0 % (832) der Bewohner war ein Ulcus cruris vorhanden, 0,3 % (227) der Bewohner hatten ein diabetisches Fußsyndrom und bei 2,0 % (1.726) der Bewohner wurden sonstige chronische Wunden (z. B. sekundär heilende OP-Wunde) festgestellt. Beim Dekubitus ist damit ein Rückgang um 0,6 % zu verzeichnen.

Tabelle 8:
Stationäre Pflege – Bewohner mit chronischen Wunden

	7/2009 – 12/2010	2013
Anzahl untersuchter Personen	61.985	85.237
davon*	in v.H.	in v.H.
mit Dekubitus	4,4	3,8
mit Ulcis cruris	1,0	1,0
mit diabetischem Fußsyndrom	0,3	0,3
sonstige chronische Wunde	2,3	2,0

*Mehrfachnennungen möglich

Bei 6,1 % (5.212) 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 12.14, Transparenzkriterium 10). Dies war bei 79 % der betroffenen Bewohner der Fall, hingegen wurden bei 21 % dieser Bewohner beispielsweise erforderliche Maßnahmen zur Druckentlastung nicht durchgeführt oder hygienische Standards wurden bei der Wundversorgung nicht beachtet. Insgesamt sind bei der Wundversorgung im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum deutliche Verbesserungen eingetreten.⁵

⁵ Die unterschiedlichen Fallzahlen bei den Fragen zur Bewertung der Wundversorgung ergeben sich aus der gemeinsamen Bewertung von chronischen Wunden und Dekubitalulzerationen und der Tatsache, dass die Beurteilbarkeit der einzelnen Fragen vom Stadium der Wundentwicklung abhängt.

Tabelle 9:
Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien der Behandlungspflege (Anteil erfüllter Kriterien in v.H.)

Anzahl untersuchter Personen		7/2009 – 12/2010		2013	
		Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
12.03/T3	Medikamentenversorgung gemäß ärztlicher Anordnung	95,6	81,5	92,8	90,2
12.4/T4	Sachgerechter Umgang mit Medikamenten	95,5	81,8	92,6	86,2
12.6/T20	Systematische Schmerzeinschätzung	35,6	54,6	37,3	80,3
12.8/T12	Bewohner mit chronischen Schmerzen erhalten die verordneten Medikamente	29,4	94,1	32,3	96,5
12.14/T10	Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunde oder des Dekubitus basieren auf dem aktuellen Stand des Wissens	8,3	74,5	6,1	79,0

2.3.1.2 Pflege

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

- 13.6/T26 Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?
- 13.9/ T7 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?
- 13.12/T28 Werden erforderliche Kontrakturprophylaxen durchgeführt?
- 14.7/T14 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkung der selbstständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?
- 14.9/T15 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?
- 14.8/T17 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkung der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?
- 14.10/T18 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?

- 15.4/T23 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?
- 16.6/T39 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?
- 17.2/T31 Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?
- 17.4/T32 Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?
- 18.2/T29 Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?
- 18.3/T30 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 13.5, Transparenzkriterium 25), zur Vermeidung von Druckgeschwüren (Frage 13.9, Transparenzkriterium 7) und zur Vermeidung von Kontrakturen (Frage 13.12, Transparenzkriterium 28) hervorzuheben.

Bei 80,0 % (68.193) der Bewohner, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, waren **Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen** erforderlich (Frage 13.5, Transparenzkriterium 25). Bei 86,1 % dieser Bewohner wurden die entsprechenden Maßnahmen durchgeführt, bei 13,9 % 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 43,3 % (36.930) aufgrund eines vorliegenden Risikos erforderlich, **Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus (Druckgeschwüres)** durchzuführen (Frage 13.9, Transparenzkriterium 7). Bei 75,6 % dieser Bewohner wurden die erforderlichen Prophylaxen durchgeführt, bei 24,4 % 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. Der Rückgang der Druckgeschwüre von 4,4 % auf 3,8 % korrespondiert mit den festgestellten Verbesserungen bei den Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwüres.

Bei 63,1 % (53.748) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner waren **Maßnahmen zur Vermeidung einer Kontraktur (Versteifung von Gelenken)** erforderlich (Frage 13.12, Transparenzkriterium 28). Von diesen Bewohnern erhielten 78,6 % die erforderlichen Maßnahmen, bei 21,4 % der Bewohner war dies nicht der Fall, so dass beispielsweise die betroffenen Bewohner nicht ausreichend motiviert oder unterstützt worden sind, im Rahmen der alltäglichen Pflegehandlungen die betroffenen Gelenke zu bewegen.

Bei den hier dargestellten Kriterien zur Mobilität sind zum Teil erhebliche Verbesserungen erzielt worden. Dies gilt insbesondere für das Kriterium zu den erforderlichen Maßnahmen zur Kontrakturprophylaxe. Diese Verbesserungen können u. a. auch damit begründet werden, dass bei den Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI diese Aspekte kontinuierlich bewertet worden sind. Aufgrund der Streichung der Kriterien zur Kontrakturprophylaxe aus der Transparenzvereinbarung sowie der QPR kann die weitere Entwicklung hierzu zukünftig nicht mehr verfolgt werden.

Tabelle 10:

Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Mobilität (Anteil erfüllter Kriterien in v.H.)

Anzahl untersuchter Personen		7/2009 – 12/2010		2013	
		61.985		85.237	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
13.6/T26	Durchführung erforderliche Prophylaxen gegen Stürze	77,9	71,0	80,0	86,1
13.9/T7	Durchführung erforderliche Dekubitusprophylaxen	46,9	59,3	43,3	75,6
13.12/T28	Durchführung erforderliche Kontrakturprophylaxen	51,0	48,9	63,1	78,6

Im Zusammenhang mit dem Essen und Trinken sind die Kriterien zur Durchführung der erforderlichen Maßnahmen bei einem Hilfebedarf beim Essen (Frage 14.7, Transparenzkriterium 14) und Trinken (Frage 14.8, Transparenzkriterium 17) für die Versorgungsqualität besonders relevant. Zudem sind im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen die Kriterien zu einem angemessenen Ernährungszustand (Frage 14.9, Transparenzkriterium 15) und einer angemessenen Flüssigkeitsversorgung (Frage 14.10, Transparenzkriterium 17) besonders bedeutsam.

Hinsichtlich der Ernährungssituation der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen sind zunächst epidemiologische Daten zum Gewichtsverlauf und zur Versorgung mit Ernährungssonden von Interesse. Der Anteil der Bewohner mit einer relevanten Gewichtsabnahme (mehr als 5 % in 1 bis 3 Monaten, mehr als 10 % in sechs Monaten) ist im Vergleich zum letzten Bericht leicht zurückgegangen von 9,1 % auf 7,6 % (6.474). Der Anteil der Personen, bei denen der Gewichtsverlauf nicht ermittelt werden konnte, ist von 7,8 % auf 10,6 % (9.025) angestiegen. Dies ist nicht automatisch gleichzusetzen mit einem Qualitätsmangel, jedoch legen fehlende Gewichtsverläufe den Schluss nahe, dass die Aufgabe der Risikoüberwachung nicht immer ausreichend wahrgenommen wird.

Der Anteil der Bewohner mit einer Ernährungssonde ist bei den in die Prüfungen einbezogenen Bewohnern von 6,3 % auf 5,2 % (4.471) zurückgegangen.

Tabelle 11:
Stationäre Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungssonden

	7/2009– 12/2010	2013
Anzahl untersuchter Personen	61.985	85.237
	in v.H.	in v.H.
Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten		
zugenommen	19,5	15,8
konstant	63,5	66,0
relevante Abnahme	9,1	7,6
kann nicht ermittelt werden	7,8	10,6
Bewohner mit Sonde		
Magensonde	0,1	0,0
PEG-Sonde	6,1	5,1
PEJ-Sonde	0,1	0,1
gesamt	6,3	5,2

Bei 64,4 % (54.873) der Bewohner, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, bestand ein Hilfebedarf bei der **Ernährung** (Frage 14.7, Transparenzkriterium 14). Bei 89,3 % dieser Bewohner wurden die zur **Unterstützung erforderlichen Maßnahmen** durchgeführt, bei 10,7 % 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. Der gleichzeitige Rückgang von Bewohnern mit einem relevanten Gewichtsverlust und die Verbesserung bei der Unterstützung der Bewohner mit erforderlichen Maßnahmen zur Ernährung deuten auf die Wirksamkeit dieser Maßnahmen hin.

Ob der **Ernährungszustand angemessen** ist, wird bei allen Bewohnern, die in die Prüfung einbezogen werden, überprüft, unabhängig davon, ob der Bewohner in diesem Bereich selbstständig ist oder ob die Pflegeeinrichtung aufgrund eines Hilfebedarfes Hilfe leisten muss. Bei 97,9 % der Bewohner war der Ernährungszustand im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung angemessen, bei 2,1 % der Bewohner war dies nicht der Fall und ein relevanter ungewollter Gewichtsverlust war feststellbar. Im Vergleich zum letzten Bericht ist eine Verbesserung zu verzeichnen, der Anteil der Bewohner mit einem angemessenen Ernährungszustand lag im letzten Berichtszeitraum bei 95,0 %. Das bedeutet, dass bei 10,7 % der Bewohner mit einem Hilfebedarf die erforderlichen Maßnahmen nicht in ausreichendem Maße erbracht worden sind und dass dies bei 2,1 % der Bewohner bereits zu einem ungewollten Gewichtsverlust geführt hat.

Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung waren bei 62,7 % (53.407) der Bewohner, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, erforderlich. Bei 91,3 % dieser Bewohner wurden erforderliche Maßnahmen wie zum Beispiel die Deckung des Flüssigkeitsbedarfs anhand der

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung⁶ oder die Berücksichtigung von Vorlieben und Abneigungen bei Getränken erbracht, bei 8,7 % der Bewohner waren die Hilfen hier nicht ausreichend. Bei 99,5 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner 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.

Insgesamt sind bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung im Vergleich zum letzten Pflege-Qualitätsbericht Verbesserungen zu verzeichnen.

Tabelle 12:
Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien zum Essen und Trinken (Anteil erfüllter Kriterien in v.H.)

Anzahl untersuchter Personen		7/2009 – 12/2010		2013	
		61.985		85.237	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
14.7/T14	Durchführung erforderlicher Maßnahmen Ernährung	67,4	79,5	64,4	89,3
14.9/T15	Ernährungszustand angemessen	100,0	95,0	100,0	97,9
14.8/T17	Durchführung erforderlicher Maßnahmen Flüssigkeitsversorgung	65,4	82,4	62,7	91,3
14.10/T18	Flüssigkeitsversorgung angemessen	100,0	97,0	100,0	99,5

Im Zusammenhang mit Hilfen bei der Ausscheidung ist von Interesse, in welchem Umfang die Bewohner mit Kathetern und Inkontinenzprodukten versorgt sind. Dabei zeigt sich, dass 76,8 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner einen Bedarf an Inkontinenzprodukten (Einlagen, Inkontinenzhosen etc.) hatten, im Vergleich zum letzten Bericht ist dies eine Zunahme von 10 %. Zudem zeigt sich, dass der Anteil der Bewohner mit einem Katheter (suprapubisch oder transurethral) leicht zugenommen hat. Im Jahr 2013 sind 10,6 % der Bewohner mit einem Katheter versorgt gewesen, während es beim letzten Bericht noch 9,1 % der Bewohner waren.

⁶ 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.)

Tabelle 13:
Stationäre Pflege – Versorgung mit Kathetern und Inkontinenzprodukten

	7/2009 – 12/2010	2013
Anzahl untersuchter Personen	61.985	85.237
	in v.H.	in v.H.
Bewohner versorgt mit		
suprapubischem Dauerkatheter	3,4	4,0
transurethralem Katheter	5,7	6,6
Inkontinenzprodukten	66,2	76,8

Von den Bewohnern, bei denen die Versorgungsqualität geprüft worden ist, benötigten 73,4 % (62.581) **Hilfen beim Umgang mit einer Inkontinenz bzw. mit einem Blasenkatheeter** (Frage 15.4, Transparenzkriterium 23). Bei 89,8 % 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 10,2 % der betroffenen Bewohner wurden die erforderlichen Maßnahmen nicht im erforderlichen Umfang durchgeführt.

Während beim letzten Bericht noch bei 60,7 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner von den stationären Pflegeeinrichtungen angegeben worden ist, dass eine eingeschränkte Alltagskompetenz (meist bedingt durch Demenz) vorliegt, ist dieser Anteil für das Jahr 2013 auf 63,8 % (54.366) angestiegen. Aus der Begutachtungsstatistik des MDS ergibt sich für Erstantragsteller auf Leistungen in der stationären Pflege eine PEA-Quote von 63,7 % (PEA = Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz) (MDS 2014).

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 16.6, Transparenzkriterium 39). Das Kriterium war bei 63,8 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner relevant. Erfüllt war das Kriterium bei 90,2 % dieser betroffenen Bewohner. Damit ist im Vergleich zum letzten Bericht (57,9 %) eine deutliche Verbesserung eingetreten. Dies kann unter anderem damit erklärt werden, dass das Kriterium erst seit dem Inkrafttreten der QPR Mitte 2009 in den Einrichtungen Prüfgegenstand der externen Prüfungen durch die MDK bzw. den PKV-Prüfdienst ist und die Pflegeeinrichtungen bei Menschen mit Demenz vorher nicht systematisch das Wohlbefinden ermittelt haben. Die Ergebnisentwicklung bei diesem Kriterium zeigt die Lenkungswirkung, die durch Prüfkriterien bei externen Qualitätsprüfungen und der Veröffentlichung entsprechender Prüfergebnisse erzielt werden kann.

In Bezug auf die Körperpflege (Frage 17.2, Transparenzkriterium 31) und die Mund- und Zahnpflege (Frage 17.4, Transparenzkriterium 32) wird bei der Prüfung der Versorgungsqualität sowohl die Berücksichtigung der Bedürfnisse und Gewohnheiten des Bewohners in den Blick genommen als auch, ob die erforderlichen Leistungen (z. B. Baden, Duschen, Waschen bzw. Zahn- oder Prothesenpflege, Mund- und Lippenpflege) durchgeführt worden sind.

Von den in die Prüfung einbezogenen Bewohnern waren bei 91,5 % (77.998) **Hilfen zur Körperpflege** erforderlich. Bei den Qualitätsprüfungen wurde festgestellt, dass 88,8 % der Bewohner die erforderlichen Hilfen zur Körperpflege unter Berücksichtigung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse erhielten, während bei 11,2 % der auf Hilfe angewiesenen Bewohner diese Hilfen nicht im erforderlichen Umfang erbracht oder die Wünsche und Bedürfnisse nicht berücksichtigt worden sind, z. B. wurde dem Wunsch des Bewohners nach zweimaligem Duschen in der Woche nicht entsprochen.

Hilfen bei der Mund- und Zahnpflege waren bei 67,9 % (57.845) der Bewohner erforderlich, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist. Bei 85 % dieser Bewohner wurden die erforderlichen Hilfen unter Berücksichtigung der Wünsche durchgeführt, bei 15 % der betroffenen Bewohner war dies nicht der Fall, z. B. erkennbar an Belägen auf Zähnen oder Zahnprothesen.

Tabelle 14:
Stationäre Pflege – Ausgewählte Kriterien zu Inkontinenz, Demenz und Körperpflege
(Anteil erfüllter Kriterien in v.H.)

Anzahl untersuchter Personen		7/2009 – 12/2010		2013	
		61.985		85.237	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
15.4/T23	Durchführung erforderlicher Maßnahmen bei Inkontinenz bzw. Blasenkatheter	76,3	80,0	73,4	89,8
16.6/T39	Ermittlung des Wohlbefindens und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen bei Demenz	59,2	57,9	63,8	90,2
17.2/T31	Durchführung erforderlicher Körperpflege gemäß den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners	94,2	72,9	91,5	88,8
17.4/T32	Durchführung erforderlicher Zahnpflege gemäß den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners	76,6	75,7	67,9	85,0

Wurden im letzten Berichtszeitraum noch bei 20 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner **freiheitseinschränkende Maßnahmen** festgestellt und bei diesen Personen überprüft, ob die dafür gesetzlich vorgeschriebenen **Genehmigungen oder Einwilligungen** vorlagen, so lag dieser Anteil im Jahr 2013 bei 12,5 % (10.627) der einbezogenen Bewohner (Frage 18.2, Transparenzkriterium 29). Bei 91,9 % der Bewohner mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen lagen die erforderlichen Einwilligungen oder Genehmigungen vor. Im Vergleich zum letzten Bericht (88,8 %) ist damit eine leichte Verbesserung zu verzeichnen.

Bei 11,6 % (9.857) der in die Prüfungen einbezogenen Bewohner konnte bewertet werden, ob die **Notwendigkeit dieser Maßnahmen regelmäßig überprüft** worden ist (Frage 18.3, Transparenzkriterium 30). Dies war bei 84,9 % der betroffenen Bewohner der Fall, bei 15,1 % dieser Bewohner wurde hingegen nicht regelmäßig überprüft, ob die freiheitseinschränkende Maßnahmen weiterhin erforderlich sind oder ob Maßnahmen mit geringeren Einschränkungen ausgereicht hätten. Im Vergleich zum letzten Bericht ist hier eine Veränderung im Umgang mit freiheitseinschränkende Maßnahmen erkennbar (78,4 % erfüllt). 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/gericht/ag/gap/daten/02939/>), welche aktiv durch die MDK und den MDS unterstützt worden sind, werden häufiger Alternativen zu freiheitseinschränkende Maßnahmen eingesetzt (z. B. Matratze vor dem Bett als Sturzpolster statt Bettgitter).

Tabelle 15:
Stationäre Pflege – Freiheitseinschränkende Maßnahmen (Anteil erfüllter Kriterien in v.H.)

		7/2009 – 12/2010		2013	
Anzahl untersuchter Personen		61.985		85.237	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
18.2/T29	Bei freiheitseinschränkende Maßnahmen liegen Einwilligungen oder Genehmigungen vor	20,0	88,8	12,5	91,9
18.3/T30	Die Notwendigkeit freiheitseinschränkende Maßnahmen wird regelmäßig überprüft	18,7	78,4	11,6	84,9

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 zur 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 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.

Im Jahr 2011 wurden in stationären Pflegeeinrichtungen im Bereich der Pflege und Betreuung 327.542 Mitarbeiter eingesetzt. Davon waren 49,1 % Pflegefachkräfte (Altenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in). Der Anteil der Pflegefachkräfte im Sinne des SGB XI hat damit im Vergleich zur Pflegestatistik für 2009 (50,9 %) leicht abgenommen. 10,5 % der Mitarbeiter waren Alten- oder Krankenpflegehelfer, bei denen für einige pflegerische Aufgaben eine formale Qualifikation angenommen werden kann. Daneben verfügt ein Anteil von 10,3 % der eingesetzten Mitarbeiter über Berufsabschlüsse, bei denen nur sehr eingeschränkt von einer formalen Qualifikation für die Pflege ausgegangen werden kann (z. B. Familienpfleger). 28,8 % der eingesetzten Kräfte verfügten über keinerlei pflegerische Qualifikation oder waren noch in der Ausbildung. Im Vergleich zu 2009 hat der darin enthaltene Anteil der Mitarbeiter mit pflegefremden Berufsabschlüssen von 12,8 % auf 15,8 % zugenommen (Statistisches Bundesamt 2013). Diese Kräfte verfügen über keine formale Qualifikation für die Durchführung pflegerischer Aufgaben.

Bei den Qualitätsprüfungen wird mit dem Kriterium „Ist die **fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte gewährleistet?**“ 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 (Frage 4.3). Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum ist hier eine positive Entwicklung erkennbar. Beim letzten Bericht war dieses Kriterium bei 65,7 % der Pflegeeinrichtungen erfüllt, 2013 lag der Erfüllungsgrad bei 87,5 % der stationären Pflegeeinrichtungen.

Tabelle 16:
Stationäre Pflege – Anleitung und Überprüfung von Hilfskräften (in v.H.)

		7/2009 – 12/2010	2013
Geprüfte Einrichtungen		6.898	12.190
Frage Kriterium		davon Kriterium erfüllt:	
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	65,7	87,5

Pflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI sind dazu verpflichtet, ein einrichtungsinternes 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 6.6a-d). Während 80,8 % der stationären Pflegeeinrichtungen eine Ist-Analyse, Zielformulierungen und eine Maßnahmenplanung durchführen (Plan), liegt der Anteil der stationären Einrichtungen mit einer nachvollziehbaren Umsetzung (Do) dieser Maßnahmen bei 78,3 %. Die Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen (Check) erfolgt bei 70,7 % der Einrichtungen und bei 69,3 % der Einrichtungen werden Anpassungen der Maßnahmen und damit die Wirksamkeit des Qualitätsmanagements

erkennbar. Bei der Erstellung des 3. Pflege-Qualitätsberichtes standen hierzu noch keine Daten zur Verfügung, so dass die Entwicklung im Vergleich zum letzten Bericht nicht bewertet werden kann. Anhand der Ergebnisse zeigt sich aber ein Entwicklungspotenzial insbesondere dabei, Rückschlüsse aus Qualitätssicherungsmaßnahmen zu ziehen und Veränderungen umzusetzen. Auch zukünftig können keine unmittelbaren Vergleiche angestellt werden, weil die Kriterien in der aktuell gültigen QPR verändert worden sind.

Tabelle 17:

Stationäre Pflege – Qualitätsmanagement nach dem PDCA-Zyklus (in v.H.)

Geprüfte Einrichtungen		12.190
Frage	Kriterium	davon Kriterium erfüllt:
6.6a	Ist-Analyse, Zielformulierung und Maßnahmenplanung (Plan)	80,8
6.6b	Umsetzung (Do)	78,3
6.6c	Überprüfung der Wirksamkeit (Check)	70,7
6.6d	Anpassung der Maßnahmen (Act)	69,3

Auch bezüglich der Regelungen zum **Hygienemanagement** haben sich nochmals Verbesserungen ergeben. Bei der Überprüfung, ob die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen zum Hygienemanagement (beispielsweise zur Händehygiene) von den Mitarbeitern eingehalten werden, ist jedoch noch Optimierungsbedarf erkennbar (Frage 8.2c). Bei 89,8 % der stationären Pflegeeinrichtungen war dieses Kriterium erfüllt, bei 10,2 % war das Kriterium nicht erfüllt.

Tabelle 18:

Stationäre Pflege – Hygienemanagement (in v.H.)

		7/2009 – 12/2010	2013
Geprüfte Einrichtungen		6.898	12.190
Frage	Kriterium	davon Kriterium erfüllt:	
8.2a	Innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut	92,1	97,0
8.2b	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	94,8	98,9
8.2c	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	80,8	89,8
8.2d	Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen sind den Mitarbeitern bekannt	92,7	96,6
8.2e	Alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	65,7	98,6

Im Bereich der **sozialen Betreuung** sind deutliche Verbesserungen im Vergleich zum letzten Bericht für die Bewohner erkennbar, die aufgrund von Mobilitätseinschränkungen oder kogni-

tiver Einschränkungen besondere Angebote benötigen. Während beim letzten Bericht für Bewohner mit vollständiger Immobilität nahezu täglich ein Angebot zur Tagesstrukturierung bei 69,3 % der stationären Einrichtungen geplant worden ist, ist dieser Anteil im Jahr 2013 auf 93,1 % gestiegen (Frage 10.5b). Ähnlich verhält es sich für Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (insbesondere Demenz) (Frage 10.5c). Beim letzten Bericht hatten 78,1 % der geprüften Einrichtungen entsprechende Angebote geplant, im Jahr 2013 ist dieser Anteil auf 94,4 % angestiegen. Das bedeutet, dass an mindestens 6 Tagen in der Woche entsprechende Betreuungsangebote geplant waren. Allerdings kann daraus nicht geschlossen werden, dass jeder betroffene Bewohner in dieser Frequenz entsprechende Angebote auch erhalten hat.

Table 19:
Stationäre Pflege – Angebotsplanung soziale Betreuung (in v.H.)

		7/2009 – 12/2010	2013
Geprüfte Einrichtungen		6.898	12.190
Frage Kriterium		davon Kriterium erfüllt:	
10.5a	Angebot zu unterschiedlichen Tageszeiten (z. B. Montag vormittags, Dienstag nachmittags)	93,5	98,7
10.5b	Für Bewohner mit vollständiger Immobilität nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung	69,3	93,1
10.5c	Für Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z. B. Demenz, Depression) nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung	78,1	94,4

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 die ausreichende 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 2013.

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

Für das Jahr 2013 liegen Daten aus 11.021 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten vor. Der weit überwiegende Anteil der Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten erfolgte mit 96,9 % als Regelprüfung. Der Anteil der Anlassprüfungen lag bei 1,9 %, der der Wiederholungsprüfungen bei 1,2 %. Der Anteil der Anlassprüfungen hat im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum (3,8 %) wie in der stationären Pflege abgenommen. Im Vergleich zu den Jahren 2011 (1,4 %) und 2012 (1,5 %) ist jedoch wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen.

Tabelle 20:
Ambulante Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarten

	7/2009 – 12/2010	2013
Gepriüfte Pflegedienste	7.782	11.021
davon:	in v.H.	in v.H.
Regelprüfungen	94,5	96,9
Anlassprüfungen	3,8	1,9
Wiederholungsprüfungen	1,7	1,2

Von den 129 im Jahr 2013 durchgeführten Wiederholungsprüfungen erfolgten 82,9 % alleine im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen, während 17,1 % der Wiederholungsprüfungen zuvor von den Pflegeeinrichtungen beantragt worden sind. Somit wurden nur ca. 23 Prüfungen als Wiederholungsprüfung auf Antrag von Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

Die meisten Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste durch die MDK oder den PKV-Prüfdienst wurden ohne die Beteiligung anderer Institutionen durchgeführt (91,3 %). Bei 3,9 % der Prüfungen waren Mitarbeiter eines Trägerverbandes anwesend.

Tabelle 21:
Ambulante Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen

Geprüfte Pflegedienste	11.021	
	Anzahl	in v.H.
davon mit Beteiligung durch*		
keine	10.060	91,3
Pflegekasse	55	0,5
Sozialhilfeträger	9	0,1
Gesundheitsamt	5	0,0
Trägerverband	429	3,9
sonstige	499	4,5

*Mehrfachnennungen möglich

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

Von den im Jahr 2013 geprüften ambulanten Pflegediensten befanden sich 64,2 % in privater, 34,1 % in freigemeinnütziger und 1,2 % 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 2011 ausgewiesen hat (Statistisches Bundesamt 2013). Von den geprüften ambulanten Pflegediensten verfügte ein Anteil von 6,6 % über eine Zertifizierung. Der Anteil geprüfter zertifizierter Einrichtungen ist damit im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum (9,8 %) leicht rückläufig.

Tabelle 22:
Ambulante Pflege – geprüfte Pflegedienste nach Trägerart und Zertifizierung

Geprüfte Pflegedienste	11.021	
	Anzahl	in v.H.
Trägerart		
privat	7.076	64,2
freigemeinnützig	3.756	34,1
öffentlich	131	1,2
nicht zu ermitteln	58	0,5
zertifizierte Pflegedienste	732	6,6

Von den durch die ambulanten Pflegedienste betreuten Personen erhielten 15,8 % ausschließlich Leistungen nach dem SGB XI, ein Anteil von 29,3 % 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 35,5 % der betreuten Personen ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V und bei 19,4 % 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 23:
Ambulante Pflege – Leistungsarten der betreuten Personen

betreute Personen	980.741	
Leistungsempfang	Anzahl	in v.H.
ausschließlich SGB XI	154.585	15,8
ausschließlich SGB V	348.652	35,5
SGB XI und SGB V	287.172	29,3
sonstige	190.332	19,4

Von den in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen waren 23,9 % 65 bis unter 80 Jahre, 42,3 % von 80 bis unter 90 Jahre und 19,9 % 90 Jahre und älter. Im Vergleich zur stationären Pflege ist damit die Klientel ambulanter Pflegedienste jünger als die der stationären Pflegeeinrichtungen.

Am häufigsten wurden mit 51,6 % Pflegebedürftige mit der Pflegestufe 1 in die Prüfung einbezogen, dicht gefolgt von Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe 2 (33,0 %). Die Pflegestufe 3 (einschließlich Härtefall) hatten 15,4 % der einbezogenen Pflegebedürftigen.

Eine eingeschränkte Alltagskompetenz lag nach Angaben der ambulanten Pflegedienste bei 29,9 % der einbezogenen Pflegebedürftigen vor. Von den einbezogenen Pflegebedürftigen erhielten 68,7 % auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Tabelle 24:
Ambulante Pflege – Einbezogene Personen nach Pflegestufen und Einschränkungen der Alltagskompetenz (in v.H.)

Anzahl untersuchte Personen:	61.694
Pflegestufe	
Pflegestufe I	51,6
Pflegestufe II	33,0
Pflegestufe III	15,0
Pflegestufe III Härtefall	0,4
Eingeschränkte Alltagskompetenz nach Angabe des Pflegedienstes	29,9

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 11.021 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten wurde im Jahre 2013 die Versorgungsqualität bei 61.694 Personen 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 68,7 % 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 (47,3 %), bei einem Viertel (25,5 %) der einbezogenen Pflegebedürftigen wurden Kompressionsstrümpfe oder -verbände angelegt und bei 15,3 % war aufgrund der Gabe eines Schmerzmedikamentes ein pflegerisches Schmerzmanagement erforderlich. Von den einbezogenen Pflegebedürftigen erhielten 12,7 % Injektionen, meist Insulin. Bei 5,5 % der Personen, bei denen in deren Wohnung die Versorgungsqualität geprüft wurde, war die Versorgung einer chronischen Wunde bzw. eines Dekubitus ärztlich verordnet.

Hingegen konnten 19 Kriterien zur Behandlungspflege bei weniger als 5 % der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen geprüft werden, darunter auch die Transparenzkriterien

- 25 (sachgerechter Umgang mit Katheterisierung) (3,8 %)
- 20 (sachgerechter Umgang mit Blutdruckmessungen) (1,4 %)
- 26 (sachgerechter Umgang mit Stomabehandlungen) (0,5 %).

Tabelle 25:
Ambulante Pflege – Anteilswerte prüfbarer Kriterien zur Behandlungspflege 2013 (in v.H.)

Anzahl untersuchter Personen		61.694	
Frage	Positionsnummer nach HKP-Richtlinien	Kriterium	Kriterium relevant bei
10.16/T19	26	Medikamentengabe gemäß ärztlicher Verordnung	47,35
10.32/T24	31	Sachgerechter Umgang mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden	25,53
10.21	26/18/19	Angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement	15,33

10.18/T23	18	Sachgerechter Umgang mit Injektion	12,73
10.29	12/31	Versorgung chronischer Wunden nach aktuellem Stand des Wissens	5,52
10.7/T22	11	Sachgerechter Umgang mit Blutzuckermessung	5,25
10.22/T25	23	Sachgerechter Umgang mit Katheterisierung	3,81
10.17	19	Sachgerechter Umgang mit dem Richten von Injektionen	2,00
10.2	6	Sachgerechter Umgang mit dem Absaugen	1,59
10.24	29	Sachgerechter Umgang mit Trachealkanülen	1,50
10.6/T20	10	Sachgerechter Umgang mit Blutdruckmessung	1,42
10.14	24	Sachgerechter Umgang mit spezieller Krankenbeobachtung	1,31
10.11	17	Sachgerechter Umgang mit Inhalationen	1,25
10.3	8	Sachgerechter Umgang mit der Beatmung	0,90
10.4/T21	8	Vorbeugemaßnahmen bei beatmungspflichtigen Menschen	0,84
10.9	14	Sachgerechter Umgang mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung)	0,87
10.10	15	Sachgerechter Umgang mit der Flüssigkeitsbilanzierung	0,63
10.23/T26	28	Sachgerechter Umgang mit der Stomabehandlung	0,53
10.8	12	Sachgerechter Umgang mit Drainagen	0,34
10.5	9	Sachgerechter Umgang mit Blasenspülungen	0,31
10.12	20	Sachgerechter Umgang mit Instillationen	0,15
10.19	16	Sachgerechter Umgang mit i.v. Infusionen	0,10
10.15	25	Sachgerechter Umgang mit dem Legen und Wechseln von Magensonden	0,04
10.25	30	Sachgerechter Umgang mit der Pflege von Venenkathetern	0,04
10.13	21	Sachgerechter Umgang mit dem Auflegen von Kälte-trägern	0,03

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 fünf Kriterien:

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 47,4 % (29.215) 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 85,9 % der Pflegebedürftigen mit einer Medikamentenverordnung war das Kriterium erfüllt (dritter Bericht 77,5 %), das bedeutet, die Medikamentengabe erfolgte exakt 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 14,1 % dieser Pflegebedürftigen war das Kriterium jedoch nicht erfüllt, das bedeutet, es wurden z. B. Medikamente verabreicht, für die keine ärztliche Verordnung vorlag, oder Medikamente mit falscher Wirkstoffkonzentration wurden verabreicht.

Bei 12,7 % (7.852) 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 91,2 % der betreffenden Pflegebedürftigen erfüllt. Bei 8,8 % 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 15,3 % (9.456) 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 67,9 % der betroffenen Pflegebedürftigen war dieses Kriterium erfüllt, bei 32,1 % 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 (38,2 % erfüllt) ist hier dennoch eine deutliche 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 3,2 % (1.951) der Pflegebedürftigen lag ein Dekubitus vor. Im Vergleich zum letzten Bericht ist damit ein Rückgang um 0,5 % zu verzeichnen. Ein Ulcus cruris lag bei 1,4 % (893) der einbezogenen Pflegebedürftigen vor, ein diabetisches Fußsyndrom bestand bei 0,3 % (174) und sonstige chronische Wunden (z. B. sekundär heilende OP-Wunde) hatten 1,8 % (1.113) der Pflegebedürftigen.

Tabelle 26:
Ambulante Pflege – Pflegebedürftige mit chronischen Wunden

	7/2009 – 12/2010	2013
Anzahl untersuchter Personen	44.889	61.694
davon*	in v.H.	in v.H.
mit Dekubitus	3,7	3,2
mit Ulcus cruris	1,7	1,4
mit diabetischem Fußsyndrom	0,4	0,3
sonstige chronische Wunde	2,1	1,8

*Mehrfachnennungen möglich

Bei 5,5 % (3.407) 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 24). Bei 85,7 % der betroffenen Pflegebedürftigen war das Kriterium erfüllt, bei 14,3 % 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 25,5 % (15.745) 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 87,9 % der betreffenden Personen, hingegen war das Kriterium bei 12,1 % dieser Personen nicht erfüllt.

Tabelle 27:

Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien der Behandlungspflege (Anteil erfüllter Kriterien in v.H.)

		7/2009 – 12/2010		2013	
Anzahl untersuchter Personen		44.889		61.694	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
10.16/T19	Medikamentenversorgung gemäß ärztlicher Verordnung	49,7	77,5	47,4	85,9
10.18/T23	Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen den Arzt informiert	13,5	87,4	12,7	91,2
10.21	Angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement	13,3	38,2	15,3	67,9
10.29/T18	Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus basieren auf dem aktuellen Stand des Wissens	7,0	78,7	5,5	85,7
10.32/T24	Sachgerechter Umgang mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden	22,1	82,2	25,5	87,9

3.3.1.2 Pflege

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 Prophylaxen unabhängig von deren rechtlicher Zuordnung. Den angemessenen Wünschen des pflegebedürftigen Menschen ist dabei Rechnung zu tragen.

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

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

Auch im Verlauf der Versorgung durch den Pflegedienst ist es erforderlich, dass bei Veränderungen ggf. eine Beratung 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 79,8 % (49.213) der Pflegebedürftigen, bei denen die Versorgungsqualität betrachtet wurde, waren entsprechende Leistungen vereinbart. Bei diesen Personen wurde überprüft, ob die **Leistungen zur Mobilität nachvollziehbar erbracht** worden sind (Frage 11.3, Transparenzkriterium 14). Dies war bei 88,8 % dieser Pflegebedürftigen der Fall (dritter Bericht 77,4 %), bei 11,2 % der Pflegebedürftigen war nicht nachvollziehbar, dass die Leistungen erbracht worden sind.

Eine **Beratung zu einem vorliegenden Sturzrisiko** wurde von den Prüfern bei 81,7 % (50.388) der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen als erforderlich erachtet (Frage 11.5). Bei 83,6 % dieser Pflegebedürftigen war das Kriterium erfüllt. Dies ist eine deutliche Verbesserung zum letzten Bericht (50,1 %). Bei 16,4 % 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 32,6 % (20.111) 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 73,5 % der betreffenden Pflegebedürftigen nachvollziehbar, bei 26,5 % dieser Pflegebedürftigen war eine entsprechende Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen nicht nachvollziehbar. Im Vergleich zum letzten Bericht hat sich hier eine deutliche Verbesserung ergeben (40,5 % erfüllt).

Im Rahmen der Leistungserbringung waren bei 14,9 % (9.208) der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen **gewebeschonende Lagerungsmaßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus** vereinbart (Frage 11.9, Transparenzkriterium 12). Bei 82,1 % der betroffenen Pflegebedürftigen erfolgten diese Lagerungsmaßnahmen, bei 17,9 % 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 56,4 % 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 65,9 % dieser Pflegebedürftigen, bei 34,1 % dieser Pflegebedürftigen war diese Beratung nicht nachvollziehbar erbracht worden. Auch hier ist jedoch im Vergleich zum letzten Bericht eine positive Entwicklung erkennbar (27,5 % erfüllt).

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 61,1 % (37.694) der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen erforderlich. Bei 67,7 % (letzter Bericht 32 % erfüllt) dieser Pflegebedürftigen wurde durch die Pflegedienste darauf geachtet, 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 32,3 % der Pflegebedürftigen war dies nicht der Fall. Eine deutliche Verbesserung zum letzten Bericht ist hier feststellbar.

Tabelle 28:
Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Mobilität (Anteil erfüllter Kriterien in v.H.)

		7/2009 – 12/2010		2013	
Anzahl untersuchter Personen		44.889		61.694	
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	60,7	77,4	79,8	88,8
11.5	Beratung bei vorliegendem Sturzrisiko	80,5	50,1	81,7	83,6
11.7	Beratung bei vorliegendem Dekubitusrisiko	36,5	40,5	32,6	73,5
11.9/T12	Gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren	18,2	68,3	14,9	82,1
11.11	Beratung bei vorliegender Kontrakturgefahr	45,1	27,5	56,4	65,9
11.12/T13	Berücksichtigung der individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen	44,6	32,0	61,1	67,7

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 52,1 % (32.197) 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 2,3 % der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen ist eine relevante Gewichtsabnahme (mehr als 5 % in 1 bis 3 Monaten, mehr als 10 % in sechs Monaten) zu verzeichnen gewesen.

Tabelle 29:
Ambulante Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungssonden

	7/2009 – 12/2010	2013
Anzahl untersuchter Personen	44.889	61.694
Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	in v.H.	in v.H.
zugenommen	7,4	5,9
konstant	43,1	39,6
relevante Abnahme	2,6	2,3
kann nicht ermittelt werden	46,9	52,1
Pflegebedürftige mit Sonde		
Magensonde	0,0	0,0
PEG-Sonde	4,3	3,7
PEJ-Sonde	0,1	0,1
gesamt	4,5	3,9

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 30,9 % (19.091) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen war eine **Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung** erforderlich (Frage 12.5). Bei 79,5 % dieser Pflegebedürftigen erfolgte die erforderliche Beratung, bei 20,5 % war dies nicht der Fall. Im Vergleich zum letzten Bericht ist hier eine Beratung deutlich häufiger durchgeführt worden (49,6 % erfüllt).

Bei 10,5 % (6.466) 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 93,4 % dieser Pflegebedürftigen war die Durchführung dieser Leistungen nachvollziehbar, bei 6,6 % dieser Pflegebedürftigen war die Durchführung dieser Leistungen im Rahmen der Qualitätsprüfungen nicht nachvollziehbar.

Bei 32,2 % (19.860) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen war eine **Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Ernährung** erforderlich (Frage 12.9). Bei 76 % dieser Pflegebedürftigen erfolgte die erforderliche Beratung, bei 24 % war dies nicht der Fall. Auch hier zeigt sich im Vergleich zum letzten Bericht eine deutliche Verbesserung bei der Durchführung erforderlicher Beratungen (48,1 % erfüllt).

Bei 12,2 % (7.504) der Pflegebedürftigen, bei denen im häuslichen Umfeld die Versorgungs-

qualität 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 92,7 % der Pflegebedürftigen, die entsprechende Leistungen mit dem Pflegedienst vereinbart hatten, wurden diese Leistungen nachvollziehbar erbracht, bei 7,3 % dieser Pflegebedürftigen war dies nicht der Fall.

Tabelle 30:

Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zum Essen und Trinken (Anteil erfüllter Kriterien in v.H.)

		7/2009 – 12/2010		2013	
Anzahl untersuchter Personen		44.889		61.694	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
12.5	Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung	33,8	49,6	30,9	79,5
12.8/T3	Nachvollziehbare Durchführung der vereinbarten Leistung zur Flüssigkeitsversorgung	14,0	86,1	10,5	93,4
12.9	Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Ernährung	36,9	48,1	32,2	76,0
12.12/T6	Nachvollziehbare Durchführung der vereinbarten Leistung zur Nahrungsaufnahme	16,7	86,7	12,2	92,7

Ein Beratungsbedarf bei Personen mit Einschränkungen bei der Kontinenz wurde von den Prüfern bei einem Anteil von 48,1 % (29.690) 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 72,5 % dieser Pflegebedürftigen, bei 27,5 % der betroffenen Pflegebedürftigen erfolgt dies nicht. Auch hier wurde die Beratung seit dem letzten Bericht (42,1 % erfüllt) häufiger nachvollziehbar durchgeführt.

Bei 44,2 % (27.273) 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 89,4 % wurden diese Leistungen nachvollziehbar erbracht (dritter Bericht 86 %), bei 10,6 % dieser Pflegebedürftigen war dies nicht der Fall.

Bei 19,2 % (11.850) der in die Prüfungen ambulanter Pflegedienste einbezogenen Pflegebedürftigen war nach Auffassung der Prüfer eine **Beratung über Risiken und erforderliche Maß-**

nahmen bei Demenz erforderlich (Frage 14.2). Bei 66,3 % dieser Pflegebedürftigen erfolgte eine entsprechende Beratung der Betroffenen oder ihrer Angehörigen z. B. zum Umgang mit Selbstgefährdung, Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung, bei 33,7 % der betroffenen Pflegebedürftigen war eine solche Beratung nicht nachvollziehbar. Gleichwohl ist hier seit dem letzten Bericht (42,1% erfüllt) häufiger eine Beratung dokumentiert.

Fast bei jedem Pflegebedürftigen, der in die Qualitätsprüfung ambulanter Pflegedienste einbezogen worden ist, wurden Leistungen zur Körperpflege erbracht. 98,8 % (60.938) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen erhielten solche Leistungen (Frage 15.3, Transparenzkriterium 1). Bei 90,3 % dieser Pflegebedürftigen wurden **individuelle Wünsche bei der Körperpflege berücksichtigt**, z. B. Vorlieben und Abneigungen, die sich u. a. auf den Ablauf, den zeitlichen Umfang oder die eingesetzten Hilfsmittel bei der Körperpflege beziehen. Bei 9,7 % der Pflegebedürftigen war dies nicht der Fall.

Tabelle 31:

Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Inkontinenz, Demenz und Körperpflege (Anteil erfüllter Kriterien in v.H.)

		7/2009 – 12/2010		2013	
Anzahl untersuchter Personen		44.889		61.694	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
13.3	Beratung über erforderliche Maßnahmen zur Ausscheidung	53,0	42,1	48,1	72,5
13.5/T10	Nachvollziehbare Durchführung der vereinbarten Leistung bei Ausscheidung/Inkontinenzversorgung	44,1	86,0	44,2	89,4
14.2	Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen bei Demenz	20,0	39,5	19,2	66,3
15.3/T1	Berücksichtigung individueller Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistung	97,9	71,2	98,8	90,3

3.3.2 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 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 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.

Im Jahr 2011 wurden in ambulanten Pflegediensten im Bereich der Grundpflege 137.735 Mitarbeiter eingesetzt. Davon waren 59,3 % Pflegefachkräfte (Altenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in). Der Anteil der Pflegefachkräfte im Sinne des SGB XI hat damit im Vergleich zur Pflegestatistik für 2009 (63,3 %) abgenommen. 11,4 % der Mitarbeiter waren Alten- oder Krankenpflegehelfer, bei denen für grundpflegerische Aufgaben eine formale Qualifikation angenommen werden kann. Daneben verfügt ein Anteil von 13,0 % der eingesetzten Mitarbeiter über Berufsabschlüsse, bei denen nur eingeschränkt von einer formalen Qualifikation für die Pflege ausgegangen werden kann (z. B. Familienpfleger). 15,9 % der eingesetzten Kräfte verfügten über keinerlei pflegerische Qualifikation oder waren noch in der Ausbildung. Im Vergleich zu 2009 hat der darin enthaltene Anteil der Mitarbeiter mit pflegefremden Berufsabschlüssen von 8,6 % auf 10,5 % zugenommen (Statistisches Bundesamt 2013). Diese Kräfte verfügen über keine formale Qualifikation für die Durchführung pflegerischer Aufgaben.

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. 2013 lag der Erfüllungsgrad bei diesem Kriterium bei 84,3 % der ambulanten Pflegedienste. Für den 3. Pflege-Qualitätsbericht lagen hierfür noch keine Daten vor.

Tabelle 32:
Ambulante Pflege – Anleitung und Überprüfung von Hilfskräften (in v.H.)

Geprüfte Pflegedienste		11.021	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	91,8	84,3

Ambulante Pflegedienste mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI sind dazu verpflichtet, ein einrichtungsinternes 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). Während 80,6 % der ambulanten Pflegedienste Zielformulierungen und eine Maßnahmenplanung durchführen (Plan), liegt der Anteil der ambulanten Pflegedienste mit einer nachvollziehbaren Umsetzung (Do) dieser Maßnahmen bei 78,2 %. Die Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen (Check) erfolgt bei 70,5 % der Pflegedienste, und bei 68,7 % der Einrichtungen werden Anpassungen der Maßnahmen und damit die Wirksamkeit des Qualitätsmanagements erkennbar. Bei der Erstellung des 3. Pflege-Qualitätsberichtes standen hierzu noch keine Daten zur Verfügung, so dass die Entwicklung im Vergleich zum letzten Bericht nicht bewertet werden kann. Anhand der Ergebnisse zeigt sich aber ein Entwicklungspotenzial insbesondere dabei, Rückschlüsse aus Qualitätssicherungsmaßnahmen zu ziehen und Veränderungen umzusetzen.

Tabelle 33:

Ambulante Pflege – Qualitätsmanagement nach dem PDCA-Zyklus (in v.H.)

Geprüfte Pflegedienste		11.021
Frage	Kriterium	davon Kriterium erfüllt:
6.5a	Ist-Analyse, Zielformulierung und Maßnahmenplanung (Plan)	80,6
6.5b	Umsetzung (Do)	78,2
6.5c	Überprüfung der Wirksamkeit (Check)	70,5
6.5d	Anpassung der Maßnahmen (Act)	68,7

Auch beim **Hygienemanagement** haben sich nochmals Verbesserungen ergeben. Bei der Überprüfung, ob die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen zum Hygienemanagement (beispielsweise zur Händehygiene) von den Mitarbeitern eingehalten werden, ist jedoch noch Optimierungsbedarf erkennbar (Frage 8.1c). Bei 82,8 % der ambulanten Pflegedienste war dieses Kriterium erfüllt, bei 17,2 % war das Kriterium nicht erfüllt.

Tabelle 34:
Ambulante Pflege – Hygienemanagement (in v.H.)

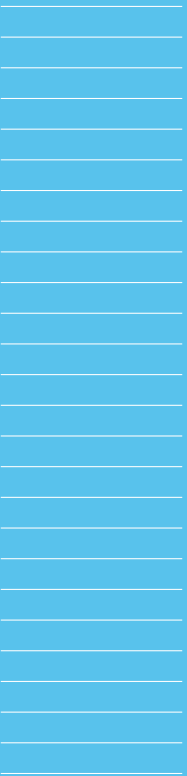
		7/2009 – 12/2010	2013
Gepriüfte Pflegedienste		7.779	11.021
Frage	Kriterium	davon Kriterium erfüllt:	
8.1a	Innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut	78,4	94,5
8.1b	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	81,5	96,1
8.1c	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	60,7	82,8
8.1d	Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen sind den Mitarbeitern bekannt	77,7	92,9
8.1e	Alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	88,2	95,5

3.3.3 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. Allenfalls beim Umgang mit Beschwerden zeigen sich verhaltene Hinweise auf Optimierungsbedarf aus Perspektive der Pflegebedürftigen. Die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung werden im Tabellenanhang dargestellt.

4

ZUKUNFT DER QUALITÄTSPRÜFUNGEN NACH §§ 114 FF. SGB XI



4.1 Ausgangslage

Den Pflegekassen kommt im Rahmen der Pflegeversicherung die Aufgabe zu, die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen (§§ 12 und 69 SGB XI). Hierzu werden Versorgungsverträge mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen. Die durch einen Versorgungsvertrag zugelassenen Pflegeeinrichtungen erbringen Leistungen nach dem SGB XI und sind verpflichtet, die gesetzlichen und vertraglichen Regelungen einzuhalten.

Zentrale gesetzliche Anforderungen sind u. a.:

- Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfes ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. (§ 2 SGB XI)
- Die Leistungen sollen insbesondere wirksam und wirtschaftlich erbracht werden. (§ 4 SGB XI)
- Die Pflegeeinrichtungen haben ihre Leistungen nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu erbringen. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten. (§ 11 SGB XI)
- Die Pflege ist unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft zu erbringen. (§ 71 SGB XI)
- Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben unbeschadet des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen für die Qualität ihrer Leistungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. (§ 112 SGB XI)

Diese wesentlichen Anforderungen sind bei der Ausgestaltung der Qualitätssicherung in der Pflege zu berücksichtigen.

Mit Einführung der Pflegeversicherung ist der Verantwortung der Leistungserbringer für die Qualität ihrer Leistungen ein hoher Stellenwert zugewiesen worden. Gleichzeitig ist die Möglichkeit der externen Qualitätsprüfungen durch die MDK in ambulanten Pflegediensten und in stationären Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage gesetzlicher und vertraglicher Anforderungen, insbesondere von durch die Selbstverwaltung ausgehandelten Qualitätsmaßstäben, geschaffen worden. Dies war und ist auch aus heutiger Perspektive eine für den Sozialversicherungssektor beispielgebende Ausgestaltung. Sie ermöglichen die Verknüpfung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements mit der externen Qualitätssicherung. Die Qualitätsprüfungen haben die Qualität in den Pflegeeinrichtungen offen gelegt und die Qualitätsentwicklung in der Pflege unterstützt.

Ein allgemeines Prüfrecht für die MDK wurde in § 80 SGB XI (Einzelprüfungen, Stichproben, vergleichende Prüfungen) festgelegt, die konkrete Ausgestaltung des Verfahrens aber zunächst der Selbstverwaltung übertragen. Mit § 80 SGB XI wurde die Selbstverwaltung verpflichtet, „*Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen*“ zu vereinbaren. Diese Vereinbarungen wurden im Jahr 1996 gesondert für die vollstationäre Pflege (07.03.1996), die ambulante Pflege (31.05.1996), die teilstationäre Pflege (31.05.1996) sowie die Kurzzeitpflege (31.05.1996) getroffen.

In den Anfängen der Pflegeversicherung wurden externe Qualitätsprüfungen durch die MDK noch eher selten durchgeführt, beispielsweise aufgrund von Beschwerden. Dabei zeigte sich zunehmend,

dass in manchen der geprüften Pflegeeinrichtungen erhebliche Qualitätsdefizite bestanden. Deshalb wurde eine systematische Qualitätssicherung und externe Qualitätsprüfung erforderlich. Der Gesetzgeber hat die Qualitätsanforderungen an die Pflegeeinrichtungen und die externen Qualitätsprüfungen durch die MDK schrittweise ausgebaut. Mit dem 2002 in Kraft getretenen Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) wurden die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, ein umfassendes einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen. Das Verfahren für Prüfungen des MDK wurde aus der Regelungszuständigkeit der Selbstverwaltung (§ 80 SGB XI) herausgelöst und in Kapitel 11 des SGB XI (§§ 112 ff.) neu ausgerichtet.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) aus dem Jahr 2008 ist mit den §§ 113 und 114 SGB XI neben den externen Prüfungen der MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes die Möglichkeit von Qualitätsprüfungen im Auftrag der Einrichtungsträger eingeführt worden. Die Anforderungen an die bei trägerveranlassten Prüfungen einzusetzenden Sachverständigen oder Prüfinstitutionen sowie an das Prüfverfahren sind in den Anlagen nach Ziffer 5 (ambulant) bzw. 7 (stationär) zu den Maßstäben und Grundsätzen zur Qualität in der Pflege nach § 113 SGB XI festgelegt worden. Daraus geht hervor, dass sowohl die Sachverständigen und Prüfstellen als auch die Prüfverfahren durch Landesverbände der Pflegekassen anzuerkennen sind. Die Ergebnisqualität muss dennoch in jedem Fall durch die MDK bzw. den PKV-Prüfdienst erhoben werden.

Außerdem wurde eine verpflichtende jährliche Qualitätsprüfung durch die MDK bzw. den PKV-Prüfdienst (Regelprüfung) eingeführt. Weiterhin sind Anlassprüfungen und Wiederholungsprüfungen als Prüfarten möglich. Die zentrale Neuerung zur Qualitätssicherung im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz war aber die Einführung der Transparenz über Prüfergebnisse aus Qualitätsprüfungen der MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes. Hierzu haben die Einrichtungsverbände, die kommunalen Spitzenverbände sowie der GKV-Spitzenverband nach § 115 Abs. 1a SGB XI Transparenzvereinbarungen geschlossen, auf deren Grundlage ein Teil der Prüfergebnisse nach einer Notensystematik von den Landesverbänden der Pflegekassen im Internet veröffentlicht wird. Mit den Transparenzberichten soll den Verbrauchern eine Entscheidungshilfe bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung an die Hand gegeben werden. Die in diesem Zusammenhang ausgewiesenen Noten haben eine breite öffentliche und fachliche Kritik ausgelöst, u. a. weil die Ergebnisse nicht ausreichend differenzieren.

Die aktuellste Änderung für die Qualitätssicherung in der Pflege ergibt sich aus dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG). Das PNG sieht vor, dass durch die Vertragspartner nach § 113 SGB XI in den Maßstäben und Grundsätzen für die stationäre Pflege Anforderungen an ein indikatoren-gestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich zu regeln sind, das auf Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht. Hierbei werden die von Wingenfeld et al. (2011) im Abschlussbericht „*Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe*“ zur Anwendung empfohlenen Indikatoren zugrunde gelegt. Derzeit finden Beratungen der Selbstverwaltung dazu statt, wie diese Anforderungen ausgestaltet werden sollen. Parallel wird eine modellhafte Pilotierung der zur Anwendung empfohlenen 15 gesundheitsbezogenen Indikatoren durchgeführt. Ziel dieser modellhaften Pilotierung soll es sein, das von Wingenfeld et al. entwickelte Vorgehen hinsichtlich seiner Praktikabilität und Durchführbarkeit im Regelbetrieb zu untersuchen und zu bewerten. Es sollen dabei belastbare Erkenntnisse zu den Voraussetzungen für die Übernahme des indikatoren-gestützten Verfahrens in den Regelbetrieb gewonnen werden. Voraussichtlicher Beginn der modellhaften Pilotierung soll Anfang April 2015 sein. Es wird von einer Laufzeit des Projektes von etwa 18 Monaten ausgegangen.

4.2 Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege

Die Qualitätsprüfungen des MDK werden aufgrund der im SGB XI festgelegten Grundlagen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchgeführt. Für die externen Qualitätsprüfungen durch die MDK sind folgende Funktionen maßgeblich:

1. **Vertragsprüfung:** Die Prüfung gesetzlicher und vertraglicher Anforderungen dient den Auftrag gebenden Landesverbänden der Pflegekassen dazu einzuschätzen, ob die Pflegeeinrichtungen die entsprechenden Verpflichtungen erfüllen.
2. **Verbraucherschutz:** Die Prüfung fachlicher und vertraglicher Anforderungen dient dem Verbraucherschutz. Es wird beurteilt, ob die erforderlichen Maßnahmen nach dem aktuellen Wissensstand durchgeführt und Fehler (weitgehend) vermieden werden. Bei festgestellten Qualitätsmängeln bzw. Vertragsverstößen können die Landesverbände der Pflegekassen auf der Grundlage der Prüfergebnisse den Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Bescheiden Maßnahmen zur Beseitigung dieser Mängel auferlegen. Werden diese Maßnahmen nicht umgesetzt, können verschiedene Sanktionsmöglichkeiten greifen, bis hin zur Kündigung des Versorgungsvertrages.
3. **Beratung:** Die Prüfung der fachlichen Anforderungen bildet gleichzeitig die Grundlage für die Beratung der Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung.
4. **Transparenz:** Schließlich sollen mit den Qualitätsprüfungen verbraucherrelevante Informationen erhoben werden. Damit sollen die Verbraucher in die Lage versetzt werden, eine passende Pflegeeinrichtung auszuwählen sowie gute von schlechten Einrichtungen zu unterscheiden.

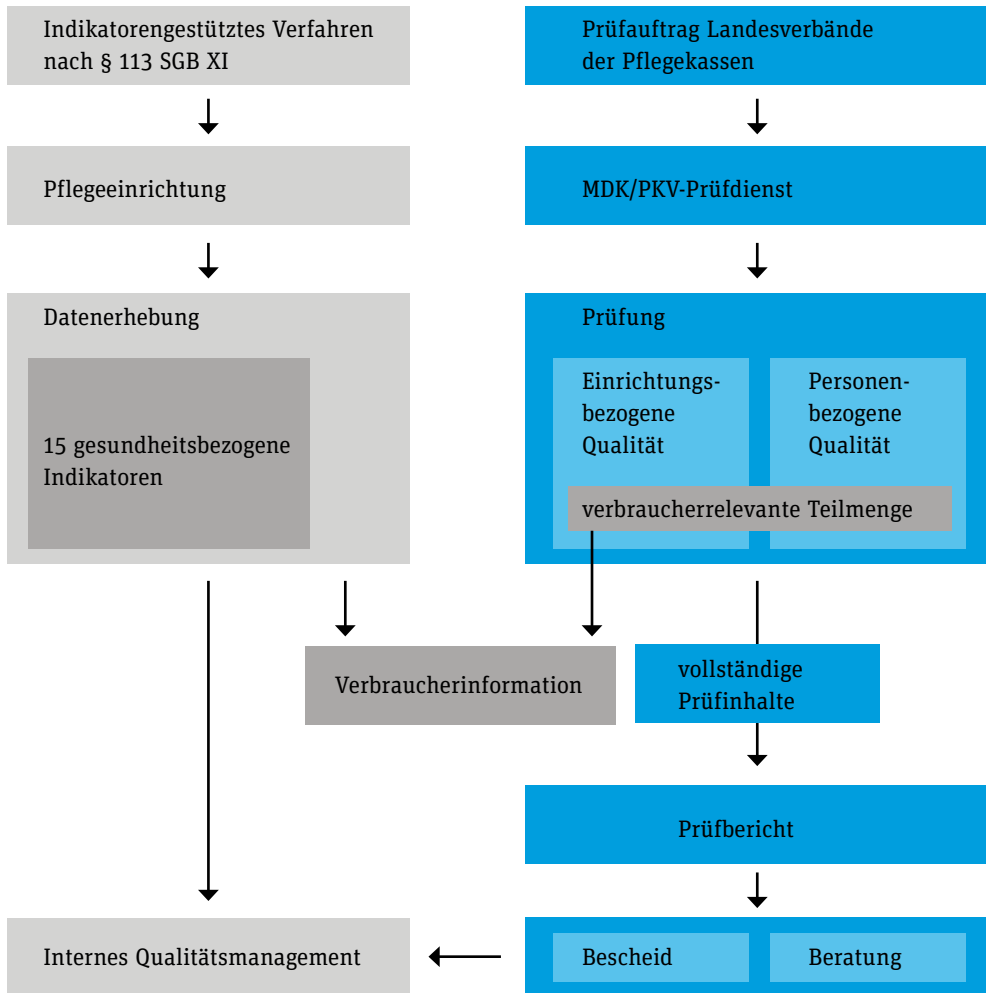
Für die Qualitätsprüfungen sind die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) die zentrale Prüfgrundlage. Um diese Grundlagen an den aktuellen Wissensstand anzupassen, ist es notwendig, die Qualitätsprüfungen des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes weiterzuentwickeln.

4.2.1 Modell für die Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege

Die oben dargestellten Funktionen der externen Qualitätsprüfung haben weiterhin eine hohe Bedeutung. Insbesondere vor dem Hintergrund der geplanten Einführung der Ergebnisindikatoren ist es aber notwendig, das Verhältnis von internem Qualitätsmanagement und externer Qualitätsprüfung sowie die Information der Verbraucher über die Qualität der Pflege neu zu justieren und aufeinander abzustimmen. Hierzu haben der GKV-Spitzenverband, die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene sowie der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) ein Modell zur Verknüpfung der externen Qualitätsprüfung nach §§ 114 ff. SGB XI mit den Ergebnisindikatoren in der stationären Pflege entwickelt (siehe Abbildung):

Abbildung 1:

Modell zur Verknüpfung der externen Qualitätsprüfungen durch MDK mit Ergebnisindikatoren in der stationären Pflege



Bei dem Modell wird davon ausgegangen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen für das interne Qualitätsmanagement und die operative Umsetzung der Ergebnisindikatoren verantwortlich sind. Im Rahmen der Vereinbarungen nach § 113 SGB XI ist festzulegen, wie und durch wen die Datenaufbereitung, Datenvalidierung und Datenveröffentlichung der Ergebnisindikatoren sichergestellt werden soll.

Die externen Qualitätsprüfungen werden weiterhin durch den MDK durchgeführt. Diese sind inhaltlich und organisatorisch an die neuen Rahmenbedingungen anzupassen. Sie gewährleisten eine inhaltliche Verknüpfung zu den Themen der Ergebnisindikatoren sowie zum Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen. Darüber hinaus sind auch Inhalte, die nicht über Indikatoren abgebildet werden, Gegenstand der Prüfungen.

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen durch den MDK werden in einem Prüfbericht u. a. den Landesverbänden der Pflegekassen sowie den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt. Die Pflegekassen können auf der Grundlage des Prüfberichtes bei Bedarf Maßnahmenbescheide gegenüber der Pflegeeinrichtung erlassen.

Die Ergebnisse der Indikatoren und ein Auszug aus den Ergebnissen der externen Prüfungen durch den MDK werden als Verbraucherinformation öffentlich zugänglich bereitgestellt. Bei der Veröffentlichung wird die jeweilige Quelle mit angegeben.

Sowohl Ergebnisindikatoren als auch die Ergebnisse der externen Qualitätsprüfungen werden im einrichtungsinternen Qualitätsmanagement dazu genutzt, bei Bedarf Qualitätsentwicklungsmaßnahmen zu initiieren.

4.2.2 Mögliches Inhaltsspektrum der zukünftigen Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege

Bei der Weiterentwicklung der Prüfgrundlagen sollte der Versorgungsqualität (personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität) Priorität eingeräumt werden. Eine Engführung auf die Ergebnisqualität allein ermöglicht keine Aussagen darüber, unter welchen Bedingungen diese Ergebnisse zustande gekommen sind und durch welche Wirkfaktoren sie beeinflusst worden sind. Stemmer und Arnold (2012) sprechen daher bezogen auf das Indikatorenset von Wingefeld und Engels auch von einer „Black-Box“-Evaluation, die keine Aussagen zu den für die Ergebnisse verantwortlichen Wirkfaktoren zulässt. Gerade auch, um die Funktionen der Qualitätsprüfungen (Vertragsprüfung, Verbraucherschutz, Beratung, Transparenz) erfüllen zu können, reicht es daher nicht aus, bei der inhaltlichen Neuausrichtung der Qualitätsprüfungen ausschließlich die Ergebnisindikatoren zu berücksichtigen, es wird auch weiterhin erforderlich sein, weitere Ergebniskriterien einzubeziehen und wesentliche Prozesse sowie Strukturqualitätsmerkmale im Blick zu behalten. Beispielsweise könnte mit Blick auf den Verbraucherschutz das Risikomanagement der Pflegeeinrichtungen stärker in den Fokus genommen werden (z. B. Fehlervermeidung beim Medikamentenmanagement). Im Hinblick auf die Beratung von Pflegeeinrichtungen wird ein Weg darin gesehen, die Lebensqualität der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen eingehender zu beurteilen.

Für die Verbraucherinformation sind wiederum Kennzahlen (z. B. Nurse to patient ratio im Frühdienst oder im Nachtdienst, Personalfuktuation, Fortbildungstage) zur Personalausstattung und zum Personalmanagement von herausgehobenem Interesse (vgl. Geraedts 2006, Geraedts et al. 2014). Daher könnte es sinnvoll sein, solche Kennzahlen zukünftig aufzunehmen.

Bei der zukünftigen Qualitätsprüfung durch die MDK bzw. den PKV-Prüfdienst sind auch die Chancen zur Entbürokratisierung verstärkt zu nutzen, die sich aus dem Projekt *„Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“* (Beikirch et al. 2014) ergeben. Die externen Prüfungen können als Katalysator dazu beitragen, die sich aus dem Projekt ergebenden Erkenntnisse in die Fläche zu tragen.

Die Erfassung der Ergebnisindikatoren ist ein Baustein des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Es kommt darauf an, die Ergebnisse der Ergebnisindikatoren einrichtungsintern zu analysieren und in den Prozess der Qualitätsentwicklung einzubringen. Qualitätsverbesserungen können nur dann erreicht werden, wenn auf der Basis der so ermittelten Daten Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung geplant und umgesetzt werden. Wie die Ergebnisse zum Qualitätsmanagement in diesem Bericht zeigen, gelingt dies heute noch längst nicht allen Pflegeeinrichtungen.

Daher sollte das Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen bei Qualitätsprüfungen der MDK weiterhin ein Prüfgegenstand sein. Zukünftig könnte dabei insbesondere auch betrachtet werden, ob und wie die Ergebnisse der Indikatoren in den Regelkreis des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements eingebracht und welche Schlussfolgerungen und Qualitätsentwicklungsmaßnahmen daraus abgeleitet werden.

4.2.3 Prozessschritte für die Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege

Zeitgleich zur modellhaften Pilotierung des indikatorengestützten Verfahrens ist vorgesehen, das Prüfverfahren und die Prüfinstrumente für die MDK bzw. den PKV-Prüfdienst so zu gestalten, dass beide Verfahren nahtlos ineinandergreifen können. Hierbei sind folgende Prozessschritte vorgesehen:

1. Entwicklung eines Qualitätsverständnisses

Mit dem SGB XI und mit Vereinbarungen und Verträgen (z. B. Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität in der Pflege nach § 113 SGB XI) liegen verschiedene Hinweise dazu vor, welche Anforderungen an die Qualität der Pflege gestellt werden können. Bislang fehlt jedoch ein systematisch entwickeltes Qualitätsverständnis für die Pflege, das Maßstab für die Beurteilung sein kann, welche Qualitätsmerkmale bei der Ausgestaltung des internen Qualitätsmanagements und der externen Qualitätsprüfungen berücksichtigt werden sollten und welches Qualitätsniveau anzustreben ist. In einem ersten Schritt wird unter wissenschaftlicher Begleitung ein Qualitätsverständnis erarbeitet. Basis hierfür sind u. a. Literatur zur Pflege- und Lebensqualität, Gesetze, Verträge, Berufsordnungen, die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen sowie die Expertenstandards.

2. Einbindung von prüfpraktischen Erfahrungen

Die MDK verfügen aufgrund ihrer jahrelangen Erfahrungen mit den Qualitätsprüfungen über umfangreiches Wissen zur Qualitätsentwicklung in der Pflege, zu Problembereichen und zur Praktikabilität von Prüfkriterien. Diese Erfahrungen werden in einem zweiten Schritt bei der Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen genutzt. Dabei ist kritisch zu hinterfragen, welche Kriterien aufgrund von Anpassungsprozessen der Pflegeeinrichtungen an die geltenden Prüfkriterien nicht mehr zielführend sind, welche Kriterien inhaltlich neu gestaltet werden sollten und in welchen Bereichen neue Kriterien sinnvoll sein könnten. Dabei soll das entwickelte Qualitätsverständnis den zentralen Orientierungsrahmen bilden.

3. Wissenschaftliche Entwicklung und Testung eines Prüfinstrumentariums

Unter Berücksichtigung der Vorarbeiten (Qualitätsverständnis, Ergebnisindikatoren, Vorschläge zur Weiterentwicklung aus prüfpraktischer Perspektive) ist vorgesehen, ein Team aus Pflegewissenschaftlern und Wissenschaftlern mit Kompetenz in der Instrumentenentwicklung damit zu beauftragen, ein Prüfinstrument zu entwickeln, das wissenschaftlichen Gütekriterien genügt. Dabei soll sowohl die fachliche Perspektive als auch die Sichtweise der Betroffenen berücksichtigt werden. Das Prüfinstrument soll geeignet sein, die bisherigen Funktionen der Qualitätsprüfungen weiterhin zu erfüllen. Bei der Instrumentenentwicklung sollten auch praktikable und wissenschaftsgestützte Vorschläge zur Ausgestaltung des Prüfverfahrens (Prüffrequenz, Prüftiefe, Personenstichprobe, Datenquellen) erarbeitet werden.

Im Rahmen des Entwicklungsprozesses werden die praktischen Erfahrungen der MDK mit den pflegewissenschaftlichen und methodischen Erkenntnissen verknüpft. Hierdurch wird gewährleistet, dass bei der Konzept- und Instrumentenentwicklung von Anfang an theoretische und prüfpraktische Erkenntnisse gemeinsam berücksichtigt werden.

Ergebnis dieses Prozesses wird ein wissenschaftlich fundiertes und praktikables Prüfinstrumentarium sein, das bei Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege eingesetzt werden kann. Damit wird eine Verzahnung mit dem internen Qualitätsmanagement auf der Grundlage der Ergebnisindikatoren ermöglicht.

4.3 Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege

Auch in der ambulanten Pflege ist eine Neuausrichtung der Qualitätsprüfungen erforderlich. Hierbei ist ebenfalls wissenschaftliche Expertise einzubeziehen. Allerdings ist es aufgrund der Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege schwerer, Qualitätsanforderungen zu definieren und neue Prüfkriterien oder Indikatoren zu entwickeln. Hauptgrund dafür ist, dass die ambulanten Pflegedienste nur Leistungen erbringen können, für die sie vom Pflegebedürftigen beauftragt werden. Zudem zeichnet sich die ambulante Versorgungssituation durch ein komplexes Gefüge aus formellen und informellen Akteuren aus; insbesondere Angehörige haben oft einen entscheidenden Anteil an der Versorgung des Pflegebedürftigen. Bei der Qualitätsbewertung muss aber auf die dem Pflegedienst gegebenen Einflussmöglichkeiten Bezug genommen werden.

Zudem liegen für die ambulante Pflege noch keine wissenschaftlichen Empfehlungen für einsetzbare Indikatoren vor. Das komplexe Versorgungssetting in der ambulanten Pflege erschwert die Entwicklung tragfähiger Indikatoren. Daher ist noch nicht erkennbar, ob Indikatoren in Deutschland auch für die ambulante Pflege eine Grundlage für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement oder für Verbraucherinformationen darstellen können. Dies zeigen zwei systematische Literaturrecherchen zu Indikatoren in der ambulanten Pflege (ZQP 2011, Hasseler et al. 2013).

4.4 Fazit

Die Qualitätsprüfungen der MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes haben die Qualitätssituation in den Pflegeeinrichtungen offen gelegt und die Qualitätsentwicklung in der Pflege unterstützt. Die Qualitätsprüfungen werden auch in Zukunft einen wichtigen Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der Pflege leisten.

In der ambulanten Pflege ist derzeit noch nicht klar absehbar, ob das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement auf Ergebnisindikatoren ausgerichtet wird oder ob hier andere Wege als in der stationären Pflege gegangen werden. Daher ist vor einer umfassenden Neuausrichtung der Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege eine fachlich fundierte Diskussion erforderlich.

In der stationären Pflege ist inzwischen klar erkennbar, dass insbesondere für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement die vorliegenden 15 gesundheitsbezogenen Indikatoren eine Rolle spielen werden. Wie dargelegt, können Ergebnisindikatoren jedoch nur ein Baustein der Qualitätsbewertung sein. Darüber hinaus ist festzulegen, welche Themen, die für die Versorgung von Pflegebedürftigen zentral sind, aber nicht über Indikatoren abgebildet werden, Bestandteil der Qualitätsprüfungen sein sollten. Daneben wird auch in Zukunft durch externe Prüfinstitutionen bewertet werden, unter welchen Bedingungen die Ergebnisse zustande kommen. Hierzu ist es erforderlich, die Qualitätsprüfungen an die neuen Herausforderungen anzupassen. Parallel zur Pilotierung der Ergebnisindikatoren für die stationäre Pflege wird daher im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes ein Prüfinstrumentarium entwickelt.

Beikirch E et. al. (2014) Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“. Abschlussbericht. Berlin, Witten.

BMFSFJ & BMG (Hrsg.) (2010, 10. Auflage): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin.

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

Geraedts M et al. (2014): Wie werden Pflegeeinrichtungen ausgewählt? Die Schwester der Pfleger, 53, 5, Seite 476–478.

Geraedts M (2006): Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Sichtensicht. In: Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2006, 154–170

Hasseler M et al. (2013): Indikatoren zur Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Lebensqualität in der ambulanten pflegerischen Versorgung. Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes der Pflegekassen. O.O.

Köpke S, et al. (2009): Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden 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 einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011 (http://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_vereinbarungen_formulare.jsp)

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011 (http://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_vereinbarungen_formulare.jsp)

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): Begutachtungsstatistik. Essen.

MDS & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2009): Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege. Essen & Berlin.

MDS & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2009/2): Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Essen & Berlin.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Stemmer R & Arnold J (2012): Kurzexpertise zur „Bewertung von Qualitätsindikatoren in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ mit besonderer Berücksichtigung der vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld entwickelten und erprobten Instrumente zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Mainz.

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

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hrsg.) (2011): Indikatoren zur Messung von Gesundheit und Versorgungsqualität in der ambulanten Versorgung. Abschlussbericht zur „Systematischen Übersicht und Bewertung“. Berlin.

Kurzberichte der MDK und des PKV-Prüfdienstes

MDK Baden-Württemberg

Allgemeine Entwicklung zur Qualität in der Pflege

Der MDK Baden-Württemberg hat zur Erfüllung seines gesetzlichen Auftrags (§ 114 SGB XI) im Berichtszeitraum 3.121 ambulante Pflegeeinrichtungen geprüft (Vorjahre zum Vergleich: 2011: 876 Einrichtungen | 2012: 1.116 | 2013: 1.129). Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen wurden zudem bei jeder Regelprüfung einer ambulanten Pflegeeinrichtung bei den in die Zufallsstichprobe einbezogenen Pflegebedürftigen die Rechnungen für abgerechnete Leistungen nach SGB XI und SGB V geprüft. Die Ergebnisse dieser Abrechnungsprüfung werden im Prüfbericht dargestellt – und dienen den Landesverbänden der Pflegekassen als Screening, um eine anlassbezogene Abrechnungsprüfung zu beauftragen.

Im gleichen Zeitraum hat der MDK Baden-Württemberg 3.851 stationäre Pflegeeinrichtungen geprüft (Vorjahre zum Vergleich: 2011: 1.127 Einrichtungen | 2012: 1.361 | 2013: 1.363). Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen wurde eine handlungsleitende Definition für gravierende Pflegemängel erarbeitet. Diese wird eingesetzt, wenn bei der Inaugenscheinnahme von Bewohnern festgestellt wird, dass die Pflege gravierend vom pflegewissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnisstand abweicht – insbesondere, wenn für den Bewohner eine Gefahr für die Unversehrtheit der Rechte zum Leben, körperliche, geistige oder psychische Unversehrtheit und der Freiheit droht oder wenn der Bewohner bereits einen Schaden erlitten hat.

Im Verlauf der Jahre konnten wir feststellen, dass nahezu alle Pflegeeinrichtungen die einrichtungsbezogenen Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen. Am Beispiel der Prüffrage 6.3 (Berücksichtigung von Expertenstandards im Rahmen des Qualitätsmanagements) wird deutlich, dass 2011 durchschnittlich 83 % der 876 geprüften ambulanten Pflegeeinrichtungen die Expertenstandards berücksichtigt haben; 2013 waren dies bereits 93 % der insgesamt 1.129 geprüften Pflegedienste.

In stationären Einrichtungen stieg der Anteil der Pflegeeinrichtungen, die die Expertenstandards berücksichtigen, von 92 % (1.037 von 1.127 Pflegeeinrichtungen) auf 97 % (1.322 von 1.363 Pflegeeinrichtungen).

Hinsichtlich der Ergebnis- und Prozessqualität lassen sich vergleichbare Entwicklungen verzeichnen. Gleichwohl ist auch Verbesserungspotenzial erkennbar.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Der MDK Baden-Württemberg überprüft bei allen in die Stichprobe einbezogenen, gesetzlich versicherten Sachleistungsbeziehern, ob die erbrachten grundpflegerischen Leistungen korrekt abgerechnet wurden.

2013 war dies bei 82 % der geprüften 1.129 ambulanten Pflegedienste der Fall (2012: 85 % der 1.116 geprüften Dienste). Bezogen auf die Anzahl der Stichproben wurden 2013 bei 301 (4,9 %) von 6.117 Sachleistungsbeziehern die erbrachten grundpflegerischen Leistungen nicht korrekt abgerechnet (2012: 220 oder 3,6 % von 6.099 Sachleistungsbeziehern).

2013 haben 88 % der geprüften 1.129 Pflegeeinrichtungen die erbrachten behandlungspflegerischen Leistungen korrekt abgerechnet (2012: 91 % der geprüften 1.116 Einrichtungen). Bei

190 (4,6 %) von 4.146 in die Stichprobe einbezogenen, gesetzlich versicherten Sachleistungsbeziehern wurden die Leistungen 2013 nicht korrekt abgerechnet (2012: 129 (3,1 %) von 4.149 Sachleistungsbeziehern).

Nachdem sich die Qualität der Abrechnung über die Jahre kontinuierlich verbessert hat, kann 2013 somit erstmals wieder eine negative Entwicklung festgestellt werden.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Die stationären Pflegeeinrichtungen haben sich auf der Strukturebene weiterentwickelt. Relevante Aussagen der Expertenstandards werden im Qualitätsmanagement berücksichtigt und die Mitarbeiterinnen der Einrichtungen wurden zu diesen Themenbereichen geschult.

Auf Ebene der Prozessqualität spiegeln sich diese Entwicklungen wider. Für 2013 stellen wir fest, dass individuelle Ressourcen und Risiken bei fast allen Bewohnern erfasst werden. Entsprechende Maßnahmen, die das Risiko bei den Bewohnern minimieren sollen, werden zunehmend mit den pflegebedürftigen Menschen vereinbart, geplant und durchgeführt. Dennoch wurden noch nicht allen Bewohnern geeignete Maßnahmen angeboten.

2013 erhielten 14 % der in die Stichprobe einbezogenen Bewohner (1.018 von 7.257) keine ausreichende Sturzprophylaxe, 10 % (511 von 5.083) keine ausreichende Dekubitusprophylaxe, 5 % (343 von 6.712) keine ausreichenden Maßnahmen zur Vorbeugung einer Mangelernährung und 5 % (363 von 7.252) keine ausreichenden Maßnahmen zur Kontinenzförderung. Hier besteht weiterhin Verbesserungspotenzial.

In Verbindung mit einem fehlenden Risikomanagement seitens der Einrichtungsleitung können diese Qualitätslücken zu gravierenden Mängeln in der Pflege führen.

Ein gravierender Pflegemangel liegt vor, wenn Bewohner durch diese Abweichung vom anerkannten pflegefachlichen Wissensstand, der in Richtlinien und Standards festgelegt ist, einen Schaden erleiden. Die internationale Klassifikation der Patientensicherheit (International Classification of Patient Safety ICPS) beschreibt ein Ereignis oder einen Umstand, der beim Patienten zu einem Schaden, Verlust oder zu Leid geführt hat, als „kritisches Ereignis“.

Im zeitlichen Verlauf konnten wir beobachten, dass die Anzahl dieser gravierenden Pflegemängel, die 2011 und 2012 deutlich zurückgegangen sind, nun stagniert bzw. leicht ansteigt. Die Ergebnisqualität in 2013 zeigt gravierende Pflegemängel bei 114 von 1.363 geprüften Pflegeeinrichtungen (8,4 %). Bezogen auf die Stichprobe wurden bei 156 von 9.442 Bewohnern (1,7 %) gravierende Pflegemängel festgestellt.

Gravierende Pflegemängel konnten wir in folgenden Bereichen feststellen:

- Sturzprophylaxe (43x)
 - Ernährungsmanagement (37x)
 - Freiheitseinschränkende Maßnahmen (36x)
 - Dekubitusprophylaxe (18x)
 - Behandlungspflege (8x)
-

- Schmerzmanagement (7x)
- Kontinenzförderung (3x)
- Körperpflege (3x)
- Umgang mit Demenz (1x)

Stürze oder Gewichtsverläufe werden von den meisten Pflegeeinrichtungen konsequent erfasst. Daher können wir bei der Qualitätsprüfung in der Regel feststellen, ob beispielsweise ein Sturz oder ein relevanter Gewichtsverlust das Resultat fortschreitender Krankheitsprozesse, individueller Entscheidungen des pflegebedürftigen Menschen bzw. seines gesetzlichen Betreuers oder unzureichender pflegerischer Versorgung ist.

Beispiel 1:

Ein nicht vollständig orientierter Bewohner, der nicht mehr frei stehen kann, hat sich nachts mehrfach an die Bettkante gesetzt. Um zu verhindern, dass der Bewohner aus dem Bett aufsteht und stürzt, werden durchgängige Bettseitenteile angebracht. Im Pflegebericht wurde dokumentiert, dass der Bewohner 14 Tage vor der Qualitätsprüfung in der Nacht über ein Bettseitenteil gestiegen und zu Boden gestürzt ist. Dabei hat er sich Prellungen zugezogen. Die Pflegekraft hat den Bewohner wieder in sein Bett gelegt und ihm gesagt, dass er nicht über die Bettseitenteile steigen solle. Die Pflegekraft stellte das Bettseitenteil wieder hoch und legte eine Matratze vor das Bett. Die Einrichtung hat jedoch nicht eruiert, warum der Bewohner nachts aufstehen möchte (z. B. Harndrang). Zudem wurden keine Maßnahmen mit dem Bewohner und seinem gesetzlichen Betreuer vereinbart. Dabei könnten beispielsweise zweigeteilte Bettseitenteile eingesetzt werden. Hier wird das obere Bettseitenteil hochgestellt, damit der Bewohner sich festhalten kann. Das untere Bettseitenteil bleibt unten. Vor das Bett des Bewohners könnte eine Sturzmatte statt einer Matratze gelegt werden. Auf diese Sturzmatte könnte eine zusätzliche Sensormatte gelegt werden. Wenn der Bewohner sich an den Bettrand setzt und mit den Füßen die Sensormatte berührt, wird die Pflegekraft informiert. Sie kann nach dem Bewohner sehen und ihn nach seinem Bedürfnis fragen.

Beispiel 2:

Ein nicht vollständig orientierter Bewohner nimmt seine Mahlzeiten regelmäßig im Speisesaal ein. Bei der Qualitätsprüfung wird erstmals festgestellt, dass er eine relevante Gewichtsabnahme erlitten hat. Ein Krankheitsgeschehen, das zur relevanten Gewichtsabnahme geführt hat (z. B. eine konsumierende Erkrankung), liegt nicht vor. Die Einrichtung hat diese Problematik nicht erkannt und keine entsprechenden Maßnahmen mit dem Bewohner und seinem gesetzlichen Betreuer vereinbart.

Aktivitäten des MDK zur Organisationsentwicklung

Neu eingestellte Qualitätsprüfer werden anhand eines strukturierten Einarbeitungskonzeptes eingearbeitet. Verantwortlich für die Einarbeitung ist der Leiter des jeweiligen Prüfteams. Zusätzlich erhält jeder neue Mitarbeiter während der Einarbeitung einen „Paten“, an den er sich jederzeit mit Fragen und Wünschen wenden kann. In den ersten drei Monaten wird die neu eingestellte Pflegefachkraft für die Tätigkeit als Co-Gutachter eingearbeitet; in den folgenden drei Monaten in die Tätigkeit als Hauptgutachter. Zur Sicherung von Qualität und Quantität der Arbeit des neuen Mitarbeiters werden in definierten Zeitabständen Audits und Fördergespräche durchgeführt. Das Einarbeitungskonzept wird regelmäßig evaluiert. In die Evaluation fließen auch die Ergebnisse der Mitarbeiterberichte ein, mit denen neu eingestellte Pflegefachkräfte die Einarbeitung bewerten.

Nach abgeschlossener Einarbeitung absolvieren alle Pflegefachkräfte im Prüfteam die Weiterbildung zum DGQ-Beauftragten und internen Auditor. Alle Pflegefachkräfte müssen mindestens 40 Fortbildungspunkte in zwei Jahren bei der Freiwilligen Registrierungsstelle für Beruflich Pflegende nachweisen. Der MDK Baden-Württemberg ist als Weiterbildungsstätte registriert und bietet regelmäßig interne Fortbildungen an. Pflegefachkräfte können hier mindestens 15 Fortbildungspunkte pro Jahr erwerben. Zusätzlich zu den internen Fortbildungen nehmen die Mitarbeiter der Prüfteams an externen Fortbildungsveranstaltungen teil.

Zu den weiteren Maßnahmen der internen Qualitätssicherung zählen die regelmäßig einmal monatlich stattfindenden Dienstbesprechungen. Hier werden fachliche Fragestellungen besprochen und Fallbesprechungen durchgeführt. Reviews der Prüfberichte, interne Audits, sorgfältige Analysen und Bewertungen der schriftlichen Äußerungen der Einrichtungen zur Prüfung, zum Prüf- und vorläufigen Transparenzbericht und die Auswertungen aus dem standardisierten Beschwerdemanagement zählen zu den weiteren Qualitätssicherungsmaßnahmen im MDK Baden-Württemberg.

Seit 2011 erhalten alle geprüften Pflegeeinrichtungen bei jeder Prüfung den von der MDK-Gemeinschaft entwickelten Fragebogen, mit dem sie die Qualitätsprüfung bewerten können. Zeitgleich mit dem Versand des Prüfberichtes erhalten sie einen weiteren Fragebogen, mit dem sie den Prüfbericht bewerten können. In diesem Zeitraum haben 50 % der geprüften Pflegeeinrichtungen beide Fragebögen ausgefüllt zurückgesendet. Mehr als 80 % der geprüften Pflegeeinrichtungen haben den praktischen Nutzen für die Qualitätssicherung ihrer Pflegeeinrichtung als hoch bzw. eher hoch bewertet. Die Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten bewerteten 50 % der geprüften Pflegeeinrichtungen als zielführend und 15 % als eher zielführend.

Durch eine Pflegewissenschaftlerin wird pflegerelevantes und pflegefachliches Wissen aufbereitet und unternehmensweit in einer Wissensdatenbank in komprimierter Form zur Verfügung gestellt. Dafür werden unter anderem Literaturrecherchen zu pflegefachlichen und -wissenschaftlichen Themen, die für den Fachbereich relevant sind, durchgeführt. Der Wissenszuwachs in der Pflege wird kontinuierlich beobachtet – durch Auswertung von Fachzeitschriften, den Besuch pflegewissenschaftlicher Kongresse und den regelmäßigen Austausch und die Kooperation mit Hochschulen, Forschungsinstituten, Fachgesellschaften und Verbänden. Der pflegefachliche Fort- und Weiterbildungsbedarf, der sich an den betrieblichen Zielen und am individuellen Bedarf der Gutachter orientiert, wird definiert. Dazu werden insbesondere die Stärken der einzelnen Gutachter genutzt. Die Teamleiter werden bei der Organisation und Planung der Fort- und Weiterbildung für die Qualitätsprüfer unterstützt. Die Vorgesetzten im Fachbereich Pflege werden beim Theorie-/Praxistransfer von pflegefachlichem Wissen und pflegefachlichen Methoden begleitet und unterstützt. Dafür werden unter anderem Konzepte für innovative Entwicklungen erstellt.

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehende Beratungsangebote des MDK

Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen bewertet der MDK Baden-Württemberg regelmäßig die Konzeptionen vollstationärer Pflegeeinrichtungen für besondere Bedarfskonstellationen, z. B. für beatmete Menschen, für Menschen mit schwersten Bewusstseinschädigungen (d. h. für Menschen im Stadium der reaktionslosen Wachheit), für schwerst mehrfach behinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, für binnendifferenzierte Wohn- und Pflegeheime.

Darüber hinaus referiert der MDK Baden-Württemberg regelmäßig über die Qualitätsprüfungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen bei Berufsfachschulen der Altenpflege, Weiterbildungsinstitutionen für Führungskräfte in der ambulanten und stationären Altenhilfe, der

Landesakademie für Lehrerfortbildung, bei Veranstaltungen von Heimaufsichtsbehörden und Gesundheitsämtern und bei ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen.

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

Im September 2009 wurde in Baden-Württemberg eine Vereinbarung nach § 21 Abs.1 Satz 3 Landesheimgesetz zur Zusammenarbeit mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung Baden-Württemberg, den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen und dem Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg getroffen.

Ziel dieser Vereinbarung ist es, zum Wohl der pflegebedürftigen Menschen, die auf eine Betreuung und Pflege in Einrichtungen angewiesen sind, die Prüftätigkeit beider Institutionen effektiv zu koordinieren, das gegenseitige Verständnis zu verbessern und nicht notwendige Mehrfachprüfungen zu vermeiden.

Unter anderem wurde vereinbart, dass der MDK Baden-Württemberg die örtlichen Heimaufsichtsbehörden bis zum 31.01. des Prüffjahres über seine Prüftermine informiert. Weiterhin wurde vereinbart, dass der MDK Baden-Württemberg den 44 Heimaufsichtsbehörden Änderungen von Prüfterminen zeitnah mitteilt, mit dem Ziel, dass die Regelprüfung von MDK und Heimaufsicht einen zeitlichen Abstand von mindestens 4 Monaten nicht unterschreitet. 2011 bis 2013 wurde der vereinbarte Mindestprüfabstand von 4 Monaten bei rund 90 % der geprüften Einrichtungen eingehalten.

Im Rahmen der Vereinbarung wurde ein regelmäßiger fachlicher Austausch zwischen den Heimaufsichtsbehörden und dem MDK Baden-Württemberg vereinbart. Der MDK wird regelmäßig zu Dienstbesprechungen der Heimaufsichtsbehörden auf Ebene der vier Regierungspräsidien eingeladen – ebenso zum Jahrestreffen aller Heimaufsichtsbehörden, zu dem das Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg einmal jährlich einlädt.

Einbindung des MDK in Landesstrukturen zur Pflege

Der MDK Baden-Württemberg nimmt als Mitglied regelmäßig teil an den zweimal jährlich stattfindenden Sitzungen des Landespflegeausschusses. Gemäß § 16 Landesheimgesetz nimmt der MDK Baden-Württemberg als Mitglied regelmäßig an den zwei- bis viermal jährlich stattfindenden Sitzungen der Landesarbeitsgemeinschaft teil.

Einmal jährlich laden die Trägerverbände der Einrichtungen den MDK Baden-Württemberg zum Erfahrungsaustausch ein.

Der MDK Baden-Württemberg ist Mitglied der Arbeitsgruppe Pflege der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (GeQiK) bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V.

Der MDK Baden-Württemberg ist Mitglied im Beirat des Modellprojektes zur Erfassung von Lebensqualität in Heimen des Qualitätssicherungsverbundes (QSV) stationärer Pflegeeinrichtungen im Landkreis Heilbronn, das vom Ministerium für Arbeit und Soziales unterstützt und gefördert wird.

Der MDK Baden-Württemberg ist Mitglied im Beirat des Projektes „Anonyme Beratung für Beschäftigte in der Pflege“, das die Abteilung für individuelle Chancengleichheit für Frauen und Männer und das Sozialamt Stuttgart im Rahmen des interdisziplinären Runden Tisches „Gewalt in der häuslichen Pflege“ indiziert haben.

Der MDK Baden-Württemberg unterstützt die Initiativen zur Reduzierung freiheitseinschränkender Maßnahmen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe nach dem Werdenfelser Weg in den Landkreisen Waldshut, Stuttgart, Pforzheim und Enzkreis.

Mit dem Einverständnis der Ombudsfrau hat die stationäre Pflegeeinrichtung aus Baden-Württemberg, die am „Projekt Effizienzsteigerung in der Pflegedokumentation“ teilgenommen hat, den MDK Baden-Württemberg eingeladen, um uns über das Projekt und die Ergebnisse zu informieren. Beim Besuch in der Einrichtung haben uns die Führungskräfte der Einrichtung sehr umfassend und detailliert über das Projekt und über die Ergebnisse anhand konkreter Fallbeispiele informiert. Somit konnten wir einen ausgezeichneten Einblick in die neue Qualität der Pflegedokumentation im Rahmen dieses Modellvorhabens gewinnen.

Modellprojekt § 117 (2) SGB XI

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG), das zum 30.10.2012 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber in § 117 (2) die Möglichkeit geschaffen, im Rahmen eines Modellvorhabens eine zwischen Heimaufsicht und MDK abgestimmte Vorgehensweise ordnungs- und leistungsrechtlicher Qualitätsprüfungen zu erarbeiten.

Unter Federführung des MDK Baden-Württemberg haben Vertreter der Landesverbände der Pflegekassen, Vertreter des Sozialministeriums Baden-Württemberg und der Heimaufsicht Ludwigsburg sowie Vertreter von Pflegeeinrichtungen aus dem Landkreis Ludwigsburg im Oktober 2013 das „Modellprojekt § 117 (2) SGB XI“ gestartet. In einer Arbeitsgruppe wurde die Struktur für gemeinsame Qualitätsprüfungen von Heimaufsicht, Gesundheitsamt und MDK erarbeitet. Von April bis Juli 2014 wurden von MDK Baden-Württemberg und Heimaufsicht gemeinsame Qualitätsprüfungen in Modelleinrichtungen im Landkreis Ludwigsburg durchgeführt. Dabei wurde das Verfahren getestet und ausgewertet. Der Projektbericht wird den Auftraggebern – Verwaltungsrat des MDK Baden-Württemberg und das Sozialministerium Baden-Württemberg – im Oktober 2014 vorliegen.

Kooperation Bodenseekreis

2011 starteten die BGW und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) einen Gesprächsprozess zur Kooperation von Aufsichts- und Prüfinstitutionen in der Pflege. Beteiligt waren Vertreterinnen und Vertreter der genannten Institutionen aus verschiedenen Regionen Deutschlands. Diese Gespräche mündeten 2012 in die Gründung eines überregionalen „Arbeitskreis Kooperatives Aufsichtshandeln“, der Erfahrungen regionaler Initiativen sammelt und transferiert und neue regionale Kooperationen anstößt. 2013 haben unter Vermittlung des Bundestagsabgeordneten Lothar Riebsamen und auf Initiative der BGW und des Landratsamtes Bodenseekreis die Aufsichts- und Prüfinstitutionen, die für Pflegeheime im Bodenseekreis zuständig sind, eine solche regionale Kooperation ins Leben gerufen.

An der Kooperation Bodenseekreis sind aus der Verwaltung des Landkreises das Amt für Kreisentwicklung und Baurecht, der Brand- und Katastrophenschutz, das Gesundheitsamt, die Gewerbeaufsicht, die Heimaufsicht, das Veterinäramt und als weitere Institutionen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg, die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und die Unfallkasse Baden-Württemberg beteiligt.

Die Kooperation Bodenseekreis widmet sich in erster Linie der Pflegedokumentation. Dazu ist ein Teilvorhaben „Vereinfachung der Pflegedokumentation – Implementierung der Vorschläge des BMG-Projektes“ angedacht.

MDK Bayern

Allgemeine Entwicklung zur Qualität in der Pflege

In den Jahren 2011 bis 2013 war eine Steigerung der Prüfaufträge durch die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern (ARGE) von jährlich ca. 3.600 auf knapp 3.900 Prüfaufträge zu verzeichnen. Die Verteilung ambulant/stationär betrug hierbei jeweils ca. 50 %. Von diesem Auftragsvolumen übernimmt seit 2012 der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) die gesetzlich vorgegebenen 10 % (vgl. Einbindung in regionale Strukturen).

Betrachtet man die Notenenwicklung beim Gesamtergebnis gemäß den Pflege-Transparenzvereinbarungen, so hat sich dieses zwischen Januar 2011 und Dezember 2013 im ambulanten Bereich von 2,2 auf 1,2 und im stationären Bereich von 1,8 auf 1,3 (alte PTVS) bzw. 1,4 (neue PTVS) verschoben. Nach Einschätzung des MDK Bayern ist diese Veränderung teilweise nicht auf eine tatsächliche Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen zurückzuführen.

Bemerkenswert ist im Berichtszeitraum der weiter gestiegene Anteil eingegangener Beschwerden (2011 insgesamt 274 bis 2013 insgesamt 363 Beschwerden) unterschiedlicher Parteien über Vorkommnisse in Einrichtungen. Diese Beschwerden führten zwischen 2011 und 2013 zu insgesamt 327 Anlassprüfungen.

Der MDK Bayern führte im Berichtszeitraum aufgrund unzureichender Pflegeergebnisse zudem insgesamt 285 Wiederholungsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch. Diese wurden durch die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände (ARGE) zur Überprüfung von Maßnahmenbescheiden oder als Ergebnis einer Anhörung beauftragt.

Im Zuge der Verabschiedung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) wurde beschlossen, dass die Versicherten in Einrichtungen der Altenpflege einer Begutachtung in Textform zustimmen müssen. Diese Vorgehensweise bindet enorme Ressourcen bei der Durchführung der Qualitätsprüfung vor Ort und führt im Extremfall dazu, dass ein Versicherter aus formalen Gründen nicht aufgesucht werden kann. Da die zuständigen Heimaufsichten in Bayern (Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualität und Aufsicht (FQA)) ebenfalls Einwilligungen in dieser Form einholen müssen, wurde in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGp) zu diesem Zweck ein gemeinsames Formular entwickelt, welches seit 2013 zum Einsatz kommt.

Insgesamt kann bezüglich der Personalsituation in den Einrichtungen in Bayern eine Zunahme des Einsatzes von Zeitarbeitskräften sowie freiberuflich Pflegenden festgestellt werden. Die Prüfer stellen während der Qualitätsprüfungen fest, dass der aus dem Einsatz von Zeitarbeitskräften resultierende Personalwechsel einen negativen Einfluss auf die Pflegequalität zu haben scheint.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Im ambulanten Bereich werden nur die vertraglich vereinbarten Leistungen geprüft, hierbei sind grobe pflegerische Mängel selten festzustellen. Bei pflegerischen Risikobereichen (Dekubitus, Schmerz etc.), die über die vertraglich vereinbarten Leistungen hinausgehen, fällt den Prüfern auf, dass die ambulanten Pflegedienste die erforderlichen Beratungsleistungen nicht immer nachvollziehbar darstellen können.

Im Bereich der außerklinischen Intensivpflege ist unter anderem aufgrund der guten Zusammenarbeit des MDK Bayern mit dem „Kompetenz Netzwerk Außerklinische Intensivpflege Bayern“

(KNAIB) und anderen Akteuren eine zunehmende Sicherheit bei der Versorgung von intensivpflichtigen Versicherten in der Häuslichkeit festzustellen.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Neben den bereits unter „Allgemeine Entwicklung zur Qualität in der Pflege“ dargestellten Aspekten fällt bei den Qualitätsprüfungen in Bayern eine geringe Anzahl an Bewohnern auf, bei denen freiheitseinschränkende Maßnahmen angewendet werden. Möglicherweise ist dies auf eine verstärkte Bewusstseinsbildung bei allen Beteiligten aufgrund der Initiative „Werdenfelser Weg“ zurückzuführen, die in Bayern besondere Beachtung erfahren hat.

Aktivitäten des MDK zur Organisationsentwicklung

Der MDK Bayern sichert durch zahlreiche Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen die hohe Qualität seiner Arbeit. Diese Maßnahmen beginnen bereits mit der Neueinstellung von Prüfern. Ein Einarbeitungskonzept im Bereich der externen Qualitätsprüfungen stellt eine strukturierte Einarbeitung sicher. Zudem sind ausgebildete Mentoren für die Einarbeitung der neuen Mitarbeiter zuständig. Die Einarbeitung wird zudem durch interne Schulungsangebote im MDK Bayern unterstützt.

Um zu gewährleisten, dass fachliche Entwicklungen „state-of-the-art“ umgesetzt werden, wurden aus den Reihen der Prüfer „Fachbeauftragte“ zu speziellen pflegerischen Themen benannt. Diese stehen insbesondere dem Führungsteam bei übergeordneten fachlichen Fragestellungen als Ansprechpartner zur Verfügung.

Relevante Fragestellungen, die sich aus den Anfragen an die Fachbeauftragten ergeben, werden bei internen Fachtagen aufgegriffen und durch die Fachbeauftragten an das gesamte Prüferteam vermittelt.

Daneben werden auf einer jährlich stattfindenden Prüfertagung aktuelle Themen aufgenommen, die die Arbeit der Prüfer berühren (können), wie zum Beispiel Ergebnisindikatoren oder Entbürokratisierung (Strukturmodell der Ombudsfrau). Der Unterschied zum internen Fachtag besteht in einem Impulsreferat durch externe Referenten.

Neben den Austauschmöglichkeiten an diesen Tagungen finden unter dem Motto „Gemeinsam löst es sich leichter“ drei- bis viermal im Jahr kollegiale Fallbesprechungen in sogenannten Regionalteams statt, die durch die teilnehmenden Prüfer selbstständig organisiert und durchgeführt werden. Ziel dieser Fallbesprechungen ist das Finden gemeinsamer Lösungen bei spezifischen Fragestellungen oder Problemen, die sich aus den Qualitätsprüfungen heraus ergeben. Zur weiteren internen Qualitätssicherung werden Praxisbegleitungen durch die Vorgesetzten (Teamkoordinatoren) entsprechend eines hierzu entwickelten Konzeptes durchgeführt.

Zusätzlich gibt es Arbeitsgruppen (AG PTVS, AG außerklinische Intensivpflege), die sich mit aktuellen Veränderungen beschäftigen, die den Tätigkeitsbereich der Prüfer betreffen, und Vorschläge zur Umsetzung erarbeiten. Ein Team erfahrener Prüfer verfasst Stellungnahmen bei Widersprüchen und Maßnahmenbescheiden. Dieses Team steht den Kollegen über eine Hotline auch bei akuten fachlichen Fragestellungen jederzeit zur Verfügung.

Aufgrund der komplexen Anforderungen in bestimmten Versorgungssettings wurden zusätzlich ein Intensivteam und ein Tagespflegeteam benannt, die überwiegend die Qualitätsprüfungen in diesen Bereichen durchführen.

Aufbauend auf dem gemeinsamen Projekt aller MDK zur Umsetzung der Qualitätssicherung der Prüfberichte auf Bundesebene hat der MDK Bayern im Berichtszeitraum (2012/2013) weitergehende interne Maßnahmen der Qualitätssicherung ergriffen. Die bundeseinheitlichen Prüffragen wurden umgesetzt und zudem ergänzende Anforderungen für die interne Bewertung der Prüfberichte festgelegt. Darüber hinaus wurden Kriterien definiert, die den Prüfern helfen, alle relevanten Aspekte in den Prüfberichten konkret und präzise auszuformulieren.

2013 hat der MDK Bayern ein Marktforschungsinstitut mit einer breit angelegten Kundenbefragung beauftragt. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen konnten hierbei unter anderem eine Bewertung der durchgeführten Qualitätsprüfung vornehmen. Rund 9 von 10 befragten Einrichtungen (n=704) bewerteten die Durchführung der Qualitätsprüfungen in ihren Einrichtungen als insgesamt positiv.

Für die Umsetzung und Planung der Prüfaufträge sowie als zentrale Anlaufstelle aller internen und externen Prozesse steht dem Bereich der externen Qualitätssicherung ein Logistikzentrum zur Verfügung. Mit einem eigens hierfür konzipierten Planungsprogramm werden die Prüfer beim MDK Bayern zentral unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten verplant. Prüfteams mit einem besonderen Schwerpunkt können hierbei ebenso berücksichtigt werden. Ein sogenannter „Springerdienst“ wird bei kurzfristigen Planungsänderungen eingesetzt.

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehende Beratungsangebote des MDK

Die Beratungsangebote des MDK Bayern im Bereich der Qualitätsprüfungen sind vielfältig. Nahezu täglich werden Anfragen fachlicher Art von unterschiedlichen Personen wie z. B. Angehörigen, Pflegenden, Ärzten oder Apothekern gestellt. Neben diesen Anfragen von zumeist Einzelpersonen gibt es häufig Referentenanfragen zu unterschiedlichen Themen. Im Berichtszeitraum wurden die Mitarbeiter verschiedentlich als Referenten von Trägerverbänden, Ausbildungsstätten, runden Tischen oder Podiumsveranstaltungen eingeladen. Sie referierten dabei zu unterschiedlichen Themen wie beispielsweise den Aufgaben des MDK allgemein oder im Bereich Pflege, den Prüfleitungen, der neuen PTVS, Aussagen der Expertenstandards oder dem Projekt ReduDok (vgl. Einbindung in regionale Strukturen).

Konzeptprüfungen fanden insbesondere bei gerontopsychiatrischen und Phase-F-Einrichtungen statt.

Dem Bearbeiten von Beschwerden über Einrichtungen kam im Berichtszeitraum aufgrund der gestiegenen Anzahl verstärkte Aufmerksamkeit zu (siehe Allgemeine Entwicklungen). Dieser Anstieg zeigt möglicherweise zum einen eine gestiegene Sensibilisierung für „Missstände“ in der Pflege. Zum anderen zeigt er aber auch, dass der MDK Bayern neben den oben genannten zahlreichen Anfragen und Referententätigkeiten innerhalb der Bevölkerung wie auch auf der Fachebene als relevanter, fachkompetenter und vertrauenswürdiger Akteur im Gesundheitswesen wahrgenommen wird.

Der MDK Bayern hat ein Projekt zum Risikomanagement in Pflegeeinrichtungen initiiert mit dem Ziel, die Versorgungssicherheit der pflegebedürftigen Menschen in ambulanten und stationären Einrichtungen zu erhöhen. Dabei sollen die Einrichtungen bei der Einführung eines Meldesystems unterstützt und begleitet werden.

In Bayern besteht seit 2010 das Institut für Qualitätsentwicklung in der Pflege, in dem auch der MDK Bayern Mitglied ist. Der MDK Bayern bringt sich in die Organisation und fachliche Konzeption des Instituts ein. 2012 stand das jährlich stattfindende Symposium des IQP beispielsweise unter dem Thema Pflegedokumentation.

Der MDK Bayern führt im Auftrag der Pflegekassen Pflegeberatungen in Pflegestützpunkten sowie nach § 7a SGB XI durch. Hierfür wurden einige Prüfer in Kooperation mit der Technischen Hochschule Deggendorf zu Pflegeberatern weitergebildet.

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

Das im August 2008 in Kraft getretene Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG) ist unverändert gültig.

Die im letzten Bericht erwähnte Veröffentlichung der Prüfergebnisse der FQA musste aus Gründen des Datenschutzes eingestellt werden. Es besteht aber seitens der Träger die Möglichkeit einer freiwilligen Veröffentlichung der Berichte der FQA.

Weiterhin wurde im Austausch mit der FQA festgelegt, dass Regelprüfungen immer getrennt durchgeführt werden. Bei der Planung dieser Prüfungen wird zudem ein Prüfabstand von zwei Monaten zwischen Prüfungen der FQA und des MDK eingehalten. Bei Beschwerden findet hingegen ein regelmäßiger Austausch statt, bei dem auch festgelegt wird, wer die Beschwerde vornehmlich bearbeitet oder ob eine gemeinsame Prüfung angestrebt wird.

Seit Herbst 2013 wird mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege eine Kooperationsvereinbarung erarbeitet. Hierunter fallen auch die Konkretisierung der Zusammenarbeit von FQA und MDK Bayern sowie die Durchführung gemeinsamer Projekte.

Einbindung des MDK in Landesstrukturen zur Pflege

Der MDK Bayern hat sich am Projekt ReduDok (Reduzierung der Pflegedokumentation) der Heimaufsicht (Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualität und Aufsicht – FQA) der Landeshauptstadt München beteiligt. Auf Wunsch der teilnehmenden 5 Einrichtungen im Stadtgebiet München war der MDK Bayern hierbei beratend hinsichtlich der Konformität des neuentwickelten Verfahrens mit der Qualitäts-Prüfungsrichtlinie (QPR) und der Pflege-Transparenzvereinbarung für die stationäre Pflege (PTVS) tätig. Eine Stellungnahme des MDK Bayern zum Verlauf dieses Projektes findet sich auf der Internetseite der FQA München www.heimaufsicht-muenchen.de oder unter www.redudok.de. Im Berichtszeitraum kam es überdies zu einem intensiven Austausch zur Arbeit des MDK mit Frau Beikirch, Ombudsfrau für Entbürokratisierung im Bundesgesundheitsministerium.

Im Mai 2012 fand ein gemeinsamer Workshop mit der PKV zum Thema „Einstieg in Qualitätsprüfungen in Bayern“ statt. Seit diesem Zeitpunkt finden die bereits seit 2010 im Bereich der Qualitätsprüfungen etablierten monatlichen Individuellen Fallbesprechungen (IFB) mit der ARGE unter Beteiligung der PKV statt. Prüfer des MDK Bayern nehmen beratend am Hygienetzwerk München und am palliativ-geriatrischen Netzwerk München teil.

Eine Kooperation des MDK Bayern im Bereich Pflege besteht weiterhin mit der Technischen Hochschule Deggendorf sowie mit der Ludwig-Maximilians-Universität München. Im Berichtszeitraum kam es auch zu einem intensiven Austausch mit dem Sozialreferat der Landeshauptstadt München.

Aufgrund von Abrechnungsauffälligkeiten in ambulanten Pflegediensten wurde der MDK Bayern nach Absprache mit dem Auftraggeber (ARGE) zur fachlichen Unterstützung der polizeilichen Ermittlungen für Kriminalpolizei und Staatsanwaltschaften im Rahmen der Amtshilfe tätig.

Weiterhin ist die Geschäftsführung des MDK Bayern im Landespflegeausschuss vertreten.

MDK Berlin-Brandenburg

Allgemeine Entwicklung zur Qualität in der Pflege

Nach wie vor gibt es Qualitätsunterschiede bei den unterschiedlichen Trägern und Einrichtungen: sehr gute und um ständige Entwicklung bemühte Einrichtungen, aber ebenso Einrichtungen mit mangelndem Problembewusstsein und aus Sicht der Qualitätsprüfer unzureichendem Qualitätsmanagement.

Dennoch ist insgesamt eine Weiterentwicklung zu verzeichnen, insbesondere im Umgang mit der pflegfachlichen Einschätzung der Risiken. Die aktuellen Expertenstandards sind in den Einrichtungen überwiegend bekannt und integriert.

In Einrichtungen, die an „starren“ Regeln hinsichtlich der Pflegedokumentation und an der Redewendung „der MDK hat gesagt“ festhalten, erscheint die Qualitätsentwicklung im Vergleich verlangsamt und die Mitarbeiter sind in der Wahrnehmung ihrer Eigenverantwortung eingeschränkt. Das ist insbesondere dort der Fall, wo im „Ankreuzverfahren“ dokumentiert wird und pflegfachliche Zusammenhänge nicht kompetent reflektiert werden.

In Einrichtungen, die eigene Ideen im Qualitätsmanagement umsetzen, ist eine gute Qualitätsentwicklung zu beobachten – mit Ausblick auf zukünftige Entwicklungen und Strategien.

Die Personalsituation in den Einrichtungen ist aus unserer Sicht zunehmend angespannt. Es wird von Einrichtungsvertretern berichtet, dass es in einigen Regionen zunehmend schwerer wird, Pflegefachkräfte zu gewinnen. Auch die Zusammenarbeit mit den Ärzten im Land Brandenburg ist wahrnehmbar schwieriger geworden. In einigen Bereichen gibt es laut Angabe der Einrichtungsvertreter nicht genug oder keine Haus- bzw. Fachärzte und insbesondere immer weniger, die in die Pflegeeinrichtung kommen (können).

Ob sich die Pflegebedürftigen in einer Pflegeeinrichtung wohl und zu Hause fühlen, hängt von der Grundeinstellung der Einrichtungsleitung und der Mitarbeiter und deren Engagement ab. Eine diesbezüglich scheinbar leichte Verbesserung im Land Brandenburg ist eine subjektive Wahrnehmung.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Die QPR hat den Bewertungsspielraum der Prüfer auf die vereinbarten Leistungen und auf die vom Arzt verordneten Behandlungspflegeleistungen begrenzt. Erforderliche Beratungsleistungen können durch die Prüfer im Zusammenhang mit bestehenden Risiken eingeschätzt werden.

Hinsichtlich der Beratungen ist in den meisten ambulanten Pflegeeinrichtungen eine Weiterentwicklung zu verzeichnen. Einige Träger sind dazu übergegangen, bezogen auf die jeweiligen Risiken Beratungsformulare systematisch anzuwenden.

Im Umgang mit Medikamenten und bei der Umsetzung ärztlicher Verordnungen sowie bei notwendigen Informationen an den Arzt bestehen nach wie vor Probleme.

Hinsichtlich der Durchführung der vereinbarten Leistungen und im Umgang mit Risiken ist eine Verbesserung zu verzeichnen.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Hinsichtlich der Beratungen und Einbeziehung der Pflegebedürftigen/Betreuer bei Problemen

und im Umgang mit Risiken besteht in den meisten stationären Pflegeeinrichtungen noch Verbesserungspotenzial. Im Umgang mit Medikamenten und bei der Umsetzung ärztlicher Verordnungen sowie bei notwendigen Informationen an den Arzt bestehen nach wie vor Probleme.

Hinsichtlich der erbrachten Leistungen und im Umgang mit Risiken ist eine Verbesserung zu verzeichnen.

Aktivitäten des MDK zur Organisationsentwicklung

Personalentwicklung: Im Zeitraum 2011 bis Ende 2013 ergaben sich im MDK Berlin-Brandenburg im Geschäftsbereich Qualitätsprüfungen keine relevanten Personalentwicklungen. Die Anzahl der Prüfer ist mit geringer Fluktuationsrate stabil.

Einarbeitung: Alle neuen Mitarbeiter im Geschäftsbereich Qualitätsprüfungen absolvieren eine 6-monatige strukturierte Einarbeitungsphase. Alle neuen Mitarbeiter haben im genannten Zeitraum an den MDS-Einführungsseminaren zu Qualitätsprüfungen teilgenommen.

Schulung: Alle Qualitätsprüfer im MDK Berlin-Brandenburg haben eine Auditorenausbildung absolviert. In den regulären Teambesprechungen sind fachliche Themen ein verbindlicher inhaltlicher Bestandteil. Des Weiteren wird auf Antrag die Teilnahme an externen Fortbildungsveranstaltungen gewährleistet.

Qualitätssicherung: Zu den standardisierten Instrumenten im Geschäftsbereich Qualitätsprüfungen des MDK Berlin-Brandenburg gehören interne Arbeitsgruppe, Musterprüfberichte, interne Auditierung und die stichprobenartige Plausibilitätsprüfung der Prüfberichte durch die Führungskräfte. Zudem beteiligt sich der MDK Berlin-Brandenburg an der MD-übergreifenden Auditierung der Qualitätsprüfungen.

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehende Beratungsangebote des MDK

Ein Fokus liegt auf der Öffentlichkeitsarbeit der Führungskräfte des Geschäftsbereichs Qualitätsprüfungen, die eine Beratung der Pflegeeinrichtungen und der weiteren Interessengruppen zu den Prüfgrundlagen etc. einschließt.

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

In der AG nach § 27 des Gesetzes über das Wohnen mit Pflege und Betreuung des Landes Brandenburg (Brandenburgisches Pflege- und Betreuungswohngesetz – BbgPBWoG) (nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde, Pflegekassen, MDK) wurde im Land Brandenburg eine Leitlinie für gemeinsame Prüfungen entwickelt und angewendet. Nach Reflexion der Ergebnisse wurde diese Leitlinie im März 2014 angepasst und umgesetzt. Nach jeder Prüfung erhalten die beteiligten Institutionen einen Feedbackbogen, der durch die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde ausgewertet und in der AG nach § 27 BbgPBWoG reflektiert werden wird.

Einbindung des MDK in Landesstrukturen zur Pflege

Die Leitung des Geschäftsbereichs Qualitätsprüfung ist stimmberechtigtes Mitglied der Landespflegeausschüsse Berlin und Brandenburg.

Die Führungskräfte des Geschäftsbereichs Pflege sowie die Referentin Externe Qualitätssicherung Pflege sind stimmberechtigte Mitglieder der Arbeitsgemeinschaften der Aufsichtsbehörden (AG nach § 27 BbgPBWoG in Brandenburg; AG nach § 28 des Gesetzes über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen, Wohnteilhabegesetz – WTG in Berlin).

Der MDK Berlin-Brandenburg hat das Projekt Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der Erhebungsphase unterstützt, indem er die teilnehmenden Einrichtungen bei der Prüfplanung berücksichtigte. Der MDK Berlin-Brandenburg nimmt derzeit an verschiedenen regionalen Veranstaltungen/Workshops zum Projekt Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation (auch in Zusammenarbeit mit Trägerverbänden) teil und fördert somit die Implementierung der Projektergebnisse in der Region Berlin/Brandenburg.

Die Führungskräfte des Geschäftsbereiches Qualitätsprüfungen sowie die Fachreferentin Externe Qualitätssicherung Pflege wirken aktiv in der Öffentlichkeitsarbeit des MDK Berlin Brandenburg mit, z. B. durch Vorträge, konzeptionelle Mitarbeit bei regionalen gesundheitspolitischen Fragestellungen, Beantwortung von Fachfragen.

MDK Bremen

Allgemeine Entwicklung zur Qualität in der Pflege

Im Zeitraum 2011 bis 2013 sind im Zusammenhang mit den durchgeführten Qualitätsprüfungen stetige Verbesserungen der Qualität und die kontinuierliche Umsetzung der Pflegetransparentenvereinbarungen erkennbar. Es wurden gemäß den gesetzlichen Vorgaben im Zeitraum 01.01.2011 bis 31.12.2013 alle durch die Landesverbände der Pflegekassen beauftragten stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen geprüft. Auch im Zeitraum 2011 bis 2013 konnte im Bereich der stationären Pflege eine Steigerung der Qualitätsentwicklung sowie der Ausbau entsprechender Ressourcen durch die Einrichtungen beobachtet werden.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Insgesamt wird das Verfahren der Qualitätsprüfungen als Instrument der einrichtungsinternen Qualitätssicherung und -steuerung angesehen. Die durch die MDK-Mitarbeiter formulierten Impulsberatungen wurden nutzbringend aufgenommen. Zudem haben die Pflegedienste fast durchweg die Expertenstandards umgesetzt, so dass sich in der Kombination die Prüfergebnisse positiv entwickelt haben, und die Einrichtungen zeigen weiterhin in allen geprüften Versorgungsbereichen eine kontinuierliche Steigerung.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Die Qualitätsprüfungen werden häufig als Möglichkeit der Fortentwicklung genutzt und dienen den Einrichtungen als Überprüfung ihrer eigenen Qualität und Qualitätssicherung. Hier wurden die Synergien der Qualitätsprüfungen genutzt, um die eigene Prozess- und Strukturqualität auszurichten. Die nationalen Expertenstandards sind inzwischen überwiegend umgesetzt und auch hier zeigen sich deutliche Verbesserungen in allen geprüften Versorgungsbereichen.

Aktivitäten des MDK zur Organisationsentwicklung

Die Personalentwicklung erfolgt anhand von bedarfsorientierten Inhouse-Fortbildungsangeboten und berücksichtigt die aktuellen pflegewissenschaftlichen Forschungsstände. Ebenso wurde das Fortbildungsangebot des MDS in Anspruch genommen. Die Qualitätssicherung erfolgte übergreifend durch die MD-übergreifende Auditierung innerhalb der MDK-Gemeinschaft und eine interne Qualitätssicherung der Prüfberichte wird sichergestellt.

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehende Beratungsangebote des MDK

Beratungen werden im Rahmen des Tagesgeschäfts bei telefonischen, schriftlichen oder E-Mail-Anfragen zu Fragen der Pflegequalität, gesetzlichen Bestimmungen, den Expertenstandards, der Pflegedokumentation und weiteren Themen geleistet. Es werden im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit Fachvorträge zu qualitätsbezogenen Themen in fachspezifischen Gremien gehalten. Es besteht die Möglichkeit, beim MDK im Lande Bremen Hospitationen und Praktika durchzuführen.

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

Die Vorschriften des SGB XI und des Bremischen Wohn- und Betreuungsgesetzes (BremWoBeG) verpflichten die Landesverbände der gesetzlichen Pflegekassen in Bremen, den MDK im Lande Bremen, den Prüfdienst der PKV sowie die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen – Bremische Wohn- und Betreuungsaufsicht – zu einer engen Kooperation bei der Überprüfung von stationären Pflegeeinrichtungen. Dazu wurde eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit gemäß § 114 Absatz 3 SGB XI getroffen. Ziel ist es, dass Synergieeffekte in operativer wie inhaltlicher Hinsicht genutzt werden, z. B. bei eingehenden Beschwerden über Pflegeeinrichtungen und der

Abstimmung der einzuleitenden Maßnahmen oder bei Terminierungen der Prüfungen, getrennt wie gemeinsam. Die Arbeitsgemeinschaft trifft sich regelmäßig zum Informations- und Erfahrungsaustausch.

Einbindung des MDK in Landesstrukturen zur Pflege

Der MDK im Lande Bremen beteiligt sich aktiv und zielorientiert in den entsprechenden Gremien innerhalb des Landes Bremen. Im Rahmen der Mitgliedschaft im Landespflegeausschuss, der Teilnahme an der Arbeitsgemeinschaft der Heim-Aufsichtsbehörden und weiterer Arbeitsgruppen nimmt der MDK aktiv an der Weiterentwicklung der Pflegequalität teil und bringt seine Kompetenz auf diesem Gebiet in die Diskussion mit ein.

MDK Hessen

Allgemeine Entwicklung zur Qualität in der Pflege

Insgesamt ist festzustellen, dass sich die Pflegeeinrichtungen zunehmend auf die Erfüllung der zur Veröffentlichung vorgesehenen Pflege-transparenz-Kriterien fokussieren. Hierdurch konnte eine Verbesserung der Transparenznoten erreicht werden (im Berichtszeitraum ambulant auf durchschnittlich 1,3 und stationär auf 1,1). Die Entwicklung der tatsächlichen Versorgungsqualität wird hierdurch nicht abgebildet.

Der bereits im 3. Qualitätsbericht beschriebene Trend mit einer nicht ausreichenden Besetzung an Pflegefachkräften hat sich weiter fortgesetzt mit der Folge, dass teilweise Vertretungsregelungen für Urlaub und Krankheit in ambulanten Diensten nur eingeschränkt vorhanden sind. Auch für stationäre Einrichtungen ist es insbesondere in den Ballungsräumen schwierig, Fachpersonal zu gewinnen.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

In der ambulanten Pflege werden Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zunehmend an angelernte Kräfte delegiert, ohne dass hierfür das erforderliche Wissen, Können und die Eignung der eingesetzten Hilfskräfte vorliegen. Zudem ist die fachliche Begleitung und Überwachung der angelernten Kräfte nicht in allen Fällen sichergestellt, da in den Einrichtungen teilweise zu wenige Pflegefachkräfte tätig sind.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Die Versorgungsqualität in den stationären Einrichtungen kann überwiegend als gut bezeichnet werden. Bei einem Teil der Prüfungen mussten jedoch Mängel im Bereich der Ernährung, bei der Mobilisierung der Bewohner und bei der Vermeidung und Versorgung von Druckstellen festgestellt werden.

Aktivitäten des MDK zur Organisationsentwicklung

Im Rahmen der internen Qualitätssicherung werden in Hessen alle Prüfberichte aus Anlass- und Wiederholungsprüfungen von den Teamleitungen gegengelesen, ebenso alle Prüfberichte, die eine Empfehlung zur Durchführung einer Wiederholungsprüfung beinhalten.

Stellungnahmen der Pflegeeinrichtungen zu Qualitätsprüfberichten oder Transparenzberichten werden nach der fachlichen Bewertung durch an der Prüfung beteiligte Prüfer ebenfalls von der Teamleitung gegengelesen und freigegeben.

Eine hessenweit einheitliche Prüfung und Begutachtung wird durch teamübergreifende Audits in Anlehnung an das MDS-Konzept gesichert, diese Audits werden seit dem Jahre 2012 durchgeführt.

Der MDK Hessen beteiligt sich seit 2010 an den MD-übergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen des MDS. So wurden bereits vor Erlass der entsprechenden Richtlinien nach § 53a SGB XI länderübergreifende Witness-Audits durchgeführt.

Regelmäßig werden Qualitätszirkel mit den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Prüf-dienst der PKV durchgeführt, um auch hier eine einheitliche Bewertung von Sachverhalten zu erreichen.

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehende Beratungsangebote des MDK

Im Nachgang zu Prüfungen nach den §§ 114 ff. SGB XI und auch unabhängig von Prüfungen kommt der MDK Hessen seinem im SGB XI gesetzlich verankerten Beratungsauftrag nach. Dies umfasst entsprechend der jeweiligen Fragestellung telefonische Beratungen, schriftliche Stellungnahmen und Fachgespräche in den Dienststellen des MDK oder den Räumlichkeiten der Einrichtungen.

Im Rahmen von Vertragsverhandlungen und Zulassungsverfahren stationärer und teilstationärer Pflegeeinrichtungen wird der MDK Hessen von den Verbänden der Pflegekassen regelhaft mit der fachlichen Bewertung der Einrichtungskonzepte beauftragt. Diese Konzeptprüfungen erfolgen in enger Abstimmung mit der Hessischen Betreuungs- und Pflegeaufsicht.

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

Eine Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit einem Modellprojekt gemäß § 117 Abs. 2 SGB XI in Verbindung mit § 24 Abs. 1 des Hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP) zur Durchführung gemeinsamer Regelprüfungen in stationären Einrichtungen mit der Hessischen Betreuungs- und Pflegeaufsicht (BPAH). Hierzu wurde ein gemeinsamer Prüflauf entwickelt, der alle Mindestkriterien der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) umfasst und um weitere Kriterien der QPR und des Leitfadens der Hessischen Betreuungs- und Pflegeaufsicht erweitert wurde. Noch im Jahr 2014 wird die Praktikabilität des erarbeiteten Instrumentariums im Rahmen von Simulationsprüfungen getestet.

Eine Unterarbeitsgruppe „Entbürokratisierung“ der AG nach § 24 HGBP beschäftigt sich mit dem Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Pflege“ und bereitet in Abstimmung mit dem Projektbüro des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Umsetzung auf Landesebene vor. Dieser UAG Entbürokratisierung gehören – neben dem MDK – die hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie Vertreterinnen und Vertreter der Landesverbände der Pflegekassen an. Weiterhin sind die Verbände der Leistungserbringer (Liga der freien Wohlfahrtspflege, BPA, VDAB) sowie über die hessische Schulleiterkonferenz Vertreter der Bildungsträger in die Arbeit der AG eingebunden.

Zur Abstimmung der Prüftätigkeit finden unter Moderation des MDK Hessen regelmäßige Sitzungen mit den Landesverbänden der Pflegekassen, der BPAH und dem Prüfdienst der PKV statt.

Teilweise werden anlassbezogene Prüfungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen gemeinsam mit der BPAH durchgeführt.

Einbindung des MDK in Landesstrukturen zur Pflege

Der MDK Hessen ist fest in die hessischen Strukturen integriert und an allen relevanten Gremien wie Landespflegeausschuss, Arbeitsgemeinschaft stationäre Pflege und Arbeitsgemeinschaft ambulante Pflege beteiligt.

Einen Schwerpunkt der Gremienarbeit bildet die aktive Mitwirkung in der auf Landesebene angesiedelten AG nach § 24 HGBP (Nachfolgegremium der AG § 20 HeimG).

MDK Mecklenburg-Vorpommern

Allgemeine Entwicklung zur Qualität in der Pflege

In den Jahren 2011 bis 2013 wurden im ambulanten Bereich insgesamt 1186 und im stationären Bereich 967 Qualitätsprüfungen durchgeführt. Darin sind Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen enthalten.

Es ist festzustellen, dass sich im Verlauf der letzten drei Jahre ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen in Vor- und Nachbereitung von Qualitätsprüfungen intensiv mit den Inhalten ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements und den Vorgaben der PTVA und der PTVS auseinandersetzen. Deutlich erkennbar ist, dass sich Einrichtungen mit qualitätsverbessernden Maßnahmen beschäftigen und diese umsetzen, so dass sich in Mecklenburg-Vorpommern weiterhin ein positiver Trend bezüglich der Entwicklung der Pflegequalität in den einzelnen Einrichtungen abzeichnet. Zweifelsohne hat zu diesem kontinuierlichen Verbesserungsprozess die Frequenz der Qualitätsprüfungen, verbunden mit entsprechenden Impulsberatungen im ambulanten und stationären Bereich, beigetragen. Im Rahmen einer Zufriedenheitsbefragung 2013 würdigten die Pflegeeinrichtungen neben dem beratungsorientierten Prüfansatz der MDK-Prüfungen insbesondere diesen Sachverhalt. Viele Pflegeeinrichtungen nutzen die Qualitätsprüfungen als eine Form des Audits zur Bewertung des Ist-Standes. Der Prüfbericht wird als Basis der weiteren Qualitätsentwicklung in der Pflegeeinrichtung herangezogen.

Sehr unterschiedlich wird von den Einrichtungen die Bedeutung der eigenen Transparenznoten für das Unternehmen eingeschätzt. Ob eine Transparenznote dazu führte, dass Bewohner sich bewusst für oder gegen eine Einrichtung entschieden haben, ist nicht bekannt. Die Transparenznoten hatten laut Angaben der Einrichtungsvertreter aber Auswirkungen auf die Gewinnung neuer Mitarbeiter.

Es wird jedoch auch berichtet, dass es zunehmend schwerer wird, gut qualifizierte und motivierte Fachkräfte zu gewinnen. Die Sicherstellung einer hochwertigen medizinischen und pflegerischen Versorgung in der Zukunft wird häufig infrage gestellt. Die Kommunikation zwischen dem MDK Mecklenburg-Vorpommern und den Einrichtungsvertretern, Trägern von Einrichtungen und zuständigen Behörden erfolgt überwiegend auf einer kooperativen und kollegialen Ebene. Die Zusammenarbeit mit den Trägerverbänden ist kontinuierlich und sehr konstruktiv.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

In fast allen geführten Gesprächen mit Versicherten wird durch diese auf eine hohe Zufriedenheit mit der Leistungserbringung des Pflegedienstes verwiesen. Die grundpflegerischen Pflegezustände weisen zum größten Teil keine Auffälligkeiten auf. Im ambulanten Bereich wurde eine stetige Verbesserung der durchschnittlichen Erfüllung der Transparenzkriterien erreicht und damit verbunden ein verbessertes Gesamtergebnis.

(2013: Gesamtergebnis 1,4; Vorjahr: Gesamtergebnis 1,5)

Hauptschwerpunkt für negative Bewertungen sind mangelhaft dargestellte Entwicklungen der Mobilität und daraus resultierende Kontrakturrisiken. Im Bereich der Behandlungspflege ist festzustellen, dass nicht immer entsprechend der ärztlichen Anordnung verfahren wird.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Die Befragung von Versicherten im stationären Bereich ergab u. a. positive Aussagen zur Freundlichkeit des Personals sowie zur Qualität des Essens und der Angebote der sozialen Betreuung. Defizite in der Grundpflegerischen Versorgung sind Einzelfälle.

Im stationären Bereich konnten die Einrichtungen ihre Gesamtergebnisse auf hohem durchschnittlichem Niveau halten (Gesamtergebnis 1,3).

Schwerpunktbereiche mit Verbesserungspotenzial sind die teilweise unzureichende Durchführung eines angemessenen pflegerischen Schmerzmanagements und der Umgang mit demenzkranken Bewohnern in Hinsicht auf die Berücksichtigung der individuellen sozialen Betreuung im Pflegeprozess.

Aktivitäten des MDK zur Organisationsentwicklung

Interne Qualitätssicherung

Das interne Qualitätssicherungssystem orientiert sich an den Normforderungen der DIN EN ISO 9001:2008 und umfasst im Wesentlichen das Erkennen, Beschreiben und die optimierende Steuerung der Prozesse, den ressourcenschonenden und verantwortlichen Einsatz von Personal und Arbeitsmitteln, aber auch die kontinuierliche Zielsetzung, die Leistung entsprechend den Ansprüchen aller interessierten Parteien zu erbringen und zu verbessern.

Hierzu wurden u. a. folgende Maßnahmen realisiert:

- Prozesse und Regelungen werden in einem Qualitätsmanagementhandbuch für alle Kollegen transparent dargestellt.
- Durchführung der Prüfung und die Erstellung des Prüfberichtes erfolgen nach einem standardisierten Verfahren unter Verwendung von Ausfüllhilfen, welche auf die individuelle Situation angepasst werden.
- Stellungnahmen zu Widersprüchen werden durch dafür gesondert geschultes Personal erstellt.
- Prüfberichte werden von allen an der Prüfung beteiligten Kollegen Korrektur gelesen (stationär auch von der Heimaufsicht), bevor der Bericht versendet wird.
- Einrichtungen erhalten immer Fragebögen zur Einschätzung der Prüfung und des Prüfberichtes. Das Ausfüllen und Versenden der Fragebögen erfolgen auf freiwilliger und anonymer Basis. Die beim MDK eingegangenen Fragebögen werden datentechnisch erfasst und analysiert.
- Fachliteratur, Expertenstandards, Entwicklungen aus der Rechtsprechung, Anmerkungen der Vertragspartner etc. fließen in interne Schulungen zum Umgang mit der QPR ein.
- In Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der Pflegekassen, dem MDS und der SEG 2 werden Fragestellungen zu fachbezogenen Themen analysiert und konkretisiert.

Die Zertifizierung des Fachbereiches der externen Qualitätsprüfung durch den TÜV Nord nach DIN EN ISO 9001:2008 ist am 04.04.2012 erfolgt und konnte aufrechterhalten werden.

Übergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 53a SGB XI

Der MDK Mecklenburg-Vorpommern beteiligt sich an der bundesweiten Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen, bestehend aus übergreifenden Audits, der Qualitätssicherung der Prüfberichte und Zufriedenheitsbefragungen.

Aufbau- und Ablauforganisation

Dem Fachbereich der externen Qualitätssicherung gehörten im Berichtszeitraum 16 Pflegefachkräfte und eine Fachbereichsleitung an. Er ist organisatorisch dem Geschäftsbereich Pflege zugeordnet und untersteht der Geschäftsbereichsleitung.

Einarbeitung, Schulung und Personalentwicklung

Analog eines strukturierten Einarbeitungskonzeptes erfolgt die Einarbeitung der neuen Mitarbeiter durch langjährig erfahrene Kollegen über einen Zeitraum von sechs Monaten.

Entsprechend unseres Personalkonzeptes absolvieren alle neuen Mitarbeiter nach der erfolgreich abgeschlossenen Einarbeitung eine Ausbildung zum „Auditor“ analog den Vorgaben der QPR. Mit Aufrechterhaltung dieses Anspruches sehen wir eine weitere Steigerung der Professionalisierung des Bereiches externe Qualitätsprüfung.

Teamsitzungen erfolgen in der Regel monatlich, um den fachlichen Austausch zu sichern. Zusätzlich wurden Workshops und regelmäßige externe und interne Fortbildungsmaßnahmen – angepasst auf die individuellen Bedürfnisse eines jeden Kollegen – durchgeführt.

Jedem Mitarbeiter werden durch das Unternehmen die benötigten Arbeitsmittel und die neusten Informationen im Hinblick auf die pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse zur Verfügung gestellt.

Alle Kollegen haben sich einer Schwerpunktthematik (z. B. Sturzprophylaxe, Schmerzmanagement, freiheitsentziehende Maßnahmen) angenommen, um noch gezielter Informationen in Form von Selbststudium sammeln zu können, um der Fachbereichsleitung Kriterien zur gezielten Wahl von Fortbildungsmaßnahmen zu geben und innerhalb des Teams, aber auch den interessierten Parteien gegenüber auskunftsfähiger zu sein.

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehende Beratungsangebote des MDK

Unabhängig von Prüfungen der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI kommt der MDK in Mecklenburg-Vorpommern auch dem gesetzlich verankerten Beratungsauftrag nach § 112 SGB XI nach. Dies umfasst entsprechend der jeweiligen Nachfrage Informationen zu aktuellen Themen und Fragestellungen, Konzeptprüfungen, Schulungen für Multiplikatoren, Beteiligung an regionalen Fach- und Qualitätszirkeln sowie die Beantwortung von Anfragen der Leistungserbringer.

Zu den Transparenzvereinbarungen und der QPR bot der MDK Mecklenburg-Vorpommern den Einrichtungen mehrere Informationsveranstaltungen an. Die Evaluation dieser Angebote ergab ein sehr positives Feedback. Hierbei wurde der Wunsch nach weiteren Veranstaltungen geäußert. Regelmäßig erfolgten Beratungen, z. B. bei telefonischen Rückfragen, E-Mail-Anfragen oder schriftlichen Anfragen zur Pflegequalität, zu gesetzlichen Bestimmungen, zur Pflegedokumentation und zu weiteren Themen.

Bei konkreten Fragestellungen seitens der Einrichtungen oder Verbände zur PTVA bzw. PTVS und zu den Prüfberichten und Prüfinhalten wurden auf Wunsch Gespräche auch in den Räumen des MDK realisiert.

Weiterhin wurden auf Anfrage gezielte Schulungen zur QPR einschließlich der Transparenzkriterien für Berufsverbände, Vertreter der LIGA und Heimaufsichten im Land Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt. Für die Landesverbände der Pflegekassen wurde der MDK Mecklenburg-Vorpommern auch im Rahmen von Anhörungen und bei der Klärung strittiger Fragen beratend tätig.

Bei Anfragen des Hörfunks, des Fernsehens sowie der Printmedien wurde Auskunft zum Verfahren der Durchführung von Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und den Pflege-Transparenzvereinbarungen gegeben.

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

Stationäre Qualitätsprüfungen wurden nach wie vor gemeinsam und arbeitsteilig mit der Heimaufsicht durchgeführt. Hierzu nutzen die Heimaufsichten einen durch den MDK erstellten Fragebogen mit Fragen aus der QPR entsprechend dem Einrichtungsqualitätsgesetz – EQG Mecklenburg-Vorpommern (17.05.2010).

Die parallel und zeitgleich verlaufenden Prüfungen beider Institutionen, auch in Verbindung mit anderen Prüfinstanzen wie z. B. Hygiene, Brandschutz, Rechnungsprüfung, Bauamt, werden zu Beginn des Jahres bzw. zum Ende des Vorjahres terminlich abgestimmt, erweisen sich als effektiv und werden von den Prüfern selbst, aber auch von den Einrichtungen als positiv beschrieben, da so vermieden wird, dass Fragestellungen mehrfach beantwortet werden müssen und an mehreren Tagen der Ablauf der Pflege und somit auch die Versicherten in ihrem Tagesablauf beeinträchtigt werden.

Die aufgrund der Dringlichkeit zeitnah und ungeplant durchgeführten Anlass- bzw. Wiederholungsprüfungen in Einklang mit der Heimaufsicht zu bringen, gestaltete sich schwierig, gelang aber in den meisten Fällen.

Einbindung des MDK in Landesstrukturen zur Pflege

Eine regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen der AG nach § 15 des EQG erfolgt in allen Landkreisen einmal jährlich.

Eine Kooperation mit Arbeitskreisen von Berufsverbänden, Altenpflegeschulen und Hochschulen besteht.

Häufig werden im MDK Mecklenburg-Vorpommern Praktika im Rahmen eines pflegewissenschaftlichen Studiums oder im Rahmen der pflegefachlichen Ausbildung absolviert.

Der MDK Mecklenburg-Vorpommern nimmt als Mitglied des Landespflegeausschusses regelmäßig an den zweimal jährlich stattfindenden Sitzungen teil.

Der MDK Mecklenburg-Vorpommern ist Mitglied der Arbeitsgruppe Pflege (Qualitätssicherung im Krankenhaus) der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern und des Arbeitskreises Betreuung am Amtsgericht Schwerin.

MDK Niedersachsen

Allgemeine Entwicklung zur Qualität in der Pflege

Die Pflegequalität in Niedersachsen hat sich im Berichtszeitraum weiter verbessert und befindet sich insgesamt auf einem guten Niveau. Bedingt durch die internen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Einrichtungen und die externen beratungsorientierten Qualitätsprüfungen des MDK erfolgt eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Pflegequalität in den Einrichtungen. Die Impulsberatung und konstruktive Zusammenarbeit des MDK Niedersachsen mit den Einrichtungen hat einen positiven Effekt auf die Weiterentwicklung der Pflege- und Versorgungsqualität und führt zu einem kontinuierlichen Austausch der Prozessbeteiligten. Dennoch besteht in einigen wenigen Einrichtungen weiterhin Verbesserungspotenzial im Bereich der personenbezogenen Ergebnis- und Prozessqualität.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Im Bereich der ambulanten Pflege ist eine deutliche und stetige Verbesserung der Pflegequalität erkennbar. Unabhängig von den tatsächlich vereinbarten Pflegeleistungen erfolgt durch die Pflegedienste überwiegend eine komplette und umfassende Erhebung der pflegefachlichen Risiken. Die Ergebnisse dieser Risikoeinschätzungen werden von der Mehrheit der Pflegedienste im Rahmen der Beratungen an die Betroffenen und Angehörigen kommuniziert oder in den Pflegeprozess implementiert. An diesem Beispiel wird erkennbar, dass sich die Inhalte der Qualitätsprüfungen und die transparente Veröffentlichung der Ergebnisse aktiv auf die Professionalität der Pflegekräfte auswirken und damit einen direkten Beitrag zur Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen leisten.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Im Bereich der stationären Einrichtungen hat sich die Ergebnis- und Prozessqualität auf einem guten Niveau stabilisiert. Bei der Inaugenscheinnahme der Bewohner zeigt sich eine Fokussierung auf die pflegefachlichen Schwerpunkte und die im 3. Bericht zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege dokumentierten Defizite. Insbesondere die Bereiche der Risikoeinschätzungen, die Ableitung von Maßnahmen und der Umgang mit Menschen mit Demenz zeigen positive Veränderungen. Die überwiegende Anzahl der Einrichtungen setzt die bewohnerbezogenen Vorgaben der personenbezogenen Ergebnis- und Prozessqualität bei den geprüften Bewohnern um und nimmt die beratungsorientierten Hinweise aus den Qualitätsprüfungen als Möglichkeit zur internen Qualitätsverbesserung an.

Aktivitäten des MDK zur Organisationsentwicklung

Mit der Aufgabe, alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen einmal jährlich im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen zu prüfen, sind in Niedersachsen 75 Prüferinnen und Prüfer auf Basis von 68 Vollzeitstellen beschäftigt. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind examinierte Pflegekräfte und haben einen strukturierten Einarbeitungsprozess durchlaufen. Zusätzlich verfügen alle Prüfer über eine Qualifikation als interner TQM-Auditor (Total-Quality-Management) oder TQM-Auditor und werden regelmäßig rezertifiziert. Weiterhin erfolgen interne und externe Fortbildungsangebote zu aktuellen Themenbereichen und regelmäßige Teambesprechungen. Innerhalb des Bereiches erfolgen interne Qualitätssicherungsmaßnahmen durch speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dieses Verfahren beinhaltet die Qualitätssicherung von Prüfberichten und die Durchführung von internen Audits zur Verbesserung der Qualität der Prüfberichte und der Sicherstellung eines einheitlichen Prüfverfahrens. Fachspezifische Hinweise aus diesem Verfahren werden in regelmäßigen Abständen evaluiert und fließen in die internen Fortbildungsmaßnahmen des MDK Niedersachsen ein.

Der MDK Niedersachsen beteiligt sich aktiv an der bundesweiten Implementierung der Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach § 53a SGB XI.

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehende Beratungsangebote des MDK

Der MDK Niedersachsen unterstützt die Landesverbände der Pflegekassen und die Pflegeeinrichtungen im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages bei der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in Niedersachsen. In diesem Rahmen erfolgen Beratungs- und Schulungsangebote sowie Fachvorträge zu aktuellen Entwicklungen bei Veranstaltungen der Pflegekassen und den Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen. Weiterhin wurden im Berichtszeitraum mehrere Konzeptprüfungen durchgeführt und Weiterentwicklungen von Dokumentationssystemen bei einzelnen Trägervereinigungen begleitet.

Zusätzlich erfolgen kontinuierliche Beratungen und die Beantwortung von telefonischen und E-Mail-Anfragen durch speziell geschulte Mitarbeiterinnen. Diese pflegfachlichen Beratungsangebote beinhalten beispielsweise Fragen zum internen Qualitätsmanagement, zur Umsetzung von Expertenstandards, zum Prüfverfahren und zum Pflegeprozess.

Innerhalb des MDK Niedersachsen erfolgen regelmäßige Praktika und Hospitationen von Studenten verschiedener Hochschulen.

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

In Niedersachsen existiert seit 2006 ein landeseinheitliches Verfahren zur Zusammenarbeit der Heimaufsichtsbehörden und des MDK Niedersachsen „Gemeinsame Empfehlung zur Zusammenarbeit des Medizinischen Dienstes und der Heimaufsichtsbehörden im Rahmen von Prüfungen nach dem 11. Kapitel des SGB XI / §§ 15 und 20 des Heimgesetzes (HeimG)“. Dieses Verfahren ermöglicht einen effektiveren Einsatz der beteiligten Prüfinstanzen und eine arbeitsteilige Prüforganisation. Weiterhin können die Heimaufsichtsbehörden und der MDK Niedersachsen gemeinsame oder getrennte Prüfungen durchführen. Innerhalb des Verfahrens informieren sie sich gegenseitig über die Prüftermine und die Ergebnisse der jeweiligen Prüfungen.

Bedingt durch die zwischenzeitlich verabschiedeten gesetzlichen Änderungen wird diese Vereinbarung aufgrund eines Beschlusses des niedersächsischen Landespflegeausschusses durch die Vereinbarungspartner überarbeitet und aktualisiert.

Einbindung des MDK in Landesstrukturen zur Pflege

Der MDK Niedersachsen ist Mitglied des Landespflegeausschusses und beteiligt sich aktiv an den Arbeitsgemeinschaften der Aufsichtsbehörden gemäß des niedersächsischen Heimgesetzes. In diesem Kontext bringt er seine pflegfachliche Expertise in die entsprechenden Gremien ein und unterstützt beispielsweise die Weiterentwicklung der Pflegedokumentation und die Reduzierung des bürokratischen Aufwandes. Gemeinsam mit den Aufsichtsbehörden des Landes Niedersachsen, den Landesverbänden der Pflegekassen und der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens erfolgen regelmäßige Arbeitstreffen zur Verbesserung und operativen Umsetzung des gemeinsamen Prüfverfahrens.

MDK Nord

Allgemeine Entwicklung zur Qualität in der Pflege

Insgesamt zeigt sich eine positive Qualitätsentwicklung. Der Fokus der Pflegeeinrichtungen ist dabei deutlich erkennbar darauf ausgerichtet, Verbesserungen der über die Pflegenoten zum Ausdruck gebrachten Prüfergebnisse zu erzielen.

Prüfungsfragen, die nicht Gegenstand der jeweiligen Transparenzvereinbarungen sind, werden von Einrichtungsvertretern häufiger als weniger relevant angesehen.

Das Erkennen von bestehenden Gefährdungspotenzialen bei Pflegebedürftigen (Sturz-, Dekubitus-, Kontrakturgefahr bzw. Risiken im Zusammenhang mit der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung) gelingt den Einrichtungen zunehmend besser.

Verbesserungspotenziale bestehen hinsichtlich der nachvollziehbaren Planung und Durchführung notwendiger Maßnahmen.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Im Bereich der Versorgungsqualität zeigt sich eine positive Qualitätsentwicklung. Gravierende pflegerische Mängel in Form von Dekubitalulzerationen, Bewegungseinschränkungen oder Gewichtsverlusten, die zu einem Untergewicht geführt haben, ohne dass der Pflegedienst darlegen konnte, im erforderlichen Umfang notwendige prophylaktische Maßnahmen eingeleitet zu haben, zeigen sich eher in seltenen Fällen. Dennoch bestehen vielfach Optimierungsbedarfe bezüglich der Planung und nachvollziehbaren Durchführung prophylaktischer Maßnahmen sowie der nachvollziehbaren Berücksichtigung der Wünsche und Gewohnheiten der Pflegebedürftigen.

Verbesserungsbedarf zeigt sich insbesondere auch im Zusammenhang mit der pflegerischen Vorgehensweise beim Umgang mit chronischen Wunden bzw. Dekubitus sowie in Bezug auf die Anforderungen an ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement und die fachgerechte Dokumentation der Medikamentengabe.

Hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit von Beratungs- und Informationsleistungen durch die Leistungsanbieter – wie z. B. bei bestehender Sturzgefahr oder der Information Angehöriger im Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen – werden derzeit noch Optimierungsbedarfe gesehen.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Trotz erkennbarer positiver Entwicklung hinsichtlich der Erfassung bestehender Gefährdungspotenziale (Dekubitus, Kontraktur, Ernährungsrisiko) zeigen sich weiterhin in fast jeder 5. Einrichtung gravierende Mängel. In diesen Fällen konnten geprüfte Einrichtungen nicht darlegen, dass im erforderlichen Umfang Maßnahmen gegen das Eintreten von Dekubitalulzerationen, Bewegungseinschränkungen im Sinne von Kontrakturen oder die Entstehung eines Untergewichtes eingeleitet wurden.

In einzelnen Einrichtungen, in denen wiederholt entsprechende Mängel im Bereich der Versorgungsqualität festgestellt wurden, sind durch die Landesverbände der Pflegekassen Kündigungen von Versorgungsverträgen ausgesprochen worden.

Aktivitäten des MDK zur Organisationsentwicklung

Im Jahr 2011 mussten erstmalig alle Pflegeeinrichtungen gemäß § 114 SGB XI überprüft werden.

Die hierzu notwendigen personellen und aufbauorganisatorischen Voraussetzungen sind in den Vorjahren mit dem Aufbau von Prüfteams an den Standorten Hamburg, Kiel, Flensburg und Itzehoe geschaffen worden.

Im Fachbereich Qualitätssicherung und Beratung von Pflegeeinrichtungen des MDK Nord sind ausschließlich Pflegefachkräfte zur Durchführung der Qualitätsprüfungen beschäftigt, von denen nahezu alle über eine Auditorenqualifikation verfügen. Auf ärztliche Fachkompetenz kann jederzeit zurückgegriffen werden.

Die mehrmonatige Einarbeitung neuer Mitarbeiter in die gutachterliche Tätigkeit erfolgt auf Basis eines Einarbeitungskonzeptes sowie mit enger Begleitung durch Mentoren und die zuständigen Teamleitungen an den Standorten.

Die Prüfer nehmen an internen und externen Fortbildungsveranstaltungen teil. Regelmäßige Teambesprechungen, Tagungen für alle Prüfer des Fachbereiches, Fallbesprechungen sowie kontinuierliche Reviews der Gutachten/Prüfberichte stellen wesentliche Bausteine der internen Qualitätssicherungsmaßnahmen des Fachbereiches für die Durchführung der Qualitätsprüfungen dar. MD-übergreifende Audits im Rahmen von Qualitätsprüfungen sowie eine im Jahr 2011 durchgeführte Kundenbefragung geprüfter Pflegeeinrichtungen tragen ebenfalls zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung bei. Die Ergebnisse der Kundenbefragung sind auf der Website des MDK Nord (www.mdk-nord.de) veröffentlicht.

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehende Beratungsangebote des MDK

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinaus berät der Fachbereich Qualitätssicherung und Beratung von Pflegeeinrichtungen die Landesverbände der Pflegekassen zu Grundsatzfragen der Qualitätsprüfungen und führt im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen Konzeptprüfungen im Rahmen der Neuzulassung von Pflegeeinrichtungen durch.

Vorträge beispielsweise im Rahmen von Fachveranstaltungen sind fester Bestandteil der Öffentlichkeitsarbeit des Fachbereiches. Zudem werden telefonische Anfragen von Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen im direktem Austausch beantwortet.

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

Im Land Schleswig-Holstein haben die Vertreter der für das Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG) zuständigen Behörden, der Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK Nord) und des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein (MASG) Empfehlungen für die Zusammenarbeit bei Prüfungen von stationären Einrichtungen erarbeitet.

Die Prüfungen durch Aufsichtsbehörden beziehen sich im Schwerpunkt auf die Struktur- und Prozessqualität in der Einrichtung. Die Ergebnisqualität wird dagegen schwerpunktmäßig nach §§ 114 f. SGB XI vom MDK geprüft. Diese Aufgabenteilung zwischen den zuständigen Behörden und MDK/PKV-Prüfdienst ermöglicht grundsätzlich ein arbeitsteiliges Vorgehen.

Für das Bundesland Schleswig-Holstein erfolgt nach Erteilung der Prüfaufträge durch die Landesverbände der Pflegekassen die Terminabstimmung zwischen MDK-Nord und den zuständigen Behörden der Kreise und kreisfreien Städte zur Durchführung gemeinsamer Überprüfungen der stationären Pflegeeinrichtungen. Eine möglichst langfristige Abstimmung der Termine wird dabei angestrebt (Viertel-, Halb- oder Ganzjahresplanung).

Die Organisation des konkreten Prüfablaufes ist von verschiedenen Faktoren, wie zum Beispiel der Anzahl der Pflegeplätze, der Anzahl der Vertreter der zu prüfenden Einrichtung sowie der Anzahl der Vertreter der Prüfinstitutionen und nicht zuletzt vom konkreten Prüfauftrag abhängig. Zu Beginn einer Qualitätsprüfung verständigen sich die Vertreter der zuständigen Behörden und des MDK bzw. PKV-Prüfdienstes über den zeitlichen und inhaltlichen Ablauf der arbeitsteiligen Prüfung.

Unabhängig von der unterschiedlichen Schwerpunktsetzung der Prüfungen durch die zuständigen Behörden und den MDK bzw. PKV-Prüfdienst lassen sich aufgrund der fachlichen oder systematischen Zusammenhänge inhaltliche Überschneidungen zwischen den beiden Prüfinstanzen – insbesondere im Rahmen der Überprüfung der Strukturqualität – nicht vollständig vermeiden. Für die gemeinsame Prüfpraxis werden diese Fragen zu einem Themenblock zusammengefasst, der dann vor Ort möglichst in einem gemeinsamen Arbeitsschritt in der Einrichtung geprüft wird.

Die „Arbeitsgruppe Zusammenarbeit“ unter Federführung des Sozialministeriums hat im Rahmen ihrer Arbeitssitzungen die Schnittmengen zwischen den Prüfinhalten identifiziert und hält zur Prozessoptimierung die Bildung von Themenblöcken bei gemeinsamen Qualitätsprüfungen als Orientierungsrahmen für sinnvoll.

Im Bundesland Hamburg erfolgt zwischen den Aufsichtsbehörden und dem MDK Nord ein regelmäßiger Austausch zu geplanten Prüfungen und den Prüfergebnissen. Eine Prüfrichtlinie für die Aufsichtsbehörde befindet sich zurzeit in Bearbeitung; der MDK Nord steht hier beratend zur Seite. Es ist vorgesehen, sich nach der Fertigstellung erneut über den Rahmen der Zusammenarbeit auszutauschen.

Einbindung des MDK in Landesstrukturen zur Pflege

Der MDK Nord ist zum Beispiel regelmäßig an

- Landespflegeausschusssitzungen der Bundesländer Hamburg und Schleswig-Holstein
- Arbeitssitzungen nach § 19 des Selbstbestimmungsstärkungsgesetzes Schleswig-Holstein (Aufsichtsbehörden/Landesverbände der Pflegekassen/MDK Nord)
- Arbeitssitzungen unter Beteiligung der Sozialbehörde Hamburg, der Landesverbände der Pflegekassen und des MDK Nord
- der Arbeitsgruppe für die Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden in Schleswig-Holstein/MDK Nord/PKV-Prüfdienst zur Durchführung von Prüfungen vollstationärer Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein

beteiligt.

Zudem sind Beratungen der Behörden/des Sozialministeriums im Rahmen der Erarbeitung von Prüfrichtlinien für die Aufsichtsbehörden der Bundesländer Hamburg und Schleswig-Holstein erfolgt.

An der Landesinitiative „Leben mit Demenz“ in Hamburg war der MDK Nord ebenfalls beteiligt. Ebenso war der MDK Nord Mitglied im Begleitgremium zur „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ in Schleswig-Holstein.

MDK Nordrhein

Allgemeine Entwicklung zur Qualität in der Pflege

Die Einrichtungen haben überwiegend einen hohen Qualitätsstandard erreicht.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Pflegerische Mängel, bei denen eine akute Intervention der Prüfer erforderlich ist, werden selten festgestellt. Insbesondere fällt es den ambulanten Pflegeeinrichtungen schwer, ihre Beratungstätigkeit und die Schnittstellen zu anderen an der Pflege beteiligten Personen zu verschriftlichen. Bei Pflegebedürftigen mit einem besonderen Aufwand zusätzlicher Behandlungspflege (z. B. 24h-Beatmungspflege) ist ein qualifikationsgerechter Mitarbeiterereinsatz häufig nicht gewährleistet.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Der akute Interventionsbedarf in Form von Empfehlungen für Sofortmaßnahmen bei pflegerischen Mängeln durch die Prüfer hat zugenommen. In enger Zusammenarbeit mit den Landespflegekassen werden Sofortmaßnahmen gefordert.

Das Erkennen individueller Risiken und die sich daraus ergebende Planung erforderlicher Pflegemaßnahmen, deren Durchführung und Evaluation gelingt den Einrichtungen nicht immer.

Aktivitäten des MDK zur Organisationsentwicklung

Zur Umsetzung der Qualitätsprüfungsaufgaben hat der MDK Nordrhein insbesondere folgende Aktivitäten durchgeführt:

- Regelmäßige Schulung aller Mitarbeiter zu Schwerpunktthemen (Demenz, Wachkoma etc.),
- Zeitgerechte Personaleinstellung, dabei schwerpunktmäßig Mitarbeiter mit Studienabschluss in der Pflege,
- Ausbildung der Mitarbeiter zu TQM-Auditoren (alle Prüfer, abgesehen von Neueinstellungen, sind inzwischen TQM-Auditoren),
- Instrumente der Hospitation in den Qualitätsprüfungen, der kollegialen Begleitung und dem stichprobenhaften Gegenlesen der Prüfberichte,
- Einführung standardisierter Zusammenfassungen in den Prüfberichten,
- Nutzung der Ausfüllhilfe der ISMED-Gemeinschaft für die Prüfberichte,
- Gezielte Begleitung der Prüfer bei der Einführung von Ablaufveränderungen,
- Regelmäßige Besprechung von Fragen aus der QPR nach Hinweisen durch die Prüfer (in den Teambesprechungen 1 x monatlich),
- MD-übergreifende Witness-Audits der Qualitätsprüfungen. Der MDK Nordrhein hat drei Audits in anderen MDKs durchgeführt und wurde selber dreimal auditiert.

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehende Beratungsangebote des MDK

Beratungsangebote an Pflegeeinrichtungen werden durch alle Mitarbeiter, die in den Qualitätsprüfungen tätig sind, erbracht. Auf die Beratungsmöglichkeit durch den MDK wird in jeder Qualitätsprüfung hingewiesen.

Die Prüfung von Pflegekonzepten z. B. zu speziellen Versorgungsformen bei Demenz, beatmungspflichtigen Pflegebedürftigen oder Gehörlosen erfolgen im Auftrag der Landespflegekassen regelmäßig.

Nutzerfinanziert besteht das Angebot für Pflegeeinrichtungen, Qualitätsprüfer für Schulungen der Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen anzufragen, ebenso werden für Mitglieder von Berufsverbänden Schulungen durch den MDK Nordrhein durchgeführt.

Der MDK Nordrhein ist in zahlreichen regionalen Arbeitsgruppen/Projekten (siehe Einbindung in regionale Strukturen) beratend eingebunden.

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

Der Rahmenprüfkatalog für die nach dem Wohn- und Teilhabegesetz in NRW zuständigen Aufsichtsbehörden umfasst ca. 28 Fragen, die der QPR entnommen sind. Diese Fragen werden jedoch von den Aufsichtsbehörden mit einer anderen Prüftiefe bearbeitet, so dass die Prüfergebnisse aus Prüfungen der Aufsichtsbehörden vom MDK nicht einfach übernommen werden können. Derzeit wird der Rahmenprüfkatalog auf Landesebene überarbeitet.

Alle Seiten engagieren sich im Interesse einer guten Zusammenarbeit, wenn möglich werden Absprachen zu gemeinsamen Prüfungen oder bewusst zeitversetzten Prüfungen (wechselweise Prüfung der Einrichtung bei Mängeln) getroffen, dies gelingt zunehmend.

MDK Prüfberichte werden immer an die Heimaufsichtsbehörden nach dem Wohn- und Teilhabegesetz NRW geschickt, der umgekehrte Weg gelingt inzwischen zunehmend.

Einbindung des MDK in Landesstrukturen zur Pflege

Der MDK Nordrhein ist im Landespflegeausschuss vertreten.

An Arbeitsgemeinschaften der Aufsichtsbehörden auf Landesebene nimmt der MDK Nordrhein teil. Eine Zusammenarbeit mit den Trägerverbänden besteht insofern, dass der MDK Nordrhein vielen Trägerverbänden Referenten bei ihren Fortbildungsveranstaltungen zur Verfügung stellt.

Der MDK Nordrhein ist Mitglied

- im Beirat zum Projekt „Ergebnisqualität in stationären Altenhilfeeinrichtungen“ (EQuisa) des Diözesan-Caritasverbands für das Erzbistum Köln e.V.,
 - im Arbeitskreis außerklinische Beatmung Köln,
 - im fachlichen Begleitgremium beim Projekt der Caritas Münster „Praxis.Projekt Lebens.Wert – Wie Beziehungsqualität in der Altenhilfe messbar wird“,
 - in verschiedenen regionalen Palliativ-Care-Projekten,
-

-
- in der Arbeitsgruppe Abrechnungsbetrug (mit dem örtlichen Sozialhilfeträger, Staatsanwaltschaft, Kriminalpolizei, Kranken- und Pflegekassen),
 - in der Arbeitsgruppe Landesbutton Sturzprävention (Krankenkassen, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK, Ärztekammer Nordrhein),
 - in der Arbeitsgruppe mit den Amtsapothekern in NRW und dem MDK Westfalen-Lippe zur Abstimmung der Prüfgrundlagen.

PKV-Prüfdienst

Allgemeine Entwicklung zur Qualität in der Pflege

Seit September 2011 hat der Prüfdienst der PKV über 6000 Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen bundesweit durchgeführt. Gemäß dem Auftrag des Gesetzgebers wurden jedes Jahr 10 Prozent der Pflegeeinrichtungen in allen Bundesländern nach den einheitlichen Maßgaben geprüft. Lediglich in Baden-Württemberg konnten aufgrund fehlender Prüfaufträge keine Qualitätsprüfungen durchgeführt werden.

Flächendeckend konnte durch den Prüfdienst der PKV eine gute Versorgungsqualität in den ambulanten und stationären Einrichtungen festgestellt werden, sowohl anhand der vorgegebenen Prüfkriterien wie auch durch die pflegefachlichen Einschätzungen der Prüfer.

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die meisten Einrichtungen auch die internen Verfahrensweisen und sogar das interne QM-System auf die Prüfungsinhalte ausgerichtet haben. Insofern sind die Prüfungsgrundlagen überwiegend fester Bestandteil der strategischen Ausrichtung der Einrichtungen und ein möglichst positives Prüfergebnis erklärtes Ziel, welches in den meisten Fällen bei den Fragen zur Strukturqualität auch erreicht wurde.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Insgesamt konnte in einigen Bereichen eine positive Entwicklung beobachtet werden. Hervorzuheben sind die Merkmale „Umgang mit Medikamenten“ und der „Einsatz eines angemessenen Schmerzmanagements“. Hier sind die stärksten Verbesserungen in der Ergebnisqualität erkennbar.

In dem Bereich der „Beratung zu Sturzrisiken“ wurde eine signifikante Optimierung festgestellt. Bei den anderen Beratungsthemen (Kontrakturgefahr, Flüssigkeitsversorgung, Ernährung, Ausscheidung) konnte keine kontinuierliche Verbesserung gemessen werden. Ein hohes Verbesserungspotenzial wurde in den Beratungsaufgaben zu den Themen „Risiken bei Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme“ und „Umgang mit Demenz“ ermittelt. Insgesamt lässt sich feststellen, dass trotz Vorhandenseins von Expertenstandards für die wesentlichen Risikobereiche keine wesentliche Verbesserung der Ergebnisqualität im Bereich der ambulanten Pflege ausgelöst wurde.

Bei der Fragestellung zur „Beratung von Angehörigen zum Umgang mit dementiell veränderten Menschen“ zeigt sich keine positive Tendenz, hier wurde ein Rückgang von beratenden Leistungen ermittelt.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der stationären Pflege

In dem Bereich „Umgang mit Demenz“ zeigte sich, dass sich die Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren intensiv mit dem Thema beschäftigt haben. Der Einbezug der Biografie und die Beteiligung der Angehörigen in die Planung der Pflege und Betreuung zeigten positive Veränderungen bei der Festlegung geeigneter individueller Pflegemaßnahmen. Ebenso wurde kontinuierlich an der Ermittlung des Wohlbefindens und den daraus abzuleitenden Verbesserungsmaßnahmen gearbeitet.

Im Bereich „Behandlung von chronischen Wunden und Dekubitus“ sowie bei der „differenzierten Dokumentation von Wundverläufen“ konnte im Berichtszeitraum keine Verbesserung in der Ergebnisqualität festgestellt werden. Die konsequente Umsetzung des vorliegenden Expertenstandards zum Umgang mit chronischen Wunden hat sich in der Ergebnisqualität nicht widerspiegelt.

Im Bereich der erforderlichen Sturz- und Kontrakturenprophylaxe konnte eine leichte Verbesserung festgestellt werden.

Aktivitäten des PKV-Prüfdienstes zur Organisationsentwicklung

Der Prozess der Personalentwicklung ist für den Prüfdienst der PKV von besonderer Bedeutung, da dieser Prozess unmittelbaren Einfluss auf die Qualität der Dienstleistung hat und deren Ergebnis maßgeblich bestimmt. Deshalb beginnt der Personalentwicklungsprozess bereits bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter.

Jeder Mitarbeiter des Prüfdienstes der PKV beginnt seine Tätigkeit mit einer dreiwöchigen theoretischen Basisschulung. Im Anschluss daran folgt die intensive drei- bis sechsmonatige praktische Einarbeitung des Mitarbeiters in seinem Arbeitsbereich durch erfahrene Prüfer anhand einer strukturierten Einarbeitungscheckliste. Innerhalb der Einarbeitung erhält der neue Mitarbeiter zu definierten Zeitpunkten Feedbackgespräche, fachliche Begleitung durch seine Regionalleitung und mehrere Qualifizierungsbewertungen.

Auch nach der Einarbeitung wird jeder Mitarbeiter regelmäßig von seinem Vorgesetzten und der zentralen Fachkoordination in seinem Arbeitsbereich begleitet. Hierbei werden gemeinsam Bildungsbedarfe ermittelt, die in Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen münden. Ziel hierbei ist immer, die Fachlichkeit des Mitarbeiters zu stärken.

Weitere Quellen zur zielgerichteten Steuerung der Personalentwicklung sind die Ergebnisse interner und externer Audits, die Ergebnisse der Qualitätssicherung, die systematische Analyse sich verändernder gesetzlicher Grundlagen und fachlicher Erkenntnis sowie neuer Anforderungen der Kunden und interessierten Parteien.

Der Prüfdienst der PKV bietet seinen Mitarbeitern eine Vielzahl von Fort- und Weiterbildungsangeboten. Exemplarisch sei erwähnt, dass im Berichtszeitraum 75 Mitarbeiter zu Auditoren weitergebildet wurden. Da dem Prüfdienst der PKV die Beratung der Pflegeeinrichtungen besonders am Herzen liegt, absolvierten alle Prüfer und Regionalleitungen mehrere Kommunikationstrainings. Zudem bietet der Prüfdienst der PKV seinen Mitarbeitern permanent Workshops zur effektiven und effizienten Prüfberichtserstellung an. Hierdurch wird den Mitarbeitern die Möglichkeit eröffnet, den eigenen Schreibstil intensiv zu reflektieren.

Seit dem 29. November 2011 ist das Qualitätsmanagementsystem des Prüfdienstes der PKV gemäß der DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.

Insbesondere kommt der internen Qualitätssicherung des Produkts im QM-System des Prüfdienstes der PKV eine herausragende Bedeutung zu. Hierbei wird jeder Prüfbericht in einem dreistufigen Verfahren auf Güte und Plausibilität überprüft. Innerhalb dieses Prüfverfahrens wird außerdem bundeslandübergreifend überwacht, ob eine national einheitliche Praxis der Berichterstellung erfolgt:

1. Stufe: regionsinterne Prüfung jedes Prüfberichtes durch den das jeweilige Prüfteam anführenden Prüfer
2. Stufe: regionsinterne Prüfung jedes Prüfberichtes durch den Regionalleiter
3. Stufe: regionsübergreifende Prüfung jedes Prüfberichtes durch die zentrale Fachkoordination des Prüfdienstes der PKV

Doch auch die Beratungsleistung der Prüfteams und die fachlich korrekte Durchführung der Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen selbst stehen im Fokus der Qualitätssicherung. Regionsübergreifende Witnessaudits und Fachbegleitungen der Prüfteams durch die Regionalleitungen und die zentrale Fachkoordination sind hier angewandte Werkzeuge.

Im Kontext der übergreifenden Qualitätssicherung finden die Bestimmungen des § 53a SGB XI für den Prüfdienst der PKV keine direkte Anwendung. Stattdessen sind die vom GKV-Spitzenverband und den Landesverbänden der Pflegekassen gewünschten Maßnahmen zur Qualitätssicherung Bestandteil der „Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung vom 17. Januar 2012“, welche sich inhaltlich an den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen anlehnen.

Im Berichtszeitraum hat der Prüfdienst der PKV folgende Maßnahmen durchgeführt:

1. Um die Kundenzufriedenheit zu ermitteln, wurden die auftraggebenden Landesverbände der Pflegekassen schriftlich zu deren Zufriedenheit befragt.
2. Alle vom Prüfdienst der PKV geprüften Pflegeeinrichtungen wurden nach Abschluss des jeweiligen Prüfverfahrens schriftlich zu deren Zufriedenheit befragt.
3. Alle Prüfberichte wurden im bereits skizzierten dreistufigen Qualitätssicherungsverfahren auf Plausibilität geprüft.
4. Der Prüfdienst der PKV ließ im Berichtszeitraum sieben externe Audits durchführen:
 - Das Qualitätsmanagementsystem wurde im Berichtszeitraum dreimal extern von der TÜV Rheinland Cert GmbH auditiert.
 - Die nordrheinwestfälischen MDKs führten insgesamt 4 Witnessaudits bei Qualitätsprüfungen des Prüfdienstes der PKV durch.

Alle Ergebnisse der internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen fließen in die Managementbewertung der Leitung des Prüfdienstes der PKV ein und werden von dieser systematisch analysiert. Die hier gewonnenen Erkenntnisse münden in dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess des Qualitätsmanagementsystems.

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehende Beratungsangebote des PKV-Prüfdienstes

Neben dem intensiven beratungsorientierten Ansatz in den Qualitätsprüfungen bietet der Prüfdienst der PKV weitere bundesweite Beratungsangebote für stationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen an. Die Themen sind breit gefächert und umfassen z. B. Fragen zum Verfahren der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI, fachliche Fragestellungen zu allgemeinen und spezifischen Themen der Pflegeversicherung oder zum Qualitätsmanagement.

Bundesweite Trägervereinigungen und Verbände suchen aktiv den Kontakt zur PKV und stellen Fragen zu den Anforderungen der Prüfungsgrundlagen (QPR, PTV etc.). Auch das Feedback zur strategischen Ausrichtung des internen Qualitätsmanagements der Pflegeeinrichtungen/Träger ist Bestandteil der Anfragen.

Interessenvertreter von Pflegebedürftigen und Verbraucherschutz-Verbände wählen die PKV als Informationsquelle, um sich rund um das Thema Qualitätsprüfung zu informieren und Auskunft aus erster Hand zu erhalten.

Die Vernetzung des Prüfdienstes der PKV mit der politischen Landes- und Bundesebene und den jeweiligen Ministerien ist fester Bestandteil der Öffentlichkeitsarbeit. Hier steht insbesondere die Koordinierung der Qualitätsprüfung mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsorganen im Vordergrund. In vielen Gremien hat der Prüfdienst der PKV einen festen Sitz und wirkt dort konstruktiv mit, um die Weiterentwicklung der verschiedenen Instrumente im Rahmen der Qualitätsprüfungen zu unterstützen. Die Erfahrungen aus zahlreichen Qualitätsprüfungen der letzten Jahre dienen als fachliche Grundlage, um Anhaltspunkte für Veränderungen zu entwickeln.

Ebenso steigt die Nachfrage an die PKV, bei Informationsveranstaltungen als Referent tätig zu werden. Verschiedene Veranstaltungen konnten so um ein pflegefachliches Thema mit dem Schwerpunkt Qualitätsprüfung bereichert werden, bei denen interessierte Zuhörer zu einem intensiven Fachaustausch motiviert werden.

Des Weiteren wenden sich auch gesetzliche Betreuer und Privatpersonen, die in einem Zusammenhang mit Pflege stehen, vertrauensvoll an die PKV. Fragen zur Qualität von Pflegeeinrichtungen, zu Ergebnissen aus Qualitätsprüfungen (Transparenzbericht) und auch allgemeine Themen zu Pflegebedürftigkeit stehen hier im Vordergrund. Im Rahmen der Möglichkeiten, unter Wahrung des Datenschutzes, werden diese Fragen ausführlich beantwortet oder es wird an kompetente Ansprechpartner weitervermittelt.

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden
Der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e.V. arbeitet in jedem Bundesland mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden zusammen. Die Zusammenarbeit stellt sich heterogen dar, die Intensität in den einzelnen Ländern reicht von einem reinen Informationsaustausch zu Qualitätsprüfungen bis zu regelhaft gemeinsam durchgeführten Prüfungen mit der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde. Die individuelle Gestaltung der Zuständigkeiten in den einzelnen Bundesländern führt dazu, dass der Prüfdienst der PKV im Zuge der Erfüllung seiner Aufgabe bundesweit mit insgesamt 253 Aufsichtsbehörden kooperiert.

Zusätzlich wird aufgrund der Einführung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (§ 117 SGB XI) die Zusammenarbeit und gemeinsame Prüftätigkeit in den Fokus gerückt. Mecklenburg-Vorpommern nimmt im originären Prüfgeschehen eine Sonderstellung ein, da hier stationäre Pflegeeinrichtungen immer vom MDK Mecklenburg-Vorpommern oder vom Prüfdienst der PKV und der Aufsichtsbehörde gemeinsam geprüft werden. Für Anlassprüfungen stehen aber auch in den anderen Bundesländern die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden für eine gemeinsame Prüfung zur Verfügung. Weitere Modellvorhaben werden mit Beteiligung des Prüfdienstes der PKV in Hessen, Niedersachsen und Bremen umgesetzt. Dabei wird die arbeitsteilige Prüfung der Prüfinstitutionen durch aufeinander abgestimmte Prüfkataloge favorisiert. Dies entlastet die Pflegeeinrichtungen und vermeidet unnötige Doppelprüfungen. Als einziger bundesweit agierender Prüfdienst hat der Prüfdienst der PKV vielfältige Erfahrungen zur Umsetzung gemeinsamer Prüfungen. Dieser Einblick in die Vielfalt der unterschiedlichen Vorgehensweisen in den Ländern ist hilfreich bei der Zusammenarbeit mit den jeweiligen Gremienpartnern.

Der Prüfdienst der PKV arbeitet in jedem Bundesland eng mit den Aufsichtsbehörden, den Landesverbänden der Pflegekassen und dem länderzugehörigen MDK zusammen. In regelmäßigen Abstimmungsgesprächen wird die Prüftätigkeit reflektiert und im kontinuierlichen Verbesserungsprozess evaluiert.

Einbindung des PKV-Prüfdienstes in Landesstrukturen zur Pflege

Durch die bundesweite Tätigkeit des Prüfdienstes der PKV und der damit verbundenen breiten regionalen Verteilung der Mitarbeiter kann auf ein breites Netzwerk zu pflegewissenschaftlichen Hochschulen zurückgegriffen werden, exemplarisch sei nur die Katholische Hochschule Köln, Fließner Fachhochschule in Kaiserswerth, Hochschule Esslingen und die Fachhochschule Dresden erwähnt. Diese nutzen die Erfahrung des PKV-Prüfdienstes für Vorträge und Projekte, aber auch, um Studierenden die Möglichkeit für ein Praxissemester beim PKV-Prüfdienst zu ermöglichen.

Um einen schnellen und vertiefenden Informationsfluss zu gewährleisten, nutzt der Prüfdienst der PKV intensiv die vom gemeinnützigen Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) zur Verfügung gestellten Expertisen. Der Prüfdienst sieht das ZQP als eine wertvolle Quelle für einen vernetzten Wissenstransfer auf allen pflegewissenschaftlichen Ebenen. Die Vielzahl der Projekte und wissenschaftlichen Studien sowie die weiteren Informationsangebote des ZQP bilden eine wesentliche Basis für die Bereitstellung des erforderlichen Wissens für den Prüfdienst der PKV.

Die Einführung eines indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, ist erklärter Wille des Gesetzgebers und im § 113 Abs. 1 hinterlegt. Vor diesem Hintergrund werden die Projekte EQisA und EQMS durch den Prüfdienst der PKV intensiv begleitet und das Projekt EQisA auch durch einen Sitz im Projektbeirat aktiv unterstützt.

Im Rahmen des vom BMG in Auftrag gegebenen Projektes „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ stand die Abteilungsleitung des Prüfdienstes der PKV der vom BMG benannten Ombudsfrau zur Entbürokratisierung, Frau Elisabeth Beikirch, als pflegefachlicher Experte in verschiedenen Arbeitsgruppen zur Verfügung. Dadurch konnten die Erfahrungen aus der Durchführung von Qualitätsprüfungen direkt in das Projekt einfließen.

Die Beratung von Trägervereinigungen und -verbänden in Fragen der Qualitätssicherung, strategischer Ausrichtung und pflegefachlichen Fragestellungen sichert die Praxisnähe des Prüfdienstes der PKV. Da diese Beratungsleistungen nicht durch die Prüfteams selbst, sondern durch zentrale Mitarbeiter des Prüfdienstes der PKV erfolgen, ist die notwendige Neutralität auch bei möglichen Folgeprüfungen gesichert.

MDK Rheinland-Pfalz

Allgemeine Entwicklung zur Qualität in der Pflege

Die Prüfergebnisse zeigen, dass die Einrichtungen im Rahmen der laufenden Prüfungen durch Anstrengung und Ausrichtung an den Bewertungsinstrumenten eine deutliche Noten-Entwicklung durchlaufen. Offensichtlich kommt es durch die Transparenzkriterien zu Lerneffekten und einer Optimierung der Dokumentationsqualität. Eine grundlegende Verbesserung der Versorgungsqualität kann aus den Ergebnissen jedoch nicht abgeleitet werden. Die Pflegenoten zeigen eine stetige Verbesserung mit immer langsamer werdender Annäherung an Benotungen im Bereich der Note 1,4 – 1,5.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Trotz der sich stetig verbessernden Noten ist festzustellen, dass gerade der für die Versorgungsqualität des Pflegebedürftigen wichtige Bereich der grundpflegerischen Leistungen in den Noten hinterherhinkt. Im Prüfalltag ist zu beobachten, dass seitens der Pflegedienste aktuelle pflegerische Erkenntnisse oder Anforderungen wie Expertenstandards nicht genügend berücksichtigt werden. Dies bedeutet, dass Risikoeinschätzungen und Ableitung entsprechender Vorbeugemaßnahmen nicht immer im gebotenen Maß bei der Pflege umgesetzt werden. Auch die Beratung der Pflegebedürftigen und der Angehörigen zum Umgang mit Risiken bei Sturz, Gefahr des Wundliegens oder bei Problemen mit Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme kann nicht immer nachvollzogen werden. Mängel in der Behandlungspflege betreffen häufig nicht eindeutig dokumentierte und damit nicht abgesicherte Therapien, Fehler bei der Medikamentenversorgung, unsachgemäßen Umgang mit Kompressionstherapie und bei der Wundversorgung sowie nicht qualifikationsgemäßen Personaleinsatz.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Auch bei den stationären Bewertungen zeigt sich eine stetige Tendenz zu besseren Noten, aber nicht unbedingt zu mehr Ergebnisqualität. Die Einrichtungen richten ihr Augenmerk durch die Benotungen auf die entsprechenden Kriterien und deren Abbildung in der Dokumentation. Dabei kommt es auch vor, dass gute Fachkräfte abgezogen werden, um die für die Benotungen wichtigen Transparenzfragen entsprechend abzubilden, was für die Ergebnisqualität am Bewohner nachteilig sein kann. Die Prüfergebnisse zeigen, dass für die Bewohner insbesondere Risiken des Wundliegens, des Gewichtsverlustes oder des Flüssigkeitsmangels nicht genügend Beachtung finden. Auch im Bereich der Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz sind häufig Mängel zu beobachten wie zu wenig Förderung und Alltagsbegleitung oder fehlende Berücksichtigung biografischer Aspekte in der Alltagsgestaltung. Im Bereich der Behandlungspflege treten besonders Mängel in der Medikamentenversorgung zutage wie Richtfehler oder mangelnde Beachtung begrenzter Haltbarkeit, nicht ausreichendes Schmerzmanagement, daneben Fehler bei der Wundversorgung (u. a. fehlende Entlastung des Gewebes). Erschwerend kommt der Mangel an Fachkräften, Personalmangel durch Krankheit oder knappe Besetzung und Fluktuation der Mitarbeiter in vielen Einrichtungen hinzu. Ein zunehmender Einsatz von Leasingkräften mit langen Schichtzeiten und zusätzlicher Fluktuation erfüllt zwar die Vorgaben der Fachkraftquoten, führt aber zu schlechterer Versorgung, da Informationen verloren gehen und individuelle Bedürfnisse der Bewohner kaum noch Berücksichtigung finden.

Aktivitäten des MDK zur Organisationsentwicklung

Der Prüferstamm des MDK Rheinland-Pfalz wurde bis einschließlich 2011 so erweitert, dass die gesetzliche Anforderung einer jährlichen Prüfung von 90 % aller Einrichtungen gewährleistet werden kann, da der PKV-Prüfdienst die restlichen 10 % prüft. Das Prüfersteam besteht aus Pflegefachkräften mit Erfahrungen in der Altenpflege und in der Leitung von Einrichtungen.

Nahezu alle verfügen über eine leitungsbezogene Weiterbildung oder ein Pflegestudium, alle Prüfer sind als TQM-Auditoren o. Ä. qualifiziert, viele verfügen über einen Abschluss als Case-Manager und andere Weiterbildungen in Dementia-Care-Mapping (DCM), dem Qualitätsmodell der European Foundation for Quality Management (EFQM) sowie Fachausbildungen in Intensivpflege, Gerontopsychiatrie usw. Die Mitarbeiter nehmen regelmäßig an Schulungen und Fortbildungen mit aktuellen Themen aus Pflege, Qualitätsmanagement und Konfliktmanagement teil.

Das Prüfgeschäft wird zentral organisiert, die Auftragsverwaltung, -steuerung und -kontrolle sowie Gutachtenerstellung geschieht mit einer selbstentwickelten Software, die Prüfer sind durch entsprechende Soft- und Hardware jederzeit vernetzt. Die EDV gewährleistet die einheitliche Berichtsform und Datensicherheit mit konsistenten und vollständigen Daten.

Die Einarbeitung der Prüfer geschieht durch Zuteilung eines festen Mentors, Einarbeitungsplan mit sukzessiver Einarbeitung in die diversen Schritte der Begutachtung, Überprüfung und Freigabe der selbsterstellten Gutachten durch den Mentor bis zum Abschluss der Einarbeitung und Freigabe zur selbstständigen Arbeit, daneben finden Zwischen- und Abschlussgespräche mit der Leitung zur Reflexion der Einarbeitung statt.

Die Qualitätssicherung der Begutachtung umfasst monatliche Teambesprechungen, Fallbesprechungen und dokumentierte Absprachen zum einheitlichen Umgang mit Begutachtungssituationen, Qualitätssicherung der Gutachten durch einen Reviewleser, bei Bedarf Fachbegleitungen.

Für die bundesweit übergreifende Qualitätssicherung wurde ein Mitarbeiter als Witness-Auditor geschult und führt Witness-Audits in den anderen Bundesländern nach Zuteilung durch den MDS durch, zeitgleich wird der MDK Rheinland-Pfalz durch Witness-Auditoren aus anderen Bundesländern begleitet. Die internen Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 53 SGB XI werden gemäß Anforderungen der Richtlinie durchgeführt.

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehende Beratungsangebote des MDK

Neben dem im Gesetz und in der Qualitätsprüfungsrichtlinie verankerten beratungsorientierten Prüfansatz, der durch das Prüfgeschäft naturgemäß begrenzt ist, bietet der MDK Rheinland-Pfalz bereits seit 2002 ein von den Kassen finanziertes und damit für die Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz kostenloses Beratungsangebot mit Grundlagenschulungen und individuellen Beratungen vor Ort an. Beraten wird prüfungsunabhängig und personell von den Prüfern abgekoppelt durch eigenständige Berater. Die Beratungsthemen umfassen Planung und Dokumentation des Pflegeprozesses, fachliche Überprüfung der Pflege, Qualitätsmanagement, Schulung und Implementierung der Expertenstandards, Pflege und Begleitung demenziell erkrankter Menschen sowie Palliative Care.

Der MDK führt daneben auch Schulungen für Kassenmitarbeiter und Altenpflegeschulen durch. Bei Bedarf unterstützen Prüfer und Berater die Landesverbände bei Konzeptprüfungen von Einrichtungen mit besonderen Angeboten.

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

Die Zusammenarbeit mit den nach dem Landesgesetz für Wohnen und Teilhabe (LWTG) zuständigen Heimaufsichtsbehörden (Beratungs- und Prüfbehörde nach dem LWTG = BP-LWTG) findet seit mehr als 10 Jahren regelmäßig statt. Es gibt zwei- bis viermal jährlich Arbeitstreffen. Prüftermine werden monatlich abgestimmt. Durch die Anforderungen des LWTG und die darin verankerte Veröffentlichung von Prüfergebnissen der BP-LWTG hat sich ein Fragenkatalog entwickelt, der in Teilbereichen dem der QPR des MDK entspricht. Allerdings sind die Aufsichtsbehörden

bisher nicht ausreichend pflegefachlich besetzt, um die pflegerischen Inhalte flächendeckend zu prüfen, stattdessen fokussiert sich die Prüftematik der BP-LWTG auf Inhalte, die die QPR nicht abdeckt. Insofern erfolgen die Prüfungen des MDK und der BP-LWTG arbeitsteilig, was die Inhalte betrifft, so dass Redundanzen vermieden werden. Die Prüfungen erfolgen bei entsprechenden Anlässen gemeinsam, ansonsten terminlich unabhängig und in ausreichend zeitlichem Abstand zueinander, um die Belastungen für die Einrichtungen gering zu halten. Eine eigene Plattform zur Veröffentlichung von Prüfergebnissen der BP-LWTG wurde vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie installiert.

Einbindung des MDK in Landesstrukturen zur Pflege

Der MDK Rheinland-Pfalz ist als ständiges Mitglied im Landespflegeausschuss über die leitende Ärztin vertreten. Weiter besteht eine Arbeitsgemeinschaft nach § 117 SGB XI mit regelmäßigem Austausch zwischen der Beratungs- und Prüfbehörde nach dem LWTG, den Landesverbänden der Pflegekassen, dem MDK und dem Prüfdienst der PKV.

Die Pflegegesellschaft Rheinland-Pfalz (Verband und Interessenvertretung der Pflegeeinrichtungen) trifft sich ebenfalls ein- bis zweimal jährlich mit dem MDK Rheinland-Pfalz und den Landesverbänden der Pflegekassen.

In den Jahren 2011 bis 2013 hat der MDK Rheinland-Pfalz in Zusammenarbeit mit der Hamburger Fernhochschule eine Begleitforschung zur Umsetzung der Pflegetransparenzvereinbarung stationär durch den MDK RLP und Untersuchung der Effekte der PTVS in den stationären Einrichtungen durchgeführt. Seit 2013 ist der MDK Rheinland-Pfalz in den Projektbeirat des Modellprojekts zur Erfassung der Ergebnisqualität in der Altenhilfe – EQisA – des Diözesan-Caritasverbandes Köln eingebunden. Zur Umsetzung der Ergebnisse des Projekts zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation des BMG finden erste Gespräche mit dem Ministerium auf Landesebene statt, einzelne Einrichtungen werden im Rahmen des Beratungsangebotes von den Beratern unterstützt.

MDK Saarland

Allgemeine Entwicklung zur Qualität in der Pflege

Seit Einführung der Transparenznoten konzentrieren die Pflegeeinrichtungen ihre Anstrengungen im Qualitätsmanagement auf Inhalte, die auch durch die Transparenznoten abgebildet werden. Dies betraf bis zur Jahreswende 2013/2014 vorwiegend die Dokumentation der einrichtungsbezogenen Prozessqualität. Die so erzielte Verbesserung der Durchschnittsnoten von 1,7 auf 1,2 für ambulante Pflegeeinrichtungen und von 1,5 auf 1,2 für stationäre Pflegeeinrichtungen spiegelt aus Sicht der Prüfer des MDK im Saarland keinen reellen Zuwachs an Pflege- und Versorgungsqualität wider. Der MDK im Saarland sah sich mit der Verbesserung der veröffentlichten Transparenznoten wiederholt dem Vorwurf ausgesetzt, dass „seine“ Noten für den Verbraucher irreführend seien.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Bei der Prüfung der personenbezogenen Ergebnis- und Prozessqualität – die Grundpflege betreffend – zeigten sich tendenziell etwas weniger Fehler als in den Jahren zuvor. Ob dies dem Umstand geschuldet ist, dass die Prüfungen im ambulanten Bereich im Gegensatz zu den Vorjahren kurz vorher angemeldet werden, ist nicht zu klären. Die Verkürzung der Krankenhausverweildauern führt dazu, dass zunehmend Pflegebedürftige mit sehr komplexen oder schweren Krankheitsbildern in der Häuslichkeit versorgt werden.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Bei der Prüfung der stationären Pflegeeinrichtungen zeigen sich betreffend die personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität ganz ähnliche Entwicklungen wie oben für den ambulanten Bereich beschrieben. Erschwerend kommt hinzu, dass das Zusammenspiel der Pflegekräfte der Einrichtungen mit den behandelnden Haus- und Fachärzten nicht einfacher geworden ist. Die Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen an das Personal der Pflegeeinrichtung und insbesondere die Überwachung dieser Maßnahmen ist dringend verbesserungswürdig. Dagegen ist die Versorgung von Wunden und die Versorgung bei Mangelernährung und/oder parenteraler Ernährung eher besser geworden.

Aktivitäten des MDK zur Organisationsentwicklung

Der MDK im Saarland bekommt traditionsgemäß vom Verwaltungsrat die zur Ausführung der Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen erforderlichen Mittel zur Verfügung gestellt. Hierzu gehören auch die Mittel für die Auditoren-Ausbildung aller Prüfer. Alle in die Qualitätsprüfung der Pflegeeinrichtungen eingebundenen Mitarbeiter sind umfänglich in die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit eingearbeitet worden. Die Mehrzahl der Prüfer begutachtet regelmäßig auch Pflegebedürftigkeit nach SGB XI.

Die ca. vierteljährlichen internen Fortbildungsveranstaltungen führen wir zusammen mit den Mitarbeitern des Sozialmedizinischen Dienstes der Bundesknappschaft im Saarland durch. Schulungsveranstaltungen des MDS zu Neuerungen bei der Begutachtung werden von unseren Mitarbeitern regelmäßig besucht. Die Konzentration der Prüfer auf eine Dienststelle ermöglicht einen raschen Transfer des so erworbenen Wissens.

Alle Gutachten nach den §§ 114 ff. SGB XI des MDK im Saarland unterliegen einem internen Review. Den pflegefachlichen Prüfern stehen für medizinische Fragen zur Behandlungspflege und ggf. anderen Sachverhalten jederzeit ärztliche Gutachter zur Unterstützung zur Seite.

Der MDK im Saarland nimmt aktiv an den Audits der übergreifenden Qualitätssicherung teil und erlebt diese als eine klare Bereicherung der eigenen Qualitätsanstrengungen.

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehende Beratungsangebote des MDK

Der MDK im Saarland trägt den oben geschilderten Schwierigkeiten bei der Versorgung der Pflegebedürftigen durch regelmäßige ca. monatliche Schulungsveranstaltungen im Rahmen unseres Pflegeforums Rechnung, die allen im Saarland in der Pflege Beschäftigten zugänglich sind. Diese Fortbildungsveranstaltungen werden größtenteils durch pflegefachliche und ärztliche Mitarbeiter des MDK geleitet, bei einzelnen Veranstaltungen z. B. zur Mundpflege und zur pharmazeutischen Versorgung psychisch Kranker stehen uns externe Referenten zur Seite. In die Planung der Fortbildungsveranstaltungen sind die großen Träger der Pflegeeinrichtungen eingebunden, sie beraten uns bei der Themenauswahl und stellen für einzelne Veranstaltungen auch die Räumlichkeiten zur Verfügung.

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

Es haben sich keine für die Arbeit des MDK im Saarland relevanten Änderungen ergeben. Der MDK im Saarland stellt der Heimaufsicht monatlich Prüfpläne zur Verfügung, um Doppelprüfungen für die stationären Pflegeeinrichtungen nach Möglichkeit zu verhindern. Bei Anlassprüfungen stationärer Pflegeeinrichtungen prüft der MDK im Saarland häufig mit der Heimaufsicht gemeinsam. Für 2015 ist eine größere Novellierung des Heimgesetzes geplant. Der MDK im Saarland nimmt aktiv an den dem Gesetzgebungsverfahren vorausgehenden Beratungen teil.

Einbindung des MDK in Landesstrukturen zur Pflege

Der MDK im Saarland nimmt als stimmberechtigtes Mitglied an den Sitzungen des Landespflegeausschusses teil. Er ist auch Mitglied der Kreispflegeausschüsse. Eine regelmäßige Abstimmung mit der Heimaufsicht und den Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums findet in der AG nach § 18 des Heimgesetzes statt. Die Zusammenarbeit ist vertrauensvoll.

Pflegefachliche Mitarbeiter haben in den Arbeitsgruppen des Gesundheitsministeriums zur Stärkung der Pflege im Saarland teilgenommen. Bereits an dieser Stelle wurden Akzente zur Entbürokratisierung und Vereinfachung der Pflegedokumentation gesetzt. Diese Arbeit setzen wir dieses Jahr in einer Arbeitsgruppe mit den Landesverbänden der Pflegekassen und der Saarländischen Pflegegesellschaft fort.

Die Saarländische Pflegegesellschaft vertritt die Interessen fast aller im Saarland ansässigen Pflegeeinrichtungen. Auch hier gibt es einen regelmäßigen vertrauensvollen Austausch. Gerade die oben genannten Fortbildungen des MDK im Saarland haben hier vertrauensbildend gewirkt.

Der MDK im Saarland hat aktiv im „MRSA-Netzwerk“ mitgearbeitet und ist aktives Mitglied im Netzwerk Demenz des Regionalverbands Saarbrücken.

MDK Sachsen

Allgemeine Entwicklung zur Qualität in der Pflege

Im Berichtszeitraum haben sich die Pflegeeinrichtungen in Sachsen zunehmend auf die Inhalte der Qualitätsprüfungsrichtlinie, den Ablauf der Qualitätsprüfungen und die daraus resultierenden Anforderungen eingestellt. Aus den Qualitätsprüfungen kann einerseits eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung über die Jahre berichtet werden. Andererseits ist festzustellen, dass die Qualitätsprüfungen, insbesondere die Transparenznoten, nur Teilbereiche der Versorgungsqualität abbilden. Einige Pflegeeinrichtungen waren insbesondere um die Qualitätsbereiche bemüht, welche mit Transparenznoten bewertet werden. Darüber hinausgehende Qualitätsbereiche blieben z. T. unreflektiert und ohne nennenswerte Qualitätsentwicklung.

Zusammengefasst kann jedoch gesagt werden:

- Qualitätsprüfungen haben sich als ein geeignetes Instrument zur Qualitätsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen erwiesen.
- Mit der Qualitätsprüfung werden Mindestanforderungen an Pflegequalität bewertet. Daher ist auch weiterhin Entwicklungspotenzial, vor allem im Bereich der Ergebnisqualität, vorhanden.
- Die meisten Pflegeeinrichtungen schätzen die Prüfungen als gewinnbringend für sich ein und nutzen diese offensiv für die eigene Qualitätsentwicklung. Das belegt auch die vom MDK Sachsen 2013 durchgeführte Kundenbefragung. Insbesondere die Beratung durch unsere Prüfer wird von den Pflegeeinrichtungen als fachlich hilfreich, von hohem praktischen Nutzen und als Grundlage für Qualitätsverbesserungsmaßnahmen eingeschätzt.
- MDK-Empfehlungen aus Qualitätsprüfungen werden von den Pflegeeinrichtungen zunehmend umgesetzt.
- Qualitätsprüfungen haben die Pflege in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Die Auswertung des Berichtszeitraumes belegt eine durchgehend positive Qualitätsentwicklung.

Deutliche Verbesserungen können z. B. bei der Beratung von Pflegebedürftigen/Angehörigen zu pflegerischen Risiken und der Anleitung von Pflegehilfs- durch Pflegefachkräfte belegt werden. Verbesserungspotenziale werden z. B. bei der Berücksichtigung der Expertenstandards und der Information von Pflegepersonen zum Umgang mit demenzerkrankten Pflegebedürftigen identifiziert.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Die Auswertung des Berichtszeitraumes belegt eine durchgehend positive Qualitätsentwicklung auf einem statistisch hohen Niveau. Deutliche Verbesserungen konnten durch die Pflegeeinrichtungen im Berichtszeitraum u. a. in den Bereichen Durchführung der erforderlichen Dekubitusprophylaxen, bei der systematischen Schmerzeinschätzung und der Ermittlung des Wohlbefindens bei Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz belegt werden. Es bestehen jedoch auch weiterhin Verbesserungspotenziale in den Bereichen der Durchführung der erforderlichen Dekubitusprophylaxen und der systematischen Schmerzeinschätzung.

Aktivitäten des MDK zur Organisationsentwicklung

Zur Bewältigung der Anforderungen, wie z. B. die jährliche Pflege-Qualitätsprüfung für alle sächsischen Pflegeeinrichtungen, wurden neue Mitarbeiter eingestellt. Darüber hinaus wurde der Bereich Pflege Qualitätsprüfung im MDK Sachsen organisatorisch als eigenständiger Fachbereich etabliert. Dieser Prozess, charakterisiert durch neue Kommunikations- und Aufgabenstrukturen, erforderte ein hohes Maß an Fach-, Führungs- und Managementkompetenzen. Diesem Erfordernis wurde mit der Etablierung der Stellen Fachbereichsleiterin und Sekretariat Rechnung getragen. Gleichzeitig wurden umfangreiche Maßnahmen zur Prozessoptimierung eingeleitet, um Produktzeiten zu optimieren.

Fort- und Weiterbildung waren ein wesentlicher Bestandteil der Personalentwicklung im MDK Sachsen. Alle Mitarbeiter erhielten jährliche und regelmäßige Schulungsangebote. Ein regelmäßiges Vortragsangebot wurde durch die Prüfer selbst in den monatlichen Teamberatungen realisiert. Darüber hinaus haben im Berichtszeitraum alle Prüfer an mindestens einem externen Schulungsangebot, einem Kongress oder einer Hospitation teilgenommen. Des Weiteren konnten wir jährlich unsere Fachtagung „Pflegeplattform“ und 2-tägige In-House-Seminare zu verschiedenen Fachthemen für alle Prüfer im Fachbereich anbieten. Qualifizierungen zum TQM-Auditor wurden regelmäßig für neu eingestellte Mitarbeiter angeboten, so dass sukzessive alle Prüfer zu TQM-Auditoren ausgebildet werden und im Rahmen der alle 3 Jahre stattfindenden Rezertifizierung diesen Abschluss auch weiterhin aufrechterhalten.

Aufgrund ihrer beruflichen Praxis verfügen unsere Prüfer über verschiedene pflegefachliche Spezialisierungen. Um diese stärker in die Facharbeit einbinden zu können, wurde 2012 ein Arbeitsgruppenkonzept entwickelt, welches diese Kompetenzen bündelt und für die Aufgaben im Fachbereich nutzt. Beispielhaft seien hier die Arbeitsgruppen „Palliativpflege“, „Außerklinische Intensivpflege“ und „Wundversorgung“, „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ genannt.

Im Rahmen der internen Qualitätssicherung zählten das einheitliche Vorgehen der Prüfer während der Prüfung und die einheitliche fachliche Bewertung der Prüfkriterien zu den Zielen mit höchster Priorität.

Als notwendig erwiesen sich in diesem Zusammenhang fachliche Konsentierungen einzelner Fragestellungen und die Kontrolle der einheitlichen Umsetzung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Die diesen Verfahren zugrundeliegenden Instrumente, wie die kollegiale Hospitation während der Prüfung, Hospitationen durch Teamleiter und Fachreferentin sowie die Supervision der Prüfberichte, wurden durch die Leitungs- und Fachebene im Fachbereich etabliert und kontinuierlich weiterentwickelt. Darüber hinaus wurde ebenso die strukturierte Einarbeitung, welche anhand eines Einarbeitungsplans durch Mentoren und Teamleiter begleitet wird, ein wichtiger Baustein für die Qualitätssicherung im Fachbereich. Wesentlich für Einarbeitung und einheitliche Bewertung ist auch das von der Fachebene erarbeitete Handbuch für die ambulante Qualitätsprüfung.

2011 wurden Textbausteine für die Erstellung der Prüfberichte erarbeitet und innerhalb kurzer Zeit in enger Zusammenarbeit zwischen der Fachebene des Bereichs und dem Team EDV in die Prüfsoftware des MDK Sachsen eingepflegt, so dass die EDV-gestützte Prüfberichterstellung deutlich optimiert werden konnte. Die Pflege und Anpassung der Textbausteine erfolgte durch die Fachebene kontinuierlich.

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehende Beratungsangebote des MDK

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehende Beratungen erfolgten telefonisch und schriftlich für:

- die Leitungsebene von Pflegeeinrichtungen zu den personellen und strukturellen Voraussetzungen für die fachgerechte Versorgung der Versicherten, zu gesetzlichen Grundlagen, Schnittstellen im Rahmen der Versorgung, Fachfragen, QPR-Inhalten,
- Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen zu den Fachfragen, Möglichkeiten/Vorgehensweise beim Beschwerdebedarf,
- Vertreter der Berufsverbände zu organisatorischen/personellen/strukturellen/inhaltlichen Fragen bei der Durchführung der Qualitätsprüfungen,
- Angehörige von pflegebedürftigen Menschen zu Konfliktsituationen mit Pflegeeinrichtungen, fachgerechter Versorgung in der ambulanten und stationären Pflege, Möglichkeiten/Vorgehensweise beim Beschwerdebedarf und Selbsthilfealternativen,
- Mitarbeiter der Heimaufsicht zu den pflegefachlichen Fragestellungen,
- Mitarbeiter der Pflegekassen zu Inhalten der Prüfberichte/Stellungnahmen, Fachfragen, vorliegenden Beschwerden über Pflegeeinrichtungen,
- Mitarbeiter anderer MDK im Sinne der einheitlichen Vorgehensweise im Rahmen der Qualitätsprüfungen und internen Qualitätssicherung.

Darüber hinaus bieten wir jährliche Schulungen für Mitarbeiter der Pflegekassen zu qualitätsrelevanten Fachthemen bzw. zu veränderten Prüfgrundlagen an und beteiligen uns mit Vortragstätigkeit bei Fachveranstaltungen von Einrichtungsträgern, auf Kongressen sowie im Rahmen der Gremientätigkeit.

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

Gemäß der Forderung des Gesetzgebers nach einer stärkeren Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden nach heimrechtlichen Vorschriften (§ 117 SGB XI) war die Fach- und Leitungsebene des Fachbereichs Pflege Qualitätsprüfung bestrebt, eine intensivere Zusammenarbeit hinsichtlich der Prüfaktivitäten zwischen beiden Institutionen zu forcieren. Mit dem langfristigen Ziel einer stärkeren Verzahnung der Prüftätigkeiten beider Institutionen wurden im Rahmen der AG nach § 20 nach dem Heimgesetz Festlegungen zur Zusammenarbeit getroffen. Auf der Grundlage gemeinsamer Vereinbarungen fanden 2011 erstmalig gemeinsame Prüfungen statt. Grundlage für die Planung gemeinsamer Prüfungen bildete der gegenseitige Austausch der Prüfpläne.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Regelung der Betreuungs- und Wohnqualität im Alter, bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Freistaat Sachsen (Sächsisches Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz – SächsBeWoG) am 12.Juli 2012 treffen sich die bisher an der AG § 20 HeimG Beteiligten weiterhin vierteljährlich in der Nachfolge-AG, „Arbeitsgemeinschaft nach § 16 Abs. 4 SächsBeWoG“.

Wesentliche Änderungen, welche aus dem SächsBeWoG resultieren, sind:

- Die Zusammenarbeit zwischen Heimaufsicht, Prüfinstitutionen und Landesverbänden der gesetzlichen Pflegekassen im Freistaat Sachsen und zuständigen Träger der Sozialhilfe wurde differenzierter geregelt. Daraus resultierten u. a. Verfahrensbeschreibungen zur Zusammenarbeit und zur gegenseitigen Information.
- Die verschiedenen Prüfkataloge der Heimaufsicht wurden zusammengeführt und inhaltlich auf Personalausstattung/-einsatz, Weiterbildung und Mitwirkung der Bewohner eingegrenzt.
- Zusätzliche Fragen in den Bereichen Hilfsmittelausstattung, Pflege, Betreuung und Beschwerdemanagement greifen ausschließlich Fragestellungen auf, welche nicht durch die QPR abgebildet werden, so dass eine inhaltliche Doppelprüfung ausgeschlossen werden kann.

Hinsichtlich des Anwendungsbereiches sind über stationäre Pflegeeinrichtungen hinausgehend folgende Präzisierungen zu beachten:

- Das SächsBeWoG findet auf Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege keine Anwendung.
- Betreutes Wohnen fällt nicht unter das SächsBeWoG, wenn die Wahlfreiheit für zusätzliche Leistungen wie z. B. Pflege, Betreuung, Unterstützung gewährleistet ist.
- Wohngemeinschaften von Pflegebedürftigen werden dann vom Gesetz berücksichtigt, wenn es sich um ein Heim handelt, d. h. wenn die Wahlfreiheit z. B. in Bezug auf die Pflege nicht gegeben ist und alle Leistungen wie z. B. Miete, Betreuung, Pflege „aus einer Hand“ kommen.
- Das Gesetz findet Anwendung in Wohngemeinschaften für Pflegebedürftige, wenn diese nicht von Dritten unabhängig sind. Damit fallen erstmals Wohngemeinschaften, in welchen Intensivpflegebedürftige versorgt werden, unter die Nachfolgeregelung des HeimG.
- Darüber hinaus findet das SächsBeWoG auf betreute Wohngruppen nur dann Anwendung, wenn sie räumlich und organisatorisch abgeschlossene Einheiten mit mehr als neun Plätzen sind.

Die Verordnungen zum SächsBeWoG zum Personal, zu baulichen Voraussetzungen und zur Mitwirkung der Bewohner waren im Berichtszeitraum noch in Arbeit.

Einbindung des MDK in Landesstrukturen zur Pflege

Im Berichtszeitraum hat sich die Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der Pflegekassen im Freistaat Sachsen weiterentwickelt. Vormalig fanden vierteljährliche Arbeitstreffen zu organisatorischen Absprachen der Prüftätigkeit statt. Seit 1. Juni 2013 trifft sich die neu gegründete Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Pflege“ monatlich mit neuen Beteiligten und erweiterter Zielrichtung. Neben den organisatorischen Absprachen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und MDK (seit September 2011 unter Beteiligung des Prüfdienstes der privaten Krankenversicherung) wurde an den neu etablierten Fallbesprechungen die Heimaufsicht beteiligt. Prüfinstitutionen und Heimaufsicht beraten mit den Landesverbänden der Pflegekassen das gemeinsame Vorgehen bei der Prüftätigkeit, z. B. bei vorliegenden Beschwerden über Pflegeeinrichtungen oder besonderen Anlässen.

Der Fachbereich Pflege Qualitätsprüfung des MDK Sachsen war in zahlreichen Gremien auf Landes- und Bundesebene eingebunden. Unter anderem sind hier der Landespflegeausschuss und die von diesem berufenen Unterausschüsse zur Bearbeitung relevanter Fragestellungen auf Landesebene zu nennen. Aufgrund der langjährig umfassenden Prüferfahrung und unserem hohen pflegefachlichen Know-how wurde durch die Gremien der Landespolitik zur Vorbereitung von Entscheidungen regelmäßig auch unsere Expertise abgerufen. In der Pflegesatzkommission übernahmen wir die Rolle des Beraters zu pflegefachlichen Themen und Fragestellungen.

Experten des Fachbereichs waren darüber hinaus an der Landesarbeitsgemeinschaft Multi-resistente Erreger im Freistaat Sachsen und der Arbeitsgruppe Hygienemaßnahmen/Kommunikation des MRE-Netzwerkes Sachsen sowie im Lenkungsgremium der Arbeitsgruppe Pflege und der AG „Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung“ der Sächsischen Landesärztekammer beteiligt.

Des Weiteren wurde mit dem Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V. ein konstruktiver Fachaustausch zu aktuellen Schnittstellenthemen geführt. Dazu tagte 2011 und 2012 der Arbeitskreis stationäre Hospize im MDK Sachsen zu Themen der Zusammenarbeit, Pflege Qualitätsprüfungen, Begutachtung von Pflegebedürftigkeit, Antragsverfahren und Entlassungsmanagement in stationären Hospizen.

Eine Kooperation mit der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit Dresden wurde in Form von gegenseitiger Unterstützung bei Lehrtätigkeit und Fortbildungsveranstaltungen gefördert. Seit 2013 bietet der Fachbereich Pflege Qualitätsprüfung für Studenten des Bachelor-Studiengangs Pflegewissenschaft und Pflegemanagement eine Praktikumsstelle an.

Kooperation gab es darüber hinaus mit der Palliativakademie Sachsen in Form von gegenseitiger Unterstützung bei Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen und regelmäßigem Fachaustausch.

MDK Sachsen-Anhalt

Allgemeine Entwicklung zur Qualität in der Pflege

Seit 01.01.2011 gilt es, in allen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen einmal jährlich eine Qualitätsprüfung gemäß §§ 114 ff. SGB XI durchzuführen. Aus dem Vergleich der Ergebnisse 2011 und 2013 lässt sich ableiten, dass z. T. Qualitätsverbesserungen in den Einrichtungen erreicht wurden bzw. die Auseinandersetzung mit den Pflege-Transparenzvereinbarungen erfolgte. Betrug im Jahr 2011 die durchschnittliche Gesamtbenotung der stationären Einrichtungen noch 1,3, wurde Ende 2013 die Gesamtnote 1,1 erreicht. In den ambulanten Einrichtungen wurde in diesem Zeitraum eine Notenverbesserung von 1,7 auf 1,3 erzielt. Die jährlichen Qualitätsprüfungen einschließlich der Impulsberatung werden von der überwiegenden Zahl der ambulanten und stationären Einrichtungen als verlässliche Maßnahme im Rahmen der Qualitätssicherung angenommen.

Seit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes am 30.10.2012 werden Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI in ambulanten Pflegediensten am Tag zuvor angemeldet. Die Einrichtungen werden per Fax gegen 15:00 Uhr informiert.

Die Auseinandersetzung mit den Prüfgrundlagen und Ergebnissen der Qualitätsprüfungen erfolgt in den Einrichtungen, die aufgezeigten Verbesserungspotenziale werden überwiegend aufgegriffen und umgesetzt.

Als Problem stellt sich zunehmend die Einhaltung des Rahmenvertrages gemäß §§ 132 und 132 a SGB V dar. Insbesondere im ambulanten Bereich wird aufgrund des zunehmenden Mangels an Fachkräften die Vorgabe, behandlungspflegerische Maßnahmen ausschließlich von Fachkräften durchführen zu lassen, nicht in jedem Fall eingehalten.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Aufgrund der Zufallsstichprobe und der Maßgabe, Kriterien der Qualitätsprüfungsrichtlinien ausschließlich zu bearbeiten, wenn Leistungen vertraglich vereinbart wurden, ist die Datenlage im Rahmen ambulanter Prüfungen häufig erheblich minimiert. Eine umfassende Beurteilung der Qualität ist unter Berücksichtigung der Prüfgrundlagen nur bedingt möglich. Erkennbar sind Qualitätsverbesserungen im Umgang mit der Beratung bei risikobehafteten Pflegesituationen und Berücksichtigung der Expertenstandards.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Bis auf Ausnahmefälle setzen sich die Einrichtungen hinreichend mit den Empfehlungen aus den Qualitätsprüfungen auseinander, um den Qualitätsanforderungen immer mehr gerecht zu werden. Das Angebot zum fachlichen Austausch zwischen Mitarbeitern der Einrichtungen und dem MDK Sachsen-Anhalt e.V. besteht und wird im Bedarfsfall auch genutzt.

Aktivitäten des MDK zur Organisationsentwicklung

In dem Zeitraum 2011 bis 2013 wurden anzahlmäßig keine Neueinstellungen vorgenommen. Das Team, welches ausschließlich für die Durchführung von Qualitätsprüfungen verantwortlich ist, besteht aus 24 Mitarbeitern. Im Rahmen der Qualitätssicherung erfolgen neben den MDK-übergreifenden Auditierungen interne Audits, die Sichtung von mindestens 25 % aller Prüfberichte, interne Schulungen, Gutachtertugungen sowie die Teilnahme an externen Fortbildungen. Des Weiteren wurden im benannten Zeitabschnitt wiederholt Kundenbefragungen durchgeführt. Bei überwiegend sehr guten Bewertungen waren unterschiedliche Beurteilungen bezogen auf den Prüfungstag und nach Erhalt des Prüfberichtes erkennbar.

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehende Beratungsangebote des MDK

Im Bedarfsfall werden die Pflegekassen bei Konzeptprüfungen im Rahmen von Einrichtungszulassungen unterstützt. Öffentlichkeitsarbeit erfolgt z. B. in Form von Informationsveranstaltungen zur Durchführung von Qualitätsprüfungen und Umsetzung der QPR, PTVS, PTVA. Schulungsmaßnahmen werden z. B. in Bildungseinrichtungen oder von den Vertragspartnern angeboten.

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

Laut Gesetz über Wohnformen und Teilhabe des Landes Sachsen-Anhalt vom 17.02.2011 erfolgt die Veröffentlichung der Prüfergebnisse durch die Einrichtung seit dem 01.12.2012. Wesentliche Veränderungen in der Zusammenarbeit haben sich seit Inkrafttreten des Gesetzes nicht ergeben. Die Landesverbände der Pflegekassen haben sich aufgrund eines nicht bekannten Prüfkataloges der Heimaufsicht dahingehend entschieden, den Prüfumfang der Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI nicht zu minimieren.

Einbindung des MDK in Landesstrukturen zur Pflege

Der MDK Sachsen-Anhalt e.V. steht im regen Kontakt und Austausch mit den Landesverbänden der Pflegekassen und anderen Institutionen. Unter Beteiligung aller Pflegekassen, Heimaufsicht, Sozialhilfeträger und MDK finden vierteljährlich Qualitätsteamsitzungen statt. Thematisiert werden im Rahmen dieser Veranstaltungen insbesondere Problemeinrichtungen und allgemeine aktuelle Veränderungen. Wurden im Rahmen der Überprüfung erhebliche Qualitätsdefizite festgestellt, werden Einrichtungen zu diesen Sitzungen zum Dialog geladen, um weiteren Fehlentwicklungen entgegenzuwirken. Viermal jährlich erfolgt die Beteiligung an Sitzungen der nach heimrechtlichen Regelungen zuständigen Behörde, die Teilnahme an Treffen des „Arbeitskreises Pflege“ wird sichergestellt. Des Weiteren erfolgt die Beteiligung an Sitzungen des Landespflegeausschusses durch den Geschäftsführer des MDK Sachsen-Anhalt e.V. Dem Projekt Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation der Ombudsfrau steht der MDK Sachsen-Anhalt e.V. aufgeschlossen gegenüber. Unterstützungen bei der Umsetzung werden in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen im Land Sachsen-Anhalt erfolgen.

MDK Thüringen

Allgemeine Entwicklung zur Qualität in der Pflege

Die Darstellungen zur Qualitätsentwicklung im Freistaat Thüringen beruhen auf den internen Ergebnisauswertungen der Jahre 2011, 2012 und 2013. Weiterhin wurden die Auswertungen des 3. Berichtes des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI herangezogen.

Die Anzahl der zugelassenen Pflegeeinrichtungen stieg im Vergleichszeitraum stetig an. 2011 führte der MDK Thüringen e. V. 739 Qualitätsprüfungen durch. Im Jahr 2012 wurden insgesamt 767 Qualitätsprüfungen und im Jahr 2013 insgesamt 793 Qualitätsprüfungen durchgeführt.

2011 wurden fünf anlassbezogene Qualitätsprüfungen durchgeführt. In den Jahren 2012 und 2013 sind jeweils sechs solcher Prüfungen von den Landesverbänden der Pflegekassen beauftragt worden.

Im Jahr 2011 wurden zwei Wiederholungsprüfungen auf Antrag der geprüften Pflegeeinrichtungen durchgeführt. 2012 fanden sechs Wiederholungsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen statt. In diesem Jahr beantragte keine Pflegeeinrichtung eine Wiederholungsprüfung. 2013 führte der MDK Thüringen e. V. fünf Wiederholungsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen und eine Wiederholungsprüfung auf Antrag einer Pflegeeinrichtung durch.

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen wurden im Jahr 2011 insgesamt 4.713 Pflegebedürftige, im Jahr 2012 insgesamt 4.864 Pflegebedürftige und im Jahr 2013 insgesamt 5.028 Pflegebedürftige aufgesucht. Die Pflegestufenverteilung innerhalb der Stichproben hat sich nicht wesentlich verändert.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Die Qualitätsentwicklung im Freistaat Thüringen wird anhand ausgewählter Beispiele dargestellt.

Hinsichtlich der Informationsweitergabe an den Arzt bei Akuterkrankungen, Unfällen bzw. Veränderungen des Gesundheitszustandes besteht zwar noch Verbesserungspotenzial, es können aber positive Qualitätsentwicklungen festgestellt werden. Dies trifft auch auf den Umgang mit Medikamenten zu.

Im Kontext mit der Durchführung von Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe ist weiterhin deutliches Verbesserungspotenzial erkennbar. Beratungen zu dieser Thematik sind durch die Pflegedienste allerdings häufig durchgeführt worden und lassen einen höheren Erfüllungsgrad als den im 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI abgebildeten erkennen.

Lag bei Pflegebedürftigen ein Sturzrisiko vor, ist in hohem Maß eine Beratung durch die Pflegedienste erfolgt, wenngleich weiterhin Reserven bestehen. Eine positive Qualitätsentwicklung im Vergleich zu den im 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI abgebildeten Ergebnissen ist erkennbar.

Waren bei den in die Stichproben einbezogenen Pflegebedürftigen Einschränkungen bei der selbstständigen Ernährung bzw. Flüssigkeitsversorgung festzustellen, bestand weiterhin Verbesserungspotenzial bei der Durchführung geeigneter Pflegemaßnahmen. Allerdings kann im Vergleichszeitraum eine Anhebung des Qualitätsniveaus nachvollzogen werden.

Wurden Leistungen zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung vereinbart, kann bezüglich der Durchführung der Maßnahmen eine eindeutige Steigerung der Qualität verzeichnet werden. Es besteht aber weiterhin Verbesserungspotenzial, insbesondere im Vergleich zu den im 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI abgebildeten Ergebnissen.

Eine Beratung der Pflegebedürftigen/Angehörigen bei vorliegender Demenz wurde bei über der Hälfte der Betroffenen durchgeführt. Trotz noch vorhandener deutlicher Steigerungsmöglichkeiten reflektiert das Ergebnis einen höheren Qualitätsstand als im 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI dargestellt.

Die Befragungen der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen spiegelten nach wie vor eine sehr hohe Zufriedenheit wider. Dies deckt sich mit dem im 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI abgebildeten Ergebnis.

Die im Vergleichszeitraum erreichte Anhebung des Qualitätsniveaus verbunden mit der Identifikation weiterer Verbesserungsbedarfe verdeutlicht die Notwendigkeit der externen Qualitätssicherung durch den MDK.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Die Qualitätsentwicklung im Freistaat Thüringen wird anhand ausgewählter Beispiele dargestellt.

Eine aktive Kommunikation mit dem behandelnden Arzt ist im Bedarfsfall von den Pflegeeinrichtungen geführt worden. Die Anforderungen der Prüfgrundlagen sind diesbezüglich klar erfüllt worden und liegen im Bereich des im 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI abgebildeten Ergebnisses.

Lag bei den aufgesuchten Heimbewohnern ein Dekubitusrisiko vor, konnte die Durchführung der erforderlichen Prophylaxemaßnahmen bei weniger als zwei Drittel der betroffenen Heimbewohner nachvollzogen werden. Wenngleich das Ergebnis in diesem Zusammenhang über dem des im 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI abgebildeten Ergebnisses liegt, kann ein hoher Optimierungsbedarf konstatiert werden.

Die überwiegende Mehrheit der aufgesuchten Heimbewohner wies ein Sturzrisiko auf. Die Durchführung entsprechender Maßnahmen zur Prophylaxe ist weiter ausbaufähig, liegt allerdings deutlich über dem Ergebnis, welches im 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI abgebildet ist.

Waren bei den aufgesuchten Heimbewohnern Einschränkungen bei der Nahrungsversorgung feststellbar, bestand weiterhin bei der Durchführung von geeigneten Maßnahmen Verbesserungspotenzial. Es kann aber festgestellt werden, dass der Erfüllungsgrad deutlich über dem Ergebnis des 3. Berichtes des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI liegt.

Waren Heimbewohner von Einschränkungen bei der Flüssigkeitsversorgung betroffen, ließ die Durchführung entsprechender Pflegemaßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung erheblichen Handlungsbedarf der Einrichtungen erkennen. Das Ergebnis aus dem 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI konnte nicht erreicht werden.

Bei einer vorliegenden Inkontinenz ließ die Durchführung pflegerischer Maßnahmen zur Unterstützung bei der Ausscheidung/Inkontinenzversorgung Verbesserungspotenzial erkennen. Das Ergebnis liegt deutlich unter dem Ergebnis, welches im 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI abgebildet ist.

Der prozentuale Anteil der betroffenen Heimbewohner, bei denen eine Demenz vorlag, betrug rund zwei Drittel. Bei den betroffenen Heimbewohnern ist die Biografie als Grundlage für die Leistungserbringung in sehr hohem Maß berücksichtigt worden. Die Erfüllung dieses Kriteriums liegt deutlich über dem Ergebnis, welches im 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI abgebildet ist.

Alle in der Befragung berücksichtigten Heimbewohner brachten ihre sehr hohe Zufriedenheit zum Ausdruck. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem im 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI abgebildeten Ergebnis.

Die im Vergleichszeitraum erreichte Anhebung des Qualitätsniveaus verbunden mit der Identifikation weiterer Verbesserungsbedarfe verdeutlicht die Notwendigkeit der externen Qualitätssicherung durch den MDK.

Aktivitäten des MDK zur Organisationsentwicklung

Zur Bewältigung der Anforderungen sowohl in der Organisationseinheit Externe Qualitätssicherung/Service als auch in der Pflegezentrale wurden einzelne Pflegefachkräfte in beiden Bereichen eingesetzt. Diese Vorgehensweise basiert seit Anfang 2014 auf dem „Konzept der gegenseitigen Unterstützung der Organisationseinheiten Externe Qualitätssicherung/Service und Pflegezentrale“.

Im Rahmen der vierteljährlich stattfindenden Teambesprechungen wurden sowohl aktuelle Themen erörtert als auch interne Fortbildungen, z. B. „Prüfung von Pflegebedürftigen mit intensivpflegerischem Bedarf bzw. außerklinischer Beatmung“, durchgeführt. Die Fort- und Weiterbildungsangebote des MDS wurden regelmäßig genutzt. 2013 wurde zudem ein internes Aufbruchseminar für TQM-Auditoren organisiert.

Gegenseitige Hospitationen der MDK Sachsen und Thüringen sind im Berichtszeitraum mit dem Ziel organisiert worden, die Vorgehensweise bei den Qualitätsprüfungen zu optimieren. Vom MDK Thüringen e. V. nahmen sechs Pflegefachkräfte teil. Die Ergebnisse der Hospitationen sind in der Teambesprechung im zweiten Quartal 2013 ausgewertet und in die übergreifende Qualitätssicherung auf Bundesebene durch die Beteiligten eingebracht worden

Im Berichtszeitraum fand zudem ein Ländervergleich der MDK Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zum Vorgehen bei Qualitätsprüfungen von teilstationären Pflegeeinrichtungen statt. Ziel war auch hier eine Optimierung des Prüfgeschehens vor dem Hintergrund von nicht zutreffenden Kriterien der zu berücksichtigenden stationären Prüfgrundlagen.

Darüber hinaus beteiligte sich der MDK Thüringen e. V. an den übergreifenden Witnessaudits entsprechend den „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI“.

Auch die im Berichtszeitraum veranstaltete Kundenzufriedenheitsbefragung sowohl bei den geprüften Pflegeeinrichtungen als auch bei den Landesverbänden der Pflegekassen spiegelte sehr gute Ergebnisse wider.

In Rahmen der jährlich stattfindenden Tagungen aller Pflegefachkräfte des MDK Thüringen e. V. lag der Fokus auf pflegewissenschaftlichen und pflegepraktischen Themen. Hierzu wurden sowohl externe als auch interne Referenten eingeladen. Als Gäste konnten Vertreter anderer MDK, der Landesverbände der Pflegekassen und der Heimaufsichtsbehörde begrüßt werden.

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehende Beratungsangebote des MDK

Auf Wunsch von geprüften Pflegeeinrichtungen bzw. im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen fanden mündliche Anhörungen zu durchgeführten Qualitätsprüfungen statt. In diesem Zusammenhang wurden intensive fachliche Beratungen im Kontext mit den Ergebnissen der Prüfungen durchgeführt.

Im Rahmen des Zulassungsverfahrens von Pflegeeinrichtungen sind durch Mitarbeiter des MDK Thüringen e. V. die vorgelegten Pflegekonzepte unter pflegefachlichen Gesichtspunkten bewertet worden.

Mitarbeiter des MDK Thüringen e. V. nahmen an den Ergebniskonferenzen der externen stationären Qualitätssicherung nach § 137 SGB V der Landesärztekammer teil und führten einen intensiven fachlichen Austausch mit anwesenden Pflegefachkräften der beteiligten Krankenhäuser.

Zu Veranstaltungen der Verbände der Leistungserbringer wurde der MDK Thüringen e. V. rege eingeladen und konnte in diesem Rahmen intensive fachliche Diskussionen mit Verbands- und Einrichtungsvertretern führen.

Mitarbeiter des MDK Thüringen e. V. brachten sich als Dozenten in einem Verein für Erwachsenenbildung ein und standen den Teilnehmern für Fachgespräche zur Verfügung.

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

An den monatlich stattfindenden Sitzungen der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Pflege nahmen sowohl die Landesverbände der Pflegekassen als auch die Heimaufsichtsbehörde und der MDK teil. Die Sitzungen waren unter anderem durch einen intensiven Austausch bzw. Absprachen der Heimaufsichtsbehörde und des MDK gekennzeichnet. Die Fortbildungsveranstaltungen sind von einzelnen Mitarbeitern gegenseitig besucht worden.

Einbindung des MDK in Landesstrukturen zur Pflege

An den Sitzungen des Landespflegeausschusses nahm der Geschäftsführer des MDK Thüringen e. V. als stimmberechtigtes Mitglied teil. Stellvertretend beteiligten sich die Leitende Ärztin bzw. die Leiterin Fachreferat Pflegeversicherung.

An den Sitzungen der Pflegesatzkommission wirkte im Bedarfsfall die Leiterin des Fachreferates Pflegeversicherung nach vorheriger Absprache mit den Landesverbänden der Pflegekassen mit.

An den Sitzungen der Arbeitskreise der Landesverbände der Pflegekassen (Vertragsmanagement, Facharbeitskreis und Qualitätssicherung in der Pflege) haben Mitarbeiter des MDK Thüringen e. V. regelmäßig beratend teilgenommen. In diesem Zusammenhang beteiligte sich der MDK Thüringen e. V. auch an dem Projekt „Der Einfluss von Komplexitätsreduktion im Lernprozess – zur Kompetenzentwicklung und Ergebnisqualität professionell Pflegenden“. Es handelte sich hierbei um eine Auswertung von Pflegedokumentationen, um Redundanzen und Möglichkeiten einer Zusammenfassung der Pflegeplanung zu ermitteln.

Der MDK Thüringen e. V. ist Mitglied im Lenkungsgremium „Externe Stationäre Qualitätssicherung nach § 137 SGB V“ der Landesärztekammer sowie der Fachgruppe Pflege. An den Sitzungen nahmen Mitarbeiter des MDK regelmäßig teil. Die Fachgruppe Pflege beschäftigt sich mit der Umsetzung der Dekubitusprophylaxe in Krankenhäusern. Ergebnisse dieser Arbeit wurden in den jährlich stattfindenden Ergebniskonferenzen vorgestellt.

MDK Westfalen-Lippe

Allgemeine Entwicklung zur Qualität in der Pflege

In jedem Jahr führt der MDK Westfalen-Lippe in etwa 2.100 Qualitätsprüfungen gemäß § 114 SGB XI im ambulanten und stationären Bereich durch. Die Qualitätsbewertungen sowie die landesweiten Durchschnittsnoten der geprüften Pflegeeinrichtungen zeigten wie im Vorjahr einen positiven Trend.

Im Berichtszeitraum 2011 bis 2012 wurden etwa 20 bis 30 Anlassprüfungen durchgeführt. Im Jahr 2013 kam es zu einer Steigerung, es wurden insgesamt 47 Anlassprüfungen im Auftrag der Pflegekassen durchgeführt.

Nur wenige Leistungserbringer, die bei einer Qualitätsprüfung mit einer schlechten Note abschnitten, nutzten die Option einer Wiederholungsprüfung. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung führte der MDK Westfalen-Lippe im Zeitraum 2011 bis 2013 in 32 Einrichtungen eine Wiederholungsprüfung durch, hierbei handelte es sich überwiegend um stationäre Pflegeeinrichtungen. Von den 69 Wiederholungsprüfungen auf Veranlassung der Pflegekasse wurde der überwiegende Anteil in ambulanten Pflegediensten durchgeführt. In der Regel erreichten die Pflegeeinrichtungen eine Verbesserung ihrer Bewertung beziehungsweise Transparenznote.

Die Qualitätsprüfungen sind aufgrund der jährlichen Prüfungen für die Pflegeeinrichtungen zur Routine geworden. Dabei findet eine kooperative Kommunikation mit den Einrichtungsvertretern statt.

Die Einrichtungen zeigten überwiegend großes Interesse an den Qualitätsprüfungen und haben die Empfehlungen, Hinweise und Anregungen der Prüfer zum Anlass genommen, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess einzuleiten und zu verfolgen. Seit Jahren werden die Inaugenscheinnahmen und die Auswertungen der Pflegedokumentationen zusammen mit einer Fachkraft der Einrichtung durchgeführt. Die hiermit verbundenen Erläuterungen zu pflegerischen Sachverhalten und zu Prüfbewertungen förderten den fachlichen Austausch.

Die Rückmeldungen aus den im Anschluss an die Prüfungen an die Einrichtungen versandten Fragebögen zur Zufriedenheit mit den Qualitätsprüfungen und den Prüfberichten spiegelten uns, dass der Prüfbericht zur Ist-Bestimmung und Analyse genutzt werden konnte. Die Beratungsimpulse der Prüfer wurden als wichtig, der praktische Nutzen der Prüfung als hoch eingestuft. Einige Einrichtungen haben für die weitere Qualitätsentwicklung externe Berater oder einen Verband mit einbezogen.

Die Praxis der Qualitätsprüfungen hat gezeigt, dass die Einrichtungen unterschiedliche Zielsetzungen verfolgten. Der Fokus lag weiterhin bei den Transparenzkriterien insbesondere im Bereich der Strukturqualität, um eine möglichst positive Darstellung in der Öffentlichkeit zu erlangen. Die per Zufall ermittelte Stichprobe im Bereich der Ergebnis- und Prozessqualität hatte einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf das Ergebnis der Prüfung. Kam es im Vergleich zur Vorprüfung zu abweichenden Prüfergebnissen und zu einer anderen, auch negativen Bewertung, so wurde schon im Rahmen der Prüfung durch die Einrichtung das Ergebnis intensiv diskutiert und die gesamte Prüfsystematik mit Benotung kritisiert.

Zur Klärung strittiger fachlicher Fragen aus schriftlichen Stellungnahmen der Pflegeeinrichtungen zur Qualitätsprüfung oder zu den Prüf- und vorläufigen Transparenzberichten haben die

Landesverbände der Pflegekassen den MDK zunächst häufig beauftragt, schriftlich Stellung zu nehmen. Diese Aufträge sowie auch die Stellungnahmen des MDK Westfalen-Lippe zu mündlichen Anhörungen haben sich in den letzten zwei Jahren deutlich verringert.

Einrichtungen der Tagespflege und der Kurzzeitpflege beklagten wiederholt, dass die Prüfkriterien für die stationäre Pflege den Bedürfnissen ihrer Klienten respektive ihrem spezifischen Leistungsangebot nicht gerecht werden.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Die Anforderungen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) sowie der Transparenzvereinbarung für die ambulante Pflege sind den Pflegediensten bekannt. Die strukturellen und konzeptionellen Anforderungen wurden in der Regel erfüllt. Die Einrichtungen haben die Expertenstandards implementiert, in einigen Fällen blieben die Aktualisierungen jedoch unberücksichtigt. Im Hinblick auf den PDCA-Zyklus waren Verbesserungspotenziale in den Bereichen Überprüfung der Wirksamkeit und Anpassung der Maßnahmen zu erkennen.

Bei der personenbezogenen Ergebnis- und Prozessqualität zeigten sich in eher seltenen Fällen schwerwiegende pflegerische Mängel in Form von Druckgeschwüren und Gewichtsverlusten, die zu einem Untergewicht geführt haben.

Optimierungsbedarfe zeigen sich beispielsweise bei der fachlichen Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte und bei der Verantwortlichkeit für Planung und Bewertung der Pflege als Aufgabe einer Pflegefachkraft. Die Dokumentation wurde weiterhin von den Mitarbeitern der Einrichtung als sehr zeitaufwendig empfunden.

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Die Anforderungen in der Struktur- und Prozessqualität der stationären Einrichtungen sind in einem sehr hohen Maße erfüllt. Die Expertenstandards des DNQP wurden implementiert. Die Pflegeplanungen wurden zunehmend handlungsleitend abgefasst. Optimierungspotenziale wurden von den Pflegeeinrichtungen erkannt und aufgegriffen. Pflegerische Defizite wurden nur in Einzelfällen festgestellt, z. B. bisher nicht bekannte Decubitalulcera, relevante Gewichtsabnahme oder hygienische Defizite.

Aktivitäten des MDK zur Organisationsentwicklung

Eine Ausweitung des Prüferteams erfolgte primär aus dem Kreis unserer erfahrenen Pflegegutachter. Die Einarbeitung basiert auf einem strukturierten Einarbeitungskonzept, zu dem auch die Praxisbegleitung durch einen fachlichen Vorgesetzten gehört. Die Qualifizierung zum Auditor erfolgt in der Regel im Anschluss an die Einarbeitung zum verantwortlichen Prüfer. Die Fort- und Weiterbildung der Prüfer findet im Rahmen regelmäßiger Prüfertreffen sowie bei den Jahrestagungen unserer Pflegefachkräfte statt.

Jede geprüfte Einrichtung erhält seit Anfang 2009 die Möglichkeit, uns anonym oder auf eigenen Wunsch mit Angaben zur Einrichtung anhand standardisierter Fragebögen eine Rückmeldung zu ihrer Prüfung und zu ihrem Prüfbericht zu geben. Die Rücklaufquote der Fragebögen ist mit ca. 60 % etwa gleichbleibend hoch. Erfreulich ist, dass die Freitextfelder für Hinweise, Anregungen und Kritik genutzt werden. Rückmeldungen wie „Im Rahmen der Prüfungen begegnen sich Prüfer und Einrichtungsvertreter auf Augenhöhe“ verdeutlichen die kooperative Zusammenarbeit.

Unser Dienst beteiligt sich an der MDK-übergreifenden Auditierung der Qualitätsprüfungen. In diesem Rahmen erfolgten standardisierte Witness-Audits unserer Prüfungen durch Qualitätsprüfer anderer MDK. Darüber hinaus werden auch MDK-interne Audits durchgeführt.

Der Förderung eines einheitlichen Prüfverständnisses dient auch die Zusammenarbeit mit anderen MDK und Prüfinstitutionen, dem MDS und der SEG 2.

Über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehende Beratungsangebote des MDK

Auf Anfrage von Pflegeeinrichtungen wurden individuelle Beratungen oder gezielte Schulungen von Mitarbeitern z. B. zur Pflegeplanung und Dokumentation durchgeführt. Es erfolgten Konzeptprüfungen im Auftrag der Kassen.

Regelhaft erfolgen Beratungen beispielsweise aufgrund von E-Mail-Anfragen und telefonischen Anfragen zu gesetzlichen Bestimmungen und zur Pflegedokumentation. Zunehmend werden Mitarbeiter des MDK Westfalen-Lippe von Fort- und Weiterbildungsträgern als Referenten eingeladen.

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

Schon in den letzten Jahren haben wir die Zusammenarbeit mit den nach dem Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) zuständigen Heimaufsichtsbehörden intensiviert. Durch die Koordinierung unserer Prüftermine konnten unnötige Belastungen der Pflegeeinrichtungen durch sogenannte „Doppelprüfungen“ vermieden werden. Trotz unterschiedlicher Prüfziele konnten wir uns mit frühzeitiger Information über aufkommende Probleme in Pflegeeinrichtungen gegenseitig unterstützen. Ein fachlicher Austausch mit der Heimaufsicht findet im Rahmen von Gremien und nach Bedarf regional zu aktuellen Themen seitens des Fachreferates Pflege des MDK Westfalen-Lippe sowie bei gemeinsamen Prüfungen statt.

Hinzu kommt die Mitarbeit in einer Arbeitsgruppe im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW zum neuen Rahmenprüfkatalog der kommunalen Aufsichtsbehörden. Zunächst fand in einer Runde ausschließlich bestehend aus Praktikern von Aufsichtsbehörden und MDK/PKV-Prüfdienst ein Austausch über das praktische Prüfgeschehen vor Ort statt. Ziel ist es, die Möglichkeiten einer Reduzierung/Anpassung der jeweiligen Prüftätigkeiten und die Potenziale für eine gegenseitige Unterstützung zu ermitteln.

Einbindung des MDK in Landesstrukturen zur Pflege

Unser Dienst war ständiges Mitglied im bisherigen Landespflegeausschuss.

Landesweit ist unser Dienst an regionalen Pflegekonferenzen beteiligt. Kontakte mit Trägerverbänden bestehen in wechselndem Umfang, z. B. bei Fachtagungen. Wir stellten mehrfach Referenten zu aktuellen Themen der Qualitätsprüfungen des MDK, zu dem Projekt EQMS (Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster) sowie zum Projekt Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation. Inzwischen bestehen Kooperationen mit mehreren Hochschulen wie z. B. Bielefeld und Bochum.

Derzeit steht die Verabschiedung des neuen Alten- und Pflegegesetzes (APG) Nordrhein-Westfalen an. Wir sehen einer Mitarbeit im Landesausschuss Alter und Pflege nach § 3 APG, in den kommunalen Konferenzen Alter und Pflege nach § 8 APG sowie in der Arbeitsgemeinschaft zur Beratung der Landesregierung nach § 17 WTG mit großem Interesse entgegen.

Stationäre Pflege

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2013		
Allgemeine Angaben		
Anzahl untersuchter Personen	85.237	
	Anzahl	in v.H.
11.2d: Alter		
bis unter 20 Jahre	166	0,2
20 bis unter 45 Jahre	661	0,8
45 bis unter 65 Jahre	5.218	6,1
65 bis unter 80 Jahre	18.341	21,5
80 bis unter 90 Jahre	34.331	40,3
90 Jahre und älter	26.506	31,1
unbekannt/keine Angabe	14	0,0
11.2g: Pflegestufe		
Pflegestufe I	32.944	38,6
Pflegestufe II	34.392	40,3
Pflegestufe III	17.392	20,4
Pflegestufe III Härtefall	509	0,6
11.2h: Einschränkung der Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung	54.366	63,8

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2013

Behandlungspflege

Anzahl untersuchter Personen		85.237	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
12.1/T1	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	56,5	93,4
12.2/T2	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	68,8	84,8
12.3/T3	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?	92,8	90,2
12.4/T4	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	92,6	86,2
12.5	Hat der Bewohner chronische Schmerzen?	allen	35,0
12.6/T20	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	37,3	80,3
12.7/T21	Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	24,1	94,1
12.8/T12	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten Medikamente?	32,3	96,5
12.9/T5	Sind die Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	17,0	89,6
12.10	Ist der Umgang mit Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?	1,0	78,4
12.13/T8	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?	6,2	93,6
12.14/T10	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	6,1	79,0
12.15/T9	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	6,1	78,1
12.16/T11	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	5,7	86,1

12.11	vorliegende Wunden – untersuchte Personen ...	Anzahl	in v.H.
	mit Dekubitus	3.213	3,8
	mit Ulcus Cruris	832	1,0
	mit Diabetischem Fußsyndrom	227	0,3
	mit sonstigen chronischen Wunden	1.726	2,0

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2013

Mobilität

Anzahl untersuchter Personen		85.237	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
13.4/T24	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	allen	89,9
13.5/T25	Werden Sturzereignisse dokumentiert?	21,6	98,6
13.6/T26	Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	80,0	86,1
13.8/T6	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	allen	93,4
13.9/T7	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	43,3	75,6
13.11/T27	Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?	allen	82,9
13.12/T28	Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?	63,1	78,6

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2013

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Anzahl untersuchter Personen		85.237	
Frage	Kriterium	Anzahl	in v.H.
14.1d	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten		
	zugenommen	13.501	15,8
	konstant	56.237	66,0
	relevante Abnahme	6.474	7,6
	kann nicht ermittelt werden	9.025	10,6
14.2a	Der Bewohner ist versorgt mit ...		
	Magensonde	35	0,0
	PEG-Sonde	4.325	5,1
	PEJ-Sonde	111	0,1
		Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
14.5/T13	Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?	allen	93,2
14.6/T16	Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	allen	94,6
14.7/T14	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?	64,4	89,3
14.8/T17	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	62,7	91,3
14.9/T15	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	allen	97,9
14.10/T18	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?	allen	99,5
14.11/T19	Wird bei Bewohnern mit Ernährungs sonden der Geschmacks-sinn angeregt?	4,1	77,9

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2013

Urininkontinenz

Anzahl untersuchter Personen		85.237	
Frage	Kriterium	Anzahl	in v.H.
15.1	Der Bewohner ist versorgt mit ...		
15.1a	Suprapubischem Dauerkatheter	3.369	4,0
15.1b	Transurethralem Katheter	5.591	6,6
15.1c	Inkontinenzprodukten	65.497	76,8
15.1d	Hilfsmitteln	11.653	13,7
15.1e	Sonstigem	1.707	2,0
		Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
Frage	Kriterium		
15.3/T22	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasen-katheter die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?	76,4	92,5
15.4/T23	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenka-theter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	73,4	89,8

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2013

Umgang mit Demenz

Anzahl untersuchter Personen		85.237	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
16.2/T36	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbe-wohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?	63,4	94,3
16.3/T37	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugs-personen in die Planung der Pflege einbezogen?	56,0	96,5
16.4/T38	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?	63,5	97,4
16.5/T44	Werden dem Bewohner mit Demenz geeignete Angebote ge-macht, z.B. zur Bewegung, Kommunikation oder Wahrnehmung?	63,9	93,1
16.6/T39	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	63,8	90,2

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2013

Körperpflege

Anzahl untersuchter Personen		85.237	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
17.2/T31	Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	91,5	88,8
17.4/T32	Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?	67,9	85,0

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2013

Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Anzahl untersuchter Personen		85.237	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
18.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	allen	91,9
18.2/T29	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	12,5	91,9
18.3/T30	Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?	11,6	84,9
18.4/T33	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	allen	96,8
18.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	allen	97,7
18.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	34,8	91,2

Zufriedenheitsbefragung

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2013

Struktur der befragten Bewohner

Anzahl untersuchter Personen		77.529	
	Anzahl	in v.H.	
20.2d: Alter			
bis unter 20 Jahre	184	0,2	
20 bis unter 45 Jahre	406	0,5	
45 bis unter 65 Jahre	5.124	6,6	
65 bis unter 80 Jahre	18.215	23,5	
80 bis unter 90 Jahre	33.430	43,1	
90 Jahre und älter	20.100	25,9	
unbekannt/keine Angabe	70	0,1	
20.2e: Pflegestufe			
Pflegestufe I	32.662	42,1	
Pflegestufe II	33.344	43,0	
Pflegestufe III	11.303	14,6	
Pflegestufe III Härtefall	220	0,3	
20.2f: Einschränkung der Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung		43.214	55,7

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2013

Befragung der Bewohner

Anzahl befragter Personen		77.529					
Frage	Kriterium	Kriterium davon					
		relevant bei (in v.H.)	beantwortet von (in v.H.)	immer (in v.H.)	häufig (in v.H.)	gelegentlich (in v.H.)	nie (in v.H.)
20.3/T72	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?	allen	98,3	93,2	5,9	0,9	0,0
20.4/T73	Nehmen sich die Pflegenden ausreichend Zeit für Sie?	99,2	80,7	85,4	10,7	3,3	0,6
20.5/T65	Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?	97,0	65,3	94,2	3,5	1,4	0,9

TABELLENANHANG

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon beantwortet von (in v.H.)	immer (in v.H.)	häufig (in v.H.)	gelegentlich (in v.H.)	nie (in v.H.)
20.6/T66	Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?	allen	58,1	99,1	0,4	0,2	0,3
20.7/T67	Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	88,3	66,8	98,6	0,9	0,3	0,2
20.8/T68	Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen z. B. beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?	83,7	60,6	99,3	0,4	0,2	0,1
20.9/T74	Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	75,6	65,2	96,8	1,5	0,7	0,9
20.10/T75	Schmeckt Ihnen das Essen i.d.R.?	99,4	97,5	84,4	11,4	3,7	0,5
20.11/T71	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?	98,0	76,0	ja: 94,2			nein: 5,8
20.12/T76	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?	99,4	76,3	97,9	1,6	0,4	0,1
20.13/T77	Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?	99,3	84,7	99,4	0,4	0,1	0,1
20.14/T78	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?	95,2	69,7	87,2	7,3	4,4	1,1
20.15/T79	Wird Ihnen die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten ermöglicht?	97,0	75,7	97,8	1,1	0,7	0,3
20.16/T80	Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten?	93,3	69,8	93,8	2,2	2,5	1,5
20.17/T81	Können Sie jederzeit Besuch empfangen?	94,2	78,4	99,9	0,1	0,0	0,0
20.18/T70	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?	allen	74,1	97,1	2,2	0,7	0,1
20.19/T82	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?	85,0	63,9	89,7	7,8	2,3	0,3
20.20/T69	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?	36,5	23,8	67,3	12,7	8,5	11,5

Einrichtungsbezogene Prozess- und Strukturqualität

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2013			
Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung			
Geprüfte Einrichtungen	12.190		
	Anzahl	in v.H.	
1.3f: an der Prüfung Beteiligte*			
keine	9.290	76,2	
Pflegekasse	69	0,6	
Sozialhilfeträger	215	1,8	
Heimaufsicht	1.173	9,6	
Gesundheitsamt	162	1,3	
Trägerverband	527	4,3	
Sonstige	1.124	9,2	
1.4a-c: Prüfungsauftrag			
Regelprüfungen	11.559	94,8	
Anlassprüfungen	481	3,9	
Wiederholungsprüfungen	150	1,2	
	davon:		
	Wiederholungsprüfungen	119	79,3
Wiederholungsprüfungen auf Antrag der Pflegeeinrichtung	31	20,7	
1.2j: Trägerart			
privat	4.973	40,8	
freigemeinnützig	6.805	55,8	
öffentlich	401	3,3	
nicht zu ermitteln	11	0,1	
1.2t: Zertifizierung			
liegt vor	1.804	14,8	
liegt nicht vor	10.386	85,2	
1.6: Plätze in der vollstationären Pflege			
(nur Regelprüfungen)	Anzahl	Mittelwert	
vorgehaltene Plätze	713.360	61,8	
belegte Plätze	652.250	56,5	

*Mehrfachnennungen möglich

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2013

Allgemeine Angaben

Geprüfte Einrichtungen		12.190	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
2.2	Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?		
2.2a/T56	Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z.B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?	allen	98,7
2.2b	Mitnahme Wäsche möglich	allen	99,0
2.2c	abschließbare Schubladen oder Fächer stehen für jeden Bewohner zur Verfügung	allen	98,5
2.2d/T57	Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?	allen	98,3
2.3	Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen trifft für die Einrichtung folgendes zu:		
2.3a/T40	Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?	98,4	99,9
2.3b/T41	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	98,8	97,9
2.3c/T42	Gibt es eine identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?	97,0	99,8
2.3d/T34	Wird mit individuellen Orientierungshilfen, z.B. Fotos, gearbeitet?	96,0	99,4
2.4	Ist für die Bewohner bei Bedarf das jederzeitige Verlassen und Betreten der Pflegeeinrichtung gewährleistet (z.B. durch Pförtner, Vergabe von Schlüsseln, Klingel etc.)?	98,0	99,7

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2013

Ablauforganisation

Geprüfte Einrichtungen		12.190	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
4.1	Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?		
4.1a	Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt	allen	98,4
4.1b	personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt	allen	98,0
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	allen	87,5
4.5	Ist durch die Personaleinsatzplanung eine kontinuierliche Pflege und Versorgung der Bewohner gegeben?		
4.5a	Kontinuität in der Pflege von Montag bis Freitag tagsüber gegeben	allen	96,3
4.5b	Kontinuität in der Pflege nachts gegeben	allen	96,0
4.5c	Besetzung an Wochenenden/Feiertagen mit Wochentagen vergleichbar	allen	96,7
4.5d	Kontinuität in der sozialen Betreuung gegeben	allen	95,4
4.5e	Kontinuität in der hauswirtschaftlichen Versorgung gegeben	allen	98,5
4.6	Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat?	allen	93,4

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2013

Qualitätsmanagement

Geprüfte Einrichtungen		12.190	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
6.3	Werden die für die stationäre Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt oder sind konkrete Maßnahmen in dieser Hinsicht geplant?		
6.3a	Dekubitusprophylaxe	allen	94,0
6.3b	Pflegerisches Schmerzmanagement	99,9	95,5
6.3c	Sturzprophylaxe	allen	95,6
6.3d	Kontinenzförderung	allen	95,8
6.3e	Chronische Wunden	allen	94,5
6.6	Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt?		
6.6a	Istanalyse, Zielformulierung und Maßnahmenplanung (Plan)	allen	80,8
6.6b	Umsetzung (Do)	allen	78,3
6.6c	Überprüfung der Wirksamkeit (Check)	allen	70,7
6.6d	Anpassung der Maßnahmen (Act)	allen	69,3
6.8	Liegt ein bedarfsgerechter Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vor?		
6.8a	Fortbildungsplan Pflege	allen	97,4
6.8b	Fortbildungsplan soziale Betreuung	allen	95,5
6.8c	Fortbildungsplan hauswirtschaftliche Versorgung	76,5	95,5
6.8d	bei Schwerpunkt schwerpunktspezifische Fortbildung berücksichtigt	11,9	96,6
6.12	Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt?		
6.12a	Übergabegespräche	allen	99,1
6.12b	regelmäßige Dienstbesprechungen Pflege	allen	94,4
6.12c	regelmäßige Dienstbesprechungen soziale Betreuung	allen	94,8
6.12d	regelmäßige Dienstbesprechungen hauswirtschaftliche Versorgung	76,6	94,7

6.12e	professionsübergreifende Dienstbesprechungen	allen	96,8
6.12f	schriftlich fixierte Regelungen (z. B. Dienstanweisungen, Rundschreiben, Aushang, Intranet)	allen	99,8
6.13	Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Bewohnern?		
6.13a/T34	Werden die Mitarbeiter regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	allen	95,1
6.13b/T35	Existieren schriftliche Verfahrensanweisungen zu Erster Hilfe und Verhalten in Notfällen?	allen	98,9
6.14/T55	Verfügt die Einrichtung über ein Beschwerdemanagement?	allen	96,5

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2013

Hygiene

Geprüfte Einrichtungen		12.190	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
8.1/T58	Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z. B. optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)	allen	97,7
8.2	Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?		
8.2a	Innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	allen	97,0
8.2b	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	allen	98,9
8.2c	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	allen	89,8
8.2d	Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt	allen	96,6
8.2e	Alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	allen	98,6
8.4	Wenn in der Pflegeeinrichtung Bewohner mit MRSA wohnen: Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	35,4	98,0

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2013

Verpflegung

Geprüfte Einrichtungen		12.190	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
9.2	Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speiseangebot vorgehalten?		
9.2a	Wahlmöglichkeiten	allen	98,2
9.2b/T60	Wird Diätkost, z. B. für Menschen mit Diabetes angeboten?	allen	99,5
9.2c	Wunschkost	allen	99,4
9.2d/T45	Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?	98,6	98,2
9.2e/T61	Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert (z. B. wird die Nahrung nur bei tatsächlicher Notwendigkeit klein geschitten oder als passierte Kost serviert?)	allen	99,0
9.2f	Bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen	97,2	98,8
9.2g/T63	Orientieren sich die Portionsgrößen an den individuellen Wünschen der Bewohner?	allen	98,1
9.4/T59	Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?	allen	99,5
9.5	Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohner zuzahlungsfrei statt?		
9.5a	Bewohner über Angebot nachvollziehbar informiert	allen	99,5
9.5b	Kaltgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar	allen	99,8
9.5c	Warmgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar	allen	99,9
9.7/T64	Werden Speisen und Getränke in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten?	allen	99,1

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2013

Soziale Betreuung

Geprüfte Einrichtungen		12.190	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
10.1	Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?		
10.1a/T46	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?	allen	99,1
10.1b/T47	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Einzelangebote gemacht?	allen	97,4
10.1c/T48	Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste?	allen	99,7
10.1d/T49	Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/-pflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?	allen	99,2
10.1e/T50	Gibt es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen?	allen	99,2
10.2/T51	Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet?	allen	98,0
10.5	Ist das Angebot an sozialer Betreuung ausreichend?		
10.5a	Angebot zu unterschiedlichen Tageszeiten (z. B. Montag vormittags, Dienstag nachmittags)	allen	98,7
10.5b	Für Bewohner mit vollständiger Immobilität nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung	allen	93,1
10.5c	Für Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z. B. Demenz, Depression) nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung	allen	94,4
10.8	Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?		
10.8a/T52	Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung (z. B. Bezugspersonen, Unterstützung bei der Orientierung, Integrationsgespräch nach 6 Wochen)?	allen	95,1
10.8b/T53	Wird die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet?	allen	90,9
10.9/T54	Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes?	allen	96,9

Ambulante Pflege

Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2013

Allgemeine Angaben

Anzahl untersuchter Personen	61.694	
	Anzahl	in v.H.
9.2c: Alter		
bis unter 20 Jahre	211	0,3
20 bis unter 45 Jahre	538	0,9
45 bis unter 65 Jahre	3.747	6,1
65 bis unter 80 Jahre	16.230	26,3
80 bis unter 90 Jahre	28.580	46,3
90 Jahre und älter	12.367	20,0
unbekannt/keine Angabe	21	0,0
9.2f: Pflegestufe		
Pflegestufe I	31.838	51,6
Pflegestufe II	20.350	33,0
Pflegestufe III	9.275	15,0
Pflegestufe III Härtefall	231	0,4
9.2g: Einschränkung der Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung	18.467	29,9

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2013

Behandlungspflege 1/2

Anzahl untersuchter Personen		61.694	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
10.1/T27	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	28,1	89,1
10.2	Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen?	1,6	85,6
10.3	Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?	0,9	83,1
10.4/T21	Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?	0,8	88,1
10.5	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	0,3	70,1
10.6/T20	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	1,4	92,8
10.7/T22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	5,3	91,6
10.8	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	0,3	89,0
10.9	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	0,9	90,3
10.10	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	0,6	91,2
10.11	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	1,3	91,2
10.12	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	0,2	64,2
10.13	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	0,0	15,8
10.14	Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen?	1,3	95,8
10.15	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	0,0	33,3

TABELLENANHANG

10.16/T19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	47,4	85,9
10.17	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	2,0	86,8
10.18/T23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	12,7	91,2

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2013

Behandlungspflege 2/2

Anzahl untersuchter Personen		61.694	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
10.19	Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	0,1	65,6
10.20	Hat der Pflegebedürftige chronische Schmerzen?	allen	38,8
10.21	Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	15,3	67,9
10.22/T25	Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	3,8	91,8
10.23/T26	Wird die Stomabehandlung entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	0,5	91,8
10.24	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	1,5	84,1
10.25	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?	0,0	34,6
10.28	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?	5,5	92,7
10.29/T18	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden/des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	5,5	85,7
10.30	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	5,5	79,1
10.31	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	5,2	87,6
10.32/T24	Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen?	25,5	87,9
10.26	vorliegende Wunden – untersuchte Personen ...		
	mit Dekubitus	1.951	3,2
	mit Ulcus Cruris	893	1,4
	mit diabetischem Fußsyndrom	174	0,3
	mit sonstigen chronischen Wunden	1.113	1,8

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2013

Mobilität

Anzahl untersuchter Personen

61.694

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
11.3/T14	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?	79,8	88,8
11.5	Wurde bei vorliegendem Sturzrisiko eine Beratung durchgeführt?	81,7	83,6
11.7	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z. B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?	32,6	73,5
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?	35,4	86,9
11.9/T12	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?	14,9	82,1
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)?	56,4	65,9
11.12/T13	Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kon- trakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt?	61,1	67,7

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2013

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Anzahl untersuchter Personen		61.694	
Frage	Kriterium	Anzahl	in v.H.
12.1d	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten		
	zugenommen	3.611	5,9
	konstant	24.434	39,6
	relevante Abnahme	1.426	2,3
	kann nicht ermittelt werden	32.223	52,2
14.2a	Der Bewohner ist versorgt mit ...		
	Magensonde	26	0,0
	PEG-Sonde	2.299	3,7
	PEJ-Sonde	74	0,1
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
12.5	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung beraten (z. B. Angaben zur Trinkmenge, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Berücksichtigungen individueller Besonderheiten, Vorlieben, Abneigungen)?	30,9	79,5
12.6/T5	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten?	1,4	92,1
12.7/T4	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	12,1	91,0
12.8/T3	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	10,5	93,4
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)?	32,2	76,0
12.10/T8	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten?	2,9	81,7
12.11/T7	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	13,4	90,2

12.12/T6	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?	12,2	92,7
12.13/T2	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	12,6	90,6

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2013

Ausscheidung

Anzahl untersuchter Personen		61.694	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
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)?	48,1	72,5
13.4/T9	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	44,3	87,2
13.5/T10	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	44,2	89,4

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2013

Umgang mit Demenz

Anzahl untersuchter Personen		61.694	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
14.2	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?	19,2	66,3
14.3/T15	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?	22,3	88,6
14.4/T16	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?	19,1	72,2

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2013

Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Anzahl untersuchter Personen		61.694	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
15.3/T1	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	98,8	90,3
15.4/T28	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?	50,5	94,9
15.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	allen	94,6
15.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	32,3	89,0
15.7/T17	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	2,4	87,3

Zufriedenheitsbefragung

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2013

Struktur der befragten Pflegebedürftigen

Anzahl befragter Personen	58.618	
	Anzahl	in v.H.
17.2d: Alter		
bis unter 20 Jahre	183	0,3
20 bis unter 45 Jahre	503	0,9
45 bis unter 65 Jahre	3.633	6,2
65 bis unter 80 Jahre	15.219	26,0
80 bis unter 90 Jahre	26.959	46,0
90 Jahre und älter	11.499	19,6
unbekannt/keine Angabe	622	1,1
9.2f: Pflegestufe		
Pflegestufe I	31.703	54,1
Pflegestufe II	19.794	33,8
Pflegestufe III	6.978	11,9
Pflegestufe III Härtefall	143	0,2
9.2g: Einschränkung der Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung	14.665	25,0

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2013

Befragung der Pflegebedürftigen

Anzahl befragter Personen		58.618					
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon beantwortet von (in v.H.)	immer (in v.H.)	häufig (in v.H.)	gelegentlich (in v.H.)	nie (in v.H.)
17.3/T39	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?	allen	40,4	ja: 98,5			nein 1,5
17.4/T38	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?	allen	44,2	ja: 99,3			nein: 0,7
17.5/T40	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?	allen	90,2	96,5	2,6	0,7	0,2
17.6/T42	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?	allen	94,9	ja: 97,3			nein: 2,7
17.7/T43	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?	77,1	78,1	99,4	0,4	0,2	0,1
17.8/T45	Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?	allen	75,2	ja: 99,2			nein: 0,8
17.9/T48	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?	allen	99,8	98,5	1,3	0,1	0,0
17.10/T44	Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	93,8	82,9	99,2	0,5	0,1	0,1
17.11/T41	Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	52,7	75,0	99,3	0,4	0,1	0,1
17.12/T47	Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre?	97,7	82,1	99,6	0,3	0,1	0,0
17.13/T49	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?	40,1	73,4	97,3	2,1	0,5	0,1
17.14/T46	Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?	17,0	46,3	87,3	6,1	3,8	2,7

Einrichtungsbezogene Prozess- und Strukturqualität

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2013

Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

Geprüfte Einrichtungen	11.021		
	Anzahl	in v.H.	
1.3f: an der Prüfung Beteiligte*			
keine	10.060	91,3	
Pflegekasse	55	0,5	
Sozialhilfeträger	9	0,1	
Gesundheitsamt	5	0,0	
Trägerverband	429	3,9	
Sonstige	499	4,5	
1.4a-c: Prüfungsauftrag			
Regelprüfungen	10.683	96,9	
Anlassprüfungen	209	1,9	
Wiederholungsprüfungen	129	1,2	
	davon:		
	Wiederholungsprüfungen	107	82,9
Wiederholungsprüfungen auf Antrag der Pflegeeinrichtung	22	17,1	
1.2j: Trägerart			
privat	7.076	64,2	
freigemeinnützig	3.756	34,1	
öffentlich	131	1,2	
nicht zu ermitteln	58	0,5	
1.2q: Zertifizierung			
liegt vor	732	6,6	
liegt nicht vor	10.287	93,3	
1.6: Versorgte Personen (nur Regelprüfungen)		980.741	
davon Leistungsempfänger nach:			
ausschließlich SGB XI	154.585	15,8	
ausschließlich SGB V	348.652	35,5	
SGB XI und SGB V	287.172	29,3	
sonstige	190.332	19,4	

*Mehrfachnennungen möglich

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2013

Allgemeine Angaben

Geprüfte Einrichtungen		11.021	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
2.2/T30	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?	allen	98,9
2.3/T29	Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?	allen	98,6

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2013

Aufbauorganisation Personal

Geprüfte Einrichtungen		11.021	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
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	98,4
3.1g/T36	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?	75,8	96,3

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2013

Ablauforganisation

Geprüfte Einrichtungen		11.021	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
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	96,0
4.1b	personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt	allen	98,8
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	91,8	84,3
4.6/T37	Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?	allen	98,0

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2013

Qualitätsmanagement

Geprüfte Einrichtungen		11.021	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
6.3	Werden die für die ambulante Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt oder sind konkrete Maßnahmen in dieser Hinsicht geplant?		
6.3a	Dekubitutzprophylaxe	allen	90,6
6.3b	Pflegerisches Schmerzmanagement	98,8	89,4
6.3c	Sturzprophylaxe	allen	91,5
6.3d	Kontinenzförderung	allen	90,1
6.3e	Chronische Wunden	allen	90,5

6.5	Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt?		
6.5a	Istanalyse, Zielformulierung und Maßnahmenplanung (Plan)	allen	80,6
6.5b	Umsetzung (Do)	allen	78,2
6.5c	Überprüfung der Wirksamkeit (Check)	allen	70,5
6.5d	Anpassung der Maßnahmen (Act)	allen	68,7
6.7/T34	Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?	allen	95,8
6.10	Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt?		
6.10a	geregelte Übergabe	allen	99,0
6.10b	regelmäßige Dienstbesprechungen	allen	95,5
6.10c	schriftlich fixierte Regelungen (z. B. Dienstanweisungen, Rundschreiben, Aushang)	allen	99,4
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	90,6
6.11b/T31	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?	allen	98,4
6.12/T33	Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?	allen	96,8

 Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2013

 Hygiene

 Geprüfte Einrichtungen

 11.021

Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei (in v.H.)	davon Kriterium erfüllt (in v.H.)
8.1	Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?		
8.1a	Innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	allen	94,5
8.1b	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	allen	96,1
8.1c	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	allen	82,8
8.1d	Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt	allen	92,9
8.1e	Alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	allen	95,5
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	92,9
8.2b	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle katheterassoziierter Harnwegsinfektionen bekannt	allen	90,4
8.2c	Empfehlung zur Prävention der nosokomialen Pneumonie bekannt	allen	90,2
8.2d	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von MRSA in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen bekannt	allen	92,2
8.4	Wenn vom Pflegedienst Pflegebedürftige mit MRSA betreut werden: Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	25,0	96,8







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