

### 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI

## Qualität in der ambulanten und stationären Pflege



**MDS**  
Medizinischer Dienst  
des Spitzenverbandes Bund  
der Krankenkassen e.V.

## 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](mailto:office@mds-ev.de)

Internet: [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

### Bearbeitung:

Jürgen Brüggemann, MDS (Leitung)

Ulrike Becher, MDK Sachsen

Elise Coners, MDK Nord

Winfried Fischer, MDK Bayern

Dr. Hans Gerber, MDK Bayern

Dr. Andrea Kimmel, MDS

Ingo Kowalski, MDS (Datenmanagement)

Dr. Friedrich Schwegler, MDK Nordrhein

Doris Wenzel, MDK Thüringen

### Umschlaggestaltung:

BestPage Kommunikation RheinRuhr KG

45481 Mülheim an der Ruhr

### Titelbild:

imagebroker/vario images

### Herstellung & Druck:

asmuth druck + crossmedia gmbh & co. kg

50829 Köln

April 2012

# Vorwort

Bereits mit Beginn der Pflegeversicherung ist eine externe Qualitätssicherung durch den MDK in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen eingeführt worden. Diese externe Qualitätssicherung hat die Qualität der Pflege sichtbar gemacht und entscheidende Akzente zur Verbesserung der Qualität gesetzt.

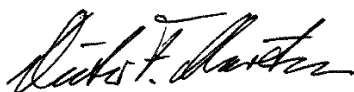
Die Qualitätsprüfungen des MDK sind dabei inhaltlich und organisatorisch einem ständigen Wandel und Anpassungsprozess unterworfen gewesen. Inzwischen sind jährliche Prüfungen in allen ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen vorgesehen. Ein Teil der Prüfergebnisse wird auf der Grundlage der Transparenzvereinbarungen veröffentlicht. Positiv zu werten ist, dass Prüfergebnisse heute für den Verbraucher öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies hat zu einem Qualitätsschub in den Pflegeeinrichtungen bezogen auf die Transparenzkriterien geführt. Gleichwohl wird bei den Transparenzvereinbarungen dringender Verbesserungsbedarf gesehen, damit die Pflegequalität angemessener abgebildet werden kann. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Qualität der Kriterien, die nicht zur Veröffentlichung vorgesehen sind, in der Wahrnehmung der Pflegeeinrichtungen ins Hintertreffen zu geraten droht.

Aufgrund der Veränderungen der Prüfinhalte und der Prüfverfahren können Vergleiche zu früheren Prüfergebnissen nur eingeschränkt gezogen werden. Trotz dieser Einschränkung zeigt sich, dass sich die Qualität der Pflegeeinrichtungen grundsätzlich verbessert hat. Allerdings gilt dies nicht für alle Qualitätsbereiche. Bei der personenbezogenen Versorgungsqualität ist stellenweise weiterhin Verbesserungspotenzial vorhanden.

Es gilt in Zukunft, sich diesem Verbesserungsbedarf gemeinsam mit den Mitteln des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sowie der externen Qualitätsprüfung durch den MDK zu widmen und zum Wohle der Nutzer ambulanter Pflegedienste und stationärer Pflegeeinrichtungen die Qualität der Pflege weiter zu verbessern.

Den MDK gilt unser Dank für die Unterstützung bei der Erstellung des Berichtes, ganz besonders den Mitarbeitern der MDK-Gemeinschaft, die in der begleitenden Arbeitsgruppe mitgewirkt haben. Auch bedanken wir uns herzlich beim GKV-Spitzenverband für den fachlichen Austausch bei der Entstehung des Berichtes.

Essen, im April 2012



Dieter F. Märten  
Vorsitzender MDS-Verwaltungsrat



Dr. Peter Pick  
Geschäftsführer des MDS

# Zu diesem Bericht

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) führt nach §§ 114 ff. SGB XI Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen durch. In der Zeit vom 01.07.2008 bis 31.12.2010 waren alle zugelassenen ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen einmal zu prüfen. Seit 2011 werden jährliche Prüfungen in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Der MDK hat durch organisatorische Maßnahmen und einen Ausbau der personellen Ressourcen die Herausforderung erfolgreich gemeistert, diesen gestiegenen Prüfanforderungen gerecht zu werden.

Bei den vom MDK eingesetzten Prüfern handelt es sich überwiegend um Pflegefachkräfte. Diese verfügen über umfangreiche Berufserfahrung und zeichnen sich durch ein hohes Qualifikationsprofil aus. Ein Großteil der Prüfer ist als Auditor qualifiziert. Ebenso können viele Prüfer fach- und leibungsbezogene Weiterbildungen und pflegeorientierte Studienabschlüsse vorweisen.

Die Prüfungen des MDK werden für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen als gewinnbringend eingeschätzt und von der Mehrzahl der geprüften Pflegeeinrichtungen positiv bewertet. Die im Rahmen der Prüfungen durchgeführte Beratung wird von den Pflegeeinrichtungen geschätzt.

Um die Qualität der MDK-Qualitätsprüfungen weiter zu erhöhen, wird das Qualitätssicherungsverfahren für die Qualitätsprüfungen aktuell weiterentwickelt und in Form einer Richtlinie auf eine bundesweit verbindliche gemeinsame Grundlage gestellt.

MDS und MDK haben auf der Grundlage des § 114a Abs. 6 SGB XI alle drei Jahre u. a. gegenüber dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sowie über Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu erstellen. Nach 2004 und 2007 wird mit dem jetzt vorliegenden Bericht der dritte Bericht zur Qualität in der Pflege veröffentlicht.

Während in der Zeit seit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) am 01.07.2008 bis zum 31.12.2010 rein rechnerisch alle Einrichtungen einmal geprüft werden konnten (24.882 Prüfungen in 23.478 zugelassenen ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen), stehen für diesen Bericht Daten aus dem Zeitraum 01.07.2009 (Inkrafttreten der Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) bis 31.12.2010 zur Verfügung. Es wurden aus diesem Zeitraum Datensätze aus 8.101 stationären Pflegeeinrichtungen (79 % der zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen) mit insgesamt 61.985 einbezogenen Bewohnern sowie Datensätze aus 7.782 ambulanten Pflegediensten (60 % der zugelassenen Pflegedienste) mit 44.889 einbezogenen Pflegebedürftigen ausgewertet. Größe und Träger der Einrichtungen entsprechen den Verteilungen nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes. Die in die Prüfungen einbezogenen pflegebedürftigen Personen wurden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Die diesem Bericht zugrunde gelegten Daten sind somit repräsentativ. Erstmals stehen auch umfangreiche epidemiologische Daten zur Verfügung, die auch für andere Fragestellungen erkenntnisbringend sein können (z. B. Dekubitusrate, Gewichtsverluste, chronische Schmerzen).

Die Prüfgrundlagen des MDK wurden in den vergangenen Jahren kontinuierlich weiterentwickelt, zuletzt erfolgte eine Anpassung der Prüfgrundlagen durch die Implementierung der Pflege-transparenzvereinbarungen. Aufgrund dieser Änderungen sind Vergleiche mit vorangegangenen Berichtsergebnissen zur Qualität nur eingeschränkt möglich. Der Zuschnitt der Prüfkriterien ist weitgehend verändert worden und das Verfahren zur Auswahl der in die

Prüfungen einzubeziehenden Personen hat sich gewandelt. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen können folgende Trendaussagen getroffen werden:

1. Bei der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität haben sich die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Vergleich zum letzten Bericht deutlich verbessert (z. B. Fortbildungsplanung, Hygienemanagement).
2. Bei der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) sind bei einigen Kriterien ebenfalls Verbesserungen eingetreten (z. B. bei der Ernährung), während bei einigen anderen Kriterien keine Verbesserungen erkennbar sind und weiterhin Verbesserungsbedarf besteht (z. B. Dekubitusprophylaxe).

Die Transparenzvereinbarungen haben bei den Pflegeeinrichtungen Veränderungsprozesse in Gang gesetzt, die ohne eine Veröffentlichung dieser Prüfergebnisse nicht in gleicher Zeit hätten erreicht werden können. Dies ist an einer Verbesserung der Durchschnittsnoten auf Kriterien-, Bereichs- und Einrichtungsebene erkennbar. Gleichwohl wird dringender Verbesserungsbedarf an den Vereinbarungen gesehen.

Die Transparenzkriterien decken nur einen Teilausschnitt des gesamten Umfangs der Qualitätsprüfung des MDK ab. Aufgrund der andersartigen Ergebnisdarstellung und des umfangreicheren Prüfkataloges der MDK-Prüfung treten in diesem Bericht Stärken, aber auch Schwächen in der Pflegequalität bei Transparenzkriterien sowie bei weiteren Prüfkriterien des MDK deutlicher zu Tage. Dabei wird auch deutlich, dass sich die Pflegeeinrichtungen sehr intensiv auf die Qualitätsverbesserung bei Transparenzkriterien konzentrieren, während zusätzliche Qualitätsaspekte zum Teil aus dem Blick geraten. So zeigt sich die Beratung zu pflegerlevanten Themen in der ambulanten Pflege erheblich verbesserungsbedürftig. Hilfskräfte werden sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege nicht ausreichend angeleitet und begleitet.

Weiterhin sind Expertenstandards noch nicht flächendeckend in der Pflegepraxis umgesetzt. Hier deckt sich die Beurteilung im Rahmen der Qualitätsprüfung vielfach noch nicht mit der Selbstwahrnehmung der Pflegeeinrichtungen. Die Umsetzung der Expertenstandards hat für die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen jedoch eine hohe Relevanz.

Bei Prüfkriterien, die sich mit der Durchführung erforderlicher Maßnahmen befassen, handelt es sich nicht – wie vielfach unterstellt – um formale Dokumentationskriterien, sondern hier steht die Durchführung erforderlicher und geeigneter Maßnahmen, die unmittelbaren Einfluss auf die Ergebnisse haben, im Fokus der Bewertung. Dies wird im Bericht exemplarisch an den Beispielen der Ernährung und der Vermeidung von Druckgeschwüren aufgezeigt. Für eine prozessorientierte Qualitätsbewertung bei externen Qualitätsprüfungen ist demnach auch in Zukunft ein intelligenter Mix von Ergebnis-, Prozess- und Strukturkriterien sinnvoll.

Positiv zu werten ist, dass bei den Qualitätsprüfungen grundsätzlich eine Weiterentwicklung im Umgang mit demenzkranken Menschen erkennbar ist. Einrichtungen, die sich systematisch mit der Erfassung und Berücksichtigung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz befassen, gelingt es besser, die individuellen Bedürfnisse dieser Menschen zu berücksichtigen. Jedoch wird die Zufriedenheit bzw. die Lebensqualität von Menschen mit Demenz mit dem bisherigen Prüfinstrumentarium des MDK noch nicht adäquat erfasst. An der Entwicklung eines Beobachtungs- und Befragungsinstrumentes, das diese Lücke in Zukunft schließen könnte, wird gearbeitet.

# Leseanleitung für den Bericht

Bei dem vorliegenden Bericht handelt es sich um eine umfangreiche Darstellung der Qualität ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen in Deutschland.

Dem Bericht ist eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse vorangestellt.

Der Hauptteil des Berichtes gliedert sich in die Kapitel 1–6.

Kapitel 1 bietet eine allgemeine Einführung.

Die Kapitel 2 bis 5 nehmen getrennt die ambulante und die stationäre Pflege in den Fokus. Die Kapitel bilden jeweils eine abgeschlossene Einheit und können je nach Interesse des Lesers gelesen werden.

Kapitel 2 enthält Strukturinformationen über die geprüften Pflegeeinrichtungen.

In Kapitel 3 wird die Qualität in der stationären Pflege und in Kapitel 4 die Qualität in der ambulanten Pflege dargestellt.

In Kapitel 5 werden die aktuellen Prüfergebnisse mit denen des vorangegangenen Berichtes verglichen.

In Kapitel 6 sind ergänzende Schwerpunktthemen bearbeitet worden (6.1. Expertenstandards, 6.2 Demenz, 6.3 Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung).

In den im Bericht enthaltenen Tabellen, in denen Ergebnisse zu Kriterien dargestellt sind, sind die Fragennummern der Erhebungsbogen aus der Qualitäts-Prüfungsrichtlinie der Transparenzkriterien enthalten. Damit kann nachvollzogen werden, um welches konkrete Kriterium es sich handelt und welche Anforderungen erfüllt sein müssen, damit das jeweilige Kriterium erfüllt ist.

Als Anlage sind dem Bericht strukturierte MDK-Kurzberichte beigelegt, in denen die Qualität in der Pflege und spezifische Erfahrungen der MDK qualitativ dargestellt werden.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort .....</b>	<b>3</b>
<b>Zu diesem Bericht .....</b>	<b>4</b>
<b>Leseanleitung für den Bericht .....</b>	<b>6</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>10</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>11</b>
<b>I Zusammenfassung .....</b>	<b>13</b>
1.1 Anzahl Prüfungen und Datengrundlage .....	13
1.2 Zentrale Prüfergebnisse in der stationären Pflege .....	14
1.3 Zentrale Prüfergebnisse in der ambulanten Pflege .....	21
1.4 Entwicklung der Qualität seit dem letzten Qualitätsbericht .....	26
1.5 Schwerpunktthemen .....	30
<b>1 Einführung .....</b>	<b>33</b>
1.1 Vorbemerkungen .....	33
1.2 Beratungsorientierter Prüfansatz .....	34
1.3 Prüfrechte und Prüfablauf .....	35
1.4 Profession und Qualifikation der MDK-Mitarbeiter .....	37
1.5 Datengrundlage und Erhebungszeiträume .....	37
<b>2 Geprüfte Pflegeeinrichtungen .....</b>	<b>39</b>
2.1 Pflegeinfrastruktur .....	39
2.1.1 Stationäre Pflege .....	39
2.1.2 Ambulante Pflege .....	39
2.2 Prüfungen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen .....	40
<b>3 Prüfungen und Ergebnisse stationäre Pflege .....</b>	<b>43</b>
3.1 Prüffarten und Prüfungsdurchführung stationäre Pflege .....	43
3.2 Strukturdaten geprüfte stationäre Pflegeeinrichtungen .....	43
3.3 Ergebnisse stationäre Einrichtungen .....	44
3.3.1 Personenbezogene Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) ...	44
3.3.2 Zufriedenheit .....	61
3.3.3 Einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in der stationären Pflege .....	63

<b>4 Prüfungen und Ergebnisse ambulante Pflege .....</b>	<b>75</b>
4.1 Prüfarten und Prüfungsdurchführung ambulante Pflege.....	75
4.2 Strukturdaten geprüfte ambulante Pflegeeinrichtungen .....	75
4.3 Ergebnisse ambulante Pflegedienste .....	76
4.3.1 Personenbezogene Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität)...	76
4.3.2 Zufriedenheit .....	93
4.3.3 Einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege .....	94
<b>5 Entwicklung der Qualität seit dem letzten Qualitätsbericht.....</b>	<b>103</b>
5.1 Vergleich stationäre Pflege.....	103
5.1.1 Vergleich der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versor- gungsqualität) in der stationären Pflege.....	103
5.1.2 Vergleich der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität in der stationären Pflege .....	107
5.2 Vergleich Ambulante Pflege .....	108
5.2.1 Vergleich personenbezogene Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungs- qualität) in der ambulanten Pflege .....	108
5.2.2 Vergleich einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege .....	110
<b>6 Schwerpunktthemen .....</b>	<b>113</b>
6.1 Expertenstandards und die Qualität der pflegerischen Versorgung .....	113
6.1.1 Zusammenhang zwischen Expertenstandard und Umgang mit dem Dekubitusrisiko .....	113
6.1.2 Zusammenhang zwischen Expertenstandard und Schmerzmanagement ..	117
6.1.3 Zusammenhang zwischen Expertenstandard und Umgang mit dem Sturzrisiko .....	118
6.1.4 Fazit .....	121
6.2 Die Versorgung von Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege .....	121
6.2.1 Wohlbefinden und Lebensqualität als Grundlage für eine an den Bedürfnissen Demenzkranker orientierten Pflege .....	122
6.2.2 Zufriedenheitsbefragung versus Lebensqualitätserfassung.....	124
6.2.3 Möglichkeiten der Verknüpfung interner und externer Ansätze der Qualitätssicherung .....	126
6.3 Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung .....	127
6.3.1 MDK-übergreifende Auditierungen als Kernstück einer Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung .....	128
6.3.2 Ausblick .....	131



<b>Anhang – MDK-Kurzberichte .....</b>	<b>133</b>
MDK Baden-Württemberg .....	134
MDK Bayern .....	141
MDK Berlin-Brandenburg .....	144
MDK Bremen .....	148
MDK Hessen .....	151
MDK Mecklenburg-Vorpommern .....	154
MDK Niedersachsen .....	158
MDK Nord .....	161
MDK Nordrhein .....	165
MDK Rheinland-Pfalz .....	167
MDK Saarland .....	169
MDK Sachsen .....	171
MDK Sachsen-Anhalt .....	177
MDK Thüringen .....	180
MDK Westfalen-Lippe .....	184
<b>Literatur .....</b>	<b>191</b>

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung	1: Stationäre Pflege – Qualitätsprüfungen 01.07.2008 – 31.12.2010 ....	40
Abbildung	2: Ambulante Pflege – Qualitätsprüfungen 01.07.2008 – 31.12.2010....	41
Abbildung	3: Stationäre Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Dekubitusprophylaxe berücksichtigt und Erfassung Dekubitusrisiko .....	114
Abbildung	4: Stationäre Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Dekubitusprophylaxe berücksichtigt und Durchführung erforderlicher Dekubitusprophylaxen .....	115
Abbildung	5: Ambulante Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Dekubitusprophylaxe berücksichtigt und Beratung zum Dekubitusrisiko .....	116
Abbildung	6: Ambulante Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Dekubitusprophylaxe berücksichtigt und Erfassung Dekubitusrisiko .....	116
Abbildung	7: Ambulante Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Dekubitusprophylaxe berücksichtigt und vereinbarte Leistung Lagern gewebeschonend	117
Abbildung	8: Stationäre Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Schmerzmanagement berücksichtigt und systematische Schmerzeinschätzung .....	118
Abbildung	9: Stationäre Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Sturzprophylaxe berücksichtigt und Erfassung Sturzrisiko .....	119
Abbildung	10: Stationäre Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Sturzprophylaxe berücksichtigt und Durchführung erforderlicher Sturzprophylaxen .....	120
Abbildung	11: Ambulante Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Sturzprophylaxe berücksichtigt und Beratung zum Sturzrisiko .....	121
Abbildung	12: Stationäre Pflege – Zusammenhang Ermittlung Wohlbefinden mit Biografie / Selbstbestimmung / geeigneten Angeboten .....	123
Abbildung	13: Stationäre Pflege – Zusammenhang Ermittlung Wohlbefinden mit Berücksichtigung der Bedürfnisse bei Körper- und Zahnpflege .....	124

# Tabellenverzeichnis

Tabelle	1: Mitarbeiter nach Zusatzqualifikation .....	37
Tabelle	2: Qualitätsprüfungen ambulant und stationär 01.07.2009 – 31.12.2010 ....	38
Tabelle	3: Qualitätsprüfungen nach Halbjahren 01.07.2008 – 31.12.2010 .....	41
Tabelle	4: Stationäre Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarten .....	43
Tabelle	5: Stationäre Pflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart .....	44
Tabelle	6: Stationäre Pflege – Geprüfte Einrichtungen mit Zertifizierung .....	44
Tabelle	7: Stationäre Pflege – Einbezogene Bewohner nach Pflegestufe .....	45
Tabelle	8: Stationäre Pflege – Behandlungspflege 1 .....	48
Tabelle	9: Stationäre Pflege – Chronische Wunden .....	49
Tabelle	10: Stationäre Pflege – Behandlungspflege 2 .....	50
Tabelle	11: Stationäre Pflege – Mobilität .....	52
Tabelle	12: Stationäre Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungs sonden .....	53
Tabelle	13: Stationäre Pflege – Essen und Trinken .....	56
Tabelle	14: Stationäre Pflege – Katheter und Inkontinenzprodukte .....	56
Tabelle	15: Stationäre Pflege – Umgang mit Urininkontinenz .....	57
Tabelle	16: Stationäre Pflege – Umgang mit Demenz .....	59
Tabelle	17: Stationäre Pflege – Körperpflege .....	60
Tabelle	18: Stationäre Pflege – Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität .....	61
Tabelle	19: Stationäre Pflege – Zufriedenheit der Bewohner .....	63
Tabelle	20: Stationäre Pflege – Gestaltung der Wohn- und Gemeinschaftsräume .....	64
Tabelle	21: Stationäre Pflege – Bewegen innerhalb und außerhalb der Einrichtung, Orientierung .....	65
Tabelle	22: Stationäre Pflege – Ablauforganisation .....	67
Tabelle	23: Stationäre Pflege – Qualitätsmanagement 1 .....	68
Tabelle	24: Stationäre Pflege – Qualitätsmanagement 2 .....	69
Tabelle	25: Stationäre Pflege – Hygiene .....	71
Tabelle	26: Stationäre Pflege – Verpflegung .....	72
Tabelle	27: Stationäre Pflege – Soziale Betreuung .....	74
Tabelle	28: Ambulante Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarten .....	75
Tabelle	29: Ambulante Pflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart .....	76
Tabelle	30: Ambulante Pflege – Geprüfte Einrichtungen mit Zertifizierung .....	76
Tabelle	31: Ambulante Pflege – Einbezogene Pflegebedürftige nach Pflegestufe .....	77

Tabelle 32: Ambulante Pflege – Behandlungspflege 1 .....	80
Tabelle 33: Ambulante Pflege – Chronische Wunden .....	81
Tabelle 34: Ambulante Pflege – Behandlungspflege 2 .....	82
Tabelle 35: Ambulante Pflege – Mobilität .....	85
Tabelle 36: Ambulante Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungssonden .....	86
Tabelle 37: Ambulante Pflege – Essen und Trinken .....	89
Tabelle 38: Ambulante Pflege – Umgang mit Ausscheidungen .....	90
Tabelle 39: Ambulante Pflege – Umgang mit Demenz .....	91
Tabelle 40: Ambulante Pflege – Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität .....	93
Tabelle 41: Ambulante Pflege – Zufriedenheit der Pflegebedürftigen .....	94
Tabelle 42: Ambulante Pflege – Datenschutz und Kostenvoranschlag .....	95
Tabelle 43: Ambulante Pflege – Aufbau- und Ablauforganisation .....	97
Tabelle 44: Ambulante Pflege – Qualitätsmanagement 1 .....	98
Tabelle 45: Ambulante Pflege – Qualitätsmanagement 2 .....	99
Tabelle 46: Ambulante Pflege – Hygiene .....	101
Tabelle 47: Stationäre Pflege – Vergleich Prozess-/Ergebnisqualität 2006/2010 .....	106
Tabelle 48: Stationäre Pflege – Vergleich Strukturqualität 2006/2010 .....	108
Tabelle 49: Ambulante Pflege – Vergleich Prozess-/Ergebnisqualität 2006/2010 .....	110
Tabelle 50: Ambulante Pflege – Vergleich Strukturqualität 2006/2010 .....	112

# I Zusammenfassung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hat die Aufgabe, Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI in ambulanten Pflegediensten und stationären Einrichtungen durchzuführen. In der Zeit vor dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) hat der MDK jährlich ca. 20 % aller zugelassenen Pflegeeinrichtungen geprüft. Mit dem am 01.07.2008 in Kraft getretenen PfWG hat der Gesetzgeber die externe Qualitätssicherung durch den MDK neu ausgerichtet. In der Zeit vom 01.07.2008 bis 31.12.2010 sollte jede Pflegeeinrichtung einmal vom MDK geprüft werden, seit 2011 sind jährliche Prüfungen vorgesehen.

Um die erhöhte Prüffrequenz umsetzen zu können, haben die MDK das Prüfpersonal aufgestockt. Ende 2006 waren 175 Mitarbeiter mit Qualitätsprüfungen betraut. Zum 01.09.2011 lag die Zahl dieser Mitarbeiter bei 596 (Vollzeitäquivalente) bzw. 660 (Personen). Bei diesen Mitarbeitern handelt es sich fast ausschließlich um Pflegefachkräfte (95,8 %). Über 60 % der Prüfer verfügen über eine Auditorenqualifikation, knapp die Hälfte der Mitarbeiter hat eine leitungsbezogene Qualifikation und 28,6 % der Mitarbeiter haben ein pflegeorientiertes oder ein anderes Studium absolviert. Darüber hinaus verfügen die Prüfer des MDK über umfangreiche Berufserfahrung, die ihnen bei der Ausübung ihrer anspruchsvollen Tätigkeit zugutekommt.

Vor dem PfWG waren die Prüfungen des MDK darauf ausgerichtet, mit dem Prüfbericht eine Entscheidungsgrundlage für die Bescheide der Landesverbände der Pflegekassen zu liefern und die Pflegeeinrichtungen fachlich zu beraten. Mit dem PfWG wurde der Qualitätsprüfung des MDK eine weitere wichtige Funktion zugewiesen: Ein Teil der Prüfergebnisse des MDK wird auf der Grundlage von Vereinbarungen zur Transparenz nach § 115 Abs. 1a SGB XI von den Landesverbänden der Pflegekassen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar im Internet veröffentlicht. Damit wurden die Prüfungen des MDK verstärkt ins Licht der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt, und die Bedeutung der Prüfergebnisse ist aufgrund der Veröffentlichung der Prüfergebnisse auch für die geprüften Pflegeeinrichtungen gestiegen.

Bei den Qualitätsprüfungen des MDK steht die personenbezogene Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) im Vordergrund. Dieser wichtige Bereich der Qualität wird unmittelbar bei Bewohnern / Pflegebedürftigen, die von den stationären Pflegeeinrichtungen oder ambulanten Pflegediensten versorgt werden, geprüft. Vor dem PfWG wurden hierzu Bewohner bzw. Pflegebedürftige in die Überprüfung einbezogen, bei denen besondere Pflegesituationen (z. B. Sondenernährung, Dekubitus) vorlagen, während derzeit die Versorgungsqualität bei per Zufallsstichprobe ausgewählten Personen bewertet wird.

Der MDK führt seine Qualitätsprüfungen auf der Grundlage der Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI in Verbindung mit § 53a SGB XI durch. In diese Richtlinien sind die Transparenzvereinbarungen eingearbeitet worden. Der Prüfumfang geht aber über die Transparenzvereinbarungen hinaus. Diese Prüfgrundlagen sind seit dem 01.07.2009 in Kraft. Weiterer Bestandteil der Prüfgrundlagen des MDK sind die MDK-Anleitungen, die eine einheitliche Umsetzung der Prüfgrundlagen fördern sollen.

## I.1 Anzahl Prüfungen und Datengrundlage

In der Zeit vom 01.07.2008 (Inkrafttreten des PfWG) bis zum 31.12.2010 sind insgesamt 24.882 Qualitätsprüfungen durch den MDK durchgeführt worden, davon 11.653 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten und 13.229 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen. Ausgehend von der Anzahl der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind im

vorgesehenen Zeitraum nahezu alle Pflegeeinrichtungen einmal geprüft worden. Die meisten Prüfungen waren Regelprüfungen.

Die Analyse der Prüfergebnisse in dem hiermit vorgelegten Bericht basiert auf Prüfungen im Zeitraum vom 01.07.2009 bis zum 31.12.2010. Für die Analyse stehen Datensätze von 8.101 stationären Pflegeeinrichtungen (79 % der zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen) zur Verfügung. Bei den Prüfungen in diesen Einrichtungen wurden insgesamt 61.985 Bewohner in die Prüfung einbezogen (7–8 pro Prüfung). Für die ambulante Pflege konnten 7.782 Datensätze (60 % der zugelassenen Pflegedienste) ausgewertet werden. In diesen Pflegediensten wurden 44.889 Pflegebedürftige (5–6 pro Prüfung) in die Prüfung einbezogen.

## **I.2 Zentrale Prüfergebnisse in der stationären Pflege**

### **I.2.1 Zentrale Ergebnisse zur personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) in der stationären Pflege**

Zur Bewertung der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) werden in der Regel 10 % der von der Pflegeeinrichtung versorgten Bewohner per Zufallsauswahl stratifiziert nach Pflegestufen in die Prüfung einbezogen. Für die Qualität der Versorgung von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen ist insbesondere relevant, ob bei einer eingeschränkten Selbstständigkeit in den verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Mobilität, Ernährung) die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt werden.

Im Rahmen dieser Zusammenfassung wird daher auf die Dekubitus- und Sturzprophylaxe sowie auf Ergebnisse zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung eingegangen. Ebenso wird der Umgang mit Inkontinenz, mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, mit Freiheitseinschränkenden Maßnahmen, mit chronischen Wunden, mit Medikamenten sowie mit Schmerzen thematisiert. Neu ist dabei, dass mit dem jetzt vorgelegten Bericht erstmals auf der Grundlage sehr großer Fallzahlen auch epidemiologische Daten vorliegen, z. B. zu Gewichtsverläufen, Ernährungssonden, Druckgeschwüren und Kathetern.

Zum Umgang mit dem Dekubitusrisiko liegt seit 2001 ein Expertenstandard vor, seit Ende 2010 ist eine aktualisierte Fassung verfügbar.<sup>1</sup> Zum Umgang mit chronischen Wunden liegt seit 2008 ein Expertenstandard vor.<sup>2</sup>

Von allen in die Prüfung einbezogenen Bewohnern (61.985) wurde bei 4.545 Personen eine chronische Wunde bzw. ein Dekubitus erfasst oder es lagen mehrere Wunden gleichzeitig vor. Davon wurde bei 2.714 Personen (4,4 % aller einbezogenen Bewohner) ein Dekubitus erfasst.<sup>3</sup>

Bei 61.714 Personen liegen Daten dazu vor, ob bei bestehender chronischer Wunde oder einem Dekubitus die Maßnahmen auf dem aktuellen Stand des Wissens basierten. Bei 5.151 dieser Bewohner war eine Wundversorgung erforderlich. Die Maßnahmen zur Behandlung einer chronischen Wunde bzw. eines Dekubitus basierten bei 74,5 % (3.840 von 5.151) der Bewohner auf dem aktuellen Stand des Wissens. Demnach entsprach die Wundversorgung bei 25,5 % (1.311 von 5.151) der Bewohner mit einer chronischen Wunde nicht der ärztlichen Anordnung, die erforderlichen Maßnahmen zur Druckentlastung, therapeutischen

---

<sup>1</sup> DNQP 2010<sup>2</sup>

<sup>2</sup> DNQP 2008

<sup>3</sup> Aus ethischen Gründen war es den Prüfern nicht bei allen Bewohnern möglich, die Wunde in Augenschein zu nehmen und den Wundtyp zu klassifizieren. Daraus ergibt sich die Differenz aus der Anzahl der erfassten Wunden und der Anzahl der bewerteten Wundversorgungen.

Lagerung oder Kompression wurden nicht umgesetzt oder hygienische Maßstäbe wurden bei der Wundversorgung nicht beachtet.

Bei 61.733 Bewohnern liegen Daten dazu vor, ob eine Dekubitusprophylaxe erforderlich war. Bei 28.955 dieser Bewohner waren Dekubitusprophylaxen erforderlich. Bei 59,3 % (17.173 von 28.955) dieser Bewohner wurden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt. Damit zeigt sich, dass der aktuelle Stand des Wissens noch nicht in allen Pflegeeinrichtungen das praktische Pflegehandeln bestimmt.

Nicht jeder Dekubitus kann verhindert werden. Dennoch könnte die Dekubitusrate durch Verbesserungen bei der Durchführung der erforderlichen Dekubitusprophylaxen weiter gesenkt werden. Die Wirksamkeit der Dekubitusprophylaxen zeigt sich darin, dass bei den Bewohnern, bei denen die erforderlichen Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe nicht durchgeführt wurden (11.782), der Anteil der Druckgeschwüre mit 7,4 % deutlich höher liegt als in der Gesamtstichprobe (4,4 % von 61.985). Darüber hinaus ist dies auch ein Beleg dafür, dass bei der Bewertung dieses Prüfkriteriums die Umsetzung und die Wirksamkeit der Maßnahmen unter Berücksichtigung des Pflegezustandes, des Einsatzes von Hilfsmitteln etc. und nicht nur die Pflegedokumentation bewertet werden. Wenn die erforderlichen Prophylaxen nicht durchgeführt werden (Prozess), dann ergibt sich eine höhere Dekubitusrate (Ergebnis).

Zur Sturzprophylaxe liegt seit 2006 ein Expertenstandard vor.<sup>4</sup>

Für 61.733 der in die Prüfungen einbezogenen Bewohner liegen Daten zur Durchführung erforderlicher Sturzprophylaxen vor. Bei 48.095 dieser Bewohner waren Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes erforderlich. Bei 71,0 % (34.140 von 48.095) der Personen mit einem Sturzrisiko wurden die erforderlichen Sturzprophylaxen durchgeführt, bei 29,0 % (13.955 von 48.095) der Personen mit einem Sturzrisiko geschah dies nicht. Damit nutzen viele Pflegeeinrichtungen noch nicht ausreichend ihre Möglichkeiten, um Stürze ihrer Bewohner zu vermeiden.

Zum Zeitpunkt der Verabschiedung der Prüfgrundlagen des MDK lag der Expertenstandard zum Ernährungsmanagement in der Pflege<sup>5</sup> noch nicht abschließend vor. Dennoch konnte erreicht werden, dass sich die Prüfgrundlagen des MDK mit den Qualitätsanforderungen, die im Expertenstandard zum Ernährungsmanagement zusammengefasst worden sind, decken.

Von allen in die Prüfung einbezogenen Bewohnern (61.985) war bei 9,1 % (5.652) eine relevante Gewichtsabnahme zu verzeichnen (mehr als 5 % in 1–3 Monaten, mehr als 10 % in 6 Monaten<sup>6</sup>).

Für 61.980 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob der Ernährungszustand im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen angemessen war. Bei 95,0 % (58.895 von 61.980) dieser Bewohner war der Ernährungszustand unter Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen angemessen. Allerdings muss bedacht werden, dass hierunter auch die Personen fallen, bei denen keine Ernährungsrisiken bestehen und bei denen die Pflegeeinrichtungen somit keinen aktiven Beitrag zur Sicherstellung der Verbesserung der Versorgung leisten mussten. Bezogen auf den Anteil der Bewohner mit einem Ernährungsrisiko (41.770) beträgt der Anteil der Bewohner, bei denen der Ernährungszustand im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung angemessen war, 92,6 % (38.679 von 41.770). Das bedeutet, bei 7,4 % (3.091 von 41.770) der Bewohner mit einem Ernährungsrisiko war der Ernährungszustand nach Einschätzung der Prüfer unter

---

<sup>4</sup> DNQP 2006

<sup>5</sup> DNQP 2010

<sup>6</sup> Volkert 2004

Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung nicht angemessen, z. B. wurden relevante Gewichtsverluste dokumentiert, aber nicht pflegefachlich reflektiert, und es wurde nicht nach Möglichkeiten gesucht, die Nahrungsversorgung zu verbessern.

Für 61.980 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob Einschränkungen bei der Ernährung vorlagen. Bei 41.770 dieser Bewohner lagen Einschränkungen vor und waren Maßnahmen zur Ernährung erforderlich. Bei 79,5 % (33.205 von 41.770) dieser Bewohner wurden die erforderlichen Maßnahmen (z. B. angepasste Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, Anpassung der Konsistenz bei Schluckstörung, energiereiche Speisen) durchgeführt. Bei 20,5 % (8.565 von 41.770) dieser Bewohner wurden auf der Grundlage der erhobenen Ressourcen und Risiken nicht die erforderlichen Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt.

Die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Ernährung zeigt sich daran, dass bei den Bewohnern, bei denen die erforderlichen Maßnahmen zur Ernährung nicht durchgeführt wurden (8.565), der Anteil der Personen mit einem Gewichtsverlust mit 33,9 % deutlich höher liegt als in der Gesamtstichprobe (9,1 % von 61.985). Auch ist der Ernährungszustand, wenn die erforderlichen Maßnahmen zur Ernährung nicht durchgeführt worden sind (8.565), deutlich häufiger als nicht angemessen bewertet worden (33,1 %), als in der Gesamtstichprobe (5,0 % von 61.985 bzw. 7,4 % von 41.770). Gleichzeitig ist dies auch ein Beleg dafür, dass bei der Bewertung dieses Prüfkriteriums die Umsetzung und die Wirksamkeit der Maßnahmen unter Berücksichtigung des Pflegezustandes, des Einsatzes von Hilfsmitteln etc. und nicht nur die Pflegedokumentation bewertet werden. Wenn die erforderlichen Maßnahmen nicht durchgeführt werden (Prozess), dann ergibt sich eine schlechtere Ernährungssituation (Ergebnis).

Für 61.980 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob die Flüssigkeitsversorgung im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen angemessen war. Bei 97,0 % (60.143 von 61.980) dieser Bewohner war die Flüssigkeitsversorgung im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen angemessen. Allerdings muss auch hier bedacht werden, dass hierunter auch die Personen fallen, bei denen keine Dehydratationsrisiken bestehen und bei denen die Pflegeeinrichtungen somit keinen aktiven Beitrag zur Sicherstellung der Verbesserung der Versorgung leisten mussten. Bezogen auf den Anteil der Bewohner mit einem Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung (40.536) beträgt der Anteil der Bewohner, bei denen die Flüssigkeitsversorgung im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung angemessen war, 95,4 % (38.671 von 40.536). Das bedeutet, bei 4,6 % (1.865 von 40.536) der Bewohner mit einem Risiko war die Flüssigkeitsversorgung nach Einschätzung der Prüfer unter Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung nicht angemessen, z. B. wurden zwar Flüssigkeitsmengen in Protokollen erfasst, aber bei Unterschreiten einer individuell festgelegten Mindesttrinkmenge wurden keine Konsequenzen gezogen und es waren indirekte Dehydratationszeichen vorhanden (z. B. fehlender Speichelsee unter der Zunge oder dunkler, konzentrierter Urin).

Für 61.980 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob Einschränkungen bei der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung vorlagen. Bei 40.536 dieser Bewohner lagen Einschränkungen vor und waren Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung erforderlich. Bei 82,4 % (33.396 von 40.536) dieser Bewohner wurden bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt. Bei 17,6 % (7.140 von 40.536) dieser Bewohner haben die Prüfer hier aber noch Defizite festgestellt, z. B. werden Getränke nicht entsprechend den individuellen Erfordernissen gereicht.

Die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung zeigt sich daran, dass bei den Bewohnern, bei denen die erforderlichen Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung nicht durchgeführt wurden (7.140), die Flüssigkeitsversorgung deutlich häufiger als nicht angemessen bewertet worden ist (23,7 %), als in der Gesamtstichprobe (3,0 % von 61.985 bzw. 4,6 % von 40.536). Es zeigt sich auch hier, dass bei der Bewertung dieses Prüfkriteriums die



Umsetzung und die Wirksamkeit der Maßnahmen unter Berücksichtigung des Pflegezustandes, des Einsatzes von Hilfsmitteln etc. und nicht nur die Pflegedokumentation bewertet werden. Wenn die erforderlichen Maßnahmen nicht durchgeführt werden (Prozess), dann ergibt sich eine schlechtere Flüssigkeitsversorgung (Ergebnis).

Auch für die Förderung der Harnkontinenz in der Pflege liegt ein Expertenstandard vor.<sup>7</sup>

Für 61.980 der in die Prüfungen einbezogenen Bewohner liegen Daten zur Durchführung erforderlicher Maßnahmen bei Inkontinenz bzw. Blasenkathetern vor. Bei 47.299 dieser Bewohner waren Maßnahmen bei Inkontinenz bzw. aufgrund von Blasenkathetern erforderlich. Bei 80,0 % (37.842 von 47.299) dieser Bewohner wurden die erforderlichen Maßnahmen bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. Blasenkathetern durchgeführt. Bei 20,0 % (9.457 von 47.299) der betroffenen Bewohner finden keine sachgerechten oder ausreichenden Maßnahmen statt, z. B. begleitete Toilettengänge.

Für den Umgang mit Menschen mit Demenz, die ein sogenanntes herausforderndes Verhalten zeigen, liegt eine Rahmenempfehlung vor, in der der aktuelle Wissensstand zu dieser Problematik in einem ersten Schritt aufgearbeitet worden ist.<sup>8</sup>

Laut Angaben der Pflegeeinrichtungen lag bei 60,7 % (37.600 von 61.985) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner eine eingeschränkte Alltagskompetenz vor. Überwiegend ist die eingeschränkte Alltagskompetenz auf eine Demenz zurückzuführen.

Für 61.938 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten zu geeigneten Angeboten zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung bei Demenz vor. Bei 36.998 dieser Bewohner waren geeignete Angebote bei Demenz erforderlich. Geeignete Angebote zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung wurden bei 76,3 % (28.225 von 36.998) der Bewohner mit Demenz gemacht.

Die größten Schwierigkeiten bestanden in den stationären Pflegeeinrichtungen bei der Ermittlung des Wohlbefindens und der Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen daraus. Auf das Wohlbefinden kann vor allem bei Menschen mit schwereren Formen einer Demenz über Verhaltensweisen, Gestik und Mimik geschlossen werden. Zeigt der Bewohner Anzeichen für eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens, kann die Pflegeeinrichtung unter Ausschöpfung der individuellen Kenntnisse über Wünsche, Vorlieben, Gewohnheiten und Biografie versuchen, die Versorgung so anpassen, dass sich das Wohlbefinden des Menschen mit Demenz verbessert. Für 61.819 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten zur Ermittlung des Wohlbefindens bei Demenz vor. Bei 36.609 dieser Bewohner war die Ermittlung des Wohlbefindens erforderlich. Bei lediglich 57,9 % (21.210 von 36.609) der Bewohner mit Demenz wurde dies nachvollziehbar gewährleistet. Die Chance, über Beobachtungsverfahren oder fachliche Einschätzungen fördernde oder störende Faktoren für das Wohlbefinden zu identifizieren, wurde bei 42,1 % (15.399 von 36.609) der betroffenen Bewohner nicht genutzt. Die Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen zeigen, dass es Einrichtungen, die sich systematisch mit diesem Thema auseinandergesetzt haben, besser gelingt, eine an den Bedürfnissen des Demenzkranken orientierte Pflege umzusetzen (siehe Kapitel 6.2 Die Versorgung von Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege).

---

<sup>7</sup> DNQP 2007

<sup>8</sup> BMG 2006

Der aktuelle Stand des Wissens zur Vermeidung von und zum Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen ist in diversen Publikationen beschrieben worden.<sup>9</sup> In ihnen wird die Einschätzung vertreten, dass freiheitseinschränkende Maßnahmen weitgehend vermieden werden können und das letzte Mittel der Wahl sein sollten.

Für 61.733 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten zum Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen vor. Bei 12.369 Bewohnern kamen freiheitseinschränkende Maßnahmen zur Anwendung. Das sind rund 20,0 % aller per Zufallsstichprobe in die Prüfung einbezogenen Bewohner. Bei den Maßnahmen kann es sich beispielsweise um den Einsatz von Bettgittern oder Therapietischen am Rollstuhl, das Abschießen von Zimmertüren oder die Anwendung von Gurtfixierungen im Bett oder Rollstuhl handeln. Vor dem Hintergrund des aktuellen Wissensstandes stellt sich die Frage, ob freiheitseinschränkende Maßnahmen in diesem Umfang notwendig sind.

Bei 88,8 % (10.989 von 12.369) der von freiheitseinschränkenden Maßnahmen betroffenen Bewohner lagen Einwilligungen oder Genehmigungen vor, bei 11,2 % (1.380 von 12.369) der betroffenen Bewohner fehlten diese. Bei 11.514 von 61.733 Bewohnern war die Überprüfung der Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen erforderlich. Bei 78,4 % (9.024 von 11.514) dieser Bewohner wurde die Notwendigkeit dieser Maßnahmen regelmäßig überprüft. Bei 21,6 % (2.490 von 11.514) der betroffenen Bewohner findet somit keine regelmäßige Prüfung statt, ob die freiheitseinschränkenden Maßnahmen weiterhin erforderlich sind.

Für 61.733 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten dazu vor, ob eine Medikamentenversorgung erforderlich war und diese den ärztlichen Anordnungen entsprach. Bei 59.029 dieser Bewohner war dieses Kriterium relevant. Bei 81,5 % (48.087 von 59.029) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner entsprach die Medikamentenversorgung der ärztlichen Anordnung. Bei 18,5 % (10.942 von 59.029) dieser Bewohner entsprach die Medikamentenversorgung aber nicht den ärztlichen Anordnungen. Das bedeutet, falsche Medikamente oder Medikamente in falscher Dosierung waren dokumentiert oder bei Bedarfsmedikamenten war beispielsweise die Tageshöchstdosis oder der Zweck der Bedarfsmedikation nicht ersichtlich.

Für 61.725 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten dazu vor, ob eine Medikamentenversorgung erforderlich und der Umgang mit Medikamenten sachgerecht war. Bei 58.919 dieser Bewohner war dieses Kriterium relevant. Bei 81,8 % (48.199 von 58.919) dieser Bewohner war der Umgang mit Medikamenten sachgerecht. Bei 18,2 % (10.720 von 58.919) dieser Bewohner war der Umgang mit Medikamenten nicht sachgerecht, das heißt z. B., die gerichteten Medikamente stimmten nicht mit den Angaben in der Dokumentation überein, die Medikamente wurde nicht bewohnerbezogen gelagert oder Betäubungsmittel wurden nicht ordnungsgemäß verschlossen und nicht gesondert aufbewahrt. Aufgrund der Konsequenzen, die sich bei Nichterfüllen der Anforderungen an das Medikamentenmanagement für den Gesundheitszustand der Bewohner ergeben können, wird hier dringender Handlungsbedarf gesehen.

Zum Schmerzmanagement liegt seit 2005 ein Expertenstandard vor.<sup>10</sup>

Für 61.733 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten dazu vor, ob chronische Schmerzen vorhanden waren. Bei 31,1 % (19.218) dieser Bewohner waren chronische Schmerzen vorhanden.

<sup>9</sup> z. B. Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke 2009, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2006

<sup>10</sup> DNQP 2005

Der Expertenstandard zum Schmerzmanagement in der Pflege sieht auf der ersten Kriterienebene eine aktuelle systematische Schmerzeinschätzung und eine Verlaufskontrolle vor. Für 61.735 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten dazu vor, ob eine systematische Schmerzeinschätzung erforderlich war und durchgeführt worden ist. Eine systematische Schmerzeinschätzung war bei 22.007 dieser Bewohner erforderlich. Eine systematische Schmerzeinschätzung erfolgte bei 54,6 % (12.020 von 22.007) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner. Damit zeigt sich in einem wesentlichen Kompetenzbereich der Pflege erheblicher Nachholbedarf.

Für 61.737 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten dazu vor, ob Medikamente zur Schmerztherapie erforderlich waren und verabreicht wurden. Schmerzmedikamente waren bei 18.134 dieser Bewohner erforderlich. Die verordneten Medikamente zur Schmerztherapie erhielten 94,1 % (17.069 von 18.134) dieser Bewohner mit chronischen Schmerzen. 5,9 % (1.065 von 18.134) dieser Betroffenen erhielten die verordneten Schmerzmedikamente nicht wie vorgesehen.

## **I.2.2 Zufriedenheit in der stationären Pflege**

Zur Bewertung der Zufriedenheit aus Sicht der Bewohner werden in der Regel 10 % der von der Pflegeeinrichtung versorgten Bewohner per Zufallsauswahl stratifiziert nach Pflegestufen in die Befragung einbezogen. Sofern ein in die Prüfung einbezogener Bewohner aufgrund einer Demenzerkrankung oder einer anderen gerontopsychiatrischen Veränderung an der Befragung nicht teilnehmen kann, ist ein anderer Bewohner mit gleicher Pflegestufe nach dem Zufallsprinzip für die Befragung auszuwählen.

Bei der Zufriedenheitsbefragung von älteren Menschen zur pflegerischen Versorgung werden meist sehr hohe Zustimmungs- und Zufriedenheitswerte ermittelt. Als Begründung für die hohen Zufriedenheitswerte bei der Befragung wird in der Literatur vor allem die Abhängigkeit der befragten Personen von der zu beurteilenden Institution angeführt. Auch wird u. a. ein Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation (Kriegs- und Nachkriegsgeneration) und sehr positiven Befragungsergebnissen beschrieben.<sup>11</sup> Dies gilt auch für die Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen. Aus diesen Gründen ist eine fachliche Bewertung und Interpretation der Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung kaum möglich. Es zeigen sich zu den meisten erfragten Parametern sehr hohe Zustimmungsraten. Bei einigen Fragen gaben weniger als 90 % der befragten Bewohner an, dass die Anforderungen immer erfüllt waren (Pflegerinnen nehmen sich immer ausreichend Zeit 86,5 %, das Essen schmeckt immer 84,4 %, Auswahl beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten 87,2 %, die sozialen und kulturellen Angebote entsprechen immer den eigenen Interessen 80,6 %, auf Beschwerden folgten immer positive Veränderungen 65,3 %).

## **I.2.3 Zentrale Ergebnisse zur einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität in der stationären Pflege**

Bei der Gestaltung der Wohn- und Gemeinschaftsräume erreichen die stationären Pflegeeinrichtungen gemessen an den bei den MDK-Prüfungen zu berücksichtigenden Prüfkriterien gute Ergebnisse. So ist beispielsweise in fast allen Pflegeeinrichtungen die Mitnahme eigener Möbel möglich (97,5 %) und den Bewohnern stehen abschließbare Schubladen oder Fächer zur Verfügung (93,1 %).

Auch in der Ablaufplanung erfüllen die stationären Pflegeeinrichtungen die Prüfkriterien häufig. So lagen z. B. in 91,6 %<sup>12</sup> der Einrichtungen Regelungen vor, nach denen Bewohner

---

<sup>11</sup> Hasseler & Wolf-Ostermann 2010, BMFSFJ 2006, Wingenfeld 2003, Görres 1999

<sup>12</sup> Für die stationäre Pflege liegen zu einer Reihe einrichtungsbezogener Kriterien keine Daten des MDK Baden-Württemberg vor. Die Ergebnisse der betreffenden Kriterien werden im Folgenden mit „\*“ gekennzeichnet.

bestimmten Pflegefachkräften für die Planung fest zugeordnet sind. Da die Pflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft zu erbringen ist, hat die Pflegeeinrichtung sicherzustellen, dass Pflegehilfskräfte bei grundpflegerischen Tätigkeiten angeleitet und überprüft werden. Dies kann anhand von praktischen Anleitungen oder mitarbeiterbezogenen Pflegevisiten sichergestellt werden. Knapp 2/3\* (65,7 %\*) der Einrichtungen erfüllen dieses Kriterium. Hier besteht – insbesondere auch vor dem Hintergrund der Zunahme von Mitarbeitern ohne pflegerische Qualifikation – noch dringender Verbesserungsbedarf. Bei 87,1 %\* der stationären Pflegeeinrichtungen kamen die Prüfer des MDK zu dem Ergebnis, dass die Personaleinsatzplanung bezogen auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat ist. Bei 12,9 %\* war dieses Kriterium nicht erfüllt. In diesen Einrichtungen war zum Beispiel nicht rund um die Uhr mindestens eine Pflegefachkraft in der Einrichtung anwesend, oder es waren in Wohnbereichen, in denen Bewohner mit einem sehr hohen Pflegebedarf lebten, nicht ausreichend oder nicht ausreichend qualifizierte Mitarbeiter eingesetzt. Auch wurde im Rahmen der Prüfungen festgestellt, dass in beschützten Wohnbereichen nicht ständig Pflegefachkräfte anwesend waren.

Die Ergebnisse zum Qualitätsmanagement fallen in der stationären Pflege insgesamt recht gut aus. Beispielsweise lag bei 93,6 %\* der stationären Pflegeeinrichtungen eine Fortbildungsplanung für die Pflege vor. Im Kontext des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements wird aber u. a. auch überprüft, ob relevante Aussagen der Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) im Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtung berücksichtigt werden. 84,0 %\* der stationären Pflegeeinrichtungen berücksichtigten den Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe, 79,3 %\* den Expertenstandard zum Schmerzmanagement und 84,1 %\* den Expertenstandard zur Sturzprophylaxe im Qualitätsmanagement. Dass bis zu 1/5\* der stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen des gesetzlich verpflichtenden einrichtungsinternen Qualitätsmanagements diese wesentlichen Grundlagen nicht berücksichtigt, ist unverständlich, da diese den aktuellen Wissensstand beschreiben.

Auch im Hinblick auf Aspekte der Hygiene erzielten die Pflegeeinrichtungen bei den Qualitätsprüfungen bei vielen Kriterien gute Ergebnisse. So war beispielsweise der Gesamteindruck der Einrichtungen bei der Sauberkeit in 94,6 % der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen insgesamt gut. Auch lagen Verfahrensanweisungen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut in 92,1 %\* der Einrichtungen vor. Allerdings wird nur in 80,8 %\* der Einrichtungen regelmäßig überprüft, ob diese Regelungen auch eingehalten werden.

Bei der einrichtungsbezogenen Prüfung der Verpflegung ergeben sich ebenfalls insgesamt gute Ergebnisse. Beispielsweise gab es in 93,3 % der Pflegeeinrichtungen Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Gerichten, und Diätkost wurde bei Bedarf in 97,8 % der Einrichtungen angeboten. Mit 88,8 % konnte ein etwas geringerer Anteil der stationären Pflegeeinrichtungen ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Menschen mit Demenz vorhalten.

Bei der sozialen Betreuung halten die meisten Einrichtungen ein differenziertes Angebot vor. Jahreszeitliche Feste fanden in fast allen Pflegeeinrichtungen statt (98,9 %), auch Maßnahmen zur Kontaktpflege mit dem Gemeinwesen (97,3 %) sowie zu den Angehörigen (95,7 %) waren fast immer erkennbar. Während die Gruppenangebote ebenfalls noch in den allermeisten Einrichtungen offeriert wurden (94,9 %), waren Einzelangebote mit 83,7 % deutlich weniger im Leistungsspektrum der sozialen Betreuung der stationären Einrichtungen enthalten. Einzelangebote richten sich an Bewohner, die aufgrund von kognitiven Einschränkungen, Einschränkungen in der Mobilität oder anderen Handicaps nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können und daher in hohem Maße der Gefahr der Vereinsamung ausgesetzt sind.

Im Zusammenhang mit der sozialen Betreuung wird auch erhoben, ob es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung gibt und ob die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet wird. Während 75,5 % der stationären Pflegeeinrichtungen Hilfestellungen bei der Eingewöhnung anbieten, findet eine systematische Auswertung der Eingewöhnungsphase mit 58,4 % in weniger als 2/3 der Einrichtungen statt. Damit wird in mehr als 1/3 der Einrichtungen zumindest nicht systematisch reflektiert, wo die neuen Bewohner nach Ablauf der ersten Zeit noch Veränderungen oder Hilfestellungen benötigen, um die Eingewöhnung in die Lebenswelt Heim erfolgreich bewältigen zu können.

## **I.3 Zentrale Prüfergebnisse in der ambulanten Pflege**

### **I.3.1 Zentrale Ergebnisse zur personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) in der ambulanten Pflege**

Zur Bewertung der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) werden in der Regel 10 % der von den Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen mit Sachleistungsbezug nach dem SGB XI<sup>13</sup> per Zufallsauswahl stratifiziert nach Pflegestufen in die Prüfung einbezogen. Für die Qualität der Versorgung von Pflegebedürftigen ist insbesondere relevant, ob in den verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Mobilität, Ernährung) die vereinbarten Maßnahmen durchgeführt werden und ob bei Bedarf Beratung angeboten worden ist. Weiterhin ist von Interesse, wie mit wesentlichen behandlungspflegerischen Maßnahmen umgegangen wird.

Im Rahmen dieser Zusammenfassung wird daher auf die Dekubitus- und Sturzprophylaxe sowie auf die Ergebnisse zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, zum Umgang mit Inkontinenz sowie mit Demenz eingegangen. Ebenso wird auf den Umgang mit Medikamenten, mit chronischen Schmerzen sowie mit chronischen Wunden eingegangen. Neu ist dabei, dass mit dem jetzt vorgelegten Bericht erstmals auf der Grundlage sehr großer Fallzahlen auch epidemiologische Daten vorliegen, z. B. zu Gewichtsverläufen, Ernährungssonden, Druckgeschwüren und Kathetern.

Zum Umgang mit dem Dekubitusrisiko liegt seit 2001 ein Expertenstandard vor, seit Ende 2010 ist eine aktualisierte Fassung verfügbar.<sup>14</sup> Zum Umgang mit chronischen Wunden liegt seit 2008 ein Expertenstandard vor.<sup>15</sup>

Von allen in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen (44.889) wurde bei 3.225 Personen eine chronische Wunde bzw. ein Dekubitus erfasst oder es lagen mehrere Wunden gleichzeitig vor. Davon wurde bei 1.677 Personen (3,7 % aller einbezogenen Pflegebedürftigen) ein Dekubitus erfasst.<sup>16</sup>

Bei 44.206 Personen liegen Daten dazu vor, ob bei bestehender chronischer Wunde oder einem Dekubitus die Maßnahmen auf dem aktuellen Stand des Wissens basierten. Bei 3.095 von 44.206 lag eine ärztliche Verordnung zur Wundversorgung vor. Bei 78,7 % (2.436 von

---

<sup>13</sup> im Folgenden Pflegebedürftige genannt

<sup>14</sup> DNQP 2010<sup>2</sup>

<sup>15</sup> DNQP 2008

<sup>16</sup> Aus ethischen Gründen war es den Prüfern nicht bei allen Pflegebedürftigen möglich, die Wunde in Augenschein zu nehmen und den Wundtyp zu klassifizieren. Andererseits haben nicht alle Personen mit einer erfassten chronischen Wunde eine ärztliche Verordnung zur Wundversorgung. Daraus ergeben sich Differenzen zwischen der Anzahl der erfassten Wunden und der Anzahl der bewerteten Wundversorgungen.

3.095) der Personen mit einer chronischen Wunde oder einem Dekubitus erfolgte die Wundversorgung nach aktuellem Stand des Wissens. Bei 21,3 % (659 von 3.095) der Personen entsprach die Wundversorgung dagegen nicht der ärztlichen Anordnung, die Prinzipien der lokalen Druckentlastung oder der Kompression wurden nicht umgesetzt oder die Versorgung der Wunde erfolgte nicht unter Beachtung physiologischer oder hygienischer Maßstäbe.

Bei 44.873 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei Bedarf eine Beratung zur erforderlichen Dekubitusprophylaxe durchgeführt worden ist. Bei 16.391 dieser Personen war eine entsprechende Beratung erforderlich. 40,5 % (6.645 von 16.391) der Pflegebedürftigen bzw. der Pflegepersonen wurden bei einem vorliegenden Dekubitusrisiko über geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten.

Bei 44.433 Personen liegen Daten darüber vor, ob vereinbarte Leistungen zur Lagerung gewebeschonend durchgeführt worden sind. Bei 8.074 dieser Personen war eine entsprechende Lagerung vereinbart. Bei 68,4 % (5.519 von 8.074) der Personen, bei denen Leistungen zur Lagerung vereinbart waren, wurden diese haut- und gewebeschonend und unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel durchgeführt. Damit zeigt sich, dass der aktuelle Stand des Wissens noch nicht in allen Pflegediensten das praktische Pflegehandeln bestimmt.

Nicht jeder Dekubitus kann verhindert werden. Dennoch könnte die Dekubitusrate durch Verbesserung bei den Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus weiter gesenkt werden.

Zur Sturzprophylaxe liegt seit 2006 ein Expertenstandard vor.<sup>17</sup>

Pflegedienste haben im Rahmen des Leistungsspektrums des SGB XI kaum Möglichkeiten, prophylaktische Maßnahmen gegen Stürze anzubieten. Allerdings besteht für Pflegedienste im Rahmen des allgemeinen Versorgungsgeschehens die Verpflichtung, sturzgefährdete Personen zur Vermeidung von Stürzen zu beraten. Bei 44.371 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei einem bestehenden Sturzrisiko eine erforderliche Beratung durchgeführt wurde. Bei 35.729 dieser Personen lag ein Sturzrisiko vor. Lediglich bei 50,1 % (17.908 von 35.729) der Personen mit einem Sturzrisiko ist eine entsprechende Beratung durchgeführt worden. Dies zeigt, dass die ambulanten Pflegedienste ihre Möglichkeiten zur Vermeidung von Stürzen noch nicht ausreichend nutzen.

Insgesamt zeigt sich, dass die Pflegedienste bei der Mobilität und den mit der Mobilität zusammenhängenden prophylaktischen Maßnahmen noch weit hinter ihren Möglichkeiten zurückbleiben.

Zum Zeitpunkt der Verabschiedung der Prüfgrundlagen des MDK lag der Expertenstandard zum Ernährungsmanagement in der Pflege<sup>18</sup> noch nicht abschließend vor. Dennoch konnte erreicht werden, dass sich die Prüfgrundlagen des MDK mit den Qualitätsanforderungen, die im Expertenstandard zum Ernährungsmanagement zusammengefasst worden sind, decken.

Bei 42.546 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei einem bestehenden Ernährungsrisiko eine erforderliche Beratung durchgeführt wurde. Bei 15.694 dieser Personen lag ein Ernährungsrisiko vor. Bei einem vorliegenden Ernährungsrisiko wurden 48,1 % (7.541 von 15.694) dieser Personen vom Pflegedienst über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten. Wie bereits bei anderen pflegerischen Risiken nutzen die Pflegedienste auch hier ihre Möglichkeiten zur Vermeidung potenzieller Defizitsituationen nicht gut aus.

Bei 44.887 Personen liegen Daten darüber vor, ob vereinbarte Leistungen zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt worden sind. Bei 7.493 dieser Personen waren entspre-

---

<sup>17</sup> DNQP 2006

<sup>18</sup> DNQP 2010<sup>1</sup>

chende Leistungen vereinbart. In 86,7 % (6.495 von 7.493) der Fälle wurden die vereinbarten Leistungen zur Nahrungsaufnahme durchgeführt und nachvollziehbar dokumentiert. Bei 13,3 % (998 von 7.493) wurden die vereinbarten Leistungen somit nicht (immer) erbracht oder deren Durchführung nicht nachvollziehbar dokumentiert.

Bei 42.546 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei einem bestehenden Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung eine erforderliche Beratung durchgeführt wurde. Bei 14.392 dieser Personen lag ein entsprechendes Risiko vor. Bei einem vorliegenden Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung wurden 49,6 % (7.134 von 14.392) dieser Pflegebedürftigen von der Pflegeeinrichtung über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten.

Bei 44.874 Personen liegen Daten darüber vor, ob, vereinbarte Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt worden sind. Bei 6.278 dieser Personen waren entsprechende Leistungen vereinbart. In 86,1 % (5.405 von 6.278) der Fälle wurden die vereinbarten Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung durchgeführt und nachvollziehbar dokumentiert. Bei 13,9 % (873 von 6.278) wurden die vereinbarten Leistungen somit nicht (immer) erbracht oder deren Durchführung nicht nachvollziehbar dokumentiert. Zum Beispiel wird bei vereinbarten Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung nicht klar beschrieben, wie die Unterstützung ausgestaltet wird. Dabei muss beachtet werden, dass es sich bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen und deren nachvollziehbarer Dokumentation um eine Selbstverständlichkeit handeln sollte.

Für die Förderung der Harnkontinenz liegt seit 2007 ein Expertenstandard vor.<sup>19</sup>

Bei 44.444 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei Problemen bei der Ausscheidung bzw. mit Inkontinenz eine erforderliche Beratung durchgeführt wurde. Bei 23.566 dieser Personen lagen entsprechende Probleme vor. Von den Pflegebedürftigen mit Problemen bei der Ausscheidung bzw. mit Inkontinenz wurden 42,1 % (9.929 von 23.566) vom Pflegedienst über erforderliche Maßnahmen beraten.

Bei 44.442 Personen liegen Daten darüber vor, ob, wenn Leistungen zur Ausscheidung vereinbart waren, diese nachvollziehbar durchgeführt wurden. Bei 19.592 dieser Personen waren entsprechende Leistungen vereinbart. Bei 86,0 % (16.845 von 19.592) der Personen, bei denen Leistungen zur Ausscheidung vereinbart worden sind, wurden diese vereinbarungsgemäß durchgeführt und deren Durchführung dokumentiert. Bei 14,0 % (2.747 von 19.592) wurden die vereinbarten Leistungen somit nicht (immer) erbracht oder deren Durchführung nicht nachvollziehbar dokumentiert. Zum Beispiel wird bei vereinbarten Leistungen zur Ausscheidung nicht klar beschrieben, wie die Unterstützung ausgestaltet wird.

Bei einem Anteil von 27,9 % (12.519 von 44.889) der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen lag laut Angaben der Pflegeeinrichtung eine eingeschränkte Alltagskompetenz vor. Überwiegend ist diese auf eine Demenz zurückzuführen.

Bei 41.928 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei einer bestehenden Demenz eine erforderliche Beratung durchgeführt wurde. Bei 8.373 dieser Personen war eine entsprechende Beratung erforderlich. Pflegebedürftige mit Demenz und ihre Angehörigen wurden nur zu 39,5 % (3.304 von 8.373) von den Pflegediensten zu Risiken und erforderlichen Maßnahmen beraten.

Bei 44.447 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei einer bestehenden Demenz bei der Leistungserbringung biografische und andere Besonderheiten berücksichtigt wurden. Bei 9.794 dieser Personen war diese Anforderung relevant. Bei Menschen mit Demenz wurden von den ambulanten Pflegediensten biografische und andere Besonderheiten nur bei 61,9 %

---

<sup>19</sup> DNQP 2007



(6.061 von 9.794) bei der Leistungserbringung nachvollziehbar berücksichtigt. Damit zeigt sich, dass die Pflegedienste ihre begrenzten Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit insgesamt noch nicht ausreichend nutzen.

Bei 44.440 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei vereinbarten Leistungen zur Körperpflege Wünsche der Pflegebedürftigen berücksichtigt wurden. Bei 43.501 dieser Personen waren entsprechende Leistungen vereinbart. Bei 71,2 % (30.951 von 43.501) der Pflegebedürftigen sind Wünsche der Pflegebedürftigen bei der Körperpflege nachvollziehbar berücksichtigt worden. Bei 28,8 % (12.550 von 43.501) war die Berücksichtigung von individuellen Wünschen nicht nachvollziehbar.

Viele Pflegebedürftige, die mit dem Pflegedienst Sachleistungen nach dem SGB XI vereinbart haben, erhalten aufgrund einer Verordnung durch den Arzt auch eine Medikamentengabe. Bei 43.144 Personen liegen Daten darüber vor, ob eine Medikamentengabe ärztlich verordnet war und diese der ärztlichen Verordnung entsprach. Bei 21.445 dieser Personen war eine entsprechende Leistung verordnet. Die Medikamentengabe entsprach bei 77,5 % (16.630 von 21.445) der Pflegebedürftigen der ärztlichen Verordnung. Bei 22,5 % (4.815 von 21.445) entsprach die Medikamentengabe allerdings nicht der ärztlichen Verordnung, z. B. wurden Medikamente mit einer falschen Dosierung gestellt. Aufgrund des hohen Risikopotenzials bei Fehlern in der Medikamentengabe wird hier dringender Handlungsbedarf gesehen.

Zum Schmerzmanagement liegt seit 2005 ein Expertenstandard vor.<sup>20</sup>

Der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege sieht auf der ersten Kriterienebene eine aktuelle systematische Schmerzeinschätzung und eine Verlaufskontrolle vor.

Bei 42.617 Personen liegen Daten darüber vor, ob eine pflegerische Schmerzeinschätzung erforderlich war. Bei 5.658 dieser Personen war dieses Kriterium relevant. Eine solche Schmerzeinschätzung wurde lediglich bei 38,2 % (2.164 von 5.658) der Pflegebedürftigen, bei denen die Gabe von Schmerzmedikamenten durch den Pflegedienst erfolgte, durchgeführt. Damit sind die Pflegedienste noch viel zu häufig nicht in der Lage, dem behandelnden Arzt bei Bedarf Hinweise zur erforderlichen Anpassung der Schmerztherapie zu geben.

### **I.3.2 Zufriedenheit in der ambulanten Pflege**

Zur Bewertung der Zufriedenheit aus Sicht der Pflegebedürftigen werden in der Regel 10 % der von den Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen per Zufallsauswahl stratifiziert nach Pflegestufen in die Befragung einbezogen. Sofern ein in die Prüfung einbezogener Pflegebedürftiger aufgrund einer Demenzerkrankung oder einer anderen gerontopsychiatrischen Veränderung an der Befragung nicht teilnehmen kann, ist eine andere Person mit gleicher Pflegestufe nach dem Zufallsprinzip für die Befragung auszuwählen.

Bei der Zufriedenheitsbefragung von älteren Menschen zur pflegerischen Versorgung werden meist sehr hohe Zustimmungswerte und Zufriedenheitswerte ermittelt. Als Begründung für die hohen Zufriedenheitswerte bei der Befragung wird in der Literatur vor allem die Abhängigkeit der befragten Personen von der zu beurteilenden Institution angeführt. Auch wird u.a. ein Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation (Kriegs- und Nachkriegsgeneration) und sehr positiven Befragungsergebnissen beschrieben.<sup>21</sup> Dies gilt auch für die Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen. Aus diesen Gründen ist eine fachliche Bewertung und Interpretation der Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung

---

<sup>20</sup> DNQP 2005

<sup>21</sup> Hasseler & Wolf-Ostermann 2010; BMFSFJ 2006, Wingenfeld 2003, Görres 1999



kaum möglich. Es zeigen sich zu den meisten erfragten Parametern sehr hohe Zustimmungsraten. Nur bei einer Frage gaben weniger als 90 % der befragten Pflegebedürftigen an, dass die Anforderungen immer erfüllt waren (auf Beschwerden folgten immer positive Veränderungen 85,4 %).

### **1.3.3 Zentrale Ergebnisse zur einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege**

Für den zukünftigen Kunden eines Pflegedienstes ist es vor Vertragsbeginn insbesondere von Interesse zu erfahren, welche Selbstkosten ggf. für den Pflegebedürftigen entstehen. Daher wird vom MDK geprüft, ob durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt wird. Von den geprüften Pflegediensten hatten 94,6 % der Pflegedienste dieses Kriterium erfüllt.

In der Ablauforganisation erfüllen die ambulanten Pflegedienste häufig die Prüfkriterien. Im Rahmen der Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten wird u. a. geprüft, ob die Verantwortungsbereiche bzw. die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt sind. Dies traf für 90,4 % der geprüften Pflegedienste zu. Mit 94,4 % hatten auch die meisten Pflegedienste die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft sichergestellt. Da die Pflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft zu erbringen ist, hat der Pflegedienst sicherzustellen, dass die Pflegehilfskräfte bei grundpflegerischen Tätigkeiten angeleitet und überprüft werden. Dies kann anhand von praktischen Anleitungen oder mitarbeiterbezogenen Pflegevisiten sichergestellt werden. Etwas mehr als die Hälfte (51,6 %) der Pflegedienste erfüllte dieses Kriterium. Bei 48,4 % der ambulanten Pflegedienste wurde eine solche Anleitung oder Überprüfung nicht sichergestellt. Hier besteht – insbesondere vor dem Hintergrund der Zunahmen von Mitarbeitern ohne pflegerische Qualifikation – noch dringender Verbesserungsbedarf.

Die meisten Anforderungen zum Qualitätsmanagement werden von über 80,0 % der ambulanten Pflegedienste erfüllt. Beispielsweise lag bei 83,3 % der Pflegedienste ein prospektiver Fortbildungsplan für die Pflege vor. Im Kontext des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements wird aber auch überprüft, ob relevante Aussagen der Expertenstandards des DNQP im Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden. 78,3 % der ambulanten Pflegedienste berücksichtigten den Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe, 63,8 % den Expertenstandard zum Schmerzmanagement und 75,0 % den Expertenstandard zur Sturzprophylaxe im Qualitätsmanagement. Dass 1/4 bzw. 1/3 der ambulanten Pflegedienste im Rahmen des gesetzlich verpflichtenden einrichtungsinternen Qualitätsmanagements diese wesentlichen Grundlagen nicht berücksichtigen bzw. noch keine konkreten Maßnahmen geplant haben, ist unverständlich, da diese den aktuellen Wissensstand beschreiben.

Die Anforderungen zum Hygienemanagement wurden in der Regel von über 75,0 % der Pflegedienste erfüllt. Beispielsweise waren Verfahrensanweisungen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut bei 78,4 % der Pflegedienste vorhanden. Allerdings wurde nur in 60,7 % der Pflegedienste die Anwendung der Verfahrensanweisungen auch regelmäßig überprüft.

Anders als in der stationären Pflege wird in der ambulanten Pflege ausschließlich durch den MDK die Anwendung von Hygienevorschriften überprüft. Dies gilt z. B. für die Empfehlungen zur Händehygiene. In der ambulanten Pflege wird der Verbesserungsbedarf daran deutlich, dass trotz der großen Bedeutung der Thematik erst in 75,6 % der Pflegedienste die Empfehlungen zur Händehygiene bekannt waren, während in knapp 1/4 der Pflegedienste diese Empfehlung den Mitarbeitern noch nicht bekannt waren.

## **I.4 Entwicklung der Qualität seit dem letzten Qualitätsbericht**

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag zur Berichterstattung nach § 114a Abs. 6 SGB XI sind u. a. Aussagen zur Entwicklung der Pflegequalität zu treffen. Hierfür wäre ein Vergleich der aktuellen Daten mit denen des 2. Berichts aus dem Jahr 2007 erforderlich. Direkte Vergleiche sind allerdings nur für wenige Kriterien durchführbar, da sich die Inhalte und der Differenzierungsgrad der Prüfkriterien gewandelt haben. Die Kriterien, bei denen umfangreiche Veränderungen vorgenommen wurden, konnten bei dem Vergleich nicht berücksichtigt werden. Bei einigen Prüffragen erklären sich positive bzw. auch negative Entwicklungen zum Teil auch aus veränderten Fragenzuschnitten. Bei den personenbezogenen Daten wird ein Vergleich zusätzlich dadurch erschwert, dass bei den Prüfungen, die dem 2. Bericht aus dem Jahr 2007 zugrunde lagen, gezielt Pflegebedürftige bzw. Bewohner mit besonderen Pflegesituationen (z. B. Sondenernährung, Dekubitus) in die Prüfung einbezogen wurden, während derzeit Personen per Zufallsstichprobe stratifiziert nach Pflegestufen für die Prüfungen ausgesucht werden. Für den Bericht aus dem Jahr 2007 lagen Daten aus 3.736 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten unter Einbeziehung von 14.925 Pflegebedürftigen und aus 4.217 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen unter Einbeziehung von 24.648 Bewohnern vor. Dies entsprach einem Anteil von 31,1 % aller zugelassenen Pflegedienste und 41,6 % aller zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen.

In der stationären Pflege waren 5 Prüfkriterien vollständig identisch und weitere 8 Prüfkriterien zumindest partiell vergleichbar. In der ambulanten Pflege waren 4 Prüfkriterien vollständig identisch und weitere 6 Prüfkriterien zumindest partiell vergleichbar.

Unter Berücksichtigung der eingeschränkten Vergleichsmöglichkeiten zeigt sich im Vergleich zu den Ergebnissen des 2. Berichtes insgesamt zum Teil bei einrichtungsbezogenen Kriterien (z. B. Anwendung von Hygienestandards) ein Positivtrend bei der Qualitätsentwicklung. Allerdings weist die Qualitätsentwicklung insbesondere bei personenbezogenen Kriterien zur Versorgungsqualität nicht bei allen vergleichbaren Kriterien in eine positive Richtung.

### **I.4.1 Vergleich stationäre Pflege**

#### **I.4.1.1 Vergleich der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) in der stationären Pflege**

Ein Vergleich zur personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) ist (mit Einschränkungen) möglich für die Medikamentenversorgung, die Dekubitusprophylaxe, die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, die Inkontinenzversorgung, die Versorgung von Menschen mit Demenz, den Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen sowie das situationsgerechte Handeln der Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen.

Bei den nachfolgenden zwei personenbezogenen Prüfkriterien ist ein Vergleich eingeschränkt möglich, wobei bei diesen beiden Kriterien heute mehr Aspekte einbezogen werden, als dies noch beim Bericht im Jahr 2007 der Fall war. Der geringere Zielerreichungsgrad bei diesen beiden Kriterien wird sicherlich auch auf diesen veränderten Fragenzuschnitt zurückzuführen sein.

Während beim letzten Bericht bei 89,8 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner Medikamente vollständig und korrekt dokumentiert waren, erfolgte im aktuellen Berichtszeitraum bei 81,5 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner die Medikamentenversorgung gemäß der ärztlichen Anordnung.

Während beim letzten Bericht bei 88,9 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner die Medikamente anhand der Pflegedokumentation gerichtet wurden, war der Umgang mit

Medikamenten im aktuellen Berichtszeitraum bei 81,8 % der einbezogenen Bewohner sachgerecht. Dies ist vermutlich auch auf den veränderten Fragenzuschnitt zurückzuführen.

Bei den nachfolgenden vier personenbezogenen Prüfkriterien ist ein Vergleich eingeschränkt möglich, wobei bei diesen vier Kriterien heute weniger Aspekte einbezogen werden, als dies noch beim Bericht im Jahr 2007 der Fall war. Der zum Teil höhere Zielerreichungsgrad bei diesen vier Kriterien wird auch auf diesen veränderten Fragenzuschnitt zurückzuführen sein, ein Teil der Veränderungen wird sich aber sicherlich auch durch die Qualitätsbemühungen der Pflegeeinrichtungen erklären lassen.

Trotz des veränderten Fragenzuschnitts hat es beim Umgang mit der Dekubitusprophylaxe keine Veränderung gegeben. Während das Kriterium beim letzten Bericht bei 59,7 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner erfüllt war, liegt der Wert beim aktuellen Bericht bei 59,3 %.

Wurde beim letzten Bericht bei 64,0 % der in die Prüfung einbezogenen Personen eine sachgerechte Ernährung und Flüssigkeitsversorgung festgestellt, so wurden im aktuellen Berichtszeitraum bei 79,5 % der einbezogenen Personen mit Einschränkungen bei der selbstständigen Ernährung und bei 82,4 % der Personen mit Einschränkungen bei der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt.

Wurde die Inkontinenzversorgung beim letzten Bericht noch bei 81,6 % der einbezogenen Bewohner als sachgerecht bewertet, wurden im aktuellen Berichtszeitraum bei 80,0 % der einbezogenen Bewohner mit einer Inkontinenz bzw. mit einem Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt.

Beim letzten Qualitätsbericht wurde bei 66,7 % der betroffenen einbezogenen Bewohner eine sachgerechte Versorgung von Menschen mit Demenz festgestellt, während im aktuellen Berichtszeitraum bei 76,3 % der einbezogenen Bewohner geeignete Angebote gemacht worden sind.

Die nachfolgenden zwei personenbezogenen Prüfkriterien waren inhaltlich identisch und können daher ohne Einschränkungen verglichen werden.

Obwohl in den letzten Jahren ein Umdenken in der publizierten professionellen Haltung erkennbar ist, hat dies nicht zu einer Verbesserung im Hinblick auf das Einholen erforderlicher Einwilligungen oder richterlicher Genehmigungen geführt. Beim letzten Bericht war der Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen bei 91,0 % der betroffenen Bewohner gesetzeskonform, während dieser Wert jetzt bei 88,8 % liegt.

Zwischen dem letzten Bericht und der heutigen Situation hat sich bei der Frage, ob dem Pflegebericht ein situationsgerechtes Verhalten bei akuten Ereignissen (z. B. Stürzen) entnommen werden kann, eine Verbesserung um etwa 10 % ergeben. Während beim letzten Bericht noch bei 81,7 % der Bewohner bei akuten Ereignissen sachgerecht reagiert worden ist, so hat sich dieser Anteil inzwischen auf 91,5 % erhöht.

#### **1.4.1.2 Vergleich der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität in der**

Beim 2. Bericht war bei 63,3 % der geprüften stationären Einrichtungen die fachliche Überprüfung von Pflegekräften gewährleistet. Im Vergleich zeigt sich beim 3. Bericht ein Anteil von 65,7 %\* der stationären Einrichtungen, in denen die fachliche Überprüfung sichergestellt war.

Eine Verbesserung ist bei der Fortbildungsplanung in der stationären Pflege für die Mitarbeiter in der Pflege eingetreten. Lag der Anteil der Einrichtungen mit einer nachvollziehbaren prospektiven Fortbildungsplanung beim letzten Bericht noch bei 84,1 %, so konnte dieser Anteil im aktuellen Berichtszeitraum auf 93,6 % gesteigert werden.

Es zeigen sich zwischen dem 2. Bericht und der jetzigen Situation deutliche Verbesserungen bei der Frage, ob das Angebot der sozialen Betreuung auf die Bewohnerstruktur ausgerichtet ist. Zu der Verbesserung von 64,7 % auf 87,9 % dürfte auch beigetragen haben, dass die Ergebnisse dieses Kriteriums mit den Transparenzberichten veröffentlicht werden und dass zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI in der sozialen Betreuung eingesetzt werden.

Beim folgenden einrichtungsbezogenen Prüfkriterium ist ein Vergleich eingeschränkt möglich, wobei bei diesem Kriterium heute weniger Aspekte einbezogen werden, als dies noch beim Bericht im Jahr 2007 der Fall war. Der zum Teil höhere Zielerreichungsgrad bei diesem Kriterium wird sicherlich auch auf diesen veränderten Fragenzuschnitt zurückzuführen sein, ein Teil der Veränderungen wird sich aber auch durch die Qualitätsbemühungen der Pflegeeinrichtungen erklären lassen.

Beim letzten Bericht wurden bei 76,4 % der Pflegeeinrichtungen Hygienepläne bzw. -standards umgesetzt. Im aktuellen Berichtszeitraum waren bei 92,1 %\* der Pflegeeinrichtungen Verfahrensweisen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut festgelegt.

## **I.4.2 Vergleich ambulante Pflege**

### **I.4.2.1 Vergleich der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) in der ambulanten Pflege**

Ein Vergleich bezüglich der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) ist (mit Einschränkungen) möglich für die Dekubitusprophylaxe, die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, die Inkontinenzversorgung, die Versorgung von Menschen mit Demenz sowie für das situationsgerechte Handeln der Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen.

Bei den folgenden vier personenbezogenen Prüfkriterien ist ein Vergleich eingeschränkt möglich, wobei bei diesen vier Kriterien heute weniger Aspekte in die Prüfung einbezogen werden, als dies noch beim Bericht im Jahr 2007 der Fall war. Der zum Teil höhere Zielerreichungsgrad bei diesen vier Kriterien wird sicherlich auch auf diesen veränderten Fragenzuschnitt zurückzuführen sein, ein Teil der Veränderungen wird sich aber auch durch die Qualitätsbemühungen der Pflegeeinrichtungen erklären lassen.

Während beim 2. Bericht der Umgang mit einem Dekubitusrisiko bzw. mit einem vorliegenden Dekubitus bei 54,0 % der einbezogenen Pflegebedürftigen sachgerecht war, wurde beim aktuellen Bericht eine gewebeschonende Lagerung bei vereinbarten Leistungen zur Lagerung bei 68,3 % der einbezogenen Pflegebedürftigen vorgenommen.

Wurde beim letzten Bericht noch bei 66,0 % der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen eine sachgerechte Ernährung und Flüssigkeitsversorgung festgestellt, war beim aktuellen Bericht bei 86,1 % der einbezogenen Pflegebedürftigen die Durchführung der vereinbarten Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar und bei 86,7 % der einbezogenen Pflegebedürftigen war die Durchführung der vereinbarten Leistungen zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar.

Beim 2. Bericht lag der Anteil der Personen, bei denen die Inkontinenzversorgung als sachgerecht bewertet worden ist, bei 75,4 %, während beim aktuellen Bericht die Durchführung der vereinbarten Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen / Inkontinenz bei 86,0 % der einbezogenen Pflegebedürftigen nachvollziehbar war.

Beim letzten Bericht wurde die Versorgung bei 67,3 % der einbezogenen Personen mit einer gerontopsychiatrischen Beeinträchtigung als sachgerecht bewertet, während beim aktuellen Bericht die biografischen und anderen Besonderheiten bei 61,9 % der einbezogenen Pflegebedürftigen bei der Leistungserbringung berücksichtigt worden waren.

Das folgende personenbezogene Kriterium war inhaltlich identisch und kann daher ohne Einschränkung verglichen werden.

Während bei den vorangegangenen Kriterien nur eine begrenzte Vergleichbarkeit möglich war, ist aufgrund des gleichen Zuschnitts der Prüfkriterien ein direkter Vergleich möglich. Zwischen 2006 und der heutigen Situation hat sich beim situationsgerechten Handeln bei akuten Ereignissen eine Verbesserung um gut 10 % ergeben. Während im Jahre 2006 bei 74,1 % der Pflegebedürftigen bei akuten Ereignissen ein sachgerechtes Handeln erkennbar war, lag dieser Anteil beim aktuellen Bericht bei 84,7 %.

#### **1.4.2.2 Vergleich der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege**

Ein Vergleich bezüglich der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität ist (mit Einschränkungen) möglich für den Umgang mit personenbezogenen Unterlagen, für die Anleitung und fachliche Überprüfung von Pflegekräften, die ständige Erreichbarkeit des Pflegedienstes, die Fortbildung sowie die Hygiene.

Die vier folgenden einrichtungsbezogenen Prüfkriterien waren inhaltlich weitgehend identisch, so dass hier ein Vergleich ohne Einschränkungen möglich ist.

Hatten bereits beim 2. Bericht mit 94,2 % die meisten geprüften ambulanten Pflegedienste personenbezogene Unterlagen für Unbefugte unzugänglich aufbewahrt, so haben die ambulanten Pflegedienste auch beim aktuellen Bericht mit 94,9 % fast durchweg Regelungen zur Einhaltung des Datenschutzes eingehalten.

Beim 2. Bericht war bei 59,6 % der geprüften Pflegedienste die fachliche Überprüfung von Pflegekräften gewährleistet, während beim aktuellen Bericht die Anleitung und Überprüfung von Pflegehilfskräften bei 51,5 % der geprüften Pflegedienste gewährleistet war.

Die ständige Erreichbarkeit des Pflegedienstes wurde beim 2. Bericht (94,3 %) und beim aktuellen Bericht (94,4 %) von fast allen Pflegediensten gewährleistet.

Lag der Anteil der Pflegedienste, die über einen prospektiven Fortbildungsplan für die Mitarbeiter in der Pflege verfügten, beim letzten Bericht noch bei 69,5 %, so hat sich der Anteil beim aktuellen Bericht auf 83,3 % erhöht.

Bei einem einrichtungsbezogenen Prüfkriterium ist ein Vergleich eingeschränkt möglich, wobei bei diesem Kriterium heute weniger Aspekte einbezogen werden, als dies noch beim Bericht im Jahr 2007 der Fall war. Der zum Teil höhere Zielerreichungsgrad bei diesem Kriterium wird sicherlich auch auf diesen veränderten Fragenzuschnitt zurückzuführen sein, ein Teil der Veränderungen wird sich aber auch durch die Qualitätsbemühungen der Pflegeeinrichtungen erklären lassen.

Beim letzten Bericht wurden bei 66,6 % der Pflegedienste Hygienepläne bzw. -standards umgesetzt. Im aktuellen Berichtszeitraum waren bei 78,3 % der Pflegedienste Verfahrensweisen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut festgelegt.

## I.5 Schwerpunktthemen

### I.5.1 Expertenstandards und die Qualität der pflegerischen Versorgung

Im Rahmen eines Schwerpunktthemas wurde anhand der Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe, zum Schmerzmanagement und zur Sturzprophylaxe der Frage nachgegangen, inwieweit Zusammenhänge zwischen den Fragen zur Umsetzung der Expertenstandards im Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen und der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) bestehen.

Dabei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Einrichtungen, die die entsprechenden Expertenstandards im Qualitätsmanagement berücksichtigt haben, und solchen Einrichtungen, die dies nicht taten. In den stationären Pflegeeinrichtungen, die den Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe im Qualitätsmanagement berücksichtigt hatten, lag der Anteil der Personen, bei denen die erforderlichen Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe durchgeführt worden sind, bei 59,6 %, während in den 16,0 % der Einrichtungen ohne die Berücksichtigung des Expertenstandards nur bei 28,9 % der Bewohner die erforderlichen Maßnahmen geplant und umgesetzt wurden.

Eine systematische Schmerzeinschätzung erfolgte in stationären Einrichtungen, welche den Expertenstandard Schmerzmanagement im Qualitätsmanagement berücksichtigt hatten, bei 56,8 % der betroffenen Personen, in stationären Pflegeeinrichtungen ohne Expertenstandard nur bei 20,7 % der Fälle.

Die vorliegenden Ergebnisse deuten somit darauf hin, dass die Berücksichtigung von Expertenstandards Einfluss auf die Qualität der pflegerischen Versorgung nimmt. Einrichtungen, die Expertenstandards berücksichtigen, erzielen bei wichtigen Kriterien zur personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) bessere Ergebnisse als Einrichtungen, die diese Standards nicht berücksichtigen. Wenngleich hieraus nicht auf einen monokausalen Zusammenhang geschlossen werden kann, so stellt die Vorgabe bzw. Implementierung von Arbeitskonzepten und Arbeitsstandards offensichtlich eine Voraussetzung für das Erreichen einer guten personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) sowohl in ambulanten als auch in stationären Pflegeeinrichtungen dar.

Deutlich wird anhand der dargestellten Zusammenhänge, dass bei externen Qualitätsprüfungen durch den MDK auf die Überprüfung der Strukturen und Prozesse zur Identifizierung und Erarbeitung von Lösungsansätzen für eine Qualitätsentwicklung nicht verzichtet werden sollte.

### I.5.2 Die Versorgung von Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege

Ziel dieses Schwerpunktthemas ist es, einerseits die aktuelle Versorgungsqualität von Menschen mit Demenz anhand der bisherigen Prüfgrundlagen des MDK in den Blick zu nehmen und andererseits Perspektiven aufzuzeigen, wie zukünftig die Erfassung der Qualität der Versorgung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen verbessert werden kann.

Es zeigte sich beispielsweise, dass bei den Bewohnern, bei denen die Pflegeeinrichtung das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz erfasst hatten, auch Biografie und Selbstbestimmung besser berücksichtigt wurden als bei den Personen, bei denen das Wohlbefinden nicht erfasst worden ist. War das Wohlbefinden erfasst, erfolgte u. a. auch bei 87,7 % der betroffenen Bewohner eine Berücksichtigung der Biografie bei der Tagesgestaltung, war das Wohlbefinden nicht erfasst, lag dieser Anteil nur bei 50,7 % der betroffenen Bewohner.

Derzeit kann die Zufriedenheit der Menschen mit Demenz bei Qualitätsprüfungen durch den MDK kaum erhoben werden. Damit wissen wir derzeit nur wenig über das subjektive Befin-

den von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen. Zukünftig könnte durch den Einsatz speziell für die Prüfsituation entwickelter Befragungs- und Beobachtungstools ein Zugang zur Lebensqualität / zum Wohlbefinden von Menschen mit Demenz gefunden werden. Im Schwerpunktthema wird zu dieser Thematik von ersten Projektergebnissen berichtet.

### **1.5.3 Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung**

Mit der Neuausrichtung der Qualitätsprüfung durch den Gesetzgeber haben sich auch neue Anforderungen an die Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung durch den MDK ergeben. Seit dem Jahr 2011 sind jährlich über 20.000 Qualitätsprüfungen durchzuführen, von denen ein Teil der Ergebnisse gemäß § 115 SGB XI dem Verbraucher zugänglich gemacht wird. Vor diesem Hintergrund hat die MDK-Gemeinschaft auch die bisherigen Qualitätssicherungsmaßnahmen weiterentwickelt.

Übergeordnetes Ziel des neuen Qualitätssicherungs-Ansatzes ist es, durch nachhaltige Maßnahmen eine bundesweit einheitliche Qualitätsprüfung und Berichterstellung zu befördern. Dabei ist angedacht, das Qualitätssicherungsprogramm verbindlich auf der Basis einer Richtlinie nach § 53a SGB XI zu etablieren. Die Qualitätsprüfung soll dabei sowohl auf Prozessebene als auch auf Ebene ihrer Ergebnisse sowie aus verschiedenen Blickwinkeln einer Qualitätssicherung unterzogen werden. Es empfiehlt sich, hierfür einen mehrstufigen Qualitätssicherungsansatz zu verfolgen. Die MDK-Gemeinschaft hat umfangreiche Vorarbeiten geleistet und drei Module entwickelt, die die Grundlage für die zukünftige Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung sein könnten. Diese Module sind in einem Konzept für eine bundesweit einheitliche Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung dargestellt. Das erste Modul bezieht sich auf eine Qualitätssicherung des konkreten Prüfverfahrens und der Umsetzung der QPR durch den MDK-Prüfer. Das zweite Modul sieht eine Analyse der Qualität der Prüfberichte vor. Anhand eines dritten Moduls soll die Perspektive der Kunden (Pflegeeinrichtungen, Landesverbände der Pflegekassen) Berücksichtigung finden. Im Schwerpunktthema werden die Erfahrungen mit dem Modul der MDK-übergreifenden Audits, bei denen Prüfer eines MDK nach dem Zufallsprinzip Prüfungen eines anderen MDK auditieren, vertiefend dargestellt.





# 1 Einführung

## 1.1 Vorbemerkungen

Dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) wurde durch das SGB XI die Aufgabe übertragen, im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI [ehemals §§ 112 ff. SGB XI] in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durchzuführen.

Seit der Einführung der Pflegeversicherung hat sich die externe Qualitätssicherung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen zu einer wichtigen Kernaufgabe des MDK entwickelt. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG), das am 1.7.2008 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber die externe Qualitätssicherung im Bereich der Pflegeversicherung neu ausgerichtet und dabei u. a. eine stärkere Verknüpfung von internen und externen Ansätzen veranlasst. So war mit Umsetzung des PfWG bis Ende 2010 bundesweit in allen zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen mindestens einmal eine Qualitätsprüfung nach § 114a SGB XI durch den MDK durchzuführen. Seit 2011 finden diese Prüfungen jährlich statt.

Neben den Regelprüfungen sind zwei weitere Prüffarten möglich. Das sind erstens Prüfungen, denen ein besonderer Anlass vorausgeht, beispielsweise bei Vorliegen einer Beschwerde. Bei Anlassprüfungen geht der Prüfauftrag in der Regel über den jeweiligen Prüfanlass hinaus (vgl. § 114 Abs. 5 SGB XI). Werden im Zusammenhang mit einer Regel- oder Anlassprüfung Mängel in der Pflegequalität festgestellt, besteht zweitens die Möglichkeit einer Wiederholungsprüfung. Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen ist dann zu prüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind. Wiederholungsprüfungen können auch auf Antrag der Pflegeeinrichtung durchgeführt werden. Die Kosten für eine Wiederholungsprüfung sind in jedem Falle von der Einrichtung zu tragen (vgl. § 114 Abs. 5 SGB XI).

Bislang wurden Qualitätsprüfungen ausschließlich vom MDK durchgeführt. Da etwa zehn Prozent der Bevölkerung privat versichert sind, verpflichtet das PfWG die privaten Versicherungsunternehmen, sich im Umfang von zehn Prozent an den Kosten für Qualitätsprüfungen zu beteiligen (vgl. § 114a Abs. 5 SGB XI). Mit Artikel 6 des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28.07.2011 wurde konkretisiert, dass die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Umfang von 10 % der in einem Jahr anfallenden Prüfungen zu beauftragen haben.

Wenn den Landesverbänden der Pflegekassen Ergebnisse zur Prozess- und Strukturqualität aus einer Prüfung vorliegen, die von der Pflegeeinrichtung oder dem Einrichtungsträger veranlasst wurde, so haben sie den Umfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern. Voraussetzung ist dabei unter anderem, dass die vorgelegten Prüfergebnisse nach einem durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannten Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen entsprechend den von den Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 3 SGB XI festgelegten Anforderungen durchgeführt wurde und dass die Prüfung nicht länger als ein Jahr zurückliegt. Eine Prüfung der Ergebnisqualität durch den MDK ist stets durchzuführen.

Das PfWG sieht außerdem vor, dass die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und ihre Qualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar veröffentlicht werden (§ 115 SGB XI). Geregelt wird dieses Verfahren gemäß § 115 Abs. 1a SGB XI über die Transparenzvereinbarungen für die ambulante und

stationäre Pflege (PTVA / PTVS). Diese wurden von den Partnern der Selbstverwaltung geschlossen und sehen vor, dass die Ergebnisse eines Teilausschnitts aller im Rahmen der MDK-Qualitätsprüfung bewerteten Prüfkriterien, die sogenannten Transparenzkriterien, verbrauchergerecht veröffentlicht werden. Der MDK prüft weiterhin ein umfassenderes Spektrum. Im Fokus der MDK-Qualitätsprüfung stehen nach wie vor die Qualität der erbrachten pflegerischen Leistungen und insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und der Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen.

Die neu geregelten Prüfrechte und Prüfaufgaben des MDK haben zu Veränderungen in der Erhebungsmethodik der MDK-Qualitätsprüfung geführt. Diese betreffen u. a. die Ausgestaltung der Stichprobe, die die Grundlage der Prüfung von Prozess- und Ergebnisqualität beim Versicherten darstellt, sowie die Differenzierung der Prüfkriterien. Diese Neuregelungen sind zusammen mit den PTV in den auf einer neuen gesetzlichen Grundlage (§ 114 Abs. 7 SGB XI) aktualisierten „Qualitätsprüfungs-Richtlinien“ (QPR) eingearbeitet worden. Entsprechend wurden auch die MDK-Anleitungen überarbeitet und angepasst. Diese enthalten Erläuterungen, die als handlungsleitende Hilfestellungen zusätzlich zu den QPR zur Bewertung von den MDK-Prüfern herangezogen werden.

Wie bereits mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) geregelt, sieht auch das PfWG vor, dass die MDK 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 diesem Buch, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung berichten (§ 114a Abs. 6 SGB XI [ehemals § 118 Abs. 4 SGB XI]). 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 (vgl. ebd.).

Dieser Bericht wird nun zum dritten Mal vorgelegt und bietet einen systematischen und umfassenden Überblick über den Stand der Pflegequalität in Deutschland. Dem Bericht liegen Daten aus MDK-Qualitätsprüfungen zugrunde, die im Zeitraum vom 1.7.2009 bis zum 31.12.2010 auf der Grundlage der neuen QPR in der ambulanten und stationären Pflege erhoben worden sind. Die hier berichteten Ergebnisse basieren dabei auf allen im Rahmen der MDK-Qualitätsprüfung zwingend zu erfassenden Aspekten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (= Mindestkriterien), einschließlich der Transparenzkriterien gemäß PTVS und PTVA.

Ergänzt wird dieser Bericht durch strukturierte Kurzberichte der einzelnen MDK, in denen die Entwicklung der Qualität in der Pflege im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen MDK beschrieben wird (siehe Anhang – MDK-Kurzberichte).

## 1.2 Beratungsorientierter Prüfansatz

Im SGB XI hat die interne Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen gegenüber der externen Qualitätssicherung Vorrang (§ 112 Abs. 2 SGB XI). Demnach sind die zugelassenen Pflegeeinrichtungen verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung durchzuführen sowie ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu etablieren. Den Pflegeeinrichtungen obliegt damit selbst die Verantwortung für die Qualität ihrer Leistungen. Mit dem PfWG werden außerdem Expertenstandards nach § 113a SGB XI für verbindlich erklärt. Neben der internen Qualitätssicherung steht als weitere Säule die externe Qualitätssicherung durch den MDK, die mit dem PfWG eine weitere Stärkung erfahren hat. Im Vordergrund der MDK-

Qualitätsprüfung steht der beratungsorientierte Prüfungsansatz, nachdem die externe Qualitätssicherung als eine Einheit von Prüfung, Empfehlung und Beratung angesehen und umgesetzt wird. Gemäß diesem Prüfungsansatz beraten die MDK die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken.

## 1.3 Prüfrechte und Prüfablauf

Mit dem PfWG sind die wesentlichen Regelungen zur Qualitätssicherung sowie zu den Prüfrechten des MDK in Kapitel 11 „Qualitätssicherung, sonstige Regelungen zum Schutz des Pflegebedürftigen“ des SGB XI zusammengefasst worden (§§ 112 ff. SGB XI). Die Prüfungen des MDK basieren auf den §§ 114 ff. SGB XI. Gemäß § 114 SGB XI [ehemals § 112 Abs. 3 SGB XI] sind die Qualitätsprüfungen ambulanter Dienste und stationärer Pflegeeinrichtungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchzuführen (Regelprüfungen). Nach § 114 Abs. 2 SGB XI [ehemals § 112 Abs. 3 SGB XI] sind diese Qualitätsprüfungen zuvörderst auf wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und der Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität) auszurichten. Sie können aber auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität), die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) sowie die Abrechnung von Leistungen erstreckt werden. Die Leistungen umfassen dabei die allgemeinen erbrachten Pflegeleistungen, Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung nach § 87b SGB XI, Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI), außerdem die Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI und im ambulanten Bereich die nach § 37 SGB V erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Die Prüfung bezieht sich auch auf Anforderungen, die durch die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) empfohlen worden sind. Wesentliche Prüfgrundlagen sind:

- SGB XI (insbesondere §§ 112, 113, 114, 114a, 115, 117)
- Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI
- Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI
- Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI
- Verträge nach § 132a SGB V für die häusliche Krankenpflege
- Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 SGB V
- aktueller Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse, insbesondere die Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege nach § 113a SGB XI
- sonstige bundes- und landesrechtliche Regelungen

In der stationären Pflege prüfen neben dem MDK die nach landesrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden, die allerdings mit ihrer ordnungsbehördlichen Ausrichtung einen anderen Aufgabenzuschnitt haben als der MDK. Aus dem § 117 SGB XI ergeben sich für den MDK Informations- und Kooperationsrechte und -pflichten mit den nach landesrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden.

Die Qualitätsprüfung führen in der Regel Prüfteams, bestehend aus zwei Pflegefachkräften, durch. An die Stelle einer Pflegefachkraft können andere Sachverständige, z. B. Ärzte, Kinderärzte, treten. Die Prüfungen finden seit dem 01.07.2008 grundsätzlich unangemeldet statt (§ 114a Abs. 1 SGB XI). In der Regel dauern die Prüfungen einen Tag, bei größeren Einrichtungen auch zwei oder mehr Tage. Zu Beginn jeder Prüfung führen die Prüfer zunächst mit der Leitungsebene der zu prüfenden Einrichtung ein Einführungsgespräch, in dem Ablauf, Inhalt und Anlass der Prüfung erläutert werden. Daran anschließend bewerten die MDK-Prüfer die Einrichtung anhand eines umfangreichen Prüfkataloges gemäß der QPR, einschließlich der Transparenzkriterien. Im Vordergrund steht die Einschätzung der Prozess- und Ergebnisqualität bei den Pflegebedürftigen. Hierzu werden zufällig ausgewählte Bewohner bzw. Pflegebedürftige in die Prüfung einbezogen. Die Prüfung bei den einbezogenen Pflegebedürftigen erfolgt nur mit deren Einverständnis. Bei den einbezogenen Pflegebedürftigen werden der Pflegezustand erhoben, Beobachtungen durchgeführt und dokumentiert 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 geht es auf Einrichtungsebene um Aspekte der Struktur- und Prozessqualität.

Der beratungsorientierte Prüfansatz des MDK erlaubt dem Prüfteam schon während der Qualitätsprüfung, bei festgestellten Qualitätsdefiziten Lösungsmöglichkeiten im Sinne einer Impulsberatung aufzuzeigen. Unter Berücksichtigung der Ist-Situation werden vom MDK, sofern Qualitätsdefizite festgestellt werden, 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 erstellt der MDK wie bisher einen Prüfbericht und sendet ihn an die gesetzlich vorgesehenen Adressaten, u. a. der Pflegeeinrichtung und den Landesverbänden der Pflegekassen. 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 und Fristen zur Beseitigung der Qualitätsmängel. Gegebenenfalls wird der MDK nach Ablauf der Frist beauftragt, im Rahmen einer Wiederholungsprüfung zu prüfen, ob die Qualitätsmängel abgestellt worden sind. Diese Wiederholungsprüfung kann auch von der Pflegeeinrichtung beantragt werden. Werden Mängel nicht beseitigt, steht den Landesverbänden der Pflegekassen ein Bündel von 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 Extremfall kann einer stationären Pflegeeinrichtung auch die Schließung drohen. Darüber entscheidet die nach landesrechtlichen Vorschriften jeweils zuständige Aufsichtsbehörde des Bundeslandes. In solchen Fällen arbeiten MDK, Landesverbände der Pflegekassen und die zuständigen Aufsichtsbehörden zusammen.

Im zweiten Verfahren wird die Veröffentlichung der Ergebnisse zu den Transparenzkriterien geregelt. Hierfür sendet der MDK die entsprechenden Ergebnisse an die Datenclearingstelle, die stellvertretend für die Landesverbände der Pflegekassen die Pflegeeinrichtung über die Bereitstellung eines (vorläufigen) Transparenzberichtes informiert. Die Pflegeeinrichtungen haben dann die Gelegenheit, strittige Fragen innerhalb von 28 Tagen mit den Landesverbänden

den der Pflegekassen zu klären. Nach Ablauf der Frist werden die Ergebnisse von den Landesverbänden der Pflegekassen im Internet veröffentlicht.

## 1.4 Profession und Qualifikation der MDK-Mitarbeiter

Um die erhöhte Prüffrequenz gemäß PFWG umsetzen zu können, haben die MDK bereits im Jahr 2008 damit begonnen, ihr Prüfungspersonal schrittweise zu erhöhen. Dieser Prozess hat sich bis Ende 2010 fortgesetzt, so dass ab 2011 alle in Deutschland zugelassenen Pflegeeinrichtungen einmal im Jahr geprüft werden können. Waren Ende 2006 in den MDK noch 175 Mitarbeiter mit den Qualitätsprüfungen betraut, beschäftigten die MDK zum Stichtag 01.09.2011 660 Mitarbeiter im Bereich der externen Qualitätssicherung. Das entspricht in Abhängigkeit von der jeweiligen tariflich vereinbarten wöchentlichen Arbeitszeit ca. 595 Vollzeitäquivalenten. Damit haben die MDK innerhalb von vier Jahren ihr Personal in diesem Bereich mehr als verdreifacht. Der überwiegende Teil dieser Mitarbeiter sind Pflegefachkräfte nach dem SGB XI (95,8 %). Nur zu einem geringen Teil werden Ärzte oder Mitarbeiter anderer Professionen in der externen Qualitätssicherung eingesetzt (4,2 %). Die Tätigkeit in der externen Qualitätssicherung verlangt seitens der Prüfer über die Grundausbildung hinausgehende Kompetenzen und Qualifikationen (vgl. QPR). Dementsprechend verfügen 60,8 % der MDK-Prüfer über eine Auditoren-Qualifikation. 28,6 % haben einen pflegeorientierten oder einen anderen Studiengang absolviert. Eine leitungsbezogene Weiterbildung haben 49,8 % der MDK-Prüfer durchlaufen, 24,7 % eine andere fachbezogene Weiterbildung.

Mitarbeiter nach Zusatzqualifikation	
Von den Mitarbeitern in Köpfen verfügen über:	in v. H.*
einen Abschluss in einem pflegeorientierten Studiengang	22,0
einen Abschluss in einem anderen Studiengang	6,7
eine Auditoren-Qualifikation nach der QPR	60,8
eine leitungsbezogene Weiterbildung	49,8
eine fachbezogene Weiterbildung	24,7
<i>*Mehrfachnennungen möglich</i>	

**Tabelle 1: Mitarbeiter nach Zusatzqualifikation**

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 und die MDK-Anleitungen, aber auch Kommunikations- und Konfliktlösungstechniken vermittelt. Das Qualifizierungsangebot umfasst außerdem eine TQM-Auditorenqualifikation.

## 1.5 Datengrundlage und Erhebungszeiträume

Die hier berichteten Ergebnisse von Qualitätsprüfungen basieren auf den von den MDK erfassten Einzeldaten von Anlass-, Regel- und Wiederholungsprüfungen für den Erhebungszeitraum vom 1.7.2009 bis zum 31.12.2010. Die Daten wurden auf der Grundlage der seit dem 01.07.2009 gültigen QPR nach den §§ 114 ff. SGB XI erhoben und bilden die Mindestkriterien einschließlich der Transparenzkriterien ab. Die Daten wurden vom MDK erfasst und in anonymisierter Form an den MDS zur weiteren Auswertung weitergeleitet. Insgesamt sind

das 7.782 Prüfungen mit 44.889 in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen aus dem ambulanten und 8.101 Prüfungen mit 61.985 in die Prüfung einbezogenen Bewohnern aus dem stationären Bereich. Zu beachten ist, dass in die Prüfung der personenbezogenen Kriterien jeweils eine unterschiedliche Anzahl von Personen einbezogen werden konnte, nämlich nur diejenigen Personen, bei denen diese Kriterien zutrafen.

Qualitätsprüfungen ambulant und stationär 07. 2009 – 12. 2010		
	Anzahl Prüfungen	Einbezogene Pflegebedürftige
ambulant	7.782	44.889
stationär	8.101	61.985

**Tabelle 2: Qualitätsprüfungen ambulant und stationär 01.07.2009 – 31.12.2010**

Zusätzlich wurde die Gesamtzahl aller seit dem Inkrafttreten des PfWG im Juli 2008 bis Ende 2010 von den MDK durchgeführten Qualitätsprüfungen ambulanter und stationärer Einrichtungen erhoben. Zur Beschreibung der Pflege-Infrastruktur in Deutschland werden die Daten der Vertragsstatistik der Pflegekassen (DCS-Statistik) für das Jahr 2010 sowie die Angaben aus der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2009 herangezogen.

Auf dieser Datengrundlage wurde in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern der MDK-Gemeinschaft der vorliegende Bericht erstellt.

# 2 Geprüfte Pflegeeinrichtungen

Seit 1996 ist die Zahl der Prüfaufträge kontinuierlich gestiegen und hat durch die Neuregelungen des Gesetzgebers zum 01.07.2008 einen neuen Schub erfahren. Die im folgenden Kapitel berichteten Ergebnisse zur Anzahl geprüfter Pflegeeinrichtungen beziehen sich auf alle im Zeitraum vom 01.07.2008 bis zum 31.12.2010 durchgeführten Qualitätsprüfungen der MDK. Bevor die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK berichtet werden, werden anhand der vorliegenden Bundesstatistiken wichtige Kennzahlen der Pflegeinfrastruktur in Deutschland dargestellt.

## 2.1 Pflegeinfrastruktur

### 2.1.1 Stationäre Pflege

Im Jahr 2010 gab es bundesweit 10.417 nach dem SGB XI zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen. Im Gegensatz zum ambulanten Bereich befand sich – gemäß den Angaben des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2009 (hier wird von 11.634 stationären Pflegeeinrichtungen für das Jahr 2009 ausgegangen) – die Mehrzahl dieser Einrichtungen in freigemeinnütziger Trägerschaft (54,8 %). Private Träger machten einen Anteil von 39,9 % aus, der Anteil öffentlicher Träger lag bei 5,4 %. Im gesamten Bundesgebiet wurden im Jahr 2009 insgesamt 717.490 Bewohner in Einrichtungen der stationären Pflege betreut. Im Mittel waren das 64 Pflegebedürftige pro Einrichtung. Wie auch im ambulanten Bereich betreiben die privaten Träger mit durchschnittlich 55 versorgten Pflegebedürftigen je Einrichtung durchschnittlich kleinere Einrichtungen als freigemeinnützige Träger (durchschnittlich 70 versorgte Pflegebedürftige je Einrichtung) und öffentliche Träger (durchschnittlich 79 versorgte Pflegebedürftige je Einrichtung).

Die Anzahl der Mitarbeiter betrug 621.392, was unter Berücksichtigung der jeweiligen wöchentlichen Arbeitszeit ca. 453.713 Vollzeitäquivalenten gleichkommt. Anders als im ambulanten Bereich lag der Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit 59 % im stationären Bereich deutlich niedriger.

### 2.1.2 Ambulante Pflege

Nach den Angaben der Vertragsstatistik der Pflegekassen gab es im Jahr 2010 13.061 zugelassene ambulante Pflegedienste. Die Mehrzahl dieser Pflegedienste befand sich nach den Angaben der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2009 (hier wird für das Jahr 2009 von 12.026 ambulanten Pflegediensten ausgegangen) in privater Trägerschaft (61,5 %). Der Anteil der freigemeinnützigen Träger lag bei 36,9 %. In öffentlicher Trägerschaft befanden sich 1,6 % der zugelassenen ambulanten Pflegedienste. Im Jahr 2009 haben alle zugelassenen ambulanten Pflegedienste 555.198 Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung betreut. Dabei wurden durchschnittlich 46 Versicherte je ambulantem Pflegedienst versorgt, wobei die Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft nahezu doppelt so viele Versicherte (64) wie die privaten Pflegedienste (35) betreut haben.

Im Jahr 2009 waren insgesamt 268.891 Mitarbeiter in der ambulanten Pflege beschäftigt. Das entspricht 176.856 Vollzeitäquivalenten. Der überwiegende Teil der Mitarbeiter in ambulanten Pflegediensten waren Teilzeitbeschäftigte (70,6 %).

## 2.2 Prüfungen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat der Gesetzgeber festgelegt, dass ab dem 01.07.2008 bis 31.12.2010 alle ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen mindestens einmal vom zuständigen MDK nach §§ 114 ff. SGB XI zu prüfen sind. Die MDK haben entsprechend im Zeitraum vom 01.07.2008 bis zum 31.12.2010 insgesamt 24.882 Qualitätsprüfungen durchgeführt, 11.653 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten und 13.229 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen. Allein im Jahr 2010 wurde über die Hälfte dieser Prüfungen realisiert. 91,9 % der ambulanten Prüfungen und 87,0 % der stationären Prüfungen waren Regelprüfungen. Anlass- und Wiederholungsprüfungen haben im Berichtszeitraum eine nur untergeordnete Rolle im Prüfgeschehen gespielt (Anlassprüfungen: 5,7 % im ambulanten Bereich; 8,0 % im stationären Bereich; Wiederholungsprüfungen: 2,4 % im ambulanten Bereich und 5,0 % im stationären Bereich).

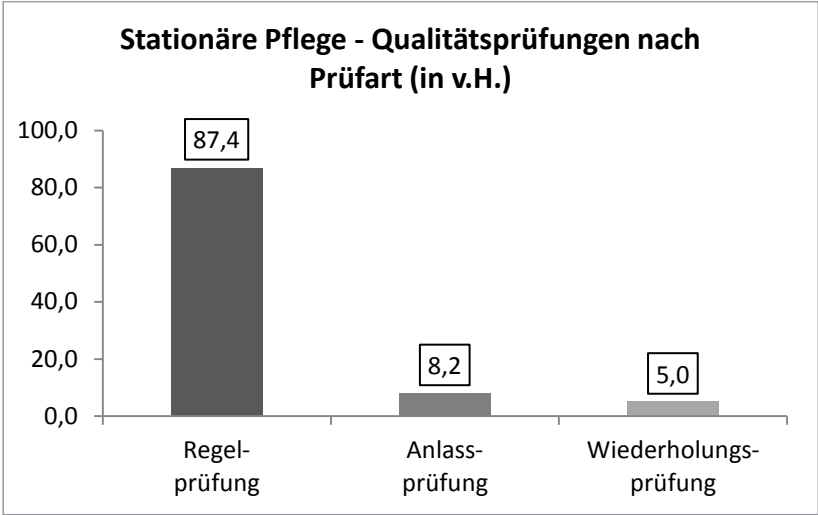
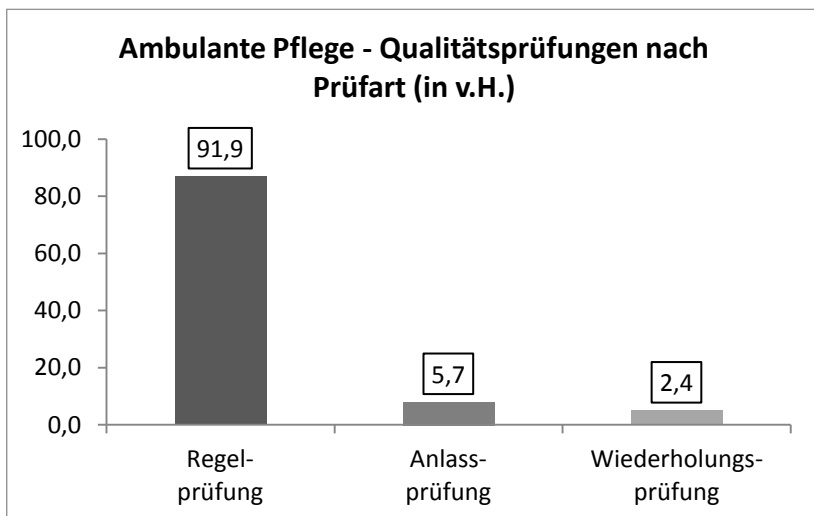


Abbildung 1: Stationäre Pflege – Qualitätsprüfungen 01.07.2008 – 31.12.2010





**Abbildung 2: Ambulante Pflege – Qualitätsprüfungen 01.07.2008 – 31.12.2010**

Tabelle 3 sind die Zahlen differenziert nach Jahren zu entnehmen. Im Zeitraum vom 1.7.2008 bis 31.12.2010 sind damit entsprechend der gesetzlichen Anforderung nahezu alle in Deutschland zugelassenen ambulanten und stationären Einrichtungen mindestens einmal durch den MDK geprüft worden. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass sich die Prüfquote insbesondere für den ambulanten Bereich nicht eindeutig ermitteln lässt, da die Einrichtungszahl deutlichen Marktschwankungen unterliegt und die Anzahl aller bundesweit zugelassenen ambulanten Dienste daher je nach Stichtag variiert.

Qualitätsprüfungen nach Jahren 07.2008 – 12.2010*		
	Ambulant	Stationär
2. HJ. 2008	1.453	1.284
2009	2.559	5.542
2010	7.356	5.738
<b>gesamt</b>	<b>11.368</b>	<b>12.564</b>
Zugelassene Einrichtungen**	13.061	10.417
<b>Prüfquote</b>	<b>87,0</b>	<b>&gt;100</b>
<i>*ohne Wiederholungsprüfungen    **Gesamtzahl der Einrichtungen Stand: 01.07.2010</i>		

**Tabelle 3: Qualitätsprüfungen nach Halbjahren 01.07.2008 – 31.12.2010**



# 3 Prüfungen und Ergebnisse stationäre Pflege

## 3.1 Prüfarten und Prüfungsdurchführung stationäre Pflege

Die nachfolgend berichteten Ergebnisse basieren auf den Daten von 8.101 Qualitätsprüfungen, die bundesweit im Zeitraum von 01.07.2009 bis 31.12.2010 in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt worden sind. Die Angaben der Vertragsstatistik der Landesverbände der Pflegekassen zugrunde gelegt (10.417 zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen), sind das die Daten zur Qualität von fast 77,8 % aller im Jahr 2010 zugelassenen stationären Einrichtungen.

Davon entfällt der größte Teil, 89,0 %, auf Regelprüfungen, 7,0 % waren Anlassprüfungen und 4,0 % Wiederholungsprüfungen.

Stationäre Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarten		
Prüfungsart	Anzahl	in v.H.
Regelprüfung	7.210	89,0
Anlassprüfung	571	7,0
Wiederholungsprüfung	320	4,0
<b>Gesamt</b>	<b>8.101</b>	<b>100,0</b>

**Tabelle 4: Stationäre Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarten**

Nach § 114 Abs. 4 SGB XI besteht die Möglichkeit, Vertreter anderer Institutionen an der Prüfung zu beteiligen. An 62,8 % der stationären Qualitätsprüfungen waren neben dem MDK keine weiteren Akteure beteiligt. 17,8 % der Prüfungen wurden unter Beteiligung der nach landesrechtlichen Regelungen zuständigen Aufsichtsbehörden durchgeführt. Vertreter von Trägerverbänden waren bei 6,1 % der Prüfungen beteiligt. Vertreter von Gesundheitsamt (3,1 %), der Pflegekasse (1,7 %) oder des Sozialhilfeträgers (0,4 %) nahmen nur selten an den Qualitätsprüfungen teil.

## 3.2 Strukturdaten geprüfte stationäre Pflegeeinrichtungen

Von den geprüften Pflegeeinrichtungen befanden sich 39,6 % in privater, 55,4 % in freigemeinnütziger und 4,6 % 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 2009 ausgewiesen hat.<sup>22</sup> Von den geprüften stationären Pflegeeinrichtungen verfügte ein Anteil von 16,4 % über eine Zertifizierung. Der Anteil geprüfter

---

<sup>22</sup> Statistisches Bundesamt 2011

zertifizierter Einrichtungen liegt damit einerseits über den Werten aus dem vorangegangenen Berichtszeitraum (3,8 %) und andererseits über dem der ambulanten Pflegedienste (9,8 %).

Stationäre Pflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart	
Trägerart	(Anteile in v.H.)
privat	39,6
freigemeinnützig	55,4
öffentlich	4,6

Tabelle 5: Stationäre Pflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart

Stationäre Pflege – Geprüfte Einrichtungen mit Zertifizierung (in v.H.)	
1/2004 – 6/2006	5,4
7/2009 – 12/2010	16,4

Tabelle 6: Tabelle : Stationäre Pflege – Geprüfte Einrichtungen mit Zertifizierung

Von den im Rahmen von Regelprüfungen geprüften Einrichtungen wurden insgesamt 457.445 Pflegebedürftige betreut. Im Durchschnitt waren das 63 Pflegebedürftige pro geprüfter Einrichtung. Damit ist die durchschnittliche Größe der geprüften Pflegeeinrichtungen nahezu identisch mit der mittleren Einrichtungsgröße aller in Deutschland zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen (64 Pflegebedürftige pro Einrichtung laut Angaben des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2009). Im Rahmen der Zufallsstichprobe konnte bei 61.985 Pflegebedürftigen der Pflegezustand von den Prüfern des MDK in Augenschein genommen werden. Allein bei Regelprüfungen wurden 54.292 Personen in die Prüfung einbezogen. Gemessen an den Regelprüfungen entspricht dies 11,9 % der von den geprüften Pflegeeinrichtungen versorgten Bewohner.

### 3.3 Ergebnisse stationäre Einrichtungen

#### 3.3.1 Personenbezogene Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität)

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse aus den MDK-Qualitätsprüfungen wurden mit Hilfe des „Erhebungsbogens zur Prüfung beim Bewohner (Prozess- und Ergebnisqualität)“ erhoben. Dieser Erhebungsbogen ist Bestandteil der Anlage 2 („Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege“) der „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR)“<sup>23</sup>. Gemäß den Qualitätsprüfungs-Richtlinien erfolgte die Bewertung der Kriterien auf Grundlage der MDK-Anleitung. Diese MDK-Anleitung enthält Erläuterungen, die als handlungsleitende Hilfestellungen zur Bewertung von den MDK-Prüfern herangezogen werden. Bei Transparenzkriterien ergänzen diese Erläuterungen bei Bedarf die in den Transparenzvereinbarungen enthaltenen Ausfüllanleitungen. Der „Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner (Prozess- und Ergebnisqualität)“ bezieht sich auf personenbezogene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) und bildet somit den zentralen Prüfbereich der Qualitätsprüfungen des MDK ab.

<sup>23</sup> MDS & GKV-Spitzenverband 2009<sup>2</sup>

Bei den Qualitätsprüfungen des MDK werden in der Regel 10 % der Bewohner einer Pflegeeinrichtung (bei Einrichtungen mit weniger als 50 Bewohnern mindestens 5 Personen, bei Einrichtungen mit mehr als 50 Personen mindestens 10 Prozent, nicht mehr als 15 Personen) in die Prüfung einbezogen. Die Personenstichprobe wird entsprechend der Pflegestufenverteilung in der Pflegeeinrichtung stratifiziert gezogen.

Eine Reihe der personenbezogenen Prüfkriterien trifft nur bei einem Teil der in die Prüfung einbezogenen Bewohner zu.

**3.3.1.1 Struktur der einbezogenen Bewohner**

Bei den 8.101 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen in der Zeit vom 01.07.2009 bis 31.12.2010 wurde bei 61.985 Personen die personenbezogene Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) bewertet. Durchschnittlich wurden 7–8 Personen in die Prüfungen einbezogen.

Die größte Altersgruppe der in die Prüfung einbezogenen Bewohner war mit 39,6 % die der 80- bis unter 90-Jährigen. Die Gruppe der 90-jährigen und älteren Bewohner machte einen Anteil von 29,2 % aus und war damit die am zweitstärksten vertretene Altersgruppe.

Bei den Pflegestufen waren Bewohner mit der Pflegestufe 2 mit 40,8 % am häufigsten vertreten, dicht gefolgt von Bewohnern der Pflegestufe 1 mit 37,4 %. Die Pflegestufe 3 lag bei 21,0 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner vor.

Stationäre Pflege – Einbezogene Bewohner nach Pflegestufe (Angaben in v.H.)		
<b>Pflegestufe</b>		
	nicht pflegebedürftig	0,0
	Pflegestufe I	37,4
11.2g	Pflegestufe II	40,8
	Pflegestufe III	21,0
	Pflegestufe III Härtefall	0,7
	noch nicht eingestuft	0,1
11.2h	Eingeschränkte Alltagskompetenz nach Angabe der Pflegeeinrichtung	60,7

Tabelle 7: Station

die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen der ärztlichen Anordnung entspricht (Frage 12.2, Transparenzkriterium 2).

Für 61.733 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten dazu vor, ob eine aktive Kommunikation mit dem Arzt erforderlich war und bei Bedarf durchgeführt worden ist. Bei 47.069 Bewohnern war eine entsprechende Kommunikation erforderlich. Eine aktive Kommunikation mit dem Arzt war bei 93,5 % (43.993 von 47.069) der Personen nachvollziehbar. Das bedeutet, aus Telefonnotizen oder ähnlichen Aufzeichnungen war erkennbar, dass z. B. im Fall von Akuterkrankungen oder Veränderungen im Gesundheitszustand bei chronisch kranken Bewohnern Kontakt zum behandelnden Arzt aufgenommen worden ist und bei Bedarf ärztlich empfohlene Maßnahmen eingeleitet worden sind.

Für 61.737 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner lagen Informationen darüber vor, ob die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen der ärztlichen Anordnung entsprach. Bei 45.792 dieser Bewohner war dieses Kriterium relevant. Die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen entsprach bei 85,2 % (39.006 von 45.792) dieser Bewohner der ärztlichen Anordnung. Bei 14,8 % (6.786 von 45.792) dieser Bewohner war dies nicht der Fall, oder es lagen keine nachvollziehbaren Anordnungen vor oder die Durchführung der Maßnahmen war nicht eindeutig dokumentiert.

Ein weiterer Bereich, der im Zusammenhang mit der Behandlungspflege überprüft wird, ist der Umgang mit Medikamenten. Es 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).

Für 61.733 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten dazu vor, ob die Medikamentenversorgung der ärztlichen Anordnung entsprach. Bei 59.029 dieser Bewohner war dieses Kriterium relevant. Bei 81,5 % (48.087 von 59.029) dieser Bewohner entsprach die Medikamentenversorgung der ärztlichen Anordnung. Bei 18,5 % (10.942 von 59.029) dieser Bewohner entsprach die Medikamentenversorgung aber nicht den ärztlichen Anordnungen, das bedeutet, falsche Medikamente oder Medikamente in falscher Dosierung waren dokumentiert oder bei Bedarfsmedikamenten war beispielsweise die Tageshöchstdosis oder die Indikation der Bedarfsmedikation nicht ersichtlich.

Für 61.725 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten dazu vor, ob eine Medikamentenversorgung erforderlich und der Umgang mit Medikamenten sachgerecht war. Bei 58.919 dieser Bewohner war dieses Kriterium relevant. Bei 81,8 % (48.199 von 58.919) dieser Bewohner war der Umgang mit Medikamenten sachgerecht. Zum sachgerechten Umgang mit Medikamenten zählt beispielsweise, ob die gerichteten Medikamente mit den Angaben in der Pflegedokumentation übereinstimmen, die Medikamente bewohnerbezogen beschriftet aufbewahrt und bei Bedarf kühl gelagert werden. Bei 18,2 % (10.720 von 58.919) dieser Bewohner war der Umgang mit Medikamenten nicht sachgerecht, das heißt z. B., die gerichteten Medikamente stimmten nicht mit den Angaben in der Dokumentation überein, die Medikamente wurde nicht bewohnerbezogen gelagert oder Betäubungsmittel wurden nicht ordnungsgemäß verschlossen und gesondert aufbewahrt. Aufgrund der Konsequenzen, die sich bei Nichterfüllen der Anforderungen an das Medikamentenmanagement für den Gesundheitszustand der Bewohner ergeben können, wird dringender Handlungsbedarf gesehen.

Auch der Umgang mit chronischen Schmerzen wird im Rahmen der Behandlungspflege überprüft. Relevant sind hier die systematische Schmerzeinschätzung (Frage 12.6, Transparenzkriterium 20), die Kooperation der Einrichtung mit dem behandelnden Arzt (Frage 12.7, Transparenzkriterium 21) und die Gabe der verordneten Medikamente (Frage 12.8, Transparenzkriterium 12).

Zum Schmerzmanagement liegt seit 2005 ein Expertenstandard vor.<sup>24</sup>

Für 61.733 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten dazu vor, ob chronische Schmerzen vorhanden waren. Bei 31,1 % (19.218) dieser Bewohner waren chronische Schmerzen vorhanden (Frage 12.5).

Der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege<sup>25</sup> sieht auf der ersten Kriterienebene eine aktuelle systematische Schmerzeinschätzung und eine Verlaufskontrolle vor.

Für 61.735 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten dazu vor, ob eine systematische Schmerzeinschätzung erforderlich war und durchgeführt worden ist. Eine systematische Schmerzeinschätzung war bei 22.007 dieser Bewohner erforderlich. Eine systematische Schmerzeinschätzung erfolgte bei nur 54,6 % (12.020 von 22.007) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner. Damit zeigt sich in einem wesentlichen Kompetenzbereich der Pflege erheblicher Nachholbedarf.

Für 61.736 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten dazu vor, ob bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt kooperiert wird. Das Kriterium war bei 17.185 dieser Bewohner relevant. Die stationären Pflegeeinrichtungen kooperierten bei 84,3 % (14.491 von 17.185) der Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt. Damit war bei 15,7 % (2.694 von 17.185) der Bewohner mit Schmerzen nicht sichergestellt, dass eine adäquate Schmerztherapie erfolgt.

Für 61.737 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten dazu vor, ob Medikamente zur Schmerztherapie erforderlich waren und verabreicht wurden. Schmerzmedikamente waren bei 18.134 dieser Bewohner erforderlich. Von den Bewohnern mit chronischen Schmerzen erhielten 94,1 % (17.069 von 18.134) ihre verordneten Medikamente. 5,9 % (1.065 von 18.134) der Betroffenen erhielten die verordneten Schmerzmedikamente nicht wie vorgesehen.

Auch der Umgang der Einrichtung mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden wird bei den Qualitätsprüfungen bewertet (Frage 12.9, Transparenzkriterium 5). Für 61.713 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten zur Versorgung mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden vor. Kompressionsstrümpfe/-verbände waren bei 8.773 dieser Bewohner erforderlich. Bei 86,9 % (7.623 von 8.773) der Bewohner, bei denen das Kriterium geprüft werden konnte, waren die Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt. Das bedeutet, das Anlegen der Verbände erfolgte bei entstauten Venen und abgeschwollenen Beinen, der Kompressionsverband war in Richtung Körperrumpf gewickelt und der Verband war beim Anlegen faltenfrei.

Ebenfalls wird bei den Qualitätsprüfungen der Umgang der stationären Pflegeeinrichtungen mit Trachealkanülen bzw. mit dem Absaugen geprüft (Frage 12,10). Für 61.714 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten dazu vor, ob eine Versorgung mit einer Trachealkanüle bestand bzw. ob das Absaugen von Sekret aus den Atemwegen erforderlich war. Dieses Kriterium traf nur bei 747 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner zu. Lediglich bei 71,1 % (531 von 747) der Bewohner wurde der Umgang mit Trachealkanülen bzw. mit dem Absaugen als sachgerecht bewertet. Bewertet wird bei diesem Kriterium unter anderem, ob die Kanülengröße bekannt ist und eine Ersatzkanüle bereitliegt, ob Angaben zum Wechsel der Trachealkanüle nachvollziehbar sind und regelmäßige Cuffdruckmessungen durchgeführt worden sind.

---

<sup>24</sup> DNQP 2005

<sup>25</sup> DNQP 2005

Stationäre Pflege – Behandlungspflege 1 (Anteile erfüllter Kriterien in v.H.)			
Frage		Kriterium	davon Kriterium erfüllt
		<i>zutreffend</i> bei	
12.1/T1	aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar	76,2	93,5
12.2/T2	Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen gemäß ärztl. Anordnung	74,2	85,2
12.3/T3	Medikamentenversorgung gemäß ärztl. Anordnung	95,6	81,5
12.4/T4	sachgerechter Umgang mit Medikamenten	95,5	81,8
12.6/T20	systematische Schmerzeinschätzung	35,6	54,6
12.7/T21	enge Kooperation mit dem behandelnden Arzt bei Schmerzpatienten	27,8	84,3
12.8/T12	Bewohner mit chronischen Schmerzen erhalten die verordneten Medikamente	29,4	94,1
12.9/T5	sachgerechte Anlegung von Kompressionstrümpfen/-verbände	14,2	86,9
12.10	sachgerechter Umgang mit Trachealkanülen/Absaugen	1,2	71,1

**Tabelle 8: Stationäre Pflege – Behandlungspflege 1**

Zum Umgang mit chronischen Wunden liegt seit 2008 ein Expertenstandard vor.<sup>26</sup>

Von allen in die Prüfung einbezogenen Bewohnern (61.985) wurde bei 4.545 Personen eine chronische Wunde bzw. ein Dekubitus erfasst oder es lagen mehrere Wunden gleichzeitig vor.<sup>27</sup> Davon waren 2.714 Personen (4,4 %) mit einem Dekubitus, 604 Personen (1,0 %) mit einem Ulcus Cruris, 173 Personen (0,3 %) mit einem diabetischem Fußsyndrom und 1.450 Personen (2,3 %) mit sonstigen chronischen Wunden. Damit liegen erstmals auf der Basis einer sehr großen Zufallsstichprobe Daten über den Anteil von Bewohnern mit chronischen Wunden vor. Die Prävalenzdaten zur Dekubitushäufigkeit aus den MDK-Prüfungen bestätigen die Ergebnisse anderer Studien, so wird im Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege<sup>28</sup> eine Dekubitusprävalenz von ca. 4 % für die stationäre Pflege berichtet.

<sup>26</sup> DNQP 2005

<sup>27</sup> DNQP 2008

<sup>28</sup> Aus ethischen Gründen war es den Prüfern nicht bei allen Bewohnern möglich, die Wunde in Augenschein zu nehmen und den Wundtyp zu klassifizieren. Daraus ergibt sich die Differenz aus der Anzahl der erfassten Wunden und der Anzahl der bewerteten Wundversorgungen.



Stationäre Pflege – Chronische Wunden		
	Anzahl	in v.H.
<b>Anzahl untersuchte Personen</b>	<b>61.985</b>	<b>100,0</b>
<b>davon:*</b>		
mit Dekubitus	2.714	4,4
mit Ulcus Cruris	604	1,0
mit diabetischem Fußsyndrom	173	0,3
mit sonstigen chronischen Wunden	1.450	2,3
<b>mit chronischen Wunden – gesamt</b>	<b>4.545</b>	<b>7,3</b>
* Mehrfachnennung möglich		

**Tabelle 9: Stationäre Pflege – Chronische Wunden**

Zu Bewohnern mit chronischen Wunden bzw. Dekubitus wird im Rahmen der Prüfung erhoben, ob Ort und Zeitpunkt der Entstehung der Wunde nachvollziehbar waren (Frage 12.13, Transparenzkriterium 8), ob die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunde auf dem aktuellen Wissensstand basierten (Frage 12.14, Transparenzkriterium 10), ob eine differenzierte Wunddokumentation bei chronischen Wunden erfolgte (Frage 12.15, Transparenzkriterium 9) und ob die Nachweise zur Behandlung der Wunde ausgewertet und ggf. Maßnahmen angepasst worden sind (Frage 12.16, Transparenzkriterium 11).

Für 61.713 der in die Prüfungen einbezogenen Bewohner lagen Daten zur Erfassung von Ort und Zeitpunkt der Entstehung einer chronischen Wunde bzw. eines Dekubitus vor. Bei 5.254 dieser Bewohner war das Kriterium relevant. Ort und Zeitpunkt der Entstehung einer chronischen Wunde konnten in 84,2 % (4.422 von 5.254) aus der Dokumentation nachvollzogen werden.

Bei 61.714 Personen liegen Daten dazu vor, ob bei bestehender chronischer Wunde oder einem Dekubitus die Maßnahmen auf dem aktuellen Stand des Wissens basierten. Bei 5.151 dieser Bewohner war eine Wundversorgung erforderlich. Die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunde bzw. eines Dekubitus basierten bei lediglich 74,5 % (3.840 von 5.151) der Bewohner auf dem aktuellen Stand des Wissens. Demnach entsprach die Wundversorgung bei 25,5 % (1.311 von 5.151) der Bewohner mit einer chronischen Wunde bzw. einem Dekubitus nicht der ärztlichen Anordnung, die erforderlichen Maßnahmen zur Druckentlastung, therapeutischen Lagerung oder Kompression wurden nicht umgesetzt oder hygienische Maßstäbe wurden bei der Wundversorgung nicht beachtet.<sup>29</sup>

Bei 61.714 Personen liegen Daten dazu vor, ob bei bestehender chronischer Wunde oder einem Dekubitus eine differenzierte Wunddokumentation erforderlich war. Bei 5.208 dieser Bewohner traf dieses Kriterium zu. Eine differenzierte Wunddokumentation – eine klare Kernaufgabe für die professionell Pflegenden – war nur bei 63,7 % (3.315 von 5.208) der Bewohner mit einer chronischen Wunde bzw. einem Dekubitus nachvollziehbar. Bei 36,3 % (1.893 von 5.208) dieser Bewohner lag eine systematische Wundverlaufsdarstellung nicht vor, mit der Folge, dass wichtige Entscheidungsgrundlagen für die weitere Wundversorgung nicht zur Verfügung standen.

<sup>29</sup> 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

Bei 61.714 Personen liegen Daten dazu vor, ob bei bestehender chronischer Wunde oder einem Dekubitus Nachweise ausgewertet und Maßnahmen ggf. angepasst wurden. Dieses Kriterium traf bei 4.900 dieser Bewohner zu. Auch die Auswertung der Nachweise und ggf. Anpassung der Maßnahmen erfolgte nur bei 71,8 % (3.516 von 4.900) der Bewohner mit einer chronischen Wunde bzw. einem Dekubitus. Die Auswertungsmöglichkeiten der Prüfergebnisse zu den chronischen Wunden bzw. zu Dekubitalgeschwüren können erhöht werden, wenn die Fragen differenziert nach Wundarten erhoben würden.

Stationäre Pflege – Behandlungspflege 2 (Anteile erfüllter Kriterien in v.H.)			
Frage	Kriterium	davon	
		zutreffend bei	Kriterium erfüllt
12.13/T8	Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar	8,5	84,2
12.14/T10	Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus basieren auf aktuellem Stand des Wissens	8,3	74,5
12.15/T9	differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus	8,4	63,7
12.16/T11	die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus werden ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst	7,9	71,8

**Tabelle 10: Stationäre Pflege – Behandlungspflege 2**

Mit diesen Kriterien greift der MDK bei seinen Qualitätsprüfungen einen Teil der Anforderungen auf, die im Expertenstandard zum Umgang mit chronischen Wunden<sup>30</sup> auf der Grundlage des aktuellen Wissensstandes definiert worden sind. Die Ergebnisse zeigen, dass der aktuelle Stand des Wissens noch nicht in allen Pflegeeinrichtungen das praktische Pflegehandeln bestimmt.

### 3.3.1.3 Mobilität

Der Bereich Mobilität bezieht sich auf das Sturzrisiko, das Dekubitusrisiko und das Kontrakturnisiko.

Zum Umgang mit dem Dekubitusrisiko liegt ein Expertenstandard vor, in dem unter anderem das aktuelle Wissen zur Risikoerkennung sowie zur Vermeidung von Druckgeschwüren zusammengetragen worden ist. Dieser Expertenstandard liegt seit Ende 2010 in einer aktualisierten Fassung vor.<sup>31</sup> Im Rahmen der MDK-Prüfung wurde zum Dekubitusrisiko überprüft, ob das individuelle Dekubitusrisiko erfasst worden ist (Frage 13.8, Transparenzkriterium 6) und ob die erforderlichen Dekubitusprophylaxen durchgeführt worden sind (Frage 13.9, Transparenzkriterium 7). Erforderliche Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus können z. B. haut- und gewebeschonende Lagerungs- und Transfertechniken, Maßnahmen zur Bewegungsförderung, fachgerechte Hautpflege und regelmäßige Hautinspektion sein.

Für 61.737 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob das Dekubitusrisiko erfasst worden ist. Das Kriterium war für alle 61.737 Bewohner relevant. Bei 87,9 % (54.272 von 61.737) der in die Prüfungen einbezogenen Bewohner wurde das individuelle Dekubitusrisiko erfasst.

<sup>30</sup> DNQP 2008

<sup>31</sup> DNQP 2010<sup>2</sup>

Bei 61.733 Bewohnern liegen Daten dazu vor, ob eine Dekubitusprophylaxe erforderlich war. Bei 28.955 dieser Bewohner waren Dekubitusprophylaxen erforderlich. Bei lediglich 59,3 % (17.173 von 28.955) dieser Bewohner wurden die erforderlichen Dekubitusprophylaxen durchgeführt. Damit zeigt sich, dass der aktuelle Stand des Wissens noch nicht in allen Pflegeeinrichtungen das praktische Pflegehandeln bestimmt. Die Selbsteinschätzung der Pflegeeinrichtungen, nach der 99 % der Einrichtungen den Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe umsetzen<sup>32</sup>, kann anhand dieser personenbezogenen Prüfergebnisse nicht bestätigt werden.

Nicht jeder Dekubitus kann verhindert werden. Dennoch könnte die Dekubitusrate durch Verbesserungen bei der Durchführung der erforderlichen Dekubitusprophylaxen weiter gesenkt werden. Die Wirksamkeit der Dekubitusprophylaxen zeigt sich daran, dass bei den Bewohnern, bei denen die erforderlichen Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe nicht durchgeführt wurden (11.782), der Anteil der Druckgeschwüre mit 7,4 % deutlich höher liegt als in der Gesamtstichprobe (4,4 % von 61.985). Darüber hinaus ist dies auch ein Beleg dafür, dass bei der Bewertung dieses Prüfkriteriums die Umsetzung und die Wirksamkeit der Maßnahmen unter Berücksichtigung des Pflegezustandes, des Einsatzes von Hilfsmitteln etc. und nicht nur die Pflegedokumentation bewertet werden. Wenn die erforderlichen Prophylaxen nicht durchgeführt werden (Prozess), dann ergibt sich eine höhere Dekubitusrate (Ergebnis).

Wichtige Hinweise dazu, welche Faktoren das Sturzrisiko beeinflussen, wie ein Sturzrisiko erfasst werden kann und welche Maßnahmen geeignet sind, um Stürze zu vermeiden, ergeben sich aus dem Expertenstandard zur Sturzprophylaxe in der Pflege, der seit 2006 vorliegt.<sup>33</sup> Bei den in die Prüfung einbezogenen Personen wurde überprüft, ob ein Sturzrisiko vorlag (Frage 13.3), ob die Pflegeeinrichtung das individuelle Sturzrisiko erfasst hat (Frage 13.4, Transparenzkriterium 24), ob Sturzereignisse dokumentiert (Frage 13.5, Transparenzkriterium 25) und ob erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt worden sind (Frage 13.6, Transparenzkriterium 26). Erforderliche Maßnahmen gegen Stürze können z. B. Übungen zur Steigerung der Kraft und Balance, Anregung zur Überprüfung der Medikation durch den Arzt, Verbesserung der Sehfähigkeit oder Anpassung der Umgebung (z. B. Beseitigung von Stolperfallen und Verbesserung der Beleuchtung, Einsatz geeigneter Hilfsmittel) sein.

Für 61.980 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob das Sturzrisiko erfasst worden ist. Das Kriterium war für alle 61.980 Bewohner relevant. Bei 81,5 % (50.505 von 61.980) der in die Prüfung einbezogenen Personen wurde das Sturzrisiko erfasst.

Für 61.733 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob eingetretene Sturzereignisse dokumentiert waren. Das Kriterium war für 15.566 der in die Prüfungen einbezogenen Bewohner relevant. Soweit ermittelbar, waren bei 95,8 % (14.908 von 15.566) der Bewohner, bei denen sich Stürze ereignet hatten, diese Stürze dokumentiert. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der Prüfung z. B. aufgrund mangelnder Auskunftsfähigkeit des Bewohners sehr häufig gar nicht nachvollzogen werden kann, ob ein Sturz stattgefunden hat, der nicht dokumentiert worden ist. Es ist daher nicht auszuschließen, dass eine relevante Zahl nicht dokumentierter Stürze im Rahmen der Prüfung nicht erkannt werden kann.

Für 61.733 der in die Prüfungen einbezogenen Bewohner liegen Daten zur Durchführung erforderlicher Sturzprophylaxen vor. Bei 48.095 dieser Bewohner waren Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes erforderlich. Lediglich bei 71,0 % (34.140 von 48.095) der Personen mit einem Sturzrisiko wurden die erforderlichen Sturzprophylaxen durchgeführt. Damit nutzen viele Pflegeeinrichtungen noch nicht ausreichend ihre Möglichkeiten, um Stürze ihrer Bewohner zu vermeiden.

---

<sup>32</sup> BMG 2011

<sup>33</sup> DNQP 2006

Anders als etwa für die Sturz- und die Dekubitusprophylaxe liegt zur Kontrakturprophylaxe noch kein Expertenstandard vor, in dem in gleicher Weise der aktuelle Stand des Wissens zusammengetragen werden konnte. Wenn auch bei gefährdeten Personen prophylaktische Maßnahmen unerlässlich erscheinen, so stehen Wirksamkeitsnachweise spezifischer Interventionen weitgehend noch aus.<sup>34</sup> Im Rahmen der MDK-Prüfung wurde auch zur Kontrakturprophylaxe überprüft, ob das individuelle Kontrakturnisiko erfasst worden ist (Frage 13.11, Transparenzkriterium 27) und ob die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt worden sind (Frage 13.12, Transparenzkriterium 28). Erforderliche Maßnahmen zur Vermeidung einer Kontraktur können z. B. physiologische Lagerung, Mobilisierung und Bewegungsförderung sein. Der Stellenwert von regelmäßigem körperlichem Training für die Prävention von Immobilität, einem der Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung von Kontrakturen, ist wissenschaftlich belegt.<sup>35</sup> Vor diesem Hintergrund ist der aktiven Bewegungsförderung vor passiven Maßnahmen der Vorzug zu geben.

Für 61.980 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob das Kontrakturnisiko erfasst worden ist. Das Kriterium war für alle 61.980 Bewohner relevant. Lediglich bei 59,9 % (37.118 von 61.980) dieser Bewohner ist das individuelle Kontrakturnisiko erfasst worden.

Für 61.733 der in die Prüfungen einbezogenen Bewohner liegen Daten zur Durchführung erforderlicher Kontrakturprophylaxen vor. Bei 31.492 dieser Bewohner waren Maßnahmen zur Vermeidung einer Kontraktur erforderlich. Mit 48,9 % (15.390 von 31.492) ist bei weniger als der Hälfte der betreffenden Bewohner eine Kontrakturprophylaxe durchgeführt worden.

Stationäre Pflege – Mobilität (Anteile erfüllter Kriterien in v.H.)			
Frage	Kriterium	davon	
		zutreffend bei	Kriterium erfüllt
13.4/T24	Erfassung des individuellen Sturzrisikos	100,0	81,5
13.5/T25	Dokumentation von Sturzereignissen	25,2	95,8
13.6/T26	Durchführung erforderlicher Prophylaxen gegen Stürze	77,9	71,0
13.8/T6	Erfassung eines individuellen Dekubitusrisikos	100,0	87,9
13.9/T7	Durchführung erforderlicher Dekubitusprophylaxen	46,9	59,3
13.11/T27	Erfassung des individuellen Kontrakturnisikos	99,6	59,9
13.12/T28	Durchführung erforderlicher Kontrakturprophylaxen	51,0	48,9

Tabelle 11: Stationäre Pflege – Mobilität

### 3.3.1.4 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Zum Zeitpunkt der Verabschiedung der Prüfgrundlagen des MDK lag der Expertenstandard zum Ernährungsmanagement in der Pflege<sup>36</sup> noch nicht abschließend vor. Gleichwohl sind die Anforderungen in den Prüfgrundlagen des MDK auf dem aktuellen Stand des Wissens erarbeitet worden. Sie decken sich mit den Qualitätsanforderungen, die im Expertenstandard zum Ernährungsmanagement zusammengefasst worden sind.

<sup>34</sup> Scheffel & Hantikainen 2011; Gnas et al. 2010, Hackauf U 2004

<sup>35</sup> IQP 2011

<sup>36</sup> DNQP 2010<sup>1</sup>

Mit den Daten aus den Qualitätsprüfungen liegen erstmals auf der Grundlage sehr großer Fallzahlen epidemiologische Daten zu Gewichtsverläufen sowie zur Versorgung mit Ernährungssonden vor. Von allen in die Prüfung einbezogenen Bewohnern (61.985) hatten 12.087 (19,5 %) in den letzten sechs Monaten an Gewicht zugenommen, 39.389 (63,5 %) hatten ein konstantes Gewicht und bei 5.652 (9,1 %) war eine relevante Gewichtsabnahme zu verzeichnen (mehr als 5 % in 1–3 Monaten, mehr als 10 % in 6 Monaten<sup>37</sup>). Bei weiteren 4.857 (7,8 %) konnte der Gewichtsverlauf nicht nachvollzogen werden (z. B. aufgrund fehlender Gewichtskontrollen). Im Rahmen der Qualitätsprüfung wird dies nicht automatisch als Qualitätsmangel interpretiert, aber fehlende Gewichtskontrollen und Verläufe legen den Schluss nahe, dass hier wichtige Aufgaben zur Risikoüberwachung vernachlässigt werden. Von den in die Prüfung einbezogenen Personen (61.985) hatten 3.850 eine Ernährungssonde (6,2 %), dabei handelte es sich fast ausschließlich um eine durch die Bauchdecke in den Magen gelegte Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie – PEG) (3.757 bzw. 6,1 %).

Stationäre Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungssonden			
Frage	Kriterium	Anzahl	in v.H.
14.1.d	<b>Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten</b>		
	<b>zugenommen</b>	12.087	19,5
	konstant	39.389	63,5
	relevante Abnahme	5.652	9,1
	kann nicht ermittelt werden	4.857	7,8
14.2a	<b>der Bewohner ist versorgt mit:</b>		
	Magensonde	31	0,1
	PEG-Sonde	3.757	6,1
	PEJ-Sonde	62	0,1

**Tabelle 12: Stationäre Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungssonden**

Zur Ernährung wurde personenbezogen geprüft, ob Risiken / Einschränkungen bei der Ernährung vorlagen (Frage 14.3), ob individuelle Ernährungsressourcen und -risiken erfasst worden sind (Frage 14.5, Transparenzkriterium 13), ob die erforderlichen Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung durchgeführt worden sind (Frage 14.7, Transparenzkriterium 14) und ob der Ernährungszustand im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung angemessen war (Frage 14.9, Transparenzkriterium 15). Erforderliche Maßnahmen bei vorliegenden Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme können z. B. die individuelle Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, die angepasste Gestaltung der Umgebung / des sozialen Umfeldes, geeignete, flexible Speisenangebote sowie Darreichungsformen und angepasste Hilfsmittel sein.

Für 61.980 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob der Ernährungszustand im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen angemessen war. Bei 95,0 % (58.895 von 61.980) dieser Bewohner war der Ernährungszustand unter Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen angemessen. Allerdings muss bedacht werden, dass hierunter auch die Personen fallen, bei denen keine Ernährungsrisiken bestehen und bei denen die Pflegeeinrichtungen somit keinen aktiven Beitrag zur Sicherstellung der Verbesse-

<sup>37</sup> Volkert 2004

nung der Versorgung leisten mussten. Bezogen auf den Anteil der Bewohner mit einem Ernährungsrisiko (41.770) beträgt der Anteil der Bewohner, bei denen der Ernährungszustand im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung angemessen war, 92,6 % (38.679 von 41.770). Das bedeutet, bei 7,4 % (3.091 von 41.770) der Bewohner mit einem Ernährungsrisiko war der Ernährungszustand nach Einschätzung der Prüfer unter Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung nicht angemessen, z. B. wurden relevante Gewichtsverluste dokumentiert, aber nicht pflegefachlich reflektiert, und es wurde nicht nach Möglichkeiten gesucht, die Nahrungsversorgung zu verbessern.

Für 61.980 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob die individuellen Ernährungsressourcen und -risiken erfasst worden sind. Das Kriterium war für alle 61.980 Bewohner relevant. Bei 83,7 % (51.859 von 61.980) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner wurden die individuellen Ernährungsressourcen und -risiken erfasst.

Für 61.980 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob Einschränkungen bei der Ernährung vorlagen. Bei 41.770 dieser Bewohner lagen Einschränkungen vor und waren Maßnahmen zur Ernährung erforderlich. Bei 79,5 % (33.205 von 41.770) wurden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung die erforderlichen Maßnahmen (z. B. angepasste Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, Anpassung der Konsistenz bei Schluckstörung, energiereiche Speisen) durchgeführt. Bei 20,5 % (8.565 von 41.770) dieser Bewohner wurden auf der Grundlage der erhobenen Ressourcen und Risiken nicht die erforderlichen Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt, z. B. wurden individuelle Essgewohnheiten (Vorlieben, Abneigungen und Gewohnheiten) nicht berücksichtigt oder die Konsistenz des Essens war nicht an die individuellen Kau- und Schluckfähigkeiten des Bewohners angepasst.

Die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Ernährung zeigt sich daran, dass bei den Bewohnern, bei denen die erforderlichen Maßnahmen zur Ernährung nicht durchgeführt wurden (8.565), der Anteil der Personen mit einem Gewichtsverlust mit 33,9 % deutlich höher liegt als in der Gesamtstichprobe (9,1 % von 61.985). Auch ist der Ernährungszustand, wenn die erforderlichen Maßnahmen zur Ernährung nicht durchgeführt worden sind (8.565), deutlich häufiger als nicht angemessen bewertet worden (33,1 %), als in der Gesamtstichprobe (5,0 % von 61.985 bzw. 7,4 % von 41.770). Darüber hinaus ist dies auch ein Beleg dafür, dass bei der Bewertung dieses Prüfkriteriums die Umsetzung und die Wirksamkeit der Maßnahmen unter Berücksichtigung des Pflegezustandes, des Einsatzes von Hilfsmitteln etc. und nicht nur die Pflegedokumentation bewertet werden. Wenn die erforderlichen Maßnahmen nicht durchgeführt werden (Prozess), dann ergibt sich eine schlechtere Ernährungssituation (Ergebnis).

Bei den in die Prüfung einbezogenen Bewohnern (61.985) waren im Rahmen der Prüfung mittels Beobachtung meist (97,4 %) keine einschätzbaren indirekten Anzeichen für eine Exsikkose feststellbar. Bei 1.276 Personen erfolgte eine Flüssigkeitsgabe mittels subkutaner Infusion: Dies entspricht einem Anteil von 2,1 % aller in die Prüfung einbezogenen Bewohner.

Zur Flüssigkeitsversorgung wurde personenbezogen geprüft, ob Risiken / Einschränkungen bei der Flüssigkeitsversorgung vorlagen (Frage 14.4), ob individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst worden sind (Frage 14.6, Transparenzkriterium 16), ob die erforderlichen Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt worden sind (Frage 14.8, Transparenzkriterium 17) und ob die Flüssigkeitsversorgung im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung angemessen war (Frage 14.10, Transparenzkriterium 18). Erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung können z. B. die individuelle Unterstützung bei der Flüssigkeitszufuhr, die angepasste Gestaltung der Umgebung / des sozialen Umfeldes, geeignetes, flexibles Angebot von Getränken sowie Darreichungsformen

(z. B. Verdickungsmittel) und angepasste Hilfsmittel (keine standardmäßige Verwendung durchsichtiger „Schnabelbecher“) sein.

Für 61.980 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob die Flüssigkeitsversorgung im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen angemessen war. Bei 97,0 % (60.143 von 61.980) dieser Bewohner war die Flüssigkeitsversorgung im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen angemessen. Allerdings muss auch hier bedacht werden, dass hierunter auch die Personen fallen, bei denen keine Dehydratationsrisiken bestehen und bei denen die Pflegeeinrichtungen somit keinen aktiven Beitrag zur Sicherstellung der Verbesserung der Versorgung leisten mussten. Bezogen auf den Anteil der Bewohner mit einem Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung (40.536) beträgt der Anteil der Bewohner, bei denen die Flüssigkeitsversorgung im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung angemessen war, 95,4 % (38.671 von 40.536). Das bedeutet, bei 4,6 % (1.865 von 40.536) der Bewohner mit einem Risiko war die Flüssigkeitsversorgung nach Einschätzung der Prüfer unter Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung nicht angemessen, z. B. wurden zwar Flüssigkeitsmengen in Protokollen erfasst, aber bei Unterschreiten einer individuell festgelegten Mindesttrinkmenge wurden keine Konsequenzen gezogen und es waren indirekte Dehydratationszeichen vorhanden (z. B. fehlender Speichelsaum unter der Zunge oder dunkler, konzentrierter Urin).

Für 61.980 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob die individuellen Ressourcen und Risiken zur Flüssigkeitsversorgung erfasst worden sind. Das Kriterium war für alle 61.980 Bewohner relevant. Bei 84,9 % (52.607 von 61.980) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner wurden die individuellen Ressourcen und Risiken zur Flüssigkeitsversorgung erfasst.

Für 61.980 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob Einschränkungen bei der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung vorlagen. Bei 40.536 dieser Bewohner lagen Einschränkungen vor und waren Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung erforderlich. Bei 82,4 % (33.396 von 40.536) der Bewohner wurden bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt. Bei 17,3 % (7.140 von 40.536) dieser Bewohner haben die Prüfer hier aber noch Defizite festgestellt, z. B. wurden Getränke nicht entsprechend den individuellen Erfordernissen und Vorlieben gereicht.

Auch die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung lässt sich nachweisen. Bei den Bewohnern, bei denen die erforderlichen Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung nicht durchgeführt wurden (7.140), ist die Flüssigkeitsversorgung deutlich häufiger als nicht angemessen bewertet worden (23,7 %), als in der Gesamtstichprobe (3,0 % von 61.985 bzw. 4,6 % von 40.536). Damit zeigt sich auch hier, dass bei der Bewertung dieses Prüfkriteriums die Umsetzung und die Wirksamkeit der Maßnahmen unter Berücksichtigung des Pflegezustandes, des Einsatzes von Hilfsmitteln etc. und nicht nur die Pflegedokumentation bewertet werden. Wenn die erforderlichen Maßnahmen nicht durchgeführt werden (Prozess), dann ergibt sich eine schlechtere Flüssigkeitsversorgung (Ergebnis).

Für 61.980 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob eine Ernährungssonde lag und ob bei diesen Bewohner der Geschmackssinn angeregt wurde (Frage 14.11, Transparenzkriterium 19). Das Kriterium war für 3.824 dieser Bewohner relevant. Dieses Kriterium wurde positiv bewertet, wenn mindestens zu den üblichen Essenszeiten in der Einrichtung bei den Bewohnern mit einer Ernährungssonde der Geschmackssinn angeregt worden ist. Das Kriterium war bei lediglich 66,0 % (2.524 von 3.824) dieser Bewohner erfüllt. Bei 34,0 % (1.300 von 3.824) der Bewohner mit einer Ernährungssonde wurden somit keine sensorischen Anreize gegeben, die auch für Personen mit einer Ernährungssonde einen Beitrag zur Förderung der Lebensqualität bieten können.

Stationäre Pflege – Essen und Trinken (Anteile erfüllter Kriterien in v.H.)			
Frage	Kriterium	zutreffend bei	davon Kriterium erfüllt
14.5/T13	Erfassung der individuellen Ernährungsressourcen und Risiken	100,0	83,7
14.6/T16	Erfassung der individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung	100,0	84,9
14.7/T14	Durchführung erforderlicher Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung	67,4	79,5
14.8/T17	Durchführung erforderlicher Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung	65,4	82,4
14.9/T15	angemessener Ernährungszustand im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung	100,0	95,0
14.10/T18	angemessene Flüssigkeitsversorgung im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung	100,0	97,0

**Tabelle 13: Stationäre Pflege – Essen und Trinken**

### 3.3.1.5 Urininkontinenz

Auch für die Förderung der Harnkontinenz in der Pflege liegt ein Expertenstandard vor, der den aktuellen Wissensstand zum pflegerischen Handeln im Zusammenhang mit der Urinausscheidung beschreibt.<sup>38</sup> Insbesondere an diesem Standard orientieren sich im Rahmen der MDK-Prüfungen die Anforderungen an die stationären Pflegeeinrichtungen.

Mit den Daten aus den MDK-Prüfungen liegen erstmals auf der Grundlage großer Fallzahlen Daten zur Versorgung mit Kathetern sowie mit Inkontinenzmaterialien vor. Von den in die Prüfung einbezogenen Bewohnern (61.985) lag bei 2.100 (3,4 %) ein suprapubischer Dauerkatheter, während mit 3.514 (5,7 %) deutlich mehr Bewohner mit einem transurethralen Dauerkatheter versorgt waren. 41.051 Bewohner (66,2 %) waren mit offenen (z. B. Einlagen) oder geschlossenen Inkontinenzmaterialien (z. B. Inkontinenzhose) versorgt.

Stationäre Pflege – Katheter und Inkontinenzprodukte		
	Anzahl	in v.H.
<b>Anzahl untersuchte Personen</b>	<b>61.985</b>	<b>100,0</b>
<b>davon Versorgung mit:</b>		
suprapubischem Dauerkatheter	2.100	3,4
transurethralem Katheter	3.514	5,7
Inkontinenzprodukten (offen; geschlossen)	41.051	66,2

**Tabelle 14: Stationäre Pflege – Katheter und Inkontinenzprodukten**

Im Rahmen der Prüfungen wurde erhoben, ob bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. Blasen-kathetern die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst (Frage 15.3, Transparenzkriterium 22) und ob die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt worden sind (Frage 15.4, Transpa-

<sup>38</sup> DNQP 2007



renzkriterium 23). Geeignete Maßnahmen sind unter anderem Kontinenztraining / Toiletten-training bzw. die individuelle Planung und Durchführung von Toilettengängen, der Einsatz geeigneter Inkontinenzprodukte und ggf. nach ärztlicher Anordnung die Versorgung mit einem Blasenkatheter.

Für 61.941 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob bei Bewohnern mit einer Inkontinenz bzw. mit einem Blasenkatheter die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst worden sind. Das Kriterium war für 49.735 dieser Bewohner relevant. Bei 81,4 % (40.476 von 49.735) der Bewohner mit einer Inkontinenz bzw. mit einem Blasenkatheter wurden die individuellen Ressourcen und Risiken von der Pflegeeinrichtung erfasst.

Für 61.980 der in die Prüfungen einbezogenen Bewohner liegen Daten zur Durchführung erforderlicher Maßnahmen bei Inkontinenz bzw. Blasenkathetern vor. Bei 47.299 dieser Bewohner waren Maßnahmen bei Inkontinenz bzw. aufgrund von Blasenkathetern erforderlich. Bei 80,0 % (37.842 von 47.299) der Bewohner wurden die erforderlichen Maßnahmen bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. Blasenkatethern durchgeführt. Bei 20,0 % (9.457 von 47.299) der betroffenen Bewohner fanden keine sachgerechten oder ausreichenden Maßnahmen statt, z. B. begleitete Toilettengänge.

Stationäre Pflege – Umgang mit Urinkontinenz (Anteile erfüllter Kriterien in v.H.)			
Frage	Kriterium	zutreffend bei	davon Kriterium erfüllt
15.3/T22	Erfassung der individuellen Ressourcen und Risiken bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter	80,3	81,4
15.4/T23	Durchführung erforderlicher Maßnahmen bei Bewohner mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkathetern	76,3	80,0

**Tabelle 15: Stationäre Pflege – Umgang mit Urinkontinenz**

### 3.3.1.6 Umgang mit Demenz

Für den Umgang mit Menschen mit Demenz, die ein sogenanntes herausforderndes Verhalten zeigen, liegt eine Rahmenempfehlung vor, in der der aktuelle Wissensstand zu dieser Problematik in einem ersten Schritt aufgearbeitet worden ist.<sup>39</sup>

In der stationären Pflege handelt es sich bei Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz in erster Linie um Personen mit einer Demenz. Weit seltener liegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz in der stationären Pflege andere Erkrankungen (z. B. Depression, Wachkoma) zugrunde. Die Prüffragen in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind dem Qualitätsbereich „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ aus den Transparenzvereinbarungen für die stationäre Pflege entnommen. In den Transparenzvereinbarungen wurde dem Begriff „Demenz“ aufgrund des höheren Bekanntheitsgrades der Vorzug vor dem Begriff „eingeschränkte Alltagskompetenz“ gegeben. Gleichwohl beziehen sich sowohl die Transparenzkriterien als auch die Prüffragen der Qualitäts-Prüfungsrichtlinien in diesem Kapitel auf alle Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz. Diese lag laut Angaben der Pflegeeinrichtungen bei 60,7 % (37.600) der Bewohner vor.

<sup>39</sup> BMG 2006

Bezüglich des Umgangs mit Demenz wurde bei den Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege erhoben, ob die Biografie der Bewohner beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt wurde (Frage 16.2, Transparenzkriterium 36), ob Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen worden sind (Frage 16.3, Transparenzkriterium 37), ob die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt worden ist (Frage 16.4, Transparenzkriterium 38), ob geeignete Angebote z. B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung gemacht worden sind (Frage 16.5, Transparenzkriterium 44) und ob das Wohlbefinden im Pflegealltag ermittelt worden ist und daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet worden sind (Frage 16.6, Transparenzkriterium 39).

Für 61.741 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob bei Bewohnern mit einer Demenz die Biografie beachtet und bei der Tagesgestaltung dieser Bewohner berücksichtigt worden ist. Das Kriterium war für 36.244 dieser Bewohner relevant. Die Biografie wurde bei 72,2 % (26.186 von 36.244) der Bewohner mit Demenz beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt.

Für 61.875 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob bei Bewohnern mit einer Demenz Angehörige oder Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen worden sind. Das Kriterium war für 31.135 dieser Bewohner relevant. Angehörige oder Bezugspersonen wurden bei 80,6 % (25.082 von 31.135) der Bewohner mit Demenz in die Planung der Pflege einbezogen.

Für 61.784 Bewohner liegen Daten dazu vor, ob bei Bewohnern mit einer Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt worden ist. Das Kriterium war für 35.843 dieser Bewohner relevant. Die Selbstbestimmung wurde bei 84,6 % (30.320 von 35.843) dieser Bewohner in der Pflegeplanung berücksichtigt.

Für 61.938 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten zu geeigneten Angeboten zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung bei Demenz vor. Bei 36.998 dieser Bewohner waren geeignete Angebote bei Demenz erforderlich. Geeignete Angebote zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung wurden bei 76,3 % (28.225 von 36.998) der Bewohner mit Demenz gemacht.

Die größten Schwierigkeiten bestanden in den stationären Pflegeeinrichtungen bei der Ermittlung des Wohlbefindens und der Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen daraus. Auf das Wohlbefinden kann bei Menschen mit Demenz über Verhaltensweisen, Gestik und Mimik geschlossen werden. Zeigt der Bewohner Anzeichen für eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens, kann die Pflegeeinrichtung unter Ausschöpfung der individuellen Kenntnisse über Wünsche, Vorlieben, Gewohnheiten und Biografie versuchen, die Versorgung so anpassen, dass sich das Wohlbefinden des Menschen mit Demenz verbessert. Für 61.819 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten zur Ermittlung des Wohlbefindens bei Demenz vor. Bei 36.609 dieser Bewohner war die Ermittlung des Wohlbefindens erforderlich. Bei 57,9 % (21.210 von 36.609) der Bewohner mit Demenz wurde dies nachvollziehbar gewährleistet. Die Chance, über Beobachtungsverfahren oder fachliche Einschätzungen fördernde oder störende Faktoren für das Wohlbefinden zu identifizieren, wurde bei 42,1 % (15.399 von 36.609) der betroffenen Bewohner nicht genutzt.

Stationäre Pflege – Umgang mit Demenz (Anteile erfüllter Kriterien in v.H.)			
Frage	Kriterium	<i>zutreffend bei</i>	davon Kriterium erfüllt
16.2/T36	Beachtung der Biographie des Heimbewohners beachtet und Berücksichtigung bei der Tagesgestaltung bei Bewohnern mit Demenz	58,7	72,2
16.3/T37	Einbezug der Angehörigen und Bezugspersonen in die Planung der Pflege bei Bewohnern mit Demenz	50,3	80,6
16.4/T38	Berücksichtigung der Selbstbestimmung in der Pflegeplanung bei Bewohnern mit Demenz	58,0	84,6
16.5/T44	Werden dem Bewohner mit Demenz geeignete Angebote gemacht, z. B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?	59,7	76,3
16.6/T39	Ermittlung und Dokumentation des Wohlbefindens von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag und Ableitung von Verbesserungmaßnahmen	59,2	57,9

Tabelle 16: Statistik

Stationäre Pflege – Körperpflege (Anteile erfüllter Kriterien in v.H.)			
Frage	Kriterium	davon	
		zutreffend bei	Kriterium erfüllt
17.2/T31	Durchführung der erforderlichen Körperpflege gemäß den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners	94,2	72,9
17.4/T32	Durchführung der erforderlichen Mund- und Zahnpflege gemäß den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners	76,6	75,7

**Tabelle 17: Stationäre Pflege – Körperpflege**

**3.3.1.8 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität**

Unter dieser Rubrik wird zunächst betrachtet, ob die individuelle soziale Betreuung beim Pflegeprozess berücksichtigt wird (Frage 18.1). Für 53.560 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten hierzu vor. Für alle diese Bewohner war das Kriterium relevant. Bei 71,2 % (38.143 von 53.560) dieser Bewohner wurde dieses Kriterium erfüllt.

Der aktuelle Stand des Wissens zur Vermeidung von und zum Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen ist in diversen Publikationen beschrieben worden.<sup>40</sup> In ihnen wird die Auffassung vertreten, dass freiheitseinschränkende Maßnahmen weitgehend vermieden werden können und das letzte Mittel der Wahl sein sollten. *„Die Verwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen einschließlich Bettgittern zur Sturzprävention sollte unbedingt vermieden werden.“*<sup>41</sup> Bei den Qualitätsprüfungen des MDK wurde bewertet, ob bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vorlagen (Frage 18.2, Transparenzkriterium 29). Für dieses Kriterium liegen von 61.733 Bewohnern Daten vor. Bei 20,0 % (12.369 von 61.733) dieser Bewohner kamen freiheitseinschränkende Maßnahmen zur Anwendung. Bei den Maßnahmen kann es sich beispielsweise um den Einsatz von Bettgittern oder Therapietischen am Rollstuhl, das Abschießen von Zimmertüren oder die Anwendung von Gurtfixierungen im Bett oder am Rollstuhl handeln. Vor dem Hintergrund des aktuellen Wissensstandes stellt sich die Frage, ob freiheitseinschränkende Maßnahmen in diesem Umfang notwendig sind.

Für 61.733 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten dazu vor, ob bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vorlagen. Bei 12.369 dieser Bewohner war das Kriterium relevant. Bei 88,8 % (10.989 von 12.369) der von freiheitseinschränkenden Maßnahmen betroffenen Bewohner lagen Einwilligungen oder Genehmigungen vor.

Für 61.733 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten dazu vor, ob bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die Notwendigkeit dieser Maßnahmen regelmäßig überprüft worden ist. Bei 11.514 dieser Bewohner war das Kriterium relevant. Bei 78,4 % (9.024 von 11.514) dieser Bewohner wurde die Notwendigkeit dieser Maßnahmen regelmäßig überprüft (Frage 18.3, Transparenzkriterium 30). Bei 21,6 % (2.490 von 11.514) der betroffenen Bewohner fand keine regelmäßige Prüfung statt, ob die freiheitseinschränkenden Maßnahmen weiterhin erforderlich waren.

<sup>40</sup> z. B. Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke 2009, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2006

<sup>41</sup> DNQP 2006, Seite 88.

Ob die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt worden ist (Frage 18.4, Transparenzkriterium 33), wurde ebenso geprüft wie die Frage, ob die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden sind (Frage 18.5).

Für 61.733 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten dazu vor, ob die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt worden ist. Das Kriterium war bei allen 61.733 Bewohnern relevant. Bei 91,8 % (56.644 von 61.733) dieser Bewohner wurde die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt und es war somit unter den gegebenen Bedingungen eine Kontinuität des Personaleinsatzes bei den Bewohnern erkennbar.

Für 53.560 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten dazu vor, ob die Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt worden sind. Das Kriterium war bei allen 53.560 Bewohnern relevant. Bei 95,8 % (51.298 von 53.560) dieser Bewohner wurden die Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt. Bei 4,2 % (2.262 von 53.560) dieser Bewohner war für bestimmte Maßnahmen keine ausreichende Qualifikation vorhanden (z. B. Pflegeplanung durch Pflegehilfskräfte, endotracheales Absaugen durch angeleitete Kräfte).

Schließlich wurde personenbezogen geprüft, ob dem Pflegebericht ein situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden konnte (Frage 18.6). Für 53.560 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner liegen Daten hierzu vor. Bei 26.187 dieser Bewohner konnte das Kriterium bewertet werden. In 91,5 % (23.961 von 26.187) der Fälle konnte dem Pflegebericht ein situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen entnommen werden. In 8,5 % (2.226 von 26.187) der Fälle kamen die Prüfer des MDK jedoch zu der Einschätzung, dass in bestimmten Fällen, z. B. Zustand nach Sturz oder anhaltender Diarrhö, ein situationsgerechtes Handeln (z. B. Information des Arztes) nicht erkennbar war.

<b>Stationäre Pflege – Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität (Anteile erfüllter Kriterien in v.H.)</b>			
<b>Frage</b>	<b>Kriterium</b>	<i>zutreffend</i>	davon
		<i>bei</i>	<b>Kriterium erfüllt</b>
18.1	Berücksichtigung der individuellen sozialen Betreuung beim Pflegeprozess	86,4	71,2
18.2/T29	Bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen liegen Einwilligungen oder Genehmigungen vor	20,0	88,8
18.3/T30	Regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen	18,7	78,4
18.4/T33	Durchführung der Pflege im Regelfall von denselben Pflegepersonen	99,6	91,8
18.5	Einsatz der Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation	86,4	95,8
18.6	situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen kann dem Pflegebericht entnommen werden	48,9	91,5

**Tabelle 18: Stationäre Pflege – Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität**

### 3.3.2 Zufriedenheit

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse aus den MDK-Qualitätsprüfungen wurden mit Hilfe des „Erhebungsbogens zur Befragung der Bewohner“ erhoben. Dieser Erhebungsbogen ist Bestandteil der Anlage 2 („Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege“) der „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über

die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR)<sup>42</sup>.

Bei den Qualitätsprüfungen des MDK werden in der Regel 10 % der Bewohner einer Pflegeeinrichtung (bei Einrichtungen mit weniger als 50 Bewohnern mindestens 5 Personen, bei Einrichtungen mit mehr als 50 Personen mindestens 10 Prozent, nicht mehr als 15 Personen) in die Prüfung einbezogen. Sofern ein in die Prüfung einbezogener Bewohner aufgrund einer Demenzerkrankung oder einer anderen gerontopsychiatrischen Veränderung an der Befragung nicht teilnehmen kann, ist ein anderer Bewohner mit gleicher Pflegestufe nach dem Zufallsprinzip für die Befragung auszuwählen.

Bei der Zufriedenheitsbefragung von älteren Menschen zur pflegerischen Versorgung werden meist sehr hohe Zustimmungs- und Zufriedenheitswerte ermittelt. Als Begründung für die hohen Zufriedenheitswerte bei der Befragung wird in der Literatur vor allem die Abhängigkeit der befragten Personen von der zu beurteilenden Institution angeführt. Auch wird u. a. ein Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation (Kriegs- und Nachkriegsgeneration) und sehr positiven Befragungsergebnissen beschrieben.<sup>43</sup> Dies gilt auch für die Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass ein großer Teil der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen aufgrund der vorhandenen kognitiven Einschränkungen nicht befragt werden kann. Ebenso ist darauf hinzuweisen, dass von den befragten Bewohnern oft nicht alle Fragen beantwortet werden konnten.

Aus diesen Gründen ist eine fachliche Bewertung und Interpretation der Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung nicht zielführend. Die Ergebnisse zur Zufriedenheitsbefragung sind daher im Folgenden tabellarisch dargestellt.

---

<sup>42</sup> MDS & GKV-Spitzenverband 2009<sup>2</sup>

<sup>43</sup> Hasseler & Wolf-Ostermann 2010, BMFSFJ 2006, Wingenfeld 2003, Görres 1999

Stationäre Pflege – Zufriedenheit der Bewohner (Anteile in v. H.)						
Frage	Kriterium	zutreffend bei	immer/ ja	davon		
				häufig	gelegentlich	nie/ nein
20.3/T72	höfliche und freundliche Mitarbeiter	100,0	93,7	5,2	1,0	0,0
20.4/T73	Pflegende nehmen sich ausreichend Zeit	98,9	86,5	9,4	3,7	0,5
20.5/T65	abgestimmter Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen	96,7	92,0	3,8	2,1	2,1
20.6/T66	Bewohner entscheiden, ob Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird	100,0	98,6	0,7	0,3	0,4
20.7/T67	Motivation zur aktivierenden Pflege	89,9	97,5	1,4	0,7	0,4
20.8/T68	die Mitarbeiter sorgen dafür, dass beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann	85,5	98,8	0,7	0,2	0,4
20.9/T74	Auswahl der Kleidung möglich	81,7	96,0	1,7	1,0	1,2
20.10/T75	das Essen schmeckt in der Regel	99,3	84,4	11,0	4,1	0,5
20.11/T71	beim Mittagessen Auswahl zwischen verschieden Gerichten	97,9	87,2*			12,8**
20.12/T76	Zufriedenheit mit den Essenszeiten	99,2	97,3	2,0	0,6	0,1
20.13/T77	jederzeit ausreichendes Angebot zuzahlungsfreier Getränke	99,0	98,5	0,9	0,4	0,2
20.14/T78	die sozialen und kulturellen Angebote entsprechen den Interessen	94,2	80,6	9,5	7,9	2,1
20.15/T79	Teilnahme an Beschäftigungsangeboten wird ermöglicht	95,4	94,5	2,6	1,9	1,0
20.16/T80	Angebot von Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien	93,2	89,5	3,7	4,7	2,1
20.17/T81	Besuchsempfang jederzeit möglich	95,9	99,8	0,1	0,1	0,0
20.18/T70	Zufriedenheit mit der Hausreinigung	99,0	97,0	2,1	0,8	0,1
20.19/T82	zum Waschen abgegebene Wäsche wird zeitnah, vollständig und in einwandreiem Zustand zurückgegeben	89,0	89,5	7,3	3,0	0,3
20.20/T69	pos. Veränderungen nach Beschwerden	41,6	65,3	10,6	9,8	14,4
*Antw.: „ja“ / **Antw.: „nein“						

**Tabelle 19: Stationäre Pflege – Zufriedenheit der Bewohner**

### 3.3.3 Einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse aus den MDK-Qualitätsprüfungen wurden mit Hilfe des „Erhebungsbogens zur Prüfung in der Einrichtung (Struktur- und Prozessqualität)“ erhoben. Dieser Erhebungsbogen ist Bestandteil der Anlage 2 („Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege“) der QPR. Gemäß den Qualitätsprüfungs-Richtlinien erfolgte die Bewertung der Kriterien auf Grundlage der MDK-Anleitung. Diese MDK-Anleitung enthält Erläuterungen, die als handlungsleitende Hil-

feststellungen zur Bewertung von den MDK-Prüfern herangezogen werden. Bei Transparenzkriterien konkretisieren diese Erläuterungen bei Bedarf die in den PTVS vereinbarten Ausfüllanleitungen. Der „Erhebungsbogen zur Prüfung in der Einrichtung (Struktur- und Prozessqualität)“ bezieht sich auf einrichtungsbezogene Aspekte der Struktur- und Prozessqualität.

#### 3.3.3.1 Gestaltung



richtungen zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen (Frage 2.3a, Transparenzkriterium 40) vorhanden waren (99,3 %), zeigt der Anteil von 92,0 % der Einrichtungen, bei denen gesicherte Aufenthaltsflächen im Freien (Frage 2.3b, Transparenzkriterium 41) vorhanden sind, dass hier in einigen Einrichtungen Nachbesserungsbedarf besteht.

Eine identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen soll ebenso wie die Mitnahme eigener Möbel der Wohnlichkeit und der Orientierung dienen. Das gleiche Ziel wird angestrebt mit individuellen Orientierungshilfen wie z. B. Fotos. Sowohl die identifikationserleichternde Milieugestaltung (Frage 2.3c, Transparenzkriterium 42) (96,9 %) als auch der Einsatz individueller Orientierungshilfen (Frage 2.3d, Transparenzkriterium 43) (94,9 %) waren in fast allen Einrichtungen erfüllt.

Für die Selbstbestimmung der Bewohner ist es von Bedeutung, dass diese jederzeit die Pflegeeinrichtung verlassen und betreten können (Frage 2.4). Sichergestellt werden kann dies beispielsweise durch Pfortner, die Vergabe von Schlüsseln oder eine Klingel am Eingang, auf die jederzeit reagiert wird. Nahezu jede Einrichtung (99,4 %\*) erfüllte dieses Kriterium.

<b>Stationäre Pflege – Bewegten innerhalb und außerhalb der Einrichtung, Orientierung (Anteile erfüllter Kriterien in v.H.)</b>			
<b>Frage</b>	<b>Kriterium</b>	<b>zutreffend</b>	<b>davon</b>
		<b>bei</b>	<b>Kriterium erfüllt</b>
2.3a/T40	zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen (auch nachts)	96,4	99,3
2.3b/T41	gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien	96,7	92,0
2.3c/T42	identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen	97,3	96,6
2.3d/T43	Arbeit mit individuellen Orientierungshilfen	96,2	94,9
2.4	jederzeitiges Verlassen und Betreten der Einrichtung möglich	96,0	99,4

**Tabelle 21: Stationäre Pflege – Bewegten innerhalb und außerhalb der Einrichtung, Orientierung**

### 3.3.3.3 Ablauforganisation

Pflege soll nach dem SGB XI unter der fachlichen Verantwortung von Pflegefachkräften stattfinden. Um dies gewährleisten zu können, ist es erforderlich, dass in den stationären Pflegeeinrichtungen durch entsprechende Regelungen die Verantwortlichkeit für die Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkräfte festgelegt ist (Frage 4.1a). Dabei soll auch sichergestellt sein, dass Bewohner bestimmten Pflegefachkräften für die Planung fest zugeordnet sind, um Kontinuität und Beziehung bei der Planung zu fördern. Entsprechende Regelungen wurden in 91,6 %\* der Einrichtungen getroffen. Auch die pflegerische Versorgung sollte durch entsprechende Regelungen auf Kontinuität ausgerichtet sein (Frage 4.1b). Dies war in 92,5 %\* der Einrichtungen gewährleistet.

Im Jahr 2009 wurden in stationären Pflegeeinrichtungen im Bereich der Pflege und Betreuung 311.148 Mitarbeiter eingesetzt. Davon waren 50,9 % Pflegefachkräfte (Altenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in). 10,8 % der Mitarbeiter waren Alten- oder Krankenpflegehelfer, bei denen für einige pflegerische

\* Für die stationäre Pflege liegen zu einer Reihe einrichtungsbezogener Kriterien keine Daten des MDK Baden-Württemberg vor. Die Ergebnisse der betreffenden Kriterien werden im Folgenden mit „\*“ gekennzeichnet.

Aufgaben eine formale Qualifikation angenommen werden kann. 10,8 % der Mitarbeiter hatten Berufsabschlüsse, bei denen nur sehr eingeschränkt von einer formalen Qualifikation für pflegerische Aufgaben ausgegangen werden kann (z. B. Dorfhelfer). Hingegen verfügten 27,5 % der eingesetzte Kräfte über keinerlei pflegerische Qualifikation oder waren noch in der Ausbildung. Im Vergleich zu 2007 hat der Anteil der Mitarbeiter mit pflegefremden Berufsabschlüssen um 15,2 % relativ stark zugenommen.<sup>44</sup> Diese Kräfte verfügen über keine formale Qualifikation für die Durchführung pflegerischer Aufgaben. Da die Pflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft zu erbringen ist, hat die Pflegeeinrichtung sicherzustellen, dass Pflegehilfskräfte bei grundpflegerischen Tätigkeiten angeleitet und überprüft werden (Frage 4.3). Dies kann anhand von praktischen Anleitungen oder mitarbeiterbezogenen Pflegevisiten sichergestellt werden. Knapp 2/3\* (65,7 %\*) der Einrichtungen erfüllen dieses Kriterium. Bei 1/3\* (34,3 %\*) der stationären Pflegeeinrichtungen wurde eine solche Anleitung oder Überprüfung nicht sichergestellt. Die Überprüfung und Anleitung von Pflegehilfskräften wird somit nicht im erforderlichen Umfang als Aufgabe von Pflegefachkräften verstanden. Hier besteht – insbesondere auch vor dem Hintergrund der Zunahme von Mitarbeitern ohne pflegerische Qualifikation – dringender Verbesserungsbedarf.

Im Rahmen von Qualitätsprüfungen wird anhand der Dienstpläne bewertet, ob in der Pflege, sozialen Betreuung und Hauswirtschaft eine personelle Kontinuität gegeben ist. In 93,7 %\* der Einrichtungen war in der Pflege eine Kontinuität von Montag bis Freitag gegeben (Frage 4.5a), in 95,1 %\* der Einrichtungen war nachts eine Kontinuität in der Pflege gegeben (Frage 4.5b), die Besetzung in der Pflege war an den Wochenenden und in der Woche in 92,9 %\* der Einrichtungen vergleichbar (Frage 4.5c) und auch die Kontinuität in der hauswirtschaftlichen Versorgung war in 97,0 %\* der Einrichtungen gegeben (Frage 4.5e). Hingegen ist die Kontinuität bei der sozialen Betreuung bei 86,5 %\* der Einrichtungen gewährleistet (Frage 4.5d). Das bedeutet, dass bei 13,5 %\* der Einrichtungen die soziale Betreuung entweder nicht zu unterschiedlichen Tageszeiten oder nicht am Wochenende angeboten wird. Den Bewohnern dieser Einrichtungen steht damit die Möglichkeit zur Teilhabe am sozialen Leben nur eingeschränkt zur Verfügung.

Während die Angaben zur Kontinuität beim Personaleinsatz keine Aussagen über die quantitative und qualitative Personalausstattung der stationären Pflegeeinrichtungen zulassen, wird mit der Bewertung der am Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner orientierten Personaleinsatzplanung (Frage 4.6) auch die Personalausstattung mit in die Betrachtung einbezogen. Die Frage wird von den Prüfern vor dem Hintergrund der gesamten Versorgungssituation auf der Grundlage eigener fachlicher Einschätzung bewertet. In die Bewertung fließt z. B. ein, ob ständig eine Pflegefachkraft anwesend ist, wie die Bewohnerstruktur der Pflegeeinrichtung beschaffen ist und welche Anforderungen sich aus baulichen Gegebenheiten der Einrichtungen (z. B. Wohnbereiche über mehrere Etagen) ergeben. Aufgrund fehlender verbindlicher quantitativer und qualitativer Personalanforderungen bewerten die Prüfer des MDK diese Frage nur dann negativ, wenn deutliche Hinweise auf Probleme bei der Personalausstattung bzw. der Ablauforganisation gegeben sind. Bei 87,1 %\* der stationären Pflegeeinrichtungen kamen die Prüfer des MDK zu dem Ergebnis, dass die Personaleinsatzplanung bezogen auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat ist. Bei 12,9 %\* war dieses Kriterium nicht erfüllt. In diesen Einrichtungen war zum Beispiel nicht rund um die Uhr mindestens eine Pflegefachkraft in der Einrichtung anwesend, oder es waren in Wohnbereichen, in denen Bewohner mit einem sehr hohen Pflegebedarf lebten, nicht ausreichend oder nicht ausreichend qualifizierte Mitarbeiter eingesetzt. Auch wurde im Rahmen der Prüfungen festgestellt, dass in beschützten Wohnbereichen nicht ständig Pflegefachkräfte anwesend waren.

---

<sup>44</sup> Statistisches Bundesamt 2011

Stationäre Pflege – Ablauforganisation (Angaben in v.H.)		
Frage	Kriterium	Kriterium erfüllt
<b>Organisation der Pflege im Sinne der Bezugspflege</b>		
4.1a	Verantwortlichkeit für PFK geregelt	91,6
4.1b	personelle Kontinuität geregelt	92,5
4.3	Anleitung und Überprüfung von Pflegehilfskräften durch PFK	65,7
<b>kontinuierliche Pflege und Versorgung durch Personaleinsatzplanung</b>		
4.5a	Kontinuität in der Pflege von Montag bis Freitag tagsüber	93,7
4.5b	Kontinuität in der Pflege nachts	95,1
4.5c	Besetzung an Wochenende/Feiertagen mit Wochentagen vergleichbar	92,9
4.5d	Kontinuität in der sozialen Betreuung	86,5
4.6	adäquate Personaleinsatzplanung bzgl. Versorgungs- und Betreuungsbedarf	87,1

**Tabelle 22: Stationäre Pflege – Ablauforganisation**

### 3.3.3.4 Qualitätsmanagement

Die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) definieren zu wichtigen pflegefachlichen Themen den aktuellen Wissensstand. Zum Zeitpunkt der Erarbeitung der aktuell gültigen Prüfgrundlagen für den MDK waren für die stationäre Pflege die Expertenstandards

- Dekubitusprophylaxe (2001, 2010)
- Schmerzmanagement (2005)
- Sturzprophylaxe (2006)
- Kontinenzförderung (2007)
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (2008).

fertiggestellt.

Zu diesen Expertenstandards wird im Rahmen der Prüfung erhoben, ob deren relevante Aussagen im Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtung berücksichtigt werden (Frage 6.3a-e). Aus datentechnischen Gründen liegen uns nur Daten zur Umsetzung der Expertenstandards Dekubitusprophylaxe (Frage 6.3a), Schmerzmanagement (Frage 6.3.b) sowie Sturzprophylaxe (Frage 6.3c) vor. 84,0 %\* der stationären Pflegeeinrichtungen berücksichtigten den Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe, 79,3 %\* den Expertenstandard zum Schmerzmanagement und 84,1 %\* den Expertenstandard zur Sturzprophylaxe im Qualitätsmanagement. Dass bis zu 1/5\* der stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen des gesetzlich verpflichtenden einrichtungsinternen Qualitätsmanagements diese wesentlichen Grundlagen nicht berücksichtigen, ist unverständlich, da diese den aktuellen Wissensstand beschreiben. Den aktuellen Stand des Wissens müssen die Pflegeeinrichtungen gemäß gesetzlicher und vertraglicher Verpflichtungen berücksichtigen. Diese Expertenstandards lagen zum Zeitpunkt der Prüfungen schon seit mindestens drei (Sturzprophylaxe), vier (Schmerzmanagement) bzw. acht Jahren (Dekubitusprophylaxe) vor. Zusammenhänge zwischen der Berücksichtigung der Expertenstandards im Qualitätsmanagement und der pflegerischen personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) werden in einem gesonderten

Schwerpunktkapitel analysiert (siehe Kapitel 6.1 Expertenstandards und die Qualität der pflegerischen Versorgung). Im Rahmen einer Repräsentativerhebung unter stationären Pflegeeinrichtungen wurden diese nach ihrer Einschätzung zur Umsetzung der Expertenstandards des DNQP befragt. Von den befragten stationären Pflegeeinrichtungen gaben 99 % an, den Expertenstandard zur Dekubitus-prophylaxe und den zur Sturzprophylaxe umzusetzen, und 92 % der stationären Pflegeeinrichtungen gaben an, den Expertenstandard zum Schmerzmanagement umzusetzen.<sup>45</sup> Selbsteinschätzung und externe Bewertung durch den MDK kommen demnach zu unterschiedlichen Ergebnissen. Dies zeigt sich auch bei der personenbezogenen Bewertung der Versorgungsqualität zu Themen, für die die genannten Expertenstandards relevant sind. Zwar ist davon auszugehen, dass den Pflegeeinrichtungen die Expertenstandards überwiegend bekannt sind, der tatsächliche Implementationsgrad der Expertenstandards sowohl im Qualitätsmanagement als auch bei der Umsetzung in die Pflegepraxis entspricht aus externer Perspektive des MDK jedoch nicht der Selbsteinschätzung.

Stationäre Pflege – Qualitätsmanagement 1 (Anteile erfüllter Kriterien in v.H.)			
Frage	Kriterium	zutreffend	davon
		bei	Kriterium erfüllt
Berücksichtigung von Expertenstandards			
6.3a	Dekubitusprophylaxe	100,0	84,0
6.3b	pflegerischen Schmerzmanagement	98,7	79,3
6.3c	Sturzprophylaxe	100,0	84,1

**Tabelle 23: Stationäre Pflege – Qualitätsmanagement 1**

Zum Qualitätsmanagement gehört eine systematische Fortbildungsplanung. Im Rahmen des Qualitätsmanagements wird bei den Qualitätsprüfungen des MDK erhoben, ob ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan vorliegt (Frage 6.8a-d). Für die Pflege (Frage 6.8a) ist dies in 93,6 %\* der Pflegeeinrichtungen gegeben, für die soziale Betreuung (Frage 6.8b) erst in 85,2 %\* der Pflegeeinrichtungen. Für die Hauswirtschaft ist dieses Kriterium (Frage 6.8c) nur prüfrelevant, wenn die Leistungen durch die Pflegeeinrichtungen selbst angeboten werden. Von diesen Einrichtungen verfügten ebenfalls 85,2 %\* über einen prospektiven Fortbildungsplan für hauswirtschaftliche Mitarbeiter. Sofern sich die Pflegeeinrichtung auf die Versorgung bestimmter Personengruppen spezialisiert hat (Schwerpunkt), wurde überprüft, ob für diesen Schwerpunkt ein Fortbildungsplan vorlag (Frage 6.8d). Dies war bei 93,8 %\* (von 1.281) der Pflegeeinrichtungen der Fall.

Ein weiteres wichtiges Element des Qualitätsmanagements sind die Kommunikationsstrukturen einer Organisation. Bei den Qualitätsprüfungen durch den MDK wird erhoben, ob Übergabegespräche zwischen den Pflegeschichten durchgeführt werden, regelmäßig Dienstbesprechungen in der Pflege, sozialen Betreuung und Hauswirtschaft und professionsübergreifend abgehalten werden und ob mit schriftlichen Regelungen (z. B. Dienstanweisungen, Rundschreiben, Aushängen, Intranet) gearbeitet wird (Fragen 6.12a-f). Übergabegespräche fanden mit 98,5 %\* in nahezu allen stationären Pflegeeinrichtungen statt. Regelmäßige Dienstbesprechungen in der Pflege (91,0 %\*) und in der sozialen Betreuung (91,8 %\*) sowie professionsübergreifende Dienstbesprechungen (92,8 %\*) finden auch in fast allen stationären Pflegeeinrichtungen statt. Ob Dienstbesprechungen in der Hauswirtschaft regel-

<sup>45</sup> BMG 2011

mäßig durchgeführt werden, wird im Rahmen der Prüfung nur dann erhoben, wenn dieser Leistungsbereich durch die Pflegeeinrichtung selbst angeboten wird. Von diesen Einrichtungen führten 88,3 % \* regelmäßig Dienstbesprechungen in der Hauswirtschaft durch. Schriftliche Medien wie Dienstanweisungen etc. wurden in nahezu allen Einrichtungen (98,9 % \*) genutzt.

Der Umgang mit Erste-Hilfe-Situationen und Notfällen ist ein weiteres Thema, das im Rahmen der Qualitätsprüfungen dem Qualitätsmanagement zugeordnet ist. Dabei geht es darum, ob Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen regelmäßig in Erste-Hilfe-Maßnahmen geschult werden (Frage 6.13a, Transparenzkriterium 34) und ob in der Einrichtung schriftliche Verfahrensanweisungen zu Erster Hilfe und zum Verhalten in Notfällen existieren (Frage 6.13b, Transparenzkriterium 35). Schulungen zu Erste-Hilfe-Maßnahmen fanden in 88,4 % der geprüften Einrichtungen statt, Verfahrensanweisungen zu Erster Hilfe und zum Verhalten in Notfällen lagen in 91,7 % der Pflegeeinrichtungen vor.

Unverzichtbarer Bestandteil des Qualitätsmanagements ist ein Beschwerdemanagement. Im Rahmen von Qualitätsprüfungen wird daher der Frage nachgegangen, ob die stationären Pflegeeinrichtungen über ein Beschwerdemanagement verfügen (Frage 6.14, Transparenzkriterium 55). Dies traf für 87,5 % der Pflegeeinrichtungen zu. Bei 12,5 % lagen keine schriftlichen Regelungen zum Umgang mit Beschwerden vor. In diesen Einrichtungen kann nicht davon ausgegangen werden, dass Beschwerden systematisch nachgegangen wird und daraus Verbesserungsmöglichkeiten abgeleitet werden.

Stationäre Pflege – Qualitätsmanagement 2 (Anteile erfüllter Kriterien in v.H.)			
Frage	Kriterium	zutreffend bei	davon Kriterium erfüllt
<b><i>Bedarfsgerechte prospektive Fortbildungspläne</i></b>			
6.8a	Fortbildungsplan Pflege	100,0	93,6
6.8b	Fortbildungsplan soziale Betreuung	100,0	85,2
6.8c	Fortbildungsplan hauswirtschaftliche Versorgung	71,7	85,2
6.8d	bei Schwerpunkt schwerpunktspezifische Fortbildungen	18,6	93,8
<b><i>Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe</i></b>			
6.12a	Übergabegespräche	100,0	98,5
6.12b	regelmäßige Dienstbesprechungen Pflege	100,0	91,0
6.12c	regelmäßige Dienstbesprechungen soziale Betreuung	100,0	91,8
6.12d	regelmäßige Dienstbesprechungen Hauswirtschaft	72,0	88,3
6.12e	professionsübergreifende Dienstbesprechungen	100,0	92,8
6.12f	schriftlich fixierte Regelungen	100,0	98,9
<b><i>verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen</i></b>			
6.13a/T34	regelmäßige Schulungen in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen	100,0	88,4
6.13b/T35	schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten in Notfällen	100,0	91,7
6.14/T55	Einrichtung verfügt über ein Beschwerdemanagement	100,0	87,5

**Tabelle 24: Stationäre Pflege – Qualitätsmanagement 2**

### 3.3.3.5 Hygiene

Unter dem Aspekt der Hygiene wird im Rahmen der Qualitätsprüfungen der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene per Augenscheinnahme der Einrichtung bewertet (Frage 8.1, Transparenz-kriterium 58). Dabei werden der Eingangsbereich, die Bewohnerzimmer, die Dienstzimmer, Sanitärräume, Aufenthaltsräume der Bewohner, Hilfsmittel, Kleidung der Mitarbeiter, räumliche Trennung von Arbeits- und sonstigen Hilfsmitteln und Wäsche in rein und unrein bewertet. Auf die Prüfer des MDK machten 94,6 % der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen insgesamt einen guten Eindruck im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene.

Weiterhin beinhaltet die Prüfung der stationären Pflegeeinrichtung das Hygienemanagement der stationären Pflegeeinrichtung. Dabei geht es darum, ob innerbetriebliche Verfahrensanweisungen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut vorliegen (Frage 8.2a), ob die Reinigung und der Umgang mit kontagiösen oder kontaminierten Gegenständen geregelt ist (Frage 8.2b), ob die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen regelmäßig überprüft wird (Frage 8.2c), ob die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen den Mitarbeitern bekannt sind (Frage 8.2d) und ob die für das Hygienemanagement erforderlichen Desinfektionsmittel vorhanden sind (Frage 8.2e). Während Verfahrensanweisungen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut (92,1 %\*) sowie zur Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände (94,8 %\*) weitgehend vorlagen und den Mitarbeitern diese Regelungen auch bekannt waren (92,7 %\*), wurde die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen nur in 80,8 %\* regelmäßig überprüft. In 19,2 %\* der Einrichtungen fand keine regelmäßige Prüfung dazu statt, ob die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen eingehalten werden. In diesen Einrichtungen ist damit nicht sichergestellt, dass die eigenen Vorgaben zum Hygienemanagement auch umgesetzt werden. In nahezu allen Pflegeeinrichtungen (97,1 %\*) waren die für das Hygienemanagement erforderlichen Desinfektionsmittel vorhanden.

Wenn in den Pflegeeinrichtungen Bewohner mit MRSA wohnen, wird überprüft, ob in der Pflegeeinrichtung geeignete Standards / Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA vorliegen (Frage 8.4). Mit 4.064 gab etwa die Hälfte der geprüften Pflegeeinrichtungen an, dass in ihrer Einrichtung Bewohner mit MRSA leben. Nahezu alle dieser stationären Pflegeeinrichtungen (98,1 %) verfügten über entsprechende Regelungen im Umgang mit MRSA und haben entsprechende Schulungsmaßnahmen für die Mitarbeiter durchgeführt. Bisher ist aber in den Prüfgrundlagen die Prüfung der Umsetzung dieser Regelung nicht vorgesehen. Angesichts der zunehmenden Problematik mit multiresistenten Keimen sollte hier an eine Weiterentwicklung der Prüfgrundlagen gedacht werden (siehe Infektionsschutzgesetz).



der Einrichtungen sachgerecht, Kaltgetränke (99,3 %) und Warmgetränke (99,6 %) standen fast immer unbegrenzt und zuzahlungsfrei zur Verfügung.

Ein weiterer Aspekt der Prüfung ist, ob Speisen und Getränke in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten werden (Frage 9.7, Transparenzkriterium 64). Dies war in 97,2 % der stationären Pflegeeinrichtungen gegeben.

Stationäre Pflege – Verpflegung (Anteile erfüllter Kriterien in v.H.)			
Frage	Kriterium	zutreffend bei	davon Kriterium erfüllt
<b><i>abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot</i></b>			
9.2a	Wahlmöglichkeiten	100,0	93,3
9.2b/T60	Diätkost	100,0	97,8
9.2c	Wunschkost	100,0	97,0
9.2d/T45	bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz	97,1	88,8
9.2e/T61	Orientierung an individuellen Fähigkeiten der Bewohner bei der Darbietung von Speisen und Getränken	100,0	96,0
9.2f	bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen	96,8	94,0
9.2g/T63	Orientierung von Portionsgrößen an Wünschen der Bewohner	100,0	90,7
9.4/T59	freie Wahl des Essenszeitpunkts im Rahmen bestimmter Zeitkorridore	100,0	96,4
<b><i>zuzahlungsfreie, angemessene Getränkeversorgung für die Bewohner</i></b>			
9.5a	Bewohner über Angebot nachvollziehbar informiert	100,0	97,7
9.5b	Kaltgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar	100,0	99,3
9.c	Warmgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar	100,0	99,6
9.7/T64	Angebot der Speisen und Getränke in angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre	100,0	97,2

Tabelle 26: Stationäre Pflege – Verpflegung

3.3.3.7 Soziale Betreuung

Zur sozialen Betreuung wird bei den Qualitätsprüfungen die Differenzierung des Angebotes an sozialen Betreuungsleistungen nach Gruppenangeboten (Frage 10.1a, Transparenzkriterium 46), Einzelangeboten (Frage 10.1b, Transparenzkriterium 47), jahreszeitlichen Festen (Frage 10.1c, Transparenzkriterium 48), Aktivitäten zur Kontaktpflege mit dem Gemeinwesen (Frage 10.1d, Transparenzkriterium 49) und mit den Angehörigen (Frage 10.1e, Transparenzkriterium 50) bewertet. Jahreszeitliche Feste fanden in fast allen Pflegeeinrichtungen statt (98,9 %), auch Maßnahmen zur Kontaktpflege mit dem Gemeinwesen (97,3 %) sowie zu den Angehörigen (95,7 %) waren fast immer erkennbar. Während die Gruppenangebote ebenfalls noch in den allermeisten Einrichtungen offeriert wurden (94,9 %), waren Einzelangebote mit 83,7 % deutlich weniger im Leistungsspektrum der sozialen Betreuung der stationären Einrichtungen enthalten. Einzelangebote richten sich an Bewohner, die aufgrund von kognitiven Einschränkungen, Einschränkungen in der Mobilität oder anderen Handicaps nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können und daher in hohem Maße der Gefahr der Vereinsamung ausgesetzt sind.



Auch waren die Angebote der sozialen Betreuung nicht in allen Einrichtungen auf die Struktur und die Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet (Frage 10.2, Transparenzkriterium 51) (87,9 %). Die Angebote der sozialen Betreuung sind damit in 12,1 % der Einrichtungen nicht zielgruppengerecht.

Weitere Aspekte der Prüfung im Zusammenhang mit der sozialen Betreuung sind, ob die Angebote der sozialen Betreuung auf unterschiedliche Tageszeiten verteilt werden (Frage 10.5a), ob für Bewohner mit vollständiger Immobilität (Frage 10.5b) und für Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (Frage 10.5c) nahezu täglich ein Angebot zur Tagesstrukturierung bestand. Während die Verteilung der Angebote der sozialen Betreuung mit 93,5 % in fast allen Pflegeeinrichtungen angemessen war, zeigten sich Probleme, Angebote zur Tagesstrukturierung für Bewohner mit vollständiger Immobilität oder mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen nahezu täglich zu realisieren. Bei Bewohnern mit Immobilität gelang dies bei 69,3 %, bei Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen bei 78,1 % der stationären Einrichtungen. Die Pflegeeinrichtungen, die dies bisher nicht gewährleisten, müssen dringend Veränderungen herbeiführen, um bei den betreffenden Personen eine soziale Deprivation zu vermeiden.

Im Zusammenhang mit der sozialen Betreuung wird weiterhin erhoben, ob es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung gibt, z. B. die Benennung von Bezugspersonen, eine Unterstützung bei der Orientierung in der Pflegeeinrichtung oder Integrationsgespräche nach 6 Wochen (Frage 10.8a, Transparenzkriterium 52), und ob die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet wird (Frage 10.8b, Transparenzkriterium 53). Während 75,5 % der stationären Pflegeeinrichtungen Hilfestellungen bei der Eingewöhnung angeboten haben, findet eine systematische Auswertung der Eingewöhnungsphase nur in 58,4 % der Einrichtungen statt. In 41,6 % der Einrichtungen wird somit zumindest nicht systematisch reflektiert, wo die neuen Bewohner nach Ablauf der ersten Zeit noch Veränderungen oder Hilfestellungen benötigen, um die Eingewöhnung in die Lebenswelt Heim erfolgreich bewältigen zu können.

Schließlich wird überprüft, ob es in den stationären Pflegeeinrichtungen ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes gibt, das den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung bekannt ist (Frage 10.9, Transparenzkriterium 54). Vor dem Hintergrund, dass nahezu jeder, der in ein Heim zieht, dort auch versterben wird, ist es unerlässlich, dass die Pflegeeinrichtungen ihren Umgang mit dem Sterbeprozess auf ein konzeptionelles Fundament gründen. Das Kriterium war bei 83,4 % der stationären Pflegeeinrichtungen erfüllt. In mehr als 15 % der stationären Pflegeeinrichtungen liegen somit noch keine konzeptionellen Grundlagen zur Sterbebegleitung vor.

Stationäre Pflege – Soziale Betreuung (Angaben in v.H.)		
Frage	Kriterium	Kriterium erfüllt
<b><i>angebotene Leistungen im Rahmen der sozialen Betreuung</i></b>		
10.1a/T46	Gruppenangebote	94,9
10.1b/T47	Einzelangebote	83,7
10.1c/T48	Veranstaltung jahreszeitlicher Feste	98,9
10.1d/T49	Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/-pflege mit dem örtlichen Gemeinwesen	97,3
10.1e/T50	Maßnahmen zur Kontaktpflege mit Angehörigen	95,7
10.2/T51	Ausrichtung der Angebote der soz. Betreuung auf Bedürfnisse der Bewohner	87,9
<b><i>ausreichendes Angebot an sozialer Betreuung</i></b>		
10.5a	Angebot zu unterschiedlichen Tageszeiten	93,5
10.5b	nahezu tägliches Angebot für Bewohner mit vollständiger Immobilität	69,3
10.5c	nahezu tägliches Angebot für Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen	78,1
<b><i>systematische Eingewöhnung der Bewohner in die Pflegeeinrichtung</i></b>		
10.8a/T52	Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung	75,5
10.8b/T53	systematische Auswertung der Eingewöhnungsphase	58,4
10.9/T54	Angebot zur Sterbebegleitung auf Basis eines Konzepts	83,4

**Tabelle 27: Stationäre Pflege – Soziale Betreuung**

## 4 Prüfungen und

geeinrichtungen nach Trägerart entspricht damit der Verteilung aller zugelassenen Einrichtungen laut den Daten des Statistischen Bundesamtes für 2009<sup>47</sup>. Von den geprüften ambulanten Pflegeeinrichtungen verfügten 9,8 % über ein zertifiziertes Qualitätsmanagement. Dieser Anteil liegt damit höher als der für 2007 ermittelte Wert (3,8 %).

Ambulante Pflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart (Anteile in v.H.)	
Trägerart	in v.H.
privat	62,6
freigemeinnützig	35,9
öffentlich	1,3

**Tabelle 29: Ambulante Pflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart**

Ambulante Pflege – Geprüfte Einrichtungen mit Zertifizierung (in v.H.)	
1/2004 – 6/2006	3,8
7/2009 – 12/2010	9,8

**Tabelle 30: Ambulante Pflege – Geprüfte Einrichtungen mit Zertifizierung**

Von den im Rahmen von Regelprüfungen geprüften ambulanten Einrichtungen wurden insgesamt 623.053 Pflegebedürftige betreut. Im Mittel haben diese Pflegedienste 85 Pflegebedürftige betreut. Mit durchschnittlich 28 Personen erhielt ein großer Anteil dieser Pflegebedürftigen ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Durchschnittlich 42 Personen erhielten entweder ausschließlich Sachleistungen nach dem SGB XI (16 Personen) oder sowohl Sachleistungen nach dem SGB XI als auch nach dem SGB V (26 Personen). Nach der QPR werden nur die Personen in die Prüfungen einbezogen, die mindestens Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Personen, die nur Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V erhalten, werden nicht in die Prüfung einbezogen. Von den im Rahmen von Regelprüfungen geprüften ambulanten Pflegediensten wurden insgesamt 313.396 Personen versorgt, die entweder ausschließlich Sachleistungen nach dem SGB XI oder sowohl Sachleistungen nach dem SGB XI als auch nach dem SGB V erhielten. Insgesamt wurde davon bei 44.889 Personen die Versorgungsqualität geprüft. Allein bei Regelprüfungen wurden 42.417 Personen in die Prüfung einbezogen. Gemessen an den Regelprüfungen entspricht dies 13,5 % der von den geprüften Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen mit Sachleistungsbezug nach dem SGB XI.

## 4.3 Ergebnisse ambulante Pflegedienste

### 4.3.1 Personenbezogene Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität)

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse aus den MDK-Qualitäts-prüfungen wurden mit Hilfe des „Erhebungsbogens zur Prüfung beim Pflegebedürftigen (Prozess- und Ergebnisqualität)“ erhoben. Dieser Erhebungsbogen ist Bestandteil der Anlage 1 („Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege“) der „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungen-Richtlinien – QPR)“<sup>48</sup>. Gemäß

<sup>47</sup> Statistisches Bundesamt 2011

<sup>48</sup> MDS & GKV-Spitzenverband 2009<sup>1</sup>

den Qualitätsprüfungs-Richtlinien erfolgte die Bewertung der Kriterien auf Grundlage der MDK-Anleitung. Diese MDK-Anleitung enthält Erläuterungen, die als handlungsleitende Hilfestellungen zur Bewertung von den MDK-Prüfern herangezogen werden. Bei Transparenzkriterien ergänzen diese Erläuterungen bei Bedarf die in den Transparenzvereinbarungen vereinbarten Ausfüllanleitungen. Der „Erhebungsbogens zur Prüfung beim Pflegebedürftigen (Prozess- und Ergebnisqualität)“ bezieht sich auf personenbezogene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität). Die Versorgungsqualität bildet den zentralen Prüfbereich der Qualitätsprüfungen des MDK.

Bei den Qualitätsprüfungen des MDK werden in der Regel 10 % der Pflegebedürftigen mit Sachleistungsbezug nach dem SGB XI<sup>49</sup> eines ambulanten Pflegedienstes (bei Einrichtungen mit weniger als 50 Pflegebedürftigen mindestens 5 Personen, bei Einrichtungen mit mehr als 50 Pflegebedürftigen mindestens 10 Prozent, nicht mehr als 15 Pflegebedürftige) per Zufallsauswahl in die Prüfung einbezogen. Wenn bei diesen Personen auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erbracht werden, wird auch deren Qualität bewertet. Die Personenstichprobe wird entsprechend der Pflegestufenverteilung im Pflegedienst stratifiziert gezogen.

Eine Reihe der personenbezogenen Prüfkriterien trifft nur bei einem Teil der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen zu, da die personenbezogenen Kriterien zum Teil nur geprüft werden können, wenn entsprechende Leistungen vereinbart worden sind.

#### 4.3.1.1 Struktur der einbezogenen Pflegebedürftigen

Bei den 7.782 Prüfungen in ambulanten Pflegediensten in der Zeit vom 01.07.2009 bis zum 31.12.2010 wurde bei 44.889 Pflegebedürftigen die personenbezogene Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) bewertet. Durchschnittlich wurden 5–6 Pflegebedürftige (5,7) in die Prüfungen einbezogen.

Bei den Pflegestufen waren Pflegebedürftige mit der Pflegestufe 1 mit 50,3 % am häufigsten vertreten, gefolgt von Personen mit der Pflegestufe 2 mit 32,8 %. Die Pflegestufe 3 lag bei 16,4 % der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen vor.

Bei einem Anteil von 27,9 % der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen lag laut Angaben der Pflegeeinrichtung eine eingeschränkte Alltagskompetenz vor.

<b>Ambulante Pflege – Einbezogene Pflegebedürftige nach Pflegestufe (Angaben in v.H.)</b>		
<b>Pflegestufe</b>		
<b>9.2f</b>	nicht pflegebedürftig	0,1
	Pflegestufe I	50,3
	Pflegestufe II	32,8
	Pflegestufe III	16,4
	Pflegestufe III Härtefall	0,4
	noch nicht eingestuft	0,1
<b>9.2g</b>	Eingeschränkte Alltagskompetenz nach Angabe der Pflegeeinrichtung	27,9

**Tabelle 31: Ambulante Pflege – Einbezogene Pflegebedürftige nach Pflegestufe**

<sup>49</sup> im Folgenden Pflegebedürftige genannt

### 4.3.1.2 Behandlungspflege

Die Fragen zur Behandlungspflege können im Rahmen der Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten nur dann bearbeitet werden, wenn eine entsprechende behandlungspflegerische Maßnahme bei den Personen, die per Zufallsauswahl in die Prüfung einbezogen wurden, ärztlich verordnet wurde. Der ambulante Pflegedienst kann die verordneten behandlungspflegerischen Leistungen nur fachlich korrekt durchführen, wenn der verordnende Vertragsarzt eine dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Verordnung ausgestellt und gleichzeitig die hiermit zusammenhängenden erforderlichen Medizinprodukte und Hilfsmittel gesondert verordnet hat. Ist dies nicht der Fall, kann dies nicht dem ambulanten Pflegedienst angelastet werden. Dies ist bei der Beurteilung der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) des ambulanten Pflegedienstes durch den MDK zu beachten. Die jeweiligen Kriterien zur Behandlungspflege werden daher nur dann als nicht erfüllt bewertet, wenn die Verantwortung dafür dem Pflegedienst zugeordnet werden kann.

Weiterhin ist zu beachten, dass sich aus der ärztlichen Verordnung selbst, die auch für die Genehmigung der Leistung durch die Krankenkasse herangezogen wird, meist nur ergibt, welche Maßnahme in welcher Frequenz durchgeführt werden soll. Die konkrete Ausgestaltung der Maßnahme (z. B. die Dosis einer Insulininjektion, die konkrete Durchführung der Wundversorgung) ergibt sich aus den Anordnungen des Arztes, die mittels schriftlicher oder mündlicher Kommunikation zwischen Pflegedienst und Arzt zusätzlich abgestimmt werden müssen.

Aus den Daten für diesen Bericht lässt sich ableiten, welche behandlungspflegerischen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen besonders häufig von den Pflegediensten zusätzlich zu Sachleistungen nach dem SGB XI erbracht wurden. Das sind:

- Medikamentengabe (47,7 %)
- Anlegen / Wechseln von Kompressionsverbänden / -strümpfen (21,2 %)
- Injektionen (s.c. / i.m.) (12,8 %)
- Anlegen von Wundverbänden (7,0 %)

Zunächst wird hinsichtlich der Behandlungspflege allgemein betrachtet, ob bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar ist (Frage 10.1, Transparenzkriterium 27). Neben der routinemäßig erforderlichen Kommunikation ist eine aktive Kommunikation mit dem Arzt insbesondere bei relevanten Normabweichungen, Notfällen oder relevanten Gesundheitsveränderungen im Zusammenhang mit verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen notwendig. Für 44.359 Pflegebedürftige liegen Daten dazu vor, ob eine aktive Kommunikation mit dem Arzt erforderlich war und bei Bedarf durchgeführt wurde. Das Kriterium war bei 19.204 Pflegebedürftigen relevant. Die Kommunikation war bei 86,9 % (16.682 von 19.204) dieser Pflegebedürftigen nachvollziehbar. Bei 13,1 % (2.522 von 19.204) dieser Pflegebedürftigen war die erforderliche Kommunikation mit dem behandelnden Arzt nicht nachvollziehbar. In diesen Fällen gab es aus der fachlichen Sicht der Prüfer des MDK Unklarheiten, die eine Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Arzt erforderlich gemacht hätten. Beispielsweise wird bei Veränderungen im Allgemeinzustand des Pflegebedürftigen (z. B. Schmerzentwicklung, relevante Gewichtsabnahme) kein Kontakt mit dem behandelnden Arzt aufgenommen.

Bei einigen der Pflegebedürftigen, die von ambulanten Pflegediensten betreut werden, werden aufgrund eines vorliegenden Diabetes Blutzuckermessungen durch den ambulanten Pflegedienst durchgeführt. Im Rahmen der Qualitätsprüfung durch den MDK wird erhoben, ob die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Anordnung durchgeführt und ausge-

wertet wird und ob hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen werden (Frage 10.6, Transparenzkriterium 20). Für 42.649 Pflegebedürftige liegen Daten dazu vor, ob Blutzuckermessungen durch den Pflegedienst durchgeführt wurden. Blutzuckermessungen wurden bei 2.208 dieser Personen durch den ambulanten Pflegedienst durchgeführt. Entsprechend den Prüfkriterien wurden bei 89,8 % (1.982 von 2.208) der Pflegebedürftigen die Blutzuckermessungen durchgeführt. Bei 10,2 % (226 von 2.208) der Pflegebedürftigen wurden die Anforderungen nicht erfüllt, z. B. ergaben sich bei Blutzuckermessungen Abweichungen von den vom Arzt vorgegebenen Schwellenwerten, ohne dass der Arzt hierüber informiert worden ist.

Viele Pflegebedürftige, die mit dem Pflegedienst Sachleistungen nach dem SGB XI vereinbart haben, erhalten aufgrund einer Verordnung durch den Arzt auch Hilfen bei der Medikamentengabe. Hierbei ist von Interesse, ob die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung entspricht (Frage 10.16, Transparenzkriterium 19). Bei 43.144 Personen liegen Daten darüber vor, ob eine Medikamentengabe ärztlich verordnet war und diese der ärztlichen Verordnung entsprach. Bei 21.445 dieser Personen war eine entsprechende Leistung verordnet. Die Medikamentengabe entsprach bei 77,5 % (16.630 von 21.445) dieser Pflegebedürftigen der ärztlichen Verordnung. Bei 22,5 % (4.815 von 21.445) dieser Pflegebedürftigen entsprach die Medikamentengabe allerdings nicht der ärztlichen Verordnung, z. B. wurden Medikamente mit einer falschen Dosierung gestellt. Bei der Bewertung dieses Befundes sind die damit zusammenhängenden gesundheitlichen Risiken besonders zu berücksichtigen.

Hinsichtlich der Versorgung mit Injektionen (z. B. Insulin, Heparin) wird bei Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten überprüft, ob Injektionen sachgerecht gerichtet werden (in diesem Fall kann die Injektion selbst durch den Pflegebedürftigen oder Angehörige durchgeführt werden) (Frage 10.17). Für 42.787 der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen liegen Daten dazu vor, ob das Richten von Injektionen durch den Pflegedienst erbracht wurde. Das Richten von Injektionen wurde bei 2.398 dieser Pflegebedürftigen durch den Pflegedienst erbracht. Sachgerecht gerichtet wurden Injektionen bei 90,4 % (2.168 von 2.398) dieser Pflegebedürftigen.

Für 42.785 der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen liegen Daten dazu vor, ob Injektionen durchgeführt wurden. Injektionen waren bei 5.756 Pflegebedürftigen durch den Arzt verordnet. Waren Injektionen verordnet, wurden diese bei 87,4 % (5.028 von 5.756) dieser Pflegebedürftigen entsprechend der Verordnung nachvollziehbar durchgeführt und dokumentiert und es erfolgte bei Komplikationen eine Information an den Arzt (Frage 10.18, Transparenzkriterium 23). Fehler bei diesem Kriterium sind mit einem hohen Risiko verbunden. Daher ist es nicht zufriedenstellend, dass bei 12,6 % (728 von 5.756) dieser Pflegebedürftigen bei der Verabreichung von Injektionen Fehler aufgetreten sind. Zum Beispiel entsprach bei insulinpflichtigen Diabetikern die verabreichte Insulindosis nicht dem ärztlich angeordneten Schema.

Zum Schmerzmanagement liegt seit 2005 ein Expertenstandard vor.<sup>50</sup>

Der Expertenstandard zum Schmerzmanagement in der Pflege sieht auf der ersten Kriterienebene eine aktuelle systematische Schmerzeinschätzung und eine Verlaufskontrolle vor. Bei Personen, die chronische Schmerzen haben und bei denen eine ärztliche Verordnung für Medikamentengaben oder für Injektionen vorliegt, die der Schmerztherapie dient, wird überprüft, ob ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement durchgeführt wird (Frage 10.21). Hierbei wird das Augenmerk darauf gerichtet, ob eine Schmerzeinschätzung durch den Pflegedienst durchgeführt wird. Bei 42.617 Personen liegen Daten darüber vor, ob eine pflegerische Schmerzeinschätzung erforderlich war. Bei 5.658 dieser Personen war dieses

---

<sup>50</sup> DNQP 2005

Kriterium relevant. Eine solche Schmerzeinschätzung wurde lediglich bei 38,2 % (2.146 von 5.658) der Pflegebedürftigen, bei denen die Gabe von Schmerzmedikamenten durch den Pflegedienst erfolgte, durchgeführt. Damit sind die Pflegedienste noch viel zu häufig nicht in der Lage, dem behandelnden Arzt bei Bedarf Hinweise zur erforderlichen Anpassung der Schmerztherapie zu geben.

Bei einigen der Pflegebedürftigen, die von den ambulanten Pflegediensten betreut werden, erfolgt aufgrund einer ärztlichen Verordnung eine Katheterisierung der Harnblase. Bei 42.766 Personen liegen Daten darüber vor, ob eine entsprechende Verordnung vorlag. Bei 1.923 dieser Personen lag eine Verordnung für die Katheterisierung der Harnblase vor. Bei diesen Pflegebedürftigen wird überprüft, ob die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt und dokumentiert und ob bei Komplikationen der Arzt informiert wird (Frage 10.22, Transparenzkriterium 25). Bei 84,4 % (1.623 von 1.923) dieser Pflegebedürftigen wurden die Anforderungen erfüllt. Bei 15,6 % (300 von 1.923) dieser Pflegebedürftigen war die Durchführung aber beispielsweise nicht nachvollziehbar dokumentiert, so dass z. B. die Kathetergröße oder Wechselintervalle nicht festgehalten waren.

Ambulante Pflege – Behandlungspflege 1 (Angaben in v.H.)			
Frage	Kriterium	davon	
		zutreffend bei	Kriterium erfüllt
10.1/T27	aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar	42,8	86,9
10.6/T20	Durchführung und Auswertung der Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung und Ziehung der erforderlichen Konsequenzen	1,3	86,2
10.16/T19	Medikamentengabe entspricht der ärztlichen Verordnung	47,8	77,5
10.17	sachgerechter Umgang mit dem Richten von Injektionen	5,3	90,4
10.18/T23	die Injektion wird entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert	12,8	87,4
10.21	angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement	12,6	38,2
10.22/T25	die Katheterisierung der Harnblase wird entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei	4,3	84,4

Tabelle 32: Ambulante Pflege – Behandlungspflege 1

Zum Umgang mit chronischen Wunden liegt seit 2008 ein Expertenstandard vor.<sup>51</sup>

Von allen in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen (44.889) wurde bei 3.225 Personen eine chronische Wunde bzw. ein Dekubitus erfasst oder es lagen mehrere Wunden gleichzeitig vor.<sup>52</sup> Davon hatten 1.677 Personen (3,7 %) einen Dekubitus, 747 Personen (1,7 %) ein Ulcus cruris, 159 Personen (0,4 %) ein diabetisches Fußsyndrom und 925 Personen (2,1 %) hatten sonstige chronische Wunden. Damit liegen erstmals auf der Basis einer sehr großen Zufallsstichprobe von pflegebedürftigen Personen epidemiologische Daten über den Anteil von Personen mit chronischen Wunden in der ambulanten pflegerischen Versor-

<sup>51</sup> DNQP 2008

<sup>52</sup> Aus ethischen Gründen war es den Prüfern nicht bei allen Pflegebedürftigen möglich, die Wunde in Augenschein zu nehmen und den Wundtyp zu klassifizieren. Andererseits haben nicht alle Personen mit einer erfassten chronischen Wunde eine ärztliche Verordnung zur Wundversorgung. Daraus ergeben sich Differenzen zwischen der Anzahl der erfassten Wunden und der Anzahl der bewerteten Wundversorgungen.



gung vor. Die Prävalenzdaten zur Dekubitushäufigkeit aus den MDK-Prüfungen bestätigen die Ergebnisse anderer Studien, so wird im Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege<sup>53</sup> eine Dekubitusprävalenz von 3 bis 4 % für die ambulante Pflege berichtet.

[illegible]

Bei 44.206 Pflegebedürftigen liegen Daten zur Auswertung von Nachweisen zur Wundversorgung und zur ggf. erforderlichen Anpassung der Maßnahmen vor. Das Kriterium war bei 2.954 dieser Personen relevant. Die Nachweise zur Behandlung der chronischen Wunde oder des Dekubitus und eine ggf. erforderliche Anpassung der Maßnahmen erfolgte bei 75,3 % (2.225 von 2.954) der Personen mit einer chronischen Wunde, die vom Pflegedienst versorgt wurden. Bei 24,7 % (729 von 2.954) der Personen war eine Evaluation der Wundversorgung und eine ggf. erforderliche Anpassung des Wundregimes nach Rücksprache mit dem Arzt nicht nachvollziehbar.<sup>54</sup>

Mit den genannten Kriterien greift der MDK bei seinen Qualitätsprüfungen Anforderungen auf, die im Expertenstandard zum Umgang mit chronischen Wunden auf der Grundlage des aktuellen Wissensstandes definiert worden sind. Die Ergebnisse zeigen, dass der aktuelle Stand des Wissens noch nicht in allen Pflegediensten umgesetzt wurde.

Ein weiterer Aspekt, der im Bereich der Behandlungspflege bei Qualitätsprüfungen des MDK beleuchtet wird, ist die Frage, ob mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen wird (Frage 10.32, Transparenzkriterium 24). Dabei wird bei den Pflegebedürftigen, bei denen diese Leistung neben einer Sachleistung nach dem SGB XI verordnet worden ist, bewertet, ob das Anlegen der Kompressionsstrümpfe / -verbände bei entstauten Venen und abgeschwollenen Beinen erfolgt, ob Kompressionsverbände immer in Richtung Körper-rumpf gewickelt werden und ob Strümpfe bzw. Verbände beim Anlegen faltenfrei sind. Für 42.979 Pflegebedürftige liegen Daten zur Versorgung mit Kompressionsstrümpfen / -verbänden vor. Bei 9.502 dieser Personen erfolgte durch den Pflegedienst eine entsprechende Versorgung. Das Kriterium war bei 82,2 % (7.807 von 9.502) dieser Personen erfüllt. Bei 17,8 % (1.695 von 9.502) dieser Personen war das Kriterium nicht erfüllt, z. B. waren die Ver-bände / Strümpfe nicht im Liegen bei entstauten Venen angelegt worden und der Pflege-dienst hatte den Pflegebedürftigen nicht über die Notwendigkeit dieses Vorgehens infor-miert.

Ambulante Pflege – Behandlungspflege 2 (Angaben in v.H.)			
Frage	Kriterium	zutreffend bei	davon Kriterium erfüllt
10.28	Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus sind nachvollziehbar	7,0	84,9
10.29/T18	die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus basieren auf dem aktuellen Stand des Wissens	6,9	78,7
10.30	differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus	7,0	65,0
10.31	die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus werden ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst	6,6	75,3
10.32/T24	sachgerechter Umgang mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden	21,2	82,2

**Tabelle 34: Ambulante Pflege – Behandlungspflege 2**

Aufgrund der in der QPR bzw. der Transparenzvereinbarung vorgeschriebenen Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden Pflegebedürftigen nach dem Zufallsprinzip konnte die Qua-

<sup>54</sup> 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.

lität einer ganzen Reihe behandlungspflegerischer Maßnahmen nur selten geprüft werden. Dies gilt sowohl für Transparenzkriterien als auch für andere Bewertungsfragen. So konnte beispielsweise die Berücksichtigung von Prophylaxen bei beatmungspflichtigen Menschen (Frage 10.4, Transparenzkriterium 21) nur bei 277 Personen (0,6 % aller einbezogenen Pflegebedürftigen) und der sachgerechte Umgang mit dem Blutdruckmessen (Frage 10.6, Transparenzkriterium 20) nur bei 580 Personen (1,3 % aller einbezogenen Pflegebedürftigen) geprüft werden. Auch einige weitere Kriterien, die nicht als Transparenzkriterien vereinbart worden sind, beziehen sich auf selten verordnete behandlungspflegerische Maßnahmen. Dies gilt für:

- Frage 10.2 Umgang mit Absaugen bei 516 Personen geprüft (1,1 %)
- Frage 10.3 Umgang mit Beatmung bei 299 Personen geprüft (0,7 %)
- Frage 10.8 Umgang mit Drainagen bei 101 Personen geprüft (0,2 %)
- Frage 10.10 Flüssigkeitsbilanzierung bei 284 Personen geprüft (0,6 %)
- Frage 10.11 Umgang mit Inhalationen bei 341 Personen geprüft (0,8 %)
- Frage 10.12 Umgang mit Instillationen bei 38 Personen geprüft (< 0,1 %)
- Frage 10.13 Umgang mit Kälteträgern bei 2 Personen geprüft (< 0,1 %)
- Frage 10.14 Spezielle Krankenbeobachtung bei 425 Personen geprüft (0,9 %)
- Frage 10.15 Legen und Wechseln von Magensonden bei 27 Personen geprüft (< 0,1 %).

Bei einer Überarbeitung der Prüfgrundlagen wird auf der Grundlage dieser Erfahrungen zu diskutieren sein, wie mit diesen Fragen in Zukunft umgegangen werden soll.

### **4.3.1.3 Mobilität**

Der Bereich Mobilität bezieht sich auf Leistungen zur Mobilität, das Sturzrisiko, das Dekubitusrisiko sowie das Kontrakturnisiko.

Bezüglich der Leistungen zur Mobilität wird überprüft, ob vereinbarte Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt und dokumentiert werden (Frage 11.3, Transparenzkriterium 14). Die Frage bezieht sich sowohl auf gesondert vereinbarte Leistungen zur Mobilität als auch auf Leistungskomplexe, die Hilfen zur Mobilität beinhalten. Bei 44.657 Personen liegen Daten darüber vor, ob vereinbarte Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt und dokumentiert wurden. Bei 27.098 dieser Personen war dieses Kriterium relevant. Bei 77,4 % (20.966 von 27.098) dieser Personen mit entsprechend vereinbarten Leistungen war das Kriterium erfüllt. Bei 22,6 % (6.132 von 27.098) dieser Personen war das Kriterium nicht erfüllt und damit beispielsweise die Entwicklung der Mobilität nicht nachvollziehbar. Auf Veränderungen kann so nicht angemessen reagiert werden. Die begrenzt vorhandenen Einwirkungsmöglichkeiten der ambulanten Pflegedienste auf die Förderung und Aufrechterhaltung der Mobilität der Pflegebedürftigen werden demnach noch nicht voll ausgeschöpft

Zur Sturzprophylaxe liegt seit 2006 ein Expertenstandard vor.<sup>55</sup>

Wichtige Hinweise dazu, welche Faktoren das Sturzrisiko beeinflussen, wie ein Sturzrisiko erfasst werden kann und welche Maßnahmen geeignet sind, um Stürze zu vermeiden, ergeben sich aus dem Expertenstandard zur Sturzprophylaxe in der Pflege, Pflegedienste haben im Rahmen des Leistungsspektrums des SGB XI kaum Möglichkeiten, prophylaktische Maßnahmen gegen Stürze anzubieten. Allerdings besteht für Pflegedienste im Rahmen des allge-

<sup>55</sup> DNQP 2006

meinen Versorgungsgeschehens die Verpflichtung, sturzgefährdete Personen zur Vermeidung von Stürzen zu beraten. Der Expertenstandard sieht auf der Kriterienebene 2 die Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen über Risikofaktoren und geeignete präventive Maßnahmen vor. Bei den in die Prüfung einbezogenen Personen wird überprüft, ob bei vorliegendem Sturzrisiko eine Beratung durchgeführt wurde (Frage 11.5). Bei 44.371 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei einem bestehenden Sturzrisiko eine erforderliche Beratung durchgeführt wurde. Bei 35.729 dieser Personen lag ein Sturzrisiko vor. Lediglich bei 50,1 % (17.908 von 35.729) dieser Personen ist eine entsprechende Beratung durchgeführt worden. Dies zeigt, dass die ambulanten Pflegedienste ihre Möglichkeiten zur Vermeidung von Stürzen noch nicht ausreichend nutzen.

Zum Umgang mit dem Dekubitusrisiko liegt seit 2001 ein Expertenstandard vor, seit 2010 in aktualisierter Fassung.<sup>56</sup> In diesem Expertenstandard ist unter anderem das aktuelle Wissen zur Risikoerkennung sowie zur Vermeidung von Druckgeschwüren zusammengetragen worden. Der Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe sieht eine Beratung der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen vor (siehe Kriterienebene 5 des Expertenstandards). Im Rahmen der MDK-Prüfung wird zum Dekubitusrisiko erhoben, ob der Pflegebedürftige bzw. seine Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwüres (z. B. Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion) beraten worden sind (Frage 11.7), ob das Dekubitusrisiko erfasst worden ist (Frage 11.8, Transparenzkriterium 11) und ob im Rahmen von Leistungen im Zusammenhang mit dem Lagern eine gewebeschonende Lagerung durchgeführt worden ist (Frage 11.9, Transparenzkriterium 12).

Bei 44.873 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei Bedarf eine Beratung zur erforderlichen Dekubitusprophylaxe durchgeführt worden ist. Bei 16.931 dieser Personen war eine entsprechende Beratung erforderlich. Lediglich 40,5 % (6.645 von 16.391) dieser Pflegebedürftigen bzw. der Pflegepersonen wurden bei einem vorliegenden Dekubitusrisiko über geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwüres beraten.

Bei 44.434 Personen liegen Daten zur Erkennung des Dekubitusrisikos vor. Bei 16.474 dieser Personen war eine entsprechende Risikoerkennung relevant. Bei 75,4 % (12.423 von 16.474) dieser Personen mit einem Dekubitusrisiko war dieses Risiko vom Pflegedienst erfasst worden.

Bei 44.433 Personen liegen Daten dazu vor, ob Leistungen zur Lagerung vereinbart waren. Bei 8.074 dieser Personen war eine entsprechende Lagerung vereinbart. Bei 68,4 % (5.519 von 8.074) dieser Personen wurden diese Lagerungen haut- und gewebeschonend und unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel durchgeführt. Bei 31,6 % (2.555 von 8.074) dieser Pflegebedürftigen war unklar, ob und wie der Pflegedienst dies im Rahmen des vereinbarten Umfangs sicherstellt.

Nicht jeder Dekubitus kann verhindert werden. Dennoch könnte die Dekubitusrate durch Verbesserung bei den Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus weiter gesenkt werden.

Anders als etwa für die Sturz- und die Dekubitusprophylaxe liegt zur Kontrakturprophylaxe noch kein Expertenstandard vor, in dem in gleicher Weise der aktuelle Stand des Wissens zusammengetragen werden konnte. Wenn auch bei gefährdeten Personen prophylaktische Maßnahmen unerlässlich erscheinen, so stehen Wirksamkeitsnachweise spezifischer Interventionen noch aus.<sup>57</sup> In der ambulanten Pflege wird bei den Qualitätsprüfungen erhoben, ob Pflegebedürftige bzw. Pflegepersonen bei Kontrakturgefahr über Risiken und erforderli-

---

<sup>56</sup> DNQP 2010<sup>2</sup>

<sup>57</sup> Scheffel S & Hantikainen V 2011, Gnäs I et al. 2010, Hackauf U 2004, IQP 2011.

che Maßnahmen (z. B. aktive Bewegungsübungen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel) beraten werden (Frage 11.11) und ob individuelle Risiken bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt werden (Frage 11.12, Transparenzkriterium 13).

Bei 44.888 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei einem bestehenden Kontrakturrisiko eine erforderliche Beratung durchgeführt wurde. Bei 20.254 dieser Personen lag ein Kontrakturrisiko vor. Bei 27,5 % (5.564 von 20.254) dieser Personen wurde eine Beratung durchgeführt.

Bei 44.440 Personen liegen Daten darüber vor, ob ein bestehendes Kontrakturrisiko bei der Erbringung vereinbarter Maßnahmen berücksichtigt worden ist. Bei 19.833 dieser Personen war das Kriterium relevant. Nur bei 32,0 % (6.354 von 19.833) dieser Personen wurde das Kontrakturrisiko bei der Erbringung vereinbarter Maßnahmen berücksichtigt, indem z. B. Maßnahmen zur Bewegungsförderung in die Leistungserbringung integriert worden sind.

Insgesamt zeigt sich, dass die Pflegedienste bei der Mobilität und den mit der Mobilität zusammenhängenden prophylaktischen Maßnahmen noch weit hinter ihren Möglichkeiten zurückbleiben, insbesondere bei den Beratungsangeboten.

Ambulante Pflege – Mobilität (Angaben in v.H.)			
Frage	Kriterium	zutreffend bei	davon Kriterium erfüllt
11.3/T14	nachvollziehbare Durchführung der vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung	60,4	77,4
11.5	Durchführung einer Beratung bei vorliegendem Sturzrisiko	79,6	50,1
11.7	Beratung bei Dekubitusrisiko	36,5	40,5
11.8/T11	Erfassung eines individuellen Dekubitusrisikos, sofern erkennbar	36,7	75,4
11.9/T12	gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren	18,0	68,3
11.11	Beratung von Pflegebedürftigen/Pflegepersonen bei Kontrakturgefahr über Risiken und erforderliche Maßnahmen	45,1	27,5
11.12/T13	Berücksichtigung der individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen	44,2	32,0

**Tabelle 35: Ambulante Pflege – Mobilität**

#### 4.3.1.4 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Zum Zeitpunkt der Verabschiedung der Prüfgrundlagen des MDK lag der Expertenstandard zum Ernährungsmanagement in der Pflege<sup>58</sup> noch nicht abschließend vor. Dennoch konnte erreicht werden, dass sich die Prüfgrundlagen des MDK mit den Qualitätsanforderungen, die im Expertenstandard zum Ernährungsmanagement zusammengefasst worden sind, decken.

Mit den Daten aus den Qualitätsprüfungen liegen erstmals auf der Grundlage sehr großer Fallzahlen epidemiologische Daten zu Gewichtsverläufen sowie zur Versorgung mit Ernährungs sonden vor. Für 42.539 Pflegebedürftige liegen entsprechende Daten vor. Von den in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen hatten 3.152 (7,4 %) in den letzten sechs

<sup>58</sup> DNQP 2010<sup>1</sup>

Monaten an Gewicht zugenommen, 18.336 (43,1 %) hatten ein konstantes Gewicht und bei 1.121 (2,6 %) war eine relevante Gewichtsabnahme zu verzeichnen (mehr als 5 % in 1–3 Monaten, mehr als 10 % in 6 Monaten<sup>59</sup>). Allerdings konnte bei 19.930 (46,9 %) der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen der Gewichtsverlauf nicht nachvollzogen werden. In der ambulanten Pflege ist dies häufig darauf zurückzuführen, dass in den Haushalten der Pflegebedürftigen keine geeigneten Waagen (z. B. Sitzwaagen) zur Verfügung stehen, so dass Gewichtskontrollen nicht durchführbar sind. Die Daten sind daher nur eingeschränkt verwertbar. 1.905 (4,2 %) der Pflegebedürftigen hatten eine Ernährungssonde, davon mit 1.847 (4,1 %) fast ausschließlich eine durch die Bauchdecke in den Magen gelegte Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie – PEG).

Ambulante Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungssonden			
Frage	Kriterium	Anzahl	in v.H.
12.1d	<b>Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten</b>		
	zugenommen	3.152	7,0
	konstant	18.336	40,8
	relevante Abnahme	1.121	2,5
	kann nicht ermittelt werden	19.930	44,4
	keine Angabe	2.350	5,2
12.2a	<b>der Bewohner ist versorgt mit:</b>		
	Magensonde	18	0,0
	PEG-Sonde	1.847	4,1
	PEJ-Sonde	40	0,1

**Tabelle 36: Ambulante Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungssonden**

Zur Ernährung wird geprüft, ob bei einem vorliegenden Ernährungsrisiko die Pflegebedürftigen bzw. Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen (z. B. Erfassung der Nahrungsmenge, geeignete Hilfsmittel, Gewichtskontrollen) beraten werden (Frage 12.9). Darüber hinaus wird erhoben, ob bei bereits eingetretenen Ernährungsdefiziten die Pflegebedürftigen bzw. Pflegepersonen über mögliche Hilfen und Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Arzt) informiert werden (Frage 12.10, Transparenzkriterium 8). Während sich also die eine Prüffrage (12.9) auf die (umfassendere) Beratung bei bestehenden Risiken bezieht, ist das Transparenzkriterium 8 (Frage 12.10) in zweierlei Hinsicht anders differenziert. Es bezieht sich nur auf Personen, bei denen bereits ein Ernährungsdefizit eingetreten ist (z. B. relevante Gewichtsabnahme), und es fordert nur eine (einfache) Information. Der genannte Expertenstandard fordert auf seiner Kriterienebene 5 bei einem Ernährungsrisiko hingegen eine Beratung und ggf. Anleitung über Risiken und Folgen einer Mangelernährung und über mögliche Interventionen. Sofern Leistungen zur Ernährung mit dem Pflegebedürftigen vereinbart sind, wird erhoben, ob der Pflegedienst die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst hat (Frage 12.11, Transparenzkriterium 7). Des Weiteren wird überprüft, ob der Pflegedienst die vereinbarten Leistungen zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt hat (Frage 12.12, Transparenzkriterium 6).

Bei 42.546 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei einem bestehenden Ernährungsrisiko eine erforderliche Beratung durchgeführt wurde. Bei 15.694 dieser Personen lag ein Ernäh-

<sup>59</sup> Volkert D 2004

rungsrisiko vor. Bei einem vorliegenden Ernährungsrisiko wurden 48,1 % (7.541 von 15.694) dieser Personen von der Pflegeeinrichtung über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten. Wie bereits bei anderen risikobehafteten Themen nutzen die Pflegedienste auch hier ihre Möglichkeiten zur Vermeidung von Defizitsituationen nicht gut aus.

Bei 44.887 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei einem erkennbaren Ernährungsdefizit eine Information über mögliche Hilfen und Abklärungsmöglichkeiten gegeben worden ist. Bei 2.940 dieser Personen war das Kriterium relevant. Bei einem Ernährungsdefizit lag der Anteil der Personen, die von der Einrichtung über mögliche Hilfen und Abklärungsmöglichkeiten informiert wurden, bei 69,8 % (2.053 von 2.940).

Bei 44.887 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei vereinbarten Leistungen zur Ernährung Ressourcen und Risiken erfasst worden sind. Bei 8.594 dieser Personen war das Kriterium relevant. Bei Personen, mit denen Leistungen zur Ernährung vereinbart worden waren, wurden bei 76,8 % (6.596 von 8.594) Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst. Bei 23,2 % (1.998 von 8.594) dieser Personen war dies nicht der Fall, so dass nicht von einer auf Erhaltung von Fähigkeiten ausgerichteten Versorgung ausgegangen werden kann.

Bei 44.887 Personen liegen Daten darüber vor, ob vereinbarte Leistungen zur Ernährung nachvollziehbar durchgeführt worden sind. Bei 7.493 dieser Personen war das Kriterium relevant. In 86,7 % (6.495 von 7.493) dieser Fälle wurden die vereinbarten Leistungen zur Nahrungsaufnahme durchgeführt und nachvollziehbar dokumentiert. Bei 13,3 % (998 von 7.493) dieser Personen wurden die vereinbarten Leistungen somit nicht (immer) erbracht oder deren Durchführung nicht nachvollziehbar dokumentiert. Zum Beispiel wird bei vereinbarten Leistungen zur Ernährung nicht klar beschrieben, wie die Unterstützung ausgestaltet wird. Dabei muss beachtet werden, dass es sich um eine Selbstverständlichkeit handeln sollte, dass die vereinbarten Leistungen durchgeführt werden und deren Durchführung nachvollziehbar dokumentiert wird. In diesem Zusammenhang ist eine Studie zur Wirkung des PfWG bemerkenswert, bei der eine Repräsentativbefragung bei Personen durchgeführt wurde, die Sach- oder Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen. Für die Befragten war dabei neben der Erreichbarkeit des Pflegedienstes am zweitwichtigsten, dass die *„vereinbarten Leistungen nachvollziehbar beschrieben werden und entsprechend nachprüfbar sind“*.<sup>60</sup>

Für 42.539 Pflegebedürftige liegen Daten über Exsikkosezeichen vor. Bei diesen Pflegebedürftigen waren mit den den Prüfern zur Verfügung stehenden Mitteln der Beobachtung mit 98,1 % (41.376 von 42.539) meist keine indirekten Anzeichen für eine Exsikkose feststellbar.

Bei 0,3 % (157 von 42.539) der Pflegebedürftigen erfolgte eine Flüssigkeitsgabe mittels subkutaner Infusion.

Zur Flüssigkeitsversorgung wird geprüft, ob bei einem vorliegenden Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung die Pflegebedürftigen bzw. Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen (z. B. Erfassung der Trinkmenge, geeignete Hilfsmittel) beraten werden (Frage 12.5). Darüber hinaus wird erhoben, ob bei bereits eingetretenen Flüssigkeitsdefiziten die Pflegebedürftigen bzw. Pflegepersonen über mögliche Hilfen und Abklärungsmöglichkeiten (z. B. Arzt) informiert werden (Frage 12.6, Transparenzkriterium 5). Während sich also die eine Prüffrage (12.5) auf die (umfassendere) Beratung bei bestehenden Risiken bezieht, ist das Transparenzkriterium 5 (Frage 12.6) ebenso wie das Transparenzkriterium 8 (Frage 12.10) auf eine (allgemeine) Information ausgerichtet. Sofern Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung mit dem Pflegebedürftigen vereinbart sind, wird erhoben, ob der Pflegedienst die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst hat (Frage 12.7, Transparenzkriterium 4). Des Weiteren wird überprüft, ob der Pflegedienst die vereinbarten

---

<sup>60</sup> BMG 2011, Seite 59

Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt hat (Frage 12.8, Transparenzkriterium 3).

Bei 42.546 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei einem bestehenden Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung eine erforderliche Beratung durchgeführt wurde. Bei 14.392 dieser Personen lag ein entsprechendes Risiko vor. Bei einem vorliegenden Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung wurden 49,6 % (7.134 von 14.392) dieser Pflegebedürftigen von der Pflegeeinrichtung über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten.

Bei 44.863 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei einem erkennbaren Flüssigkeitsdefizit eine Information über mögliche Hilfen und Abklärungsmöglichkeiten gegeben worden ist. Bei 2.287 dieser Personen war das Kriterium relevant. Bei einem bestehenden Flüssigkeitsdefizit lag der Anteil der Personen, die von der Einrichtung über mögliche Hilfen und Abklärungsmöglichkeiten informiert wurden, bei 80,1 % (1.832 von 2.287).

Bei 44.887 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei vereinbarten Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung Ressourcen und Risiken erfasst worden sind. Bei 6.544 dieser Personen war das Kriterium relevant. Bei Personen, mit denen Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung vereinbart worden waren, wurden bei 75,1 % (4.914 von 6.544) Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst. Ähnlich wie bei der Ernährung wurden auch hier bei 24,9 % (1.630 von 6.544) dieser Personen Ressourcen und Risiken nicht erfasst, so dass nicht von einer auf Erhaltung von Fähigkeiten ausgerichteten Versorgung ausgegangen werden kann.

Bei 44.874 Personen liegen Daten darüber vor, ob vereinbarte Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt worden sind. Bei 6.278 dieser Personen war das Kriterium relevant. In 86,1 % (5.405 von 6.278) dieser Fälle wurden die vereinbarten Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung durchgeführt und nachvollziehbar dokumentiert. Bei 13,9 % (873 von 6.278) dieser Personen wurden die vereinbarten Leistungen somit nicht (immer) erbracht oder deren Durchführung nicht nachvollziehbar dokumentiert. Zum Beispiel wurde bei vereinbarten Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung nicht klar beschrieben, wie die Unterstützung ausgestaltet war. Dabei muss auch hier beachtet werden, dass es sich bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen und deren nachvollziehbarer Dokumentation um eine Selbstverständlichkeit handeln sollte. Auf die hohe Bedeutung dieses Kriteriums für die Pflegebedürftigen wurde bereits bei der Ernährung hingewiesen.

Mit einer weiteren Frage wird geprüft, ob die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt worden sind (Frage 12.13, Transparenzkriterium 2). Bei 44.887 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei vereinbarten Leistungen zum Essen und Trinken die individuellen Wünsche berücksichtigt worden sind. Bei 8.553 dieser Personen war das Kriterium relevant. Die Berücksichtigung der individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung ist bei 74,7 % (6.391 von 8.553) dieser Pflegebedürftigen erkennbar gewesen. Bei 25,3 % (2.162 von 8.553) dieser Personen war hingegen nicht nachvollziehbar, ob und wie die individuellen Wünsche der Pflegebedürftigen beim Essen und Trinken berücksichtigt wurden.



Ambulante Pflege – Essen und Trinken (Angaben in v.H.)			
Frage	Kriterium	zutreffend bei	davon Kriterium erfüllt
12.5	Beratung von Pflegebedürftigen/Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung	32,1	49,6
12.6/T5	Information des pflegebedürftigen Menschen bzw. seiner Angehörigen bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten	5,1	80,1
12.7/T4	Erfassung der individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung, wenn dazu Leistungen vereinbart sind	14,6	75,1
12.8/T3	Nachvollziehbare Durchführung der vereinbarten Leistung zur Flüssigkeitsversorgung	14,0	86,1
12.9	Beratung von Pflegebedürftigen/Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Ernährung	35,0	48,1
12.10/T8	Information der pflegebedürftigen Menschen bzw. seiner Angehörigen bei erkennbaren Ernährungsdefiziten	6,5	69,8
12.11/T7	Erfassung der individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind	19,1	76,8
12.12/T6	Nachvollziehbare Durchführung der vereinbarten Leistung zur Nahrungsaufnahme	16,7	86,7
12.13/T2	Berücksichtigung der individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung	19,1	74,7

**Tabelle 37: Ambulante Pflege – Essen und Trinken**

#### 4.3.1.5 Ausscheidung

Auch für die Förderung der Harnkontinenz in der Pflege liegt ein Expertenstandard vor, der den aktuellen Wissensstand zum pflegerischen Handeln im Zusammenhang mit der Urinausscheidung beschreibt.<sup>61</sup> Insbesondere an diesem Standard orientieren sich im Rahmen der MDK-Prüfungen die Anforderungen an die ambulanten Pflegedienste.

Im Rahmen der Prüfung wird erhoben, ob die Pflegebedürftigen bzw. die Pflegepersonen bei Problemen mit der Ausscheidung bzw. bei Inkontinenz über erforderliche Maßnahmen (z. B. Einsatz von Hilfsmitteln, Hilfebedarf beim Aufsuchen der Toilette, Kontinenztraining) beraten werden (Frage 13.3), ob bei vereinbarten Leistungen zur Ausscheidung Ressourcen und Risiken erfasst werden (Frage 13.4, Transparenzkriterium 9) und ob vereinbarte Leistungen zur Unterstützung bei der Ausscheidung / Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt werden (Frage 13.5, Transparenzkriterium 10). Auch im Expertenstandard zur Förderung der Harnkontinenz wird bei einer Harninkontinenz gefordert, dass – ggf. nach Absprache mit weiteren Berufsgruppen – eine ausführliche Beratung zur Kontinenzerhaltung und -förderung und ggf. zur Kompensation einer Kontinenz angeboten wird.

Bei 44.444 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei Problemen bei der Ausscheidung bzw. mit Inkontinenz eine erforderliche Beratung durchgeführt wurde. Bei 23.566 dieser Personen lagen entsprechende Probleme vor. Von diesen Pflegebedürftigen wurden 42,1 % (9.929 von 23.566) vom Pflegedienst über erforderliche Maßnahmen beraten.

<sup>61</sup> DNQP 2007

Bei 44.440 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei vereinbarten Leistungen zur Ausscheidung Ressourcen und Risiken erfasst worden sind. Bei 19.852 dieser Personen war das Kriterium relevant. Bei 70,2 % (13.941 von 19.852) der Personen, bei denen Leistungen zur Ausscheidung vereinbart worden sind, wurden die Ressourcen und Risiken erfasst.

Bei 44.442 Personen liegen Daten darüber vor, ob vereinbarte Leistungen zur Ausscheidung nachvollziehbar durchgeführt wurden. Bei 19.592 dieser Personen waren entsprechende Leistungen vereinbart. Bei 86,0 % (16.845 von 19.592) dieser Personen wurden diese vereinbarungsgemäß durchgeführt und deren Durchführung dokumentiert. Bei 14,0 % (2.747 von 19.592) dieser Personen wurden die vereinbarten Leistungen somit nicht (immer) erbracht oder deren Durchführung nicht nachvollziehbar dokumentiert. Zum Beispiel wurde bei vereinbarten Leistungen zur Ausscheidung nicht klar beschrieben, wie die Unterstützung ausgestaltet war.

Ambulante Pflege – Umgang mit Ausscheidungen (Angaben in v.H.)			
Frage	Kriterium	zutreffend bei	davon Kriterium erfüllt
13.3	Beratung von Pflegebedürftigen/Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen zur Ausscheidung	52,5	42,1
13.4/T9	Erfassung individueller Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind	44,2	70,2
13.5/T10	Nachvollziehbare Durchführung der vereinbarten Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung	43,6	86,0

Tabelle 38: Ambulante Pflege – Umgang mit Ausscheidungen

4.3.1.6 Umgang mit Demenz

Die Fragen zum Umgang mit Demenz beziehen sich auf alle Personen, bei denen eine gerontopsychiatrische Diagnose ärztlich festgestellt wurde.

Es wird bei den Qualitätsprüfungen bei Pflegebedürftigen mit einer Demenz erhoben, ob diese bzw. ihre Pflegepersonen über Risiken (z. B. Selbstgefährdung) und erforderliche Maßnahmen (z. B. adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung) beraten werden (Frage 14.2). Weiterhin wird von den Prüfern beurteilt, ob bei Menschen mit Demenz die biografischen und andere Besonderheiten (z. B. Verhaltensauffälligkeiten, Angst auslösende Situationen) bei der Leistungserbringung beachtet werden (Frage 14.3, Transparenzkriterium 15) und ob die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert werden (Frage 14.4, Transparenzkriterium 16). Während sich also die Prüffrage 14.2 auf die (umfassendere) Beratung bei einer Demenz bezieht, ist das Transparenzkriterium 16 (Frage 14.4) anders differenziert: Das Kriterium bezieht sich nur auf eine (einfache) Information, die auf den Rahmen der Leistungserbringung beschränkt ist.

Bei 41.928 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei einer bestehenden Demenz eine erforderliche Beratung durchgeführt wurde. Bei 8.373 dieser Personen war eine entsprechende Beratung erforderlich. Pflegebedürftige mit Demenz und ihre Angehörigen wurden nur zu 39,5 % (3.304 von 8.373) von den Pflegediensten zu Risiken und erforderlichen Maßnahmen beraten.

Bei 44.331 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei einer bestehenden Demenz im Rahmen der Leistungserbringung über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen informiert wurde. Bei 8.474 war das Kriterium relevant. Die geforderte Information im Rahmen der Leistungserbringung über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen erfolgte nur bei 51,2 % (4.335 von 8.474).

Bei 44.447 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei einer bestehenden Demenz biografische und andere Besonderheiten bei der Leistungserbringung nachvollziehbar berücksichtigt wurden. Bei 9.794 dieser Personen war das Kriterium relevant. Bei diesen Menschen mit Demenz wurden von den ambulanten Pflegediensten biografische und andere Besonderheiten nur bei 61,9 % (6.061 von 9.794) bei der Leistungserbringung nachvollziehbar berücksichtigt.

Damit zeigt sich, dass die Pflegedienste ihre begrenzten Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit insgesamt noch nicht ausreichend nutzen.

Ambulante Pflege – Umgang mit Demenz (Angaben in v.H.)			
Frage	Kriterium	davon	
		zutreffend bei	Kriterium erfüllt
14.2	Beratung bei Demenz	18,7	39,5
14.3/T15	Beachtung der biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung bei Menschen mit Demenz	21,8	61,9
14.4/T16	Information der Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung	18,9	51,2

**Tabelle 39: Ambulante Pflege – Umgang mit Demenz**

#### **4.3.1.7 Körperpflege und sonstige Aspekte der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität)**

Zur Körperpflege wird im Rahmen der Prüfung erhoben, ob die individuellen Wünsche (z. B. Präferenz für Duschen oder Baden) im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt werden (Frage 15.3, Transparenzkriterium 1). Dies ist der Fall, wenn für die Mitarbeiter des Pflegedienstes nachvollziehbar dokumentiert ist, welche individuellen Wünsche bei der Körperpflege berücksichtigt werden sollen. Die Dokumentation dieser Wünsche ist – insbesondere auch bei einem wechselnden Kreis an Pflegekräften – die Voraussetzung dafür, dass die Wünsche nicht ständig neu erfragt und ausgehandelt werden müssen und kontinuierlich vom Pflegedienst berücksichtigt werden können. Bei 44.440 Personen liegen Daten darüber vor, ob bei vereinbarten Leistungen zur Körperpflege Wünsche der Pflegebedürftigen berücksichtigt wurden. Bei 43.501 dieser Personen waren entsprechende Leistungen vereinbart. Bei 71,2 % (30.951 von 43.501) dieser Pflegebedürftigen sind Wünsche der Pflegebedürftigen nachvollziehbar berücksichtigt worden. Bei 28,8 % (12.550 von 43.501) war die Berücksichtigung von individuellen Wünschen nicht nachvollziehbar.

Weiterhin wird – soweit die Aufnahme der Versorgung nicht mehr als zwei Jahre zurückliegt – erhoben, ob ein Erstgespräch geführt worden ist (Frage 15.4, Transparenzkriterium 28). Bei 44.440 Personen liegen Daten darüber vor, ob, bei Aufnahme der Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst innerhalb der letzten 2 Jahre, ein Erstgespräch geführt worden ist. Bei 26.802 war das Kriterium relevant. Bei 86,9 % (23.283 von 26.802) dieser Pflegebedürftigen war die Durchführung eines Erstgesprächs erkennbar.

Ebenso wird geprüft, ob die Mitarbeiter entsprechend ihrer formalen (Ausbildung) oder materiellen (Anleitung, Schulung) Qualifikation eingesetzt werden (Frage 15.5). Bei 42.099 Personen liegen Daten darüber vor, ob die Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt wurden. Bei allen 42.099 Personen war das Kriterium relevant. Bei 92,0 % (38.714 von 42.099) dieser Pflegebedürftigen sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt worden. Allerdings fand bei 8,0 % (3.385 von 42.099) der Pflegebedürftigen (ganz oder teilweise) eine Versorgung durch Mitarbeiter statt, die für die entsprechenden Maßnahmen nicht ausreichend bzw. nicht nachvollziehbar qualifiziert waren.

Zudem wird nachgeprüft, ob dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen zu entnehmen ist (Frage 15.6). Bei 42.099 Personen liegen Daten hierzu vor. Bei 17.527 Personen war das Kriterium relevant. Bei 84,7 % (14.851 von 17.527) dieser Pflegebedürftigen war dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen zu entnehmen. Bei 15,3 % (2.676 von 17.527) dieser Pflegebedürftigen sind allerdings im Rahmen der Prüfungen Situationen erkannt worden, bei denen durch die Mitarbeiter des Pflegedienstes nicht situationsgerecht gehandelt worden ist und z. B. bei einem Sturz weder Angehörige noch Hausarzt informiert worden sind.

Der aktuelle Stand des Wissens zur Vermeidung von und zum Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen ist in diversen Publikationen für die stationäre Pflege beschrieben worden.<sup>62</sup> Diese Publikationen können auch Anregungen und Denkanstöße für die ambulante Pflege geben. Bei den Qualitätsprüfungen des MDK wird bewertet, ob bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vorliegen (Frage 15.7, Transparenzkriterium 17). Bei 44.440 Personen liegen Daten darüber vor, ob freiheitseinschränkende Maßnahmen eingesetzt wurden und hierzu Einwilligungen oder Genehmigungen vorlagen. Bei 1.796 Pflegebedürftigen waren entsprechende Maßnahmen erkennbar. Bei 84,3 % (1.514 von 1.796) dieser Personen lagen Einwilligungen oder Genehmigungen vor. Bei 15,7 % (282 von 1.796) lagen entsprechende Einwilligungen oder Genehmigungen jedoch nicht vor. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die Anwendbarkeit des § 1906 Abs. 4 BGB, auf dessen Grundlage richterliche Genehmigungen oder Einwilligungen eingeholt werden, in der ambulanten Pflege nicht unumstritten ist. Die Vorschrift bezieht sich zunächst auf freiheitseinschränkende Maßnahmen in Einrichtungen und fordert dort eine richterliche Genehmigung. Die Rechtsprechung scheint sich dahingehend zu entwickeln, dass entsprechende Genehmigungen auch bei „einrichtungsähnlichen“ Versorgungsformen gefordert werden. Unter einer einrichtungsähnlichen Versorgungsform kann bereits die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst in der Wohnung des Pflegebedürftigen verstanden werden (so z. B. Amtsgericht Bonn).

---

<sup>62</sup> z. B. Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke 2009, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen 2006

Ambulante Pflege – Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität (Angaben in v.H.)			
Frage	Kriterium	zutreffend bei	davon Kriterium erfüllt
15.3/T1	Berücksichtigung der individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistung	96,9	71,2
15.4/T28	aus der Pflegedokumentation ist ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde	59,7	86,9
15.5	Einsatz der Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation	93,8	92,0
15.6	situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter bei akuten Ereignissen (laut Pflegebericht)	39,0	84,7
15.7/T17	bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen liegen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor	4,0	84,3

**Tabelle 40: Ambulante Pflege – Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität**

#### 4.3.2 Zufriedenheit

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse aus den MDK-Qualitätsprüfungen wurden mit Hilfe des „Erhebungsbogens zur Zufriedenheit des Leistungsbeziehers“ erhoben. Dieser Erhebungsbogen ist Bestandteil der Anlage 1 („Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege“) der „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungen-Richtlinien – QPR)“<sup>63</sup>.

Bei den Qualitätsprüfungen des MDK werden in der Regel 10 % der Pflegebedürftigen mit Sachleistungsbezug nach dem SGB XI eines ambulanten Pflegedienstes (bei Einrichtungen mit weniger als 50 Pflegebedürftigen mindestens 5 Personen, bei Einrichtungen mit mehr als 50 Pflegebedürftigen mindestens 10 Prozent, nicht mehr als 15 Pflegebedürftige) in die Prüfung einbezogen. Zur Prüfung der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) wird in diesem Umfang eine Zufallsauswahl an Pflegebedürftigen stratifiziert nach der Pflegestufenverteilung im ambulanten Pflegedienst in die Prüfung einbezogen. Sofern ein in die Prüfung einbezogener Pflegebedürftiger aufgrund einer Demenzerkrankung oder einer anderen gerontopsychiatrischen Veränderung an der Befragung nicht teilnehmen kann, ist eine andere Person mit gleicher Pflegestufe nach dem Zufallsprinzip für die Befragung auszuwählen.

Bei der Zufriedenheitsbefragung von älteren Menschen zur pflegerischen Versorgung werden meist sehr hohe Zustimmungs- und Zufriedenheitswerte ermittelt. Als Begründung für die hohen Zufriedenheitswerte bei der Befragung wird in der Literatur vor allem die Abhängigkeit der befragten Personen von der zu beurteilenden Institution angeführt. Auch wird u. a. ein Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation (Kriegs- und Nachkriegsgeneration) und sehr positiven Befragungsergebnissen beschrieben.<sup>64</sup> Dies gilt auch für die Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen.

<sup>63</sup> MDS & GKV-Spitzenverband 2009<sup>1</sup>

<sup>64</sup> Hasseler & Wolf-Ostermann 2010, BMFSFJ 2006, Wingenfeld 2003, Görres 1999

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Pflegebedürftigen, die von Pflegediensten versorgt werden, aufgrund der vorhandenen kognitiven Einschränkungen nicht befragt werden kann. Ebenso ist darauf hinzuweisen, dass von den befragten Pflegebedürftigen oft nicht alle Fragen beantwortet werden konnten.

Aus diesen Gründen ist eine fachliche Bewertung und Interpretation der Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung nicht zielführend (siehe auch Kapitel 6.1 Expertenstandards und die Qualität der pflegerischen Versorgung). Die Ergebnisse zur Zufriedenheitsbefragung sind daher im Folgenden tabellarisch dargestellt.

Ambulante Pflege – Zufriedenheit der Pflegebedürftigen (Angaben in v. H.)						
Frage	Kriterium	davon				
		zutreffend bei	immer/ ja	häufig	gelegentlich	nie/ nein
17.3/T39	Kosteninformation Eigenanteil	100,0	96,3*			3,7**
17.4/T38	Pflegevertrag abgeschlossen	100,0	98,2*			1,8**
17.5/T40	Pflegezeiten abgestimmt	100,0	96,0	2,6	1,0	0,4
17.6/T42	überschaubarer Kreis an Mitarbeitern	100,0	96,8*			3,2**
17.7/T43	Pflegedienst erreichbar und einsatzbereit	78,7	99,3	0,4	0,2	0,1
17.8/T45	Tipps und Hinweise zur Pflege	100,0	97,7*			2,3**
17.9/T48	höfliche und freundliche Mitarbeiter	100,0	98,6	1,2	0,2	0,0
17.10/T44	Motivation zur aktivierenden Pflege	92,3	98,3	0,9	0,4	0,4
17.11/T41	Auswahl der Kleidung möglich	57,8	98,9	0,6	0,3	0,2
17.12/T47	Privatsphäre wird respektiert	96,7	99,6	0,3	0,1	0,0
17.13/T49	Zufriedenheit mit der Hauswirtschaft	38,7	97,0	2,1	0,8	0,1
17.14/T46	pos. Veränderungen nach Beschwerden	18,8	85,4	5,9	4,7	4,0
*Antw.: „ja“ / **Antw.: „nein“						

Tabelle 41: Ambulante Pflege – Zufriedenheit der Pflegebedürftigen

4.3.3 Einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse aus den MDK-Qualitätsprüfungen wurden mit Hilfe des „Erhebungsbogens zur Prüfung in der Einrichtung (Struktur- und Prozessqualität)“ erhoben. Dieser Erhebungsbogen ist Bestandteil der Anlage 1 („Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege“) der QPR. Gemäß den Qualitätsprüfungs-Richtlinien erfolgte die Bewertung der Kriterien auf Grundlage der MDK-Anleitung. Diese MDK-Anleitung enthält Erläuterungen, die als handlungsleitende Hilfestellungen zur Bewertung von den MDK-Prüfern herangezogen werden. Bei Transparenzkriterien konkretisieren diese Erläuterungen bei Bedarf die in den PTVS vereinbarten Ausfüllanleitungen. Der „Erhebungsbogen zur Prüfung in der Einrichtung (Struktur- und Prozessqualität)“ bezieht sich auf einrichtungsbezogene Aspekte der Struktur- und Prozessqualität.

4.3.3.1 Datenschutz und Kostenvoranschlag

In ambulanten Pflegediensten wird erhoben, ob wirksame Regelungen zur Einhaltung des Datenschutzes bestehen (Frage 2.2, Transparenzkriterium 30), damit Kundendaten vor dem Zugriff unbefugter Personen geschützt werden, z. B. durch die Aufbewahrung von Kundenakten in abschließbaren Schränken oder bei elektronischen Akten durch die Vergabe von Passwörtern für zugriffsberechtigte Mitarbeiter. Dieses Kriterium war bei 94,9 % der geprüften Pflegedienste erfüllt.

Nach § 120 SGB XI haben Pflegedienste mit den Pflegebedürftigen Pflegeverträge abzuschließen. In den Pflegeverträgen sind wenigstens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen je Leistung bzw. je Leistungskomplex gesondert zu beschreiben. Sofern der als Sachleistung von der Pflegeversicherung zu übernehmende Höchstbetrag überschritten wird, darf der Pflegedienst dem Pflegebedürftigen für die zusätzlich abgerufenen Leistungen keine höhere als die mit den Kostenträgern vereinbarte Vergütung berechnen. Für den zukünftigen Kunden eines Pflegedienstes ist es vor Vertragsbeginn insbesondere von Interesse zu erfahren, welche Selbstkosten ggf. für den Pflegebedürftigen entstehen. Daher wird vom MDK geprüft, ob durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt wird (Frage 2.3, Transparenzkriterium 29). Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst nachweisen kann (z. B. durch Kostenvorschlagsmuster, Pflegevertragsmuster mit integriertem Kostenvoranschlag, Verfahrensregelungen), dass er regelhaft vor dem Abschluss eines Pflegevertrages mit dem Pflegebedürftigen einen Kostenvoranschlag erstellt. Von den geprüften Pflegediensten hatten 94,6 % der Pflegedienste dieses Kriterium erfüllt.

Ambulante Pflege – Datenschutz und Kostenvoranschlag (Angaben in v.H.)		
Frage	Kriterium	Kriterium erfüllt
2.2/T30	Regelungen zur Einhaltung des Datenschutzes	94,9
2.3/T29	Kostenvoranschlag vor Vertragsbeginn	94,6

Tabelle 42: Ambulante Pflege – Datenschutz und Kostenvoranschlag

4.3.3.2 Aufbau- und Ablauforganisation

Nach den Vereinbarungen zur Qualität nach § 113 SGB XI (neu) bzw. § 80 SGB XI (alt) gehören zu den Aufgaben der leitenden Pflegefachkraft u. a. die fachliche Planung der Pflegeprozesse, die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation, die am individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der Pflegekräfte sowie die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen im Pflegedienst. Im Rahmen der Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten wird u. a. geprüft, ob die Verantwortungsbereiche bzw. die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft (Frage 3.1b, Transparenzkriterium 35) geregelt sind. Bei der Frage wird berücksichtigt, ob die in den Qualitätsvereinbarungen für leitende Pflegefachkräfte vorgesehenen Aufgaben in Stellenbeschreibungen oder ähnlichen Regelungen festgelegt sind. Dies traf für 90,4 % der geprüften Pflegedienste zu.

Sofern von den ambulanten Pflegediensten auch hauswirtschaftliche Leistungen erbracht werden, wird auch für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft (Frage 3.1g, Transparenzkriterium 36) geprüft, ob deren Verantwortungsbereiche bzw. Aufgaben in Stellenbeschreibungen oder vergleichbaren Regelungen, insbesondere im Hinblick auf die Abgrenzung zu den Aufgaben von Pflegekräften, festgelegt sind. Bei den 7.782 Pflegediensten, für die Daten aus

Qualitätsprüfungen vorliegen, traf dieses Kriterium bei 5.681 (73,0 %) der Pflegedienste zu, da von diesen entsprechende Leistungen erbracht worden sind. Von diesen Pflegediensten waren in 83,8 % die Verantwortungsbereiche bzw. Aufgaben in Stellenbeschreibungen oder vergleichbaren Regelungen festgelegt. Bei über 16 % der Pflegedienste war dies nicht der Fall. Bei diesen Pflegediensten ist die Aufgabenbeschreibung und -abgrenzung für die Mitarbeiter aus der Hauswirtschaft nicht nachvollziehbar.

Pflege unter den Bedingungen der Pflegeversicherung hat unter der Verantwortung von Pflegefachkräften durchgeführt zu werden. Hierzu gehört insbesondere auch, dass in den Pflegediensten die Verantwortung für die Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkräfte geregelt wird (Frage 4.1a). Darüber hinaus ist es für die Pflegebedürftigen, die von ambulanten Pflegediensten betreut werden, wichtig, dass eine personelle Kontinuität bei der pflegerischen Versorgung gewährleistet ist (Frage 4.1b). Während 83,0 % der Pflegedienste die Verantwortung für die Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkräfte organisatorisch festgelegt hatten, war die personelle Kontinuität mit 96,8 % in fast allen Pflegediensten geregelt. Demnach setzen die Pflegedienste im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten ihre Mitarbeiter möglichst immer beim gleichen Personenkreis ein. Allerdings bestehen hier Limitierungen, die insbesondere auch durch den hohen Anteil an Teilzeitkräften gegeben sind. In der ambulanten Pflege waren im Jahr 2009 26,5 % der Mitarbeiter vollzeitbeschäftigt, die überwiegende Mehrzahl war teilzeitbeschäftigt, alleine 22,5 % der Mitarbeiter waren nur geringfügig beschäftigt.<sup>65</sup>

Im Jahr 2009 wurden in ambulanten Pflegediensten im Bereich der Grundpflege 124.289 Mitarbeiter (Vollzeitäquivalente) eingesetzt. Davon waren 63,3 % Pflegefachkräfte (Altenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in). 10,0 % der Mitarbeiter waren Alten- oder Krankenpflegehelfer, bei denen für einige pflegerische Aufgaben eine formale Qualifikation angenommen werden kann. 13,3 % der Mitarbeiter hatten Berufsabschlüsse, bei denen nur sehr eingeschränkt von einer formalen Qualifikation für pflegerische Aufgaben ausgegangen werden kann (z. B. Dorfshelfer). Hingegen verfügten 13,4 % der eingesetzten Kräfte über keinerlei pflegerische Qualifikation oder waren noch in der Ausbildung. Im Vergleich zu 2007 hat der Anteil der Mitarbeiter mit pflegefremden Berufsabschlüssen um 31,8 % stark zugenommen.<sup>66</sup> Diese Mitarbeiter verfügen über keine formale Qualifikation für die Durchführung pflegerischer Aufgaben. Da die Pflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft zu erbringen ist, hat die Pflegeeinrichtung sicherzustellen, dass Pflegehilfskräfte bei grundpflegerischen Tätigkeiten angeleitet und überprüft werden (Frage 4.3). Dies kann anhand von praktischen Anleitungen oder mitarbeiterbezogenen Pflegevisiten sichergestellt werden. Etwas mehr als die Hälfte (51,6 %) der Pflegedienste erfüllten dieses Kriterium. Bei 48,4 % der ambulanten Pflegedienste wurde eine solche Anleitung oder Überprüfung nicht sichergestellt. Damit wurde in fast jedem zweiten Pflegedienst die Überprüfung und Anleitung von Pflegehilfskräften von den verantwortlichen Pflegefachkräften nicht im erforderlichen Umfang als Aufgabe von Pflegefachkräften verstanden. Hier besteht – insbesondere auch vor dem Hintergrund der deutlichen Zunahme von Mitarbeitern ohne pflegerische Qualifikation – dringender Verbesserungsbedarf.

Damit die Kunden von ambulanten Pflegediensten bei kurzfristigen Änderungen bei der pflegerischen Versorgung, bei zusätzlich erforderlichen Leistungen oder in Notfallsituationen den Pflegedienst erreichen können, muss dieser seine ständige Erreichbarkeit und Einsatzbe-

---

<sup>65</sup> Statistisches Bundesamt 2011

<sup>66</sup> Statistisches Bundesamt 2011



reitschaft sicherstellen (Frage 4.6, Transparenzkriterium 37). Dies kann beispielsweise durch einen Ruf- oder Einsatzbereitschaftsdienst gewährleistet werden. Mit 94,4 % hatten die meisten Pflegedienste die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft sichergestellt.

<b>Ambulante Pflege – Aufbau- und Ablauforganisation (Angaben in v.H.)</b>			
<b>Frage</b>	<b>Kriterium</b>	<b>zutreffend bei</b>	<b>davon Kriterium erfüllt</b>
3.1b/T35	Verantwortungsbereich für leitende PFK geregelt	100,0	90,4
3.1g/T36	Verantwortungsbereich für MA der Hauswirtschaft geregelt	73,0	83,8
4.1a	Verantwortlichkeit für PFK geregelt	100,0	83,0
4.1b	personelle Kontinuität geregelt	100,0	96,8
4.3	Anleitung und Überprüfung von Pflegehilfskräften durch PFK	100,0	51,6
4.6/T37	ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft	100,0	94,4

**Tabelle 43: Ambulante Pflege – Aufbau- und Ablauforganisation**

#### 4.3.3.3 Qualitätsmanagement

Die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) definieren zu wichtigen pflegefachlichen Themen den aktuellen Wissensstand. Zum Zeitpunkt der Erarbeitung der aktuell gültigen Prüfgrundlagen für den MDK waren für die ambulante Pflege die Expertenstandards

- Dekubitusprophylaxe (2001, 2010)
- Schmerzmanagement (2005)
- Sturzprophylaxe (2006)
- Kontinenzförderung (2007)
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (2008).

fertiggestellt.

Zu diesen Expertenstandards wird im Rahmen der Prüfung erhoben, ob die relevanten Aussagen dieser Expertenstandards im Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtung berücksichtigt werden (Frage 6.3a-e). Aus datentechnischen Gründen liegen für diesen Bericht nur Daten zur Umsetzung der Expertenstandards Dekubitusprophylaxe (Frage 6.3a), Schmerzmanagement (Frage 6.3.b) sowie Sturzprophylaxe (Frage 6.3c) vor. 78,3 % der ambulanten Pflegedienste berücksichtigten den Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe, 63,8 % den Expertenstandard zum Schmerzmanagement und 75,0 % den Expertenstandard zur Sturzprophylaxe im Qualitätsmanagement. Dass bis zu 1/3 der ambulanten Pflegedienste im Rahmen des gesetzlich verpflichtenden einrichtungsinternen Qualitätsmanagements diese wesentlichen Grundlagen nicht berücksichtigen bzw. noch keine konkreten Maßnahmen geplant haben, ist unverständlich, da gerade diese Expertenstandards für die Qualität der Pflege von großer Bedeutung sind. Den aktuellen Stand des Wissens müssen die Pflegeeinrichtungen gemäß gesetzlicher und vertraglicher Verpflichtungen berücksichtigen. Diese Expertenstandards lagen zum Zeitpunkt der Prüfungen schon seit mindestens drei (Sturzprophylaxe), vier (Schmerzmanagement) bzw. acht Jahren (Dekubitusprophylaxe) vor. Zusammenhänge zwischen der Berücksichtigung der Expertenstandards im Qualitätsmanagement

und der pflegerischen personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) werden in einem gesonderten Schwerpunktkapitel analysiert (siehe Kapitel 6.1 Expertenstandards und die Qualität der pflegerischen Versorgung). Im Rahmen einer Repräsentativerhebung unter ambulanten Pflegediensten wurden diese nach ihrer Einschätzung zur Umsetzung der Expertenstandards des DNQP befragt. Von den befragten Pflegediensten gaben 96 % an, den Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe umzusetzen, 77 % der Pflegedienste gaben an, den Expertenstandard zum Schmerzmanagement, und 95 %, den zur Sturzprophylaxe umzusetzen.<sup>67</sup> Selbsteinschätzung und externe Bewertung durch den MDK kommen damit zu unterschiedlichen Ergebnissen. Dies zeigt sich auch bei der personenbezogenen Bewertung der Versorgungsqualität zu Themen, für die die genannten Expertenstandards relevant, insbesondere zur Beratung. Zwar ist davon auszugehen, dass den Pflegediensten die Expertenstandards überwiegend bekannt sind, der tatsächliche Implementationsgrad der Expertenstandards sowohl im Qualitätsmanagement als auch bei der Umsetzung in die Pflegepraxis entspricht aus externer Perspektive des MDK jedoch nicht der Selbsteinschätzung.

Ambulante Pflege – Qualitätsmanagement 1 (Angaben in v.H.)			
Frage	Kriterium	zutreffend	davon
		bei	Kriterium erfüllt
Berücksichtigung von Expertenstandards			
6.3a	Dekubitusprophylaxe	100,0	78,3
6.3b	pflegerisches Schmerzmanagement	98,0	63,8
6.3c	Sturzprophylaxe	100,0	75,0

**Tabelle 44: Ambulante Pflege – Qualitätsmanagement 1**

Zum Qualitätsmanagement gehört eine systematische Fortbildungsplanung. Bei den Prüfungen des MDK wird erhoben, ob es in den Pflegediensten eine Fortbildungsplanung gibt, die sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildung einbezogen werden (Frage 6.7, Transparenzkriterium 34). Dies wird in der Regel durch einen prospektiven Fortbildungsplan gewährleistet, aus dem ersichtlich ist, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildung einbezogen werden. Einen prospektiven Fortbildungsplan konnten 83,3 % der Pflegedienste vorlegen.

Weitere wichtige Elemente des Qualitätsmanagements sind die Kommunikationsstrukturen einer Organisation. Bei den Qualitätsprüfungen des MDK wird erhoben, ob eine geregelte Übergabe (z. B. durch Übergabegespräche) stattfindet, ob regelmäßig Dienstbesprechungen durchgeführt und schriftlich fixierte Regelungen (z. B. Dienstanweisungen, Rundschreiben, Aushang) genutzt werden (Fragen 6.10a-c). Eine geregelte Übergabe fand in 95,9 % der Pflegedienste statt, regelmäßige Dienstbesprechungen wurden in 91,3 % der Pflegedienste durchgeführt und schriftlich fixierte Regelungen wurden in 96,9 % der Pflegedienste genutzt.

Der Umgang mit Erste-Hilfe-Situationen und Notfällen ist ein weiteres Thema, das im Rahmen der Qualitätsprüfungen dem Qualitätsmanagement zugeordnet ist. In der ambulanten Pflege geht es dabei darum, ob die Mitarbeiter regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult werden (Frage 6.11a, Transparenzkriterium 32) und ob es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei den Pflegebedürftigen

<sup>67</sup> BMG 2011

(z. B. nach Sturz, Bewusstlosigkeit, die Haustür wird nicht geöffnet) gibt (Frage 6.11b, Transparenzkriterium 31). Bei 79,3 % der Pflegedienste fanden regelmäßige Schulungen in Erster Hilfe statt. Damit haben 20,7 % der Pflegedienste dieses Kriterium noch nicht erfüllt, so dass bei den Mitarbeitern dieser Pflegedienste nicht immer die erforderliche Routine und die aktuellen Kenntnisse vorhanden sind. Schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten in Notfällen lagen bei 87,6 % der Pflegedienste vor.

Unverzichtbarer Bestandteil des Qualitätsmanagements ist ein Beschwerdemanagement. Im Rahmen von Qualitätsprüfungen wird daher der Frage nachgegangen, ob die ambulanten Pflegedienste über eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden verfügen (Frage 6.12, Transparenzkriterium 33). Von den ambulanten Pflegediensten verfügten 82,4 % über entsprechende Regelungen. Bei 17,6 % der geprüften Pflegedienste lagen keine schriftlichen Regelungen zum Umgang mit Beschwerden vor. Bei diesen Pflegediensten kann nicht davon ausgegangen werden, dass Beschwerden systematisch nachgegangen wird und daraus Verbesserungsmöglichkeiten abgeleitet werden.

<b>Ambulante Pflege – Qualitätsmanagement 2 (Angaben in v.H.)</b>		
<b>Frage</b>	<b>Kriterium</b>	<b>Kriterium erfüllt</b>
6.7/T34	Fortbildungsplan für alle in der Pflege tätigen MA	83,3
	<b>Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe</b>	
6.10a	geregelte Übergabe	95,9
6.10b	regelmäßige Dienstbesprechungen	91,3
6.10c	schriftlich fixierte Regelungen	96,9
	<b>verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen</b>	
6.11a/T32	regelmäßige Schulungen in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen	79,3
6.11b/T3	schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten in Notfällen	87,6
	<b>verbindliche Regelungen zum Umgang mit Beschwerden</b>	
6.12/T33	schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden	82,4

**Tabelle 45: Ambulante Pflege – Qualitätsmanagement 2**

#### **4.3.3.4 Hygiene**

Die Prüfung des Hygienemanagements in ambulanten Pflegediensten befasst sich damit, ob innerbetriebliche Verfahrensanweisungen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut vorliegen (Frage 8.1a), ob die Reinigung und der Umgang mit kontagiösen oder kontaminierten Gegenständen geregelt ist (Frage 8.1b), ob die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen regelmäßig überprüft wird (Frage 8.1c), ob den Mitarbeitern die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen bekannt sind (Frage 8.1d) und ob die für das Hygienemanagement erforderlichen Desinfektionsmittel vorhanden sind (Frage 8.1e). Verfahrensanweisungen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut waren bei 78,4 % der Pflegedienste vorhanden. Zur Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände lagen bei 81,5 % der Pflegedienste Regelungen vor. In 60,7 % der Pflegedienste wurde die Anwendung der Verfahrensanweisungen auch regelmäßig überprüft. In 39,3 % der Pflegedienste fand keine regelmäßige Prüfung dazu statt, ob die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen zur Hygiene eingehalten werden. In diesen Einrichtungen ist damit nicht sichergestellt, dass die eigenen Vorgaben zum Hygienemanagement auch

umgesetzt werden. Bekannt waren den Mitarbeitern die Verfahrensanweisungen zum Hygienemanagement in 77,7 % der Pflegedienste. In über 1/5 der Pflegedienste waren die Mitarbeiter nicht über diese Regelungen instruiert. In 88,2 % waren die für das Hygienemanagement erforderlichen Desinfektionsmittel vorhanden. Bei mehr als 10 % fehlten erforderliche Desinfektionsmittel und die Regelungen konnten aus diesem Grund nicht sachgerecht umgesetzt werden.

Anders als in der stationären Pflege wird in der ambulanten Pflege ausschließlich durch den MDK die Anwendung von Hygienevorschriften überprüft. Auf der Grundlage des gesetzlichen Prüfauftrages sind hier insbesondere die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes (§ 114 Abs. 2 SGB XI) zu beachten, soweit sie für den ambulanten Bereich relevant sind. Dies gilt insbesondere für die Empfehlungen zur Händehygiene<sup>68</sup>, zur Prävention und Kontrolle von katheterassoziierten Harnwegsinfektionen<sup>69</sup>, zur Prävention der nosokomialen Pneumonie<sup>70</sup> sowie zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-Stämmen (MRSA)<sup>71</sup> (Fragen 8.2a-d). Ganz zentral für die Vermeidung von Infektionen ist die Händehygiene. Der Stellenwert der Händehygiene wird unter anderem auch deutlich durch die „Aktion saubere Hände“, die die WHO im Jahr 2005 zur Verbesserung der Patientensicherheit initiiert hat. Dieser Aktion hat sich die Bundesrepublik Deutschland angeschlossen. Das Projekt wird gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit und bezieht sich auch auf ambulante Pflegedienste.<sup>72</sup> In der ambulanten Pflege wird der Verbesserungsbedarf daran deutlich, dass trotz der großen Bedeutung der Thematik erst in 75,6 % der Pflegedienste die Empfehlungen zur Händehygiene bekannt waren, während in knapp ¼ der Pflegedienste den Mitarbeitern diese Empfehlung noch nicht bekannt waren. Einen noch geringeren Bekanntheitsgrad haben die Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von katheterassoziierten Harnwegsinfektionen (61,5 %), zur Prävention der nosokomialen Pneumonie (58,7 %) sowie zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-Stämmen (MRSA) (72,2 %). Die ambulanten Pflegedienste sollten dringend die Implementierung der entsprechenden Empfehlungen vorantreiben, allen voran die Empfehlungen zur Händehygiene.

Von den 7.782 ambulanten Pflegediensten, für die Daten zur Verfügung stehen, war 2.368 Pflegediensten (30,0 %) bekannt, dass von ihnen MRSA-kolonisierte oder -infizierte Pflegebedürftige betreut werden. In diesen Pflegediensten wird überprüft, ob geeignete Standards oder Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vorliegen (Frage 8.4). Von den betroffenen Pflegediensten erfüllten 89,4 % dieses Kriterium.

---

<sup>68</sup> Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut 2000<sup>1</sup>

<sup>69</sup> Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut 1999<sup>1</sup>

<sup>70</sup> Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut 2000<sup>2</sup>

<sup>71</sup> Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut 1999<sup>2</sup>

<sup>72</sup> <http://www.aktion-sauberehaende.de> (Zugriff 10.11.2011)

Ambulante Pflege – Hygiene (Angaben in v.H.)			
Frage	Kriterium	zutreffend bei	davon Kriterium erfüllt
<b>Hygienemanagement</b>			
8.1a	Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	78,3	78,3
8.1b	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	81,5	81,5
8.1c	Überprüfung der Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen	60,7	60,7
8.1d	innerbetriebliche Verfahrensanweisungen sind MA bekannt	77,7	77,7
8.1e	allen erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	88,2	88,2
<b>Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Institutes bekannt</b>			
8.2a	Händehygiene	75,6	78,3
8.2b	Prävention und Kontrolle Katheterassoziierter Harnwegsinfektionen	61,5	63,8
8.2c	Prävention der nosokomialen Pneumonie	58,7	75,0
8.2d	Prävention und Kontrolle von MRSA	72,2	63,8
8.4	Geeignete Standards zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen liegen vor	28,2	89,4

**Tabelle 46: Ambulante Pflege – Hygiene**



# 5 Entwicklung der Qualität seit dem letzten Qualitätsbericht

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag zur Berichterstattung nach § 114a Abs. 6 SGB XI sind u. a. Aussagen zur Entwicklung der Pflegequalität zu treffen. Hierfür wäre ein Vergleich der aktuellen Daten mit denen des 2. Berichts aus dem Jahr 2007 erforderlich. Direkte Vergleiche sind allerdings nur für wenige Kriterien durchführbar, da sich die Inhalte und der Differenzierungsgrad der Prüfkriterien erheblich gewandelt haben.<sup>73</sup> Bei einigen Prüffragen erklären sich positive bzw. auch negative Entwicklungen zum Teil auch aus diesen veränderten Fragezuschnitten. Bei den personenbezogenen Daten wird ein Vergleich zusätzlich dadurch erschwert, dass bei den Prüfungen, die dem 2. Bericht aus dem Jahr 2007 zugrunde lagen, gezielt Pflegebedürftige bzw. Bewohner mit besonderen Pflegesituationen (z. B. Sondenernährung, Dekubitus) in die Prüfung einbezogen wurden, während derzeit Personen per Zufallsstichprobe stratifiziert nach Pflegestufen für die Prüfungen ausgesucht werden. Für den Bericht aus dem Jahr 2007 lagen Daten aus 3.736 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten unter Einbeziehung von 14.925 Pflegebedürftigen und aus 4.217 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen unter Einbeziehung von 24.648 Bewohnern vor. Dies entsprach einem Anteil von 31,1 % aller zugelassenen Pflegedienste und 41,6 % aller zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen. Dabei handelt es sich um Prüfungen, die im Zeitraum vom 01.01.2004 bis zum 30.06.2006 durchgeführt worden sind. Bei den im Folgenden dargestellten Vergleichen wurden diese Ergebnisse denen des aktuellen Berichtes gegenüber gestellt.

In der ambulanten Pflege waren 4 Prüfkriterien vollständig identisch und weitere 6 Prüfkriterien zumindest partiell vergleichbar. In der stationären Pflege waren 5 Prüfkriterien vollständig identisch und weitere 8 Prüfkriterien zumindest partiell vergleichbar.

Unter Berücksichtigung der eingeschränkten Vergleichsmöglichkeiten zeigt sich im Vergleich zu den Ergebnissen des 2. Berichtes insgesamt zum Teil bei einrichtungsbezogenen Kriterien (z. B. Anwendung von Hygienestandards) ein Positivtrend bei der Qualitätsentwicklung. Allerdings weist die Qualitätsentwicklung insbesondere bei personenbezogenen Kriterien zur Versorgungsqualität nicht bei allen vergleichbaren Kriterien in eine positive Richtung.

## 5.1 Vergleich stationäre Pflege

### 5.1.1 Vergleich der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) in der stationären Pflege

Ein Vergleich bezüglich der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) ist (mit Einschränkungen) möglich für die Medikamentenversorgung, die Dekubitusprophylaxe, die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, die Inkontinenzversorgung, die Versorgung von Menschen mit Demenz, den Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen sowie für das situationsgerechte Handeln der Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen.

---

<sup>73</sup> Prüfgrundlage für den 2. Bericht waren die MDK-Anleitungen zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der ambulanten bzw. die stationäre Pflege (MDS 2000<sup>1</sup>; MDS 2000<sup>2</sup>). Prüfgrundlage für den aktuellen Bericht waren die Qualitätsprüfungsrichtlinien, die MDK-Anleitungen und die Transparenzvereinbarungen für die ambulante bzw. die stationäre Pflege (MDS & GKV-Spitzenverband 2009<sup>1</sup>; MDS & GKV-Spitzenverband 2009<sup>2</sup>)

Die Frage aus den für den letzten Bericht geltenden Prüfgrundlagen, ob Medikamente auf dem Formblatt vollständig und korrekt dokumentiert sind, ist zum Teil identisch mit der heute relevanten Frage, ob die Medikamentenversorgung gemäß der ärztlichen Anordnung erfolgt (Frage 12.3, Transparenzkriterium 3). Bei beiden Fragen steht inhaltlich die vollständige und korrekte Dokumentation im Vordergrund. Allerdings umfasst die heutige Prüffrage zusätzlich die Bedarfsmedikamente. Während beim letzten Bericht bei 89,8 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner Medikamente vollständig und korrekt dokumentiert waren, erfolgte im aktuellen Berichtszeitraum bei 81,5 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner die Medikamentenversorgung gemäß der ärztlichen Anordnung. Hier spielt sicherlich auch der veränderte Fragenzuschnitt eine Rolle.

Die Frage aus den alten Prüfgrundlagen, ob die Medikamente anhand der Angaben in der Pflegedokumentation gerichtet werden, ist nur ein Aspekt der heutigen Prüffrage nach dem sachgerechten Umgang mit Medikamenten (Frage 12.4, Transparenzkriterium 4). Die aktuelle Prüffrage umfasst auch weitere Kriterien, etwa, ob die Medikamente bei Bedarf im Kühlschrank gelagert werden oder ob die Medikamente bewohnerbezogen beschriftet aufbewahrt werden. Während beim letzten Bericht bei 88,9 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner die Medikamente anhand der Pflegedokumentation gerichtet wurden, war der Umgang mit Medikamenten im aktuellen Berichtszeitraum bei 81,8 % der einbezogenen Bewohner sachgerecht. Dies ist vermutlich auch auf den veränderten Fragenzuschnitt zurückzuführen.

Beim für den letzten Bericht noch geltenden Prüfkonzept wurde in einem zusammenhängenden Prüfkriterium geprüft, ob Dekubitusprophylaxe und -therapie sachgerecht sind. Die Frage bezog sich dabei also sowohl auf Personen, bei denen lediglich ein Dekubitusrisiko vorlag, als auch auf Personen, bei denen ein Dekubitus entstanden war und bei denen eine Wundversorgung stattfand. Darüber hinaus umfasste die Frage sowohl die Risikoerkennung als auch die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen. Heute bezieht sich das Kriterium (Frage 13.9, Transparenzkriterium 7) auf den Umgang mit dem Dekubitusrisiko, allerdings ohne die Dekubitusrisikoerkennung und auch ohne die Bewertung der Dekubitustherapie. Während das Kriterium beim letzten Bericht bei 59,7 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner erfüllt war, liegt der Wert beim aktuellen Bericht bei 59,3 %.

Ebenso wie bei der Dekubitusprophylaxe ist ein Vergleich der Prüfkriterien zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung nur begrenzt möglich, da die Fragen unterschiedlich differenziert sind. War beim letzten Bericht noch eine umfassende Frage zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung einschließlich der Risikoerkennung im Prüfkonzept enthalten, so sind die Fragen heute insbesondere unterteilt in den Umgang mit der Flüssigkeitsversorgung (Frage 14.8, Transparenzkriterium 17) und den Umgang mit der Ernährung (Frage 14.7, Transparenzkriterium 14), während die Risikoerkennung in einer anderen Frage bewertet wird. Wurde beim letzten Bericht bei 64,0 % der in die Prüfung einbezogenen Personen eine sachgerechte Ernährung und Flüssigkeitsversorgung festgestellt, so wurden im aktuellen Berichtszeitraum bei 79,5 % der einbezogenen Personen mit Einschränkungen bei der selbstständigen Ernährung und bei 82,4 % der Personen mit Einschränkungen bei der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt. Ein Teil dieser Veränderungen ist sicherlich auch auf den veränderten Fragenzuschnitt zurückzuführen. Allerdings ist auch davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtungen hier Qualitätsverbesserungen realisiert haben.

Auch der Vergleich der Prüfkriterien zum Umgang mit einer Inkontinenz ist nur begrenzt möglich, da die Fragen unterschiedlich differenziert sind. Umfasste die Frage zum sachgerechten Umgang mit der Inkontinenz beim letzten Bericht u. a. auch noch die Risikoerkennung, so ist die Frage heute ausschließlich auf die Durchführung erforderlicher Maßnahmen ausgerichtet (Frage 15.4, Transparenzkriterium 23). Wurde die Inkontinenzversorgung beim



letzten Bericht noch bei 81,6 % der einbezogenen Bewohner als sachgerecht bewertet, wurden im aktuellen Berichtszeitraum bei 80,0 % der einbezogenen Bewohner mit einer Inkontinenz bzw. mit einem Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt.

Dem letzten Bericht lag noch die umfassende Prüffrage zugrunde, die sich auf die sachgerechte Versorgung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen bezogen hat. Dem wird als Vergleichskriterium aus den aktuellen Prüfgrundlagen die Prüffrage gegenübergestellt, ob dem Bewohner mit Demenz geeignete Angebote (z. B. zur Bewegung, Kommunikation oder Wahrnehmung) gemacht werden (Frage 16.5, Transparenzkriterium 44). Bei dieser Frage handelt es sich also ebenfalls um eine Teilmenge der alten Prüffrage. Beim letzten Qualitätsbericht wurde bei 66,7 % der betroffenen einbezogenen Bewohner eine sachgerechte Versorgung von Menschen mit Demenz festgestellt, während im aktuellen Berichtszeitraum bei 76,3 % der einbezogenen Bewohner geeignete Angebote gemacht worden sind. Sowohl Veränderungen im Fragenzuschnitt als auch Qualitätsverbesserungen könnten hierfür verantwortlich sein.

Die Frage zum gesetzeskonformen Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen war beim 2. Qualitätsbericht inhaltlich identisch mit der heutigen Prüffrage (Frage 18.2, Transparenzkriterium 29). Obwohl in den letzten Jahren offensichtlich ein Umdenken in der professionellen Haltung erkennbar ist, hat dies nicht zu einer Verbesserung im Hinblick auf das Einholen erforderlicher Einwilligungen oder richterlicher Genehmigungen geführt. Beim letzten Bericht war der Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen bei 91,0 % der betroffenen Bewohner gesetzeskonform, während dieser Wert jetzt bei 88,8 % liegt.

Auch bei der Frage, ob dem Pflegebericht ein situationsgerechtes Verhalten bei akuten Ereignissen entnommen werden kann, ist ein direkter Vergleich zwischen den Ergebnissen des 2. und des 3. Qualitätsberichtes (Frage 18.6) möglich. Zwischen dem letzten Bericht und der heutigen Situation hat sich eine Verbesserung um etwa 10 % ergeben. Während beim letzten Bericht noch bei 81,7 % der Bewohner bei akuten Ereignissen sachgerecht reagiert worden ist, hat sich dieser Anteil inzwischen auf 91,5 % erhöht.

Stationäre Pflege – Vergleich Prozess-/Ergebnisqualität 2006/2010			
Kriterium		Kriterium erfüllt in v.H.	Anforderungen 2010
1/2004 – 6/2006	Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen in Pflegedokumentation eindeutig festgehalten	82,0	gleich
7/2009 – 12/2010	Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen gemäß ärztlicher Anordnung	85,2	
1/2004 – 6/2006	Verordnete Medikamente auf Formblatt vollständig und korrekt dokumentiert	89,8	verändert
7/2009 – 12/2010	Medikamentenversorgung gemäß ärztlicher Anordnung	81,5	
1/2004 – 6/2006	Medikamente werden anhand Angaben in der Pflegedokumentation gerichtet	88,9	verändert
7/2009 – 12/2010	sachgerechter Umgang mit Medikamenten	81,8	
1/2004 – 6/2006	Dekubitusprophylaxe/-therapie sachgerecht	59,7	verändert
7/2009 – 12/2010	Durchführung erforderlicher Dekubitusprophylaxen	59,3	
1/2004 – 6/2006	Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sachgerecht	64,0	verändert
7/2009 – 12/2010	Durchführung erforderlicher Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung	79,5	
	Durchführung erforderlicher Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung	82,4	
1/2004 – 6/2006	Inkontinenzversorgung sachgerecht	81,6	verändert
7/2009 – 12/2010	Durchführung erforderlicher Maßnahmen bei Bewohner mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkathetern	80,0	
1/2004 – 6/2006	Versorgung bei gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen sachgerecht	66,7	verändert
7/2009 – 12/2010	Werden dem Bewohner mit Demenz geeignete Angebote gemacht, z. B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?	76,3	
1/2004 – 6/2006	Gesetzeskonformer Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen	91,0	gleich
7/2009 – 12/2010	Bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen liegen Einwilligungen oder Genehmigungen vor	88,8	
1/2004 – 6/2006	Situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen im Pflegebericht	81,7	gleich
7/2009 – 12/2010	Situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen im Pflegebericht	91,5	

**Tabelle 47: Stationäre Pflege – Vergleich Prozess-/Ergebnisqualität 2006/2010**

### 5.1.2 Vergleich der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität in der stationären Pflege

Deutlich zugenommen hat seit dem letzten Bericht der Anteil der stationären Pflegeeinrichtungen, deren Qualitätsmanagement nach DIN-ISO oder anderen Verfahren zertifiziert war. Lag dieser Anteil beim 2. Bericht noch bei ca. 5 %, hat sich der Anteil inzwischen auf über 16 % deutlich erhöht.

Ein Vergleich bezüglich der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität ist (mit Einschränkungen) möglich für die Anleitung und fachliche Überprüfung von Pflegekräften, die Fortbildung, die Hygiene sowie die soziale Betreuung.

Beim 2. Bericht war bei 63,3 % der geprüften stationären Einrichtungen die fachliche Überprüfung von Pflegekräften gewährleistet. Im Vergleich zeigt sich beim 3. Bericht ein Anteil von 65,7 %\* der stationären Einrichtungen, in denen die fachliche Überprüfung sichergestellt war (Frage 4.3).

Eine Verbesserung ist bei der Fortbildungsplanung in der stationären Pflege für die Mitarbeiter in der Pflege eingetreten. Lag der Anteil der Einrichtungen mit einer nachvollziehbaren prospektiven Fortbildungsplanung beim letzten Bericht noch bei 84,1 %, so konnte dieser Anteil im aktuellen Berichtszeitraum auf 93,6 %\* gesteigert werden (Frage 6.8a).

Die Fragen zur Hygiene sind nicht deckungsgleich. Während für den letzten Bericht noch in einer allgemeinen Frage erhoben wurde, ob die Pflegeeinrichtung nach einem Hygienestandard bzw. Hygieneplan arbeitet, ist diese Frage im heutigen Prüfkonzept in Unterkriterien differenziert worden. Weitgehend vergleichbar ist das Kriterium „innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut“ der heutigen Prüfgrundlagen (Frage 8.2a). Allerdings wurde 2006 u. a. noch zusätzlich bei der Prüffrage bewertet, ob die Regelungen den Mitarbeitern bekannt sind. Beim letzten Bericht wurden bei 76,4 % der Pflegeeinrichtungen Hygienepläne bzw. -standards umgesetzt. Im aktuellen Berichtszeitraum waren bei 92,1 %\* der Pflegeeinrichtungen Verfahrensweisen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut festgelegt.

Bereits beim letzten Bericht wurde überprüft, ob das Angebot der sozialen Betreuung auf die Bewohnerstruktur ausgerichtet ist. Dieses Kriterium ist weitgehend unverändert im jetzt gültigen Prüfkonzept erhalten geblieben (Frage 10.2, Transparenzkriterium 51). Es zeigen sich zwischen dem 2. Bericht und der jetzigen Situation deutliche Verbesserungen. Zu der Verbesserung von 64,7 % auf 87,9 % dürfte auch beigetragen haben, dass die Ergebnisse dieses Kriteriums mit den Transparenzberichten veröffentlicht werden und dass zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI in der sozialen Betreuung eingesetzt werden.

---

\* Für die stationäre Pflege liegen zu einer Reihe einrichtungsbezogener Kriterien keine Daten des MDK Baden-Württemberg vor. Die Ergebnisse der betreffenden Kriterien werden im Folgenden mit „\*“ gekennzeichnet.

Stationäre Pflege – Vergleich Strukturqualität 2006/2010			
Kriterium		Kriterium erfüllt in v.H.	Anforderungen 2010
1/2004 – 6/2006	Fachliche Überprüfung der Pflegekräfte gewährleistet	63,3	<b>verändert</b>
7/2009 – 12/2010	Anleitung und Überprüfung von Pflegehilfskräften durch PFK	65,7	
1/2004 – 6/2006	Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sachgerecht	64,0	<b>verändert</b>
7/2009 – 12/2010	Nachvollziehbare Durchführung der vereinbarten Leistung zur Flüssigkeitsversorgung	79,5	
	Nachvollziehbare Durchführung der vereinbarten Leistung zur Nahrungsaufnahme	82,4	
1/2004 – 6/2006	Inkontinenzversorgung sachgerecht	76,4	<b>verändert</b>
7/2009 – 12/2010	Nachvollziehbare Durchführung der vereinbarten Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenz	92,1	
1/2004 – 6/2006	Angebote soziale Betreuung auf die Bewohnerstruktur ausgerichtet	64,7	<b>gleich</b>
7/2009 – 12/2010	Angebote soziale Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet	87,9	

**Tabelle 48: Stationäre Pflege – Vergleich Strukturqualität 2006/2010**

## 5.2 Vergleich Ambulante Pflege

### 5.2.1 Vergleich personenbezogene Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) in der ambulanten Pflege

Ein Vergleich bezüglich der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) ist (mit Einschränkungen) möglich für die Dekubitusprophylaxe, die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, die Inkontinenzversorgung, die Versorgung von Menschen mit Demenz sowie für das situationsgerechte Handeln der Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen.

Beim im 1. HJ 2006 noch geltenden Prüfkonzept wurde in einem zusammenhängenden Prüfkriterium erhoben, ob die Dekubitusprophylaxe und -therapie sachgerecht waren. Die Frage bezog sich also sowohl auf Personen, bei denen lediglich ein Dekubitusrisiko vorlag, als auch auf Personen, bei denen ein Dekubitus entstanden war und eine Wundversorgung stattfand. Darüber hinaus umfasste die Frage sowohl die Risikoerkennung als auch die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen. Heute bezieht sich die Frage lediglich auf die gewebeschonende Lagerung bei vereinbarten Leistungen zur Lagerung und ist in ihrem Prüfumfang damit deutlich eingeschränkt (Frage 11.9, Transparenzkriterium 12). Während das Kriterium beim letzten Bericht bei 54,0 % der einbezogenen Pflegebedürftigen erfüllt war, war es beim aktuellen Bericht bei 68,3 % der einbezogenen Pflegebedürftigen erfüllt. Ein Teil dieser Veränderung ist sicherlich auch auf den veränderten Fragenzuschnitt zurückzuführen.

Ebenso wie bei der Dekubitusprophylaxe ist ein Vergleich der Prüfkriterien zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung nur begrenzt möglich, da die Fragen unterschiedlich differenziert

sind. War im Jahr 2006 noch eine umfassende Frage zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung im Prüfkonzert enthalten, so sind die Fragen heute in diverse Einzelfragen unterteilt. Die Fragen nach der nachvollziehbaren Durchführung der vereinbarten Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung (Frage 12.8, Transparenzkriterium 3) bzw. zur Ernährung (Frage 12.12, Transparenzkriterium 6), die hier als Referenz gegenübergestellt werden, bilden daher nur einen Teilausschnitt der ehemaligen Prüffrage ab. Dies ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Während die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung beim letzten Bericht noch bei 66,0 % der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen als sachgerecht bewertet wurden, war beim aktuellen Bericht bei 86,1 % der einbezogenen Pflegebedürftigen die Durchführung der vereinbarten Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar und bei 86,7 % der einbezogenen Pflegebedürftigen war die Durchführung der vereinbarten Leistungen zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar.

Auch zur Ausscheidung ist ein Vergleich nur eingeschränkt möglich. Während sich die Prüffrage beim alten Prüfkonzert noch auf den gesamten Aufgabenbereich der Pflege bei der Inkontinenzversorgung bezogen hat, sind die Fragen heute anders differenziert. Eine Prüffrage, die mit der Prüffrage aus den Prüfgrundlagen im Jahre 2006 im Zusammenhang steht, ist die Frage nach der nachvollziehbaren Durchführung vereinbarter Leistungen (Frage 13.5, Transparenzkriterium 10), die aber wiederum nur einen Ausschnitt der damaligen Prüffrage abdeckt. Beim 2. Bericht lag der Anteil der Personen, bei denen die Inkontinenzversorgung als sachgerecht bewertet worden ist, bei 75,4 %, während beim aktuellen Bericht die Durchführung der vereinbarten Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen / Inkontinenz bei 86,0 % der einbezogenen Pflegebedürftigen nachvollziehbar war.

Bei den als Vergleichskriterien herangezogenen Prüfkriterien für den Umgang mit Menschen mit Demenz gelten die gleichen Einschränkungen wie bei den oben beschriebenen personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien (Versorgungsqualität). Beim Prüfkonzert des Jahres 2006 stellte die heutige Frage nach der Berücksichtigung biografischer Besonderheiten (Frage 14.3, Transparenzkriterium 15) eine Teilmenge der gesamten, umfassend angelegten Prüffrage dar. Beim 2. Bericht wurde die Versorgung von gerontopsychiatrisch Beeinträchtigten bei 67,3 % der einbezogenen Pflegebedürftigen als sachgerecht bewertet, während beim aktuellen Bericht die biografischen und anderen Besonderheiten bei 61,9 % der einbezogenen Pflegebedürftigen bei der Leistungserbringung berücksichtigt worden waren. Obwohl im Vergleich zum letzten Bericht bei der Bewertung dieses Kriteriums nur die Erfüllung einer Teilmenge bewertet worden war, zeigt sich bei diesem Kriterium eine Verschlechterung der Prüfergebnisse.

Während bei den vorangegangenen Kriterien nur eine begrenzte Vergleichbarkeit möglich war, ist beim situationsgerechten Handeln bei akuten Ereignissen aufgrund der Gleichförmigkeit der Prüfkriterien ein direkter Vergleich möglich. Zwischen 2006 und der heutigen Situation hat sich eine Verbesserung um gut 10 % ergeben. Während im Jahre 2006 bei 74,1 % der Pflegebedürftigen bei akuten Ereignissen ein sachgerechtes Handeln erkennbar war, lag dieser Anteil beim aktuellen Bericht bei 84,7 % (Frage 15.6).

<b>Ambulante Pflege – Vergleich Prozess-/Ergebnisqualität 2006/2010</b>			
<b>Kriterium</b>		<b>Kriterium erfüllt in v.H.</b>	<b>Anforderungen 2010</b>
1/2004 – 6/2006	Fachliche Überprüfung der Pflegekräfte gewährleistet	54,0	<b>verändert</b>
7/2009 – 12/2010	Anleitung und Überprüfung von Pflegehilfskräften durch PFK	68,3	
1/2004 – 6/2006	Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sachgerecht	66,0	<b>verändert</b>
7/2009 – 12/2010	Nachvollziehbare Durchführung der vereinbarten Leistung zur Flüssigkeitsversorgung	86,1	
	Nachvollziehbare Durchführung der vereinbarten Leistung zur Nahrungsaufnahme	86,7	
1/2004 – 6/2006	Inkontinenzversorgung sachgerecht	75,4	<b>verändert</b>
7/2009 – 12/2010	Nachvollziehbare Durchführung der vereinbarten Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenz	86,0	
1/2004 – 6/2006	Versorgung bei gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen sachgerecht	67,3	<b>verändert</b>
7/2009 – 12/2010	Beachtung der biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung bei Menschen mit Demenz	61,9	
1/2004 – 6/2006	Situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen im Pflegebericht	74,1	<b>gleich</b>
7/2009 – 12/2010	Situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen im Pflegebericht	84,7	

Tabelle 49: Ambulante Pflege – Vergleich Prozess-/Ergebnisqualität 2

man diese Ergebnisse, so muss festgestellt werden, dass bei diesem Kriterium keine Verbesserung, sondern im Gegenteil eine Verschlechterung eingetreten ist. Im Berichtszeitraum führten nur noch etwas mehr als die Hälfte der Pflegedienste entsprechende Anleitungen und Überprüfungen durch, so dass insbesondere für Hilfskräfte ohne formale Qualifikation unklar blieb, ob und wie ein fachlich adäquater Einsatz dieser Kräfte gewährleistet wird.

Auch die Prüffrage zur ständigen Erreichbarkeit des Pflegedienstes war beim 2. Bericht identisch mit der aktuellen Prüffrage, so dass auch hier ein direkter Vergleich möglich ist. Die ständige Erreichbarkeit wurde beim 2. Bericht (94,3 %) und beim aktuellen Bericht (94,4 %) von fast allen Pflegediensten gewährleistet (Frage 4.6, Transparenzkriterium 37).

Auch bei der Fortbildungsplanung ist ein direkter Vergleich möglich. Lag der Anteil der Pflegedienste, die über einen prospektiven Fortbildungsplan für die Mitarbeiter in der Pflege verfügten, beim letzten Bericht noch bei 69,5 %, so hat sich der Anteil beim aktuellen Bericht (Frage 6.7, Transparenzkriterium 34) auf 83,3 % erhöht.

Die Fragen zur Hygiene sind nicht deckungsgleich. Während für den letzten Bericht noch in einer allgemeinen Frage erhoben wurde, ob die Pflegeeinrichtung nach einem Hygienestandard bzw. Hygieneplan arbeitet, ist diese Frage im heutigen Prüfkonzert in Unterkriterien differenziert worden. Weitgehend vergleichbar ist das Kriterium „innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut“ der heutigen Prüfgrundlagen (Frage 8.1a). Allerdings wurde 2006 u. a. noch zusätzlich bei der Prüffrage bewertet, ob die Regelungen den Mitarbeitern bekannt sind. Dieses Kriterium wird heute gesondert geprüft. Beim letzten Bericht wurde bei 66,6 % der geprüften Pflegedienste nach Hygienestandards / Hygieneplänen gearbeitet. Im aktuellen Berichtszeitraum waren bei 78,3 % der Pflegedienste Verfahrensweisen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut festgelegt.

<b>Ambulante Pflege – Vergleich Strukturqualität 2006/2010</b>			
<b>Kriterium</b>		<b>Kriterium erfüllt in v.H.</b>	<b>Anforderungen 2010</b>
1/2004 – 6/2006	Personenbezogene Unterlagen für Unbefugte unzugänglich aufbewahrt	94,2	<b>gleich</b>
7/2009 – 12/2010	Regelungen zur Einhaltung des Datenschutzes	94,9	
1/2004 – 6/2006	Fachliche Überprüfung der Pflegekräfte gewährleistet	59,6	<b>verändert</b>
7/2009 – 12/2010	Anleitung und Überprüfung von Pflegehilfskräften durch PFK	51,6	
1/2004 – 6/2006	Ständige Erreichbarkeit gewährleistet	94,3	<b>gleich</b>
7/2009 – 12/2010	Ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft	94,4	
1/2004 – 6/2006	Prospektiver Fortbildungsplan liegt vor	69,5	<b>gleich</b>
7/2009 – 12/2010	Fortbildungsplan für alle in der Pflege tätigen MA	83,3	
1/2004 – 6/2006	Arbeit nach Hygienestandard/Hygieneplan	66,6	<b>verändert</b>
7/2009 – 12/2010	Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	78,3	

**Tabelle 50: Ambulante Pflege – Vergleich Strukturqualität 2006/2010**



# 6 Schwerpunktthemen

## 6.1 Expertenstandards und die Qualität der pflegerischen Versorgung

Zu wesentlichen Themen in der Pflege hat das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) den aktuellen Wissensstand in Expertenstandards beschrieben. Mit dem PfWG ist die Bedeutung des aktuellen Wissensstandes für die Pflegequalität weiter in den Vordergrund gerückt worden. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Umsetzung der Expertenstandards positiv auf die Ergebnisqualität einer Pflegeeinrichtung auswirkt.

Im Rahmen dieses Schwerpunktthemas wird der Frage nachgegangen, inwieweit Zusammenhänge zwischen einrichtungsbezogenen Kriterien der Struktur- und Prozessqualität und personenbezogenen Kriterien der Prozess- und Ergebnisqualität bestehen.<sup>74</sup> Hierzu wurde u. a. ermittelt, ob zwischen den Fragen zur Umsetzung der Expertenstandards im Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen und der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) Zusammenhänge bestehen. In die Untersuchung einbezogen wurden die Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe, zum Schmerzmanagement sowie zur Sturzprophylaxe.

### 6.1.1 Zusammenhang zwischen Expertenstandard und Umgang mit dem Dekubitusrisiko

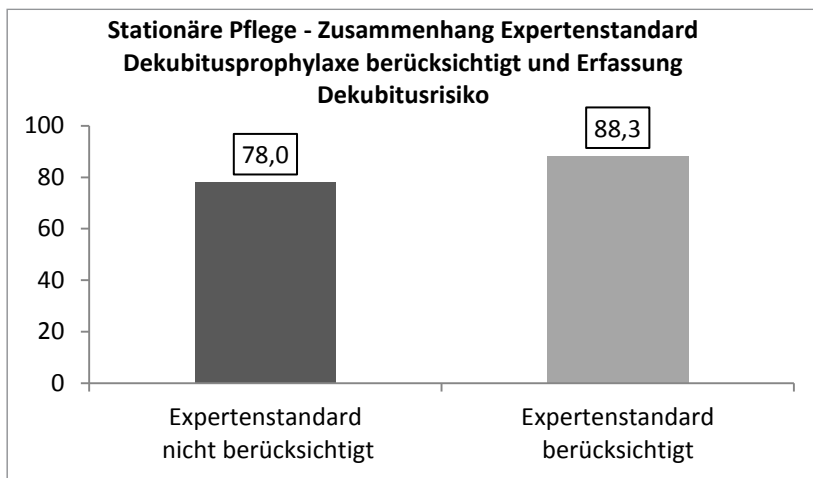
Im Auswertungszeitraum war bei 84,0 %\* aller stationären Pflegeeinrichtungen der Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe<sup>75</sup> im Qualitätsmanagement berücksichtigt. Zentrale Kriterien eines fachgerechten Umgangs mit dem Dekubitusrisiko sind das Erkennen des Dekubitusrisikos und insbesondere die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe. Für die stationäre Pflege wird hier der Frage nachgegangen, ob sich die Berücksichtigung des Expertenstandards im Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtung auf die Risikoerkennung und die Durchführung erforderlicher Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe auswirkte.

Die Vermeidung von Druckgeschwüren stellt bei Menschen mit einem Dekubitusrisiko ein zentrales pflegerisches Ziel dar. Um dieses zu erreichen, ist es zunächst erforderlich, das individuelle Dekubitusrisiko des Pflegebedürftigen zu ermitteln. In die Prüfung dieses Kriteriums wurden 53.564\* Bewohner einbezogen. Das individuelle Dekubitusrisiko wurde bei 86,9 %\* der einbezogenen Personen erfasst. In Einrichtungen, in welchen der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe im Qualitätsmanagement Berücksichtigung fand, wurde bei 88,3 %\* der Bewohner das individuelle Dekubitusrisiko erfasst. In Einrichtungen, in denen der Expertenstandard nicht berücksichtigt war, erfolgte dies bei 78,0 %\* der Bewohner.

---

<sup>74</sup> Für die stationäre Pflege liegen zur Frage 6.3a–c keine Daten aus Baden-Württemberg vor. Aus diesem Grund war es für die in diesem Kapitel vorgenommenen Vergleiche erforderlich, Berechnungen ohne die bewohnerbezogenen Daten durchzuführen, die bei Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege in Baden-Württemberg erhoben worden sind. Dies betrifft die Fragen 12.6 (systematische Schmerzeinschätzung), 13.4 (Erfassung Sturzrisiko), 13.8 (Erfassung Dekubitusrisiko) und 13.9 (erforderliche Dekubitusprophylaxen). Die betreffenden Angaben werden im Folgenden mit „\*“ gekennzeichnet.

<sup>75</sup> DNQP 2010<sup>2</sup>

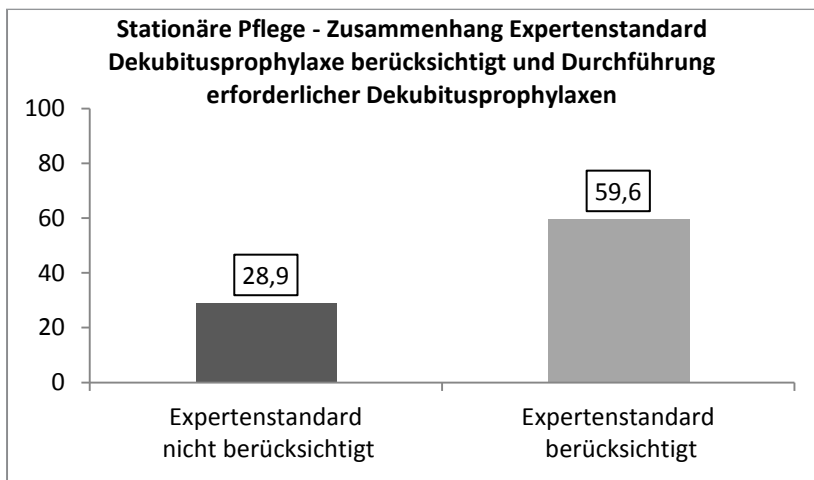


**Abbildung 3: Stationäre Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Dekubitusprophylaxe berücksichtigt und Erfassung Dekubitusrisiko**

Liegt ein Dekubitusrisiko vor, sind prophylaktische Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus erforderlich. Bei insgesamt 55,3 %\* der Bewohnern mit einem Dekubitusrisiko wurden individuell erforderliche Maßnahmen nachvollziehbar durchgeführt.

Einrichtungen, die den Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe im Qualitätsmanagement nicht berücksichtigt hatten, zeigen schlechtere Ergebnisse bei der Durchführung erforderlicher Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe als Einrichtungen, die den Expertenstandard berücksichtigten. Wurde der Expertenstandard nicht berücksichtigt, lag der Anteil der adäquat versorgten Bewohner bei 28,9 %, während dieser Anteil bei Einrichtungen mit Expertenstandard bei 59,6 % lag<sup>76</sup> (Abbildung). Damit zeigten sich hier deutlichere Unterschiede als bei der Dekubitusrisikoerkennung.

<sup>76</sup> Die Umsetzung dekubitusprophylaktischer Maßnahmen wird nur bei Personen geprüft, bei denen zuvor ein Dekubitusrisiko ermittelt wurde.



**Abbildung 4: Stationäre Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Dekubitusprophylaxe berücksichtigt und Durchführung erforderlicher Dekubitusprophylaxen**

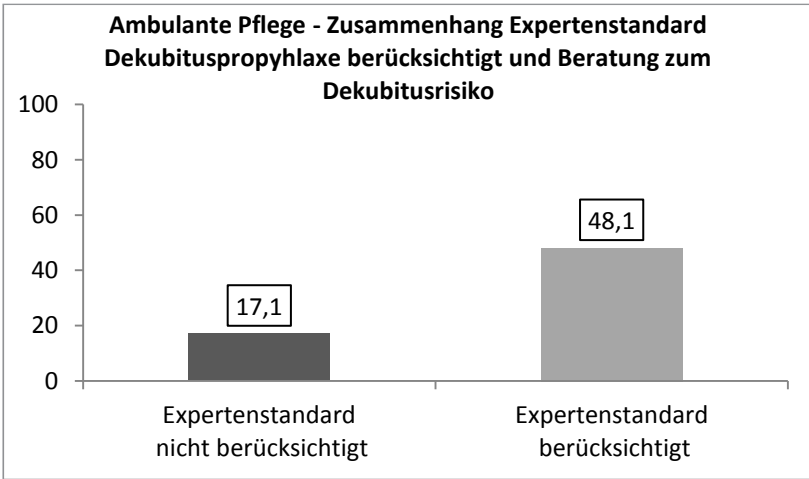
Der im stationären Versorgungssektor festgestellte Zusammenhang zwischen der Umsetzung des Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe und der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) lässt sich auch anhand der Ergebnisse der ambulanten Qualitätsprüfungen darstellen.

Im Auswertungszeitraum war bei 78,3 % der ambulanten Pflegedienste der Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe im Qualitätsmanagement berücksichtigt.

Von 44.440 in die Qualitätsprüfung einbezogenen Pflegebedürftigen lag bei 37,5 % (17.998 Personen) ein Dekubitusrisiko vor.

Im ambulanten Bereich spielt aufgrund der zeitlich begrenzten Anwesenheit des Pflegedienstes die Beratung des Pflegebedürftigen bzw. seiner Angehörigen eine bedeutende Rolle. Liegt ein Dekubitusrisiko vor, so muss der Pflegedienst den Pflegebedürftigen bzw. dessen Angehörige nachweislich über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten. Dies erfolgte in 40,5 % der Fälle nachweislich.

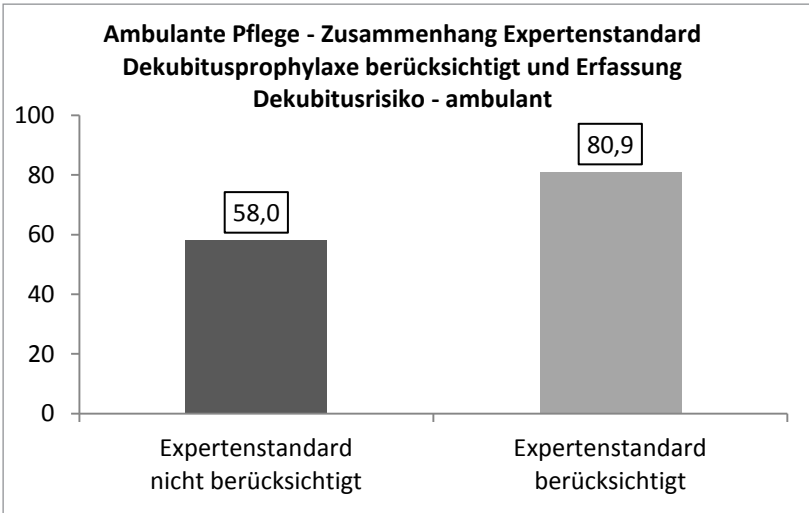
Während die ambulanten Pflegedienste, die den Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe im Qualitätsmanagement berücksichtigt hatten, 48,1 % der Pflegebedürftigen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten hatten, lag dieser Anteil bei den ambulanten Diensten, die den Standard nicht berücksichtigt hatten, nur bei 17,1 %.



**Abbildung 5: Ambulante Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Dekubitusprophylaxe berücksichtigt und Beratung zum Dekubitusrisiko**

Bei 75,4 % (von 16.474) aller Pflegebedürftigen, bei denen Leistungen vereinbart worden sind, wurde das Dekubitusrisiko erfasst.

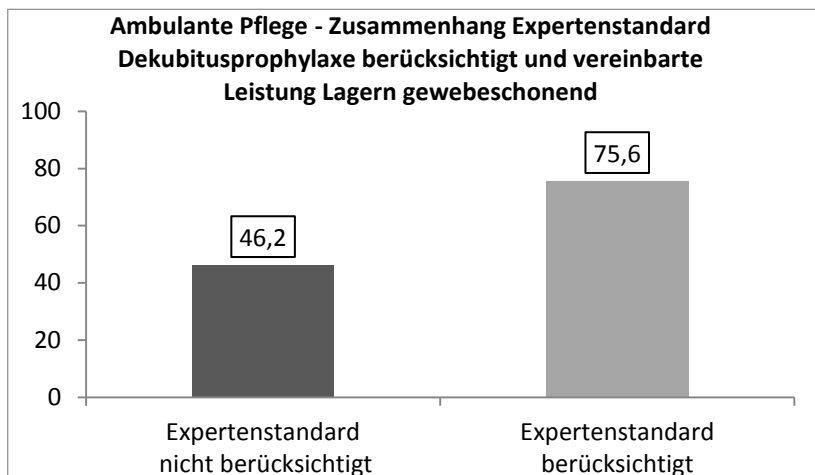
Bei ambulanten Pflegediensten, die den Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe bereits im Qualitätsmanagement berücksichtigt hatten, war bei 80,9 % der im Rahmen der Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen das individuelle Dekubitusrisiko erfasst worden, während in Einrichtungen, in denen der Expertenstandard nicht berücksichtigt war, dies nur bei 58,0 % der Pflegebedürftigen erfolgte.



**Abbildung 6: Ambulante Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Dekubitusprophylaxe berücksichtigt und Erfassung Dekubitusrisiko**

Liegt eine Dekubitusgefährdung vor und sind zwischen Pflegedienst und dem Pflegebedürftigen Leistungen zum Lagern vereinbart, sind Lagerungs- und Bewegungstechniken ggf. unter Anwendung von Hilfsmitteln durchzuführen. Leistungen zum Lagern waren bei 8.074 von insgesamt 44.433 visitierten Pflegebedürftigen vereinbart. Insgesamt bei 68,4 % dieser Personen wurden die genannten Anforderungen erfüllt.

Bei ambulanten Pflegediensten, die den Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ im Qualitätsmanagement berücksichtigt hatten, wurden bei 75,6 % der Pflegebedürftigen geeignete Lagerungsmaßnahmen durchgeführt. War der Expertenstandard im Qualitätsmanagement nicht berücksichtigt, lag dieser Anteil nur bei 46,2 %.



**Abbildung 7: Ambulante Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Dekubitusprophylaxe berücksichtigt und vereinbarte Leistung Lagern gewebeschonend**

### 6.1.2 Zusammenhang zwischen Expertenstandard und Schmerzmanagement

Chronische Schmerzen sind in der Altenpflege ein häufiges Problem und werden aufgrund der demografischen Entwicklung in Zukunft ein zentrales Thema bleiben. Seit 2005 liegt der Expertenstandard des DNQP zum Schmerzmanagement in der Pflege vor.<sup>77</sup> Die Berücksichtigung dieses Expertenstandards im Qualitätsmanagement wird im Rahmen der Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität einer Pflegeeinrichtung bewertet. Der Umgang mit chronischen Schmerzen wird zudem im Rahmen der Überprüfung der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) beurteilt.

Derzeit wird sowohl die Schmerzdiagnostik als auch die Schmerztherapie der Pflegebedürftigen in den Einrichtungen der Altenhilfe als unbefriedigend erlebt.<sup>78</sup> Dies zeigen auch die im Rahmen der Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen ermittelten Ergebnisse.

In 79,3 % der im Auswertungszeitraum geprüften stationären Pflegeeinrichtungen war der Expertenstandard zum Schmerzmanagement in der Pflege im Qualitätsmanagement bereits berücksichtigt.

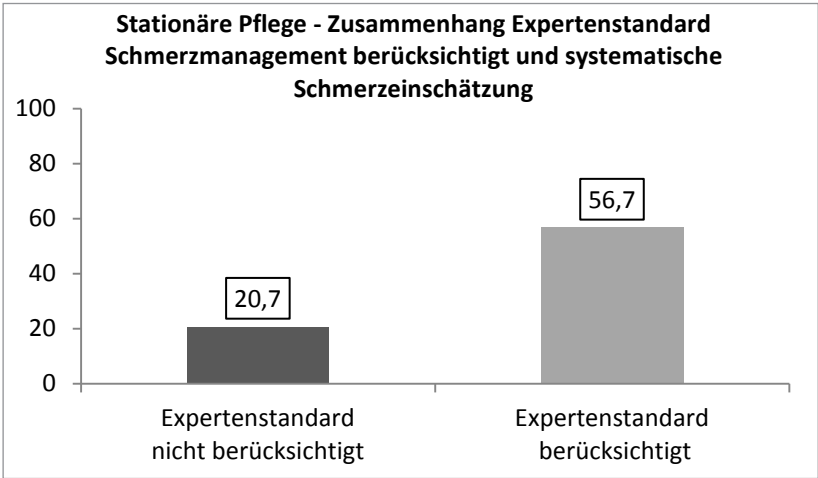
<sup>77</sup> DNQP 2005

<sup>78</sup> Kopke & Fischer 2009

Stationär hatten 31,1 % (von 53.560\*) der Bewohner chronische Schmerzen.

Eine systematische Schmerzeinschätzung, mit Angaben zu Schmerzlokalisierung, Schmerzintensität, zeitlicher Dimension des Schmerzes, verstärkende und lindernde Faktoren und ggf. auftretender Auswirkungen auf das Alltagsleben, erfolgte in 50,5 %\* der Fälle.

Gute Ergebnisse finden sich beim Umgang mit chronischen Schmerzen häufiger in stationären Pflegeeinrichtungen, welche den Expertenstandard zum Schmerzmanagement in der Pflege im Qualitätsmanagement berücksichtigt haben. So erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung in stationären Einrichtungen, welche den Expertenstandard im Qualitätsmanagement berücksichtigt haben, fast dreimal häufiger als in Einrichtungen, die diesen nicht berücksichtigt haben, in stationären Pflegeeinrichtungen mit Expertenstandard in 56,7 % der Fälle, in stationären Pflegeeinrichtungen ohne Expertenstandard nur in 20,7 % der Fälle.<sup>79</sup>



**Abbildung 8: Stationäre Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Schmerzmanagement berücksichtigt und systematische Schmerzeinschätzung**

**6.1.3 Zusammenhang zwischen Expertenstandard und Umgang mit dem Sturzrisiko**

Seit 2006 liegt der Expertenstandard des DNQP zur Sturzprophylaxe in der Pflege vor.<sup>80</sup> Die Berücksichtigung dieses Expertenstandards im Qualitätsmanagement wird im Rahmen der Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität einer Pflegeeinrichtung bewertet. Die Vermeidung von Stürzen wird zudem im Rahmen der Überprüfung der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) beurteilt.

Bei 84,1 % aller geprüften stationären Pflegeeinrichtungen war der Expertenstandard zur Sturzprophylaxe im Qualitätsmanagement berücksichtigt.

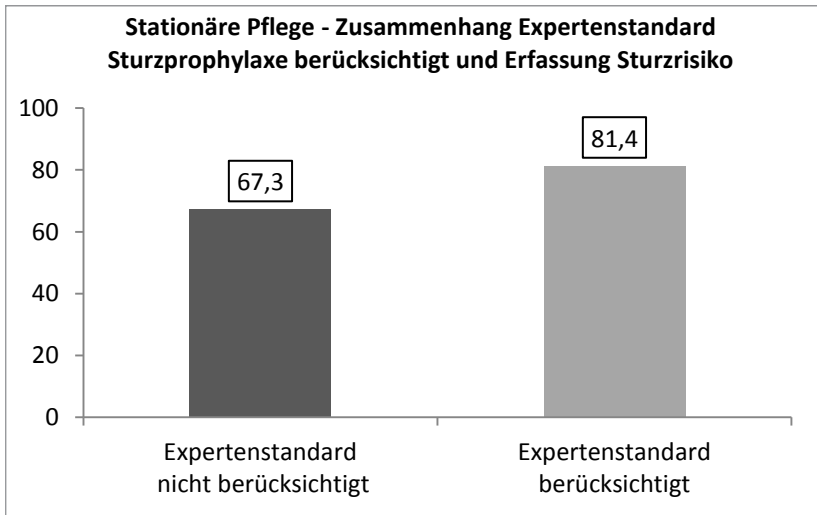
<sup>79</sup> Aus datentechnischen Gründen können zu diesem Thema keine Auswertungen für den ambulanten Bereich vorgenommen werden.

<sup>80</sup> DNQP 2006

In stationäre Qualitätsprüfungen wurden insgesamt 53.564\* Personen zur Prüfung dieses Kriteriums einbezogen. Bei 79,1 % dieser Bewohner lag ein Sturzrisiko vor.

Die Vermeidung von Stürzen stellt bei Menschen mit Sturzrisiko ein zentrales pflegerisches Ziel dar. Um Stürze vermeiden zu können, ist es zunächst erforderlich, das individuelle Sturzrisiko zu ermitteln. Bei 79,4 %\* der Bewohner mit Sturzrisiko hat die Pflegeeinrichtung hierzu auch individuelle Risikofaktoren erfasst.

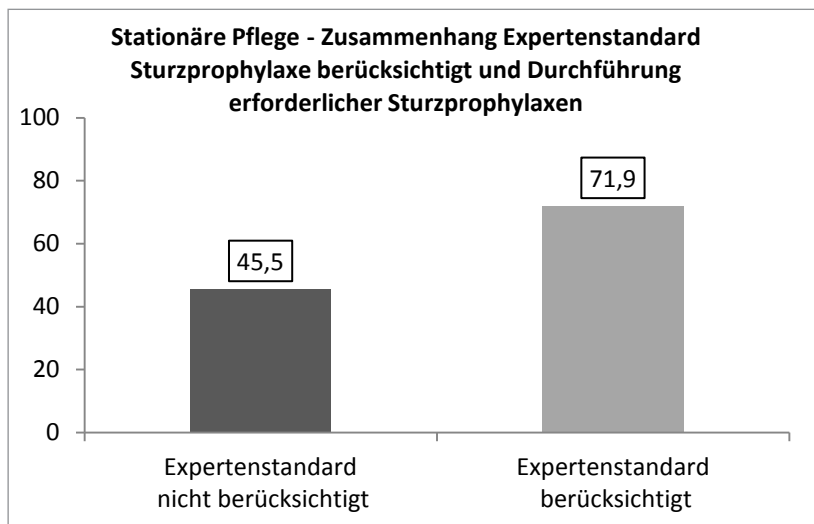
Bezogen auf die Einschätzung des Sturzrisikos war festzustellen, dass in Einrichtungen, in welchen der Expertenstandard Sturzprophylaxe bereits im Qualitätsmanagement berücksichtigt wurde, bei 81,4 % der im Rahmen der Prüfung einbezogenen Bewohner das individuelle Sturzrisiko erfasst wurde, während in Einrichtungen, in denen der Expertenstandard nicht berücksichtigt war, dies nur bei 67,3 % der Pflegebedürftigen erfolgte.



**Abbildung 9: Stationäre Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Sturzprophylaxe berücksichtigt und Erfassung Sturzrisiko**

Bei insgesamt 68,3 %\* (von 42.168) der Bewohner mit einem Sturzrisiko wurden erforderliche individuelle prophylaktische Maßnahmen nachvollziehbar durchgeführt.

Bei den stationären Pflegeeinrichtungen, bei denen der Expertenstandard zur Sturzprophylaxe im Qualitätsmanagement umgesetzt war, lag der Anteil der Bewohner, bei denen erforderliche Sturzprophylaxen durchgeführt worden sind, bei 71,9 %. In den Einrichtungen, in denen der Expertenstandard nicht umgesetzt war, lag dieser Wert nur bei 45,5 %



**Abbildung 10: Stationäre Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Sturzprophylaxe berücksichtigt und Durchführung erforderlicher Sturzprophylaxen**

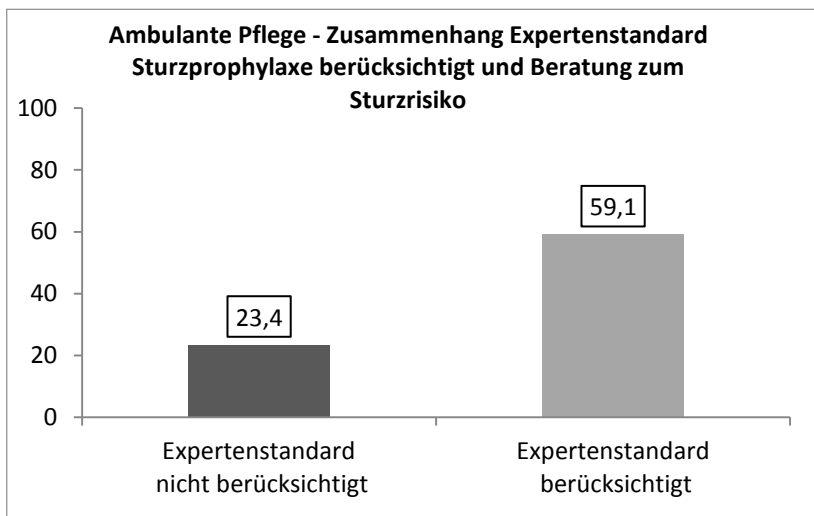
Auch im Bereich der ambulanten Versorgung wird der Umgang des ambulanten Pflegedienstes mit einem vorliegenden Sturzrisiko überprüft. Daher lässt sich dieser Zusammenhang auch im ambulanten Bereich nachweisen. Bei 81,8 % von 44.400 in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen lag ein Sturzrisiko vor.

75,0 % der ambulanten Pflegedienste hatten den Expertenstandard in ihrem Qualitätsmanagement berücksichtigt.

Im ambulanten Bereich spielt aufgrund der zeitlich begrenzten Anwesenheit des Pflegedienstes die Beratung des Pflegebedürftigen bzw. seiner Angehörigen eine bedeutende Rolle. Liegt ein Sturzrisiko vor, so muss der Pflegedienst den Pflegebedürftigen bzw. dessen Angehörige nachweislich über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen beraten. Dies erfolgte in 50,1 % der Fälle nachweislich.

In ambulanten Pflegediensten, in denen der Expertenstandard zur Sturzprophylaxe Berücksichtigung fand, wurden 59,1 % der Pflegebedürftigen mit Sturzrisiko vom Pflegedienst nachweislich beraten. In Einrichtungen, in denen der Expertenstandard nicht berücksichtigt wurde, war dies nur bei 23,4 % der Pflegebedürftigen mit Sturzrisiko der Fall.





**Abbildung 11: Ambulante Pflege – Zusammenhang Expertenstandard Sturzprophylaxe berücksichtigt und Beratung zum Sturzrisiko**

### 6.1.4 Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Berücksichtigung von Expertenstandards Einfluss auf die Qualität der pflegerischen Versorgung nimmt. Einrichtungen, die Expertenstandards berücksichtigen, erzielen bei wichtigen Kriterien der personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) bessere Ergebnisse als Einrichtungen, die diese Standards nicht berücksichtigen. Wenngleich hieraus nicht auf einen monokausalen Zusammenhang geschlossen werden kann, so stellt die Vorgabe bzw. Implementierung wissenschaftlicher Arbeitskonzepte und Arbeitsstandards offensichtlich eine Voraussetzung für das Erreichen einer guten personenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität (Versorgungsqualität) sowohl in ambulanten als auch in stationären Pflegeeinrichtungen dar.

Gemäß den gesetzlichen Grundlagen steht vor allem die Ergebnisqualität im Fokus der Qualitätsprüfungen. Deutlich wird anhand der dargestellten Zusammenhänge, dass bei externen Qualitätsprüfungen durch den MDK auf die Überprüfung der Strukturen und Prozesse zur Identifizierung und Erarbeitung von Lösungsansätzen für eine Qualitätsentwicklung nicht verzichtet werden sollte. Aus diesem Grunde ist es zu begrüßen, dass auf der Basis des § 113a SGB XI Expertenstandards zukünftig für die Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich sein werden.

## 6.2 Die Versorgung von Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege

Ziel dieses Schwerpunktthemas ist es, einerseits die aktuelle Versorgungsqualität von Menschen mit Demenz anhand der bisherigen Prüfgrundlagen des MDK in den Blick zu nehmen und andererseits Perspektiven aufzuzeigen, wie zukünftig die Erfassung der Qualität der Versorgung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen verbessert werden kann.

## 6.2.1 Wohlbefinden und Lebensqualität als Grundlage für eine an den Bedürfnissen Demenzkranker orientierten Pflege

Seit Beginn der MDK-Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen haben sich in der direkten pflegerischen Versorgung Handlungsfelder herauskristallisiert, bei denen Optimierungsbedarf besteht. Im Verlauf der Qualitätsprüfungen und der Ergebniserfassung haben sich zwar Verbesserungen eingestellt, bei wesentlichen Interventionsbereichen, insbesondere bei der pflegerischen Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz, besteht jedoch weiterhin Verbesserungspotenzial. Die größten Schwierigkeiten in der Betreuung von Heimbewohnern mit Demenz bestanden in den stationären Pflegeeinrichtungen bei der Ermittlung ihres Wohlbefindens und der Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen (Frage 16.8, Transparenzkriterium 39). Obwohl die Pflege demenzkranker Menschen zum Ziel hat, ihre Lebensqualität und ihr Wohlbefinden zu erhalten und zu fördern, wurde eine Erfassung des Wohlbefindens / der Lebensqualität bei nur 57,9 % der Bewohner mit Demenz oder anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen nachvollziehbar gewährleistet (siehe Kapitel Fehler: Referenz nicht gefunden). Bei der Bewertung dieses Ergebnisses ist sowohl zu berücksichtigen, dass dieses Prüfkriterium erst mit den neuen Prüfgrundlagen eingeführt worden ist, als auch, dass es als Grundlage für die Gestaltung einer angemessenen Versorgung von Menschen mit Demenz besonders relevant ist.

Die Erfassung des Wohlbefindens / der Lebensqualität stellt immer auf die subjektive Sicht eines Menschen auf seine aktuellen Lebensumstände ab. Der Betroffene muss bei der Frage nach seinem subjektiven Befinden bzw. Wohlbefinden selbst zu Wort kommen können. Unbestritten ist das bei Menschen mit Demenz aufgrund der mit der Erkrankung einhergehenden kognitiven und psychischen Veränderungen eine besondere Herausforderung. Das gilt vor allem für die späten Erkrankungsphasen. Der Demenzkranke verfügt dann fast gar nicht mehr über die Fähigkeit, sich verbal mitzuteilen und Auskunft über sein Befinden und seine individuellen Bedürfnisse zu geben. Aufgrund dieser Schwierigkeiten hat man lange Zeit auf eine Lebensqualitätserfassung bei Menschen mit Demenz verzichtet und in erster Linie objektive Parameter, wie z. B. Häufigkeiten bestimmter Verhaltensauffälligkeiten, erfasst. Neuere Forschungsarbeiten aber zeigen, dass Demenzkranke selbst in fortgeschrittenen Stadien ihrer Erkrankung noch über die Fähigkeit verfügen, ihr jeweiliges emotionales Befinden in bestimmten Pflegesituationen zum Ausdruck zu bringen, nämlich nonverbal durch ihre Mimik und Gestik.<sup>81</sup> Mittlerweile sind für die stationäre Altenhilfe Instrumente entwickelt worden, die sich diese Fähigkeiten des Demenzkranken zunutze machen und anhand von Beobachtungen des emotionalen Befindens des demenzkranken Heimbewohners eine Einschätzung seines Wohlbefindens erlauben, wie beispielsweise das Dementia Care Mapping (DCM)<sup>82</sup> oder das Heidelberger Instrument zur Erfassung des Wohlbefindens demenzkranker Menschen (H.I.L.DE.).<sup>83</sup> Auf die Anwendung solcher Instrumente oder eine fachliche Einschätzung bezieht sich auch das oben genannte Prüfkriterium zur Erfassung des Wohlbefindens.

Wie die Ergebnisse stationärer Qualitätsprüfungen zeigen, hilft die Beobachtung und Interpretation des emotionalen Befindens des demenzkranken Bewohners, seine Bedürfnisse zu identifizieren und Maßnahmen einer individuellen Pflege und Betreuung zu entwickeln und umzusetzen. Bei Bewohnern, bei denen das Wohlbefinden erfasst wird (Frage 16.8, Transpa-

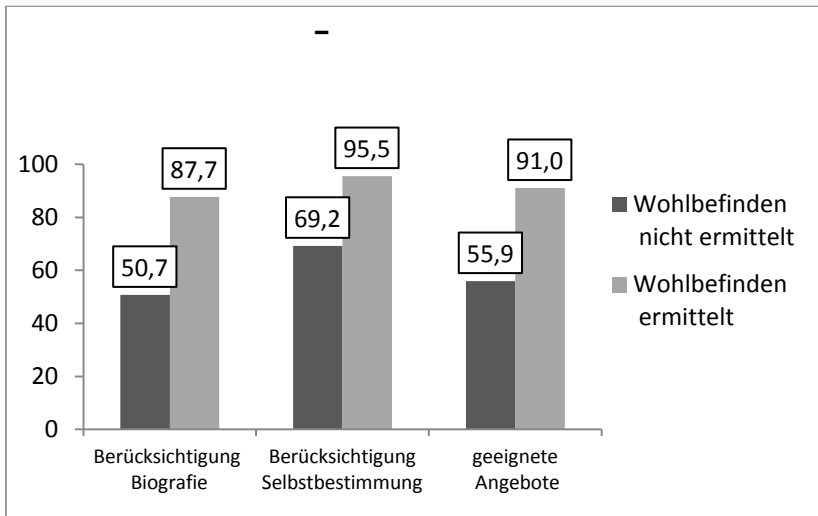
---

<sup>81</sup> Becker, Kaspar, Kruse 2010

<sup>82</sup> Anthea 2004, Müller-Hergl C 2000

<sup>83</sup> Becker, Kaspar, Kruse 2011

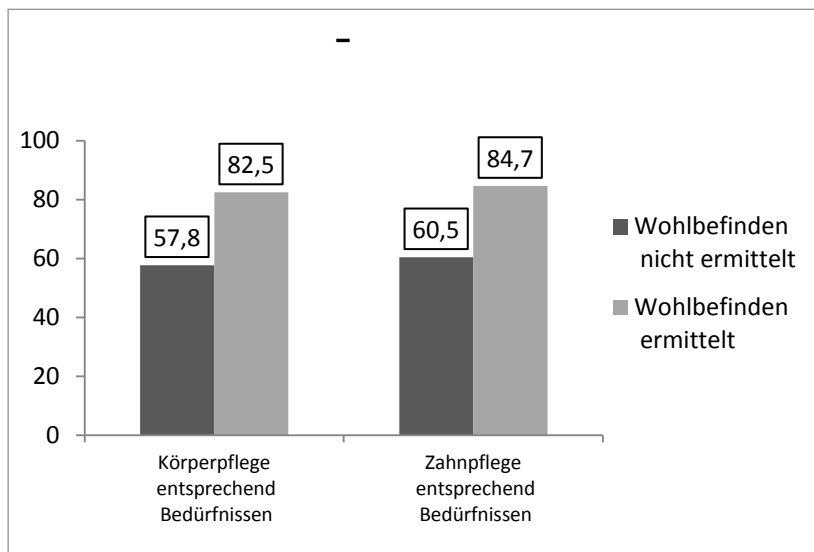
renzkriterium 39<sup>84</sup>), findet auch eher die Biografie bei der Tagesgestaltung (Frage 16.2, Transparenzkriterium 36) und die Selbstbestimmung (Frage 16.4, Transparenzkriterium 38) in der Pflegeplanung Berücksichtigung (vgl. Abbildung ). 91,0 % dieser Pflegeheimbewohner werden darüber hinaus geeignete Angebote zur Kommunikation oder zur Wahrnehmung gemacht (Frage 16.5, Transparenzkriterium 44). Hingegen gelingt dies nur bei 55,9 % derjenigen Bewohner, bei denen das Prüfkriterium zum Thema Wohlbefinden nicht erfüllt ist.



**Abbildung 12: Stationäre Pflege – Zusammenhang Ermittlung Wohlbefinden mit Biografie / Selbstbestimmung / geeigneten Angeboten**

Die Perspektive auf das Wohlbefinden des demenzkranken Bewohners unterstützt scheinbar auch die pflegerische Versorgung im engeren Sinne. Wie Abbildung 13 zu entnehmen ist, sind bei den Bewohnern, bei denen das Wohlbefinden erfasst wird, auch diejenigen Prüfkriterien eher erfüllt, die sich auf eine an den Bedürfnissen orientierte Körperpflege (Frage 17.2) sowie Mund- und Zahnpflege (Frage 17.4) beziehen.

<sup>84</sup> „Wird das Wohlbefinden des demenzkranken Bewohners ermittelt und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?“



**Abbildung 13: Stationäre Pflege – Zusammenhang Ermittlung Wohlbefinden mit Berücksichtigung der Bedürfnisse bei Körper- und Zahnpflege**

Anhand der Informationen über das emotionale Befinden des demenzkranken Bewohners gelingt es den Pflegefachkräften nicht nur, einen Zugang zu den Bedürfnissen des demenzkranken Heimbewohners zu erhalten; aus den Informationen können auch unmittelbar Maßnahmen zum Erhalt oder zur Förderung des Wohlbefindens abgeleitet und umgesetzt werden. Beispielsweise können Situationen, die offensichtlich mit Wohlbefinden des demenzkranken Heimbewohners verbunden sind, häufiger herbeigeführt, und Situationen, die negative emotionale Reaktionen verursachen, vermieden werden. Insgesamt scheint aber, wie die Ergebnisse aus dem aktuellen Berichtszeitraum zeigen, die Anwendung solcher Verfahren oder sonstiger Formen der fachlichen Einschätzung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz noch nicht ausreichend verbreitet und in der Praxis umgesetzt zu sein.

## 6.2.2 Zufriedenheitsbefragung versus Lebensqualitätserfassung

Anders als in der direkten pflegerischen Versorgung gibt es im Rahmen der MDK-Qualitätsprüfung noch keine praktikablen und adäquat informierenden Erfassungsverfahren für die Beurteilung der Lebensqualität / des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz. Die Entwicklung eines solchen Verfahrens für die externe Qualitätssicherung wäre in zweierlei Hinsicht notwendig. Erstens könnte damit tatsächlich überprüft werden, ob aus der Erhebung des Wohlbefindens Maßnahmen abgeleitet werden, die für eine Förderung des Wohlbefindens des Heimbewohners geeignet sind, indem man nämlich den demenzkranken Bewohner selbst als „Informanten“ heranzöge. Zweitens würde damit einer Erfassung der Nutzerperspektive besser als bisher Rechnung getragen werden können.

Für eine Beurteilung der Nutzerperspektive wird im Rahmen der MDK-Qualitätsprüfung derzeit auf Zufriedenheitsurteile von Pflegeheimbewohnern zurückgegriffen (vgl. Kapitel Fehler: Referenz nicht gefunden). Zufriedenheit in der stationären Pflegeeinrichtung erfasst die Realität des Heimbewohners nur unzureichend. Im Vordergrund steht nicht seine individuelle Erfahrungswelt, sondern seine Rolle als Konsument von (Pflege-)Dienstleistungen. Mit der Frage nach der Zufriedenheit mit bestimmten Versorgungsleistungen werden dem Bewohner

Qualitätsdimensionen vorgegeben, ohne zu erfassen, ob diese überhaupt für den Bewohner und seine Lebenswirklichkeit eine Rolle spielen. Auf diese Weise kann leicht ein Bild zufriedener Kunden entstehen, die möglicherweise mit anderen Merkmalen als denen, die abgefragt werden, unzufrieden sind.<sup>85</sup>

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass neben den inhaltlichen Problemen bei Zufriedenheitsbefragungen außerdem mit dem Problem der Antwortverzerrung durch die Tendenz der sozialen Erwünschtheit zu rechnen ist (vgl. Kapitel Fehler: Referenz nicht gefunden). Das gilt vor allem dann, wenn Menschen, die abhängig von der Hilfe anderer sind, die Qualität dieser Hilfeleistungen beurteilen sollen.<sup>86</sup> Ganz abgesehen von diesen grundsätzlichen Einschränkungen des Zufriedenheitskonzeptes und der entsprechenden Erfassungsmethode wird im Rahmen der MDK-Qualitätsprüfung bei der Erfassung der Nutzerperspektive ein Großteil der Bewohnerschaft einer stationären Pflegeeinrichtung nicht berücksichtigt, nämlich die Gruppe der gerontopsychiatrisch, insbesondere der an Demenz erkrankten Bewohner. Da fast zwei Drittel aller Heimbewohner an einer Demenz erkrankt sind<sup>87</sup>, ist die Aussagekraft der heute erhobenen Zufriedenheitsurteile auch nur eingeschränkt gültig.

Im Rahmen des Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“<sup>88</sup> ist ein Befragungskonzept entwickelt worden, das über eine bloße Zufriedenheitsbefragung des Heimbewohners hinausgeht und die Erfassung einiger wesentlicher Facetten erlebter Lebensqualität, wie z. B. Autonomie und Privatheit, vorsieht.<sup>89</sup> Im Gegensatz zu den meisten Zufriedenheitsbefragungen werden diese Aspekte / Indikatoren nicht als Einstellungen erfasst, sondern beziehen sich auf die konkreten Erfahrungen, die der Bewohner im Heimalltag macht. Während die Zufriedenheitsbefragung durch den MDK primär merkmalsorientiert ist, findet mit dem Befragungskonzept des Ergebnisindikatorenprojekts die individuelle Bedeutsamkeit einzelner Lebensqualitätsaspekte Berücksichtigung (z. B. Sauberkeit wie gewünscht). Gleichwohl richtet sich die Befragung ausschließlich auf auskunftsfähige, d. h. kognitiv nicht eingeschränkte Heimbewohner. Die Perspektive von Heimbewohnern, die unter kognitiven resp. dementiellen Einschränkungen leiden, soll über „Stellvertreter-Urteile“ Berücksichtigung finden. Vorgesehen ist, dass z. B. Angehörige des demenzkranken Bewohners an seiner Stelle seine Lebensqualität beurteilen.<sup>90</sup> In einer Reihe von Studien konnten allerdings nur schlechte bis mäßige Übereinstimmungen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen gefunden werden. Betreuungs- bzw. Pflegepersonen schätzen dabei die Lebensqualität des Erkrankten in der Regel schlechter ein als der Betroffene selbst (= disability paradox). Das hat z. B. damit zu tun, dass sich der Betroffene im Laufe der Zeit allmählich an seine Lebensbedingungen anpasst. Aber auch eine fehlende Krankheitseinsicht und die persönliche Situation der betreuenden bzw. der pflegenden

---

<sup>85</sup> Estermann & Kneubühler 2008

<sup>86</sup> BMFSFJ 2002, Estermann & Kneubühler 2008

<sup>87</sup> z. B. Weyerer, Schäufele, Hendlmeier 2005

<sup>88</sup> BMG & BMFSFJ 2011

<sup>89</sup> Das Befragungskonzept sieht eine Einschätzung der Bereiche 1) *Wohnen und Versorgung*, 2) *Reinigung der Wäsche*, 3) *Pflege und Unterstützungsbedarf*; 4) *Ernährung*, 5) *Tagesablauf*, 6) *Soziale Kontakte und Aktivitäten*, 7) *Angebote der Einrichtung und Beschäftigungsbedarf*; 8) *Umgang mit den Bewohnern* und 9) *Beschwerden* durch den Bewohner vor. Ist der Bewohner selbst nicht in der Lage, Auskunft zu geben, wird eine Beurteilung dieser Dimensionen durch Stellvertreter (z. B. Angehörige) vorgenommen. Die Bewohner selbst werden mündlich durch geschulte Interviewer, die Referenzpersonen schriftlich befragt.

<sup>90</sup> Die Ergebnisse der Selbst- und Fremdeinschätzung werden getrennt ausgewiesen.

den Person führen zu Verzerrungen zwischen einer Fremd- und Selbsteinschätzung des Wohlbefindens / der Lebensqualität. Für den institutionellen Bereich konnte gezeigt werden, dass das Pflegepersonal die Lebensqualität von Heimbewohnern umso schlechter beurteilt, je hilfebedürftiger die Bewohner sind und je mehr diese bestimmte Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Die Einschätzung des Wohlbefindens / der Lebensqualität der Bewohner durch Betreuungspersonen wird zudem von den institutionell geprägten Einstellungen und Überzeugungen des Pflegepersonals beeinflusst. Ist das Pflegepersonal davon überzeugt, die Versorgungsbedürfnisse des dementen Bewohners erfüllen zu können, bewertet es die Lebensqualität positiver als Personen mit einer weniger optimistischen Einstellung.<sup>91</sup>

Mit dem oben beschriebenen Konzept können zwar einige der konzeptionellen und methodischen Einschränkungen des heute angewandten Verfahrens der Zufriedenheitsbefragung überwunden werden, ein angemessener Einbezug der Perspektive des demenzkranken Heimbewohners gelingt damit aber weiterhin nicht.

### **6.2.3 Möglichkeiten der Verknüpfung interner und externer Ansätze der Qualitätssicherung**

Diese Lücke war Ausgangspunkt für ein Projekt, das die MDK-Gemeinschaft gemeinsam mit der Universität Heidelberg und der Fachhochschule Bern durchgeführt hat. Ziel des gemeinsamen Forschungsprojektes war die Entwicklung eines Verfahrens, mit dem auch im Rahmen der externen Qualitätsprüfung das Wohlbefinden bzw. die Lebensqualität demenzkranker Heimbewohner in stationären Pflegeeinrichtungen abgebildet werden kann. Wesentlich für das zu entwickelnde Instrument war der für die direkte pflegerische Versorgung demenzkranker Menschen empfohlene personenzentrierte Beobachtungsansatz.

Es wurden aber auch Erkenntnisse aus anderen Forschungsarbeiten zum Thema Lebensqualität und Demenz umgesetzt. Diese weisen darauf hin, dass demenzkranke Menschen allein aus ethischer Perspektive so lange wie nur irgend möglich selbst nach ihrem Urteil zu ihrem Wohlbefinden befragt werden sollten. Das Instrument sollte daher auch ein Modul zur Befragung von demenzkranken Heimbewohnern bereithalten.<sup>92</sup> Die Befragung enthält basierend auf dem Lebensqualitäts-Modell von Lawton<sup>93</sup> wesentliche Aspekte von Lebensqualität, die in den konkreten Erfahrungsalldag des Bewohners übertragen worden sind. Zusätzlich wird im Rahmen dieser Befragung die individuelle Relevanz des jeweiligen Lebensqualitätsaspektes berücksichtigt.

Kernstück des Verfahrens ist die unmittelbare Beobachtung von Pflegeheimbewohnern mit Demenz durch den MDK-Prüfer. Beobachtet werden dabei solche Situationen, die das erweiterte Selbstverständnis einer auf Lebensqualität hin gerichteten Pflege zum Ausdruck bringen, wie beispielsweise (biografisch begründete) Angebote durch die Pflegenden oder der Einrichtung zur bewussten Förderung des positiven Erlebens des demenzkranken Bewohners. Zielgrößen der Beobachtung sind zum einen das Wohlbefinden des Bewohners in diesen Situationen (Freude, Angst etc.) und zum anderen die Qualität der Interaktion zwischen demenzkranken Bewohner und dem Pflegepersonal. Gerade die Interaktion, d. h. die Kommunikation, die jeden Tag stattfindet, prägt den Lebensalltag schwer demenzkranker Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung. Gelungene Interaktion ist demnach ein wichtiger Faktor für ihr Wohlbefinden.

Ein erster Praxistest des Instruments hat gezeigt, dass Demenzkranke unabhängig von der Schwere ihrer Erkrankung noch lange imstande sind, mitzuteilen, wie sie sich fühlen. Der

---

<sup>91</sup> Roick, Hinz, Gertz 2007

<sup>92</sup> ausführlicher dazu: Becker 2010, Kimmel 2011, Kimmel & Fleer 2011

<sup>93</sup> Lawton 1994

Praxistest hat zudem deutlich gemacht, dass dieses beobachtete emotionale Verhalten von den Prüfern des MDK als ein Marker von Wohlbefinden des demenzkranken Bewohners gedeutet und interpretiert werden kann. Beispiele gelungener Interaktion im Umgang der Pflegenden mit den demenzkranken Bewohnern wurden auf diese Weise identifiziert und Verbesserungspotenzial im Umgang mit demenzkranken Bewohnern aufgezeigt. Informationen dieser Art könnten vor allem im Rahmen des beratungsorientierten Prüfansatzes des MDK nutzbar gemacht werden. Auch wenn hier noch weitere Entwicklungsarbeit notwendig ist, bestünde mit solch einem beobachtungsbasiertem Ansatz die Chance einer konstruktiven Verbindung zwischen interner und externer Qualitätssicherung in der stationären Pflege.

## 6.3 Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung

Seitdem die Medizinischen Dienste ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Hinblick auf die Qualität der pflegerischen Versorgung prüfen, wird auch eine Qualitätssicherung dieser Tätigkeit durchgeführt. Entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahmen fanden vor allem auf MDK-interner Ebene statt, beispielsweise anhand von gegenseitigen Hospitationen, kollegialen Beratungen, Fortbildungen oder Kundenzufriedenheitsbefragungen.<sup>94</sup>

Mit der Neuausrichtung der Qualitätsprüfung durch den Gesetzgeber haben sich auch neue Anforderungen an die Qualitätssicherung dieser Aufgabe ergeben. Seit dem Jahr 2011 sind jährlich über 20.000 Qualitätsprüfungen durchzuführen, von denen ein Teil der Ergebnisse gemäß § 115 Abs. 1a SGB XI dem Verbraucher zugänglich gemacht wird. Um die Aufgaben im Bereich der externen Qualitätssicherung bewältigen zu können, haben die MDK ihr Personal deutlich aufgestockt. In diesem Zusammenhang hat die MDK-Gemeinschaft auch die bisherigen Qualitätssicherungsmaßnahmen weiterentwickelt.

Übergeordnetes Ziel des neuen Qualitätssicherungsansatzes ist es, durch nachhaltige Maßnahmen eine bundesweit einheitliche Qualitätsprüfung und Berichterstellung zu befördern. Dabei ist angedacht, das Qualitätssicherungsprogramm verbindlich auf der Basis einer Richtlinie nach § 53a SGB XI zu etablieren. Die Qualitätsprüfung soll dabei sowohl auf Prozessebene als auch auf Ebene ihrer Ergebnisse sowie aus verschiedenen Blickwinkeln einer Qualitätssicherung unterzogen werden. Es empfiehlt sich, hierfür einen mehrstufigen Qualitätssicherungsansatz zu verfolgen. Die MDK-Gemeinschaft hat umfangreiche Vorarbeiten geleistet und drei Module entwickelt, die die Grundlage für die zukünftige Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung sein könnten. Diese Module sind in einem Konzept für eine bundesweit einheitliche Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung dargestellt. Das erste Modul bezieht sich auf eine Qualitätssicherung des konkreten Prüfverfahrens und der Umsetzung der QPR durch den MDK-Prüfer. Das zweite Modul sieht eine Analyse der Qualität der Prüfberichte vor. Anhand eines dritten Moduls soll die Perspektive der Kunden (Pflegeeinrichtungen, Landesverbände der Pflegekassen) Berücksichtigung finden. Exemplarisch wird das auf die Qualitätssicherung des Prüfverfahrens ausgerichtete Instrument zur Auditierung im Folgenden ausführlicher dargestellt.

Alle genannten Konzepte und Instrumente sind als Vorarbeiten zu verstehen, die in den Prozess der Instrumentenentwicklung auf Bundesebene entsprechend den Regularien der erwarteten Qualitätssicherungs-Richtlinie eingespeist werden. Die eigentliche Instrumentenentwicklung erfolgt durch eine übergreifende Arbeitsgruppe auf Bundesebene, in die insbesondere auch externer wissenschaftlicher Sachverstand eingebunden wird.

---

<sup>94</sup> MDS 2007

### 6.3.1 MDK-übergreifende Auditierungen als Kernstück einer Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung

Als Kernstück der zukünftigen Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung werden die MDK-Prüfer MDK-übergreifend bei einem Teil der Qualitätsprüfungen begleitet und auditiert. Diese Aufgabe soll von erfahrenen MDK-Prüfern mit einer Auditorenausbildung gemäß QPR übernommen werden. Damit erhalten die MDK-Prüfer in ihrer Funktion als Auditoren einen Einblick in das konkrete Vorgehen eines anderen MDK bei der Anwendung und Umsetzung der QPR. Mögliche unterschiedliche Vorgehensweisen in der Erhebung und der Bewertung von bestimmten Prüffragen können auf diese Weise identifiziert und die Ursachen dafür analysiert werden.

Das Konzept der MDK-übergreifenden Auditierungen wurde von der Sozialmedizinischen Expertengruppe Pflege der MDK-Gemeinschaft (SEG 2) entwickelt. Die Arbeitsgruppe konnte dabei auf die Erfahrungen zurückgreifen, die die MDK bereits durch gegenseitige Hospitationen oder kollegiale Begleitungen gewonnen haben. Fachlich begleitet wurde die Konzepterstellung durch das Kompetenz-Centrum „Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement“.

Das Konzept sieht vor, dass die Auditierungen als sogenannte Witness-Audits erfolgen, wie es auch in Akkreditierungs- und Zertifizierungssystemen üblich ist. Dabei beobachtet der Auditor den Prüfer bzw. das Prüfteam eines zweiten MDK bei seiner Prüftätigkeit und nimmt parallel dazu, genau wie das auditierte Prüfteam auch, eine Bewertung der Prüfkriterien vor. Der Auditor greift dabei nicht in das Prüfgeschehen ein, sondern schaut dem Prüfer während der Qualitätsprüfung gewissermaßen über die Schulter. Wenn es für die Bewertung bestimmter Prüfkriterien notwendig ist, Unterlagen und Dokumente der Pflegeeinrichtung hinzuzuziehen, sieht der Auditor diese während der Prüfung parallel zum Prüfteam ein, stets die Rolle als stiller Beobachter der Situation wahrend. Der Auditor begleitet den Prüfer außerdem bei der körperlichen Befunderhebung und Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen der Stichprobe. Der Auditor sieht sich dabei nicht die gesamte Stichprobe an, sondern aus Gründen der Praktikabilität exemplarisch jeweils zwei Pflegebedürftige. Damit der Auditor dennoch möglichst viele Prüfkriterien bewerten kann, sollte einer der beiden Pflegebedürftigen mindestens der Pflegestufe 2 angehören und bei mindestens einem der Pflegebedürftigen sollte eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegen.

Auf der Grundlage seiner parallelen Erhebung prüft der Auditor für jede Prüffrage, ob seine Bewertung mit der des Prüfteams übereinstimmt. Zur Dokumentation seiner Beurteilungen und Einschätzungen steht dem Auditor eine standardisierte Audit-Checkliste zur Verfügung, die an die Struktur der Erhebungsbögen nach Anlage 1 und 2 der QPR angelehnt ist. Sollte zwischen der Beurteilung des Auditors und der Einschätzung des Prüfteams keine Übereinstimmung bestehen, erläutert der Auditor die Gründe dafür in dieser Auditcheckliste. Neben einer Beurteilung der konkreten Prüffragen nimmt der Auditor außerdem eine Einschätzung weiterer Aspekte des Prüfprozesses vor. Das ist beispielsweise die Frage, ob die Stichprobenziehung entsprechend der in der QPR festgelegten Vorgehensweise erfolgt ist oder inwieweit das Prüfteam seiner gesetzlich verankerten Beratungsfunktion gerecht wird. Aber auch eher „weiche“ Qualitätskriterien, wie die Professionalität und der Kommunikationsstil des Prüfteams sowie die Art und Weise der Kooperation mit der Pflegeeinrichtung, werden einer Bewertung durch den Auditor unterzogen.

Im Anschluss an das Audit findet ein kurzes Feedbackgespräch zwischen dem Auditor und dem Prüfteam des auditierten MDK statt. Eine fachliche Rückmeldung zu möglicherweise nicht übereinstimmenden Bewertungen gibt der Auditor aber nicht. Damit soll ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse der auditierten Prüffragen, noch bevor das Prüfteam den Bericht erstellt hat, von der Rückmeldung des Auditors beeinflusst werden und eventuelle Abweichungen in der Beurteilung bestimmter Prüffragen nicht mehr nachvollziehbar sind.



Innerhalb eines festgelegten Zeitraums erhält der Auditor den Prüfbericht vom auditierten MDK. Auf der Grundlage der Checkliste und des Prüfberichts erstellt der Auditor dann einen Gesamtbericht, aus dem detailliert hervorgeht, bei welchen Prüffragen der Auditor zu übereinstimmenden oder abweichenden Bewertungen gekommen ist. Dieser Bericht soll außerdem darüber Auskunft geben, wie sich der Prüfablauf in seiner Gesamtheit aus Sicht des Auditors dargestellt hat, beginnend mit dem Einführungsgespräch über die Ist-Erhebung des Pflegezustandes bei den Pflegebedürftigen bis hin zur Erstellung des Prüfberichts.

Die Ergebnisse des Auditors werden dann sowohl an den MDS als auch an eine MDK-übergreifende Arbeitsgruppe zur Datenauswertung und Interpretation weitergeleitet. Gleichzeitig erhält der auditierte MDK die Unterlagen des Auditors zum Zwecke einer raschen internen Qualitätssicherung.

### **6.3.1.1 Erste Erfahrungen mit MDK-übergreifenden Auditierungen**

Im Zeitraum vom 01.04.2011 bis 30.09.2011 haben die MDK das oben beschriebene Konzept in einem größeren Rahmen praktisch erprobt. Bundesweit wurden insgesamt 57 Audits durchgeführt, die eine Hälfte davon bei Regelprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen, die andere Hälfte bei Regelprüfungen von ambulanten Pflegediensten.<sup>95</sup> Die Zuordnungen für die gegenseitigen Auditierungen, d. h. welche MDK bei welchen MDK Audits durchführen bzw. welche MDK von welchen MDK auditiert werden, wurde in einem Losverfahren ermittelt. Bedingung war, dass kein MDK durch einen MDK mehr als einmal auditiert wird. Im Vorfeld der Praxisphase wurden alle Auditoren im Rahmen eines Seminars auf ihre Aufgabe vorbereitet und im konkreten Studienablauf geschult. In jedem MDK wurde außerdem ein zentraler Ansprechpartner benannt, der für die Organisation der eigenen MDK stattfindenden Audits und die Kommunikation mit den Auditoren zuständig war.

Im Zentrum des Praxistests stand die Frage nach der inhaltlichen und methodischen Angemessenheit sowie der Zweckmäßigkeit des Auditverfahrens als Qualitätssicherungsinstrument der MDK-Qualitätsprüfung. Die praktische Erprobung sollte insbesondere darüber Aufschluss geben, ob anhand des Verfahrens tatsächlich Abweichungen in der Handhabung der QPR und den Bewertungen bestimmter Prüfkriterien identifiziert werden können und welche Ursachen dafür verantwortlich sind. Des Weiteren sollte untersucht werden, ob die anhand der Audits gewonnenen Informationen geeignet sind, konkrete Maßnahmen einer Qualitätssicherung und -verbesserung abzuleiten. Das primär zu untersuchende Instrument stellte die Auditcheckliste dar, welche direkt als Erhebungsbogen diente und den studienteilnehmenden Auditoren in elektronischer Form zur Verfügung gestellt wurde. Die Organisation und Terminierung der Audits erfolgte durch den Auditor in Absprache mit dem zentralen Ansprechpartner des jeweils zu auditierenden MDK. Der exakte Zeitpunkt des Audits wurde durch den Auditor bestimmt. Extern begleitet wurde die praktische Erprobung durch den MDS sowie eine Arbeitsgruppe der SEG 2.

Während der Qualitätsprüfung hatte der Auditor die Aufgabe, erstens den Ablauf der Prüfung und die Erhebungen durch den Prüfer zu verfolgen, zweitens eine eigene Beurteilung der jeweiligen Prüffragen vorzunehmen und drittens zu entscheiden, ob zwischen seinen Bewertungen der Prüffragen und denen des Prüfers Übereinstimmung besteht. War dies

---

<sup>95</sup> Für die Ermittlung der Anzahl durchzuführender Audits wurde die Anzahl aller in den MDK tätigen Qualitätsprüfer herangezogen (und nicht die Anzahl der durchgeführten Prüfungen), weil – bei vermeintlich eindeutigen Prüfvorgaben – die Varianz der Prüfergebnisse vor allem durch eine unterschiedliche Interpretation des Prüfers zustande kommt. Zu Beginn des Jahres 2011 waren in der MDK-Gemeinschaft 550 Mitarbeiter mit Qualitätsprüfungen betraut. Eine durchschnittliche Prüfung wird von einem Prüfteam, bestehend aus zwei Prüfern, durchgeführt, d. h. bei einer Prüfung können zwei Prüfer auditiert werden. Unter der Prämisse, dass 2011 in jedem MDK mindestens ein Audit bei einer ambulanten und ein Audit bei einer stationären Qualitätsprüfung durchgeführt werden soll, und der weiteren Vorgabe, dass pro Jahr mindestens 20 % der dort tätigen Prüfer einem Audit unterzogen werden, ergab sich rechnerisch die Gesamtzahl von 57 Audits für die erweiterte Pilotierung im Jahr 2011.

nicht der Fall, so war der Auditor angehalten, die Gründe dafür ausführlich im Erhebungsbogen zu erläutern. Für die praktische Erprobung des Auditkonzeptes wurden nicht alle Prüffragen, die im Rahmen einer Regelprüfung zu prüfen sind, in den Blick genommen, sondern es wurde das Augenmerk auf die Beurteilungen und Bewertungen der Prüffragen zur Transparenz gelegt.

Entsprechend dem oben erläuterten Konzept haben die Auditoren auch weitere Aspekte des Prüfprozesses, wie z. B. die Art und Weise der Stichprobenziehung sowie die Beratungstätigkeit des Prüfteams, eingeschätzt und in der Audit-Checkliste dokumentiert. Sofern Abweichungen vom per Richtlinie vorgegebenen Vorgehen auftraten, wurden diese von den Auditoren beschrieben und begründet.

Um Hinweise zur Praktikabilität des Verfahrens zu erhalten, wurden jeweils nach Abschluss eines Audits die studienteilnehmenden Auditoren und MDK-Prüfer zu ihren Erfahrungen in der Instrumentenanwendung befragt. Alle Beteiligten waren zudem aufgefordert, die grundsätzliche Umsetzbarkeit des Auditverfahrens in der Prüfpraxis des MDK sowie die Zweckmäßigkeit des Instruments jeweils aus ihrer Sicht einzuschätzen und wenn nötig konkrete Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten. Im Anschluss an die Erhebungsphase wurden die Checklisten und Prüfberichte von einer übergreifenden Arbeitsgruppe analysiert.

Die Ergebnisse der Datenauswertung weisen darauf hin, dass insgesamt eine hohe Übereinstimmung zwischen den Bewertungen der Transparenzkriterien durch die MDK-Prüfteams und den Beurteilungen der Auditoren besteht; rund 95 % aller Prüffragen zur Transparenz bei den im stationären und ambulanten Bereich durchgeführten Qualitätsprüfungen wurden übereinstimmend bewertet. Traten nicht übereinstimmende Bewertungen zwischen dem auditierten Prüfteam und dem Auditor auf, so ließen sich diese auf ganz spezifische Prüffragen isolieren. Diese Kriterien sind dabei durchgängig abweichend beurteilt worden, d. h. die Abweichungen ließen sich nicht auf eine unterschiedliche Vorgehensweise eines ganz bestimmten Prüfteams bei der Bewertung zurückführen, sondern auf das Prüfkriterium selbst. Das traf im stationären Bereich insbesondere auf die Prüffrage 12.2<sup>96</sup> zu; im ambulanten Bereich gab es die meisten nicht übereinstimmenden Bewertungen bei der Prüffrage 11.8<sup>97</sup>. Eine erste Analyse der Begründungen, die die Auditoren bei nicht übereinstimmenden Beurteilungen gegeben haben, weist darauf hin, dass die Ursache für die unterschiedlichen Bewertungen in den Ausfüllanleitungen der PTV zu liegen scheint, was in der Folge zu Interpretationsspielraum bei der Bewertung der Prüffrage und damit tatsächlich zu einer unterschiedlichen Handhabung der QPR bzw. PTV bei diesen Prüffragen führte.

Die Ergebnisse aus den Audits geben damit wichtige Hinweise zur Optimierung der QPR und PTV und bieten gleichzeitig eine gute Grundlage für entsprechende Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung auf Bundesebene.

Alle Akteure, die an der ersten praktischen Erprobung des Auditverfahrens beteiligt waren, haben wichtige Hinweise zur Praktikabilität des Auditverfahrens und zu seinem Nutzen als Instrument der Qualitätssicherung gegeben. Aus Sicht der Auditoren, der MDK-Prüfer und der zentralen Ansprechpartner ist das Auditverfahren trotz des zusätzlichen zeitlichen Aufwandes praktikabel in den Prüfalltag integrierbar und wird insbesondere aus Sicht der auditierten MDK als ein hilfreiches Instrument für die Qualitätssicherung ihrer eigenen Prüftätigkeit eingeschätzt. Auch die Vertreter der Pflegeeinrichtungen haben durchweg positiv auf die Auditierungen reagiert.

---

<sup>96</sup> Transparenzkriterium 2: „Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?“

<sup>97</sup> Transparenzkriterium 11: „Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?“

### **6.3.2 Ausblick**

Parallel zur Entwicklung des hier vorgestellten Konzeptes zur Qualitätssicherung der MDK-Qualitätsprüfung haben der GKV-Spitzenverband und der MDS unter Beteiligung der MDK-Gemeinschaft eine Richtlinie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung auf den Weg gebracht. Diese Richtlinie wird voraussichtlich erstmals im Jahr 2012 umgesetzt werden. Das Konzept zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung bietet für die in der Richtlinie zur Qualitätssicherung vorgesehenen Qualitätssicherungsansätze Instrumente an, die gut geeignet sind, eine systematische Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen des MDK zu etablieren.



# Anhang – MDK-Kurzberichte

In den folgenden strukturierten MDK-Kurzberichten werden die Erfahrungen der jeweiligen MDK mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach diesem Buch, die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sowie die Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung (nach § 114a Abs. 6 SGB XI) MDK-bezogen dargestellt.

# MDK Baden-Württemberg

## Allgemeines zur Entwicklung der Pflegequalität

Zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags, bis Ende 2010 alle Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg einer Qualitätsprüfung zu unterziehen, hat der MDK Baden-Württemberg 540 Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen wurde bei allen in die Stichprobe einbezogenen Pflegebedürftigen geprüft, ob die erbrachten grund- und behandlungspflegerischen Leistungen transparent und plausibel dargelegt und abgerechnet wurden.

Im gleichen Zeitraum hat der MDK Baden-Württemberg 1.153 Qualitätsprüfungen stationärer Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen hat der MDK Baden-Württemberg eine handlungsleitende Definition für gravierende Pflegemängel erarbeitet und verwendet, wenn bei der Inaugenscheinnahme von Bewohnern festgestellt werden musste, dass die Pflege gravierend vom pflegewissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnisstand abweicht und für den Bewohner eine Gefahr für die Unversehrtheit der Rechtsgüter Leben, körperliche Unversehrtheit oder Freiheit droht bzw. der Bewohner bereits einen Schaden erlitten hat.

## Ambulante Pflege

### Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität

Seit 1997 führt der MDK Baden-Württemberg regelmäßig Qualitätsprüfungen der ambulanten Pflegeeinrichtungen durch. Bis 2009 wurden die ambulanten Pflegeeinrichtungen alle drei Jahre geprüft. Bei den Qualitätsprüfungen wurde festgestellt, dass seit 1997 bis 2010 unverändert 90 % der Pflegedienstleitungen über eine Weiterbildungsqualifikation für die Leitung einer Pflegeeinrichtung mit mindestens 460 Stunden verfügen. Nahezu alle Pflegedienstleitungen sind für Leitungsaufgaben zumindest teilweise freigestellt, 36 % sind vollständig für Leitungsaufgaben freigestellt.

Gemäß dem in Baden-Württemberg geltenden Rahmenvertrag nach § 132a SGB V über Leistungen nach § 37 SGB V dürfen behandlungspflegerische Leistungen nur von 3-jährig examinierten Pflegefachkräften erbracht werden. 1-jährig examinierte Pflegefachkräfte dürfen nur subkutane Injektionen, Blutdruckkontrollen, Einreibungen / Wickel, Medikamentenüberwachung / -verabreichung oder Anlegen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse II erbringen. Daher werden in Baden-Württemberg häufig 3-jährig examinierte Pflegefachkräfte für die Erbringung grundpflegerischer Leistungen gemäß SGB XI eingesetzt. 1997 betrug der Anteil der 3-jährig examinierten Pflegefachkräfte, die auch in der Grundpflege eingesetzt werden, 55 %. Dieser Anteil hat kontinuierlich zugenommen und beträgt jetzt 63 %.

1997 verfügten 45 % der ambulanten Pflegeeinrichtungen über ein strukturiertes Einarbeitungskonzept. Der Anteil der Pflegeeinrichtungen, die über ein strukturiertes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter verfügen, hat kontinuierlich zugenommen und beträgt jetzt 93 %. Bei der Qualitätsprüfung 2010 wurde festgestellt, dass 85 % der Einrichtungen ihre neuen Mitarbeiter nachweislich nach einem Einarbeitungskonzept einarbeiten. 2006 betrug dieser Anteil 76 %.

1997 führten 82 % der ambulanten Pflegeeinrichtungen regelmäßig Dienstbesprechungen durch und dokumentierten sie in geeigneter Form. Der Anteil der Pflegeeinrichtungen, die regelmäßig Dienstbesprechungen durchführen, ist kontinuierlich gestiegen und beträgt jetzt 95 %. Bereits 2003 führten 91 % der geprüften Pflegeeinrichtungen regelmäßig Fallbesprechungen durch, die in geeigneter Form dokumentiert wurden. Bei den Fallbesprechungen

werden im Team besondere Fragestellungen zur Pflege eines Menschen besprochen. 2010 betrug der Anteil der Pflegeeinrichtungen, die regelmäßig Fallbesprechungen durchführen, 96 %.

2008 haben sich die ambulanten Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg verpflichtet, regelmäßig Fortbildungen gemäß der Fortbildungsverpflichtung nach § 132 Abs. 2 SGB V durchzuführen.

Bei den Qualitätsprüfungen 2010 wurde festgestellt, dass 70 % der ambulanten Pflegeeinrichtungen ihre vertragliche Verpflichtung in vollem Umfang erfüllt haben.

### **Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität**

Der Anteil korrekt erstellter Rechnungen für grundpflegerische Leistungen gemäß SGB XI, der 2005 noch bei 84 % lag, hat in den letzten fünf Jahren zugenommen und beträgt jetzt 91 %.

Der Anteil der von einer geeigneten Pflegefachkraft im o. a. Sinne erbrachten behandlungspflegerischen Leistungen gemäß SGB V, der 2004 noch 74 % betrug, hat in den letzten fünf Jahren um 23 % zugenommen und beträgt jetzt 97 %.

Der Anteil korrekt gestellter Rechnungen für behandlungspflegerische Leistungen gemäß SGB V liegt seit 1997 unverändert bei 94 %.

### **Stationäre Pflege**

#### **Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität**

Die Pflege und Versorgung der Bewohner wird überwiegend unter Berücksichtigung des aktuellen Stands pflegefachlichen Wissens durchgeführt. Die nationalen Expertenstandards werden zunehmend in der praktischen Pflege berücksichtigt oder konkrete Maßnahmen sind geplant. In der Mehrheit der Fälle werden Möglichkeiten der aktivierenden Pflege sowie die Wünsche und Bedürfnisse des Pflegebedürftigen berücksichtigt. Dennoch musste bei 11,5 % der geprüften Einrichtungen ein gravierender Pflegemangel festgestellt werden. Bezogen auf die bei den Qualitätsprüfungen in Augenschein genommenen 8.165 Bewohner wurde bei insgesamt 202 Bewohnern (2,5 %) ein gravierender Pflegemangel festgestellt. 48 % der kritischen Ereignisse betrafen die Mobilität (Sturz-/Dekubitusprophylaxe), 47 % die Ernährung und 5 % Schmerzen des Bewohners.

#### **Erfahrungen mit der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen**

In Baden-Württemberg gab es von Juli 2009 bis einschließlich Dezember 2010 keine einstweiligen Anordnungen und keine Hauptsacheverfahren.

Nach jeder Qualitätsprüfung, bei der Mängel / Defizite festgestellt wurden (wofür in Baden-Württemberg die Begriffe nicht fach- und sachgerechte Pflege / „gefährliche Pflege“ verwendet werden), führen die Landesverbände der Pflegekassen mit den Einrichtungen ein sogenanntes schriftliches / mündliches Anhörungsverfahren durch. Bei Anhörungen stationärer Pflegeeinrichtungen, bei denen „gefährliche Pflege“ festgestellt wurde, wird die zuständige Heimaufsichtsbehörde eingebunden.

Basis der Anhörungen sind die Qualitätsprüfberichte (nicht Transparenzberichte) mit den dort getroffenen Feststellungen zu Qualitätsmängeln bei der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und den fachlichen Empfehlungen zur Beseitigung der Qualitätsmängel. Zunächst erfolgt eine Einteilung der Prüfergebnisse in verschiedene „Qualitätskategorien“. Abhängig von der festgestellten „Qualitätskategorie“ wird entschieden, in welchem Maß die Pflegeeinrichtung angehört wird. Bei schriftlichen wie auch bei mündlichen Anhörungen fordern die Landesverbände der Pflegekassen die Einrichtungen zu einer Stellungnahme auf – die Pflege-

einrichtung hat somit die Gelegenheit darzulegen, welche Schritte sie zur Beseitigung der festgestellten Qualitätsmängel bereits unternommen hat und bis wann sie die festgestellten Qualitätsmängel beseitigen wird. Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden dann, ob die Stellungnahme ausreichend erscheint, um die Mängel in der Pflegeeinrichtung schnellstmöglich zu beseitigen. Die Landesverbände der Pflegekassen kontrollieren die termingerechte Umsetzung der Maßnahmen und entscheiden bei Bedarf über weitere Sanktionen.

Die Landesverbände der Pflegekassen nutzen u. a. das Mittel der örtlichen Anhörung, bspw. bei der Qualitätsprüfung ambulanter Pflegeeinrichtungen mit gravierenden Abrechnungsfehlern oder bspw. bei gravierenden Pflegemängeln in einer stationären Pflegeeinrichtung. Die Landesverbände der Pflegekassen besprechen mit den Einrichtungen den gesamten Prüfbericht mit allen dort festgestellten Qualitätsmängeln zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und eruieren vor Ort, welche konkreten Maßnahmen zur Beseitigung der Qualitätsmängel die Einrichtungen bereits umgesetzt haben. Grundsätzlich legen die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam mit den Einrichtungen konkrete Maßnahmen fest und Fristen, zu denen die Qualitätsmängel beseitigt sein müssen. Die Landesverbände der Pflegekassen kontrollieren die termingerechte Umsetzung der Maßnahmen und entscheiden bei Bedarf über weitere Sanktionen.

Zur Klärung strittiger fachlicher Fragen zur Qualitätsprüfung, zum Prüf- und vorläufigen Transparenzbericht der geprüften Einrichtungen, haben die Landesverbände der Pflegekassen den MDK Baden-Württemberg beauftragt, schriftlich Stellung zu nehmen.

2009 wurden die ambulanten Pflegeeinrichtungen noch nicht nach der neuen QPR geprüft und die geprüften ambulanten Einrichtungen haben sich nicht schriftlich zur Prüfung und zum Prüfbericht geäußert.

2010 äußerten sich 45 von 379 geprüften ambulanten Einrichtungen (12 %) schriftlich zur Prüfung, zum Prüf- und vorläufigen Transparenzbericht. Der MDK Baden-Württemberg hat jede schriftliche Stellungnahme der geprüften Einrichtungen sorgfältig geprüft und beantwortet. In 27 Fällen hatte die Stellungnahme des MDK Einfluss auf den endgültigen Transparenzbericht.

2009 äußerten sich 78 von 315 geprüften stationären Einrichtungen (25 %) schriftlich zur Prüfung, zum Prüf- und vorläufigen Transparenzbericht. Der MDK Baden-Württemberg hat jede schriftliche Stellungnahme der geprüften Einrichtungen sorgfältig geprüft und beantwortet. In 37 Fällen hatte die Stellungnahme des MDK Einfluss auf den endgültigen Transparenzbericht.

2010 äußerten sich 144 von 838 geprüften stationären Einrichtungen (17 %) schriftlich zur Prüfung, zum Prüf- und vorläufigen Transparenzbericht. Der MDK Baden-Württemberg hat jede schriftliche Stellungnahme der geprüften Einrichtungen sorgfältig geprüft und beantwortet. In 91 Fällen hatte die Stellungnahme des MDK Einfluss auf den endgültigen Transparenzbericht.

Die Einrichtungen haben sich sehr sachlich mit den Feststellungen und Empfehlungen der Gutachter auseinandergesetzt. Der MDK hat durch die Bearbeitung der Briefe zahlreiche Impulse zur Verbesserung der Prüfungen und Prüfberichte erhalten und umgesetzt.

### **Sonstige Erfahrungen im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI**

Der MDK Baden-Württemberg bewertet die Zusammenarbeit mit den Pflegeeinrichtungen als offen und konstruktiv. Die Prüfungen erfolgen in der Regel in einer sehr sachlichen Atmosphäre. Beide Institutionen haben dabei das Ziel, dass pflegebedürftige Menschen fach- und



sachgerecht und nach ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen versorgt werden. Bei den regelmäßigen Prüfungen tauschen die Mitarbeiter beider Institutionen nicht nur ihr pflegefachliches Wissen und ihre Erfahrungen aus, sondern lernen auch voneinander. Dabei sind MDK und Pflegeeinrichtungen bestrebt, Fehler als wichtiges Instrument zur Verbesserung pflegefachlichen Handelns zu bewerten. Diese Einschätzung spiegeln uns die geprüften Pflegeeinrichtungen auch bei den Rückmeldungen zur strukturierten Einrichtungsbefragung wider, wobei ca. 70 % der geprüften Einrichtungen die Möglichkeit nutzen, die Prüfung und den Prüfbericht des MDK zu bewerten.

**Organisatorische und personelle Aktivitäten des MDK zur Umsetzung des P**

55-mal über die Qualitätsprüfungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen informiert und mit den Teilnehmern diskutiert. Dabei hat der MDK Baden-Württemberg wertvolle Hinweise für die Verbesserung der Zusammenarbeit mit den beteiligten Institutionen gewonnen.

82 Bürger aus Baden-Württemberg haben sich schriftlich mit Fragen zu Qualitätsprüfungen und Transparenzberichten an den MDK gewendet. Die überwiegende Mehrzahl der Fragen hat der MDK über seine Homepage erhalten. Alle Anfragen hat der MDK beantwortet.

## **Heimgesetzgebung auf Landesebene und Zusammenarbeit des MDK mit den Aufsichtsbehörden**

Am 1. Juli 2008 wurde für Baden-Württemberg ein Heimgesetz (Landesheimgesetz) verabschiedet. Zweck dieses Gesetzes ist es,

- die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner von Heimen vor Beeinträchtigung zu schützen,
- die Selbstständigkeit, die Selbstverantwortung, die Selbstbestimmung und die gleichberechtigte Teilhabe am Leben der Gesellschaft der Bewohner zu wahren und zu fördern,
- die Einhaltung der dem Träger des Heims (Träger) gegenüber den Bewohnern obliegenden Pflichten zu sichern,
- die Mitwirkung der Bewohner zu sichern und zu stärken,
- eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung zu sichern,
- die Beratung in Heimangelegenheiten zu fördern,
- die Zusammenarbeit der für die Durchführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden mit den Trägern und deren Verbänden, den Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sowie den Trägern der Sozialhilfe zu fördern sowie
- den Schutz der Bewohner und der Interessenten an einem Heimplatz als Verbraucher zu fördern.

Primäre Aufgabe der Heimaufsicht ist es, berechnete Personen zu informieren und zu beraten (§ 4 LHeimG). Zu diesem Personenkreis zählen u. a. Bewohner, Angehörige, Betreuer, Heimleitungen und Pflegedienstleitungen. Die zweite wichtige Aufgabe der Heimaufsicht ist die Überwachung der Heime (§ 10 LHeimG i. V. m. § 11 LHeimG). Hierbei nimmt die Heimaufsicht ordnungsrechtliche Aufgaben wahr, indem sie darauf achtet, dass die Heime ihre Aufgaben und Verpflichtungen gegenüber den Bewohnern wahrnehmen. Dabei ist die Heimaufsicht bestrebt, diese Aufgabe als Partner der Einrichtungen wahrzunehmen. Die Heimaufsicht kann jederzeit angemeldete und unangemeldete Prüfungen vornehmen. Ebenso sind nächtliche Prüfungen möglich. Die Prüfungen sollen mindestens 1 x jährlich stattfinden. Die Prüfberichte werden nicht veröffentlicht.

Im September 2009 wurde in Baden-Württemberg eine Vereinbarung nach § 21 Abs. 1 Satz 3 Landesheimgesetz zur Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst 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. U. a. wurde konkret vereinbart, dass der MDK Baden-Württemberg die örtlichen Heimaufsichtsbehörden bis zum 31. Januar des Prüfungsjahres über seine Prüf-

termine informiert. Weiterhin wurde vereinbart, dass der MDK den 44 Heimaufsichtsbehörden Änderungen von Prüfterminen zeitnah mitteilt mit dem Ziel, dass die Regelprüfungen von MDK und Heimaufsicht einen zeitlichen Abstand von mindestens 4 Monaten nicht unterschreiten. 2010 wurde der vereinbarte Mindestprüfabstand von 4 Monaten bei 87 % der geprüften Einrichtungen eingehalten.

Im Rahmen der Vereinbarung wurde ein regelmäßiger fachlicher Austausch zwischen den Heimaufsichtsbehörden und dem MDK vereinbart. Der MDK wird regelmäßig zu den Dienstbesprechungen der Heimaufsichtsbehörden auf Ebene der vier Regierungspräsidien eingeladen und auch zum Jahrestreffen aller Heimaufsichtsbehörden, zu dem das Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg die 44 Heimaufsichtsbehörden einmal jährlich einlädt.

Zur Weiterentwicklung der Zusammenarbeit wurde vereinbart, dass die Heimaufsichtsbehörden und der MDK eine Annäherung im Hinblick auf die Prüfkriterien und insbesondere bei der Bewertung von Sachverhalten anstreben. Dazu haben Pflegekassen, Heimaufsichtsbehörden und MDK einen interdisziplinären Workshop zum Thema „Ernährung von Pflegeheimbewohnern“ erarbeitet und den Pflegedienstleitungen der stationären Pflegeeinrichtungen von zwei Landkreisen angeboten. Das Interesse an den gemeinsamen Workshops war sehr groß. In den beteiligten Landkreisen nahmen 83 % der Pflegedienstleitungen der stationären Einrichtungen teil. Die Auswertung der Teilnehmerswertung hat gute (1,7) bis sehr gute (1,3) Gesamtnoten ergeben und zwischenzeitlich gehen Anfragen nach weiteren Workshops ein.

### **Einbindung des MDK in Länderstrukturen**

Der MDK Baden-Württemberg nimmt als Mitglied des Landespflegeausschusses regelmäßig an den Sitzungen, die 2 x jährlich stattfinden, teil.

Gemäß § 16 Landesheimgesetz nimmt der MDK Baden-Württemberg als Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft regelmäßig an den Sitzungen, die 2–4 x jährlich stattfinden, teil.

1 x jährlich laden die Trägerverbände der Einrichtungen den MDK zu einem Erfahrungsaustausch ein.

Der MDK Baden-Württemberg pflegt regelmäßige Kontakte zu Pflegewissenschaftlern verschiedener Hochschulen (z. B. Katholische Hochschule Freiburg, Hochschule Esslingen, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Universität Witten/Herdecke) damit die Pflegefachkräfte über das aktuelle pflegefachliche Wissen verfügen, das sie für Prüfung und Beratung von Einrichtungen benötigen. Bei einer MDK-internen Fortbildung zu unserem Schwerpunkt „Förderung der Mobilität“ hat Frau Dr. Abt-Zegelin über „Erhalt und Förderung der Bewegungsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen“ referiert.

Diese Thematik ist für die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und die Unfallkasse (UK) Baden-Württemberg wichtig, da BGW und UK die Aufgabe haben, den Arbeitsschutz für ihre Versicherten sicherzustellen. Wissenschaftliche Untersuchungen der BGW haben ergeben, dass die Abnahme der Mobilität pflegebedürftiger Menschen zu einer Zunahme von Beschwerden des Muskel- und Skelettsystems und insbesondere von Rückenbeschwerden bei Pflegekräften führt. Daher pflegen BGW, UK und MDK einen regelmäßigen Informations- und Erfahrungsaustausch, um die sich daraus ergebenden Synergieeffekte für ihre Tätigkeit nutzen zu können.

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 Messung 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“ initiiert haben.

# MDK Bayern

## Allgemeines zur Entwicklung der Pflegequalität

Die Qualität der Pflege hat in Bayern traditionell einen hohen Stellenwert.

Bereits zu Beginn des Jahrtausends waren alle ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Bayern mindestens einmal in eine Qualitätsprüfung einbezogen worden. Ab dem Jahr 2002 wurden, entsprechend dem Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen, bei einem prinzipiellen Prüfrhythmus von 3 Jahren, Einrichtungen mit Qualitätsdefiziten engmaschiger überprüft. Mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes und der damit angestrebten Transparenz wechselten die Vorzeichen hin zur flächendeckenden Prüfung aller Pflegeeinrichtungen. Von Mitte 2008 bis Ende 2010 wurden insgesamt über 3100 Qualitätsprüfungen durchgeführt. Ab dem Jahr 2011 erfolgt die Beauftragung des MDK Bayern durch die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Form einer Gesamtauftragsliste für die 3334 Pflegeeinrichtungen. Mit einem ergänzenden Prüfkonzept und entsprechend spezialisierten Auditoren prüft der MDK Bayern Pflegedienste, welche zum bestehenden Vertrag gemäß SGB V eine Ergänzungsvereinbarung über die Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege für intensivpflegebedürftige Versicherte und deren Vergütung abgeschlossen haben.

Aufgrund der Veränderungen des Prüfinstruments durch die Partner der Transparenzvereinbarung ist ein Vergleich mit Prüfergebnissen vor Mitte 2009 nicht möglich. Die Landesdurchschnittsnote der ambulanten und stationären Einrichtungen in Bayern verbesserte sich von 2009 bis Ende des Jahres 2010 um jeweils 0,5 Notenstufen. Im ambulanten Bereich von 2,7 auf 2,2, stationär von 2,3 auf 1,8. Die Verbesserung der Ergebnisse ist nach Einschätzung des MDK Bayern primär auf Lerneffekte in Bezug auf die Transparenzkriterien zurückzuführen. Gegenläufig dazu kam es zu einer kontinuierlichen Zunahme der Beschwerden von Klienten / Bewohnern und deren Angehörigen sowie Mitarbeitern von Pflegeeinrichtungen. Gingen 2008 noch insgesamt 117 Beschwerden beim MDK Bayern ein, steigerte sich diese Zahl 2009 auf 148 und 2010 auf 224 Beschwerden.

Aus Sicht des MDK Bayern ist die verständliche und sachgerechte Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen ein wichtiger und erfolgversprechender Schritt auf dem Weg zu mehr Transparenz in der Pflege. Um dies nicht zu gefährden, müssen schnellstmöglich die Schwachstellen beseitigt werden. Dazu hat der MDK Bayern konkrete Vorschläge eingebracht, die aktuell im Rahmen einer Studie erprobt werden.

## Erfahrungen mit der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen

Im ersten halben Jahr nach Einführung der Transparenzkriterien erhob circa jede fünfte Pflegeeinrichtung in Bayern Widerspruch gegen die Veröffentlichung der Transparenznote. Nach einer zwischenzeitlich deutlichen Abschwächung zeigt sich aktuell eine erneute Zunahme mit Tendenz zu sehr detaillierten und ausführlichen Begründungen der einzelnen Einwendungen. Beim MDK Bayern erfolgt deren Bearbeitung durch ein spezialisiertes Team von Auditoren; Ergebnisse daraus werden in ein internes Diskussionsforum gestellt und im Rahmen von Teambesprechungen abgestimmt, mit dem Ziel, eine einheitliche Vorgehensweise sicherzustellen. Im Rahmen der wenigen Sozialgerichtsverfahren nahm der MDK auch an Mediationen der Sozialgerichte teil.

Neben anfänglichen Fehlinformationen zur Berechnungsweise der Transparenznoten konzentrierte sich die Kritik der Einrichtungen auf die formale Ausrichtung der Kriterien. Gleichzeitig verengten viele Einrichtungen ihr internes Qualitätsmanagement auf die Erfüllung genau dieser Anforderungen. In erster Linie standen die einrichtungsbezogenen Transpa-

renzkriterien im Mittelpunkt der Bemühungen, parallel dazu zielen interne Audits bzw. Pflegevisiten darauf, die Qualität der Pflege(prozess)dokumentation zu verbessern, mit dem Ziel der Erfüllung der bewohnerbezogenen Kriterien.

### **Sonstige Erfahrungen im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI**

Die Veränderung des Prüfinstrumentariums sowie die engen Vorgaben bei der Stichprobenziehung haben dazu geführt, dass der Aspekt Versorgungssicherheit zugunsten der vergleichenden Darstellung deutlich in den Hintergrund getreten ist. Die nach Pflegestufen geschichtete Zufallsstichprobe führt zu einer Einengung des Blickwinkels, gutachterliche Freiräume werden vermehrt durch intensive Begleitung durch geschulte Mitarbeiter des Trägers beschränkt. Negative Bewertungen werden schon im Rahmen der Prüfung durch die Einrichtung intensiv hinterfragt und ergänzende Nachweise vorgelegt. Risikogruppen von Versicherten sowie Versorgungsschwerpunkte (z. B. bei Pflegediensten, die im Bereich der allgemeinen Pflege und der außerklinischen Intensivpflege tätig sind) können nicht adäquat in die Prüfung einbezogen werden. In der Prüfpraxis zeigt sich, dass die Gleichzeitigkeit von Prüfung, Beratung und Benotung und dem damit verbundenen komplexen Regelwerk eine enorme tägliche Herausforderung für die Prüfer darstellt.

### **Organisatorische und personelle Aktivitäten des MDK zur Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes**

Unter der Federführung von vier Mentoren und der tatkräftigen Unterstützung aller Mitarbeiter wurden im Zeitraum bis Ende 2010 insgesamt 60 zusätzliche Auditoren eingearbeitet und ein „Logistikzentrum Qualitätssicherung Pflege“ etabliert, welches mit sechs Mitarbeiterinnen und einer eigens dafür entwickelten Software das zentrale Auftragsmanagement bewerkstelligt. Die Einarbeitung auf Basis eines Konzepts in verschiedenen Phasen erstreckt sich jeweils über mindestens vier Monate und findet den Abschluss in einer Praxisbegleitung durch den vorgesetzten Teamkoordinator. Die Weiterbildung zur Qualifikation „TQM-Auditor“ erfolgt im Anschluss an die Einarbeitung in Form von In-House-Schulungen durch eine externe Firma. Damit auch nach der Einarbeitungsphase eine regelmäßige Unterstützung / Beratung der Auditoren gewährleistet ist, wurde ergänzend eine Kollegiale Praxis-Beratung mit einem Team von 10 erfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aufgebaut. Ihr fachliches Wissen, ihre Erfahrungen und Handlungskompetenzen können dabei von jedem Auditor als Reflexionsangebot mit dem Ziel der eigenen Weiterentwicklung genutzt werden.

Bei der Schulung der Prüfgrundlagen beteiligte sich der MDK Bayern an der Multiplikatorenschulung des MDS. Der fachliche und Informationsaustausch erfolgt via Intranet und einem darin integrierten Diskussionsforum. Es finden regelmäßige Teambesprechungen mit integriertem Fortbildungsteil und eine jährliche Auditorentagung statt. Darüber hinaus können die Auditoren individuelle Fort- und Weiterbildungsangebote nutzen, wie sie allen Gutachtern des MDK Bayern offenstehen.

Der MDK Bayern unterhält ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem und beteiligt sich an der bundesweiten Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen, bestehend aus übergrei-

## **Heimgesetzgebung auf Landesebene und Zusammenarbeit des MDK mit den Aufsichtsbehörden**

Im August 2008 ist in Bayern das Pflege-Wohnqualitätsgesetz in Kraft getreten. Damit einher ging die Erstellung eines Prüfleitfadens der bayerischen Heimaufsicht (FQA – **F**achbereich **P**flege- und **B**ehinderteneinrichtungen – **Q**ualitätsentwicklung und **A**ufsicht). Dies führte zu einem deutlichen Rückgang der zuvor gemeinsam durchgeführten Regelprüfungen. Mit Beginn der Transparenzprüfungen finden ausschließlich einzelne Anlassprüfungen gemeinsam statt, bei festgestellten Qualitätsdefiziten erfolgt im Einzelfall eine Abstimmung der notwendigen Maßnahmen. Bei den jährlichen Regelprüfungen wird von beiden Institutionen auf einen zeitlichen Abstand von mindestens zwei Monaten geachtet. Seit Oktober 2011 veröffentlichten die 96 bayerischen Heimaufsichten ihre Prüfergebnisse im Internet.

### **Einbindung des MDK in Länderstrukturen**

Der MDK Bayern nahm – wie immer im Zusammenhang mit der Aktualisierung der Prüfgrundlagen des MDK – im zweiten Halbjahr 2009 an mehreren Informationsveranstaltungen für interessierte Trägerverbände teil. Diese wurden auch zum konstruktiv-kritischen Austausch zu den ersten Erfahrungen mit den Transparenzprüfungen genutzt. Die Geschäftsführung des MDK Bayern ist Mitglied des Landespflegeausschusses und die Mitarbeiter beteiligen sich regelmäßig an Arbeitsgruppen mit dem Ziel einer Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen (Alternativen zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen, ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen). Kooperationen bestehen mit der Fachhochschule in Deggendorf und der Ludwigs-Maximilians-Universität (LMU) München. Bei anhaltenden Qualitätsdefiziten in Einrichtungen, bei welchen die Kündigung des Versorgungsvertrags bzw. die Betriebsuntersagung durch die Heimaufsicht droht, arbeitet der MDK Bayern eng mit der bayerischen Heimaufsicht (FQA) und dem bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung zusammen.

# MDK Berlin-Brandenburg

## Allgemeines zur Entwicklung der Pflegequalität

Im Zeitraum Mitte 2008 bis Ende 2010 war gemäß SGB XI jede Pflegeeinrichtung einmal zu prüfen. Grundlage der Begutachtungen und Prüfergebnisse des MDK Berlin-Brandenburg e.V. im Bereich Qualitätsprüfungen sind die Transparenzvereinbarungen gemäß § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI. Der Mittelwert der Gesamtbenotungen in der Region MDK Berlin-Brandenburg gesamt betrug im Jahr 2009 bei den ambulanten Einrichtungsprüfungen 2,5, bei den stationären 1,9, im Jahr 2010 bei den ambulanten Einrichtungsprüfungen 2,0, bei den stationären Einrichtungsprüfungen 1,5 entsprechend der Benotungsskala der Transparenzvereinbarungen von 1,0 (sehr gut) bis 5,0 (mangelhaft). Die Mittelwerte der Gesamtbenotungen als auch die einrichtungs- und personenbezogenen Ergebnisse fallen im Vergleich von 2009 zu 2010 besser aus. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den Qualitätsprüfungen im Jahr 2009 und 2010 um unterschiedliche Pflegeeinrichtungen handelte. Eine Schlussfolgerung zur allgemeinen Entwicklung der Pflegeeinrichtungen in diesem Zeitraum kann nicht gezogen werden.

## Ambulante Pflege

### Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität

Der ambulante Qualitätsbereich 3 „Dienstleistung und Organisation“ wurde im Mittel des Berichtszeitraums 2009 mit 1,9 und 2010 mit 1,5 benotet.

### Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität

Die ambulanten Qualitätsbereiche wurden im Mittel des Berichtszeitraums 2009 und 2010 wie folgt benotet:

Bereich 1 „Pflegerische Leistungen“ mit 2,9 bzw. 2,3

Bereich 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ mit 3,2 bzw. 2,3

Bereich 4 „Befragung der Kunden“ in beiden Jahren mit 1,1.

## Stationäre Pflege

### Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität

Die stationären Qualitätsbereiche 3 und 4 wurden im Mittel des Berichtszeitraums 2009 und 2010 wie folgt benotet:

Bereich 3 „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ mit 1,8 bzw. 1,3

Bereich 4 „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ mit 1,6 bzw. 1,2.

### Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität

Die stationären Qualitätsbereiche 1, 2 und 5 wurden im Mittel des Berichtszeitraums 2009 und 2010 wie folgt benotet:

Bereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ mit 2,2 bzw. 1,8

Bereich 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ mit 1,6 bzw. 1,4

Bereich 5 „Befragung der Bewohner“ in beiden Jahren mit 1,1.



## **Erfahrungen mit der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen**

Strittige Fragen / Feedbacks werden in einem mit den Pflegekassen abgestimmten standardisierten Verfahren bearbeitet. Die Anzahl der Feedbacks hat in den letzten 12 Monaten deutlich abgenommen.

Anfangs bezogen sich die an den MDK gerichteten Fragen der Einrichtungen überwiegend auf die Berechnung der Noten und auf allgemeine Sachverhalte mit Bezug auf die Transparenzvereinbarungen. Inzwischen werden häufiger Fragen zur Ergebnisqualität gestellt, wobei hier der Schwerpunkt bei den Transparenzkriterien liegt.

Die Pflegeeinrichtungen gehen weitgehend sicher und souverän mit unangekündigten Qualitätsprüfungen, Prüfergebnissen und Transparenzberichten um. Eine Verstärkung der Maßnahmen zur internen Qualitätsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen ist zu beobachten. Verbesserungspotenziale werden erkannt und zur Weiterentwicklung genutzt. Einige Pflegeeinrichtungen nutzen die Transparenzkriterien und QPR als Grundlage für interne Audits.

## **Sonstige Erfahrungen im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI**

Neben dem zunehmend souveräneren Umgang der Einrichtungen mit unangekündigten Prüfungen wird häufig als positiver Aspekt von den Gesprächspartnern geäußert, dass die Prüfer als sehr fachkompetent empfunden werden. Der fachliche Austausch erfolge auf Augenhöhe und die Beratungsimpulse seien ein wesentlicher Baustein der Prüfungen.

Die anfängliche Skepsis von Pflegeeinrichtungen gegenüber Qualitätsprüfungen weicht zunehmend dem Selbstbewusstsein hinsichtlich guter Prüfergebnisse. Prüfergebnisse und deren Veröffentlichungen werden von vielen als Ansporn zu weiterer Verbesserung gesehen: „Endlich wird gute Arbeit auch gewürdigt.“

Die Pflegeeinrichtungen gehen sensibler und bewusster mit Risiken um als noch vor wenigen Jahren. Probleme werden schneller erkannt und Maßnahmen eingeleitet, wie z. B.: Der Ernährungszustand der Pflegebedürftigen wird systematisch erhoben und reflektiert, es erfolgt eine systematische Einschätzung des Dekubitus- und Sturzrisikos, mit der systematischen Einschätzung von Schmerzen und Durchführung von Verlaufskontrollen wurde begonnen. Die Expertenstandards wie z. B. „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ und „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ sind in vielen Pflegeeinrichtungen implementiert. In einigen Einrichtungen wird die Kontrakturgefahr systematisch eingeschätzt.

## **Organisatorische und personelle Aktivitäten des MDK zur Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes**

Bis 02.2010 waren 16 MitarbeiterInnen in der Externen Qualitätssicherung Pflege beschäftigt. Im Zeitraum von 02.2010 bis 15.4.2011 wurde der Personalbestand auf 37 MitarbeiterInnen in der Externen Qualitätssicherung Pflege aufgestockt. Die Einarbeitung erfolgte nach einem gestuften Einarbeitungskonzept mit prozesshaftem Lerneffekt sowie engmaschigen Reflexionsgesprächen mit den Mentoren.

In 07/08.2010 wurde eine Reorganisation der Externen Qualitätssicherung Pflege durchgeführt und 3 Führungskräfte (1 Leitstellenleiter/in, 2 Gruppenleiter/innen) wurden eingesetzt.

Dadurch konnten weitere interne qualitätssichernde Maßnahmen wie z. B. interne Audits und Qualitätszirkel implementiert werden, die wesentliche Bausteine der Qualitätssicherung bilden.

Durch die neue Leitungsstruktur kann darüber hinaus auf Beratungsbedürfnisse von Kassen und Leistungserbringern noch zeitnaher reagiert werden.

Im Rahmen von Personalentwicklungsmaßnahmen als auch zur Erweiterung der Beratungskompetenz schlossen MitarbeiterInnen erfolgreich in 2011 Weiterbildungsmaßnahmen wie z. B. zur psychiatrischen Fachkraft und in Mediation ab. Des Weiteren werden kontinuierlich interne Bildungsmaßnahmen zur Erweiterung der Fachkompetenz angeboten, wie z. B. Versorgung beatmungspflichtiger Patienten und Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen.

Alle MitarbeiterInnen verfügen über die Qualifikation „Auditor“ gemäß der QPR.

Der MDK Berlin-Brandenburg e.V. wirkt konzeptionell an der Qualitätssicherung des Prüfverfahrens mit und beteiligt sich an MDK-übergreifenden Audits von Qualitätsprüfungen und Prüfberichten.

## **Beratung durch den MDK**

Über die situative Impulsberatung während der Qualitätsprüfungen hinaus reagiert der MDK Berlin-Brandenburg z. B. telefonisch oder im E-Mail-Verkehr auf signalisierte Beratungsbedürfnisse, die über den Rahmen der Impulsberatung hinausgehen. Als häufigste Themenfelder sind hier die Dokumentation des Pflegeprozesses, das Qualitätsmanagement, die Aufbau- und Ablauforganisation sowie die Fortbildungsplanung zu nennen. Diese Beratung von Pflegeeinrichtungen durch den MDK Berlin-Brandenburg ist fester Bestandteil pflegefachlicher Beratung und wird schnell und unkompliziert sichergestellt.

In gemeinsamen Veranstaltungen informieren die Heimaufsicht und der MDK Berlin-Brandenburg z. B. gesetzliche Betreuer oder Heimführsprecher über die Aufgaben der Institutionen, ihre Zusammenarbeit und die Beschwerdebearbeitung.

Darüber hinaus beteiligt sich der MDK Berlin-Brandenburg e.V. an Expertenrunden, externen Qualitätszirkeln, Arbeitstagen, Schulungen oder auch Podiumsdiskussionen. Es besteht eine stete Nachfrage zur Referententätigkeit von Trägern der Fort- und Weiterbildung sowie Fachhochschulen. Die nachfragenden Institutionen betonen stets die fachliche Kompetenz und die Praxisnähe der Beratung durch den MDK.

## **Heimgesetzgebung auf Landesebene und Zusammenarbeit des MDK mit den Aufsichtsbehörden**

In der Nachfolge des Heimgesetzes haben seit 1.1.2010 das Brandenburgische Pflege- und Betreuungswohngesetz (BbgPBWoG) und seit 1.7.2010 das Gesetz über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen (WTG) im Land Berlin Gültigkeit.

Beide Gesetze beziehen nunmehr betreute Wohngemeinschaften in ihren Aufgabenbereich mit ein. Tagespflegeeinrichtungen gehören seit dem 1.1.2010 nicht mehr zum Zuständigkeitsbereich der Aufsicht für unterstützende Wohnformen (ehemals Heimaufsicht Brandenburg).

In Brandenburg hat die zuständige Behörde die Prüfung inhaltlich zu beschränken, soweit Ergebnisse aus Prüfungen durch den MDK vorliegen, die nicht älter als ein Jahr sind und darauf schließen lassen, dass Anforderungen nach diesem Gesetz erfüllt sind. Unter bestimmten Voraussetzungen kann die zuständige Behörde von der Prüfung bis zu einer Dauer von drei Jahren absehen. Das BbgPBWoG sieht vor, dass aus den Ergebnissen der Überwachungen die relevanten Informationen zur Wohn- und Lebensqualität in geeigneter Form der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden können.

In Berlin prüft die Heimaufsicht die vollstationären Pflegeeinrichtungen einmal jährlich, die übrigen Pflegeeinrichtungen im Abstand von höchstens drei Jahren (Regelprüfung). Ist innerhalb des letzten Jahres eine stationäre Einrichtung durch den MDK geprüft worden, kann der Zeitpunkt der Regelprüfung um höchstens ein Jahr verschoben werden. Die Heimaufsicht

Berlin hat die Prüfberichte der letzten drei Jahre sowie etwaige Gegendarstellungen im Internet oder in anderer geeigneter Form zu veröffentlichen.

### **Einbindung des MDK in Länderstrukturen**

Durch die Heimgesetze beider Länder wird eine geregelte institutionelle Zusammenarbeit mit dem MDK und den Pflegekassenverbänden unterstützt, z. B. durch abgestimmte Prüfungen, regelmäßig stattfindende Arbeitsgruppen und vereinbarte Leitlinien für gemeinsame Prüfungen.

An Anhörungen zu den zum WTG als auch zum BbgPBWoG gehörenden Verordnungen über Personalanforderungen, bauliche Anforderungen und zur Mitwirkungsverordnung hat der MDK Berlin-Brandenburg e.V. durch seine Stellungnahmen mitgewirkt.

Der MDK Berlin-Brandenburg arbeitet als Mitglied der Landespflegeausschüsse in beiden Ländern aktiv an Weiterentwicklungen mit, z. B. der AG Fachkräftesicherung im Rahmen der Pflegeinitiative Brandenburg „Später beginnt jetzt“ oder der Berliner AG Hospiz- und Palliativkultur in Pflegeheimen. Als ständiges Mitglied des Arbeitskreises Pflege der Ärztekammer Berlin unterstützt der MDK Berlin-Brandenburg die interprofessionelle Zusammenarbeit in Pflegeeinrichtungen.

Praktika und Hospitationen beim MDK Berlin-Brandenburg e.V. sind von Studenten und Studentinnen der Fachhochschulen (Bachelor of Nursing, Pflegemanagement, -wissenschaft) und Teilnehmern von Weiterbildungslehrgängen seit Jahren sehr nachgefragt.

Durch Wahrnehmung von Beiratsaufgaben z. B. im Projektbeirat Lebenswelt Pflegeheim der Charité Berlin unterstützte der MDK Innovationen, hier die Konzeptualisierung, Messung und Analyse von Lebensqualität in der stationären Pflege, QUISTA 2010. Im noch laufenden Patenschaftsprojekt Berlin wirkt der MDK Berlin-Brandenburg am Aufbau der Qualitätssicherung durch ehrenamtliches Engagement in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz mit.

## **Allgemeines zur Entwicklung der Pflegequalität**

Im Kontext der durchgeführten Qualitätsprüfungen im Zeitraum 2009–2010 sind eine stetige Verbesserung der Qualität und eine kontinuierliche Umsetzung der Pflege-transparenzvereinbarungen erkennbar. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben wurden im Zeitraum vom 01.07.2008 bis zum 31.12.2010 alle durch Landesverbände der Pflegekassen beauftragten stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen geprüft.

Im Bereich der stationären Pflege sind die Fortschritte im Bereich der Qualitätsentwicklung und der Schaffung entsprechender Ressourcen durch die Einrichtungen umfangreicher und schneller umgesetzt worden.

Die Praxis der Qualitätsprüfungen hat gezeigt, dass die überwiegende Zahl der Einrichtung das Verfahren als Instrument zur Qualitätssicherung akzeptiert hat. Zusätzlich werden die Fachkompetenz der MDK-Mitarbeiter und das Angebot der Impulsberatung konstruktiv genutzt, um das einrichtungsintern vorhandene Qualitätsmanagement weiterzuentwickeln.

## **Ambulante Pflege**

### **Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität**

Innerhalb der Pflegedienste werden die Qualitätsprüfungen als Möglichkeit zur Weiterentwicklung der Qualität wahrgenommen und die Prüfberichte des MDK als Grundlage für eine Analyse der bestehenden Prozess- und Strukturqualität genutzt.

### **Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität**

Innerhalb der Pflegedienste sind die nationalen Expertenstandards überwiegend umgesetzt worden. Bezogen auf die Entwicklungen der Prüfergebnisse 2009 zu 2010 zeigt sich beispielsweise in den Bereichen der Beratungsleistungen und der Erfassung von Risiken und Ressourcen eine kontinuierliche und positive Weiterentwicklung.

## **Stationäre Pflege**

### **Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität**

Innerhalb der Pflegeeinrichtungen werden die Qualitätsprüfungen als Möglichkeit zur Weiterentwicklung der Qualität wahrgenommen und die Prüfberichte des MDK als Grundlage für eine Analyse der bestehenden Prozess- und Strukturqualität genutzt.

### **Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität**

Innerhalb der Einrichtungen sind die nationalen Expertenstandards überwiegend umgesetzt worden. Beim Vergleich der Prüfergebnisse aus dem Zeitraum 2009–2010 sind in verschiedenen Bereichen deutliche und nachweisbare Qualitätsverbesserungen erkennbar. Diese Ergebnisse betreffen beispielsweise die Punkte der kontinuierlichen Betreuung durch dieselben Pflegekräfte (T33), die Erfassung des individuellen Dekubitusrisikos (T6) und die Angemessenheit des Ernährungszustandes sowie der Flüssigkeitsversorgung im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtungen.

## **Erfahrungen mit der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen**

Die Erfahrungen mit der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen im stationären und ambulanten Bereich sind überwiegend positiv. Im Spannungsverhältnis zwischen dem gesetzlichen Prüfauftrag des MDK und der beratungsorientierten Weiterentwicklung der Pflegequalität hat sich zwischen den Beteiligten ein professioneller Beratungs- und Prüfungsstandard herausgebildet.

Bei strittigen Fragen erfolgt die Bearbeitung dieser Punkte im Rahmen eines nachvollziehbaren und transparenten Klärungsprozesses zwischen den Beteiligten auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben.

Allein im Jahr 2010 hat der MDK im Lande Bremen rund 40 schriftliche und telefonische Kontaktanfragen zu speziellen Fragestellungen (z. B. zur Pflegequalität, zum Personaleinsatz, zur Pflegedokumentation sowie zu gesetzlichen Bestimmungen) und zusätzlich 36 schriftliche Stellungnahmen zu Prüfberichten bzw. zum Transparenzverfahren bearbeitet.

### **Sonstige Erfahrungen im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI**

Die Durchführung der Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI und die konsequente Anwendung eines beratungsorientierten Ansatzes haben in der Praxis der Qualitätsprüfungen zu einem partnerschaftlichen Arbeitsverhältnis zwischen den Beteiligten geführt. Neben dem gesetzlich definierten Prüfauftrag wird der MDK im Lande Bremen als Partner bei der Entwicklung bzw. Weiterentwicklung der Pflegequalität im Lande Bremen wahrgenommen und leistet in diesem Kontext einen erheblichen Beitrag zur transparenten Umsetzung und Akzeptanz der Pflegetransparenzvereinbarung.

### **Organisatorische und personelle Aktivitäten des MDK zur Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes**

Innerhalb des MDK im Lande Bremen erfolgt eine kontinuierliche Anpassung und Weiterentwicklung der bestehenden Prüfgrundlagen. In Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der Pflegekassen, dem MDS und der SEG 2 werden Fragestellungen zu fachbezogenen Themen analysiert und konkretisiert. Weiterhin werden Anmerkungen der Vertragspartner und Entwicklungen aus der Rechtsprechung regelmäßig überprüft und transparent in das Prüfverfahren implementiert.

Im Rahmen der Steigerung der Prüfquote wurden im Geschäftsbereich Qualitätsmanagement fünf neue Vollzeitstellen geschaffen. Die Einarbeitung dieser gewonnenen MitarbeiterInnen wird durch Mentoren anhand eines strukturierten Einarbeitungskonzeptes realisiert. Zusätzlich erfolgt während der 6-monatigen Einarbeitungsphase eine kontinuierliche Qualitätssicherung der Prüfberichte. Daran anschließend erfolgt eine Weiterbildung zum Internen TQM-Auditor.

Die Personalentwicklung erfolgt anhand von bedarfsorientierten Fortbildungsangeboten und berücksichtigt die aktuellen pflegewissenschaftlichen Forschungsstände. Die Qualitätssicherung wird durch die übergreifende Auditierung innerhalb der MDK-Gemeinschaft und eine interne Qualitätssicherung der Prüfberichte sichergestellt.

### **Beratung durch den MDK**

Der MDK im Lande Bremen führt keine über den beratungsorientierten Prüfansatz hinausgehenden zusätzlichen Beratungsangebote durch.

Mitarbeiter des MDK führen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit Fachvorträge zu allgemeinen und spezifischen qualitätsbezogenen Themen in verschiedenen Gremien durch.

Im Rahmen des Tagesgeschäfts erfolgen Beratungsangebote bei telefonischen Rückfragen, E-Mail-Anfragen, schriftlichen Eingaben zu Fragen der Pflegequalität, gesetzlichen Bestimmungen, dem Personaleinsatz, der Pflegedokumentation und weiteren Themen.

Weiterhin bieten wir in Einzelfällen StudentInnen und HochschulabsolventInnen Praktika- und Hospitationsangebote an.

## **Heimgesetzgebung auf Landesebene und Zusammenarbeit des MDK mit den Aufsichtsbehörden**

Ein Heimgesetz ist in Bremen vorhanden. Aus diesem ergeben sich aktuell aber keine neuen Auswirkungen auf den MDK. Durch die Heimaufsichtsbehörde und den MDK im Lande Bremen werden teilweise gemeinsame Prüfungen durchgeführt. Weiterhin findet ein gegenseitiger Informationsaustausch über die geplanten Prüfungstermine und die Ergebnisse der jeweiligen Prüfungen statt.

## **Einbindung des MDK in Länderstrukturen**

Der MDK im Lande Bremen beteiligt sich aktiv und zielorientiert an den entsprechenden Strukturen innerhalb des Landes Bremen. Im Rahmen der Mitgliedschaft im Landespflegeausschusses und 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 ein.

# MDK Hessen

## Allgemeines zur Entwicklung der Pflegequalität

Insgesamt haben die Pflege-Transparenzvereinbarungen und die hiermit verbundene Veröffentlichung der Prüfergebnisse dazu geführt, dass sich die Pflegeeinrichtungen noch intensiver mit Fragen des Qualitätsmanagements und der Qualitätsverbesserung beschäftigen.

### Ambulante Pflege

#### Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität

Hier sind regional unterschiedliche Entwicklungen zu verzeichnen.

Auffallend ist insbesondere in den Ballungszentren eine teilweise unzureichende Ausstattung mit qualifiziert ausgebildeten Pflegefachkräften, hierdurch ist zum Teil keine gesicherte Prozesssteuerung erkennbar.

#### Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität

Insgesamt besteht eine gute Versorgungsqualität, pflegerische Defizite müssen nur in Einzelfällen festgestellt werden, auch hier sind in der Ergebnisqualität ebenfalls regionale Unterschiede feststellbar.

### Stationäre Pflege

#### Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität

Insgesamt besteht eine gute Versorgungsqualität, pflegerische Defizite müssen nur in Einzelfällen festgestellt werden.

#### Erfahrungen mit der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen

Der MDK Hessen wurde im Berichtszeitraum bei etwa 10 % der durchgeführten Prüfungen von den Landesverbänden der Pflegekassen mit einer Stellungnahme zur Klärung strittiger Fragen im Zusammenhang mit der Veröffentlichung von Transparenzberichten beauftragt. Die Stellungnahmen waren teilweise sehr aufwendig. Nur in wenigen Fällen kam es zu einer Veränderung der Benotung einzelner Kriterien, die Auswirkung auf die Gesamtbenotung der geprüften Einrichtung war meist geringfügig.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die Transparenzvereinbarungen einen positiven Effekt für die Qualitätsentwicklung der Pflegeeinrichtungen bewirkt haben.

So ist festzustellen, dass bei der überwiegenden Anzahl der Einrichtungen, die im Berichtszeitraum zumindest zweimal durch den MDK geprüft wurden, eine Steigerung der Qualität und Verbesserung der Benotung verzeichnet werden konnte.

Dies ist auch auf den beratungsorientierten Prüfansatz des MDK zurückzuführen.

#### Sonstige Erfahrungen im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI

Die wiederkehrende Prüfung aller zugelassenen Pflegeeinrichtungen durch den MDK ist etabliert und erfährt in Hessen hohe Akzeptanz in der öffentlichen Wahrnehmung sowie bei Leistungserbringern und Kostenträgern.

## **Organisatorische und personelle Aktivitäten des MDK zur Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes**

Vor Inkrafttreten des PFWG zum 01.07.2008 wurden in Hessen nur anlassbezogene Prüfungen und hieraus resultierende Evaluationsprüfungen durchgeführt. Mit Einführung des PFWG wurde gemäß des gesetzlichen Auftrages mit der flächendeckenden Durchführung von Regelprüfungen begonnen. Hiermit verbunden war ein stufenweiser Aufbau der Gutachterkapazität, der Ende 2011 abgeschlossen werden konnte. Gleichzeitig wurde die zentrale Steuerungsstruktur durch fünf regional zuständige Teams abgelöst.

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Prüfung und Bewertung wurden verschiedene Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert und umgesetzt. So finden neben Schulungen regelmäßige interne Qualitätszirkel statt. Die Qualitätssicherung der Prüfberichte erfolgt nach einem festgelegten Verfahren. Darüber hinaus werden seit dem Jahr 2010 MDK-übergreifende Witness-Audits durchgeführt. Neue Prüferinnen und Prüfer werden intensiv eingearbeitet und hierbei von einem erfahrenen Mentor unterstützt.

Nach anfänglichen technischen Hürden funktioniert die Bereitstellung des aus Teilen des MDK-Prüfberichtes generierten Transparenzdatensatzes an die Datenclearingstelle (DCS) inzwischen reibungslos.

### **Beratung durch den MDK**

Der MDK in Hessen wird von den Verbänden der Pflegekassen regelhaft im Rahmen von Vertragsverhandlungen und Zulassungsverfahren stationärer und teilstationärer Pflegeeinrichtungen zur fachlichen Bewertung der Konzepte hinzugezogen. Es werden schriftliche Stellungnahmen in Abstimmung mit den regional zuständigen Ämtern für Versorgung und Soziales (Heimaufsichten) erstellt. In Einzelfällen erfolgt darüber hinaus eine persönliche Beratung des Trägers.

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

Teilweise finden Veranstaltungen gemeinsam mit den regional zuständigen Ämtern für Versorgung und Soziales (Heimaufsichten) statt. Ziel ist es hier, die jeweiligen Anforderungen aus ordnungsrechtlicher Sicht und aus der Perspektive des SGB XI transparent zu machen.

Inhaltliche Schwerpunkte der Beratung der letzten drei Jahre waren:

- Generelle Anforderungen und Verfahren bei Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff. SGB XI im ambulanten und stationären Bereich
- Anforderungen an ein stationäres Hospiz
- Soziale Betreuung in stationären Einrichtungen
- Prozessgestaltung und Dokumentation

### **Heimgesetzgebung auf Landesebene und Zusammenarbeit des MDK mit den Aufsichtsbehörden**

Derzeit wird eine Nachfolgeregelung zum Bundes-HeimG im Hessischen Landtag vorbereitet; der MDK Hessen wirkt hieran im Rahmen des parlamentarischen Anhörungsverfahrens mit.



## **Einbindung des MDK in Länderstrukturen**

Der MDK Hessen ist intensiv in die hessischen Strukturen eingebunden. Neben dem Landespflegeausschuss wirkt der MDK in allen relevanten Gremien wie „AG stationäre Pflege“ und „ARGE ambulant“ mit. Ebenfalls ist der MDK Hessen Mitglied der auf Landesebene angesiedelten „AG § 20 HeimG“.

Zur Abstimmung der Prüftätigkeit finden regelmäßige Sitzungen des MDK Hessen mit den Landesverbänden der Pflegekassen und den hessischen Heimaufsichtsbehörden statt.

Der MDK Hessen hat im Mai 2011 eine Kooperationsvereinbarung mit der Fachhochschule Frankfurt am Main – University of Applied Sciences geschlossen. Die Vereinbarung dient der Zusammenarbeit in Forschung, Wissenstransfer und Weiterbildung. Ein erstes Projekt ist die Durchführung einer gemeinsamen „Weiterbildung zur/zum zertifizierten Pflegesachverständigen“ mit Beginn November 2011.



## **Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität**

Eine offene Atmosphäre in den Gesprächen mit den Versicherten herrscht vor. Pflegerische Defizite in der grundpflegerischen Versorgung sind zu seltenen Einzelfällen geworden.

Das Erkennen bzw. Einschätzen eines Dekubitusrisikos lag bei 97 %.

Der sachgerechte Umgang mit Einschränkungen in der selbstständigen Nahrungszufuhr lag bei 84 % und mit der Flüssigkeitszufuhr bei 89 %

## **Erfahrungen mit der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen**

Festzustellen ist, dass durch die Einführung der Transparenzvereinbarungen die „Streitbarkeit“ zugenommen hat, d. h. Einrichtungen / Träger klagen zunehmend gegen die Transparenzberichte. In Einzelfällen gibt es anhängige Verfahren vor den Sozialgerichten. Federführend sind hierbei die Landesverbände der Pflegekassen. Der MDK M-V e.V. berät dabei fachkompetent.

Die Qualitätsprüfungen im Land haben z. B. dazu beigetragen, dass die Akzeptanz der Dokumentation und deren Qualität gestiegen sind. Sie wird jetzt in den meisten Einrichtungen nicht mehr als „notwendiges Übel“, sondern als Instrument der täglichen Arbeit gesehen und genutzt.

Prozesse werden zunehmend auch für Außenstehende reproduzierbar.

## **Erfahrungen im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI**

Zu erkennen ist, dass bei festgestellten Abweichungen durch die Einrichtungen / Träger versucht wird, diese durch Stellungnahmen bzw. Widersprüche nach erfolgter Qualitätsprüfung in die positive Richtung zugunsten der Einrichtungen zu verändern.

Insbesondere wird hier versucht darzulegen, dass die Prüfer des MDK bestimmte Unterlagen am Prüftag nicht gesehen hätten oder nicht danach gefragt hätten. Dementsprechend werden dann Dokumente nachgereicht, welche dann belegen sollen, dass am Prüftag doch „alles in Ordnung“ war, um dann nachzuweisen, dass die entsprechende Frage hätte positiv bewertet werden müssen.

Vor allem im ambulanten Bereich wird diese Entwicklung im Bereich der Behandlungspflege deutlich. Hier geht es den Einrichtungen vor allem um eine positivere Benotung, wenn bestimmte Fragen nur bei einem in die Ergebnisüberprüfung einbezogenen Versicherten zutreffend sind, z. B. Medikamentengabe oder subkutane Injektionen, und demzufolge die Benotung mit einer 5,0 erfolgte.

## **Organisatorische und personelle Aktivitäten des MDK zur Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes**

Um den gesetzlichen Anforderungen gerecht zu werden (jährliche Prüfungen in den ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen), wurden zusätzliche Mitarbeiter eingestellt. Aktuell sind in unserem Fachbereich 15 Pflegefachkräfte tätig. Analog eines strukturierten Einarbeitungskonzeptes erfolgt die Einarbeitung der neuen Mitarbeiter durch langjährig erfahrene Kolleginnen und Kollegen über einen Zeitraum von sechs Monaten. Zudem gehört es zu unserem Konzept, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Ausbildung zum „Auditor“ entsprechend den Vorgaben der QPR und teilweise auch zum EFQM Assessor absolvieren. Hierin sehen wir eine deutliche Professionalisierung des Bereiches externe Qualitätsprüfung.

Monatlich erfolgen Arbeitsberatungen, die ein fester Bestandteil sind, um den fachlichen Austausch zu sichern. Zusätzlich werden Workshops durchgeführt.

Weiterhin wurden und werden auf Anfrage gezielte Schulungen zur MDK-Anleitung einschließlich der Transparenzkriterien für Einrichtungen, Berufsverbände, Vertreter der LIGA und Heimaufsichten im Land Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt.

Stationäre Qualitätsprüfungen werden generell gemeinsam und arbeitsteilig mit der Heimaufsicht durchgeführt, hierzu nutzen die Heimaufsichten einen durch den MDK erstellten Fragebogen mit Fragen aus der MDK-Anleitung. Im Einzelnen sind dies die Kapitelnummern 1.2, 1.4f, 1.6, 1.7, 1.10, 2.1 – 2.4, 3.1 – 3.8, 4.4, 4.5, 4.6, 9.1 – 9.7, 10.1 – 10.9.

Zur internen Qualitätssicherung werden u. a.:

Prüfberichte von allen an der Prüfung beteiligten Kollegen Korrektur gelesen (stationär auch von der Heimaufsicht), bevor der Bericht versendet wird.

Zur Verbesserung der Qualität der Qualitätsprüfungen, der Prüfberichte und zur Erfassung der Kundenzufriedenheit mit der durchgeführten Qualitätsprüfung werden den Einrichtungen Fragebögen zugänglich gemacht. Das Ausfüllen der Fragebögen erfolgt auf freiwilliger und anonymer Basis.

Im Verlauf der Qualitätsprüfung erhalten die Einrichtungen einen ersten Bogen mit der Bitte, diesen im Anschluss an die Qualitätsprüfung auszufüllen und im frankierten Rückumschlag an den MDK zu senden. Dieser Fragebogen beleuchtet die Atmosphäre, den Informationsgehalt und die Durchführung der Qualitätsprüfung.

Mit Erhalt des Prüfberichtes bekommen die Einrichtungen einen Fragebogen, der sich mit der Qualität des Prüfberichts befasst.

Die Einrichtungen haben die Möglichkeit, diesen auch durch ihren Träger, Landesverband oder Berufsverband ausfüllen zu lassen.

Adressiert sind die Fragebögen an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Mecklenburg-Vorpommern e.V., Sekretariat Geschäftsbereich Pflegeversicherung. Dies soll eine Rückverfolgbarkeit der Fragebögen ausschließen.

Die Fragebögen werden gesammelt und datentechnisch erfasst.

Das interne Reviewlesen der Prüfberichte zählt ebenso wie die sorgfältige Analyse und Bewertung von Anfragen bzw. Äußerungen der Einrichtungen zur Prüfung sowie zum Prüf- und Transparenzbericht zu weiteren Qualitätssicherungsmaßnahmen.

## **Beratung**



# MDK Niedersachsen

## Allgemeines zur Entwicklung der Pflegequalität

Im Kontext der durchgeführten Qualitätsprüfungen im Zeitraum 2009–2010 sind eine stetige Verbesserung der Qualität und eine kontinuierliche Umsetzung der Pflegetransparenzvereinbarungen erkennbar. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben wurden im Zeitraum vom 01.07.2008 bis zum 31.12.2010 alle durch Landesverbände der Pflegekassen beauftragten stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen geprüft.

Im Bereich der stationären Pflege sind die Fortschritte im Bereich der Qualitätsentwicklung und der Schaffung entsprechender Ressourcen durch die Einrichtungen umfangreicher und schneller umgesetzt worden.

Die Praxis der Qualitätsprüfungen hat gezeigt, dass die überwiegende Zahl der Einrichtung das Verfahren als Instrument zur Qualitätssicherung akzeptiert hat. Zusätzlich werden die Fachkompetenz der MDK-Mitarbeiter und das Angebot der Impulsberatung konstruktiv genutzt, um das einrichtungsintern vorhandene Qualitätsmanagement weiterzuentwickeln.

## Ambulante Pflege

### Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität

Innerhalb der Pflegedienste werden die Qualitätsprüfungen als Möglichkeit zur Weiterentwicklung der Qualität wahrgenommen und die Prüfberichte des MDK als Grundlage für eine Analyse der bestehenden Prozess- und Strukturqualität genutzt.

### Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität

Innerhalb der Pflegedienste sind die nationalen Expertenstandards überwiegend umgesetzt worden. Bezogen auf die Entwicklungen der Prüfergebnisse 2009 zu 2010 zeigt sich beispielsweise in den Bereichen der Beratungsleistungen und der Erfassung von Risiken und Ressourcen eine kontinuierliche und positive Weiterentwicklung.

## Stationäre Pflege

### Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität

Innerhalb der Pflegeeinrichtungen werden die Qualitätsprüfungen als Möglichkeit zur Weiterentwicklung der Qualität wahrgenommen und die Prüfberichte des MDK als Grundlage für eine Analyse der bestehenden Prozess- und Strukturqualität genutzt.

### Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität

Innerhalb der Einrichtungen sind die nationalen Expertenstandards überwiegend umgesetzt worden. Beim Vergleich der Prüfergebnisse aus dem Zeitraum 2009–2010 sind in verschiedenen Bereichen deutliche und nachweisbare Qualitätsverbesserungen erkennbar. Diese Ergebnisse betreffen beispielsweise die Punkte der kontinuierlichen Betreuung durch dieselben Pflegekräfte (T33), die Erfassung des individuellen Dekubitusrisikos (T6) und die Angemessenheit des Ernährungszustandes sowie der Flüssigkeitsversorgung im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtungen.

## Erfahrungen mit der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen

Die Erfahrungen mit der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen im stationären und ambulanten Bereich sind überwiegend positiv. Im Spannungsverhältnis zwischen dem gesetzlichen Prüfauftrag des MDK und der beratungsorientierten Weiterentwicklung der Pflegequalität hat sich zwischen den Beteiligten ein professioneller Beratungs- und Prüfungsstandard herausgebildet.

Bei strittigen Fragen erfolgt die Bearbeitung dieser Punkte im Rahmen eines nachvollziehbaren und transparenten Klärungsprozesses zwischen den Beteiligten auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben. Allein im Jahr 2010 hat der MDK Niedersachsen rund 300 schriftliche und telefonische Kontaktanfragen zu speziellen Fragestellungen (z. B. zur Pflegequalität, zum Personaleinsatz, zur Pflegedokumentation sowie zu gesetzlichen Bestimmungen) und zusätzlich 170 schriftliche Stellungnahmen zu Prüfberichten bzw. zum Transparenzverfahren bearbeitet.

Sonstige Erfahrungen im Zusammenhang mit den Qualitätspf

## **Heimgesetzgebung auf Landesebene und Zusammenarbeit des MDK mit den Aufsichtsbehörden**

Ein Heimgesetz ist in Niedersachsen vorhanden. Aus diesem ergeben sich aktuell aber keine neuen Auswirkungen auf den MDK. Durch die Heimaufsichtsbehörden und den MDK Niedersachsen werden teilweise gemeinsame Prüfungen durchgeführt. Weiterhin findet ein gegenseitiger Informationsaustausch über die geplanten Prüfungstermine und die Ergebnisse der jeweiligen Prüfungen statt.

### **Einbindung des MDK in Länderstrukturen**

Der MDK Niedersachsen beteiligt sich aktiv und zielorientiert an den entsprechenden Strukturen innerhalb des Landes Niedersachsen. 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 ein.



# MDK Nord

## Allgemeines zur Entwicklung der Pflegequalität

In dem Zeitraum vom 01.07.2008 bis 31.12.2010 ist – wie vom Gesetzgeber vorgesehen – in allen stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in Hamburg und Schleswig-Holstein eine Qualitätsprüfung gemäß § 114 SGB XI durch den MDK Nord durchgeführt worden. Im Vergleich zu vorherigen Berichtszeiträumen liegen somit erstmalig Informationen zu den geprüften Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aller zugelassenen Pflegeeinrichtungen vor.

### Ambulante Pflege

#### Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität

Im Bereich der Struktur- und Prozessqualität zeigt sich eine positive Qualitätsentwicklung. Rahmenvertragliche Mindestanforderungen werden deutlich überwiegend erfüllt. Optimierungsbedarfe zeigen sich beispielsweise bei der fachlichen Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte, bei der Berücksichtigung der Expertenstandards des DNQP im Rahmen des internen Qualitätsmanagements und im Bereich des Hygienemanagements.

#### Personenbezogene Struktur-/Ergebnisqualität

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 prophylaktischer Maßnahmen sowie der nachvollziehbaren Berücksichtigung der Wünsche und Gewohnheiten der Pflegebedürftigen. Ebenso stellen sich Beratungsinhalte – wie z. B. bei bestehender Sturzgefahr – häufig nicht im erforderlichen Umfang dar. Bezüglich der ärztlich verordneten pflegerischen Leistungen ist grundsätzlich eine Qualitätsentwicklung im positiven Sinne ersichtlich.

Verbesserungsbedarf zeigt sich insbesondere im Bezug auf die Anforderungen an ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement und die fachgerechte Dokumentation der Medikamentengabe.

### Stationäre Pflege

#### Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität

Im Bereich der Struktur- und Prozessqualität ist eine positive Qualitätsentwicklung erkennbar. Bezüglich der hauswirtschaftlichen Versorgung konnten bereits zu Beginn des jetzigen Auswertungszeitraumes überwiegend positive Ergebnisse festgestellt werden, hingegen sind hinsichtlich der sozialen Betreuung und Alltagsgestaltung notwendige konzeptionelle Vorgaben vielfach noch nicht im erforderlichen Umfang implementiert. Optimierungsbedarfe zeigen sich außerdem beispielsweise bei der fachlichen Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte, bei der Berücksichtigung der Expertenstandards des DNQP im Rahmen des internen Qualitätsmanagements sowie bezüglich des einrichtungsinternen Hygienemanagements.

#### Personenbezogene Struktur-/Ergebnisqualität

Den Einrichtungen gelingt es zunehmend besser, den gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an die Führung der Pflegedokumentation gerecht zu werden. Ebenso werden durch die Einrichtungen die Kriterien der Pflegetransparentvereinbarungen mittlerweile in deutlich höhe-

rem Maße erfüllt. Dennoch ist im Rahmen der Regelprüfungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen erkennbar, dass zum Beispiel im Jahr 2010 bei 2733 einbezogenen Pflegebedürftigen in 109 Fällen pflegerische Mängel in Form von Bewegungseinschränkungen, Dekubitalulzerationen oder Gewichtsverlusten mit der Entstehung eines Untergewichtes eingetreten sind, ohne dass die Einrichtungen darlegen konnten, dass im erforderlichen Umfang prophylaktische Maßnahmen eingeleitet worden sind. Die nachvollziehbare Planung und Durchführung notwendiger prophylaktischer Maßnahmen gelingt noch nicht im erforderlichen Umfang.

In einzelnen Einrichtungen, in denen wiederholt entsprechende Mängel im Bereich der Ergebnisqualität festgestellt wurden, sind durch die Landesverbände der Pflegekassen auf Basis der MDK-Prüfberichte Kündigungen von Versorgungsverträgen ausgesprochen worden.

Im Bereich der Behandlungspflege zeigen sich Optimierungsbedarfe insbesondere hinsichtlich eines systematischen Schmerzmanagements und der Versorgung von Dekubitalulzerationen / chronischen Wunden.

Bezüglich eines sachgerechten Umgangs mit der Medikamentenversorgung kann grundsätzlich eine Qualitätsentwicklung festgestellt werden, es bestehen aber weiterhin Verbesserungsbedarfe.

### **Erfahrungen mit der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen**

Im Zusammenhang mit der Durchführung von Qualitätsprüfungen unter Berücksichtigung der Kriterien der Pflegetransparenzvereinbarungen konnte über ein standardisiertes Verfahren, welches im Vorfeld zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen, den Trägerverbänden und dem MDK vereinbart wurde, die Klärung strittiger Fragen weitreichend in sachlicher Art und Weise geklärt werden.

In einzelnen Fällen sind von den Landesverbänden der Pflegekassen unter Beteiligung des

Bisherige Erfahrungen des MDK Nord aus Qualitätsprüfungen haben gezeigt, dass trotz festgestellter Pflegemängel (zum Beispiel in der Einrichtung eingetretene Dekubitalulzerationen und eingetretene Untergewichtssituationen ohne nachvollziehbare Durchführung prophylaktischer Maßnahmen) das Erreichen einer guten bis sehr guten Gesamtnote gemäß der gültigen Pflegetransparenzvereinbarungen möglich ist. Im Rahmen der durch den MDK Nord durchgeführten Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI erfolgt grundsätzlich eine Recherche, ob bei Bewohnern am Prüftag festgestellte Dekubitalulzerationen, Bewegungseinschränkungen im Sinne von Kontrakturen, Gewichtsverluste mit dem Eintreten eines Untergewichtes und Hautdefekte im Sinne einer Intertrigo in der Einrichtung entstanden sind. Sollten Gutachter entsprechende Feststellungen treffen, folgt eine Prüfung, ob vor dem Eintreten der genannten Auffälligkeiten die Planung und Durchführung geeigneter prophylaktischer Maßnahmen nachvollziehbar ist. Stellt sich zum Beispiel bei eingetretenem Dekubitus die vorherige Durchführung geeigneter prophylaktischer Maßnahmen nicht oder nicht im erforderlichen Umfang dar, wird dieses in den Prüfberichten des MDK dargestellt. Dies entspricht der Feststellung eines „Pflegeschadens“. Die Darstellung von „Pflegeschäden“ hat es den Landesverbänden der Pflegekassen in Hamburg und Schleswig-Holstein ermöglicht, nötigenfalls Kündigungen von Versorgungsverträgen geprüfter Einrichtungen auszusprechen.

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen erscheint eine Weiterentwicklung der bestehenden Pflegetransparenzvereinbarungen, mit einer stärkeren Fokussierung auf Aspekte der Ergebnisqualität, sinnvoll.

### **Organisatorische und personelle Aktivitäten des MDK zur Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes**

Zur Erfüllung der durch den Gesetzgeber vorgesehenen Prüfquote sind Neueinstellungen von Pflegefachkräften erfolgt. Im Juli 2008 waren im Fachbereich für die Durchführung von Qualitätsprüfungen beim MDK Nord 16 Gutachter in Vollzeit beschäftigt. Im Dezember 2010 waren 42 Planstellen besetzt. Insgesamt sind die Gutachter des Fachbereiches für die Durchführung von Qualitätsprüfungen von ca. 1630 Einrichtungen (Schleswig-Holstein und Hamburg) zuständig.

Die Einarbeitung erfolgt auf der Basis eines Einarbeitungskonzeptes. Zu Beginn der Tätigkeit erfolgen ein theoretischer Schulungsblock und eine mindestens 3-monatige Begleitung der neuen Gutachter durch einen zugewiesenen Mentor.

Erfolgte der Einsatz der Gutachter im Jahre 2008 noch von zwei Standorten (Hamburg u. Kiel), sind mittlerweile die Gutachter an vier Standorten (Hamburg, Itzehoe, Kiel, Flensburg) eingesetzt, um eine möglichst effiziente Einsatzplanung gewährleisten zu können. Es wurden neue Teamleiterstellen geschaffen. Die Teamleiter sind insbesondere für die Qualitätssicherung der Prüfberichte zuständig.

Als kontinuierliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung finden unter anderem regelmäßige Teambesprechungen und Gutachtertägungen statt. Weiterhin werden Fallbesprechungen und regelmäßige Fortbildungen für die Gutachter durchgeführt. In großer Zahl sind Gutachter zu Auditoren weiterqualifiziert worden.

Weiterhin erfolgt kontinuierlich ein quantitatives und qualitatives Controlling der durchgeführten Qualitätsprüfungen.

Für die Dienst- und Einsatzplanung ist im MDK Nord eine neue EDV-Anwendung entwickelt worden.

### **Beratung durch den MDK**

Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen werden durch den MDK Nord zum Beispiel bei Neuzulassungen von Pflegeeinrichtungen Prüfungen von Pflegekonzepten durchgeführt.

Öffentlichkeitsarbeit erfolgt in Form von Vorträgen zum Beispiel zu den Pflege-transparenz-vereinbarungen, der Qualitätsprüfungsrichtlinie und pflegefachlichen Themen, z. B. bei Veranstaltungen von Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen, Bildungseinrichtungen sowie im Rahmen von Informationsveranstaltungen bei Seniorenbeiräten und Ärztekammern.

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

## **Heimgesetzgebung auf Landesebene und Zusammenarbeit des MDK mit den Aufsichtsbehörden**

In Hamburg ist das Hamburgische Gesetz zur Förderung der Wohn- und Betreuungsqualität älterer, behinderter und auf Betreuung angewiesener Menschen (Hamburgisches Wohn- und Betreuungskonzept, HmbWBG) am 01.01.2010 in Kraft getreten. Zusätzlich zu den Überprüfungen von Wohnheimen sind Voraussetzungen geschaffen worden, anlassbezogene und Stichprobenprüfungen in ambulanten Pflegediensten durch die Aufsichtsbehörden der Stadt Hamburg durchzuführen.

In Schleswig-Holstein ist am 01.08.2009 das Gesetz zur Stärkung von Selbstbestimmung und Schutz von Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung (Selbstbestimmungsstärkungsgesetz, SbStG) in Kraft getreten.

Die jährlichen Überprüfungen der stationären Pflegeeinrichtungen durch die Aufsichtsbehörden sollen sich demnach im Wesentlichen auf Aspekte der Struktur- und Prozessqualität beziehen.

Wie im Bundesland Hamburg sind auch in Schleswig-Holstein durch den Gesetzgeber die Voraussetzungen für die Veröffentlichung von Prüfergebnissen geschaffen worden.

Sowohl in Hamburg als auch in Schleswig-Holstein sind Durchführungsverordnungen für die genannten Landesgesetze erarbeitet worden, der Erlass der Verordnungen steht noch aus.

Um arbeitsteilige Qualitätsprüfungen zwischen den Aufsichtsbehörden und dem Medizinischen Dienst bestmöglich zu organisieren, ist eine Arbeitsgruppe zur Abstimmung der Arbeitsabläufe der Prüfinstitutionen eingerichtet worden, an der Vertreter der Aufsichtsbehörden des Landes Schleswig-Holstein, das Sozialministerium, die Landesverbände der Pflegekassen und der MDK beteiligt sind.

Für die Aufsichtsbehörden des Landes Schleswig-Holstein ist durch das Sozialministerium eine Prüfrichtlinie erarbeitet worden, die zeitnah implementiert werden soll.

Die Pilotierung dieser Prüfrichtlinie ist unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes erfolgt.

## **Einbindung des MDK in Länderstrukturen**

Der MDK Nord ist regelmäßig an Sitzungen der Landespflegeausschüsse der Bundesländer Hamburg und Schleswig-Holstein beteiligt. Absprachen zur arbeitsteiligen Durchführung von Qualitätsprüfungen mit den zuständigen Aufsichtsbehörden erfolgen über langfristige gemeinsame Prüfplanungen bzw. über die Teilnahme an Arbeitsgemeinschaften. In der Stadt Hamburg finden regelmäßige Arbeitssitzungen unter Beteiligung der Sozialbehörde, der Landesverbände der Pflegekassen und des MDK Nord statt. Die Zusammenarbeit in diesen Arbeitsgruppen wird als ausgesprochen konstruktiv erlebt.

# MDK Nordrhein

## Allgemeines zur Entwicklung der Pflegequalität

Die Einrichtungen haben zunehmend einen hohen Qualitätsstandard erreicht.

### Ambulante Pflege

#### Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität

In den Einrichtungen fehlen zum Teil noch Struktur- und Prozessbeschreibungen. Überwiegend sind die Einrichtungen diesbezüglich gut aufgestellt.

#### Personenbezogene Struktur-/Ergebnisqualität

Pflegerische Mängel, bei denen eine akute Intervention der Prüfer erforderlich ist, werden selten festgestellt. Überwiegend bestehen Dokumentationsmängel. Mit den Anforderungen der neuen QPR kommen die Einrichtungen besser zurecht, da hier schwerpunktmäßig die Qualität der mit den Pflegebedürftigen vereinbarten Leistungen und die Beratung durch die Einrichtung bei risikobehafteten Pflegesituationen betrachtet wird.

### Stationäre Pflege

#### Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität

Die Anforderungen in der Struktur- und Prozessqualität der stationären Einrichtungen werden bereits in einem sehr hohen Maße erfüllt. Mängel sind selten festzustellen.

#### Personenbezogene Struktur-/Ergebnisqualität

In Einzelfällen besteht akuter Interventionsbedarf durch die Prüfer bei pflegerischen Mängeln.

Im Vordergrund stehen immer noch die Dokumentationsmängel, hier ist die risikobezogene Darstellung bzw. Bewertung und Beratung analog der neuen Richtlinie für die Einrichtungen sehr hilfreich und besser umzusetzen

### Erfahrungen mit der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen

Die Einrichtungen kannten anfänglich überwiegend die Inhalte der Transparenzvereinbarung und das Verfahren nicht. Pflegeeinrichtungen reagierten auf manche Fragen mit Unverständnis, da sie die fachliche Relevanz für zu gering hielten. Die Impulse der Transparenzvereinbarung zur Qualitätsentwicklung führen jetzt zu einer Risikoeinschätzung nicht nur zu Beginn der pflegerischen Versorgung, wie z. B. in den Expertenstandards gefordert. Viele Einrichtungen schätzen das Risiko in monatlichen Abständen ein, auch bei Pflegebedürftigen mit nicht veränderter Pflegesituation. Risiken werden nunmehr schneller erkannt. Die Nachhaltigkeit der schnellen Risikoerkennung ist noch nicht abschließend beurteilbar. Auffallend ist, dass häufig die Umsetzung adäquater Maßnahmen und zeitgerechter Evaluationen (Führen die geplanten Maßnahmen zum Ziel?) nicht sachgerecht erfolgen. Dies ist auch bei Einrichtungen feststellbar mit erfolgter zweiter Qualitätsprüfung nach der Transparenzvereinbarung.

### Sonstige Erfahrungen im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI

Seit 2011 kam es insgesamt zu einer Versachlichung der Zusammenarbeit mit den Pflegeeinrichtungen. Es besteht durchgängig eine gute Zusammenarbeit in den Qualitätsprüfungen.

## **Organisatorische und personelle Aktivitäten des MDK zur Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes**

Zu den Aktivitäten des MDK Nordrhein gehören insbesondere:

- Schulungen aller Mitarbeiter, auch in Zusammenarbeit mit anderen MDK, im Interesse eines einheitlichen Prüfverständnisses, hierbei spezifische Schulung aller Prüfer zu bestimmten Fragestellungen und regelmäßige Besprechung von Fragen, die sich aus der Anwendung der QPR ergeben, regelmäßige Teambesprechungen,
- gezielte Begleitung der Mitarbeiter bei Prozessverbesserungen,
- zügige Akquisition von qualifiziertem Personal, dabei schwerpunktmäßig Mitarbeiter/innen mit pflegebezogenem Studienabschluss,
- kontinuierliche Ausbildung der Mitarbeiter zu TQM-Auditoren,
- Fortentwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Prüfungsgeschehen, wie Hospitationen in den Qualitätsprüfungen, Gegenlesen der Prüfberichte, Einführung standardisierter Zusammenfassungen, Nutzung der Ausfüllhilfe der ISMED-Gemeinschaft,
- verstärkte Beratung in der Qualitätsprüfung,
- Evaluationen der Qualitätsentwicklung (Noten) in Zusammenarbeit mit anderen MDK.

### **Beratung durch den MDK**

Ein Mitarbeiter ist für diese Tätigkeit schwerpunktmäßig freigestellt.

Auf die Beratungsmöglichkeit durch den MDK wird in jeder Qualitätsprüfung hingewiesen.

Konzeptprüfungen im Auftrag der Landespflegekassen werden regelhaft durchgeführt.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit für Pflegeeinrichtungen, Mitarbeiter durch den MDK schulen zu lassen.

Schulungen der Berufsverbände werden durch den MDK Nordrhein regelmäßig unterstützt.

### **Heimgesetzgebung auf Landesebene und Zusammenarbeit des MDK mit den Aufsichtsbehörden**

In NRW gibt es das WtG (Wohn- und Teilhabegesetz).

28 Fragen sind identisch mit der QPR, die Prüfungen durch die Heimaufsichten haben in der Praxis jedoch eine andere Prüftiefe, dadurch können die Ergebnisse nicht einfach übernommen werden.

MDKseits werden die Heimaufsichten über alle geplanten Prüfungen informiert und Prüfer der Heimaufsichten nehmen an MDK-Prüfungen mit teil. MDK-Prüfberichte werden immer an die Aufsichtsbehörden übermittelt. Der Informationsfluss von den Heimaufsichten zum MDK ist hingegen sehr unterschiedlich gut entwickelt.

### **Einbindung des MDK in Länderstrukturen**

Der MDK Nordrhein ist im Landespflegeausschuss sowie in weiteren Arbeitsgruppen des zuständigen Ministeriums zur Weiterentwicklung des Wohn- und Teilhabegesetzes sowie zum Landespflegegesetz vertreten. Der MDK kooperiert in Arbeitsgemeinschaften mit Aufsichtsbehörden auf Landesebene. Der MDK arbeitet mit den Landesverbänden der Pflegekassen in gemeinsamen Gremien und Arbeitsgruppen, z. B. zur Pflegeprozessessteuerung und Pflegedokumentation, zusammen und unterstützt die Trägerverbände mit pflegefachlichem Sachverstand auch mit Referenten für Fortbildungsveranstaltungen.



Projekt mit Prof. Weidner, PTHV: Evaluation Umsetzung der PTVA im MDK RLP,

Projekt mit Prof. Möller, HFH: Evaluation der Umsetzung der PTVS im MDK RLP,

Projekt mit MDK Baden-Württemberg und MDK Sachsen-Anhalt: Reliabilität der PTVS und PTVA.

Alle amb. und stat. Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz, für die ein Prüfauftrag vorliegt, wurden und werden geprüft.

### **Beratung durch den MDK**

Beratungsangebot unabhängig von Qualitätsprüfungen für stat. und amb. Pflegeeinrichtungen in RLP.

Telefonische Beratung zu allen Belangen und allen Aspekten rund um Qualitätsprüfungen.

Prüfungen von Qualifikationsnachweisen, Konzepten im Auftrag der LVPfIK.

Teilnahme Podiumsdiskussion, Informationsveranstaltungen, Vorträge.

### **Heimgesetzgebung auf Landesebene und Zusammenarbeit des MDK mit den Aufsichtsbehörden**

LWTG RLP vom 09. Dez. 2009, in Kraft getreten 01. Jan. 2010, Prüfkataloge sind erstellt.

Zusammenarbeit ist unverändert: Informationsaustausch, Amtshilfe, gemeinsame Prüfungen (Aufteilung der Aufgabenbereiche).

### **Einbindung des MDK in Länderstrukturen**

Grundsätzlich gute Erfahrungen mit:

Landespflegeausschuss beim MSAGD Mainz und der AG § 29 LWTG bzw. § 117 SGB XI mit der „Heimaufsicht“.

Es bestanden bzw. bestehen Kooperationen mit den Hochschulen: PTHV Vallendar und der HFH Hamburg zur Evaluation PTV ambulant und stationär, die wichtige Ergebnisse für die Weiterentwicklung der Arbeit des MDK liefern.

Der MDK RLP ist seit dem Jahr 2000 nach DIN ISO 9001 zertifiziert und seit dem Jahr 2009 ausgezeichnet mit Recognized for Excellence von EFQM.



# MDK Saarland

## Allgemeines zur Entwicklung der Pflegequalität

Die Einführung der Transparenznoten ist nicht ohne Einfluss auf die Art der Anstrengungen der Einrichtungen geblieben, ihre Ressourcen für Qualitätssicherungsmaßnahmen zu verteilen. Es ist ein Trend zu beobachten, dass besonders dort Anstrengungen zu Verbesserungen unternommen wurden, wo diese mit vergleichsweise geringem Aufwand erreicht werden konnten, aber einen erheblichen Einfluss auf die Transparenznote haben. Dies betrifft vorwiegend die Dokumentation der einrichtungsbezogenen Prozessqualität. Andere, personalintensivere Anstrengungen mussten dementsprechend bei unveränderten Ressourcen dahinter zurückstehen. Insofern ist ein normierender Effekt der Transparenznoten zu erkennen, die sich in der Gesamtentwicklung stetig verbessert haben. Diese Entwicklung ging ohne einen erkennbaren Gewinn an Qualität für die Pflegebedürftigen einher, genügt aber den Bedürfnissen vieler Pflegeeinrichtungen bezüglich einer möglichst positiven Darstellung in der Öffentlichkeit.

### Ambulante Pflege

#### Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität

insgesamt Besserung, s. o.

#### Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität

Keine erkennbare Veränderung.

### Stationäre Pflege

#### Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität

insgesamt Besserung, s. o.

#### Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität

Keine erkennbare Veränderung.

## Erfahrungen mit der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen

Die Anzahl der Widersprüche gegen die Feststellungen der Gutachten des MDK ist leicht gestiegen, betrifft inzwischen aber ganz überwiegend nur noch Bereiche, die eine Relevanz für die Transparenznoten haben. Feststellungen des MDK zu beobachteten Pflegefehlern ohne Auswirkung auf die Transparenznote bleiben inzwischen häufig unwidersprochen. Der MDK im Saarland ist bei einstweiligen Anordnungen / Hauptsacheverfahren bisher nicht einbezogen worden.

Wie bereits dargelegt, konzentrieren sich die Qualitätsbemühungen der Einrichtungen vielerorts auf eine „verbesserte“ Dokumentation, z. B. bei den individuellen Wünschen und Gewohnheiten der Pflegebedürftigen und bei den Risikofaktoren mit den erforderlichen Prophylaxen. Bei der im MDK im Saarland regelmäßig durchgeführten Beobachtung der direkten Pflege zeigt sich in den so gelagerten Fällen, dass die betreffenden Vorgaben der Pflegeplanung nicht oder nur unzureichend in die Tat umgesetzt werden. Dies zeigt dann die Grenzen der Begutachtung der Ergebnisqualität der Pflege anhand einer Akte auf.

Die Einführung der per Zufall ermittelten Stichprobe hat nicht zu einer objektiv verbesserten Vergleichbarkeit der Einrichtungen untereinander geführt, dafür hat der Zufall einen zu großen Einfluss auf das Ergebnis der Prüfung. Insbesondere kann sie aber objektive Verbesserungen oder Verschlechterungen der Qualität einer Einrichtung im Verlauf verschleiern und führt

in diesen Fällen zu vermeidbaren Frustrationen oder falscher Sicherheit der Mitarbeiter und Verantwortlichen der Einrichtung.

### **Organisatorische und personelle Aktivitäten des MDK zur Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes**

Der Verwaltungsrat des MDK hat alle erforderlichen Stellen bewilligt, um eine vollständige Prüfung der dem MDK zugeordneten Pflegeeinrichtungen (die Knappschaft beauftragt als Landesverband der Pflegekassen den SMD) im Saarland zu ermöglichen. Diese ist im Zeitraum 7/2008 bis 12/2010 erfolgt und wird auch 2011 erfolgen. Die neu eingestellten Gutachter wurden auf der Basis eines Einarbeitungskonzepts sowohl in die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wie auch in die Grundlagen der Qualitätsprüfungen eingearbeitet. Soweit nicht bereits vorhanden, erfolgte eine Ausbildung zum TQM-Auditor (in einem Fall für 2012 geplant). Die neuen Prüfgrundlagen wurden bzgl. Interpretation und Umsetzung gemeinsam mit den im Saarland ebenfalls im Rahmen der Qualitätsprüfungen tätigen Gutachtern des SMD der Knappschaft erarbeitet und geschult. Jedes Gutachten des MDK unterliegt einem internen Review und wird erst vom Review-Gutachter freigegeben.

### **Beratung durch den MDK**

Der MDK im Saarland bietet seit Ende 2010 nahezu monatliche kostenfreie mehrstündige Schulungsveranstaltungen im pflegerischen Bereich an, die allen Mitarbeitern ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen offenstehen. Dieses Programm wird in einem Flyer veröffentlicht und den Einrichtungen außerdem über die Saarländische Pflegegesellschaft zur Kenntnis gebracht. Es wird ab 2012 um 8 Veranstaltungen direkt in stationären Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Träger erweitert. Darüber hinaus referiert der MDK im Saarland regelmäßig zu pflegerelevanten Themen im Rahmen von öffentlichen Veranstaltungen (z. B. „Dementztage“, aber auch Ärztekammer) und wirkt bei der Erstellung von Broschüren („Demenzwegweiser“) der Ministerien und anderer Organisationen mit.

### **Heimgesetzgebung auf Landesebene und Zusammenarbeit des MDK mit den Aufsichtsbehörden**

Die letzte Änderung des Landesheimgesetzes erfolgte 2008, nur die Personalverordnung wurde 2011 angepasst. Im Saarland existiert von jeher eine zentrale Heimaufsicht, insofern hat sich in der Zusammenarbeit nichts Entscheidendes geändert. Aufsichtsbehörde für den MDK im Saarland ist weiterhin das Gesundheitsministerium.

### **Einbindung des MDK in Länderstrukturen**

Der MDK im Saarland ist Mitglied im Landespflegeausschuss und in den Kreispflegeausschüssen. Er nimmt auch regelmäßig an den Sitzungen der Arbeitsgemeinschaft nach dem Landesheimgesetz teil. Es erfolgt ein reger Austausch über stationäre Pflegeeinrichtungen mit den Mitarbeitern der Heimaufsicht, gemeinsame Prüfungen erfolgen üblicherweise nur im Rahmen von Anlassprüfungen. Die Zusammenarbeit ist konfliktfrei kollegial. Auch die Zusammenarbeit mit den großen Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen ist entspannt, als Ausdruck dieses Verhältnisses plant der MDK im Saarland erstmals im nächsten Jahr Schulungsveranstaltungen in Pflegeeinrichtungen. Die Zusammenarbeit wird weiter dadurch erleichtert, dass fast alle saarländischen Pflegeeinrichtungen über die Saarländische Pflegegesellschaft vertreten werden, die als zentraler Ansprechpartner zur Verfügung steht.

# MDK Sachsen

## Allgemeines zur Entwicklung der Pflegequalität

Seit Beginn der Durchführung von Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen durch den MDK haben sich insbesondere in der Struktur-/Prozessqualität, aber auch in der Ergebnisqualität Verbesserungen eingestellt.

In der direkten pflegerischen Versorgung haben sich aber auch Handlungsfelder herauskristallisiert, bei denen nach wie vor Optimierungsbedarf besteht.

Dabei sind vor allem Themen relevant, die der Ergebnisqualität zugeordnet werden können. Diese wirken sich besonders auf die Gesundheit und Lebensqualität der Versicherten aus.

Zu diesen Themen gehören u. a. die Dekubitusprophylaxe und -therapie sowie die Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung. Interne Auswertungen der Prüfergebnisse zeigen, dass bessere Ergebnisse ausgewählter Struktur-/Prozessparameter in einem direkten Zusammenhang mit einer höheren Ergebnisqualität der Versicherten stehen. Deutliche Korrelationen zeigten sich unter anderem zwischen den Fragen zur Umsetzung der Expertenstandards des DNQP und den diesen Bereichen zuzuordnenden Ergebniskriterien.

So erfolgt beispielsweise eine systematische Schmerzeinschätzung in stationären Einrichtungen, welche den Expertenstandard Schmerzmanagement implementiert haben, doppelt so häufig wie in Einrichtungen, die diesen nicht umsetzen.

Die Qualitätsprüfungen sind für die Pflegeeinrichtungen zur „Routine“ geworden, die Prüfgrundlagen sind mittlerweile dem Großteil der Pflegeeinrichtungen geläufig.

Die positiven Rückmeldungen zur Durchführung der Qualitätsprüfungen seitens der Pflegeeinrichtungen haben zugenommen.

Die reibungslose Durchführung der Qualitätsprüfungen ist aufgrund der Personalausstattung im stationären Bereich besser abgesichert als in ambulanten Pflegeeinrichtungen.

Als Nachteil ist zu werten, dass sich die Pflegeeinrichtungen im Rahmen ihres internen Qualitätsmanagements vorwiegend um die Umsetzung der Transparenzkriterien bemühen. Andere ebenso wichtige Aspekte bleiben hier oft unberücksichtigt.

Empfehlungen, welche im Rahmen der Qualitätsprüfungen gegeben werden, setzen die Pflegeeinrichtungen zunehmend um. Diese positive Entwicklung ist aus unserer Sicht nicht zuletzt auf die Einführung des Transparenzverfahrens zurückzuführen.

## Ambulante Pflege

### Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität

Vergleichende Darstellungen stationärer und ambulanter Ergebnisse in Bezug auf Fragen der Struktur-/Prozessqualität zeigen, dass die einzelnen Anforderungen bezogen auf den Berichtszeitraum (Juli 2009 bis Ende 2010) in stationären Pflegeeinrichtungen schon deutlich häufiger erfüllt wurden als in den Einrichtungen der ambulanten Versorgung. Zurückzuführen ist dies zum einen auf die höhere Prüfquote in stationären Pflegeeinrichtungen bereits vor der Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008.

Zum anderen befinden sich stationäre Pflegeeinrichtungen zu einem hohen prozentualen Anteil in der Trägerschaft großer freigemeinnütziger Verbände, welche über ein zentrales Qualitätsmanagement Anforderungen im Bereich der Struktur-/Prozessqualität definieren und zentral Instrumente zur Qualitätssicherung vorgeben.

Ca. 70 % der ambulanten Pflegedienste in Sachsen befinden sich in privater Trägerschaft.

Das Qualitätsmanagement muss hier oft von Grund auf aufgebaut werden. Hierfür gibt es oft kein zentrales Qualitätsmanagement. Die entsprechenden Aufgaben sind mit Hilfe der bestehenden personellen Ressourcen zu bewältigen.

Verbesserungsbedarf zeigte sich u. a. im Bereich der fachlichen Anleitung von Pflegehilfskräften.

Die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften ist gerade im ambulanten Versorgungsbereich von großer Bedeutung und stellt eine zentrale Steuerungsaufgabe der verantwortlichen PFK dar. Die Bedeutung dieser Aufgabe steigt mit zunehmendem Anteil von Mitarbeitern mit geringeren Qualifikationen in einer Pflegeeinrichtung.

Ein Großteil der im Berichtszeitraum geprüften Pflegeeinrichtungen wendet entsprechende Methoden noch nicht kontinuierlich an.

Insgesamt ist jedoch zu resümieren, dass eine objektive und nachweisliche Qualitätsverbesserung im Bereich der Struktur-/Prozessqualität ambulanter Pflegeeinrichtungen eingetreten ist.

### **Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität**

Interne Auswertungen der Prüfergebnisse im Berichtszeitraum zeigen, dass bessere Ergebnisse ausgewählter Struktur-/Prozessparameter in einem direkten Zusammenhang mit einer höheren Ergebnisqualität der Versicherten stehen.

Verbesserungsbedarf zeigte sich u. a. bei der Beratung des Pflegebedürftigen bzw. seiner Angehörigen durch die ambulanten Pflegedienste.

Im ambulanten Bereich spielt aufgrund der zeitlich begrenzten Anwesenheit des Pflegedienstes die Beratung des Pflegebedürftigen bzw. seiner Angehörigen eine bedeutende Rolle.

Diese erfolgte in einer Vielzahl der geprüften Fälle nicht nachweislich.

An dieser Stelle ist zu sagen, dass viele Pflegedienste die von ihnen versorgten Pflegebedürftigen fortwährend beraten. Erforderliche Vermerke in der Pflegedokumentation, die für alle Beteiligten sichtbar machen, worüber beraten wurde, fehlen jedoch häufig.

Insgesamt ist jedoch festzustellen, dass bezogen auf den Berichtszeitraum eine objektive und nachweisliche Qualitätsverbesserung im Bereich der Ergebnisqualität in ambulanten Pflegeeinrichtungen eingetreten ist.

### **Stationäre Pflege**

#### **Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität**

Vergleichende Darstellungen stationärer und ambulanter Ergebnisse in Bezug auf Fragen der Struktur-/Prozessqualität zeigen, dass die einzelnen Anforderungen bezogen auf den Berichtszeitraum (Juli 2009 bis Ende 2010) in stationären Pflegeeinrichtungen schon deutlich häufiger erfüllt wurden als in den Einrichtungen der ambulanten Versorgung. Zurückzuführen ist dies zum einen auf die höhere Prüfquote in stationären Pflegeeinrichtungen bereits vor der Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008.

Zum anderen befinden sich stationäre Pflegeeinrichtungen zu einem hohen prozentualen Anteil in der Trägerschaft großer freigemeinnütziger Verbände, welche über ein zentrales Qualitätsmanagement Anforderungen im Bereich der Struktur-/Prozessqualität definieren und zentral Instrumente zur Qualitätssicherung vorgeben.

## **Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität**

Bessere Ergebnisse ausgewählter Struktur-/Prozessparameter stehen in einem direkten Zusammenhang mit einer höheren Ergebnisqualität der Versicherten. Dies zeigte eine Auswertung der Ergebnisse des MDK Sachsen bezogen auf den Berichtszeitraum.

Die Ergebnisse der Prozess-/Ergebnisqualität stellten sich im Bereich der stationären Versorgung daher besser dar als im ambulanten Versorgungssektor.

Auch in stationären Pflegeeinrichtungen ist bezogen auf den Berichtszeitraum eine objektive und nachweisliche Qualitätsverbesserung im Bereich der Ergebnisqualität eingetreten.

## **Erfahrungen mit der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen**

Die Prüfquote lag vor der Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes in Sachsen bei ca. 10 %.

Für viele Pflegeeinrichtungen stellte die MDK-Qualitätsprüfung daher 2009/2010 ein Novum im Bereich der externen Qualitätssicherung dar. In diesem Zusammenhang hat der MDK Sachsen neben dem Tagesgeschäft der Prüfungen Aufklärungs- bzw. Öffentlichkeitsarbeit geleistet und in einem hohen Maß Beratungsleistungen erbracht.

Der MDK Sachsen baute im Berichtszeitraum ein umfassendes internes Qualitätssicherungssystem auf, welches insbesondere die Qualitätssicherung der Prüfberichte fokussierte. Darüber hinaus wurde 2010 eine Zufriedenheitsbefragung der Primärkunden (Pflegekassen) und der Sekundärkunden (Pflegeeinrichtungen) des MDK Sachsen durchgeführt. Die Auswertung dieser spiegelte die bis zu diesem Zeitpunkt erreichte sehr gute Qualität der Prüfberichte wider. Zur Durchführung der Qualitätsprüfungen wurde seitens der Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Zufriedenheitsbefragung insbesondere der beratungsorientierte Prüfansatz gewürdigt.

Die Einbindung der Transparenzfragen in die QPR führte in der Prüfpraxis anfänglich zu Schwierigkeiten. Dies betraf u.a. die Zufriedenheitsbefragung. Das Instrument der Zufriedenheitsbefragung stößt insbesondere bei der Klientel der demenziell erkrankten Pflegebedürftigen sehr schnell an seine Grenzen. Da die Zahl gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen deutlich zugenommen hat, kann bei den regulär in die Stichprobe einbezogenen Pflegebedürftigen häufig keine Zufriedenheitsbefragung durchgeführt werden. Daher sollten nach Alternativen gesucht und entsprechende Instrumente herangezogen werden, um Informationen über das Wohlbefinden bzw. die Zufriedenheit dieser Personengruppe im Rahmen der Qualitätsprüfung zu erhalten.

## **Sonstige Erfahrungen im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI**

Die Erfahrungen der Gutachter haben gezeigt, dass der Großteil der Pflegeeinrichtungen an einer guten Zusammenarbeit mit dem MDK interessiert ist. Die Beratung durch den MDK wird gern in Anspruch genommen und als gewinnbringend für die Pflegeeinrichtungen eingestuft. Die Empfehlungen der Prüfer werden durch die Pflegeeinrichtungen umgesetzt, dies zeigen die zum großen Teil besseren Ergebnisse der Folge- und Wiederholungsprüfungen.

Die Pflegeeinrichtungen würdigten im Rahmen einer Zufriedenheitsbefragung 2010 insbesondere den beratungsorientierten Prüfansatz der MDK-Prüfungen.

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.

Die Qualitätsprüfungen und das damit verbundene Transparenzverfahren erwiesen sich insgesamt als geeignete Instrumente zur Qualitätsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen.

Insbesondere das Transparenzverfahren hat die Pflege in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt und ist daher auch als Imagekampagne für die Pflege in Deutschland zu sehen.

Die Einbindung des Transparenzkonzeptes in die MDK-Qualitätsprüfungen hat sich bewährt, da die MDK-Prüfer über ein hohes medizinisch-pflegefachliches Know-how verfügen und Erfahrungen im Bereich der Prüfungen von Pflegeeinrichtungen vorweisen können.

Die länderübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen der MDK-Gemeinschaft haben sich im Rahmen der bundesweiten Pilotierung bewährt und sind ein wichtiger Beitrag zur Sicherstellung einer einheitlichen Umsetzung der Prüfkonzepte.

### **Organisatorische und personelle Aktivitäten des MDK zur Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes**

In Folge der Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 waren im Berichtszeitraum sowohl qualitative Neuvorgaben wie die Änderung des fachlichen Konzeptes der Qualitätsprüfungen durch die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien und das Transparenzkonzept als auch quantitative Forderungen wie die Erhöhung der Prüfquote auf 100 % im Arbeitsbereich Qualitätsprüfungen des MDK Sachsen umzusetzen.

Vielfältige Aufgaben und Herausforderungen galt es in diesem Zusammenhang zu bewältigen.

Lag die Quote der geprüften Pflegeeinrichtungen in den Jahren 2004 bis 2007 noch zwischen 6 % und 10 %, so wurde bereits 2009 eine Prüfquote von 28 % verzeichnet. 2010 wurden insgesamt 1057 Pflegeeinrichtungen in Sachsen geprüft, das entsprach einer Prüfquote von 56 %.

Das Ziel, alle Pflegeeinrichtungen in Sachsen bis zum 31.12.2010 mindestens einmal zu prüfen, wurde durch den MDK Sachsen erreicht. Die Realisierung dieses Ziels war unter anderem mit zahlenmäßig nicht unerheblichen Neueinstellungen von QualitätsprüferInnen und strukturellen Änderungen im Arbeitsbereich Qualitätsprüfungen verbunden.

Die Änderungen des fachlichen Konzeptes der Qualitätsprüfungen, zurückzuführen auf die Einführung der neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien am 01.07.2009 und die Pflege-Transparenzvereinbarungen stationär (PTVS) vom 17.12.2008 und ambulant (PTVA) vom 29.01.2009, erforderten die Bewältigung vielfältiger Aufgaben im Arbeitsbereich Qualitätsprüfungen.

Die Änderungen des Fachkonzeptes der Qualitätsprüfungen erforderten umfassende Schulungen der Mitarbeiter des Bereiches.

Der knappe Zeitraum, welcher zur Umsetzung der neuen gesetzlichen Anforderungen zur Verfügung stand, stellte eine besondere Herausforderung für alle am Änderungsprozess Beteiligten dar.

Basierend auf den Vorgaben der QPR wurde für die interne Qualitätssicherung des Bereiches Qualitätsprüfung folgendes Ziel definiert. Im Rahmen der internen Qualitätssicherung sind ein einheitliches Vorgehen der Prüfer während der Prüfung und eine einheitliche Bewertung der Prüfkriterien zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang fanden fachliche Konsentierungen und Kontrollen hinsichtlich der einheitlichen Umsetzung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien statt. Instrumente wie die kollegiale Hospitation während der Prüfung und die Supervision der Prüfberichte wurden im Fachbereich etabliert. Als weitere interne Maßnahme der Qualitätssicherung führte der MDK Sachsen 2010 eine Befragung 200 geprüfter ambulanter Pflegedienste und stationärer Pflegeeinrichtungen mittels standardisiertem Fragebogen

durch. Die Befragung richtete sich auf die Qualität der Prüfung sowie auf die Qualität der Prüfberichte aus Sicht der Pflegeeinrichtungen. Die Landesverbände der Pflegekassen erhielten ebenfalls 200 Fragebögen zur Bewertung der Qualität der Prüfberichte.

Die Auswertung dieser ersten Kundenbefragung spiegelte sehr gute und gute Ergebnisse wider. Gegebene Hinweise der Pflegeeinrichtung und der Landesverbände der Pflegekassen wurden einer Bewertung unterzogen. Anregungen zu Veränderungen wurden in den Fachbereich eingebracht bzw. zum Teil auch an die Gremien der MDK-Gemeinschaft (SEG 2) weitergeleitet.

Eine die internen Qualitätssicherungsmaßnahmen unmittelbar tangierende Thematik stellt die Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Fachbereich Pflege Qualitätsprüfung dar.

Diese werden über einen Zeitraum von 6 Monaten umfassend eingearbeitet. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Einarbeitung in die der Qualitätsprüfung zugrunde liegenden Fachkonzepte, die gesetzlichen Grundlagen der Prüfung und die Vermittlung der zur Prüfung notwendigen weiteren Kompetenzen.

Des Weiteren finden kontinuierlich Fortbildungen statt. Jeder Gutachter im Bereich Qualitätsprüfungen erhält zudem eine TQM-Auditorenausbildung.

Die MDK-internen Qualitätssicherungsmaßnahmen wurden 2010 durch MDK-übergreifende Elemente erweitert. Die Erfahrungen aus bilateralen Hospitationen zwischen einzelnen MDK bildeten die Grundlage für die Erarbeitung eines Auditkonzeptes im Sinne einer MDK-übergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahme, welches 2010 von der SEG 2 erarbeitet und 2010 erprobt wurde.

### **Beratung des MDK**

Das in § 115 Abs.1a SGB XI verankerte Transparenzverfahren und die damit verbundene Veröffentlichung der Prüfergebnisse erforderten ein hohes Maß an Öffentlichkeitsarbeit. Dazu zählen Informationsveranstaltungen für die Träger der Pflegeeinrichtungen und die Umsetzung zahlreicher Referatsanfragen von Pflegeeinrichtungen und Verbänden. Auch die Beratung der Pflegeeinrichtungen durch die Gutachter vor Ort erhielt mit der Änderung der Fachkonzepte einen höheren Stellenwert im Rahmen der Qualitätsprüfungen.

Ein neu erschlossenes Tätigkeitsfeld innerhalb des Anlassbereiches Pflege / Qualitätsprüfungen bildet beim MDK Sachsen die fachliche Prüfung von Pflegekonzepten im Rahmen des Zulassungsverfahrens von Pflegeeinrichtungen.

Hierzu wurde vom Fachbereich ein strukturiertes Instrument, Formulare für die Konzeptbewertungen sowie ein Leitfaden zur Prüfung von Pflegekonzepten unter Berücksichtigung unterschiedlicher Einrichtungsarten (ambulant / teilstationär / vollstationär) entwickelt. Erste Erfahrungen mit der Durchführung von Konzeptprüfungen konnten 2011 bereits gesammelt werden.

### **Heimgesetzgebung auf Landesebene und Zusammenarbeit des MDK mit den Aufsichtsbehörden**

Der Entwurf für ein das HeimG ablösende Ländergesetz (SächsBeWoG) liegt vor, wurde aber noch nicht verabschiedet.

Ein Abgleich des aktuellen Prüfkatalogs der Heimaufsichten Sachsens mit den Mindestprüfkriterien der Qualitäts-Prüfungsrichtlinie zeigte nur eine geringe Übereinstimmung in Prüfinhalt und Prüfmethode. Die Heimaufsicht prüft bauliche Gegebenheiten, personelle Ausstattungen, Heimmitwirkung (Heimbeirat bzw. Heimfürsprecher) etc. Darüber hinaus unterscheiden sich auch die Planung und der Ablauf der Prüfung. Der MDK nimmt Prüfun-

gen nach Stichprobenziehungen vor, die Heimaufsicht führt ihre Prüfungen in Form einer Gesamtbegehung unter Berücksichtigung von Anlassbegründungen durch. Aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsmethoden beider Institutionen ist es aus Sicht des MDK Sachsen derzeit nicht möglich, die Ergebnisse der Heimaufsichten in die eigene Prüfung einfließen zu lassen.

Gemäß der Forderung des Gesetzgebers nach einer stärkeren Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden nach heimrechtlichen Vorschriften (§ 117 SGB XI), war die Fach- und Führungsebene des Bereiches Qualitätsprüfungen des MDK Sachsen bemüht, eine stärkere Abstimmung hinsichtlich der Prüftätigkeiten beider Institutionen zu erreichen.

Die personellen Ressourcen der Heimaufsichten Sachsens sprechen gegen regelmäßig gemeinsam stattfindende Prüfungen.

Die AG 20 nach HeimG in Sachsen hat sich deshalb darauf geeinigt, ab dem Jahr 2011 die gemeinsame Prüftätigkeit zunächst auf den Bereich der anlassbedingten Prüfungen zu beschränken.

Dem langfristigen Ziel einer stärkeren inhaltlichen Abstimmung der Prüftätigkeit kam man im Rahmen gegenseitiger Hospitationen und gemeinsam durchgeführter Prüfungen 2010 näher.

Für die weitere Zusammenarbeit wurde im Rahmen der AG § 20 nach HeimG konsentiert, dass zukünftig jährlich ca. 12 gemeinsame Prüfungen / Begehungen beider Institutionen realisiert werden sollen. Begleitend wurde der enge fachliche Austausch zwischen MDK und Heimaufsicht fortgesetzt. Hier hat sich bereits eine gute Zusammenarbeit auf Arbeitsebene entwickelt.

## **Einbindung des MDK in Länderstrukturen**

Der MDK Sachsen ist in zahlreichen Gremien der Landesebene eingebunden. Hier übernimmt er vor allem die Rolle des Beraters zu pflegfachlichen Themen und Fragestellungen.

Unter anderem sind hier der Landespflegeausschuss und die von diesem berufenen Unterausschüsse zur Bearbeitung relevanter Fragestellungen auf Landesebene zu nennen.

Die Zusammenarbeit mit den Heimaufsichten Sachsens wird im Wesentlichen im Rahmen der AG 20 nach HeimG geregelt.

Der MDK Sachsen verfügt aufgrund der langjährig umfassenden Prüferfahrungen über ein hohes pflegfachliches Know-how, welches durch die Gremien der Landespolitik zur Vorbereitung von Entscheidungen regelmäßig abgerufen wird.

Des Weiteren findet mit dem Landesverband für Hospizarbeit und Palliativmedizin Sachsen e.V. ein reger und sehr offener Erfahrungsaustausch statt. In den Fokus werden dabei die Besonderheiten der Schwerpunktversorgung gerückt.

Darüber hinaus kooperiert der MDK Sachsen mit verschiedenen Hochschulen des Landes. Fachvorträge des MDK Sachsen zu den Themen Pflegebegutachtung nach § 18 SGB XI und Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI sind Bestandteil der Curricula der Pflegestudiengänge.

Dem MDK Sachsen ist es ein besonderes Anliegen, seine pflegfachlichen Kompetenzen und seine Erfahrungen auf Landesebene einzubringen.



# MDK Sachsen-Anhalt

## Allgemeines zur Entwicklung der Pflegequalität

Im Zeitraum vom 01.07.2008 bis 31.12.2010 führte der MDK in allen stationären und ambulanten Einrichtungen in Sachsen-Anhalt eine Qualitätsprüfung gemäß § 114 SGB XI durch. Erstmals wurden somit in einem eingegrenzten Zeitraum von 2,5 Jahren die zu diesem Zeitpunkt bestehenden 1.091 Einrichtungen geprüft.

Wenngleich die Diskrepanz zwischen den Noten ambulanter und stationärer Einrichtungen ersichtlich wurde, waren doch in beiden Bereichen Qualitätsverbesserungen zu verzeichnen.

### Ambulante Pflege

#### Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität

In diesem Bereich wird deutlich, dass eine Auseinandersetzung mit den Kriterien allgemein, insbesondere jedoch mit den Mindestanforderungen erfolgte. Verbesserungspotenzial besteht zum Beispiel weiterhin in der konsequenten Durch- und Nachweisführung der fachlichen Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften und der Berücksichtigung der Expertenstandards des DNQP im Rahmen des internen Qualitätsmanagements.

#### Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität

Überwiegend kann den Pflegediensten eine gute Qualität im Rahmen der Leistungserbringung attestiert werden. Gravierende Auffälligkeiten, welche Sofortmaßnahmen / Konsequenzen zur Folge haben, sind die Ausnahme. Weitestgehend beschränken sich die negativen Feststellungen / Bewertungen auf die Pflegedokumentation.

Insgesamt sind Verbesserungen, wenngleich nicht so umfangreich wie im stationären Bereich, in den einzelnen Qualitätsbereichen erkennbar. Bei der Gegenüberstellung der Erhebungsdaten vom 08.03.2010 und 05.09.2011 waren folgende Qualitäts-/Notenverbesserungen erkennbar (Qualitätsbereich I: 3,2 → 2,9; Qualitätsbereich II: 2,1 → 1,6; Qualitätsbereich III: 1,7 → 1,4; Gesamtnote: 2,4 → 1,9).

### Stationäre Pflege

#### Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität

Die intensive Auseinandersetzung mit den Anforderungen erfolgte nachweislich. Festgestellte Abweichungen lassen sich, wie seit Jahren erkennbar, im stationären Bereich nachhaltiger und zum Teil problemloser korrigieren. Schwachstellen sind jedoch auch hier beispielsweise in der konsequenten Durch- und Nachweisführung der fachlichen Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften und der Berücksichtigung der Expertenstandards des DNQP im Rahmen des internen Qualitätsmanagements wahrnehmbar.

#### Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität

In den stationären Einrichtungen kam die Prüfrichtlinie bereits im Juli 2009 zur Anwendung. Die Auseinandersetzung mit den Kriterien erfolgte, Qualitätsverbesserungsmaßnahmen wurden eingeleitet und wirkten sich auf die Ergebnisse der Prüfungen positiv aus. Die Gegenüberstellung der Noten, bezogen auf denselben Zeitraum wie für ambulant, zeigt auch hier Qualitäts-/Notenverbesserungen (Qualitätsbereich I: 2,2 → 1,7; Qualitätsbereich II: 1,6 → 1,4; Qualitätsbereich III: 2,3 → 1,6; Qualitätsbereich IV: 1,1 → 1,0; Gesamtnote: 1,9 → 1,4).

## **Erfahrungen mit der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen**

Der MDK Sachsen-Anhalt wurde seit Umsetzung der PTVA/PTVS bei etwa 8 % der durchgeführten Prüfungen von den Landesverbänden der Pflegekassen mit einer Stellungnahme zur Klärung strittiger Fragen im Zusammenhang mit der Veröffentlichung von Transparenzberichten beauftragt. Die Bearbeitung der Stellungnahmen gestaltete sich aufwendig und zeitintensiv. Nur in Ausnahmefällen wurde eine Korrektur des Berichtes vorgenommen, die Bewertungen veränderten sich minimal bzw. überwiegend nicht.

In der überwiegenden Anzahl der ambulanten und stationären Einrichtungen sind die Bemühungen, Qualitätssteigerungen bzw. Konstanz zu erreichen, erkennbar.

## **Sonstige Erfahrungen im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI**

Überwiegend wird von den Einrichtungen signalisiert, dass die Qualitätsprüfung als „Standortbestimmung“ und nicht als „störende Kontrolle / Prüfung“ empfunden wird. Dass diese Prüfungen unangemeldet erfolgen, ist nur noch einer geringen Anzahl von Mitarbeitern nicht bekannt. Im stationären Bereich gestaltet sich der Einstieg in die Prüfung weitestgehend unproblematisch, wohingegen es im ambulanten Bereich einer strukturierten Organisation bedarf. Zeitverzögerungen, Wartezeiten bzw. ein verzögerter Prüfbeginn sind keine Seltenheit.

Seit November 2009 führt der MDK Sachsen-Anhalt im Rahmen der Qualitätssicherung die Befragung von Einrichtungen zum Prüfungstag und nach Erhalt des Prüfberichtes durch. Diese Befragung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann anonym vorgenommen werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mitarbeiter des MDK akzeptiert werden. So wurden die Mitarbeiter z. B. bezüglich ihrer Kompetenz und beratenden Funktion bis September 2011 von insgesamt 789 Einrichtungen mit der Note 1,25 beurteilt. Nach Erhalt des Prüfberichtes bearbeiteten 498 Einrichtungen den Feedbackbogen mit dem Ergebnis Note 1,4.

Bezogen auf die Benotung der Einrichtung muss wiederholt festgestellt werden, dass das Ergebnis im Transparenzbericht nicht mit der vorgefundenen Situation am Prüfungstag übereinstimmt. Das heißt, die Benotung fällt deutlich besser aus als von den Prüfern „gefühl“.

## **Organisatorische und personelle Aktivitäten des MDK zur Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes**

Mit Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes erfolgte anhand einer bedarfsorientierten Personalplanung die sukzessive Personalaufstockung. Waren es 2007 insgesamt 7 MitarbeiterInnen, besteht das Team seit Beendigung der Einstellungen aus 24 MitarbeiterInnen.

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Vorgehensweise im Rahmen der Prüfungen und Bewertungen wurden umfangreiche Schulungsmaßnahmen, intensive Einarbeitungen und fortlaufende Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert und umgesetzt. Die Qualitätssicherung der Prüfberichte erfolgt nach einem festgelegten Verfahren. So werden beispielsweise 25 % aller Prüfberichte (teilweise unabhängig vom Ergebnis) und alle Prüfberichte mit „schlechtem“ Ergebnis gegengelesen.

Die Ablauforganisation wurde ständig den aktuellen Gegebenheiten angepasst, neue Möglichkeiten der Optimierung und Vereinheitlichung werden fortlaufend ausprobiert und umgesetzt.

## **Beratung durch den MDK**

Bei konkreten Fragestellungen seitens der Einrichtungen / Verbände zur PTVA/PTVS und zu den Prüfberichten / Prüfinhalten können auf Wunsch Gespräche in den Räumen des MDK durchgeführt werden. Hingegen unterbreitet der MDK Sachsen-Anhalt keine einrichtungsbezogenen Beratungsangebote. Anfragen von Verbänden, Berufsgenossenschaften und anderen Gremien zu Inhalten der Qualitätsprüfungsrichtlinie und Erfahrungen werden bedient.

Regelhaft / täglich erfolgen Beratungen, z. B. bei telefonischen Rückfragen, E-Mail-Anfragen, schriftlichen Anfragen zur Pflegequalität, zu gesetzlichen Bestimmungen, zur Pflegedokumentation und zu weiteren Themen.

## **Heimgesetzgebung auf Landesebene und Zusammenarbeit des MDK mit den Aufsichtsbehörden**

Am 26.02.2011 wurde das „Gesetz über Wohnformen und Teilhabe des Landes Sachsen-Anhalt (Wohn- und Teilhabegesetz – WTG LSA) vom 17.02.2011“ in Kraft gesetzt. Die Auswirkungen sind derzeit noch nicht absehbar, da sich der Prüfkatalog der Heimaufsicht im Moment in der Entwicklungs- bzw. Abstimmungsphase befindet. Probleme könnten sich aus der Bearbeitung des Punktes 4 im Prüfkatalog der Heimaufsicht (Inhalt u. a.: Pflegeplanungen, Biografiearbeit, Dokumentation, Dekubitus-, Sturz-, Kontrakturprophylaxen, Wundversorgung, soziale Betreuung) ergeben.

## **Einbindung des MDK in Länderstrukturen**

Der MDK hält intensiven Kontakt mit den Kassen, dem vdek und anderen Verbänden. Die Einbeziehung in verschiedenen Gremien ist ein fester Bestandteil im Rahmen des Austauschs zu den unterschiedlichsten Schwerpunkten. Einmal monatlich finden unter Beteiligung der Kassen, des vdek, der Heimaufsicht, der Sozialhilfeträger und des MDK die Qualitätsteamsitzungen statt. Hier werden beispielsweise die Ergebnisse durchgeführter Prüfungen, eingegangene Beschwerden und deren weitere Bearbeitung besprochen / festgelegt. Viermal jährlich findet die AG 29 unter Beteiligung der Heimaufsicht, der Kassen, des vdek, der Sozialhilfeträger, des Ministeriums für Arbeit und Soziales und des MDK statt. Regelmäßige Treffen im „Arbeitskreis Pflege“ ermöglichen die Kommunikation zwischen den Trägerverbänden, den Kassen, dem vdek, der Heimaufsicht und dem MDK. An den Sitzungen des Landespflegeausschusses nimmt der Geschäftsführer des MDK Sachsen-Anhalt teil.



Die Pflegequalität befand sich am Ende des Jahres 2010 auf einem hohen Niveau, insbesondere bei der Berücksichtigung der Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

### **Personenbezogene Prozess-/Ergebnisqualität**

Am Ende des zweiten Halbjahres 2009 konnte den in Thüringen geprüften stationären Pflegeeinrichtungen eine gute Qualität bescheinigt werden. Verbesserungsmöglichkeiten waren bei der Dokumentation von Sturzereignissen, der Durchführung erforderlicher Prophylaxen gegen Stürze oder bei der Berücksichtigung der Selbstbestimmung in der Pflege bei Bewohnern mit Demenz erkennbar.

Optimierungspotenziale wurden von den Pflegeeinrichtungen aufgegriffen und eine Weiterentwicklung der Qualität veranlasst. Ende 2010 konnte den geprüften stationären Pflegeeinrichtungen ein verbessertes Qualitätsniveau attestiert werden. Zugleich sind deutliche Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen, beispielsweise im Kontext mit der Erfassung des individuellen Kontrakturrisikos und der Durchführung erforderlicher Kontrakturprophylaxen.

Die in die Audits einbezogenen Heimbewohner zeigten sich mit der Leistungserbringung der stationären Pflegeeinrichtungen am Ende des zweiten Halbjahres 2009 sehr zufrieden. Dieses sehr gute Ergebnis konnten die geprüften stationären Pflegeeinrichtungen bis Ende 2010 ausbauen.

### **Erfahrungen mit der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen**

Zur Klärung strittiger Fragen werden sowohl schriftliche Stellungnahmen im Nachgang einer Qualitätsprüfung nach §§ 114 ff. SGB XI erarbeitet als auch mündliche Anhörungen mit den geprüften Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Es hat sich gezeigt, dass die Veröffentlichung der Transparenzberichte für die Einrichtungen einen hohen Stellenwert hat und die Qualitätsprüfungen für die Weiterentwicklung der Pflegequalität eine wichtige Rolle spielen.

Der Umgang der Pflegeeinrichtungen mit den Pflege-Transparenzvereinbarungen ist, soweit bekannt, sehr unterschiedlich. Vertreter von Trägerverbänden erläutern die Transparenzvereinbarungen, z. B. in Qualitätskonferenzen, und stellen den Mitgliedseinrichtungen Informationsmaterial zur Verfügung.

Es hat sich in den Qualitätsprüfungen gezeigt, dass die Pflege-Transparenzvereinbarungen unter anderem Auswirkungen auf das interne Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen haben. Beispielsweise verfügen die meisten Pflegeeinrichtungen über ein Qualitätshandbuch, und Qualitätsbeauftragte sind tätig. Pflegevisiten werden in den meisten Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

In Qualitätszirkeln werden einzelne Punkte der Transparenzvereinbarungen bearbeitet, beispielsweise werden Verfahrensanweisungen für Prophylaxen entwickelt.

### **Sonstige Erfahrungen im Zusammenhang mit den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI**

In Thüringen werden stationäre Hospize geprüft. Eine Veröffentlichung der Transparenzergebnisse erfolgt nicht. Diese Prüfungen erfordern eine sorgfältige Berücksichtigung der individuellen Pflegesituationen. Ein intensiver fachlicher Austausch wird in den Einrichtungen geführt.

## **Organisatorische und personelle Aktivitäten des MDK zur Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes**

Der Bereich Externe Qualitätssicherung / Service des MDK Thüringen e.V. wurde mit der Einführung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes strukturell umgebildet. Logistische Arbeiten wurden optimiert. Die Anzahl der Prüfer wurde erhöht. Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfolgte strukturiert. Dazu wurde das spezielle Einarbeitungskonzept überarbeitet. Neu eingestellte Mitarbeiter absolvierten unmittelbar nach der Einarbeitung die Auditorenweiterbildung entsprechend den Anforderungen der QPR.

Anfang 2010 ist eine mehrtägige Klausurtagung für die Prüfer durchgeführt worden. Die Ergebnisse dieser Klausurtagung dienen den Mitarbeitern als zusätzliche Hilfe bei der Umsetzung der Prüfgrundlagen.

In regelmäßigen Abständen finden Teambesprechungen statt. Im Rahmen dieser Teambesprechungen werden aktuelle Themen und besondere fachliche Fragen diskutiert. Zusätzlich wurde eine Diskussionssecke in die Datenbank „Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI“ aufgenommen. Diese wird von den Prüfern zur Diskussion offener Fragen genutzt.

Hinweise der Prüfer aus regelmäßig geführten Mitarbeitergesprächen werden qualitätsoptimierend berücksichtigt.

In der Zeit vom 01.12.2009 bis 30.06.2010 führte der MDK Thüringen e.V. eine Kundenbefragung durch. Die geprüften Einrichtungen wurden sowohl zur Durchführung der Prüfung als auch zur Aussagekraft der Qualitätsprüfungsberichte befragt. Ferner wurde der jeweils federführende Landesverband der Pflegekassen zur Qualität des Qualitätsprüfberichtes interviewt. Diese erste Kundenbefragung spiegelt gute und sehr gute Ergebnisse wider.

Dem MDK Thüringen e.V. ist es gelungen, die gesetzlichen Anforderungen zur Anzahl der Prüfungen umzusetzen. Bis Ende 2010 wurden alle Pflegeeinrichtungen geprüft, die zu diesem Zeitpunkt zugelassen waren.

### **Beratung durch den MDK**

Im Rahmen des Zulassungsverfahrens werden Pflegekonzepte ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen durch den MDK Thüringen e.V. bewertet. An den Sitzungen des Arbeitskreises „Vertragsmanagement“ der Landesverbände der Pflegekassen nimmt der MDK Thüringen e.V. regelmäßig teil und steht für fachliche Fragen den anwesenden Vertretern der Pflegeeinrichtungen zur Verfügung.

Anfang 2010 wurde für Mitarbeiter der Landesverbände der Pflegekassen mit gutem Erfolg eine Informationsveranstaltung durchgeführt. Mitarbeiter der Landesverbände der Pflegekassen haben bei Qualitätsprüfungen hospitiert. Deren Fragen wurden im Anschluss an die Prüfungen intensiv erörtert.

Diese Angebote stehen permanent zur Verfügung.

Durch den MDK Thüringen e.V. werden regelmäßig Öffentlichkeitstermine wahrgenommen, in deren Verlauf Impulse zur weiteren Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen gegeben werden.

An Telefonaktionen der Landesverbände der Pflegekassen hat der MDK Thüringen e.V. teilgenommen und Fragen der Anrufer beantwortet.

## **Heimgesetzgebung auf Landesebene und Zusammenarbeit des MDK mit den Aufsichtsbehörden**

Im Freistaat Thüringen ist ein solches Gesetz bisher nicht verabschiedet worden. Ein Entwurf zum Thüringer Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz – ThürWBQG – liegt vor und wird im Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit bearbeitet.

### **Einbindung des MDK in Länderstrukturen**

An den Sitzungen des Landespflegeausschusses nimmt der Geschäftsführer des MDK Thüringen e.V. als Mitglied stimmberechtigt teil. Zum Stellvertreter sind die Leitende Ärztin des Dienstes und die Referatsleitung Pflegeversicherung benannt.

An den Sitzungen der Pflegesatzkommission nimmt der Leiter des Fachreferates Pflegeversicherung nach Bedarf teil. Entsprechende Absprachen werden im Vorfeld der Sitzungen getätigt.

In Thüringen findet einmal monatlich die Sitzung der Arbeitsgruppe „Qualität in der Pflegeversicherung“ statt. An diesen Sitzungen nehmen die Landesverbände der Pflegekassen, die Heimaufsichtsbehörden und der MDK Thüringen e.V. teil. Zukünftig werden auch Vertreter der privaten Krankenversicherung beteiligt. In diesen Sitzungen werden aktuelle und für Thüringen relevante Themen aus dem Bereich der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI erörtert. Es werden konkrete Absprachen mit den Heimaufsichtsbehörden und den Landesverbänden der Pflegekassen zu einzelnen Qualitätsprüfungen getroffen.

Der MDK Thüringen e.V. nimmt monatlich an den Sitzungen des Arbeitskreises „Vertragsmanagement“ der Landesverbände der Pflegekassen teil.

# MDK Westfalen-Lippe

## Allgemeines zur Entwicklung der Pflegequalität

Die Qualitätsbewertungen zeigten für die im Berichtszeitraum geprüften Einrichtungen im stationären und ambulanten Bereich einen kontinuierlichen Anstieg. Dementsprechend verbesserten sich die hieraus resultierenden „Noten“ stetig. Die Durchschnittsnote der stationären Prüfungen war hierbei durchgehend besser als die der ambulanten. Die Geschwindigkeit und der Grad der jeweiligen Verbesserungen wurden hierbei in beiden Bereichen sowohl vom Träger der Einrichtungen, dem individuellen Engagement der Einrichtungsleitungen als auch durch die Zugehörigkeit zu einem Verband mit beeinflusst. Die etwas schlechteren Prüfbewertungen der ambulanten Einrichtungen erklärten sich hierbei einerseits aus der höheren Fluktuation in diesem Bereich (Neugründungen, Geschäftsaufgabe), andererseits aus der Tatsache, dass der Anteil bereits mindestens einmal geprüfter Einrichtungen, insbesondere zu Beginn des Berichtszeitraums, im stationären Sektor deutlich höher als im ambulanten Bereich war.

Leistungserbringer, die in den Qualitätsprüfungen mit einer schlechten Note abschnitten und nachfolgend von sich aus eine Wiederholungsprüfung beantragten, erreichten in der Regel danach eine deutliche Verbesserung ihrer Bewertung beziehungsweise Transparenznote. Innerhalb der Prüfungen wurde auch deutlich, dass Einrichtungen häufiger auf „ihre Note“ fokussiert waren und es ihnen eher sekundär um eine tatsächliche Qualitätsverbesserung ihres Pflegeangebotes ging. Pflegeeinrichtungen, insbesondere ambulante Dienste, die eine auffällig schlechte Qualitätsbeurteilung erhielten, verschwanden in mehreren Fällen wieder vom Markt.

Es fiel auf, dass in den Einrichtungen zunehmend externe Berater tätig sind und dass Einrichtungen vermehrt QM-Systeme einkaufen. Dennoch konnte die Umsetzung eines im Pflegealltag etablierten durchgängigen Qualitätsmanagements oder der hiermit notwendigerweise verbundenen Prozesse eher selten festgestellt werden. Demgegenüber wurde von den Einrichtungen insbesondere im Bereich der Strukturqualität im Vergleich zu vorherigen Prüfungen stark nachgearbeitet. Ebenso zeigte sich, dass in Anbetracht der aktuellen Transparenzvereinbarung geprüfte Einrichtungen bei einer guten Strukturqualität sogar bei erheblichen Defiziten in der Ergebnisqualität fast nie eine schlechte Gesamtnote erreichten.

## Ambulante Pflege

### Einrichtungsbezogene Struktur-/Prozessqualität

Hier zeigten sich kontinuierliche Verbesserungen. Es bestanden bei kleinen oder gerade erst „ans Netz gegangenen“ Einrichtungen noch stärkere Defizite, da diese, zum Teil verständlicherweise, noch nicht alle erforderlichen Strukturen aufbauen konnten. Die Anforderungen der Prüfsystematik sind den Einrichtungen bekannt. Deshalb waren die strukturellen und konzeptionellen Anforderungen in der Regel erfüllt, teilweise auch mit Hilfe von QM-Handbüchern der Verbände. Es konnte eine positive Korrelation der Prüfergebnisse mit der Ausbildung der Leitungsebene beobachtet werden. Im Vergleich etwas schlechtere Prüfergebnisse waren bezüglich der neu in den Prüfkatalog aufgenommenen Fragen und Anforderungen festzustellen, so z. B. Nachweise von Beratungen zu Risiken im ambulanten Bereich oder Maßnahmen zur Einschätzung des Kontrakturrisikos. Diese müssen in einigen Einrichtungen noch besser bearbeitet und umgesetzt werden. Insgesamt führten die Prüfungen dazu, dass sich Einrichtungen, die sich bis dato noch nicht mit den Expertenstandards beschäftigt hatten, zunehmend zumindest mit der Einführung und Schulung dieser Standards befassten und auch verstärkt Risikoanalysen durchführten.





## **Erfahrungen mit der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen**

Durch die Transparenzvereinbarungen gewannen die Qualitätsprüfungen und die hiermit verbundene Qualitätsbewertung für die Einrichtungen an Bedeutung. Die Veröffentlichung der Transparenznoten führte zu einer Verunsicherung der Einrichtungen und zu einem erhöhten Informationsbedarf im Rahmen der Prüfung. In diesem Kontext war, zum Teil auch aus Unkenntnis über die Berechnung der Noten oder die Bedeutung einzelner Prüffragen hierfür, ein deutlicher Anstieg von Einsprüchen der Einrichtungen zu Prüfbewertungen zu beobachten. Diese bezogen sich insbesondere auf Feststellungen des MDK zu Transparenzkriterien. Es wurden zum Teil umfangreiche Unterlagen nachgereicht, um die Änderung von Bewertungen zu erreichen. In einigen Fällen konnte im Anhörungsverfahren keine Einigung erreicht werden. Dies führte zu gerichtlichen Auseinandersetzungen über die Frage, ob der Transparenzbericht veröffentlicht werden darf. Einige Verbände bezweifelten die Rechtmäßigkeit der Transparenzvereinbarung und Bewertungssystematik generell und argumentierten u. a. mit Formalien des Prüfverfahrens (Vorlage eines schriftlichen Prüfauftrages, schriftliches Einverständnis der Bewohner und Betreuer, Durchführung der Prüfung im Team, Auditorenausbildung etc.). Die meisten Verfahren wurden im Rahmen eines Vergleiches abgeschlossen, in der Regel mit der Absprache zur Durchführung einer Wiederholungsbeurteilung. Einige Fälle sind noch beim LSG anhängig.

## **Organisatorische und personelle Aktivitäten des MDK zur Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes**

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz erforderte eine starke Ausweitung des Prüferkreises. Um die neuen Vorgaben zeitgerecht und kompetent erfüllen zu können, rekrutierten wir unsere zusätzlichen Prüfer primär aus dem Kreis unserer Pflegegutachter. Hierbei versuchten wir vor allem erfahrene Pflegefachkräfte als Prüfer zu gewinnen, die zugleich über eine leitungs- oder fachbezogene Fortbildung und Kenntnisse im Bereich des Qualitätsmanagement verfügten. Die neuen Prüfer wurden anhand unseres hierfür entwickelten Einarbeitungskonzeptes eingearbeitet. Dies erfolgte jeweils durch einen Mentor, der selbst bereits ein erfahrener Qualitätsprüfer war. Die Einarbeitung wurde in Abhängigkeit vom individuellen Fortschritt des neuen Prüfers nach dessen Bedürfnissen und Fähigkeiten durchgeführt. Dabei erfolgte auch eine Qualitätssicherung der erstellten Prüfberichte im Sinne eines Reviews. Dieses wurde nach der Einarbeitung durch eine stichprobenartige Supervision ersetzt. Die verantwortlichen Prüfer werden zu TQM-Auditoren ausgebildet und in regelmäßigen Abständen rezertifiziert.

Die neuen Prüfgrundlagen wurden in Fortbildungen allen Prüfern vermittelt. Diese wurden zusammen mit den Prüfern des MDK Nordrhein zeitnah durchgeführt. So konnte eine Einheitlichkeit der Qualitätsprüfungen in unserem Bundesland sichergestellt werden. Hierbei konnten zugleich fachlich ggf. different beurteilte Sachverhalte identifiziert und direkt geklärt werden. Im selben Setting erfolgte später eine weitere Schulung, in der die bisherigen Erfahrungen mit der neuen Prüfsystematik erörtert und diesbezüglich ggf. noch offene Fragen geklärt bzw. konsentiert wurden.

Zur Klärung von in Qualitätsprüfungen auftretenden neuen oder kontrovers diskutierten Fragestellungen steht unseren Prüfern neben dem Fachreferat ein EDV-basiertes fachlich supervidiertes Diskussionsforum zur Verfügung. Außerdem etablierten wir im Jahr 2009 einen „Prüfer-Qualitätszirkel“. Er ist mit erfahrenen Prüfern besetzt und trifft sich mehrmals jährlich, um kontrovers diskutierte Sachverhalte zu klären. Unabhängig hiervon erfolgt eine Fort- und Weiterbildung der Prüfer im Rahmen regelmäßiger Prüfertreffen sowie der Jahrestagung unserer Pflegefachkräfte.

Außerdem führen wir eine kontinuierliche Qualitätssicherung unserer Prüfungen und Prüfberichte durch. In diesem Rahmen erhält jede geprüfte Einrichtung seit Anfang 2009 die Möglichkeit, uns anonym oder namentlich anhand standardisierter Fragebögen eine Rückmeldung zu ihrer Prüfung und zu ihrem Prüfbericht zu geben. Inzwischen liegen uns über 2000 Rückmeldungen vor. Über 80 % der Einrichtungen erlebten ihre Prüfung positiv, 18 % neutral und nur 1,7 % negativ. 76 % der Einrichtungen bewerteten sie als „uneingeschränkt“, etwa 20 % als „überwiegend beratend“.

Die über 750 Bewertungen der Prüfberichte zeigten ähnlich positive Ergebnisse. Erfreulich ist, dass in Freitextfeldern immer wieder äußerst positive Rückmeldungen zur Kompetenz unserer Prüfer, zur Prüfungsatmosphäre sowie zum Umgang mit den zu Pflegenden abgegeben wurden. Vereinzelt wurden die Prüfungen sogar als „vorbildlich“ oder „stilbildend für andere Prüfinstitutionen“ bezeichnet. Kritische Rückmeldungen, insbesondere ambulanter Einrichtungen, bezogen sich primär darauf, dass die Prüfung unangemeldet erfolgt. Hieraus resultiere eine unnötige Belastung für das Personal. Zudem behindere dies eine ungestörte Prüfung und Patientenversorgung. Einrichtungen der Tages- und Kurzzeitpflege beklagten, dass die Prüfsystematik den Anforderungen ihrer Klientel nicht gerecht werde. Ebenso äußerten sich die Einrichtungen häufig allgemein negativ zur aktuellen Prüfsystematik und Benotung.

Alle positiven Anregungen oder konstruktive Kritik wurden dem Fachreferat Pflege zur Kenntnis gebracht und flossen, wann immer dies sinnvoll war, in die Schulungen zur Weiterentwicklung unserer Qualitätsprüfungen ein.

Seit 2010 beteiligt sich unser Dienst als einer der ersten MDK an der MDK-übergreifenden Auditierung der Qualitätsprüfungen. In diesem Rahmen erfolgen standardisierte Witness-Audits unserer Prüfungen durch Qualitätsprüfer anderer MDK. Hierzu wurden jeweils nach dem Zufallsprinzip Prüfungen ausgewählt. Zu jedem Audit wurde ein ausführlicher Bericht verfasst, der dazu Stellung nahm, ob die Prüfung entsprechend den Vorgaben des SGB XI erfolgte und ob hier eine Übereinstimmung zwischen Auditor und Prüfer bezüglich der Beurteilung der vorgefundenen Sachverhalte bestand. In allen Audits wurde uns eine korrekte Durchführung der Prüfungen bestätigt. Es bestand zudem eine fast 100%ige Übereinstimmung in der Bewertung der zu beurteilenden Prüfkriterien.

### **Beratung durch den MDK**

Zu den Transparenzvereinbarungen bot unser Dienst mehrere Informationsveranstaltungen an. Sie wurden für ambulante und stationäre Einrichtungen durchgeführt. Außerdem gab es ein Angebot für Einrichtungen der Tagespflege. Die Evaluation dieser Angebote ergab ein sehr positives Feedback. Hierbei wurde der Wunsch nach weiteren Veranstaltungen und einer vermehrten Beratung durch den MDK geäußert. In Einzelfällen wurden auf Anfrage von Pflegeeinrichtungen auch individuelle Beratungen oder gezielte Schulungen von Mitarbeitern z. B. zu Pflegeplanung und Dokumentation durchgeführt.

Bereits seit längerem führen wir auf Wunsch der Kassen Konzeptprüfungen durch. In diesem Rahmen erfolgten auch Einrichtungsbegehungen.

### **Heimgesetzgebung auf Landesebene und Zusammenarbeit des MDK mit den Aufsichtsbehörden**

In Nordrhein-Westfalen trat im Dezember 2008 auf dem Gebiet des Heimrechts das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) in Kraft. Es sieht wiederkehrende und anlassbezogene Prüfungen durch die zuständigen Behörden vor. Diese sollen unangemeldet und mindestens einmal jährlich erfolgen. Zu prüfen ist, ob die Einrichtungen die im WTG und den hierzu ergangenen Rechtsverordnungen genannten Anforderungen erfüllen. Sofern ein Prüfbericht des MDK, des Kostenträgers nach dem SGB XII oder geeignete Nachweise unabhängiger Sachverständiger über die Qualität der Betreuung vorliegen, die nicht älter als ein Jahr sind, beschränkt sich die Prüfung auf die Einhaltung der strukturellen Voraussetzungen des Betriebes der Betreuungseinrichtung und der Betreuung der Bewohner im Sinne des § 1 Abs. 3 dieses Gesetzes. Ergeben sich Beanstandungen oder liegen unabhängig hiervon Anhaltspunkte für eine Gefährdung der Interessen und Bedürfnisse der Bewohner vor, erfolgt eine umfassende Prüfung. Die Ergebnisse der Prüfungen sind zu veröffentlichen.

Um effizient auf mögliche Gefahren für die Bewohner reagieren zu können, ist vorgesehen, dass der MDK auf Anforderung im Falle einer besonderen Gefährdung eine Qualitätsprüfung nach den Regeln des SGB XI vornimmt. Das WTG sieht eine Förderung der Zusammenarbeit der in diesem Bereich tätigen Institutionen vor. Hierzu wurde 2009 eine Arbeitsgemeinschaft gemäß § 17 Abs. 2 des WTG gebildet, die Empfehlungen zu wichtigen im Gesetz benannten Sachthemen erarbeiten soll. Hieran ist unser Dienst gemeinsam mit dem MDK Nordrhein beteiligt.

Im Bereich der Qualitätsprüfungen ergaben sich durch das WTG keine wesentlichen Veränderungen. Die bereits gute und konstruktive Zusammenarbeit mit den Heimaufsichten konnte unverändert fortgesetzt werden. Die Heimaufsichten werden im Vorfeld über geplante Prüfungen informiert, um zeitlich eng zusammenliegende Prüftermine zu vermei-

den. In Einzelfällen werden auch gemeinsame Prüfungen oder eine Beteiligung am Abschlussgespräch verabredet.

### **Einbindung des MDK in Länderstrukturen**

Unser Dienst ist ständiges Mitglied im Landespflegeausschuss. Ebenso sind wir landesweit an regionalen Pflegekonferenzen sowie der NRW-Arbeitsgruppe „Generalistische Pflegeausbildung“ beteiligt. Ein fachlicher Austausch der Heimaufsicht findet im Rahmen der genannten Gremien und nach Bedarf regional zu aktuellen Themen seitens des Fachreferates Pflege sowie bei gemeinsamen Prüfungen statt. Kontakte mit Trägerverbänden bestehen in wechselndem Umfang, z. B. bei deren Jahrestagungen. Hierzu stellten wir mehrfach Referenten zu aktuellen Themen der Qualitätsprüfungen des MDK. Außerdem besteht eine Kooperation mit dem Gesundheitscampus NRW.

Unsere Erfahrungen in den genannten Institutionen sind durchweg positiv, da hier mit allen an Qualitätsprüfungen Beteiligten ein konstruktiver und offener Gedankenaustausch im Sinne der Pflegebedürftigen geführt werden kann. So lassen sich auch eventuelle Schnittstellenprobleme oder different beurteilte Sachverhalte zeitnah identifizieren bzw. klären respektive kann die Zusammenarbeit aller Beteiligten verbessert werden. Darüber hinaus können wir auf diese Weise unsere über die Prüfberichte hinausgehenden Erkenntnisse aus den Qualitätsprüfungen in die Weiterentwicklung der in unserem Land bestehenden Versorgungsstrukturen einbringen.



# Literatur

Anthea I (2004): Die Dementia Care Mapping Methode (DCM). Erfahrungen mit dem Instrument zu Kitwoods personenzentriertem Ansatz. Bern.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.) (2006): Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege. München.

Becker S (2010): HILDE bewertet Lebensqualität bei Demenz individuell. Altenheim, 11, 16–19.

Becker S, Kaspar R, Kruse K (2010) Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.DE.) – das Instrument in seinen konzeptionellen Grundlagen und in seiner praktischen Anwendung. In: A. Kruse (Hrsg.): Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. Heidelberg, 137–156.

Becker S, Kaspar R, Kruse A (2011): H.I.L.DE. Das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Bern.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit – BMG (Hrsg.) (2006): Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Witten.

Bundesministerium für Gesundheit – BMG (Hrsg.) (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes“. München.

Bundesministerium für Gesundheit – BMG & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ (Hrsg.) (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Berlin.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2005): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und tumorbedingten chronischen Schmerzen. Osnabrück.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2006): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück.

Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2007): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Osnabrück.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2008): Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Osnabrück.

Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2010<sup>1</sup>): Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück.

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2010<sup>2</sup>): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung. Osnabrück.
- Estermann J & Kneubühler HU (2008): Warum Lebensqualität im Pflegeheim bedeutsam ist, und wie sie gemessen werden kann. *Swiss Journal of Sociology*, 34, 1, 187–210.
- Gnas I et al. (2010): Erworbene Kontrakturen der Gelenke im höheren Lebensalter. Eine Systematische Literaturanalyse. *Zeitschrift für Gerontologische Geriatrie*, 43, 147–157.
- Görres S (1999): Qualitätssicherung in Pflege und Medizin. Bern et al.
- Hackauf U (2004): Literaturanalyse zum Thema Kontrakturen aus der pflegewissenschaftlichen Perspektive. Bachelorarbeit an der privaten Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Medizin, Institut für Pflegewissenschaft. Witten & Düsseldorf.
- Hasseler M & Wolf-Ostermann K (2010): Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. Hamburg & Berlin.
- Institut für Qualitätssicherung in der Pflege (Hrsg.) (2011): Kontrakturprophylaxe in der Langzeitpflege Älterer. München.
- Kimmel A (2011): Kriterien und Kompetenzen. *Altenpflege*, 07, 11, 33–35.
- Kimmel A & Fleer B (2011): HILDE-MDK: Vorschlag für ein Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Menschen mit Demenz. *MDK-Forum*, 02, 11, 14–15.
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (1999<sup>1</sup>): Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiierter Harnwegsinfektionen. *Bundesgesundheitsblatt* 42, 806–809.
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (1999<sup>2</sup>): Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. *Bundesgesundheitsblatt* 42, 954–958.
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (2000<sup>1</sup>): Händehygiene. *Bundesgesundheitsblatt* 43, 230–233.
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (2000<sup>2</sup>): Prävention der nosokomialen Pneumonie. *Bundesgesundheitsblatt* 43, 302–309.
- Kopke K & Fischer T (2009): Anforderungen und Realität der multiprofessionellen schmerztherapeutischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern. Erste Zwischenergebnisse der PAin Studie. *MedReport* 36, 33, 8.
- Lawton MP (1994): Quality of Life in Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8, 138–150.
- MDS (2000<sup>1</sup>): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege. Essen.
- MDS (2000<sup>2</sup>): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege. Essen.
- 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 & GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2009<sup>1</sup>): Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege. Essen & Berlin.

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

Müller-Hergl C (2000): Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden. Positive Personenarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping. In: Demenz und Pflege. Tackenberg P & Abt-Zegelin A (Hrsg.). Frankfurt am Main, 248–262.

Roick C, Hinz A, Gertz HJ (2007): Kann Lebensqualität bei Demenzkranken valide bestimmt werden? Eine aktuelle Übersicht über Messinstrumente und methodische Probleme. Psychiat Prax, 34, 108–116.

Scheffel S & Hantikainen V (2011): Präventive Maßnahmen zur Kontrakturprophylaxe in der geriatrischen Pflege. Pflege, 24, 183–194.

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

Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke (Hrsg.) (2009): Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Hamburg & Witten.

Volkert D (2004): Leitlinie enterale Ernährung der DGEM und DGG. Aktuelle Ernährungsmedizin, 29, 190–197.

Weyerer S, Schäufele M, Hendlmeier I (2005): Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38, 2, 85–94.

Wingefeld (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Bielefeld.







**MDS**

Medizinischer Dienst  
des Spitzenverbandes Bund  
der Krankenkassen e.V.

45116 Essen

Telefon: 0201 8327-0

E-Mail: [office@mds-ev.de](mailto:office@mds-ev.de)

Internet: [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)