

Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege

Abschlussbericht

Verfasser:

**A. Büscher, K. Wingenfeld, D. Wibbeke,
F. Loetz, M. Rode, E.-M. Gruber, D. Stomberg**

**Hochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwis-
senschaften**

Caprivistraße 30a
49076 Osnabrück

Tel.: 0541 969-3591
E-Mail: A.buescher@hs-osnabrueck.de

**Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld
(IPW)**

Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

Tel.: 0521-106 6880
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de

**im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege
Osnabrück/Bielefeld, 20. August 2018**

Inhalt

1. Einleitung.....	4
2. Phase I –Theoretische und konzeptionelle Grundlagen.....	7
2.1 Darstellung der Rahmenbedingungen.....	7
2.1.1 Leistungsspektrum der ambulanten Pflege – Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI.....	7
2.1.2 Auswirkung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit.....	9
2.1.3 Fachlich begründetes Verständnis pflegerischen Handelns unter dem neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit	11
2.1.4 Leistungsspektrum der ambulanten Pflege – Häusliche Krankenpflege.....	13
2.1.5 Zusammenarbeit mit und Unterstützung von pflegenden Angehörigen	17
2.2 Übersicht nationaler und internationaler Ansätze zur Qualität in der ambulanten Pflege ...	19
2.2.1 Zusammenfassende Ergebnisse der Literaturrecherche	20
2.2.2 Qualität der ambulanten Pflege im Ausland.....	23
2.2.3 Relevante Ansätze aus dem Inland	37
2.3 Vorläufige Themenbereiche für die Qualitätsprüfung und -darstellung	47
3. Phase II – Diskussion und Entwurf eines vorläufigen Themensets.....	51
3.1 Diskussion in Fokusgruppen	51
3.2 Entwurf eines vorläufigen Themensets	54
4. Phase III – Entwurf eines Verfahrens für die Qualitätsprüfungen nach §§ 114ff. SGB XI in der ambulanten Pflege	57
4.1 Konzeptionelle Eckpunkte	64
4.2 Veränderungen am vorläufigen Themenset für die Qualitätsprüfung und -darstellung in der ambulanten Pflege	71
4.3 Konzeption des neuen Prüfverfahrens.....	73
4.3.1 Voraussetzungen für die Durchführung der Prüfung.....	74
4.3.2 Prüfrelevante Qualitätsaspekte (Gegenstand der Qualitätsbeurteilung).....	76
4.3.3 Informationsgrundlagen	78
4.3.4 Die Bewertung der Qualität	80
4.3.5 Ablauf der Prüfung	91
5. Phase III – Entwurf eines Verfahrens für die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege	98
5.1 Darstellung der Prüfergebnisse.....	98
5.2 Darstellung unbewerteter Informationen	100
5.3 Möglichkeiten einer Nutzerbefragung.....	101

6. Empfehlungen zur Sicherstellung der Datenübermittlung	106
7. Durchführung eines Pretests	112
7.1 Methodisches Vorgehen.....	112
7.2 Ergebnisse der Interviews mit den ambulanten Pflegediensten.....	114
7.3 Ergebnisse der Interviews mit den Prüfdiensten	119
7.4 Ergebnisse der Qualitätsbeurteilungen	122
8. Testung der Qualitätsdarstellung	131
8.1 Methodisches Vorgehen.....	131
8.2 Ergebnisse	132
8.3 Bewertung der Ergebnisse	135
9. Empfehlungen zur Ausgestaltung der Pilotierung	137
10. Abschließende Überlegungen	142
11. Literatur	147
Anhänge	153

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Themenbereiche nach erster Sichtung	20
Tab. 2: Merkmale der Prozessqualität (CMS 2017c)	25
Tab. 3: Merkmale der Ergebnisqualität (CMS 2017c)	26
Tab. 4: Themenbereich Häusliche Pflegesituation (Home Health Care CAHPS Survey 2017)	27
Tab. 5: Unterkategorien im Themenbereich Sicherheit (CQC 2017)	30
Tab. 6: Unterkategorien im Themenbereich Wirksamkeit (CQC 2017)	31
Tab. 7: Unterkategorien im Themenbereich Fürsorglichkeit (CQC 2017)	32
Tab. 8: Unterkategorien im Themenbereich Ansprüche (CQC 2017)	33
Tab. 9: Unterkategorien im Themenbereich Führung (CQC 2017)	34
Tab. 10: Concret-Normen© zum Pflegequalitätsmanagement-System (Concret-AG 2012)	37
Tab. 11: Weiterentwicklung von Themenbereichen und Themen zwischen August und Nov. 2017....	54
Tab. 12: Bewertung der Qualitätsaspekte im Bereich 1	123
Tab. 13: Bewertung der Qualitätsaspekte im Bereich 2	124
Tab. 14: Bewertung der Qualitätsaspekte im Bereich 3	124
Tab. 15: Ergebnisse der Testung der Qualitätsdarstellung	132

1. Einleitung

Die Qualität der pflegerischen Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung ist seit ihrer Einführung ein kontinuierlich diskutiertes Thema. Im Rahmen dieser Diskussion wurde stets differenziert zwischen Qualitätsfestlegungen für die ambulante, die teilstationäre und die vollstationäre Pflege. Der Schwerpunkt in der Diskussion lag jedoch vor allem auf der Qualität der Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Auseinandersetzung um die Qualität der ambulanten pflegerischen Versorgung stand demgegenüber immer ein wenig im Schatten. Ursächlich dafür waren mehrere Aspekte: Insgesamt existieren hinsichtlich der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung professioneller Pflegeleistungen im stationären Bereich umfangreichere Konzepte, auf die zurückgegriffen werden konnte. Zudem erscheint es im stationären Bereich einfacher, den Einfluss des professionellen Pflegehandelns auf die Ergebnisqualität zu bestimmen, da pflegebedürftige Menschen rund um die Uhr in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden und den Pflegeeinrichtungen entsprechend ein Vollversorgungsauftrag zukommt. In der ambulanten Pflege ist die zeitliche Präsenz eines ambulanten Pflegedienstes im Haushalt eines pflegebedürftigen Menschen begrenzt, in der Regel durch eine Vereinbarung über Art und Umfang einer Pflegeleistung zwischen Pflegehaushalt und Pflegedienst. Zudem wird das Ergebnis der Pflege durch das häusliche Umfeld und die Pflegepersonen aus dem familiären und/oder sozialen Umfeld der Pflegebedürftigen stark beeinflusst, so dass die Qualität der häuslichen Pflege nicht ausschließlich durch die Qualität des ambulanten Pflegedienstes bestimmt wird. Dennoch steht die Qualität des professionellen Pflegehandelns im Mittelpunkt der Überlegungen zur externen Qualitätssicherung im Rahmen der Pflegeversicherung. Ambulante Pflegedienste sind ebenso wie stationäre Pflegeeinrichtungen in der Pflicht, ein internes Qualitätsmanagement zu etablieren und die Qualität ihrer Leistungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung oder den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung im Rahmen der externen Qualitätssicherung prüfen zu lassen.

Mit der Einführung der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTV-A) durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat sich die Diskussion zur Qualität ambulanter Pflegeleistungen und der sie erbringenden ambulanten Pflegedienste in eine Richtung entwickelt, die sehr stark auf die Erfüllung klar vorgegebener und definierter Kriterien ausgerichtet war. Für die Qualitätsprüfungen gab es durch die PTV-A einen transparenten Rahmen der Anforderungen, die es zu erfüllen galt. Allerdings war die PTV-A, ähnlich wie die Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTV-S), von Beginn an starker Kritik ausgesetzt, die sich auf ihre methodischen Grundlagen, die starke Fokussierung der Pflegedokumentation und die insgesamt fragliche Aussagefähigkeit angesichts flächendeckend guter Noten im Bereich von „sehr gut“ bezog. Insbesondere die hohe Bedeutung, die der Dokumentation zum Nachweis der Erfüllung der vorgegebenen Kriterien zugesprochen wurde, hat dabei zu problematischen Auswirkungen und überbordenden tatsächlichen und vermeintlichen Dokumentationsanforderungen geführt. Durch den Prozess zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation konnte unter Mitwirkung aller relevanten Akteure eine Verständigung über eine angemessene Pflegedokumentation erzielt werden. Zudem konnte durch diesen Prozess der Blick wieder stärker auf die tatsächliche Durchführung der Pflegeprozesse gelegt werden statt auf ihre Dokumentation.

Durch das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurden die Grundlagen geschaffen, das bisherige System der externen Qualitätssicherung ambulanter Pflegedienste

weiterzuentwickeln und neu auszurichten. Diese Entwicklung soll die mit der PTV-A verbundenen Erfahrungen berücksichtigen, die bestehenden Schwachstellen überwinden und die durch die Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit erhofften Impulse aufgreifen. Zugleich soll dem Anspruch der öffentlichen Darstellung der Pflegequalität entsprochen werden, um für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen Entscheidungshilfen bei der Auswahl eines ambulanten Pflegedienstes zu bieten. Verantwortlich für die Entwicklung eines neuen Verfahrens zur Qualitätsprüfung und -darstellung in der ambulanten Pflege ist der Qualitätsausschuss (QSA) Pflege, der im Herbst 2016 einen Auftrag zur „Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege“ ausgeschrieben hat.

Im März 2017 erhielt die Bietergemeinschaft aus Hochschule Osnabrück und Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) den Zuschlag für die Durchführung des Auftrags. Der Zeitraum für die Auftragsbearbeitung erstreckte sich von Mai 2017 bis Mai 2018. Die wissenschaftliche Konzeption zur Durchführung des Auftrags sah drei Arbeitsphasen vor. Im Projektverlauf wurden zwei Zwischenberichte verfasst und mit dem Steuerungskreis des Qualitätsausschusses, der für dieses Projekt gebildet wurde, diskutiert.

Der erste Zwischenbericht zu den Ergebnissen der Arbeitsphasen I und II wurde zum 30.11.2017 vorgelegt. Die erste Phase war der Recherche, Zusammenstellung und Aufbereitung von theoretischen und konzeptionellen Grundlagen gewidmet. In der zweiten Phase wurden die Perspektiven und Sichtweisen unterschiedlicher Akteure zu den erarbeiteten konzeptionellen Grundlagen sowie zu Form und Inhalt von Qualitätsprüfungen einbezogen. Das Arbeitsergebnis der Phase II bestand in der Erarbeitung eines vorläufigen Sets von Themenbereichen für die Beurteilung und Darstellung der Qualität der ambulanten Pflege. Dieses Arbeitsergebnis entsprach dem vom Qualitätsausschuss erwarteten Zwischenbericht zur Identifikation geeigneter Prüfhemen. Der zweite Zwischenbericht wurde zum 02.05.2018 vorgelegt und enthielt einen Vorschlag für die künftigen Qualitätsprüfungen nach §§ 114ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege.

Im hiermit vorgelegten Abschlussbericht werden die Ergebnisse aller Arbeitsphasen zusammenfassend dargestellt, so dass nachvollziehbar wird, welche Erkenntnisse maßgeblich für getroffene Entscheidungen bei der Entwicklung des neuen Verfahrens der Qualitätsprüfung und -darstellung gewesen sind. Der Aufbau des Abschlussberichts folgt der Chronologie der Vorgehensweise im Projekt. Zunächst werden theoretische und konzeptionelle Grundlagen zur Qualitätsprüfung und -darstellung in der ambulanten Pflege dargestellt. Sie umfassen eine Beschreibung der relevanten strukturellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen in Deutschland und eine zusammenfassende Übersicht nationaler und internationaler Arbeiten zur Qualität in der ambulanten Pflege. Auf Basis dieser Grundlagen wurde in der zweiten Arbeitsphase II unter Einbeziehung von Fokusgruppen mit den Verbänden der Leistungserbringer, der Leistungsträger, der Prüfdienste und der Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 SGB XI ein Set von Themenbereichen und Einzelthemen für die Prüfung und Darstellung der Qualität der ambulanten Pflege erarbeitet. Dieses Set wurde im Laufe des Projekts mehrfach modifiziert. Im Rahmen dieses Abschlussberichts wird nachgezeichnet, welche Entscheidungen dazu geführt haben, aus dem ursprünglichen Set die letztlich in das Prüfverfahren aufgenommenen Qualitätsaspekte herauszugreifen.

Der Großteil der Entwicklungsarbeiten für das neue Verfahren erfolgte in Arbeitsphase III. Der darin erarbeitete Entwurf des neuen Verfahrens der Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege wurde im zweiten Zwischenbericht vorgestellt, der Anfang Mai 2018 vorgelegt wurde, und unmittelbar im Anschluss in einem Pretest einer ersten Praktikabilitätsuntersuchung unterzogen wurde. Die Ergebnisse dieser ersten Testung haben ebenso wie die Diskussion im Steuerungskreis des Projekts zu vielfältigen Veränderungen am ersten Entwurf des Prüfverfahrens geführt, die in diesen Abschlussbericht eingeflossen sind. Ergänzt wird die Darstellung um Hinweise zur Pilotierung des neuen Verfahrens, die im Rahmen einer weiteren Ausschreibung des Qualitätsausschusses erfolgen soll und Übermittlung der Daten aus den Qualitätsprüfungen zum Zwecke der Datenverarbeitung und -aufbereitung zur Qualitätsdarstellung.

2. Phase I –Theoretische und konzeptionelle Grundlagen

Die erste Phase des Projekts diente der Bestandsaufnahme der Ausgangsbedingungen der ambulanten Pflege und der Ermittlung des aktuellen Entwicklungsstands von Verfahren zur Qualitätsprüfung und -darstellung auf nationaler und internationaler Ebene. Entsprechend galt es, die Bedeutung der bestehenden Rahmenbedingungen für das Leistungsgeschehen in der ambulanten Pflege innerhalb des SGB XI und SGB V herauszuarbeiten, um die daraus zu ziehenden Konsequenzen für die Entwicklung eines neuen Verfahrens zur Qualitätsprüfung und -darstellung beschreiben zu können. In einem weiteren Schritt wurde eine Literaturrecherche zu nationalen und internationalen Arbeiten durchgeführt. Die dabei identifizierten Ansätze wurden analysiert und die für die weiteren Entwicklungsarbeiten bedeutsamen Aspekte herausgestellt.

2.1 Darstellung der Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege sind durch gesetzliche und vertragliche Festlegungen einerseits sowie die lebensweltliche Beschaffenheit und Orientierung des Pflegehaushalts andererseits bestimmt. Die gesetzlichen und vertraglichen Festlegungen im SGB XI und SGB V legen fest, wie sich das Leistungsspektrum der ambulanten Pflege gestaltet, das in Deutschland zur Bewältigung von Problemlagen im Zusammenhang von Krankheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld zur Verfügung steht.

2.1.1 Leistungsspektrum der ambulanten Pflege – Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI

Die gesetzlichen und vertraglichen Bedingungen der Leistungserbringung in der Pflegeversicherung werden durch die auf Landesebene vereinbarten Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI bestimmt. Trotz bestehender Unterschiede zwischen den Vereinbarungen in den einzelnen Bundesländern orientieren sich die Rahmenvereinbarungen am Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI, bislang jedoch vor allem am alten Begriff der Pflegebedürftigkeit, der im Leistungsrecht nachhaltige Spuren hinterlassen hat. Der bis zum 31.12.2016 gültige § 36 SGB XI sah einen Anspruch auf Sachleistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung vor. Dieser wurde in den Rahmenverträgen durch ein System von Leistungskomplexen zu Alltagsverrichtungen in den Bereichen Mobilität, Körperpflege, Ernährung und hauswirtschaftliche Versorgung konkretisiert. Die Leistungskomplexe konnten vertraglich zwischen ambulantem Pflegedienst und dem pflegebedürftigen Menschen vereinbart und nach erbrachter Leistung bis zur Höhe der für die jeweilige Pflegestufe verfügbaren Leistungshöhe mit den Pflegekassen abgerechnet werden.

Dadurch ist eine Situation entstanden, in der die Gestaltung von Pflegeprozessen in der ambulanten Pflege sich prioritär an der Frage orientierte, ob die zwischen Pflegedienst und Pflegehaushalt vereinbarten Pflegemaßnahmen im Rahmen der Pflegeversicherung finanziert werden können. Hinzu kam die Frage, in welcher Form sie in der Dokumentation nachzuweisen sind, um keine Probleme bei der Qualitätsprüfung zu bekommen. Die fachliche Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten in häuslichen Pflegearrangements und die Entwicklung pflegefachlich begründeter, ex-

plizit beschriebener und beforschter Pflegeinterventionen sind demgegenüber in den Hintergrund getreten. Es hat somit nicht die zu Beginn der Pflegeversicherung erwartete Ausdifferenzierung des Leistungsspektrums in der ambulanten Pflege gegeben, sondern tendenziell eher eine Vereinheitlichung und Engführung.

Für die ambulanten Pflegedienste ist die Frage der Refinanzierung der erbrachten Leistungen eine unverzichtbare Rahmenbedingung ihrer Existenz. Entsprechend sind die Mitarbeiter dazu angehalten, in der Vereinbarung über zu erbringende Leistungen sich an den verfügbaren Leistungskomplexen zu orientieren. Dies führt jedoch oftmals zu der schwierigen Situation, vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Ertragssituation für die Gestaltung individueller Pflegesituationen nur geringe Gestaltungsspielräume zu haben. Entsprechend wurde das Fehlen der notwendigen Flexibilität zur fachlichen Ausgestaltung pflegerisch komplexer Situationen dahingehend kritisiert, dass die Abrechnung von Pflegeleistungen in Form von Leistungskomplexen zu einer systembedingten Einengung des professionellen pflegerischen Spielraums durch die Unterteilung pflegerischer Handlungen in Tätigkeitszusammenhänge führt. Hierdurch wird den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen vermittelt, dass es sich bei der „Dienstleistung Pflege“ um ein Produkt handelt, welches individuell, einem Baukastenprinzip ähnlich, zusammengestellt werden kann (Büscher et al. 2005).

Für die Qualitätsprüfung führte dieser Umstand dazu, dass die Diskrepanz, die vielfach zwischen den Bedarfslagen pflegebedürftiger Menschen in ihrem häuslichen Umfeld und einem auf Alltagsverrichtungen ausgerichteten Leistungsspektrum bestand, nur schwerlich ignoriert werden konnte. Der daraus resultierende Streitpunkt war die Abwägung, wie weit der Verantwortungsbereich des ambulanten Pflegedienstes im Fall vorliegender Risiken und Qualitätsprobleme reicht, deren Bearbeitung im Rahmen eines verrichtungsorientierten Vergütungssystems trotz sehr detaillierter Leistungsbeschreibungen nicht vorgesehen ist. Insbesondere die in den Expertenstandards des DNQP angesprochenen Themen stellten vielfach Herausforderungen dar, wenn es nicht explizit möglich war, die durchaus umfangreichen Maßnahmen, die zur Prophylaxe eines Qualitätsrisikos als erforderlich ausgewiesen waren, als erbrachte Leistung in Rechnung stellen zu können. Die ambulanten Pflegedienste sahen sich in einer Situation, dass sie durch Qualitätsmaßstäbe, die aus fachlicher Perspektive und im Rahmen der externen Prüfungen gesetzt wurden, mit Anforderungen konfrontiert waren, die leistungsrechtlich keinerlei Entsprechung hatten.

Die andere Sichtweise auf diesen Streitpunkt bestand in der Einschätzung, dass die Einschaltung professioneller Hilfe in einem Pflegehaushalt immer auch mit der Erwartung korrespondiert, dass Hinweise auf bestehende Probleme gegeben, Fehlentwicklungen erkannt und angesprochen und aus fachlicher Sicht notwendige Maßnahmen ergriffen werden, um Schaden vom pflegebedürftigen Menschen abzuwenden.

Im Rahmen der Qualitätsprüfung ist es erforderlich, konkrete Festlegungen zu treffen, was im Rahmen der Besuche eines ambulanten Pflegedienstes in einem Pflegehaushalt erwartet werden kann und was über den Verantwortungsbereich des Pflegedienstes hinausgeht. Diese Anforderung besteht auch hinsichtlich des neuen Prüfverfahrens. Bei der Abwägung zwischen fachlich zu stellenden Qualitätsanforderungen und dem durch die Selbstverwaltung auf Landesebene vereinbarten Leistungsspektrum spielt für das neue Prüfverfahren jedoch noch ein weiterer Aspekt eine wichtige Rolle.

2.1.2 Auswirkung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit

Mit der Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit zum 01.01.2017 ging auch eine Anpassung des § 36 SGB XI einher, die explizit Bezug auf die Aktivitäten und Lebensbereiche nach § 14 Abs. 2 SGB XI nimmt, die nunmehr maßgeblich für die Bestimmung der Pflegebedürftigkeit sind und die häusliche Pflegehilfe somit deutlich erweitern. Zudem wurde Abstand vom Begriff der Grundpflege genommen. Als häusliche Pflegehilfe werden nun körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen verstanden. Die Sachleistungen, auf die nach § 36 SGB XI Anspruch besteht, erstrecken sich nunmehr auf pflegerische Maßnahmen in den Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Durch die Veränderung des § 36 SGB XI wird somit sichergestellt, dass Leistungen zur Bewältigung der Pflegebedürftigkeit zur Verfügung stehen, die sich auf Beeinträchtigungen und Problemlagen in den Aktivitäten und Lebensbereichen beziehen, die für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und ihre Ausprägung maßgeblich sind.

Diese Aktivitäten und Lebensbereiche sind eindeutig umfassender als eine auf Alltagsverrichtungen ausgerichtete Unterstützung, wie sie unter dem alten Begriff der Pflegebedürftigkeit und dem alten § 36 SGB XI vorgesehen war. Dadurch ist seit dem 01.01.2017 eine Situation entstanden, in der die auf Landesebene bestehenden Rahmenvereinbarungen zum Leistungsgeschehen in der ambulanten Pflege, die vorrangig eine starke Orientierung an den Alltagsverrichtungen enthalten, einer aufgrund der neuen Gesetzeslage zu erwartenden und auch notwendigen Erweiterung des Leistungsspektrums in der ambulanten Pflege entgegenstehen. Darüber, wie umfangreich diese Veränderung sein sollte und wie sie konkret zu fassen ist, werden umfangreiche Diskussionen geführt. In einigen Bundesländern (Baden-Württemberg, Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein) hat es bereits Veränderungen und Anpassungen in den Rahmenverträgen gegeben. In anderen Bundesländern sind die Vertragspartner noch zögerlich.

In den bereits veränderten Rahmenverträgen zeichnet sich eine bestimmte Tendenz dahingehend ab, die bestehenden Leistungskomplexe um einen Komplex von Betreuungsleistungen zu erweitern, um somit dem Anspruch auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen gerecht zu werden. Erkennbar ist weiterhin eine Tendenz zur Interpretation, dass die bereits in den bestehenden Verträgen verankerte „aktivierende Pflege“ hinreichend dem neuen Verständnis des Begriffs der Pflegebedürftigkeit gerecht wird und keine zusätzlichen Erweiterungen erforderlich sind. Die Tendenz zeigt sich eindeutig insbesondere darin, dass in vielen veränderten Verträgen die gleichlautende Formulierung: *„Bei den Leistungsinhalten wird nicht unterschieden, ob die Leistungen für vorrangig somatisch beeinträchtigte Pflegebedürftige oder vorrangig kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige erbracht werden. Sämtliche Hilfen sind im Rahmen der aktivierenden, ressourcenorientierten Pflege zu erbringen. Die aktivierende Pflege, einschließlich der Kommunikation mit dem Pflegebedürftigen, stellt keine eigenständige Leistung dar. Sie ist vielmehr selbstverständlicher Bestandteil aller zu erbringenden Leistungen“*.

In Nordrhein-Westfalen wurde zudem bei einzelnen Leistungskomplexen die Ergänzung vorgenommen, dass bei Beeinträchtigungen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und/oder auffälligen Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen sowie altersbedingten Krankheitsbildern zusätzlich anleitende, motivierende

und/oder auffordernde Pflege zur Erhaltung und Stärkung der Selbstversorgungspotentiale zu erbringen ist. Diese Ergänzung nimmt eine Erweiterung der bestehenden Leistungskomplexe für bestimmte Problemlagen vor.

Nach Auffassung der Auftragnehmer sind die bisher vorgenommenen Ergänzungen und Veränderungen der Landesrahmenvereinbarungen aus zwei Gründen problematisch:

1. bleibt in dieser Lesart das Leistungsspektrum auf in Leistungskomplexen organisierte Alltagsverrichtungen beschränkt. Faktisch verbergen sich jedoch hinter Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung beispielsweise kognitiver Fähigkeiten oder der Mobilität spezifische fachliche Konzepte, die in den Leistungskomplexbeschreibungen nicht zu finden sind.
2. gab es bereits in der Vergangenheit vielfältige Auseinandersetzungen um den Begriff der „aktivierenden Pflege“, die nicht dadurch gelöst werden können, der Unschärfe des Begriffs weitere Attribute wie Selbstständigkeitsförderung hinzuzufügen. Zudem wurde der Aspekt der Beeinträchtigung der Selbständigkeit und die daraus resultierende Notwendigkeit ihrer Förderung im Verlauf des Prozesses der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs deutlich umfassender diskutiert.

Eine Protokollerklärung in der neu gefassten Anlage zur Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI in Hessen deutet darauf hin, dass es auch in den Verhandlungen auf Landesebene entsprechende Bedenken gegeben hat und die Verhandlungen noch nicht abgeschlossen sind. Dort heißt es: *„Die Vertragspartner auf Landesebene haben sich auf eine grundlegende Überarbeitung dieser Vergütungssystematik im Jahr 2017 verständigt. In den diesbezüglichen Verhandlungen sollen auch die genauen Inhalte der aktivierenden Pflege geklärt werden. Es bestehen divergierende Ansichten der Vertragspartner zu der Frage, ob die Motivation, Anleitung und Schulung des Pflegebedürftigen und/oder die pflegefachliche Anleitung und Schulung seiner Pflegeperson schon bisher ganz oder teilweise Inhalt der aktivierenden Pflege waren oder nun durch die Pflegereform neu in den Leistungskatalog aufgenommen und bewertet werden müssen.“*

Aus Sicht der Auftragnehmer sollte im Vordergrund der zukünftigen Rahmenvereinbarungen das Bestreben stehen, pflegebedürftigen Menschen mit den begrenzten Mitteln der Pflegeversicherung eine Unterstützung durch ambulante Pflegedienste zukommen zu lassen, die einen möglichst großen Beitrag zur Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu leisten vermag. Die bisherige verrichtungsorientierte Vergütungssystematik hat die Weiterentwicklung pflegefachlicher Ansätze substantiell eingeschränkt und zu einer zunehmenden Diskrepanz zwischen vorhandenen Bedarfslagen und vorhandenem Leistungsangebot geführt. Vor diesem Hintergrund ist vor Festlegungen zu warnen, die – wie in der Vergangenheit – unerwünschte Nebenwirkungen nach sich ziehen.

Eine weitere Frage der vertraglichen Rahmenbedingungen betrifft die Form der Vergütung. In den bisherigen Vereinbarungen zeichnet sich ab, dass es sowohl zur Aufnahme neuer Leistungskomplexe (z. B. zu pflegerischen Betreuungsmaßnahmen), als auch zur Vereinbarung einer Zeitvergütung kommen kann. Hinsichtlich der Zeitvergütung empfiehlt es sich, diese tatsächlich als Möglichkeit einer erweiterten und flexiblen Leistungserbringung zu verstehen und nicht – wie im Pflegeneuausrichtungsgesetz geschehen – lediglich als eine andere Form zur Abrechnung von Maßnahmen der Unterstützung bei Alltagsverrichtungen. Es sei an dieser Stelle erwähnt,

dass grundsätzlich neben der Vergütung von Leistungskomplexen oder Zeiteinheiten auch andere Möglichkeiten der Vergütung zur Verfügung stehen. Dazu gehören Sachleistungsbudgets oder Fachleistungsstunden, in denen die Frage der konkreten Leistungsausgestaltung auf einer anderen Ebene zu klären wären.

Es gibt keine Hinweise auf eine Überlegenheit eines dieser Vergütungsansätze gegenüber anderen, aber es gibt Erkenntnisse, dass die alleinige Fokussierung auf Leistungskomplexe der fachlichen Weiterentwicklung keine guten Dienste leistet. Unabhängig davon, welcher Weg in den Landesrahmenverträgen beschrrieben wird, wäre es wünschenswert, dass dieser zu einer Ausweitung des Leistungsspektrums und einer damit verbundenen Ausweitung des Aushandlungsrahmens der ambulanten Pflegedienste mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen kommt. Sollte eine Erweiterung des Leistungsspektrums nicht umgesetzt werden, besteht die Gefahr, dass der Beitrag ambulanter Pflegedienste zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements an Bedeutung verlieren würde und in vielen Pflegehaushalten grundsätzlich denkbare pflegerische Unterstützungsleistungen ausbleiben würden.

2.1.3 Fachlich begründetes Verständnis pflegerischen Handelns unter dem neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit

Für die Entwicklung eines neuen Verfahrens der Qualitätsprüfung und –darstellung in der ambulanten Pflege stellt die derzeitige Situation eine Herausforderung dar, da das Prüfverfahren die geltenden Vereinbarungen ebenso zu berücksichtigen hat wie die sich durch den veränderten § 36 SGB XI ergebenden Konsequenzen. Die Auftragnehmer haben in ihrer wissenschaftlichen Konzeption für das Projekt ausgeführt, dass sie zunächst von einem fachlich begründeten Verständnis des pflegerischen Handelns unter dem neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit ausgehen werden. Wie sich pflegerische Aufgaben unter dem neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit beschreiben und strukturieren lassen, haben die Auftragnehmer in einer Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit in Grundzügen dargelegt (Wingefeld/Büscher 2017). Die darin vorgenommene Systematisierung sieht vor, pflegerische Aufgaben zu beschreiben als:

- a) bereichsübergreifende pflegerische Aufgaben (Steuerung des Pflegeprozesses, Beobachtung, Abwehr gesundheitlicher Risiken und Kommunikation)
- b) Aufgabenbeschreibungen auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (systematisiert anhand der Aktivitäten und Lebensbereiche Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte)
- c) Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und zur Reduzierung pflegebedingter Belastungen sowie
- d) Indirekte Leistungen (Maßnahmen, die keinen direkten individuellen Personenbezug aufweisen und eher organisations- und mitarbeiterbezogen ausgerichtet sind, für die pflegerische Versorgung jedoch sehr bedeutsam sind und einen erheblichen zeitlichen Aufwand nach sich ziehen).

Im Verlauf der Entwicklung des neuen Prüfverfahrens wurden viele dieser Aufgaben, die sich auch in der internationalen Literatur als wichtige Bestandteile einer qualitätsvollen ambulanten Pflege identifizieren lassen (s. Kapitel 2.2), in den Vorschlag eines

Themensets für die zukünftigen Qualitätsprüfungen aufgenommen. Verbunden war die Aufnahme in das Themenset von Beginn an mit dem Zusatz, dass für die Prüfung der mit den Aufgaben zusammenhängenden Qualitätsaspekte ein entsprechender Auftrag in Form einer mindestens mündlichen, in der Regel jedoch schriftlichen Vereinbarung zwischen dem Pflegehaushalt und dem ambulanten Pflegedienst erforderlich ist.

Nach Auffassung der Auftragnehmer entspricht das in der Expertise für das BMG skizzierte Verständnis pflegerischer Aufgaben der seit dem 01.01.2017 geltenden Fassung des § 36 SGB XI. Es stellt eine dringend notwendige Erweiterung des Leistungsspektrums der ambulanten Pflege dar und zeigt einen Weg zur Überwindung der Engführungen im Leistungsspektrum durch den alten Begriff der Pflegebedürftigkeit. Ob diese Auffassung von den jeweiligen Vertragsparteien geteilt wird, lässt sich nicht mit Gewissheit sagen und kann im Rahmen der Entwicklung eines neuen Verfahrens für die zukünftige Qualitätsprüfung auch nur bedingt geklärt werden.

Dennoch bedarf es eines Rahmens, in dem eine vertragliche Vereinbarung zwischen Pflegehaushalt und Pflegedienst zu den in der BMG-Expertise skizzierten pflegerischen Aufgaben und den im vorliegenden Entwurf für ein neues Qualitätsprüfverfahren ausgewiesenen Qualitätsaspekten möglich ist. Dazu wäre es erforderlich, dass die auf Landesebene zu vereinbarenden Rahmenvereinbarungen für die ambulante Pflege die Vereinbarung dieser Leistungen ermöglichen. Aus Sicht der Auftragnehmer wird es erforderlich sein, die Rahmenvereinbarungen in diesem Sinne zu ändern. Diese Auffassung ist nicht in den veränderten Inhalten durch den hier vorgelegten Entwurf für ein neues Qualitätsprüfverfahren begründet, sondern leitet sich aus den Inhalten des § 36 SGB XI ab, der ein entsprechendes Leistungsspektrum vorsieht. Sobald eine Möglichkeit zur Vereinbarung der entsprechenden Leistungen durch die Rahmenvereinbarungen ermöglicht wird, gäbe es diesbezüglich keine weiteren Unsicherheiten. Da der Zeitpunkt veränderter Rahmenvereinbarungen jedoch nicht vorhergesehen werden kann und zudem zu erwarten ist, dass er zwischen den einzelnen Bundesländern nicht synchron verlaufen wird, stellt sich die berechtigte Frage, wie bis zu diesem Zeitpunkt mit der Maßgabe umzugehen ist, dass einige der im neuen Prüfverfahren vorgeschlagenen Qualitätsaspekte der Vereinbarung mit dem Pflegehaushalt bedürfen, bevor sie Eingang in die Prüfung finden können.

Bereits heute existiert in einigen Bundesländern die Möglichkeit der Zeitvergütung für die durch ambulante Pflegedienste erbrachten Leistungen. Sofern die Zeitvergütung eine tatsächliche Flexibilität im Leistungsgeschehen vorsieht und nicht lediglich eine andere Form der Vergütung für verrichtungsorientierte Leistungen ist, wäre es unter dieser Voraussetzung möglich, dass der Pflegedienst und der Pflegehaushalt auf Basis der im Rahmen eines Erstbesuchs vorgenommenen Einschätzungen unterschiedliche Leistungen vereinbaren können, zu denen auch Leistungen im Sinne der „pflegerischen Aufgaben auf der Grundlage des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit“ gehören. In diesem Fall wären es weniger die Bedingungen der Rahmenverträge, die entsprechende Vereinbarungen zwischen Pflegehaushalt und Pflegedienst ermöglichen oder verhindern, sondern es wäre eine Frage der konzeptionellen Grundlagen des ambulanten Pflegedienstes und der Beratung des Pflegehaushalts zur Inanspruchnahme von Leistungen für individuell vorliegende Bedarfslagen, die zum Abschluss von Vereinbarungen über die Leistungen der ambulanten Pflegedienste führen würden.

Aber auch das vorherrschende Leistungsspektrum der ambulanten Pflege, das sich in der Regel in einer Liste verschiedener Leistungskomplexe konkretisiert, verfügt über Möglichkeiten zur Vereinbarung von Leistungen zwischen Pflegehaushalt und Pflegedienst. Die Auftragnehmer haben eine Synopse der Rahmenvereinbarungen für die ambulante Pflege nach § 75 Abs. 1 SGB XI vorgenommen. Trotz teilweise unterschiedlicher Bezeichnungen umfassen die Leistungskomplexe Qualitätsaspekte, die im hier vorgelegten Entwurf aufgegriffen wurden und Bestandteil der Qualitätsprüfung bei entsprechender Vereinbarung mit dem Pflegehaushalt sein können. So sind Leistungen zur Unterstützung bei der Körperpflege, bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme oder bei der Ausscheidung bereits Inhalt des bestehenden Leistungsspektrums. Mit Einschränkungen gilt dies zudem für die Unterstützung bei der Mobilität und die Anleitung und Beratung von Angehörigen oder pflegebedürftigen Menschen.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass der Entwurf des neuen Prüfverfahrens auf einem Pflegeverständnis basiert, wie es seit dem 01.01.2017 im geänderten § 36 SGB XI zum Ausdruck kommt. Es ist somit für eine zu erwartende Erweiterung des Leistungsspektrums geeignet. Gleichzeitig lassen sich die meisten der im Prüfverfahren vorgesehenen Qualitätsaspekte bereits unter den aktuellen Rahmenbedingungen der Leistungserbringung als Leistungen zwischen Pflegehaushalt und Pflegedienst vereinbaren, so dass nicht die Gefahr besteht, dass das neue Prüfverfahren ohne weitere Vertragsverhandlungen nicht anwendbar wäre.

2.1.4 Leistungsspektrum der ambulanten Pflege – Häusliche Krankenpflege

Die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung sind niedergelegt in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege – kurz: HKP-Richtlinie. Die Überlegungen in diesem Projekt orientieren sich an der Fassung, die im April 2018 in Kraft getreten ist (G-BA 2018).

Gemäß der HKP-Richtlinie umfasst die häusliche Krankenpflege Maßnahmen der Behandlungspflege, die der ärztlichen Behandlung dienen und an Pflegefachkräfte delegiert werden können, Maßnahmen der Grundpflege und Maßnahmen der hauswirtschaftlichen Versorgung. Letztere weisen eine hohe Überschneidung mit Leistungen aus dem Bereich des SGB XI auf und bedurften im Rahmen dieses Projekts zur Entwicklung eines neuen Prüfverfahrens keiner gesonderten Betrachtung.

Die Leistungen der Behandlungspflege umfassen Maßnahmen unterschiedlicher Komplexität und Dauer. Einige können als einfach zu erlernen und durchzuführen beschrieben werden (wie z.B. Nr. 10 „Blutdruckmessung“). Andere (wie z.B. Nr. 7 „Anleitung bei der Behandlungspflege“) sind deutlich breiter angelegt und erfordern kommunikative und Beratungskompetenzen oder spezielle Kenntnisse (z.B. Nr. 8 „Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts“ oder Nr. 27a „Psychiatrische Krankenpflege“).

Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen verordnenden Ärzten und ambulanten Pflegediensten geht die Richtlinie unmissverständlich von einem Delegationsmodell aus, nach dem ärztlicherseits die Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege festzustellen (§ 3, Abs. 1), Beginn, Häufigkeit und Dauer festzulegen (§ 3, Abs. 2) und der Erfolg der verordneten Maßnahme zu prüfen ist (§ 5, Abs. 1).

Entsprechend liegt auch die Koordination der Zusammenarbeit beim Vertragsarzt bzw. der Vertragsärztin. Die Pflichten der ambulanten Pflegedienste sind auf die Berichtspflicht bei Veränderungen der häuslichen Pflegesituation, aufgrund der häuslichen Krankenpflege, beschränkt. Entscheidungen über notwendige Maßnahmen, die sich aus Veränderungen ergeben, werden ausschließlich von den Vertragsärzten getroffen.

Es ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die Ausführungen der HKP-Richtlinie zwar recht unmissverständlich sind, seit Jahren in der Praxis bestehende Probleme jedoch weitgehend ausblenden. So haben Ewers und Schaeffer (1999) auf Probleme hingewiesen, die aus ambulanten Pflegediensten berichtet wurden, wenn es um die Ausstellung von Verordnungen häuslicher Krankenpflege geht. Zwar wäre dieser mittlerweile 18 Jahre alte Befund auf seine Aktualität zu überprüfen, aber er verweist auf eine problematische Situation. Die bestehenden Regelungen zur häuslichen Krankenpflege sind unter Qualitätsgesichtspunkten unproblematisch, solange es zwischen Pflegedienst, Pflegehaushalt und behandelndem Arzt eine weitgehende Übereinstimmung in der Einschätzung der anzugehenden Problemlagen gibt. Ist dies nicht der Fall, sind Konflikte vorprogrammiert. Formal lassen sich diese Auseinandersetzungen damit lösen, dass die ambulanten Pflegedienste verdeutlichen müssen, dass sie den Arzt auf bestimmte Beobachtungen und Einschätzungen hingewiesen haben und damit nicht weiter verantwortlich gemacht werden können. Sie hätten damit ihrer Pflicht Genüge getan, da die Gesamtverantwortung gemäß der HKP-Richtlinie bei den Vertragsärzten liegt. Im schlechtesten Fall kann das jedoch bedeuten, dass der kranke oder pflegebedürftige Mensch keine Leistungen erhält, die in seiner Situation notwendig sein könnten. Ob die in der HKP-Richtlinie festgeschriebene alleinige Beurteilung relevanter Sachverhalte ärztlicherseits bei gleichzeitig nicht vorgesehener eigenständiger Bewertung durch die Pflege dauerhaft zielführend im Sinne einer qualitätsvollen Versorgungsgestaltung ist, sollte jedoch diskutiert werden.

Für die Entwicklung der Qualitätsprüfungen und -darstellung der ambulanten Pflege entscheidend ist vor diesem Hintergrund die beim Pflegedienst liegende Durchführungsverantwortung für die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. Die Verantwortung für die Feststellung der Voraussetzung einer Verordnung, die Festlegung von Beginn, Häufigkeit und Dauer sowie die Prüfung des Erfolgs der Maßnahme liegt bei den verordnenden Vertragsärzten. Entsprechend ist für das neue Prüfverfahren der Inhalt der Durchführungsverantwortung maßgeblich, weitergehende Fragen der Sicherstellung der ambulanten Versorgung, wie beispielsweise unterschiedliche Auffassungen zwischen verordnendem Arzt und ambulanten Pflegedienst über die Notwendigkeit einer Verordnung und die daraus resultierenden Folgen für den Empfänger der entsprechenden Leistungen gehören nicht in den Bereich der Qualitätsprüfung und wären an anderer Stelle zu diskutieren und zu lösen.

Im Rahmen des neuen Prüfverfahrens soll die Prüfung der Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege zunächst drei Aspekte umfassen:

- a) die Übereinstimmung zwischen Verordnung und Durchführung der Maßnahme
- b) die notwendige Kommunikation zwischen Pflegedienst und Arzt und
- c) die Frage, ob die verordneten Maßnahmen dem aktuellen Stand der Erkenntnisse entsprechend sachgemäß und korrekt durchgeführt werden.

Da die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung jedoch nicht nur durch die HKP-Richtlinie, sondern auch durch weitere Festlegungen bestimmt werden, müssen

auch diese einbezogen werden. Relevant sind zum einen die bestehenden Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zur Durchführung häuslicher Krankenpflege nach § 132a Abs. 4 und zum anderen die parallel zu den Entwicklungsarbeiten in diesem Projekt verabschiedete Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V über die Durchführung und den Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen gemäß § 275 SGB V von Leistungserbringern mit Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege - QPR-HKP). Die QPR-HKP in der Fassung vom 27.11.2017 wird seit dem 01.01.2018 verbindlich im Rahmen der Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienst angewandt.

Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V

Hinsichtlich der Inhalte der Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V wurden Recherchen im Rahmen dieses Projektes durchgeführt, durch die eine große Vielzahl von Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V identifiziert und analysiert werden konnten. Obwohl relativ schnell deutlich wurde, dass die Verträge nicht nur zwischen den Bundesländern hinsichtlich zentraler Vertragsbestandteile variierten, sondern Differenzen auch innerhalb eines Bundeslandes bestehen, wurde aus jedem Bundesland wenigstens ein Vertrag in die Gesamtbetrachtung aufgenommen. Insgesamt wurden 25 – 30 Verträge näher analysiert. Hinzugezogen wurde zudem die Bundesrahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege vom 10.12.2013. Zusammenfassend ergab die Analyse ein sehr heterogenes Bild der bestehenden Verträge zur Durchführung häuslicher Krankenpflege in Deutschland. So bestehen zwischen den einzelnen analysierten Verträgen erhebliche Unterschiede in Bezug auf:

- die Vorhaltung von Sachmitteln
- die personellen Voraussetzungen und Qualifikationen der fachlichen Leitung
- die Qualifikation der stellvertretenden Leitung
- die Voraussetzungen der die Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege durchführenden Pflegekräfte
- die personelle Mindestausstattung und
- die Fort- und Weiterbildung

Die Bundesrahmenempfehlung trägt ebenfalls nicht zu einer Homogenisierung der Voraussetzungen für die Durchführung häuslicher Krankenpflege bei, da sie sich lediglich auf die Anerkennung der verantwortlichen Pflegefachkraft, die Ordnungs- und Genehmigungsverfahren sowie die Abrechnungsverfahren erbrachter Leistungen, einschließlich des Datenträgeraustauschs bezieht.

Insgesamt besteht somit eine recht unbefriedigende Situation in der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege. Es ist vor diesem Hintergrund praktisch nicht möglich, sich einen stimmigen Überblick über das Leistungsgeschehen in der häuslichen Krankenpflege zu verschaffen und Aussagen zu angemessenen Voraussetzungen der Leistungserbring zu treffen, die nicht zu bestehenden Verträgen im Widerspruch stehen. Besonders bedenklich erscheint es, dass gleiche Maßnahmen/Leistungen aus der bundeseinheitlichen HKP-Richtlinie auf Länderebene von Personen mit sehr unterschiedlichen Qualifikationsstufen erbracht werden. In der Konsequenz führen die vertraglichen Festlegungen dazu, dass Formen der Leistungserbringung in einem Bundesland in einem anderen Bundesland als nicht zulässig anzusehen wären, weil das

für die Durchführung der HKP-Maßnahmen vorgesehene Qualifikationsniveau der durchführenden Pflegekräfte vertraglich unterschiedlich vereinbart wurde.

Insgesamt ist festzuhalten, dass eine ausführlichere Diskussion über wünschenswerte Rahmen- und Vertragsbedingungen für die Durchführung der häuslichen Krankenpflege dringend geboten erscheint. Sie kann jedoch nicht im Rahmen dieses Projekts geleistet werden. Für die Entwicklung des neuen Qualitätsprüfverfahrens kann aus dieser unbefriedigenden Situation nur eine pragmatische Lösung gefunden werden, die im Wesentlichen eine Bestätigung des Status Quo bedeutet. Danach wären im Rahmen der Qualitätsprüfung durch den ambulanten Pflegedienst die für ihn geltenden Vertragsbedingungen nach § 132a Abs. 4 SGB V vorzulegen und die darin enthaltenen Vereinbarungen hinsichtlich der Qualifikation der mit der Durchführung beauftragten Pflegekräfte und weiterer Voraussetzungen zur Leistungserbringung als maßgeblich für die Qualitäts- und Abrechnungsprüfung anzusehen. Dieses Vorgehen wird bis auf weiteres für die zukünftigen Qualitätsprüfungen empfohlen, da nicht absehbar ist, ob es mittelfristig zu einer Harmonisierung der Vertragsgrundlagen kommen wird. Angesichts der Heterogenität der bestehenden Verträge erscheint das derzeit unwahrscheinlich zu sein.

Erhöht wird die Komplexität der vertraglichen Grundlagen der Leistungserbringung zur häuslichen Krankenpflege noch durch ergänzende Vereinbarungen zwischen den Leistungsträgern und Leistungserbringern zu den spezialisierten Formen der häuslichen Krankenpflege, wie z.B. der ambulanten außerklinischen Intensivpflege, der psychiatrischen ambulanten Pflege und ggf. weiterer. Diese sind hinsichtlich der Festlegung struktureller und inhaltlicher Anforderungen – soweit das im Rahmen dieses Projekts festgestellt werden konnte - ebenfalls sehr heterogen. Entsprechend gilt für die Prüfung dieser sehr aufwändigen Formen der häuslichen Krankenpflege das gleiche Prinzip wie für die anderen Formen, nach dem zu Beginn der Qualitätsprüfung die bestehenden vertraglichen Grundlagen festgestellt und als maßgeblich für die Prüfung angesehen werden.

Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege – QPR-HKP

Abschließend zu berücksichtigen ist die QPR-HKP vom 27.09.2017 in der Fassung vom 27.11.2017, die seit dem 01.01.2018 maßgeblich für die Qualitätsprüfung in der ambulanten Pflege ist. Gemäß dieser Richtlinie soll den Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste ein beratungsorientierter Prüfansatz zugrunde liegen. Sie sollen eine Einheit aus Prüfung, Beratung und Empfehlung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung bilden. Als Informationsquellen sind insbesondere die Dokumentation und die Beobachtung während der Prüfung vorgesehen, ergänzt durch die Befragung des pflegebedürftigen Menschen oder der Angehörigen sowie Auskünfte der Mitarbeiter/innen ambulanter Pflegedienste. Die personenbezogene Prüfung im Rahmen der QPR-HKP soll durch Inaugenscheinnahme und Auswertung der Pflegedokumentation erfolgen. Die QPR-HKP enthält darüber hinaus Vorgaben zur Durchführung einer Abrechnungsprüfung, die im Zusammenhang mit der Qualitätsprüfung durchzuführen ist.

Die Auftragnehmer haben sich eingehend mit der QPR-HKP befasst und sie vor allem im Hinblick auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu den Überlegungen zum neuen Prüfverfahren analysiert. Aus der Perspektive der Auftragnehmer hat sich vor dem Hintergrund des eigenen Auftrags die Frage gestellt, warum die Entwicklung der

QPR-HKP und die Entwicklung des neuen Qualitätsprüfverfahrens nicht mehr miteinander harmonisiert wurden. Im Sinne der Ressourcenschonung hätte sich eine stärkere Verzahnung durchaus angeboten. Schwerwiegender erscheint die „Doppelung“ der Entwicklungsprozesse jedoch für die ambulanten Pflegedienste und die Prüferinnen und Prüfer zu sein, die sich vermutlich auf weitere Neuerungen einstellen müssen, was die Akzeptanz für ein neues Prüfverfahren und die Verfahrenssicherheit aller beteiligten Akteure nicht erhöhen wird.

Unabhängig davon wurde die geltende Fassung der QPR-HKP insbesondere für das Verfassen der Ausfüllanleitung zum neuen Prüfverfahren herangezogen. Gerade die vielfältigen verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege erforderten spezifischere Hinweise für die Prüfung, die in der QPR-HKP bereits vorliegen und entsprechend umfangreich Eingang in die Ausfüllanleitung (s. Anhang 3) gefunden haben.

2.1.5 Zusammenarbeit mit und Unterstützung von pflegenden Angehörigen

Neben den vertraglichen Rahmenbedingungen gehört zur Realität der ambulanten Pflege jedoch auch, dass sich das Handeln der Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste in der Wohnung pflegebedürftiger Menschen abspielt, in der sie lediglich zu Gast sind und auf deren Beschaffenheit sie nur einen sehr begrenzten Einfluss haben. Der größte Teil der Pflege im häuslichen Umfeld wird nach wie vor von Familienmitgliedern und anderen informellen Helfern geleistet. Wird ein ambulanter Pflegedienst in Anspruch genommen, so stellen sich für die Leistungserbringung entsprechend immer Fragen nach dem Verhältnis und der Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen und anderen in die Pflegesituation involvierten Personen.

2015 wurden knapp 2,1 Mio. pflegebedürftige Menschen in ihrer häuslichen Umgebung versorgt. 692.000 nahmen die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch, 1,38 Mio. werden von Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder Bekannten ohne weitere professionelle Hilfe versorgt (Statistisches Bundesamt 2017, Schneekloth 2017), wobei die direkten Familienangehörigen den größten Anteil dieser informellen Hilfe ausmachen, einer Unterstützung die nicht im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit, sondern auf Basis einer sozialen Beziehung erfolgt.

Allein die Zahlen verdeutlichen das Ausmaß der informell erbrachten Hilfen, die trotz mittlerweile langjähriger Prognosen, die einen Rückgang des informellen Pflegepotenzials vorhersagen, in ihrer absoluten Anzahl nach wie vor steigen. Sie zeigen, dass eine stärkere Inanspruchnahme formeller Hilfen durch ambulante Pflegedienste oder andere Dienstleistungserbringer erhebliche Herausforderungen für das Pflegesystem darstellen würden. Ob die Pflegeinfrastruktur diesen Herausforderungen gewachsen wäre, darf bezweifelt werden. Unstrittig ist jedoch, dass es zur Bewältigung der Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld nicht nur einer Unterstützung pflegebedürftiger Menschen bedarf, sondern auch einer Begleitung und Unterstützung pflegender Angehöriger, zu der auch ambulante Pflegedienste einen Beitrag leisten können. Allerdings bedarf die Unterstützung pflegender Angehöriger durch ambulante Pflegedienste bestimmter Voraussetzungen. Dazu gehört zunächst, dass sich die Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste für diese Aufgabe verantwortlich fühlen. Um die Verantwortung wahrzunehmen, bedarf es einer entsprechenden Kompetenz der Pflegefachkräfte und eines leistungsrechtlichen Rahmens, der diesen Beitrag ambulanter Pflegedienste abzubilden vermag.

Als Aufgaben zur Unterstützung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz und zur Reduzierung pflegebedingter Belastungen lassen sich beispielsweise die systematische Einschätzung der Pflegekompetenz, Ressourcen, Lernvoraussetzungen und Belastungssituation pflegender Angehöriger sowie Hilfen in Form von Aufklärung, Beratung und Anleitung zur Verbesserung der Pflegekompetenz, Reduzierung von pflegebedingten Belastungen, Minimierung von Störungen des Familienalltags und zur Einbeziehung weiterer Personen in die Versorgung des Pflegebedürftigen beschreiben.

Unabhängig davon, ob es gelingt, eine wirksame Unterstützung pflegender Angehöriger zu leisten, sind ambulante Pflegedienste in vielen Haushalten mit der Präsenz familialer oder anderer informeller Helfer konfrontiert. In der Regel ist die Präsenz des ambulanten Pflegedienstes im Haushalt gegenüber der Präsenz der pflegenden Angehörigen deutlich kürzer und beläuft sich vielfach auf Besuche von vielleicht 15-60 Minuten am Tag. Anders gelagert ist die Situation in komplexen häuslichen Pflegearrangements, wie z.B. in der häuslichen Intensivpflege, in der die ambulanten Pflegedienste vielfach eine 24-stündige Präsenz gewährleisten.

In allen denkbaren Konstellationen ist das Ergebnis des Pflegeprozesses immer vor dem Hintergrund des Zusammenwirkens der informellen und formellen Pflege zu betrachten. Dieses Zusammenwirken ist Gegenstand vielfältiger Untersuchungen gewesen. Eine Erkenntnis dieser Studien (z.B. Twigg/Atkin 1994; Ward-Griffin/McKeever 2000; Büscher 2007) ist, dass die Einschaltung professioneller Pflege nicht immer eine Verbesserung oder Stabilisierung einer Pflegesituation mit sich bringt und sich das Verhältnis von formeller und informeller sehr spannungsreich gestalten kann. Die Gründe dafür sind vielfältig und reichen von unterschiedlichen Einschätzungen bis hin zu einer Auseinandersetzung über die Definitionsmacht der Pflegesituation. Die formelle Pflege sieht in den Angehörigen oftmals eine Konkurrenz und betrachtet sie in einer instrumentellen Art und Weise als Unterstützung des professionell definierten Pflegeprozesses. Allerdings finden sich auch Ansätze zu einer konstruktiven Betrachtung des Verhältnisses formeller und informeller Helfer. So haben Ward-Griffin und McKeever (2000) die Zusammenarbeit auf der Basis von unterschiedlichen Rollen beschrieben. Sie unterscheiden eine „nurse-helper“-Beziehung, in der die Pflegefachkräfte den größten Teil der anfallenden Aufgaben übernehmen und darin von den pflegenden Angehörigen unterstützt werden, eine „co-worker“-Beziehung mit gleichberechtigten Rollen und eine „nurse-manager“-Beziehung, in der die Pflegefachkräfte eine eher supervidierende Rolle übernehmen. Voraussetzung für eine gelingende Kooperation zwischen der formellen und informellen Pflege bleibt die grundsätzliche Berücksichtigung und Wertschätzung des jeweils geleisteten Beitrags.

Als weitere Herausforderung im Zusammenspiel von formeller und informeller Pflege hat sich in den letzten Jahren die Situation herausgestellt, die in Haushalten mit osteuropäischen Haushalts- oder Pflegehilfen anzutreffen ist. Ohne die Komplexität dieses Zusammenwirkens an dieser Stelle ausführen zu wollen, ist es für die Frage der Qualität ambulanter Pflegedienste bedeutsam, dass in diesen Pflegearrangements ein weiterer Einflussfaktor anzutreffen ist, der bei der Gesamtbetrachtung der Qualität von Bedeutung ist.

Für die Frage der Qualitätsbeurteilung sind zusammenfassend zwei Aspekte von Bedeutung. Zum einen besteht die Anforderung an ambulante Pflegedienste, im Rahmen des Pflegeprozesses einvernehmlich mit Angehörigen zusammenzuarbeiten

und sie zu unterstützen. Inwiefern ihnen das gelingt, ist ein nicht unbedeutender Qualitätsaspekt. Zum anderen impliziert die Präsenz und Eingebundenheit informeller Pflegepersonen, dass diese ebenfalls eine hohe Verantwortung für das Gesamtergebnis der häuslichen Pflege tragen. Der ambulante Pflegedienst kann nur soweit zur Qualität des Gesamtarrangements beitragen, wie er durch den Pflegehaushalt in Anspruch genommen wird und wie die Bemühungen des Pflegedienstes nicht im Widerspruch zu Handlungen anderer Berufsgruppen oder informeller Pflegepersonen stehen.

2.2 Übersicht nationaler und internationaler Ansätze zur Qualität in der ambulanten Pflege

Methodisches Vorgehen bei der Literatursuche

Zur Identifikation möglicher Themen und Vorgehensweisen für Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege wurde eine Literatur- und Materialrecherche zu nationalen und internationalen Arbeiten zur Qualität in der ambulanten Pflege durchgeführt. Die leitenden Fragestellungen für die Recherche waren darauf ausgerichtet, Hinweise auf Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität im ambulanten Bereich zu erhalten. Zudem wurde nach spezifischen Bewertungssystemen und Darstellungsformen der Pflegequalität gesucht.

Die Recherche wurde durchgeführt in den nationalen und internationalen Datenbanken LIVIVO, Pubmed, CINAHL, Science, OVID, Cochrane und den Datenbanken der OECD und des ZQP. Bei der Recherche wurden deutsch- und englischsprachige Suchbegriffe verwendet:

- Suchbegriffe in Deutsch: Pflege, Ambulante Pflege, Gemeindepflege, ambulante Pflegedienste, Langzeitpflege, Qualität, Qualitätsverbesserung, Qualitätsmessung, Qualitätsbewertung, Darstellung, Ergebnisse, Prüfung/Prüfungsinstrument, Kriterien, Indikatoren, Pflegesensitivität
- Suchbegriffe in Englisch: Nursing, caring, Home care, ambulatory care, outpatient care, community care, services, Long term care, Quality of care, Improvement of care, quality measurement, evaluation, monitoring, test, check, quality assessment, rating, score, valuation, evaluation, control, monitoring, appraisal, Presentation, performance, rating, Results, findings, outcomes, Examination, inspection, audit, verification, Instrument, objectives, evaluation tool, Objectives, values, indicator, criteria, nursing-sensitive indicator

Die einzelnen Begriffe wurden mit ‚AND‘ bzw. ‚OR‘ miteinander verknüpft. Diese Methode ergab in den unterschiedlichen Datenbanken eine große Anzahl von Treffern (insgesamt 58.000) und musste auf relevante Literatur reduziert werden. Eingeschlossen wurden deutsch- und englischsprachige Arbeiten ab dem Jahr 2000, auf die die Möglichkeit des unmittelbaren Zugriffs in Form eines Abstracts oder des Volltexts bestand.

Darüber hinaus wurden Dopplungen, die sich durch die Suche in verschiedenen Datenbanken ergaben, verworfen. Nach erster Sichtung der Abstracts konnten einzelne Dokumente aufgrund von fehlendem Bezug zum Thema aussortiert werden. Letztlich wurden auf diesem Weg insgesamt 65 Dokumente in die Analyse eingeschlossen. Parallel zur Suche in Datenbanken erfolgte eine gezielte Recherche zu Verfahren der Qualitätsprüfung und -darstellung der ambulanten Pflege in anderen Ländern. Da

diese Informationen in wissenschaftlichen Datenbanken nur in begrenztem Umfang zu finden sind, musste auf Selbstdarstellungen auf Internetseiten von Ministerien und Verbänden zurückgegriffen werden. Einbezogen werden konnten auch hier nur Informationen in deutscher und englischer Sprache.

Die analytische Zusammenfassung der identifizierten Artikel und Dokumente erfolgte auf Basis eines Rasters, in dem zunächst die Bezeichnung und eine differenzierte Beschreibung des Inhalts vorgenommen wurden, der im Rahmen der Qualitätsbewertung ambulanter Pflegedienste betrachtet werden könnte. Im Anschluss wurden Informationen zur Beschreibung der Herkunft des Themas oder zum Anwendungsbereich des Qualitätsaspekts erfasst. Sofern vorhanden und ausgewiesen wurden die Methode der Bewertung und Hinweise zur Darstellungsform herausgearbeitet. Abgeschlossen wurde die Zusammenfassung mit Hinweisen auf Literatur und Forschungsergebnisse, die jedoch nur für eine begrenzte Zahl der Hinweise vorlagen.

2.2.1 Zusammenfassende Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Analyse ergab recht schnell eine Vielzahl an Themenbereichen und Einzelthemen, die im Zusammenhang mit der Qualität ambulanter Pflege diskutiert werden. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die im ersten Analyseschritt identifizierten Themen.

Tab. 1: Themenbereiche nach erster Sichtung

Pflegearrangement	Prophylaxen
Gelingender Alltag	Soziale Betreuung
Lebensweltorientierung	Behandlungspflege
Assessment	Sicherheit, präventionsrelevante Risiken
Beziehungsarbeit	Umgang mit krankheits- und therapiebedingten
Mobilität	Anforderungen und Belastungen
Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	Wohlbefinden, Alterswohl
Umgang mit Demenz	Beratung, Edukation
Körperpflege	Fachkompetenz
Inkontinenz	Kontinuität
Hygienemanagement	Versorgungskoordination
Berücksichtigung individueller Wünsche	Pflegeprozess, Dokumentation
Fachliche Anleitung/Überprüfung Pflegehilfskräfte	Zielgerichtetheit
	Teilhabe

Die ersten Themenbereiche, die sich mit Fragen der Beschaffenheit von Pflegearrangements, den Bedingungen eines gelingenden Alltags in der häuslichen Pflege und der Forderung einer stärkeren Lebensweltorientierung in der Pflege befassen, sind Gegenstand einer Perspektivenwerkstatt des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) gewesen. Darin wurde auf die für den Kontext der ambulanten Pflege viel zitierten Arbeiten von Nolan et al. (2001) aus Großbritannien Bezug genommen, die sich mit Kriterien der Qualität pflegerischer Beziehungen aus Sicht pflegebedürftiger Menschen, ihren Angehörigen und den Mitarbeitern professioneller Dienste befassen.

Verschiedene Autoren haben sich mit sicherheitsrelevanten Aspekten der ambulanten Pflege befasst, wobei das Spektrum der sicherheitsrelevanten Themen sehr umfassend ist. So nehmen Braeseke et al. (2015) Aspekte pflegerelevanter Risiken und Symptome, wie Inkontinenz, chronische Schmerzen, Ernährungsmangel und das Sturzrisiko auf. Sie beschreiben die Vermeidung von Komplikationen als pflegerischen Auftrag. Unter Präventionsgesichtspunkten sind auch Fragen der Hygiene und

des hygienischen Arbeitens diskutiert worden (Hasseler et al. 2015) und es wurde die fachliche Expertise als wesentlicher Faktor der Infektionsprävention beschrieben (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut (KRINKO) 2005).

Als bedeutsamer Qualitätsaspekt werden auch Fragen der Mobilitätsförderung und Vermeidung von Immobilität angesehen. Bewegungseinschränkungen werden dabei als ein typisches Profilvermerkmal bei Pflegebedürftigkeit mit vielfältigen Auswirkungen auf andere Lebensaktivitäten beschrieben (Schneekloth 2009). Rode (2016) hält fest, dass der Wunsch nach dem Verbleib im häuslichen Umfeld selbst bei stark eingeschränkter Mobilität bei älteren Menschen gegeben ist. Diesem Wunsch kann jedoch nur bei einer entsprechenden Unterstützung im häuslichen Umfeld entsprochen werden (Wirtz 2007; Gellenbeck et al. 2012). Nicht zuletzt verdeutlicht sich die Bedeutung der Mobilität an der Beauftragung zur Entwicklung eines Expertenstandards nach § 113a SGB XI. Der Entwurf dieses Expertenstandards gibt eine Vielzahl von Hinweisen auf pflegefachliche Ansatzpunkte zur Förderung der individuellen Mobilität.

In den Blick genommen werden hinsichtlich der Qualität der Pflege verschiedene Aspekte der Selbstversorgung. Der Anteil älterer Menschen, die Unterstützung bei der Nahrungs- (45%) und Flüssigkeitsaufnahme (63%) in privaten Haushalten erhalten haben (Kiesewetter 2013), verdeutlicht das Ausmaß des bestehenden Unterstützungsbedarfs in diesem Bereich. Vor dem Hintergrund, dass die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme in einem direkten Zusammenhang mit dem subjektiven Wohlbefinden und dem Gesundheitszustand stehen, sind sie unter Qualitätsgesichtspunkten von hoher Bedeutung. Der mögliche Beitrag der ambulanten Pflege ist im Expertenstandard zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege konkretisiert (DNQP 2017).

Psychische Erkrankungen und damit zusammenhängende Verhaltensauffälligkeiten sind auch in der ambulanten Pflege eine große Herausforderung. Durch die Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit spielen sie nun bei der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit eine stärkere Rolle als zuvor. In der Praxis war ein Umgang mit entsprechenden Problemlagen, die sich beispielsweise aus einer Demenz oder Depression – den häufigsten psychischen Erkrankungen älterer Menschen (Robert-Koch-Institut (RKI) 2015) – immer schon eine der wesentlichen fachlichen Herausforderungen, der in Form von Betreuung, Beaufsichtigung und anderen fachlichen Maßnahmen begegnet werden kann.

Die Berücksichtigung krankheitsbedingter Anforderungen und Belastungen unter einer Qualitätsperspektive begründet sich durch die seit Jahren zunehmende Anzahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität. Braeseke et al. (2015) konstatieren einen Anteil von 80% der Personen über 70 Jahre, die an zwei oder mehr Erkrankungen leiden. Bei 25% sind es sogar fünf oder mehr Erkrankungen. Da Multimorbidität in der Regel Beeinträchtigungen der Selbstversorgung nach sich zieht, eine erhöhte Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsangebote erfordert und vielfach mit einem Verlust von Lebensqualität und Autonomie einhergeht (RKI 2015), sollte ihnen durch kompensatorische Maßnahmen sowie Beratung oder Förderung der Selbstmanagementkompetenzen begegnet werden.

Neben den personenbezogenen Aspekten spielen auch Fragen des Qualitätsmanagements und andere quer zu einzelnen Themenbereichen verlaufende Aspekte eine Rolle. So weisen Hasseler et al. (2016) darauf hin, dass zu einem fachgerechten Handeln die Dokumentation gehört. Diese ist in den letzten Jahren insbesondere in

Deutschland intensiv diskutiert worden. Angestoßen durch die ehemalige Ombudsfrau für die Entbürokratisierung der Pflege, Elisabeth Beikirch, und politisch durch den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann weiter verfolgt, konnte durch das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation ein praktikables Modell entwickelt werden, das einen Impuls für fachliche Weiterentwicklungen enthält und grundlegenden fachlichen und juristischen Ansprüchen genügt. Für Fragen der Dokumentation in der ambulanten Pflege kann daher auf dieses Modell (Beikirch et al. 2017) zurückgegriffen werden.

Eine wichtige Rolle bei der Recherche und Analyse hat die Auseinandersetzung mit möglichen Indikatoren für die ambulante Pflege gespielt. Deutlich wurde in der Recherche, dass Indikatoren für stationäre Pflegesettings deutlich häufiger in der Literatur zu finden sind. Dennoch konnten sechs Bereiche identifiziert werden, zu denen Indikatoren für die ambulante Pflege beschrieben sind.

- Indikatoren zur Nutzer-, Patienten- oder Angehörigenzufriedenheit (OECD/European Commission 2013; Cohen et al. 2000; Spilsbury et al. 2011; Dubious et al. 2017; Martinez et al. 2015)
- Indikatoren zur Partizipation, Patienten- oder Angehörigenbeteiligung (Hasson/ Arnetz 2006; Moulin et al. 2010; Dubious et al. 2017; Rapin et al. 2015)
- Indikatoren zu Respekt und Würde (OECD/European Commission, 2013; Spilsbury et al, 2011)
- Indikatoren zur Lebensqualität (Moulin et al. 2010; Rapin et al. 2015; ZQP 2011)
- Indikatoren zum Funktions- beziehungsweise Gesundheitsstatus (Foebel et al. 2015; OECD/European Commission 2013; Nakrem et al. 2009; Rapin et al. 2015; ZQP 2011; Carpenter et al. 2004; Frijters et al. 2007)
- Indikatoren zur Kontinuität der Versorgung (Rapin et al. 2015; Dubios et al. 2017; Moulin et al. 2010)

Besonders erwähnt seien an dieser Stelle zwei breit angelegte und umfangreiche Recherchen zur Bewertung von Qualitätsdimensionen und Indikatoren zur Qualitätsmessung, die in den letzten Jahren in Deutschland durchgeführt worden sind. Zum einen handelt es sich um eine Recherche an der Universität Bremen (Hasseler et al. 2013), die vor der gleichen Herausforderung bei der Darstellung möglicher Indikatoren stand, wie sie in diesem Projekt anzutreffen sind. In der Arbeit wurde ein Ansatz zur Systematisierung von Indikatoren anhand von vier Qualitätsbereichen gewählt:

- Systembedingte Indikatoren
- Klientenfokussierte Indikatoren
- Anbieterfokussierte Indikatoren und
- Umweltfokussierte Indikatoren.

Eine andere Lösung wurde in einem Projekt des „Zentrums für Qualität in der Pflege“ (ZQP) – in Kooperation mit dem IGES Institut GmbH – gewählt. Ziel war hier die Erstellung einer systematischen Übersicht von Indikatoren zur Darstellung von Pflegequalität, gesundheitlichem Status und Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen in der häuslichen Umgebung (ZQP 2017). Es handelt sich also um Kennzahlen, die nicht allein auf die Qualitätsbeurteilung ausgerichtet sind. Insgesamt wurden mehr als 200 Indikatoren unterschiedlichster Art ermittelt und mit einer über das Internet zugänglichen Datenbank für interessierte Fachkreise verfügbar gemacht. Die identifi-

zierten Qualitätsindikatoren für die ambulante Pflege stammen vielfach aus den USA und dem dort verwendeten Outcome and Assessment Information Set (OASIS), welches im weiteren Verlauf dieser Darstellung noch ausführlicher erläutert wird. Die Datenbank folgt keiner besonderen Systematik, erlaubt aber durch verschiedene Suchfunktionen eine gezielte Eingrenzung der Indikatoren. In einem Kurzbericht zur Entwicklung des Informationsangebots erfolgt eine Unterteilung nach den „Messthememen“

- Gesundheitszustand und damit zusammenhängende Aktivitäten
- Funktioneller Status
- Lebenssituation & Umfeld
- Einzelne Versorgungsthemen.

Insgesamt kann zu den Ergebnissen dieser Arbeiten resümiert werden, dass die Zusammenstellung von Indikatoren allein allenfalls Anhaltspunkte für ihre potenzielle Nutzung bietet. Es bedarf immer der expliziten Bestimmung eines Verwendungszwecks, vor dessen Hintergrund erst beurteilt werden kann, ob ein Indikator zur Beurteilung des jeweiligen Sachverhalts hilfreich sein kann. Aufgrund der hohen Heterogenität der mittlerweile in mehreren Projekten identifizierten Indikatoren hinsichtlich ihres Abstraktions- und Reifegrads sowie ihres Verwendungszwecks, wurde die Auseinandersetzung mit möglichen Indikatoren für die Entwicklung des zukünftigen Qualitätsprüf- und -darstellungsverfahrens zunächst zurückgestellt, da vor einer Entscheidung über mögliche Indikatoren eine Entscheidung über Themenbereiche und Einzelthemen zu treffen ist, anhand derer Qualität auf Basis von Indikatoren darzustellen wäre.

Um angesichts der Vielfalt und Heterogenität des Materials die nächsten Entwicklungsschritte bearbeiten zu können, wurde zur weiteren Systematisierung eine Orientierung an den Aktivitäten und Lebensbereichen vorgenommen, die im neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit angesprochen sind (Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen, außerhäusliche Aktivitäten, Haushaltsführung) und denen sich viele der genannten Themenbereiche zuordnen ließen.

Die nach dieser Zuordnung verbleibenden Themenbereiche wurden unter folgenden Oberbegriffen zusammengefasst:

- Unterstützung der und Kooperation mit Angehörigen
- Information, Anleitung und Beratung
- Fragen der Dienstleistungsqualität
- Vernetzung und Koordination
- Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements
- Zufriedenheit und Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen
- Sicherheit

2.2.2 Qualität der ambulanten Pflege im Ausland

Neben den Arbeiten, die im Rahmen der Literaturrecherche identifiziert werden konnten, wurden internationale und nationale Ansätze identifiziert, die im Folgenden kurz zusammenfassend dargestellt werden.

OASIS Qualitätserhebungen im US-amerikanischen Raum

In den USA finden zur Ermittlung der Qualität der Dienstleistungen von ambulanten Pflegediensten keine Prüfungen im Sinne des deutschen Systems statt. Statt einer Prüfung bei den Diensten und Pflegebedürftigen vor Ort erfolgt eine Ermittlung von Qualitätsindikatoren, die sowohl Strukturen als auch Prozesse abbilden. Qualitätsrelevante Informationen werden auf der Homepage der Medicare-Behörden, dem bundesstaatlichen Programm für Bedürftige „Medicaid Services“ sowie dem Ministerium für „Health and Human Services“ und insbesondere unter der Rubrik „Home Health Compare“ veröffentlicht.

An der Qualitätsbeurteilung nehmen nur registrierte Pflegedienste teil (CMS 2017h). Eine Registrierung kann von allen Anbietern vorgenommen werden, die sich am Programm von Medicare und/oder Medicaid zur Erhaltung der Qualität in der Pflege beteiligen und die bestimmte gesetzlich vorgegebene Voraussetzungen erfüllen (42 Code of Federal Regulation, CMS 2017i). Die Qualitätsergebnisse der registrierten Pflegedienste werden auf der Homepage von Medicare veröffentlicht und können von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen eingesehen werden (CMS 2017a). Es besteht die Möglichkeit, die Qualitätsindikatoren verschiedener, vom Nutzer ausgewählter Pflegedienste zu vergleichen („Home Health Compare“). Dienste, die zwar registriert sind, jedoch nur die Zahlungsmodalität von Medicaid, Privatversicherten oder Selbstzahlern akzeptieren, sind nicht verpflichtet, Qualitätsangaben weiterzuleiten. Das Gleiche gilt für Pflegedienste, die ausschließlich pädiatrische oder postnatale Pflege anbieten. Aufgrund dessen kann es passieren, dass die Qualitätsmerkmale dieser Anbieter nicht verfügbar sind (CMS 2017h).

Die Bewertung der Qualität einzelner Pflegedienste beruht auf verschiedenen Daten. Dabei handelt es sich zum einen um Aufzeichnungen des Pflegedienstes über den Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen sowie um medizinische Unterlagen aus stationären Behandlungen und von anderen Gesundheitsdienstleistern. Daraus abgeleitet werden Bewertungen der Prozess- und der Ergebnisqualität. Darüber hinaus werden Angaben und Erfahrungsberichte von Pflegebedürftigen zur Qualität der ambulanten Pflegedienste veröffentlicht (CMS 2017b). Die erforderlichen Daten werden mit standardisierten Fragebögen erfasst und regelmäßig an die Medicare-Behörden übermittelt. Dazu gehören das Instrument „Outcome and Assessment Information Set“ (OASIS) und Formulare, die für verschiedene Versorgungsangaben vorgesehen sind (z. B. auch Zahlungsmodalitäten, CMS 2017d).

Laut OASIS-Vorgaben wird der dazugehörige Fragebogen jeweils

- bei Beginn der professionellen Pflege,
- bei Wiederaufnahme der Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt,
- bei gesundheitlichen Veränderungen,
- bei der Notwendigkeit einer stationären Aufnahme,
- bei Versterben des Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung,
- bei Beendigung des Pflegeauftrags oder
- im Intervall von 60 Tagen, falls nicht vorher eine Erhebung aus den o. g. Gründen stattgefunden hat,

bearbeitet. Die Angaben werden quartalsweise von den Pflegediensten übermittelt und die gesammelten Daten in der Datenbank „Quality Improvement Evaluation System“ (QIES) gesammelt (CMS 2017k). Die Berechnung der Qualitätsindikatoren wird

alle 12 Monate auf der Homepage aktualisiert und veröffentlicht (CMS 2017I). Aufgeteilt werden die Bewertungen in vier verschiedene Bereiche:

- Aktivitäten des täglichen Lebens
- Schmerzmanagement und Behandlung von Symptomen
- Verhinderung von gesundheitlichen Schädigungen
- Vermeidung von ungeplanten stationären Krankenhausbehandlungen (CMS 2017e)

Jeder Bereich beinhaltet vier bis acht Kriterien (Prozess- und Ergebnisqualität). In der folgenden Auflistung werden zunächst Merkmale der Prozessqualität dargestellt. Es soll beurteilt werden, wie oft Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes bestimmte Leistungen anbieten bzw. eine Beratungssituation hierzu stattgefunden hat. Die Daten basieren auf dem Outcome and Assessment Information Set (OASIS) (CMS 2017c). Auffallend ist, dass der Prozessqualität lediglich Kriterien aus dem Bereich der Verhinderung von Schädigungen (im Folgenden kurz: „Schadensverhinderung“) zugeordnet werden.

Tab. 2: Merkmale der Prozessqualität (CMS 2017c)

Bereich	Kriterien	Auftretende Häufigkeit	Datenquelle
Schadensverhinderung	Pünktlichkeit	Wie oft wurde die Pflege vom Pflegedienst pünktlich ausgeführt?	CMS 2017c
Schadensverhinderung	Gewährleistung der Grippe-schutzimpfung	Wie oft wurde die Grippe-schutzimpfung für die kommende Saison aufgefrischt?	CMS 2017c
Schadensverhinderung	Gewährleistung der Pneumokokken-Impfung	Wie oft wurde die Pneumokokken-Impfung aufgefrischt?	CMS 2017c
Schadensverhinderung	Umsetzung der diabetischen Fußpflege und Anleitung des Pflegebedürftigen	Für Pflegebedürftige mit Diabetes: Wie oft wurde die diabetische Fußpflege verordnet und durchgeführt und der Pflegebedürftige dazu angeleitet?	CMS 2017c
Schadensverhinderung	Durchführung einer Depressioneinschätzung	Wie oft wurde eine Einschätzung bezüglich Depression bei dem Pflegebedürftigen durchgeführt?	CMS 2017c
Schadensverhinderung	Aufklärung/ Anleitung zur Medikamentenverabreichung	Wie oft wurde der Pflegebedürftige/ die Angehörigen über die Einnahme der Medikamente aufgeklärt?	CMS 2017c
Schadensverhinderung	Sturzrisikoeinschätzung	Wie oft wurde das Sturzrisiko eingeschätzt?	CMS 2017c

Mit der folgenden Übersicht werden Merkmale der Ergebnisqualität dargestellt. Insbesondere soll beurteilt werden, wie oft eine Verbesserung von bestimmten Fähigkeiten des Pflegebedürftigen erfolgte und welche Maßnahmen zur Gesundheitsversorgung des Pflegebedürftigen eingeleitet worden sind. Die Daten basieren zum Teil auf dem OASIS, zum Teil auf anderen Datenquellen. Die Ergebnisqualität umfasst Kriterien aus allen vier Bereichen (Aktivitäten des täglichen Lebens, Schmerzmanagement und Behandlung von Symptomen, Schadensverhinderung und Vermeidung von ungeplanten stationären Krankenhausbehandlungen).

Tab. 3: Merkmale der Ergebnisqualität (CMS 2017c)

Bereich	Kriterien	Auftretende Häufigkeit	Datenquelle
Aktivität des täglichen Lebens	Verbesserung der Mobilität	Wie oft fand eine Verbesserung der Beweglichkeit oder Mobilität statt?	CMS 2017c
Aktivität des täglichen Lebens	Verbesserung des Transfers in das und aus dem Bett	Wie oft fand eine Verbesserung des Transfers beim Ein- und Aussteigen in das/ aus dem Bett statt?	CMS 2017c
Aktivität des täglichen Lebens	Verbesserung beim Umkleiden	Wie oft fand eine Verbesserung beim Umkleiden statt?	CMS 2017c
Schmerzmanagement und Behandlung von Symptomen	Verbesserung der bewegungsinduzierten Schmerzen	Wie oft war der Pflegebedürftige schmerzfrei während der Mobilisation?	CMS 2017c
Schmerzmanagement und Behandlung von Symptomen	Verbesserung der Dyspnoe	Wie oft fand eine Verbesserung der Atmung statt?	CMS 2017c
Schmerzmanagement und Behandlung von Symptomen	Verbesserung des Zustandes einer chirurgischen Wunde	Wie oft fand eine Verbesserung des Wundzustandes einer chirurgischen Wunde statt?	CMS 2017c
Schadensverhinderung	Verbesserung des Umgangs mit oralen Medikamenten	Wie oft fand eine Verbesserung bei der Einnahme der oralen Medikation statt?	CMS 2017c
Vermeidung von ungeplanten stationären Krankenhausbehandlungen	Stationärer Krankenhausaufenthalt	Wie oft wurde der Pflegebedürftige stationär behandelt?	Medicare claims
Vermeidung von ungeplanten stationären Krankenhausbehandlungen	Behandlung in einer Notambulanz (kein stationärer Aufenthalt)	Wie oft fand eine notfallmäßige Behandlung in einer Notambulanz ohne weitergehende stationäre Behandlung statt?	Medicare claims
Vermeidung von ungeplanten stationären Krankenhausbehandlungen	Wiederaufnahme in einer stationären Einrichtung innerhalb von 30 Tagen nach einer Entlassung aus dem stationären Bereich	Wie oft wurde ein Pflegebedürftiger innerhalb von 30 Tagen nach der stationären Entlassung erneut zu einer stationären Behandlung aufgenommen?	Medicare claims
Vermeidung von ungeplanten stationären Krankenhausbehandlungen	Behandlung in einer Notambulanz innerhalb von 30 Tagen nach einer Entlassung aus dem stationären Bereich ohne Wiederaufnahme	Wie oft fand innerhalb von 30 Tagen nach einer Entlassung aus dem stationären Bereich eine Behandlung in einer Notambulanz ohne stationäre Wiederaufnahme statt?	Medicare claims

Qualitätsbeurteilung anhand von Nutzerbefragungen

Die Nutzerbefragung ist ein relativ neuer Baustein im US-amerikanischen System der Qualitätsbeurteilung. Die Befragung war 2010 zunächst auf freiwilliger Basis möglich und wurde ab 2012 auf der Homepage des CMS veröffentlicht. Seit 2013 ist die Darstellung der Qualität auf der Basis von Nutzerbefragungen in allen Medicare-zertifizierten Einrichtungen, die mehr als 60 Pflegebedürftige in einem bestimmten Zeitraum betreut haben, verpflichtend. Die Befragung wird mit dem Selbsteinschätzungsinstrument „Home Health Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems“ (HHCAHPS) durchgeführt (Home Health Care CAHPS Survey 2017). Zielgruppe sind Pflegebedürftige, die die Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nehmen, deren Angehörige oder Freunde. Durch die Befragung soll ermöglicht werden, eine Bewertung von Aspekten vorzunehmen, die aus Sicht der Nutzer im Vordergrund stehen. Das HHCAHPS hat eine Basissammlung von 34 Items, den Pflegediensten ist es aber auch möglich, eigene Fragen hinzuzufügen. Die Items werden in vier verschiedene Themenbereiche unterteilt:

- häusliche Pflegesituation
- Qualität der Dienstleistung
- ambulanter Pflegedienst
- persönliche Angaben.

Die Pflegebedürftigen werden gebeten, den Fragebogen wahrheitsgemäß und auf den Erfahrungen mit dem aktuellen ambulanten Pflegedienst basierend auszufüllen. Sollten sie dazu nicht in der Lage sein, werden sie gebeten, Hilfe von Angehörigen oder Freunden in Anspruch zu nehmen. Prinzipiell enthält der Fragebogen vorgegebene Antwortmöglichkeiten; sollte der Befragte keine Antwort geben können, wird er gebeten, die Frage auszulassen. Diese wird dann als ‚weiß ich nicht‘ gewertet.

Im Folgenden werden die Items des Themenbereichs „Häusliche Pflegesituation“ beschrieben. Sie beziehen sich auf den Beginn der pflegerischen Dienstleistung und können von den Befragten mit „ja“, „nein“ bzw. „ich kann mich nicht erinnern“ beantwortet werden. Das erste Item kann gesondert von der eigentlichen Thematik als „Einstieg“ betrachtet werden. Erst wenn diese Frage mit ‚ja‘ beantwortet wird, sollte mit dem Fragebogen fortgefahren werden.

Tab. 4: Themenbereich Häusliche Pflegesituation (Home Health Care CAHPS Survey 2017)

Item	Themenbereich: Häusliche Pflegesituation
1.	Haben Sie Pflegemaßnahmen und Dienstleistungen des ambulanten Pflegedienstes in Anspruch genommen?
2.	Wurden Sie zu Beginn der Dienstleistungsnutzung von einem Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes über die angebotenen Pflegemaßnahmen und Dienstleistungen aufgeklärt?
3.	Wurden Sie zu Beginn der Dienstleistungsnutzung von einem Mitarbeiter des Pflegedienstes darüber aufgeklärt, wie Sie Ihre Wohnumgebung umgestalten können, um eine sichere Mobilisation zu gewährleisten?
4.	Wurden Sie zu Beginn der Dienstleistungsnutzung von einem Mitarbeiter des Pflegedienstes bezüglich der Einnahme von verschreibungspflichtigen und nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten befragt?
5.	Wurden Sie zu Beginn der Dienstleistungsnutzung von einem Mitarbeiter des Pflegedienstes gebeten ihm/ihr alle verschreibungspflichtigen und nicht-verschreibungspflichtigen Medikamente zu zeigen?

Der Themenbereich „Qualität der Dienstleistungen“ bezieht sich auf die vergangenen zwei Monate, in denen der Dienst Leistungen erbracht hat. Um die Qualität der Dienstleistung zu beschreiben, sollen Angaben zu folgenden Punkten gemacht werden:

- Professionen, die die jeweiligen Dienstleistungen ausgeführt haben (examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger, Physiotherapeuten, Logopäden oder Krankenpflegehelfer)
- Umgang mit Schmerzäußerungen
- Umgang mit Veränderungen bei der Medikamenteneinnahme (Medikamentenwechsel, Nebenwirkungen)
- Pünktlichkeit (Einhaltung von zeitlichen Absprachen)
- Merkmale der Interaktion (sanfter Umgang, Höflichkeit und Respekt, aufmerksames Zuhören, verständliche und klare Sprache).

Der Themenbereich „Qualität der Dienstleistungen“ umfasst die Qualität der Kommunikation zwischen dem Pflegebedürftigen, dem ambulanten Pflegedienst und dem dazugehörigen Büro (Verwaltung) des Dienstes. Hierfür werden Angaben zu Proble-

men mit Leistungen des Dienstes, Umgang mit Kontaktaufnahme von Seiten des Pflegebedürftigen und potentielle Weiterempfehlung des Dienstes erfragt.

Darstellung der Qualitätsbewertung

Der Qualitätsvergleich Home Health Compare verwendet ein Bewertungssystem mit einem Sterne-Ratingsystem von 1 bis 5. Die Anzahl der Sterne symbolisiert die Qualität des jeweiligen Pflegedienstes im Vergleich zu anderen Diensten. Eine Angabe von 3 bzw. 3½ Sternen bedeutet eine durchschnittliche Qualität. Oberhalb von 3½ Sternen liegen Anbieter, die eine überdurchschnittliche Qualität aufweisen. Unterhalb von 3½ Sternen werden Pflegedienste kategorisiert, die unterdurchschnittliche Qualitätsbewertungen erhalten haben. Die Anzahl der Sterne wird aus den einzelnen Qualitätsindikatoren abgeleitet (CMS 2017j).

Für die Bereiche Aktivitäten des täglichen Lebens, Schmerzmanagement und Behandlung von Symptomen, Schadensverhinderung sowie Vermeidung von ungeplanten stationären Krankenhausbehandlungen werden Angaben zu den einzelnen Kriterien prozentual dargestellt. Zusätzlich gibt es Angaben zum prozentualen Vergleich auf Landes- und Bundesebene. Die Angaben lassen sich in einer Tabelle oder einer Graphik darstellen (CMS 2017m). Hierbei kann der Nutzer die Einrichtungen auswählen, die er vergleichen möchte. Zusätzliche Informationen werden anhand des dargestellten Zeitraums des jeweiligen Bereichs geliefert.

Die Merkmale, die die Qualität des ambulanten Pflegedienstes aus Sicht der Pflegebedürftigen darstellen, werden in 5 Themenbereiche gegliedert und ebenfalls prozentual abgebildet. Die fünf Themenbereiche stellen sich wie folgt dar:

- Wie oft haben Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes professionelle Arbeit geleistet? (4 Items)
- Wie gut haben Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes mit Ihnen kommuniziert? (6 Items)
- Haben Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes mit Ihnen über Medikamente, Schmerzen und Sicherheitsmaßnahmen im häuslichen Bereich gesprochen? (7 Items)
- Wie beurteilten Pflegebedürftige die Pflege insgesamt? (ein Item)
- Würden die Pflegebedürftigen den Pflegedienst weiterempfehlen? (ein Item)

Bei der prozentualen Darstellung wird angegeben, wie oft die Befragten die jeweils beste Antwort gegeben haben. Genau wie bei der Qualitätsbewertung durch Daten aus OASIS und Medicare claims werden auch hier Vergleiche auf Bundes- und Landesebene angegeben. Außerdem wird aufgezeigt, wie viele Pflegebedürftige befragt wurden und wie hoch die Antwortrate war.

Qualitätsprüfverfahren in Großbritannien

In Großbritannien werden Qualitätsprüfungen von einer unabhängigen Organisation, der Care Quality Commission (CQC) durchgeführt. Die CQC wurde 2009 in Kooperation zwischen drei staatlichen Behörden, der Healthcare Commission, der Commission for Social Care Inspection (CSCI) und der Mental Health Act Commission (MHAC) gegründet und ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Aufgaben der CQC sind die Sicherstellung von sicherer, qualifizierter und effektiver Pflege in Gesundheitseinrichtungen und von Gesundheitsdienstleistern in Großbritannien. Die Organisation

führt Prüfungen in den Einrichtungen durch und publiziert die Ergebnisse auf der eigenen Homepage und einem für alle Gesundheitseinrichtungen übergreifenden Bericht (CQC 2016b).

Um bei einer Qualitätsprüfung berücksichtigt zu werden, müssen sich ambulante Pflegedienste in Großbritannien zunächst bei der Care Quality Commission (CQC) registrieren. Um registriert werden zu können, müssen die Bewerber nachweisen, dass sie die vom CQC aufgestellten Voraussetzungen erfüllen und umsetzen können. Da nicht nur ambulante Pflegedienste diesen Voraussetzungen unterliegen, sondern auch stationäre Einrichtungen, sind nicht alle Kriterien für alle Versorgungsbereiche relevant (CQC 2015). Die Voraussetzung zur Registrierung ist die Beachtung folgender Grundsätze und Anforderungen:

- Personenzentrierte Pflege
- Bewahrung von Würde und Respekt
- Zustimmung der Pflegebedürftigen zur Pflege
- Sicherheit
- Schutz vor Missbrauch
- Ausreichende Menge an Getränken und Speisen (nur bedingt relevant für die häusliche Pflege)
- Räumlichkeiten und deren Ausstattung (nicht relevant in der ambulanten Pflege)
- Umgang mit Beschwerden
- Führungsqualitäten (Gewährleistung der Umsetzung von Standards, Möglichkeiten zur internen Prüfung der Pflegequalität und Pflegesicherheit)
- Ausreichende Personalbesetzung
- Qualifikationen der Mitarbeiter
- Transparenz bei der Pflege
- Veröffentlichung der CQC-Qualitätsbewertung (sowohl auf der Homepage des Dienstleisters, als auch in einem öffentlichen Bereich, wo Pflegebedürftige sie einsehen können) (CQC 2017).

Die Qualitätsprüfungen finden auf der Basis von Daten statt, die der Pflegedienst zur Verfügung stellen muss, anhand von Informationen zum Pflegebedürftigen, Expertengesprächen und Gesprächen mit dem Pflegebedürftigen und ggf. seinen Angehörigen. Grundlegend für jede einzelne Bewertung sind unabhängige Standards, die regelmäßig vor dem Hintergrund von thematisch relevanten und gesetzlich implementierten Berichten und dem aktuellen Stand der Forschung betrachtet werden. Die Pflegequalität wird anhand von fünf Themenbereichen überprüft. Diese gelten sowohl für den ambulanten, als auch für den stationären Bereich:

- Sicherheit
- Wirksamkeit
- Fürsorglichkeit
- Berücksichtigung der Ansprüche der Pflegebedürftigen
- Führung (CQC 2015).

Zu berücksichtigen ist, dass die Rolle der Pflege in Großbritannien eine andere als in Deutschland ist. Einige Tätigkeiten, die von der CQC pflegerischen Aufgaben zugeordnet werden, beispielsweise Beratung zu Medikamenten und aktuellen Behandlungsstandards, fallen in Deutschland unter „ärztliche Tätigkeiten“.

Themenbereich „Sicherheit“: Der Themenbereich deckt alle Sicherheitsaspekte in Bezug auf Personen ab. Der Begriff „Schaden“ impliziert verschiedene Aspekte wie physischen, sexuellen, mentalen oder psychischen und finanziellen Missbrauch, Vernachlässigung, institutionelle oder diskriminierende Schädigung. Der Themenbereich wird anhand von sechs Unterkategorien, die mit zahlreichen Erläuterungen versehen sind, abgefragt:

Tab. 5: Unterkategorien im Themenbereich Sicherheit (CQC 2017)

Unterkategorie	Erläuterung
Wie können Systeme, Prozesse und Anwendungen Pflegebedürftige vor Gefahren schützen?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kommunikation der Sicherheitsgewährleistung mit dem Personal ○ Schutz der Pflegebedürftigen vor Missbrauch, Vernachlässigung, Belästigung und Verletzungen ihrer Würde und ihres Respekts ○ Schutz der Pflegebedürftigen vor Diskriminierung ○ Gewährleistung der Sicherheit bei Neueinstellung von Mitarbeitern, Disziplinarverfahren und laufenden Kontrollen ○ Training für Mitarbeiter zum Thema Sicherheitssysteme, -prozesse und -anwendungen ○ Vorkehrungen zum Schutz der Pflegebedürftigen vor Missbrauch oder Vernachlässigung ○ Kooperation mit anderen Dienstleistern/ Behörden zur Gewährleistung der Sicherheit der Pflegebedürftigen ○ Standards für Sauberkeit und Hygiene ○ Sicherheit der Einrichtung ○ Sicherheit der verwendeten Geräte ○ Sicherheit der Beseitigung von Abfällen und klinischen Proben (hierzu gehören die Sortierung, Trennung, Lagerung, Etikettierung, Handhabung und Entsorgung von Abfällen)
Wie werden Risiken für Menschen beurteilt und überwacht?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gewährleistung eines sicheren Personalschlüssels zur Abdeckung aller notwendigen Dienste ○ Reale Personalsituation im Vergleich zur geplanten ○ Risikobewertung und Risikomanagement ○ Angepasstes Verhalten bei Veränderungen beim Allgemeinzustand, in Notfallsituation oder Verhaltensänderungen ○ Gewährleistung der Sicherheit bei personellen Veränderungen
Haben die Mitarbeiter alle nötigen Informationen, um eine sichere Pflege und Behandlung gewährleisten zu können?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sichere Verwaltung der individuellen und personenbezogenen Daten ○ Zugänglichkeit aller Informationen, für eine sichere Pflege und Betreuung (Test- und Bildgebungsergebnisse, Pflege- und Risikobewertungen, Pflegepläne und Fallnotizen)? ○ Informationsweitergabe bei Überweisung, Entlassung, Übermittlung oder Übergang des Pflegebedürftigen ○ Koordination von verschiedenen elektronischen und papierbasierten Systemen zur Informationsweitergabe
Wie stellt der Anbieter eine ordnungsgemäße und sichere Handhabung der Medikamente sicher (falls dieser dafür zuständig ist)?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Verwaltung von Medikamenten und medizinischen Produkten ○ Gewährleistung der Verschreibung, Verwaltung und Verabreichung von Medikamenten nach aktuellen nationalen Leitlinien und aktuellsten Behandlungsstandards ○ Beratung des Pflegebedürftigen zum Thema Medikamente unter Berücksichtigung von aktuellen nationalen Leitlinien und Behandlungsstandards ○ Sicherstellung der ordnungsgemäßen Einnahme und Dokumentation der Medikamente ○ Sicherstellung der aktuellen Medikationsdokumentation bei Standortwechsel oder Behandlungsveränderungen ○ Kontinuierliche Überprüfung der Aktualität der Medikamente und des Gesundheitszustandes ○ Regelmäßige Überprüfung der Medikation, auch der Bedarfsmedikation ○ Kontrolle einer Medikamentenabhängigkeit
Wie hoch ist die Sicherheitserfolgsbilanz?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sicherheitsgewährleistungen über einen längeren Zeitraum ○ Vergleich der Sicherheit mit anderen Anbietern ○ Überwachung der Sicherheit
Wurden aufgrund von begangenen Fehlern Verbesserungen durchgeführt?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Meldung von registrierten Sicherheitsproblemen ○ Vorgehensweise bei Sicherheitsverstößen ○ Handlungsleitlinien bei Fehlverhalten/ Sicherheitsverstößen ○ Schulung der Mitarbeiter bezüglich Sicherheitsfehlern von anderen Einrichtungen ○ Reaktionen auf Sicherheitsmeldungen, Rückrufe und externe Untersu-

	chungen
--	---------

Da die einzelnen Themenbereiche in der Originalfassung der CQC für den ambulanten, aber auch für den stationären Bereich relevant sind, können nicht alle Erläuterungen auf ambulante Pflegesituationen zutreffen. Diese wurden in die vorangegangene Darstellung nicht mit aufgenommen.

Themenbereich „Wirksamkeit“: Der Themenbereich „Wirksamkeit“ umfasst Ergebnisse, die auf Pflege, Behandlung und sozialer Betreuung des Pflegebedürftigen durch den Pflegedienst beruhen. Dabei sollte die Lebensqualität des Pflegebedürftigen gefördert werden und die Pflege auf dem neuesten Standard sowie evidenzbasiert sein (CQC 2015b). Genau wie im zuvor dargestellten Themenbereich „Sicherheit“, wird der Themenbereich „Wirksamkeit“ anhand von sechs Unterkategorien mit zahlreichen näher gehenden Erläuterungen dargestellt:

Tab. 6: Unterkategorien im Themenbereich Wirksamkeit (CQC 2017)

Unterkategorie	Erläuterung
Werden die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen nach den geltenden Gesetzen, Standards und evidenzbasierten Leitlinien bewertet und sorgfältig behandelt, um effektive Ergebnisse zu erzielen?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Berücksichtigung der körperlichen, geistigen und sozialen Bedürfnisse bei der Pflege und Betreuung ○ Vermeidung von Diskriminierung ○ Einsatz von Technologien und Hilfsmitteln zur Gewährleistung und Sicherstellung der Autonomie des Pflegebedürftigen ○ Berücksichtigung des ‚Mental Health Act 1983‘ ○ Gewährleistung eines guten Ernährungs- und Hydrationsstatus ○ Schmerzmanagement ○ Beratungstätigkeit bei Verschlechterung des Allgemeinzustandes
Wie werden die Pflege- und Behandlungsergebnisse der Pflegebedürftigen überwacht und mit anderen Diensten verglichen?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dokumentation der Pflege- und Behandlungsergebnisse ○ Gewährleistung der Erzielung von Vereinbarungen ○ Vergleich der Zielerreichung mit anderen Anbietern und Veränderung über die Zeit ○ Beteiligung an Qualitätsverbesserungsinitiativen
Wie stellt der Service sicher, dass die Mitarbeiter über die Fähigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen verfügen, um eine wirksame Betreuung, Unterstützung und Behandlung zu gewährleisten?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gewährleistung der Ansprüche durch qualifizierte Mitarbeiter ○ Fortbildungsmöglichkeiten ○ Entwicklungschancen für Mitarbeiter ○ Unterstützungsmöglichkeiten für Mitarbeiter ○ Erkennung von mangelhaften Leistungen von Seiten der Mitarbeiter ○ Schulung von ehrenamtlich Tätigen
Wie gut ist die interne und externe Zusammenarbeit der Mitarbeiter?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Beteiligung aller Mitarbeiter bei der Pflegeplanung ○ Koordination von verschiedenen Dienstleistern ○ Sicherung einer konsistenten, koordinierten und personenbezogenen Pflege und Betreuung (bei Kooperation mit anderen Dienstleistern) ○ Kommunikation mit anderen Dienstleistern bei Verlegung des Pflegebedürftigen ○ Gewährleistung einer konstant hohen Pflegequalität
Wie werden Pflegebedürftige bei der Führung eines gesünderen Lebensstils unterstützt?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identifizierung von besonderen Ansprüchen <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflegebedürftige in den letzten 12 Lebensmonaten ○ Pflegebedürftige mit einer Wahrscheinlichkeit zur Langzeitpflege ○ Angehörige ○ Identifizierung von Gruppen mit besonderem Aufmerksamkeitsbedarf ○ Selbstbestimmungsförderung der Pflegebedürftigen ○ Kommunikation von zusätzlichen Risikofaktoren ○ Teilnahme an nationalen Programmen zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit
Gibt es eine rechtliche Absicherung bei dem Pflegevertrag?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Berücksichtigung des ‚Mental Capacity Act 2005‘ und des ‚Children’s Acts 1989 and 2004‘ ○ Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Entscheidungsfindung ○ Unterstützung bei Entscheidungsfindung im Fall einer kognitiven und mentalen Einschränkung des Pflegebedürftigen ○ Überprüfung der Entscheidungen nach gesetzlichen Richtlinien ○ Verpflichtung zur Gewährleistung von Entscheidungsneutralität bei kognitiv und mental eingeschränkten Pflegebedürftigen ○ Gewährleistung von rechtlicher Absicherung bei freiheitsentziehenden Maßnahmen

Themenbereich „Fürsorglichkeit“: Dieser Themenbereich beinhaltet vorrangig Aspekte, die im Rahmen der Kommunikation mit dem Pflegebedürftigen relevant sind, etwa Mitgefühl, Freundlichkeit, Würde und Respekt. Hier findet eine Unterteilung in drei Unterkategorien statt:

Tab. 7: Unterkategorien im Themenbereich Fürsorglichkeit (CQC 2017)

Unterkategorie	Erläuterung
Wie sorgt der Dienst dafür, dass die Menschen mit Freundlichkeit, Respekt und Mitgefühl behandelt werden und, dass sie bei Bedarf emotionale Unterstützung erhalten?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Berücksichtigung von persönlichen, kulturellen und religiösen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen ○ Respektvoller und rücksichtsvoller Umgang mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ○ Ermutigender, sensibler und unterstützender Umgang mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ○ Meldung von respektlosem, diskriminierendem und missbräuchlichem Verhalten ○ Verständnis für Auswirkungen der Pflege auf den Zustand und das Wohlbefinden des Pflegebedürftigen ○ Unterstützung bei emotionalem Umgang mit der Pflege und Betreuung ○ Beratung zu weiteren Unterstützungsmöglichkeiten
Wie unterstützt der ambulante Pflegedienst die Pflegebedürftigen beim Ausdrücken ihrer Ansichten und dabei, sich aktiv an Entscheidungen über ihre Betreuung, Behandlung und Unterstützung so weit wie möglich zu beteiligen?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kommunikation mit dem Pflegebedürftigen ○ Unterstützung der Pflegebedürftigen bei Fragen zur Pflege, Betreuung oder zur Nutzung von anderen Angeboten ○ Unterstützung bei Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens ○ Einbezug der Pflegebedürftigen und der Angehörigen in die Planung der Pflege und Betreuung ○ Freundlicher Umgang mit den Pflegebedürftigen und den Angehörigen ○ Emotionale Unterstützung von Pflegebedürftigen und Angehörigen
Wie werden die Privatsphäre und die Würde der Menschen respektiert und gefördert?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gewährleistung der Privatsphäre und Erhalt der Würde der Pflegebedürftigen ○ Mitfühlende und angemessene Ansprache ○ Unterstützung bei der Entscheidungsfindung

Themenbereich „Ansprüche“: Innerhalb dieses Themenbereichs soll geprüft werden, ob der ambulante Pflegedienst den Bedürfnissen und Wünschen der Pflegebedürftigen gerecht wird. Der Bereich wird in vier Unterkategorien aufgegliedert:

Tab. 8: Unterkategorien im Themenbereich Ansprüche (CQC 2017)

Unterkategorie	Erläuterung
Wie wird persönliche Betreuung entsprechend den Bedürfnissen gewährleistet?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gewährleistung der Flexibilität, Wahl und Kontinuität der Pflege ○ Verbesserung des Dienstleistungsangebots, falls Bedürfnisse nicht gedeckt werden können ○ Angemessenheit und Ausstattung der Räumlichkeiten
Berücksichtigen die Leistungen die besonderen Bedürfnisse und individuellen Entscheidungen der Pflegebedürftigen?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Zugänglichkeit und Koordination der Dienstleistungen ○ Unterstützung beim Übergang zwischen verschiedenen Dienstleistern oder bei Entlassung ○ Behindertengerechter/ Barrierefreier Zugang ○ Bezugspersonen für Pflegebedürftige und deren Angehörige (besonders in der Langzeitpflege) ○ Unterstützung bei der Kommunikation mit anderen Personen ○ Unterstützung bei der Teilnahme an Aktivitäten des täglichen Lebens ○ Sterbebegleitung ○ Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Planung ihrer letzten Wünsche ○ Kommunikation bei Beendigung von Therapiemaßnahmen kurz vor dem Tod
Können die Pflegebedürftigen kurzfristig auf die Pflege und Betreuung zugreifen?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Zugang zu Testergebnissen, Diagnosen und Behandlungsmöglichkeiten ○ Zeitliche Absprachen ○ Minimierung von versorgungsfreien Zeiten ○ Priorisierung von Versorgungsnotfällen ○ Unmittelbare Mitteilung von zeitlichen Verzögerungen ○ Pünktlichkeit
Wie werden die Bedenken und Beschwerden der Pflegebedürftigen gehört und wie wird darauf reagiert, um die Qualität der Pflege zu verbessern?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Verfügbarkeit eines Beschwerdemanagements ○ Umgang mit Beschwerden ○ Reaktion auf Beschwerden ○ Schutz der Beschwerde einreichenden Personen ○ Aus Beschwerden resultierende Verbesserungen

Themenbereich „Führung“: Im Bereich „Führung“ wird die Förderung der Mitarbeiter bei der Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen und personenzentrierten Pflege von Seiten der Leitung des Pflegedienstes thematisiert. Der Themenbereich ist in sieben Unterkategorien unterteilt:

Tab. 9: Unterkategorien im Themenbereich Führung (CQC 2017)

Unterkategorie	Erläuterung
Gibt es eine Möglichkeit für die Leitung, qualitativ hochwertige und nachhaltige Pflege zu liefern?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Qualifikationen der Leitung ○ Identifizierung der notwendigen Qualifikationsmaßnahmen ○ Präsenz der Pflegedienstleitung ○ Führungsstrategie
Gibt es eine klare Vorstellung und eine glaubwürdige Strategie, um eine qualitativ hochwertige Nachhaltigkeit für Pflegebedürftige zu bieten?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Priorität der Werte und Qualität ○ Strategie der Gewährleistung der Prioritäten ○ Chancengleichheit für die Mitarbeiter ○ Umgang unter den Kollegen
Gibt es eine klare Rollen- und Verantwortungsverteilung?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Regelmäßige Überprüfung der Verantwortungsverteilung ○ Interaktivität der Führungsebene ○ Kommunikation der Rollenverteilung innerhalb der Mitarbeiter ○ Vereinbarungen mit Kooperationspartnern
Gibt es klare und effektive Prozesse für das Management von Risiken und Problemen?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ansprache von Leistungsproblemen ○ Regelmäßige Überprüfung der Leistungen ○ Interne und externe Qualitätsprüfverfahren ○ Ermittlung, Erfassung und Steuerung von Risiken, Problemen und Maßnahmen ○ Umgang mit saisonal schwankenden Nachfragen und Personalschwankungen ○ Umgang mit finanziellem Druck
Werden Informationen angemessen verarbeitet, verbreitet und behandelt?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Informationen über Qualität, Angebote und Finanzierung ○ Haben alle Mitarbeiter Zugang zu allen notwendigen Informationen? ○ Gewährleistung der Überwachung, Verwaltung und Berichterstattung über die Qualität der Leistungen ○ Nutzung von Informationstechnologiesystemen ○ Übermittlung von Daten an externe Stellen ○ Datenschutz
Sind die Mitarbeiter und externe Kooperationspartner um den Erhalt der qualitativ hochwertigen Pflege bemüht?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Berücksichtigung von individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen ○ Aktive Beteiligung der Pflegebedürftigen und deren Angehörige bei der Gestaltung der Pflege ○ Aktive Beteiligung der Mitarbeiter bei der Gestaltung der Pflege ○ Kooperationen mit anderen Dienstleistern ○ Transparenz
Gibt es kontinuierliche Lernprozesse, Verbesserungen und Innovationen?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bestreben der Mitarbeiter, einen kontinuierlichen Lernprozess, Verbesserungen und Innovationen zu gewährleisten ○ Standardisierte Verbesserungsinstrumente und –methoden ○ Teilnahme an internen und externen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten ○ Überprüfung von Vereinbarungen von Teamzielen, Prozessen und Leistungen ○ Unterstützungsmöglichkeiten bei Verbesserungen und Innovationen

Darstellung von Ergebnissen der Qualitätsprüfung

Nach jeder Prüfung wird ein Bericht über den geprüften Pflegedienst verfasst und auf der Homepage des CQC veröffentlicht. Alle registrierten Dienste sind auf der Homepage aufgeführt. Die Berichte können von Interessierten eingesehen werden. Die jeweilige Seite der Dienste ist immer gleich aufgebaut. Dem Nutzer ist es möglich, sich einen allgemeinen Überblick zu verschaffen, ohne den detaillierten Bericht lesen zu müssen. Dieser beinhaltet die Bewertung der Qualitätsprüfung, allgemeine Angaben zum Pflegedienst und Kontaktdaten. Es ist aber auch möglich, die Prüfberichte der vergangenen Jahre seit der Registrierung einzusehen.

Die Prüfergebnisse werden anhand von farblichen Kennzeichnungen dargestellt. Ein hervorragendes Ergebnis wird mit einem grünen Stern gekennzeichnet. Ein gutes Ergebnis mit einem grünen Punkt, ein verbesserungswürdiges mit einem gelben Punkt und ein unzureichendes Ergebnis mit einem roten Punkt. Aufgegliedert werden die Ergebnisse in die zuvor dargestellten Themen Sicherheit, Wirksamkeit, Fürsorglichkeit, Ansprüche und Führung. Jeder Themenbereich kann vom Nutzer aber auch separat betrachtet werden (CQC 2017).

Erkenntnisse aus den Niederlanden

Auch in den Niederlanden gab und gibt es eine intensive Diskussion um die Qualität der Langzeitversorgung, an der sich die Vertreter der Organisationen pflegebedürftiger Menschen, die Organisation zur Bestimmung des Pflegebedarfs, die relevanten Behörden und Institutionen des Gesundheitswesens und die Leistungserbringer beteiligen (Ministry of Public Health, Welfare and Sport 2016). Sie sind verantwortlich für die Festlegung von Qualitätskriterien der pflegerischen Versorgung und die Definition des Leistungsspektrums. In den Niederlanden erfolgt eine verpflichtende, jährliche Qualitätsbestimmung auf der Basis von Indikatoren (ActiZ 2007; Frijters 2010). Diese beziehen sich auf Daten aus Nutzerbefragungen, Inhalte der Leistungserbringung und Charakteristiken des individuellen Pflegebedarfs.

Die Erfahrung der Nutzer nimmt einen großen Stellenwert ein und wird mit Hilfe des Consumer Quality Index (CQI) erfasst. Der CQI wurde 2006 vom niederländischen Gesundheitsministerium als nationaler Standard zur Messung der Nutzererfahrung mit Leistungserbringern festgelegt (Delnoij 2010). Das Instrument wurde vom Zentrum für Verbrauchererfahrungen im Gesundheitswesen (Centrum Klantervaring Zorg) entwickelt und basiert auf dem amerikanischen Instrument CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) sowie dem niederländischen Instrument QUOTE (Quality of care through the patient's eyes) (Delnoij 2010). Die Ergebnisse der jährlichen Qualitätsmessungen aller Einrichtungen im Gesundheitswesen werden auf einer vom Ministerium geführten Homepage (www.kiesbeter.nl) für die Bevölkerung öffentlich dargestellt. „Kies beter“ bedeutet so viel wie „Wähle besser“. Die Informationen sollen entsprechend die Bevölkerung bei der Auswahl von Anbietern unterstützen. Zur Entwicklung des Verfahrens wurden zunächst durch eine Expertengruppe mögliche Prüft Themen entwickelt und vorgeschlagen. Diese umfassten:

- Versorgungs-/Lebensplanung
- Kommunikation und Information
- Physisches Wohlbefinden
- Sicherheitsaspekte in der Versorgung
- Häusliche Lebensbedingungen
- Partizipation/Teilhabe
- Psychisches Wohlbefinden
- Sicherheit hinsichtlich der Wohn- und Lebensbedingungen
- Ausreichendes und qualifiziertes Personal
- Kohärenz der Versorgung

Im Entwicklungsprozess wurden diesen Themen anschließend drei Arten von Indikatoren zugeordnet. Ein großer Teil der Indikatoren entstammt dem Indikatorenset der

InterRAI Long Term Care and Home Care Instruments (Frijters 2010). Für jedes Thema wurde mindestens ein Indikator festgelegt:

1. Klientengebundene Indikatoren, zu denen Daten durch eine Nutzerbefragung mit Hilfe des CQ-Index durch eine unabhängige Agentur erhoben werden
2. Indikatoren, anhand derer der Inhalt der Pflege auf organisatorischer Ebene erfasst wird (Messung durch die Leistungserbringer)
3. Indikatoren, mit Hilfe derer der Inhalt der Pflege auf einer Klientenebene bestimmt wird (Messung durch die Leistungserbringer)

Erkenntnisse aus der Schweiz

Hinweise auf mögliche Ansätze für Qualitätsprüf- und –darstellungsverfahren in der ambulanten Pflege konnten auch in der Schweiz ermittelt werden. Dort werden pflegebedürftige Menschen vor allem durch den nationalen Anbieter Spitex (spitalexterne Hilfe und Pflege) in der häuslichen Umgebung versorgt (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2016; Schaffert et al. 2009). Der Spitex-Verband hat ein institutionalisiertes Qualitätsmanagement für alle Spitex-Organisationen eingerichtet. Das zur Qualitätssicherung entwickelte Qualitätsmanual basiert – wie in den Niederlanden - auf dem Resident Assessment Instrument (RAI), das an die schweizerischen Bedingungen angepasst wurde (Spitex Schweiz 2017). Durch die Anwendung soll nicht nur der Pflege- und Hilfebedarf erfasst, sondern auch die Qualität der Pflege garantiert werden. Diese Verknüpfung bietet auch eine mögliche Perspektive für die deutsche Situation, da mit dem neuen Begutachtungsinstrument nunmehr ein praktisches und verlässliches Instrument eingeführt wurde, das auch Informationen zu anderen Verwendungszwecken als der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit denkbar erscheinen lässt.

In der Schweiz werden mit Hilfe des Instrumentes qualitätsrelevante Daten wie z.B. Ressourcen und Einschränkungen anhand des Minimal Data Sets (MDS) erfasst (Schaffert et al. 2009). Diese Art der Erhebung auf Basis eines einheitlichen Instruments ermöglicht zudem den zielgerichteten Austausch zwischen den Einrichtungen in Bezug auf Kriterien des Qualitätsrahmens. Eine verpflichtende externe Qualitätsprüfung findet nicht statt, aber die Informationen werden im Rahmen eines gemeinsamen Qualitätsmanagements ausgewertet. Zudem gibt es in der Schweiz die Zertifizierungsstelle Concret AG, durch die u.a. ambulante Spitex-Einrichtungen die Möglichkeit einer freiwilligen externen Qualitätsprüfung haben (Schibler 2012). Ausgangspunkt bzw. zentraler Aspekt der freiwilligen Prüfung sind festgelegte Normen, die in nachfolgender Tabelle aufgeführt sind.

Tab. 10: Concret-Normen© zum Pflegequalitätsmanagement-System (Concret-AG 2012)

Normen	Themen	Einzelthemen
Strukturnormen	Grundlagen der Organisation	Strategie, Umsetzung von Vorgaben, Grundlagen
	Finanzielle und personelle Ressourcen	Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit
	Personalentwicklung	Mitarbeitererhaltende Personalpolitik, Führungsverantwortliche Umsetzung einer aufgabenorientierten, nachwuchsfördernden Personalpolitik
	Infrastruktur und Ausstattung	Arbeitssicherung, Gesundheitsschutz, Infrastruktur und Arbeitssicherheit orientiert an Aufgaben und Angeboten
	Richtlinien und Handlungsanleitungen	Situationsadäquate, nachvollziehbare, zugängliche Vorgaben
	Prozessorganisation in der Pflege	Effizienz, am Patienten orientiert, qualifikationsorientierte Einsatzplanung
Prozessnormen	Kontinuität in der Behandlungs-/Versorgungskette	Zusammenarbeit mit externen Anbieter: patienten- und auftragsbezogen, Standards für Eintritts-, Austrittsmanagement
	Professionelle Kooperationen	Zusammenarbeit der Institutionen (intra-, interprofessionell, interdisziplinär): zielorientiert und partnerschaftlich
	Ausführung der Pflege	Pflegedokumentation entspricht fachlichen Anforderungen, Pflege: fachkompetent, auf Basis des Pflegeprozesses
	Fachexpertise	Verhalten der MA: auf jeweilige Patientensituation ausgerichtet, Sicherstellung von Fachwissen und -können
Ergebnisnormen	Sicherheit und Zufriedenheit	Patient: Schutz vor Schaden, Zufriedenheit der Patienten und Mitarbeiter

2.2.3 Relevante Ansätze aus dem Inland

Auch im Inland wurden innerhalb der letzten Jahre wichtige Arbeiten mit Bezug zur Qualität der ambulanten Pflege vorgelegt, die im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden.

Perspektivenwerkstatt des ZQP

In der Einleitung wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Qualität der häuslichen Pflege nicht nur durch die Qualität der ambulanten Pflegedienste bestimmt wird, sondern von einer Vielzahl weiterer Faktoren abhängt. Eine Konkretisierung dieser Faktoren und ein umfassendes Verständnis von Qualität in der häuslichen Pflege war Thema einer Perspektivenwerkstatt des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP), in der eine neue Ordnung für die Qualitätsdiskussion anhand der fünf folgenden, zunächst getrennt voneinander zu betrachtenden Bereichen vorgeschlagen wurde (ZQP 2013; Büscher/Klie 2012):

1. Qualität professionellen Pflegehandelns
2. Partizipative Aushandlung und Vereinbarung von Zielen und Maßnahmen in Hilfeplänen
3. Individuelle Pflegebedürftigkeit und Teilhabe als Ausgangspunkt zur Einschätzung von Pflegequalität
4. Objektive und subjektive Parameter der Lebensqualität
5. Lokale Infrastruktur

Maßgeblich für das professionelle Handeln sind transparente Leitlinien und Standards, über die sich die jeweiligen Berufsgruppen zu verständigen haben. Zudem bezieht sich das professionelle Handeln vor allem auf die Steuerung des Pflegeprozesses. Neben der Festlegung professioneller Qualitätsmaßstäbe kommt eine entscheidende Bedeutung für die Qualität der häuslichen Versorgung dem Aushandlungsgeschehen über das, was gute Pflege für den einzelnen Menschen bedeutet, zu. Die Notwendigkeit eines Aushandlungsgeschehens leitet sich daraus ab, dass sich vielfach unterschiedliche Vorstellungen und Interessen zwischen den Angehörigen eines Pflegehaushalts und ihren professionellen Helfern ergeben. Zwar liegt die letzte Entscheidung über professionelle Hilfs- und Unterstützungsleistungen beim pflegebedürftigen Menschen, jedoch ist es Aufgabe der professionellen Dienste, die aus fachlicher Sicht gebotenen Aspekte einer Situation aufzuzeigen, ein entsprechendes Unterstützungsangebot zu unterbreiten und somit die Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Der dritte Bereich legt nahe, den bislang in der Pflegeversicherung vorrangig auf die institutionelle Qualitätsbetrachtung fokussierten Blick zu erweitern und die individuelle Perspektive des pflegebedürftigen Menschen stärker zu betonen. Dazu könnte z. B. Bezug zur Entwicklung der individuellen Beeinträchtigung der Selbständigkeit genommen werden, die auf Basis des neuen Begutachtungsinstruments bestimmt wird. Bei Veränderungen wäre zu fragen, ob diese die Konsequenz fortschreitender Krankheitsprozesse, individueller Entscheidungen oder unzureichender professioneller Versorgung sind.

Der vierte Bereich befasst sich mit dem individuellen Wohlbefinden und Gefühl der Sicherheit des pflegebedürftigen Menschen. Ein wichtiger Aspekt dabei ist die Möglichkeit, eigene Entscheidungen zum Umgang mit der eigenen Pflegebedürftigkeit treffen zu können. Dafür sind sowohl objektive wie auch subjektive Parameter der Lebensqualität von Bedeutung, die auch in der öffentlichen Qualitätsdiskussion immer wieder eine Rolle spielen. Zu diskutieren wäre jedoch, ob die Frage der individuellen Lebensqualität in der häuslichen Pflege nicht besser aus staatlich organisierter oder initiiertes Observation und Kontrolle ausgespart werden sollte, da es sich dabei um in hohem Maße private Vorstellungen handelt. Nicht zuletzt wird im fünften Bereich das Augenmerk darauf gerichtet, dass die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen nicht losgelöst von ihrer lokalen Umwelt betrachtet werden kann. Entsprechend sollten Fragen des Lebens mit Pflegebedürftigkeit und der Qualität häuslicher Versorgung, Themen auf der lokalen und kommunalpolitischen Agenda sein. Ein gelingendes Ineinandergreifen professioneller, familiärer, nachbarschaftlicher und bürgerschaftlicher Hilfen ist Voraussetzung für eine verlässliche häusliche Versorgung. Für die weiteren Entwicklungsarbeiten zu den zukünftigen Prüf- und Darstellungsverfahren sind die Ergebnisse dieser Perspektivenwerkstatt vor allem im Hinblick auf die Qualität professioneller Pflege und das Aushandlungs- und Vereinbarungsgeschehen zwischen Pflegehaushalt und ambulantem Pflegedienst von Bedeutung.

Qualitätsrahmen zur Beratung in der Pflege (ZQP)

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) hat sich in einer weiteren Perspektivenwerkstatt („Qualität in der häuslichen Pflege - Potenziale von Beratung und Schulung“) mit dem Thema der Qualität in der Beratung in der Pflege auseinandergesetzt. Beratung stellt einen wichtigen Faktor innerhalb der ambulanten pflegerischen Versorgung dar und kann zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements beitragen.

Das Beratungsangebot zur Pflege in Deutschland ist vielfältig. Auch die Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste beraten pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen in ihrem häuslichen Umfeld. Diese Beratung kann in Form individueller häuslicher Schulungen nach § 45 SGB XI erfolgen, als Beratungseinsatz nach § 37, Abs. 3 SGB XI oder im Rahmen der regulär vereinbarten Besuche des Pflegedienstes im Haushalt des Pflegebedürftigen. Entsprechend kann die Qualität der Beratung ein Kriterium zur Einschätzung der Qualität ambulanter Pflegedienste sein. Allerdings sind Ablauf und Inhalte der Beratungsangebote bislang nicht klar geregelt und es liegen keine expliziten Qualitätskriterien vor, weshalb aus Sicht der Adressaten die Qualität einer Beratung oft vom Zufall abhängig ist (ZQP 2016; Büscher et al. 2010).

Im Rahmen der Perspektivenwerkstatt wurde daher ein Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege erarbeitet, mit dem das Ziel verfolgt wird, die gesetzlich vorgesehenen Beratungsangebote im SGB XI konzeptionell weiter zu entwickeln und einen Beitrag zur Diskussion um die Qualität der Beratung zu leisten. Basierend auf einer Recherche und Auswertung von Praxiskonzepten für Beratung in der Pflege, einer Literaturanalyse und zwei Fachkonferenzen mit Personen aus der Beratungspraxis und Wissenschaftlern, die sich mit Fragen der Beratung auseinandergesetzt haben, wurde der Qualitätsrahmen entwickelt und anschließend veröffentlicht (ZQP 2016). Darin werden auf der Basis umfangreicher Herleitungen fünf Qualitätsbereiche ausgeführt und mit Kriterien versehen:

1. Rahmenbedingungen und Infrastruktur
2. Theoretische und konzeptionelle Fundierung
3. Kompetenz und Qualifizierung
4. Beratungsinhalte
5. Beratungsprozess

Hinsichtlich der Rahmenbedingungen und Infrastruktur spielen aus Sicht von Ratsuchenden Aspekte wie die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Beratungsangeboten eine wichtige Rolle. Zudem stehen in diesem Qualitätsbereich Aspekte der Organisation, Ausstattung, Vernetzung und Ergebnisorientierung im Mittelpunkt. Nicht zuletzt ist es aus Nutzersicht ein wichtiges Kriterium, dass eine Beratung unabhängig erfolgt.

Der Bereich der theoretischen und konzeptionellen Fundierung gibt Hinweise auf mögliche wissenschaftliche Grundlagen zur Gestaltung von Beratungsprozessen. Unabhängig davon, zu welchem Anlass und in welchem Kontext zu Fragen der Beratung in der Pflege beraten wird, ist der Rückbezug auf Erkenntnisse für die Erarbeitung von Beratungskonzepten ein wichtiges Merkmal. Eng verknüpft mit der Frage der Beratungskonzepte ist die Auseinandersetzung um mögliche Beratungsinhalte, die einerseits durch den Beratungsanlass (z. B. verpflichtende Beratung nach § 37, Abs. 3 SGB XI oder individuelle häusliche Schulung nach § 45 SGB XI) bestimmt werden, andererseits aber auch das Wissen um die Bedarfslagen der Ratsuchenden bei der Gestaltung häuslicher und anderer Pflegearrangements erfordern.

Die Kompetenz und Qualifizierung der Berater ist ein weiteres Qualitätskriterium. Sie umfasst Fachkompetenzen und personale Kompetenzen und konkretisiert sich stark in der Gestaltung des Beratungsprozesses, dem fünften Qualitätsbereich, zu dem eine Situations- und Problemanalyse gehört, der ein situatives Fallverstehen ermöglichen und zu einer Stabilisierung der Pflegesituation beitragen sollte.

In dem Qualitätsrahmen weisen die Autoren auf die grundsätzliche Problematik hin, dass bei der Überlegung zu Qualitätskriterien immer eine Festlegung intern und/oder

extern überprüfbarer, operationalisierter Ziele auf einer allgemeinen Ebene erforderlich ist. Die tatsächliche Qualität einer Beratung hängt jedoch in hohem Maße davon ab, wie gut auf den Einzelfall bezogene Lösungen und Hilfen entwickelt und umgesetzt werden können. In diesem Sinne kann der Qualitätsrahmen bei der Einschätzung der Qualität von Beratungsangeboten eine Orientierung bieten und auch im Rahmen konstruktiv-unterstützender Prüfverfahren hilfreich sein. Verfehlt wäre es jedoch, den Nachweispflichten im Rahmen einer Beratung, z. B. durch eine Dokumentation, eine höhere Bedeutung zuzumessen als dem tatsächlichen Beratungsgeschehen. Zur internen Qualitätsentwicklung von Beratungsangeboten können stattdessen regelmäßige Reflexionen von Beratungssituationen ebenso genutzt werden wie die Einbeziehung und Befragung der Ratsuchenden. Weiter benennen die Autoren Minimalanforderungen für Beratungsangebote in der Pflege.

Expertenstandards des DNQP in der ambulanten Pflege

Die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sind evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente, die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Patienten bzw. Bewohnern sowie ihren Angehörigen zu zentralen Qualitätsrisiken aufzeigen und Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bieten. Sie stellen ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau dar, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege miteinschließt. Sie zeigen die Zielsetzung komplexer, interaktionsreicher pflegerischer Aufgaben sowie Handlungsalternativen und Handlungsspielräume in der direkten Patienten- bzw. Bewohnerversorgung auf und erheben in diesem Sinne den Anspruch, wirksame Instrumente der Qualitätsentwicklung zu sein und durch aktiven Theorie/Praxis-Transfer zur Entwicklung und Professionalisierung der Pflegepraxis beizutragen (Auszug aus dem DNQP-Methodenpapier, DNQP 2015b).

Das DNQP hat seit dem Jahr 2000, zunächst mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit, Expertenstandards zu relevanten Fragen und zentralen Qualitätsrisiken der Pflegepraxis entwickelt und regelmäßig aktualisiert. Derzeit liegen die folgenden Expertenstandards vor:

- „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (2. Aktualisierung 2017),
- „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (1. Aktualisierung 2009, zweite Aktualisierung begonnen in 2017),
- „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ (1. Aktualisierung 2011, zweite Aktualisierung begonnen in 2018),
- „Sturzprophylaxe in der Pflege“ (1. Aktualisierung 2013),
- „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ (1. Aktualisierung 2014),
- „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ (1. Aktualisierung 2015),
- „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ (1. Aktualisierung 2017)
- „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ (2015)
- „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (Sonderdruck 2018)

Zudem hat das DNQP den Entwurf des ersten Expertenstandards nach § 113a SGB XI zur „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ im Auftrag der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI erarbeitet.

Das DNQP geht bei der Entwicklung der Expertenstandards von einer sektorübergreifenden Perspektive aus, die das pflegerische Handeln angesichts zentraler Qualitätsrisiken übergreifend beschreiben kann. Entsprechend beteiligen sich an den Projekten zur modellhaften Implementierung der Expertenstandards sowohl Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen, wie auch ambulante Pflegedienste. Zwar ist die Anzahl der ambulanten Pflegedienste in den Implementierungsprojekten nicht sonderlich hoch, aber die Erfahrungen der beteiligten Dienste zeigen, dass prinzipiell auch in der ambulanten Pflege das in den Expertenstandards beschriebene Leistungsniveau erreicht werden kann.

An ihre Grenzen stoßen ambulante Pflegedienste dann, wenn es um die Vorhaltung von Hilfsmitteln geht (wie z. B. druckverteilenden Matratzen oder Inkontinenzhilfsmitteln), für deren Beschaffung und Vorhaltung sie strukturell nicht verantwortlich sind und zu denen sie nicht über die notwendige Handlungs- und Entscheidungskompetenz verfügen. Ein weiterer Streitpunkt besteht darin, ob die Expertenstandards angewandt werden müssen, wenn kein expliziter Auftrag dafür vorliegt. Aus Sicht des DNQP, ist die Frage, ob Expertenstandards angewandt werden müssen, in dieser Form problematisch. Stattdessen erscheint es sinnvoller, davon auszugehen, dass Pflegekräfte mit den in den Expertenstandards angesprochenen Qualitätsrisiken in ihrer Alltagspraxis unweigerlich konfrontiert werden und entsprechende Antworten geben müssen. Für diesen Fall ist es ratsam, sich auf ein evidenzbasiertes Qualitätsinstrument stützen und das Handeln danach ausrichten zu können. Unstrittig ist jedoch auch, dass einige der auf Basis der Expertenstandards erforderlichen und empfohlenen Handlungen einen hohen Aufwand mit sich bringen, der nicht ohne weiteres im vorhandenen Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste abgebildet ist.

Das DNQP geht bei der Entwicklung der Expertenstandards davon aus, dass die Praxis trotz Standard immer eine eigenständige Einschätzung und Bewertung der Pflegefachkraft erfordert, bevor Maßnahmen eingeleitet werden. Dazu ist es erforderlich, dass die Pflegefachkräfte entsprechend ausgebildet sind und ihnen in der Praxis ein Entscheidungsspielraum zugestanden wird. Gute Erfahrungen liegen aus ambulanten Pflegediensten vor, in den es gelungen ist, die Empfehlungen aus den Expertenstandards in die Steuerung des Pflegeprozesses zu integrieren. Ein Ansatz, der auch in das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation Eingang gefunden hat.

Zur Arbeit mit Expertenstandards in allen Bereichen der Pflegepraxis sammelt das DNQP fortlaufend Erkenntnisse, die für das interne Qualitätsmanagement von hoher Bedeutung sind. Im Rahmen der 2. Aktualisierung des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ wurden Indikatoren für die Steuerung der Dekubitusprophylaxe im Rahmen des Qualitätsmanagements entwickelt und in einem Praxisprojekt auf ihre Praktikabilität, Relevanz und Nützlichkeit untersucht wurden.

IPW-Projekt zur Förderung der Ergebnisorientierung in der ambulanten Pflege

Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einerseits, andererseits durch die Bemühungen, im Rahmen einer indikatorengestützten Qualitätsbeurteilung

neue Formen der Bewertung von Pflegeeinrichtungen zu etablieren, stellt sich in jüngster Zeit vermehrt die Frage nach einer qualitativen Weiterentwicklung von ambulanter Pflege und damit verbundenen Verfahren der Qualitätsbewertung. Vor diesem Hintergrund startete Anfang 2016 das Projekt „Förderung der Ergebnisorientierung in der ambulanten Pflege“. Das Projekt wird vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) in Kooperation mit drei Wohlfahrtsverbänden in Nordrhein-Westfalen durchgeführt (Der Paritätische NRW, Diözesan-Caritasverband Münster und Diözesan-Caritasverband Köln). Zielsetzung des Projektes ist es, Konzepte zu entwickeln und zu erproben, die Aufgabenschwerpunkte aufweisen, die über die heutigen, stark verrichtungsorientierten Leistungskataloge hinausreichen. Hierbei soll auch überprüft werden, bei welchen Qualitätsaspekten und mit welchen Kriterien und Methoden bei der Umsetzung solcher Konzepte Versorgungsergebnisse abgebildet werden können. Das Projekt wird voraussichtlich Ende des Jahres 2018 abgeschlossen sein. Gefördert wird es von der Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen.

Das Projekt ist in drei Phasen gegliedert: In der ersten Phase wurden die angesprochenen Handlungskonzepte entwickelt, die zweite Phase umfasst die Erprobung und Evaluation der Konzepte, und eine abschließende dritte Phase dient der Auswertung der gewonnenen Erfahrungen. Das Projekt ist gekennzeichnet durch eine enge Kooperation zwischen Wissenschaftlern und ambulanten Pflegediensten, die den drei kooperierenden Verbänden angeschlossen sind. In mehreren Workshops wurden die für das Projekt relevanten Themen eingegrenzt und die Eckpunkte für Handlungskonzepte entwickelt, die derzeit erprobt werden.

Im Rahmen des Projekts wird auch die Frage bearbeitet, wie sich das interne Qualitätsmanagement von ambulanten Pflegeeinrichtungen so weiterentwickeln kann, dass die Ergebnisqualität ambulanter Pflege stärker berücksichtigt werden kann. Damit ist nicht gemeint, dass komplett neue Qualitätsmanagement-Systeme entwickelt und erprobt werden. Vielmehr geht das Projekt der Frage nach, wie sich die Frage nach der Beurteilung von Ergebnisqualität in die heutigen Strukturen des internen Qualitätsmanagements der Einrichtungen integrieren lässt.

Die für die Entwicklung eines Prüfverfahrens und einer Qualitätsdarstellung relevanten Aspekte dieses Projekts finden sich in mehreren Bereichen. Zum einen lässt sich im Zusammenhang mit Weiterentwicklungen des internen Qualitätsmanagements ablesen, an welchen Stellen und mit welchen Methoden Informationen generiert werden, die ggf. auch im Rahmen von externen Qualitätsbeurteilungen und einer Qualitätsdarstellung Relevanz besitzen. Wenngleich das Projekt noch nicht so weit fortgeschritten ist, dass man hier fertige Konzepte vorlegen könnte, wurden doch die Themen eingegrenzt, in denen die Frage nach einer Beurteilung von Ergebnisqualität im Rahmen des internen Qualitätsmanagements konkretisiert werden konnte. Zum anderen wurden insgesamt vier Aufgabenkomplexe ausgewählt, für die während der Erprobungsphase verschiedene Instrumente entwickelt wurden, um die Veränderungen der Pflegesituation, die auf die Unterstützung durch die ambulanten Pflegedienste zurückzuführen sind, zu erfassen und darstellbar zu machen. Die Qualitätsaspekte, die dabei von Bedeutung sind, konzentrieren sich auf die folgenden Handlungsbereiche:

- *Förderung der Mobilität:* Mobilitätseinbußen gehören zusammen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu den wichtigsten Ursachen für andauernde Pflegebedürftigkeit. Die Anforderung, zielgerichtet die Bewegungsfähigkeit und Mobi-

lität von pflegebedürftigen Menschen zu fördern, spielt insofern eine zentrale Rolle im Aufgabenprofil einer professionellen Pflege. Im Rahmen des IPW-Projekts wurde ein Handlungsrahmen für die „Förderung der Mobilität und Bewegungsfähigkeit“ entwickelt. Veränderungen der Mobilität werden mit dem Modul 1 des neuen Begutachtungsinstruments erfasst. Darüber hinaus erfolgt eine qualitative Beurteilung verschiedener Probleme und Ressourcen, die mit der Frage von Mobilitätseinbußen bzw. der Mobilitätsförderung in Verbindung stehen. Dazu gehört beispielsweise auch eine Einschätzung der Schmerzsituation, sofern sie für die Beeinträchtigung der Mobilität oder eine drohende Beeinträchtigung der Mobilität von Bedeutung ist. Im Einzelfall können verschiedene weitere Faktoren relevant sein. Versorgungsergebnisse werden durch einen Vergleich der Mobilität zu Beginn und zum Abschluss des pflegerischen Auftrags ermittelt.

- *Förderung der Pflegekompetenz von pflegenden Angehörigen:* Das entsprechende Konzept verfolgt das Ziel, die Fähigkeit und Bereitschaft der Angehörigen, die alltäglichen Anforderungen der pflegerischen Versorgung zu bewältigen, aufrecht zu erhalten oder zu fördern. Wesentliche Bausteine sind, analog zum Pflegeprozess, die Bedarfsermittlung, die konkrete Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen und die Überprüfung ihrer Wirkung auf den pflegenden Angehörigen und die Pflegesituation insgesamt. Die konkrete Ausgestaltung des Prozesses orientiert sich an den Interessen und Bedürfnissen des pflegenden Angehörigen. Die Wirkung der durch den ambulanten Pflegedienst durchgeführten kompetenzfördernden Maßnahmen wird in regelmäßigen Abständen geprüft. Bei dieser Überprüfung wird der Status zu Beginn des pflegerischen Auftrags mit dem aktuellen Status verglichen und auf diese Art und Weise die Veränderung der Pflegekompetenz der Angehörigen abgebildet. Die beteiligten Fachkräfte und die Angehörigen selbst geben unabhängig voneinander eine Einschätzung der Pflegekompetenz ab. Es handelt sich dabei um eine weitgehend standardisierte Einschätzung bzw. Selbsteinschätzung. Das Ergebnis, das heißt die Veränderung der Pflegekompetenz der Angehörigen, ist ein Beispiel für einen wichtigen Aspekt der Ergebnisqualität ambulanter Pflegedienste.
- *Unterstützung bei herausforderndem Verhalten:* Eine vierte Aufgabenbeschreibung bezieht sich auf die Frage, wie pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen so unterstützt werden können, dass regelmäßig auftretende Formen des herausfordernden Verhaltens besser aufgefangen und ohne Beeinträchtigung der Lebensqualität in ihrer Auftretenshäufigkeit oder in ihren Auswirkungen begrenzt werden können. Auch hier liegt wieder die Schrittfolge des Pflegeprozesses zugrunde: Mit einer pflegerischen Einschätzung sollen mögliche negative Verhaltensweisen des Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung identifiziert und in ihrer Bedeutung für das Alltagsleben beurteilt werden. Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt bezieht sich auf die Frage, welche Faktoren ggf. auf die Ausprägung und Intensität der betreffenden Verhaltensweisen Einfluss nehmen. Hier setzt das Konzept an: Es soll dazu dienen, die Angehörigen bzw. die pflegebedürftigen Menschen selbst darin zu unterstützen, ihren Lebensalltag und ihre Umgebung so anzupassen, dass mit herausforderndem Verhalten entweder besser umgegangen werden kann oder dass herausforderndes Verhalten weniger häufig auftritt. Zur Abbildung von Ergebnissen der Unterstützung wurde ein Instrument entwickelt, das in Anlehnung an das neue Begutachtungsassessment (NBA) Modul 3 die Auftretenshäufigkeit von Verhaltensweisen erfasst, darüber hinausgehend aber auch

das Problempotential, das sich mit den Verhaltensweisen verbindet. Auch die Veränderung verhaltenswirksamer Faktoren in der materiellen oder sozialen Lebensumgebung (einschließlich Gesundheitsversorgung, Tagesstrukturierung, Gestaltung von verfügbarer Zeit etc.) werden erfasst. Das zentrale Kriterium für die Beurteilung der erreichten Ergebnisse besteht in einer Veränderung des Verhaltensprofils und in einer Reduzierung des Risikopotentials, das mit den Verhaltensweisen verbunden ist.

- Der vierte Aufgabenschwerpunkt, der im Rahmen des Projekts erprobt wird, umfasst schließlich das Thema *Prävention bei Pflegebedürftigkeit*. Dies ist ein erläuterungsbedürftiger Arbeitstitel, da die unterstützenden Maßnahmen, die in diesem Rahmen geleistet werden sollen, weit über die Prävention individueller Gesundheitsprobleme hinausreichen. Die übergeordnete Zielsetzung besteht in der Abwendung einer zunehmenden Abhängigkeit von Personenhilfe. Schwerpunkte können darin liegen, dem betreffenden Pflegehaushalt bei der Herstellung einer gesundheits- und selbstständigkeitsfördernden Umgebung zu unterstützen, die Motivation und Kompetenz des pflegebedürftigen Menschen oder auch seiner Angehörigen in der Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Problemen zu stärken, individuelle Ressourcen zu fördern, aber auch generell eine stabile Versorgungssituation herzustellen. Hier erfolgen eine individuelle, auf die jeweilige Problemsituation zugeschnittene standardisierte Einschätzung der Risikosituation und eine Einschätzung der Entwicklungstendenz von Pflegebedürftigkeit. Zur Darstellung des Pflegeergebnisses erfolgt eine Einschätzung der häuslichen Pflegesituation, bei der Dimensionen der Bedarfsdeckung, der Risikominimierung und der Belastungssituation im Mittelpunkt steht. Als Indikator für die Einschätzung des Pflegeergebnisses dient also die Tragfähigkeit und Stabilität der häuslichen Pflegesituation.

Für die Entwicklung neuer Verfahren für externe Qualitätsbeurteilungen und die Qualitätsdarstellung bietet das Projekt zu ausgewählten Themenstellungen Anregungen. Dazu gehört eine fachliche Konkretisierung pflegerischer Aufgaben bei ausgewählten Bedarfskonstellationen, bei der die Frage nach Versorgungsergebnissen im Mittelpunkt steht. Zu berücksichtigen sind jedoch auch Einschätzungsverfahren und Instrumente, mit denen Versorgungsergebnisse dargestellt werden.

Entwicklung und Erprobung von Ergebnisindikatoren in der stationären Pflege

Aufgrund der Erfahrung, dass die starke Ausrichtung von externen Qualitätsprüfungen auf Strukturen und Prozesse zu keinen zufriedenstellenden Qualitätsbeurteilungen und -aussagen führt, leiteten das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Jahr 2008 einen bis heute nachwirkenden Entwicklungsprozess ein. Das Projekt trug die Bezeichnung „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“. Es wurde in der Zeit von Dezember 2008 bis Januar 2011 gemeinsam von zwei Forschungsinstituten durchgeführt: dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und dem Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG). Im Verlauf des Projekts waren Qualitätsindikatoren und Instrumente zu erarbeiten, mit denen sich Ergebnisqualität zuverlässig messen und beurteilen lässt. Sie wurden während einer zehnmonatigen Praxisphase in 46 vollstationären Pflegeeinrichtungen erprobt (Wingenfeld et al. 2011).

Im Rahmen dieses Projektes wurde, begleitet von einem Beirat, in dem alle wichtigen Entscheidungsträger aus dem Bereich der pflegerischen Versorgung und mehrere Wissenschaftler vertreten waren, ein Set von 15 sog. gesundheitsbezogenen Indikatoren erarbeitet, mit dem die Ergebnisqualität in der stationären Langzeitpflege beurteilt werden kann. Anhand der Frage nach Relevanz und methodischen Anforderungen wurden im Projektverlauf zahlreiche Sachverhalte daraufhin überprüft, ob sie sich mit Hilfe von Indikatoren für Ergebnisqualität vergleichend beurteilen lassen. Die Anforderung einer vergleichenden Beurteilung führte dazu, dass Indikatoren für Versorgungsergebnisse, die fachlich relevant, aber methodisch nicht tragfähig erschienen, aus dem Set ausgeschlossen wurden.

Ausgewählt und inzwischen in mehr als 400 stationären Pflegeeinrichtungen erprobt wurden Indikatoren zu folgenden Aufgabenfeldern (jeder der Bereiche umfasst mehrere Indikatoren):

- Erhalt und Förderung der Selbständigkeit
- Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen
- Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen.

Die zur Darstellung dieser Indikatoren benötigten Daten werden in Form von Stichtagserhebungen erfasst. Es existieren drei weitere Bereiche, die vorrangig über eine Bewohner- und Angehörigenbefragung abgedeckt werden:

- Wohnen und (hauswirtschaftliche) Versorgung
- Tagesgestaltung und soziale Beziehung
- Angehörigenarbeit.

Die aktuelle Diskussion und auch die Gesetzgebung der vergangenen Jahre bezieht sich auf die Indikatoren aus den ersten drei genannten Bereichen. Für jeden Indikator ist festgelegt, nach welchen Regeln das Ergebnis berechnet und beurteilt werden soll und welche Bewohner in die Berechnungen einzubeziehen sind. So bleiben Bewohner in der Sterbephase aus den Berechnungen generell ausgeschlossen, weil bei ihrer Unterstützung andere Prioritäten gesetzt werden müssen und ihre gesamte gesundheitliche Situation nicht mit der von anderen Bewohnern verglichen werden kann. Das Indikatorenset umfasst folgende Qualitätsaspekte, von denen ein Teil zum Zweck der Risikoadjustierung mit Hilfe von zwei Indikatoren (für unterschiedlich definierte Risikogruppen) abgebildet wird:

Bereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit

- Erhaltene oder verbesserte Mobilität
 - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
 - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen.
- Erhaltene oder verbesserte Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen
 - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
 - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
- Erhaltene oder verbesserte Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Bereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen

- Dekubitusentstehung
 - bei Bewohnern mit geringem Dekubitusrisiko

- bei Bewohnern mit hohem Dekubitusrisiko
- Stürze mit gravierenden Folgen
 - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
 - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
 - bei Bewohnern, die keine oder nur geringe kognitive Einbußen aufweisen
 - bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen

Bereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen

- Integrationsgespräch für Bewohner nach dem Heimeinzug
- Einsatz von Gurtfixierungen
- Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen
- Aktualität der Schmerzeinschätzung.

Im Rahmen des Projekts wurden weitere Qualitätsaspekte im Blick auf die Bewertbarkeit mit Hilfe von Indikatoren geprüft, aber als ungeeignet für einen Vergleich der Qualität von Pflegeeinrichtungen befunden. Diese Kennzahlen konnten zur Anwendung bei der Beurteilung von Ergebnisqualität nicht empfohlen werden oder sind nach dem derzeitigen Stand des Wissens nur im Rahmen des internen Qualitätsmanagements sinnvoll nutzbar. Dazu gehören:

- Häufigkeit von Sondenernährung
- Sturzhäufigkeit
- Entstehung von Kontrakturen bei Bewohnern mit erheblichen Mobilitätseinbußen
- Intensiver Medikamenteneinsatz ohne Überprüfung von Wechsel-/Nebenwirkungen
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Management von Harninkontinenz und Veränderung des Kontinenzstatus
- Häufigkeit von Medikationsfehlern.

Bei verschiedenen weiteren Qualitätsaspekten, die im Verlauf des Projektes geprüft wurden, wäre auch der auf das interne Management begrenzte Einsatz nur wenig aussagekräftig. Ob hier tatsächlich von einem relevanten Einfluss der Einrichtungen ausgegangen werden kann, ist vielfach fraglich:

- Entwöhnung von der Sondenernährung
- Ungeplante Krankenhaus-Einweisungen
- Häufigkeit von Harnwegsinfekten
- Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten
- Depression (Prävalenz)
- Angst (Prävalenz)
- Inadäquater Psychopharmakaeinsatz
- Vorliegen einer Stuhlinkontinenz
- Nosokomiale Infektionen
- Symptomstatus
- Grippeimpfungen
- Mortalität
- Chronische Wunden

- Frakturen/Verletzungen.

Viele dieser Qualitätsaspekte werden nicht nur im Zusammenhang mit der stationären Langzeitpflege, sondern auch als relevante Aspekte für die ambulante Pflege diskutiert. Ein Teil von ihnen kommt in anderen Ländern bei Qualitätsvergleichen von ambulanten Diensten zum Einsatz, andere sind relevant bei der Ermittlung von Indikatoren für die interne Qualitätsbeurteilung (z.B. in der Schweiz), wieder andere finden Verwendung bei Qualitätsbeurteilungen im Rahmen externer Prüfungen.

Innerhalb des genannten Projektauftrags der beiden Bundesministerien wurde auch die Frage diskutiert, inwieweit die für den stationären Bereich entwickelten Kennzahlen auch – ggf. in modifizierter Form – für die ambulante Pflege nutzbar sein könnten. Als Ergebnis dieser Diskussion ist festzuhalten, dass eine pauschale Beantwortung dieser Frage nicht möglich ist. Für jeden Qualitätsaspekt sind die Relevanz und die methodischen Anforderungen im Hinblick auf die ambulante pflegerische Versorgung im Einzelnen zu prüfen. Es kann also nicht ohne weiteres unterstellt werden, dass Qualitätsindikatoren, die sich im Heimbereich bewährt haben, auch in der ambulanten Pflege nutzbar sind (Wingefeld/Schumacher 2013). Die Rahmenbedingungen für die Pflege, so das Ergebnis der damaligen Diskussion, sind in beiden Versorgungsbereichen äußerst unterschiedlich:

- Ambulante Dienste haben in der Regel einen sachlich und zeitlich eng begrenzten Auftrag. Sie sind zum Teil nur an wenigen Tagen pro Woche präsent. Es ist zu klären, inwieweit unter diesen Umständen ein maßgeblicher Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand pflegebedürftiger Menschen unterstellt werden kann.
- Der Einfluss der pflegenden Angehörigen überlagert häufig die Wirkung professioneller Pflege. Zu klären ist, so die damalige Feststellung, inwieweit man einem Pflegedienst bspw. einen maßgeblichen Einfluss auf die Entstehung eines Dekubitus zuschreiben kann, wenn die Lagerung eines immobilen Pflegebedürftigen durch die pflegenden Angehörigen erfolgt?
- Das Leistungsspektrum ambulanter Dienste war bislang durch § 36 SGB XI weitgehend auf Hilfen bei Alltagsverrichtungen und hauswirtschaftliche Unterstützung begrenzt. Im Falle der Beurteilung von Ergebnisqualität können jedoch nur Sachverhalte einbezogen werden, zu denen ein pflegerischer Auftrag vorliegt. Müssten somit andere Sachverhalte aus der Beurteilung ausgeschlossen bleiben? Damit würde ein fachlich extrem verengtes Qualitätsverständnis zugrunde gelegt.

Es gibt verschiedene weitere Sachverhalte, die in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen sind. Doch unabhängig von der Frage nach Relevanz für eine indikatorengestützte Qualitätsbeurteilung konnten die im genannten BMG/BMFSFJ-Projekt bearbeiteten und die auf sie bezogenen Bewertungen in die nähere Prüfung, die zur Identifizierung von relevanten Inhalten für Qualitätsprüfungen und -darstellungen im ambulanten Bereich erfolgte, einbezogen werden.

2.3 Vorläufige Themenbereiche für die Qualitätsprüfung und -darstellung

Als Ergebnis von Phase I des Projekts wurden fünf Themenbereiche mit einer jeweils unterschiedlichen Anzahl an Einzelthemen herausgearbeitet, die als Grundlage für die Diskussion mit Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Akteure in Phase

II des Projekts dienen. Die Festlegung der fünf Themenbereiche und der dazu gehörigen Einzelthemen basiert auf unterschiedlichen Erwägungen. Zum einen wurden Bezeichnungen gewählt, die auch in den internationalen Quellen verwendet wurden (z. B. Sicherheitsaspekte). Zum anderen erfolgte die Benennung und Konkretisierung vor dem Hintergrund der Diskussionen um die bestehenden Rahmenbedingungen der Leistungserbringung in der ambulanten Pflege und ihrer Bedeutung für die zukünftigen Qualitätsprüfungen wie sie in Kapitel 2.1 ausgeführt sind. Vor diesem Hintergrund wurden die folgenden Themenbereiche definiert und die angegebenen Einzelthemen zugeordnet:

- a) *Themenbereich Persönlichkeit und Beziehungen* – in diesem Themenbereich geht es um die Berücksichtigung der Individualität des pflegebedürftigen Menschen und der spezifischen Gegebenheiten des häuslichen Pflegearrangements. Beide sind Bestandteil jedes denkbaren Pflegeprozesses in der ambulanten Pflege, unabhängig vom konkreten Auftrag bzw. der konkreten vertraglichen Vereinbarung zwischen Pflegehaushalt und Pflegedienst. Aus Sicht pflegebedürftiger Menschen sind die Berücksichtigung der individuellen Selbstbestimmung und individueller Wünsche grundlegende Qualitätsaspekte. Die Einzelthemen dieses Themenbereichs umfassen:
- Berücksichtigung biografischer Aspekte in der Pflege
 - Berücksichtigung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse bei der Ausgestaltung der Pflege
 - Wahrung der individuellen Privatsphäre und Würde
 - Förderung des individuellen Wohlbefindens
 - Möglichkeit der Gewährleistung der Kontinuität der Pflege durch eine bestimmte Pflegeperson
 - Zusammenarbeit mit den Angehörigen
- b) *Themenbereich Sicherheit* – ähnlich wie beim Themenbereich Persönlichkeit und Beziehungen spielen Fragen der Sicherheit in unterschiedlichem Ausmaß eine Rolle in jedem Pflegeprozess. Sie bestehen ebenfalls unabhängig vom konkreten pflegerischen Auftrag. Da es sich jedoch um inhaltlich anders gelagerte Herausforderungen in der professionellen Pflege handelt, wurden sie zu einem eigenen Themenbereich zusammengefasst, dem die folgenden Einzelthemen zugehören:
- Erfassung von und Reaktion auf gesundheitsbezogene, verhaltensbezogene und umgebungsbezogene Risiken und Gefahren
 - Hinweise auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch, Unterversorgung
 - Hinweise auf Destabilisierung der Versorgungssituation
 - Sachgerechter Umgang mit Medikamenten
 - Einschätzung von und Umgang mit Notfällen
- c) *Themenbereich gesundheitliche Versorgung und Erhalt der Selbständigkeit* – unter diesem Themenbereich haben die Auftragnehmer alle Themen zusammengefasst, die angesichts vorhandener Problemlagen pflegebedürftiger Menschen Auftrag pflegerischen Handelns sein könnten und aus Sicht der Auftraggeber dem Verständnis des zum 01.01.2017 neu gefassten § 36 SGB XI entsprechen. In der Logik des Pflegeprozesses und der Vereinbarung zwischen Pflegehaushalt und Pflegedienst haben diese Themen zudem die Gemeinsamkeit, dass ihnen ein entsprechender Auftrag zugrunde liegen muss,

bevor sie zum Bestandteil der Qualitätsprüfung werden können. Die Bezeichnung dieses Themenbereichs orientiert sich an Fragen der Selbständigkeit als maßgeblichem Kriterium für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und der gesundheitlichen Versorgung, die auch ärztlich verordnete Pflegemaßnahmen umfasst:

- Unterstützung bei Beeinträchtigung der Mobilität (einschließlich Erhalt und Förderung)
- Unterstützung bei Beeinträchtigung der Kognition (einschließlich Erhalt und Förderung)
- Unterstützung bei Beeinträchtigung der Kommunikation (einschließlich Erhalt und Förderung)
- Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen. Unterstützung in der Körperpflege und Kleidung (einschließlich Erhalt und Förderung)
- Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme (einschließlich Erhalt und Förderung)
- Unterstützung bei der Ausscheidung (einschließlich Erhalt und Förderung)
- Unterstützung und/oder Umsetzung von ärztlichen Anordnungen
- Unterstützung des Selbstmanagements bei chronischen Erkrankungen
- Schmerzmanagement
- Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln
- Schulung, Anleitung und Beratung zur Verbesserung der Pflegesituation

d) *Themenbereich Alltagsgestaltung* – für diesen Themenbereich gilt hinsichtlich der Vereinbarung zwischen Pflegehaushalt und Pflegedienst ähnliches wie für den Themenbereich gesundheitliche Versorgung und Erhalt der Selbständigkeit. Eine Differenzierung zu diesem Themenbereich wurde vorgenommen, da die Einzelthemen nicht notwendigerweise pflegerischer Unterstützung zuzuschreiben sind, sondern ggf. auch anderweitig erbracht werden können. Dieser Themenbereich umfasst lediglich zwei Einzelthemen:

- Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte
- Unterstützung in der Haushaltsführung

e) *Themenbereich Dienstleistungsqualität und Qualitätsmanagement* – der letzte Themenbereich bezieht sich auf Aspekte, die als pflegfachliche Grundlagen angesehen werden können und Voraussetzung dafür sind, dass der Pflegedienst eine pflegfachlich und leistungsrechtlich begründete Unterstützung in häuslichen Pflegearrangements leisten kann. Die Notwendigkeit, sich mit diesen Themen auseinanderzusetzen, besteht für ambulante Pflegedienste unabhängig von den konkreten Vereinbarungen mit den Pflegehaushalten:

- Koordination und Vernetzung mit ärztlichen und anderen therapeutischen Berufen
- Koordination und Vernetzung mit Dienstleistungsanbietern
- Aufnahmemanagement
- Qualifikationsentsprechende Einsatzplanung
- Pünktlichkeit
- Telefonische Erreichbarkeit außerhalb der vereinbarten Zeiten des Pflegeeinsatzes
- Fachliche Qualifikation der Pflegedienstleitung

- Wahrnehmung der Aufgaben durch die Pflegedienstleitung
- Fortbildung
- Fallbesprechungen, Pflegevisiten und kollegiale Beratung
- Sicherstellung des Pflegeprozesses und der Versorgungskoordination
- Berücksichtigung grundlegender hygienischer Anforderungen
- Behebung von Qualitätsdefiziten

3. Phase II – Diskussion und Entwurf eines vorläufigen Themensets

Die zweite Phase der Entwicklungsarbeiten umfasste im Schwerpunkt die Diskussion der Erkenntnisse aus Phase I mit den verschiedenen Akteuren im Rahmen der pflegerischen Versorgung. Die Zielsetzung bestand darin, zum einen aus den ermittelten Themenbereichen und Einzelthemen in einem dialogischen Prozess diejenigen Themen und Qualitätsaspekte zu identifizieren, die für externe Qualitätsprüfungen und die neu zu konzipierende öffentliche Qualitätsdarstellung relevant sind. Zum anderen sollte die Gelegenheit gegeben werden, weitere Aspekte aufzunehmen, die sich in keinem der in Phase I recherchierten Konzepte wiederfanden. Zudem sollten je eigene Sichtweisen und Erfahrungen der unterschiedlichen Akteure erhoben werden, um sie im Rahmen der weiteren Entwicklung berücksichtigen zu können.

3.1 Diskussion in Fokusgruppen

Die Diskussion wurde in Form moderierter Fokusgruppen geführt. Diese wurden bereits parallel zu den Arbeiten der Phase I vorbereitet. Die Teilnehmer wurden in enger Abstimmung mit den verschiedenen Akteuren angesprochen und anschließend durch die Auftragnehmer zu den Sitzungen eingeladen. Angesprochen wurden:

- Vertreter der privaten und frei-gemeinnützigen Verbände der Leistungserbringer – die Auswahl erfolgte durch Nachfrage bei den Verbänden der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und den privaten Verbänden der Leistungserbringer.
- Vertreter der gesetzlichen und privaten Pflegekassen sowie der Sozialhilfeträger – hier erfolgte die Auswahl mit Unterstützung des GKV-Spitzenverbandes, der sich bereit erklärt hatte, Vorschläge zu Personen aus dem Bereich der Pflegekassen zu unterbreiten. Ergänzend wurden Vertreter des Deutschen Städtetages, des Deutschen Landkreistages sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger zu dieser Diskussion eingeladen.
- Vertreter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK), des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und des Prüfdienstes der Privaten Krankenversicherung – aufgrund der parallel verlaufenden Entwicklungsarbeiten für das zukünftige Qualitätsprüfungs- und –darstellungsverfahren für die stationäre Pflege, an dem die Prüfinstanzen intensiv eingebunden waren, erfolgte die Auswahl und Ansprache der Teilnehmer in enger Abstimmung mit diesen Prozessen.
- Ähnliches galt für die Auswahl und Ansprache der Vertreter der Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118c SGB XI.

Auf eine ursprünglich in Betracht gezogene Diskussion mit Hausärzten wurde verzichtet, da sich im Rahmen telefonischer Vorklärunge herausstellte, dass die Frage der Qualitätsprüfung ambulanter Pflegedienste und die Kooperation mit ambulanten Pflegediensten derzeit kein Diskussionsgegenstand der ärztlichen Organisationen ist. Somit wurden zunächst vier Fokusgruppendifkussionen durchgeführt:

- Fokusgruppe der Leistungserbringer am 21.08.2017 in Berlin
- Fokusgruppe der Leistungsträger am 22.08.2018 in Berlin
- Fokusgruppe der Organisationen nach § 118 c SGB XI am 28.08.2017 in Bonn und
- Fokusgruppe der Prüfdienste am 11.09.2017 in Hannover

Die Teilnehmer erhielten im Vorfeld der Fokusgruppendifkussionen eine Zusammenfassung der Erkenntnisse aus Phase I zugesandt. Zudem wurden alle Gruppen gebeten, sich zur Vorbereitung mit den folgenden Fragen auseinanderzusetzen:

- a) Welche der Themenbereiche und Einzelthemen sollen im Rahmen der zukünftigen Qualitätsprüfungen und –darstellungen berücksichtigt werden?
- b) Gibt es Themenbereiche, die aus Ihrer Sicht unberücksichtigt bleiben sollten?
- c) Gibt es aus Ihrer Sicht Themen oder Sachverhalte, die bislang nicht aufgeführt sind?
- d) Welche weiteren Aspekte sind aus Ihrer Sicht für die Entwicklung der zukünftigen Verfahren für die Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege bedeutsam?
- e) Gibt es mit der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant aus Ihrer Sicht Erfahrungen positiver wie negativer Art, die bei den weiteren Entwicklungen berücksichtigt werden sollten?

Der Gruppe der Leistungserbringer und der Gruppe der Prüfdienste wurden darüber hinaus zwei weitere Fragen zugesandt:

- f) Welche Aspekte sind aus Ihrer Sicht insbesondere für die spezialisierte ambulante Pflege bedeutsam (Intensivpflege, Kinderkrankenpflege oder ambulante psychiatrische Pflege)?
- g) Welche Einschätzungen haben Sie zur Qualitätssicherung bei ärztlich verordneten Pflegemaßnahmen?

Die Diskussionen der Fokusgruppen folgten einem ähnlichen Ablauf. Zunächst wurde eine kurze Einführung in die Ausgangslage des Projekts zur Entwicklung des neuen Verfahrens der Qualitätsprüfung und –darstellung für die ambulante Pflege gegeben. Einer Erläuterung der Aufgaben der Fokusgruppen in diesem Zusammenhang folgte eine Einführung in die in der ersten Arbeitsphase identifizierten Themenbereiche und Einzelthemen, die im weiteren Verlauf intensiv diskutiert wurden. Einige Ergebnisse ähnelten sich zwischen den einzelnen Fokusgruppen, andere folgten der spezifischen Perspektive der in den Gruppen repräsentierten Akteure.

Eine gemeinsame Einschätzung aller Fokusgruppen bestand in der Feststellung, dass die genannten Themenbereiche und auch die meisten Einzelthemen unzweifelhaft von hoher Wichtigkeit für die Qualität der häuslichen Pflege sind. Betont wurde jedoch auch durchgehend, dass eine abschließende Bewertung erst möglich ist, wenn festgelegt ist, in welcher Art und Weise die einzelnen Themen operationalisiert und geprüft werden sollen. In diesem Zusammenhang wurden viele Hinweise hinsichtlich der Differenzierung in Themen für die Qualitätsprüfung und solche für die Qualitätsdarstellung gegeben.

In eine ähnliche Richtung gingen ebenfalls die Einschätzungen hinsichtlich der Notwendigkeit und Berücksichtigung bestehender Vereinbarungen zur Leistungserbringung bei der Festlegung von Verfahren der Qualitätsprüfung. Es kann als konsens-

fähig erachtet werden, dass keine Themen Gegenstand einer Prüfung eines ambulanten Pflegedienstes werden können, für die keine vertraglichen Vereinbarungen vorliegen. Wiederholt erfolgte in diesem Kontext der Hinweis auf die Problematik derzeitiger und ggf. anderslautender künftiger Rahmenvereinbarungen.

Der dritte Aspekt, der von den einzelnen Fokusgruppen ähnlich beurteilt wurde, war die Frage nach möglichen Priorisierungen der Themenbereiche. Tendenziell wurde keine Notwendigkeit einer Priorisierung gesehen, jedoch gab es eine Tendenz, den Themen des Bereichs „Gesundheitliche Versorgung und Erhalt der Selbständigkeit“ eher als anderen eine höhere Bedeutung zuzuschreiben.

Eine vierte Gemeinsamkeit kann dahingehend identifiziert werden, dass hinsichtlich des neuen Prüfverfahrens die Erwartung besteht, dass dieses eine gute und verlässliche Aussagekraft besitzen soll. Fehlentwicklungen hinsichtlich umfangreicherer Prüfungen mit geringem Aussagewert, erhebliche Dokumentationsaufwände ohne tatsächlichen Qualitätsbezug und eine zu starke Formalisierung sollten nach Möglichkeit bei der Neuentwicklung vermieden werden.

Nicht zuletzt gab es ähnliche Einschätzungen zur Wichtigkeit des Themenbereichs „Sicherheit“, der für häusliche Pflegearrangements als sehr relevant eingestuft wird, für den die ambulanten Pflegedienste jedoch nicht verantwortlich gemacht werden können. Angeregt wurde daher, diesen Themenbereich im Sinne einer Sensibilisierung für diese Problematik zu berücksichtigen.

Neben diesen Übereinstimmungen in der Diskussion um Themenbereiche und Einzelthemen der zukünftigen Qualitätsprüfung und -darstellung der ambulanten Pflege wurden in den einzelnen Fokusgruppen Aspekte benannt, die aus der Perspektive der jeweiligen Akteure hohe Priorität genießen.

In der Fokusgruppe der Leistungserbringer wurde das Zusammenspiel von interner Qualitätsentwicklung und externer Qualitätsprüfung thematisiert. In diesem Zusammenhang wurden Hinweise dahingehend gegeben, dass den Qualitätsentwicklungsbemühungen in den ambulanten Pflegediensten Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte, z.B. im Umgang mit Fehlern und zur Stärkung der Beratungskompetenz.

Seitens der Leistungsträger wurde betont, dass das Prüfverfahren geeignet sein muss, um eindeutige Prüfbescheide erstellen zu können, die nur auf der Basis klarer Regelungen gelingen können. Zudem wurden die spezialisierte ambulante Pflege und die Qualität der ärztlich verordneten Pflegeleistungen benannt, denen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Auch eine stärkere Berücksichtigung der Expertenstandards zu zentralen Qualitätsrisiken wurde eingebracht.

Aus der Perspektive der Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wurden neben den genannten konsensfähigen Aspekten, Fragen des Zugangs und der Erreichbarkeit ambulanter Pflegedienste angesprochen. Dabei wurde auf oftmals fehlendes Wissen hinsichtlich des Leistungsspektrums ambulanter Pflegedienste sowie bestehender Wahl- und Wunschrechte hingewiesen. Angeregt wurde zudem, ggf. Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen vorzunehmen. Für die Qualitätsdarstellung wurde der Vorschlag unterbreitet, ein System zu entwickeln, in dem die Ratsuchenden entscheiden können, welche Qualitätsaspekte sie sich ansehen möchten und welche sie für weniger wichtig erachten.

In der Fokusgruppe der Prüfdienste wurden zu den einzelnen Themenbereichen Möglichkeiten der Informationsgewinnung und tatsächlichen Prüfung diskutiert. Darüber konnten viele Erkenntnisse gewonnen werden, die im weiteren Verlauf der Entwicklungsarbeiten bei der Konkretisierung der Prüfverfahren einfließen werden. Positiv bewertet wurde der Ansatz einer stärker fachlich als formalistisch ausgerichteten Prüfung.

3.2 Entwurf eines vorläufigen Themensets

Nach der Durchführung der Fokusgruppen und nochmaliger Reflexion der Eignung und Strukturierung der Inhalte, die auf der Basis der ersten Recherchen und projekt-internen Diskussionen ausgewählt worden waren, ergaben sich verschiedene Veränderungen im Themenset, das den weiteren Entwicklungsarbeiten zugrunde gelegt werden sollte. Keines der Themen wurde als nicht relevant für den Prüfkontext eingestuft. Bei mehreren Aspekten zeichnete sich jedoch ab, dass eine Berücksichtigung im Rahmen externer Prüfungen mit gravierenden methodischen oder inhaltlichen Unsicherheiten verbunden wäre. Bei anderen Themen stellte sich die Frage, ob nicht eine andere Zuordnung bzw. eine Integration in andere Qualitätsaspekte sinnvoll wäre. Unter Berücksichtigung der Hinweise aus den Fokusgruppen wurde schließlich ein Set von Themen vorläufig festgelegt. Es handelt sich um eine vorläufige Festlegung, da sie unter dem Vorbehalt steht, dass bei der Operationalisierung (Festlegung des prüfmethodischen Vorgehens und der Bewertungssystematik) keine Probleme auftreten, die der Beibehaltung eines Themas entgegenstehen. Die folgende Tabelle zeigt in der linken Spalte die den Fokusgruppen vorgelegten Themen und in der rechten Spalte den Vorschlag eines Themensets für die weitere Entwicklung des Prüfverfahrens.

Tab. 11: Weiterentwicklung von Themenbereichen und Themen zwischen August und November 2017

Identifikation von Themenbereichen für Fokusgruppen (Stand Sommer 2017)	Vorschlag für Themenset (Stand Zwischenbericht November 2017)
Themenbereich Persönlichkeit und Beziehungen	
Berücksichtigung biografischer Aspekte	weitere Berücksichtigung für die Qualitätsprüfung
Berücksichtigung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse bei der Ausgestaltung der Pflege	weitere Berücksichtigung für die Qualitätsprüfung
Wahrung der individuellen Privatsphäre und Würde	sollte nicht Gegenstand der externen Qualitätsprüfung werden und wird nicht für den Prüfkatalog empfohlen Eignung für die Qualitätsdarstellung wird weiter geprüft
Förderung des individuellen Wohlbefindens	sollte nicht Gegenstand der externen Qualitätsprüfung werden und wird nicht für den Prüfkatalog empfohlen Eignung für die Qualitätsdarstellung wird weiter geprüft
Möglichkeit der Gewährleistung der Kontinuität der Pflege durch eine bestimmte Pflegeperson	sollte nicht Gegenstand der externen Qualitätsprüfung werden und wird nicht für den Prüfkatalog empfohlen Eignung für die Qualitätsdarstellung wird weiter geprüft
Zusammenarbeit mit den Angehörigen	weitere Berücksichtigung für die Qualitätsprüfung

Themenbereich Sicherheit	
Erfassung von und Reaktion auf gesundheitsbezogene, verhaltensbezogene und umgebungsbezogene Risiken und Gefahren	weitere Berücksichtigung für die Qualitätsprüfung
Hinweise auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch, Unterversorgung	weitere Berücksichtigung für die Qualitätsprüfung
Hinweise auf Destabilisierung der Versorgungssituation	weitere Berücksichtigung für die Qualitätsprüfung
Sachgerechter Umgang mit Medikamenten	sollte nicht Gegenstand der externen Qualitätsprüfung werden und wird nicht für den Prüfkatalog empfohlen Eignung für die Qualitätsdarstellung wird weiter geprüft
Einschätzung von und Umgang mit Notfällen	sollte nicht Gegenstand der externen Qualitätsprüfung werden und wird nicht für den Prüfkatalog empfohlen Eignung für die Qualitätsdarstellung wird weiter geprüft
Themenbereich gesundheitliche Versorgung und Erhalt der Selbständigkeit	
Unterstützung bei Beeinträchtigung der Mobilität (einschließlich Erhalt und Förderung)	Sämtliche Themen dieses Themenbereichs sollen für die Qualitätsprüfung berücksichtigt werden
Unterstützung bei Beeinträchtigung der Kognition (einschließlich Erhalt und Förderung)	
Unterstützung bei Beeinträchtigung der Kommunikation (einschließlich Erhalt und Förderung)	
Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen	
Unterstützung im Bereich der Körperpflege (einschließlich Erhalt und Förderung der Selbständigkeit in diesem Bereich)	
Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme (einschließlich Erhalt und Förderung der Selbständigkeit in diesem Bereich)	
Unterstützung bei der Ausscheidung (einschließlich Erhalt und Förderung der Selbständigkeit in diesem Bereich)	
Unterstützung und/oder Umsetzung von ärztlichen Anordnungen	Umbenennung in: Unterstützung und/oder Umsetzung ärztlicher Verordnungen
Unterstützung des Selbstmanagements bei chronischen Erkrankungen	Sämtliche Themen dieses Themenbereichs sollen für die Qualitätsprüfung berücksichtigt werden
Schmerzmanagement	
Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln	
Schulung, Anleitung und Beratung zur Verbesserung der Pflegesituation	
	Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte
Themenbereich Alltagsgestaltung	
Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte	Der Themenbereich wurde aufgelöst, da die „Unterstützung der Haushaltsführung“ nicht als prioritär für die Qualitätsprüfung erachtet wurde und das verbleibende Thema der Unterstützung des Alltagslebens dem Themenbereich „Gesundheitliche Versorgung und Erhalt der Selbständigkeit“ zugeordnet werden kann.
Unterstützung in der Haushaltsführung	

Dienstleistungsqualität und Qualitätsmanagement	
Koordination und Vernetzung mit ärztlichen und anderen therapeutischen Berufen	Weitere Berücksichtigung für die Qualitätsprüfung, jedoch in der Zusammenführung beider Themen als „Koordination und Vernetzung mit anderen Berufsgruppen und Dienstleistungsanbietern“
Koordination und Vernetzung mit Dienstleistungsanbietern	
Aufnahmemanagement	weitere Berücksichtigung für die Qualitätsprüfung
Qualifikationsentsprechende Einsatzplanung	sollte nicht Gegenstand der externen Qualitätsprüfung werden und wird nicht für den Prüfkatalog empfohlen Eignung für die Qualitätsdarstellung wird weiter geprüft
Pünktlichkeit	Umbenennung in: Verlässlichkeit, sollte nicht Gegenstand der externen Qualitätsprüfung werden und wird nicht für den Prüfkatalog empfohlen Eignung für die Qualitätsdarstellung wird weiter geprüft
Telefonische Erreichbarkeit außerhalb der vereinbarten Zeiten des Pflegeeinsatzes	sollte nicht Gegenstand der externen Qualitätsprüfung werden und wird nicht für den Prüfkatalog empfohlen Eignung für die Qualitätsdarstellung wird weiter geprüft
Fachliche Qualifikation der Pflegedienstleitung	weitere Berücksichtigung für die Qualitätsprüfung
Wahrnehmung der Aufgaben durch die Pflegedienstleitung	weitere Berücksichtigung für die Qualitätsprüfung
Fortbildung	weitere Berücksichtigung für die Qualitätsprüfung
Fallbesprechungen, Pflegevisiten und kollegiale Beratung	weitere Berücksichtigung für die Qualitätsprüfung, jedoch umbenannt in: „Anwendung von Methoden und Verfahren des internen Qualitätsmanagements“
Berücksichtigung grundlegender hygienischer Anforderungen	weitere Berücksichtigung für die Qualitätsprüfung
Sicherstellung des Pflegeprozesses und der Versorgungscoordination	weitere Berücksichtigung für die Qualitätsprüfung, jedoch umbenannt in: „Steuerung des Pflegeprozesses“
Behebung von Qualitätsdefiziten	weitere Berücksichtigung für die Qualitätsprüfung

Die Diskussion in den Fokusgruppen wurde nach der Erarbeitung des vorläufigen Themensets fortgesetzt. Im Mittelpunkt standen dabei weitere Auseinandersetzungen um das beschriebene Themenset, vor allem aber vertiefende Diskussionen konzeptioneller Eckpunkte der neuen Verfahren der Qualitätsprüfung und -darstellung:

- 20.12.2017: Fokusgruppe Prüfdienste
- 10.01.2018: Fokusgruppe Organisationen nach § 118 SGB XI
- 01.02.2018: Fokusgruppe Leistungserbringer
- 02.02.2018: Fokusgruppe Leistungsträger
- 28.02.2018: Fokusgruppe Prüfdienste
- 22.03.2018: Fokusgruppe Organisationen nach § 118 SGB XI.

4. Phase III – Entwurf eines Verfahrens für die Qualitätsprüfungen nach §§ 114ff. SGB XI in der ambulanten Pflege

Im Rahmen der in Kapitel 3 dargestellten Fokusgruppendifkussionen wurde wiederholt angemerkt, dass die Beurteilung, ob die vorgeschlagenen Themen Eingang in das neue Verfahren zur Qualitätsprüfung und –darstellung nehmen sollen, vor allem davon abhängig ist, wie das jeweilige Thema operationalisiert und geprüft werden soll. Entsprechend war es im nächsten Schritt der Entwicklungsarbeiten erforderlich, eine solche Operationalisierung vorzunehmen. Da es jedoch um die Entwicklung eines Prüfsystems und nicht die Entwicklung von Ansätzen zur Prüfung einzelner Themen ging, war es vor der Operationalisierung erforderlich, einige konzeptionelle Eckpunkte festzulegen, an denen sich die weiteren Entwicklungsarbeiten orientieren sollten. Zur Festlegung dieser Eckpunkte waren die folgenden Fragen zu beantworten:

- I. Wie lassen sich die besonderen Anforderungen und Bedingungen der ambulanten Pflege im Prüfverfahren abbilden?
- II. Welche Hinweise geben die dargestellten Prüfverfahren aus dem Ausland?
- III. Welche Bedeutung können Qualitätsindikatoren für die Qualitätsprüfung und -darstellung in der ambulanten Pflege haben?
- IV. Lassen sich Überlegungen aus dem zeitlich vorgelagerten Projekt zur Qualitätsprüfung und -darstellung in der stationären Pflege nutzen?

Zu I.: besondere Anforderungen und Bedingungen der ambulanten Pflege

Hinsichtlich der besonderen Anforderungen und Bedingungen der ambulanten Pflege ist vor allem darauf hinzuweisen, dass – anders als in der stationären Pflege oder bei der Pflege im Krankenhaus – das Ergebnis der pflegerischen Versorgung durch mehrere Einflussfaktoren und mehrere Akteure bestimmt wird. Ambulante Pflegedienste tragen durch ihre Arbeit zu einem Gesamtergebnis bei, sind jedoch selten allein verantwortlich dafür. Anders als in stationären Pflegesettings besteht für ambulante Pflegedienste kein Vollversorgungsauftrag für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen, sondern sie sind in der Regel Gast in einer fremden, nur bedingt durch sie beeinflussbaren Umgebung. Für die Qualitätsprüfung resultiert daraus die Anforderung, Beurteilungen der Pflegequalität immer in Bezug zu den Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes zu beurteilen. Diese sind durch verschiedene Umstände begrenzt:

- a) Die ambulanten Pflegedienste verfügen über einen begrenzten Auftrag, der sich in einem Vertrag, der zwischen Pflegehaushalt und Pflegedienst abgeschlossen wird, konkretisiert. Dieser Vertrag lässt in der Regel Rückschlüsse zu über die zeitliche Eingebundenheit des Pflegedienstes im jeweiligen Haushalt und die pflegerischen Maßnahmen, für die der Pflegehaushalt den Pflegedienst in Anspruch nehmen möchte. Trotz gleicher individueller Ausprägung der Pflegebedürftigkeit zwischen mehreren Personen kann das Ausmaß der Eingebundenheit des Pflegedienstes zeitlich und inhaltlich variieren und entsprechend der Variation bestehen kleinere oder größere Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes auf die Qualität der pflegerischen Versorgung. Trotz der unterschiedlichen Eingebundenheit in die häuslichen Pflegearrangements

werden jedoch die Pflegedienste mit vielfältigen Aspekten des häuslichen Lebens konfrontiert, die einen Einfluss auf die Pflege und die Gesamtsituation nehmen können. Aus ihnen können gesundheits-, verhaltens- oder umgebungsbedingte Risiken entstehen, die der Pflegedienst erkennen, auf die er die Mitglieder des Pflegehaushalts aufmerksam machen und zu deren Prävention er Unterstützung anbieten sollte. Es handelt sich dabei oftmals um komplexe kommunikative Prozesse mit unterschiedlichem Ausgang. Die Bewertung, ob das fachliche Handeln als angemessen oder nicht zu bewerten ist, stellt daher eine große Herausforderung dar.

- b) Neben die zeitlich begrenzte Eingebundenheit des ambulanten Pflegedienstes tritt die vielfach zeitlich sehr viel umfangreichere pflegerische Unterstützung durch Angehörige des pflegebedürftigen Menschen, die nach wie vor den größten Teil der häuslichen Pflege gewährleisten. Die Angehörigen können einen sehr positiven Einfluss auf das Gesamtergebnis ausüben, wenn sie mit viel Geduld, Zuneigung, Engagement und Kompetenz die Pflege durchführen. Sofern ihnen das aus welchem Grund auch immer nicht gelingt, kann es nicht nur dazu kommen, dass die Angehörigen einen geringeren Einfluss auf das Gesamtergebnis haben. Im schlechten Fall kann die Unterstützung durch Angehörige sogar eine negative Beeinflussung oder gar eine Gefährdung des pflegebedürftigen Menschen mit sich bringen. Der ambulante Pflegedienst steht dabei ein wenig zwischen den Stühlen, in dem ihm einerseits nur eine begrenzte Einflussmöglichkeit zur Verfügung steht und er andererseits nicht nur mit den Angehörigen kooperativ zusammenarbeiten sollte, sondern ihnen ebenfalls eine Unterstützung zukommen lassen sollte, sofern die Angehörigen dieses Angebot annehmen.
- c) Die häusliche Umgebung kann sich förderlich oder hinderlich auf die Durchführung der Pflege auswirken. Anders als im stationären Bereich haben die ambulanten Pflegedienste nur wenige Möglichkeiten, das häusliche und räumliche Umfeld zu beeinflussen. Sie können bestenfalls Hinweise geben und im Rahmen ihrer Möglichkeiten darauf einwirken, dass diese umgesetzt werden.
- d) Neben dem ambulanten Pflegedienst sind vielfach auch andere professionelle Akteure in die häusliche Versorgung eingebunden. In erster Linie ist dabei an die Hausärzte der pflegebedürftigen Menschen zu denken, aber auch die Einbindung anderer professioneller Dienstleister ist grundsätzlich denkbar. Die Kooperation mit den Hausärzten konkretisiert sich in der Verordnung von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege, die in diesem Bericht bereits angesprochen wurde. Sinnvollerweise sollten die im Pflegehaushalt involvierten Akteure gut miteinander kooperieren. Da jedoch für das Gelingen einer solchen Kooperation keine feste Zuständigkeit besteht, gelingt die Kooperation nicht immer. Der Einfluss (positiver oder negativer Art) anderer professioneller Akteure ist daher ebenfalls zu berücksichtigen.
- e) Nicht zuletzt sind die Einflussmöglichkeiten der ambulanten Pflegedienste durch die bestehenden Rahmenvereinbarungen und unterschiedliche vertragliche Regelungen bestimmt. Diese geben das verfügbare Leistungsspektrum vor. Die damit zusammenhängende Problematik wurde im Rahmen dieses Berichts bereits ausgeführt.
- f) Aus gutem Grund ist die Qualitätsprüfung im Haushalt des pflegebedürftigen Menschen von seiner Zustimmung abhängig. Zwar gilt dieser Grundsatz ebenso in der stationären Pflege, jedoch bleibt das häusliche Umfeld mehr verborgen, wenn der pflegebedürftige Mensch und seine Angehörigen keinen Zugang gewähren. Die Ergebnisse des Pretests des neuen Prüfverfahrens

haben gezeigt, dass es eine offensichtlich verbreitete Unklarheit über den Zweck der Qualitätsprüfung gibt und diese von vielen pflegebedürftigen Menschen für eine erneute Begutachtung gehalten wird, die mit dem Risiko des Verlusts des Pflegegrads und der damit verbundenen Leistungen einhergeht.

Zusammenfassend resultiert aus diesen Einflussfaktoren auf die Einflussmöglichkeiten ambulanter Pflegedienste für die Qualitätsprüfung, dass diese Einflussmöglichkeiten bei der Beurteilung aller zu operationalisierenden Qualitätsaspekte berücksichtigt werden müssen. Auf einer grundsätzlichen Ebene wurde diese Anforderung durch den Grundsatz umgesetzt, dass nur geprüft werden kann, was vereinbart bzw. verordnet und genehmigt wurde. Bestandteil jeder personenbezogenen Qualitätsprüfung ist somit die Erfassung der mit dem Pflegehaushalt vereinbarten Leistungen und der verordneten und genehmigten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. Die Umsetzung erfolgt durch die Festlegung der Prüfbereiche 2 „Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen“ und 3 „Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen“. In der Praxis bedeutet diese Festlegung, dass trotz gleichen Pflegegrads sehr unterschiedliche Qualitätsaspekte zum Gegenstand der Prüfung werden können.

Trotz der Heterogenität der Einflussmöglichkeiten ambulanter Pflegedienste lassen sich jedoch Qualitätsaspekte formulieren, mit denen die ambulanten Pflegedienste in nahezu jedem Pflegearrangement konfrontiert sein können und zu denen erwartet werden kann, dass sie erfasst werden und eine Reaktion nach sich ziehen. Die Einwirkungsmöglichkeiten bleiben zwar begrenzt, aber es sollte der Versuch unternommen werden, positiv auf die Situation einzuwirken. Die damit angesprochenen Qualitätsaspekte finden sich im Prüfbereich 1 „Übergreifend zu prüfende Aspekte“ und im Prüfbereich 4 „Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung“. Der Prüfbereich 4 unterscheidet sich vom Prüfbereich 1, weil die darin angesprochenen Qualitätsaspekte sich nicht mit dem vierstufigen Bewertungsschema abbilden lassen. Sie wurden dennoch aufgenommen, um eine Sensibilisierung zu diesen Themen zu erreichen und im Rahmen eines beratungsorientierten Prüfgeschehens die Möglichkeit der Unterstützung der ambulanten Pflegedienste durch die Prüfdienste zu ermöglichen.

Zu II.: Hinweise aus dem Ausland

Die Auseinandersetzung mit der internationalen Literatur und konkreten Verfahren der externen Qualitätssicherung, die in anderen Ländern Anwendung finden, hat zur Entwicklung des neuen Qualitätsprüfungs- und –darstellungsverfahrens im Wesentlichen durch die Unterstützung bei der Identifikation möglicher Prüft Themen und Prüfbereiche beigetragen. Es wurde deutlich, dass auch im internationalen Bereich bestimmte Themen wiederkehrend für die Beurteilung der Qualität pflegerischer Leistungen herangezogen werden. Entsprechende Verweise wurden bei der Beschreibung der einzelnen Themenbereiche und Einzelthemen vorgenommen.

Weniger einflussreich waren die internationalen Ansätze bei der Festlegung der konzeptionellen Eckpunkte des neuen Prüf- und Darstellungsverfahrens und bei der Entwicklung des gesamten Prüfsystems. Dies lag vor allem darin begründet, dass die aus den USA, Großbritannien, den Niederlanden und der Schweiz bekannten Systeme an sehr grundsätzlichen Punkten strukturelle Unterschiede aufweisen, die eine Übertragbarkeit oder selbst die Entlehnung einzelner Aspekte des Prüfsystems nicht

sinnvoll erscheinen ließen. Hinzu kam, dass die einzelnen Ansätze auch nicht in Gänze zu überzeugen vermochten.

Das US-amerikanische OASIS (s. Kapitel 2.2.2) orientiert sich an festgelegten Indikatoren zu unterschiedlichen Aspekten der Prozess- und Ergebnisqualität. Zur Verwendung von Indikatoren sei auf die Ausführungen unter „IV.“ verwiesen. Hinsichtlich der über Indikatoren abgebildeten Themen ist festzuhalten, dass diese eine Reihe von Qualitätsaspekten umfassen, die in Deutschland nicht dem Verantwortungs- und Einflussbereich der Pflege zugeschrieben werden (z.B. Impfungen oder Depressionseinschätzungen). Darüber hinaus unterliegt auch das amerikanische System festgelegten Rahmenbedingungen der Refinanzierung ambulanter Pflegeleistungen, die im OASIS zum Ausdruck kommen. Von Bedeutung sind dabei die jeweiligen 60-Tage-Intervalle, die für die deutsche Situation jedoch irrelevant sind. Somit bleiben neben der Unterstützung der Identifikation von Prüft Themen lediglich die Überlegungen zur Durchführung von Nutzerbefragungen aus dem US-amerikanischen System, die weiterhin in Betracht gezogen werden sollten. Das Thema der Nutzerbefragung wird in Kapitel 5 bei der Entwicklung des Verfahrens zur Qualitätsdarstellung erörtert.

Das britische System der Prüfungen durch die Care Quality Commission (CQC, s. Kapitel 2.2.2) bietet ebenfalls ein gutes Fundament zur Identifikation von Themen und Themenbereichen für die Qualitätsprüfung. Da auch in Großbritannien eine Prüfung der Qualität durchgeführt wird, lohnt sich auch ein etwas genauerer Blick in die Vorgehensweisen. Dabei werden einige Unterschiede deutlich. Im britischen System ist für die Prüfung eine Registrierung erforderlich, die nur dann erfolgt, wenn eine Reihe festgelegter Grundsätze und Anforderungen erfüllt sind. Viele dieser Kriterien sind durchaus auch für die deutsche Situation relevant und wurden in die Entwicklungsarbeiten einbezogen. Allerdings gab es keine Gründe dafür, von der in Deutschland getroffenen Regelung, regelmäßige Prüfungen durchzuführen, ohne dass es dafür einer Registrierung bedarf, abzuweichen. Auch die Überlegung, den Abschluss eines Versorgungsvertrags an die Erfüllung weitergehender Qualitätskriterien als derzeit zu knüpfen wurde nicht weiter verfolgt, weil diese noch eine Vielzahl weiterer Implikationen zur Festlegung personeller und qualifikatorischer Voraussetzungen mit sich bringen würde, für die entsprechende Grundlagen fehlen. Abschließend war zu den britischen Verfahrensweisen festzuhalten, dass einige der Tätigkeiten, die von der CQC den pflegerischen Aufgaben zugerechnet werden, in Deutschland eher als ärztliche Aufgaben angesehen werden.

Die Ansätze aus den Niederlanden und der Schweiz setzen sehr stark auf die Qualitätsbewertung und –darstellung durch die Leistungserbringer und orientieren sich in weiten Teilen der relevanten Qualitätsprüfungs- und –darstellungsthemen am Resident Assessment Instrument (RAI, Frijters 2010). Für eine vorrangig auf Informationen durch die ambulanten Pflegedienste basierende Prüfung der Qualität fehlt es derzeit in Deutschland tatsächlich an belastbaren Grundlagen. Im Bereich der stationären Pflege in Deutschland sehen die Vorschläge nach einer mittlerweile fast zehnjährigen intensiven Diskussionszeit die Integration durch die stationären Pflegeeinrichtungen erhobener Informationen in die Qualitätsbewertung und –darstellung vor. Für den ambulanten Bereich sind entsprechende Vorgehensweisen derzeit nur schwer vorstellbar. Eine flächendeckende Einführung des Resident Assessment Instruments kommt ebenfalls nicht in Betracht. Im Rahmen der Entwicklungsarbeiten zur Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde ausführlich erörtert, warum der Entwicklung eines eigenen Begriffs der Vorrang gegenüber der Übernahme internationaler Ansätze gegeben wurde. Eine Veränderung dieser sehr grundlegenden

Entscheidung wäre mit einer Vielzahl an weitergehenden Konsequenzen verbunden, die weit über den Rahmen dieses Projekts hinausgehen würde.

Zu III.: Bedeutung von Qualitätsindikatoren für die Qualitätsprüfung in der ambulanten Pflege

Während der Entwicklungsarbeiten für ein neues Verfahren der Qualitätsprüfung und –darstellung in der ambulanten Pflege war die Frage, ob Indikatoren in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen können, ein kontinuierlich diskutiertes Thema. Die Notwendigkeit zur Beantwortung der Frage des Einsatzes von Indikatoren wurde insbesondere hervorgerufen durch die bereits im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes getroffene Festlegung auf ein indikatorengestütztes Verfahren der Qualitätsbeurteilung und –darstellung in der stationären Pflege. Diese Festlegung zieht zwangsläufig die Frage nach der Nutzung von Indikatoren auch im Bereich der ambulanten Pflege nach sich.

Die Sinnhaftigkeit der Nutzung von Indikatoren ist nicht pauschal zu beantworten, sondern muss vor dem Hintergrund der damit verbundenen Zwecksetzung betrachtet werden. Im Rahmen der externen Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung sieht der Gesetzgeber nach § 115 Absatz 1a vor, dass die Qualitätsdarstellung verständlich, übersichtlich und vergleichbar gestaltet werden soll. Für die Nutzung von Indikatoren in diesem Zusammenhang ist es insbesondere das Kriterium der Vergleichbarkeit, dass die Zwecksetzung festlegt und an dem die Eignung von Indikatoren zu beurteilen ist.

Zweifellos liegen eine Reihe verschiedener Qualitätsindikatoren vor, die im Rahmen der Qualitätsentwicklung und –sicherung in der ambulanten Pflege Anwendung gefunden haben. In deutscher Sprache wurden diese Indikatoren in umfangreichen Arbeiten zusammengefasst (ZQP 2011; Hasseler et al. 2013). Die Vielzahl grundsätzlich verfügbarer Indikatoren beantwortet jedoch nicht die Frage nach der Eignung für die Zwecksetzung der Vergleichbarkeit. Die Vergleichbarkeit ist an Voraussetzungen gebunden, die nach Ansicht der Autoren in der ambulanten Pflege nicht gegeben sind.

Die Grundlage für einen Vergleich besteht in der Vergleichbarkeit der Einwirkungsmöglichkeiten des ambulanten Pflegedienstes auf den mittels Indikator zu bestimmenden Qualitätsaspekt. Die Einwirkungsmöglichkeiten sind von Eigenschaften des Leistungsempfängers, also des pflegebedürftigen Menschen wie des Leistungserbringers abhängig. Auf der Seite des Leistungsempfängers in der ambulanten Pflege werden sie durch die gesundheitliche Situation und das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit sowie die Verfügbarkeit, Form und Intensität informeller Hilfen durch Angehörige maßgeblich bestimmt. Auf der Seite des Leistungserbringers sind sie – wie unter I. ausgeführt - vor allem durch das zeitliche Ausmaß charakterisiert, das zur Beeinflussung eines Sachverhalts, wie beispielsweise der Verhinderung eines Dekubitus, zur Verfügung steht.

Für einige der Eigenschaften auf der Seite der Leistungsempfänger ließen sich mögliche Eigenschaften definieren, die zur Grundlage eines Vergleichs werden könnten wie z.B. der Pflegegrad oder bestimmte Merkmalskombinationen der individuellen Beeinträchtigung der Selbständigkeit wie sie für das im weiteren Verlauf dieses Berichts dargestellte Verfahren zur Bildung von Stichproben zur Anwendung kommen.

Bei der Verfügbarkeit, Form und Intensität informeller Hilfen durch Familienmitglieder, Nachbarn oder Freunde wird es bereits deutlich problematischer, eine schlüssige Vergleichsgrundlage zu bilden. Theoretisch wäre diese durch die Anzahl der informellen Helfer zu bilden oder durch deren Beziehung zum pflegebedürftigen Menschen. Die Intensität der informellen Hilfen ließe sich hilfsweise über Stunden, die für die Pflege aufgewandt werden, bestimmen. Führt man diese theoretischen Überlegungen jedoch weiter, so zeigt sich recht schnell, dass durch die Kombination dieser Eigenschaften die Frage der Vergleichsgrundlage komplex wird. Ob beispielsweise die Situation pflegebedürftiger Menschen im Pflegegrad 3, die von ihrer Tochter täglich 3-6 Stunden versorgt werden, eine vergleichbare Ausgangslage für die Bewertung der Qualität ambulanter Pflegeleistungen darstellt, ist diskussionswürdig.

Fügt man den Überlegungen zur Herstellung von Vergleichbarkeit auf Seiten des Leistungsempfängers noch die Überlegungen zur Vergleichbarkeit der Einwirkungsmöglichkeiten auf Seiten des Leistungserbringers hinzu, so wird die Beurteilungsgrundlage zunehmend undeutlich. Vor diesem Hintergrund mittels eines Indikators, der beispielsweise die Inzidenz eines Dekubitus abbildet, die Pflegequalität zwischen verschiedenen Pflegediensten vergleichend beurteilen zu wollen, stellt eine kaum zu bewältigende Aufgabe dar. Zusammenfassend wäre daher hinsichtlich sämtlicher Einwirkungsmöglichkeiten für die ambulante Pflege in Deutschland zu konstatieren, dass diese höchst heterogen sind und somit die Grundlage einer vergleichenden Nutzung von Qualitätsindikatoren für die Verfahren der externen Qualitätsprüfung und -darstellung nicht gegeben ist.

Damit ist nicht gesagt, dass Indikatoren grundsätzlich keinen Beitrag zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Pflege leisten können. Allerdings sind diese Möglichkeiten eher im Rahmen der internen Qualitätsentwicklung und -steuerung anzusiedeln. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat ein Praxisprojekt durchgeführt und darin die Praktikabilität und den Nutzen von Indikatoren zur Dekubitusprophylaxe untersucht. An dem Projekt haben auch ambulante Pflegedienste teilgenommen. Ohne an dieser Stelle zu ausführlich auf dieses Projekt einzugehen, sei darauf hingewiesen, dass die Indikatoren zur Inzidenz, zum Wissen der Patienten/Bewohner um das Dekubitusrisiko, zur Durchführung geplanter Interventionen sowie zum Wissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch in den beteiligten ambulanten Pflegediensten einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssteuerung leisten konnten. Insbesondere die verwendeten Kennzahlen zur Inzidenz, also zum Neuauftreten eines Dekubitus während des Versorgungszeitraums des ambulanten Pflegedienstes sind ein wichtiger Hinweis auf mögliche Qualitätsprobleme. Allerdings sind sie nicht geeignet für den Vergleich zweier ambulanter Pflegedienste, da z. B. die Tatsache, dass in einem ambulanten Pflegedienst eine Inzidenz von 2% von Dekubitus der Kategorie 2 oder höher festgestellt wurde, nicht automatisch impliziert, dass dieser Pflegedienst eine bessere Qualität erbringt als ein anderer Pflegedienst, in dem für die Inzidenz die Zahl von 5% festgestellt wurde. Die Unterschiede können – wie ausgeführt - durch Umstände der Leistungserbringer oder Umstände der Leistungsempfänger beeinflusst sein, die einen Vergleich nicht erlauben.

Zu IV.: Verhältnis zu den Entwicklungsarbeiten zur Qualitätsprüfung und -darstellung im Projekt zur stationären Pflege

Trotz der offensichtlich bestehenden Unterschiede zwischen den Möglichkeiten zur Nutzung von Indikatoren für die Qualitätsprüfung und -darstellung zwischen der am-

bulanten und stationären Pflege, brachte es die Parallelität der Aufträge des Qualitätsausschusses zur Entwicklung neuer Verfahren für beide Sektoren mit sich, dass Überlegungen angestellt wurden, ob und in welcher Form sich die Entwicklungsarbeiten verknüpfen und harmonisieren lassen. Aufgrund der Tatsache, dass die Entwicklungen im stationären Sektor zeitlich vorgelagert waren, bedeutete das in der Praxis, dass die Entwicklungen im Projekt zur Qualitätsprüfung und –darstellung im stationären Bereich beobachtet und dort getroffene Entscheidungen auf ihre Eignung auch für den ambulanten Bereich geprüft wurden. Ausschlaggebend für diesen Schritt waren vorrangig inhaltliche Gründe.

Einleitend wurde in diesem Kapitel dargelegt, dass die für die Qualitätsprüfung der identifizierten Themen notwendige Operationalisierung im Rahmen eines Gesamtsystems vorgenommen werden sollte. Zu diesem Gesamtsystem gehören Fragen der grundsätzlichen Prüf-Philosophie, der Prüfgrundlagen, der Bewertungsmaßstäbe und der Zusammenführung und Darstellung von Prüfergebnissen. Diese Aspekte innerhalb eines nationalen Langzeitversorgungssystems wie der deutschen Pflegeversicherung ähnlich anzugehen, erschien den Autoren dieses Berichts aus unterschiedlichen Gründen ratsam zu sein.

Der naheliegendste Grund besteht darin, dass die Menschen, die der pflegerischen Unterstützung bedürfen, ähnliche individuelle Bedarfskonstellationen aufweisen, die vielfach ähnliche fachliche Unterstützungsmaßnahmen erfordern. Die Rahmenbedingungen für diese Unterstützung unterscheiden sich deutlich zwischen einem Pflegeheim und dem eigenen Haushalt des pflegebedürftigen Menschen, aber für den von einer Mobilitätsbeeinträchtigung betroffenen Menschen stellen sich in einem Pflegeheim und im häuslichen Umfeld hinsichtlich seiner Selbständigkeit ähnliche Fragen. Somit erscheint es gerechtfertigt, die Prüfung relevanter Qualitätsaspekte in beiden Bereichen anhand einer vergleichbaren Systematik vorzunehmen. Für die Herstellung von Transparenz aus Nutzersicht ist es zudem ratsam, die Komplexität nicht durch unterschiedliche Terminologien und Verfahrensweisen für ähnliche oder gar gleiche Sachverhalte noch weiter zu erhöhen. Die Orientierung des Prüfgeschehens und die Bewertung ähnlicher Sachverhalte an gleichen Grundlagen lässt zudem eine mittelfristig höhere Akzeptanz und Vertrautheit mit dem System erwarten.

Unterstützt wurde die Entscheidung einer Orientierung an den Entwicklungen im stationären Bereiche durch weitere Gründe: Wie gezeigt werden konnte, ergab die Recherche zu Ansätzen aus dem Ausland keinen Anhaltspunkt dafür, dass die Orientierung an einem dieser Verfahren mit offensichtlichen Vorteilen verbunden wäre. Systeme, die ein engeres Zusammenwirken zwischen internem Qualitätsmanagement und externer Qualitätsprüfung favorisieren, erscheinen zwar grundsätzlich begrüßenswert, sind jedoch nicht in kurzer Zeit zu entwickeln. Es sei daran erinnert, dass die Diskussion um die Qualitätsprüfung und –darstellung in der stationären Pflege bereits seit zehn Jahren intensiv geführt wird. Eine ähnlich intensive Diskussion für die ambulante Pflege hat bislang in Deutschland nicht stattgefunden.

Ein grundsätzlich vergleichbares System erhöht die Wahrscheinlichkeit der Verlässlichkeit und sicheren Anwendung des Prüfverfahrens durch die Prüfdienste, die hinsichtlich der Bewertungssystematik und der grundsätzlichen Vorgehensweisen nicht zwei neue Systeme beherrschen müssen. Auch für die Erstellung der Prüf- und Maßnahmenbescheide durch die Pflegekassen spricht einiges dafür, eine weitgehende Harmonisierung des Prüfgeschehens und vor allem der Bewertungssystematik vorzunehmen, um eine praktikable Grundlage der Bescheiderstellung zu schaffen.

Nicht zuletzt spielte für die Entscheidung einer engeren Orientierung an den Entwicklungen im stationären Bereich eine Rolle, dass beide Verfahren in einem interaktiven Prozess mit den unterschiedlichen Partnern der Selbstverwaltung (Leistungsträger, Leistungserbringer, Organisationen nach §118 SGB XI) und aus dem Bereich der Prüfdienste entwickelt wurden. Es erschien vor diesem Hintergrund nicht plausibel, Entscheidungen, die nach langer Diskussion für die Verfahren im stationären Bereich getroffen wurden und auf grundsätzliche Zustimmung der beteiligten Personen und Verbände gestoßen sind, bei den Entwicklungen im ambulanten Bereich zu ignorieren.

4.1 Konzeptionelle Eckpunkte

Die Orientierung an Überlegungen aus dem Projekt zur Entwicklung der Qualitätsprüfung und –darstellung im stationären Bereich war keinesfalls gleichzusetzen mit einer unkritischen Übernahme. Insbesondere hinsichtlich der Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten des ambulanten Pflegedienstes, der Umsetzung des Grundsatzes, dass nur geprüft werden kann, was auch vereinbart wurde, der Systematisierung der einzelnen Qualitätsaspekte und des Umgangs mit ärztlich verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege bestehen erhebliche Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, die in der folgenden Beschreibung der Eckpunkte und des Prüfkonzepts wiederzufinden sind. Unterschiede bestehen darüber hinaus in der Parallelität von Qualitäts- und Abrechnungsprüfung im ambulanten Bereich. Bevor daher das Prüfkonzept eingehend und im Detail beschrieben wird, werden einige weitere konzeptionelle Eckpunkte angesprochen und erläutert.

Abkehr von einer vorrangig dokumentationsorientierten Prüfung

Wie im stationären Bereich wird mit dem vorgelegten Entwurf für ein neues Prüfverfahren angestrebt, eine Abkehr der durch die Pflege-Transparenzvereinbarung manifestierten dokumentationsorientierten Qualitätsprüfung zu erreichen. Im Verlauf der Fokusgruppendifkussionen hat sich gezeigt, dass die starke Orientierung an der Dokumentation aus unterschiedlichen Perspektiven insgesamt wenig sinnvoll erscheint und eine Reihe von Problemen mit sich gebracht hat. Der Prozess zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation war sicher auch deshalb erforderlich, weil vermeintliche Dokumentationsanforderungen einen enormen bürokratischen Aufwand mit sich gebracht haben, die keine Auswirkungen auf die Praxis und Qualität der Pflege hatten.

Aber auch aus den unterschiedlichen Perspektiven der Fokusgruppen zeigten sich die Schwächen einer vorrangig auf Dokumentationsanforderungen und -kriterien basierten Prüfung. Diese besitzt aus Sicht der Vertreter der Prüfdienste nur bedingte Aussagekraft zur Qualitätsbeurteilung, da eine alleinige Erledigung von Dokumentationsanforderungen nur unzureichende Schlüsse auf die tatsächliche Versorgungsqualität zulässt. Aus der Sicht der Leistungserbringer wurden die Dokumentationsanforderungen und -kriterien oftmals als eine bürokratische Notwendigkeit mit erheblichem Zusatzaufwand angesehen, den es zu erfüllen gilt, um bei der darauf basierenden Qualitätsprüfung gut abzuschneiden, der aber mit der Pflegerealität nur bedingt im Einklang steht. Auch aus Sicht der Pflegekassen stellte sich die Situation unbefriedigend dar, da die dokumentationslastige Prüfung keine solide Basis für ver-

lässliche Prüfbescheide darstellt. Letztlich wird den Nutzern eine auf schriftlichen Aufzeichnungen basierende Form der Qualitätssicherung suggeriert, die im Hinblick auf tatsächliche Prozesse und Ergebnisse der pflegerischen Versorgung nur begrenzte Aussagekraft besitzt.

Aus all diesen Gründen soll die Prüfung der Dokumentation gegenüber der Inaugenscheinnahme des pflegebedürftigen Menschen, dem Fachgespräch mit der Leitung und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes und dem Gespräch mit Pflegebedürftigen und Angehörigen deutlich in den Hintergrund treten, ohne jedoch vollständig abgeschafft zu werden. Der Pflegedokumentation sollte in Zukunft wieder – wie durch das Projekt zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation deutlich unterstrichen – die Funktion als Instrument der professionellen Verständigung zukommen. Eine vorrangig für die Prüfdienste vorgenommene Dokumentation, wie sie in der Vergangenheit von vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste wahrgenommen und praktiziert wurde, erscheint nicht sinnvoll. Im Rahmen dieses Projekts halten die Autoren die Verständigungen im Rahmen des Entbürokratisierungsprozesses zur Pflegedokumentation für hilfreich und sind der Auffassung, dass durch den hier vorgelegten Entwurf eines neuen Verfahrens zur Prüfung der Qualität in der ambulanten Pflege keine zusätzlichen Dokumentationsanforderungen entstehen.

Ins Zentrum des Prüfgeschehens sollen die tatsächliche Pflegesituation und die Ergebnisse des Pflegeprozesses gerückt werden. Diese Veränderung im Prüfverfahren bedeutet, dass einerseits dem Besuch in den Haushalten pflegebedürftiger Menschen eine größere Bedeutung zukommt und andererseits die Bedeutung der fachlichen Auseinandersetzung zwischen Prüfer/in und Pflegedienst steigen wird. Sie geht ebenfalls einher mit einem größeren Gestaltungsspielraum und größerer Verantwortung der Prüferinnen und Prüfer einerseits und der Pflegedienste andererseits. Das gültige Prüfverfahren basiert in hohem Maße auf sehr eng gefassten Kriterien mit klaren Aussagen dazu, wann ein Kriterium erfüllt ist und wann nicht. Unmissverständliche Aussagen dazu, wann ein Kriterium erfüllt und wann es nicht erfüllt ist, lassen sich in der pflegerischen Versorgung im Hinblick auf Prozesse und Ergebnisse nicht so eindeutig treffen wie im Hinblick auf Dokumentationsanforderungen. Entsprechend wird die Abwendung der dokumentationsorientierten Prüfung und der nur zwei Möglichkeiten zulassenden Bewertung „Kriterium erfüllt/nicht erfüllt“ einen genaueren Blick auf die Ergebnisqualität der Pflege erfordern. Dieser soll vorrangig durch das Gespräch mit oder durch die Inaugenscheinnahme des pflegebedürftigen Menschen im Rahmen einer personenbezogenen Prüfung erfolgen. Eine detaillierte Beschreibung findet sich in der Beschreibung des Prüfkonzepts unter 4.3.

Die Abkehr von einer dokumentationsorientierten Prüfung soll auch bei der einrichtungsbezogenen Prüfung umgesetzt werden. Ähnlich wie es in der Konzeption für die Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege vorgesehen ist, soll auf eine isolierte Prüfung der fachlich-konzeptionellen Grundlagen des ambulanten Pflegedienstes verzichtet werden, da diese in der Erfahrung der bisherigen Prüfungen vornehmlich in der Vorhaltung bestimmter Dokumente bestand und in dieser Form nur wenig Aussagekraft besitzt. Sie soll stattdessen im Anschluss an die durchzuführenden Hausbesuche durchgeführt werden, wenn in der Stichprobe Auffälligkeiten oder Defizite festgestellt wurden, die Fragen hinsichtlich der fachlich-konzeptionellen Grundlagen des ambulanten Pflegedienstes aufwerfen.

Umfang und Ankündigung der Prüfung

Der Umfang der Qualitätsprüfungen auf Basis des neuen Prüfverfahrens entspricht dem Umfang der bisherigen Qualitätsprüfungen. Vorbehaltlich einer Bestätigung durch die Pilotierung kann von einem Umfang von zwei Tagen mit zwei Prüfern ausgegangen werden. Auf Seiten der ambulanten Pflegedienste ist damit zu rechnen, dass eine Person während der gesamten Prüfung durch das Prüfgeschehen gebunden ist. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass eine weitere Person in erheblichem Umfang am Prüfgeschehen beteiligt ist, wobei es sich dabei nicht notwendigerweise um eine Person handeln muss, sondern auch wechselnde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes durch die Hausbesuche und das Fachgespräch bei der anwesend sind. Im Rahmen des Pretests haben sich unterschiedliche Konstellationen gezeigt. Bei den beteiligten Pflegediensten waren Teamleitungen, Pflegedienstleistungen oder Qualitätsbeauftragte bei den Prüfungen anwesend. In einigen Diensten waren zwei Personen durchgehend bei der Prüfung anwesend, in anderen waren unterschiedliche Teamleitungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingebunden. Seitens der Prüfdienste ist der entscheidende Aspekt für die Dauer der Prüfung die Anzahl der eingesetzten Prüfer. Sollten mehr als zwei Prüfer eingesetzt werden, lässt sich die Dauer der Prüfungen sicherlich verkürzen.

Die zwischenzeitliche Überlegung, ein Prüfverfahren zu entwerfen, das eine Prüfung an einem Tag ermöglicht, ließ sich auf Basis der Erfahrungen aus dem Pretest (s. Kapitel 7) nicht ohne Einschränkungen realisieren. Nach Auffassung der am Pretest beteiligten Prüfdienste sollten zwei Tage veranschlagt werden. Im Rahmen des Pretests konnte die Prüfung in der Regel an einem Tag durchgeführt werden. Es wurden allerdings nur vier Pflegehaushalte in die Prüfungen einbezogen. Bei der vorgesehenen Anzahl von neun Pflegehaushalten muss entsprechend mit einem Umfang von zwei Tagen gerechnet werden. Personell haben die Prüfdienste zwei Personen für die Testprüfungen eingesetzt und diese Zahl auch als angemessen und notwendig bezeichnet. Hinsichtlich des Zeitaufwandes haben sowohl die Prüfdienste als auch die Pflegedienste davon berichtet, dass deutlich weniger Zeit für die Prüfung von Unterlagen und der Pflegedokumentation erforderlich war, die gewonnene Zeit jedoch für die aufwändigeren Hausbesuche und Prüfungen beim pflegebedürftigen Menschen benötigt wurde.

Im Rahmen der Pilotierung sollte geprüft werden, ob der sich abzeichnende Aufwand von zwei Tagen für jeweils zwei Personen auf Seiten der Prüf- und Pflegedienste sich bestätigt.

Eine weitere Frage, die sich im Verlauf der Entwicklungsarbeiten stellte, war die Notwendigkeit einer unangekündigten Prüfung, wie sie derzeit praktiziert wird. Als Grund für die unangekündigte Prüfung wird oftmals angegeben, dass damit sichergestellt werden kann, dass die in die Prüfung einbezogenen Dokumentationsunterlagen den tatsächlichen Stand der Arbeit des ambulanten Pflegedienstes widerspiegeln und nicht kurzfristig korrigiert oder verbessert würden. Unabhängig von einer Einschätzung, ob und in welchem Ausmaß aus Anlass der Prüfung tatsächlich Dokumente kurzfristig korrigiert und verbessert werden, stellt sich vor dem Hintergrund einer veränderten Prüflogik, in der die Inaugenscheinnahme und das Gespräch eine höhere Bedeutung gegenüber der Dokumentation erlangen, die Frage, ob an der Praxis der unangekündigten Prüfung festgehalten werden soll.

Ein Grund, der in der ambulanten Pflege dagegen sprechen würde, besteht darin, dass bei einer unangekündigten Prüfung in der Regel durch den Pflegedienst nicht

sichergestellt werden kann, dass die für die Versorgung der in die Stichprobe aufgenommenen Personen verantwortlichen Pflegekräfte tatsächlich beim Hausbesuch durch den Prüfdienst anwesend sein können. Die vielfach sehr komplexen Tourenplanungen lassen eine kurzfristige Änderung in der Regel nicht zu beziehungsweise diese würde zu Unregelmäßigkeiten in der Versorgung anderer Pflegebedürftiger führen, die von der gleichen Pflegekraft versorgt werden. Daher wäre ein gewisser Vorlauf erforderlich, um die Anwesenheit der zuständigen Pflegekraft sicherzustellen. Dies wäre gleichbedeutend mit einer größeren Ankündigungsfrist der Prüfung, beispielsweise im Umfang von einer Woche.

Die Auftragnehmer haben sich nach Abwägung mehrerer Aspekte dazu entschieden, eine Empfehlung für eine geringfügige Veränderung der derzeitigen Ankündigungspraxis vorzuschlagen. Entsprechend würde die Qualitätsprüfung in der ambulanten Pflege nicht mehr am Vortag, sondern mit einem zweitägigen Vorlauf angekündigt werden. Damit bestünde für den ambulanten Pflegedienst ein etwas längerer Vorlauf und die Wahrscheinlichkeit der Anwesenheit der Bezugspflegekräfte während der Prüfung wäre erhöht. Gegen eine noch frühere Ankündigung der Qualitätsprüfung spricht vor allem, dass eine vorzeitige Ankündigung und Festlegung der Stichprobe zu unerwünschten Auswirkungen in den in die Stichprobe einzubeziehenden Haushalten führen könnte. Dies wäre der Fall, wenn die Ankündigung eines Besuchs des Prüfdienstes aus Sicht der Pflegebedürftigen und Angehörigen eine Belastung darstellt und die Zeit zwischen Ankündigung und tatsächlichem Besuch zu erhöhter Anspannung führen würde oder Anlass geben könnte, Druck hinsichtlich einer bestimmten Verhaltenserwartung auszulösen. Diese Gefahr halten die Auftragnehmer bei einer Ankündigung zwei Tage vor der Qualitätsprüfung jedoch für gering.

Parallelität von Qualitäts- und Abrechnungsprüfung

Als Argument für die Beibehaltung der unangekündigten Prüfung wurde die Parallelität von Qualitäts- und Abrechnungsprüfung benannt. Die Abrechnungsprüfung erfolgt, wie in der QPR-HKP vorgesehen, auf der Grundlage abrechnungsrelevanter Unterlagen und dieser Umstand würde dafür sprechen, die Prüfungen auch weiterhin unangekündigt durchzuführen.

Es soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Parallelität von Qualitäts- und Abrechnungsprüfung keinesfalls zwangsläufig sein muss. Dafür spricht sicherlich der mit der jeweiligen Prüfung verbundene Aufwand, der sich erheblich erhöhen würde, wenn zweimalige Anfahrtswege erforderlich wären. Vor allem für die geprüften Pflegedienste würde eine getrennte Prüfung einen deutlichen Mehraufwand verursachen, weil an wenigstens zwei Tagen der Arbeitsablauf durch ein Prüfgeschehen unterbrochen würde.

Unabhängig von diesen praktischen Erwägungen folgen die Qualitätsprüfung und die Abrechnungsprüfung jedoch einer sehr unterschiedlichen Zielsetzung, die jeweils eine andere Herangehensweise erfordert. Die Zielsetzung der Qualitätsprüfung ist die Sicherstellung der Versorgungsqualität für pflegebedürftige Menschen durch professionelle Pflegeanbieter. Ein leitender Gedanke der Qualitätsprüfung besteht im beratungsorientierten Prüfauftrag, nach dem die Prüfer nicht nur Qualitätsprobleme zum Zwecke der Sanktionierung identifizieren, sondern diese auch zum Anlass konstruktiver Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung nehmen sollen. Das Ziel der Abrechnungsprüfung demgegenüber besteht in der Aufdeckung von problematischen

Abrechnungen und Abrechnungsbetrug. Im Falle der Identifikation von fälschlicherweise abgerechneten Leistungen hat diese in der Regel unmittelbare Konsequenzen in Form von Regressansprüchen der Pflegekassen und ggf. weitere rechtliche Konsequenzen. Mit einem beratungsorientierten Prüfauftrag lässt sich diese Herangehensweise nur sehr bedingt in Einklang bringen. Im Verlauf der Prüfung – so wird es auch aus den Prüfdiensten berichtet – verändert sich die Atmosphäre beim Übergang zwischen Qualitätsprüfung zu Abrechnungsprüfung erheblich. Die Auftragnehmer empfehlen daher die Parallelität der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen in der ambulanten Pflege mittelfristig zu evaluieren und ggf. Änderungen im Verfahren vorzunehmen.

Vorgehen bei der Prüfung der ärztlich verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege

Die Auftragnehmer hatten die ärztlich verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege zunächst dem Bereich der vertraglich vereinbarten Leistungen zugeschrieben und dort unter der Überschrift „Umsetzung ärztlicher Verordnungen“ zusammengefasst. Im Verlauf der weiteren Entwicklungsarbeiten erschien es jedoch zweckmäßiger, einen eigenen Prüfbereich „Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen“ zu definieren. Diese Entscheidung begründet sich dadurch, dass zum einen die individuell vereinbarten Leistungen im SGB XI einen etwas anderen Charakter aufweisen als die Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. Letztere werden nicht allein zwischen dem Pflegehaushalt und dem ambulanten Pflegedienst vereinbart, sondern bedürfen zunächst der ärztlichen Verordnung und anschließenden Genehmigung durch die Krankenkasse. Im Hinblick auf die Zusammenführung der Prüfergebnisse erscheint es daher sinnvoller, unterschiedliche Voraussetzungen der Leistungserbringung auch getrennt voneinander zu betrachten. Zum anderen lässt es die Vielzahl der unterschiedlichen ärztlich verordneten Leistungen geboten erscheinen, diese auch als eigenen Prüfbereich zu begreifen. Hinzu kommt, dass die unterschiedlichen verordnungsfähigen Leistungen eine sehr unterschiedliche Komplexität aufweisen, die nur schwerlich in Zusammenhang mit den individuell vereinbarten Leistungen im SGB XI in Einklang gebracht werden konnten.

Bei der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V geht es darum, dass der ambulante Pflegedienst einen Beitrag zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlung leistet, um damit den Verbleib oder die Rückkehr in die häusliche Umgebung zu erlauben (Krankenhausvermeidungspflege) oder die ambulante ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ergebnis zu sichern (Sicherungspflege). Entsprechend ist für jede Verordnung zu prüfen, ob die Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht. Zudem ist zu prüfen, ob die Maßnahmen sachgerecht, d.h. nach dem aktuellen Stand der Erkenntnisse, durchgeführt werden und ob im Bedarfsfall eine Kommunikation zwischen dem Pflegedienst und dem verordnenden Arzt erkennbar ist.

Während der Prüfung sind somit zum einen der Inhalt der ärztlichen Verordnung und – wie oben geschildert – die Regelungen des geltenden Vertrages nach § 132a Abs. 4 SGB V hinsichtlich der Qualifikation der durchführenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes zu erfassen. Zudem sollen gesundheitlich bedingte, besondere fachliche Anforderungen des Leistungsempfängers oder der häuslichen Versorgungskonstellation erfasst werden. Der Prüfbogen (s. Anhang 2) ist

so aufgebaut, dass die entsprechenden Informationen festgehalten werden können. Vor diesem Hintergrund sollen dann durch die Prüfer die Leitfragen beantwortet werden, ob

- die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht werden,
- im Bedarfsfall (wie z.B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Ordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar ist und
- ob die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens und ggf. vorliegenden besonderen Anforderungen im Einzelfall entspricht.

Zum dritten Aspekt werden in der Ausfüllanleitung detaillierte Hinweise zur Bewertung vieler der ordnungsfähigen Maßnahmen gegeben. Die Bewertung der Qualität der ärztlich verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege erfolgt – wie andere Qualitätsaspekte auch – anhand der vierstufigen Bewertungssystematik (s. Kap. 4.3.4). Danach liegen „Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen“, dann vor, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden. Als „Defizit mit dem Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen“ kann angesehen werden, wenn beispielsweise im Bedarfsfall keine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erfolgt. Eine Bewertung „Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen“ trifft dann zu, wenn beispielsweise Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt wurden. Eine Prüfung im hier beschriebenen Sinn ist für jede einzelne verordnete Maßnahme vorzunehmen.

Spezielle Krankenbeobachtung und Psychiatrische Krankenpflege

Die ordnungsfähigen Leistungen der „speziellen Krankenbeobachtung“ und der „Psychiatrischen Krankenpflege“ müssen gesondert betrachtet werden. Diese gesonderte Betrachtung erscheint angemessen angesichts der Tatsache, dass diese beiden Maßnahmen hinsichtlich ihrer Komplexität, des Ausmaßes im Alltag des Leistungsempfängers und der notwendigen Qualifikationsanforderungen als deutlich umfangreicher als die anderen ordnungsfähigen Maßnahmen anzusehen sind. Gemeinsam ist beiden Maßnahmen darüber hinaus, dass sie bislang noch weniger im Fokus umfassender Qualitätsentwicklungs- und –sicherungsdiskussionen standen als die ambulante Pflege insgesamt. Insbesondere für die „spezielle Krankenbeobachtung“ mag das damit zu erklären sein, dass sich nicht unmittelbar erschließt, dass es sich dabei um die häusliche Intensivpflege für intensivpflichtige Kinder und Erwachsene handelt.

Die Recherche nach Qualitätsmaßstäben für die Pflege in diesen beiden Bereichen förderte nicht sehr viele Kriterien zutage. In beiden Fällen handelt es sich um hoch spezialisierte Bereiche, für die neben einer Ausbildung in einem Pflegeberuf in der Regel umfangreiche Fortbildungen oder eine einschlägige Weiterbildung erforderlich sind. In den Ergänzungsverträgen zu den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V über die Durchführung häuslicher Krankenpflege kommt daher den Festlegungen über die erforderliche Qualifikation der Pflegekräfte, die mit der Durchführung dieser Leistungen betraut werden, eine hohe Bedeutung zu. Die starke Betonung der Qualifikation geht damit einher, dass den verantwortlichen Pflegekräften auch die Kompetenz zugeschrieben wird, hochkomplexe Pflegesituationen zu bewältigen und situativ ange-

messen und fachlich begründet zu reagieren, ohne dass es dazu weiterer detaillierter Vorgaben bedarf.

Die spezielle Krankenbeobachtung und die psychiatrische Krankenpflege umfassen ein deutlich breiteres Handlungsspektrum als die anderen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. Sie lassen sich daher nicht durch die Aufzählung einzelner Handlungen oder Verrichtungen beschreiben, sondern basieren auf grundlegenden Handlungsprinzipien. Im Fall der speziellen Krankenbeobachtung geht es um die Unterstützung schwerstkranker Menschen, bei denen lebensbedrohliche Situationen entstehen können und die in der Regel der künstlichen Beatmung bedürfen. Dazu ist eine dauerhafte Anwesenheit einer qualifizierten Pflegekraft im Haushalt des erkrankten Menschen erforderlich, die im Bedarfsfall unmittelbar die notwendigen Maßnahmen ergreifen kann. Die dauerhafte Anwesenheit der Pflegekraft im Haushalt des erkrankten Menschen begründet darüber hinaus einen recht umfassenden Versorgungsauftrag, der sich nicht in der Beobachtung von Beatmungs- und Vitalparametern erschöpft, sondern deutlich darüber hinausgeht. Bei einer verordneten 24-Stunden-Versorgung lässt sich auch von einem Vollversorgungsauftrag sprechen. Für die Qualitätsprüfung bedeutet das eine über Einzelaspekte der Beatmung hinausgehende Betrachtungsweise. Die HKP-Richtlinie bleibt an der Stelle recht offen und zählt zur speziellen Krankenbeobachtung neben der kontinuierlichen Beobachtung und Intervention mit den notwendigen, medizinisch-pflegerischen Maßnahmen und der Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut alle in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Maßnahmen. Entsprechend sollten die pflegerischen Aufgaben der Prüfbereiche 1 („übergreifend zu prüfende Aspekte“), 2 („individuell vereinbarte Leistungen“) und 4 („sonstige Qualitätsaspekte“) ebenso in die personenbezogene Prüfung einbezogen werden wie ggf. weitere ärztlich verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. Die Aufgaben des Prüfbereichs 2 wären jedoch nicht als individuell vereinbarte Leistungen anzusehen, sondern als ein mögliches Spektrum pflegerischer Aufgaben, die im Rahmen einer 24-Stunden-Versorgung notwendig werden können. Bei den Aufgaben des Prüfbereichs 2 ist daher im Einzelfall zu entscheiden, welche der Maßnahmen zum Bestandteil der Prüfung werden. So kann regelhaft davon ausgegangen werden, dass eine Unterstützung bei der Körperpflege, bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und bei der Ausscheidung erforderlich ist. Ob in gleichem Maße eine Unterstützung bei der Mobilität, der Kommunikation oder bei beeinträchtigter Kommunikation erforderlich ist, lässt sich nur auf Basis der Gegebenheiten des Einzelfalls beurteilen. Die Bewertung der einzelnen Qualitätsaspekte erfolgt auf Basis der Hinweise im Prüfbogen und in der Ausfüllanleitung.

Bei der Psychiatrischen Krankenpflege handelt es sich ebenso um die Versorgung von Menschen mit komplexen Problemlagen, die hohe Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellt, die in der Lage sein müssen, eigenständige Entscheidungen im Rahmen der Versorgung zu treffen. Die Anforderungen an die psychiatrische Krankenpflege lassen sich ebenfalls nicht durch Einzelverrichtungen beschreiben. Bemerkenswert ist, dass in den bisherigen Qualitätsprüfungs-Richtlinien die ärztlich verordnete psychiatrische Pflege nicht aufgenommen wurde und auch in den Fokusgruppendifkussionen kaum Hinweise auf ein tragfähiges Prüfsystem gewonnen werden konnten. Der hier vorgelegte Vorschlag enthält somit Pilotcharakter. Entsprechend sollte in der Pilotierung gewährleistet sein, dass Personen einbezogen werden, bei denen psychiatrische Krankenpflege aufgrund ärztlicher Verordnung erbracht wird und somit geprüft werden kann.

Ähnlich wie für die spezielle Krankenbeobachtung wurde für die psychiatrische Krankenpflege ein eigener Prüfbogen entwickelt. Neben unmittelbar sich aus der HKP-Richtlinie ergebenden Anforderungen an die psychiatrische Krankenpflege, sind auch die Qualitätsaspekte der Prüfbereiche 1 und 4 von Bedeutung. Aus dem Prüfbereich 2 weisen die Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition und die Unterstützung bei Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen einen deutlichen Bezug zur HKP-Richtlinie auf und sollen daher in die personenbezogene Prüfung einbezogen werden. Auch weitere ärztlich verordnete Maßnahmen können neben der psychiatrischen Krankenpflege verordnet werden und sind demnach ebenso Bestandteil des Prüfbogens für die psychiatrische Krankenpflege.

4.2 Veränderungen am vorläufigen Themenset für die Qualitätsprüfung und -darstellung in der ambulanten Pflege

Vor dem Hintergrund der dargestellten konzeptionellen Eckpunkte und weiterer Überlegungen zur Operationalisierung des vorläufigen Themensets (s. Kapitel 3.2) wird nachfolgend zusammenfassend dargestellt, in welcher Form die Themenbereiche und Einzelthemen im Entwurf des neuen Prüfverfahrens berücksichtigt wurden.

Zur Operationalisierung der Themenbereiche und Einzelthemen aus dem ersten Zwischenbericht lässt sich zunächst sagen, dass die inhaltlich begründete Bezeichnung der Themenbereiche einer eher funktionellen Betrachtungsweise gewichen ist. Das neue Prüfverfahren sieht fünf Prüfbereiche vor:

- Bereich 1: Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte
- Bereich 2: Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen
- Bereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen
- Bereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung
- Bereich 5: Einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte

Die ersten vier Bereiche werden personenbezogen, d. h. beim pflegebedürftigen Menschen wie in Anhang A beschrieben geprüft. Der fünfte Bereich wird auf der Einrichtungsebene geprüft.

Der erste Bereich umfasst ein Thema (Aufnahmemanagement), das ursprünglich dem Themenbereich „Dienstleistungsqualität und Qualitätsmanagement“ zugeordnet war. Die Themen „Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren“ und „Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation“ entstammen dem ursprünglichen Themenbereich „Sicherheit“. Den drei Themen gemeinsam ist, dass sie in jeder denkbaren Pflegekonstellation von Bedeutung sein können und daher eine Aufnahme in die Prüfung unabhängig von der tatsächlichen Vereinbarung mit dem Pflegehaushalt angemessen erscheint. Ein Aufnahmemanagement ist für jede Pflegebeziehung zwischen einem ambulanten Pflegedienst und einem Pflegehaushalt unerlässlich. Angesprochen ist hier die Notwendigkeit, die für die Pflege notwendigen und wesentlichen Informationen zu erheben und bei der Planung und Vereinbarung der Pflege mit dem pflegebedürftigen Menschen zu berücksichtigen. Dazu gehören ggf. vorliegende ärztliche Diagnosen, Informationen zum häuslichen Umfeld und zum Ausmaß der Beeinträchtigung der Selbständigkeit. Entsprechende Informationen sind unabhängig von der im Anschluss vereinbarten Leistung erforderlich, da die Informationen für die Durchführung vereinbarter Pflegemaßnahmen relevant sein können. Der zu prüfende Qualitätsas-

pekt umfasst ausdrücklich auch die Übernahme nach einem Krankenhausaufenthalt oder anderen Unterbrechungen des durch den Pflegedienst durchgeführten Pflegeprozesses. Sinnvollerweise sollte im Rahmen des Aufnahmemanagements ein „Erstbesuch“ vereinbart werden, um den damit einhergehenden Aufwand zu vergüten. Ein Aufnahmemanagement im Sinne einer Informationssammlung ist jedoch auch unabhängig davon erforderlich. Ebenso kann es in jeder Pflegesituation Risiken und Gefahren sowie Anzeichen einer Destabilisierung geben, bei denen eine Reaktion des Pflegedienstes erwartet werden kann. Dass es dabei nicht um die Zuschreibung einer Universalverantwortung an den ambulanten Pflegedienst geht, wird anhand der Festlegungen auf dem Prüfbogen und der Hinweise zur Bewertung deutlich.

Der zweite Bereich der „Versorgung im Rahmen individuell vereinbarter Leistungen“ ist weitgehend identisch mit dem ursprünglichen Themenbereich 3 „Gesundheitliche Versorgung und Erhalt der Selbständigkeit“. Die Umbenennung verdeutlicht, dass es für die Bearbeitung dieser Aufgaben durch den ambulanten Pflegedienst einer Vereinbarung mit dem Pflegehaushalt bedarf. Nicht beibehalten als eigener Prüfaspekt wurde die „Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln“, da sich kaum Konstellationen vorstellen lassen, in denen lediglich die Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln unabhängig von Beeinträchtigungen in anderen Bereichen vereinbart werden könnte. Die Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln wurde daher in die anderen Qualitätsaspekte integriert. Eine weitere Änderung betrifft die Themen „Unterstützung des Selbstmanagements bei chronischen Erkrankungen“ und die „Schulung, Anleitung und Beratung zur Verbesserung der Pflegesituation“. Sie wurden umbenannt in „Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz“ und in „Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz“, weil diese Bezeichnung der inhaltlich vorgenommenen Beschreibung besser entspricht.

Die ursprünglich den individuell vereinbarten Leistungen zugeordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege wurden in einem eigenen Bereich zusammengefasst, weil die Vereinbarung dieser Leistungen mit dem Pflegehaushalt anderen Prinzipien folgt als die im Bereich 2 angesprochenen Leistungen. Die Voraussetzung zur Erbringung dieser Leistungen besteht nicht in der Vereinbarung zwischen Pflegehaushalt und Pflegedienst, sondern in der ärztlichen Verordnung und Genehmigung durch die Krankenkasse. Dadurch weisen diese Leistungen gemeinsame Qualitätsanforderungen auf, die sie von den Leistungen im Bereich 2 unterscheiden.

Im Bereich 4 sind die Qualitätsaspekte „Zusammenarbeit mit den Angehörigen“ (ursprünglich Themenbereich „Persönlichkeit und Beziehungen“) und „Reaktion von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung“ (ursprünglich Themenbereich „Sicherheit“) zusammengefasst. Die Verbindung zwischen beiden Themen besteht darin, dass die vierstufige Bewertungssystematik in beiden Fällen nicht sinnvoll anzuwenden ist, die eigentliche Qualitätsaussage jedoch recht eindeutig beschrieben werden kann. Um die Sensibilität für die Berücksichtigung dieser Themen im Alltag der ambulanten Pflege zu fördern und zu bestärken, bleiben die Themen erhalten, werden jedoch nicht bewertet. Bei Auffälligkeiten bei diesen Themen soll der ambulante Pflegedienst durch die Prüfdienste beraten werden.

Im letzten Bereich der einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekte finden sich die Themen „Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten“ (bei denen es sich ursprünglich um zwei Themen handelte), Hygiene (zuvor „Berücksichtigung grundlegender hygienischer Anforderungen“) und „Qualifikation der und Aufga-

benwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung“ (bei denen es sich ebenfalls um ursprünglich zwei Themen handelte). Zu diesen Themen findet keine personenbezogene Prüfung statt, sondern sie werden auf der Einrichtungsebene geprüft. Nebenbei sei angemerkt, dass sich beim Thema des internen Qualitätsmanagements auch die Nutzung von Indikatoren für das interne Qualitätsmanagement als eine Möglichkeit der Umsetzung findet.

Nicht explizit operationalisiert für die Qualitätsprüfung wurden die unter der Bezeichnung „Berücksichtigung individueller Wünsche und Bedürfnisse“ zusammengefassten Themen der „Berücksichtigung biografischer Aspekte“ und der „Berücksichtigung von Wünschen und Bedürfnissen bei der Ausgestaltung der Pflege“ und die „Steuerung des Pflegeprozesses“. Eine gesonderte Prüfung dieser Themen hätte zu vielfältigen Redundanzen in der Qualitätsprüfung geführt, da beide Qualitätsaspekte originärer Bestandteil der individuell vereinbarten Leistungen sind und somit personenbezogen im Zusammenhang mit diesen Leistungen geprüft werden können.

Die Koordination und Vernetzung mit anderen Berufsgruppen und Dienstleistungsanbietern spielt im Wesentlichen bei der Zusammenarbeit mit verordnenden Ärztinnen und Ärzten bei der Verordnung häuslicher Krankenpflege eine qualitätsrelevante Rolle. Entsprechend ist sie Bestandteil der Prüfung im Bereich 3 der „Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen“. Die Vernetzung und Kooperation mit weiteren Berufsgruppen und Dienstleistungsanbietern kann auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen. Sie findet sich als ein Aspekt in der Qualitätsdarstellung unbewerteter Informationen (s. Kapitel 5.2) wieder.

Somit verbleibt als letztes noch nicht bearbeitetes Thema aus dem ersten Zwischenbericht die „Fortbildung“. Sie wurde als eigenes Thema der Qualitätsprüfung verworfen, weil eine isolierte Betrachtung von Fortbildungen wenig sinnvoll erscheint und in der Tendenz auf eine Prüfung von Fortbildungsplänen und ähnlichem hinauslaufen würde. Sinnvoller erscheint demgegenüber eine integrierte Betrachtung im Zusammenhang mit der Behebung von Qualitätsdefiziten, bei deren Bearbeitung Fortbildungen eine wichtige Rolle spielen können. Gleiches gilt für die Berücksichtigung hygienischer Anforderungen. Die Prüfung von Fortbildungsaktivitäten ist entsprechend dort integriert.

4.3 Konzeption des neuen Prüfverfahrens

Die vorliegende Konzeptbeschreibung umfasst die empfohlene Festlegung der Maßgaben, nach denen das neue Prüfverfahren durchgeführt werden soll. Die Maßgaben wurden auf der Grundlage der im Frühjahr 2018 durchgeführten ersten Testung des Prüfinstrumentariums angepasst. Sie diente dazu, die Praktikabilität zentraler Instrumente und Konzeptbausteine zu bewerten. Anhand der im Rahmen der Testung gewonnenen Erfahrungen erfolgten verschiedene Anpassungen der Konzeption und des dazugehörigen Instrumentariums, einschließlich der neu entwickelten Prüfbögen.

Die vorliegende Konzeptbeschreibung kann in einer leicht modifizierten Fassung auch als gesonderte Verfahrensbeschreibung verwendet werden (z.B. im Rahmen von Schulungen) und wäre in dieser Form mit verschiedenen Anlagen versehen, die in ihrer Gesamtheit das komplette Prüfinstrumentarium umfassen. Diese Version ist im Anhang zum vorliegenden Bericht abgedruckt. Zu den Materialien, die mit der

Verfahrensbeschreibung eng verknüpft sind, zählen die von den Prüfdiensten zu verwendenden Prüfbögen, die dazugehörigen Ausfüllhinweise, Vorgaben zur Bewertung von Qualitätsdefiziten und einige weitere Materialien. Für die verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege „Spezielle Krankenbeobachtung“ sowie „Psychiatrische Pflege“ wurden eigene Prüfbögen und Ausfüllhinweise entwickelt, die in ebenfalls im Anhang zu finden sind.

Das Instrumentarium ist auf eine Regelprüfung zugeschnitten. Anlassprüfungen folgen anderen Erfordernissen und werden an dieser Stelle nicht gesondert berücksichtigt.

4.3.1 Voraussetzungen für die Durchführung der Prüfung

Prüfungen in der ambulanten Pflege werden zukünftig in ähnlicher Weise eingeleitet wie im bisherigen Prüfverfahren¹. Das bedeutet, dass die Prüfdienste nach einer entsprechenden Auftragserteilung durch die Pflegekassen die Prüfung (einschließlich der Stichprobenziehung) in den Räumlichkeiten des Pflegedienstes und in der häuslichen Umgebung der vom Pflegedienst versorgten pflegebedürftigen Menschen durchführen.

Benachrichtigung des Pflegedienstes

Für das neue Prüfverfahren ist, ähnlich wie bisher, eine Benachrichtigung des Pflegedienstes über den bevorstehenden Prüfbesuch vorgesehen. Entsprechend der im Projektbericht näher beschriebenen Abwägung von Vor- und Nachteilen einer Ankündigung des Prüftermins wird empfohlen, dass diese Benachrichtigung zwei Tage vor dem Prüftermin in der Zeit zwischen 12.00 und 18.00 Uhr erfolgt.

Bereithaltung von Unterlagen für die Stichprobenziehung

Der Pflegedienst hat sicherzustellen, dass am Tag der Prüfung eine interne Liste sämtlicher von ihm nach dem SGB XI oder dem SGB V versorgten Personen vorliegt, die bestimmte Informationen enthält. Diese Liste ist Grundlage für die Stichprobenziehung. Sie umfasst neben dem Namen des Versicherten Angaben zur Mobilität und zu den kognitiven Fähigkeiten sowie eine Angabe, ob der Pflegedienst bei dem Versicherten Leistungen nach dem SGB V, dem SGB XI oder anderen Sozialgesetzbüchern erbringt. Es wird empfohlen, die Einrichtungen dazu zu verpflichten, dass diese Liste geführt und wenigstens vierteljährlich aktualisiert wird.

Angaben zur Mobilität und zu den kognitiven Fähigkeiten sollten nach Möglichkeit anhand einer aktuellen Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit dokumentiert werden. Die Zuordnung der Merkmalsausprägung „beeinträchtigt“ zur Mobilität oder zu den kognitiven Fähigkeiten erfolgt mit Hilfe der Modulwertungen (Module 1 und 2: jeweils mindestens „erhebliche Beeinträchtigungen“) des neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (NBI).

Liegt das Gutachten nicht vor oder ist es älter als ein Jahr, nimmt der Pflegedienst selbst näherungsweise eine Erfassung der Beeinträchtigungen im Bereich der Mobili-

¹ Für die ambulante pflegerische Versorgung ist, im Unterschied zur stationären Langzeitpflege, kein Indikatorenkonzept zur Bewertung von Ergebnisqualität vorgesehen. Aus diesem Grund besteht kein Erfordernis der inhaltlichen und organisatorischen Verknüpfung von verschiedenen Formen der Qualitätsbewertung. Auch ein Datenaustausch mit einer Datenauswertungsstelle ist nicht erforderlich.

tät und der kognitiven Fähigkeiten vor. Einzelheiten hierzu finden sich in der Verfahrensbeschreibung. Von Interesse ist im Falle der Mobilität nur die Fähigkeit der selbständigen Fortbewegung. Mobilität umfasst noch andere Aspekte als die Fortbewegung. Im Rahmen der Qualitätsprüfung genügt es jedoch, Beeinträchtigungen der Fortbewegung zu erfassen, da Personen, die Beeinträchtigungen der Bewegungsfähigkeit in liegender Position aufweisen, immer auch von Beeinträchtigungen der Fortbewegung betroffen sind.

Es ist davon auszugehen, dass der Pflegedienst über die entsprechenden Informationen verfügt. Wenn pflegebedürftige Menschen pflegerisch versorgt werden, so ist es von elementarer Bedeutung, ob in den Bereichen Mobilität und kognitive Fähigkeiten Beeinträchtigungen vorliegen. Dies ist aus fachlicher Sicht bei jeder Bedarfseinschätzung zu Beginn des Pflegeprozesses zu berücksichtigen, auch wenn sie sich auf andere Hilfen bezieht (z.B. Hilfe bei der Körperpflege). Es wäre beispielsweise schwer vorstellbar, dass eine Person fachgerecht versorgt wird, wenn die Pflegenden nicht wissen, dass die betreffende Person kognitive Beeinträchtigungen aufweist. Auch das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation sieht eine Einschätzung des Mobilitätsstatus (Themenfeld 2) und der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Themenfeld 1) vor.

Der zusätzliche Aufwand, die Liste zu führen, beschränkt sich entsprechend auf den Eintrag von Informationen, die dem Pflegedienst in Form des Begutachtungsergebnisses zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder die Informationssammlung bereits vorliegen müssten.

Sofern Leistungen nach dem SGB V erbracht werden, sollte erkennbar sein, welche der versorgten Personen eine oder mehrere der folgenden aufwändigeren oder risikobehafteten Leistungen erhalten (nach dem des Leistungsverzeichnis der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses):

- Ziffer 6 Absaugen,
- Ziffer 8 Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts,
- Ziffer 12 Dekubitusbehandlung,
- Ziffer 24 Krankenbeobachtung, spezielle,
- Ziffer 24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten
- Ziffer 29 Wechsel und Pflege der Trachealkanüle,
- Ziffer 30 Pflege des zentralen Venenkatheter,
- Ziffer 31 Verbände, Anlegen und Wechseln von Wundverbänden (bei chronischen Wunden, nicht Kompressionsstrümpfe und -verbände).

Die Auswahl der aufwändigen oder risikobehafteten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege erfolgt in Anlehnung an die geltende QPR-HKP und wurde in Abstimmung mit dem Steuerungskreis des Projekts um die Ziffer 24a („Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und –patienten“) ergänzt, die erst im April 2018 Aufnahme in die HKP-Richtlinie des GBA gefunden hat und daher noch nicht in die QPR-HKP eingeflossen ist.

Die in der Diskussion mitunter geäußerte Befürchtung, durch eine Manipulation der Liste könnte ein Pflegedienst das Prüfergebnis beeinflussen, gilt für jedes Prüfverfahren, das bei der Stichprobenziehung auf Informationen des Pflegedienstes angewiesen ist. Auch im Falle des aktuellen Prüfverfahrens legen die Prüfdienste eine Liste der versorgten Personen mit dem jeweiligen Pflegegrad vor, in der theoretisch unzutreffende Angaben aufgeführt oder einzelne Versicherte nicht berücksichtigt sein könnten. Ein vollständiger Abgleich der Angaben des Pflegedienstes mit den Routinedaten der Pflege- und Krankenkassen erfolgt derzeit nicht und würde auch erhebliche, in der Praxis bislang nicht lösbare datentechnische Probleme aufwerfen. Davon abgesehen wäre das Risiko, dass eine Manipulation auffällt, sehr hoch. Zielgerichtete Manipulationen der erwarteten Listen durch einen ambulanten Pflegedienst dürften daher eine sehr seltene Ausnahme darstellen. Häufiger auftreten dürften Fehler bei der Listenführung, beispielsweise Flüchtigkeitsfehler beim Eintrag einer Ziffer (Pflegegrad) oder fehlende Angaben infolge des Übersehens einer Information. Von Fehlern dieser Art sind jedoch keine systematischen Verzerrungen des Prüfergebnisses zu erwarten.

Kann die Einrichtung keine geeignete Liste zur Verfügung stellen, legt der Prüfdienst auf der Basis der vorliegenden Informationen eine Zufallsstichprobe fest.

Einverständniserklärungen

Die Einholung des Einverständnisses der pflegebedürftigen Menschen zur Durchführung der Prüfung hat sich in der Prüfpraxis als zum Teil sehr aufwändig erwiesen. Es wird daher empfohlen, im Zuge der Revision des Prüfverfahrens die Frage zu überprüfen, inwieweit eine Vereinfachung der Einholung von Einverständniserklärungen möglich ist. Diese Frage steht in keinem Zusammenhang mit der Neufassung der Qualitätsprüfungen, stellt aber in der Praxis ein erhebliches Hindernis dar, das auch den Ablauf des neuen Prüfverfahrens beeinträchtigen könnte.

4.3.2 Prüfrelevante Qualitätsaspekte (Gegenstand der Qualitätsbeurteilung)

Die Sachverhalte, die der Prüfer beurteilen soll, werden im neuen Prüfverfahren als „Qualitätsaspekte“ bezeichnet. Qualitätsaspekte sind relativ umfassende Themen, die verschiedene Teilaspekte beinhalten können. Folgende Qualitätsaspekte werden im Rahmen der Prüfung berücksichtigt, wobei die Bereiche 1 bis 4 Qualitätsaspekte umfassen, die jeweils personenbezogen auf der Ebene der individuellen Versorgung beurteilt werden:

Bereich 1: Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte

- 1.1 Aufnahmemanagement
- 1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren
- 1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation

Bereich 2: Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen

- 2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität
- 2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition
- 2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation
- 2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen
- 2.5 Unterstützung bei der Körperpflege
- 2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- 2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung
- 2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte
- 2.9 Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz
- 2.10 Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz
- 2.11 Schmerzmanagement

Bereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen

In diesen Bereich eingeschlossen sind alle im Einzelfall gemäß der HKP-Richtlinie verordnungsfähigen Maßnahmen. Die verordnungsfähigen Maßnahmen der Grundpflege sind im Bereich 2 aufgeführt sind. Die in Betracht kommenden Leistungen sind in der Anlage A der Verfahrensbeschreibung aufgeführt.

Bereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung

- 4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen
- 4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung

Bereich 5: Einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte

- 5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten
- 5.2 Hygiene
- 5.3 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung

Die Prüfung folgt dem Grundsatz, dass Qualitätsaspekte, die außerhalb der Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes liegen, keiner Qualitätsbeurteilung unterzogen werden. Das bedeutet, dass die in den Bereichen 2 und 3 aufgeführten Qualitätsaspekte nur dann in die Prüfung einzubeziehen sind, wenn sie Bestandteil des durch einen Vertrag geregelten Auftrags des Pflegedienstes oder im Rahmen einer ärztlichen Verordnung relevant sind. So wird beispielsweise die Unterstützung im Bereich der Kommunikation nicht in die Prüfung einbezogen, wenn keine vertraglich vereinbarte Leistung vorliegt. Besonders im Falle der Qualitätsaspekte 2.2 bis 2.4

und 2.8 bis 2.10 ist zu beachten, dass sie noch selten Bestandteil der Rahmenverträge auf Länderebene sind, die den Leistungsrahmen der ambulanten Pflege definieren. Sie werden daher vermutlich vorerst nur selten Gegenstand der externen Qualitätsprüfung sein.

Für die nach dem SGB XI erbrachten Leistungen bedeutet das, dass ein expliziter Auftrag bzw. eine explizite Vereinbarung bestehen muss, dass die betreffende pflegerische Hilfe zu leisten ist (z.B. Unterstützung im Bereich der Mobilität). Dabei ist zu betonen, dass der betreffende Qualitätsaspekt nicht erst dann relevant ist, wenn die Leistungen nach einem analog benannten Leistungskomplex erbracht werden. Entscheidend ist vielmehr, dass sie *dem Inhalt nach* Bestandteil der vereinbarten Leistungen sind.

4.3.3 Informationsgrundlagen

Bei der Durchführung der Prüfung nutzt der Prüfer die folgenden Informationsquellen:

- das Gespräch mit dem und die Inaugenscheinnahme des pflegebedürftigen Menschen
- das Fachgespräch mit den Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes
- die Pflegedokumentation und weitere verfügbare Unterlagen
- das Gespräch mit den Angehörigen oder anderen primären Bezugspersonen, die bei der Prüfung anwesend sind
- Beobachtungen während der Prüfung, einschließlich zufälliger Beobachtungen
- gesonderte Dokumentationen, die der ambulante Pflegedienst im Rahmen des internen Qualitätsmanagements oder zur Vorbereitung der Durchführung der Prüfung erstellt hat
- ggf. vorhandene Konzepte oder Verfahrensanweisungen.

Die Prüfer entscheiden, welche Informationsquellen zur Bearbeitung der prüfrelevanten Leitfragen genutzt werden. Vorgaben zur Einhaltung einer festen Reihenfolge oder eine unterschiedliche Wertigkeit existieren nicht. Allerdings sind zwei wichtige Grundsätze einzuhalten:

- Eine einseitig auf die Dokumentation ausgerichtete Prüfung ist zu vermeiden. Liegen Hinweise auf ein Qualitätsdefizit vor, so genügt nicht allein das Fehlen von Einträgen in der Pflegedokumentation, um den Nachweis zu führen. Vielmehr muss mindestens eine weitere Informationsquelle entsprechende Hinweise geben (Beispiel: Die Pflegedokumentation enthält keine Hinweise auf die individuellen Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen und auch die Mitarbeiter können keine nachvollziehbaren Angaben dazu machen).
- Die individuelle Maßnahmenplanung muss beim betreffenden Qualitätsaspekt stets vollständig in schriftlicher Form vorliegen. Anderenfalls wäre bei personellem Wechsel nicht sichergestellt, dass eine auf den Bedarf zugeschnittene Maßnahmenplanung auch tatsächlich umgesetzt wird. Das Wissen bzw. die Auskunft der Mitarbeiter über geplante Maßnahmen ist keine gleichwertige Information.
- Es kann weitere Ausnahmen geben. Diese sind als explizite Hinweise auf Dokumentationsanforderungen bei einigen Qualitätsaspekten im Manual aufgeführt.

Die Reihenfolge, in der die verschiedenen Informationsquellen genutzt werden, und den Zeitpunkt, von dem an eine ausreichende Information vorliegt und keine weiteren Informationsquellen verwendet werden, legt der Prüfer selbst fest. Ob beispielsweise eine Inaugenscheinnahme des pflegebedürftigen Menschen vor oder nach einem Fachgespräch mit den Mitarbeitern, der Erfassung von Informationen aus der Pflegedokumentation oder anderen Schritten erfolgt, entscheiden die Prüfer nach eigenem Ermessen. Der Ermessensspielraum der Prüfer darf nicht mit einer willkürlichen Vorgehensweise verwechselt werden. Eigenes Ermessen bedeutet, einen Freiraum bei der Art und Reihenfolge der Informationsquellen unter Beachtung der beiden genannten Grundsätze zu haben. Verschiedene Gründe können dafür sprechen, einzelne Informationsquellen in unterschiedlicher Reihenfolge und Intensität zu nutzen.

Nachweis der Informationsquellen

Stellt der Prüfer ein Defizit fest, so hat er den Nachweis zu führen, auf welcher Grundlage er zu dieser Feststellung gelangt ist. Dies schließt die Benennung der Informationsquelle bzw. der Informationsquellen ein, anhand derer der Prüfer ein Defizit identifiziert hat. Die entsprechenden Angaben sind im Prüfbogen zu dokumentieren.

Stellenwert des Fachgesprächs während der Qualitätsprüfung

Dem Fachgespräch kommt im neuen Prüfverfahren ein hoher Stellenwert zu. Soweit nicht anders vermerkt, hat die fachlich schlüssige, mündliche Darstellung der Versorgung, der Bedarfskonstellation und anderer Sachverhalte (abgesehen von den oben genannten Ausnahmen, insbesondere der Maßnahmenplanung) einen ebenso hohen Stellenwert wie die schriftliche Dokumentation. Voraussetzung ist, dass mündliche Schilderungen nachvollziehbar sind und ein in sich schlüssiges Bild ergeben. Aussagen, die in sich nicht stimmig sind oder im Widerspruch zu anderen Informationen stehen, sind ebenso wenig nutzbar wie unzutreffende Angaben in der Pflegedokumentation. Ähnliches gilt für unklare oder abstrakte mündliche Mitteilungen.

Um ein Fachgespräch gewährleisten zu können, ist im Regelfall die Anwesenheit einer informierten Pflegefachkraft wichtig. Dies kann im laufenden Pflegealltag nicht von allen ambulanten Pflegediensten bei allen Versicherten aus der Stichprobe gewährleistet werden. Sind keine entsprechend informierten Mitarbeiter verfügbar und kann auch das Leitungspersonal, das eine Prüfung in der Regel begleitet, keine Auskunft geben, sollten vorrangig die Pflegedokumentation sowie die Aussagen des pflegebedürftigen Menschen und ggf. seiner Angehörigen genutzt werden, um die erforderlichen Feststellungen zu treffen.

Die Rolle, die dem Fachgespräch im neuen Verfahren zugeschrieben wird, löst mitunter die Befürchtung aus, eine beliebige Auskunft der Mitarbeiter könnte verhindern, dass der Prüfer ein bestehendes Qualitätsdefizit als solches identifiziert. Demgegenüber ist allerdings zu betonen, dass der Prüfer ausdrücklich angewiesen ist, die Aussagen der Mitarbeiter im Gesamtkontext seiner Feststellungen zu betrachten und sie kritisch im Hinblick auf Plausibilität zu bewerten (s.o.).

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass das Fachgespräch gegebenenfalls sogar eine zuverlässigere Informationsquelle sein kann als die Pflegedokumentation.

Der Prüfer muss im Falle der Pflegedokumentation ebenso wie im Falle mündlicher Auskünfte kritisch reflektieren, inwieweit die vorgefundenen Aussagen zutreffen. Die Pflegedokumentation gilt im Allgemeinen als zuverlässigere Quelle als die mündliche Auskunft, weil das einmal Geschriebene fixiert ist und nicht mehr verändert werden kann. Die Frage, ob Einträge in die Pflegedokumentation vorgenommen werden, die nicht oder nicht ganz dem tatsächlichen Versorgungsgeschehen entsprechen, ohne dass dies einem Prüfdienst auffällt, bleibt davon aber unberührt. In dieser Hinsicht ist es viel schwieriger, bewusst Fehlinformationen im direkten Gespräch mit dem Prüfer glaubwürdig zu kommunizieren.

Die Prüfer sollten sich im Klaren darüber sein, dass besonders in der ersten Zeit nach der Implementierung des neuen Prüfverfahrens das Fachgespräch für die Beteiligten eine eher ungewöhnliche Konstellation darstellt. Zwar wurden den Auskünften der Vertreter der Einrichtungen auch bisher eine gewisse Bedeutung zugeschrieben, sie blieben jedoch eine Ergänzung und waren den Informationen aus der Pflegedokumentation nicht gleichgestellt.

4.3.4 Die Bewertung der Qualität

Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes

Die Qualitätsbeurteilung erfolgt grundsätzlich unter Berücksichtigung der Grenzen, die durch die Einwirkungsmöglichkeiten der ambulanten Pflegedienste und ihrer Mitarbeiter gesteckt sind. Diese Grenzen ergeben sich vor allem durch folgende Faktoren:

- Bereitschaft des pflegebedürftigen Menschen und der Angehörigen, die Hinweise der Mitarbeiter des Pflegedienstes anzunehmen: Wenn Mitarbeiter des Pflegedienstes beispielsweise auf Risiken hinweisen, die im Verhalten der in der häuslichen Umgebung lebenden Menschen begründet sind, diese aber ihr Verhalten nicht anpassen, so hat der Pflegedienst die aus fachlicher Sicht erwartbaren Maßnahmen ergriffen; ihre Wirkung ist jedoch durch Faktoren, auf die der Pflegedienst nur bedingt einwirken kann, begrenzt.
- Unzureichende Pflege durch die pflegenden Angehörigen: Bemüht sich ein Pflegedienst beispielsweise um die Vermeidung von Scherkräften in liegender Position zur Vermeidung der Entstehung eines Dekubitus, so bedeutet das nicht automatisch, dass auch die Angehörigen entsprechend agieren, selbst wenn sie durch den Pflegedienst beraten worden sind. Deshalb kann es zur Entstehung eines Dekubitus kommen, obwohl der Pflegedienst bis ins Detail nach den geltenden fachlichen Standards gehandelt hat. Auch hier ist eine Grenze der Einwirkungsmöglichkeit gegeben.
- Versorgung durch andere Berufsgruppen: Pflegedienste sind meist nicht die einzigen Versorgungsinstanzen, die in einer häuslichen Umgebung tätig werden. In der Regel befinden sich Pflegebedürftige in ärztlicher Behandlung. Die gesundheitliche Situation wird dann in verschiedenen Bereichen durch das ärztlich Verschreibungsverhalten maßgeblich mitbeeinflusst. Insbesondere Art und Umfang der nach dem SGB V verordneten häuslichen Krankenpflege liegen im Ermessen des Arztes und der Kostenträger. Die Einwirkungsmöglichkeit des Pflegedienstes ist in diesem Fall weitgehend auf die fachgerechte Durchführung verordneter Maßnahmen und die Kommunikation mit dem Arzt begrenzt.

- Im Bereich der ambulanten Pflege besteht die wohl wichtigste Grenze der Einwirkungsmöglichkeit für den Pflegedienst in der Begrenzung des vertraglich definierten pflegerischen Auftrags. Anders als in der vollstationären Versorgung ist der Auftrag des Pflegedienstes in der häuslichen Umgebung durch die vertraglichen Regelungen, die im Einzelfall getroffen worden sind, meist auf bestimmte Hilfen begrenzt. Es kann nicht erwartet werden, dass der Pflegedienst regelmäßig einen Bedarf deckt, der nicht durch vertragliche Vereinbarungen berührt ist. Besonders die in den Bereichen 2 und 3 aufgeführten Maßnahmen sind hiervon betroffen. Die Qualitätsaspekte, die in jedem Fall, das heißt unabhängig vom konkreten Auftrag des Pflegedienstes zu prüfen und zu beurteilen sind, sind entsprechend gekennzeichnet.

Vor diesem Hintergrund hat der Prüfer stets zu berücksichtigen, ob beim Auftreten von Auffälligkeiten, die auf mögliche Qualitätsdefizite hinweisen, das Handeln des Pflegedienstes oder andere Faktoren relevant sind. Hierzu ist es insbesondere bei den im Bereich 2 aufgeführten Qualitätsaspekten erforderlich, dass der Prüfdienst die konkreten Vereinbarungen zwischen Pflegedienst, Versichertem und ggf. auch den Angehörigen zu Art und Umfang der Pflege erfasst und bei der Beurteilung berücksichtigt. Im Bereich 3 sind der Inhalt der ärztlichen Verordnung und die Genehmigung der Krankenkasse für die Prüfung der einzelnen Qualitätsaspekte unabdingbar, da sie die Grundlage der Beurteilung bilden.

Die Frage der Einwirkungsmöglichkeiten wird im Prüfinstrumentarium, insbesondere im Prüfbogen nicht explizit thematisiert. Es wird davon ausgegangen, dass das Prüfungsteam die oben angesprochenen Begrenzungen bei *jeder* Beurteilung berücksichtigt.

Bewertungskategorien

Die Bewertungskategorien im neuen Prüfverfahren für die ambulante Pflege ermöglichen eine differenzierte Qualitätsbeurteilung. Das Verfahren zielt darauf ab, bei der Beurteilung das Wohlergehen des Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt zu stellen und auszuschließen, dass Probleme von unterschiedlichem Schweregrad – etwa ein folgenloses Dokumentationsdefizit und eine pflegebedingte körperliche Beeinträchtigung – gleichgesetzt werden und zu einer identischen Bewertung führen. Die Abstufung der Bewertung soll also sichtbar machen, inwieweit durch Prozesse, die in der Verantwortung des Pflegedienstes liegen, tatsächlich Risiken oder negative Folgen für den pflegebedürftigen Menschen entstanden sind.

Um die Nachvollziehbarkeit der Bewertungen für die Adressaten von Berichten über Prüfergebnisse, aber auch für die Prüfer zu erleichtern, wurden die Bewertungskategorien außerdem den Bewertungskategorien zur Beurteilung stationärer Pflegeeinrichtungen, die auf dem gleichen Grundgedanken beruhen, angepasst.

Dementsprechend werden auf der Ebene der individuellen Versorgung des Pflegebedürftigen vier Kategorien verwendet:

A) *Keine Auffälligkeiten*

B) *Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen*

C) *Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen*

D) *Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen.*

Das Verständnis der *negativen Folgen* ist von zentraler Bedeutung für das neue Prüfverfahren. Der Begriff umfasst ein relativ breites Spektrum an Sachverhalten:

- Im Extremfall kommt es durch ein fachliches Defizit zu einer gesundheitlichen Schädigung des pflegebedürftigen Menschen. Beispiele hierfür sind die Verabreichung von Medikamenten in der falschen Dosis, eine unzureichende Beachtung von Hygieneanforderungen bei der Wundversorgung oder ein Zustand der Dehydratation aufgrund unzureichender Flüssigkeitsversorgung.
- Eine negative Folge liegt aber auch dann vor, wenn keine Maßnahmen durchgeführt werden, die dem individuellen *Bedarf* des pflegebedürftigen Menschen entsprechen, auch wenn noch keine sichtbaren gesundheitlichen Nachteile entstanden sind. Der Pflegebedürftige erhält also nicht die seinem Bedarf entsprechenden Hilfen, obwohl diese Hilfen durch den Pflegedienst gemäß der individuellen vertraglichen Vereinbarungen geleistet werden müssten und auch in der Maßnahmenplanung vorgesehen sind. Beispiele hierfür sind nicht begründbare Abweichungen von der schriftlichen Maßnahmenplanung, etwa fehlende Mobilisierung oder unzureichende Körperpflege oder fehlende Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen. Nicht als Qualitätsdefizit zu bewerten sind Situationen, die zwar durch fehlende Bedarfsgerechtigkeit gekennzeichnet sind, die aber durch den vorliegenden individuellen Auftrag des Pflegedienstes nicht abgedeckt sind. Stellt der Prüfer beispielsweise fest, dass keine ausreichende Körperpflege stattfindet, der Auftrag des Pflegedienstes sich aber auf Hilfe bei der Nahrungsaufnahme beschränkt, so kann die unzureichende Körperpflege nicht als Versorgungsdefizit bewertet werden, das der Pflegedienst zu verantworten hat.
- Eine *nicht bedürfnisgerechte Versorgung* zählt ebenfalls zu den negativen Folgen. Beispiele hierfür sind die Verweigerung von Selbstbestimmung oder explizit dokumentierten Wünschen. Besonders hervorzuheben ist dabei der Aspekt der *Regelmäßigkeit*. Die Beurteilung D) ist *nicht* für Situationen gedacht, in denen *ausnahmsweise* ein Wunsch des Pflegebedürftigen unberücksichtigt bleibt. Eine D-Bewertung ist vielmehr erst dann vorzunehmen, wenn die fehlende Berücksichtigung eines Wunsches wiederholt auftritt und weder fachlich noch mit den Grenzen der Zuständigkeit bzw. des Auftrags des Pflegedienstes begründet werden kann.

Vor diesem Hintergrund sind die Bewertungskategorien folgendermaßen definiert:

A) Keine Auffälligkeiten

Für die zu beurteilenden Sachverhalte gab es keine Hinweise auf ein fachliches Defizit. Diese Kategorie ist für Situationen vorgesehen, in denen keine oder keine nennenswerten Auffälligkeiten aufgetreten sind. Unter Auffälligkeiten werden Abweichungen von fachlichen Vorgaben oder dem regelhaft zu erwartenden Pflegeprozess verstanden.

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen

Für die zu beurteilenden Sachverhalte wurden Auffälligkeiten festgestellt, die jedoch keine Auswirkungen auf den pflegebedürftigen Menschen nach sich ziehen. In diesem Fall sind Situationen angesprochen, in denen fachliche Verbesserungen möglich oder auch wünschenswert wären, aber keine Nachteile für die zu versorgende Person feststellbar oder zu erwarten sind. In vielen Fällen handelt es sich um Dokumentationsdefizite, von denen keine negativen Effekte für den pflegebedürftigen Menschen ausgehen. Dazu gehört beispielsweise das punktuelle Fehlen eines Durchführungsnachweises im Bereich der Behandlungspflege.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertungskategorie ist vorgesehen für Situationen, in denen durch das Handeln der Mitarbeiter der Einrichtung (oder durch Unterlassungen) ein Risiko für den Pflegebedürftigen entstanden ist bzw. auf eine bestehende Risikosituation nicht eingewirkt wurde, um das Risiko zu beheben oder zu verringern. Greifbare Folgen für den pflegebedürftigen Menschen sind jedoch nicht (oder noch nicht) eingetreten. Auch gravierende fachliche Defizite wirken sich nicht automatisch nachteilig auf den aus. So kommt es aufgrund einer fehlenden Hilfestellung bei der Mobilität nicht sofort zu einem Sturzereignis, es entsteht aber doch ein vermeidbares Risiko negativer Folgen für den betreffenden pflegebedürftigen Menschen.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertungskategorie ist für den Fall vorgesehen, dass eine negative Folge aufgrund eines fachlichen Defizits bereits eingetreten ist – wobei negative Folgen im Sinne des oben dargestellten Verständnisses auch das Fehlen einer bedarfs- oder bedürfnisgerechten Unterstützung umfassen können. Angesprochen sind also Situationen, in denen eine Beeinträchtigung der Gesundheit des Versicherten, seines Wohlbefindens, seiner Teilhabe am sozialen Leben oder seines Anspruchs auf eine bedarfsgerechte Versorgung entstanden ist.

Eine D-Bewertung für fehlende Bedarfs- oder Bedürfnisgerechtigkeit darf nicht allein auf der Grundlage einer fehlenden Information in der Pflegedokumentation vergeben werden. Auch eine isolierte Aussage des Pflegebedürftigen, die nicht durch weitere Feststellungen verifiziert werden kann, reicht nicht aus. Fehlt beispielsweise ein

Durchführungsnachweis, so genügt dies allein nicht, um eine nicht bedarfsgerechte Versorgung nachzuweisen. Es kann sich auch um ein systematisches Dokumentationsdefizit handeln. Bei einer D-Bewertung, die vergeben werden soll, weil nach den Feststellungen des Prüfers erforderliche Maßnahmen nicht durchgeführt wurden, müssen neben fehlenden Dokumentationseinträgen zum Nachweis daher weitere Feststellungen getroffen werden.

Beurteilung der personenbezogen erhobenen Qualitätsaspekte

Die Einzelergebnisse für alle Versicherten der Stichprobe werden zusammengeführt und abschließend für jeden Qualitätsaspekt gesondert bewertet. Eine Gesamtbewertung aller Qualitätsaspekte oder eine Bereichsbewertung ist nicht vorgesehen. Dagegen spricht schon der Umstand, dass die einzelnen Qualitätsaspekte voraussichtlich nicht gleich häufig in den Pflegediensten geprüft werden können. Das bedeutet beispielsweise, dass in einem bestimmten Pflegedienst besonders häufig Leistungen zur Unterstützung im Bereich der Mobilität erbracht werden, in einem anderen Pflegedienst jedoch Unterstützung im Bereich der Ernährung die häufigste Leistung darstellt. Eine Zusammenführung von Prüfergebnissen wäre in dem einen Fall durch die Versorgung bei Mobilitätseinbußen, im anderen Fall durch Hilfen bei der Ernährung geprägt. Sie wären also sachlich gesehen nicht vergleichbar. Gesamt- und Bereichsbewertungen können nur sinnvoll sein, wenn gleichartige oder annähernd gleichartige Inhalte in den Pflegediensten gleich gewichtet wären. Hinzu kommen verschiedene methodische Probleme, die damit zusammenhängen, dass ordinalskalierte Daten miteinander verrechnet würden. All dies spricht dafür, von einer Gesamtbewertung, wie sie von den Transparenz-Vereinbarungen vorgeschrieben wurden, abzusehen.

Die nachfolgend beschriebenen Bewertungsregeln beziehen sich also auf die Zusammenführung der Einzelergebnisse zu den jeweiligen Qualitätsaspekten, also beispielsweise auf die Zusammenführung der Einzelergebnisse zum Qualitätsaspekt „Unterstützung im Bereich der Mobilität“. Zum Verständnis der Bewertungsregeln ist es wichtig zu berücksichtigen, dass sie auf bestimmten Grundsätzen aufbauen und Festlegungen beinhalten, die auf begründeten Setzungen beruhen, die sich aber – anders als beispielsweise im Falle der Qualitätsbeurteilung mit Hilfe von Indikatoren – nicht aufgrund von empirischen Verteilungen in der Grundgesamtheit ableiten lassen. Diese Grundsätze und Festlegungen werden im Folgenden benannt.

Nach Abwägung verschiedener Alternativen empfehlen die Auftragnehmer, einen Qualitätsaspekt (z.B. „Unterstützung bei der Mobilität“), der auf der Ebene der individuellen Versorgung des Pflegebedürftigen geprüft wird, nach dem vierstufigen Schema zu bewerten, das im Folgenden dargestellt wird. Zunächst wird das Schema als solches vorgestellt. Anschließend finden sich modifizierende Regeln, die für den Fall greifen, dass der jeweilige Qualitätsaspekt nur bei wenigen Personen geprüft werden konnte.

1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite²

Es wurden keine Probleme, zu vernachlässigende Probleme oder ein singuläres Qualitätsproblem in einem Einzelfall festgestellt, das für den betreffenden Pflegebedürftigen keine negativen Folgen nach sich zog. Diese Bewertung wäre für Situationen anzuwenden, in denen vielleicht Auffälligkeiten, aber keine Defizite mit negativen Folgen festgestellt wurden und bei keiner oder maximal einer Person ein Defizit mit dem Risiko des Auftretens negativer Folgen.

Es gilt dementsprechend:

- Maximal eine C-Wertung und keine D-Wertung.

Erläuterungen:

Einer der Grundsätze der vorliegenden Bewertungssystematik lautet, dass einem Pflegedienst keine negative Qualitätsbeurteilung zugeordnet werden sollte, wenn es sich um eine Ausnahmesituation bzw. ein singuläres Ereignis wie eine unzutreffende Risikoeinschätzung handelt, mit dem der betreffende Pflegebedürftige keinen Nachteil im Sinne einer negativen Folge erlitten hat. Inwieweit identifizierte Defizite systematische Defizite darstellen oder eher einen Ausnahmefall, lässt sich im Rahmen einer Prüfung allerdings nur sehr schwer feststellen.

Es sollte berücksichtigt werden, dass auch in Pflegediensten, die im Hinblick auf ihre Qualitätssicherung bestens aufgestellt sind, wie in jeder anderen Organisation Fehler von einzelnen Mitarbeitern vorkommen. Zu erwarten, dass solche Fehler durch bessere interne Bemühungen auszuschließen sind, wäre wirklichkeitsfremd. Zweck einer Qualitätsprüfung und einer Qualitätsdarstellung kann es aber nicht sein, Prozesse und Ereignisse, die fester Bestandteil der sozialen Wirklichkeit sind, negativ zu sanktionieren. Eine solche Sanktionierung hätte im Hinblick auf das übergeordnete Ziel von Qualitätsprüfungen, einen Beitrag zur Qualitätssicherung zu leisten, weder eine Funktion noch eine Wirkung.

Nicht zuletzt aus diesem Grund wird empfohlen, einen ambulanten Pflegedienst nicht schon deshalb negativ zu bewerten, weil bei einem Qualitätsaspekt *in einem Einzelfall* ein Qualitätsdefizit mit dem *Risiko* des Eintretens negativer Folgen festgestellt wurde, aber kein negative Folge für den Pflegebedürftigen eingetreten ist.

Es ist allerdings schwierig, ein entsprechendes Bewertungsergebnis sprachlich auszudrücken. Die Zuordnung des Begriffs „Keine Qualitätsdefizite“ widerspricht dem Sprachgefühl, weil ja doch ein Defizit festgestellt wurde. Eine Formulierung wie „Keine gravierenden Qualitätsdefizite“ hätte ebenfalls Nachteile, weil sie den Eindruck erweckt, es gäbe nicht schwerwiegende, aber erhebliche Qualitätsprobleme, was etwa dem angeführten Beispiel – eine isoliert auftretende unzutreffende Risikoeinschätzung – nicht gerecht würde. Vor diesem Hintergrund wurde die Bezeichnung „Keine oder geringe Qualitätsdefizite“ gewählt.

Bei der Titulierung handelt es sich, wie schon angedeutet, um eine grundlegende Frage, die nicht mit wissenschaftlichen Mitteln gelöst werden kann, sondern einer Entscheidung im Sinne einer begründeten Setzung bedarf. Dabei sind unterschiedliche Wege möglich und aus wissenschaftlicher Sicht auch legitim. Von entscheidender Bedeutung ist allerdings, dass gegenüber den Adressaten von Qualitätsbewertungen eine ausreichende Transparenz hergestellt wird.

² Im Verlauf der Projektarbeiten war zunächst vorgesehen, die erste Stufe der Beurteilung mit dem Ausdruck „Keine Qualitätsdefizite“ zu bezeichnen. Im Rahmen der abschließenden Entwicklungsarbeiten wurde diese Entscheidung u.a. aufgrund verschiedener Hinweise von Fachexperten wieder revidiert.

Wichtig zu beachten ist ferner, dass „Auffälligkeiten“ (Kategorie B) nicht als Defizit zu werten sind und daher nicht in diese Bewertung einfließen. Sie können jedoch ein wichtiges Thema bei der Beratung des Pflegedienstes sein.

2. Moderate Qualitätsdefizite

Die Bewertung trifft zu, wenn die drei folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die Bedingungen der Bewertung „Keine oder geringe Qualitätsdefizite“ sind nicht erfüllt
- Es wurde bei maximal drei Personen ein Defizit (C- oder D-Wertung) festgestellt.
- Ein Defizit mit negativen Folgen wurde bei keinem oder nur einem Pflegebedürftigen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:

- Maximal drei C- oder D-Wertungen, darunter maximal eine D-Wertung.
- Wird bei zwei Personen aus der Stichprobe eine D-Wertung vergeben, so trifft unabhängig von anderen Bedingungen die Bewertung „3. Erhebliche Qualitätsdefizite“ zu.

Erläuterungen:

Aus systematischen Gründen wurde der Begriff „Moderate Qualitätsdefizite“ gewählt. Von „geringen“ Defiziten sollte an dieser Stelle nicht nur deshalb nicht gesprochen werden, weil sich dadurch sprachliche Überschneidungen mit der ersten Bewertung ergäben. Es ist auch möglich, dass die Prüfer bei einer Person aus der Stichprobe ein D vergeben haben, was zum Beispiel bedeuten kann, dass bei dieser Person keine Lagerungen stattfanden, obwohl diese Bestandteil der Maßnahmenplanung waren. In diesem Fall von einem geringen Defizit zu sprechen wäre sicher keine gute Lösung.

Andererseits darf durch die Titulierung auch in diesem Fall nicht der Eindruck erweckt werden, dass bei der Inanspruchnahme des Dienstes „erhebliche“ Probleme zu erwarten wären. Zu bedenken ist hier insbesondere, dass mit der D-Bewertung „negative Folgen für den Pflegebedürftigen“ verschiedene Sachverhalte subsumiert sind. Eine Bewertung ergibt sich aus einer körperlichen Schädigung ebenso wie aus der Unterlassung einer geplanten Maßnahme, für die es keine Begründung gibt, oder aus der Missachtung von Bedürfnissen. Im Verlauf der Projektarbeiten wurde in der Diskussion mit den beteiligten Experten festgelegt, dass diese Sachverhalte nicht unterschiedlich bewertet werden sollen. Dies ist eine Grundsatzentscheidung, die mit verschiedenen Herausforderungen einhergeht, wenn Bewertungsregeln konkretisiert werden sollen.

Insofern stellt der Begriff „Moderate Qualitätsdefizite“ vielleicht keine optimale Lösung dar, aber einen tragfähigen, begründbaren Kompromiss.

3. Erhebliche Qualitätsdefizite

Die Bewertung trifft zu, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die Bedingungen der Bewertung „Moderate Qualitätsdefizite“ sind nicht erfüllt
- Es wurde bei maximal vier Personen ein Defizit (C- oder D-Wertung) festgestellt.
- Defizite mit negativen Folgen wurden bei maximal drei Pflegebedürftigen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:

- Maximal vier C- oder D-Wertungen, darunter maximal drei D-Wertungen.
- Wird bei vier Personen aus der Stichprobe eine D-Wertung vergeben, so trifft unabhängig von anderen Bedingungen die Bewertung „4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite“ zu.

Erläuterungen:

Die Bewertung „Erhebliche Qualitätsdefizite“ soll eine Beurteilung darstellen, die verdeutlicht, das bei der Inanspruchnahme des Dienstes eine relativ hohe Wahrscheinlichkeit besteht, im Bereich des betreffenden Qualitätsaspekts mit Qualitätsdefiziten konfrontiert zu werden. Den Bewertungsregeln entsprechend wäre bei vier Personen aus der Stichprobe, das heißt bei annähernd der Hälfte der in die Stichprobe einbezogenen Personen ein Qualitätsdefizit festgestellt worden. Dies berechtigt dazu, von einem *erheblichen* Qualitätsdefizit zu sprechen.

4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

Die Bewertung trifft zu, wenn *eine* der beiden folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Es wurde bei mehr als vier Personen ein Defizit (C- oder D-Wertung) festgestellt.
- Defizite mit negativen Folgen wurden bei mehr als drei Pflegebedürftigen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:

- Mindestens fünf Personen mit C- oder D-Wertung *oder*
- Mindestens vier D-Wertungen.

Erläuterungen:

Schwerwiegende Qualitätsdefizite sollten nur denjenigen Diensten bescheinigt werden, bei denen sehr häufig, das heißt bei mehr als der Hälfte der in die Stichprobe einbezogenen Personen, Defizite festgestellt wurden. Dementsprechend sieht die Bewertungssystematik vor, dass bei mindestens fünf Personen entsprechende Feststellungen getroffen sein müssen.

Es ist möglich, die Komplexität dieser Wenn-Dann-Regeln zu reduzieren, indem ein Punktesystem definiert wird, das zu sehr ähnlichen Bewertungen führt wie das vorgeschlagene System. Dabei würden die C- und D-Bewertungen mit jeweils einem Punktwert belegt: eine C-Wertung mit einem Punkt und eine D-Wertung mit zwei Punkten. So ergäbe sich beispielsweise aus der Kombination „eine C-Wertung und

eine D-Wertung“ der Punktwert 3 (1 + 2). Es handelt sich um eine Setzung, die sich eignet, die angestrebte Differenzierung und Abstufung von Qualitätsbeurteilungen zu erreichen, aber nicht wörtlich zu nehmen ist. Eine Aussage wie „Eine D-Wertung hat den gleichen fachlichen Stellenwert wie zwei C-Wertungen“ wäre nicht begründbar und eine inhaltsleere, genau genommen sogar eine unsinnige Aussage.

Dieses Punktesystem führt, abgesehen von wenigen Grenzfällen, zu den gleichen Bewertungen wie die dargestellten Wenn-Dann-Regeln. Ein entsprechendes alternatives Bewertungsverfahren wurde im Abschlussbericht zur Entwicklung eines neuen Prüfverfahrens für die stationäre pflegerische Versorgung dargestellt und näher erläutert (Wingenfeld et al. 2018). Es wird aufgrund der erstrebenswerten Einheitlichkeit des Bewertungsverfahrens empfohlen, die Entscheidung, ob die Bewertungssystematik mit Wenn-Dann-Regeln oder einem vereinfachten Punktesystem operieren soll, für die jeweiligen Versorgungsbereiche einheitlich zu treffen.

Modifizierung der Bewertungsregeln bei kleinen Personenzahlen

Es ist damit zu rechnen, dass bei verschiedenen Themen, die im neuen Prüfverfahren als Qualitätsaspekte beurteilt werden sollen, nur geringe Fallzahlen vorhanden sein werden. Dies führt zu erheblichen Begrenzungen bei der Anwendung des soeben vorgestellten Bewertungsschemas. Kann beispielsweise der Qualitätsaspekt „Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“ nur bei drei Personen geprüft werden, so kommt die schlechteste Bewertung „Schwerwiegende Qualitätsdefizite“ schon reich rechnerisch nicht in Betracht, selbst wenn bei allen drei Personen schwerste Defizite festgestellt worden sind. Denn man muss davon ausgehen, dass – und hierin besteht ein erheblicher Unterschied zur stationären pflegerischen Versorgung – durch den spezifischen Auftrag des Pflegedienstes nur äußerst selten sämtliche in der Stichprobe einbezogenen Personen identische Leistungen in den Bereichen 2 und 3 beziehen oder zumindest so große Schnittmengen bestehen, dass bei der Mehrzahl der gleiche Qualitätsaspekt geprüft werden kann. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Qualitätsaspekt bei allen oder fast allen Personen aus der Stichprobe geprüft werden kann, ist also nur im Qualitätsbereich 1 hoch. Bei allen anderen Themen werden möglicherweise Stichprobengrößen von zwei bis fünf Personen zu erwarten sein. Eventuell muss auch damit gerechnet werden, dass, wie beispielsweise im Bereich der aufwendigen Behandlungspflege, nur eine Person in der Stichprobe vorfindbar ist, die die betreffende Leistung erhält. Aus einem Einzelfall kann jedoch nicht auf seriösem Weg eine zu Vergleichen geeignete Bewertung abgeleitet werden.

Die Bewertungssystematik muss Regelungen vorsehen, mit deren Hilfe dieses Problem gelöst werden kann. Die vorliegende Konzeption sieht hierzu folgenden Vorschlag vor, der im Rahmen der anstehenden Pilotierung näher zu prüfen sein wird. Um diesen Vorschlag abwägen zu können, sind allerdings verschiedene grundsätzliche Überlegungen zu berücksichtigen:

Könnte man davon ausgehen, dass mit der Stichprobe eine im statistischen Sinn repräsentative Gruppe erfasst wird, so ließe sich das Problem leicht lösen. Dem ist aber nicht so. Die Wahrscheinlichkeit, dass bei einer Stichprobe von 9 Personen eine der Grundgesamtheit exakt oder auch nur annähernd entsprechende quantitative Struktur erfasst würde, ist sehr gering. Von daher verbietet es sich, mit prozentualen Angaben zu arbeiten. Dies gilt erst recht für noch kleinere Stichproben: Würde bei

einem Qualitätsaspekt, der bei zwei Personen in der Stichprobe beurteilt werden kann, bei einer Person ein Qualitätsdefizit identifiziert, so ließe sich daraus nicht folgern, dass bei rund 50%, also bei jeder zweiten Person, für deren Versorgung der Qualitätsaspekt relevant ist, mit vergleichbaren Problemen zu rechnen wäre. Die Wahrscheinlichkeit hierfür wäre extrem gering. Ebenso unzulässig wäre es, ein solches Prozentergebnis mit einem analogen Ergebnis bei einem anderen Pflegedienst gleichzusetzen, bei dem bei 4 von 8 Personen das gleiche Qualitätsdefizit festgestellt wurde. Die Wahrscheinlichkeit, bei diesem Pflegedienst verlässlichere Ergebnisse erfasst zu haben, ist wesentlich größer als bei einem Dienst mit nur zwei Personen, für die das Merkmal gültig war.

Die Statistik hilft also nicht weiter, es müssen andere Regeln gesucht werden. Übrigens gilt dies für die externe Qualitätsprüfung im Allgemeinen. Aus Prüfergebnissen mit den Mitteln der Statistik eine Kennzahl (einen Prozentwert) abzuleiten und mit der Kennzahl anderer Einrichtungen zu vergleichen, ist aufgrund der kleinen Stichprobengröße ausgeschlossen. Der Mutungsbereich ist bei so geringen Stichprobengrößen so ausgedehnt, dass signifikante Unterschiede nur in Extremfällen feststellbar wären, also statistische Sicherheit gar nicht gegeben sein kann.

Das bedeutet für die Bewertungssystematik, dass sie nicht mit statistischen Ableitungen, sondern mit anderen, nachvollziehbaren, vor allem aber konsentierten Begründungen und Definitionen operieren muss. Die Feststellung von Qualitätsdefiziten bei externen Prüfungen ist keine Kennzahlberechnung, sondern eine regelgeleitete Beurteilung durch einen Sachverständigen, der die von ihm festgestellten Sachverhalte ohne Bezugnahme auf statistische Größen beurteilen muss.

Für den vorliegenden Fall wird vor diesem Hintergrund folgender Lösungsvorschlag unterbreitet:

1) Kann ein Qualitätsaspekt nur bei einer Person geprüft werden, so gelten die im vorhergehenden Kapitel formulierten Bewertungsregeln.

Begründung: Wenn ein Qualitätsaspekt nur bei einer Person geprüft werden kann, so ist es unmöglich, aus den Ergebnissen in diesem Einzelfall auf weitergehende Qualitätsdefizite zu schließen. Aus diesem Grund gibt es keine andere Möglichkeit, die oben formulierten Bewertungsregeln ohne Modifikation anzuwenden, auch wenn dies bedeutet, dass einem Pflegedienst weder die Beurteilung „erhebliche Qualitätsdefizite“ noch die Beurteilung „schwerwiegende Qualitätsdefizite“ zuzuordnen wäre. In dem Fall, in dem bei einer Einzelperson geprüft wird und ein Defizit mit negativen Folgen für den Pflegebedürftigen festgestellt wurde, lautet die Bewertung vielmehr „Moderate Qualitätsdefizite“. Jede Schlussfolgerung von einem Einzelfall auf weitere Fälle wäre spekulativ.

2) Kann ein Qualitätsaspekt nur bei zwei Personen geprüft werden, so gelten ebenfalls die im vorhergehenden Kapitel formulierten Bewertungsregeln.

Begründung: Können nur zwei Personen in die Beurteilung eines Qualitätsaspekts einbezogen werden, so gilt für den Fall, dass nur bei einer dieser Personen ein Defizit festgestellt wurde, eine analoge Argumentation. Von einem Einzelfall darf niemals auf weitere Fälle geschlossen werden. Zu klären ist allerdings die Frage, wie die Si-

tuation zu bewerten ist, wenn beide Personen ein Qualitätsdefizit aufweisen. Liegt in dem einen Fall eine C-Bewertung und in dem anderen Fall eine D-Bewertung vor, so würde entsprechend der Vorgaben der oben geschilderten Systematik die Bewertung „Moderate Qualitätsdefizite“ erfolgen. Werden hingegen zwei D-Bewertungen festgestellt, so würde die Beurteilung „Erhebliche Qualitätsdefizite“ zutreffen. Kritisch zu hinterfragen wäre hingegen, ob auf der Basis von zwei Fällen die schlechteste Qualitätsbewertung, die es in dem System gibt, nämlich die Bewertung „Schwerwiegende Qualitätsdefizite“ abgeleitet werden kann, die normalerweise nur zum Tragen käme, wenn mindestens vier D-Wertungen vorliegen. Vor diesem Hintergrund wäre es hinreichend legitim, auf eine Sonderwertung auch dann zu verzichten, wenn nicht nur eine Person, sondern auch wenn zwei Personen einbezogen werden.

3) Bei einer Stichprobe von drei Personen wird, wenn bei mehr als einer Person ein Defizit festgestellt wird, die ermittelte Qualitätsbeurteilung um eine Stufe verschlechtert.

Begründung: Angenommen, im Rahmen der Prüfung konnte ein Qualitätsaspekt bei drei Personen geprüft werden. In diesem Fall könnte eine Situation eintreten, in der zwei Personen eine C Wertung und eine Person eine D Wertung aufweist, womit die Qualitätsbeurteilung moderate Qualitätsdefizite erfolgen würde, obwohl sämtliche Personen aus der Stichprobe ein Defizit aufweisen. Dieses Ergebnis wäre unbefriedigend. Wenn bei sämtlichen Personen aus einer Stichprobe aus drei Personen ein Defizit festgestellt wird, so sollte die Qualitätsbeurteilung mindestens „Erhebliche Qualitätsdefizite“ lauten. Wird bei drei Personen ein Defizit mit negativen Folgen festgestellt, so wäre auch die Bewertung „Schwerwiegende Qualitätsdefizite“ gerechtfertigt. Wird nur in einem Einzelfall ein Defizit festgestellt, so gilt der bereits schon mehrfach erwähnte Grundsatz, dass aus einem Einzelfall nicht auf das Vorhandensein weiterer Fälle geschlossen werden darf.

Damit ergibt sich für eine Stichprobe von $n=3$ also folgende Sonderregelung:

- Bei nur einer Person wurde ein Defizit festgestellt: Anwendung der regulären Systematik
- Bei zwei oder drei Personen wurde ein Defizit festgestellt: Anwendung der regulären Systematik, doch verschiebt sich die Bewertung um eine Stufe in eine negative Richtung (z.B. „erhebliche“ statt, wie die reguläre Systematik vorsehen würde, nur „moderate“ Qualitätsdefizite).

4) Bei einer Stichprobe von vier oder fünf Personen wird, wenn bei mehr als zwei Personen ein Defizit festgestellt wird, die ermittelte Qualitätsbeurteilung um eine Stufe verschlechtert.

Begründung: Diese Regel wurde analog zur Stichprobe aus drei Personen formuliert. Weist die Versorgung in zwei von vier Fällen ein Defizit mit negativen Folgen auf, erfolgt nach der regulären Bewertungssystematik bereits die Bewertung „Erhebliche Defizite“. Bei drei von vier Fällen mit einer D-Wertung würde die Qualitätsbewertung abgestuft und die Bewertung „Schwerwiegende Qualitätsdefizite“ vergeben. Analoges gälte für drei D-Wertungen in einer Stichprobe aus fünf Personen.

Damit ergibt sich für eine Stichprobe von n=4 oder n=5 folgende Sonderregelung:

- Bei maximal zwei von vier Personen wurde ein Defizit festgestellt: Anwendung der regulären Systematik
- Bei drei oder vier Personen wurde ein Defizit festgestellt: Anwendung der regulären Systematik, doch verschiebt sich die Bewertung um eine Stufe in eine negative Richtung, sofern nicht schon die schlechteste Bewertung erreicht ist.

Weitergehende Sonderregelungen (für Stichproben ab 6 Personen) werden nicht für notwendig erachtet. Sie werden in der regulären Systematik hinreichend abgebildet.

Beurteilung der einrichtungsbezogenen erhobenen Qualitätsaspekte

Zur Feststellung des Prüfergebnisses bei den einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekten (Bereich 6) bedarf es keiner Zusammenführung von Prüffragen. Die Feststellung des Prüfergebnisses in diesem Bereich umfasst unmittelbar die Spezifizierung des Qualitätsdefizits.

4.3.5 Ablauf der Prüfung

Einführungsgespräch, Stichprobe und Einverständniserklärung

Nach Vorstellung der Prüfer bei der Leitung des Pflegedienstes sind zu Beginn der Prüfung in einem *Einführungsgespräch* das Aufgabenverständnis, die Vorgehensweise und der voraussichtliche Zeitaufwand für die Prüfung zu vermitteln. Im Anschluss an das Einführungsgespräch erfolgt die Bestimmung von neun pflegebedürftigen Menschen entsprechend der Vorgaben des im Folgenden beschriebenen Stichprobenverfahrens.

Sechs der neun Personen werden anhand einer Kombination der Merkmale „Mobilität“ (Fortbewegung) und „Kognitive Fähigkeiten“ bestimmt. Folgende Kombinationen werden unterschieden:

- A) Mobilität = beeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt
- B) Mobilität = beeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = unbeeinträchtigt
- C) Mobilität = unbeeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt

Die von einem Pflegedienst versorgten Personen werden auf Basis der bereits beschriebenen Liste anhand dieser Merkmalskombinationen in die Gruppen A, B und C aufgeteilt. Aus jeder dieser Gruppen werden anhand von Zufallszahlen vier Personen ausgewählt. Die ersten zwei ausgewählten Personen werden bei der Prüfung berücksichtigt. Stellt sich heraus, dass dies nicht möglich ist, wird der dritte und ggf. auch der vierte Versicherte aus dieser Gruppe ersatzweise in die Stichprobe aufgenommen. Sollten auch danach noch keine zwei Personen aus der Gruppe aufgenommen werden können, werden anhand der Zufallszahlen – unter Ausschluss der bereits ausgewählten Versicherten – erneut vier Personen bestimmt. Sollte eine der definierten Gruppen so schwach besetzt sein, dass die Zahl von zwei Personen nicht erreicht werden kann, wird – ebenfalls anhand von Zufallszahlen – eine Person aus einer anderen Gruppe bestimmt. Dabei gilt:

C) ersatzweise für A) A) ersatzweise für C) C) ersatzweise für B)

Sechs weitere Personen werden – erneut mit Hilfe von Zufallszahlen – unter den Personen bestimmt, die im bislang beschriebenen Verfahren noch nicht ausgewählt wurden und die vom Pflegedienst eine ärztlich verordnete, aufwändige Leistung der häuslichen Krankenpflege (HKP) erhalten (Gruppe D). Sofern eine oder mehrere Personen die Leistung „spezielle Krankenbeobachtung“ erhalten, ist mindestens eine dieser Personen in die Stichprobe einzubeziehen. Die ersten drei gezogenen Personen werden in die Stichprobe aufgenommen, die übrigen Personen in der Reihenfolge der Zufallszahlen in dem Fall, dass bei einer der ersten drei Personen eine Prüfung nicht möglich ist. Sollte es (beispielsweise aufgrund einer besonderen Ausrichtung des Angebots eines Pflegedienstes) nicht möglich sein, drei Personen mit einer aufwändigen Leistung der häuslichen Krankenpflege einzubeziehen, so wird die Stichprobe nicht durch andere Personen (die keine HKP-Leistungen erhalten) aufgefüllt. Das Unterschreiten der vorgesehenen Personenzahl ist im Prüfbericht zu begründen.

Grundlage für die Zufallsauswahl ist eine von der Einrichtung vorgehaltene Liste der versorgten Versicherten, in der den jeweiligen Personen die Merkmale „Beeinträchtigung der Mobilität“, „Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten“ und „aufwändige HKP-Leistung“ zugeordnet sind (vgl. Verfahrensbeschreibung).

Mit dieser Stichprobengröße wird die aktuelle Vorgabe für Qualitätsprüfungen ambulanter Dienste um eine Person überschritten. Diese Festlegung enthält keine Wertung des aktuellen Verfahrens. Vielmehr ist sie Ausdruck des Bemühens, unterschiedliche fachliche Anforderungen, die für die Beurteilung der Qualität ambulanter Pflegedienste von Bedeutung sind, durch eine angemessene Stichprobensamenstellung zu berücksichtigen. Sie ist als vorläufige Empfehlung zu verstehen, deren Tragfähigkeit im Rahmen der Pilotierung näher zu beurteilen ist. Der wichtigste Grund dieser Festlegung besteht darin, dass nach Möglichkeit drei Personen mit einer aufwändigen Leistung der häuslichen Krankenpflege eingezogen werden sollen. Möglicherweise ist es jedoch gar nicht erforderlich, zusätzlich zu den sechs Personen, die Pflege im Rahmen des SGB XI erhalten, drei weitere Versicherte einzubeziehen, weil unter diesen sechs Personen regelmäßig mindestens eine Person vorzufinden ist, die auch entsprechende Leistungen nach dem SGB V erhält. Sollte dies die Regel sein, wäre die Stichprobengröße auch weiterhin auf acht Personen zu begrenzen (Teilstichprobe Gruppe D: $n=2$). Ob dies aber tatsächlich zu erwarten ist, kann nicht im Rahmen des vorliegenden Projekts geklärt werden. Hierzu sind vielmehr entsprechende Analysen im Rahmen der anstehenden Pilotierung erforderlich.

Die Einverständniserklärung für die in die Stichprobe einbezogenen pflegebedürftigen Menschen muss zu Beginn der Prüfung eingeholt werden. Ist die Einverständniserklärung eines bevollmächtigten Betreuers notwendig, genügt zunächst eine telefonische mündliche Zusage des Betreuers. Die schriftliche Einverständniserklärung muss jedoch nachgeliefert werden.

Erfassung von Angaben zur Prüfung, zum Pflegedienst und den einbezogenen Versicherten

Administrative Daten zur Prüfung und Angaben zum ambulanten Pflegedienst werden in einem gesonderten Formular des Prüfinstrumentariums „Angaben zur Prüfung

und zum ambulanten Pflegedienst“ erfasst. Die Angaben sind gemeinsam durch die Prüfer und die Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes zusammenzustellen, idealerweise zu Beginn der Prüfung, sodass die Prüfer einen ersten Eindruck zu Größe und Struktur des Pflegedienstes, etwaigen pflegefachlichen Schwerpunkten, zur Struktur der versorgten pflegebedürftigen Menschen und die verantwortlichen Mitarbeiter erhalten. Das Vorgehen entspricht hier dem Vorgehen im bisherigen Prüfverfahren.

Gleiches gilt für die Angaben zur Person des pflegebedürftigen Menschen. Die Daten sind gemäß der Vorgabe des Erhebungsbogens für jeden pflegebedürftigen Menschen der Stichprobe zu erfassen. Diese Daten sollten nach Möglichkeit vor den Hausbesuchen für alle in die Stichprobe einbezogenen Pflegebedürftigen zusammengestellt werden.

Beurteilung der Qualitätsaspekte beim einzelnen pflegebedürftigen Menschen

Die Beurteilung der jeweiligen Qualitätsaspekte auf der Ebene der individuellen Versorgung erfolgt in einer vorgegebenen Schrittfolge, die im Falle der Qualitätsbereiche 1 bis 3 identisch ist. Im Qualitätsbereich 4 kommt eine leicht modifizierte Vorgabe zum Einsatz. Das Vorgehen ist in der grundlegenden Struktur identisch mit dem Vorgehen des Prüfers in stationären Pflegeeinrichtungen und umfasst in den Qualitätsbereichen 1 bis 3 folgende Schritte:

- 1. Klärung der Prüfbarkeit des jeweiligen Qualitätsaspekts:** Der Prüfer beurteilt zunächst die Frage, ob der jeweilige Qualitätsaspekt beim Versicherten geprüft werden kann. Entscheidend sind in diesem Zusammenhang zum einen bestimmte individuelle Merkmale der Person bzw. der Versorgung (z.B. Beginn der Versorgung innerhalb der letzten 6 Monate beim Thema „Aufnahmemanagement“ oder Übernahme der Versorgungsverantwortung durch pflegende Angehörige beim Thema „Zusammenarbeit mit Angehörigen“). Zum anderen – und dies ist von zentraler Bedeutung – setzt die Prüfbarkeit der meisten Themen eine entsprechende vertragliche Vereinbarung (Bereich 2) oder eine ärztliche Verordnung und Genehmigung durch die Krankenkasse (Bereich 3) voraus. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, bleibt der betreffende Qualitätsaspekt außer Betracht.
- 2. Informationserfassung:** Der Prüfer verschafft sich zunächst einen Überblick zur Bedarfs- und Versorgungssituation des pflegebedürftigen Menschen. Anhand verschiedener Informationsquellen werden die Lebenssituation, die gesundheitliche Situation, Ressourcen und Beeinträchtigungen, Gefährdungen sowie Einzelheiten der zwischen Pflegedienst und dem Versicherten bzw. den Angehörigen vereinbarten Leistungen erfasst. Welche Informationen für den jeweiligen Qualitätsaspekt benötigt werden, ist im Prüfbogen angegeben. Der Prüfer sollte sich ein eigenes Bild vom pflegebedürftigen Menschen und der Pflegesituation machen und Angaben der Mitarbeiter des Pflegedienstes gedanklich stets daraufhin überprüfen, ob sie sich zu einem fachlich stimmigen Gesamtbild zusammenfügen. Die Ergebnisse der Informationserfassung sind in *zusammenfassender* Form im Prüfbogen zu dokumentieren. Eine differenzierte Beschreibung der mit der Informationserfassung dargestellten Sachverhalte ist nur dann erforderlich, wenn sich bei der Prüfung Hinweise auf Qualitätsdefizite ergeben.

3. Bearbeitung der Leitfragen: Im nächsten Schritt hat der Prüfer – mit Hilfe der zu jedem Qualitätsaspekt aufgeführten Leitfragen – eine Beurteilung des Qualitätsaspekts vorzunehmen. Hierbei macht der Prüfer Feststellungen, die er dann im nächsten Schritt anhand bestimmter Vorgaben bewertet. Erläuterungen zu den jeweiligen Leitfragen finden sich in der Ausfüllanleitung. Hier wird u.a. beschrieben, welche Aspekte des pflegerischen Handelns in die Beurteilung einbezogen werden sollen.

4. Bewertung und Beschreibung festgestellter Auffälligkeiten: Die bei der Bearbeitung der Leitfragen identifizierten Auffälligkeiten werden in strukturierter Form dokumentiert und bewertet. Zu jedem Qualitätsaspekt finden sich im Prüfbogen individuelle Erläuterungen zur Konkretisierung der Bewertung (d.h. konkrete Hinweise dazu, unter welchen Voraussetzungen der Prüfer einen Sachverhalt als Qualitätsdefizit einzustufen hat).

Die Bewertung erfolgt mit den vier Bewertungskategorien, die bereits erläutert wurden:

- A) Keine Auffälligkeiten oder Defizite
- B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
- C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
- D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen.

Kommt der Prüfer zur Beurteilung C oder zur Beurteilung D, so hat er diese Beurteilung zu begründen und die Sachverhalte, aus denen er die Beurteilung im Einzelnen abgeleitet hat, anzugeben bzw. im Prüfbogen zu dokumentieren.

Die Begründung umfasst im Falle der Beurteilung C Antworten zu den folgenden Fragen:

- Worin genau besteht das Risiko für das Eintreten negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen?
- Durch welche Handlungen oder Unterlassungen ist das Risiko entstanden? Beziehungsweise: Welche Handlungen als Reaktion auf ein bestehendes Risiko wären erforderlich gewesen, wurden aber nicht durchgeführt?
- Aus welchem Sachverhalten folgert der Prüfer, dass ein Risiko entstanden ist bzw. auf ein bestehendes Risiko nicht adäquat reagiert wurde?
- Mit Hilfe welcher Informationsquellen hat der Prüfer diese Feststellungen getroffen? Im Falle der Unterlassung einer Handlung genügt es nicht, auf einen fehlenden Durchführungsnachweis in der Pflegedokumentation zu verweisen. Vielmehr muss der Prüfer das Fehlen eines Durchführungsnachweises durch eine weitere Information verifizieren (z.B. Auskunft der Mitarbeiter oder Inaugenscheinnahme).

Die Begründung umfasst im Falle der Beurteilung D Antworten zu den folgenden Fragen:

- Worin genau bestehen die negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen, die durch das Handeln oder eine Unterlassung der Mitarbeiter der Einrichtung entstanden sind?
- Durch welche Handlungen oder Unterlassungen sind die negativen Folgen entstanden?
- Aus welchem Sachverhalten folgert der Prüfer, dass eine negative Folge eingetreten ist?
- Mit Hilfe welcher Informationsquellen hat der Prüfer diese Feststellungen getroffen? Im Falle der Unterlassung einer Handlung genügt es auch in diesem Fall nicht, auf einen fehlenden Durchführungsnachweis in der Pflegedokumentation zu verweisen. Vielmehr muss der Prüfer das Fehlen eines Durchführungsnachweises durch eine weitere Information verifizieren (z.B. Auskunft der Mitarbeiter oder Inaugenscheinnahme).

Einrichtungsbezogen zu erfassende Informationen und Bewertungen

In gesonderten Abschnitten des „Einrichtungsbogens“ werden neben administrativen Angaben drei Qualitätsaspekte erfasst, die nicht beim einzelnen Versicherten, sondern bezogen auf den Pflegedienst insgesamt zu prüfen sind. Dabei handelt es sich um die folgenden Aspekte:

5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten

5.2 Hygiene

5.3 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung.

In diesen Fällen hat der Prüfer anzugeben, ob die im Prüfbogen aufgeführten fachlichen Anforderungen erfüllt sind oder nicht. Das Vorgehen ähnelt hier sehr dem bisherigen Prüfverfahren. Inhaltliche Einzelheiten sind den Prüfbogen bzw. den Ausfüllhinweisen zum Prüfbogen zu entnehmen.

Synthese/Zusammenführung der Feststellungen (im Prüfteam)

Die vorläufige Feststellung der Gesamtergebnisse erfolgt gemeinsam im Prüfteam ohne Anwesenheit von Mitarbeitern des Pflegedienstes. Die Prüfer kommen zusammen und tauschen sich über ihre wichtigsten Feststellungen zu den einzelnen Qualitätsaspekten aus. Zweck dieses Teamgesprächs ist

- a) die Erfassung der fachlichen Stärken des Pflegedienstes
- b) die vorläufige Einschätzung, bei welchen Qualitätsaspekten fachliche Defizite festgestellt wurden (Defizite mit negativen Folgen für den Versicherten oder mit dem Risiko des Auftretens negativer Folgen)
- c) die Festlegung von Fragen, die den Vertretern der Einrichtung im Abschlussgespräch vorgelegt werden sollen
- d) die Festlegung der Themen, die im anschließenden Abschlussgespräch mit Vertretern des Pflegedienstes angesprochen werden sollen, einschließlich der Themen, zu denen eine Beratung erfolgen soll.

Grundlage des Gesprächs sind sämtliche Feststellungen, die bei der Prüfung der einrichtungsbezogenen und der direkt versorgungsbezogenen Fragen festgehalten wurden. Es ist zu betonen, dass es sich um vorläufige Einschätzungen handelt, die bei der abschließenden Bewertung zu verifizieren und zu konkretisieren sind.

Abschlussgespräch

Im Abschlussgespräch wird der Pflegedienst über zentrale Ergebnisse der Prüfung in Kenntnis gesetzt. Grundlage sind die im Teamgespräch gewonnenen vorläufigen Einschätzungen sowie die von den Prüfern als offene Fragen und Beratungsthemen festgelegten Punkte (s.o.). Es sollen jedoch auch die von den Prüfern erfassten fachlichen Stärken des Pflegedienstes gewürdigt werden. Das Gespräch wird mit dem Ziel geführt, die Eigenverantwortlichkeit des Pflegedienstes zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege zu stärken.

Zunächst thematisieren die Prüfer die ggf. noch offenen Fragen, zu denen sie noch Informationen benötigen. Danach stellen sie in zusammenfassender Form ihre vorläufigen Einschätzungen zu folgenden Punkten dar:

- fachliche Stärken des Pflegedienstes
- festgestellte Qualitätsdefizite (Defizite mit negativen Folgen für den Pflegebedürftigen oder mit dem Risiko des Auftretens negativer Folgen).

Zu diesen Punkten sollte den Vertretern des Pflegedienstes Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden.

In einer weiteren Gesprächsphase erfolgt die Beratung zu den Themen, die die Prüfer im Teamgespräch als besonders wichtig identifiziert haben. Gemeinsam mit den Vertretern des Pflegedienstes sind Möglichkeiten zu diskutieren, wie festgestellte Defizite behoben und der Entstehung von Defiziten vorgebeugt werden kann. Dabei sind insbesondere die Informationen und Feststellungen zu nutzen, mit denen sich die Prüfer bei der Bearbeitung des Qualitätsaspekts 5.1 beschäftigt haben. Zu dieser Gesprächsphase gehören auch Hinweise auf besonders wichtige Auffälligkeiten, die festgestellt, aber nicht als Defizite eingestuft wurden.

Sofern der Pflegedienst abweichende Meinungen zu festgestellten Mängeln äußert, werden diese von den Prüfern schriftlich festgehalten.

Abschließende Bewertung und Prüfbericht

Die abschließende Bewertung erfolgt nach dem Prüfbesuch. Sowohl die Feststellungen der Prüfer zu den einzelnen Qualitätsaspekten als auch die Ergebnisse des Abschlussgesprächs fließen in diese abschließende Bewertung ein.

Die Ergebnisse werden in einem Prüfbericht gebündelt. Er enthält:

1. administrative Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst
2. die zusammenfassende Beurteilung der Prüfergebnisse
3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten
4. einen Anhang mit sämtlichen Prüfbögen.

5. Phase III – Entwurf eines Verfahrens für die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege

Mit der Entwicklung eines Verfahrens zur Darstellung der Qualität der ambulanten Pflege waren verschiedene Zielsetzungen verbunden. Im Zentrum stand die Umsetzung der Anforderungen des Gesetzgebers nach einer verständlichen, übersichtlichen und vergleichbaren Information der Öffentlichkeit über die Leistungen ambulanter Pflegedienste und deren Qualität. Diese Zielsetzung bestand in identischer Form für die Überlegungen zur Darstellung der Leistungen und Qualität der stationären Pflege. Auch hinsichtlich der zweiten Zielsetzung, der Entwicklung einer Alternative zum Verfahren der Qualitätsdarstellung auf der Basis von Schulnoten, bestand zwischen den beiden Projekten der gleiche Anspruch. Angesichts der bereits dargestellten weiteren Überlegungen, die eine Harmonisierung der Verfahren im stationären und ambulanten Bereich sinnvoll erscheinen lassen, wurde dieser Weg auch bei den Überlegungen zur Entwicklung eines Verfahrens der Qualitätsdarstellung im ambulanten Bereich beschritten.

Eine reine Übertragung des im stationären Bereich entwickelten Verfahrens kam jedoch nicht in Betracht. So entfällt im ambulanten Bereich eine Erhebung der Ergebnisqualität auf Basis von Qualitätsindikatoren, die damit auch in der Darstellung keinen Platz erhalten. Zudem wird für den ambulanten Bereich angeregt, die Durchführung einer Nutzerbefragung zu prüfen, durch die zu verschiedenen Qualitätsaspekten Erkenntnisse aus der Perspektive pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen erhalten werden, die im Rahmen der externen Qualitätsprüfung nicht gewonnen werden können.

Der Vorschlag für ein Verfahren zur Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege enthält insgesamt drei Bestandteile, die nachfolgend eingehender beschrieben werden:

- a) die Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsprüfung
- b) eine zusammenfassende Darstellung unbewerteter Informationen über den ambulanten Pflegedienst und
- c) die Überlegungen zur Prüfung einer Nutzerbefragung

5.1 Darstellung der Prüfergebnisse

Die visuellen Grundelemente der Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsprüfung orientieren sich an der Vorgehensweise im stationären Bereich. Auf der ersten Seite findet sich eine Übersicht über die möglichen Themen der personenbezogenen Qualitätsprüfung aus den Prüfbereichen 1 bis 3. Neben der Bezeichnung des Themas findet sich die durch Kästchen ausgedrückte Bewertung des jeweiligen Qualitätsaspekts. Ebenfalls noch auf der ersten Seite findet sich die Bedeutung der für die Darstellung der Prüfergebnisse verwendeten Symbole:

- ■ ■ ■ keine oder geringe Qualitätsdefizite
- ■ ■ □ moderate Qualitätsdefizite
- ■ □ □ erhebliche Qualitätsdefizite
- □ □ □ schwerwiegende Qualitätsdefizite
- x konnte nicht geprüft werden

Danach folgt die Darstellung der unbewerteten Informationen (s. Kapitel 5.2). Im Anschluss erfolgt dann eine etwas ausführlichere Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsprüfung. Dazu wird zu allen Qualitätsaspekten kurz erläutert, welcher Qualitätsanspruch sich dahinter verbirgt und worauf in der Qualitätsprüfung geachtet wird. Die nächste Information bildet die in Kästchen ausgedrückte Gesamtbewertung dieses Qualitätsaspekts und es erfolgt die Information, wie viele Personen in der Stichprobe zur Prüfung des jeweiligen Qualitätsaspekts eingeschlossen waren. Vervollständigt wird die Darstellung zu jedem Qualitätsaspekt durch die Wiedergabe der Bewertung des Qualitätsaspekts im Rahmen der beiden letzten vorhergehenden Prüfungen.

Für die Darstellung der ärztlich verordneten Leistungen wurden die beiden am häufigsten vorkommenden ärztlich verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege, Medikamente und Wundversorgung, als fester Bestandteil integriert. Für weitere verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege besteht die Möglichkeit, diese in einer weiteren Zeile zu integrieren. Es muss jedoch damit gerechnet werden, dass nur wenige andere HKP-Leistungen mehr als einmal in der Stichprobe abgebildet sein werden. Nicht integriert in die Qualitätsdarstellung wurde der Prüfbereich 4, in dem keine Bewertung stattfindet, sondern der zum Anlass einer Beratung durch die Prüfdienste genommen werden soll.

Für den Qualitätsbereich 5 der einrichtungsbezogenen erhobenen Qualitätsaspekte ist keine Zusammenführung von Einzelergebnissen erforderlich, da das Prüfergebnis bereits Auskunft über möglicherweise bestehende Defizite gibt.

Durch diese Form der Darstellung besteht für aktuelle und potenzielle Nutzer des ambulanten Pflegedienstes die Möglichkeit, gezielt die Qualitätsbewertung der für sie relevanten Qualitätsaspekte einzusehen und ggf. mit der Bewertung anderer Pflegedienste zu vergleichen. Für den Fall der Einführung des hiermit vorgeschlagenen Verfahrens der Qualitätsprüfung und –darstellung empfiehlt sich die Erarbeitung internetgestützter Formen der Qualitätsdarstellung, die den Nutzern eine gezielte Auswahl der ihnen wichtigen Qualitätsaspekte ermöglicht.

Für die Darstellung der Prüfergebnisse ist noch zu betonen, dass sich das Verfahren vermutlich in einem gestuften Prozess weiter entwickeln wird. Die angesprochene Situation unterschiedlicher und fehlender Rahmenvereinbarungen auf Landesebene hinsichtlich des verfügbaren Leistungsspektrums wird dazu führen, dass einige der für das Prüfverfahren vorgesehenen Qualitätsaspekte vermutlich zunächst nur selten geprüft werden, weil sie nur selten zwischen Pflegedienst und Pflegehaushalt vereinbart wurden. Aus Sicht der Auftragnehmer wird das insbesondere für die neueren Leistungsinhalte zur Unterstützung bei kommunikativen oder kognitiven Beeinträchtigungen und zur Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen der Fall sein.

Um zu verhindern, dass das Gesamtbild der Darstellung der Prüfergebnisse verzerrt wird, sollte die Aufnahme sämtlicher möglicher Qualitätsaspekte in die Darstellung der Prüfergebnisse schrittweise erfolgen. Die Pilotierung wird Aufschlüsse darüber ermöglichen, wie häufig welche Qualitätsaspekte geprüft werden. Ob und falls ja, welche Veränderungen des Leistungsspektrums bis zur regelhaften Anwendung des neuen Qualitätsprüf- und –darstellungsverfahrens zwischen den Vertragspartnern vereinbart wurden, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht abzusehen. Entsprechend sollte die Entscheidung, ob ein gestuftes Verfahren zur Darstellung der Prüfergebnisse sinnvoll und notwendig erscheint und in welchen Schritten die Umsetzung erfolgen soll, am Ende des Pilotierungszeitraums getroffen werden. Diese Empfehlung ist ein weiteres Argument für die enge fachliche Begleitung des Pilotierungs- und Einführungsprozesses des neuen Prüfverfahrens, die auch an anderer Stelle bereits unterstrichen wurde.

5.2 Darstellung unbewerteter Informationen

Im Verlauf der Entwicklungsarbeiten ergab sich eine Vielzahl an Hinweisen auf möglicherweise interessante und relevante Aspekte zur Einschätzung der Qualität eines ambulanten Pflegedienstes. Vielen der Aspekte fehlt jedoch eine tatsächliche Bewertungsgrundlage, auf der beurteilt werden könnte, ob es sich dabei um einen Ausdruck von hoher oder minderer Qualität handelt. Zu diesen Aspekten gehören beispielsweise Fragen der Umfänglichkeit oder der Spezialisierung des Angebots des ambulanten Pflegedienstes, Anzahl, Qualifikation und vorhandene Sprachkenntnisse des Personals. Aufgrund des Fehlens eines Bewertungsmaßstabs wurden diese Themen nicht weiter für die Entwicklung des Qualitätsprüfverfahrens berücksichtigt.

Viele der angesprochenen Themen entsprechen jedoch einem allgemeinen und spezifischen Informationsbedürfnis potenzieller Nutzer und Nutzerinnen ambulanter Pflegedienste. Daher wird vorgeschlagen, die Darstellung der Prüfergebnisse um die Darstellung einiger unbewerteter Informationen, die in einem eigenen Bogen erfasst werden, zu erweitern. Die erforderlichen Angaben werden durch die Pflegedienste selbst vorgenommen. Da die meisten der für diese Darstellung vorgesehenen Angaben zu den grundlegenden Informationen zählen, die auch im Rahmen der Qualitätsprüfung erhoben werden, sollen die Angaben durch die Prüfer mit den in der Prüfung vorliegenden Informationen abgeglichen werden.

Die Darstellung soll die folgenden Informationen umfassen:

- a) Allgemeine Information zur Einrichtung wie Anschrift, Kontaktmöglichkeiten wie Telefon, E-Mail und Internetpräsenz, Kontaktperson und Trägerschaft
- b) Angaben zur Möglichkeit weiterer Informationen in Form von schriftlichem Informationsmaterial, der Möglichkeit eines Informationsgesprächs oder anderer Informationsquellen
- c) Anzahl der insgesamt durch den Pflegedienst versorgten Personen, ggf. differenziert in diejenigen, die nur Leistungen nach dem SGB XI oder nur ärztlich verordnete Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder beides erhalten.
- d) Spezialisierungen oder Versorgungsschwerpunkte: Unter diesem Aspekt sollen pflegerische Schwerpunkte des ambulanten Pflegedienstes dargestellt werden, zu denen mit den Leistungsträgern gesonderte vertragliche Vereinbarungen hinsichtlich der erforderlichen Qualifikationen, regelmäßigen Fortbildung und weiterer Aspekte bestehen. Dazu gehören z. B. die Versorgungsbe-

- reiche Kinderintensivpflege, häusliche Intensiv/24-Stundenpflege, Palliativpflege oder psychiatrische Pflege
- e) Spezialisierung zur Versorgung besonderer Nutzergruppen wie Menschen im Wachkoma, Menschen mit Behinderung oder andere, zu denen der ambulante Pflegedienst auf der Basis konzeptioneller Grundlagen besondere Versorgungsangebote vorhält
 - f) Leistungen und Angebote wie z.B. die Nachtpflege, Betreuungsangebote, die Zusammenarbeit mit lokalen/quartiersnahen Versorgungsangeboten wie Begegnungszentren, ambulant betreute Wohngemeinschaften oder kulturspezifische Angebote
 - g) Spezifische Angebote für Angehörige pflegebedürftiger Menschen als Einzel- und/oder Gruppenangebote
 - h) Angaben zu Fremdsprachenkenntnissen/Muttersprachen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes
 - i) Angaben zur personellen Ausstattung des Pflegedienstes, zu denen die Anzahl der Mitarbeiter/innen (differenziert in Vollzeit- und Teilzeitstellen), der Fachkräfteanteil, vorhandene Zusatzqualifikationen sowie Informationen zum Personalwechsel gehören. Hinzu kommen Angaben zur Anzahl an Betreuungskräften und Mitarbeiter/innen für die hauswirtschaftliche Versorgung sowie weiterem Personal.
 - j) Sofern eine Nutzerbefragung freiwillig oder im Sinne der im nächsten Unterkapitel beschriebenen Form durchgeführt wurde, könnten die Ergebnisse ebenfalls dargestellt werden.

Da es auch im Rahmen der Qualitätsdarstellung in der stationären Pflege den Bestandteil der Darstellung unbewerteter Informationen gibt, orientiert sich das Muster für die Darstellung dieser Informationen in der ambulanten Pflege am Muster aus dem stationären Bereich. Es findet sich in Anhang 6 dieses Berichts.

5.3 Möglichkeiten einer Nutzerbefragung

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Themenbereiche und Einzelthemen für die Qualitätsprüfung stellte sich heraus, dass sich einige der im Rahmen der Literatur- und Materialrecherche identifizierten Themen nicht für eine Operationalisierung und Aufnahme in die Qualitätsprüfung eignen. Trotz dieser Nicht-Eignung besitzen diese Themen aus der subjektiven Nutzerperspektive pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen eine hohe Wichtigkeit. Die Nicht-Eignung begründet sich im Wesentlichen durch den subjektiven Charakter der Qualitätsbewertung zu den entsprechenden Themen. Dieser lässt sich im Rahmen einer externen Prüfung nicht anhand objektiver Kriterien beurteilen. Dennoch geben subjektive Aussagen zu diesen Themen einen Hinweis auf die individuell wahrgenommene Qualität des ambulanten Pflegedienstes. Vor diesem Hintergrund schlagen die Auftragnehmer vor, die Durchführung einer Nutzerbefragung zur Einbeziehung der Nutzersicht in die Qualitätsdarstellung zu prüfen.

Mögliche Themen einer Nutzerbefragung

Aus dem ursprünglichen Themenbereich „Persönlichkeit und Beziehungen“ wären die Themen „Wahrung der individuellen Privatsphäre und Würde“ und „Gewährleis-

tung personeller Kontinuität“ mögliche Themen einer Nutzerbefragung. Die „Wahrung der individuellen Privatsphäre und Würde“ bezieht sich auf die Wahrung der Würde des pflegebedürftigen Menschen und die Vermeidung von Grenzüberschreitungen bei bestehender Beeinträchtigung der Selbständigkeit. Sie wird besonders bedeutsam bei der Durchführung oftmals sehr intimer pflegerischer Handlungen. Ob und in welchem Ausmaß der ambulante Pflegedienst den eigenen Vorstellungen zur Wahrung der Privatsphäre entsprochen hat, kann letztlich nur der Leistungsempfänger selbst beurteilen.

Ähnliches gilt für die Gewährleistung persönlicher Kontinuität in der Pflege. Damit ist die Frage angesprochen, wie viele Personen in die Pflege in einem Haushalt einbezogen sind. Bei der Bewertung dieser Frage spielen ebenfalls vor allem subjektive Einschätzungen eine Rolle. So wünschen sich einige Pflegebedürftige, dass immer die gleiche Person in ihren Haushalt kommt, während andere durchaus mehrere Personen für angemessen halten. Wieder andere bewerten häufig wechselnde Personen als interessante Abwechslung vom Alltag, solange diese die pflegerisch notwendigen Maßnahmen gewährleisten.

Aus dem Themenbereich „Dienstleistungsqualität und Qualitätsmanagement“ wurden ebenfalls zwei Themen nicht weiter für die Entwicklung des Prüfverfahrens berücksichtigt, die sich jedoch für eine Nutzerbefragung eignen. Zum einen die „Verlässlichkeit“ des ambulanten Pflegedienstes und zum anderen die „telefonische Erreichbarkeit außerhalb der vereinbarten Zeiten des Pflegeeinsatzes“. Mit dem Thema der „Verlässlichkeit“ sind vor allem die Einhaltung vereinbarter Zeiten des Pflegeeinsatzes und die rechtzeitige Benachrichtigung bei Veränderungen angesprochen. Die „telefonische Erreichbarkeit außerhalb der vereinbarten Zeiten des Pflegeeinsatzes“ hat zwei Dimensionen. Zum einen die Möglichkeit, bei bekannten Problemen in der Pflegesituation, wie z.B. Hilfestellung bei den Ausscheidungen, auch außerhalb des Einsatzes kurzfristige Unterstützung abrufen zu können und zum anderen, im Bedarfsfall außerhalb des Besuchs Informationen zu erhalten. Ob dies in zufriedenstellendem Maß gelingt, lässt sich ebenfalls nur aus der subjektiven Sichtweise beurteilen.

Neben diesen Themen, die aus der ersten Zusammenstellung möglicher Prüft Themen erwachsen sind, haben sich im Rahmen der Fokusgruppendifkussionen weitere Themen ergeben, die zum Bestandteil einer Nutzerbefragung gemacht werden könnten. Einige dieser Themen sind bereits Bestandteil der im Rahmen der PTV-A durchgeführten Befragung der pflegebedürftigen Menschen. Genannt wurden

- die verständliche Information über die durch den ambulanten Pflegedienst angebotenen Leistungen,
- die Transparenz der anfallenden Kosten, vor allem der Kosten, die über den Sachleistungsanspruch hinausgehen,
- eine Information und Aufklärung über unterschiedliche Vergütungsmodelle (z.B. Leistungskomplexe, Zeitvergütung)
- die explizite Möglichkeit zur Mitbestimmung bei der Pflege
- Freundlichkeit und Zugewandtheit im Auftreten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Einfühlungsvermögen und Verständnis der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Kommunikation und Gestaltung der Pflegebeziehung

Vorgehen bei einer Nutzerbefragung

In der derzeit praktizierten Befragung der pflegebedürftigen Menschen werden die in die Stichprobe einbezogenen pflegebedürftigen Menschen von den Prüfern zuhause, während des Hausbesuchs, mündlich befragt. Dieses Vorgehen weist unterschiedliche Probleme auf: So könnte die persönliche Anwesenheit des Prüfers dazu führen, dass die Befragten Unsicherheiten hinsichtlich der Wahrung ihrer Anonymität verspüren und aufgrund der Befürchtung negativer Konsequenzen ein erwünschtes Antwortverhalten zeigen. Darüber hinaus kann die Prüfsituation als überfordernd wahrgenommen werden und dazu führen, dass die Befragten keine vollständigen Angaben machen können. Nicht zuletzt kann es sein, dass aufgrund der engen zeitlichen Nähe von Qualitätsprüfung und Befragung im eigenen Haushalt nicht deutlich wird, dass die Befragung der Erhebung individuell und subjektiv relevanter Aspekte dienen soll.

Um diese bestehenden Probleme zu überwinden, sollte eine Nutzerbefragung anders organisiert sein. In den Fokusgruppen wurden zwei verschiedene Möglichkeiten der Nutzerbefragung zur Diskussion gestellt: Zum einen die schriftliche Befragung aller durch den ambulanten Pflegedienst versorgten Personen und zum anderen die schriftliche Befragung der bei der Qualitätsprüfung in die Stichprobe einbezogenen Personen. Beide Varianten nehmen Abstand von der mündlichen Befragung durch den Prüfer.

Für eine „Vollerhebung“ spricht der erhoffte deutlich höhere Informationsgehalt einer Befragung von möglichst vielen Personen. Auf diesem Weg könnten auch die pflegebedürftigen Menschen eine Einschätzung abgeben, die nicht in Form eines Hausbesuchs erreicht und in die Prüfung einbezogen werden. Dieser Anteil ist deutlich höher, als derjenige, der im Rahmen der vorgesehenen Stichprobe von neun Personen erreicht wird.

Die Größenordnung einer solchen Befragung lässt sich auf Basis der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2017) in etwa einschätzen. Die letzte Pflegestatistik weist 692.000 Personen auf, die Sachleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung beziehen und die somit die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch nehmen. Hinzu kommen Personen, die keine Sachleistungen im SGB XI beziehen und den ambulanten Pflegedienst für die Durchführung ärztlich verordneter Pflegemaßnahmen in Anspruch nehmen. Ihre Anzahl lässt sich jedoch nur bedingt abschätzen. Unabhängig davon müsste damit gerechnet werden, dass der Versand von mehr als 700.000 Fragebögen pro Jahr zu leisten ist. Neben den Kosten für den Druck und die Organisation des Versands würden Versandkosten in erheblichem Umfang anfallen.

Die Bearbeitung einer so umfangreichen schriftlichen Befragung ist somit mit einem erheblichen Aufwand und großen logistischen Herausforderungen verbunden. Dem erhofften Informationsgehalt bei einer Vollerhebung steht ein Aufwand gegenüber, der sich durch den Versand der Fragebögen, die Entgegennahme der Rücksendungen, das Einlesen der ausgefüllten Fragebögen, Fehlerkorrekturen, Pseudonymisierungen zur automatisierten Identifizierung der Pflegedienste, die Auswertung und die Aufbereitung für die Darstellung ergibt. Eine solche Befragung würde also mit einem erheblichen Aufwand (personell und finanziell) verbunden sein sowie eine Reihe technischer Anforderungen mit sich bringen. Zwar kann bei einer solchen Befragung nicht mit einem Rücklauf von 100% gerechnet werden, aber selbst für den Fall eines Rücklaufs von nur bei 25% der ausgesandten Bögen, kämen immer noch ca. 175.000 Fragebögen zusammen, die verarbeitet und ausgewertet werden müssten.

Dies würde den Aufbau einer Annahmestelle bedeuten, die in der Lage ist, ca. 1.000 Fragebögen an jedem Werktag des Jahres entgegen zu nehmen, einzulesen und für die statistische Analyse aufzubereiten.

Möglichkeiten zur Reduzierung des Aufwands könnten darin bestehen, eine entsprechende Vollerhebung in einem zweijährigen Turnus und nicht jährlich für jeden Pflegedienst durchzuführen. Das Grundsatzproblem, das Verhältnis zwischen erwartetem Nutzen und den Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Aufbau der erforderlichen Infrastruktur und der Etablierung der notwendigen Prozesse, bliebe jedoch auch in diesem Fall bestehen.

Eine andere Überlegung für die Organisation einer Nutzerbefragung besteht in der standardisierten schriftlichen Befragung während der Prüfung. Anders als im derzeitigen Verfahren würde keine mündliche Befragung durch den Prüfer erfolgen, sondern ein standardisierter Fragebogen an die Nutzer ausgehändigt mit der Bitte, diesen auszufüllen und an eine Datenauswertungsstelle zu übersenden. Hinsichtlich der Größenordnung wäre hier bei etwa 13.500 ambulanten Pflegediensten und jeweils neun in die Prüfung einbezogenen Personen mit einer Grundgesamtheit ca. 120.000 Personen zu rechnen. Geht man hypothetisch wieder von einem Rücklauf von 25% aus, wären somit noch etwa 30.000 Fragebögen entgegenzunehmen und zu bearbeiten. Diese Zahl ist immer noch hoch, aber deutlich niedriger als die bei einer Vollerhebung zu erwartenden Größenordnungen. Gegen diese Form der Nutzerbefragung spricht jedoch, dass damit die ohnehin schon in die Prüfung einbezogenen Personen einen zweiten Beitrag zur Gesamtbewertung des ambulanten Pflegedienstes beisteuern würden. Zudem lässt sich bei nur geringem Rücklauf mit Recht die Frage stellen, welche Aussagekraft die Rückmeldung von vielleicht 3-5 Personen zu subjektiv relevanten Aspekten der Arbeit des ambulanten Pflegedienstes hätte. Diese wäre als äußerst gering einzustufen.

Unabhängig davon, ob eine Vollerhebung oder eine Befragung der in die Stichprobe einbezogenen pflegebedürftigen Menschen durchgeführt wird, wurde in den Fokusgruppen kontrovers über die Sinnhaftigkeit einer Nutzerbefragung diskutiert. Neben der komplexen Bewertung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen wurde auf der inhaltlichen Ebene die Vermutung geäußert, dass gerade unzufriedene Nutzer mit höherer Wahrscheinlichkeit den Fragebogen ausfüllen und zurücksenden. Somit bestünde die Gefahr eines verzerrten Bildes. Als weitere Schwierigkeit wurde die Verknüpfung der Ergebnisse aus der Nutzerbefragung mit den Ergebnissen der Qualitätsprüfung benannt, da zwischen der Verfügbarkeit dieser Ergebnisse aufgrund des Aufwands in der Verarbeitung der Daten aus der Nutzerbefragung vermutlich ein großer zeitlicher Abstand bestehen wird.

Als Argument für eine Nutzerbefragung wurde darauf hingewiesen, dass subjektiv für wichtig erachtete Themen durch die Befragung zur Geltung kommen würden. Die Notwendigkeiten der Operationalisierung für die Qualitätsprüfung haben zum Ausschluss wichtiger Themen geführt und es gäbe ohne eine Nutzerbefragung keine weitere Möglichkeit, sich zu positiven oder negativen Aspekten der Arbeit des ambulanten Pflegedienstes zu äußern. Zur Frage der Präferenz für eine Voll- oder eine Stichprobenerhebung wurde der Vorteil eher in der Vollerhebung gesehen. Da beide Formen einen erheblichen Aufwand mit sich bringen würden, wäre es sinnvoller, sich der Möglichkeit zuzuwenden, die im Erfolgsfall eine höhere Aussagekraft hätte. Die Ergebnisse einer Vollerhebung würden zudem nicht nur auf der Ebene des einzelnen Pflegedienstes Ergebnisse hervorbringen, sondern in kumulierter Form auch darüber

hinaus einen guten Einblick in wichtige Fragen der ambulanten pflegerischen Versorgung in Deutschland ermöglichen.

Dieser kurze Überblick über Möglichkeiten und Herausforderungen bei der Konzeption einer Nutzerbefragung vermittelt einen Eindruck der umfangreichen Fragen, die in diesem Zusammenhang zu klären wären. Für eine fundierte Erörterung im Qualitätsausschuss wären weitere Informationen erforderlich, um eine Abwägung des Aufwands vorzunehmen. Dazu gehören genauere Kalkulationen der für die Verwaltung des Verfahrens, die Versendung und Entgegennahme der Fragebögen sowie die mit der Auswertung und Veröffentlichung zusammenhängenden Fragen. Dass der personelle und finanzielle Aufwand erheblich wäre, geht bereits aus diesem kurzen Überblick hervor. Wie hoch die Beteiligung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen an einem solchen Verfahren wäre, lässt sich kaum seriös prognostizieren. Bei einem geringen Rücklauf wäre der Aufwand nur schwerlich zu rechtfertigen. Ein hoher Rücklauf würde umfassende Einblicke in das Versorgungsgeschehen der ambulanten Pflege ermöglichen und eine ergänzende Perspektive zur Beurteilung der Qualität ambulanter Pflegedienste bereitstellen.

Die Konzeption einer Nutzerbefragung ist nicht der Teil des Auftrags zur Entwicklung eines neuen Qualitätsprüf- und -darstellungsverfahrens durch den Qualitätsausschuss Pflege und ist auch nicht Bestandteil der wissenschaftlichen Konzeption der Auftragnehmer zur Durchführung des Auftrags. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle auch keine detailliertere Konzeption einer solchen Befragung oder ein erster Entwurf eines Befragungsinstruments vorgelegt. Der Gedanke der Durchführung einer Nutzerbefragung hat sich jedoch im Verlauf der Entwicklungsarbeiten ergeben und sollte entsprechend Eingang in diesen Bericht finden, um dem Qualitätsausschuss die Möglichkeit aufzuzeigen und eine weitere Auseinandersetzung dazu anzuregen.

6. Empfehlungen zur Sicherstellung der Datenübermittlung

Eine der Teilaufgaben im Projekt bestand darin, die Anforderungen und Formen der Datenaufbereitung und Datenübermittlung zu identifizieren, die im Rahmen des neuen Prüfverfahrens zu berücksichtigen sind. Dabei ist unter anderem auch die Frage zu berücksichtigen, inwieweit Elemente zu integrieren sind, die über die bisher bestehenden Strukturen und Anforderungen hinausreichen.

Für das Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung im ambulanten Bereich ergeben sich andere, weniger komplexe Rahmenbedingungen als im Falle der Entwicklung eines Prüfverfahrens für die vollstationäre Pflege. Zwar sind auch im ambulanten Bereich neue Elemente zu berücksichtigen, allerdings unterscheiden sich diese in ihren strukturellen und technischen Merkmalen wenig vom bisherigen System der Qualitätsbeurteilung. Wie bereits dargestellt, wird im Rahmen des vorliegenden Projekts nicht vorgeschlagen, kurzfristig einen Indikatorenansatz zur Beurteilung von Ergebnis- oder Prozessqualität in der ambulanten Pflege zu entwickeln und in das System zu integrieren. Dadurch wird es nicht möglich sein, eine Transparenz der Ergebnisqualität und eine methodisch sichere Vergleichbarkeit der Qualität auf dieser Ebene herzustellen, doch es entfallen auf der anderen Seite verschiedene Anforderungen der Zusammenführung, Prüfung und Transformation der Daten, die für Qualitätsbeurteilungen verwendet werden.

Datenquellen und Inhalte

Im Großen und Ganzen sind im Falle der ambulanten Pflege zwei Datenpakete zu unterscheiden. Zum einen handelt es sich um die Daten, die im Rahmen der externen Qualitätsprüfungen erfasst werden. Die Struktur dieser Daten ist durchaus vergleichbar mit den Daten, die bei den heutigen Qualitätsprüfungen erfasst und übermittelt werden. Es handelt sich hierbei um Daten, die zum einen bestimmte Merkmale der Einrichtungen spezifizieren, in denen die Prüfung durchgeführt wird. Darüber hinaus sind verschiedene und prüftechnische Angaben bzw. Informationen über die Prüfung selbst (beispielsweise Standarddaten wie Datum oder Umfang der Prüfung, Auftraggeber usw.) zu berücksichtigen. Schließlich – und dies macht den größten Teil der Daten aus – müssen die im Rahmen der Prüfung dokumentierten Daten und Beurteilungen, die die dokumentierten Ergebnisse der Prüfungen in einer strukturierten Form abbilden, übermittelt werden.

Das zweite Datenpaket umfasst die Informationen über die Einrichtungen, die in die Qualitätsdarstellungen einfließen sollen, die aber nicht zu einer vergleichenden Qualitätsbeurteilung genutzt werden und die auch nicht im Rahmen der Prüfbescheide der Kassen in irgendeiner Weise von Bedeutung sind. Es handelt sich um Informationen, die für den Nutzer, d.h. die an Dienstleistungen der Pflegedienste potenziell interessierten Menschen, von Bedeutung sein können, ohne dass sie in irgendeiner Form eine Beurteilung anhand ausgewiesener Kriterien enthalten.

Ein drittes Datenpaket könnte sich aus der Entscheidung ergeben, die Ergebnisse einer Nutzerbefragung in die Qualitätsberichterstattung zu integrieren. In diesem Falle würden noch einmal gänzlich neue Anforderungen des Datenmanagements entstehen. Sie sind anders gelagert als im Falle der Datenübermittlung aus den Einrichtungen oder Prüfdiensten und gleichen eher dem Aufgabenprofil, das im Rahmen

empirischer Projekte mit umfangreichen schriftlichen Befragungen anfällt. Im Mittelpunkt steht das praktische Handling der Befragungsinstrumente (papierförmige Fragebögen) und die Verknüpfung der Ergebnisse mit anderen Informationen, die den jeweiligen Pflegedienst betreffen, anhand einer definierten Variable zur Identifizierung des Pflegedienstes. Fragen der Datenübermittlung spielen nur insoweit eine Rolle, wie die Arbeitsteilung zwischen der Stelle, die die Auswertung der schriftlichen Befragung übernimmt, und der Stelle, die die Qualitätsdarstellungen generiert, berührt ist. Nähere Überlegungen zum Umgang mit diesem dritten Datenpaket sollten aber erst angestellt werden, wenn die Selbstverwaltung eine Grundsatzentscheidung über die Aufnahme oder den Ausschluss dieser Ergänzung für die Qualitätsdarstellung getroffen hat.

Notwendigkeit einer Verschlüsselung der Daten

Im Falle der ambulanten Pflege besteht keine Notwendigkeit, auf die Prüfergebnisse beim einzelnen pflegebedürftigen Menschen zurückzugreifen und diese ggf. mit anderen Daten zu verknüpfen. Sind die Daten, die aus der Prüfung stammen, einmal übermittelt worden, so können sie abschließend für die Erstellung von Prüfberichten und Qualitätsdarstellungen bearbeitet werden. Das bedeutet, dass mit den Daten, die durch den Prüfbericht eines Prüfdienstes zur Verfügung gestellt werden, ein vollständiger, abgeschlossener Datensatz vorliegt, der unmittelbar verwendet werden kann. Da also ein weiterer Rückgriff auf die Daten entfällt, ist eine Pseudonymisierung der auf den versicherten bezogenen Daten nicht erforderlich. Dadurch sind die Anforderungen an das Datenhandling relativ überschaubar.

Wie für alle komplexeren Datenaufbereitungsroutinen ist es auch im vorliegenden Fall wünschenswert, bestimmte Standards der formalen Definition der Daten einzuhalten. Die Spezifizierung der zu übermittelnden Daten sollte daher Festlegungen zum Datenformat, Ausfüllhinweise, technische Plausibilitätsregeln zur Fehlerprüfung und interne Protokolle zur Datenverwaltung enthalten. Diese internen Protokolle dienen der Überprüfung der Frage, inwieweit Daten vollständig sind. Hinzu kommt die Festlegung von Exportformaten, die beispielsweise dann benötigt werden, wenn Daten aus der Prüfung an externe Datennutzer zu weitergehenden Auswertungszwecken übermittelt werden sollen.

Charakteristisch für das Datenübermittlungsverfahren ist, dass die Datenübermittlung nur in eine Richtung erfolgen muss. Das bedeutet, dass die von einem Prüfdienst gelieferten Daten an die Datenauswertungsstelle übermittelt werden, ohne dass eine fallbezogene Rückübermittlung erforderlich ist. Ähnliches gilt für das zweite Datenpaket, also die Informationen, die von den Pflegediensten an die Datenauswertungsstelle übermittelt werden. Auch hier handelt es sich gewissermaßen um eine Einbahnstraße. Eine Rückübermittlung von Daten an den Prüfdienst oder den Pflegedienst (z.B. in Form eines nichtöffentlichen Ergebnisreports oder zum Zweck der Stichprobenziehung) ist somit nicht erforderlich. So wird beispielsweise die Stichprobe zur Durchführung der externen Qualitätsprüfung durch ein Verfahren festgelegt, bei dem Informationen der Datenauswertungsstelle nicht benötigt werden.

Technische Optionen für die Datenübermittlung

Grundsätzlich sollten die Maßgaben zur Datenübermittlung am Ziel der Kostenminimierung und unbürokratischen Datenverwaltung orientiert sein. Die festzulegenden Strukturen sollten möglichst einfach sein, was im Regelfall auch dazu führt, dass sie weniger fehleranfällig sind. Darüber hinaus sollten sie flexibel sein, um eine spätere Weiterentwicklung des Verfahrens zu ermöglichen bzw. keine Hemmnisse für eine solche Weiterentwicklung aufwerfen.

Prinzipiell lassen sich zwei Lösungen für die Datenübermittlung vorstellen. Zum einen wäre es denkbar, dass die für die Qualitätsdarstellungen benötigten Informationen, die von den Pflegediensten bereitgestellt werden müssen, in Form eines elektronischen Erfassungsbogens oder einer kleinen Softwarelösung (Abfragemaske mit Generierung eines definierten Datensatzes für die Übermittlung an die Datenauswertungsstelle) strukturiert werden. Eine Alternative wäre ein elektronisches Formular, das sich beim Empfänger elektronisch auslesen und dann in eine komplexe Datenbank übertragen lässt – ein Verfahren, das im Regelfall keine technischen Probleme oder Anforderungen mit sich bringt, aber gegenüber der direkten Generierung eines Datensatzes auf der Basis einer gesondert entwickelten Softwarelösung zwei zusätzliche Arbeitsschritte – Auslesen und Zwischenspeichern der Daten – erforderlich machen würde. Kennzeichnend für diese erste Variante wäre also die Nutzung eines EDV-technischen Mediums (elektronisches Formular oder Datensatz aus einer eigenen Software-Lösung), das auf einem Datenträger oder über einen gesicherten elektronischen Weg an die Datenauswertungsstelle übermittelt werden müsste.

Eine zweite Variante ist die online-Übermittlung der benötigten Daten. Auch dies ist eine unter den heutigen technischen Voraussetzungen relativ schlanke Möglichkeit, komplexe Informationspakete unter Nutzung von spezifischen Datenprotokollen zu übermitteln. Das würde z.B. bedeuten, dass die Einrichtungen zu vorgegebenen Zeitpunkten an die Datenauswertungsstelle die Informationen übermitteln, die zur Generierung der Qualitätsdarstellungen (Informationsteil) benötigt werden. Die Einrichtungen erhalten einen individuellen Zugang zu einem Portal der Datenauswertungsstelle mit einem entsprechenden Passwort. Hiermit rufen sie eine Dateneingabemaske auf und geben die entsprechenden Informationen ein. Ein webbasiertes Verfahren hat den Vorteil, dass die Einrichtungen weniger eigene Vorkehrungen treffen müssen, um die Dateneingabe sicherzustellen. Vom äußeren Prozessablauf her ist es lediglich eine andere Art der Dateneingabe, die die meisten Menschen, die das Internet nutzen, heute bereits kennen.

Aus der Perspektive der Einrichtungen bestehen zwei Unterschiede zwischen den beiden Varianten: Im einem Fall muss ein Internetzugang, im anderen Fall eine entsprechende Software verfügbar sein. Bei der Variante 2 besteht außerdem das Erfordernis, für die Datenübermittlung zu sorgen, die im Falle der webbasierten Lösung automatisch abläuft. In diesem Fall kommt eine Problematik hinzu, die im Falle des Internetportals nicht aufträte: das Dateihandling. Dieses umfasst das Öffnen eines Programms oder eines elektronischen Formulars, das Schließen und Speichern, die Übertragung auf einen Datenträger und die Übermittlung in elektronischer Form. Auch wenn dies unter den heutigen allgemeinen Rahmenbedingungen der EDV-Nutzung wenige Anforderungen mit sich bringt, ist die Fehlerwahrscheinlichkeit bzw. die Wahrscheinlichkeit, dass technische Probleme auftreten, durchaus gegeben. Hierfür sprechen u.a. Erfahrungen aus den Projekten zur Umsetzung des Indikatorenansatzes für Ergebnisqualität in der vollstationären Pflege. Es treten zum Teil da-

tentechnische Probleme an völlig unerwarteten Stellen auf. Zu berücksichtigen ist hierbei unter anderem, dass die meisten Pflegeeinrichtungen, die im Bereich der Verwaltung oder der Versorgung EDV-Lösungen verwenden, zum Zweck der Gewährleistung von Datensicherheit bzw. zur Abwehr des nichtautorisierten Eindringens externe Stellen in geschützte Datenbestände softwaretechnische Vorkehrungen getroffen haben, die die Nutzbarkeit externer Programme oder Daten sehr stark begrenzen und mitunter unkalkulierbare Konsequenzen hervorrufen.

Insofern dürfte die online-Übermittlung über ein Portal die einfachere und bessere Lösung sein, Daten aus der Einrichtung zu einer Datenauswertungsstelle zu übermitteln. Hervorzuheben ist in dieser Hinsicht besonders, dass sich die Datenübermittlung mit dieser Lösung weit besser steuern und verwalten lässt und mögliche Fehlerquellen ausgeschaltet sind.

Für die Prüfdienste wird jedoch ein anderes Verfahren vorgeschlagen. Hier wäre eine webbasierte Lösung eher mit vermeidbarem Mehraufwand verbunden. Da für die Dokumentation der Prüfergebnisse ähnlich wie im heutigen Prüfverfahren eine eigene Software zu erstellen ist, sollte die Datenübermittlung mit Hilfe eines Protokolls erfolgen, das in diese Softwarelösung bereits fest integriert ist. Es wird empfohlen, hierbei einen gängigen Standard zu verwenden, der die Gestaltung technischer Schnittstellen flexibel macht (z.B. SQL). Das System sollte so ausgestaltet sein, dass sich der bei einer Prüfung generierte Datensatz nach abschließender Bearbeitung und interner Freigabe des Ergebnisses direkt von den Prüfdiensten zu einem zentralen Server der Datenauswertungsstelle übermitteln lässt.

Zeitliche Anforderungen

Die Zeiträume, in denen die Datenübermittlung stattzufinden hat, sind im Falle der ambulanten Versorgung flexibler festzulegen als im Falle der stationären Versorgung. Bestimmte Vorgaben für die Terminierung von Qualitätsprüfungen sind nicht erforderlich. Die Vorgaben beschränken sich nach dem derzeitigen Stand der Entwicklung auf Vorgaben für die Pflegeeinrichtungen, die das Zeitfenster zur Übermittlung der einrichtungsbezogene Daten für die Qualitätsdarstellungen betreffen. Ist das Verfahren der Datenübermittlung einmal implementiert, ist auf Seiten der Einrichtungen nicht mit einem besonders hohen Aufwand zur Generierung dieser Informationen zu rechnen.

Es wird empfohlen, für die Übermittlung dieser Daten im Kalenderjahr eine einheitliche Deadline festzulegen. Sie sollte im Idealfall im letzten Quartal eines Jahres liegen (z.B. 31. Oktober), sodass die Qualitätsberichte auf der Basis der dann aktualisierten Informationen zu Beginn des nächsten Kalenderjahres angepasst werden können.

Arbeitsteilung der mit der Datenverwaltung befassten Institutionen

Das konkrete Aufgabenprofil der beteiligten Stellen, insbesondere das Aufgabenprofil der Datenauswertungsstelle, hängt davon ab, wie die Selbstverwaltung die Kooperation zwischen der neu zu schaffenden Datenauswertungsstelle und anderen, bereits im System integrierten Institutionen definiert. Angesprochen sind damit beispielswei-

se die DatenClearingStelle (DCS), aber auch die Internetportale der einzelnen Pflegekassen bzw. ihrer Verbände.

Im zweiten Zwischenbericht aus dem Parallelprojekt zur Entwicklung eines Prüfverfahrens für die stationäre Versorgung wurden verschiedene Optionen dargestellt, die insbesondere die Arbeitsteilung zwischen der Auswertungsstelle und der DCS betreffen. Diese Optionen sind prinzipiell auch für die ambulante Versorgung in Betracht zu ziehen. Da die Festlegung der Aufgabenteilung und institutionellen Strukturen im Falle des Prüfverfahrens für die stationäre Versorgung sowohl zeitlich als auch von der Komplexität der Anforderungen her Vorrang genießt, stellt sich im Falle des Datenmanagements für die ambulante Versorgung eher die Frage, ob die für den stationären Bereich angedachten Strukturen auch für die ambulante Versorgung tragfähig wären. Diese Frage ist nach dem derzeitigen Stand des Wissens mit „ja“ zu beantworten. Im Falle der Qualitätsbeurteilung und -darstellung in der stationären Versorgung sind weit komplexere Anforderungen zu berücksichtigen als im Falle der ambulanten Versorgung. Insofern ist davon auszugehen, dass die Anforderungen der Datenübermittlung und des Datenmanagements, die in der ambulanten Versorgung anfallen, innerhalb der für die stationäre Versorgung geschaffenen Strukturen sehr gut abgebildet werden können.

Besondere Anforderungen im Zusammenhang mit fachlichen Fragen und der Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgung

Eine wichtige Anforderung für die Stelle, die mit der fachlichen und datentechnischen Begleitung des neuen Prüfverfahrens und der dazugehörigen Qualitätsdarstellungen betraut ist, besteht in der stetigen Beobachtung der Entwicklung des Systems und der regelmäßigen Identifizierung neuer Entwicklungsherausforderungen. Solche Herausforderungen sind generell in Rechnung zu stellen, wenn neue, komplexe Prüfverfahren implementiert werden. Im Falle der ambulanten Pflege kommen jedoch spezifische Anforderungen hinzu. Diese ergeben sich insbesondere aus der im Augenblick noch schwer absehbaren Weiterentwicklung der rahmenvertraglichen Voraussetzungen für die Durchführung der Qualitätsprüfungen.

Es ist daher empfehlenswert, ein stetiges Monitoring zu implementieren, mit dem die Entwicklung der inhaltlichen, methodischen und technischen Voraussetzungen, die für die Sicherstellung einer vergleichenden Qualitätsberichterstattung relevant sind, beobachtet und im Blick auf Anpassungsbedarf der Verfahren und Strukturen bewertet wird.

Es ist zu betonen, dass hiermit nicht nur datentechnische Anforderungen angesprochen sind. In den Jahren nach der Umstellung des Prüfverfahrens wird es besonders wichtig sein, effektive Formen zu finden, das System auf der Grundlage der praktischen Erfahrungen weiterzuentwickeln. Unmittelbar relevant wird diese Frage bereits nach der Umstellung des Prüfverfahrens. Wie bereits angemerkt, befinden sich die rahmenvertraglichen Bedingungen derzeit in einer Übergangsphase, in der die Anpassung an die neuen gesetzlichen Maßgaben nach § 36 SGB XI erfolgt. Bestimmte der im vorliegenden Prüfverfahren berücksichtigten Qualitätsaspekte werden vor diesem Hintergrund erst zu einem späteren Zeitpunkt in die öffentlichen Qualitätsdarstellungen einschließen können. Der Grund liegt darin, dass die Frequenz, mit der entsprechende Leistungen bei einem Pflegedienst geprüft werden können, zunächst so gering sein wird, dass eine vergleichende Qualitätsbeurteilung nicht möglich ist

und daher der betreffende Qualitätsaspekte sinnvollerweise erst zu einem späteren Zeitpunkt in die Berichterstattung aufgenommen werden kann. Wann dieser Zeitpunkt ist und unter welchen Bedingungen bzw. in welcher Form entsprechende Informationen bereits vor einer vergleichenden Qualitätsbeurteilung in die Qualitätsdarstellungen einfließen können, muss im Rahmen eines laufenden Monitoringprozesses reflektiert werden. Hierbei ist fachliche und einschlägige wissenschaftliche Expertise einzubeziehen. Explizit abzuraten wäre aber davon, solche Fragen im Rahmen von Auftragsarbeiten externer Stellen bearbeiten zu lassen.

7. Durchführung eines Pretests

Ein geplanter Bestandteil des Projekts war ein Pretest des neuen Prüfverfahrens, mit dem grundlegende Fragen der Praktikabilität und Funktionalität beantwortet werden sollten. Im Vordergrund stand die Frage, ob die entwickelten Kriterien und Methoden grundsätzlich anwendbar und geeignet sind, Qualitätsdefizite zu identifizieren. Die gewonnenen Erkenntnisse bieten aber auch eine Grundlage für zielgerichtete Überprüfungen des Verfahrens in der Pilotierungsphase, die dem Projekt folgen soll.

Für den Pretest konnten die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung Westfalen-Lippe und Niedersachsen sowie der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung gewonnen werden. Dankenswerterweise bereit erklärt haben sich darüber hinaus insgesamt 12 ambulante Pflegedienste in privater und frei-gemeinnütziger Trägerschaft (jeweils sechs). Zur Rekrutierung der ambulanten Pflegedienste wurden Kooperationsbeziehungen der Hochschule Osnabrück und des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld genutzt. Zur Vorbereitung erhielten die Pflegedienste ein Schreiben mit allgemeinen Informationen zur Testprüfung und Angaben zur Auswahl der Stichprobe. Aus organisatorischen Gründen wurden die Pflegedienste gebeten, bereits im Vorfeld vier Personen auszuwählen, die bereit waren, an der Testprüfung teilzunehmen. Die betreffenden Personen sollten ein möglichst breites Spektrum an Leistungen repräsentieren, jedoch keine 24-Std.- Betreuung oder Palliativpflege erhalten. Für die ausgewählten Personen wurde bereits vor der Durchführung eine Einwilligungserklärung eingeholt. Zum einen sollte dadurch erreicht werden, dass im Rahmen des Pretests, für den sowohl die Prüfdienste wie auch die ambulanten Pflegedienste zusätzliche Ressourcen bereitstellen mussten, kein unnötiger Zeitverlust entsteht. Zum anderen sollte vermieden werden, dass Pflegehaushalte in die Testung einbezogen werden, bei denen kaum Leistungen vereinbart wurden. Auch wenn diese Haushalte im Rahmen regulärer Prüfungen keinesfalls ausgeschlossen bleiben sollen, sollte mit diesem Vorgehen sichergestellt werden, dass Haushalte einbezogen werden, in denen mehrere Leistungen vereinbart sind.

Im Rahmen der Testung wurden Prüfungen in insgesamt zehn Pflegediensten durchgeführt. Die Festlegung des zeitlichen und organisatorischen Rahmens zur Durchführung der Testprüfung erfolgte individuell in Absprache zwischen den Prüfern und den ambulanten Pflegediensten. Alle Prüfungen wurden in der ersten Maihälfte 2018 durchgeführt. Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs wurde es in keinem Fall notwendig, mehr als einen Tag für eine Prüfung aufzuwenden.

7.1 Methodisches Vorgehen

Die drei Prüfdienste waren mit jeweils zwei bis vier Prüfer/innen beteiligt. Alle teilnehmenden Prüfer/innen erhielten eine eintägige Schulung zur Einführung in das neue Verfahren. Da alle Beteiligten bereits an Schulungen und Testprüfungen im Parallelprojekt zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung in der *stationären* Pflege teilgenommen hatten und die beiden Prüfverfahren in vielen Punkten Ähnlichkeiten aufweisen, genügte für die Zwecke des Pretests die Beschränkung auf einen Schultag. Gegenstand der Schulung waren Erläuterungen zum organisatorischen Ablauf der Testprüfungen, die Vorstellung des Prüfinstruments und aller Qualitätsaspekte sowie die Vorgaben zur Bewertung.

Einbezogen waren 42 Versicherte mit einem Durchschnittsalter von 81,8 Jahren (Spannweite: 48 bis 98 Jahre). Für die Durchführung der Testprüfung wurden Prüfbögen in Form von ausfüllbaren PDF-Formularen erstellt.

Im Anschluss an die Prüfungen wurden die teilnehmenden Prüfer/innen und Mitarbeiter/innen der ambulanten Pflegedienste telefonisch befragt. Zwei Prüfer waren für das telefonische Interview terminlich nicht verfügbar und haben eine schriftliche Stellungnahme abgegeben. Gegenstand der Befragung waren die Praktikabilität des Prüfverfahrens sowie Vorgaben zu den einzelnen Qualitätsaspekten. Darüber hinaus konnten Hinweise zu den verschiedenen Elementen des Verfahrens sowie seiner Akzeptanz auf Seiten der pflegebedürftigen Menschen, der Angehörigen und der Pflegedienste gegeben werden. Die Befragung erfolgte auf der Grundlage eines Interviewleitfadens.

Der Leitfaden für die Pflegedienste enthielt Fragen zu den folgenden Aspekten:

- Allgemeiner Eindruck im Sinne der Nachvollziehbarkeit, Unterschiedlichkeit zum bekannten Verfahren sowie zu besonders gelungenen oder misslungenen Aspekten
- Verständlichkeit der Fragen aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen und Reaktionen nach der Prüfung
- Organisation der Prüfung im Pflegedienst (wer war beteiligt?)
- Differenzierung der vier Prüfbereiche
- Einschätzungen zur vierstufigen Bewertungssystematik
- Zusammenführung der Prüfergebnisse im Rahmen der einrichtungsbezogenen Prüfung
- Einschätzung zu Umfang und Inhalt der Qualitätsaspekte „Qualitätsmanagement“ und „Hygiene“
- Einschätzung zum Fachgespräch
- Einschätzung zum Abschlussgespräch
- Eindrücke zur Akzeptanz des Verfahrens
- Gelegenheit zu weiteren Anmerkungen.

Auf Basis dieser Aspekte wurden zehn telefonische Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegedienste geführt, die bei den Testprüfungen anwesend waren. Einige Interviews wurden mit einer, einige mit zweien und einige mit drei Personen geführt. Die Funktionen und Rollen der Befragten umfassten die Pflegedienstleitung, stellvertretende Pflegedienstleitung, Teamleitung, Qualitätsmanagementbeauftragte und zuständige Pflegefachkraft. Die Interviews wurden nach Zustimmung der Interviewpartner aufgenommen und die Aussagen zu den einzelnen Fragen im Anschluss transkribiert. Die folgende Darstellung der Interviewergebnisse stellt eine inhaltsanalytische Zusammenfassung der Aussagen der Interviewpartner dar.

Der Leitfaden für die Prüfdienste war ähnlich aufgebaut, enthielt jedoch zu einigen Aspekten differenziertere Fragen. Im Einzelnen wurde gefragt:

- nach dem allgemeinen Eindruck hinsichtlich der Praktikabilität, der Einschätzung, ob auf der Basis des Verfahrens eine aussagefähige Prüfung durchgeführt werden kann und vorhandenem Veränderungsbedarf

- nach der Differenzierung der vier Prüfbereiche und entstandener Schwierigkeiten bei der Prüfung
- nach einer differenzierten Einschätzung der Prüfbarkeit der vier Prüfbereiche „unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte“, „individuell vereinbarte Leistungen“, „ärztlich verordnete Maßnahmen“, „sonstige Qualitätsaspekte“ und entstandener Schwierigkeiten bei der Prüfung
- ob die Qualitätsaussage, die Beschreibung und die Leitfragen zu den Qualitätsaspekten ausreichend für eine Qualitätsbeurteilung sind
- ob weitere Informationen erfasst werden sollten
- ob es Probleme bei der Anwendung des Bewertungsschemas gab
- ob die Zusammenführung der Ergebnisse der personenbezogenen Prüfung praktikabel war
- ob die Qualitätsaussage, Beschreibung und die Prüffragen der Qualitätsaspekte „Qualitätsmanagement und Hygiene“ ausreichend für eine Qualitätsbeurteilung sind oder weitere Informationen erfasst werden sollen
- welcher Eindruck vom Fachgespräch gewonnen wurde
- wie umfangreich der Schulungsaufwand eingeschätzt wird
- ob die Prüfung unter „Normalbedingungen“ an einem Tag durchgeführt werden kann und
- welcher Eindruck hinsichtlich der Akzeptanz bestand
- Abschließend bestand die Gelegenheit zu weiteren Anmerkungen.

Bei einem Prüfdienst wurde ein Interview mit zwei Prüfern, bei einem weiteren Prüfdienst mit drei Prüfern individuell geführt und beim dritten Prüfdienst erfolgte eine schriftliche Rückmeldung zu den Fragen. Die Interviews wurden nach Zustimmung der Interviewpartner aufgezeichnet und die Aussagen zu den einzelnen Fragen im Anschluss transkribiert. Wie bei den Pflegediensten stellen die Ausführungen zu den Ergebnissen der Interviews mit den Prüfdiensten eine inhaltsanalytische Zusammenfassung der Aussagen dar.

Die konkreten Ergebnisse der Testprüfungen, also die Qualitätsbeurteilungen, spielten eine eher untergeordnete Rolle im Rahmen des Pretests. Vielmehr stand im Vordergrund, ob mit dem vorliegenden Instrumentarium Qualitätsbeurteilungen in der vorgesehenen Art und Weise praktikabel sind und inwieweit die Prüfer bei der Beurteilung der Qualitätsaspekte den Vorgaben im Instrument folgen konnten. Beispielsweise wurde überprüft, ob die Einordnung der in der Prüfung getroffenen Feststellungen regelkonform erfolgte. Abweichungen wurden zusammengetragen und zusammenfassend ausgewertet.

7.2 Ergebnisse der Interviews mit den ambulanten Pflegediensten

Allgemeiner Eindruck

Für viele der Befragten bestand zwischen dem Ablauf der Prüfungen nach dem neuen Verfahren und dem bekannten Vorgehen bei Qualitätsprüfungen kein großer Unterschied. In den meisten Fällen wurden zunächst Strukturaspekte, womit im neuen Verfahren die einrichtungsbezogene Prüfung angesprochen ist, geprüft und dann die Ergebnisqualität in den Haushalten. Die Atmosphäre wurde als grundlegend positiv und der Ablauf als nachvollziehbar beurteilt. Einzelne Befragte hoben verschiedene Aspekte als positiv hervor, z.B.

- dass die tatsächliche Versorgung der pflegebedürftigen Menschen im Mittelpunkt stand,
- dass einige Themen (wie z.B. die Beratung) deutlicher in der Prüfung sichtbar waren,
- dass eine stärkere Einbeziehung der Pflegebedürftigen stattfindet und
- dass die vierstufige Bewertungssystematik gelungen ist.

Deutlich gemacht wurde verschiedentlich, dass Unterschiede im Vorgehen und in der Art der Kommunikation zwischen einzelnen Prüfern festzustellen sind, was aber im alten Verfahren nicht anders gewesen sei. In einem Fall resultierte aus dieser Beobachtung die Forderung nach intensiver Schulung, in einem anderen Fall bestand die Einschätzung, dass sich dieser Umstand nur schwerlich ändern lassen.

Die terminliche Abstimmung machte es aus Sicht der Befragten möglich, die Anwesenheit der für die ausgewählten Haushalte zuständigen Pflegefachkräfte zu gewährleisten. Für den Regelbetrieb könne das nur bei einem gewissen Vorlauf gewährleistet werden.

Kritisch angemerkt wurde, dass insbesondere hinsichtlich der einrichtungsbezogenen Prüfung manche Einschätzungen nicht nachvollzogen werden konnten, weil die Prüfbögen und die Prüfanleitung nicht bekannt waren. Diese Kritik war mehr dem Verfahren des Pretests als dem Entwurf des neuen Prüfverfahrens geschuldet.

Personenbezogene Prüfung

Im Rahmen der Testprüfung wurden je Pflegedienst drei bis vier Pflegebedürftige zuhause aufgesucht. Es bestanden Schwierigkeiten darin, Pflegebedürftige in den höheren Pflegegraden für die Testung zu gewinnen, da diese zu dem Zeitpunkt der Prüfung in Tagespflegeeinrichtungen betreut wurden oder der gesundheitliche Zustand es nicht ermöglichte. Die Fragen konnten innerhalb der Prüfung von den Pflegebedürftigen beantwortet werden. Aufgrund von demenziellen Erkrankungen war die Unterstützung von Angehörigen in einigen Fällen notwendig, aber auch die Angehörigen konnten die an sie gerichteten Fragen beantworten. Die Kommunikation zwischen den Prüfern und Pflegebedürftigen wurde als sehr wertschätzend bewertet. Im Nachgang der Prüfungen gab es kaum Rückmeldungen der in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen. Einzelne berichteten von einer besseren Atmosphäre als bei den bisherigen Prüfungen und davon, dass mehr auf sie eingegangen wurde während der Prüfung. Die Tatsache, dass es sich bei dem Pretest um eine „Forschung“ handelte, hat aus Sicht einiger Befragter die Bereitschaft zur Teilnahme erhöht.

Seitens der ambulanten Pflegedienste waren jeweils zwei bis drei Personen an den Prüfungen beteiligt. Dabei handelte es sich um Teamleitungen, Pflegedienstleitungen oder deren Stellvertretungen sowie Qualitätsmanagementbeauftragte. Die Pflegedienste gaben an, dass es sich dabei um die Personen handelte, die auch im Rahmen der regulären Qualitätsprüfungen anwesend sein sollten, was meistens, aber nicht immer gewährleistet werden könnte.

Die Befragten der Pflegedienste konnten während des Hausbesuches bzw. der Fachgespräche alle Fragen der Prüfer beantworten. Aus ihrer Sicht war es ein guter fachlicher Austausch und sie konnten grundsätzlich die Fragen nachvollziehen.

Schwierigkeiten traten auf in Bezug auf Leistungen, für die keine Leistungskomplexe existieren, z. B. Unterstützung bei der Kommunikation oder bei kognitiven Beeinträchtigungen. Zum Teil handelt es sich dabei um neue und daher ungewohnte Leistungsbeschreibungen, zum Teil resultieren die Schwierigkeiten jedoch auch daher, dass diese Leistungen als generelle Bestandteile der Pflege angesehen werden und eine leistungsgebundene Prüfung dementsprechend schwierig eingeschätzt wird. In Einzelfällen ergaben sich Unstimmigkeiten hinsichtlich der Bewertung, ob es sich bei einer unterschiedlichen Auffassung zur Dokumentation bereits um ein Defizit mit dem Risiko negativer Folgen handelte oder um eine Auffälligkeit. Als unklar wurde die Frage nach „gesundheitlich bedingten besonderen Anforderungen“ beschrieben, die bei der Informationserfassung der ärztlich verordneten Maßnahmen zu beantworten war. Ähnlich wie die Prüfer (s.u.) meldeten die Pflegedienste zurück, dass es dazu weiterer Klärungen bedürfe.

Die Differenzierung in vier Prüfbereiche wurde in den meisten Prüfungen nicht explizit erläutert, so dass die Befragten nur begrenzte Aussagen dazu machen konnten. Vom Grundsatz her wurde diese Differenzierung jedoch für sinnvoll erachtet. Fragen ergaben sich zum Qualitätsaspekt des Aufnahmemanagements, bei dem nicht auf Erfahrungen zurückgegriffen werden konnte. Die Prüfung des Aufnahmemanagements wurde jedoch als sinnvoll betrachtet, allerdings besteht der Wunsch nach einer erweiterten Definition des Bereiches. Als positiv wurde je einmal noch benannt, dass die Dokumentationsprüfung gegenüber der Inaugenscheinnahme an Bedeutung verloren hat und einen entsprechend geringeren Zeitaufwand verursachte. Ebenfalls positiv wurde wahrgenommen, dass die Prüfung nun mehr darauf schaut, was in der individuellen Situation angemessen ist und sich nicht in einer starren Überprüfung der Einhaltung von Vorgaben erschöpft. Die Erfassung und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt wurde von den Befragten als sehr sinnvoll und gleichzeitig als schwierig angesehen, da der Umgang bei auftretenden Anzeichen die Mitarbeiter häufig überfordert.

Die befragten Pflegedienste bewerteten die vierstufige Bewertungssystematik als sinnvoll und praktikabel. Durch die Differenzierung erfolgt nicht unmittelbar eine schlechte Bewertung, was insbesondere beim Vorliegen von Dokumentationslücken als positiv angemerkt wurde. Zudem kann die Art der Bewertung als Motivation verstanden werden, wenn Hinweise ohne gleichzeitige Negativbewertung erfolgen. Der Umgang mit der Bewertungssystematik wurde jedoch auch als personenabhängig wahrgenommen. In einem Fall wurden die Bewertungskategorien als Ersatz für die Pflegenoten wahrgenommen, wobei dem Befragten nicht erläutert worden war, dass es keine Gesamtbewertung im Sinne einer Pflegenote mehr geben soll.

Einrichtungsbezogene Prüfung

Die Zusammenführung der Ergebnisse der personenbezogenen Prüfungen im Rahmen der einrichtungsbezogenen Prüfungen ist den meisten Pflegediensten nicht erläutert worden, die Rückmeldungen der Prüfdienste wurden jedoch als nachvollziehbar wahrgenommen.

Positive Rückmeldungen gab es zur Prüfung des Qualitätsaspekts „Qualitätsmanagement“. Der positive Eindruck beruhte vor allem darauf, dass nicht nur auf vorliegende Dokumente geschaut wurde, sondern die Auswirkungen auf die Pflege in den Blick genommen wurden. Die alleinige Dokumentenprüfung, die aus Sicht der Be-

fragten für die bestehenden Qualitätsprüfungen charakteristisch ist, wird als nicht sinnvoll beschrieben. Der neue Ansatz erscheint demgegenüber sinnvoller und schlüssiger, auch wenn das Vorgehen bei der Qualitätsprüfung zunächst einmal ungewohnt und ein Umdenken erforderlich ist. Als sinnvoll wurde zudem erlebt, dass der Umgang mit festgestellten Defiziten aus der letzten Prüfung aufgegriffen und bewertet wurde.

Nicht einheitlich waren die Einschätzungen, ob die Abkehr von der dokumentationsorientierten Prüfung dazu führen würden, dass konzeptionelle Grundlagen in den ambulanten Pflegediensten vernachlässigt würden. Die Aussagen umfassten das Spektrum, dass diese Gefahr überhaupt nicht gesehen wird, weil die Dienste selber ein Interesse daran hätten, die konzeptionellen Grundlagen ihrer Arbeit zu entwickeln bis hin zu der Einschätzung, dass die Nicht-Prüfung zu einer Vernachlässigung dieser Aspekte führen könnte. Einigkeit bestand jedoch wiederum darin, dass die alleinige Dokumentationsprüfung nur wenig aussagekräftig ist.

Die Prüfung des Qualitätsaspekts „Hygiene“ wurde in der Regel als ähnlich zum bisherigen Verfahren wahrgenommen. In einem Fall erschien die Prüfung praktischer und somit sinnvoller als bislang. In einem anderen Fall wurde kritisch angemerkt, dass die Prüfung der Hygiene für die meisten häuslichen Pflegesituationen zu umfangreich ist, da realistisch eigentlich nur die Händedesinfektion und Fragen der Dienstkleidung in Frage kommen. Im Zusammenhang mit der Hygiene wurde zudem der Wunsch einer stärkeren beratenden Funktion der Prüfung geäußert.

Grundsätzliche positive Rückmeldungen erfolgten zum Fachgespräch. Es waren drei bis fünf Personen der Pflegedienste daran beteiligt. Der Austausch zwischen den Pflegediensten und den Prüfern wurde als gut und auf Augenhöhe wahrgenommen, auch wenn – wiederholt – auf individuelle Unterschiede zwischen den Prüfern hingewiesen wurde. Positiv bewertet wurden die Bereitschaft zur Diskussion und die konstruktive Kritik mit Anhaltspunkten für Veränderungen sowie der Umstand, dass mehr Zeit für das Fachgespräch und weniger für die Überprüfung von Nachweisen aufgewandt wurde. Zu einigen Themen wie z. B. Dokumentation, Mobilität, Schmerz sowie Risiken und Gefahren wurden auch kontroverse Diskussionen geführt. Dass die Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen explizit geprüft und innerhalb des Fachgespräches angesprochen wurde, erschien ungewohnt, aber gleichzeitig sinnvoll. Das Abschlussgespräch und besonders die Atmosphäre wurden gut bewertet. Die Zusammenfassung der Ergebnisse war nachvollziehbar und hilfreich.

Weitere Aspekte

Hinsichtlich der Akzeptanz des neuen Verfahrens auf Seiten der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen sind nach Auffassung der Befragten keine Probleme zu erwarten. Aus tatsächlich allen Pflegediensten wurde darauf hingewiesen, dass die meisten pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen nicht zwischen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Qualitätsprüfung differenzieren würden bzw. den Unterschied nur bedingt verstehen. Aus diesem Grund besteht bei vielen – auch im jetzigen System – vor der Qualitätsprüfung oftmals die Befürchtung, dass die Qualitätsprüfung zu einer Verschlechterung des Pflegegrads führen könnte.

Auf Seiten der ambulanten Pflegedienste sahen die Befragten ebenfalls keine größeren Akzeptanzprobleme. Das neue Verfahren wurde als wertschätzend, praxisnah und den Entwicklungen der ambulanten Pflege entsprechend beschrieben.

Abschließend wurde die Teilnahme am Pretest als interessante Erfahrung beschrieben. Einzelne Hinweise wurden noch dahingehend gegeben, über die Notwendigkeit der jährlichen Prüfung aller Pflegedienste nachzudenken und eine Prüfung der Prüfer untereinander in Erwägung zu ziehen. Kritisiert wurde noch einmal die nur begrenzte Information im Vorfeld der Testprüfung.

Zwischenfazit zu den Ergebnissen der Interviews mit den am Pretest beteiligten Pflegediensten

Die Rückmeldungen der Pflegedienste bestätigen die grundsätzliche Praktikabilität des Entwurfs des neuen Prüfverfahrens. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch einerseits, dass die Pflegedienste aufgrund des engen Zeitkorridors keine Gelegenheit hatten, sich auf Basis schriftlicher Unterlagen (wie dem für den Pretest verwendeten Prüfbogen) mit dem Verfahren auseinanderzusetzen. Es lässt sich daher nur spekulieren, ob die Auseinandersetzung mit den schriftlichen Ausführungen zu einer kritischeren und in Teilen vielleicht auch detaillierteren Rückmeldung geführt hätte. Für die Pilotierung sollte angestrebt werden, den daran beteiligten Pflegediensten im Vorfeld den Prüfbogen, die Ausfüllanleitung und die Verfahrensbeschreibung zur Verfügung zu stellen. Dadurch wäre eine intensivere Auseinandersetzung möglich, die auch der Realität nach Einführung eines neuen Verfahrens im Regelbetrieb entsprechen würde, bei der ebenfalls davon auszugehen wäre, dass den Pflegediensten die Grundlagen der Prüfung bekannt sind.

Erfreulich war an den Rückmeldungen, dass einige grundsätzliche konzeptionelle Entscheidungen, die in den Entwurf des neuen Prüfverfahrens eingeflossen sind, unmittelbar eine positive Rückmeldung nach sich gezogen haben. Zu nennen sind dabei in erster Linie die Abkehr von der vorrangig dokumentationsorientierten Prüfung, die höhere Bedeutung des Gesprächs mit den Mitgliedern des Pflegehaushalts und die Inaugenscheinnahme des pflegebedürftigen Menschen sowie die Bedeutung des Fachgesprächs. Auch die Aufnahme weiterer Themen wie z.B. der Beratung und des Aufnahmemanagements wurde positiv bewertet.

Zu berücksichtigen bleibt bei den Ergebnissen aus Sicht der Pflegedienste, dass die beteiligten Dienste tendenziell eine Auswahl engagierter und qualitativ guter Pflegedienste darstellen. Zudem waren die Voraussetzungen der Testprüfung mit einer längerfristigen Terminvereinbarung und Auswahl der Pflegehaushalte ohne detaillierte Kriterien anders, als sie im Rahmen der Regelprüfung wären. Dennoch können sie als Hinweis auf eine grundsätzlich praktikable Ausrichtung des Entwurfs für ein neues Prüfverfahren angesehen werden. Hinweise, die sich aus dem Pretest für die sich an die Entwicklungsarbeiten anschließende Pilotierung ergeben, sind im entsprechenden Unterkapitel ausgeführt.

7.3 Ergebnisse der Interviews mit den Prüfdiensten

Alle befragten Prüfer/-innen halten das Verfahren auf Basis des Prüfbogens für grundsätzlich praktikabel und gut durchzuführen. Als Einschränkung wurde genannt, dass einige Punkte nicht geprüft werden konnten, da keine vereinbarten Leistungen vorliegen oder keine entsprechenden Leistungskomplexe existieren.

Wichtige Hinweise wurden zum Ablauf der Prüfung gegeben. Aus Sicht einiger Prüfer/innen erscheint es sinnvoll, zu Beginn der Prüfung unabhängig von vereinbarten Leistungen sich ein umfassendes Bild des pflegebedürftigen Menschen zu verschaffen, um auf dieser Basis die einzelnen Sachverhalte besser beurteilen zu können. Zudem wurde die Möglichkeit zur Aufnahme von medizinischen Diagnosen angeregt, die eine wichtige Informationsgrundlage für die Beurteilung der Qualitätsaspekte bilden.

Hinsichtlich der Empfehlungen für den zeitlichen Umfang der Prüfungen wurde darauf hingewiesen, dass die Einholung der Zustimmung der Pflegehaushalte zum Hausbesuch einen erheblichen Zeitaufwand verursacht, den es zu berücksichtigen gilt.

Personenbezogene Prüfung

Die beteiligten Prüfer/innen haben sechs bis acht personenbezogene Prüfungen durchgeführt, eine Prüferin war lediglich an einer Prüfung beteiligt. Insgesamt wurde die Differenzierung in die vier Prüfbereiche als sinnvoll und praktikabel angesehen. Übereinstimmend gab es jedoch deutliche Hinweise auf einen Veränderungs- und Verbesserungsbedarf in zweierlei Hinsicht. Insbesondere die Zuordnung und der Umfang von Aspekten im Zusammenhang mit der Prüfung vorliegender „Risiken und Gefahren“ bereitete Schwierigkeiten. Diese bestanden in der Unsicherheit, welche Informationen dabei tatsächlich zu erheben sind und ob Informationen, die auch einzelnen vereinbarten Leistungen zugeordnet werden könnten, unter „Risiken und Gefahren“ oder z.B. unter „Mobilität“ zu erfassen und zu beurteilen sind. Die bisherigen Vorgaben dazu wurden als nicht ausreichend bezeichnet und die Gefahr einer Doppelung oder Unterlassung wichtiger Prüfungsaspekte benannt. In diesem Zusammenhang wurde die Empfehlung ausgesprochen, bestimmte Aspekte, wie z.B. den Mobilitätsstatus des pflegebedürftigen Menschen, grundsätzlich im Rahmen der Prüfung erheben zu lassen, um eine verlässliche Bewertungsgrundlage zu haben.

Der zweite wichtige Aspekt, der angesprochen wurde, bezog sich auf die Unsicherheit, ob einige der angesprochenen Leistungen tatsächlich vereinbart und somit prüfbar werden können. Im Rahmen der Testprüfungen war das Spektrum der geprüften vereinbarten Leistungen nach Auffassung der Befragten nicht allzu breit gewesen. Eine gewisse Unsicherheit bestand auch dahingehend, was tatsächlich als vereinbart angesehen werden kann und es wurde zum Abbau von Unsicherheiten angeregt, die vereinbarten Leistungskomplexe im Prüfbogen zu erfassen bzw. bei einer Zeitvergütung die im Rahmen der Pflegeplanung festgehaltenen Leistungen als vereinbarte Leistungen anzusehen.

Zur Prüfung der „ärztlich verordneten Maßnahmen“ wurde ausgeführt, dass die Ausführungen im Prüfbogen, der für den Pretest verwendet wurde, vielfach unzureichend waren und zu viel Interpretations- und Bewertungsspielraum lassen würden. Angeregt wurde daher, insbesondere zu diesem Prüfbereich in der Ausfüllanleitung deut-

lich konkretere Hinweise zu geben. Hingewiesen wurde darüber hinaus auf die Schwierigkeit der Beurteilung, ob eine ärztliche Verordnung als vollständig angesehen werden kann – dieses Problem sei jedoch nicht durch das neue Prüfverfahren hervorgerufen, sondern bestehe bereits jetzt. Angesprochen ist damit die Frage, wie intensiv ein Pflegedienst beim verordnenden Arzt nachzufragen hat, um beispielsweise in der Verordnung Hinweise auf eine Diagnose oder Hinweise auf die genaue Art einer Wundversorgung zu erhalten. Die Befragten sehen in diesem Zusammenhang durchaus die Verantwortung bei den verordnenden Ärzten, halten jedoch die Durchführung der Pflege auf Basis unpräziser Verordnungen für problematisch. Für die Prüfung stellt sich die Frage, wie im Fall unpräziser Verordnungen, die nach Auffassung der Prüfer mit Unsicherheiten in der Durchführung der Maßnahmen einhergehen, zu beurteilen ist, ob die Durchführung mit der Verordnung übereinstimmt. Die Beurteilung ist insbesondere dann problematisch, wenn der Pflegedienst sich um Präzisierung bemüht, diese jedoch nicht erhalten hat.

Die „weiteren Qualitätsaspekte“ haben nur in wenigen Prüfungen eine Rolle gespielt, wurden aber grundsätzlich als sinnvoll und auch prüfbar angesehen. Insbesondere zur Integration des Qualitätsaspekts zum Umgang mit Gewalt wurde angemerkt, dass dies zwar ein kritisches, aber sinnvolles Thema ist, bei dem jedoch die Handlungsmöglichkeiten der Prüf- wie der Pflegedienste an ihre Grenzen stehen.

Die Frage, ob die Qualitätsaussage, Beschreibung und Leitfragen zu den einzelnen Qualitätsaspekten für ausreichend gehalten werden, gab es grundsätzliche positive Antworten. So wurde der erweiterte Bewertungsspielraum im Rahmen der Prüfung als sinnvoll erachtet. Problematisch war nach Aussage der Befragten der Umgang mit Formulierungen wie „lückenhaft“, „unzureichend“ o.ä., zu denen weitere Bewertungskriterien fehlten. Dieser Aspekt wurde durch mehrere Beispiele konkretisiert und der Wunsch nach deutlicheren Hinweisen ausgesprochen.

Zur Frage nach weiteren notwendigen Informationen für die Qualitätsprüfung wurden bereits angesprochene Aspekte noch einmal zusammengefasst. Für notwendig wurde die Erhebung von pflegerelevanten medizinischen Diagnosen, der vereinbarten Leistungskomplexe sowie des Mobilitäts- und Kognitionsstatus erachtet.

Die vierstufige Bewertungssystematik wurde als sehr sinnvoll bezeichnet, wobei einschränkend darauf hingewiesen wurde, dass es im Rahmen des Pretests kaum zu C- oder D-Bewertungen gekommen ist. Dennoch erscheint die Vierstufigkeit vor dem Hintergrund der allgemeinen Prüfungserfahrungen vorstellbar. Positiv wurde in dem Zusammenhang die Parallelität der Bewertung im ambulanten und stationären Bereich hervorgehoben, die eine Anwendung erleichtert.

Einrichtungsbezogene Prüfung

Die Zusammenführung der personenbezogenen Prüfungen im Rahmen der einrichtungsbezogenen Prüfung wurde als unproblematisch angesehen. Allerdings wurden Hinweise dahingehend gegeben, dass eine bessere Übersichtlichkeit hergestellt werden sollte, wie viele Pflegebedürftige tatsächlich in die Prüfung der einzelnen Qualitätsaspekte einbezogen wurden, da es andernfalls bei einer umfangreicheren Prüfung schnell unübersichtlich werden könnte.

Sehr umfangreiche Hinweise wurden zur Überarbeitung der Prüfung der Qualitätsaspekte „Qualitätsmanagement“ und „Hygiene“ gegeben, die in der für den Pretest vorliegenden Form aus Sicht der beteiligten Prüfer/innen noch nicht ausreichend klar dargestellt ist. In einem Fall wurde kritisiert, dass keine Informationen zum Personal, zur Qualifikation und zu Fortbildungen erhoben werden und entsprechend völlige Unklarheit besteht. In einem anderen Fall wurde moniert, dass die Hinweise zur Bewertung und mögliche Bewertungskriterien nicht ausreichend beschrieben sind. Dies wurde in einem Fall daran deutlich, dass zwei Prüfer innerhalb eines Prüfdienstes zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangt sind, wann sie eine positive Bewertung abgeben würden. Vor einer zu kleinteiligen und starren Beschreibung, wann eine Frage mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten ist, wurde jedoch ebenso gewarnt und die Notwendigkeit eines gewissen Spielraums der Prüfer/innen unterstrichen. Auf der redaktionellen Ebene wurde noch ergänzt, dass der Prüfbogen eine Möglichkeit erhalten sollte, Auffälligkeiten festzuhalten, über die Bewertungen nachvollziehbarer gemacht werden könnten.

Die Durchführung des Fachgesprächs war aus Sicht der beteiligten Prüfdienste weitgehend problemlos. Die vorliegenden allgemeinen Hinweise wurden für die Durchführung als ausreichend erachtet. Die Beteiligung der Bezugspflegekräfte an den Fachgesprächen wird für wünschenswert erachtet und wurde dort, wo sie im Rahmen des Pretests ermöglicht werden konnte, besonders positiv hervorgehoben. Aus Sicht der Prüfdienste lässt sich sagen, dass die Fachgespräche umso besser verlaufen, je mehr die beteiligten Personen des Pflegedienstes über die in die Prüfung einbezogenen Personen wüssten.

Hinsichtlich des notwendigen Schulungsaufwands in den Prüfdiensten sahen sich die Befragten nicht in der Lage, konkrete Aussagen vorzunehmen, hielten ihn jedoch für recht hoch. Sie gaben verschiedene Einflussfaktoren zu bedenken, die einen Einfluss auf den Schulungsaufwand haben könnten. So bestand die Einschätzung, dass erfahrene Prüfer/innen einen geringeren Schulungsaufwand benötigten wie neue Prüfer/innen. Verringern ließe sich der Aufwand auch dann, wenn die geschulten Prüfer/innen bereits mit dem neuen Verfahren im stationären Sektor vertraut sind. Zudem hängt der Aufwand auch davon ab, wie viele Aspekte bereits bekannter Prüfgrundlagen, wie z.B. der QPR-HKP, auch im neuen Prüfsystem letztlich erhalten bleiben. Die inhaltliche Herausforderung wurde vor allem darin gesehen, trotz gutachterlicher Freiheit eine möglichst einheitliche und somit auch verlässliche Prüfung zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang wurde angeregt, nach Möglichkeit mit Fallbeispielen zu arbeiten, anhand derer Beurteilungen vorgenommen und diskutiert werden können.

Hingewiesen wurde darüber hinaus auch noch auf einen Schulungsbedarf auf Seiten der Pflegedienste. Konkret wurde kritisiert, dass im Umgang mit dem Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation durchaus Defizite hinsichtlich der Risikoeinschätzung und Maßnahmenplanung bzw. Pflegeplanung festzustellen sind. Als generelle Beobachtung wurde benannt, dass die Pflegedienste bzw. die Pflegekräfte, die es gewohnt sind, fachkompetent und eigenverantwortlich zu arbeiten sowie pflegfachliche Einschätzungen vorzunehmen, keine Problem mit der Qualitätsprüfung haben werden, wohingegen diejenigen, die den Pflegeprozess nicht verstanden haben, sicher einen größeren Aufwand betreiben müssten, um sich an das neue Verfahren zu gewöhnen.

Gefragt nach dem notwendigen Zeitaufwand für die Qualitätsprüfung waren alle beteiligten Prüfer/innen der Auffassung, dass die Prüfung – vorausgesetzt die Stichprobe umfasst mehr als vier Personen – nicht an einem Tag durchführbar ist, sondern zwei Tage veranschlagt werden sollten. Die Prüfung selbst würde nach Ansicht der Prüfer/innen nicht wirklich länger dauern, aber eine größere Stichprobe, die Einholung der Zustimmung der Pflegehaushalte zum Hausbesuch und ggf. weitere Aspekte lassen eine zweitägige Prüfung sinnvoller erscheinen, wie sie in den beteiligten Prüfdiensten in der Regel bereits heute praktiziert wird.

Zur Akzeptanz des Verfahrens bei den pflegebedürftigen Menschen und den ambulanten Pflegediensten haben die beteiligten Prüfer/innen eine positive Einschätzung, raten jedoch auf Basis des Pretests zur Vorsicht bei dieser Bewertung, da die Haushalte vorab ausgesucht wurden. Im Rahmen der Prüfung selbst hatten die Befragten den Eindruck einer hohen Zustimmung. Auf Seiten der pflegebedürftigen Menschen werden auch in der Zukunft bei Einführung eines neuen Verfahrens keine Probleme gesehen.

Abschließend wurde noch einmal auf das Fehlen der Erfassung medizinischer Diagnosen im Prüfbogen hingewiesen. Unterstrichen wurde, dass die Aspekte der Dokumentation nach wie vor ein wichtiger Bestandteil der Prüfung bleiben, auch wenn sie nicht mehr so stark in die Bewertung einfließt. Darauf sollte auch in den Schulungen eingegangen werden. Redaktionell wurde noch der Hinweis gegeben, bei Angaben zu vereinbarten Zeitvergütungen diese in Minuten und nicht in Stunden auszudrücken, da dies der gängigen Praxis entspricht.

Zwischenfazit zu den Ergebnissen der Interviews mit den am Pretest beteiligten Prüfdiensten

Auch die Rückmeldungen der Prüfdienste bestätigen die grundsätzliche Praktikabilität des Entwurfs für das neue Qualitätsprüfverfahren für die ambulante Pflege. Deutlicher als bei den Rückmeldungen der Pflegedienste wurde jedoch ein Überarbeitungs- und Verbesserungsbedarf am Prüfbogen und zum Ablauf des Prüfverfahrens benannt. Vor dem Hintergrund der intensiveren Auseinandersetzung der Prüfdienste mit dem Entwurf des neuen Verfahrens ist diese Beobachtung nicht verwunderlich. Parallel zu dieser Darstellung der Ergebnisse des Pretests wurden viele der Rückmeldungen und Anregungen bereits in die mit diesem Bericht vorgelegte revidierte Fassung des Prüfbogens eingearbeitet. Andere haben Eingang in die Ausfüllanleitung gefunden, die ebenfalls als Anhang zu diesem Bericht vorliegt.

7.4 Ergebnisse der Qualitätsbeurteilungen

Wie bereits angemerkt, bestand das Hauptinteresse bei der Durchführung des Pretests in der Klärung der Frage, ob das Instrumentarium und die darin vorgesehenen Methoden grundsätzlich praktikabel sind und eine ausreichende Funktionalität³ gegeben ist, d.h. ob sich das Instrumentarium dazu eignet, Qualitätsdefizite hinreichend sicher zu identifizieren. Die Hinweise der Prüfer zu dieser Frage waren, wie bereits oben dargestellt wurde, in der Haupttendenz positiv. Zwar haben sie an verschiede-

³ Der Begriff der Funktionalität stellt auf die Frage ab, ob das Instrument seinen Zweck erfüllt. Im weitesten Sinne ist damit auch die Validität eines Instruments angesprochen, nämlich die Frage, ob es tatsächlich das misst, was es zu messen vorgibt.

nen Stellen Hinweise auf Optimierungsbedarf formuliert, im Grundsatz aber erwies sich das Instrumentarium aus der Sicht der Prüfdienste als praktikabel und funktional.

Die Einzelergebnisse der Qualitätsbewertungen sind vor diesem Hintergrund weniger von Interesse. Sie geben unter den Bedingungen, unter denen ein Pretest durchgeführt wird, meist wenig Aufschluss über Ergebnisse, die das Regelverfahren erwarten lassen. Im vorliegenden Fall waren hierfür verschiedene Gründe ausschlaggebend. Zu berücksichtigen ist nicht nur, dass es sich um eine sehr kleine Stichprobe handelte. Wichtiger ist, dass sowohl eine Selektion der Beteiligten Pflegedienste als auch eine Selektion der versorgten Personen erfolgte, die in die Prüfung einbezogen wurden. Es nahmen vorrangig engagierte, auch in Qualitätsfragen relativ gut aufgestellte Pflegedienste an der Prüfung teil. Die Pflegedienste wiederum haben Personen für die Prüfung ausgewählt, von denen sie – so die Aussage mehrere Prüfdienste – nicht erwarteten, dass die Prüfer zur Feststellung gravierender Qualitätsproblemen kommen würden. Es war insofern zu erwarten, dass die Prüfergebnisse, von außen betrachtet, ungewöhnlich positiv erscheinen würden. Die gewonnenen Ergebnisse stimmen mit dieser Erwartung überein. So wurde in keinem einzigen Fall ein Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Pflegebedürftigen festgestellt.

Um das Bild abzurunden, werden die Prüfergebnisse an dieser Stelle dennoch präsentiert, unter anderem um zu dokumentieren, wie häufig bestimmte Themen im Rahmen der Prüfung bearbeitet werden konnten.

Beurteilungen in den Qualitätsbereichen 1 bis 3

Die nachfolgende Tabelle gibt zunächst einen Überblick über die Ergebnisse sämtlicher Prüfergebnisse in den Bereichen 1 bis 3, also den Qualitätsbereichen, für die eine Beurteilung der Qualitätsaspekte auf der Ebene der individuellen Versorgung erfolgen sollte.

Tab. 12: Bewertung der Qualitätsaspekte im Bereich 1

Bereich 1: Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte					
Qualitätsaspekt	Bewertung				Summe
	A	B	C	D	
1.1. Aufnahmemanagement	7	5	3	0	15
1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren	22	8	7	0	37
1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung	5	2	0	0	7

A=keine Auffälligkeiten/Defizite B=Auffälligkeiten C=Defizit mit Risiko D=Defizit mit negativen Folgen

Tab. 13: Bewertung der Qualitätsaspekte im Bereich 2

Bereich 2: Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen					
Qualitätsaspekt	Bewertung				Summe
	A	B	C	D	
2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	15	6	7	0	28
2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter der Kognition	0	0	1	0	1
2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation	0	0	0	0	/
2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen	1	0	0	0	1
2.5 Unterstützung bei der Körperpflege	31	4	3	0	38
2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	2	0	1	0	3
2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung	15	1	3	0	19
2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte	1	0	0	0	1
2.9 Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz	0	0	2	0	2
2.10 Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz	0	2	3	0	5
2.11 Schmerzmanagement	8	2	5	0	15

A=keine Auffälligkeiten/Defizite B=Auffälligkeiten C=Defizit mit Risiko D=Defizit mit negativen Folgen

Tab. 14: Bewertung der Qualitätsaspekte im Bereich 3

Bereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen					
Qualitätsaspekt	Bewertung				Summe
	A	B	C	D	
Maßnahmen im Rahmen der medikamentösen Therapie	27	5	3	0	35
Maßnahmen im Rahmen der Kompressionstherapie	12	2	2	0	16
Blutzucker/Insulingabe	2	0	1	0	3
Wundversorgung	2	1	0	0	3
Katheterisierung	2	0	0	0	2

A=keine Auffälligkeiten/Defizite B=Auffälligkeiten C=Defizit mit Risiko D=Defizit mit negativen Folgen

Wie ersichtlich, wurden die einzelnen Qualitätsaspekte unterschiedlich häufig geprüft. Erwartungsgemäß wurden diejenigen Aspekte, die einen engen Bezug zu den heute gültigen Leistungskatalogen aufweisen, am häufigsten bearbeitet. Dazu zählen die

Unterstützung im Bereich der Mobilität, die Unterstützung bei der Körperpflege und die Unterstützung bei der Ausscheidung. Ebenfalls häufig wurde Unterstützung im Zusammenhang mit einer medikamentösen Therapie geprüft, und auch das Schmerzmanagement tauchte als Thema relativ häufig auf.

Ungleichmäßig vertreten sind die drei Themen, die im Bereich 1 „Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte“ vorzufinden sind. Wenngleich diese drei Aspekte nach den Vorgaben des Instrumentariums grundsätzlich bei allen Personen zu prüfen sind, erfolgte dies nur bei einem der drei Themen, nämlich bei der Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren. Im Falle des Qualitätsaspekts 1.1 *Aufnahmemanagement* ist die Fallzahl nachvollziehbar. Hier waren die vorgegebenen Einschlusskriterien (Neuaufnahme in den vergangenen sechs Monaten oder stationärer Krankenhausaufenthalt im gleichen Zeitraum) bei mehr als der Hälfte der Personen in der Stichprobe nicht erfüllt.

Im Falle des Qualitätsaspekts 1.3 *Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation* ist analog davon auszugehen, dass die geringe Zahl der geprüften Fälle aus dem Umstand resultiert, dass entsprechende Anzeichen nicht festgestellt werden konnten. Denn in vielen Fällen haben die Prüfer die häusliche Situation geprüft bzw. die dazu erforderlichen Informationen erfasst. Sie sind aber nicht in den Prozess der Bewertung eingetreten, weil – diesen Eindruck gewinnt man jedenfalls bei der Durchsicht der Prüfbögen – in den meisten Fällen keine Anzeichen einer Destabilisierung festgestellt werden konnten. Dementsprechend wurde auch keine Bewertung vorgenommen.

Bei Themen wie „Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition“ oder „Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten“ kommt zum Tragen, dass diese Leistungen heute noch keine regelhaft in Verträgen verankerten Leistungen darstellen. Vereinzelt wurden sie geprüft, aber die Häufigkeit der entsprechenden Prüfungen verdeutlicht, dass diese Leistungen in der Form, wie sie im Prüfverfahren definiert sind, bislang nur selten in der Praxis vorkommen (manchmal bei Diensten, die auf der Basis einer Zeitvergütung arbeiten). Auffällig ist die Seltenheit der Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Dies ist vermutlich der speziellen Zusammensetzung der Stichprobe geschuldet.

Im Bereich der Maßnahmen, die im Rahmen der ärztlichen Verordnungen erbracht werden, entspricht die Verteilung ebenfalls den Erwartungen. Maßnahmen im Zusammenhang mit einer medikamentösen Therapie werden sehr häufig erbracht, es folgt das Thema „Maßnahmen im Rahmen der Kompressionstherapie“, womit in der Regel Kompressionsstrümpfe angesprochen sind. Themen wie Wundversorgung oder Katheterisierung treten hingegen relativ selten auf.

Wie bereits angedeutet, zeigt sich bei den *Qualitätsbewertungen* eine für den Regelbetrieb nicht realistische Verteilung. Die Bewertung D wurde von den Prüfern kein einziges Mal gewählt. Deutlich häufiger wurden Qualitätsdefizite im Sinne des Risikos des Eintretens negativer Folgen (Kategorie C) festgestellt, häufig im Zusammenhang mit der Einschätzung eines Dekubitusrisikos oder eines Sturzrisikos. Aus den genannten Gründen (Selektion bei der Stichprobenauswahl) lässt sich aus diesen Verteilungen wenig ableiten. Für die Beurteilung des Instrumentariums ist allerdings wichtig, dass die Unterscheidung zwischen Auffälligkeiten und Defiziten, die ein sehr wichtiges Konstruktionsmerkmal des Prüfungsinstrumentariums darstellt, von den Prüfern offenbar nachvollzogen werden konnte.

Feststellungen der Prüfer im Qualitätsbereich 4

Der Bereich 4 „Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung“ wird nicht in einer Tabelle ausgewiesen, da er, wie bereits an anderer Stelle dargelegt wurde, Aspekte umfasst, die nicht analog zu den anderen Qualitätsaspekten beurteilt werden sollen. Hier erfolgt vielmehr die Feststellung von Auffälligkeiten, um auf dieser Grundlage ein entsprechendes Beratungsgespräch mit den Prüfdiensten zu führen. Zu berücksichtigen sind die Themen „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ und „Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung und Unterversorgung“.

Während das zuletzt angesprochene Thema im Rahmen der Prüfungen kein einziges Mal auftauchte, finden sich häufiger Anmerkungen der Prüfer zur Zusammenarbeit des Pflegedienstes mit Angehörigen. Beim Großteil der Fälle wurden keine Auffälligkeiten festgestellt, zum Teil nutzen die Prüfer die Freitextfelder in den Prüfbögen, um positive Rückmeldungen der Angehörigen oder eine Zusammenfassung der Unterstützungsformen der Angehörigen zu dokumentieren. In vier Fällen wurden Auffälligkeiten aufgezeigt, die aber weniger die eigentlich erwarteten Themen berührten. Angesprochen wurden vielmehr

- die fehlende Beratung/Information der Angehörigen zu bestehenden Risiken (eigentlich Qualitätsaspekt 1.2),
- die Dokumentation der vom Pflegedienst geleisteten Beratung der Angehörigen (zwei Mal) und
- die fehlende Dokumentation der Vereinbarung mit den Angehörigen zur Erbringung bestimmter Serviceleistungen durch den Pflegedienst.

Auffälligkeiten im Sinne des Instrumentariums wurden nicht erfasst. Möglicherweise konnte der Umgang mit diesem Thema im Rahmen der Schulung nicht hinreichend verdeutlicht werden, möglicherweise zeigen sich hier aber auch die Grenzen der Prüfdienste in der Beurteilung der Beziehung zwischen Angehörigen und Leistungserbringer.

Diese Unklarheit sollte im Rahmen der umfangreicheren Pilotierung des Prüfverfahrens näher untersucht werden, ebenso wie die Frage, ob das andere Thema im Bereich 4 „Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung und Unterversorgung“ in der Prüfpraxis zum Tragen kommt.

Beurteilung der einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekte

Der Bereich 5 umfasst drei einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte:

5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten

5.2 Hygiene sowie

5.3 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung.

Der Qualitätsaspekt 5.3 wurde aus dem Pretest ausgeschlossen. Die Ausgestaltung dieses Qualitätsaspekts orientiert sich sehr stark am bisherigen Prüfverfahren.

In Bezug auf den Aspekt 5.1 dokumentierten die Prüfer zunächst zum Zweck der Informationserfassung, welche Defizite bei der letzten externen Prüfung festgestellt wurden oder danach auftraten. Es handelte sich beispielsweise um Defizite in der systematischen Beratung zu Risiken oder fehlende Nachweise zur Implementierung von Expertenstandards zur Sturzprophylaxe oder zur systematischen Schmerzeinschätzung.

Als interne Maßnahmen zur Identifizierung von etwaigen Qualitätsdefiziten wurden das Beschwerdemanagement, Pflegevisiten und die Fachbegleitung von Mitarbeitern sowie Schulungen und Qualitätszirkel mit Mitarbeitern benannt. Als aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten wurden beispielsweise Schulungen und Dienstbesprechungen, Dokumentationsvisiten in regelmäßigen Abständen, Formulare zur systematischen Erfassung von chronischen Schmerzen sowie Qualitätszirkel aufgezählt.

Bei der Informationserfassung für diesen Qualitätsaspekt scheint es, soweit dies anhand der Prüfbögen ersichtlich ist, keine Schwierigkeiten gegeben zu haben⁴.

Weiter sollten die Prüfer die vorliegende Situation anhand von fünf Prüffragen einschätzen:

1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?
2. Nutzt die Einrichtung Instrumente wie Expertenstandards, Leitlinien oder ggf. andere bei der Behebung von Qualitätsdefiziten?
3. Werden geeignete Maßnahmen eingeleitet, um identifizierte Qualitätsprobleme zu beheben?
4. Werden Qualitätsdefizite systematisch bewertet und bei Bedarf bearbeitet?
5. Sind die Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?

Die Fragen wurden durch die Prüfer in allen Einrichtungen mit „ja“ beantwortet werden. Bei der Beantwortung der Prüffragen scheint es keine Schwierigkeiten gegeben zu haben. Die Prüfer merkten jedoch bei der telefonischen Befragung an, dass ein Freitextfeld zur Erläuterung der Bewertung mit „nein“ hilfreich für die anschließende Beratung wäre.

In der Informationserfassung für den Aspekt 5.2 *Hygiene* gaben die Prüfer an, dass Hygienepläne und Verfahrensanweisungen vorliegen. In zwei Einrichtungen wurden keine Angaben zu Hygieneplänen oder Verfahrensanweisungen gemacht; auch hier waren die Gründe nicht aufzuklären. Die Verfügbarkeit von notwendigen Hilfsmitteln zur Infektionsprävention wurde von den Prüfern größtenteils bestätigt.

Die weiterführenden Prüffragen lauteten:

1. Liegen Verfahrensanweisungen vor, die sowohl die notwendige Basishygiene als auch die aufgrund einer individuellen Risikobewertung notwendigen Hygienemaßnahmen berücksichtigen?

⁴ In zwei Einrichtungen wurde keine Informationserfassung durchgeführt. Woran das gelegen hat, ist jedoch nicht nachvollziehbar.

2. Entsprechen die Verfahrensweisen den gesetzlichen Anforderungen und fachlichen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention?
3. Stehen die notwendigen Hilfsmittel zur Umsetzung der hygienischen Anforderungen zur Verfügung? (z.B. Desinfektionsmittel, Handschuhe, Schutzkleidung)
4. Wird die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen regelmäßig überprüft?

In den meisten Fällen bestätigten die Prüfer, dass die Anforderungen erfüllt sind. Im Falle der Frage 2 „Entsprechen die Verfahrensweisen den gesetzlichen Anforderungen und fachlichen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention?“ wurde bei drei Pflegediensten mit „nein“ gewertet, und die Frage 4 „Wird die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen regelmäßig überprüft?“ wurde von den Prüfern in einem Fall ebenfalls mit „nein“ beantwortet. Bei der Beantwortung der Fragen schien es auch bei diesem Qualitätsaspekt keine Probleme gegeben zu haben.

Insofern lässt sich feststellen, dass im Falle der Prüfung der einrichtungsbezogenen Merkmale (Bereich 5) generell keine Probleme zu erwarten sind und bis auf kleine Anpassungserfordernisse keine Optimierung des Prüfinstrumentariums erforderlich ist.

Bewertung der Qualitätsaspekte der Bereichen 1 bis 3 auf der Einrichtungsebene

Die Bewertungen der einzelnen Qualitätsaspekte aus den Bereichen 1 bis 3 der jeweiligen personenbezogenen Prüfung der gesamten Stichprobe werden anhand eines Bewertungsschemas zusammengezogen und zu einem Gesamtergebnis für den jeweiligen Aspekt für die Einrichtung zusammengeführt. Auf eine Darstellung der Ergebnisse für die Einrichtungen wird allerdings im Folgenden verzichtet. Aufgrund der geringen Stichprobengröße konnte in vielen Fällen nur punktuell bewertet werden. Eine Gesamtbewertung der Qualitätsaspekte auf der Einrichtungsebene hätte aufgrund der geringen Stichprobengröße keinerlei Aussagekraft.

Bei der Auswertung der Prüfbögen, die im Rahmen der Testungen erstellt worden sind, zeigten sich deutliche Probleme. Sie bestanden im Kern darin, dass die Prüfer andere Bewertungen vorgenommen haben als dies entsprechend ihrer Ergebnisse aus der Prüfung bei den Pflegebedürftigen zu erwarten gewesen wäre. Das ist unter anderem deshalb erstaunlich, weil die Prüfer in den anschließenden Interviews betont haben, dass es bei der Zusammenführung der Teilergebnisse eigentlich keine Probleme gegeben habe. Entgegen dieser Einschätzung zeigen die Prüfbögen zahlreiche Abweichungen von den methodischen Vorgaben.

Worin die Problematik im Einzelnen besteht, lässt sich rasch erläutern: Bei mehreren Einrichtungen und bei mehreren Qualitätsaspekten haben die Prüfer schlechtere Gesamtbewertungen formuliert als es das Bewertungsschema aufgrund der Einzelergebnisse der Prüfung beim Pflegebedürftigen erwarten ließ. Auch der umgekehrte Fall kam mehrfach vor, also der Fall, dass die Bewertung besser ausfiel als es die Bewertungssystematik eigentlich vorgesehen hätte.

Es ist nicht so recht aufklärbar, worauf diese Abweichung bzw. Unstimmigkeit zurückzuführen ist. Es ist eher nicht zu erwarten, dass es Fehleinschätzungen sind o-

der bewusste Abweichungen. Es ist eher anzunehmen, dass es Fehler beim Auszählen der Einzelergebnisse, vielleicht aber auch Fehlinterpretationen bei der Anwendung des Bewertungsschemas gegeben hat.

Es handelt sich allerdings um ein Problem, das die praktische Handhabung des Instrumentariums betrifft und im Rahmen einer EDV-gestützten Version des Prüfbogens relativ leicht lösbar ist. Bei Nutzung einer EDV-gestützten Version würde die Auszählung der Einzelergebnisse per Hand durch die einzelnen Prüfer nicht mehr erfolgen, sondern eine automatisierte Generierung der Einzelergebnisse zu einer Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts erfolgen. Insofern lässt sich feststellen, dass sich das Instrumentarium an diesem Punkt zwar nicht als zuverlässig erwiesen hat, das Problem durch technische Lösungen aber relativ leicht behoben werden kann.

Unterscheidung von Auffälligkeiten, Risiken und negativen Folgen

Die Unterscheidung von Auffälligkeiten, Risiken und negativen Folgen ist für die Zuverlässigkeit des neuen Prüfverfahrens von elementarer Bedeutung. Die Prüfer müssen in der Lage sein, Defizite und Auffälligkeiten voneinander abzugrenzen. Sie müssen ebenfalls zuverlässig zwischen einem Risiko und einer bereits eingetretenen negativen Folge unterscheiden können. Die ist u.a. deshalb so wichtig, weil die drei Kategorien bei der Gesamtbewertung der einzelnen Qualitätsaspekte, das heißt bei der Zusammenführung der Einzelergebnisse, die bei den einzelnen Pflegebedürftigen gewonnen wurden, unterschiedlich gewertet werden. Auffälligkeiten beispielsweise gelten nicht als Defizit. Sie führen nicht zu einer schlechten Qualitätsbewertung für die Einrichtung, sondern zu einem Hinweis bzw. zu einem Beratungsgespräch.

Die Prüfbögen aus dem Pretest wurden im Hinblick auf die Abgrenzung der Bewertungskategorien individuell überprüft, um festzustellen, ob die Prüfer den Hinweisen des Instrumentariums gefolgt sind bzw. um eventuelle Schwachstellen und Klärungsbedarf in den Formulierungen des Instrumentariums zu identifizieren.

Im Großen und Ganzen kann man feststellen, dass die Prüfer die Unterscheidung zwischen den Bewertungskategorien recht gut nachvollziehen konnten bzw. regelkonform gewertet haben. Einzelne Abweichungen ließen sich ebenfalls feststellen, waren allerdings eher selten. Es ist anzunehmen, dass die Erfahrung der beteiligten Prüfer, die ja bereits im Parallelprojekt zur Entwicklung eines Prüfverfahrens für die stationäre pflegerische Versorgung beteiligt waren, durch diese Erfahrung bereits eine gewisse Sicherheit im Umgang mit der neuen Art der Qualitätsbewertung entwickelt hatten.

Verschiedene Abweichungen bzw. Fehler, die bei der Auswertung der Prüfbögen sichtbar wurden, sind vermutlich weniger dem Verständnis der Prüfer anzulasten sind als vielmehr den nicht immer ganz klaren Formulierungen in der ersten, getesteten Version des Prüfinstruments. Manche Einträge in den Prüfbögen deuten auch darauf hin, dass es sich eher um Flüchtigkeitsfehler (Verrutschen in einer Zeile oder Spalte) und nicht um einen inhaltlichen Fehler handelt. Dazu gehört die Bewertung von Situationen, in denen relativ klar ist, dass es sich um ein Defizit und nicht um eine Auffälligkeit handelt. So wurde in einem Fall das Fehlen einer Maßnahmenplanung lediglich als Auffälligkeit bewertet, während es den Regularien des Instruments zufolge immer als Risiko des Eintretens negativer Folgen zu werten wäre. Unklarhei-

ten im Zusammenhang mit der Frage, wie Dokumentationslücken zu interpretieren sind, gehören zu den häufigsten optimierungsbedürftigen Punkten im Instrument.

Vereinzelt gab es allerdings Einstufungen als „Risiko“ (C), wenngleich Hinweise auf negative Folgen für den pflegebedürftigen Menschen vorlagen, die eindeutig dem Handeln der Mitarbeiter zuzuordnen waren bzw. eindeutig mit einem Pflegefehler in Verbindung gebracht werden konnten. Es ist nicht immer nachvollziehbar, weshalb sich die Prüfer in diesen Fällen für die Bewertung „Risiko“ entschieden und nicht ein Defizit mit negativer Folge festgestellt haben.

Insgesamt aber lässt sich nach der Auswertung der Prüfbögen feststellen, dass die Anwendung der Bewertungskategorien – gemessen an der geringen Vorbereitungszeit und dem nicht optimalen Ausarbeitungsstand des Instrumentariums – ohne größere Probleme erfolgte. Abweichungen gab es nur in Einzelfällen, wobei zum Teil anzunehmen ist, dass es sich dabei nicht um inhaltliche Fehler, sondern eher Flüchtighkeitsfehler handelte.

Wichtig für die Implementierung des Prüfverfahrens ist allerdings der Hinweis, dass die Anwendung der Bewertungskategorien trainiert werden muss und besonders die Frage, unter welchen Umständen Dokumentationsschwächen als Auffälligkeit oder als Qualitätsdefizite einzustufen sind, besonderer Aufmerksamkeit bedarf. Die Testung zeigte auch, dass das Prüfinstrumentarium an diesen Punkten ausführlichere Erläuterungen enthalten sollte.

8. Testung der Qualitätsdarstellung

Der erste Entwurf für die Qualitätsdarstellung wurde der wissenschaftlichen Konzeption des Projekts entsprechend einer ersten Testung unterzogen. Dieses Kapitel enthält eine Übersicht über das methodische Vorgehen bei dieser Testung, die gewonnenen Erkenntnisse und Hinweise auf Veränderungen am ersten Entwurf der Qualitätsdarstellung. Der Vorschlag für die Qualitätsdarstellung nach der Testung findet sich in Anhang 6 des Abschlussberichts.

8.1 Methodisches Vorgehen

Die wissenschaftliche Konzeption des Projekts sah vor, das Konzept der Qualitätsdarstellung in Form exemplarischer Qualitätsberichte durch ca. 15 Personen beurteilen zu lassen. Diese Personen sollten über Erfahrungen im Bereich der Pflegeberatung oder als pflegende Angehörige verfügen oder selbst pflegebedürftig sein. Vorgesehen war die Beurteilung mittels eines teilstandardisierten Fragebogens. Der Zugang zu entsprechenden Personen erfolgte über die Landesseniorenvertretung NRW, den Seniorenbeirat der Landeshauptstadt Hannover und den Senioren- und Pflegestützpunkt Osnabrück-Land. Diese Stellen hatten sich bereit erklärt, die zur Beurteilung der Qualitätsdarstellung erforderlichen Unterlagen an geeignete Personen weiterzuleiten. Diese Unterlagen umfassten ein Anschreiben, einen Fragebogen mit der Möglichkeit der Freitexteingabe und den Entwurf einer Qualitätsdarstellung. Die Unterlagen enthielten einen frankierten Rückumschlag, mit dem die Teilnehmer/innen den Fragebogen und – sofern sie dies für sinnvoll erachtet haben – den Entwurf der Qualitätsdarstellung anonym zurücksenden konnten.

Der Fragebogen umfasste die folgenden sieben Aussagen, zu denen um eine Einschätzung auf einer vierstufigen Skala (stimme zu – stimme eher zu – stimme eher nicht zu – stimme nicht zu) gebeten wurde:

1. Die Zusammenfassung auf der ersten Seite gibt einen guten Überblick über die Qualität des ambulanten Pflegedienstes.
2. Die Darstellung enthält die wesentlichen Themen, die mich an einem ambulanten Pflegedienst interessieren.
3. Die Informationen über den Pflegedienst (ab S. 3) enthalten das Wichtigste, was man über einen Pflegedienst wissen muss.
4. Anhand der Symbole und Texterläuterungen kann man die Qualitätsbewertungen nachvollziehen.
5. Es wird deutlich, welche Informationen vom Pflegedienst stammen und welche vom Qualitätsprüfer.
6. Man findet schnell das Thema, das einen interessiert.
7. Alles in allem: Die Qualitätsdarstellung gibt einen Eindruck, wo die Stärken und Schwächen einer Einrichtung liegen.

Darüber hinaus bestand die Möglichkeit, Einschätzungen und Hinweise als Freitext zu ergänzen und Anmerkungen direkt im Entwurf der Qualitätsdarstellung vorzunehmen.

8.2 Ergebnisse

Erfreulicherweise haben sich deutlich mehr Personen als geplant beteiligt, so dass sich die nachfolgenden Ergebnisse auf die Einschätzung von insgesamt 31 (statt der angestrebten 15) Personen beziehen, die den Fragebogen ausgefüllt haben. Von diesen 31 Personen haben sieben zusätzlich die Möglichkeit genutzt, Freitextanmerkungen zu machen. Sechs Personen haben Angaben im Freitextfeld und zusätzlich im Darstellungsbogen gemacht und eine Person hat nur den Darstellungsbogen für Anmerkungen genutzt. Insgesamt hat somit knapp die Hälfte aller Teilnehmer/innen an der Testung die Möglichkeit genutzt, neben der Beantwortung der geschlossenen Fragen weitere Einschätzungen zu übermitteln. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Antworten im Fragebogen:

Tab. 15: Ergebnisse der Testung der Qualitätsdarstellung

	stimme zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1. Die Zusammenfassung auf der ersten Seite gibt einen guten Überblick über die Qualität des ambulanten Pflegedienstes.	21 68%	9 29%	1 3%	0
2. Die Darstellung enthält die wesentlichen Themen, die mich an einem ambulanten Pflegedienst interessieren.	19 61%	11 35%	1 3%	0
3. Die Informationen über den Pflegedienst (ab S. 3) enthalten das Wichtigste, was man über einen Pflegedienst wissen muss.	14 45%	15 48%	2 6%	0
4. Anhand der Symbole und Texterläuterungen kann man die Qualitätsbewertungen nachvollziehen.	20 65%	9 29%	2 6%	0
5. Es wird deutlich, welche Informationen vom Pflegedienst stammen und welche vom Qualitätsprüfer.	17 57%	5 17%	7 23%	1 3%
6. Man findet schnell das Thema, das einen interessiert.	19 61%	9 29%	3 10%	0
7. Alles in allem: Die Qualitätsdarstellung gibt einen Eindruck, wo die Stärken und Schwächen einer Einrichtung liegen.	17 55%	12 39%	2 6%	0

In der Gesamtbetrachtung zeigt sich, dass mit Ausnahme der Frage 5 nach der Quelle der Informationen 90% oder mehr der Befragten den Aussagen voll oder eher zustimmen und nur wenige eher nicht zustimmen. Die Aussage „stimme nicht zu“ wurde nur einmal bei Frage 5 von einem der Befragten getroffen. Hinsichtlich der Übersichtsfunktion der ersten Seite des Entwurfs der Qualitätsdarstellung stimmten 97% der Befragten (eher) zu, dass diese einen guten Überblick vermittelt. 96% stimmten der Aussage zu, dass die Darstellung die wesentlichen Themen enthält, die für sie an einem ambulanten Pflegedienst von Interesse sind, wobei der Anteil derjenigen, die „eher“ zustimmen, etwas höher war als bei der ersten Frage. Bei der Frage, ob die Informationen das Wichtigste enthalten, was man über einen ambulanten Pflegedienst wissen muss, lag die Zustimmung mit 93% ebenfalls bei über 90%, jedoch lag bei dieser Frage der Anteil derjenigen, die „eher“ zustimmen höher als derjenigen, die ohne Einschränkung zustimmen. Die Freitextantworten (s. unten) verdeutlichten, warum einige der Befragten nicht voll zustimmten.

Hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit der Qualitätsbewertungen (Frage 4) lag die Zustimmung bei 94% mit einem deutlichen Übergewicht der uneingeschränkten Zustimmung (65%). Ähnlich fiel die Bewertung zur Frage 6 aus („Man findet schnell das Thema, das einen interessiert“). Der abschließenden Frage, ob die Qualitätsdarstellung einen Eindruck gibt, wo die Stärken und Schwächen einer Einrichtung liegen konnten 94% der Befragten zustimmen, wobei 39% lediglich mit Einschränkung („eher“) zustimmten.

Die deutlichsten Abweichungen vom insgesamt sehr positiven Trend der Antworten gab es bei Frage 5, ob deutlich wird, aus welcher Quelle die dargestellten Informationen stammten, bei der immerhin ein Viertel der Befragten (26%) der Aussage eher oder gar nicht zustimmten. Es war die einzige Frage, bei der eine Person „stimme nicht zu“ angekreuzt hat. Die Transparenz der Informationsherkunft scheint somit verbesserungsbedürftig zu sein. Dennoch kann insgesamt von einer recht hohen Zustimmung zum Entwurf der Qualitätsdarstellung ausgegangen werden.

Die Freitextangaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer lassen sich anhand verschiedener Oberbegriffe sortieren und zusammenfassen: Hinweise zu wünschenswerten Informationen über den Pflegedienst, Hinweise zur besseren Verständlichkeit der Bewertungen, sprachliche und redaktionelle Hinweise. Darüber hinaus gab es einige Anmerkungen zur pflegerischen Versorgung im Allgemeinen, die nachstehend dargestellt werden, jedoch nicht der Frage der Qualitätsdarstellung ambulanter Pflegedienste zuzuordnen sind. Bei den folgenden Ausführungen ist zu berücksichtigen, dass alle aufgeführten Aspekte in der Regel nur in einer Rückmeldung enthalten waren. Sie sollten daher nicht überbewertet werden, sie zeigen vielmehr das Spektrum subjektiver Eindrücke zum Entwurf der Qualitätsdarstellung auf.

Hinweise zu wünschenswerten Informationen über den Pflegedienst

Die Befragten haben eine Vielzahl von Hinweisen gegeben, welche Aspekte sie bei den Informationen über den Pflegedienst für relevant erachten, und angeregt, diese in die Darstellung aufzunehmen. Hinsichtlich der verfügbaren Leistungen des ambulanten Pflegedienstes gab es verschiedene Anregungen zur Erweiterung, z. B. um Gesprächsführung (sich Zeit nehmen), Tagespflege, Hauswirtschaft und Selbsthilfegruppen für Angehörige. Mit Hinweis auf die in Frage 2 des Fragebogens angesprochenen „wesentlichen Themen, die an einem Pflegedienst von Interesse sein kön-

nen“, wurden als solche Themen der Informationsfluss, Beratungsangebote für Angehörige, die Transparenz der Kostenvoranschläge und Rechnungen sowie das Angebot, Kopien dazu zu erhalten, genannt.

Auch zur personellen Ausstattung wurden verschiedene Hinweise gegeben. So regte ein Befragter an, die Zahl der Pflegefachkräfte nicht nur als Prozentzahl, sondern ebenso als absolute Zahl auszudrücken. Zum Personalwechsel gab es unterschiedliche Einschätzungen: Während eine befragte Person gerne ergänzt sähe, wie lange die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Unternehmen tätig sind, warf eine andere die Frage auf, ob der Aspekt des Personalwechsels überhaupt relevant sei. Eine andere Person fragte, ob die Zahl der Vollzeitstellen für Angehörige tatsächlich relevant sei. Angeregt wurde, weitere mögliche Zusatzqualifikationen aufzunehmen, wie z. B. Atmungstherapeut, Praxisanleiter, Schmerzmanager oder Pflegeberater.

Zu den allgemeinen Informationen wurde in einem Fall angemerkt, dass die Differenzierung in Personen, die Sachleistungen der Pflegeversicherung erhalten und solche, die ärztlich verordnete Leistungen erhalten, entbehrlich sei.

Hinweise zur besseren Verständlichkeit der Bewertungen

Einige Hinweise wurden zur Verständlichkeit der Bewertungen gegeben. Diese waren zum Teil sehr grundsätzlicher Art. So regte eine befragte Person an, anstelle einer defizitorientierten Bezeichnung von einer guten (bei geringen Defiziten) oder sehr guten Qualität (bei keinen Defiziten) zu sprechen, wenn tatsächlich keine oder nur geringe Qualitätsdefizite vorliegen. Eine andere Rückmeldung bestand darin, den Unterschied zwischen „geringen“ und „moderaten“ Qualitätsdefiziten zu erläutern, da dieser Unterschied nicht ohne weiteres klar wird. Insbesondere der Begriff der „moderaten“ Qualitätsdefizite war in einer anderen Rückmeldung unklar und rief die Frage hervor, wie viele Defizite noch als moderat gelten. Dieser Aspekt wurde auch in einer weiteren Rückmeldung angesprochen, in der angemerkt wurde, dass nicht erkennbar ist, wie die Prüfer/innen zu ihren Bewertungen kommen und bei wie vielen Personen Defizite oder Fehler festgestellt werden müssen, bis die Bewertung schlechter wird. In eine ähnliche Richtung ging eine Rückmeldung, nach der aus Verbrauchersicht ohne Kenntnis der Bewertungskriterien nicht erkennbar ist, wie es zu einer Bewertung gekommen und ob diese objektiv ist. Die bereits aus dem Fragebogen hervorgehende Problematik der unklaren Informationsquellen wurde in einer Rückmeldung auch mit Bezug zur Bewertung benannt. Als letzter Aspekt wurde in einer Rückmeldung angesprochen, dass es für die Nutzerinnen und Nutzer interessant sein könnte, um welche Defizite es sich tatsächlich gehandelt hat.

Sprachliche und redaktionelle Hinweise

Einige der Rückmeldungen enthielten Hinweise auf sprachliche und redaktionelle Aspekte. So wurde darauf hingewiesen, dass die „Destabilisierung der Versorgungssituation“ für die Nutzerinnen und Nutzer nicht verständlich sein könnte und besser durch einen anderen Begriff ersetzt werden sollte. In einer anderen Rückmeldung wurden „kognitive Fähigkeiten“ als schwierige Bezeichnung benannt. Auch der Begriff der „Selbstpflegekompetenz“ wurde in einer Rückmeldung kritisch betrachtet, weil er nicht der Alltagssprache entspricht.

Allgemeine Anmerkungen zu Aspekten der pflegerischen Versorgung

In einigen Rückmeldungen wurden Aspekte angesprochen, die aus Sicht der Befragten wichtig für die pflegerische Versorgung sind und zu denen sie sich Informationen wünschen. Dazu gehörten das Angebot von Selbsthilfegruppen für Angehörige von Menschen mit unterschiedlichen gesundheitlichen Problemlagen wie Demenz, Krebs oder psychische Erkrankung. In einer anderen Rückmeldung wurde angemerkt, dass die Unterstützung von Angehörigen durch das Aufzeigen unterschiedlicher Hilfsangebote, wie beispielsweise die Frage, welches Pflegeheim in Frage käme, wenn die Pflege zuhause nicht mehr gewährleistet werden kann oder Hilfestellung bei administrativen Aspekten. In einer Rückmeldung wurde auf das Fehlen einer Kundebefragung hingewiesen.

Es fand sich schließlich eine sehr grundsätzliche Einschätzung in Form von Freitext, die hier ohne weitere Kommentierung wiedergegeben wird: *„Ich denke, die hier vorgeschlagene Darstellung des Transparenzberichts ist einer Benotung vorzuziehen, da es dem potentiellen Kunden eher einen Einblick in die tatsächliche Qualität und auch auf die Art und Weise der Prüfung gibt, sprich wie viele Klienten bei dem entsprechenden Punkt tatsächlich befragt wurden. So wird eher deutlich, dass es sich um Stichproben handelt und eine Art „Momentaufnahme“ – zumindest bei den Befragungen.“*

8.3 Bewertung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Testung zeigen, dass die grundsätzliche Form der Qualitätsdarstellung geeignet ist, wichtige Informationen zur Qualität ambulanter Pflege in verständlicher Form aufzubereiten und für die interessierte Öffentlichkeit darzustellen.

Die Hinweise auf die Unklarheit der Informationsquellen für die unterschiedlichen Teile der Qualitätsdarstellung sind ernst zu nehmen, bereiten jedoch nicht allzu viele Schwierigkeiten. Es wird erforderlich sein, deutlicher als bisher darauf hinzuweisen, dass die Informationen über den Pflegedienst vom Pflegedienst selbst und die Bewertungen aus der regelmäßig durchgeführten Qualitätsprüfung durch die Prüfdiens-te stammen.

Verschiedene Anregungen zur Erweiterung der Inhalte wurden zwar noch einmal reflektiert, aber nicht aufgegriffen. Zum Teil wurden von den Probanden Themen benannt, die bereits in einer frühen Projektphase in den Fokusgruppen diskutiert, aber verworfen wurden. Gründe hierfür bestanden u.a. darin, dass die betreffenden Informationen (z.B. über vertragliche Fragen) durch andere Informationsangebote bereits verfügbar sind, sich im Rahmen einer Qualitätsdarstellung nicht eindeutig genug darlegen lassen oder – bei näherer Betrachtung – keine verlässliche Zusatzinformation bieten.

Die sprachlichen und redaktionellen Hinweise wurden bei einer intensiven Durchsicht des Entwurfs der Qualitätsdarstellung geprüft und zum Teil umgesetzt.

Die Hinweise auf eine bessere Verständlichkeit der Bewertungen erinnern an Teile der Diskussion, die im Steuerungskreis des Projekts zur gleichen Thematik geführt wurden. Sie verweisen darauf, dass offensichtlich die Bewertung weiterer Erläute-

rungen bedarf. Zu berücksichtigen ist dabei, dass sicherlich nicht alle Personen, die sich über die Qualität ambulanter Pflegedienste informieren möchten, vertiefende Informationen über die Systematik der Bewertung erwarten oder einsehen möchten. Dennoch erscheint es sinnvoll, die Hintergründe und Ausgestaltung der Bewertung genauer und allgemeinverständlicher zu beschreiben, um auch den Übergang vom System der Pflegenoten zum neuen System zu unterstützen und zu erleichtern. Diese weitergehenden Erläuterungen sollten allerdings, ähnlich wie es in anderen Ländern mit vergleichbarem Informationsangebot zu beobachten ist, als zusätzliche Information in Ergänzung zur Qualitätsdarstellung zur Verfügung gestellt werden, nicht aber als Bestandteil der Qualitätsdarstellung selbst.

9. Empfehlungen zur Ausgestaltung der Pilotierung

Im Rahmen des vorliegenden Projekts war ein Vorschlag zu entwickeln, wie eine umfangreichere Erprobung zur Testung und Vorbereitung der Umsetzung des neuen Prüfverfahrens durchgeführt werden sollte. Der Pretest war erforderlich, um erste Hinweise zu grundlegenden Fragen zur Praktikabilität und Funktionalität des neuen Verfahrens zu erhalten. Diese sind in die nachfolgenden Überlegungen zur Durchführung einer größer angelegten Pilotierung des Verfahrens eingeflossen.

Zielsetzungen

Die vorrangigen *Ziele* einer praktischen Erprobung bzw. Pilotierung sollten sich auf den Nachweis der Praktikabilität und Funktionalität, auf die Erfassung von Verteilungen der Bewertungskategorien sowie auf ausgewählte Aspekte der methodischen Güte beziehen:

- Im Hinblick auf die Praktikabilität ist zu prüfen, inwieweit die Informationsgrundlagen, von denen das methodische Vorgehen im neuen Prüfverfahren ausgeht, in der Praxis tatsächlich vorliegen. Auch die Praktikabilität bestimmter neuer Elemente im Prüfverfahren (beispielsweise das Fachgespräch oder die Aufwertung anderer Informationsquellen) sollte im Rahmen einer umfangreichen praktischen Erprobung näher untersucht werden. Die Frage nach dem zu erwartenden Aufwand ist ebenfalls zu berücksichtigen. Der Pretest hat keine größeren Schwierigkeiten in diesem Bereich erkennen lassen. Aufgrund der besonderen Bedingungen des Pretest (erheblicher zeitlicher Druck und tendenzielle Positivauswahl von Pflegediensten und Pflegehaushalten) wäre dieser Aspekt jedoch auch im Rahmen einer größer angelegten Pilotierung von Bedeutung.
- Besonders wichtig ist die Überprüfung der Funktionalität der einzelnen Elemente des neuen Prüfverfahrens. Funktionalität bedeutet im vorliegenden Zusammenhang, dass die einzelnen Bestandteile des Prüfverfahrens so ausgestaltet sein sollten, dass sie unter den Rahmenbedingungen der Praxis effektiv und effizient genutzt werden können. Es ist davon auszugehen, dass sich im Rahmen einer breiter angelegten praktischen Erprobung zahlreiche Hinweise darauf ergeben, wie das Instrumentarium optimiert und an die praktischen Anforderungen im Prüfalltag angepasst werden kann. Diese Einschätzung wird durch die Erfahrungen im Parallelprojekt zur Entwicklung eines Prüfverfahrens für die stationäre pflegerische Versorgung und durch die Erfahrungen mit dem Pretest bestätigt. Hier kam es zu vielfältigen Rückmeldungen der beteiligten Prüfer, die die vorgeschlagenen methodischen Lösungen teilweise bestätigen, teilweise aber auch in Frage stellen bzw. eine Modifizierung anmahnen. Die Pilotierung sollte dementsprechend so angelegt sein, dass die Erfahrungen der beteiligten Prüfdienste und ihrer Mitarbeiter systematisch erfasst und mit dem Ziel einer Optimierung der Funktionalität ausgewertet werden können. Der Pretest hat – wie oben geschildert – bereits zu verschiedenen Ergänzungen des Prüfbogens geführt. Zudem wurden viele Anregungen für die Erstellung einer Ausfüllanleitung aufgenommen, die zum Zeitpunkt des Pretests noch nicht vorlag. Der Pretest hat also bereits eine deutliche Optimierung der Prüfgrundlagen mit sich gebracht. Diese gilt es nun jedoch in der breiter angelegten Pilotierung zu bestätigen und ggf. weiter zu verändern. Das Spektrum des möglichen Nachsteuerungsbedarfs kann bis hin zur

- Anpassung von Erläuterungen oder Formulierungen in den Ausfüllhinweisen zum Prüfbogen reichen.
- Ein Teilaspekt der Funktionalität ist die Überprüfung des Stichprobenverfahrens, dem aufgrund seiner grundsätzlichen Bedeutung ein besonderer Stellenwert beigemessen werden sollte. Dabei geht es nicht nur um die Frage, inwieweit das festgelegte Verfahren tatsächlich zum gewünschten Ergebnis führt, das heißt ein hinlänglich breites Spektrum der relevanten Qualitätsaspekte abbildet. Auch die Frage, ob tatsächlich ein Prüfumfang von insgesamt 9 Personen erforderlich ist, sollte untersucht werden. Diese Stichprobengröße wurde im aktuellen Projekt gewählt, weil es neben den bislang praktizierten Prüfungen keine weiteren belastbaren Anhaltspunkte dafür gibt, die Stichprobe umfangreicher oder weniger umfangreich zu gestalten. Im Sinne eines funktionalen, wenig aufwendigen und unbürokratischen Prüfverfahrens wäre es grundsätzlich wünschenswert, die Stichprobengröße so klein wie möglich zu halten. Ob hierfür Spielräume bestehen oder ob dies nicht angezeigt wäre, sollte im Rahmen der Pilotierung beurteilt werden.
 - Im Hinblick auf Merkmale der methodischen Güte ist insbesondere zu überprüfen, wie die Interraterreliabilität bei der Beurteilung des individuellen Pflegeprozesses der in die Stichprobe einbezogenen Versicherten ausfällt. Diese Testung ist aufwändig, sollte aber dennoch durchgeführt werden. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang allerdings auch, dass hier eine differenzierte Auswertung sichergestellt werden muss. Es ist bekannt und im Rahmen von Projekten auch hinlänglich deutlich geworden, dass Prüfer und Prüfdienste auch in vermeintlich klaren Versorgungskonstellationen zum Teil recht unterschiedlich vorgehen, zum Teil auch unterschiedlich urteilen. Im Rahmen der Pilotierung muss in Betracht gezogen werden, dass abweichende Beurteilungen auf systematische Unterschiede im Vorgehen zurückzuführen sind. Dies ist kein Argument gegen eine entsprechende Prüfung der Interraterreliabilität, aber ein Hinweis darauf, dass besonders an diesem Punkt keine oberflächliche, standardisierte Auswertung, sondern eine differenzierte Analyse durchgeführt werden muss.
 - Eine formelle Bestätigung der Inhaltsvalidität wird nicht empfohlen, da der gesamte Prozess der Entwicklung des neuen Prüfverfahrens – u.a. durch die Einbindung erfahrener Experten – durch eine stetige Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen der gefundenen Lösungen zur Abbildung von Versorgungsqualität gekennzeichnet war.
 - Die Analyse von Verteilungen bei der Nutzung der Bewertungskategorien gibt Anhaltspunkte dafür, ob ggf. eine Anpassung der Bewertungssystematik ratsam ist. Bislang liegen keinerlei Erfahrungen mit der Anwendung der entworfenen Bewertungssystematik oder analogen Systemen im Bereich der ambulanten Pflege vor. Umso wichtiger erscheint die empirisch fundierte Überprüfung der Frage, ob mit der vorgeschlagenen Bewertungssystematik ein Regelwerk vorliegt, das Qualitätsdefizite adäquat abbildet und Qualitätsunterschiede hinreichend sichtbar macht. Der Pretest war im Hinblick auf die Bewertungssystematik nur bedingt aussagekräftig. Zwar erschienen die hinter der vierstufigen Bewertung stehenden Überlegungen plausibel und geeignet zu sein, im Pretest wurde das Bewertungsspektrum jedoch nicht ausgeschöpft. Es kann vermutet werden, dass die Anlage des Pretest dafür maßgeblich verantwortlich zu machen ist. Dennoch wäre im Rahmen der Pilotierung zu prüfen, ob tatsächlich alle Bewertungskategorien zur Anwendung kommen und eine gute Grundlage zur Beurteilung bestehender Qualitätsprobleme sind. Auf der Grundlage der Pretesterfahrungen wurde die Bewertungssystematik außerdem grundlegend überarbeitet. Im Rahmen der

Pilotierung sollte insbesondere noch einmal überprüft werden, ob sich die Regelungen für Situationen, in denen Qualitätsaspekte nur bei ein, zwei oder drei Personen geprüft werden können, in der Praxis bewähren.

- Aufgrund der Erfahrungen mit dem Pretest konnte nicht abschließend geklärt werden, ob die Themen im Qualitätsbereich 4, für die ggf. Auffälligkeiten festzustellen und eine Beratung der Pflegedienste einzuleiten ist, im Regelbetrieb tatsächlich relevant sein werden. Im Rahmen der Pilotierung sollte entsprechend untersucht werden, inwieweit hier nicht nur formale Fragen, sondern substanzielle Inhalte und Problemanzeigen bearbeitet werden können.

Umfang der Pilotierung

Als Umfang der Erprobung wird die Testung des Prüfverfahrens bei insgesamt 50 Pflegediensten vorgeschlagen. Diese Größenordnung wird aus bisherigen Erfahrungen mit vergleichbaren Projekten abgeleitet. Insbesondere die Erfahrungen aus dem Parallelprojekt zur Entwicklung eines Prüfverfahrens für die stationäre pflegerische Versorgung lassen erwarten, dass bei 50 Einrichtungen bzw. 50 Prüfungen ein für Evaluationszwecke ausreichendes Spektrum an Konstellationen erfasst wird. Würde die Stichprobe bei 50 Einrichtungen vollständig ausgeschöpft, so ergäbe sich eine Personenstichprobe von insgesamt $n = 450$. Selbst wenn man davon ausgeht, dass der vorgegebene Prüfumfang nicht ausgeschöpft werden kann und nicht 9, sondern im Durchschnitt 7 oder 8 Versicherte an den Testprüfungen teilnehmen, so ergäbe sich immer noch eine Stichprobe in der Größenordnung von 350 bis 400 Personen, was eine ausreichende Größe ist, um auch bei komplexeren Auswertungen statistische Signifikanz zu erreichen.

Eine wichtige Untersuchungsfrage wird das Stichprobenverfahren betreffen. Es sollte abgebildet werden, wie die verschiedenen Qualitätsaspekte mit den definierten Teilstichproben erfasst werden. Insbesondere sollte untersucht werden, inwieweit zu erwarten ist, dass in der Teilgruppe der Personen, die anhand der Merkmale Mobilität und kognitive Beeinträchtigungen ausgewählt werden, auch Personen mit komplexen HKP-Leistungen sind. Ob es zielführend ist, verschiedene Stichprobenverfahren zu testen, sollte sorgfältig abgewogen werden. Eine solche Testung wäre aufwändig und müsste in Form einer randomisierten Studie durchgeführt werden. Vor allem aber ist zu berücksichtigen, dass die Grundgesamtheit nicht bekannt ist, d.h. die Struktur der Inanspruchnahme der Leistungen innerhalb der Klientel ambulanter Dienste. Ohne Kenntnis dieser Struktur könnte die Frage, ob eines unter mehreren untersuchten alternativen Stichprobenverfahren die Grundgesamtheit besser abbildet, nicht beantwortet werden.

Um eine ausreichende Variabilität auf Seiten der Nutzer des neuen methodischen Instrumentariums zu erreichen, sollten mehrere Prüfdienste unter Einschluss des Prüfdienstes der privaten Krankenversicherung einbezogen werden. Auch hier können die Erfahrungen aus dem parallelen Projekt zum stationären Prüfverfahren hilfreich sein. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen wird es als ausreichend angesehen, wenn sieben bis acht verschiedene Prüfdienste an den Testungen beteiligt sind. Damit ist ein ausreichendes Spektrum unterschiedlicher Prüfkulturen integriert, um eine ausreichende Untersuchung des neuen Verfahrens sicherzustellen.

Auswahl der Regionen und Einrichtungen

Die Beantwortung der Frage, welche Regionen in Deutschland sinnvollerweise in die Erprobung einbezogen werden sollten, fällt angesichts der Heterogenität vertraglicher Rahmenvereinbarungen und der mit ihnen ggf. verbundenen Qualitätsanforderungen auf den ersten Blick nicht leicht. Zieht man in Betracht, dass man in den Bundesländern Rahmenverträge vorfindet, die das Leistungsspektrum der ambulanten Pflege abweichend voneinander definieren, und zieht man des Weiteren in Betracht, dass die Verträge mit den einzelnen Pflege- und Krankenkassen noch einmal eine zusätzliche Variabilität der qualitätsrelevanten Anforderungen mit sich bringen, so wird deutlich, dass es unrealistisch wäre, alle regional- und kassenspezifischen Versorgungsregelungen zu berücksichtigen. Aller Voraussicht nach wäre dies auch gar nicht erstrebenswert. Das Prüfverfahren muss zwar den Anforderungen genügen, bundesweit einsetzbar zu sein und damit auch den unterschiedlichen Vertragskonstellationen gerecht zu werden. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Entwicklung von Rahmenverträgen derzeit in einer Übergangsphase ist und die weiteren Entwicklungen schwer abzusehen sind. Vor diesem Hintergrund ist es empfehlenswert, auch bei der Auswahl von Regionen eine gewisse Variabilität anzustreben, indem mehrere verschiedene, aber nicht alle Regionen einbezogen werden. Das Ziel, alle in Deutschland vorfindbaren Konstellation zu berücksichtigen, wäre unangemessen. Es würde dem Zweck der Pilotierung insbesondere aufgrund der angesprochenen Vorläufigkeit der geltenden Vertragsregelungen nicht gerecht werden.

Bei der Auswahl der Einrichtungen sollten die Merkmale Trägerschaft und Größe Rücksicht finden. Erneut wird empfohlen, weniger Proportionen anzustreben, die dem Bundesdurchschnitt entsprechen, sondern vielmehr eine hinreichende Variabilität zu gewährleisten. Das bedeutet, Pflegedienste unterschiedlicher Größe einzubeziehen und alle Trägerschaften zu berücksichtigen, ohne eine vermeintliche Repräsentativität anzustreben.

Methoden

Die Methoden, die zur begleitenden Evaluation der Erprobung eingesetzt werden, sollten sowohl quantitative als auch qualitative Verfahren einschließen. Sie sollten eine standardisierte Befragung der beteiligten Prüfer ebenso einschließen wie eine Befragung der beteiligten Einrichtungen. Empfehlenswert ist des Weiteren die Durchführung von zwei Fokusgruppen, in denen die beteiligten Prüfer bzw. eine Auswahl der Prüfer die Gelegenheit haben, im Diskurs noch einmal zentrale Elemente des neuen Prüfverfahrens zu reflektieren und zu bewerten. Die Analyse sollte aber auch eine differenzierte Auswertung der Prüfbögen selbst einschließen. Diese Analyse zielt beispielsweise ab auf die Beantwortung der Frage, ob die Vorgaben für die Prüfer deutlich genug formuliert sind, um sicherzustellen, dass sie die Methoden so einsetzen, wie sie nach den Vorgaben des Instrumentariums auch einzusetzen sind.

Auf der Grundlage der Pilotierungserfahrungen sollte überprüft werden, inwieweit es relevanten Anpassungsbedarf gibt. Hierzu sollten differenzierte Auswertungsergebnisse mit einer Auswahl der an der Instrumentenentwicklung beteiligten Experten aus den Reihen der Prüfdienste diskutiert werden (Expertengruppe).

Grenzen der Pilotierung

Es ist davon auszugehen, dass die Pilotierung nach den oben genannten Grundsätzen genügend Erkenntnisse liefert, die für die Vorbereitung des Regelbetriebs des neuen Prüfverfahrens erforderlich sind. Bei der Konzeptionierung der Pilotierung sollten aber auch einige Grenzen berücksichtigt werden. Nicht getestet werden kann voraussichtlich die Praktikabilität und Funktionalität der Datenübermittlung. Denn es ist nicht zu erwarten, dass die Datenauswertungsstelle und die dort erforderlichen technischen und personellen Voraussetzungen zum Datenmanagement und zur Datenauswertung zum Zeitpunkt der Pilotierung schon soweit ausgebildet sind, dass die in der Erprobung erfassten Prüfergebnisse und andere qualitätsrelevante Informationen in jenen Strukturen zu einer Qualitätsdarstellung verdichtet werden können, die auch im Regelbetrieb verfügbar sein sollen.

Weitere Grenzen ergeben sich möglicherweise aus den materiellen Eigenschaften des Prüfinstrumentariums. Im Regelbetrieb werden die Prüfer mit einer Software-Lösung arbeiten, die eigens für den Zweck der Qualitätsprüfungen geschaffen ist. Es wäre wünschenswert, läge eine solche Software bereits zu Beginn der Pilotierung vor. Vermutlich wird das aufgrund der bislang absehbaren zeitlichen Planung nicht möglich sein.

Qualitätsdarstellungen

In die Pilotierung einbezogen werden sollte auch die Generierung der Qualitätsdarstellungen. Das bedeutet in der praktischen Umsetzung, dass die beteiligten Einrichtungen gebeten werden, nach den Maßgaben des vorliegenden Instrumentariums bestimmte Informationen zusammenzustellen, die dann in die öffentliche Qualitätsdarstellung einfließen. Sofern die technische Infrastruktur für das Datenmanagement noch nicht ausgebildet ist, wird man den Datenfluss simulieren müssen. Auf teure und komplexe technische Lösungen sollte hierbei allerdings verzichtet werden, da es sich ja ohnehin nur um eine Zwischenlösung ohne Dauerhaftigkeit handeln wird.

10. Abschließende Überlegungen

Nach nur 13 Monaten liegt mit dem hier vorgelegten Bericht ein Entwurf für ein neues Verfahren der Qualitätsprüfung und -darstellung in der ambulanten Pflege in Deutschland vor. Vorbehaltlich der noch durch den Qualitätsausschuss zu vergebenden Pilotierung des Verfahrens ist damit der Grundstein dafür gelegt, die Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege neu auszurichten und einige der Probleme des bestehenden Systems der Qualitätsprüfung und -darstellung zu überwinden. Mit diesen abschließenden Überlegungen soll das Augenmerk auf Aspekte gelegt werden, die nach Ansicht der Autoren kurz- und mittelfristig bei der Einführung des neuen Verfahrens berücksichtigt werden sollten.

Das entwickelte Prüfverfahren beinhaltet zahlreiche Neuerungen und Unterschiede im Vergleich zum bisherigen Prüfverfahren. Unverändert bleibt allerdings der Grundsatz, dass sich das Handeln der Prüfer auf die Identifizierung von Qualitätsdefiziten richtet, nicht auf die *positiven Qualitätsmerkmale einer Einrichtung* (z.B. fachliche Stärken oder ungewöhnlich positive Versorgungsergebnisse). Dieser Umstand beeinträchtigt zwar nicht die Funktion des Prüfverfahrens, führt aber zum Verzicht auf die Ausschöpfung weitergehender Möglichkeiten, die ein Prüfverfahren ebenfalls bieten könnte - im Hinblick auf die öffentliche Qualitätsberichterstattung wie auch im Hinblick auf die Motivation von Einrichtungen und Mitarbeitern, sich mit Qualitätsfragen auseinanderzusetzen. Anders als ein Indikatorenansatz zur vergleichenden Qualitätsbeurteilung, wie er für den stationären Bereich vorliegt, beinhaltet das vorgeschlagene Instrumentarium für den ambulanten Bereich wenig Anreize, nicht nur ausreichende, sondern besonders gute Versorgungsergebnisse zu erzielen. Auch aus der Perspektive der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen könnte die Integration positiver Qualitätsbeurteilungen eine wichtige Ergänzung darstellen. Ihnen böte sich damit nicht nur die Information, dass ein Pflegedienst, für den sie sich interessieren, keine gravierenden Qualitätsdefizite aufweist. Sie könnten ggf. auch erkennen, in welchen Bereichen der Pflegedienst besondere Stärken hat.

Es war nicht möglich, einen entsprechenden Ansatz bereits im Rahmen des vorliegenden Projektes zu entwickeln. Es gibt bislang zu wenig Vorarbeiten zur Entwicklung eines methodisch tragfähigen Indikatorensystems für die ambulante Pflege, und andere Formen zur Darstellung oder Erfassung positiver Versorgungsmerkmale müssten zunächst einmal hinsichtlich ihrer Praktikabilität näher geprüft werden. Prinzipiell wäre es wünschenswert, auf längere Sicht ein System der Qualitätsbeurteilung zu etablieren, in dem positive Beurteilungen einen höheren Stellenwert haben. Es empfiehlt sich daher, perspektivisch die Möglichkeiten und Grenzen einer Darstellung positiver Qualitätsbewertungen in der ambulanten Pflege näher zu prüfen. Voraussetzung wäre eine hinreichende Stabilisierung der Prüfpraxis nach der Einführung des neuen Verfahrens.

Im Verlauf der Entwicklung der Bewertungssystematik, mit denen die Feststellungen der Prüfer zu einer standardisierten Qualitätsbeurteilung verdichtet werden, war auch die Frage zu entscheiden, ob eine *Unterscheidung zwischen systematischen Defiziten und Ausnahmefehlern* empfohlen werden sollte. Mit dieser Unterscheidung wäre es möglich, das Prüfverfahren stärker auf die besonders relevanten Defizite auszurichten. Systematische Defizite sind solche, die in den Aufbau- und Ablaufstrukturen einer Einrichtung begründet sind und immer wieder zu gleichen oder ähnlichen Problemen führen, solange keine strukturellen Anpassungen erfolgen. Ausnahmefehler

hingegen sind, wie der Begriff schon andeutet, das Resultat besonderer Umstände, wodurch Wiederholungen eher nicht zu erwarten sind. Ein systematischer Fehler wäre daher gänzlich anders zu bewerten als ein Ausnahmefehler. Diese Unterscheidung wäre auch im Blick auf Maßnahmenbescheide der Pflegekassen wünschenswert, da sie ermöglicht, die zentralen Qualitätsprobleme in einem Pflegedienst eindeutig zu benennen und somit bessere Voraussetzungen für zielgerichtete Hinweise in den Maßnahmenbescheiden zu haben, d.h. die systematischen Probleme und nicht den Ausnahmefehler zum Gegenstand zu machen.

Die Identifizierung systematischer Defizite ist allerdings, wie auch Erprobungserfahrungen zeigen, sehr anspruchsvoll und zeitaufwendig. Sie erfordert zusätzliche Recherchen und Feststellungen durch die Prüfer. Sie müssten die Faktoren identifizieren, die zu einem Fehler geführt haben, was weitergehende Gespräche und ggf. Dokumentenanalysen erforderlich macht. Die Integration der Bewertungskategorie „systematisches Defizit“ hätte also erhebliche Konsequenzen für den Ablauf und ggf. den Umfang der Prüfungen. Die Auftragnehmer sind vor diesem Hintergrund zu der Einschätzung gekommen, dass es ein zu großes Risiko wäre, diese Bewertungskategorie bereits jetzt im neuen Prüfverfahren zu verankern. Der Übergang von dem durch die Transparenzkriterien geprägten Verfahren zu dem neuen Verfahren würde damit möglicherweise überlastet. Das schließt nicht aus, zu einem späteren Zeitpunkt, nach einer Phase der Stabilisierung der neuen Prüfpraxis, die Möglichkeit zu prüfen, das systematische Defizit als Kategorie in die Qualitätsbeurteilung einzubeziehen.

Im Rahmen der Implementierung des neuen Prüfverfahrens sollten bestimmte Elemente und Grundsätze des neuen Verfahrens besonders beachtet werden. Dazu zählt auch das *Fachgespräch*, das – wie erste Erprobungserfahrungen gezeigt haben – ein sehr wichtiges Element im neuen Prüfverfahren sein kann. Inwieweit diese Kommunikationsform ihr positives Potenzial entfaltet, hängt allerdings stark davon ab, wie die Akteure (Prüfteams und Mitarbeiter der Dienste) sie ausgestalten. Es sollte darauf hingewirkt werden, dass das Fachgespräch als Informationsquelle auch tatsächlich genutzt wird. Um die Rolle des Fachgesprächs im Prüfalltag zu fördern, können daher besondere Maßnahmen hilfreich sein. Dazu gehören u.a. eine ausreichende Berücksichtigung des Fachgesprächs und die Vermittlung der dahinter stehenden Grundgedanken im Rahmen der Schulungen, die die Prüfer durchlaufen. Doch auch auf Seiten der Pflegedienste sollten die Fachkräfte in Vorbereitung auf das neue Prüfverfahren mit diesem neuen Element vertraut gemacht werden. Es ist allerdings davon abzuraten, standardisierte Vorgaben für die Führung eines Fachgesprächs zu formulieren, weil es viel zu stark situations- und personenabhängig ist, wie diese Art der Kommunikation produktiv im Rahmen der Prüfung der individuellen Versorgung des Pflegebedürftigen genutzt werden kann.

Der durchgeführte Pretest hat gezeigt, dass wesentliche Konstruktionsprinzipien des neuen Verfahrens gut umgesetzt werden konnten und die dahinter stehenden Intentionen weitgehend verstanden wurden. Der Pretest hat jedoch auch gezeigt, dass sowohl im Rahmen der Pilotierung wie auch der Einführung in den Regelbetrieb verschiedene Aspekte beachtet werden sollten: die Verteilung der Bewertungskategorien, die Anzahl der tatsächlich im Rahmen der Prüfung geprüften Qualitätsaspekte, die Übereinstimmung der Bewertungen im Rahmen der Prüfung mit den Vorgaben des Instruments und die Verständlichkeit der Qualitätsdarstellung auf Seiten tatsächlicher oder potenzieller Nutzer der Leistungen ambulanter Pflegedienste, um die wesentlichsten zu nennen. Bereits im Rahmen der Pilotierung könnte es daher notwen-

dig werden, Veränderungen am vorliegenden Instrument vorzunehmen, sofern sich Anhaltspunkt ergeben, dass einzelne Aspekte Probleme hervorrufen.

Darüber hinaus sollte durch den Qualitätsausschuss, die Politik oder ein zu diesem Zweck eingerichtetes Gremium beobachtet und evaluiert werden, welche erwünschten und unerwünschten Auswirkungen die Einführung eines neuen Qualitätsprüf- und -darstellungsverfahrens mit sich bringt. Es liegt die Vermutung nahe, dass ein neues Verfahren eine Auswirkung auf die internen Bemühungen der ambulanten Pflegedienste zur Qualitätsentwicklung haben wird. Einige Qualitätsaspekte sind explizit darauf ausgerichtet, einen entsprechenden Impuls zu setzen (z.B. Prüfbereich 4). Die generelle Ausrichtung, die Pflegedokumentation in erster Linie wieder als Instrument der professionellen Kommunikation zu betrachten und das Hauptaugenmerk in der Qualitätsentwicklung auf die tatsächlichen Pflegeprozesse zu legen, ist mit der Hoffnung verbunden, dass diese Intention in der Praxis aufgegriffen wird und zum Tragen kommt. Ob die Entwicklungen diesen Intentionen entsprechen werden, lässt sich nicht mit Bestimmtheit vorhersehen. Sollten sie es nicht oder im schlimmsten Fall, sollten sie sogar unerwünschte Wirkungen in größerem Ausmaß verursachen, so wäre es sinnvoll, nicht erst auf eine Gesetzesänderung warten zu müssen, wenn es um die Korrektur einzelner Bestandteile geht. Allerdings ist zu empfehlen, Korrekturen nur unter einer intensiven fachlichen Begleitung vorzunehmen.

Die Erfahrungen mit der Pflege-Transparenzvereinbarung, die sicherlich mit guten Absichten eingeführt wurde, bei der aber recht bald zu erkennen war, dass sie verschiedene unerwünschte Nebenwirkungen nach sich gezogen hat, sind ein mahnendes Beispiel. Die Fokussierung auf die Pflegedokumentation hat in der Praxis zu kaum überschaubaren und ab einem bestimmten Punkt auch nicht mehr steuerbaren Fehlentwicklungen geführt. Statt zur Stärkung der professionellen Kommunikation und Entscheidungsfindung, für die sie notwendig und wichtig ist, wurde die Dokumentation zur Quelle der Erfüllung tatsächlicher und vermeintlicher Wünsche höchst unterschiedlicher Akteure, die am unmittelbaren Pflegeprozess nicht beteiligt sind. Gepaart mit der nur begrenzten Aussagekraft hinsichtlich der tatsächlichen Pflegequalität und dem durch sehr gute Noten in der Öffentlichkeit erzeugten Eindruck exzellenter Qualität, müssen somit gleich mehrere Fehlsteuerungen konstatiert werden, die erst durch eine gesetzliche Veränderung nun korrigiert werden konnten.

Vergleichbare Probleme sind durch das neue Verfahren nicht zu erwarten, jedoch lässt sich ebenso wenig mit Gewissheit sagen, dass das neue Verfahren grundsätzlich keine unerwünschten, nicht intendierten Wirkungen mit sich bringt. Zudem steht zu erwarten, dass die Einführung vor dem Hintergrund intensiver Diskussionen um das Leistungsspektrum der ambulanten Pflege vor dem Hintergrund des zum 01.01.2017 neu gefassten § 36 SGB XI erfolgen wird. Der Entwurf des Prüfverfahrens und einer neuen Form der Qualitätsdarstellung ist grundsätzlich für die bestehenden Bedingungen der Leistungserbringung geeignet, enthält aber deutliche Hinweise auf die Entwicklung eines erweiterten Leistungsspektrums nach den Maßgaben des § 36 SGB XI. Je nachdem, ob, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form dieses durch die verantwortlichen Vertragspartner vereinbart wird, sollte geprüft werden, ob sich dadurch Konsequenzen für das Verfahren der Qualitätsprüfung und -darstellung ergeben. Vor allem wird zu beobachten sein, wie und mit welcher Geschwindigkeit sich der Zuschnitt neuer Leistungs- und Aufgabendefinitionen für die ambulante Pflege weiterentwickelt. Anpassungen des neuen Prüfverfahrens werden, nachdem mit dem vorliegenden Bericht die Grundstrukturen der neuen Qualitätsbeurteilungen definiert sind, relativ leicht fallen.

Ähnliches gilt für Veränderungen, die zwischen den Vertragspartnern in Rahmenvereinbarungen oder anderen Verträgen zu Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege vereinbart werden. Das Prüfverfahren zu den ärztlich verordneten Maßnahmen folgt einer klaren Grundstruktur, nach der die Übereinstimmung der Pflege mit der Verordnung, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt, die Einhaltung vertraglicher Vereinbarungen und die Übereinstimmung der Pflege mit dem aktuellen Wissensstand zu prüfen ist. Diese Grundstruktur kann um Veränderungen in den Rahmenvereinbarungen (beispielsweise zur speziellen Krankenbeobachtung oder psychiatrischen Krankenpflege) ebenso erweitert oder ggf. gekürzt werden wie um neue fachliche Erkenntnisse, die sich fortlaufend weiterentwickeln.

Unabhängig davon haben sich während der Entwicklungsarbeiten hinsichtlich der häuslichen Krankenpflege einige Fragen ergeben, die in weiteren Überlegungen zur zukünftigen ambulanten pflegerischen Versorgung berücksichtigt werden sollten. So wurde im Bericht auf den grundsätzlichen Charakter der HKP-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und sich daraus ergebende Probleme im Zusammenspiel der ärztlichen und pflegerischen Versorgung hingewiesen. Diese sollten mittelfristig auch unter Einbeziehung ärztlicher Organisationen diskutiert werden. Auch die grundsätzliche Ausrichtung der HKP-Richtlinie, die den Pflegefachkräften keinerlei Urteilsvermögen zuspricht, bedürfte einer intensiveren Diskussion. Die Problematik der häuslichen Krankenpflege vergrößert sich noch durch die Unterschiede in den jeweiligen Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V, die im Verlauf dieses Projekts in vielfältiger Weise identifiziert wurden. Erhebliche Unterschiede in der Festlegung von Qualifizierungsniveaus für die Durchführung gleichartiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege, wie sie in den Verträgen festgeschrieben sind, erscheinen weder strukturell noch inhaltlich gerechtfertigt. Stattdessen sind sie eher als Ausweis der vernachlässigten Befassung mit der ambulanten Pflege anzusehen und unterstreichen den Bedarf einer intensiveren Beschäftigung mit einer zukunftsfähigen Ausrichtung und Struktur der ambulanten Pflege. Sofern entsprechende Diskussionsprozesse initiiert werden und zu veränderten Entscheidungen führen, wären auch diese hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf das Prüfverfahren zu betrachten.

Ähnlich wie in den abschließenden Empfehlungen im Projekt zur stationären Pflege angeregt, sollte auch für die ambulante Pflege daran gedacht werden, ob eine jährliche Prüfung aller Pflegedienste tatsächlich notwendig ist. Auch wenn im ambulanten Bereich keine Indikatoren zum Einsatz kommen, ließe sich überlegen, Pflegedienste, die zwei Jahre nacheinander keine oder keine nennenswerten Qualitätsdefizite aufweisen, nicht jedes, sondern nur jedes zweite Jahr zu prüfen.

Zur Frage des Umgangs mit der Ankündigung der Qualitätsprüfung und der Parallelität von Qualitäts- und Abrechnungsprüfung, der eine Besonderheit der ambulanten Pflege darstellt, finden sich Hinweise in diesem Bericht, die derzeit übliche Praxis kritisch zu hinterfragen und ggf. andere Entscheidungen zu treffen.

Die Einführung eines neuen Verfahrens erfolgt vor dem Hintergrund des Eindrucks der bestehenden Verfahren der Qualitätsprüfung und –darstellung, insbesondere der Pflegenoten, für die der Newsletter der Datenclearingstelle für August 2018 eine Durchschnittsnote von 1,0 für ambulante Pflegedienste ausgewiesen hat. Es wird zu vermitteln sein, dass die Ergebnisse der Pflege-Transparenzvereinbarungen und des neuen Verfahrens der Qualitätsdarstellung auf grundsätzlich unterschiedlichen Sachverhalten beruhen und daher keinesfalls vergleichbar sind.

Über den Entwurf des hier vorgelegten Prüfverfahrens hinaus sollte die Diskussion um die Qualität der ambulanten Pflege in Deutschland intensiv weiter geführt werden. Im Rahmen der Entwicklungsarbeiten sind eine Vielzahl von Themen und Ansatzpunkten angesprochen worden (z.B. die Einbeziehung der Nutzerperspektive oder die Nutzung von Fehlermanagementsystemen), die aus unterschiedlichen Gründen keinen bzw. lediglich in Form eines Vorschlags zu weiteren Überlegungen Eingang in den Entwurf gefunden haben, die jedoch hinsichtlich ihrer Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Pflege Bedeutung haben können.

Besondere Aufmerksamkeit sollten dabei auch die spezialisierten ambulanten Pflegedienste erhalten. Ihre Leistungen sind nur sehr begrenzt dem Leistungsspektrum und der Zuständigkeit der Pflegeversicherung zuzuordnen. Stattdessen leisten sie einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung psychiatrisch erkrankter Menschen oder intensivpflichtiger Kinder und Erwachsener mit oftmals schwerwiegenden und lebensbedrohlichen Erkrankungen. Die Verantwortung für die Diskussion um die Qualität der in diesem Rahmen erbrachten Leistungen liegt eher im Regelungsbe- reich des SGB V, aus dem jedoch keine Impulse für die Qualitätsentwicklung der ambulanten Pflege zu kommen scheinen. Auf Dauer dürfte es schwierig werden, die Instrumente des SGB XI für die Qualitätssicherung von Problemlagen des SGB V zu verwenden, ohne eine sektorübergreifende Perspektive einzunehmen.

11. Literatur

- ActiZ (2007): Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Verfügbar unter: https://www.igz.nl/Images/Kwaliteitskader%20Verantwoorde%20zorg_tcm294-371827.pdf (Letzter Zugriff: 18.08.2017)
- Australian Government. Australian Aged Care Quality Agency (o.J.). Verfügbar unter: <https://www.aacqa.gov.au/> (Letzter Zugriff 23.11.2017)
- Australian Government. Department of Health. Ageing and Aged Care (o.J.). Verfügbar unter: <https://agedcare.health.gov.au/> (Letzter Zugriff 23.11.2017)
- Beikirch, E./Nolting, H.-D./Wipp, M. (2017): Dokumentieren mit dem Strukturmodell. Grundlagen – Einführung – Management. Hannover: Vincentz
- Bestmann, B./Wüstholtz, E./Verheyen, F. (2014): Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt. Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. WINEG Wissen. Verfügbar unter: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/699766/Datei/2344/WINEG-Wissen-Pflegen-Belastung-und-sozialer-Zusammenhalt-2014.pdf> (Letzter Zugriff: 22.11.2017)
- Birmingham City Council (2017): Quality Assurance Framework. Draft. Verfügbar unter: https://www.birmingham.gov.uk/info/20066/for_care_professionals/1212/social_care_framework_-_commissioning_strategy_consultation (Letzter Zugriff: 30.08.2017)
- Braeseke, G./Hernández, J./Hofman, E./Verena, P./Augurzky, B./Heger, D./Rappen, H./Stroka, M./Wübker, A. (2015): Ökonomische Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft Endbericht. IEGUS. RWI. Verfügbar unter: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/rwi-pb_altenpflegewirtschaft_endbericht.pdf (Letzter Zugriff: 22.08.2017)
- Brüggemann, J./Coners, E./Gerber, H./Hollenbach, D./Kowalksi, I./Krüger, C./Mitternacht, B./Vogt, K./Vogt, K./Wenzel, D. (2014): 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a, Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hg.). Köln. Verfügbar unter: http://www.mdk.de/media/pdf/MDS_Vierter_Pflege_Qualitaetsbericht.pdf.pdf (Letzter Zugriff 23.05.2017).
- Buber, M. (1923): Ich und Du. Leipzig: Insel Verlag
- Büscher, A./Boes, C./Budroni, H./Hartenstein, A./Holle, B. (2005): Finanzierungsfragen der häuslichen Pflege. Eine qualitative Untersuchung zur Einführung personenbezogener Budgets. Abschlussbericht. Witten: Private Universität Witten/Herdecke
- Büscher, A. (2007): Negotiating helpful action. Acta Universitatis Tampereensis 1206. Tampere: Tampere University Press
- Büscher, A./Horn, A. (2010): Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer Expertenbefragung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Verfügbar unter: https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw_151.pdf (Letzter Zugriff: 22.11.2017)
- Büscher, A./Holle, B./Emmert, S./Fringer, A. (2010): Häusliche Pflegeberatung für Geldleistungsbezieher in der Pflegeversicherung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 43, S.103-110
- Büscher, A. (2015): Gutachten zur Klärung von Grundsatzfragen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und –berichterstattung in der häuslichen Pflege auf der Basis der gegenwärtigen Rahmenbedingungen. Gutachten im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Osnabrück
- Büscher, A./Oetting-Roß, C./Sulmann, D. (2016): Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (Hg.). Berlin: ZQP
- Büscher, A./Klie, T. (2014): Qualität in der häuslichen Pflege. Ansätze zu einer lebensweltorientierten Weiterentwicklung. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. (NDV) 94, Nr. 10, S. 452-455
- Centers for Disease Control and Prevention and The Merck Company Foundation (2007): The State of Aging and Health in America 2007. Centers for Disease Control and Prevention. Verfügbar unter: http://www.cdc.gov/aging/pdf/saha_2007.pdf (Letzter Zugriff: 27.05.2017).
- Care Inspectorate and Healthcare Improvement Scotland (2017): Services for older people in Orkney. Report of a joint inspection of adult health and social care services. Verfügbar unter: <http://www.careinspectorate.com/images/documents/3720/Orkney%20services%20for%20older%20people%20joint%20inspection%20report%20-%20March%202017.pdf> (Letzter Zugriff: 23.11.2017)
- Care Quality Commission (CQC) (2015): How CQC regulates. Community adult social care services. Provider handbook, March 2015. Verfügbar unter: http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20150327_asc_community_provider_handbook_appendices_march_h_15_update_01.pdf (Letzter Zugriff: 30.08.2017)
- Care Quality Commission (CQC) (2015a): Guidance for providers on meeting the regulations. Verfügbar unter: http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20150324_guidance_providers_meeting_regulations_01.pdf (Letzter Zugriff: 02.08.2017)
- Care Quality Commission (CQC) (2015b): How CQC regulates: NHS GP practices and GP out-of-hours services. Verfügbar unter: http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20150327_GP_practices_provider_handbook_appendices_march_h_15_update.pdf (Letzter Zugriff: 09.08.2017)

- Care Quality Commission (CQC) (2016): How CQC regulates. Community adult social care services. Appendices to the provider handbook. April 2016. Verfügbar unter: http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20160422_ASC_community_provider_handbook_April_2016_update.pdf (Letzter Zugriff: 30.08.2017)
- Care Quality Commission (CQC) (2016a): Key lines of enquiry (KLEO). Verfügbar unter: http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20160225_KLOE_quick_reference%20table.pdf (Letzter Zugriff: 02.08.2017)
- Care Quality Commission (CQC) (2016b): The state of health care and adult social care in England 2015/16. Verfügbar unter: http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20161019_stateofcare1516_web.pdf (Letzter Zugriff: 09.08.2017)
- Care Quality Commission (CQC) (2017): The fundamental standards. Verfügbar unter: <http://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/fundamental-standards> (Letzter Zugriff: 29.11.2017)
- Carpenter, I./Cambassi, G./Topinkova, E./Schroll, M./Finne-Soveri, H./Henrard, J.C./Garms-Homolova, V./Jonsson, P./Frijters, D./Ljunggren, G./Sørbye, L.W./Wagner, C./Onder, G./Pedone, C./Bernabei, R. (2004): Community Care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). In: Aging Clinical and Experimental Research. Editrice Kurtis. Aging, Nr.16, 259-269
- Centers for Disease Control and Prevention and The Merck Company Foundation (2004): The National Report Card on Healthy Aging, Health Status Indicators - The State of Aging and Health in America 2004. Verfügbar unter: http://www.cdc.gov/aging/pdf/State_of_Aging_and_Health_in_America_2004.pdf (Letzter Zugriff: 26.05.2017)
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2017a): What is Home Health Compare? Verfügbar unter: <https://www.medicare.gov/homehealthcompare/About/What-Is-HHC.html> (Letzter Zugriff: 23.08.2017)
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2017b): Measuring agency performance. Quality measures. Verfügbar unter: <https://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/Data/Measuring-Agency-Performance.html> (Letzter Zugriff: 23.08.2017)
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2017c): List of quality measures. Process of care measures. Verfügbar unter: <https://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/Data/List-Quality-Measures.html> (Letzter Zugriff: 23.08.2017)
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2017d): List of quality measures. Verfügbar unter: <https://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/Data/List-Quality-Measures.html> (Letzter Zugriff: 23.08.2017)
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2017e): Quality measures. Verfügbar unter: <https://www.medicare.gov/homehealthcompare/About/Quality-Measures.html> (Letzter Zugriff: 23.08.2017)
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2017f): Managing daily activities. Verfügbar unter: <https://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/About/Managing-Daily-Activities.html> (Letzter Zugriff: 23.08.2017)
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2017g): What is the patient experience of care survey? Verfügbar unter: <https://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/Data/HHCAHPS-Overview.html> (Letzter Zugriff am: 23.08.2017)
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2017h): The agencies listed on Home Health Compare. Verfügbar unter: <https://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/About/Agencies-Listed.html> (Letzter Zugriff: 23.08.2017)
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2017i): Certification Process. Verfügbar unter: <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/Downloads/CertandComplianceProcess.pdf> (Letzter Zugriff: 23.08.2017)
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2017j): Quality of patient care star ratings. Verfügbar unter: <https://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/About/Patient-Care-Star-Ratings.html> (Letzter Zugriff: 23.08.2017)
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2017k): Data Sources. Verfügbar unter: <https://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/Data/Data-Sources.html#CLAIMS> (Letzter Zugriff: 23.08.2017)
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2017l): Data updates. Verfügbar unter: <https://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/Data/Data-Updates.html> (Letzter Zugriff: 23.08.2017)
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2017m): Agency profile. Verfügbar unter: <https://www.medicare.gov/HomeHealthCompare/profile.html#profTab=1&ID=248091&lat=44.7735732&lng=-93.9216348&loc=NYA%2C%20MN&stsltd=%20MN> (Letzter Zugriff: 23.08.2017)
- Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) (2017): Quality Measures. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Verfügbar unter: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityMeasures/index.html?redirect=/qualitymeasures>. Zuletzt aktualisiert am 22.08.2017 (Letzter Zugriff: 30.08.2017)
- Concret AG (2012): Die Zertifizierung. Nachweis eines wirksamen Qualitätsmanagements in der Pflege. Verfügbar unter: <http://www.concret-ag.ch/zertifizierung.html> (Letzter Zugriff: 21.08.2017)
- Corner, E./Soni, N./Jonathan, M.H./Stephen, J.B. (2014): Construct validity of the Chelsea critical care physical assessment tool: an observational study of recovery from critical illness. In: Critical Care. Critical Care 2014 18, Nr. 2, R55
- Dandi, R./Casanova, G. (2012): Quality assurance indicators of long-term care in European countries. In: ENEPRI Research Report, Nr. 110, S. 1-128
- Delnoij, D./Rademakers, J.J./Groenewegen, P.P. (2010): The Dutch Consumer Quality Index: an example of stakeholder involvement in indicator development. BMC Health Services Research. 88, Nr. 10, S. 1-12

- Department of Health (o.J.): Transforming care: A national response to Winterbourne View Hospital. Verfügbar unter: <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/final-report.pdf> (Letzter Zugriff: 23.11.2017)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2017): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege (2. Aktualisierung 2017). Osnabrück: DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2017b): Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (1. Aktualisierung 2009). Osnabrück: DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2017c): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen (2015). Osnabrück: DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2015): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (1. Aktualisierung 2015). Osnabrück: DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2015b): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards. Version Juni 2015. Osnabrück: DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2014): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (1. Aktualisierung 2017). Osnabrück: DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2014b): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ (1. Aktualisierung 2014). Osnabrück: DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ (1. Aktualisierung 2013). Osnabrück: DNQP
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen (1. Aktualisierung 2011). Osnabrück: DNQP
- Desborough, J./Bagheri, N./Banfield, M./Mills, J./Phillips, C./Korda, R. (2016): The impact of general practice nursing care on patient satisfaction and enablement in Australia: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies* 64, S. 108–119
- Diakonie Rheydt (2017): Leistungskomplexe SGB XI. Verfügbar unter: http://www.diakoniezentrum-rheydt.de/index_htm_files/Leistungskomplex%20SGB%20XI%202017.pdf (Letzter Zugriff: 23.11.2017)
- Dubious, C.A./D'amour, D./Brault, I./Dallaire, C./Déry, J./Duhoux, A./Lavoie-Tremblay, M./Mathieu, L./Karemere, H./Zufferey, A. (2017): Which priority indicators to use to evaluate nursing care performance? A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, Nr. 12, S. 1-14
- Dutoit, L./Pellegrini, S./Füglister-Dousse, S. (2016): Langzeitpflege in den Kantonen. Drei Betreuungsmodelle. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hg.). *Obsan Bulletin* 13
- EAST London NHS Foundation Trust (2017): Benchmarking Older People's Care in Acute Settings. NHS Benchmarking Network. Verfügbar unter: <https://static1.squarespace.com/static/58d8d0ffe4fcb5ad94cde63e/t/58ecf55529687f61a5ecd67e/1491924310957/BenchmarkingOlderPeople20172017FINAL.pdf> (Letzter Zugriff: 23.11.2017)
- Enquête-Kommission (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen (Hg.). Verfügbar unter: https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_II.1/EK/EKALT/13_EK3/Abschlussbericht/Abschlussbericht_gesamt_Teil_1.pdf (Letzter Zugriff: 22.11.2017)
- Ewers, M./Schaeffer, D. (1999): Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerstkranker. Eine Situationsanalyse nach Einführung der Pflegeversicherung. P99-107. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Bielefeld: IPW
- Finne-Soveri, H./Hammar, T./Noro, A. (2010): Measuring the quality of long-term institutional care in Finland. In: *Eurohealth* 16, Nr. 2, S. 8-10
- Foebel, A./Van Hout, H.P./Van der Roest, H.G./Topinkova, E./Garms-Homolova, V./Frijters, D./Finne-Souveri, H./Jönsson, P.V./Hirdes, J.P./Benabei, R./Onder, G. (2015): Quality of care in European home care programs using the second generation interRAI Home Care Quality Indicators (HCQIS). *BMC Geriatrics* 15, S. 148-158
- Frijters, D. (2010): Quality of care assurance in long-term care in the Netherlands. *Eurohealth* 16, Nr. 2, S. 11-13
- Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA (2018): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie), zuletzt geändert am 21. Dezember 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 04.04.2018 B3, in Kraft getreten am 05.04.2018
- GKV-Spitzenverband (2010): Quinth - Qualitätsindikatorenthesaurus. Verfügbar unter: <http://quinth.gkvspitzenverband.de>, (Letzter Zugriff: 27.08.2017)
- GKV-Spitzenverband Berlin (2016): Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.03.2016. Verfügbar unter: https://www.gkv52spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/Rahmenvereinbarung__39a_Abs_2_Satz_8_SGB_V_ambulante_Hospizarbeit.pdf (Letzter Zugriff: 02.06.2017)
- Griffiths, A./Beaussier, A.L./Demetritt, D./Rotstein, H. (2016): Intelligent Monitoring? Assessing the ability of the Care Quality Commission's statistical surveillance tool to predict quality and prioritise NHS hospital inspections. *BMJ Qual Saf* 26, Nr. 2, S.120–130
- Hagerman, H./Högberg, H./Skylt, B./Wadenstein, B./Engström, M. (2017): Empowerment and performance of managers and subordinates in elderly care: A longitudinal and multilevel study. *Journal of Nursing Management* 25, S. 647-656

- Han, X./Yaraghi, N./Gopal, R. (2016): Five-star ratings for sub-par service: Evidence of inflation in nursing home ratings. GOVERNANCE STUDIES The Brookings Institution. Massachusetts. Verfügbar unter: https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/12/gs_20161213_nursing-homes.pdf (Letzter Zugriff: 23.11.2017)
- Harmon, L. (o.J.): The ICU Index™: SSCM's qualitative tool for ICU assessment. Verfügbar unter: <http://www.sccm.org/SiteCollectionDocuments/TOC-ICU-REPORT-ICU-Index.pdf> (Letzter Zugriff: 23.11.2017)
- Hasseler, M., et al. (2013): Indikatoren zur Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Lebensqualität in der ambulanten pflegerischen Versorgung - Expertise –im Auftrag des GKVSpitzenverbandes. Bremen
- Hasseler, M. (2016): Teil 1: Entwicklung eines theoretisch-konzeptionellen Qualitätsverständnisses. In: Hasseler, M./Stemmer, R.; Macsenaere, M. (Hg.): Abschlussbericht. Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität. Verfügbar unter: https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/wiss_qualitaetsverstaendnis/2016-08-25_Abschlussbericht_wiss_Qualitaetsverstaendnis.pdf (Letzter Zugriff: 23.05.2017)
- Hasseler, M./Fünfstück, M. (2016): Teil 2: Durchführung einer systematischen Literaturrecherche und Beschreibung von 19 Kennzeichne/Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung. In: Hasseler, M./Stemmer, R.; Macsenaere, M. (Hg.): Abschlussbericht. Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität. Verfügbar unter: https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/wiss_qualitaetsverstaendnis/2016-08-25_Abschlussbericht_wiss_Qualitaetsverstaendnis.pdf (Letzter Zugriff: 23.05.2017)
- Hasson, H./Arnetz, J. (2006): The impact of an educational intervention for elderly care nurses on care recipients' and family relatives' ratings of quality of care: A prospective, controlled intervention study. *International Journal of Nursing Studies* 45, S. 166–179
- Health Consumer Powerhouse Ltd. (2015): Eurohealth Consumer Index 2014. Verfügbar unter: https://healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf (Letzter Zugriff: 23.11.2017)
- Health Consumer Powerhouse Ltd. (2017): Eurohealth Consumer Index 2016. Verfügbar unter: https://healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf (Letzter Zugriff: 23.11.2017)
- Health Quality Ontario (HQO) (2013a): Information About Quality Indicators. Health Quality Ontario. Verfügbar unter: <http://www.hqontario.ca/public-reporting/homecare/information-about-quality-indicators/> (Letzter Zugriff: 30.05.2017)
- Health Quality Ontario (HQO) (2013b): Our Legislated Mandate. Health Quality Ontario. Verfügbar unter: <http://www.hqontario.ca/about-us/our-legislated-mandate> (Letzter Zugriff: 30.05.2017)
- Health Quality Ontario (HQO) (2017): Health Quality Ontario Indicator Library. Verfügbar unter: <http://indicatorlibrary.hqontario.ca/Indicator/Search/EN> (Letzter Zugriff: 27.08.2017)
- Home Health Care CAHPS Survey (2017): Overview. Verfügbar unter: <https://homehealthcahps.org/General-Information/About-Home-Health-Care-CAHPS-Survey> (Letzter Zugriff: 23.08.2017)
- Inspectie Jeugdzorg (2015): Kwaliteitskader Verantwoorde zorg Caribisch Nederland. Utrecht. Verfügbar unter: <https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/toetsingskaders/2015/10/01/kwaliteitskader-verantwoorde-zorg-caribisch-nederland/Kwaliteitskader-verantwoorde-zorg-Caribisch-Nederland.pdf> (Letzter Zugriff: 23.11.2017)
- Isfort, M./Weidner, F./Röttländer, R./Gehlen, D./Hylla, J./Tucman, D. (2016): Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hg.). Verfügbar unter: <http://www.dip.de>. Köln (Letzter Zugriff: 22.11.2017)
- Johansson, E. (2010): The long-term care system for the elderly in Finland. ENEPRI Research Report. 76, S. 1-13
- Kiesewetter, E. (2013): Ernährungssituation pflegebedürftiger Senioren in Privathaushalten – Ergebnisse der ErnSiPP-Studie Norddeutsches Symposium der DGE Sektionen Hannover, 06.03.2013. Verfügbar unter: http://www.dgeniedersachsen.de/downloads/pdfs/2013/e_bericht_6_3_13/Praesentation_Kiesswetter_ErnSiPP_Niedersachsen_EK.pdf (Letzter Zugriff: 27.08.2017)
- Klaes, L./Raven, U./Reich, R./Schüler,G./Potthoff,P./Von Törne, I. (2004): Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg). Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/78920/a04733b5bd2180f38124dfefaebdaa1e/abschlussbericht-altenhilfestrukturen-der-zukunft-data.pdf> (Letzter Zugriff: 22.11.2017)
- König, J. (2010): Der MDK - mit dem Gutachter eine Sprache sprechen: Alles über die Einstufungspraktiken und die Qualitätsprüfung nach [Abschnitt] 112 in Verbindung mit [Abschnitt] 114 SGB XI des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie anhängende Prozesse der Qualitätssicherung (7. aktualisierte Auflage). Pflege Kolleg. Hannover: Schlütersche
- Leff, B./Carlson, C.M./Saliba, D./Ritchie, C.(2015): The invisible Homebound: Setting quality-of-care standards for home-based primary and palliative care. *Health Affairs* 34, Nr. 1, S. 21-29
- Martinez, K./Battaglia, R./Start, R./Mastal, M.F./Matlock, A.M. (2015): Nursing-Sensitive Indicators in Ambulatory Care. *Nursing Economics* 33, Nr.1, S. 59-66
- Ministry of Public Health, Welfare and Sport (2016): Healthcare in the Netherlands. Verfügbar unter: https://www.eiseverywhere.com/file_uploads/0f57b7c2d0d94ff45769269d50876905_P4-HealthcareintheNetherlands.pdf (Letzter Zugriff: 22.08.2017)

- Mitchell, P./Ferketich, S./Jennings, B.M. (1998): Quality Health Outcome Model. *Health Policy* 30, Nr.1, S. 43-46
- Mittnacht, B. (2010): Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements. *Entwicklungstrends und Perspektiven*. Lage: Jacobs
- Moulin, M./van Haatregt, J./Hamers, J. (2010): Monitoring quality of care in nursing homes and making information available for the general public: State of the art. *Patient Education and Counseling* 78, S. 288-296
- Murakami, Y./Colombo, F. (2013): Standardisation and monitoring of care process. OECD/European Commission (Hg.): *A Good Life in Old Age? Monitoring and improving quality in long-term care*. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing
- Nakrem, S./Vinsnes, A.G./Harkless, G.E./Paulsen, B./Seim, A. (2009): Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice. *International Journal of Nursing Studies* 46, S. 848–857
- National Quality Forum (2005): National Voluntary Consensus Standards for Home Health Care. National Quality Forum. Verfügbar unter: <http://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=22088> (Letzter Zugriff: 26.05.2017)
- National Quality Forum (2009): National Voluntary Consensus Standards for Home Health. National Quality Forum. Verfügbar unter: http://www.qualityforum.org/uploadedFiles/Quality_Forum/Projects/h/Home_Health_Additional_Measures_%282008%29_Addendum/Table%20of%20submitted%20measures%20_use%20for%20home%20health%20and%20addendum_.pdf (Letzter Zugriff: 26.05.2017)
- National Quality Forum (2010a): National Voluntary Consensus Standards for Home Health Care - Additional Performance Measures 2008. National Quality Forum. Washington, DC. Verfügbar unter: <http://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=45331> (Letzter Zugriff: 26.05.2017)
- National Quality Forum (2010b): National Voluntary Consensus Standards for Home Health Care — Additional Performance Measures 2008. National Quality Forum. Verfügbar unter: http://www.qualityforum.org/Publications/2010/10/National_Voluntary_Consensus_Standards_for_Home_Health_Care_%E2%80%94_Additional_Performance_Measures_2008.aspx (Letzter Zugriff: 26.05.2017)
- National Quality Forum (2013): Find Measures. National Quality Forum. Verfügbar unter: <http://www.qualityforum.org/QPS/> (Letzter Zugriff: 26.05.2017)
- Nolan, M./Davies, S./Grant, G. (2001): Integration perspective. In: Nolan, M./Davies, S./Grant, G. (Hg.): *Working with older people and their families. Key issues in policy and practice*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, S. 160-178
- Ollenschläger, G. (2007). *Institutionalisierung der Qualitätsentwicklung in der Pflege: Gutachten für die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. (BUKO-QS)*. Köln. Verfügbar unter: http://www.evimed.info/mediapool/46/460824/data/GAGO_BUKOQS_0704final.pdf (Letzter Zugriff: 22.11.2017)
- Peraillon, M./Konetzka, T./He, D./Werner, R.M. (2016): Consumer Response to Composite Ratings of Nursing Home Quality. *Ucdenver.edu*. Verfügbar unter: http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/PublicHealth/resourcesfor/Faculty/perrailon/perrailonpublications/Documents/Perrailon_nhcrdd_March2016.pdf (Letzter Zugriff: 24.11.2017)
- Rapin, J./D'Amour, D./Dubious, D.A. (2015): Indicators for Evaluating Performance and Quality of Care of Ambulatory Care Nurses. In: *Nursing Research and Practice* 2015, S. 1-8
- Robert-Koch-Institut (RKI) (2015): *Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst*. GBE Kompakt. 3/15 6. Jahrgang. Verfügbar unter: <http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/6-3/PDF/3.pdf> (Letzter Zugriff: 27.08.2017)
- Rode, M. (2016): Welche Anforderungen haben ältere Menschen im häuslichen Umfeld zukünftig an die Qualität von Dienstleistungsstrukturen? Ergebnisse einer bundesweiten Untersuchung. Bremen: Universität Bremen. Verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-00105575-16> (Letzter Zugriff: 23.11.2017)
- Rostgaard, T. (2012): Quality reforms in Danish home care – balancing between standardisation and individualisation. *Health and Social Care in the Community* 20, Nr. 3, S. 247–254
- Rothgang, H./Müller, R./Unger, R. (2012): Themenreport "Pflege 2030". Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Bertelsmann Stiftung (Hg.). Verfügbar unter: https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf (Letzter Zugriff: 23.11.2017)
- Rüesch, P./Schaffert, R./Burla, L./Mylaeus, M. (2009): Ist die Pflegequalität messbar? Wissenschaftlich zuverlässige und praxistaugliche Qualitätsindikatoren der ambulanten Pflege. In: *Care Management: Die Schweizer Zeitschrift für ManagedCare* 2, Nr. 6, S. 33–38
- Sahin, E. (2017): *Europäischer Islam. Diskurs im Spannungsfeld von Universalität, Historizität, Normativität und Empirizität*. Wiesbaden: Springer Verlag
- Schaffert, R./Burla, L./Mylaeus, M./Rüesch, P. (2009): Qualitätsindikatoren für die professionelle häusliche Pflege in der Schweiz. In: *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften* 36, Nr. 8, S. 1-23
- Schibler, H. (2012): *Qualitätsmanagement und Pflegequalität. Informationen für Lehrpersonen und Auszubildende (Version 3)*. Verfügbar unter: <http://kap-hf.ch/themenordner/qualitatsmanagement/qualitatsmanagement> (Letzter Zugriff: 22.08.2017)
- Schneekloth, U./Geiss, S./Pupeter, M. (2017): Abschlussbericht Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I). TNS Infratest Sozialforschung
- Schneider, A. (2011): *Umsetzung der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Sachsen-Anhalt Ost*. Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Pflegewissenschaft (Dr. rer. cur.). Verfügbar

- bar unter: http://www.pthv.de/fileadmin/user_upload/PDF_Pflege/Abschlussarbeiten/PTHVPW_Dissertation_Schneider.pdf (Letzter Zugriff: 02.07.2017)
- Schlesselmann, E. (2014): Mobilitätsförderung im interdisziplinären Raum der geriatrischen Langzeitpflege. Eine Prä- und Poststudie zur Mobilitätsförderung im Alter (MiA). Universität Bremen. Verfügbar unter: <https://elib.suub.uni-bremen.de/edocs/00104754-1.pdf> (Letzter Zugriff: 27.08.2017)
- Schultz, C./Koczula, G. (2011): Pflegedienst-Studie 2011: Die Rolle ambulanter Pflegedienste in den medizinischen Versorgungsstrukturen. *bpa magazin* 5, S. 14-17
- Schweizer Gesundheitsobservatorium (2016): Langzeitpflege in den Kantonen. Drei Betreuungsmodelle, *Obsan Bulletin* 13. Verfügbar unter: http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-13_d.pdf (Letzter Zugriff: 27.08.2017)
- Schweizer Spitex (2017): Bedarfsklä rung RAI-Home-Care Schweiz. Verfügbar unter: <https://www.spitex.ch/Nonprofit-Spitex/Qualitaets-sicherung/RAI-Home-Care/PgfXx/> (Letzter Zugriff: 27.08.2017)
- Schwing, R./Fryszter, A. (2014): Der Mensch wird erst am Du zum Ich: Beziehung. In: *Systemische Beratung und Familientherapie – kurz, bündig, alltagstauglich* (3. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 20-26
- Society of Critical Care Medicine (2006): Spider-diagramm. Verfügbar unter: <http://icuroom-pearls.blogspot.de/> (Letzter Zugriff: 23.11.2017)
- Scottish Government (2017): Health and Social Care Standards My support, my life. Verfügbar unter: <https://beta.gov.scot/publications/health-social-care-standards-support-life/> (Letzter Zugriff: 23.11.2017)
- Spilsbury, K./Hewitt, C./Stirk, L./Bownman, C. (2011): The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 48, S. 732–750
- Statistisches Bundesamt (2015): Die Generation 65 + in Deutschland. Wiesbaden. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/generation65/Pressebrochure_re_generation65.pdf?__blob=publicationFile (Letzter Zugriff: 27.08.2017)
- Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- The Danish National Centre for Social Research (2011): Livindhome. Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries. Verfügbar unter: <http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/livindhome.pdf> (Letzter Zugriff: 15.08.2017)
- Twigg, J./Atkin, R. (1994): *Carers perceived. Policy and practice in informal care*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press
- Ward-Griffin, C./McKeever, P. (2000): Relationships between nurses and family caregivers: Partners in care? In: *Advances in Nursing Science* 22, Nr. 3, S. 89-103
- Wingenfeld, K./Stegbauer, C./Willms, G./Voigt, C./Woitzik, R. (2018): Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung. Abschlussbericht zum Projekt „Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege“. Bielefeld/Göttingen
- Wingenfeld, K./Kleina, T./Franz, S./Engels, D./Mehlan, S./Engel, H. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit (Hg.). Berlin: BMG
- Wingenfeld, K./Schumacher, F. (2013): Es gibt noch viel zu tun. Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege. *Die Schwester Der Pfleger* 52, Nr. 8, S. 804-807
- Wingenfeld, K./Büscher, A. (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bielefeld/Osnabrück, November 2017
- Zuidgeest, M. (2011): Measuring and improving the quality of care from the healthcare user perspective: the Consumer Quality Index. GVO drukkers & vormgevers B.V./Ponsen & Looyen te Ede. Bergschenhoek
- Zentrum für Qualität in der Pflege (2011): Indikatoren zur Messung von Gesundheit und Versorgungsqualität in der ambulanten Versorgung. Abschlussbericht zur "Systematischen Übersicht und Bewertung". IGES Institut GmbH. Verfügbar unter: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Indikatoren_Gesundheit_Versorgungsqualitaet_Ambulanten_Versorgung.pdf (Letzter Zugriff 22.11.2017)
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2013): Perspektivenwerkstatt. Qualitätsentwicklung und Lebensweltorientierung in der häuslichen Pflege. Abschlussbericht für das ZQP. Berlin: ZQP. Verfügbar unter: https://www.zqp.de/wpcontent/uploads/Abschlussbericht_Qualitaetsentwicklung_Lebensweltorientierung_Haeuslichen_Pflege.pdf (Letzter Zugriff: 27.08.2017)
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2016): Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege. Berlin: ZQP. Verfügbar unter: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen_Beratung_Pflege.pdf (Letzter Zugriff: 23.05.2017)
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2017): Indikatoren zur Messung von Gesundheit und Versorgungsqualität in der ambulanten Pflege. Berlin: ZQP. Verfügbar unter: https://www.zqp.de/wpcontent/uploads/Kurzbericht_Indikatoren_Gesundheit_Versorgungsqualitaet_Ambulanten_Pflege.pdf (Letzter Zugriff: 29.08.2017)
- Zhao, X. (2015): Discussion papers in economics - Working Paper No. 15-07 - Competition, Information, and Quality: Evidence from Nursing homes. Department of Economics. University of Colorado Boulder. Verfügbar unter: <https://www.colorado.edu/economics/papers/WPs-15/wp15-07/wp15-07.pdf> (Letzter Zugriff: 29.11.2017)

Anhänge

Anhang 1: Verfahrensbeschreibung zur Prüfung ambulanter Pflegedienste

Anhang 2a: Prüfbogen für die personenbezogene Prüfung beim pflegebedürftigen Menschen

Anhang 2b: Bogen für die Prüfung auf der Ebene der Einrichtung

Anhang 3: Erläuterungen zu den Leitfragen (Ausfüllanleitung) im Rahmen der Prüfung ambulanter Pflegedienste

Anhang 4a: Prüfbogen für die personenbezogene Prüfung bei Personen mit der ärztlich verordneten Maßnahme der häuslichen Krankenpflege: „Spezielle Krankenbeobachtung“

Anhang 4b: Erläuterungen zu den Leitfragen (Ausfüllanleitung) für die Prüfung bei Personen mit der ärztlich verordneten Maßnahme der häuslichen Krankenpflege: „Spezielle Krankenbeobachtung“

Anhang 5a: Prüfbogen für die personenbezogene Prüfung bei Personen mit der ärztlich verordneten Maßnahme der häuslichen Krankenpflege: „Psychiatrische Krankenpflege“

Anhang 5b: Erläuterungen zu den Leitfragen (Ausfüllanleitung) für die Prüfung bei Personen mit der ärztlich verordneten Maßnahme der häuslichen Krankenpflege: „Psychiatrische Krankenpflege“

Anhang 6: Qualitätsdarstellung

**Projekt „Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen
und die Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege“**

Abschlussbericht

Anhang 1

**Verfahrensbeschreibung
zur Prüfung ambulanter Pflegedienste**

(20. August 2018)

Übersicht

Einleitung	3
1. Prozesse, die der Prüfung vorausgehen.....	3
2. Prüfrelevante Qualitätsaspekte (Gegenstand der Qualitätsbeurteilung)	5
3. Informationsquellen	6
4. Die Bewertung der Qualität	8
4.1 Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes	8
4.2 Bewertungskategorien	9
5. Ablauf der Prüfung.....	12
5.1 Einführungsgespräch, Stichprobe und Einverständniserklärung.....	12
5.2 Erfassung von Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst	13
5.3 Beurteilung der Qualitätsaspekte beim einzelnen pflegebedürftigen Menschen.....	13
5.4 Einrichtungsbezogen zu erfassende Informationen und Bewertungen	15
5.5 Synthese/Zusammenführung der Feststellungen (im Prüfteam)	16
5.6 Abschlussgespräch.....	16
6. Abschließende Bewertung und Prüfbericht.....	17
6.1 Beurteilung der personenbezogen erhobenen Qualitätsaspekte	17
6.2 Beurteilung der einrichtungsbezogen erhobenen Qualitätsaspekte.....	19
6.3 Prüfbericht.....	19
Anlage A	20

Einleitung

Die Hochschule Osnabrück und das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) haben ein Projekt durchgeführt, in dem ein neues Verfahren für die externe Qualitätsprüfung und ein neues Konzept für öffentliche Qualitätsdarstellungen in der ambulanten Pflege erarbeitet wurde. Mit der vorliegenden Verfahrensbeschreibung erfolgt eine vorläufige Festlegung der Maßgaben, nach denen das neue Prüfverfahren durchgeführt werden soll. Im Anschluss an das Projekt ist eine größere Pilotierung durch den Qualitätsausschuss Pflege vorgesehen. Sie dient dazu, die Praktikabilität zentraler Instrumente und Konzeptbausteine zu bewerten. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Pilotierung erfolgen ggf. Anpassungen der Verfahrensbeschreibung und des dazugehörigen Instrumentariums.

1. Prozesse, die der Prüfung vorausgehen

Prüfungen in der ambulanten Pflege werden zukünftig in ähnlicher Weise eingeleitet wie im bisherigen Prüfverfahren. Das bedeutet, dass die Prüfdienste nach einer entsprechenden Auftragserteilung durch die Pflegekassen die Prüfung in den Räumlichkeiten des Pflegedienstes und in der häuslichen Umgebung der vom Pflegedienst versorgten pflegebedürftigen Menschen durchführen.

Zuvor erfolgt eine Benachrichtigung des Pflegedienstes über den bevorstehenden Prüfbesuch. Entsprechend der im Projektbericht näher beschriebenen Abwägung von Vor- und Nachteilen einer Ankündigung des Prüftermins soll diese Benachrichtigung zwei Tage vor dem Prüftermin in der Zeit zwischen 12.00 und 18.00 Uhr erfolgen.

Der Pflegedienst gewährleistet, dass am Tag der Prüfung eine Liste der von ihm nach dem SGB XI oder dem SGB V versorgten Personen vorliegt. Diese Liste ist Grundlage für die Stichprobenziehung. Sie umfasst neben (1) dem Namen des Versicherten (2) Angaben zur Mobilität (Fortbewegung)¹ und (3) zu den kognitiven Fähigkeiten sowie (4) eine Angabe, ob und welche ärztlich verordnete, aufwändige Leistung der häuslichen Krankenpflege der Pflegedienst bei dem Versicherten erbringt. Die Liste hat dementsprechend 4 Spalten und soll von den Pflegediensten im Abstand von maximal drei Monaten aktualisiert werden².

¹ Mobilität umfasst noch andere Aspekte als die Fortbewegung. Im Rahmen der Qualitätsprüfung genügt es jedoch, Beeinträchtigungen der Fortbewegung zu erfassen, da Personen, die Beeinträchtigungen der Bewegungsfähigkeit in liegender Position aufweisen, immer auch von Beeinträchtigungen der Fortbewegung betroffen sind.

² Differenzierte Informationen zur Mobilität und zu den kognitiven Fähigkeiten sind nicht erforderlich. Es genügt, in die entsprechende Spalte der Liste (z.B. Spalte „Beeinträchtigung der Mobilität“ ein „ja“ zu vermerken oder die vorliegende Situation durch ein Symbol (wie z.B. „✓“) zu verdeutlichen.

Die erforderlichen Angaben zur Mobilität und zu den kognitiven Fähigkeiten sollten nach Möglichkeit anhand einer aktuellen Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit dokumentiert werden (Module 1 und 2 des neuen Begutachtungsinstruments, jeweils mindestens „erhebliche Beeinträchtigung“).

Liegt das Gutachten nicht vor oder ist es älter als ein Jahr, nimmt der Pflegedienst selbst näherungsweise eine Erfassung der Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität (begrenzt auf die Fähigkeit der Fortbewegung, s. Fußnote 1) und der kognitiven Fähigkeiten vor. Es ist davon auszugehen, dass der Pflegedienst bereits über die entsprechenden Informationen verfügt, ohne eine Neueinschätzung vorzunehmen: Wenn pflegebedürftige Menschen pflegerisch versorgt werden, so ist es von elementarer Bedeutung, ob in den Bereichen Mobilität und Kognition Beeinträchtigungen vorliegen. Ein Demenzkranker könnte nicht fachgerecht versorgt werden, wenn die Pflegenden nicht wüssten, dass die betreffende Person erhebliche kognitive Beeinträchtigungen aufweist. Auch das Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation sieht eine Einschätzung des Mobilitätsstatus (Themenfeld 2) und der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Themenfeld 1) vor.

Sofern keine Begutachtungsergebnisse vorliegen, orientiert sich die Einrichtung bei den entsprechenden Einträgen in der genannten Liste an der folgenden Regel:

1. Die „Mobilität“ (Fortbewegung) gilt als beeinträchtigt, wenn der Versicherte aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen regelmäßig personelle Hilfe benötigt, um sicher eine Treppe hinauf- oder hinabzusteigen *und* um sich innerhalb der Wohnung fortbewegen zu können.
2. „Kognitive Fähigkeiten“: Beeinträchtigt = Es kommt regelmäßig zu Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, der zeitlichen und örtlichen Orientierung sowie der Personenerkennung.

In die Liste ist außerdem einzutragen, welche der versorgten Personen eine oder mehrere der folgenden aufwändigeren oder risikobehafteten Leistungen erhalten (nach dem des Leistungsverzeichnis der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses; es genügt der Eintrag der Ziffer):

- Ziffer 6 Absaugen,
- Ziffer 8 Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts,
- Ziffer 12 Dekubitusbehandlung,
- Ziffer 24 Krankenbeobachtung, spezielle,
- Ziffer 24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten
- Ziffer 29 Wechsel und Pflege der Trachealkanüle,
- Ziffer 30 Pflege des zentralen Venenkatheter,
- Ziffer 31 Verbände, Anlegen und Wechseln von Wundverbänden (bei chronischen Wunden, ohne Kompressionsstrümpfe und -verbände).

Kann die Einrichtung keine geeignete Liste zur Verfügung stellen, legt der Prüfdienst auf der Basis der vorliegenden Informationen eine Zufallsstichprobe fest.

2. Prüfrelevante Qualitätsaspekte (Gegenstand der Qualitätsbeurteilung)

Die Sachverhalte, die der Prüfer beurteilen soll, werden im neuen Prüfverfahren als „Qualitätsaspekte“ bezeichnet. Qualitätsaspekte sind relativ umfassende Themen, die verschiedene Teilaspekte beinhalten können. Folgende Qualitätsaspekte werden im Rahmen der Prüfung berücksichtigt, wobei die Bereiche 1 bis 4 Qualitätsaspekte umfassen, die jeweils auf der Ebene der individuellen Versorgung beurteilt werden:

Bereich 1: Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte

- 1.1 Aufnahmemanagement
- 1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren
- 1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation

Bereich 2: Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen

- 2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität
- 2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition
- 2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation
- 2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen
- 2.5 Unterstützung bei der Körperpflege
- 2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- 2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung
- 2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte
- 2.9 Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz
- 2.10 Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz
- 2.11 Schmerzmanagement

Bereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen

In diesen Bereich eingeschlossen sind alle im Einzelfall gemäß der HKP-Richtlinie verordnungsfähigen Maßnahmen (s. Anlage A). Die verordnungsfähigen Maßnahmen der Grundpflege sind im Bereich 2 aufgeführt.

Bereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung

- 4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen
- 4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung

Bereich 5: Einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte

- 5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten
- 5.2 Hygiene
- 5.3 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung

Die Prüfung folgt dem Grundsatz, dass Qualitätsaspekte, die außerhalb der Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes liegen, keiner Qualitätsbeurteilung unterzogen werden. Das bedeutet, dass die in den Bereichen 2 und 3 aufgeführten Qualitätsaspekte nur dann in die Prüfung einzubeziehen sind, wenn sie Bestandteil des durch einen Vertrag geregelten Auftrags des Pflegedienstes oder im Rahmen einer ärztlichen Verordnung relevant sind. So wird beispielsweise die Unterstützung im Bereich der Kommunikation nicht in die Prüfung einbezogen, wenn keine vertraglich vereinbarte Leistung vorliegt. Besonders im Falle der Qualitätsaspekte 2.2 bis 2.4 und 2.8 bis 2.10 ist zu beachten, dass sie noch selten Bestandteil der Rahmenverträge auf Länderebene sind, die den Leistungsrahmen der ambulanten Pflege definieren. Sie werden vorerst nur selten Gegenstand der externen Qualitätsprüfung sein.

Für die nach dem SGB XI erbrachten Leistungen bedeutet das, dass ein expliziter Auftrag bzw. eine explizite Vereinbarung bestehen muss, dass die betreffende pflegerische Hilfe zu leisten ist (z.B. Unterstützung im Bereich der Mobilität). Dabei ist zu betonen, dass der betreffende Qualitätsaspekt nicht erst dann relevant ist, wenn die Leistungen nach einem analog benannten Leistungskomplex erbracht werden. Entscheidend ist vielmehr, dass sie *dem Inhalt nach* Bestandteil der vereinbarten Leistungen sind.

3. Informationsquellen

Bei der Durchführung der Prüfung nutzt der Prüfer die folgenden Informationsquellen:

- das Gespräch mit dem und die Inaugenscheinnahme des pflegebedürftigen Menschen
- das Fachgespräch mit den Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes
- die Pflegedokumentation und weitere verfügbare Unterlagen
- das Gespräch mit den Angehörigen oder anderen primären Bezugspersonen, die bei der Prüfung anwesend sind
- Beobachtungen während der Prüfung, einschließlich zufälliger Beobachtungen
- gesonderte Dokumentationen, die der ambulante Pflegedienst zum Zweck des internen Qualitätsmanagements oder zur Vorbereitung der Durchführung der Prüfung erstellt hat
- ggf. vorhandene Konzepte oder Verfahrensanweisungen.

Die Prüfer entscheiden, welche Informationsquellen zur Bearbeitung der prüfrelevanten Leitfragen genutzt werden. Vorgaben zur Einhaltung einer festen Reihenfolge oder eine unterschiedliche Wertigkeit existieren nicht. Allerdings sind zwei wichtige Grundsätze einzuhalten:

- Eine einseitig auf die Dokumentation ausgerichtete Prüfung ist zu vermeiden. Liegen Hinweise auf ein Qualitätsdefizit vor, so genügt nicht allein das Fehlen von Einträgen in der Pflegedokumentation, um den Nachweis zu führen. Vielmehr muss mindestens eine weitere Informationsquelle entsprechende Hinweise geben (Beispiel: Die Pflegedokumentation enthält keine Hinweise auf die individuellen Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen und auch die Mitarbeiter können keine nachvollziehbaren Angaben zu diesen Bedürfnissen machen).
- Die individuelle Maßnahmenplanung muss beim betreffenden Qualitätsaspekt stets vollständig in schriftlicher Form vorliegen. Anderenfalls wäre bei personellem Wechsel nicht sichergestellt, dass eine auf den Bedarf zugeschnittene Maßnahmenplanung auch tatsächlich umgesetzt wird. Das Wissen bzw. die Auskunft der Mitarbeiter über geplante Maßnahmen ist keine gleichwertige Information.
- Es kann weitere Ausnahmen geben. Diese sind als explizite Hinweise auf Dokumentationsanforderungen bei einigen Qualitätsaspekten im Manual aufgeführt.

Die Reihenfolge, in der die verschiedenen Informationsquellen genutzt werden, und den Zeitpunkt, von dem an eine ausreichende Information vorliegt und keine weiteren Informationsquellen verwendet werden, legt der Prüfer selbst fest. Ob beispielsweise eine Inaugenscheinnahme des pflegebedürftigen Menschen vor oder nach einem Fachgespräch mit den Mitarbeitern, der Erfassung von Informationen aus der Pflegedokumentation oder anderen Schritten erfolgt, entscheiden die Prüfer nach eigenem Ermessen. Der Ermessensspielraum der Prüfer darf nicht mit einer willkürlichen Vorgehensweise verwechselt werden. Eigenes Ermessen bedeutet, einen Freiraum bei der Art und Reihenfolge der Informationsquellen unter Beachtung der beiden genannten Grundsätze zu haben. Verschiedene Gründe können dafür sprechen, Informationsquellen in unterschiedlicher Reihenfolge und Intensität zu nutzen.

Nachweis bei der Feststellung eines Qualitätsdefizits

Stellt der Prüfer ein Defizit fest, so hat er den Nachweis zu führen, auf welcher Grundlage er zu dieser Feststellung gelangt ist. Dies schließt die Benennung der Informationsquelle bzw. der Informationsquellen ein, anhand derer der Prüfer ein Defizit identifiziert hat. Die entsprechenden Angaben sind im Prüfbogen zu dokumentieren.

Stellenwert des Fachgesprächs während der Qualitätsprüfung

Soweit nicht anders vermerkt, hat die fachlich schlüssige, mündliche Darstellung der Versorgung, der Bedarfskonstellation und anderer Sachverhalte (abgesehen von den oben genannten Ausnahmen) einen ebenso hohen Stellenwert wie die schriftliche Dokumentation. Voraussetzung ist, dass mündliche Schilderungen nachvollziehbar sind und ein in sich schlüssiges Bild ergeben. Aussagen, die in sich nicht stimmig sind oder in Widerspruch zu anderen Informationen stehen, sind ebenso wenig nutzbar

wie unzutreffende Angaben in der Pflegedokumentation. Ähnliches gilt für unklare oder abstrakte mündliche Mitteilungen.

Die Prüfer sollten sich während der Testprüfungen darum bemühen, das Fachgespräch als Informationsquelle zu nutzen und die Mitarbeiter des Pflegedienstes zu ermutigen, das Gespräch mit dem Prüfer ebenfalls als Medium der Information zu nutzen.

Um ein Fachgespräch gewährleisten zu können, ist im Regelfall die Anwesenheit einer informierten Pflegefachkraft wichtig. Dies kann im laufenden Pflegealltag nicht von allen ambulanten Pflegediensten bei allen Versicherten aus der Stichprobe gewährleistet werden. Sind keine entsprechend informierten Mitarbeiter verfügbar und kann auch das Leitungspersonal, das eine Prüfung in der Regel begleitet, keine Auskunft geben, sollten vorrangig die Pflegedokumentation und die Aussagen des pflegebedürftigen Menschen und ggf. seiner Angehörigen genutzt werden, um die erforderlichen Feststellungen zu treffen.

4. Die Bewertung der Qualität

4.1 Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes

Die Qualitätsbeurteilung erfolgt grundsätzlich unter Berücksichtigung der Grenzen, die durch die Einwirkungsmöglichkeiten der ambulanten Pflegedienste und ihrer Mitarbeiter gesteckt sind. Diese Grenzen ergeben sich vor allem durch folgende Faktoren:

- Bereitschaft des pflegebedürftigen Menschen und der Angehörigen, die Hinweise der Mitarbeiter des Pflegedienstes anzunehmen: Wenn Mitarbeiter des Pflegedienstes beispielsweise auf Risiken hinweisen, die im Verhalten der in der häuslichen Umgebung lebenden Menschen begründet sind, diese aber ihr Verhalten nicht anpassen, so hat der Pflegedienst die aus fachlicher Sicht erwartbaren Maßnahmen ergriffen; ihre Wirkung ist jedoch durch Faktoren, auf die der Pflegedienst nur bedingt einwirken kann, begrenzt.
- Unzureichende Pflege durch die pflegenden Angehörigen: Bemüht sich ein Pflegedienst beispielsweise um die Vermeidung von Scherkräften in liegender Position zur Vermeidung der Entstehung eines Dekubitus, so bedeutet das nicht automatisch, dass auch die Angehörigen entsprechend agieren, selbst wenn sie durch den Pflegedienst beraten worden sind. Deshalb kann es zur Entstehung eines Dekubitus kommen, obwohl der Pflegedienst bis ins Detail nach den geltenden fachlichen Standards gehandelt hat. Auch hier ist eine Grenze der Einwirkungsmöglichkeit gegeben.
- Versorgung durch andere Berufsgruppen: Pflegedienste sind meist nicht die einzigen Versorgungsinstanzen, die in einer häuslichen Umgebung tätig werden. In der Regel befinden sich Pfl-

gebedürftige in ärztlicher Behandlung. Die gesundheitliche Situation wird dann in verschiedenen Bereichen durch das ärztlich Verschreibungsverhalten maßgeblich mitbeeinflusst. Insbesondere Art und Umfang der nach dem SGB V verordneten häuslichen Krankenpflege liegen im Ermessen des Arztes und der Kostenträger. Die Einwirkungsmöglichkeit des Pflegedienstes ist in diesem Fall weitgehend auf die fachgerechte Durchführung verordneter Maßnahmen und die Kommunikation mit dem Arzt begrenzt.

- Im Bereich der ambulanten Pflege besteht die wohl wichtigste Grenze der Einwirkungsmöglichkeit für den Pflegedienst in der Begrenzung des vertraglich definierten pflegerischen Auftrags. Anders als in der vollstationären Versorgung ist der Auftrag des Pflegedienstes in der häuslichen Umgebung durch die vertraglichen Regelungen, die im Einzelfall getroffen worden sind, meist auf bestimmte Hilfen begrenzt. Es kann nicht erwartet werden, dass der Pflegedienst regelmäßig einen Bedarf deckt, der nicht durch vertragliche Vereinbarungen berührt ist. Besonders die in den Bereichen 2 und 3 aufgeführten Maßnahmen sind hiervon betroffen. Die Qualitätsaspekte, die in jedem Fall, das heißt unabhängig vom konkreten Auftrag des Pflegedienstes zu prüfen und zu beurteilen sind, sind entsprechend gekennzeichnet.

Vor diesem Hintergrund hat der Prüfer stets zu berücksichtigen, ob beim Auftreten von Auffälligkeiten, die auf mögliche Qualitätsdefizite hinweisen, das Handeln des Pflegedienstes oder andere Faktoren relevant sind. Hierzu ist es insbesondere bei den im Bereich 2 aufgeführten Qualitätsaspekten erforderlich, dass der Prüfdienst die konkreten Vereinbarungen zwischen Pflegedienst, Versichertem und ggf. auch den Angehörigen zu Art und Umfang der Pflege erfasst und bei der Beurteilung berücksichtigt.

Die Frage der Einwirkungsmöglichkeiten wird im Prüfinstrumentarium, insbesondere im Prüfbogen nicht explizit thematisiert. Es wird davon ausgegangen, dass das Prüfteam die oben angesprochenen Begrenzungen bei *jeder* Beurteilung berücksichtigt.

4.2 Bewertungskategorien

Die Bewertungskategorien, die im Prüfverfahren für die ambulante Pflege zur Anwendung kommen, sind mit den Bewertungskategorien zur Beurteilung stationärer Pflegeeinrichtungen identisch. Es werden auf der Ebene der individuellen Versorgung des pflegebedürftigen Menschen dementsprechend vier Kategorien verwendet:

- A) Keine Auffälligkeiten oder Defizite
- B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
- C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
- D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen.

Das Verständnis der *negativen Folgen* ist von zentraler Bedeutung für das neue Prüfverfahren. Der Begriff umfasst ein relativ breites Spektrum an Sachverhalten:

- Im Extremfall kommt es durch ein fachliches Defizit zu einer gesundheitlichen *Schädigung* des pflegebedürftigen Menschen. Beispiele hierfür sind die Verabreichung von Medikamenten in der falschen Dosis, unzureichende Beachtung von Hygieneanforderungen bei der Wundversorgung oder ein Zustand der Dehydratation aufgrund unzureichender Flüssigkeitsversorgung.
- Eine negative Folge liegt aber auch dann vor, wenn keine Maßnahmen durchgeführt werden, die dem *individuellen Bedarf* des pflegebedürftigen Menschen entsprechen, auch wenn noch keine sichtbaren gesundheitlichen Nachteile entstanden sind. Der Pflegebedürftige erhält also nicht die seinem Bedarf entsprechenden Hilfen, obwohl diese Hilfen durch den Pflegedienst gemäß der individuellen vertraglichen Vereinbarungen geleistet werden müssten und auch in der Maßnahmenplanung vorgesehen sind. Beispiele hierfür sind nicht begründbare Abweichungen von der schriftlichen Maßnahmenplanung, etwa fehlende Mobilisierung oder unzureichende Körperpflege. Nicht als Qualitätsdefizit zu bewerten sind Situationen, die zwar durch fehlende Bedarfsgerechtigkeit gekennzeichnet sind, die aber durch den vorliegenden individuellen Auftrag des Pflegedienstes nicht abgedeckt sind. Stellt der Prüfer beispielsweise fest, dass keine ausreichende Körperpflege stattfindet, der Auftrag des Pflegedienstes sich aber auf Hilfe bei der Nahrungsaufnahme beschränkt, so kann die unzureichende Körperpflege nicht als ein Versorgungsdefizit bewertet werden, das der Pflegedienst zu verantworten hat.
- Eine *nicht bedürfnisgerechte Versorgung* zählt ebenfalls zu den negativen Folgen. Beispiele hierfür sind die regelmäßige Verweigerung von Selbstbestimmung oder die regelmäßige Missachtung von explizit geäußerten, dokumentierten Wünschen. Besonders hervorzuheben ist dabei der Aspekt der *Regelmäßigkeit*. Die Beurteilung D) ist *nicht* für Situationen gedacht, in denen *ausnahmsweise* ein Wunsch des Pflegebedürftigen unberücksichtigt bleibt. Eine D-Bewertung ist vielmehr erst dann vorzunehmen, wenn die fehlende Berücksichtigung eines Wunsches wiederholt auftritt und weder fachlich noch mit den Grenzen der Zuständigkeit bzw. des Auftrags des Pflegedienstes begründet werden kann.

Vor diesem Hintergrund sind die Bewertungskategorien folgendermaßen definiert:

A) Keine Auffälligkeiten oder Defizite

Für die zu beurteilenden Sachverhalte gab es keine Hinweise auf ein fachliches Defizit. Diese Kategorie ist für Situationen vorgesehen, in denen keine oder keine nennenswerten Auffälligkeiten aufgetreten sind. Unter Auffälligkeiten werden Abweichungen von fachlichen Vorgaben oder dem regelhaft zu erwartenden Pflegeprozess verstanden.

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen

Für die zu beurteilenden Sachverhalte wurden Auffälligkeiten festgestellt, die jedoch keine Auswirkungen auf den pflegebedürftigen Menschen nach sich ziehen. In diesem Fall sind Situationen angesprochen, in denen fachliche Verbesserungen möglich oder auch wünschenswert wären, aber keine Nachteile für die zu versorgende Person feststellbar oder zu erwarten sind. In vielen Fällen handelt es sich um Dokumentationsdefizite, von denen keine negativen Effekte für den pflegebedürftigen Menschen ausgehen. Dazu gehört beispielsweise das punktuelle Fehlen eines Durchführungsnachweises im Bereich der Behandlungspflege.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertungskategorie ist vorgesehen für Situationen, in denen durch das Handeln der Mitarbeiter der Einrichtung (oder durch Unterlassungen) ein Risiko für den Pflegebedürftigen entstanden ist bzw. auf eine bestehende Risikosituation nicht eingewirkt wurde, um das Risiko zu beheben oder zu verringern. Greifbare Folgen für den pflegebedürftigen Menschen sind jedoch nicht (oder noch nicht) eingetreten. Auch gravierende fachliche Defizite wirken sich nicht automatisch nachteilig aus. So kommt es aufgrund einer fehlenden Hilfestellung bei der Mobilität nicht sofort zu einem Sturzereignis, es entsteht aber doch ein vermeidbares Risiko negativer Folgen für den betreffenden pflegebedürftigen Menschen.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertungskategorie ist für den Fall vorgesehen, dass eine negative Folge aufgrund eines fachlichen Defizits bereits eingetreten ist – wobei negative Folgen im Sinne des oben dargestellten Verständnisses auch das Fehlen einer bedarfs- oder bedürfnisgerechten Unterstützung umfassen können. Angesprochen sind also Situationen, in denen eine Beeinträchtigung der Gesundheit des Versicherten, seines Wohlbefindens, seiner Teilhabe am sozialen Leben oder seines Anspruchs auf eine bedarfsgerechte Versorgung entstanden ist.

Eine D-Bewertung für fehlende Bedarfs- oder Bedürfnisgerechtigkeit darf nicht allein auf der Grundlage einer fehlenden Information in der Pflegedokumentation vergeben werden. Auch eine isolierte Aussage des Pflegebedürftigen, die nicht durch weitere Feststellungen verifiziert werden kann, reicht nicht aus. Fehlt beispielsweise ein Durchführungsnachweis, so genügt dies allein nicht, um eine nicht bedarfsgerechte Versorgung nachzuweisen. Es kann sich auch um ein systematisches Dokumentationsdefizit handeln. Bei einer D-Bewertung, die vergeben werden soll, weil nach den Feststellungen des Prüfers erforderliche Maßnahmen nicht durchgeführt wurden, müssen neben fehlenden Dokumentationseinträgen zum Nachweis daher weitere Feststellungen getroffen werden.

5. Ablauf der Prüfung

5.1 Einführungsgespräch, Stichprobe und Einverständniserklärung

Nach Vorstellung der Prüfer bei der Leitung des Pflegedienstes sind zu Beginn der Prüfung in einem *Einführungsgespräch* das Aufgabenverständnis, die Vorgehensweise und der voraussichtliche Zeitaufwand der Prüfung zu vermitteln. Im Anschluss an das Einführungsgespräch erfolgt die *Bestimmung von neun pflegebedürftigen Menschen* entsprechend der Vorgaben des im Folgenden definierten Stichprobenverfahrens.

Sechs der neun Personen werden anhand einer Kombination der Merkmale „Mobilität“ (Fortbewegung) und „Kognitive Fähigkeiten“ bestimmt. Folgende Kombinationen werden unterschieden:

- | | | |
|---------------------------------|---|--|
| A) Mobilität = beeinträchtigt | & | Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt |
| B) Mobilität = beeinträchtigt | & | Kognitive Fähigkeiten = unbeeinträchtigt |
| C) Mobilität = unbeeinträchtigt | & | Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt |

Die von einem Pflegedienst versorgten Personen werden auf Basis der unter 1. beschriebenen Liste anhand dieser Merkmalskombinationen in die Gruppen A, B und C aufgeteilt. Aus jeder dieser Gruppen werden anhand von Zufallszahlen vier Personen ausgewählt. Die ersten zwei ausgewählten Personen werden bei der Prüfung berücksichtigt. Stellt sich heraus, dass dies nicht möglich ist, wird der dritte und ggf. auch der vierte Versicherte aus dieser Gruppe ersatzweise in die Stichprobe aufgenommen. Sollten auch danach noch keine zwei Personen aus der Gruppe aufgenommen werden können, werden anhand der Zufallszahlen – unter Ausschluss der bereits ausgewählten Versicherten – erneut vier Personen bestimmt. Sollte eine der definierten Gruppen so schwach besetzt sein, dass die Zahl von zwei Personen nicht erreicht werden kann, wird – ebenfalls anhand von Zufallszahlen – eine Person aus einer anderen Gruppe bestimmt. Dabei gilt:

C) ersatzweise für A)

A) ersatzweise für C)

C) ersatzweise für B)

Sechs weitere Personen werden – erneut mit Hilfe von Zufallszahlen – unter den Personen bestimmt, die im bislang beschriebenen Verfahren noch nicht ausgewählt wurden und die vom Pflegedienst eine ärztlich verordnete, aufwändige Leistung der häuslichen Krankenpflege (HKP) erhalten (Gruppe D). Sofern eine oder mehrere Personen die Leistung „spezielle Krankenbeobachtung“ erhalten, ist mindestens eine dieser Personen in die Stichprobe einzubeziehen. Die ersten drei gezogenen Personen werden in die Stichprobe aufgenommen, die übrigen Personen in der Reihenfolge der Zufallszahlen in dem Fall, dass bei einer der ersten drei Personen eine Prüfung nicht möglich ist. Sollte es (beispielsweise aufgrund einer besonderen Ausrichtung des Angebots eines Pflegedienstes) nicht möglich sein, drei Personen mit einer aufwändigen Leistung der häuslichen Krankenpflege einzubeziehen, so wird die Stichprobe nicht durch andere Personen (die keine HKP-Leistungen erhalten) aufgefüllt. Das Unterschreiten der vorgesehenen Personenzahl ist im Prüfbericht zu begründen.

Grundlage für die Zufallsauswahl ist eine von der Einrichtung vorgehaltene Liste der versorgten Versicherten, in der den jeweiligen Personen die Merkmale „Beeinträchtigung der Mobilität“, „Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten“ und „aufwändige HKP-Leistung“ zugeordnet sind (s. Abschnitt 1).

Die Einverständniserklärung für die in die Stichprobe einbezogenen pflegebedürftigen Menschen muss zu Beginn der Prüfung eingeholt werden. Ist die Einverständniserklärung eines bevollmächtigten Betreuers notwendig, genügt zunächst eine telefonische mündliche Zusage des Betreuers. Die schriftliche Einverständniserklärung muss jedoch nachgeliefert werden.

5.2 Erfassung von Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

Administrative Daten zur Prüfung und Angaben zum ambulanten Pflegedienst werden in einem gesonderten Formular des Prüfinstrumentariums „Angaben zur Prüfung und zum ambulanten Pflegedienst“ erfasst. Die Angaben sind gemeinsam durch die Prüfer und die Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes zusammenzustellen, idealerweise zu Beginn der Prüfung, sodass die Prüfer einen ersten Eindruck zu Größe und Struktur des Pflegedienstes, etwaigen pflegfachlichen Schwerpunkten, zur Struktur der versorgten pflegebedürftigen Menschen und die verantwortlichen Mitarbeiter erhalten. Das Vorgehen entspricht hier dem Vorgehen im bisherigen Prüfverfahren.

Gleiches gilt für die Angaben zur Person des pflegebedürftigen Menschen. Die Daten sind gemäß der Vorgabe des Erhebungsbogens für jeden pflegebedürftigen Menschen der Stichprobe zu erfassen. Diese Daten sollten nach Möglichkeit vor den Hausbesuchen für alle in die Stichprobe einbezogenen Pflegebedürftigen zusammengestellt werden.

5.3 Beurteilung der Qualitätsaspekte beim einzelnen pflegebedürftigen Menschen

Die Beurteilung der jeweiligen Qualitätsaspekte auf der Ebene der individuellen Versorgung erfolgt in einer vorgegebenen Schrittfolge, die im Falle der Qualitätsbereiche 1 bis 3 identisch ist. Im Qualitätsbereich 4 kommt eine leicht modifizierte Vorgabe zum Einsatz. Das Vorgehen umfasst in den Qualitätsbereichen 1 bis 3 folgende Schritte:

- 1. Klärung der Prüfbarkeit des jeweiligen Qualitätsaspekts:** Der Prüfer beurteilt zunächst die Frage, ob der jeweilige Qualitätsaspekt beim Versicherten geprüft werden kann. Entscheidend sind in diesem Zusammenhang zum einen bestimmte individuelle Merkmale der Person bzw. der Versorgung (z.B. Beginn der Versorgung innerhalb der letzten 6 Monate beim Thema „Aufnahmemanagement“). Zum anderen – und dies ist von zentraler Bedeutung – setzt die Prüfbarkeit der meisten Themen eine entsprechende vertragliche Vereinbarung (Bereich 2) oder eine ärztliche Ver-

ordnung und Genehmigung durch die Krankenkasse (Bereich 3) voraus. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, bleibt der betreffende Qualitätsaspekt außer Betracht.

- 2. Informationserfassung:** Der Prüfer verschafft sich zunächst einen Überblick zur Bedarfs- und Versorgungssituation des pflegebedürftigen Menschen. Anhand verschiedener Informationsquellen werden die Lebenssituation, die gesundheitliche Situation, Ressourcen und Beeinträchtigungen, Gefährdungen sowie Einzelheiten der zwischen Pflegedienst und dem Versicherten bzw. den Angehörigen vereinbarten Leistungen erfasst. Welche Informationen für den jeweiligen Qualitätsaspekt benötigt werden, ist im Prüfbogen angegeben. Der Prüfer sollte sich ein eigenes Bild vom pflegebedürftigen Menschen und der Pflegesituation machen und Angaben der Mitarbeiter des Pflegedienstes gedanklich stets daraufhin überprüfen, ob sie sich zu einem fachlich stimmigen Gesamtbild zusammenfügen. Die Ergebnisse der Informationserfassung sind in zusammenfassender Form im Prüfbogen zu dokumentieren. Eine differenzierte Beschreibung der mit der Informationserfassung dargestellten Sachverhalte ist erforderlich, wenn sich bei der Prüfung Hinweise auf Qualitätsdefizite ergeben.
- 3. Bearbeitung der Leitfragen:** Im nächsten Schritt hat der Prüfer – mit Hilfe der zu jedem Qualitätsaspekt aufgeführten Leitfragen – eine Beurteilung der Versorgung vorzunehmen. Hierbei macht der Prüfer Feststellungen, die er im nächsten Schritt anhand bestimmter Vorgaben bewertet. Erläuterungen zu den jeweiligen Leitfragen finden sich in der Ausfüllanleitung. Hier wird u.a. beschrieben, welche Aspekte des pflegerischen Handelns in die Beurteilung einbezogen werden sollen.
- 4. Bewertung und Beschreibung festgestellter Auffälligkeiten:** Die bei der Bearbeitung der Leitfragen identifizierten Auffälligkeiten werden in strukturierter Form dokumentiert und bewertet. Zu jedem Qualitätsaspekt finden sich im Prüfbogen individuelle Erläuterungen zur Konkretisierung der Bewertung (d.h. Hinweise dazu, unter welchen Voraussetzungen der Prüfer einen Sachverhalt als Qualitätsdefizit einzustufen hat).

Die Bewertung erfolgt mit den *vier Bewertungskategorien*, die im Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** erläutert wurden:

- A) Keine Auffälligkeiten oder Defizite
- B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
- C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
- D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen.

Kommt der Prüfer zur Beurteilung C oder zur Beurteilung D, so hat er diese Beurteilung zu begründen und die Sachverhalte, aus denen er die Beurteilung im Einzelnen abgeleitet hat, anzugeben bzw. im Prüfbogen zu dokumentieren. Die Begründung umfasst im Falle der Beurteilung C Antworten zu den folgenden Fragen:

- Worin genau besteht das Risiko für das Eintreten negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen?

- Durch welche Handlungen oder Unterlassungen ist das Risiko entstanden? Beziehungsweise: Welche Handlungen als Reaktion auf ein bestehendes Risiko wären erforderlich gewesen, wurden aber nicht durchgeführt?
- Aus welchem Sachverhalten folgert der Prüfer, dass ein Risiko entstanden ist bzw. auf ein bestehendes Risiko nicht adäquat reagiert wurde?
- Mit Hilfe welcher Informationsquellen hat der Prüfer diese Feststellungen getroffen? Im Falle der Unterlassung einer Handlung genügt es nicht, auf einen fehlenden Durchführungsnachweis in der Pflegedokumentation zu verweisen. Vielmehr muss der Prüfer das Fehlen eines Durchführungsnachweises durch eine weitere Information verifizieren (z.B. Auskunft der Mitarbeiter oder Inaugenscheinnahme).

Die Begründung umfasst im Falle der Beurteilung D Antworten zu den folgenden Fragen:

- Worin genau bestehen die negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen, die durch das Handeln oder eine Unterlassung der Mitarbeiter der Einrichtung entstanden sind?
- Durch welche Handlungen oder Unterlassungen sind die negativen Folgen entstanden?
- Aus welchem Sachverhalten folgert der Prüfer, dass eine negative Folge eingetreten ist?
- Mit Hilfe welcher Informationsquellen hat der Prüfer diese Feststellungen getroffen? Im Falle der Unterlassung einer Handlung genügt es auch in diesem Fall nicht, auf einen fehlenden Durchführungsnachweis in der Pflegedokumentation zu verweisen. Vielmehr muss der Prüfer das Fehlen eines Durchführungsnachweises durch eine weitere Information verifizieren.

5.4 Einrichtungsbezogen zu erfassende Informationen und Bewertungen

In gesonderten Abschnitten des „Einrichtungsbogens“ werden neben administrativen Angaben drei Qualitätsaspekte erfasst, die nicht beim einzelnen Versicherten, sondern bezogen auf den Pflegedienst insgesamt zu prüfen sind. Dabei handelt es sich um die folgenden Aspekte:

5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten

5.2 Hygiene

5.3 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung.

In diesen Fällen hat der Prüfer anzugeben, ob die im Prüfbogen aufgeführten fachlichen Anforderungen erfüllt sind oder nicht. Das Vorgehen ähnelt hier sehr dem bisherigen Prüfverfahren. Inhaltliche Einzelheiten sind den Prüfbogen bzw. den Ausfüllhinweisen zum Prüfbogen zu entnehmen.

5.5 Synthese/Zusammenführung der Feststellungen (im Prüfteam)

Die vorläufige Feststellung der Gesamtergebnisse erfolgt gemeinsam im Prüfteam ohne Anwesenheit von Mitarbeitern des Pflegedienstes. Die Prüfer kommen zusammen und tauschen sich über ihre wichtigsten Feststellungen zu den einzelnen Qualitätsaspekten aus. Zweck dieses Teamgesprächs ist

- a) die Erfassung der fachlichen Stärken des Pflegedienstes
- b) die vorläufige Einschätzung, bei welchen Qualitätsaspekten fachliche Defizite festgestellt wurden (Defizite mit negativen Folgen für den Versicherten oder mit dem Risiko des Auftretens negativer Folgen)
- c) die Festlegung von Fragen, die den Vertretern der Einrichtung im Abschlussgespräch vorgelegt werden sollen
- d) die Festlegung der Themen, die im anschließenden Abschlussgespräch mit Vertretern des Pflegedienstes angesprochen werden sollen, einschließlich der Themen, zu denen eine Beratung erfolgen soll.

Grundlage des Gesprächs sind sämtliche Feststellungen, die bei der Prüfung der einrichtungsbezogenen und der direkt versorgungsbezogenen Fragen festgehalten wurden. Es ist zu betonen, dass es sich um vorläufige Einschätzungen handelt, die bei der abschließenden Bewertung zu verifizieren und zu konkretisieren sind.

5.6 Abschlussgespräch

Im Abschlussgespräch wird der Pflegedienst über zentrale Ergebnisse der Prüfung in Kenntnis gesetzt. Grundlage sind die im Teamgespräch gewonnenen vorläufigen Einschätzungen sowie die von ihnen als offene Fragen und Beratungsthemen festgelegten Punkte (s.o.). Es sollen jedoch auch die von den Prüfern erfassten fachlichen Stärken des Pflegedienstes gewürdigt werden. Das Gespräch wird mit dem Ziel geführt, die Eigenverantwortlichkeit des Pflegedienstes zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege zu stärken.

Zunächst thematisieren die Prüfer die ggf. noch offenen Fragen, zu denen sie noch Informationen benötigen. Danach stellen die Prüfer in zusammenfassender Form ihre vorläufigen Einschätzungen zu folgenden Punkten dar:

- fachliche Stärken des Pflegedienstes
- festgestellte Qualitätsdefizite (Defizite mit negativen Folgen für den Pflegebedürftigen oder mit dem Risiko des Auftretens negativer Folgen).

Zu diesen Punkten sollte den Vertretern des Pflegedienstes Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden.

In einer weiteren Gesprächsphase erfolgt die Beratung zu den Themen, die die Prüfer im Teamgespräch als besonders wichtig identifiziert haben. Gemeinsam mit den Vertretern des Pflegedienstes

sind Möglichkeiten zu diskutieren, wie festgestellte Defizite behoben und der Entstehung von Defiziten vorgebeugt werden kann. Dabei sind insbesondere die Informationen und Feststellungen zu nutzen, mit denen sich die Prüfer bei der Bearbeitung des Qualitätsaspekts 5.1 beschäftigt haben. Zu dieser Gesprächsphase gehören auch Hinweise auf besonders wichtige Auffälligkeiten, die festgestellt, aber nicht als Defizite eingestuft wurden.

Sofern der Pflegedienst abweichende Meinungen zu festgestellten Mängeln äußert, werden diese von den Prüfern schriftlich festgehalten.

6. Abschließende Bewertung und Prüfbericht

Die abschließende Bewertung erfolgt nach dem Prüfbesuch. Sowohl die Feststellungen der Prüfer zu den einzelnen Qualitätsaspekten als auch die Ergebnisse des Abschlussgesprächs fließen in diese abschließende Bewertung ein.

6.1 Beurteilung der personenbezogen erhobenen Qualitätsaspekte

Die Einzelergebnisse für alle Versicherten der Stichprobe werden zusammengeführt und abschließend für jeden Qualitätsaspekt gesondert bewertet. Gesamtergebnisse sind im abschließenden Prüfbericht nach folgendem Schema zu bewerten:

1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite

Es wurden keine Probleme, zu vernachlässigende Probleme oder ein singuläres Qualitätsproblem in einem Einzelfall festgestellt, das für den betreffenden Pflegebedürftigen keine negativen Folgen nach sich zog. Diese Bewertung wäre für Situationen anzuwenden, in denen vielleicht Auffälligkeiten, aber keine Defizite mit negativen Folgen festgestellt wurden und bei keiner oder maximal einer Person ein Defizit mit dem Risiko des Auftretens negativer Folgen.

Es gilt dementsprechend:

Maximal eine C-Wertung und keine D-Wertung.

2. Moderate Qualitätsdefizite

Die Bewertung trifft zu, wenn die drei folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die Bedingungen der Bewertung „Keine oder geringe Qualitätsdefizite“ sind nicht erfüllt
- Es wurde bei maximal drei Personen ein Defizit (C- oder D-Wertung) festgestellt.
- Ein Defizit mit negativen Folgen wurde bei keinem oder nur einem Pflegebedürftigen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:

Maximal drei C- oder D-Wertungen, darunter maximal eine D-Wertung.

Wird bei zwei Personen aus der Stichprobe eine D-Wertung vergeben, so trifft unabhängig von anderen Bedingungen die Bewertung „3. Erhebliche Qualitätsdefizite“ zu.

3. Erhebliche Qualitätsdefizite

Die Bewertung trifft zu, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die Bedingungen der Bewertung „Moderate Qualitätsdefizite“ sind nicht erfüllt
- Es wurde bei maximal vier Personen ein Defizit (C- oder D-Wertung) festgestellt.
- Defizite mit negativen Folgen wurden bei maximal drei Pflegebedürftigen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:

Maximal vier C- oder D-Wertungen, darunter maximal drei D-Wertungen.

Wird bei vier Personen aus der Stichprobe eine D-Wertung vergeben, so trifft unabhängig von anderen Bedingungen die Bewertung „4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite“ zu.

4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

Die Bewertung trifft zu, wenn *eine* der beiden folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Es wurde bei mehr als vier Personen ein Defizit (C- oder D-Wertung) festgestellt.
- Defizite mit negativen Folgen wurden bei mehr als drei Pflegebedürftigen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:

Mindestens fünf Personen mit C- oder D-Wertung oder mindestens vier D-Wertungen.

Wichtig zu beachten ist, dass „Auffälligkeiten“ nicht als Defizit zu werten sind und daher nicht in diese Bewertung einfließen. Sie können jedoch ein wichtiges Thema bei der Beratung des Pflegedienstes sein.

Die genannten Bewertungsregeln entsprechen folgendem Schema:

Qualitätsbeurteilung	Anzahl der Fälle mit C- oder D-Wertung	Anzahl der Fälle mit D-Wertung
1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite	1	/
2. Moderate Qualitätsdefizite	2-3	1
3. Erhebliche Qualitätsdefizite	4	2-3
4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite	5 und mehr	4 und mehr

Um Verzerrungen in der Bewertung zu vermeiden, die dadurch entstehen können, dass ein Qualitätsaspekt nur bei wenigen Personen geprüft werden kann („kleine Stichprobe“), gelten zusätzlich folgende Bewertungsregeln:

- Bei einer Stichprobe von *drei Personen* wird, wenn bei mehr als einer Person ein Defizit festgestellt wird, die ermittelte Qualitätsbeurteilung um eine Stufe verschlechtert.
- Bei einer Stichprobe von vier oder fünf Personen wird, wenn bei mehr als zwei Personen ein Defizit festgestellt wird, die ermittelte Qualitätsbeurteilung um eine Stufe verschlechtert.

6.2 Beurteilung der einrichtungsbezogen erhobenen Qualitätsaspekte

Zur Feststellung des Prüfergebnisses bei den einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekten (Bereich 6) bedarf es keiner Zusammenführung von Prüffragen. Die Feststellung des Prüfergebnisses in diesem Bereich umfasst unmittelbar die Spezifizierung des Qualitätsdefizits.

6.3 Prüfbericht

Die Ergebnisse werden in einem Prüfbericht gebündelt. Er enthält:

1. administrative Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst
2. die zusammenfassende Beurteilung der Prüfergebnisse
3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten
4. einen Anhang mit sämtlichen Prüfbögen.

Anlage A

der Verfahrensbeschreibung *Prüfung ambulanter Pflegedienste*

Prüfrelevante ärztlich verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege

Verordnungsfähige Leistungen, die den im Bereich 2 aufgeführten Maßnahmen entsprechen, sind dort und nicht im Bereich 3 zu bearbeiten. Sie werden daher in dieser Anlage nicht aufgeführt.

1. Absaugen
2. Anleitung bei der Behandlungspflege
3. Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung
4. Blasenspülung
5. Blutdruckmessung
6. Blutzuckermessung
7. Dekubitusbehandlung
8. Drainagen, Überprüfen, Versorgen
9. Einlauf/Klistier/Klyisma/digitale Enddarmausräumung
10. Flüssigkeitsbilanzierung
11. Infusionen i.v.
12. Infusionen s.c.
13. Inhalation
14. Injektionen, i.v.; i.m.; s.c.
15. Injektionen, Richten von
16. Instillation
17. Kälteträger, Auflegen von
18. Katheter, Versorgung eines suprapubischen
19. Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins
20. Krankenbeobachtung, spezielle
21. Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten
22. Magensonde, Legen und Wechseln
23. Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)
24. Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose
25. Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei
26. Psychiatrische Krankenpflege
27. Stomabehandlung
28. Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der
29. Venenkatheter, Pflege des zentralen
30. Verbände

Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege

Abschlussbericht Anhang 2a

Bogen für die Prüfung beim pflegebedürftigen Menschen

Übersicht:

Bereich 1: Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte	5
1.1 Aufnahmemanagement	5
1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren	7
1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation.....	9
Bereich 2: Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen	11
2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	11
2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition	13
2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation.....	15
2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen.....	17
2.5 Unterstützung bei der Körperpflege	19
2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	21
2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung	23
2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte	25
2.9 Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz.....	27
2.10 Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz	29
2.11 Schmerzmanagement.....	31
Bereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen	33
Verordnete Maßnahme 1.....	33
Verordnete Maßnahme 2.....	35
Verordnete Maßnahme 3.....	37
Bereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung.....	39
4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen.....	39
4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung.....	40

Bogen für die Prüfung beim pflegebedürftigen Menschen

Allgemeine Angaben zur Prüfung

Name des Pflegedienstes:

1. Datum der Prüfung:

2. Prüfung durch:

3. Bei der Prüfung in der häuslichen Umgebung waren anwesend:

Pflegedienstleitung oder stellvertretende Pflegedienstleitung

Angehörige, und zwar:

Sonstige Personen, und zwar:

Angaben zum pflegebedürftigen Menschen und zur Pflegesituation

4. Pflegegrad: 1 2 3 4 5 nicht eingestuft

5. Alter in Jahren:

6. Frequenz der Pflegeeinsätze: (Anzahl pro Woche) (bei Zeitvergütung: Min. pro Woche)

7. Versorgung durch den Pflegedienst seit: (Datum)

8. Welche weitere Personen (außer dem Versicherten) leben in der Wohnung?

9. Regelmäßig Unterstützung leisten (bitte kurz benennen, einschl. Art und Umfang der geleisteten Hilfen):

Angaben zum Prüfungsumfang (bitte ankreuzen)

Die mit dem Versicherten/Angehörigen vereinbarten Leistungen umfassen:

- 2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität
- 2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition
- 2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation
- 2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen
- 2.5 Unterstützung bei der Körperpflege
- 2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- 2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung
- 2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte
- 2.9 Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz
- 2.10 Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz
- 2.11 Schmerzmanagement

Ärztlich verordnete, vom Pflegedienst durchgeführte Leistungen:

- 3.1 Absaugen
- 3.2 Anleitung bei der Behandlungspflege
- 3.3 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung

- 3.4 Blasenspülung
- 3.5 Blutdruckmessung
- 3.6 Blutzuckermessung
- 3.7 Dekubitusbehandlung
- 3.8 Drainagen, Überprüfen, Versorgen
- 3.9 Einlauf/Klistier/Klyisma/digitale Enddarmausräumung
- 3.10 Flüssigkeitsbilanzierung
- 3.11 Infusionen i.v.
- 3.12 Infusionen s.c.
- 3.13 Inhalation
- 3.14 Injektionen
- 3.15 Injektion, Richten von
- 3.16 Instillation
- 3.17 Kälteträger, Auflegen von
- 3.18 Katheter, Versorgung eines suprapubischen
- 3.19 Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins
- 3.20 Krankenbeobachtung, spezielle
- 3.21 Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten
- 3.22 Magensonde, Legen und Wechseln
- 3.23 Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)
- 3.24 Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose
- 3.25 Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei
- 3.26 Psychiatrische Krankenpflege
- 3.27 Stomabehandlung
- 3.28 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der
- 3.29 Venenkatheter, Pflege des zentralen
- 3.30 Verbände

Angaben zu Erkrankungen und Beeinträchtigungen des pflegebedürftigen Menschen

10. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n):

11. Liegt eine gerontopsychiatrische Diagnose vor? Welche?

12. Beeinträchtigungen der Mobilität (Positionswechsel im Bett, Aufstehen, Halten einer stabilen Sitzposition, Lagerveränderung im Sitzen, Fortbewegung, Treppen steigen, Beweglichkeit der Extremitäten, Körperkraft, Balance):

13. Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen

a) Gedächtnis:

b) Zeitliche und örtliche Orientierung:

c) Risiken und Gefahren erkennen:

d) Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben:

14. Verhaltensweisen, die einen Hilfebedarf begründen:

15. Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung:

16. Besonderheiten, die den individuellen Bedarf oder die geleisteten Hilfen in besonderer Weise prägen:

Bereich 1: Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte

1.1 Aufnahmemanagement

Nur zu prüfen bei Versicherten, die in den vergangenen 6 Monaten neu aufgenommen oder in diesem Zeitraum in einem Krankenhaus stationär behandelt wurden. Geplante Krankenhausaufenthalte mit maximal zwei Tagen Verweildauer, in denen kein chirurgischer Eingriff erfolgte, sind zu vernachlässigen (keine Prüfung des Aufnahmemanagements).

entfällt, da Einschlusskriterium nicht erfüllt

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt ein Aufnahmemanagement durch, mit dem sichergestellt wird, dass zu Beginn der Zusammenarbeit mit dem pflegebedürftigen Menschen sowie bei der Wiederaufnahme/Übernahme aus dem Krankenhaus oder anderer Versorgungseinrichtungen die wesentlichen Informationen zur Pflegesituation erhoben und bei der Durchführung der Pflege genutzt werden.

Beschreibung

Zu prüfen ist, wie der ambulante Pflegedienst das Aufnahmemanagement bei Erstaufnahmen und Übernahmen durchführt. Geprüft wird das Aufnahmemanagement bei pflegebedürftigen Menschen, die innerhalb der letzten sechs Monate neu oder wieder vom Pflegedienst aufgenommen wurden.

Informationserfassung

Zeitpunkt und Umstände der Aufnahme oder von Krankenhausaufenthalten:

--

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Ist ein strukturiertes Vorgehen bei der Informationssammlung und der anschließenden Planung und Vereinbarung von Maßnahmen erkennbar? Wurden die individuellen pflegerelevanten Einschränkungen, Ressourcen und Fähigkeiten erfasst?
2. Wurde der pflegebedürftige Mensch oder ggf. seine Angehörigen zu seiner Sichtweise bei der Informationssammlung und der Planung und Vereinbarung von Maßnahmen befragt?
3. Wurden weitergehende Informationen mit Relevanz für die Durchführung der Pflege erhoben (z.B. Medikation, Behandlungsverläufe, Versorgung durch andere Personen oder Einrichtungen)?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn

- in der Pflegedokumentation einzelne Informationen über die (damalige) gesundheitliche Situation fehlen, aber nachvollzogen werden kann, dass auf Bedarf und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen angemessen reagiert wurde.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn im Rahmen der Erstaufnahme oder Übernahme wichtige Informationen (z.B. zu Krankheitsverläufen, funktionellen Beeinträchtigungen oder bestehenden Pflegeproblemen), die für die Durchführung der vereinbarten Maßnahmen relevant sind, nicht erfasst wurden.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn

- durch ein unzureichendes Aufnahmemanagement wichtige Informationen mit Relevanz für die Pflegesituation nicht erfasst wurden und es dadurch zu einer Diskontinuität der medikamentösen Versorgung oder Unterstützung bei der Ernährung kam.
- vereinbarte Pflegemaßnahmen nicht durchgeführt wurden.

1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren

entfällt

Qualitätsaussage

Der Pflegedienst trägt im Rahmen seiner Möglichkeiten und der mit dem Pflegehaushalt bestehenden vertraglichen Vereinbarungen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse aufgrund bestehender Risiken und Gefahren bei.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob der Pflegedienst mögliche Risiken und Gefahren für den pflegebedürftigen Menschen erkannt und darauf reagiert hat. Relevant sind hierbei gesundheitlich bedingte, verhaltensbedingte und umgebungsbedingte Risiken und Gefahren. Sofern Risiken und Gefahren vorliegen, ist zu prüfen, ob im Rahmen der Möglichkeiten des Pflegedienstes Aktivitäten zur Prävention dieser Risiken und Gefahren vorgeschlagen oder initiiert wurden.

Informationserfassung

Durch Erkrankungen bedingte Risiken und Gefahren:
Verhaltensbedingte Risiken und Gefahren:
Risiken und Gefahren in der Wohnumgebung des pflegebedürftigen Menschen:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Hat der Pflegedienst offenkundige Risiken und Gefahren in der Pflegesituation erkannt?
2. Wurden vorliegende Risiken und Gefahren bei der Maßnahmenplanung im Pflegeprozess berücksichtigt?
3. Wurden dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen bestehende Risiken und Gefahren verdeutlicht?
4. Wurden Möglichkeiten zur Vermeidung von Risiken und Gefahren aufgezeigt und der pflegebedürftige Mensch und ggf. seine Angehörigen hierzu beraten?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

Diese Bewertung trifft auch zu, wenn der Pflegedienst bestehende Risiken erkannt und entsprechend informiert und beraten hat, der pflegebedürftige Mensch und/oder seine Angehörigen daraus jedoch keine Konsequenzen gezogen haben.

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise in der Pflegedokumentation bestehende gesundheits-, verhaltens- oder umgebungsbedingte Risiken und Gefahren unvollständig dargestellt werden, der Pflegedienst jedoch den pflegebedürftigen Menschen und ggf. seine Angehörigen zu den bestehenden Risiken beraten und Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt hat.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn der Pflegedienst beispielsweise offenkundige Risiken und Gefahren nicht erkannt und somit auch nicht berücksichtigt hat.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise Risiken und Gefahren unberücksichtigt blieben und es aufgrund dessen zu einem vermeidbaren Sturzereignis kam, z.B. bei der Begleitung des pflegebedürftigen Menschen auf dem Weg ins Badezimmer oder Esszimmer.

1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation

entfällt

Qualitätsaussage

Der Pflegedienst erfasst Hinweise auf eine Destabilisierung der Versorgungssituation und leitet im Rahmen seiner Einwirkungsmöglichkeiten Maßnahmen zur Abwendung einer solchen Destabilisierung ein.

Beschreibung

Von Relevanz ist eine Destabilisierung der Versorgungssituation, die dadurch entsteht, dass Versorgungsanforderungen oder Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen zu einer Überforderung des bestehenden Hilfenetzes (Angehörige und ggf. weitere Personen) führen oder bislang verfügbare Hilfen wegzufallen drohen. Bei Alleinlebenden sind analog dazu zunehmende Einbußen der Selbstpflegekompetenz zu berücksichtigen, die nicht durch andere Personen oder durch Dienstleistungen kompensiert werden.

Zu prüfen ist, ob der Pflegedienst offensichtliche Anzeichen hierfür erkannt hat. Ist dies der Fall, so ist weiterhin zu prüfen, ob Aktivitäten zur Verhinderung einer Destabilisierung vorgeschlagen oder initiiert wurden.

Informationserfassung

Anzeichen für physische oder psychische Überforderung oder abnehmende Pflegebereitschaft von Angehörigen und weiteren Helfern bzw. Anzeichen für eine abnehmende Selbstpflegefähigkeit:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Wurden offenkundige Anzeichen einer Überforderung des Hilfenetzes, einer abnehmenden Pflegebereitschaft oder einer abnehmenden Selbstpflegefähigkeit erkannt?
2. Wurde im Gespräch mit dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen auf die Möglichkeit einer Destabilisierung der Versorgungssituation hingewiesen? Wurden Möglichkeiten aufgezeigt, einer Destabilisierung entgegenzuwirken?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

Diese Bewertung trifft auch zu, wenn der Pflegedienst bestehende Anzeichen erkannt, dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen Hinweise gegeben oder ein Angebot zur Unterstützung unterbreitet hat, diese jedoch keine Konsequenzen daraus gezogen haben.

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn in der Pflegedokumentation Anzeichen für eine Destabilisierung der Versorgungssituation unvollständig dargestellt werden, der Pflegedienst aber dennoch situationsgerecht reagiert hat.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn der Pflegedienst beispielsweise offenkundige Anzeichen nicht erkannt hat und daher keine Aktivitäten zur Verhinderung einer weiteren Destabilisierung auszumachen sind.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn bestehende Anzeichen nicht erkannt wurden und eine ausreichende Versorgung des pflegebedürftigen Menschen nicht mehr erfolgt oder andere negative Konsequenzen eingetreten sind.

Bereich 2: Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen

2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

entfällt, da keine Aufgabe im Rahmen der vereinbarten oder verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Der pflegebedürftige Mensch erhält eine bedarfsgerechte, den individuellen Vereinbarungen entsprechende Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern dies Bestandteil des Auftrags des Pflegedienstes ist – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Beschreibung

Zu prüfen ist die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen mit dem Ziel, verlorene Selbständigkeit bei der Fortbewegung und Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit auszugleichen und Mobilität zu erhalten und zu fördern. Zu prüfen ist ferner, ob die mit Mobilitätseinbußen assoziierten Gefährdungen erfasst werden und der Pflegedienst im Rahmen seiner Einwirkungsmöglichkeiten Maßnahmen einleitet, die zur Vermeidung oder Reduzierung von Gefährdungen beitragen.

Informationserfassung

Vereinbarungen/individuelle Absprachen zur Durchführung der Unterstützung:
Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Wurden Beeinträchtigungen und Ressourcen im Bereich der Mobilität erfasst und unter Berücksichtigung eines früheren Mobilitätsstatus beurteilt?
2. Entspricht die Unterstützung bei der Mobilität dem individuellen Bedarf des pflegebedürftigen Menschen?
3. Werden zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität durchgeführt, die auf die noch vorhandenen Fähigkeiten und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen abgestimmt sind?
4. Wurden die vorliegenden Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Einschätzung gesundheitlicher Risiken berücksichtigt?
5. Wird der pflegebedürftige Mensch bei Bedarf bei der Nutzung von Hilfsmitteln für die Fortbewegung angeleitet oder beraten?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise in der Pflegedokumentation Mobilitätsbeeinträchtigungen unvollständig dargestellt werden, bei der Maßnahmenplanung und -durchführung jedoch alle Beeinträchtigungen und die aus ihnen resultierenden Risiken berücksichtigt werden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die individuelle Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation nicht den Mobilitätsbeeinträchtigungen entspricht
- der Einfluss von Mobilitätsbeeinträchtigungen auf das Sturz- oder Dekubitusrisiko oder ein anderes gesundheitliches Risiko nicht erkannt wurde und keine Maßnahmen zur Reduzierung der Risiken eingeleitet wurden
- vorhandene Möglichkeiten zur Verbesserung der Mobilität nicht erkannt oder nicht genutzt werden.
- keine fachgerechte Überprüfung der Wirksamkeit der geleisteten Unterstützung erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die vereinbarte Unterstützung bei der Fortbewegung nicht erfolgt und die Abweichung von den Vereinbarungen nicht fachlich begründet ist.
- keine ausreichende Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln zur Fortbewegung erfolgt.
- die Durchführung pflegerischer Maßnahmen nicht den fachlichen Anforderungen entspricht (insb. bei Lagerungen).

2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition

entfällt, da keine Aufgabe im Rahmen der vereinbarten oder verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Der pflegebedürftige Mensch erhält Maßnahmen zur Kompensation von Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten sowie zur Förderung kognitiver Fähigkeiten, die individuell auf seinen Lebensalltag und seine Bedürfnisse und Gewohnheiten abgestimmt sind. Pflegende Angehörige erhalten eine systematische Beratung und Anleitung, um den pflegebedürftigen Menschen wirksam zu unterstützen.

Beschreibung

Zu prüfen ist die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen zur Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen im Rahmen der individuellen Maßnahmenplanung. Diese Unterstützung umfasst beispielsweise Orientierungs-, Deutungs- und Erinnerungshilfen, die Unterstützung bei Entscheidungen im Lebensalltag und die Begleitung bei Aktivitäten, die aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen nicht allein durchgeführt werden könnten. Zu prüfen sind des Weiteren Maßnahmen zur Förderung kognitiver Fähigkeiten, beispielsweise in Form von biografieorientierter Einzelbetreuung. Gegenstand der Prüfung ist schließlich auch die systematische Beratung und Anleitung Angehöriger mit dem Ziel, bei beeinträchtigter Kognition wirksame Hilfe zu leisten.

Informationserfassung

Art und Umfang der von den Angehörigen geleisteten Hilfen:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Liegt eine aktuelle, zutreffende Einschätzung der kognitiven Beeinträchtigungen und ihrer Konsequenzen für den Lebensalltag vor?
2. Erhält der pflegebedürftige Mensch eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung in Form von Orientierungs-, Deutungs- und Erinnerungshilfen bei alltäglichen Aktivitäten?
3. Werden die Angehörigen dabei unterstützt, wirksame Hilfe zur Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen und zur Förderung kognitiver Fähigkeiten zu leisten? Werden sie dabei unterstützt, eine bedürfnisgerechte Tagesstruktur aufrechtzuerhalten?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn sich lediglich lückenhafte Hinweise auf Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten in der Pflegedokumentation finden lassen, aber aufgrund anderer Informationen nachvollzogen werden kann, dass eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung entsprechend der vertraglichen Vereinbarung erfolgt.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- eine Fehleinschätzung kognitiver Fähigkeiten vorliegt
- keine Informationen zu den individuellen Bedürfnissen des pflegebedürftigen Menschen erfasst wurden
- die Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation veraltet oder lückenhaft ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- geplante Maßnahmen nicht oder nicht vollständig durchgeführt werden.
- die geleistete Unterstützung nicht auf die Beeinträchtigungen und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen oder auf den Bedarf der pflegenden Angehörigen ausgerichtet ist.

2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation

entfällt, da keine Aufgabe im Rahmen der vereinbarten oder verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Pflegebedürftige mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten erhalten eine fachgerechte Unterstützung zur Kompensation von Beeinträchtigungen sowie zur Erhaltung kommunikativer Fähigkeiten. Eingeschlossen ist dabei ggf. auch die Beratung und Anleitung der Angehörigen.

Beschreibung

Gegenstand der Prüfung sind Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Kommunikation, einschließlich der Beratung und Anleitung der Angehörigen. Zu prüfen ist dementsprechend, inwieweit der Pflegebedürftige eine fachgerechte Unterstützung zur Kompensation von Beeinträchtigungen sowie zur Erhaltung kommunikativer Fähigkeiten erhält, um die Kommunikation mit vertrauten Bezugspersonen, Freunden oder Bekannten aufrechtzuerhalten. Zu prüfen ist ferner, ob und wie die Angehörigen durch Beratung und Anleitung dabei unterstützt werden, wirksame Hilfe zur Kompensation von Beeinträchtigungen der Kommunikation zu leisten.

Informationserfassung

Beeinträchtigung kommunikativer Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen:

Art und Umfang der von den Angehörigen geleisteten Hilfen:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Liegt eine zutreffende Einschätzung der kommunikativen Fähigkeiten vor?
2. Erhält der Pflegebedürftige eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung bei der Kommunikation und der Pflege sozialer Kontakte?
3. Werden die Angehörigen bei Bedarf dabei unterstützt, Hilfe im Bereich der Kommunikation zu leisten?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn sich nur lückenhafte Hinweise auf Beeinträchtigungen der Kommunikation in der Pflegedokumentation finden lassen, aber aufgrund anderer Informationen nachvollzogen werden kann, dass eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung erfolgt.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- eine Fehleinschätzung der kommunikativen Fähigkeiten oder der Kommunikationsbedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen vorliegt,
- Angehörige bei Bedarf nicht dabei unterstützt werden, Hilfen bei beeinträchtigter Kommunikation zu leisten
- die Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation lückenhaft ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise der Pflegebedürftige in seiner Kommunikation nicht entsprechend seiner Beeinträchtigungen unterstützt wird.

2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen

entfällt, da keine Aufgabe im Rahmen der vereinbarten oder verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten eine zielgerichtete Unterstützung, durch die Belastungen und Überforderungen des pflegebedürftigen Menschen sowie der Einfluss weiterer verhaltenswirksamer Faktoren reduziert werden und das Wohlbefinden des pflegebedürftigen Menschen gefördert wird.

Beschreibung

Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen umfasst vorrangig Maßnahmen der Beratung und Anleitung der Angehörigen (z.B. zur Anpassung der Tagesstruktur, zur Anpassung von Kommunikation und Pflegehandlungen, zur Reaktion auf kritische Situationen etc.). Zu prüfen ist, inwieweit der Pflegedienst darauf hinwirkt, die häusliche Versorgung des pflegebedürftigen Menschen mit herausforderndem Verhalten zu gewährleisten und entsprechende Maßnahmen zur Reduktion von Verhaltensweisen und zur Sicherstellung einer geeigneten Lebensumgebung durchgeführt werden.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:
Umgang der Angehörigen mit den Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Erfolgt eine systematische Erfassung der Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen sowie eine Beurteilung, inwieweit diese Verhaltensweisen ein Gefährdungspotenzial aufweisen oder aus anderen Gründen einen Bedarf auflösen?
2. Wurden verhaltenswirksame Faktoren identifiziert und Maßnahmen eingeleitet, um diese Faktoren zu begrenzen oder zu kompensieren?
3. Erhalten die Angehörigen eine Beratung und Anleitung von den Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes, die auf die individuelle Lebenssituation zugeschnitten ist?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise pflegerische Maßnahmen durchgeführt worden sind, aber lückenhaft dokumentiert wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine zutreffende Erfassung von Verhaltensweisen erfolgte.
- eine Erfassung, aber keine Bewertung erfolgte, inwieweit die Verhaltensweisen für den Pflegebedürftigen ein Problem darstellen.
- nicht versucht wurde, verhaltensrelevante Faktoren (z.B. umgebungsbedingte Überforderungen, Tagesstruktur, nächtliche Störungen, biografische Bezüge, Änderung der Medikation, Trauer etc.) zu identifizieren.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- auf eine psychische Belastung des Pflegebedürftigen weder direkt (durch entlastende Maßnahmen) noch indirekt (durch Beratung und Anleitung der Angehörigen) reagiert wurde.
- keine Unterstützung erfolgt, die direkt oder indirekt (über die Beratung der Angehörigen) auf die Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet ist.

2.5 Unterstützung bei der Körperpflege

entfällt, da keine Aufgabe im Rahmen der vereinbarten oder verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Der Pflegebedürftige erhält eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung bei der Körperpflege.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Maßnahmen der Körperpflege durchgeführt werden. Zu berücksichtigen ist dabei, inwieweit die Planung und Durchführung von Maßnahmen der Körperpflege an die Beeinträchtigungen, Ressourcen und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen angepasst sind und inwieweit Erhalt und Förderung der Selbständigkeit Bestandteil der Planung und Durchführung sind.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege:

Individuelle Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bei der Körperpflege:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Werden die vereinbarten Maßnahmen zur Unterstützung bei der Körperpflege durchgeführt?
2. Werden bei der Körperpflege die Wünsche des pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt?
3. Werden Auffälligkeiten des Hautzustands bei der Durchführung der Körperpflege und ggf. der Beratung der Angehörigen berücksichtigt?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn die vertraglich vereinbarte Durchführung der Körperpflege nicht vollständig dokumentiert wurde.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- ein auffälliger Hautzustand (Rötungen, Schuppungen) gegenüber Angehörigen/Betreuer nicht thematisiert oder nicht dokumentiert wurde.
- der Hautzustand bei der Frage nach einem erhöhten Dekubitusrisiko unberücksichtigt blieb.
- grundlegende Hygieneanforderungen bei der Körperpflege nicht berücksichtigt wurden.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Verschmutzungen der Haut, der Haare oder der Fingernägel auf eine unzureichende Körperpflege hinweisen.
- individuelle Wünsche (auch: religiöse Bedürfnisse) des pflegebedürftigen Menschen bei der Körperpflege nicht beachtet werden.
- vereinbarte Maßnahmen zur Unterstützung bei der Körperpflege nicht durchgeführt werden.

2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

entfällt, da keine Aufgabe im Rahmen der vereinbarten oder verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Der Pflegebedürftige wird durch den Pflegedienst bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bedarfs- und bedürfnisgerecht unterstützt.

Beschreibung

Zu prüfen ist, inwieweit der Pflegedienst eine bedarfsgerechte Unterstützung zur Sicherung und Förderung der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme durchführt und inwieweit hierbei etwaige Risiken für Mangelernährung berücksichtigt werden. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Angehörigen, Ärzten und anderen Berufsgruppen, sofern diese sich an der Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung des pflegebedürftigen Menschen beteiligen, ein. Hinweise für die Qualitätsbeurteilung finden sich im Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:
Körpergröße und Gewicht, Gewichtsverlauf:
Erkrankungen und Verhaltensweisen, die sich auf die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme auswirken:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Ist die Ernährungssituation inkl. Flüssigkeitsversorgung des pflegebedürftigen Menschen fachgerecht erfasst worden? Werden etwaige Risiken für eine Mangelernährung berücksichtigt?
2. Erfolgt eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme?
3. Werden erforderliche Hilfsmittel zur Unterstützung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme fachgerecht eingesetzt?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn die Selbstständigkeit bei der Nahrungsaufnahme in der Pflegedokumentation als weniger eingeschränkt beschrieben wird als sie tatsächlich ist, bei der Versorgung jedoch alle Beeinträchtigungen und das daraus resultierende Risiko der Mangelernährung berücksichtigt werden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- auf Veränderungen des Ernährungsverhaltens, etwa Anzeichen für eine reduzierte Nahrungsaufnahme, nicht reagiert wird und keine Rücksprache mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen bezüglich der veränderten Situation angestrebt wurde.
- die Nahrung nicht in einer Form angeboten wird, die auf die Beeinträchtigungen des pflegebedürftigen Menschen abgestimmt ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine ausreichende Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme erfolgt.
- der Pflegebedürftige Anzeichen einer Dehydration zeigt und der Pflegedienst nicht darauf reagiert hat.
- Wünsche des pflegebedürftigen Menschen ignoriert werden, obwohl hierfür keine gesundheitlichen Gründe vorliegen.

2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung

entfällt, da keine Aufgabe im Rahmen der vereinbarten oder verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Der Pflegebedürftige wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei der Ausscheidung bzw. der Kontinenzförderung unterstützt.

Beschreibung

Gegenstand der Prüfung ist die fachgerechte Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen mit dem Ziel, Kontinenzverluste zu kompensieren. Eingeschlossen ist sowohl die Harn- als auch die Stuhlkontinenz. Zu prüfen ist ebenfalls, ob Maßnahmen zur Förderung der Harnkontinenz eingeleitet wurden. Hinweise für die Qualitätsbeurteilung finden sich im Falle der Harnkontinenz im Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz:
Hilfebedarf im Zusammenhang mit der Ausscheidung und der Versorgung künstlicher Ausgänge:
Vorhandensein von künstlichen Ausgängen, Nutzung von Kathetern, Inkontinenzprodukten etc.:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Wurde die Kontinenz des pflegebedürftigen Menschen zutreffend erfasst?
2. Werden geeignete Maßnahmen zum Kontinenzertalt, zur Unterstützung bei Kontinenzverlust oder beim Umgang mit künstlichen Ausgängen durchgeführt?
3. Werden erforderliche Hilfsmittel fachgerecht eingesetzt?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn das Kontinenzprofil nicht ganz zutreffend dokumentiert ist, bei der Versorgung jedoch alle Beeinträchtigungen und das Ziel der Kontinenzförderung und Unterstützung bei der Ausscheidung berücksichtigt werden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- wichtige Hygieneanforderungen nicht berücksichtigt werden, hierdurch aber noch keine Probleme entstanden sind.
- die individuelle Maßnahmenplanung nicht auf die Beeinträchtigungen des pflegebedürftigen Menschen zugeschnitten ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- durch Vernachlässigung wichtiger Hygieneanforderungen Schädigungen der Haut eingetreten sind.
- die Durchführung der Maßnahmen nicht dem Bedarf und den individuellen Vereinbarungen entspricht.

2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte

entfällt, da keine Aufgabe im Rahmen der vereinbarten oder verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Der Pflegebedürftige wird bei der Tagesstrukturierung, Hilfen zur Gewährleistung einer bedürfnisgerechten Beschäftigung, Förderung/Unterstützung der sozialen Interaktion und Kommunikation fachgerecht unterstützt.

Beschreibung

Zu prüfen ist, inwieweit und in welcher Form der Pflegebedürftige eine fachgerechte Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Hilfen zur Gewährleistung einer bedürfnisgerechten Beschäftigung, Förderung/Unterstützung der sozialen Interaktion und Kommunikation erhalten hat und die Angehörigen bei Bedarf eine entsprechende Beratung und Anleitung erhalten.

Informationserfassung

Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte:

Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag des pflegebedürftigen Menschen:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Sind die Interessen an Aktivitäten und Gewohnheiten des pflegebedürftigen Menschen bekannt?
2. Wurde bei Bedarf mit dem Pflegebedürftigen (oder seinen Bezugspersonen/Angehörige) eine individuelle Tagesstrukturierung erarbeitet und wurde Unterstützung geleistet, diese Tagesstruktur umzusetzen?
3. Erhält der Pflegebedürftige Unterstützung dabei, bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Lebensalltag nachzugehen und soziale Kontakte zu pflegen?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn sich beispielsweise keine oder nur lückenhafte Hinweise auf die Ermittlung der relevanten Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen in der Pflegedokumentation finden lassen, aber aufgrund anderer Informationen nachvollzogen werden kann, dass die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bekannt sind.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- eine Tagesstrukturierung erarbeitet, aber nicht schriftlich fixiert wurde (z.B. nur mündlich kommuniziert wird).
- nicht erkennbar ist, dass reflektiert oder praktisch überprüft wurde, ob durch eine Anpassung der Tagesstrukturierung emotionale Belastungen oder Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen positiv beeinflusst werden können (falls ein entsprechender Bedarf besteht).
- die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen nicht bekannt sind.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine Tagesstrukturierung existiert, obwohl der Pflegebedürftige den Tag nicht selbstständig planen oder Planungen nicht umsetzen kann.
- die Tagesstrukturierung keinen Bezug zu den Bedürfnissen des pflegebedürftigen Menschen aufweist.
- vom Pflegebedürftigen gewünschte Aktivitäten aufgrund fehlender Unterstützung durch den Pflegedienst regelmäßig nicht durchgeführt werden können.

2.9 Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz

entfällt, da keine Aufgabe im Rahmen der vereinbarten oder verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Pflegende Angehörige erhalten Anleitung und Beratung zur Verbesserung ihrer Pflegekompetenz. Anleitung und Beratung sind auf die individuellen Lernvoraussetzungen, die individuelle Pflegesituation sowie die Wünsche der Angehörigen abgestimmt.

Beschreibung

Zu prüfen ist, wie der Pflegedienst Maßnahmen der Anleitung und Beratung durchführt. Wesentliche Elemente sind die Situations- und Problemanalyse (Bedarfsermittlung), die Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen und die anschließende Überprüfung ihrer Wirkung beim pflegenden Angehörigen. Der gesamte Prozess ist dabei auf die Interessen und Bedürfnisse des pflegenden Angehörigen abzustimmen. Die Mitarbeiter, die die Maßnahmen durchführen, sind Fachkräfte mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung.

Informationserfassung

Art und Umfang der Hilfen, die von den Angehörigen regelmäßig geleistet werden:
Selbsteinschätzung der Angehörigen (Selbsteinschätzung ihrer Pflegekompetenz):

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Wurden die individuellen Lernvoraussetzungen der Angehörigen sowie ihre pflegerischen Fertigkeiten erfasst?
2. Liegt eine mit den Angehörigen abgestimmte Planung zur Durchführung edukativer Maßnahmen vor, die den Wünschen der Angehörige entspricht und ihre Lernvoraussetzungen berücksichtigt?
3. Werden Anleitungen zur Verbesserung praktischer Fertigkeiten auf der Grundlage definierter Methoden durchgeführt? Wird den Angehörigen das jeweils relevante pflegerische Wissen vermittelt?
4. Wird die Entwicklung der Pflegekompetenz erfasst und in die Anpassung der Maßnahmenplanung einbezogen?
5. Wird die Beratung von Fachkräften durchgeführt?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn Lernvoraussetzungen lückenhaft dokumentiert, aber bei den Mitarbeitern bekannt sind.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die individuellen Lernvoraussetzungen der Angehörigen nicht erfasst worden sind.
- die Planung edukativer Maßnahmen die Wünsche und Voraussetzungen auf Seiten der Angehörigen berücksichtigt, die Planung aber nicht vollständig schriftlich dokumentiert ist
- Maßnahmen durch Mitarbeiter ohne ausreichende Qualifikation durchgeführt wurden
- Anleitung und Beratung unsystematisch erfolgen und bei den Angehörigen keine Kompetenzerweiterung erwarten lassen.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- bei der Planung und Durchführung der Maßnahmen die Wünsche des Angehörigen unberücksichtigt bleiben
- Anleitung und Beratung Hinweise enthalten, die fachlich kritisch zu bewerten sind.

2.10 Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz

entfällt, da keine Aufgabe im Rahmen der vereinbarten oder verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Der pflegebedürftige Mensch erhält Anleitung und Beratung zur Verbesserung seiner Pflegekompetenz. Anleitung und Beratung sind auf die individuellen Lernvoraussetzungen, die individuelle Pflegesituation sowie die Wünsche des pflegebedürftigen Menschen abgestimmt.

Beschreibung

Zu prüfen ist, wie der Pflegedienst Maßnahmen der Anleitung und Beratung durchführt. Wesentliche Elemente sind die Situations- und Problemanalyse (Bedarfsermittlung), die Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen und die anschließende Überprüfung ihrer Wirkung. Der gesamte Prozess ist dabei auf die Interessen und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen abzustimmen. Die Mitarbeiter, die die Maßnahmen durchführen, sind Fachkräfte mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung.

Informationserfassung

Bereiche der Selbstpflege, die im Rahmen der Anleitung und Beratung berücksichtigt werden:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Wurden die individuellen Lernvoraussetzungen erfasst?
2. Liegt eine mit dem pflegebedürftigen Menschen abgestimmte Planung zur Durchführung edukativer Maßnahmen vor, die seinen Wünschen entspricht und die Lernvoraussetzungen berücksichtigt?
3. Werden Anleitungen zur Verbesserung praktischer Fertigkeiten auf der Grundlage definierter Methoden durchgeführt? Wird dem pflegebedürftigen Menschen das jeweils relevante pflegerische Wissen vermittelt?
4. Wird die Entwicklung der Selbstpflegekompetenz erfasst und in die Anpassung der Maßnahmenplanung einbezogen?
5. Wird die Beratung von Fachkräften durchgeführt?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn Lernvoraussetzungen lückenhaft dokumentiert, aber bei den Mitarbeitern bekannt sind.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die individuellen Lernvoraussetzungen nicht erfasst worden sind.
- die Planung edukativer Maßnahmen Wünsche und Voraussetzungen auf Seiten des pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt, die Planung aber nicht vollständig schriftlich dokumentiert ist
- Maßnahmen durch Mitarbeiter ohne ausreichende Qualifikation durchgeführt werden
- Anleitung und Beratung unsystematisch erfolgen und keine Verbesserung der Selbstpflegkompetenz erwarten lassen.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- bei der Planung und Durchführung der Maßnahmen die Wünsche des pflegebedürftigen Menschen unberücksichtigt bleiben
- Anleitung und Beratung Hinweise enthalten, die fachlich kritisch zu bewerten sind.

2.11 Schmerzmanagement

Das Schmerzmanagement ist zu prüfen, wenn der Pflegedienst im Rahmen einer ärztlichen Verordnung zur Schmerzbehandlung tätig wird.

entfällt, da keine Aufgabe im Rahmen der vereinbarten oder verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Pflegebedürftige mit akuten oder chronischen Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Beschreibung

Zu prüfen ist die Gesamtheit des pflegerischen Schmerzmanagements. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Angehörigen, Ärzten und anderen Berufsgruppen, sofern sie mit dem Ziel der Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen bei der Schmerzbewältigung tätig werden, mit ein. Hinweise für die Qualitätsbeurteilung finden sich in den Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ und „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Informationserfassung

Individuelle Schmerzsituation (akut/chronisch, Lokalisation, Intensität):
Ärztliche Verordnungen und Anordnungen zur Schmerztherapie:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Ist die Schmerzsituation des pflegebedürftigen Menschen fachgerecht erfasst worden?
2. Erhält der Pflegebedürftige eine fachgerechte Unterstützung zur Schmerzbewältigung?
3. Sind die Angehörigen in der Lage, eine Schmerzeinschätzung durchzuführen, Schmerzen mitzuteilen und situationsgerechte Maßnahmen zur Reduktion bzw. Beseitigung der Schmerzen beizutragen?
4. Werden ärztliche Verordnungen zur Schmerztherapie berücksichtigt?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn in der Pflegedokumentation ungenaue Angaben zur Schmerzsituation vorliegen, das Schmerzmanagement jedoch ansonsten fachgerecht erfolgt.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Schmerzsituation in der Maßnahmenplanung nicht ausreichend berücksichtigt wird, der Pflegebedürftige aber dennoch eine der Schmerzsituation entsprechende Unterstützung erhält.
- relevante Veränderungen der Schmerzsituation nicht dem behandelnden Arzt mitgeteilt wurden.
- etwaige Nebenwirkungen der Schmerzmedikation unbeachtet blieben.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- geplante nichtmedikamentöse schmerzlindernde Maßnahmen (zum Beispiel Kälte- und Wärmeanwendungen, Massage, Hilfen zur Entspannung) nicht durchgeführt werden.
- Pflegebedürftige mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente nicht erhalten.

Bereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen

Bitte beachten:

Verordnungsfähige Leistungen, die den im Bereich 2 aufgeführten Maßnahmen entsprechen, sind an entsprechender Stelle im Bereich 2 und nicht im Bereich 3 zu bearbeiten.

Verordnete Maßnahme 1

entfällt, da keine Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet sind

Bitte Leistung eintragen:

--

Qualitätsaussage

Der Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen Verordnung:
Regelungen des geltenden Vertrags nach § 132a Abs. 4 SGB V hinsichtlich der Qualifikation der durchführenden Mitarbeiter:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?
2. Ist im Bedarfsfall (z.B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?
3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?
4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise im Bedarfsfall keine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erfolgt oder die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt wurden,
- weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

Verordnete Maßnahme 2

entfällt, da keine Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet sind

Bitte Leistung eintragen:

--

Qualitätsaussage

Der Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen Verordnung:
Regelungen des geltenden Vertrags nach § 132a Abs. 4 SGB V hinsichtlich der Qualifikation der durchführenden Mitarbeiter:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?
2. Ist im Bedarfsfall (z.B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?
3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?
4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise im Bedarfsfall keine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erfolgt oder die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt wurden,
- weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

Verordnete Maßnahme 3

entfällt, da keine Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet sind

Bitte Leistung eintragen:

--

Qualitätsaussage

Der Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen Verordnung:
Regelungen des geltenden Vertrags nach § 132a Abs. 4 SGB V hinsichtlich der Qualifikation der durchführenden Mitarbeiter:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?
2. Ist im Bedarfsfall (z.B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?
3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?
4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise im Bedarfsfall keine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erfolgt oder die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt wurden,
- weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

Bereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung

Hinweis: Die Beurteilung der Qualitätsaspekte im Bereich 4 kann nicht in Form einer standardisierten Bewertung erfolgen. Es erfolgt auch keine gesonderte Informationserfassung. Werden durch den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese im jeweils zugeordneten Textfeld „Auffälligkeiten oder Defizite“ aufzuführen. Sie sollten den leitenden Mitarbeitern des Pflegedienstes im Rahmen der Beratung erläutert werden.

4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen

Qualitätsaussage

Die Arbeit ambulanter Pflegedienste ist mit den in die Pflege involvierten Angehörigen des pflegebedürftigen Menschen abgestimmt und koordiniert.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob eine Abstimmung zwischen dem ambulanten Pflegedienst und den Angehörigen hinsichtlich der erforderlichen und erwünschten pflegerischen Unterstützung erfolgte.

Leitfragen

1. Wurden Gespräche mit den Angehörigen über die Pflegesituation geführt?
2. Wurden feste Vereinbarungen zur gemeinsamen Gestaltung der Pflegesituation getroffen?
3. Wurde auf die Wünsche der Angehörigen zur Gestaltung der Pflegesituation eingegangen?

Auffälligkeiten:

4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung

Qualitätsaussage

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes reagieren im Rahmen von Beratungsgesprächen sensibel auf Anzeichen von Gewaltanwendung, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung pflegebedürftiger Menschen. Sie streben an, in gravierenden Fällen Hilfen zur Begleitung der häuslichen Versorgung zu mobilisieren.

Beschreibung

Im Rahmen eines Fachgesprächs mit Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes wird der Umgang mit einem Verdacht oder einem konkreten Hinweis auf Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung erörtert. Im Mittelpunkt steht weniger die Qualitätsbewertung, sondern eher die gemeinsame Beratung möglicher Handlungsstrategien im konkreten Fall.

Leitfragen

1. Wurden im Rahmen der Pflege mögliche Anzeichen von Gewaltanwendung, Vernachlässigung, Missbrauch oder Unterversorgung wahrgenommen?
2. Wie wurde bei vorliegenden Anzeichen reagiert und welche Maßnahmen wurden ggf. ergriffen?
3. Welche Fragen und Unsicherheiten bestehen im Umgang mit Anzeichen für Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung?

Auffälligkeiten:

Allgemeine Anmerkungen zur Prüfung:

Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege

Abschlussbericht Anhang 2b

Bogen für die Prüfung auf der Ebene der Einrichtung

Übersicht:

Bereich 1: Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte	3
1.1 Aufnahmemanagement	3
1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren	4
1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation.....	5
Bereich 2: Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen	6
2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	6
2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition	7
2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation.....	8
2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen.....	9
2.5 Unterstützung bei der Körperpflege	10
2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	11
2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung	12
2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte	13
2.9 Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz.....	14
2.10 Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz	15
2.11 Schmerzmanagement.....	16
Bereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen	17
3.1 Maßnahmen im Rahmen der medikamentösen Therapie	17
3.2 Wundversorgung	18
3.3 Sonstige ärztlich verordnete Maßnahmen	19
Bereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung.....	20
4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen.....	20
4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung.....	20
Bereich 5: Qualitätsmanagement und Hygiene.....	21
5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten.....	21
5.2 Hygiene.....	22
5.3 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung	23

Bereich 1: Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte

1.1 Aufnahmemanagement

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt ein Aufnahmemanagement durch, mit dem sichergestellt wird, dass beim Erstgespräch mit dem pflegebedürftigen Menschen sowie bei der Wiederaufnahme/Übernahme aus dem Krankenhaus oder anderer Versorgungseinrichtungen die wesentlichen Informationen zur Pflegesituation erhoben und bei der Durchführung der Pflege genutzt werden.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>)

Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte
Defizite mit eingetretenen negativen Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts:

- 1. Keine/geringe Qualitätsdefizite
- 2. Moderate Qualitätsdefizite
- 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren

Qualitätsaussage

Der Pflegedienst trägt im Rahmen seiner Möglichkeiten und der mit dem Pflegehaushalt bestehenden vertraglichen Vereinbarungen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse aufgrund bestehender Risiken und Gefahren bei.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>)

Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte
Defizite mit eingetretenen negativen Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts:

- 1. Keine/geringe Qualitätsdefizite
- 2. Moderate Qualitätsdefizite
- 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation

Qualitätsaussage

Der Pflegedienst erfasst Hinweise auf eine Destabilisierung der Versorgungssituation und leitet im Rahmen seiner Einwirkungsmöglichkeiten Maßnahmen zur Abwendung einer solchen Destabilisierung ein.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>)

Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte
Defizite mit eingetretenen negativen Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts:

- 1. Keine/geringe Qualitätsdefizite
- 2. Moderate Qualitätsdefizite
- 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

Bereich 2: Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen

2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Der pflegebedürftige Mensch erhält eine bedarfsgerechte, den individuellen Vereinbarungen entsprechende Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern dies Bestandteil des Auftrags des Pflegedienstes ist – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>)

Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte
Defizite mit eingetretenen negativen Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts:

- 1. Keine/geringe Qualitätsdefizite
- 2. Moderate Qualitätsdefizite
- 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition

Qualitätsaussage

Der Pflegebedürftige erhält Maßnahmen zur Kompensation von Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten sowie zur Förderung kognitiver Fähigkeiten, die individuell auf seinen Lebensalltag und seine Bedürfnisse und Gewohnheiten abgestimmt sind. Pflegende Angehörige erhalten eine systematische Beratung und Anleitung, um den Pflegebedürftigen wirksam zu unterstützen.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>)

Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte
Defizite mit eingetretenen negativen Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts:

- 1. Keine/geringe Qualitätsdefizite
- 2. Moderate Qualitätsdefizite
- 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation

Qualitätsaussage

Pflegebedürftige mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten erhalten eine fachgerechte Unterstützung zur Kompensation von Beeinträchtigungen sowie zur Erhaltung kommunikativer Fähigkeiten. Eingeschlossen ist dabei ggf. auch die Beratung und Anleitung der Angehörigen.

Gesamtbeurteilung (GB) entfällt

Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>

Defizite mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern)</i>	Anzahl Versicherte
Defizite mit eingetretenen negativen Folgen <i>(bitte erläutern)</i>	Anzahl Versicherte

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts:

- 1. Keine/geringe Qualitätsdefizite
- 2. Moderate Qualitätsdefizite
- 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten eine zielgerichtete Unterstützung, durch die Belastungen und Überforderungen des Pflegebedürftigen sowie der Einfluss weiterer verhaltenswirksamer Faktoren reduziert werden und das Wohlbefinden des Pflegebedürftigen gefördert wird.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>

Defizite mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern)</i>	Anzahl Versicherte
Defizite mit eingetretenen negativen Folgen <i>(bitte erläutern)</i>	Anzahl Versicherte

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts:

- 1. Keine/geringe Qualitätsdefizite
- 2. Moderate Qualitätsdefizite
- 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.5 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Der Pflegebedürftige erhält eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung bei der Körperpflege.

Gesamtbeurteilung (GB) entfällt

Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>)

Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte
Defizite mit eingetretenen negativen Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts:

- 1. Keine/geringe Qualitätsdefizite
- 2. Moderate Qualitätsdefizite
- 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Qualitätsaussage

Der Pflegebedürftige wird durch den Pflegedienst bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bedarfs- und bedürfnisgerecht unterstützt.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>)

Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte
Defizite mit eingetretenen negativen Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts:

- 1. Keine/geringe Qualitätsdefizite
- 2. Moderate Qualitätsdefizite
- 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung

Qualitätsaussage

Der Pflegebedürftige wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei der Ausscheidung bzw. der Kontinenzförderung unterstützt.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>)

Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte
Defizite mit eingetretenen negativen Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts:

- 1. Keine/geringe Qualitätsdefizite
- 2. Moderate Qualitätsdefizite
- 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte

Qualitätsaussage

Der Pflegebedürftige wird bei der Tagesstrukturierung, Hilfen zur Gewährleistung einer bedürfnisgerechten Beschäftigung, Förderung/Unterstützung der sozialen Interaktion und Kommunikation fachgerecht unterstützt.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>)

Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte
Defizite mit eingetretenen negativen Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts:

- 1. Keine/geringe Qualitätsdefizite
- 2. Moderate Qualitätsdefizite
- 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.9 Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz

Qualitätsaussage

Pflegende Angehörige erhalten Anleitung und Beratung zur Verbesserung ihrer Pflegekompetenz. Anleitung und Beratung sind auf die individuellen Lernvoraussetzungen, die individuelle Pflegesituation sowie die Wünsche der Angehörigen abgestimmt.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>)

Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte
Defizite mit eingetretenen negativen Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts:

- 1. Keine/geringe Qualitätsdefizite
- 2. Moderate Qualitätsdefizite
- 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.10 Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz

Qualitätsaussage

Der pflegebedürftige Mensch erhält Anleitung und Beratung zur Verbesserung seiner Pflegekompetenz. Anleitung und Beratung sind auf die individuellen Lernvoraussetzungen, die individuelle Pflegesituation sowie die Wünsche des pflegebedürftigen Menschen abgestimmt.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>

Defizite mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern)</i>	Anzahl Versicherte
Defizite mit eingetretenen negativen Folgen <i>(bitte erläutern)</i>	Anzahl Versicherte

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts:

- 1. Keine/geringe Qualitätsdefizite
- 2. Moderate Qualitätsdefizite
- 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

2.11 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Pflegebedürftige mit akuten oder chronischen Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>)

Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte

Defizite mit eingetretenen negativen Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts:

- 1. Keine/geringe Qualitätsdefizite
- 2. Moderate Qualitätsdefizite
- 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

Bereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen

3.1 Maßnahmen im Rahmen der medikamentösen Therapie

Qualitätsaussage

Der pflegebedürftige Mensch wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Unterstützung erfolgt durch ausreichend qualifizierte Mitarbeiter und entspricht den ärztlichen Verordnungen sowie dem aktuellen Stand des Wissens. Die Weiterleitung erforderlicher Informationen an den behandelnden Arzt oder die behandelnden Ärzte ist sichergestellt.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>)

Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte
Defizite mit eingetretenen negativen Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts:

- 1. Keine/geringe Qualitätsdefizite
- 2. Moderate Qualitätsdefizite
- 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

3.2 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Wunden werden fachgerecht versorgt. Die Wundversorgung erfolgt durch ausreichend qualifizierte Mitarbeiter und entspricht den ärztlichen Verordnungen sowie dem aktuellen Stand des Wissens. Die Weiterleitung erforderlicher Informationen an den behandelnden Arzt oder die behandelnden Ärzte ist sichergestellt.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>)

Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte
Defizite mit eingetretenen negativen Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts:

- 1. Keine/geringe Qualitätsdefizite
- 2. Moderate Qualitätsdefizite
- 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

3.3 Sonstige ärztlich verordnete Maßnahmen

Qualitätsaussage

Der Pflegedienst führt die Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

Auffälligkeiten (<i>bitte erläutern</i>)

Defizite mit Risiko negativer Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte
Defizite mit eingetretenen negativen Folgen (<i>bitte erläutern</i>)	Anzahl Versicherte

Bitte führen Sie im folgenden Textfeld „Anmerkungen“ auch auf, welche Verordnungen in die Beurteilung eingeflossen sind.

Anmerkungen

Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts:

- 1. Keine/geringe Qualitätsdefizite
- 2. Moderate Qualitätsdefizite
- 3. Erhebliche Qualitätsdefizite
- 4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

Bereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung

Hinweis: Für die Qualitätsaspekte im Bereich 4 ist durch den Prüfdienst keine Beurteilung vorzunehmen, sondern eine Beratung des Prüfdienstes vorzunehmen.

4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen

Qualitätsaussage

Die Arbeit ambulanter Pflegedienste ist mit den in die Pflege involvierten Angehörigen des pflegebedürftigen Menschen abgestimmt und koordiniert.

Im Verlauf der Prüfung mehrfach festgestellte Auffälligkeiten:

Besondere Hinweise für den Pflegedienst:

4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung

Qualitätsaussage

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes reagieren im Rahmen von Beratungsgesprächen sensibel auf Anzeichen von Gewaltanwendung, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung pflegebedürftiger Menschen. Sie streben an, in gravierenden Fällen Hilfen zur Begleitung der häuslichen Versorgung zu mobilisieren.

Im Verlauf der Prüfung mehrfach festgestellte Auffälligkeiten:

Besondere Hinweise für den Pflegedienst:

Bereich 5: Qualitätsmanagement und Hygiene

5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten

Qualitätsaussage

Der Pflegedienst verfügt über ein systematisches Qualitätsmanagement und arbeitet eigenverantwortlich an der Behebung von Qualitätsdefiziten, die im Rahmen der internen Qualitätssicherung oder einer externen Qualitätsprüfung identifiziert worden sind. Er wendet im Rahmen seines internen Qualitätsmanagements geeignete Methoden und Verfahren an.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob der Pflegedienst Qualitätsdefizite erfasst und Maßnahmen zur Behebung plant und durchführt. Als Grundlage für die Prüfung dienen Prüfergebnisse vergangener externer Prüfungen und Ergebnisse des internen Qualitätsmanagements. Zu prüfen ist insbesondere, ob der ambulante Pflegedienst an der Behebung von Qualitätsdefiziten arbeitet und bewährte Methoden oder Verfahren des Qualitätsmanagements zur Anwendung kommen, die zu einer Weiterentwicklung der Pflegequalität beitragen. Hierzu gehören beispielsweise Fallbesprechungen, Pflegevisiten, die kollegiale Beratung, Qualitätszirkel und ggf. die Nutzung von Indikatoren für das interne Qualitätsmanagement.

Informationserfassung

Qualitätsdefizite, die bei der letzten externen Prüfung festgestellt wurden oder danach auftraten:
Interne Maßnahmen zur Identifizierung etwaiger Qualitätsdefizite:
Aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten:

Prüffragen:

1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
2. Werden geeignete Maßnahmen eingeleitet, um identifizierte Qualitätsprobleme zu beheben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> t.n.z.
3. Nutzt die Einrichtung Instrumente wie Expertenstandards, Leitlinien oder ggf. andere bei der Behebung von Qualitätsdefiziten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> t.n.z.
4. Sind die Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Erläuterungen:

--

5.2 Hygiene

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst berücksichtigt grundlegende hygienische Anforderungen in der Pflege. Dazu wird im Rahmen des Hygienemanagements ein für die Einrichtung spezifischer Hygieneplan als verbindliches Instrument zur Einhaltung der Infektionshygiene erstellt und regelmäßig aktualisiert.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob der Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement aufweist, durch das innerbetriebliche Verfahrensweisen in Bezug auf grundlegende hygienische Anforderungen geplant, eingehalten und umgesetzt werden.

Informationserfassung

Hygienepläne/Verfahrensweisen von aktuell versorgten pflegebedürftigen Menschen (i. d. Stichprobe):
Verfügbarkeit der zur Infektionsprävention notwendigen Hilfsmittel (z.B. Desinfektionsmittel, persönliche Schutzausrüstung usw.):

Prüffragen:

1. Liegen Verfahrensanweisungen vor, die sowohl die notwendige Basishygiene als auch die aufgrund einer individuellen Risikobewertung notwendigen Hygienemaßnahmen berücksichtigen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Entsprechen die Verfahrensweisen den gesetzlichen Anforderungen und fachlichen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Stehen die notwendigen Hilfsmittel zur Umsetzung der hygienischen Anforderungen zur Verfügung (z.B. Desinfektionsmittel, Handschuhe, Schutzkleidung)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Wird die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen regelmäßig überprüft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erläuterungen:

--

5.3 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung hält qualifizierte Leitungskräfte vor. Die Pflegedienstleitung nimmt ihre Aufgaben zur Gewährleistung von Fachlichkeit und einer angemessenen Dienstorganisation wahr.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Anforderungen an die Qualifikation der Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung sowie Anforderungen an die Regelung ihrer Aufgabenbereiche erfüllt werden. Zu prüfen ist ferner, ob die Pflegedienstleitung die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft der Einrichtung wahrnimmt und ob sie für eine angemessene Dienstorganisation Sorge trägt.

Informationserfassung

Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung in diesem Pflegedienst (wöchentlicher Stundenumfang):
Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung in der Pflege tätig sind:

Prüffragen:

1. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Möglichkeiten für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen, die beim jeweiligen Versicherten zu beachten sind?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erläuterungen:

--

Projekt „Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege“

Abschlussbericht

Anhang 3

Anlage

zur Verfahrensbeschreibung für das Prüfverfahren:

Erläuterungen zu den Leitfragen (Ausfüllanleitung)

Stand 20. August 2018

1. Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Qualitätsaspekte.....	3
1.1 Aufnahmemanagement.....	3
1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren.....	4
1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation	5
2. Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen	6
2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	7
2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition	8
2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation	9
2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen	10
2.5 Unterstützung bei der Körperpflege	12
2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.....	13
2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung.....	14
2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte.....	15
2.9 Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der.....	16
Pflegekompetenz	16
2.10 Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der.....	17
Selbstpflegekompetenz.....	17
2.11 Schmerzmanagement	18
3. Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen	19
3.1 Ärztlich verordnete Maßnahmen.....	20
3.1a Ärztlich verordnete Maßnahmen - Absaugen	21
3.1b Ärztlich verordnete Maßnahmen – Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung.....	22
3.1c Ärztlich verordnete Maßnahmen – Blasenspülung	23
3.1d Ärztlich verordnete Maßnahmen – Blutdruckmessung, Blutzuckermessung	24
3.1e Ärztlich verordnete Maßnahmen - Wundversorgung (Dekubitusbehandlung, Stomabehandlung, Verbände)	25
3.1f Ärztlich verordnete Maßnahmen – Drainagen, Überprüfen, Versorgen	26
3.1g Ärztlich verordnete Maßnahmen – Infusionen i.v.	27

3.1h	Ärztlich verordnete Maßnahmen – Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins	28
3.1i	Ärztlich verordnete Maßnahmen – Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten.....	29
3.1j	Ärztlich verordnete Maßnahmen - Medikamente	30
3.1k	Ärztlich verordnete Maßnahmen – Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern bei gesicherter Diagnose.....	31
3.1l	Ärztlich verordnete Maßnahmen – Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der.....	32
3.1m	Ärztlich verordnete Maßnahmen – Venenkatheter, Pflege des zentralen	33
4.	Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung	34
4.1	Zusammenarbeit mit Angehörigen	34
4.2	Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung.....	35
5.	Einrichtungsbezogene Prüfung	36
5.1	Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten	36
5.2	Hygiene.....	37
5.3	Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung	38

1. Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Qualitätsaspekte

1.1 Aufnahmemanagement

Zu prüfen ist, wie der ambulante Pflegedienst das Aufnahmemanagement bei Erstaufnahmen und Übernahmen durchführt. Geprüft wird das Aufnahmemanagement bei pflegebedürftigen Menschen, die innerhalb der letzten sechs Monate neu oder wieder vom Pflegedienst aufgenommen wurden.

Dieser Qualitätsaspekt bezieht sich auf die Informationssammlung durch den ambulanten Pflegedienst zu Beginn oder Wiederbeginn der Pflege. Unabhängig von Art und Umfang der vereinbarten Leistungen sind Informationen zum Ausmaß der individuellen Beeinträchtigungen und Ressourcen des pflegebedürftigen Menschen sowie zu vorliegenden ärztlichen Diagnosen erforderlich.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Ist ein strukturiertes Vorgehen bei der Informationssammlung und der anschließenden Planung und Vereinbarung von Maßnahmen erkennbar? Wurden die individuellen pflegerelevanten Einschränkungen, Ressourcen und Fähigkeiten erfasst?

Es ist zu prüfen, ob ein strukturiertes Vorgehen angewandt wird, mit dem die wesentlichen Informationen der Pflegesituation erfasst werden können. Dieses Vorgehen kann sich an den Prinzipien des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation orientieren, ebenso jedoch auf anderen Systematisierungsansätzen zur Gestaltung des Pflegeprozesses basieren (z.B. an Lebensaktivitäten orientierten Modellen).

2. Wurde der pflegebedürftige Mensch zu seiner Sichtweise bei der Informationssammlung und der Planung und Vereinbarung von Maßnahmen befragt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob der pflegebedürftige Mensch die Gelegenheit hatte, seine Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und auf individuelle Aspekte seiner Pflegesituation hinzuweisen. Zudem geht es darum, ob seine Perspektive bei der Planung von Maßnahmen berücksichtigt wurde.

3. Wurden weitergehende Informationen mit Relevanz für die Durchführung der Pflege erhoben (z.B. Medikation, Behandlungsverläufe, Versorgung durch andere Personen und Einrichtungen)?

Angesprochen sind mit dieser Frage Informationen über verfügbare medizinische Diagnosen, den Medikamentenplan, Konsequenzen aus Krankenhausbehandlungen sowie Leistungen und Maßnahmen anderer Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienstleistungen, soweit sie von Relevanz für den Pflegeprozess im entsprechenden Haushalt sind.

In der Gesamtbetrachtung der drei Leitfragen sollte deutlich werden, dass die wesentlichen Informationen für die Durchführung des Pflegeprozesses erfasst wurden und Eingang in die Planung und Vereinbarung von Maßnahmen zwischen dem Pflegedienst und dem pflegebedürftigen Menschen gefunden haben.

1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren

Zu prüfen ist, ob der Pflegedienst mögliche Risiken und Gefahren für den pflegebedürftigen Menschen erkannt und darauf reagiert hat. Relevant sind hierbei gesundheitlich bedingte, verhaltensbedingte und umgebungsbedingte Risiken und Gefahren. Sofern Risiken und Gefahren vorliegen, ist zu prüfen, ob im Rahmen der Möglichkeiten des Pflegedienstes Aktivitäten zur Prävention dieser Risiken und Gefahren vorgeschlagen oder initiiert wurden.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Hat der Pflegedienst offenkundige Risiken und Gefahren in der Pflegesituation erkannt?

Durch die regelmäßige Präsenz in der häuslichen Umgebung, durch die Kommunikation mit dem pflegebedürftigen Menschen und seinen Angehörigen, durch Beobachtungen während der Durchführung der Pflege und schließlich auch durch die Informationserfassung, die zur Durchführung der vereinbarten Leistungen erforderlich sind, erhalten die Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes Kenntnis darüber, ob und ggf. welche Risiken und Gefahren in einer Pflegesituation vorhanden sind. Die Frage zielt dementsprechend auf *offenkundige* Risiken und Gefahren, d.h. auf Sachverhalte, die die Mitarbeiter im Rahmen der Durchführung des individuellen pflegerischen Auftrags wahrnehmen, ohne hierfür gesonderte Assessmentschritte zu unternehmen. Gemeint sind also Risiken und Gefahren, die auch für den Prüfdienst, der die Lebens- und Versorgungssituation des Versicherten ja weit weniger genau kennt als die Mitarbeiter des Pflegedienstes, während des Hausbesuchs offenkundig sind.

Zu den gesundheitsbedingten Risiken gehören Aspekte, die sich durch vorliegende Erkrankungen ergeben, Beeinträchtigungen des Hör- und Sehvermögens sowie kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen. Einige gesundheitliche Beeinträchtigungen können weitere spezifische Risiken nach sich ziehen (wie z. B. Sturzgefahr, Gefahr der Entstehung eines Dekubitus oder Ernährungsprobleme).

Zu den verhaltensbedingten Risiken zählen oftmals durch psychische Problemlagen hervorgerufene Verhaltensweisen mit daraus resultierenden Risiken.

Mit den umgebungsbedingten Risiken sind mögliche Gegebenheiten in der Wohnumgebung des pflegebedürftigen Menschen angesprochen.

2. Wurden im Fall vorliegender Risiken und Gefahren diese bei der Maßnahmenplanung im Pflegeprozess berücksichtigt?

Um die angesprochenen Risiken (z.B. ein hohes Sturzrisiko) bei der Durchführung der Pflege zu berücksichtigen, kann eine Anpassung der Maßnahmenplanung erforderlich sein.

3. Wurden dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen bestehende Risiken und Gefahren verdeutlicht?

Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob eine Kommunikation (Aufklärung) zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen und dem Pflegedienst über bestehende Risiken und Gefahren stattgefunden hat.

4. Wurden Möglichkeiten zur Vermeidung von Risiken und Gefahren aufgezeigt und der pflegebedürftige Mensch und ggf. seine Angehörigen hierzu beraten?

Im Falle vorliegender Risiken und Gefahren sollten der pflegebedürftige Mensch und seine Angehörigen über die Risiken aufgeklärt und zu ihrer Vermeidung beraten werden.

1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation

Von Relevanz ist eine Destabilisierung der Versorgungssituation, die dadurch entsteht, dass Versorgungsanforderungen oder Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen zu einer Überforderung des bestehenden Hilfenetzes (Angehörige und ggf. weitere Personen) führen oder bislang verfügbare Hilfen wegzufallen drohen. Bei Alleinlebenden sind analog dazu zunehmende Einbußen der Selbstpflegekompetenz zu berücksichtigen, die nicht durch andere Personen oder durch Dienstleistungen kompensiert werden.

Zu prüfen ist, ob der Pflegedienst offensichtliche Anzeichen hierfür erkannt hat. Ist dies der Fall, so ist weiterhin zu prüfen, ob Aktivitäten zur Verhinderung einer Destabilisierung vorgeschlagen oder initiiert wurden.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurden offenkundige Anzeichen einer Überforderung des Hilfenetzes, einer abnehmenden Pflegebereitschaft oder einer abnehmenden Selbstpflegefähigkeit erkannt?

Angesprochen ist mit dieser Frage die Stabilität der häuslichen Versorgung hinsichtlich der individuellen Selbstpflegekompetenzen oder der Unterstützungsleistungen durch Familienmitglieder, Freunde oder Nachbarn des pflegebedürftigen Menschen.

Eine Destabilisierung einer Pflegesituation kann durch Veränderungen auf Seiten des pflegebedürftigen Menschen entstehen durch einen fortschreitenden Verlauf einer bestehenden Erkrankung, eine zunehmende Beeinträchtigung der Selbstständigkeit in wesentlichen Lebensbereichen und Aktivitäten und anderer Aspekte, die einen erhöhten physischen und psychischen Einsatz bei der Pflege erfordern.

Die Stabilität kann ebenso durch Veränderungen auf Seiten der Pflegepersonen eintreten wie z. B. durch die Dauer der physischen und psychischen Belastung durch die Pflege oder durch mit der Pflege konkurrierende familiäre, berufliche oder andere Verpflichtungen.

Ähnlich wie im Falle des Qualitätsaspekts 1.2 geht es an dieser Stelle um *offenkundige* Sachverhalte, also Sachverhalte, die im Rahmen der Durchführung des individuellen pflegerischen Auftrags wahrnehmbar sind, ohne hierfür gesonderte Assessmentschritte zu unternehmen.

2. Wurde im Gespräch mit dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen auf die Möglichkeit einer Destabilisierung der Versorgungssituation hingewiesen? Wurden Möglichkeiten aufgezeigt, einer Destabilisierung entgegenzuwirken?

Zu beurteilen ist, ob im Falle von Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation eine Kommunikation (Aufklärung) zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen und dem Pflegedienst stattgefunden hat, in der auf die beobachteten Tendenzen einer Destabilisierung hingewiesen wurde und während der auf Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation – beispielsweise durch die Inanspruchnahme teilstationärer Angebote oder Maßnahmen zur Entlastung der Angehörigen durch Einbeziehung weiterer Personen in die Pflege – hingewiesen wurde.

2. Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen

In diesem Prüfbereich sind Qualitätsaspekte aufgeführt, die Gegenstand der Vereinbarung zwischen ambulantem Pflegedienst und Pflegehaushalt sein können. Die Prüfung folgt dem Grundsatz, dass Qualitätsaspekte, die außerhalb der Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes liegen, keiner Qualitätsbeurteilung unterzogen werden. Das bedeutet, dass die in diesem Bereich aufgeführten Qualitätsaspekte nur dann in die Prüfung einzubeziehen sind, wenn sie Bestandteil des durch einen Vertrag geregelten Auftrags des Pflegedienstes sind. So wird beispielsweise die Unterstützung im Bereich der Kommunikation nicht in die Prüfung einbezogen, wenn keine vertraglich vereinbarte Leistung vorliegt. Besonders im Falle der Qualitätsaspekte 2.2 bis 2.4 und 2.8 bis 2.10 ist zu beachten, dass sie derzeit (August 2018) noch selten Bestandteil der Rahmenverträge auf Länderebene sind, die den Leistungsrahmen der ambulanten Pflege definieren. Sie werden vorerst nur selten Gegenstand der externen Qualitätsprüfung sein. Für die nach dem SGB XI erbrachten Leistungen bedeutet das, dass ein expliziter Auftrag bzw. eine explizite Vereinbarung bestehen muss, dass die betreffende pflegerische Hilfe zu leisten ist (z.B. Unterstützung im Bereich der Mobilität). Dabei ist zu betonen, dass der betreffende Qualitätsaspekt nicht erst dann relevant ist, wenn die Leistungen nach einem analog benannten Leistungskomplex erbracht werden. Entscheidend ist vielmehr, dass sie *dem Inhalt nach* Bestandteil der vereinbarten Leistungen sind.

Dieser Grundsatz gilt auch für Detailfragen. Besteht beispielsweise zwischen dem Pflegedienst und dem pflegebedürftigen Menschen keine Vereinbarung darüber, dass eine systematische Förderung der Mobilität erfolgt, so sind die damit verbundenen Aspekte, die in den Leitfragen angesprochen werden, für die Qualitätsbeurteilung nicht relevant.

Einige der Qualitätsaspekte enthalten Leitfragen, in denen es um die Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln geht. In diesem Zusammenhang sind zwei Konstellationen denkbar, die mit unterschiedlichen Konsequenzen für die Qualitätsprüfung einhergehen:

- a) benötigte Hilfsmittel sind im Pflegehaushalt verfügbar – in diesem Fall geht es um die Unterstützung bei der Nutzung bereits vorhandener Hilfsmittel durch den pflegebedürftigen Menschen
- b) Hilfsmittel sind nicht im Pflegehaushalt verfügbar – in diesem Fall kann der Pflegedienst die Beschaffung oder Verordnung von Hilfsmitteln anregen. Sofern ein empfohlenes Hilfsmittel durch den pflegebedürftigen Menschen nicht für erforderlich erachtet wird oder die Beschaffung aus anderen Gründen abgelehnt wird, eine Verordnung nicht ausgestellt oder nicht genehmigt wird, ist der jeweilige Teil des Qualitätsaspekts für die Qualitätsprüfung nicht relevant.

2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Zu prüfen ist die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen mit dem Ziel, verlorene Selbständigkeit bei der Fortbewegung und Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit auszugleichen und Mobilität zu erhalten und zu fördern. Zu prüfen ist ferner, ob die mit Mobilitätseinbußen assoziierten Gefährdungen erfasst werden und der Pflegedienst im Rahmen seiner Einwirkungsmöglichkeiten Maßnahmen einleitet, die zur Vermeidung oder Reduzierung von Gefährdungen beitragen.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurden Beeinträchtigungen und Ressourcen im Bereich der Mobilität erfasst und unter Berücksichtigung eines früheren Mobilitätsstatus beurteilt?

Zu beurteilen ist, ob eine individuelle, situationsgerechte Erfassung/ Beschreibung der Beeinträchtigungen und Ressourcen der Selbständigkeit im Bereich der Mobilität und eine Bewertung vor dem Hintergrund vorheriger Erfassungen der Mobilität erfolgt sind. Hinweise zur Erfassung des Mobilitätsstatus finden sich im Entwurf des Expertenstandards zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

2. Entspricht die Unterstützung bei der Mobilität dem individuellen Bedarf des pflegebedürftigen Menschen?

Zu beurteilen ist, ob die individuelle Maßnahmenplanung dem jeweiligen Mobilitätsstatus entspricht.

3. Werden zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität durchgeführt, die auf die noch vorhandenen Fähigkeiten und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen abgestimmt sind?

Angesprochen sind hiermit Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität im Sinne des Expertenstandards, die mit dem pflegebedürftigen Menschen durchgeführt wurden.

Wurden dem pflegebedürftigen Menschen zielgerichtete Maßnahmen zur Mobilitätsförderung angeboten, von ihm jedoch nicht in Anspruch genommen oder abgelehnt, sollte dies vermerkt sein.

4. Wurden die vorliegenden Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Einschätzung gesundheitlicher Risiken berücksichtigt?

Angesprochen sind damit mögliche Sturzgefahren, das Risiko der Entstehung eines Dekubitus und fortschreitende Funktionsbeeinträchtigungen.

5. Wird der pflegebedürftige Mensch bei Bedarf bei der Nutzung von Hilfsmitteln für die Fortbewegung angeleitet oder beraten?

Es ist zu beurteilen, ob der pflegebedürftige Mensch – soweit erforderlich – Unterstützung bei der sachgerechten Nutzung von Hilfsmitteln erhält.

2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition

Zu prüfen ist die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen zur Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen im Rahmen der individuellen Maßnahmenplanung. Diese Unterstützung umfasst beispielsweise Orientierungs-, Deutungs- und Erinnerungshilfen, die Unterstützung bei Entscheidungen im Lebensalltag und die Begleitung bei Aktivitäten, die aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen nicht allein durchgeführt werden könnten. Zu prüfen sind des Weiteren Maßnahmen zur Förderung kognitiver Fähigkeiten, beispielsweise in Form von biografieorientierter Einzelbetreuung. Gegenstand der Prüfung ist schließlich auch die systematische Beratung und Anleitung Angehöriger mit dem Ziel, bei beeinträchtigter Kognition wirksame Hilfe zu leisten.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Liegt eine aktuelle, zutreffende Einschätzung der kognitiven Beeinträchtigungen und ihrer Konsequenzen für den Lebensalltag vor?

Zu beurteilen ist, ob eine individuelle Erfassung und Beschreibung der Fähigkeiten zur zeitlichen, örtlichen und situativen Orientierung vorliegt und eine Einschätzung der Fähigkeiten zur Erkennung von Personen und Erinnerung von Sachverhalten vorgenommen wurde.

2. Erhält der pflegebedürftige Mensch eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung in Form von Orientierungs-, Deutungs- und Erinnerungshilfen bei alltäglichen Aktivitäten?

Bei dieser Frage ist zu beurteilen, ob die geplanten Maßnahmen den kognitiven Fähigkeiten entsprechen und auf die Förderung und den Erhalt kognitiver Fähigkeiten ausgerichtet sind.

3. Werden die Angehörigen dabei unterstützt, wirksame Hilfe zur Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen und zur Förderung kognitiver Fähigkeiten zu leisten? Werden sie dabei unterstützt, eine bedürfnisgerechte Tagesstruktur aufrechtzuerhalten?

Zu beurteilen ist, ob die Angehörigen durch den ambulanten Pflegedienst bei der Erhaltung und Förderung kognitiver Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen unterstützt werden, z.B. durch Information und Beratung zum Umgang mit beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen.

2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation

Gegenstand der Prüfung sind Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Kommunikation, einschließlich der Beratung und Anleitung der Angehörigen. Zu prüfen ist dementsprechend, inwieweit der pflegebedürftige Mensch eine fachgerechte Unterstützung zur Kompensation von Beeinträchtigungen sowie zur Erhaltung kommunikativer Fähigkeiten erhält, um die Kommunikation mit vertrauten Bezugspersonen, Freunden oder Bekannten aufrechtzuerhalten. Zu prüfen ist ferner, ob und wie die Angehörigen durch Beratung und Anleitung dabei unterstützt werden, wirksame Hilfe zur Kompensation von Beeinträchtigungen der Kommunikation zu leisten.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Liegt eine aktuelle, zutreffende Einschätzung der kommunikativen Fähigkeiten vor?

Von Bedeutung sind dabei alle Formen der Kommunikation mit anderen Personen, die es dem pflegebedürftigen Menschen ermöglichen, seine Sichtweise und Wünsche mitzuteilen und Informationen anderer Personen zu verstehen.

2. Erhält der pflegebedürftige Mensch eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung bei der Kommunikation und der Pflege sozialer Kontakte?

Zu beurteilen ist, ob die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen bei der Kommunikation mit anderen Personen entsprechend seiner kommunikativen Fähigkeiten erfolgt. Dies schließt die Nutzung technischer und anderer Hilfsmittel ein, die die Kommunikation unterstützen können.

3. Werden die Angehörigen bei Bedarf dabei unterstützt, Hilfe im Bereich der Kommunikation zu leisten?

Die Auswirkungen von Beeinträchtigungen bei der Kommunikation betreffen vor allem das Verhältnis des pflegebedürftigen Menschen zu seinen Angehörigen. Die Unterstützung bei der Kommunikation sollte daher auch für Angehörige erfolgen, sofern diese einen entsprechenden Bedarf äußern. Hierzu zählt z.B. die Verbesserung von Kenntnissen und Fertigkeiten im Umgang mit Hilfsmitteln (z.B. Cochlea-Implantat) sowie die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit.

2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen

Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen umfasst vorrangig Maßnahmen der Beratung und Anleitung der Angehörigen (z.B. zur Anpassung der Tagesstruktur, zur Anpassung von Kommunikation und Pflegehandlungen, zur Reaktion auf kritische Situationen etc.). Zu prüfen ist, inwieweit der Pflegedienst darauf hinwirkt, die häusliche Versorgung des pflegebedürftigen Menschen mit herausforderndem Verhalten zu gewährleisten und entsprechende Maßnahmen zur Reduktion von Verhaltensweisen und zur Sicherstellung einer geeigneten Lebensumgebung durchgeführt werden.

Erläuterungen:

Angesprochen sind an dieser Stelle Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, die auch im Rahmen der Begutachtung nach dem SGB XI berücksichtigt werden. Es handelt sich um Verhaltensweisen, die einen Hilfebedarf begründen, weil sie zu Gefährdungen führen oder eine Beeinträchtigung für den betreffenden Pflegebedürftigen oder seine Umgebung darstellen. Ein solches Verhalten entsteht beispielsweise durch Situationen, die eine Überforderung mit sich bringen, oder durch die fehlende Fähigkeit, mit emotionalen Impulsen kontrolliert umzugehen. In der Regel sind solche Verhaltensprobleme mit kognitiven Beeinträchtigungen verbunden, die zum Verlust der Impulskontrolle und Selbststeuerungsfähigkeit führen. Angesprochen sind aber auch psychische Problemlagen, die ebenfalls einen Hilfebedarf begründen.

Zu diesen Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen gehören (nähere Definitionen finden sich in der aktuellen Begutachtungs-Richtlinie):

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Nächtliche Unruhe
- Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
- Beschädigung von Gegenständen
- Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- Verbale Aggression
- Andere vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

Von entscheidender Bedeutung ist, dass diese Verhaltensweisen einen Bedarf an Unterstützung begründen. So sind beispielsweise alle Menschen vom Gefühl der Angst betroffen. Dieses Gefühl kann allerdings so übermächtig werden, dass es nicht kontrolliert werden kann und eine folgenreiche emotionale Krise auslöst. Insbesondere bei Demenzkranken ist zu beobachten, dass langandauernde, ausgeprägte Ängste entstehen, die die betreffenden Personen selbst nicht kontrollieren kann.

Dementsprechend ist bei der Prüfung zu berücksichtigen, dass nicht das Verhalten an sich, sondern die mit einem Verhalten verbundene Problematik für das Alltagsleben des Pflegebedürftigen oder für seine soziale Umgebung einen Hilfebedarf begründet.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Erfolgt eine systematische Erfassung der Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen sowie eine Beurteilung, inwieweit diese Verhaltensweisen ein Gefährdungspotenzial aufweisen oder aus anderen Gründen einen Bedarf auslösen?

Gefragt ist dabei die Erfassung unterschiedlicher Verhaltensweisen und – soweit möglich – auslösender Faktoren und aus den Verhaltensweisen resultierender Konsequenzen.

2. Wurden verhaltenswirksame Faktoren identifiziert und Maßnahmen eingeleitet, um diese Faktoren zu begrenzen oder zu kompensieren?

Zu beurteilen ist, ob der Einschätzung der Verhaltensweisen und Problemlagen entsprechende umgebungsbezogene oder verhaltensbezogene Maßnahmen durchgeführt werden und eine Unterstützung bei der Alltagsgestaltung des pflegebedürftigen Menschen erfolgt.

3. Erhalten die Angehörigen eine Beratung und Anleitung von den Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes, die auf die individuelle Lebenssituation zugeschnitten ist?

Zu beurteilen ist, ob die Angehörigen eine Beratung mit dem Ziel der Entlastung oder dem Ziel der Kompetenzerweiterung im Umgang mit Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen erhalten haben.

2.5 Unterstützung bei der Körperpflege

Zu prüfen ist, ob die Maßnahmen der Körperpflege durchgeführt werden. Zu berücksichtigen ist dabei, inwieweit die Planung und Durchführung von Maßnahmen der Körperpflege an die Beeinträchtigungen, Ressourcen und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen angepasst sind und inwieweit Erhalt und Förderung der Selbständigkeit Bestandteil der Planung und Durchführung sind.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden vereinbarte Maßnahmen zur Unterstützung der Körperpflege durchgeführt?

Zu beurteilen ist, ob die individuelle Maßnahmenplanung eine bedarfsgerechte Unterstützung bei der Körperpflege gewährleistet und die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt werden.

2. Werden bei der Körperpflege die Wünsche des pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt?

In diesem Zusammenhang ist zu beurteilen, ob die Wünsche des pflegebedürftigen Menschen hinsichtlich der Unterstützung bei der Körperpflege Berücksichtigung finden.

3. Werden Auffälligkeiten des Hautzustands bei der Durchführung der Körperpflege und ggf. der Beratung von Angehörigen berücksichtigt?

Mit dieser Frage ist die Notwendigkeit der Beobachtung verschiedener Aspekte (z.B. Haut, Schleimhaut, Mund, Zähne) während der Körperpflege angesprochen. Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob systematische Beobachtungen relevanter Körperpartien stattfinden und ob vorhandene Auffälligkeiten angesprochen und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen mit den Auffälligkeiten gegeben wurden.

2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Zu prüfen ist, inwieweit der ambulante Pflegedienst eine bedarfsgerechte Unterstützung zur Sicherung und Förderung der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme durchführt und inwieweit hierbei etwaige Risiken für Mangelernährung berücksichtigt werden. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Angehörigen, Ärzten und anderen Berufsgruppe ein, sofern diese sich an der Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung des pflegebedürftigen Menschen beteiligen. Hinweise für die Qualitätsbeurteilung finden sich im Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Ist die Ernährungssituation inkl. Flüssigkeitsversorgung des pflegebedürftigen Menschen fachgerecht erfasst worden? Werden etwaige Risiken für eine Mangelernährung berücksichtigt?

Zu beurteilen ist, ob eine fachgerechte Einschätzung der Ernährungssituation und möglicher Anzeichen für eine Mangelernährung und einer unzureichenden Flüssigkeitsaufnahme stattgefunden hat.

2. Erfolgt eine ausreichende, bedürfnisgerechte Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme?

Bei dieser Frage ist zu beurteilen, ob die aktuelle Ernährungssituation in der Planung und Vereinbarung von Maßnahmen zur Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme berücksichtigt und die entsprechenden Maßnahmen durchgeführt wurden. Beurteilt werden soll zudem, ob die Wünsche des pflegebedürftigen Menschen hinsichtlich der Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme erfragt und berücksichtigt wurden. Abschließend umfasst die bedürfnisgerechte Unterstützung die Beobachtung der Ernährungssituation und ggf. Einleitung weiterer Maßnahmen (z. B. Beratung und Aufklärung des pflegebedürftigen Menschen und ggf. seiner Angehörigen, Information des behandelnden Arztes).

3. Werden erforderliche Hilfsmittel zur Unterstützung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme eingesetzt?

Es ist zu beurteilen, ob der pflegebedürftige Mensch – soweit erforderlich - Unterstützung bei der sachgerechten Nutzung von Hilfsmitteln erhält.

2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung

Gegenstand der Prüfung ist die fachgerechte Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen mit dem Ziel, Kontinenzverluste zu kompensieren. Eingeschlossen ist sowohl die Harn- als auch die Stuhlkontinenz. Zu prüfen ist ebenfalls, ob Maßnahmen zur Förderung der Harnkontinenz eingeleitet wurden. Hinweise für die Qualitätsbeurteilung finden sich im Falle der Harnkontinenz im Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurde die Kontinenz des pflegebedürftigen Menschen zutreffend erfasst?

Es ist zu beurteilen, ob eine fachgerechte Einschätzung vorliegt, die den aktuellen Status der Kontinenz des pflegebedürftigen Menschen zutreffend und nachvollziehbar abbildet. Im Fall der Harnkontinenz ist eine Darstellung des jeweiligen Kontinenzprofils gemäß Expertenstandard zu erwarten. Der Nachweis erfolgt anhand entsprechender Einträge in der Pflegedokumentation, die durch Angaben der Mitarbeiter der Einrichtung ergänzt werden können.

2. Werden geeignete Maßnahmen zum Kontinenzzerhalt, zur Unterstützung bei Kontinenzverlust oder beim Umgang mit künstlichen Ausgängen durchgeführt?

Zu beurteilen ist,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung die festgestellten Beeinträchtigungen der Kontinenz berücksichtigt und die Maßnahmen durchgeführt werden
- ob Wünsche des pflegebedürftigen Menschen im Hinblick auf die Unterstützung bei der Ausscheidung berücksichtigt werden und
- ob die Entwicklung der Kontinenz des pflegebedürftigen Menschen beobachtet wird und bei Besonderheiten ggf. weitere Maßnahmen eingeleitet werden (z. B. Beratung und Aufklärung des pflegebedürftigen Menschen und ggf. seiner Angehörigen, Information des behandelnden Arztes).

3. Werden erforderliche Hilfsmittel fachgerecht eingesetzt?

Es ist zu beurteilen, ob der pflegebedürftige Mensch – soweit erforderlich - Unterstützung bei der sachgerechten Nutzung dieser Hilfsmittel erhält.

2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte

Zu prüfen ist, inwieweit und in welcher Form der pflegebedürftige Mensch eine fachgerechte Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Hilfen zur Gewährleistung einer bedürfnisgerechten Beschäftigung, Förderung/Unterstützung der sozialen Interaktion und Kommunikation erhalten hat und die Angehörigen bei Bedarf eine entsprechende Beratung und Anleitung erhalten.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Sind die Interessen an Aktivitäten und Gewohnheiten des pflegebedürftigen Menschen bekannt?

Zu beurteilen ist, ob eine Einschätzung der individuellen Gewohnheiten und Beschäftigungen im Tagesverlauf des pflegebedürftigen Menschen stattgefunden hat und die Möglichkeiten zur Förderung sozialer Kontakte im Umfeld bekannt sind.

2. Wurde bei Bedarf mit dem Pflegebedürftigen (oder seinen Bezugspersonen/Angehörige) eine individuelle Tagesstrukturierung erarbeitet und wurde Unterstützung geleistet, diese Tagesstruktur umzusetzen?

Die Erarbeitung einer individuellen Tagesstrukturierung ist nur dann zu erwarten, wenn der pflegebedürftige Mensch und/oder seine Angehörigen – ggf. nach entsprechender Beratung durch den Pflegedienst – ein entsprechendes Bedürfnis formulieren und die Hilfe bei der Tagesstrukturierung insofern Bestandteil des pflegerischen Auftrags ist.

Zu beurteilen ist unter dieser Voraussetzung, ob eine entsprechende Tagesstrukturierung vorliegt und ob sie mit den Einschätzungen der Aktivitäten und Gewohnheiten sowie den individuellen Wünschen des pflegebedürftigen Menschen im Einklang steht. Zu beurteilen ist ferner, ob Unterstützung geleistet wurde, die Tagesstrukturierung umzusetzen (z.B. durch motivationsfördernde Gespräche, Erinnerungshilfen oder auch durch Hilfen bei der Fortbewegung, die notwendig sein können, um geplante Aktivitäten durchzuführen).

3. Erhält der pflegebedürftige Mensch Unterstützung dabei, bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Lebensalltag nachzugehen und soziale Kontakte zu pflegen

Angesprochen ist die Frage, ob die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen dem Zweck der Kommunikation und/oder der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte sowie der Gestaltung des häuslichen Alltags im Sinne des pflegebedürftigen Menschen dienen. Dazu gehören die Begleitung bei Aktivitäten im Alltag und die Hilfe bei der Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigung.

2.9 Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz

Zu prüfen ist, wie der Pflegedienst Maßnahmen der Anleitung und Beratung durchführt. Wesentliche Elemente sind die Situations- und Problemanalyse (Bedarfsermittlung), die Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen und die anschließende Überprüfung ihrer Wirkung bei den pflegenden Angehörigen. Der gesamte Prozess ist dabei auf die Interessen und Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen abzustimmen. Die Mitarbeiter, die die Maßnahmen durchführen, sind Fachkräfte mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurden die individuellen Lernvoraussetzungen der Angehörigen sowie ihre pflegerischen Fähigkeiten erfasst?

Den Beginn einer Beratung bildet eine Einschätzung der Ausgangslage, zu der vorhandene pflegerische Fähigkeiten der Angehörigen ebenso gehören wie die individuellen Voraussetzungen zum Erwerb relevanten Wissens und relevanter Fähigkeiten. Zu beurteilen ist daher bei dieser Frage, ob diese Einschätzung stattgefunden hat und die Ausgangslage des Beratungsprozesses deutlich ist.

2. Liegt eine mit den Angehörigen abgestimmte Planung zur Durchführung edukativer Maßnahmen vor, die den Wünschen der Angehörigen entspricht und ihre Lernvoraussetzungen berücksichtigt?

3. Werden Anleitungen zur Verbesserung praktischer Fertigkeiten auf der Grundlage definierter Methoden durchgeführt? Wird den Angehörigen das jeweils relevante pflegerische Wissen vermittelt?

Bei diesen Fragen geht es um die Beurteilung, ob die jeweilige Ausgangslage und die individuellen Wünsche in die Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen eingeflossen sind.

4. Wird die Entwicklung der Pflegekompetenz erfasst und in die Anpassung der Maßnahmenplanung einbezogen?

Mit dieser Frage ist die Evaluation der Beratung und Anleitung im Hinblick auf die zu Beginn vereinbarten Ziele angesprochen. Zu beurteilen ist, ob Veränderungen der Pflegekompetenz der Angehörigen festgestellt werden konnten.

5. Wird die Beratung von Fachkräften durchgeführt?

Die Anleitung und Beratung sollte Fachkräften mit Beratungskompetenz vorbehalten sein. Zu beurteilen ist daher an dieser Stelle, ob die Beratung durch eine Pflegefachkraft mit nachgewiesener Beratungskompetenz durchgeführt wurde. Sofern entsprechende Rahmenvereinbarungen oder vertragliche Voraussetzungen zur Leistungserbringung vereinbart sind, sind die dort vereinbarten Qualifikationsniveaus maßgeblich.

2.10 Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz

Zu prüfen ist, wie der Pflegedienst Maßnahmen der Anleitung und Beratung durchführt. Wesentliche Elemente sind die Situations- und Problemanalyse (Bedarfsermittlung), die Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen und die anschließende Überprüfung ihrer Wirkung. Der gesamte Prozess ist dabei auf die Interessen und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen abzustimmen. Die Mitarbeiter, die die Maßnahmen durchführen, sind Fachkräfte mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurden die individuellen Lernvoraussetzungen erfasst?

Den Beginn einer Beratung bildet eine Einschätzung der Ausgangslage, zu der die vorhandene Selbstpflegekompetenz und die individuellen Voraussetzungen zum Erwerb relevanten Wissens und relevanter Fähigkeiten gehören. Zu beurteilen ist daher bei dieser Frage, ob diese Einschätzung stattgefunden hat und die Ausgangslage des Beratungsprozesses deutlich ist.

2. Liegt eine mit dem pflegebedürftigen Menschen abgestimmte Planung zur Durchführung edukativer Maßnahmen vor, die den Wünschen der Angehörigen entspricht und ihre Lernvoraussetzungen berücksichtigt?

3. Werden Anleitungen zur Verbesserung praktischer Fertigkeiten auf der Grundlage definierter Methoden durchgeführt? Wird dem pflegebedürftigen Menschen das jeweils relevante pflegerische Wissen vermittelt?

Bei diesen Fragen geht es um die Beurteilung, ob die jeweilige Ausgangslage und die individuellen Wünsche in die Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen eingeflossen sind.

4. Wird die Entwicklung der Pflegekompetenz erfasst und in die Anpassung der Maßnahmenplanung einbezogen?

Mit dieser Frage ist die Evaluation der Beratung und Anleitung im Hinblick auf die zu Beginn vereinbarten Ziele angesprochen. Zu beurteilen ist, ob Veränderungen der Selbstpflegekompetenz festgestellt werden konnten.

5. Wird die Beratung von Fachkräften durchgeführt?

Die Anleitung und Beratung sollte Fachkräften mit Beratungskompetenz vorbehalten sein. Zu beurteilen ist daher an dieser Stelle, ob die Beratung durch eine Pflegefachkraft mit nachgewiesener Beratungskompetenz durchgeführt wurde. Sofern entsprechende Rahmenvereinbarungen oder vertragliche Voraussetzungen zur Leistungserbringung vereinbart sind, sind die dort vereinbarten Qualifikationsniveaus maßgeblich.

2.11 Schmerzmanagement

Zu prüfen ist die Gesamtheit des pflegerischen Schmerzmanagements. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen, sofern sie mit dem Ziel der Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen bei der Schmerzbewältigung tätig werden, mit ein. Hinweise für die Qualitätsbeurteilung finden sich in den Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ und „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Ist die Schmerzsituation des pflegebedürftigen Menschen fachgerecht erfasst worden?

Es ist zu beurteilen, ob bei Bedarf eine differenzierte Schmerzeinschätzung mit Berücksichtigung der Schmerzintensität, -lokalisation, der zeitlichen Dimension, der schmerzrelevanten Faktoren und der Konsequenzen für den Lebensalltag vorliegt.

2. Erhält der Pflegebedürftige eine fachgerechte Unterstützung zur Schmerzbewältigung?

Zu beurteilen ist hier,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung die aktuelle Schmerzsituation berücksichtigt und bei Bedarf nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Unterstützung der Schmerzbewältigung geplant und durchgeführt werden,
- ob die Gabe von Schmerzmedikamenten der ärztlichen Anordnung entspricht,
- ob die Wirkung von Schmerzmedikamenten und schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen beobachtet und bei Bedarf dem behandelnden Arzt mitgeteilt werden.

3. Sind die Angehörigen in der Lage, eine Schmerzeinschätzung durchzuführen, Schmerzen mitzuteilen und situationsgerechte Maßnahmen zur Reduktion bzw. Beseitigung der Schmerzen beizutragen?

Es ist zu beurteilen,

- ob die Angehörigen im Umgang mit einer situationsgerechten Schmerzmedikation informiert und angeleitet wurden.
- ob bei einer ärztlichen Umstellung der Schmerzmedikation die Angehörigen informiert und im Umgang der Medikation angeleitet werden.

4. Werden ärztliche Verordnungen zur Schmerztherapie berücksichtigt?

Zu beurteilen ist,

- ob die Gabe von Schmerzmedikamenten der ärztlichen Anordnung entspricht,
- ob die Wirkung von Schmerzmedikamenten und schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen beobachtet und bei Bedarf dem behandelnden Arzt mitgeteilt werden.

3. Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen

Vorbemerkung: Zu diesem Prüfbereich gehören sämtliche verordnungsfähigen Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege aus der Richtlinie über die Verordnung Häuslicher Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses (HKP-Richtlinie) in der jeweils geltenden Fassung. Die nachstehende Übersicht basiert auf der zuletzt am 21.12.2017 geänderten und am 05.04.2018 in Kraft getretenen Fassung der HKP-Richtlinie. In der Prüfung ist zunächst festzustellen, welche ärztlichen Verordnungen und Genehmigungen der Krankenkasse über die Erbringung von HKP-Maßnahmen vorliegen. Für den Fall einer Abweichung der Genehmigung der Krankenkasse von der Verordnung des Arztes ist der Inhalt der Genehmigung durch die Krankenkasse für die Prüfung maßgebend. Für jede einzelne verordnete Maßnahme ist ein einzelner Bogen im Prüfbogen auszufüllen. Für die verordnungsfähigen Maßnahmen: „Krankenbeobachtung, spezielle“ und „Psychiatrische Krankenpflege“ gibt es aufgrund des Umfangs der pflegerischen Aufgabe in diesen Bereichen und des entsprechenden Prüfumfanges jeweils einen eigenen Prüfbogen, der auszufüllen ist, wenn Personen in die Prüfung einbezogen werden, bei denen diese Leistungen erbracht werden. Die verordnungsfähigen Leistungen der Grundpflege werden entsprechend der Angaben im Prüfbogen und dieser Ausfüllanleitung im Bereich 2 geprüft.

Die Bewertung der Leitfragen orientiert sich an den Hinweisen unter Punkt 3.1. Die Maßnahmen, bei denen die Hinweise unter Punkt 3.1 ausreichend sind, sind mit einem „*“ gekennzeichnet. Für verordnungsfähige Maßnahmen, bei denen zur Beantwortung der Leitfrage 4 weitere Hinweise erforderlich sind, finden diese sich unter den Punkten 3.1ff. Die dort enthaltenen Hinweise sind eng angelehnt an die zum 01.01.2018 in Kraft getretene Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP) vom 27.09.2017.

Verordnungsfähige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege

I. Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung (auch als „Unterstützungspflege nach § 2c der HKP-Richtlinie)

1. Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit (s. 2.9 und 2.10 „Anleitung und Beratung“)
2. Ausscheidungen (s. 2.7 „Unterstützung bei der Ausscheidung“)
3. Ernährung (s. 2.6 „Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“)
4. Körperpflege (s. 2.5 „Unterstützung bei der Körperpflege“)
5. Hauswirtschaftliche Versorgung (wird nicht im Rahmen der Qualitätsprüfung geprüft)

II. Leistungen der Behandlungspflege (für alle Leistungen die mit * versehen sind, gelten die Hinweise unter 3.1)

6. Absaugen (s. 3.1a)
7. Anleitung bei der Behandlungspflege (s. 2.9 und 2.10 „Anleitung und Beratung“)
8. Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung (s. 3.1b)
9. Blasenspülung (s. 3.1c)
10. Blutdruckmessung (s. 3.1d)
11. Blutzuckermessung (s. 3.1d)
12. Dekubitusbehandlung (s. 3.1e)
13. Drainagen, Überprüfen, Versorgen (s. 3.1f)
14. Einlauf/Klistier/Klyisma/digitale Enddarmausräumung*
15. Flüssigkeitsbilanzierung*
16. Infusionen i.v. (s. 3.1g)
 - 16a Infusionen s.c.*
17. Inhalation*
18. Injektionen*
19. Injektion, Richten von*
20. Instillation
21. Kälteträger, Auflegen von*

- 22. Katheter, Versorgung eines suprapubischen (s. 3.1e)
- 23. Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins (s. 3.1h)
- 24. Krankenbeobachtung, spezielle (s. Prüfbogen B und 3.2)
 - 24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten (s. 3.1i)
- 25. Magensonde, Legen und Wechseln*
- 26. Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen) (s. 3.1j)
 - 26a Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose (s. 3.1k)
- 27. Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei (s. 2.6 und 3.1e)
 - 27a Psychiatrische Krankenpflege (s. Prüfbogen C und 3.3)
- 28. Stomabehandlung (s. 3.1e)
- 29. Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der (s. 3.1l)
- 30. Venenkatheter, Pflege des zentralen (s. 3.1m)
- 31. Verbände (s. 3.1e)

3.1 Ärztlich verordnete Maßnahmen

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Versorgungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.

3.1a Ärztlich verordnete Maßnahmen - Absaugen

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Durchführung des Absaugens dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- das Absaugen unter Beachtung der hygienischen Kautelen atraumatisch erfolgt (Händedesinfektion, Verwendung steriler Absaugkatheter, Absaugen mit keimarmen Einmalhandschuhen, Absaugen mit offenen Absaugsystemen bei Beatmung mit sterilen Einmalhandschuhen)
- die Beschaffenheit des Sekrets beobachtet und dokumentiert wird und
- nachvollziehbar ist, dass das Absauggerät entsprechend der Herstellervorgaben desinfiziert wird.

3.1b Ärztlich verordnete Maßnahmen – Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräts dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- die Anpassung und Überprüfung der Einstellungen des Beatmungsgeräts an Vitalparameter (z.B. Atemgase, Herzfrequenz, Blutdruck) auf Anordnung der Ärztin oder des Arztes bei beatmungspflichtigen Erkrankungen,
- die Überprüfung der Funktionen des Beatmungsgeräts und
- ggf. der Austausch bestimmter Teile des Geräts (z.B. Beatmungsschläuche, Kaskaden, O₂-Zellen) gemäß Herstellerangaben

durchgeführt werden

3.1c Ärztlich verordnete Maßnahmen – Blasenspülung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Durchführung der Blasenspülung dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- bei der Blasenspülung hygienische Grundsätze beachtet werden und
- Erkenntnisse während der Blasenspülung und ggf. weitere Informationen an den verordnenden Arzt nachvollziehbar sind.

3.1d Ärztlich verordnete Maßnahmen – Blutdruckmessung, Blutzuckermessung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Sofern die ärztliche Verordnung keine Aussagen zu ggf. erforderlichen Konsequenzen bei definierten Ober- oder Untergrenzen des Blutdruckwerts/Blutzuckerwerts enthält, sollte erhoben werden, ob bei auffälligen Werten eine Information an den verordnenden Arzt erfolgt ist.

Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

3.1e Ärztlich verordnete Maßnahmen - Wundversorgung (Dekubitusbehandlung, Stomabehandlung, Verbände)

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt. Hinweise dazu finden sich im Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Versorgungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4a. Entspricht die Durchführung der Wundversorgung dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- eine fachgerechte Einschätzung der Wundsituation vorliegt, die Aussagen zur Wunddiagnose, -lokalisierung, -dauer, Wundgröße, Wundgeruch, Wundrand und -umgebung enthält. Zudem sollte beurteilt werden, ob bei der Einschätzung Fragen zur Rezidivzahl, zum Exsudat, zu möglichen Entzündungszeichen und zu wund- oder wundnahe Schmerz berücksichtigt wurden
- ob die individuelle Maßnahmenplanung zur Wundversorgung die aktuelle Wundsituation berücksichtigt,
- ob der Heilungsprozess beobachtet und bei auffälligen Veränderungen oder fehlenden Fortschritten im Heilungsprozess Kontakt zum behandelnden Arzt aufgenommen wird
- ob die Wundversorgung nach hygienischen Maßstäben erfolgt

4b. Entspricht das Anlegen von Kompressionsstrümpfen/-verbänden dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- das Anlegen im Liegen bei entstauten Venen und abgeschwollenen Beinen erfolgt ist,
- der Kompressionsverband immer in Richtung des Körperrumpfs gewickelt wurde und
- der Kompressionsverband beim Anlegen faltenfrei ist

3.1f Ärztlich verordnete Maßnahmen – Drainagen, Überprüfen, Versorgen

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Versorgungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren.

Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Überprüfung und Versorgung von Drainagen dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- dokumentiert wurde, um welche Drainage es sich handelt und wann diese gelegt wurde
- die Versorgung unter Beachtung der hygienischen Kautelen erfolgt
- die Beschaffenheit des Sekrets beobachtet und dokumentiert wird
- nachvollziehbar ist, wie und wann das geschlossene Wunddrainagesystem gewechselt wird.

3.1g Ärztlich verordnete Maßnahmen – Infusionen i.v.

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht das Wechseln und Anhängen der Infusion dem aktuellen Stand des Wissens?

In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob ein aktueller Verlaufsbogen über die Infusionsgabe verfügbar ist.

3.1h Ärztlich verordnete Maßnahmen – Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht das Katheterisieren der Harnblase dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob die Katheterisierung der Harnblase unter hygienischen Kautelen erfolgt und Erkenntnisse während des Katheterisierens mit dem verordnenden Arzt kommuniziert wurden.

3.1i Ärztlich verordnete Maßnahmen – Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Symptomkontrolle dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob die Symptomkontrolle hinsichtlich der Schmerzsymptomatik, Wundkontrolle und –behandlung und ggf. eine Krisenintervention sachgerecht erfolgt. Im Bedarfsfall können die Ausfüllhinweise unter Punkt 2.11 („Schmerzmanagement“) und 3.1e („Wundversorgung“) ergänzend hinzugezogen werden.

3.1j Ärztlich verordnete Maßnahmen - Medikamente

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Zu prüfen sind hier die Maßnahmen zur Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen im Zusammenhang mit der individuellen Medikation, die Beachtung ärztlichen An- und Verordnungen, die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen und die Reaktion auf etwaige Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Medikation

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Durchführung der Medikamentengabe dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob

- das richtige Medikament in der richtigen Dosierung über den richtigen Applikationsweg zum richtigen Zeitpunkt verabreicht wurde,
- die verordneten Medikamente vorhanden und sachgerecht gelagert sind (die Verantwortung des Pflegedienstes ist dabei auf entsprechende Informationen und Hinweise begrenzt),
- im Falle einer Bedarfsmedikation die auslösenden Symptome beschrieben sind und eindeutige Dosierungshinweise vorliegen (bei Nicht-Vorliegen sollte erkennbar eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erfolgt sein)
- ob Nebenwirkungen der Medikamente beobachtet und mit dem verordnenden Arzt kommuniziert wurden.

3.1k Ärztlich verordnete Maßnahmen – Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern bei gesicherter Diagnose

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob

- die zur Sanierung vorgesehenen Maßnahmen wie die Applikation antibakterieller Nasensalbe oder antiseptischen Gels, Mund- und Rachenspülungen mit aseptischen Lösungen oder die Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen sachgerecht durchgeführt werden und
- ob die Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut bei der Umsetzung der Maßnahmen beachtet werden.

3.11 Ärztlich verordnete Maßnahmen – Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht der Wechsel und die Pflege der Trachealkanüle dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- Angaben zur Indikation der Trachealkanülenanlage, zur Art der Tracheostomaanlage, zum Kanülentyp und zur Kanülengröße sowie alle im Zusammenhang mit der Trachealkanüle eingesetzten Hilfsmittel vorliegen
- Angaben zum Wechsel der Trachealkanüle (Häufigkeit, Art und Weise der Durchführung) und werden Kanülenwechsel durchführt, erfolgen und
- ggf. regelmäßige Cuffdruckmessungen durchgeführt und die Ergebnisse dokumentiert werden

3.1m Ärztlich verordnete Maßnahmen – Venenkatheter, Pflege des zentralen

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Versorgungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Pflege des zentralen Venenkatheters dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- der venöse Zugang sicher an der Haut fixiert wird
- eine ausreichende Händedesinfektion vor dem Umgang mit Katheter-Infusionssystemen durchgeführt wird
- unter sterilen Kautelen mit sterilen Materialien gearbeitet wird und
- bei Anzeichen einer lokalen Entzündung der Arzt informiert und die Infusion abgestellt werden

4. Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung

4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen

Zu prüfen ist, ob eine Abstimmung zwischen dem ambulanten Pflegedienst und den Angehörigen hinsichtlich der erforderlichen und erwünschten pflegerischen Unterstützung erfolgte.

Hinweise zu den Leitfragen

Bei der Bewertung der drei Leitfragen geht es darum, Auffälligkeiten festzustellen, die im Abschlussgespräch Anlass zur Beratung des ambulanten Pflegedienstes durch den Prüfdienst geben können.

1. Wurden Gespräche mit den Angehörigen über die Pflegesituation geführt?

Zu beurteilen, ob Gespräche über die Pflegesituation und die damit verbundenen Aufgaben sowie die gewünschte pflegerische Unterstützung geführt wurden.

2. Wurden feste Vereinbarungen zur gemeinsamen Gestaltung der Pflegesituation getroffen?

Bei dieser Frage geht es darum, ob aus dem Gespräch mit den Angehörigen über die Pflegesituation Vereinbarungen über die Zuständigkeit und Verteilung von Aufgaben und/oder die Durchführung zielgerichteter Pflegemaßnahmen während der Abwesenheit des Pflegedienstes zwischen den Angehörigen und dem Pflegedienst getroffen wurden.

3. Wurde auf die Wünsche der Angehörigen zur Gestaltung der Pflegesituation eingegangen?

Es ist zu beurteilen, ob die Angehörigen die Gelegenheit hatten, ihre Vorstellungen zur Gestaltung der Pflegesituation darzulegen und ob diesen Vorstellungen entsprochen wurde bzw. welche Gründe maßgeblich dafür waren, die Vorstellungen der Angehörigen nicht zu berücksichtigen.

4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung

Im Rahmen eines Fachgesprächs mit Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes wird der Umgang mit einem Verdacht oder einem konkreten Hinweis auf Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung erörtert. Im Mittelpunkt steht weniger die Qualitätsbewertung, sondern eher die gemeinsame Beratung möglicher Handlungsstrategien im konkreten Fall.

Hinweise zu den Leitfragen

Bei der Bewertung der drei Leitfragen geht es darum, Auffälligkeiten festzustellen, die im Abschlussgespräch Anlass zur Beratung des ambulanten Pflegedienstes durch den Prüfdienst geben können.

1. Wurden im Rahmen der Pflege mögliche Anzeichen von Gewaltanwendung, Vernachlässigung, Missbrauch oder Unterversorgung wahrgenommen?

Zu beurteilen ist, ob Anzeichen der Gefährdung durch Gewaltanwendungen wie Misshandlungen (körperlich/psychisch), Vernachlässigung (pflegerisch/emotional/psychosozial) und vermeidbare Einschränkungen der Freiheit, Handlungs- und Entscheidungsautonomie bei dem pflegebedürftigen Menschen wahrgenommen worden sind.

2. Wie wurde bei vorliegenden Anzeichen reagiert und welche Maßnahmen wurden ggf. ergriffen?

Im Fachgespräch soll erörtert werden, ob und welche Reaktionen die Feststellung von Anzeichen für Gewalt, Unterversorgung oder Vernachlässigung nach sich gezogen hat.

3. Welche Fragen und Unsicherheiten bestehen im Umgang mit Anzeichen für Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung?

Ebenfalls im Fachgespräch soll erörtert werden, welche Fragen und Unsicherheiten im Umgang mit Anzeichen für Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung bestehen. Diese können direkt im Fachgespräch oder im Abschlussgespräch als Anlass zur Beratung durch den Prüfdienst aufgegriffen werden.

5. Einrichtungsbezogene Prüfung

Bis auf drei Qualitätsaspekte werden in diesem Bereich bereits genutzte Kriterien und Anforderungen (s. Prüfbogen für die Prüfung beim pflegebedürftigen Menschen) verwendet. Zu den drei verbleibenden Qualitätsaspekten im Rahmen der einrichtungsbezogenen Prüfung „Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten“, „Hygiene“ sowie „Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung“ finden sich im Folgenden Erläuterungen.

5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten

Zu prüfen ist hier, ob der Pflegedienst Qualitätsdefizite erfasst und Maßnahmen zur Behebung plant und durchführt. Als Grundlage für die Prüfung dienen Prüfergebnisse vergangener externer Prüfungen und Ergebnisse des internen Qualitätsmanagements. Zu prüfen ist insbesondere, ob der ambulante Pflegedienst an der Behebung von Qualitätsdefiziten arbeitet und bewährte Methoden oder Verfahren des Qualitätsmanagements zur Anwendung kommen, die zu einer Weiterentwicklung der Pflegequalität beitragen. Hierzu gehören beispielsweise Fallbesprechungen, Pflegevisiten, die kollegiale Beratung, Qualitätszirkel und ggf. die Nutzung von Indikatoren für das interne Qualitätsmanagement.

Hinweise zu den Prüffragen

1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?

Zu beurteilen ist, ob der Pflegedienst regelhaft Verfahren anwendet, mit denen Qualitätsprobleme in der laufenden Versorgung entdeckt werden können (unabhängig von externen Prüfungen). Die Verfahren können in Fallbesprechungen, Pflegevisiten, internen Audits oder der Nutzung von Kennzahlen für das interne Qualitätsmanagement u.a. bestehen.

2. Werden geeignete Maßnahmen durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu beheben

Im Fall vorhandener Qualitätsprobleme ist zu beurteilen, ob Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements, wie z.B. Fortbildungen, Fallbesprechungen, interne Audits, Qualitätszirkel durchgeführt wurden, um die Qualitätsprobleme zu beheben.

3. Nutzt der ambulante Pflegedienst Instrumente wie Expertenstandards, Leitlinien oder ggf. andere bei der Behebung von Qualitätsdefiziten?

Neben allgemeinen Verfahren des internen Qualitätsmanagements können Qualitätsinstrumente wie Expertenstandards, Leitlinien und ggf. andere hilfreich sein, um das Auftreten von Qualitätsproblemen zu verhindern oder an der Behebung von Qualitätsdefiziten zu arbeiten. Im Rahmen eines Fachgesprächs ist zu beurteilen, ob und in welcher Form entsprechende Instrumente angewandt werden.

4. Sind die Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?

Es ist im Gespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes zu beurteilen, ob und in welcher Form diese in Verfahren zur Identifizierung und Behebung von Qualitätsproblemen einbezogen sind, z. B. durch Hinweise zur Dokumentation von Qualitätsproblemen, Beteiligung an Fortbildungsveranstaltungen oder Pflegevisiten.

5.2 Hygiene

Zu prüfen ist, ob der Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement aufweist, durch das innerbetriebliche Verfahrensweisen in Bezug auf grundlegende hygienische Anforderungen geplant, eingehalten und umgesetzt werden.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Liegen Verfahrensweisungen vor, die sowohl die notwendige Basishygiene als auch die aufgrund einer individuellen Risikobewertung notwendigen Hygienemaßnahmen berücksichtigen?

Bei dieser Frage ist zu beurteilen, ob entsprechende Verfahrensweisungen vorhanden sind. Zudem sollte beurteilt werden, ob die bestehenden Verfahrensregelungen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes bekannt sind und angewandt werden.

2. Entsprechen die Verfahrensweisen den gesetzlichen Anforderungen und fachlichen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention?

Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob die vorgesehenen Verfahrensweisen des ambulanten Pflegedienstes mit den gesetzlichen Bestimmungen im Einklang stehen.

3. Stehen die notwendigen Hilfsmittel zur Umsetzung der hygienischen Anforderungen zur Verfügung (z.B. Desinfektionsmittel, Handschuhe, Schutzkleidung)?

4. Wird die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen regelmäßig überprüft?

Hier ist zu beurteilen, ob regelmäßig im Rahmen des internen Qualitätsmanagements die Beachtung grundlegender hygienischer Anforderungen überprüft wird.

5.3 Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung

Zu prüfen ist, ob die Anforderungen an die Qualifikation der Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung sowie Anforderungen an die Regelung ihrer Aufgabenbereiche erfüllt werden. Zu prüfen ist ferner, ob die Pflegedienstleitung die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft der Einrichtung wahrnimmt und ob sie für eine angemessene Dienstorganisation Sorge trägt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung?

2. Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?

3. Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?

4. Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?

Diese Fragen beziehen sich auf die Einhaltung der Vorgaben aus den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der jeweils geltenden Fassung.

5. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?

Zu beurteilen ist vor dem Hintergrund der Größe des ambulanten Pflegedienstes, zu der die Anzahl der versorgten Personen, die Anzahl der Beschäftigten und das Einzugsgebiet gehören, die zeitlichen Ressourcen der Pflegedienstleitung ausreichen, um den in den Maßstäben und Grundsätzen beschriebenen Aufgaben nachzukommen. Da keine festgeschriebenen Größenordnungen existieren, ist diese Frage auf Basis des Fachgesprächs mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes sowie Unterlagen zur Organisation des Pflegedienstes zu beurteilen.

6. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Möglichkeiten für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?

Zu beurteilen ist, ob eine systematische Herangehensweise an die Pflegeprozessgestaltung erkennbar ist. Zur Beurteilung dieser Frage können Beobachtungen während der personenbezogenen Prüfung hinzugezogen werden.

7. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen, die beim jeweiligen Versicherten zu beachten sind?

Mit dieser Frage sind Aspekte der Dienst- und Tourenplanung angesprochen, die vor dem Hintergrund von Unterlagen zur Organisation des Pflegedienstes und auf Basis des Fachgesprächs mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes zu beurteilen sind. Zur Beurteilung dieser Frage können Beobachtungen während der personenbezogenen Prüfung hinzugezogen werden.

Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege

Abschlussbericht Anhang 4a

Qualitätsprüfung bei der ärztlich verordneten Maßnahme „Krankenbeobachtung, spezielle“ aus der HKP-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung

Prüfbogen für die Prüfung beim pflegebedürftigen Menschen

Übersicht:

Spezielle Krankenbeobachtung	5
Prüfbereich 1	7
1.1 Aufnahmemanagement	7
1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren	9
1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation	11
Prüfbereich 2	13
2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	13
2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition	15
2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation.....	17
2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen	19
2.5 Unterstützung bei der Körperpflege	21
2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	23
2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung	25
2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte	27
2.9 Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz	29
2.10 Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz	31
2.11 Schmerzmanagement.....	33
Prüfbereich 3: Ärztlich verordnete Maßnahmen	35
3.1 Weitere ärztlich verordnete Maßnahme.....	35
3.2 Weitere ärztlich verordnete Maßnahme.....	37
Prüfbereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung	39
4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen.....	39
4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung	40

Bogen für die Prüfung beim pflegebedürftigen Menschen

Allgemeine Angaben zur Prüfung

Name des Pflegedienstes:

1. Datum der Prüfung:

2. Prüfung durch:

3. Bei der Prüfung in der häuslichen Umgebung waren anwesend:

Pflegedienstleitung oder stellvertretende Pflegedienstleitung

Angehörige, und zwar:

Sonstige Personen, und zwar:

Angaben zum pflegebedürftigen Menschen und zur Pflegesituation

4. Pflegegrad: 1 2 3 4 5 nicht eingestuft

5. Alter in Jahren:

6. Datum und Dauer der Verordnung über spezielle Krankenbeobachtung:

7. Versorgung durch den Pflegedienst seit: (Datum)

8. Name des verordnenden Arztes:

8. Welche weitere Personen (außer dem Versicherten) leben in der Wohnung?

9. Regelmäßig Unterstützung leisten (bitte kurz benennen, einschl. Art und Umfang der geleisteten Hilfen):

Angaben zu Erkrankungen und Beeinträchtigungen des pflegebedürftigen Menschen

10. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n):

11. Liegt eine gerontopsychiatrische Diagnose vor? Welche?

12. Beeinträchtigungen der Mobilität (Positionswechsel im Bett, Aufstehen, Halten einer stabilen Sitzposition, Lagerveränderung im Sitzen, Fortbewegung, Treppen steigen, Beweglichkeit der Extremitäten, Körperkraft, Balance):

13. Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen

a) Gedächtnis:

b) Zeitliche und örtliche Orientierung:

c) Risiken und Gefahren erkennen:

d) Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben:

14. Verhaltensweisen, die einen Hilfebedarf begründen:

15. Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung:

16. Besonderheiten, die den individuellen Bedarf oder die geleisteten Hilfen in besonderer Weise prägen:

Qualitätsaussage

Die spezielle Krankenbeobachtung gewährleistet durch die permanente Anwesenheit der Pflegekraft sofortige pflegerische Interventionen bei lebensbedrohlichen Situationen und stellt die ärztliche Behandlung zu Hause sicher. Im Rahmen der speziellen Krankenbeobachtung trägt der ambulante Pflegedienst dazu bei, dass der pflegebedürftige Mensch und seine Angehörigen oder andere in die Pflege involvierten Personen durch Schulung und Beratung in die Lage versetzt werden, sich an den notwendigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege zu beteiligen oder diese ganz oder teilweise zu übernehmen.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt. Zu prüfen ist zusätzlich, ob die vertraglich vereinbarten Qualifikationen des eingesetzten Pflegepersonals vorhanden, die Pflegekräfte während des Versorgungszeitraums permanent anwesend sind und die verordnete Kontrolle der Vitalfunktionen erfolgt.

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen Verordnung:
Regelungen des geltenden Vertrags nach § 132a Abs. 4 SGB V sowie vorhandener Ergänzungsvereinbarungen hinsichtlich der Qualifikation der durchführenden Mitarbeiter und ggf. weiterer Aspekte der außerklinischen Intensivpflege:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Werden die Maßnahmen der speziellen Krankenbeobachtung entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?
2. Ist eine regelmäßige Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?
3. Entspricht die Versorgung den vertraglichen Vereinbarungen des ambulanten Pflegedienstes zur 24-Stunden- oder außerklinischen Intensivpflege?
4. Entspricht die spezielle Krankenbeobachtung im Hinblick auf die Beatmung und die Vitalzeichenkontrolle dem aktuellen Stand des Wissens?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise im Bedarfsfall keine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erfolgt oder die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die spezielle Krankenbeobachtung nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt wurde,
- weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der Beatmung oder Vitalzeichenkontrolle gehören, nicht beachtet wurden.

Prüfbereich 1

1.1 Aufnahmemanagement

Nur zu prüfen bei Versicherten, die in den vergangenen 6 Monaten neu aufgenommen oder in diesem Zeitraum in einem Krankenhaus stationär behandelt wurden. Geplante Krankenhausaufenthalte mit maximal zwei Tagen Verweildauer, in denen kein chirurgischer Eingriff erfolgte, sind zu vernachlässigen (keine Prüfung des Aufnahmemanagements).

entfällt, das Einschlusskriterium nicht erfüllt

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt ein Aufnahmemanagement durch, mit dem sichergestellt wird, dass zu Beginn der Zusammenarbeit mit dem pflegebedürftigen Menschen sowie bei der Wiederaufnahme/Übernahme aus dem Krankenhaus oder anderer Versorgungseinrichtungen die wesentlichen Informationen zur Versorgungssituation erhoben und bei der Durchführung der speziellen Krankenbeobachtung genutzt werden.

Beschreibung

Zu prüfen ist, wie der ambulante Pflegedienst das Aufnahmemanagement bei Erstaufnahmen und Übernahmen durchführt. Geprüft wird das Aufnahmemanagement bei Personen, die innerhalb der letzten sechs Monate neu oder wieder vom Pflegedienst aufgenommen wurden.

Informationserfassung

Zeitpunkt und Umstände der Aufnahme oder von Krankenhausaufenthalten:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Ist ein strukturiertes Vorgehen bei der Informationssammlung und der anschließenden Planung und Vereinbarung von Maßnahmen erkennbar? Wurden die individuellen pflegerelevanten Einschränkungen, Ressourcen und Fähigkeiten erfasst?
2. Wurde der pflegebedürftige Mensch oder ggf. seine Angehörigen zu seiner Sichtweise bei der Informationssammlung und der Planung und Vereinbarung von Maßnahmen befragt?
3. Wurden weitergehende Informationen mit Relevanz für die Durchführung der Pflege erhoben (z.B. Medikation, Behandlungsverläufe, Versorgung durch andere Personen oder Einrichtungen)?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn

- in der Pflegedokumentation einzelne Informationen über die (damalige) gesundheitliche Situation fehlen, aber nachvollzogen werden kann, dass auf Bedarf und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen angemessen reagiert wurde.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn im Rahmen der Erstaufnahme oder Übernahme wichtige Informationen (z.B. zu Krankheitsverläufen, funktionellen Beeinträchtigungen oder bestehenden Pflegeproblemen), die für die Durchführung der vereinbarten Maßnahmen relevant sind, nicht erfasst wurden.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn

- durch ein unzureichendes Aufnahmemanagement wichtige Informationen mit Relevanz für die Pflegesituation nicht erfasst wurden und es dadurch zu einer Diskontinuität der medikamentösen Versorgung oder Unterstützung bei der Ernährung kam.
- vereinbarte Pflegemaßnahmen nicht durchgeführt wurden.

1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren

entfällt

Qualitätsaussage

Der Pflegedienst trägt im Rahmen seiner Möglichkeiten und der mit dem Pflegehaushalt bestehenden vertraglichen Vereinbarungen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse aufgrund bestehender Risiken und Gefahren bei.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob der Pflegedienst mögliche Risiken und Gefahren für den pflegebedürftigen Menschen erkannt und darauf reagiert hat. Relevant sind hierbei gesundheitlich bedingte, verhaltensbedingte und umweltbedingte Risiken und Gefahren. Sofern Risiken und Gefahren vorliegen, ist zu prüfen, ob im Rahmen der Möglichkeiten des Pflegedienstes Aktivitäten zur Prävention dieser Risiken und Gefahren vorgeschlagen oder initiiert wurden.

Informationserfassung

Durch Erkrankungen bedingte Risiken und Gefahren:
Verhaltensbedingte Risiken und Gefahren:
Risiken und Gefahren in der Wohnumgebung des pflegebedürftigen Menschen:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Hat der Pflegedienst offenkundige Risiken und Gefahren in der Pflegesituation erkannt?
2. Wurden vorliegende Risiken und Gefahren bei der Maßnahmenplanung im Pflegeprozess berücksichtigt?
3. Wurden dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen bestehende Risiken und Gefahren verdeutlicht?
4. Wurden Möglichkeiten zur Vermeidung von Risiken und Gefahren aufgezeigt und der pflegebedürftige Mensch und ggf. seine Angehörigen hierzu beraten?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

Diese Bewertung trifft auch zu, wenn der Pflegedienst bestehende Risiken erkannt und entsprechend informiert und beraten hat, der pflegebedürftige Mensch und/oder seine Angehörigen daraus jedoch keine Konsequenzen gezogen haben.

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise in der Pflegedokumentation bestehende gesundheits-, verhaltens- oder umgebungsbedingte Risiken und Gefahren unvollständig dargestellt werden, der Pflegedienst jedoch den pflegebedürftigen Menschen und ggf. seine Angehörigen zu den bestehenden Risiken beraten und Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt hat.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn der Pflegedienst beispielsweise offenkundige Risiken und Gefahren nicht erkannt und somit auch nicht berücksichtigt hat.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise Risiken und Gefahren unberücksichtigt blieben und es aufgrund dessen zu einem vermeidbaren Sturzereignis kam, z.B. bei der Begleitung des pflegebedürftigen Menschen auf dem Weg ins Badezimmer oder Esszimmer.

1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation

entfällt

Qualitätsaussage

Der Pflegedienst erfasst Hinweise auf eine Destabilisierung der Versorgungssituation und leitet im Rahmen seiner Einwirkungsmöglichkeiten Maßnahmen zur Abwendung einer solchen Destabilisierung ein.

Beschreibung

Von Relevanz ist eine Destabilisierung der Versorgungssituation, die dadurch entsteht, dass Versorgungsanforderungen oder Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen zu einer Überforderung des bestehenden Hilfenetzes (Angehörige und ggf. weitere Personen) führen oder bislang verfügbare Hilfen wegzu- fallen drohen. Bei Alleinlebenden sind analog dazu zunehmende Einbußen der Selbstpflegekompetenz zu berücksichtigen, die nicht durch andere Personen oder durch Dienstleistungen kompensiert werden.

Zu prüfen ist, ob der Pflegedienst offensichtliche Anzeichen hierfür erkannt hat. Ist dies der Fall, so ist weiterhin zu prüfen, ob Aktivitäten zur Verhinderung einer Destabilisierung vorgeschlagen oder initiiert wurden.

Informationserfassung

Anzeichen für physische oder psychische Überforderung oder abnehmende Pflegebereitschaft von Angehörigen und weiteren Helfern bzw. Anzeichen für eine abnehmende Selbstpflegefähigkeit:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Wurden offenkundige Anzeichen einer Überforderung des Hilfenetzes, einer abnehmenden Pflegebereitschaft oder einer abnehmenden Selbstpflegefähigkeit erkannt?
2. Wurde im Gespräch mit dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen auf die Möglichkeit einer Destabilisierung der Versorgungssituation hingewiesen? Wurden Möglichkeiten aufgezeigt, einer Destabilisierung entgegenzuwirken?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

Diese Bewertung trifft auch zu, wenn der Pflegedienst bestehende Anzeichen erkannt, dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen Hinweise gegeben oder ein Angebot zur Unterstützung unterbreitet hat, diese jedoch keine Konsequenzen daraus gezogen haben.

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn in der Pflegedokumentation Anzeichen für eine Destabilisierung der Versorgungssituation unvollständig dargestellt werden, der Pflegedienst aber dennoch situationsgerecht reagiert hat.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn der Pflegedienst beispielsweise offenkundige Anzeichen nicht erkannt hat und daher keine Aktivitäten zur Verhinderung einer weiteren Destabilisierung auszumachen sind.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn bestehende Anzeichen nicht erkannt wurden und eine ausreichende Versorgung des pflegebedürftigen Menschen nicht mehr erfolgt oder andere negative Konsequenzen eingetreten sind.

Prüfbereich 2

2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

entfällt, da im Fall der in die Prüfung einbezogenen Person nicht erforderlich

Qualitätsaussage

Der pflegebedürftige Mensch erhält eine bedarfsgerechte, den individuellen Vereinbarungen entsprechende Unterstützung im Bereich der Mobilität und zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Beschreibung

Zu prüfen ist die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen mit dem Ziel, verlorene Selbständigkeit bei der Fortbewegung und Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit auszugleichen und Mobilität zu erhalten und zu fördern. Zu prüfen ist ferner, ob die mit Mobilitätseinbußen assoziierten Gefährdungen erfasst werden und der Pflegedienst im Rahmen seiner Einwirkungsmöglichkeiten Maßnahmen einleitet, die zur Vermeidung oder Reduzierung von Gefährdungen beitragen.

Informationserfassung

Vereinbarungen/individuelle Absprachen zur Durchführung der Unterstützung:
Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Wurden Beeinträchtigungen und Ressourcen im Bereich der Mobilität erfasst und unter Berücksichtigung eines früheren Mobilitätsstatus beurteilt?
2. Entspricht die Unterstützung bei der Mobilität dem individuellen Bedarf des pflegebedürftigen Menschen?
3. Werden zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität durchgeführt, die auf die noch vorhandenen Fähigkeiten und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen abgestimmt sind?
4. Wurden die vorliegenden Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Einschätzung gesundheitlicher Risiken berücksichtigt?
5. Wird der pflegebedürftige Mensch bei Bedarf bei der Nutzung von Hilfsmitteln für die Fortbewegung angeleitet oder beraten?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise in der Pflegedokumentation Mobilitätsbeeinträchtigungen unvollständig dargestellt werden, bei der Maßnahmenplanung und -durchführung jedoch alle Beeinträchtigungen und die aus ihnen resultierenden Risiken berücksichtigt werden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die individuelle Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation nicht den Mobilitätsbeeinträchtigungen entspricht
- der Einfluss von Mobilitätsbeeinträchtigungen auf das Sturz- oder Dekubitusrisiko oder ein anderes gesundheitliches Risiko nicht erkannt wurde und keine Maßnahmen zur Reduzierung der Risiken eingeleitet wurden
- vorhandene Möglichkeiten zur Verbesserung der Mobilität nicht erkannt oder nicht genutzt werden.
- keine fachgerechte Überprüfung der Wirksamkeit der geleisteten Unterstützung erfolgt.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die vereinbarte Unterstützung bei der Fortbewegung nicht erfolgt und die Abweichung von den Vereinbarungen nicht fachlich begründet ist.
- keine ausreichende Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln zur Fortbewegung erfolgt.
- die Durchführung pflegerischer Maßnahmen nicht den fachlichen Anforderungen entspricht (insb. bei Lagerungen).

2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition

entfällt, da im Fall der in die Prüfung einbezogenen Person nicht erforderlich

Qualitätsaussage

Der pflegebedürftige Mensch erhält Maßnahmen zur Kompensation von Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten sowie zur Förderung kognitiver Fähigkeiten, die individuell auf seinen Lebensalltag und seine Bedürfnisse und Gewohnheiten abgestimmt sind. Pflegende Angehörige erhalten eine systematische Beratung und Anleitung, um den pflegebedürftigen Menschen wirksam zu unterstützen.

Beschreibung

Zu prüfen ist die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen zur Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen im Rahmen der individuellen Maßnahmenplanung. Diese Unterstützung umfasst beispielsweise Orientierungs-, Deutungs- und Erinnerungshilfen, die Unterstützung bei Entscheidungen im Lebensalltag und die Begleitung bei Aktivitäten, die aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen nicht allein durchgeführt werden könnten. Zu prüfen sind des Weiteren Maßnahmen zur Förderung kognitiver Fähigkeiten, beispielsweise in Form von biografieorientierter Einzelbetreuung. Gegenstand der Prüfung ist schließlich auch die systematische Beratung und Anleitung Angehöriger mit dem Ziel, bei beeinträchtigter Kognition wirksame Hilfe zu leisten.

Informationserfassung

Art und Umfang der von den Angehörigen geleisteten Hilfen:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Liegt eine aktuelle, zutreffende Einschätzung der kognitiven Beeinträchtigungen und ihrer Konsequenzen für den Lebensalltag vor?
2. Erhält der pflegebedürftige Mensch eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung in Form von Orientierungs-, Deutungs- und Erinnerungshilfen bei alltäglichen Aktivitäten?
3. Werden die Angehörigen dabei unterstützt, wirksame Hilfe zur Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen und zur Förderung kognitiver Fähigkeiten zu leisten? Werden sie dabei unterstützt, eine bedürfnisgerechte Tagesstruktur aufrechtzuerhalten?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn sich lediglich lückenhafte Hinweise auf Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten in der Pflegedokumentation finden lassen, aber aufgrund anderer Informationen nachvollzogen werden kann, dass eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung entsprechend der vertraglichen Vereinbarung erfolgt.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- eine Fehleinschätzung kognitiver Fähigkeiten vorliegt
- keine Informationen zu den individuellen Bedürfnissen des pflegebedürftigen Menschen erfasst wurden
- die Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation veraltet oder lückenhaft ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- geplante Maßnahmen nicht oder nicht vollständig durchgeführt werden.
- die geleistete Unterstützung nicht auf die Beeinträchtigungen und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen oder auf den Bedarf der pflegenden Angehörigen ausgerichtet ist.

2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation

entfällt, da im Fall der in die Prüfung einbezogenen Person nicht erforderlich

Qualitätsaussage

Pflegebedürftige mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten erhalten eine fachgerechte Unterstützung zur Kompensation von Beeinträchtigungen sowie zur Erhaltung kommunikativer Fähigkeiten. Eingeschlossen ist dabei ggf. auch die Beratung und Anleitung der Angehörigen.

Beschreibung

Gegenstand der Prüfung sind Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Kommunikation, einschließlich der Beratung und Anleitung der Angehörigen. Zu prüfen ist dementsprechend, inwieweit der Pflegebedürftige eine fachgerechte Unterstützung zur Kompensation von Beeinträchtigungen sowie zur Erhaltung kommunikativer Fähigkeiten erhält, um die Kommunikation mit vertrauten Bezugspersonen, Freunden oder Bekannten aufrechtzuerhalten. Zu prüfen ist ferner, ob und wie die Angehörigen durch Beratung und Anleitung dabei unterstützt werden, wirksame Hilfe zur Kompensation von Beeinträchtigungen der Kommunikation zu leisten.

Informationserfassung

Beeinträchtigung kommunikativer Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen:
Art und Umfang der von den Angehörigen geleisteten Hilfen:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Liegt eine zutreffende Einschätzung der kommunikativen Fähigkeiten vor?
2. Erhält der Pflegebedürftige eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung bei der Kommunikation und der Pflege sozialer Kontakte?
3. Werden die Angehörigen bei Bedarf dabei unterstützt, Hilfe im Bereich der Kommunikation zu leisten?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn sich nur lückenhafte Hinweise auf Beeinträchtigungen der Kommunikation in der Pflegedokumentation finden lassen, aber aufgrund anderer Informationen nachvollzogen werden kann, dass eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung erfolgt.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- eine Fehleinschätzung der kommunikativen Fähigkeiten oder der Kommunikationsbedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen vorliegt,
- Angehörige bei Bedarf nicht dabei unterstützt werden, Hilfen bei beeinträchtigter Kommunikation zu leisten
- die Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation lückenhaft ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise der Pflegebedürftige in seiner Kommunikation nicht entsprechend seiner Beeinträchtigungen unterstützt wird.

2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen

entfällt, da im Fall der in die Prüfung einbezogenen Person nicht erforderlich

Qualitätsaussage

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten eine zielgerichtete Unterstützung, durch die Belastungen und Überforderungen des pflegebedürftigen Menschen sowie der Einfluss weiterer verhaltenswirksamer Faktoren reduziert werden und das Wohlbefinden des pflegebedürftigen Menschen gefördert wird.

Beschreibung

Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen umfasst vorrangig Maßnahmen der Beratung und Anleitung der Angehörigen (z.B. zur Anpassung der Tagesstruktur, zur Anpassung von Kommunikation und Pflegehandlungen, zur Reaktion auf kritische Situationen etc.). Zu prüfen ist, inwieweit der Pflegedienst darauf hinwirkt, die häusliche Versorgung des pflegebedürftigen Menschen mit herausforderndem Verhalten zu gewährleisten und entsprechende Maßnahmen zur Reduktion von Verhaltensweisen und zur Sicherstellung einer geeigneten Lebensumgebung durchgeführt werden.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:
Umgang der Angehörigen mit den Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

- Erfolgt eine systematische Erfassung der Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen sowie eine Beurteilung, inwieweit diese Verhaltensweisen ein Gefährdungspotenzial aufweisen oder aus anderen Gründen einen Bedarf auflösen?
- Wurden verhaltenswirksame Faktoren identifiziert und Maßnahmen eingeleitet, um diese Faktoren zu begrenzen oder zu kompensieren?
- Erhalten die Angehörigen eine Beratung und Anleitung von den Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes, die auf die individuelle Lebenssituation zugeschnitten ist?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise pflegerische Maßnahmen durchgeführt worden sind, aber lückenhaft dokumentiert wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine zutreffende Erfassung von Verhaltensweisen erfolgte.
- eine Erfassung, aber keine Bewertung erfolgte, inwieweit die Verhaltensweisen für den Pflegebedürftigen ein Problem darstellen.
- nicht versucht wurde, verhaltensrelevante Faktoren (z.B. umgebungsbedingte Überforderungen, Tagesstruktur, nächtliche Störungen, biografische Bezüge, Änderung der Medikation, Trauer etc.) zu identifizieren.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- auf eine psychische Belastung des Pflegebedürftigen weder direkt (durch entlastende Maßnahmen) noch indirekt (durch Beratung und Anleitung der Angehörigen) reagiert wurde.
- keine Unterstützung erfolgt, die direkt oder indirekt (über die Beratung der Angehörigen) auf die Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet ist.

2.5 Unterstützung bei der Körperpflege

entfällt, da im Fall der in die Prüfung einbezogenen Person nicht erforderlich

Qualitätsaussage

Der Pflegebedürftige erhält eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung bei der Körperpflege.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Maßnahmen der Körperpflege durchgeführt werden. Zu prüfen ist ferner, inwieweit die Planung und Durchführung von Maßnahmen der Körperpflege an die Beeinträchtigungen, Ressourcen und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen angepasst sind und inwieweit Erhalt und Förderung der Selbständigkeit Bestandteil der Planung und Durchführung sind.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege:

Individuelle Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bei der Körperpflege:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Werden die vereinbarten Maßnahmen zur Unterstützung bei der Körperpflege durchgeführt?
2. Werden bei der Körperpflege die Wünsche des pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt?
3. Werden Auffälligkeiten des Hautzustands bei der Durchführung der Körperpflege und ggf. der Beratung der Angehörigen berücksichtigt?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn die vertraglich vereinbarte Durchführung der Körperpflege nicht vollständig dokumentiert wurde.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- ein auffälliger Hautzustand (Rötungen, Schuppungen) gegenüber Angehörigen/Betreuer nicht thematisiert oder nicht dokumentiert wurde.
- der Hautzustand bei der Frage nach einem erhöhten Dekubitusrisiko unberücksichtigt blieb.
- grundlegende Hygieneanforderungen bei der Körperpflege nicht berücksichtigt wurden.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Verschmutzungen der Haut, der Haare oder der Fingernägel auf eine unzureichende Körperpflege hinweisen.
- individuelle Wünsche (auch: religiöse Bedürfnisse) des pflegebedürftigen Menschen bei der Körperpflege nicht beachtet werden.
- vereinbarte Maßnahmen zur Unterstützung bei der Körperpflege nicht durchgeführt werden.

2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

entfällt, da im Fall der in die Prüfung einbezogenen Person nicht erforderlich

Qualitätsaussage

Der Pflegebedürftige wird durch den Pflegedienst bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bedarfs- und bedürfnisgerecht unterstützt.

Beschreibung

Zu prüfen ist, inwieweit der Pflegedienst eine bedarfsgerechte Unterstützung zur Sicherung und Förderung der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme erhält und inwieweit hierbei etwaige Risiken für Mangelernährung berücksichtigt werden. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Angehörigen, Ärzten und anderen Berufsgruppen, sofern diese sich an der Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung des pflegebedürftigen Menschen beteiligen, ein. Hinweise für die Qualitätsbeurteilung finden sich im Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:
Körpergröße und Gewicht, Gewichtsverlauf:
Erkrankungen und Verhaltensweisen, die sich auf die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme auswirken:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

- Ist die Ernährungssituation inkl. Flüssigkeitsversorgung des pflegebedürftigen Menschen fachgerecht erfasst worden?
- Werden etwaige Risiken für eine Mangelernährung berücksichtigt?
- Erfolgt eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme?
- Werden erforderliche Hilfsmittel zur Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme fachgerecht eingesetzt?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn die Selbstständigkeit bei der Nahrungsaufnahme in der Pflegedokumentation als weniger eingeschränkt beschrieben wird als sie tatsächlich ist, bei der Versorgung jedoch alle Beeinträchtigungen und das daraus resultierende Risiko der Mangelernährung berücksichtigt werden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- auf Veränderungen des Ernährungsverhaltens, etwa Anzeichen für eine reduzierte Nahrungsaufnahme, nicht reagiert wird und keine Rücksprache mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen bezüglich der veränderten Situation angestrebt wurde.
- die Nahrung nicht in einer Form angeboten wird, die auf die Beeinträchtigungen des pflegebedürftigen Menschen abgestimmt ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine ausreichende Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme erfolgt.
- der Pflegebedürftige Anzeichen einer Dehydratation zeigt und der Pflegedienst nicht darauf reagiert hat.
- Wünsche des pflegebedürftigen Menschen ignoriert werden, obwohl hierfür keine gesundheitlichen Gründe vorliegen.

2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung

entfällt, da im Fall der in die Prüfung einbezogenen Person nicht erforderlich

Qualitätsaussage

Der Pflegebedürftige wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei der Ausscheidung bzw. der Kontinenzförderung unterstützt.

Beschreibung

Gegenstand der Prüfung ist die fachgerechte Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen mit dem Ziel, Kontinenzverluste zu kompensieren. Eingeschlossen ist sowohl die Harn- als auch die Stuhlkontinenz. Zu prüfen ist ebenfalls, ob Maßnahmen zur Förderung der Harnkontinenz eingeleitet wurden. Hinweise für die Qualitätsbeurteilung finden sich im Falle der Harnkontinenz im Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz:
Hilfebedarf im Zusammenhang mit der Ausscheidung und der Versorgung künstlicher Ausgänge:
Vorhandensein von künstlichen Ausgängen, Nutzung von Kathetern, Inkontinenzprodukten etc.:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Wurde die Kontinenz des pflegebedürftigen Menschen zutreffend erfasst?
2. Werden geeignete Maßnahmen zum Kontinenzverlust, zur Unterstützung bei Kontinenzverlust oder beim Umgang mit künstlichen Ausgängen durchgeführt?
3. Werden erforderliche Hilfsmittel fachgerecht eingesetzt?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn das Kontinenzprofil nicht ganz zutreffend dokumentiert ist, bei der Versorgung jedoch alle Beeinträchtigungen und das Ziel der Kontinenzförderung und Unterstützung bei der Ausscheidung berücksichtigt werden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- wichtige Hygieneanforderungen nicht berücksichtigt werden, hierdurch aber noch keine Probleme entstanden sind.
- die individuelle Maßnahmenplanung nicht auf die Beeinträchtigungen des pflegebedürftigen Menschen zugeschnitten ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- durch Vernachlässigung wichtiger Hygieneanforderungen Schädigungen der Haut eingetreten sind.
- die Durchführung der Maßnahmen nicht dem Bedarf und den individuellen Vereinbarungen entspricht.

2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte

entfällt, da im Fall der in die Prüfung einbezogenen Person nicht erforderlich

Qualitätsaussage

Der Pflegebedürftige wird bei der Tagesstrukturierung, Hilfen zur Gewährleistung einer bedürfnisgerechten Beschäftigung, Förderung/Unterstützung der sozialen Interaktion und Kommunikation fachgerecht unterstützt.

Beschreibung

Zu prüfen ist, inwieweit und in welcher Form der Pflegebedürftige eine fachgerechte Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Hilfen zur Gewährleistung einer bedürfnisgerechten Beschäftigung, Förderung/Unterstützung der sozialen Interaktion und Kommunikation erhalten hat und die Angehörigen bei Bedarf eine entsprechende Beratung und Anleitung erhalten.

Informationserfassung

Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte:

Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag des pflegebedürftigen Menschen:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Sind die Interessen an Aktivitäten und Gewohnheiten des pflegebedürftigen Menschen bekannt?
2. Wurde bei Bedarf mit dem Pflegebedürftigen (oder seinen Bezugspersonen/Angehörige) eine individuelle Tagesstrukturierung erarbeitet und wurde Unterstützung geleistet, diese Tagesstruktur umzusetzen?
3. Erhält der Pflegebedürftige Unterstützung dabei, bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Lebensalltag nachzugehen und soziale Kontakte zu pflegen?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn sich beispielsweise keine oder nur lückenhafte Hinweise auf die Ermittlung der relevanten Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen in der Pflegedokumentation finden lassen, aber aufgrund anderer Informationen nachvollzogen werden kann, dass die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bekannt sind.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- eine Tagesstrukturierung erarbeitet, aber nicht schriftlich fixiert wurde (z.B. nur mündlich kommuniziert wird).
- nicht erkennbar ist, dass reflektiert oder praktisch überprüft wurde, ob durch eine Anpassung der Tagesstrukturierung emotionale Belastungen oder Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen positiv beeinflusst werden können (falls ein entsprechender Bedarf besteht).
- die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen nicht bekannt sind.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine Tagesstrukturierung existiert, obwohl der Pflegebedürftige den Tag nicht selbstständig planen oder Planungen nicht umsetzen kann.
- die Tagesstrukturierung keinen Bezug zu den Bedürfnissen des pflegebedürftigen Menschen aufweist.
- vom Pflegebedürftigen gewünschte Aktivitäten aufgrund fehlender Unterstützung regelmäßig nicht durchgeführt werden können.

2.9 Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz

entfällt, da im Fall der in die Prüfung einbezogenen Person nicht erforderlich

Qualitätsaussage

Pflegende Angehörige erhalten Anleitung und Beratung zur Verbesserung ihrer Pflegekompetenz. Anleitung und Beratung sind auf die individuellen Lernvoraussetzungen, die individuelle Pflegesituation sowie die Wünsche der Angehörigen abgestimmt.

Beschreibung

Zu prüfen ist, wie der Pflegedienst Maßnahmen der Anleitung und Beratung durchführt. Wesentliche Elemente sind die Situations- und Problemanalyse (Bedarfsermittlung), die Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen und die anschließende Überprüfung ihrer Wirkung beim pflegenden Angehörigen. Der gesamte Prozess ist dabei auf die Interessen und Bedürfnisse des pflegenden Angehörigen abzustimmen. Die Mitarbeiter, die die Maßnahmen durchführen, sind Fachkräfte mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung.

Informationserfassung

Art und Umfang der Hilfen, die von den Angehörigen regelmäßig geleistet werden:
Selbsteinschätzung der Angehörigen (Selbsteinschätzung ihrer Pflegekompetenz):

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

- Wurden die individuellen Lernvoraussetzungen der Angehörigen sowie ihre pflegerischen Fertigkeiten erfasst?
- Liegt eine mit den Angehörigen abgestimmte Planung zur Durchführung edukativer Maßnahmen vor, die den Wünschen der Angehörigen entspricht und ihre Lernvoraussetzungen berücksichtigt?
- Werden Anleitungen zur Verbesserung praktischer Fertigkeiten auf der Grundlage definierter Methoden durchgeführt? Wird den Angehörigen das jeweils relevante pflegerische Wissen vermittelt?
- Wird die Entwicklung der Pflegekompetenz erfasst und in die Anpassung der Maßnahmenplanung einbezogen?
- Wird die Beratung von Fachkräften durchgeführt?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn Lernvoraussetzungen lückenhaft dokumentiert, aber bei den Mitarbeitern bekannt sind.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die individuellen Lernvoraussetzungen der Angehörigen nicht erfasst worden sind.
- die Planung edukativer Maßnahmen die Wünsche und Voraussetzungen auf Seiten der Angehörigen berücksichtigt, die Planung aber nicht vollständig schriftlich dokumentiert ist
- Maßnahmen durch Mitarbeiter ohne ausreichende Qualifikation durchgeführt wurden
- Anleitung und Beratung unsystematisch erfolgen und bei den Angehörigen keine Kompetenzerweiterung erwarten lassen.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- bei der Planung und Durchführung der Maßnahmen die Wünsche des Angehörigen unberücksichtigt bleiben
- Anleitung und Beratung Hinweise enthalten, die fachlich kritisch zu bewerten sind.

2.10 Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz

entfällt, da im Fall der in die Prüfung einbezogenen Person nicht erforderlich

Qualitätsaussage

Der pflegebedürftige Mensch erhält Anleitung und Beratung zur Verbesserung seiner Pflegekompetenz. Anleitung und Beratung sind auf die individuellen Lernvoraussetzungen, die individuelle Pflegesituation sowie die Wünsche des pflegebedürftigen Menschen abgestimmt.

Beschreibung

Zu prüfen ist, wie der Pflegedienst Maßnahmen der Anleitung und Beratung durchführt. Wesentlich Elemente sind die Situations- und Problemanalyse (Bedarfsermittlung), die Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen und die anschließende Überprüfung ihrer Wirkung. Der gesamte Prozess ist dabei auf die Interessen und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen abzustimmen. Die Mitarbeiter, die die Maßnahmen durchführen, sind Fachkräfte mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung.

Informationserfassung

Bereiche der Selbstpflege, die im Rahmen der Anleitung und Beratung berücksichtigt werden:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Wurden die individuellen Lernvoraussetzungen erfasst?
2. Liegt eine mit dem pflegebedürftigen Menschen abgestimmte Planung zur Durchführung edukativer Maßnahmen vor, die seinen Wünschen entspricht und die Lernvoraussetzungen berücksichtigt?
3. Werden Anleitungen zur Verbesserung praktischer Fertigkeiten auf der Grundlage definierter Methoden durchgeführt? Wird dem pflegebedürftigen Menschen das jeweils relevante pflegerische Wissen vermittelt?
4. Wird die Entwicklung der Selbstpflegekompetenz erfasst und in die Anpassung der Maßnahmenplanung einbezogen?
5. Wird die Beratung von Fachkräften durchgeführt?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn Lernvoraussetzungen lückenhaft dokumentiert, aber bei den Mitarbeitern bekannt sind.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die individuellen Lernvoraussetzungen nicht erfasst worden sind.
- die Planung edukativer Maßnahmen Wünsche und Voraussetzungen auf Seiten des pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt, die Planung aber nicht vollständig schriftlich dokumentiert ist
- Maßnahmen durch Mitarbeiter ohne ausreichende Qualifikation durchgeführt werden
- Anleitung und Beratung unsystematisch erfolgen und keine Verbesserung der Selbstpflegkompetenz erwarten lassen.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- bei der Planung und Durchführung der Maßnahmen die Wünsche des pflegebedürftigen Menschen unberücksichtigt bleiben
- Anleitung und Beratung Hinweise enthalten, die fachlich kritisch zu bewerten sind.

2.11 Schmerzmanagement

entfällt, da im Fall der in die Prüfung einbezogenen Person nicht erforderlich

Qualitätsaussage

Pflegebedürftige mit akuten oder chronischen Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Beschreibung

Zu prüfen ist die Gesamtheit des pflegerischen Schmerzmanagements. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Angehörigen, Ärzten und anderen Berufsgruppen, sofern sie mit dem Ziel der Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen bei der Schmerzbewältigung tätig werden, mit ein. Hinweise für die Qualitätsbeurteilung finden sich in den Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ und „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Informationserfassung

Individuelle Schmerzsituation (akut/chronisch, Lokalisation, Intensität):
Ärztliche Verordnungen und Anordnungen zur Schmerztherapie:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

2. Ist die Schmerzsituation des pflegebedürftigen Menschen fachgerecht erfasst worden?
3. Erhält der Pflegebedürftige eine fachgerechte Unterstützung zur Schmerzbewältigung?
4. Sind die Angehörigen in der Lage, eine Schmerzeinschätzung durchzuführen, Schmerzen mitzuteilen und situationsgerechte Maßnahmen zur Reduktion bzw. Beseitigung der Schmerzen beizutragen?
5. Werden ärztliche Verordnungen zur Schmerztherapie berücksichtigt?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn in der Pflegedokumentation ungenaue Angaben zur Schmerzsituation vorliegen, das Schmerzmanagement jedoch ansonsten fachgerecht erfolgt.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Schmerzsituation in der Maßnahmenplanung nicht ausreichend berücksichtigt wird, der Pflegebedürftige aber dennoch eine der Schmerzsituation entsprechende Unterstützung erhält.
- relevante Veränderungen der Schmerzsituation nicht dem behandelnden Arzt mitgeteilt wurden.
- etwaige Nebenwirkungen der Schmerzmedikation unbeachtet blieben.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- geplante nichtmedikamentöse schmerzlindernde Maßnahmen (zum Beispiel Kälte- und Wärmeanwendungen, Massage, Hilfen zur Entspannung) nicht durchgeführt werden.
- Pflegebedürftige mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente nicht erhalten.

Prüfbereich 3: Ärztlich verordnete Maßnahmen

3.1 Weitere ärztlich verordnete Maßnahme

entfällt, da keine weiteren Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet sind

Bitte verordnete Maßnahme eintragen:

--

Qualitätsaussage

Der Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen Verordnung:
Regelungen des geltenden Vertrags nach § 132a Abs. 4 SGB V hinsichtlich der Qualifikation der durchführenden Mitarbeiter:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

- Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?
- Ist im Bedarfsfall (z.B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?
- Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?
- Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise im Bedarfsfall keine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erfolgt oder die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt wurden,
- weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.2 Weitere ärztlich verordnete Maßnahme

entfällt, da keine weiteren Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet sind

Bitte verordnete Maßnahme eintragen:

--

Qualitätsaussage

Der Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen Verordnung:

Regelungen des geltenden Vertrags nach § 132a Abs. 4 SGB V hinsichtlich der Qualifikation der durchführenden Mitarbeiter:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

- Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?
- Ist im Bedarfsfall (z.B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?
- Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?
- Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise im Bedarfsfall keine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erfolgt oder die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt wurden,
- weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

Prüfbereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung

Hinweis: Die Beurteilung der Qualitätsaspekte im Bereich 4 kann nicht in Form einer standardisierten Bewertung erfolgen. Es erfolgt auch keine gesonderte Informationserfassung. Werden durch den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese im jeweils zugeordneten Textfeld „Auffälligkeiten oder Defizite“ aufzuführen. Sie sollten den leitenden Mitarbeitern des Pflegedienstes im Rahmen der Beratung erläutert werden.

4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen

Qualitätsaussage

Die Arbeit ambulanter Pflegedienste ist mit den in die Pflege involvierten Angehörigen des pflegebedürftigen Menschen abgestimmt und koordiniert.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob eine Abstimmung zwischen dem ambulanten Pflegedienst und den Angehörigen hinsichtlich der erforderlichen und erwünschten pflegerischen Unterstützung erfolgte.

Leitfragen

- Wurden Gespräche mit den Angehörigen über die Pflegesituation geführt?
- Wurden feste Vereinbarungen zur gemeinsamen Gestaltung der Pflegesituation getroffen?
- Wurde auf die Wünsche der Angehörigen zur Gestaltung der Pflegesituation eingegangen?

Auffälligkeiten:

4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung

Qualitätsaussage

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes reagieren im Rahmen von Beratungsgesprächen sensibel auf Anzeichen von Gewaltanwendung, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung pflegebedürftiger Menschen. Sie streben an, in gravierenden Fällen Hilfen zur Begleitung der häuslichen Versorgung zu mobilisieren.

Beschreibung

Im Rahmen eines Fachgesprächs mit Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes wird der Umgang mit einem Verdacht oder einem konkreten Hinweis auf Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung erörtert. Im Mittelpunkt steht weniger die Qualitätsbewertung, sondern eher die gemeinsame Beratung möglicher Handlungsstrategien im konkreten Fall.

Leitfragen

- Wurden im Rahmen der Pflege mögliche Anzeichen von Gewaltanwendung, Vernachlässigung, Missbrauch oder Unterversorgung wahrgenommen?
- Wie wurde bei vorliegenden Anzeichen reagiert und welche Maßnahmen wurden ggf. ergriffen?
- Welche Fragen und Unsicherheiten bestehen im Umgang mit Anzeichen für Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung?

Auffälligkeiten:

Allgemeine Anmerkungen zur Prüfung:

Projekt „Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege“

Abschlussbericht

Anhang 4b

Anlage

zur Verfahrensbeschreibung für das Prüfverfahren:

Erläuterungen zu den Leitfragen (Ausfüllanleitung)

Stand 20. August 2018

Spezielle Krankenbeobachtung	3
Ärztlich verordnete Maßnahmen – Spezielle Krankenbeobachtung	3
Prüfbereich 1: Übergreifend zu prüfende Qualitätsaspekte	5
1.1 Aufnahmemanagement	5
1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren	6
1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation	7
Prüfbereich 2: Pflegerische Aufgaben im Rahmen der speziellen Krankenbeobachtung	8
2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	8
2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition	9
2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation.....	10
2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen	11
2.5 Unterstützung bei der Körperpflege	13
2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	14
2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung	15
2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte	16
2.9 Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der.....	17
Pflegerkompetenz.....	17
2.10 Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der.....	18
Selbstpflegekompetenz	18
2.11 Schmerzmanagement.....	19
Prüfbereich 3: weitere ärztlich verordnete Leistungen	20
3.1 Ärztlich verordnete Maßnahmen	21
3.1c Ärztlich verordnete Maßnahmen – Blasenspülung	22

3.1d Ärztlich verordnete Maßnahmen – Blutdruckmessung, Blutzuckermessung	23
3.1e Ärztlich verordnete Maßnahmen - Wundversorgung (Dekubitusbehandlung, Stomabehandlung, Verbände)	24
3.1f Ärztlich verordnete Maßnahmen – Drainagen, Überprüfen, Versorgen	25
3.1g Ärztlich verordnete Maßnahmen – Infusionen i.v.....	26
3.1h Ärztlich verordnete Maßnahmen – Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins	27
3.1i Ärztlich verordnete Maßnahmen – Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten	28
3.1j Ärztlich verordnete Maßnahmen - Medikamente	29
3.1k Ärztlich verordnete Maßnahmen – Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern bei gesicherter Diagnose	30
3.1l Ärztlich verordnete Maßnahmen – Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der.....	31
3.1m Ärztlich verordnete Maßnahmen – Venenkatheter, Pflege des zentralen	32
Prüfbereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung	33
4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen.....	33
4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung	34
Prüfbereich 5: Einrichtungsbezogene Prüfung	35
5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten	35
5.2 Hygiene	36
5.3 Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung	37

Spezielle Krankenbeobachtung

Ärztlich verordnete Maßnahmen – Spezielle Krankenbeobachtung
<p><i>Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt. Zu prüfen ist zusätzlich, ob die vertraglich vereinbarten Qualifikationen des eingesetzten Pflegepersonals vorhanden sind, die Pflegekräfte während des Versorgungszeitraums permanent anwesend sind und die verordnete Kontrolle der Vitalfunktionen erfolgt.</i></p>
<p>Hinweise zu den Leitfragen</p>
<p><i>1. Werden die Maßnahmen der speziellen Krankenbeobachtung entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?</i></p> <p>Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich. Auf Basis der verschiedenen Informationsquellen ist zu prüfen, ob die Durchführung Maßnahmen der Verordnung entspricht.</p>
<p><i>2. Ist eine regelmäßige Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?</i></p> <p>Die HKP-Richtlinie sieht im Fall der speziellen Krankenbeobachtung eine laufende Information der Ärztin oder des Arztes vor. Zu beurteilen ist daher bei dieser Frage, ob und in welcher Form der Pflegedienst regelmäßig mit dem verordnenden Arzt über Entwicklungen der Vitalzeichen oder anderer Aspekte der speziellen Krankenbeobachtung kommuniziert.</p>
<p><i>3. Entspricht die Versorgung den vertraglichen Vereinbarungen des ambulanten Pflegedienstes zur 24-Stunden- oder außerklinischen Intensivpflege?</i></p> <p>Bei dieser Frage geht es darum, ob die Versorgung dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V und entsprechender Ergänzungsvereinbarungen entspricht. Insbesondere ist zu beurteilen, ob die spezielle Krankenbeobachtung von Personen durchgeführt wird, die über den vertraglichen Vereinbarungen entsprechende Qualifikationen verfügen.</p>
<p><i>4. Entspricht die spezielle Krankenbeobachtung im Hinblick auf die Beatmung und Vitalzeichenkontrolle dem aktuellen Stand des Wissens und etwaigen besonderen Anforderungen im Einzelfall?</i></p> <p>Allgemein ist zur speziellen Krankenbeobachtung zu beurteilen, ob</p> <ul style="list-style-type: none">• die ständige Beobachtung, Interventionsbereitschaft, Vitalzeichenkontrolle (Verlaufskontrolle von Puls, Temperatur), Zustand von Haut und Schleimhaut und deren Dokumentation sichergestellt sind,• die Schwellenwerte von Vitalparametern dokumentiert sind, die Interventionen nach sich ziehen sollten, und Alarmgrenzen der ärztlich angeordneten Sauerstoffsättigung korrekt eingestellt sind,• Verlaufskontrollen hinsichtlich Bewusstseinszustand, Beobachtung auf Ödeme, Schlafqualität, Sauerstoff-Befeuchtung, Körpergewicht, Muskulatur und Bilanzierung durchgeführt und dokumentiert werden. <p>Zur Beatmung ist zu beurteilen, ob</p> <ul style="list-style-type: none">• die Anpassung und Überprüfung der Einstellungen des Beatmungsgeräts an Vitalparameter auf Anordnung der Ärztin oder des Arztes durchgeführt werden• die Beatmungsparameter und –messwerte einmal pro Schicht dokumentiert sind und mit

den Einstellungen am Beatmungsgerät übereinstimmen

- die erforderlichen Hilfsmittel zur Durchführung einer maschinellen Beatmung dokumentiert sind und verwendet werden,
- die Wechsel- und Reinigungsintervalle der erforderlichen Hilfsmittel zur Durchführung einer maschinellen Beatmung dokumentiert und nach hygienischen Kautelen durchgeführt werden
- die Überprüfung und Dokumentation der Einsatz- und Ersatzgeräte auf Funktion und Richtigkeit der aktuellen Beatmungsparameter durchgeführt wurde
- die Befeuchtung und Pflege von Mund und Schleimhäuten durchgeführt wird,
- eine Vermeidung von Druckstellen durch Tuben/Beatmungszugänge und ableitende Systeme stattfindet,
- Veränderungen am Beatmungssystem nur nach ärztlicher Anordnung oder Rücksprache vorgenommen werden.

Hinsichtlich des Absaugens ist zu beurteilen, ob

- das Absaugen unter Beachtung der hygienischen Kautelen atraumatisch erfolgt (Händedesinfektion, Verwendung steriler Absaugkatheter, Absaugen mit keimarmen Einmalhandschuhen, Absaugen mit offenen Absaugsystemen bei Beatmung mit sterilen Einmalhandschuhen)
- die Beschaffenheit des Sekrets beobachtet und dokumentiert wird und
- nachvollziehbar ist, dass das Absauggerät entsprechend der Herstellervorgaben desinfiziert wird.

Hinsichtlich der verwendeten Geräte im Rahmen der speziellen Krankenbeobachtung ist zu beurteilen, ob

- die notwendigen Maßnahmen aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) bei der versorgten Person umgesetzt werden
- die Herstellerhinweise zur Wartung, Reinigung, Prüfung und zum Betrieb der verwendeten Geräte beachtet werden

Prüfbereich 1: Übergreifend zu prüfende Qualitätsaspekte

1.1 Aufnahmemanagement

Zu prüfen ist, wie der ambulante Pflegedienst das Aufnahmemanagement bei Erstaufnahmen und Übernahmen durchführt. Geprüft wird das Aufnahmemanagement bei pflegebedürftigen Menschen, die innerhalb der letzten sechs Monate neu oder wieder vom Pflegedienst aufgenommen wurden.

Dieser Qualitätsaspekt bezieht sich auf die Informationssammlung durch den ambulanten Pflegedienst zu Beginn oder Wiederbeginn der Pflege. Unabhängig von Art und Umfang der vereinbarten Leistungen, sind Informationen zum Ausmaß der individuellen Beeinträchtigungen und Ressourcen des pflegebedürftigen Menschen sowie zu vorliegenden ärztlichen Diagnosen erforderlich.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Ist ein strukturiertes Vorgehen bei der Informationssammlung und der anschließenden Planung und Vereinbarung von Maßnahmen erkennbar? Wurden die individuellen pflegerelevanten Einschränkungen, Ressourcen und Fähigkeiten erfasst?

Es ist zu prüfen, ob ein strukturiertes Vorgehen angewandt wird, mit dem die wesentlichen Informationen der Pflegesituation erfasst werden können. Dieses Vorgehen kann sich an den Prinzipien des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation orientieren, ebenso jedoch auf anderen Systematisierungsansätzen zur Gestaltung des Pflegeprozesses basieren (z.B. an Lebensaktivitäten orientierten Modellen).

2. Wurde der pflegebedürftige Mensch zu seiner Sichtweise bei der Informationssammlung und der Planung und Vereinbarung von Maßnahmen befragt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob der pflegebedürftige Mensch die Gelegenheit hatte, seine Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und auf individuelle Aspekte seiner Pflegesituation hinzuweisen. Zudem geht es darum, ob seine Perspektive bei der Planung von Maßnahmen berücksichtigt wurde.

3. Wurden weitergehende Informationen mit Relevanz für die Durchführung der Pflege erhoben (z.B. Medikation, Behandlungsverläufe, Versorgung durch andere Personen und Einrichtungen)?

Angesprochen sind mit dieser Frage Informationen über verfügbare medizinische Diagnosen, den Medikamentenplan, Konsequenzen aus Krankenhausbehandlungen sowie Leistungen und Maßnahmen anderer Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienstleistungen, soweit sie von Relevanz für den Pflegeprozess im entsprechenden Haushalt sind.

In der Gesamtbetrachtung der drei Leitfragen sollte deutlich werden, dass die wesentlichen Informationen für die Durchführung des Pflegeprozesses erfasst wurden und Eingang in die Planung und Vereinbarung von Maßnahmen zwischen dem Pflegedienst und dem pflegebedürftigen Menschen gefunden haben.

1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren

Zu prüfen ist, ob der Pflegedienst mögliche Risiken und Gefahren für den pflegebedürftigen Menschen erkannt und darauf reagiert hat. Relevant sind hierbei gesundheitlich bedingte, verhaltensbedingte und umgebungsbedingte Risiken und Gefahren. Sofern Risiken und Gefahren vorliegen, ist zu prüfen, ob im Rahmen der Möglichkeiten des Pflegedienstes Aktivitäten zur Prävention dieser Risiken und Gefahren vorgeschlagen oder initiiert wurden.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Hat der Pflegedienst offenkundige Risiken und Gefahren in der Pflegesituation erkannt?

Durch die regelmäßige Präsenz in der häuslichen Umgebung, durch die Kommunikation mit dem pflegebedürftigen Menschen und seinen Angehörigen, durch Beobachtungen während der Durchführung der Pflege und schließlich auch durch die Informationserfassung, die zur Durchführung der vereinbarten Leistungen erforderlich sind, erhalten die Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes Kenntnis darüber, ob und ggf. welche Risiken und Gefahren in einer Pflegesituation vorhanden sind. Die Frage zielt dementsprechend auf *offenkundige* Risiken und Gefahren, d.h. auf Sachverhalte, die die Mitarbeiter im Rahmen der Durchführung des individuellen pflegerischen Auftrags wahrnehmen, ohne hierfür gesonderte Assessmentschritte zu unternehmen. Gemeint sind also Risiken und Gefahren, die auch für den Prüfdienst, der die Lebens- und Versorgungssituation des Versicherten ja weit weniger genau kennt als die Mitarbeiter des Pflegedienstes, während des Hausbesuchs offenkundig sind.

Zu den gesundheitsbedingten Risiken gehören Aspekte, die sich durch vorliegende Erkrankungen ergeben, Beeinträchtigungen des Hör- und Sehvermögens sowie kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen. Einige gesundheitliche Beeinträchtigungen können weitere spezifische Risiken nach sich ziehen (wie z. B. Sturzgefahr, Gefahr der Entstehung eines Dekubitus oder Ernährungsprobleme).

Zu den verhaltensbedingten Risiken zählen oftmals durch psychische Problemlagen hervorgerufene Verhaltensweisen mit daraus resultierenden Risiken.

Mit den umgebungsbedingten Risiken sind mögliche Gegebenheiten in der Wohnumgebung des pflegebedürftigen Menschen angesprochen.

2. Wurden im Fall vorliegender Risiken und Gefahren diese bei der Maßnahmenplanung im Pflegeprozess berücksichtigt?

Um die angesprochenen Risiken (z.B. ein hohes Sturzrisiko) bei der Durchführung der Pflege zu berücksichtigen, kann eine Anpassung der Maßnahmenplanung erforderlich sein.

3. Wurden dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen bestehende Risiken und Gefahren verdeutlicht?

Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob eine Kommunikation (Aufklärung) zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen und dem Pflegedienst über bestehende Risiken und Gefahren stattgefunden hat.

4. Wurden Möglichkeiten zur Vermeidung von Risiken und Gefahren aufgezeigt und der pflegebedürftige Mensch und ggf. seine Angehörigen hierzu beraten?

Im Falle vorliegender Risiken und Gefahren sollten der pflegebedürftige Mensch und seine Angehörigen über die Risiken aufgeklärt und zu ihrer Vermeidung beraten werden.

1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation

Von Relevanz ist eine Destabilisierung der Versorgungssituation, die dadurch entsteht, dass Versorgungsanforderungen oder Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen zu einer Überforderung des bestehenden Hilfenetzes (Angehörige und ggf. weitere Personen) führen oder bislang verfügbare Hilfen wegzufallen drohen. Bei Alleinlebenden sind analog dazu zunehmende Einbußen der Selbstpflegekompetenz zu berücksichtigen, die nicht durch andere Personen oder durch Dienstleistungen kompensiert werden.

Zu prüfen ist, ob der Pflegedienst offensichtliche Anzeichen hierfür erkannt hat. Ist dies der Fall, so ist weiterhin zu prüfen, ob Aktivitäten zur Verhinderung einer Destabilisierung vorgeschlagen oder initiiert wurden.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurden offenkundige Anzeichen einer Überforderung des Hilfenetzes, einer abnehmenden Pflegebereitschaft oder einer abnehmenden Selbstpflegefähigkeit erkannt?

Angesprochen ist mit dieser Frage die Stabilität der häuslichen Versorgung hinsichtlich der individuellen Selbstpflegekompetenzen oder der Unterstützungsleistungen durch Familienmitglieder, Freunde oder Nachbarn des pflegebedürftigen Menschen.

Eine Destabilisierung einer Pflegesituation kann durch Veränderungen auf Seiten des pflegebedürftigen Menschen entstehen durch einen fortschreitenden Verlauf einer bestehenden Erkrankung, eine zunehmende Beeinträchtigung der Selbständigkeit in wesentlichen Lebensbereichen und Aktivitäten und anderer Aspekte, die einen erhöhten physischen und psychischen Einsatz bei der Pflege erfordern.

Die Stabilität kann ebenso durch Veränderungen auf Seiten der Pflegepersonen eintreten wie z. B. durch die Dauer der physischen und psychischen Belastung durch die Pflege oder durch mit der Pflege konkurrierende familiäre, berufliche oder andere Verpflichtungen.

Ähnlich wie im Falle des Qualitätsaspekts 1.2 geht es an dieser Stelle um *offenkundige* Sachverhalte, also Sachverhalte, die im Rahmen der Durchführung des individuellen pflegerischen Auftrags wahrnehmbar sind, ohne hierfür gesonderte Assessmentschritte zu unternehmen.

2. Wurde im Gespräch mit dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen auf die Möglichkeit einer Destabilisierung der Versorgungssituation hingewiesen? Wurden Möglichkeiten aufgezeigt, einer Destabilisierung entgegenzuwirken?

Zu beurteilen ist, ob im Falle von Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation eine Kommunikation (Aufklärung) zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen und dem Pflegedienst stattgefunden hat, in der auf die beobachteten Tendenzen einer Destabilisierung hingewiesen wurde und während der auf Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation – beispielsweise durch die Inanspruchnahme teilstationärer Angebote oder Maßnahmen zur Entlastung der Angehörigen durch Einbeziehung weiterer Personen in die Pflege – hingewiesen wurde.

Prüfbereich 2: Pflegerische Aufgaben im Rahmen der speziellen Krankenbeobachtung

2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Zu prüfen ist die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen mit dem Ziel, verlorene Selbständigkeit bei der Fortbewegung und Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit auszugleichen und Mobilität zu erhalten und zu fördern. Zu prüfen ist ferner, ob die mit Mobilitätseinbußen assoziierten Gefährdungen erfasst werden und der Pflegedienst im Rahmen seiner Einwirkungsmöglichkeiten Maßnahmen einleitet, die zur Vermeidung oder Reduzierung von Gefährdungen beitragen.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurden Beeinträchtigungen und Ressourcen im Bereich der Mobilität erfasst und unter Berücksichtigung eines früheren Mobilitätsstatus beurteilt?

Zu beurteilen ist, ob eine individuelle, situationsgerechte Erfassung/ Beschreibung der Beeinträchtigungen und Ressourcen der Selbständigkeit im Bereich der Mobilität erfasst und eine Bewertung vor dem Hintergrund vorheriger Erfassung der Mobilität erfolgt sind. Hinweise zur Erfassung des Mobilitätsstatus finden sich im Entwurf des Expertenstandards zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

2. Entspricht die Unterstützung bei der Mobilität dem individuellen Bedarf des pflegebedürftigen Menschen und den individuellen Vereinbarungen?

Zu beurteilen ist, ob die individuelle Maßnahmenplanung dem jeweiligen Mobilitätsstatus entspricht.

3. Werden zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität durchgeführt, die auf die noch vorhandenen Fähigkeiten und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen abgestimmt sind?

Angesprochen sind hiermit Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität im Sinne des Expertenstandards, die mit dem pflegebedürftigen Menschen durchgeführt wurden.

Wurden dem pflegebedürftigen Menschen zielgerichtete Maßnahmen zur Mobilitätsförderung angeboten, von ihm jedoch nicht in Anspruch genommen oder abgelehnt, sollte dies vermerkt sein.

4. Wurden die vorliegenden Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Einschätzung gesundheitlicher Risiken berücksichtigt?

Angesprochen sind damit mögliche Sturzgefahren, das Risiko der Entstehung eines Dekubitus und fortschreitende Funktionsbeeinträchtigungen.

5. Wird der pflegebedürftige Mensch bei Bedarf bei der Nutzung von Hilfsmitteln für die Fortbewegung angeleitet oder beraten?

Es ist zu beurteilen, ob der pflegebedürftige Mensch – soweit erforderlich - Unterstützung bei der sachgerechten Nutzung von Hilfsmitteln erhält.

2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition

Zu prüfen ist die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen zur Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen im Rahmen der individuellen Maßnahmenplanung. Diese Unterstützung umfasst beispielsweise Orientierungs-, Deutungs- und Erinnerungshilfen, die Unterstützung bei Entscheidungen im Lebensalltag und die Begleitung bei Aktivitäten, die aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen nicht allein durchgeführt werden könnten. Zu prüfen sind des Weiteren Maßnahmen zur Förderung kognitiver Fähigkeiten, beispielsweise in Form von biografieorientierter Einzelbetreuung. Gegenstand der Prüfung ist schließlich auch die systematische Beratung und Anleitung Angehöriger mit dem Ziel, bei beeinträchtigter Kognition wirksame Hilfe zu leisten.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Liegt eine aktuelle, zutreffende Einschätzung der kognitiven Beeinträchtigungen und ihrer Konsequenzen für den Lebensalltag vor?

Zu beurteilen ist, ob eine individuelle Erfassung und Beschreibung der Fähigkeiten zur zeitlichen, örtlichen und situativen Orientierung vorliegt und eine Einschätzung der Fähigkeiten zur Erkennung von Personen und Erinnerung von Sachverhalten vorgenommen wurde.

2. Erhält der pflegebedürftige Mensch eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung in Form von Orientierungs-, Deutungs- und Erinnerungshilfen bei alltäglichen Aktivitäten?

Bei dieser Frage ist zu beurteilen, ob die geplanten Maßnahmen den kognitiven Fähigkeiten entsprechen und auf die Förderung und den Erhalt kognitiver Fähigkeiten ausgerichtet sind.

3. Werden die Angehörigen dabei unterstützt, wirksame Hilfe zur Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen und zur Förderung kognitiver Fähigkeiten zu leisten? Werden sie dabei unterstützt, eine bedürfnisgerechte Tagesstruktur aufrechtzuerhalten?

Zu beurteilen ist, ob die Angehörigen durch den ambulanten Pflegedienst bei der Erhaltung und Förderung kognitiver Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen unterstützt werden, z.B. durch Information und Beratung zum Umgang mit beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen.

2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation

Gegenstand der Prüfung sind Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Kommunikation, einschließlich der Beratung und Anleitung der Angehörigen. Zu prüfen ist dementsprechend, inwieweit der pflegebedürftige Mensch eine fachgerechte Unterstützung zur Kompensation von Beeinträchtigungen sowie zur Erhaltung kommunikativer Fähigkeiten erhält, um die Kommunikation mit vertrauten Bezugspersonen, Freunden oder Bekannten aufrechtzuerhalten. Zu prüfen ist ferner, ob und wie die Angehörigen durch Beratung und Anleitung dabei unterstützt werden, wirksame Hilfe zur Kompensation von Beeinträchtigungen der Kommunikation zu leisten.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Liegt eine aktuelle, zutreffende Einschätzung der kommunikativen Fähigkeiten vor?

Von Bedeutung sind dabei alle Formen der Kommunikation mit anderen Personen, die es dem pflegebedürftigen Menschen ermöglichen, seine Sichtweise und Wünsche mitzuteilen und Informationen anderer Personen zu verstehen.

2. Erhält der pflegebedürftige Mensch eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung bei der Kommunikation und der Pflege sozialer Kontakte?

Zu beurteilen ist, ob die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen bei der Kommunikation mit anderen Personen entsprechend seiner kommunikativen Fähigkeiten erfolgt. Dies schließt die Nutzung technischer und anderer Hilfsmittel ein, die die Kommunikation unterstützen können.

3. Werden die Angehörigen bei Bedarf dabei unterstützt, Hilfe im Bereich der Kommunikation zu leisten?

Die Auswirkungen von Beeinträchtigungen bei der Kommunikation betreffen vor allem das Verhältnis des pflegebedürftigen Menschen zu seinen Angehörigen. Die Unterstützung bei der Kommunikation sollte daher auch für Angehörige erfolgen, sofern diese einen entsprechenden Bedarf äußern. Hierzu zählt z.B. die Verbesserung von Kenntnissen und Fertigkeiten im Umgang mit Hilfsmitteln (z.B. Cochlea-Implantat) sowie die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit.

2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen

Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen umfasst vorrangig Maßnahmen der Beratung und Anleitung der Angehörigen (z.B. zur Anpassung der Tagesstruktur, zur Anpassung von Kommunikation und Pflegehandlungen, zur Reaktion auf kritische Situationen etc.). Zu prüfen ist, inwieweit der Pflegedienst darauf hinwirkt, die häusliche Versorgung des pflegebedürftigen Menschen mit herausforderndem Verhalten zu gewährleisten und entsprechende Maßnahmen zur Reduktion von Verhaltensweisen und zur Sicherstellung einer geeigneten Lebensumgebung durchgeführt werden.

Erläuterungen:

Angesprochen sind an dieser Stelle Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, die auch im Rahmen der Begutachtung nach dem SGB XI berücksichtigt werden. Es handelt sich um Verhaltensweisen, die einen Hilfebedarf begründen, weil sie zu Gefährdungen führen oder eine Beeinträchtigung für den betreffenden Pflegebedürftigen oder seine Umgebung darstellen. Ein solches Verhalten entsteht beispielsweise durch Situationen, die eine Überforderung mit sich bringen, oder durch die fehlende Fähigkeit, mit emotionalen Impulsen kontrolliert umzugehen. In der Regel sind solche Verhaltensprobleme mit kognitiven Beeinträchtigungen verbunden, die zum Verlust der Impulskontrolle und Selbststeuerungsfähigkeit führen. Angesprochen sind aber auch psychische Problemlagen, die ebenfalls einen Hilfebedarf begründen.

Zu diesen Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen gehören (nähere Definitionen finden sich in der aktuellen Begutachtungs-Richtlinie):

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Nächtliche Unruhe
- Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
- Beschädigung von Gegenständen
- Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- Verbale Aggression
- Andere vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

Von entscheidender Bedeutung ist, dass diese Verhaltensweisen einen Bedarf an Unterstützung begründen. So sind beispielsweise alle Menschen vom Gefühl der Angst betroffen. Dieses Gefühl kann allerdings so übermächtig werden, dass es nicht kontrolliert werden kann und eine folgenreiche emotionale Krise auslöst. Insbesondere bei Demenzkranken ist zu beobachten, dass langandauernde, ausgeprägte Ängste entstehen, die die betreffenden Personen selbst nicht kontrollieren kann.

Dementsprechend ist bei der Prüfung zu berücksichtigen, dass nicht das Verhalten an sich, sondern die mit einem Verhalten verbundene Problematik für das Alltagsleben des Pflegebedürftigen oder für seine soziale Umgebung einen Hilfebedarf begründet.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Erfolgt eine systematische Erfassung der Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen sowie eine Beurteilung, inwieweit diese Verhaltensweisen ein Gefährdungspotenzial aufweisen oder aus anderen Gründen einen Bedarf auslösen?

Gefragt ist dabei die Erfassung unterschiedlicher Verhaltensweisen und – soweit möglich – auslösender Faktoren und aus den Verhaltensweisen resultierender Konsequenzen.

2. Wurden verhaltenswirksame Faktoren identifiziert und Maßnahmen eingeleitet, um diese Faktoren zu begrenzen oder zu kompensieren?

Zu beurteilen ist, ob der Einschätzung der Verhaltensweisen und Problemlagen entsprechende umgebungsbezogene oder verhaltensbezogene Maßnahmen durchgeführt werden und eine Unterstützung bei der Alltagsgestaltung des pflegebedürftigen Menschen erfolgt.

3. Erhalten die Angehörigen eine Beratung und Anleitung von den Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes, die auf die individuelle Lebenssituation zugeschnitten ist?

Zu beurteilen ist, ob die Angehörigen eine Beratung mit dem Ziel der Entlastung oder dem Ziel der Kompetenzerweiterung im Umgang mit Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen erhalten haben.

2.5 Unterstützung bei der Körperpflege

Zu prüfen ist, ob die individuell vereinbarten Maßnahmen der Körperpflege durchgeführt werden. Zu prüfen ist ferner, inwieweit die Planung und Durchführung von Maßnahmen der Körperpflege an die Beeinträchtigungen, Ressourcen und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen angepasst sind und inwieweit Erhalt und Förderung der Selbständigkeit Bestandteil der Planung und Durchführung sind.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden vereinbarte Maßnahmen zur Unterstützung der Körperpflege durchgeführt?

Zu beurteilen ist, ob die individuelle Maßnahmenplanung eine bedarfsgerechte Unterstützung bei der Körperpflege gewährleistet und die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt werden.

2. Werden bei der Körperpflege die Wünsche des pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt?

In diesem Zusammenhang ist zu beurteilen, ob die Wünsche des pflegebedürftigen Menschen hinsichtlich der Unterstützung bei der Körperpflege Berücksichtigung finden.

3. Werden Auffälligkeiten des Hautzustands bei der Durchführung der Körperpflege und ggf. der Beratung von Angehörigen berücksichtigt?

Mit dieser Frage ist die Notwendigkeit der Beobachtung verschiedener Aspekte (z.B. Haut, Schleimhaut, Mund, Zähne) während der Körperpflege angesprochen. Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob systematische Beobachtungen relevanter Körperpartien stattfinden und ob vorhandene Auffälligkeiten angesprochen und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen mit den Auffälligkeiten gegeben wurden.

2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Zu prüfen ist, inwieweit der Pflegedienst eine bedarfsgerechte Unterstützung zur Sicherung und Förderung der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme erhält und inwieweit hierbei etwaige Risiken für Mangelernährung berücksichtigt werden. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Angehörigen, Ärzten und anderen Berufsgruppe ein, sofern diese sich an der Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung des pflegebedürftigen Menschen beteiligen. Hinweise für die Qualitätsbeurteilung finden sich im Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Ist die Ernährungssituation inkl. Flüssigkeitsversorgung des pflegebedürftigen Menschen fachgerecht erfasst worden? Werden etwaige Risiken für eine Mangelernährung berücksichtigt?

Zu beurteilen ist, ob eine fachgerechte Einschätzung der Ernährungssituation und möglicher Anzeichen für eine Mangelernährung und einer unzureichenden Flüssigkeitsaufnahme stattgefunden hat.

2. Erfolgt eine ausreichende, bedürfnisgerechte Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme?

Bei dieser Frage ist zu beurteilen, ob die aktuelle Ernährungssituation in der Planung und Vereinbarung von Maßnahmen zur Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme berücksichtigt und die entsprechenden Maßnahmen durchgeführt wurden. Beurteilt werden soll zudem, ob die Wünsche des pflegebedürftigen Menschen hinsichtlich der Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme erfragt und berücksichtigt wurden. Abschließend umfasst die bedürfnisgerechte Unterstützung die Beobachtung der Ernährungssituation und ggf. Einleitung weiterer Maßnahmen (z. B. Beratung und Aufklärung des pflegebedürftigen Menschen und ggf. seiner Angehörigen, Information des behandelnden Arztes).

3. Werden erforderliche Hilfsmittel zur Unterstützung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme eingesetzt?

Es ist zu beurteilen, ob der pflegebedürftige Mensch – soweit erforderlich - Unterstützung bei der sachgerechten Nutzung von Hilfsmitteln erhält.

2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung

Gegenstand der Prüfung ist die fachgerechte Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen mit dem Ziel, Kontinenzverluste zu kompensieren. Eingeschlossen ist sowohl die Harn- als auch die Stuhlkontinenz. Zu prüfen ist ebenfalls, ob Maßnahmen zur Förderung der Harnkontinenz eingeleitet wurden. Hinweise für die Qualitätsbeurteilung finden sich im Falle der Harnkontinenz im Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurde die Kontinenz des pflegebedürftigen Menschen zutreffend erfasst?

Es ist zu beurteilen, ob eine fachgerechte Einschätzung vorliegt, die den aktuellen Status der Kontinenz des pflegebedürftigen Menschen zutreffend und nachvollziehbar abbildet. Im Fall der Harnkontinenz ist eine Darstellung des jeweiligen Kontinenzprofils gemäß Expertenstandard zu erwarten. Der Nachweis erfolgt anhand entsprechender Einträge in der Pflegedokumentation, die durch Angaben der Mitarbeiter der Einrichtung ergänzt werden können.

2. Werden geeignete Maßnahmen zum Kontinenz Erhalt, zur Unterstützung bei Kontinenzverlust oder beim Umgang mit künstlichen Ausgängen durchgeführt?

Zu beurteilen ist,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung die festgestellten Beeinträchtigungen der Kontinenz berücksichtigt und die Maßnahmen durchgeführt werden
- ob Wünsche des pflegebedürftigen Menschen im Hinblick auf die Unterstützung bei der Ausscheidung berücksichtigt werden und
- ob die Entwicklung der Kontinenz des pflegebedürftigen Menschen beobachtet wird und bei Besonderheiten ggf. weitere Maßnahmen eingeleitet werden (z. B. Beratung und Aufklärung des pflegebedürftigen Menschen und ggf. seiner Angehörigen, Information des behandelnden Arztes).

3. Werden erforderliche Hilfsmittel fachgerecht eingesetzt?

Es ist zu beurteilen, ob der pflegebedürftige Mensch – soweit erforderlich - Unterstützung bei der sachgerechten Nutzung dieser Hilfsmittel erhält.

2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte

Zu prüfen ist, inwieweit und in welcher Form der pflegebedürftige Mensch eine fachgerechte Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Hilfen zur Gewährleistung einer bedürfnisgerechten Beschäftigung, Förderung/Unterstützung der sozialen Interaktion und Kommunikation erhalten hat und die Angehörigen bei Bedarf eine entsprechende Beratung und Anleitung erhalten.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Sind die Interessen an Aktivitäten und Gewohnheiten des pflegebedürftigen Menschen bekannt?

Zu beurteilen ist, ob eine Einschätzung der individuellen Gewohnheiten und Beschäftigungen im Tagesverlauf des pflegebedürftigen Menschen stattgefunden hat und die Möglichkeiten zur Förderung sozialer Kontakte im Umfeld bekannt sind.

2. Wurde bei Bedarf mit dem Pflegebedürftigen (oder seinen Bezugspersonen/Angehörige) eine individuelle Tagesstrukturierung erarbeitet und wurde Unterstützung geleistet, diese Tagesstruktur umzusetzen?

Die Erarbeitung einer individuellen Tagesstrukturierung ist nur dann zu erwarten, wenn der pflegebedürftige Mensch und/oder seine Angehörigen – ggf. nach entsprechender Beratung durch den Pflegedienst – ein entsprechendes Bedürfnis formulieren und die Hilfe bei der Tagesstrukturierung insofern Bestandteil des pflegerischen Auftrags ist.

Zu beurteilen ist unter dieser Voraussetzung, ob eine entsprechende Tagesstrukturierung vorliegt und ob sie mit den Einschätzungen der Aktivitäten und Gewohnheiten sowie den individuellen Wünschen des pflegebedürftigen Menschen im Einklang steht. Zu beurteilen ist ferner, ob Unterstützung geleistet wurde, die Tagesstrukturierung umzusetzen (z.B. durch motivationsfördernde Gespräche, Erinnerungshilfen oder auch durch Hilfen bei der Fortbewegung, die notwendig sein können, um geplante Aktivitäten durchzuführen).

3. Erhält der pflegebedürftige Mensch Unterstützung dabei, bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Lebensalltag nachzugehen und soziale Kontakte zu pflegen

Angesprochen ist die Frage, ob die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen dem Zweck der Kommunikation und/oder der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte sowie der Gestaltung des häuslichen Alltags im Sinne des pflegebedürftigen Menschen dienen. Dazu gehören die Begleitung bei Aktivitäten im Alltag und die Hilfe bei der Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigung.

2.9 Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz

Zu prüfen ist, wie der Pflegedienst Maßnahmen der Anleitung und Beratung durchführt. Wesentliche Elemente sind die Situations- und Problemanalyse (Bedarfsermittlung), die Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen und die anschließende Überprüfung ihrer Wirkung bei den pflegenden Angehörigen. Der gesamte Prozess ist dabei auf die Interessen und Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen abzustimmen. Die Mitarbeiter, die die Maßnahmen durchführen, sind Fachkräfte mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurden die individuellen Lernvoraussetzungen der Angehörigen sowie ihre pflegerischen Fähigkeiten erfasst?

Den Beginn einer Beratung bildet eine Einschätzung der Ausgangslage, zu der vorhandene pflegerische Fähigkeiten der Angehörigen ebenso gehören wie die individuellen Voraussetzungen zum Erwerb relevanten Wissens und relevanter Fähigkeiten. Zu beurteilen ist daher bei dieser Frage, ob diese Einschätzung stattgefunden hat und die Ausgangslage des Beratungsprozesses deutlich ist.

2. Liegt eine mit den Angehörigen abgestimmte Planung zur Durchführung edukativer Maßnahmen vor, die den Wünschen der Angehörigen entspricht und ihre Lernvoraussetzungen berücksichtigt?

3. Werden Anleitungen zur Verbesserung praktischer Fertigkeiten auf der Grundlage definierter Methoden durchgeführt? Wird den Angehörigen das jeweils relevante pflegerische Wissen vermittelt?

Bei diesen Fragen geht es um die Beurteilung, ob die jeweilige Ausgangslage und die individuellen Wünsche in die Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen eingeflossen sind.

4. Wird die Entwicklung der Pflegekompetenz erfasst und in die Anpassung der Maßnahmenplanung einbezogen?

Mit dieser Frage ist die Evaluation der Beratung und Anleitung im Hinblick auf die zu Beginn vereinbarten Ziele angesprochen. Zu beurteilen ist, ob Veränderungen der Pflegekompetenz der Angehörigen festgestellt werden konnten.

5. Wird die Beratung von Fachkräften durchgeführt?

Die Anleitung und Beratung sollte Fachkräften mit Beratungskompetenz vorbehalten sein. Zu beurteilen ist daher an dieser Stelle, ob die Beratung durch eine Pflegefachkraft mit nachgewiesener Beratungskompetenz durchgeführt wurde. Sofern entsprechende Rahmenvereinbarungen oder vertragliche Voraussetzungen zur Leistungserbringung vereinbart sind, sind die dort vereinbarten Qualifikationsniveaus maßgeblich.

2.10 Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz

Zu prüfen ist, wie der Pflegedienst Maßnahmen der Anleitung und Beratung durchführt. Wesentliche Elemente sind die Situations- und Problemanalyse (Bedarfsermittlung), die Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen und die anschließende Überprüfung ihrer Wirkung. Der gesamte Prozess ist dabei auf die Interessen und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen abzustimmen. Die Mitarbeiter, die die Maßnahmen durchführen, sind Fachkräfte mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurden die individuellen Lernvoraussetzungen erfasst?

Den Beginn einer Beratung bildet eine Einschätzung der Ausgangslage, zu der die vorhandene Selbstpflegekompetenz und die individuellen Voraussetzungen zum Erwerb relevanten Wissens und relevanter Fähigkeiten gehören. Zu beurteilen ist daher bei dieser Frage, ob diese Einschätzung stattgefunden hat und die Ausgangslage des Beratungsprozesses deutlich ist.

2. Liegt eine mit dem pflegebedürftigen Menschen abgestimmte Planung zur Durchführung edukativer Maßnahmen vor, die den Wünschen der Angehörigen entspricht und ihre Lernvoraussetzungen berücksichtigt?

3. Werden Anleitungen zur Verbesserung praktischer Fertigkeiten auf der Grundlage definierter Methoden durchgeführt? Wird dem pflegebedürftigen Menschen das jeweils relevante pflegerische Wissen vermittelt?

Bei diesen Fragen geht es um die Beurteilung, ob die jeweilige Ausgangslage und die individuellen Wünsche in die Planung und Durchführung edukativer Maßnahmen eingeflossen sind.

4. Wird die Entwicklung der Pflegekompetenz erfasst und in die Anpassung der Maßnahmenplanung einbezogen?

Mit dieser Frage ist die Evaluation der Beratung und Anleitung im Hinblick auf die zu Beginn vereinbarten Ziele angesprochen. Zu beurteilen ist, ob Veränderungen der Selbstpflegekompetenz festgestellt werden konnten.

5. Wird die Beratung von Fachkräften durchgeführt?

Die Anleitung und Beratung sollte Fachkräften mit Beratungskompetenz vorbehalten sein. Zu beurteilen ist daher an dieser Stelle, ob die Beratung durch eine Pflegefachkraft mit nachgewiesener Beratungskompetenz durchgeführt wurde. Sofern entsprechende Rahmenvereinbarungen oder vertragliche Voraussetzungen zur Leistungserbringung vereinbart sind, sind die dort vereinbarten Qualifikationsniveaus maßgeblich.

2.11 Schmerzmanagement

Zu prüfen ist die Gesamtheit des pflegerischen Schmerzmanagements. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Berufsgruppen, sofern sie mit dem Ziel der Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen bei der Schmerzbewältigung tätig werden, mit ein. Hinweise für die Qualitätsbeurteilung sind die Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ und „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Ist die Scherzsituation des pflegebedürftigen Menschen fachgerecht erfasst worden?

Es ist zu beurteilen, ob bei Bedarf eine differenzierte Schmerzeinschätzung mit Berücksichtigung der Schmerzintensität, -lokalisierung, der zeitlichen Dimension, der schmerzrelevanten Faktoren und der Konsequenzen für den Lebensalltag vorliegt.

2. Erhält der Pflegebedürftige eine fachgerechte Unterstützung zur Schmerzbewältigung?

Zu beurteilen ist hier,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung die aktuelle Schmerzsituation berücksichtigt und bei Bedarf nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Unterstützung der Schmerzbewältigung geplant und durchgeführt werden,
- ob die Gabe von Schmerzmedikamenten der ärztlichen Anordnung entspricht,
- ob die Wirkung von Schmerzmedikamenten und schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen beobachtet und bei Bedarf dem behandelnden Arzt mitgeteilt werden.

3. Sind die Angehörigen in der Lage, eine Schmerzeinschätzung durchzuführen, Schmerzen mitzuteilen und situationsgerechte Maßnahmen zur Reduktion bzw. Beseitigung der Schmerzen beizutragen?

Es ist zu beurteilen,

- ob die Angehörigen im Umgang mit einer situationsgerechten Schmerzmedikation informiert und angeleitet wurden.
- ob bei einer ärztlichen Umstellung der Schmerzmedikation die Angehörigen informiert und im Umgang der Medikation angeleitet werden.

4. Werden ärztliche Verordnungen zur Schmerztherapie berücksichtigt?

Zu beurteilen ist,

- ob die Gabe von Schmerzmedikamenten der ärztlichen Anordnung entspricht,
- ob die Wirkung von Schmerzmedikamenten und schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen beobachtet und bei Bedarf dem behandelnden Arzt mitgeteilt werden.

Prüfbereich 3: weitere ärztlich verordnete Leistungen

Vorbemerkung: Zu diesem Prüfbereich gehören die verordnungsfähigen Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege aus der Richtlinie über die Verordnung Häuslicher Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses (HKP-Richtlinie) in der jeweils geltenden Fassung, die neben der speziellen Krankenbeobachtung verordnet werden können. Die nachstehende Übersicht basiert auf der zuletzt am 21.12.2017 geänderten und am 05.04.2018 in Kraft getretenen Fassung der HKP-Richtlinie. In der Prüfung ist zunächst festzustellen, welche ärztlichen Verordnungen und Genehmigungen der Krankenkasse über die Erbringung von HKP-Maßnahmen vorliegen. Für jede einzelne verordnete Maßnahme ist ein einzelner Bogen im Prüfbogen auszufüllen. Die verordnungsfähigen Leistungen der Grundpflege werden entsprechend der Angaben im Prüfbogen und dieser Ausfüllanleitung im Bereich 2 geprüft.

Die Bewertung der Leitfragen orientiert sich an den Hinweisen unter Punkt 3.1. Die Maßnahmen, bei denen die Hinweise unter Punkt 3.1 ausreichend sind, sind mit einem „*“ gekennzeichnet. Für verordnungsfähige Maßnahmen, bei denen zur Beantwortung der Leitfrage 4 weitere Hinweise erforderlich sind, finden diese sich unter den Punkten 3.1ff. Die dort enthaltenen Hinweise sind eng angelehnt an die zum 01.01.2018 in Kraft getretene Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP) vom 27.09.2017.

Verordnungsfähige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege

I. Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung (auch als „Unterstützungspflege nach § 2c der HKP-Richtlinie)

1. Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit (s. 2.9 und 2.10 „Anleitung und Beratung“)
2. Ausscheidungen (s. 2.7 „Unterstützung bei der Ausscheidung“)
3. Ernährung (s. 2.6 „Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“)
4. Körperpflege (s. 2.5 „Unterstützung bei der Körperpflege“)
5. Hauswirtschaftliche Versorgung (wird nicht im Rahmen der Qualitätsprüfung geprüft)

II. Leistungen der Behandlungspflege (für alle Leistungen die mit * versehen sind, gelten die Hinweise unter 3.1)

6. Anleitung bei der Behandlungspflege (s. 2.9 und 2.10 „Anleitung und Beratung“)
7. Blasenspülung (s. 3.1c)
8. Blutdruckmessung (s. 3.1d)
9. Blutzuckermessung (s. 3.1d)
10. Dekubitusbehandlung (s. 3.1e)
11. Drainagen, Überprüfen, Versorgen (s. 3.1f)
12. Einlauf/Klistier/Klyisma/digitale Enddarmausräumung*
13. Flüssigkeitsbilanzierung*
14. Infusionen i.v. (s. 3.1g)
14a Infusionen s.c.*
17. Inhalation*
18. Injektionen*
19. Injektion, Richten von*
20. Instillation
21. Kälteträger, Auflegen von*
22. Katheter, Versorgung eines suprapubischen (s. 3.1e)
23. Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins (s. 3.1h)
24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten (s. 3.1i)
25. Magensonde, Legen und Wechseln*
26. Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen) (s. 3.1j)
26a Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose (s. 3.1k)
27. Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei (s. 2.6 und 3.1e)
27a Psychiatrische Krankenpflege (s. Prüfbogen C und 3.3)
28. Stomabehandlung (s. 3.1e)

29. Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der (s. 3.1l)

30. Venenkatheter, Pflege des zentralen (s. 3.1m)

31. Verbände (s. 3.1e)

3.1 Ärztlich verordnete Maßnahmen
<i>Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.</i>
Hinweise zu den Leitfragen
<p><i>1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?</i> Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.</p> <p><i>2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?</i> Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.</p> <p><i>3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?</i> Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.</p> <p><i>4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?</i> Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.</p>

3.1c Ärztlich verordnete Maßnahmen – Blasenspülung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Durchführung der Blasenspülung dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- bei der Blasenspülung hygienische Grundsätze beachtet werden und
- Erkenntnisse während der Blasenspülung und ggf. weitere Informationen an den verordnenden Arzt nachvollziehbar sind.

3.1d Ärztlich verordnete Maßnahmen – Blutdruckmessung, Blutzuckermessung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Sofern die ärztliche Verordnung keine Aussagen zu ggf. erforderlichen Konsequenzen bei definierten Ober- oder Untergrenzen des Blutdruckwerts/Blutzuckerwerts enthält, sollte erhoben werden, ob bei auffälligen Werten eine Information an den verordnenden Arzt erfolgt ist.

Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

3.1e Ärztlich verordnete Maßnahmen - Wundversorgung (Dekubitusbehandlung, Stomabehandlung, Verbände)

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt. Hinweise dazu finden sich im Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4a. Entspricht die Durchführung der Wundversorgung dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- eine fachgerechte Einschätzung der Wundsituation vorliegt, die Aussagen zur Wunddiagnose, -lokalisierung, -dauer, Wundgröße, Wundgeruch, Wundrand und -umgebung enthält. Zudem sollte beurteilt werden, ob bei der Einschätzung Fragen zur Rezidivzahl, zum Exsudat, zu möglichen Entzündungszeichen und zu wund- oder wundnahe Schmerz berücksichtigt wurden
- ob die individuelle Maßnahmenplanung zur Wundversorgung die aktuelle Wundsituation berücksichtigt,
- ob der Heilungsprozess beobachtet und bei auffälligen Veränderungen oder fehlenden Fortschritten im Heilungsprozess Kontakt zum behandelnden Arzt aufgenommen wird
- ob die Wundversorgung nach hygienischen Maßstäben erfolgt

4b. Entspricht das Anlegen von Kompressionsstrümpfen/-verbänden dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- das Anlegen im Liegen bei entstauten Venen und abgeschwollenen Beinen erfolgt ist,
- der Kompressionsverband immer in Richtung des Körperrumpfs gewickelt wurde und
- der Kompressionsverband beim Anlegen faltenfrei ist

3.1f Ärztlich verordnete Maßnahmen – Drainagen, Überprüfen, Versorgen

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren.

Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Überprüfung und Versorgung von Drainagen dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- dokumentiert wurde, um welche Drainage es sich handelt und wann diese gelegt wurde
- die Versorgung unter Beachtung der hygienischen Kautelen erfolgt
- die Beschaffenheit des Sekrets beobachtet und dokumentiert wird
- nachvollziehbar ist, wie und wann das geschlossene Wunddrainagesystem gewechselt wird.

3.1g Ärztlich verordnete Maßnahmen – Infusionen i.v.

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht das Wechseln und Anhängen der Infusion dem aktuellen Stand des Wissens?

In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob ein aktueller Verlaufsbogen über die Infusionsgabe verfügbar ist.

3.1h Ärztlich verordnete Maßnahmen – Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Ordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht das Katheterisieren der Harnblase dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob die Katheterisierung der Harnblase unter hygienischen Kautelen erfolgt und Erkenntnisse während des Katheterisierens mit dem verordnenden Arzt kommuniziert wurden.

3.1i Ärztlich verordnete Maßnahmen – Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Ordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Symptomkontrolle dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob die Symptomkontrolle hinsichtlich der Schmerzsymptomatik, Wundkontrolle und –behandlung und ggf. eine Krisenintervention sachgerecht erfolgen. Im Bedarfsfall können die Ausfüllhinweise unter Punkt 2.11 („Schmerzmanagement“) und 3.1e („Wundversorgung“) ergänzend hinzugezogen werden.

3.1j Ärztlich verordnete Maßnahmen - Medikamente

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Zu prüfen sind hier die Maßnahmen zur Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen im Zusammenhang mit der individuellen Medikation, die Beachtung ärztlichen An- und Verordnungen, die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen und die Reaktion auf etwaige Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Medikation

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Durchführung der Medikamentengabe dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob

- das richtige Medikament in der richtigen Dosierung, über den richtigen Applikationsweg zum richtigen Zeitpunkt verabreicht wurde,
- die verordneten Medikamente vorhanden und sachgerecht gelagert sind (die Verantwortung des Pflegedienstes ist dabei auf entsprechende Informationen und Hinweise begrenzt),
- im Falle einer Bedarfsmedikation die auslösenden Symptome beschrieben sind und eindeutige Dosierungshinweise vorliegen (bei Nicht-Vorliegen sollte erkennbar eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erfolgt sein)
- ob Nebenwirkungen der Medikamente beobachtet und mit dem verordnenden Arzt kommuniziert wurden.

3.1k Ärztlich verordnete Maßnahmen – Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern bei gesicherter Diagnose

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob

- die zur Sanierung vorgesehenen Maßnahmen wie die Applikation antibakterieller Nasensalbe oder antiseptischen Gels, Mund- und Rachenspülungen mit aseptischen Lösungen oder die Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen sachgerecht durchgeführt werden und
- ob die Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut bei der Umsetzung der Maßnahmen beachtet werden.

3.1l Ärztlich verordnete Maßnahmen – Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht der Wechsel und die Pflege der Trachealkanüle dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- Angaben zur Indikation der Trachealkanülenanlage, zur Art der Tracheostomaanlage, zum Kanülentyp und zur Kanülengröße sowie alle im Zusammenhang mit der Trachealkanüle eingesetzten Hilfsmittel vorliegen
- Angaben zum Wechsel der Trachealkanüle (Häufigkeit, Art und Weise der Durchführung) und werden Kanülenwechsel durchgeführt, erfolgen und
- ggf. regelmäßige Cuffdruckmessungen durchgeführt und die Ergebnisse dokumentiert werden

3.1m Ärztlich verordnete Maßnahmen – Venenkatheter, Pflege des zentralen

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Pflege des zentralen Venenkatheters dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- der venöse Zugang sicher an der Haut fixiert wird
- eine ausreichende Händedesinfektion vor dem Umgang mit Katheter-Infusionssystemen durchgeführt wird
- unter sterilen Kautelen mit sterilen Materialien gearbeitet wird und
- bei Anzeichen einer lokalen Entzündung der Arzt informiert und die Infusion abgestellt werden

Prüfbereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung

4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen
Zu prüfen ist, ob eine Abstimmung zwischen dem ambulanten Pflegedienst und den Angehörigen hinsichtlich der erforderlichen und erwünschten pflegerischen Unterstützung erfolgte.
Hinweise zu den Leitfragen
<u>Bei der Bewertung der drei Leitfragen geht es darum, Auffälligkeiten festzustellen, die im Abschlussgespräch Anlass zur Beratung des ambulanten Pflegedienstes durch den Prüfdienst geben können.</u>
<i>1. Wurden Gespräche mit den Angehörigen über die Pflegesituation geführt?</i> Zu beurteilen, ob Gespräche über die Pflegesituation und die damit verbundenen Aufgaben sowie die gewünschte pflegerische Unterstützung geführt wurden.
<i>2. Wurden feste Vereinbarungen zur gemeinsamen Gestaltung der Pflegesituation getroffen?</i> Bei dieser Frage geht es darum, ob aus dem Gespräch mit den Angehörigen über die Pflegesituation Vereinbarungen über die Zuständigkeit und Verteilung von Aufgaben und/oder die Durchführung zielgerichteter Pflegemaßnahmen während der Abwesenheit des Pflegedienstes zwischen den Angehörigen und dem Pflegedienst getroffen wurden.
<i>3. Wurde auf die Wünsche der Angehörigen zur Gestaltung der Pflegesituation eingegangen?</i> Es ist zu beurteilen, ob die Angehörigen die Gelegenheit hatten, ihre Vorstellungen zur Gestaltung der Pflegesituation darzulegen und ob diesen Vorstellungen entsprochen wurde bzw. welche Gründe maßgeblich dafür waren, die Vorstellungen der Angehörigen nicht zu berücksichtigen.

4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung

Im Rahmen eines Fachgesprächs mit Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes wird der Umgang mit einem Verdacht oder einem konkreten Hinweis auf Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung erörtert. Im Mittelpunkt steht weniger die Qualitätsbewertung, sondern eher die gemeinsame Beratung möglicher Handlungsstrategien im konkreten Fall.

Hinweise zu den Leitfragen

Bei der Bewertung der drei Leitfragen geht es darum, Auffälligkeiten festzustellen, die im Abschlussgespräch Anlass zur Beratung des ambulanten Pflegedienstes durch den Prüfdienst geben können.

1. Wurden im Rahmen der Pflege mögliche Anzeichen von Gewaltanwendung, Vernachlässigung, Missbrauch oder Unterversorgung wahrgenommen?

Zu beurteilen ist, ob Anzeichen der Gefährdung durch Gewaltanwendungen wie Misshandlungen (körperlich/psychisch), Vernachlässigung (pflegerisch/emotional/psychosozial) und vermeidbare Einschränkungen der Freiheit, Handlungs- und Entscheidungsautonomie bei dem pflegebedürftigen Menschen wahrgenommen worden sind.

2. Wie wurde bei vorliegenden Anzeichen reagiert und welche Maßnahmen wurden ggf. ergriffen?

Im Fachgespräch soll erörtert werden, ob und welche Reaktionen die Feststellung von Anzeichen für Gewalt, Unterversorgung oder Vernachlässigung nach sich gezogen hat.

3. Welche Fragen und Unsicherheiten bestehen im Umgang mit Anzeichen für Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung?

Ebenfalls im Fachgespräch soll erörtert werden, welche Fragen und Unsicherheiten im Umgang mit Anzeichen für Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung bestehen. Diese können direkt im Fachgespräch oder im Abschlussgespräch als Anlass zur Beratung durch den Prüfdienst aufgegriffen werden.

Prüfbereich 5: Einrichtungsbezogene Prüfung

5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten

Zu prüfen ist hier, ob der Pflegedienst Qualitätsdefizite erfasst und Maßnahmen zur Behebung plant und durchführt. Als Grundlage für die Prüfung dienen Prüfergebnisse vergangener externer Prüfungen und Ergebnisse des internen Qualitätsmanagements. Zu prüfen ist insbesondere, ob der ambulante Pflegedienst an der Behebung von Qualitätsdefiziten arbeitet und bewährte Methoden oder Verfahren des Qualitätsmanagements zur Anwendung kommen, die zu einer Weiterentwicklung der Pflegequalität beitragen. Hierzu gehören beispielsweise Fallbesprechungen, Pflegevisiten, die kollegiale Beratung, Qualitätszirkel und ggf. die Nutzung von Indikatoren für das interne Qualitätsmanagement.

Hinweise zu den Prüffragen

1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?

Zu beurteilen ist, ob der Pflegedienst regelhaft Verfahren anwendet, mit denen Qualitätsprobleme in der laufenden Versorgung entdeckt werden können (unabhängig von externen Prüfungen). Die Verfahren können in Fallbesprechungen, Pflegevisiten, internen Audits oder der Nutzung von Kennzahlen für das interne Qualitätsmanagement u.a. bestehen.

2. Werden geeignete Maßnahmen durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu beheben

Im Fall vorhandener Qualitätsprobleme ist zu beurteilen, ob Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements, wie z.B. Fortbildungen, Fallbesprechungen, interne Audits, Qualitätszirkel durchgeführt wurden, um die Qualitätsprobleme zu beheben.

3. Nutzt der ambulante Pflegedienst Instrumente wie Expertenstandards, Leitlinien oder ggf. andere bei der Behebung von Qualitätsdefiziten?

Neben allgemeinen Verfahren des internen Qualitätsmanagements können Qualitätsinstrumente wie Expertenstandards, Leitlinien und ggf. andere hilfreich sein, um das Auftreten von Qualitätsproblemen zu verhindern oder an der Behebung von Qualitätsdefiziten zu arbeiten. Im Rahmen eines Fachgesprächs ist zu beurteilen, ob und in welcher Form entsprechende Instrumente angewandt werden.

4. Sind die Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?

Es ist im Gespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes ist zu beurteilen, ob und in welcher Form diese in Verfahren zur Identifizierung und Behebung von Qualitätsproblemen einbezogen sind, z. B. durch Hinweise zur Dokumentation von Qualitätsproblemen, Beteiligung an Fortbildungsveranstaltungen oder Pflegevisiten.

5.2 Hygiene

Zu prüfen ist hier, ob der Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement aufweist, durch das innerbetriebliche Verfahrensweisen in Bezug auf grundlegende hygienische Anforderungen geplant, eingehalten und umgesetzt werden.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Liegen Verfahrensanweisungen vor, die sowohl die notwendige Basishygiene als auch die aufgrund einer individuellen Risikobewertung notwendigen Hygienemaßnahmen berücksichtigen?

Bei dieser Frage ist zu beurteilen, ob entsprechende Verfahrensanweisungen vorhanden sind. Zudem sollte beurteilt werden, ob die bestehenden Verfahrensregelungen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes bekannt sind und angewandt werden.

2. Entsprechen die Verfahrensweisen den gesetzlichen Anforderungen und fachlichen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention?

Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob die vorgesehenen Verfahrensweisen des ambulanten Pflegedienstes mit den gesetzlichen Bestimmungen im Einklang stehen.

3. Stehen die notwendigen Hilfsmittel zur Umsetzung der hygienischen Anforderungen zur Verfügung (z.B. Desinfektionsmittel, Handschuhe, Schutzkleidung)?

4. Wird die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen regelmäßig überprüft?

Hier ist zu beurteilen, ob regelmäßig im Rahmen des internen Qualitätsmanagements die Beachtung grundlegender hygienischer Anforderungen überprüft wird.

5.3 Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung

Zu prüfen ist, ob die Anforderungen an die Qualifikation der Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung sowie Anforderungen an die Regelung ihrer Aufgabenbereiche erfüllt werden. Zu prüfen ist ferner, ob die Pflegedienstleitung die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft der Einrichtung wahrnimmt und ob sie für eine angemessene Dienstorganisation Sorge trägt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung?

2. Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?

3. Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?

4. Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?

Diese Fragen beziehen sich auf die Einhaltung der Vorgaben aus den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der jeweils geltenden Fassung.

5. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?

Zu beurteilen ist vor dem Hintergrund der Größe des ambulanten Pflegedienstes, zu der die Anzahl der versorgten Personen, die Anzahl der Beschäftigten und das Einzugsgebiet gehören, die zeitlichen Ressourcen der Pflegedienstleitung ausreichen, um den in den Maßstäben und Grundsätzen beschriebenen Aufgaben nachzukommen. Da keine festgeschriebenen Größenordnungen existieren, ist diese Frage auf Basis des Fachgesprächs mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes sowie Unterlagen zur Organisation des Pflegedienstes zu beurteilen.

6. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Möglichkeiten für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?

Zu beurteilen ist, ob eine systematische Herangehensweise an die Pflegeprozessgestaltung erkennbar ist. Zur Beurteilung dieser Frage können Beobachtungen während der personenbezogenen Prüfung hinzugezogen werden.

7. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen, die beim jeweiligen Versicherten zu beachten sind?

Mit dieser Frage sind Aspekte der Dienst- und Tourenplanung angesprochen, die vor dem Hintergrund von Unterlagen zur Organisation des Pflegedienstes und auf Basis des Fachgesprächs mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes zu beurteilen sind. Zur Beurteilung dieser Frage können Beobachtungen während der personenbezogenen Prüfung hinzugezogen werden.

Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege

Abschlussbericht Anhang 5a

**Qualitätsprüfung bei der ärztlich verordneten Maßnahme
„Psychiatrische Krankenpflege“
aus der HKP-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung**

Prüfbogen für die Prüfung beim pflegebedürftigen Menschen

Übersicht:

Psychiatrische Krankenpflege.....	5
Prüfbereich 1.....	7
1.1 Aufnahmemanagement	7
1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren	9
1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation	11
Prüfbereich 2.....	13
2.1 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition	13
2.2 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen	15
Prüfbereich 3: Ärztlich verordnete Maßnahmen.....	17
3.1 Weitere ärztlich verordnete Maßnahme.....	17
3.2 Weitere ärztlich verordnete Maßnahme.....	19
Prüfbereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung	21
4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen.....	21
4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung	22

Bogen für die Prüfung beim pflegebedürftigen Menschen

Allgemeine Angaben zur Prüfung

Name des Pflegedienstes:

1. Datum der Prüfung:

2. Prüfung durch:

3. Bei der Prüfung in der häuslichen Umgebung waren anwesend:

Pflegedienstleitung oder stellvertretende Pflegedienstleitung

Angehörige, und zwar:

Sonstige Personen, und zwar:

Angaben zum pflegebedürftigen Menschen und zur Pflegesituation

4. Pflegegrad: 1 2 3 4 5 nicht eingestuft

5. Alter in Jahren:

6. Datum und Dauer der Verordnung über psychiatrische Krankenpflege:

7. Versorgung durch den Pflegedienst seit: (Datum)

8. Name des verordnenden Arztes:

8. Welche weitere Personen (außer dem Versicherten) leben in der Wohnung?

9. Regelmäßig Unterstützung leisten (bitte kurz benennen, einschl. Art und Umfang der geleisteten Hilfen):

Angaben zu Erkrankungen und Beeinträchtigungen des pflegebedürftigen Menschen

10. Verordnungsbegründende Diagnose(n):

11. Beeinträchtigungen der Mobilität (Positionswechsel im Bett, Aufstehen, Halten einer stabilen Sitzposition, Lagerveränderung im Sitzen, Fortbewegung, Treppen steigen, Beweglichkeit der Extremitäten, Körperkraft, Balance):

12. Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen

a) Gedächtnis:

b) Zeitliche und örtliche Orientierung:

c) Risiken und Gefahren erkennen:

d) Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben:

13. Verhaltensweisen, die einen Hilfebedarf begründen:

14. Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung:

15. Besonderheiten, die den individuellen Bedarf oder die geleisteten Hilfen in besonderer Weise prägen:

Qualitätsaussage

Menschen, die der psychiatrischen Krankenpflege bedürfen, erhalten eine fachliche Unterstützung, die den Aufbau einer Beziehung mit dem Ziel der Akzeptanz der pflegerischen Unterstützung, die Durchführung von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen und die Entwicklung kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen umfasst.

Beschreibung

Zu prüfen ist neben den auch für die anderen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege maßgeblichen Fragen zusätzlich, ob die vertraglich vereinbarten Qualifikationen des eingesetzten Pflegepersonals vorhanden sind.

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen Verordnung:
Regelungen des geltenden Vertrags nach § 132a Abs. 4 SGB V sowie vorhandener Ergänzungsvereinbarungen hinsichtlich der Qualifikation der durchführenden Mitarbeiter und ggf. weiterer Aspekte der psychiatrischen Krankenpflege:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Werden die Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?
2. Ist eine regelmäßige Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?
3. Entspricht die Versorgung den vertraglichen Vereinbarungen des ambulanten Pflegedienstes zur psychiatrischen Krankenpflege?
4. Entspricht die psychiatrische Krankenpflege dem aktuellen Stand des Wissens?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise im Bedarfsfall keine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erfolgt oder die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die psychiatrische Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt wurde,
- weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung gehören, nicht beachtet wurden.

Prüfbereich 1

1.1 Aufnahmemanagement

Nur zu prüfen bei Versicherten, die in den vergangenen 6 Monaten neu aufgenommen oder in diesem Zeitraum in einem Krankenhaus stationär behandelt wurden.

entfällt, das Einschlusskriterium nicht erfüllt

Qualitätsaussage

Der ambulante Pflegedienst führt ein Aufnahmemanagement durch, mit dem sichergestellt wird, dass zu Beginn der Zusammenarbeit mit dem pflegebedürftigen Menschen sowie bei der Wiederaufnahme/Übernahme aus dem Krankenhaus oder anderer Versorgungseinrichtungen die wesentlichen Informationen zur Pflegesituation erhoben und bei der Durchführung der Pflege genutzt werden.

Beschreibung

Zu prüfen ist, wie der ambulante Pflegedienst das Aufnahmemanagement bei Erstaufnahmen und Übernahmen durchführt. Geprüft wird das Aufnahmemanagement bei Personen, die innerhalb der letzten sechs Monate neu oder wieder vom Pflegedienst aufgenommen wurden.

Informationserfassung

Zeitpunkt und Umstände der Aufnahme oder von Krankenhausaufenthalten:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Ist ein strukturiertes Vorgehen bei der Informationssammlung und der anschließenden Planung und Vereinbarung von Maßnahmen erkennbar? Wurden die individuellen pflegerelevanten Einschränkungen, Ressourcen und Fähigkeiten erfasst?
2. Wurde der pflegebedürftige Mensch oder ggf. seine Angehörigen zu seiner Sichtweise bei der Informationssammlung und der Planung und Vereinbarung von Maßnahmen befragt?
3. Wurden weitergehende Informationen mit Relevanz für die Durchführung der Pflege erhoben (z.B. Medikation, Behandlungsverläufe, Versorgung durch andere Personen oder Einrichtungen)?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn

- in der Pflegedokumentation einzelne Informationen über die (damalige) gesundheitliche Situation fehlen, aber nachvollzogen werden kann, dass auf Bedarf und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen angemessen reagiert wurde.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn im Rahmen der Erstaufnahme oder Übernahme wichtige Informationen (z.B. zu Krankheitsverläufen, funktionellen Beeinträchtigungen oder bestehenden Pflegeproblemen), die für die Durchführung der vereinbarten Maßnahmen relevant sind, nicht erfasst wurden.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn

- durch ein unzureichendes Aufnahmemanagement wichtige Informationen mit Relevanz für die Pflegesituation nicht erfasst wurden und es dadurch zu einer Diskontinuität der medikamentösen Versorgung oder Unterstützung bei der Ernährung kam.
- vereinbarte Pflegemaßnahmen nicht durchgeführt wurden.

1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren

entfällt

Qualitätsaussage

Der Pflegedienst trägt im Rahmen seiner Möglichkeiten und der mit dem Pflegehaushalt bestehenden vertraglichen Vereinbarungen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse aufgrund bestehender Risiken und Gefahren bei.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob der Pflegedienst mögliche Risiken und Gefahren für den pflegebedürftigen Menschen erkannt und darauf reagiert hat. Relevant sind hierbei gesundheitlich bedingte, verhaltensbedingte und umweltbedingte Risiken und Gefahren. Sofern Risiken und Gefahren vorliegen, ist zu prüfen, ob im Rahmen der Möglichkeiten des Pflegedienstes Aktivitäten zur Prävention dieser Risiken und Gefahren vorgeschlagen oder initiiert wurden.

Informationserfassung

Durch Erkrankungen bedingte Risiken und Gefahren:
Verhaltensbedingte Risiken und Gefahren:
Risiken und Gefahren in der Wohnumgebung des pflegebedürftigen Menschen:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Hat der Pflegedienst offenkundige Risiken und Gefahren in der Pflegesituation erkannt?
2. Wurden vorliegende Risiken und Gefahren bei der Maßnahmenplanung im Pflegeprozess berücksichtigt?
3. Wurden dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen bestehende Risiken und Gefahren verdeutlicht?
4. Wurden Möglichkeiten zur Vermeidung von Risiken und Gefahren aufgezeigt und der pflegebedürftige Mensch und ggf. seine Angehörigen hierzu beraten?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

Diese Bewertung trifft auch zu, wenn der Pflegedienst bestehende Risiken erkannt und entsprechend informiert und beraten hat, der pflegebedürftige Mensch und/oder seine Angehörigen daraus jedoch keine Konsequenzen gezogen haben.

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise in der Pflegedokumentation bestehende gesundheits-, verhaltens- oder umgebungsbedingte Risiken und Gefahren unvollständig dargestellt werden, der Pflegedienst jedoch den pflegebedürftigen Menschen und ggf. seine Angehörigen zu den bestehenden Risiken beraten und Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt hat.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn der Pflegedienst beispielsweise offenkundige Risiken und Gefahren nicht erkannt und somit auch nicht berücksichtigt hat.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise Risiken und Gefahren unberücksichtigt blieben und es aufgrund dessen zu einem vermeidbaren Sturzereignis kam, z.B. bei der Begleitung des pflegebedürftigen Menschen auf dem Weg ins Badezimmer oder Esszimmer.

1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation

entfällt

Qualitätsaussage

Der Pflegedienst erfasst Hinweise auf eine Destabilisierung der Versorgungssituation und leitet im Rahmen seiner Einwirkungsmöglichkeiten Maßnahmen zur Abwendung einer solchen Destabilisierung ein.

Beschreibung

Von Relevanz ist eine Destabilisierung der Versorgungssituation, die dadurch entsteht, dass Versorgungsanforderungen oder Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen zu einer Überforderung des bestehenden Hilfenetzes (Angehörige und ggf. weitere Personen) führen oder bislang verfügbare Hilfen wegzufallen drohen. Bei Alleinlebenden sind analog dazu zunehmende Einbußen der Selbstpflegekompetenz zu berücksichtigen, die nicht durch andere Personen oder durch Dienstleistungen kompensiert werden. Zu prüfen ist, ob der Pflegedienst offensichtliche Anzeichen hierfür erkannt hat. Ist dies der Fall, so ist weiterhin zu prüfen, ob Aktivitäten zur Verhinderung einer Destabilisierung vorgeschlagen oder initiiert wurden.

Informationserfassung

Anzeichen für physische oder psychische Überforderung oder abnehmende Pflegebereitschaft von Angehörigen und weiteren Helfern bzw. Anzeichen für eine abnehmende Selbstpflegefähigkeit:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Wurden offenkundige Anzeichen einer Überforderung des Hilfenetzes, einer abnehmenden Pflegebereitschaft oder einer abnehmenden Selbstpflegefähigkeit erkannt?
2. Wurde im Gespräch mit dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen auf die Möglichkeit einer Destabilisierung der Versorgungssituation hingewiesen? Wurden Möglichkeiten aufgezeigt, einer Destabilisierung entgegenzuwirken?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

Diese Bewertung trifft auch zu, wenn der Pflegedienst bestehende Anzeichen erkannt, dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen Hinweise gegeben oder ein Angebot zur Unterstützung unterbreitet hat, diese jedoch keine Konsequenzen daraus gezogen haben.

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn in der Pflegedokumentation Anzeichen für eine Destabilisierung der Versorgungssituation unvollständig dargestellt werden, der Pflegedienst aber dennoch situationsgerecht reagiert hat.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn der Pflegedienst beispielsweise offenkundige Anzeichen nicht erkannt hat und daher keine Aktivitäten zur Verhinderung einer weiteren Destabilisierung auszumachen sind.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn bestehende Anzeichen nicht erkannt wurden und eine ausreichende Versorgung des pflegebedürftigen Menschen nicht mehr erfolgt oder andere negative Konsequenzen eingetreten sind.

Prüfbereich 2

2.1 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition

Qualitätsaussage

Der pflegebedürftige Mensch erhält Maßnahmen zur Kompensation von Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten sowie zur Förderung kognitiver Fähigkeiten, die individuell auf seinen Lebensalltag und seine Bedürfnisse und Gewohnheiten abgestimmt sind. Pflegende Angehörige erhalten eine systematische Beratung und Anleitung, um den pflegebedürftigen Menschen wirksam zu unterstützen.

Beschreibung

Zu prüfen ist die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen zur Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen im Rahmen der individuellen Maßnahmenplanung. Diese Unterstützung umfasst beispielsweise Orientierungs-, Deutungs- und Erinnerungshilfen, die Unterstützung bei Entscheidungen im Lebensalltag und die Begleitung bei Aktivitäten, die aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen nicht allein durchgeführt werden könnten. Zu prüfen sind des Weiteren Maßnahmen zur Förderung kognitiver Fähigkeiten, beispielsweise in Form von biografieorientierter Einzelbetreuung. Gegenstand der Prüfung ist schließlich auch die systematische Beratung und Anleitung Angehöriger mit dem Ziel, bei beeinträchtigter Kognition wirksame Hilfe zu leisten.

Informationserfassung

Art und Umfang der von den Angehörigen geleisteten Hilfen:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Liegt eine aktuelle, zutreffende Einschätzung der kognitiven Beeinträchtigungen und ihrer Konsequenzen für den Lebensalltag vor?
2. Erhält der pflegebedürftige Mensch eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung in Form von Orientierungs-, Deutungs- und Erinnerungshilfen bei alltäglichen Aktivitäten?
3. Werden die Angehörigen dabei unterstützt, wirksame Hilfe zur Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen und zur Förderung kognitiver Fähigkeiten zu leisten? Werden sie dabei unterstützt, eine bedürfnisgerechte Tagesstruktur aufrechtzuerhalten?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn sich lediglich lückenhafte Hinweise auf Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten in der Pflegedokumentation finden lassen, aber aufgrund anderer Informationen nachvollzogen werden kann, dass eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung entsprechend der vertraglichen Vereinbarung erfolgt.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- eine Fehleinschätzung kognitiver Fähigkeiten vorliegt
- keine Informationen zu den individuellen Bedürfnissen des pflegebedürftigen Menschen erfasst wurden
- die Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation veraltet oder lückenhaft ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- geplante Maßnahmen nicht oder nicht vollständig durchgeführt werden.
- die geleistete Unterstützung nicht auf die Beeinträchtigungen und Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen oder auf den Bedarf der pflegenden Angehörigen ausgerichtet ist.

2.2 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten eine zielgerichtete Unterstützung, durch die Belastungen und Überforderungen des pflegebedürftigen Menschen sowie der Einfluss weiterer verhaltenswirksamer Faktoren reduziert werden und das Wohlbefinden des pflegebedürftigen Menschen gefördert wird.

Beschreibung

Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen umfasst vorrangig Maßnahmen der Beratung und Anleitung der Angehörigen (z.B. zur Anpassung der Tagesstruktur, zur Anpassung von Kommunikation und Pflegehandlungen, zur Reaktion auf kritische Situationen etc.). Zu prüfen ist, inwieweit der Pflegedienst darauf hinwirkt, die häusliche Versorgung des pflegebedürftigen Menschen mit herausforderndem Verhalten zu gewährleisten und entsprechende Maßnahmen zur Reduktion von Verhaltensweisen und zur Sicherstellung einer geeigneten Lebensumgebung durchgeführt werden.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen im Bereich Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:
Umgang der Angehörigen mit den Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

- Erfolgt eine systematische Erfassung der Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen sowie eine Beurteilung, inwieweit diese Verhaltensweisen ein Gefährdungspotenzial aufweisen oder aus anderen Gründen einen Bedarf auflösen?
- Wurden verhaltenswirksame Faktoren identifiziert und Maßnahmen eingeleitet, um diese Faktoren zu begrenzen oder zu kompensieren?
- Erhalten die Angehörigen eine Beratung und Anleitung von den Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes, die auf die individuelle Lebenssituation zugeschnitten ist?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise pflegerische Maßnahmen durchgeführt worden sind, aber lückenhaft dokumentiert wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine zutreffende Erfassung von Verhaltensweisen erfolgte.
- eine Erfassung, aber keine Bewertung erfolgte, inwieweit die Verhaltensweisen für den Pflegebedürftigen ein Problem darstellen.
- nicht versucht wurde, verhaltensrelevante Faktoren (z.B. umgebungsbedingte Überforderungen, Tagesstruktur, nächtliche Störungen, biografische Bezüge, Änderung der Medikation, Trauer etc.) zu identifizieren.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- auf eine psychische Belastung des Pflegebedürftigen weder direkt (durch entlastende Maßnahmen) noch indirekt (durch Beratung und Anleitung der Angehörigen) reagiert wurde.
- keine Unterstützung erfolgt, die direkt oder indirekt (über die Beratung der Angehörigen) auf die Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet ist.

Prüfbereich 3: Ärztlich verordnete Maßnahmen

3.1 Weitere ärztlich verordnete Maßnahme

entfällt, da keine weiteren Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet sind

Bitte verordnete Maßnahme eintragen:

--

Qualitätsaussage

Der Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen Verordnung:
Regelungen des geltenden Vertrags nach § 132a Abs. 4 SGB V hinsichtlich der Qualifikation der durchführenden Mitarbeiter:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

- Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?
- Ist im Bedarfsfall (z.B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?
- Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?
- Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise im Bedarfsfall keine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erfolgt oder die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt wurden,
- weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

3.2 Weitere ärztlich verordnete Maßnahme

entfällt, da keine weiteren Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet sind

Bitte verordnete Maßnahme eintragen:

--

Qualitätsaussage

Der Pflegedienst führt die Maßnahme der häuslichen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen Verordnung fachgerecht und vertragsgemäß durch.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnungen gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen Verordnung:
Regelungen des geltenden Vertrags nach § 132a Abs. 4 SGB V hinsichtlich der Qualifikation der durchführenden Mitarbeiter:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

- Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?
- Ist im Bedarfsfall (z.B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?
- Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?
- Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebed. Menschen erwarten lassen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht alle Aspekte der verordneten Maßnahme vollständig dokumentiert, jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise im Bedarfsfall keine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erfolgt oder die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen
 Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt wurden,
- weitergehende Aspekte, die zu einer sachgerechten Durchführung der verordneten Maßnahme gehören und die zu den einzelnen Maßnahmen ausgeführt wurden, nicht beachtet werden.

Prüfbereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung

Hinweis: Die Beurteilung der Qualitätsaspekte im Bereich 4 kann nicht in Form einer standardisierten Bewertung erfolgen. Es erfolgt auch keine gesonderte Informationserfassung. Werden durch den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese im jeweils zugeordneten Textfeld „Auffälligkeiten oder Defizite“ aufzuführen. Sie sollten den leitenden Mitarbeitern des Pflegedienstes im Rahmen der Beratung erläutert werden.

4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen

Qualitätsaussage

Die Arbeit ambulanter Pflegedienste ist mit den in die Pflege involvierten Angehörigen des pflegebedürftigen Menschen abgestimmt und koordiniert.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob eine Abstimmung zwischen dem ambulanten Pflegedienst und den Angehörigen hinsichtlich der erforderlichen und erwünschten pflegerischen Unterstützung erfolgte.

Leitfragen

- Wurden Gespräche mit den Angehörigen über die Pflegesituation geführt?
- Wurden feste Vereinbarungen zur gemeinsamen Gestaltung der Pflegesituation getroffen?
- Wurde auf die Wünsche der Angehörigen zur Gestaltung der Pflegesituation eingegangen?

Auffälligkeiten:

4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung

Qualitätsaussage

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes reagieren im Rahmen von Beratungsgesprächen sensibel auf Anzeichen von Gewaltanwendung, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung pflegebedürftiger Menschen. Sie streben an, in gravierenden Fällen Hilfen zur Begleitung der häuslichen Versorgung zu mobilisieren.

Beschreibung

Im Rahmen eines Fachgesprächs mit Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes wird der Umgang mit einem Verdacht oder einem konkreten Hinweis auf Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung erörtert. Im Mittelpunkt steht weniger die Qualitätsbewertung, sondern eher die gemeinsame Beratung möglicher Handlungsstrategien im konkreten Fall.

Leitfragen

- Wurden im Rahmen der Pflege mögliche Anzeichen von Gewaltanwendung, Vernachlässigung, Missbrauch oder Unterversorgung wahrgenommen?
- Wie wurde bei vorliegenden Anzeichen reagiert und welche Maßnahmen wurden ggf. ergriffen?
- Welche Fragen und Unsicherheiten bestehen im Umgang mit Anzeichen für Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung?

Auffälligkeiten:

Allgemeine Anmerkungen zur Prüfung:

Projekt „Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege“

Abschlussbericht Anhang 5b

Anlage zur Verfahrensbeschreibung für das Prüfverfahren:

Erläuterungen zu den Leitfragen (Ausfüllanleitung)

Stand 20. August 2018

Psychiatrische Krankenpflege	3
Ärztlich verordnete Maßnahmen – Psychiatrische Krankenpflege	3
Prüfbereich 1: Übergreifend zu prüfende Qualitätsaspekte	4
1.1 Aufnahmemanagement	4
1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren	5
1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation	6
Prüfbereich 2: Pflegerische Aufgaben im Rahmen der psychiatrischen Krankenpflege	7
2.1 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition	7
2.2 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen	8
Prüfbereich 3: weitere ärztlich verordnete Leistungen	10
3.1 Ärztlich verordnete Maßnahmen	11
3.1c Ärztlich verordnete Maßnahmen – Blasenspülung	12
3.1d Ärztlich verordnete Maßnahmen – Blutdruckmessung, Blutzuckermessung	13
3.1e Ärztlich verordnete Maßnahmen - Wundversorgung (Dekubitusbehandlung, Stomabehandlung, Verbände)	14
3.1f Ärztlich verordnete Maßnahmen – Drainagen, Überprüfen, Versorgen	15
3.1g Ärztlich verordnete Maßnahmen – Infusionen i.v.	16
3.1h Ärztlich verordnete Maßnahmen – Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins	17
3.1j Ärztlich verordnete Maßnahmen - Medikamente	18
3.1k Ärztlich verordnete Maßnahmen – Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern bei gesicherter Diagnose	19
3.1l Ärztlich verordnete Maßnahmen – Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der	20
3.1m Ärztlich verordnete Maßnahmen – Venenkatheter, Pflege des zentralen	21
Prüfbereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung	22

4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen.....	22
4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung	23
Prüfbereich 5: Einrichtungsbezogene Prüfung	24
5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten	24
5.2 Hygiene	25
5.3 Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung	26

Psychiatrische Krankenpflege

Ärztlich verordnete Maßnahmen – Psychiatrische Krankenpflege
<p>Zu prüfen ist neben den auch für die anderen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege maßgeblichen Fragen zusätzlich, ob die vertraglich vereinbarten Qualifikationen des eingesetzten Pflegepersonals vorhanden sind.</p>
<p>Hinweise zu den Leitfragen</p>
<p><i>1. Werden die Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?</i></p> <p>Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.</p>
<p><i>2. Ist eine regelmäßige Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?</i></p> <p>Die HKP-Richtlinie sieht im Fall der psychiatrischen Krankenpflege eine laufende Information der Ärztin oder des Arztes vor. Zu beurteilen ist daher bei dieser Frage, ob und in welcher Form der Pflegedienst regelmäßig mit dem verordnenden Arzt über Entwicklungen der Vitalzeichen oder anderer Aspekte der psychiatrischen Krankenpflege kommuniziert.</p>
<p><i>3. Entspricht die Versorgung den vertraglichen Vereinbarungen des ambulanten Pflegedienstes zur psychiatrischen Krankenpflege?</i></p> <p>Bei dieser Frage geht es darum, ob die Versorgung dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V und entsprechender Ergänzungsvereinbarungen entspricht. Insbesondere ist zu beurteilen ob die psychiatrische Krankenpflege von Personen durchgeführt wird, die über den vertraglichen Vereinbarungen entsprechende Qualifikationen verfügen.</p>
<p><i>4. Entspricht die psychiatrische Krankenpflege dem aktuellen Stand des Wissens?</i></p> <p>In diesem Zusammenhang ist zu beurteilen, ob</p> <ul style="list-style-type: none">• eine Akzeptanz der pflegerischen Unterstützung durch den Patienten erarbeitet und eine Pflegebeziehung aufgebaut werden konnte• Maßnahmen zur Krisenintervention durchgeführt werden konnten und• Kompensatorische Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen in Lebensbereichen und Aktivitäten entwickelt werden konnten.

Prüfbereich 1: Übergreifend zu prüfende Qualitätsaspekte

1.1 Aufnahmemanagement

Zu prüfen ist, wie der ambulante Pflegedienst das Aufnahmemanagement bei Erstaufnahmen und Übernahmen durchführt. Geprüft wird das Aufnahmemanagement bei pflegebedürftigen Menschen, die innerhalb der letzten sechs Monate neu oder wieder vom Pflegedienst aufgenommen wurden.

Dieser Qualitätsaspekt bezieht sich auf die Informationssammlung durch den ambulanten Pflegedienst zu Beginn oder Wiederbeginn der Pflege. Unabhängig von Art und Umfang der vereinbarten Leistungen, sind Informationen zum Ausmaß der individuellen Beeinträchtigungen und Ressourcen des pflegebedürftigen Menschen sowie zu vorliegenden ärztlichen Diagnosen erforderlich.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Ist ein strukturiertes Vorgehen bei der Informationssammlung und der anschließenden Planung und Vereinbarung von Maßnahmen erkennbar? Wurden die individuellen pflegerelevanten Einschränkungen, Ressourcen und Fähigkeiten erfasst?

Es ist zu prüfen, ob ein strukturiertes Vorgehen angewandt wird, mit dem die wesentlichen Informationen der Pflegesituation erfasst werden können. Dieses Vorgehen kann sich an den Prinzipien des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation orientieren, ebenso jedoch auf anderen Systematisierungsansätzen zur Gestaltung des Pflegeprozesses basieren (z.B. an Lebensaktivitäten orientierten Modellen).

2. Wurde der pflegebedürftige Mensch zu seiner Sichtweise bei der Informationssammlung und der Planung und Vereinbarung von Maßnahmen befragt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob der pflegebedürftige Mensch die Gelegenheit hatte, seine Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und auf individuelle Aspekte seiner Pflegesituation hinzuweisen. Zudem geht es darum, ob seine Perspektive bei der Planung von Maßnahmen berücksichtigt wurde.

3. Wurden weitergehende Informationen mit Relevanz für die Durchführung der Pflege erhoben (z.B. Medikation, Behandlungsverläufe, Versorgung durch andere Personen und Einrichtungen)?

Angesprochen sind mit dieser Frage Informationen über verfügbare medizinische Diagnosen, den Medikamentenplan, Konsequenzen aus Krankenhausbehandlungen sowie Leistungen und Maßnahmen anderer Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienstleistungen, soweit sie von Relevanz für den Pflegeprozess im entsprechenden Haushalt sind.

In der Gesamtbetrachtung der drei Leitfragen sollte deutlich werden, dass die wesentlichen Informationen für die Durchführung des Pflegeprozesses erfasst wurden und Eingang in die Planung und Vereinbarung von Maßnahmen zwischen dem Pflegedienst und dem pflegebedürftigen Menschen gefunden haben.

1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren

Zu prüfen ist, ob der Pflegedienst mögliche Risiken und Gefahren für den pflegebedürftigen Menschen erkannt und darauf reagiert hat. Relevant sind hierbei gesundheitlich bedingte, verhaltensbedingte und umgebungsbedingte Risiken und Gefahren. Sofern Risiken und Gefahren vorliegen, ist zu prüfen, ob im Rahmen der Möglichkeiten des Pflegedienstes Aktivitäten zur Prävention dieser Risiken und Gefahren vorgeschlagen oder initiiert wurden.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Hat der Pflegedienst offenkundige Risiken und Gefahren in der Pflegesituation erkannt?

Durch die regelmäßige Präsenz in der häuslichen Umgebung, durch die Kommunikation mit dem pflegebedürftigen Menschen und seinen Angehörigen, durch Beobachtungen während der Durchführung der Pflege und schließlich auch durch die Informationserfassung, die zur Durchführung der vereinbarten Leistungen erforderlich sind, erhalten die Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes Kenntnis darüber, ob und ggf. welche Risiken und Gefahren in einer Pflegesituation vorhanden sind. Die Frage zielt dementsprechend auf *offenkundige* Risiken und Gefahren, d.h. auf Sachverhalte, die die Mitarbeiter im Rahmen der Durchführung des individuellen pflegerischen Auftrags wahrnehmen, ohne hierfür gesonderte Assessmentschritte zu unternehmen. Gemeint sind also Risiken und Gefahren, die auch für den Prüfdienst, der die Lebens- und Versorgungssituation des Versicherten ja weit weniger genau kennt als die Mitarbeiter des Pflegedienstes, während des Hausbesuchs offenkundig sind.

Zu den gesundheitsbedingten Risiken gehören Aspekte, die sich durch vorliegende Erkrankungen ergeben, Beeinträchtigungen des Hör- und Sehvermögens sowie kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen. Einige gesundheitliche Beeinträchtigungen können weitere spezifische Risiken nach sich ziehen (wie z. B. Sturzgefahr, Gefahr der Entstehung eines Dekubitus oder Ernährungsprobleme).

Zu den verhaltensbedingten Risiken zählen oftmals durch psychische Problemlagen hervorgerufene Verhaltensweisen mit daraus resultierenden Risiken.

Mit den umgebungsbedingten Risiken sind mögliche Gegebenheiten in der Wohnumgebung des pflegebedürftigen Menschen angesprochen.

2. Wurden im Fall vorliegender Risiken und Gefahren diese bei der Maßnahmenplanung im Pflegeprozess berücksichtigt?

Um die angesprochenen Risiken (z.B. ein hohes Sturzrisiko) bei der Durchführung der Pflege zu berücksichtigen, kann eine Anpassung der Maßnahmenplanung erforderlich sein.

3. Wurden dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen bestehende Risiken und Gefahren verdeutlicht?

Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob eine Kommunikation (Aufklärung) zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen und dem Pflegedienst über bestehende Risiken und Gefahren stattgefunden hat.

4. Wurden Möglichkeiten zur Vermeidung von Risiken und Gefahren aufgezeigt und der pflegebedürftige Mensch und ggf. seine Angehörigen hierzu beraten?

Im Falle vorliegender Risiken und Gefahren sollten der pflegebedürftige Mensch und seine Angehörigen über die Risiken aufgeklärt und zu ihrer Vermeidung beraten werden.

1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation
<p><i>Von Relevanz ist eine Destabilisierung der Versorgungssituation, die dadurch entsteht, dass Versorgungsanforderungen oder Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen zu einer Überforderung des bestehenden Hilfenetzes (Angehörige und ggf. weitere Personen) führen oder bislang verfügbare Hilfen wegzufallen drohen. Bei Alleinlebenden sind analog dazu zunehmende Einbußen der Selbstpflegekompetenz zu berücksichtigen, die nicht durch andere Personen oder durch Dienstleistungen kompensiert werden.</i></p> <p><i>Zu prüfen ist, ob der Pflegedienst offensichtliche Anzeichen hierfür erkannt hat. Ist dies der Fall, so ist weiterhin zu prüfen, ob Aktivitäten zur Verhinderung einer Destabilisierung vorgeschlagen oder initiiert wurden.</i></p>
Hinweise zu den Leitfragen
<p><i>1. Wurden offenkundige Anzeichen einer Überforderung des Hilfenetzes, einer abnehmenden Pflegebereitschaft oder einer abnehmenden Selbstpflegefähigkeit erkannt?</i></p> <p>Angesprochen ist mit dieser Frage die Stabilität der häuslichen Versorgung hinsichtlich der individuellen Selbstpflegekompetenzen oder der Unterstützungsleistungen durch Familienmitglieder, Freunde oder Nachbarn des pflegebedürftigen Menschen.</p> <p>Eine Destabilisierung einer Pflegesituation kann durch Veränderungen auf Seiten des pflegebedürftigen Menschen entstehen durch einen fortschreitenden Verlauf einer bestehenden Erkrankung, eine zunehmende Beeinträchtigung der Selbständigkeit in wesentlichen Lebensbereichen und Aktivitäten und anderer Aspekte, die einen erhöhten physischen und psychischen Einsatz bei der Pflege erfordern.</p> <p>Die Stabilität kann ebenso durch Veränderungen auf Seiten der Pflegepersonen eintreten wie z. B. durch die Dauer der physischen und psychischen Belastung durch die Pflege oder durch mit der Pflege konkurrierende familiäre, berufliche oder andere Verpflichtungen.</p> <p>Ähnlich wie im Falle des Qualitätsaspekts 1.2 geht es an dieser Stelle um <i>offenkundige</i> Sachverhalte, also Sachverhalte, die im Rahmen der Durchführung des individuellen pflegerischen Auftrags wahrnehmbar sind, ohne hierfür gesonderte Assessmentschritte zu unternehmen.</p> <p><i>2. Wurde im Gespräch mit dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen auf die Möglichkeit einer Destabilisierung der Versorgungssituation hingewiesen? Wurden Möglichkeiten aufgezeigt, einer Destabilisierung entgegenzuwirken?</i></p> <p>Zu beurteilen ist, ob im Falle von Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation eine Kommunikation (Aufklärung) zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen und dem Pflegedienst stattgefunden hat, in der auf die beobachteten Tendenzen einer Destabilisierung hingewiesen wurde und während der auf Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation – beispielsweise durch die Inanspruchnahme teilstationärer Angebote oder Maßnahmen zur Entlastung der Angehörigen durch Einbeziehung weiterer Personen in die Pflege – hingewiesen wurde.</p>

Prüfbereich 2: Pflegerische Aufgaben im Rahmen der psychiatrischen Krankenpflege

2.1 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition

Zu prüfen ist die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen zur Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen im Rahmen der individuellen Maßnahmenplanung. Diese Unterstützung umfasst beispielsweise Orientierungs-, Deutungs- und Erinnerungshilfen, die Unterstützung bei Entscheidungen im Lebensalltag und die Begleitung bei Aktivitäten, die aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen nicht allein durchgeführt werden könnten. Zu prüfen sind des Weiteren Maßnahmen zur Förderung kognitiver Fähigkeiten, beispielsweise in Form von biografieorientierter Einzelbetreuung. Gegenstand der Prüfung ist schließlich auch die systematische Beratung und Anleitung Angehöriger mit dem Ziel, bei beeinträchtigter Kognition wirksame Hilfe zu leisten.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Liegt eine aktuelle, zutreffende Einschätzung der kognitiven Beeinträchtigungen und ihrer Konsequenzen für den Lebensalltag vor?

Zu beurteilen ist, ob eine individuelle Erfassung und Beschreibung der Fähigkeiten zur zeitlichen, örtlichen und situativen Orientierung vorliegt und eine Einschätzung der Fähigkeiten zur Erkennung von Personen und Erinnerung von Sachverhalten vorgenommen wurde.

2. Erhält der pflegebedürftige Mensch eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung in Form von Orientierungs-, Deutungs- und Erinnerungshilfen bei alltäglichen Aktivitäten?

Bei dieser Frage ist zu beurteilen, ob die geplanten Maßnahmen den kognitiven Fähigkeiten entsprechen und auf die Förderung und den Erhalt kognitiver Fähigkeiten ausgerichtet sind.

3. Werden die Angehörigen dabei unterstützt, wirksame Hilfe zur Kompensation kognitiver Beeinträchtigungen und zur Förderung kognitiver Fähigkeiten zu leisten? Werden sie dabei unterstützt, eine bedürfnisgerechte Tagesstruktur aufrechtzuerhalten?

Zu beurteilen ist, ob die Angehörigen durch den ambulanten Pflegedienst bei der Erhaltung und Förderung kognitiver Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen unterstützt werden, z.B. durch Information und Beratung zum Umgang mit beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen.

2.2 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen

Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen umfasst vorrangig Maßnahmen der Beratung und Anleitung der Angehörigen (z.B. zur Anpassung der Tagesstruktur, zur Anpassung von Kommunikation und Pflegehandlungen, zur Reaktion auf kritische Situationen etc.). Zu prüfen ist, inwieweit der Pflegedienst darauf hinwirkt, die häusliche Versorgung des pflegebedürftigen Menschen mit herausforderndem Verhalten zu gewährleisten und entsprechende Maßnahmen zur Reduktion von Verhaltensweisen und zur Sicherstellung einer geeigneten Lebensumgebung durchgeführt werden.

Erläuterungen:

Angesprochen sind an dieser Stelle Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, die auch im Rahmen der Begutachtung nach dem SGB XI berücksichtigt werden. Es handelt sich um Verhaltensweisen, die einen Hilfebedarf begründen, weil sie zu Gefährdungen führen oder eine Beeinträchtigung für den betreffenden Pflegebedürftigen oder seine Umgebung darstellen. Ein solches Verhalten entsteht beispielsweise durch Situationen, die eine Überforderung mit sich bringen, oder durch die fehlende Fähigkeit, mit emotionalen Impulsen kontrolliert umzugehen. In der Regel sind solche Verhaltensprobleme mit kognitiven Beeinträchtigungen verbunden, die zum Verlust der Impulskontrolle und Selbststeuerungsfähigkeit führen. Angesprochen sind aber auch psychische Problemlagen, die ebenfalls einen Hilfebedarf begründen.

Zu diesen Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen gehören (nähere Definitionen finden sich in der aktuellen Begutachtungs-Richtlinie):

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Nächtliche Unruhe
- Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
- Beschädigung von Gegenständen
- Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- Verbale Aggression
- Andere vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

Von entscheidender Bedeutung ist, dass diese Verhaltensweisen einen Bedarf an Unterstützung begründen. So sind beispielsweise alle Menschen vom Gefühl der Angst betroffen. Dieses Gefühl kann allerdings so übermächtig werden, dass es nicht kontrolliert werden kann und eine folgenreiche emotionale Krise auslöst. Insbesondere bei Demenzkranken ist zu beobachten, dass langandauernde, ausgeprägte Ängste entstehen, die die betreffenden Personen selbst nicht kontrollieren kann.

Dementsprechend ist bei der Prüfung zu berücksichtigen, dass nicht das Verhalten an sich, sondern die mit einem Verhalten verbundene Problematik für das Alltagsleben des Pflegebedürftigen oder für seine soziale Umgebung einen Hilfebedarf begründet.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Erfolgt eine systematische Erfassung der Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen sowie eine Beurteilung, inwieweit diese Verhaltensweisen ein Gefährdungspotenzial aufweisen oder aus anderen Gründen einen Bedarf auslösen?

Gefragt ist dabei die Erfassung unterschiedlicher Verhaltensweisen und – soweit möglich – auslösender Faktoren und aus den Verhaltensweisen resultierender Konsequenzen.

2. Wurden verhaltenswirksame Faktoren identifiziert und Maßnahmen eingeleitet, um diese Faktoren zu begrenzen oder zu kompensieren?

Zu beurteilen ist, ob der Einschätzung der Verhaltensweisen und Problemlagen entsprechende umgebungsbezogene oder verhaltensbezogene Maßnahmen durchgeführt werden und eine Unterstützung bei der Alltagsgestaltung des pflegebedürftigen Menschen erfolgt.

3. Erhalten die Angehörigen eine Beratung und Anleitung von den Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes, die auf die individuelle Lebenssituation zugeschnitten ist?

Zu beurteilen ist, ob die Angehörigen eine Beratung mit dem Ziel der Entlastung oder dem Ziel der Kompetenzerweiterung im Umgang mit Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen erhalten haben.

Prüfbereich 3: weitere ärztlich verordnete Leistungen

Vorbemerkung: Zu diesem Prüfbereich gehören die verordnungsfähigen Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege aus der Richtlinie über die Verordnung Häuslicher Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses (HKP-Richtlinie) in der jeweils geltenden Fassung, die neben der psychiatrischen Krankenpflege verordnet werden können. Im Fall der psychiatrischen Krankenpflege erscheint eine parallele Verordnung einiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege, z.B. derjenigen, die mit Anforderungen im Bereich der Intensivpflege einhergehen, unwahrscheinlich zu sein. Diese bleiben daher in der nachfolgenden Übersicht ausgespart. Die Übersicht basiert auf der zuletzt am 21.12.2017 geänderten und am 05.04.2018 in Kraft getretenen Fassung der HKP-Richtlinie. In der Prüfung ist zunächst festzustellen, welche ärztlichen Verordnungen und Genehmigungen der Krankenkasse über die Erbringung von HKP-Maßnahmen vorliegen. Für jede einzelne verordnete Maßnahme ist ein einzelner Bogen im Prüfbogen auszufüllen. Die verordnungsfähigen Leistungen der Grundpflege werden entsprechend der Angaben im Prüfbogen und dieser Ausfüllanleitung im Bereich 2 geprüft.

Die Bewertung der Leitfragen orientiert sich an den Hinweisen unter Punkt 3.1. Die Maßnahmen, bei denen die Hinweise unter Punkt 3.1 ausreichend sind, sind mit einem „*“ gekennzeichnet. Für verordnungsfähige Maßnahmen, bei denen zur Beantwortung der Leitfrage 4 weitere Hinweise erforderlich sind, finden diese sich unter den Punkten 3.1ff. Die dort enthaltenen Hinweise sind eng angelehnt an die zum 01.01.2018 in Kraft getretene Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP) vom 27.09.2017.

Verordnungsfähige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege

- I. Leistungen der Behandlungspflege (für alle Leistungen die mit * versehen sind, gelten die Hinweise unter 3.1)**
 1. Anleitung bei der Behandlungspflege (s. 2.9 und 2.10 „Anleitung und Beratung“)
 2. Blasenspülung (s. 3.1c)
 3. Blutdruckmessung (s. 3.1d)
 4. Blutzuckermessung (s. 3.1d)
 5. Dekubitusbehandlung (s. 3.1e)
 6. Drainagen, Überprüfen, Versorgen (s. 3.1f)
 7. Einlauf/Klistier/Klyisma/digitale Enddarmausräumung*
 8. Flüssigkeitsbilanzierung*
 9. Infusionen i.v. (s. 3.1g)
 - a. Infusionen s.c.*
 10. Inhalation*
 11. Injektionen*
 12. Injektion, Richten von*
 13. Instillation
 14. Kälteträger, Auflegen von*
 15. Katheter, Versorgung eines suprapubischen (s. 3.1e)
 16. Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins (s. 3.1h)
 17. Magensonde, Legen und Wechseln*
 18. Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen) (s. 3.1j)
 - a. Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose (s. 3.1k)
 19. Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei (s. 2.6 und 3.1e)
 20. Stomabehandlung (s. 3.1e)
 21. Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der (s. 3.1l)
 22. Venenkatheter, Pflege des zentralen (s. 3.1m)
 23. Verbände (s. 3.1e)

3.1 Ärztlich verordnete Maßnahmen

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden.

3.1c Ärztlich verordnete Maßnahmen – Blasenspülung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Durchführung der Blasenspülung dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- bei der Blasenspülung hygienische Grundsätze beachtet werden und
- Erkenntnisse während der Blasenspülung und ggf. weitere Informationen an den verordnenden Arzt nachvollziehbar sind.

3.1d Ärztlich verordnete Maßnahmen – Blutdruckmessung, Blutzuckermessung

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Sofern die ärztliche Verordnung keine Aussagen zu ggf. erforderlichen Konsequenzen bei definierten Ober- oder Untergrenzen des Blutdruckwerts/Blutzuckerwerts enthält, sollte erhoben werden, ob bei auffälligen Werten eine Information an den verordnenden Arzt erfolgt ist.

Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

3.1e Ärztlich verordnete Maßnahmen - Wundversorgung (Dekubitusbehandlung, Stomabehandlung, Verbände)

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt. Hinweise dazu finden sich im Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4a. Entspricht die Durchführung der Wundversorgung dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- eine fachgerechte Einschätzung der Wundsituation vorliegt, die Aussagen zur Wunddiagnose, -lokalisierung, -dauer, Wundgröße, Wundgeruch, Wundrand und -umgebung enthält. Zudem sollte beurteilt werden, ob bei der Einschätzung Fragen zur Rezidivzahl, zum Exsudat, zu möglichen Entzündungszeichen und zu wund- oder wundnahe Schmerz berücksichtigt wurden
- ob die individuelle Maßnahmenplanung zur Wundversorgung die aktuelle Wundsituation berücksichtigt,
- ob der Heilungsprozess beobachtet und bei auffälligen Veränderungen oder fehlenden Fortschritten im Heilungsprozess Kontakt zum behandelnden Arzt aufgenommen wird
- ob die Wundversorgung nach hygienischen Maßstäben erfolgt

4b. Entspricht das Anlegen von Kompressionsstrümpfen/-verbänden dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- das Anlegen im Liegen bei entstauten Venen und abgeschwollenen Beinen erfolgt ist,
- der Kompressionsverband immer in Richtung des Körperrumpfs gewickelt wurde und
- der Kompressionsverband beim Anlegen faltenfrei ist

3.1f Ärztlich verordnete Maßnahmen – Drainagen, Überprüfen, Versorgen

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren.

Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Überprüfung und Versorgung von Drainagen dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- dokumentiert wurde, um welche Drainage es sich handelt und wann diese gelegt wurde
- die Versorgung unter Beachtung der hygienischen Kautelen erfolgt
- die Beschaffenheit des Sekrets beobachtet und dokumentiert wird
- nachvollziehbar ist, wie und wann das geschlossene Wunddrainagesystem gewechselt wird.

3.1g Ärztlich verordnete Maßnahmen – Infusionen i.v.

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht das Wechseln und Anhängen der Infusion dem aktuellen Stand des Wissens?

In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob ein aktueller Verlaufsbogen über die Infusionsgabe verfügbar ist.

3.1h Ärztlich verordnete Maßnahmen – Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Ordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht das Katheterisieren der Harnblase dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob die Katheterisierung der Harnblase unter hygienischen Kautelen erfolgt und Erkenntnisse während des Katheterisierens mit dem verordnenden Arzt kommuniziert wurden.

3.1j Ärztlich verordnete Maßnahmen - Medikamente

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Zu prüfen sind hier die Maßnahmen zur Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen im Zusammenhang mit der individuellen Medikation, die Beachtung ärztlichen An- und Verordnungen, die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen und die Reaktion auf etwaige Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Medikation

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Durchführung der Medikamentengabe dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob

- das richtige Medikament in der richtigen Dosierung, über den richtigen Applikationsweg zum richtigen Zeitpunkt verabreicht wurde,
- die verordneten Medikamente vorhanden und sachgerecht gelagert sind (die Verantwortung des Pflegedienstes ist dabei auf entsprechende Informationen und Hinweise begrenzt),
- im Falle einer Bedarfsmedikation die auslösenden Symptome beschrieben sind und eindeutige Dosierungshinweise vorliegen (bei Nicht-Vorliegen sollte erkennbar eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erfolgt sein)
- ob Nebenwirkungen der Medikamente beobachtet und mit dem verordnenden Arzt kommuniziert wurden.

3.1k Ärztlich verordnete Maßnahmen – Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern bei gesicherter Diagnose

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Ordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob

- die zur Sanierung vorgesehenen Maßnahmen wie die Applikation antibakterieller Nasensalbe oder antiseptischen Gels, Mund- und Rachenspülungen mit aseptischen Lösungen oder die Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen sachgerecht durchgeführt werden und
- ob die Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut bei der Umsetzung der Maßnahmen beachtet werden.

3.1l Ärztlich verordnete Maßnahmen – Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht der Wechsel und die Pflege der Trachealkanüle dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- Angaben zur Indikation der Trachealkanülenanlage, zur Art der Tracheostomaanlage, zum Kanülentyp und zur Kanülengröße sowie alle im Zusammenhang mit der Trachealkanüle eingesetzten Hilfsmittel vorliegen
- Angaben zum Wechsel der Trachealkanüle (Häufigkeit, Art und Weise der Durchführung) und werden Kanülenwechsel durchgeführt, erfolgen und
- ggf. regelmäßige Cuffdruckmessungen durchgeführt und die Ergebnisse dokumentiert werden

3.1m Ärztlich verordnete Maßnahmen – Venenkatheter, Pflege des zentralen

Zu prüfen ist, ob die Versorgung der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkassen entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erfolgt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, auf deren Basis zu prüfen ist, ob die Durchführung der Maßnahmen der Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch unklare oder unvollständige Verordnungen, für die der Pflegedienst nicht verantwortlich ist, Anlass sein, die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden vertraglich definierte Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die verordneten Maßnahmen von Personen durchgeführt werden, die über eine dem jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V entsprechende Qualifikation verfügen.

4. Entspricht die Pflege des zentralen Venenkatheters dem aktuellen Stand des Wissens?

Zu beurteilen ist, ob

- der venöse Zugang sicher an der Haut fixiert wird
- eine ausreichende Händedesinfektion vor dem Umgang mit Katheter-Infusionssystemen durchgeführt wird
- unter sterilen Kautelen mit sterilen Materialien gearbeitet wird und
- bei Anzeichen einer lokalen Entzündung der Arzt informiert und die Infusion abgestellt werden

Prüfbereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung

4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen
Zu prüfen ist, ob eine Abstimmung zwischen dem ambulanten Pflegedienst und den Angehörigen hinsichtlich der erforderlichen und erwünschten pflegerischen Unterstützung erfolgte.
Hinweise zu den Leitfragen
<u>Bei der Bewertung der drei Leitfragen geht es darum, Auffälligkeiten festzustellen, die im Abschlussgespräch Anlass zur Beratung des ambulanten Pflegedienstes durch den Prüfdienst geben können.</u>
<i>1. Wurden Gespräche mit den Angehörigen über die Pflegesituation geführt?</i> Zu beurteilen ist, ob Gespräche über die Pflegesituation und die damit verbundenen Aufgaben sowie die gewünschte pflegerische Unterstützung geführt wurden.
<i>2. Wurden feste Vereinbarungen zur gemeinsamen Gestaltung der Pflegesituation getroffen?</i> Bei dieser Frage geht es darum, ob aus dem Gespräch mit den Angehörigen über die Pflegesituation Vereinbarungen über die Zuständigkeit und Verteilung von Aufgaben und/oder die Durchführung zielgerichteter Pflegemaßnahmen während der Abwesenheit des Pflegedienstes zwischen den Angehörigen und dem Pflegedienst getroffen wurden.
<i>3. Wurde auf die Wünsche der Angehörigen zur Gestaltung der Pflegesituation eingegangen?</i> Es ist zu beurteilen, ob die Angehörigen die Gelegenheit hatten, ihre Vorstellungen zur Gestaltung der Pflegesituation darzulegen und ob diesen Vorstellungen entsprochen wurde bzw. welche Gründe maßgeblich dafür waren, die Vorstellungen der Angehörigen nicht zu berücksichtigen.

4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung

Im Rahmen eines Fachgesprächs mit Mitarbeitern des ambulanten Pflegedienstes wird der Umgang mit einem Verdacht oder einem konkreten Hinweis auf Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung erörtert. Im Mittelpunkt steht weniger die Qualitätsbewertung, sondern eher die gemeinsame Beratung möglicher Handlungsstrategien im konkreten Fall.

Hinweise zu den Leitfragen

Bei der Bewertung der drei Leitfragen geht es darum, Auffälligkeiten festzustellen, die im Abschlussgespräch Anlass zur Beratung des ambulanten Pflegedienstes durch den Prüfdienst geben können.

1. Wurden im Rahmen der Pflege mögliche Anzeichen von Gewaltanwendung, Vernachlässigung, Missbrauch oder Unterversorgung wahrgenommen?

Zu beurteilen ist, ob Anzeichen der Gefährdung durch Gewaltanwendungen wie Misshandlungen (körperlich/psychisch), Vernachlässigung (pflegerisch/emotional/psychosozial) und vermeidbare Einschränkungen der Freiheit, Handlungs- und Entscheidungsautonomie bei dem pflegebedürftigen Menschen wahrgenommen worden sind.

2. Wie wurde bei vorliegenden Anzeichen reagiert und welche Maßnahmen wurden ggf. ergriffen?

Im Fachgespräch soll erörtert werden, ob und welche Reaktionen die Feststellung von Anzeichen für Gewalt, Unterversorgung oder Vernachlässigung nach sich gezogen hat.

3. Welche Fragen und Unsicherheiten bestehen im Umgang mit Anzeichen für Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung?

Ebenfalls im Fachgespräch soll erörtert werden, welche Fragen und Unsicherheiten im Umgang mit Anzeichen für Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung bestehen. Diese können direkt im Fachgespräch oder im Abschlussgespräch als Anlass zur Beratung durch den Prüfdienst aufgegriffen werden.

Prüfbereich 5: Einrichtungsbezogene Prüfung

5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten

Zu prüfen ist hier, ob der Pflegedienst Qualitätsdefizite erfasst und Maßnahmen zur Behebung plant und durchführt. Als Grundlage für die Prüfung dienen Prüfergebnisse vergangener externer Prüfungen und Ergebnisse des internen Qualitätsmanagements. Zu prüfen ist insbesondere, ob der ambulante Pflegedienst an der Behebung von Qualitätsdefiziten arbeitet und bewährte Methoden oder Verfahren des Qualitätsmanagements zur Anwendung kommen, die zu einer Weiterentwicklung der Pflegequalität beitragen. Hierzu gehören beispielsweise Fallbesprechungen, Pflegevisiten, die kollegiale Beratung, Qualitätszirkel und ggf. die Nutzung von Indikatoren für das interne Qualitätsmanagement.

Hinweise zu den Prüffragen

1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?

Zu beurteilen ist, ob der Pflegedienst regelhaft Verfahren anwendet, mit denen Qualitätsprobleme in der laufenden Versorgung entdeckt werden können (unabhängig von externen Prüfungen). Die Verfahren können in Fallbesprechungen, Pflegevisiten, internen Audits oder der Nutzung von Kennzahlen für das interne Qualitätsmanagement u.a. bestehen.

2. Werden geeignete Maßnahmen durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu beheben

Im Fall vorhandener Qualitätsprobleme ist zu beurteilen, ob Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements, wie z.B. Fortbildungen, Fallbesprechungen, interne Audits, Qualitätszirkel durchgeführt wurden, um die Qualitätsprobleme zu beheben.

3. Nutzt der ambulante Pflegedienst Instrumente wie Expertenstandards, Leitlinien oder ggf. andere bei der Behebung von Qualitätsdefiziten?

Neben allgemeinen Verfahren des internen Qualitätsmanagements können Qualitätsinstrumente wie Expertenstandards, Leitlinien und ggf. andere hilfreich sein, um das Auftreten von Qualitätsproblemen zu verhindern oder an der Behebung von Qualitätsdefiziten zu arbeiten. Im Rahmen eines Fachgesprächs ist zu beurteilen, ob und in welcher Form entsprechende Instrumente angewandt werden.

4. Sind die Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?

Es ist im Gespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes zu beurteilen, ob und in welcher Form diese in Verfahren zur Identifizierung und Behebung von Qualitätsproblemen einbezogen sind, z. B. durch Hinweise zur Dokumentation von Qualitätsproblemen, Beteiligung an Fortbildungsveranstaltungen oder Pflegevisiten.

5.2 Hygiene

Zu prüfen ist hier, ob der Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement aufweist, durch das innerbetriebliche Verfahrensweisen in Bezug auf grundlegende hygienische Anforderungen geplant, eingehalten und umgesetzt werden.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Liegen Verfahrensanweisungen vor, die sowohl die notwendige Basishygiene als auch die aufgrund einer individuellen Risikobewertung notwendigen Hygienemaßnahmen berücksichtigen?

Bei dieser Frage ist zu beurteilen, ob entsprechende Verfahrensanweisungen vorhanden sind. Zudem sollte beurteilt werden, ob die bestehenden Verfahrensregelungen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes bekannt sind und angewandt werden.

2. Entsprechen die Verfahrensweisen den gesetzlichen Anforderungen und fachlichen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention?

Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob die vorgesehenen Verfahrensweisen des ambulanten Pflegedienstes mit den gesetzlichen Bestimmungen im Einklang stehen.

3. Stehen die notwendigen Hilfsmittel zur Umsetzung der hygienischen Anforderungen zur Verfügung (z.B. Desinfektionsmittel, Handschuhe, Schutzkleidung)?

4. Wird die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen regelmäßig überprüft?

Hier ist zu beurteilen, ob regelmäßig im Rahmen des internen Qualitätsmanagements die Beachtung grundlegender hygienischer Anforderungen überprüft wird.

5.3 Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung

Zu prüfen ist, ob die Anforderungen an die Qualifikation der Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung sowie Anforderungen an die Regelung ihrer Aufgabenbereiche erfüllt werden. Zu prüfen ist ferner, ob die Pflegedienstleitung die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft der Einrichtung wahrnimmt und ob sie für eine angemessene Dienstorganisation Sorge trägt.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung?

2. Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?

3. Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?

4. Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?

Diese Fragen beziehen sich auf die Einhaltung der Vorgaben aus den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der jeweils geltenden Fassung.

5. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?

Zu beurteilen ist vor dem Hintergrund der Größe des ambulanten Pflegedienstes, zu der die Anzahl der versorgten Personen, die Anzahl der Beschäftigten und das Einzugsgebiet gehören, die zeitlichen Ressourcen der Pflegedienstleitung ausreichen, um den in den Maßstäben und Grundsätzen beschriebenen Aufgaben nachzukommen. Da keine festgeschriebenen Größenordnungen existieren, ist diese Frage auf Basis des Fachgesprächs mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes sowie Unterlagen zur Organisation des Pflegedienstes zu beurteilen.

6. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Möglichkeiten für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?

Zu beurteilen ist, ob eine systematische Herangehensweise an die Pflegeprozessgestaltung erkennbar ist. Zur Beurteilung dieser Frage können Beobachtungen während der personenbezogenen Prüfung hinzugezogen werden.

7. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen, die beim jeweiligen Versicherten zu beachten sind?

Mit dieser Frage sind Aspekte der Dienst- und Tourenplanung angesprochen, die vor dem Hintergrund von Unterlagen zur Organisation des Pflegedienstes und auf Basis des Fachgesprächs mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes zu beurteilen sind. Zur Beurteilung dieser Frage können Beobachtungen während der personenbezogenen Prüfung hinzugezogen werden.

Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen und die Qualitätsdarstellung in der ambulanten Pflege

Abschlussbericht

Anhang 6

Qualitätsdarstellung überarbeitet nach Testung

Ambulanter Musterdienst

Übersicht der Bewertung durch die Qualitätsprüfer
Informationen über den ambulanten Pflegedienst
Erläuterungen zur Bewertung der Qualitätsprüfer

Seite 1
Seite 2-4
Seite 4 - 10

Die in diesem Bereich dargestellten Ergebnisse werden in einer Qualitätsprüfung durch einen Prüfdienst beim ambulanten Pflegedienst erhoben.
Datum der Qualitätsprüfung: 1. Juli 2017

Bewertung durch die Qualitätsprüfer				
beste Bewertung: 4 Punkte / schlechteste Bewertung: 1 Punkt				
1. Aufnahmemanagement	■	□	□	□
2. Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren	■	■	■	■
3. Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer kritischen Pflegesituation	■	■	■	□
4. Unterstützung im Bereich der Mobilität	■	■	■	□
5. Unterstützung bei Beeinträchtigungen geistiger Fähigkeiten	■	■	□	□
6. Unterstützung im Bereich der Kommunikation	■	■	■	■
7. Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen	■	■	□	□
8. Unterstützung bei der Körperpflege	■	■	■	■
9. Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	■	■	■	■
10. Unterstützung bei der Ausscheidung	■	■	□	□
11. Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und Förderung sozialer Kontakte	■	■	■	□
12. Anleitung und Beratung von Angehörigen zur Verbesserung der Pflegekompetenz	■	■	■	■
13. Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz	×			
14. Schmerzmanagement	×			
15. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Medikamente	■	■	■	□
16. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Wundversorgung	■	■	■	□

Bedeutung der Symbole:

■ ■ ■ ■	Keine oder geringe Qualitätsdefizite
■ ■ ■ □	Moderate Qualitätsdefizite
■ ■ □ □	Erhebliche Qualitätsdefizite
■ □ □ □	Schwerwiegende Qualitätsdefizite
×	Konnte nicht geprüft werden

Informationen über den Pflegedienst

Die in diesem Bereich aufgeführten Informationen werden vom ambulanten Pflegedienst zur Verfügung gestellt.

Name des Pflegedienstes:	<i>Ambulanter Musterdienst</i>
letzte Aktualisierung:	<i>31. März 2018</i>

Allgemeine Informationen über den Pflegedienst

Anschrift:	<i>Hauptstraße 3, 34567 Haupthausen</i>
Telefon:	<i>04567/5554442</i>
Internetadresse:	<i>www.ambulantermusterdienst.de</i>
E-Mail:	<i>ambulanter@musterdienst.de</i>
Kontaktperson der Einrichtung:	<i>Name und Funktion der Person</i>
Anzahl der versorgten Personen:	<i>60</i>
Anzahl der Personen, die Sachleistungen der Pflegeversicherung erhalten:	<i>40</i>
Anzahl der Personen, die ärztlich verordnete Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten:	<i>35</i>

Möglichkeiten, weitere Informationen zum Pflegedienst und seinen Leistungen zu erhalten

Schriftliches Informationsmaterial auf Anforderung	<i>NEIN</i>
Informationsgespräch und direktes Kennenlernen	<i>JA</i>
Andere, und zwar: _____	<i>JA</i>

Spezialisierung/Versorgungsschwerpunkt

Für folgende Versorgungsschwerpunkte verfügt der Pflegedienst über Verträge mit den Kranken- und/oder Pflegekassen bezüglich der Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?

Kinderkrankenpflege:	<i>NEIN</i>
Intensivpflege:	<i>JA</i>
Palliativpflege:	<i>JA</i>
Psychiatrische Pflege:	<i>NEIN</i>
Sonstige, und zwar: _____	<i>NEIN</i>

Spezialisierung für die Pflege besonderer Personengruppen

Menschen im Wachkoma:	<i>JA</i>
Menschen mit Schwerbehinderung:	<i>JA</i>
Sonstige Personengruppen, und zwar:	
_____	<i>NEIN</i>

Leistungen/Angebote	
Nachtpflege:	JA
Betreuungsangebote:	JA
Zusammenarbeit im Stadtteil, z.B. Begegnungszentren:	NEIN
Kulturspezifische Angebote:	NEIN
Sonstige Angebote, und zwar:	JA
<hr/>	
Angebote für Angehörige	
Den Angehörigen stehen regelmäßig folgende Angebote zur Verfügung:	KEINE
<hr/>	
<hr/>	
Fremdsprachenkenntnisse	
Fremdsprachenkenntnisse der Mitarbeiter	JA: <i>Englisch, Französisch, Russisch, Portugiesisch</i>

Personelle Ausstattung	
Mitarbeiter/Stellen	
Mitarbeiter in Pflege und Betreuung insgesamt:	30
Vollzeitstellen in Pflege und Betreuung:	18,5
Fachkräfteanteil in der Pflege und Betreuung:	65%
Wurden in den letzten sechs Monaten Mitarbeiter aus Zeitarbeitsfirmen beschäftigt?	NEIN
Personalwechsel	
Mitarbeiter, die in den letzten 6 Monaten den Pflegedienst verlassen haben:	5
Mitarbeiter, die seit mindesten 5 Jahren im Pflegedienst beschäftigt sind:	15
Anzahl der Mitarbeiter mit Zusatzqualifikationen	
Anästhesie- und Intensivpflege:	1
Atmungstherapeut:	1
(Geronto-)psychiatrische Pflege:	3
Wundmanagement:	2
Palliativ- und Hospizpflege:	2
Weitere Qualifikation, und zwar:	KEINE
<hr/>	
<hr/>	

Bewertung durch die Qualitätsprüfer

Die Qualität ambulanter Pflegedienste wird regelmäßig geprüft. Die Qualitätsprüfungen werden durch spezialisierte Dienste im Auftrag der Pflegekassen durchgeführt. Es werden im Rahmen der Qualitätsprüfungen niemals alle Kunden eines ambulanten Pflegedienstes in die Prüfung einbezogen, sondern es werden bis zu 9 Personen ausgewählt.

Ziel der Prüfung ist es zu beurteilen, ob es Qualitätsmängel bei der Versorgung der pflegebedürftigen Menschen gab. Das Ergebnis der Prüfung wird anhand des folgenden Schemas dargestellt:

■ ■ ■ ■	In der Stichprobe waren keine oder nur geringe Qualitätsdefizite feststellbar.	Keine oder geringe Qualitätsdefizite
■ ■ ■ □	In der Stichprobe ergaben sich Hinweise auf moderate Qualitätsdefizite.	Moderate Qualitätsdefizite
■ ■ □ □	In der Stichprobe ergaben sich Hinweise auf erhebliche Qualitätsdefizite.	Erhebliche Qualitätsdefizite
■ □ □ □	In der Stichprobe ergaben sich Hinweise auf schwerwiegende Qualitätsdefizite.	Schwerwiegende Qualitätsdefizite
X	Der Qualitätsaspekt konnte bei keiner Person der Stichprobe geprüft werden.	Konnte nicht geprüft werden

Das **beste** Ergebnis der Qualitätsprüfung haben Einrichtungen mit der Bewertung



Das **schlechteste** Ergebnis der Qualitätsprüfung haben Einrichtungen mit der Bewertung



1. Aufnahmemanagement

Bei der Neuaufnahme eines pflegebedürftigen Menschen oder bei der Übernahme nach einem Krankenhausaufenthalt ist es wichtig, dass die wichtigsten Informationen zur Pflege erhoben werden. In der Qualitätsprüfung wird beurteilt, ob diese Informationen in die Durchführung der Pflege einfließen.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ □ □ □
In der Stichprobe ergaben sich Hinweise auf schwerwiegende Defizite. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 6 Pflegebedürftige.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2016:	■ ■ □ □
	01. April 2015:	■ □ □ □

2. Erfassen von und Reaktion auf Risiken und Gefahren

In der häuslichen Pflege können durch die Krankheit, bestehende Einschränkungen oder Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen sowie durch die häusliche Umgebung Risiken und Gefahren für eine Verschlechterung der Situation bestehen. In der Qualitätsprüfung wird beurteilt, ob der Pflegedienst bestehende Risiken erkannt und Unterstützung angeboten hat.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ ■ ■
In der Stichprobe waren keine oder nur geringe Qualitätsdefizite feststellbar. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 8 Pflegebedürftige.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2016:	■ ■ ■ ■
	01. April 2015:	■ ■ ■ □

3. Erfassen von und Reaktion auf Anzeichen eine kritische Pflegesituation

In der häuslichen Pflege haben die Angehörigen oft eine sehr wichtige Rolle. Wenn sie jedoch durch die Pflege an die Grenzen ihrer eigenen Belastbarkeit kommen, kann die gesamte Pflege gefährdet sein. In der Qualitätsprüfung wird beurteilt, ob der Pflegedienst entsprechende Anzeichen erkannt und Unterstützung angeboten hat.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ ■ □
In der Stichprobe ergaben sich Hinweise auf moderate Defizite. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 8 Pflegebedürftige.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2016:	■ ■ ■ □
	01. April 2015:	■ ■ ■ □

4. Unterstützung im Bereich der Mobilität (Bewegungsfähigkeit)

In der Qualitätsprüfung wird beurteilt, ob pflegebedürftige Menschen mit Bewegungseinschränkungen ihrem Bedarf entsprechend unterstützt werden. Beurteilt wird auch, ob diese Unterstützung fachlich einwandfrei ist.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ ■ □
In der Stichprobe ergaben sich Hinweise auf moderate Defizite. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 8 Pflegebedürftige.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2016:	■ ■ ■ □
	01. April 2015:	■ ■ ■ □

5. Unterstützung bei Beeinträchtigungen geistige Fähigkeiten

Die Beeinträchtigung geistiger Fähigkeiten bringt für den pflegebedürftigen Menschen große Herausforderungen bei der zeitlichen und räumlichen Orientierung sowie im Verständnis wichtiger Informationen mit sich. In der Qualitätsprüfung wird beurteilt, ob durch den Pflegedienst Hilfen zur Orientierung und Erinnerung gegeben werden und ob diese Unterstützung fachgerecht erfolgt.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ □ □
In der Stichprobe ergaben sich Hinweise auf erhebliche Defizite. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 5 Pflegebedürftige.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2016:	■ ■ □ □
	01. April 2015:	■ ■ ■ □

6. Unterstützung im Bereich der Kommunikation

Es wird in der Qualitätsprüfung beurteilt, ob der Pflegedienst eine fachgerechte Unterstützung zur Erhaltung und Verbesserung von beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten leistet

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ ■ ■
In der Stichprobe waren keine oder nur geringe Qualitätsdefizite feststellbar. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 3 Pflegebedürftige.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2016:	■ ■ ■ ■
	01. April 2015:	■ ■ ■ □

7. Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen

Krankheitsbedingte Verhaltensweisen eines pflegebedürftigen Menschen können eine große Belastung für seine Angehörigen und die Mitarbeiter des Pflegedienstes, vor allem aber für den Pflegebedürftigen selbst sein. Ziel der Pflege ist es, Überforderungen zu vermeiden und das Wohlbefinden zu fördern, damit Verhaltensprobleme und psychische Probleme gar nicht erst auftreten. Angehörige erhalten Unterstützung, um auf Verhaltensweisen besser reagieren zu können. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob bei Verhaltensweisen und psychischen Problemen eine fachgerechte Unterstützung erfolgt.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ □ □
In der Stichprobe ergaben sich Hinweise auf erhebliche Defizite. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 5 Pflegebedürftige.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2016:	■ ■ □ □
	01. April 2015:	■ ■ ■ □

8. Unterstützung bei der Körperpflege

Ziel des pflegerischen Handelns ist es, den pflegebedürftigen Menschen bei der Körperpflege und dem Wunsch nach Sauberkeit und einem gepflegten Erscheinungsbild fachgerecht zu unterstützen. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob pflegebedürftige Menschen dementsprechend unterstützt werden.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ ■ ■
In der Stichprobe waren keine oder nur geringe Qualitätsdefizite feststellbar. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 7 Pflegebedürftige.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2016:	■ ■ ■ ■
	01. April 2015:	■ ■ ■ □

9. Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Pflegebedürftige Menschen sind oft nicht in der Lage, selbstständig zu essen oder zu trinken. Andere verspüren keinen Drang danach. Die pflegerische Unterstützung bei der Ernährung ist deshalb von großer Bedeutung für die Gesundheit von Pflegebedürftigen. In der Qualitätsprüfung wird beurteilt, ob pflegebedürftige Menschen beim Essen und Trinken angemessen unterstützt werden.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ ■ ■
In der Stichprobe waren keine oder nur geringe Qualitätsdefizite feststellbar. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 6 Pflegebedürftige.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2016:	■ ■ ■ ■
	01. April 2015:	■ ■ ■ □

10. Unterstützung bei der Ausscheidung

Der Verlust der Fähigkeit, die eigenen Ausscheidungen zu steuern, ist für viele Menschen mit Unwohlsein und Scham verbunden. Der Erhalt und die Förderung dieser Fähigkeit unter Beachtung des persönlichen Schamgefühls ist das Ziel einer fachgerechten Pflege. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob pflegebedürftige Menschen, die Probleme in diesem Bereich haben, fachgerecht unterstützt und gefördert werden.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ □ □
In der Stichprobe ergaben sich Hinweise auf erhebliche Defizite. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 5 Pflegebedürftige.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2016:	■ ■ □ □
	01. April 2015:	■ ■ ■ □

11. Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der Förderung sozialer Kontakte

Ein bedürfnisgerechter Tagesablauf ist die Basis von Wohlbefinden. Ziel des pflegerischen Handelns ist es, den pflegebedürftigen Menschen bei einer individuellen Tagesgestaltung zu unterstützen, die seinen Gewohnheiten und Wünschen entspricht. Auch die Teilnahme an Gesprächen, das Zuhören und der Austausch mit anderen gehören dazu. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob und wie ein Pflegedienst zur Gestaltung des Alltagslebens und der Förderung sozialer Kontakte beiträgt.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ ■ □
In der Stichprobe ergaben sich Hinweise auf moderate Defizite. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 4 Pflegebedürftige.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2016:	■ ■ ■ □
	01. April 2015:	■ ■ ■ □

12. Anleitung und Beratung von Angehörigen zur Verbesserung der Pflegekompetenz

Anleitung und Beratung kann in der häuslichen Pflege für Angehörige dazu beitragen, dass sie notwendige Kompetenzen für die Pflege erlangen und Informationen erhalten, die sie für weitere Entscheidungen benötigen. In der Qualitätsprüfung wird beurteilt, ob die Anleitung und Beratung fachgerecht erfolgt.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ ■ ■
In der Stichprobe waren keine oder nur geringe Qualitätsdefizite feststellbar. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 3 Angehörige pflegebedürftiger Menschen.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2016:	■ ■ ■ ■
	01. April 2015:	■ ■ ■ □

13. Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz

Die Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen kann in der häuslichen Pflege dazu beitragen, dass die Fähigkeiten zur Selbsthilfe gefördert werden und pflegebedürftige Menschen Informationen erhalten, die sie für weitere Entscheidungen benötigen. In der Qualitätsprüfung wird beurteilt, ob die Anleitung und Beratung fachgerecht erfolgt.

Ergebnis der Qualitätsprüfung	X
Der Qualitätsaspekt konnte bei keinem Pflegebedürftigen der Stichprobe geprüft werden.	
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2016: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01. April 2015: <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

14. Schmerzmanagement

Schmerzen haben eine große Bedeutung für die Lebensqualität und das Wohlbefinden von Pflegebedürftigen. Ziel eines fachgerechten Schmerzmanagements ist es, Schmerzen zu lindern und die Entstehung von Schmerzen zu vermeiden. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob pflegebedürftige Menschen mit Schmerzen fachgerecht und entsprechend ihrer Bedürfnisse versorgt werden.

Ergebnis der Qualitätsprüfung	X
Der Qualitätsaspekt konnte bei keinem Pflegebedürftigen der Stichprobe geprüft werden.	
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2016: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01. April 2015: <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

15. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Medikamente

Ärzte können eine Verordnung über die Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten durch den Pflegedienst ausstellen. Die fachgerechte pflegerische Unterstützung hat zum Ziel, dass die Einnahme von Medikamenten so erfolgt, wie sie vom Arzt verordnet wurde. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob Pflegebedürftige bei der Einnahme von Medikamenten fachgerecht unterstützt werden.

Ergebnis der Qualitätsprüfung	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
In der Stichprobe ergaben sich Hinweise auf moderate Defizite. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 6 Personen.	
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2016: <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01. April 2015: <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

16. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Wundversorgung

Ärzte können eine Verordnung über die Versorgung von bestehenden Wunden durch den Pflegedienst ausstellen. Ziel der pflegerischen Wundversorgung ist es, die Heilung von Wunden zu fördern. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob Wunden von Pflegebedürftigen fachgerecht versorgt werden.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ ■ □
In der Stichprobe ergaben sich Hinweise auf moderate Defizite. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 4 Personen.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2016:	■ ■ ■ □
	01. April 2015:	■ ■ ■ □

17. Hinweise zu weiteren geprüften ärztlich verordneten Maßnahmen

Geprüft wurden außerdem die ärztlich verordneten Maßnahmen: _____ bei ____ Personen und _____ bei ____ Personen. Bei ____ wurden keine Defizite gefunden. Bei ____ Fall/Fällen gab es Mängel in der Kommunikation mit dem behandelnden Arzt und in ____ Fall/Fällen wurde die Maßnahme nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung ausgeführt.