



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

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

Kurzfassung des Abschlussberichts

Verfasser:

A. Büscher und K. Wingefeld

**Hochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften**

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. März 2019**

Inhalt

1. Einleitung.....	3
2. Rahmenbedingungen für das neue Prüfverfahren	4
3. Ausgewählte Grundsätze für ein neues Prüfverfahren.....	6
4. Konzeption des neuen Prüfverfahrens	8
Voraussetzungen für die Durchführung der Prüfung	8
Prüfrelevante Qualitätsaspekte.....	9
Informationsgrundlagen	10
Die Bewertung der Qualität.....	12
Gesamtbeurteilung der personenbezogen erhobenen Qualitätsaspekte	14
Ablauf der Prüfung.....	20
5. Konzeption für die Qualitätsdarstellung.....	22
6. Datenübermittlung	24
7. Empfehlungen zur Ausgestaltung der Pilotierung	26
8. Abschließende Überlegungen	28

1. Einleitung

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. Das entsprechende Prüfverfahren wurde seit Einführung der Pflegeversicherung immer wieder angepasst. Dieser Prozess wurde von kontroversen Diskussionen begleitet, die zuletzt durch die Pflege-Transparenzvereinbarungen aufs Neue stark entfacht wurden.

Durch das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurden die Grundlagen geschaffen, das bisherige System der externen Qualitätssicherung ambulanter Pflegedienste neu auszurichten. Verantwortlich für die Umsetzung der Vorgaben dieses Gesetzes 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 und Berichterstattung erstreckte sich von Mai 2017 bis August 2018.

Das Projekt umfasste insgesamt drei Arbeitsphasen. Die *erste Phase* 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. Hierzu wurde u.a. eine Literaturrecherche zu nationalen und internationalen Arbeiten durchgeführt. Die dabei identifizierten Ansätze wurden analysiert und die für die weiteren Entwicklungsarbeiten wichtigen Aspekte herausgestellt.

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

Im Verlauf der *dritten Phase* schließlich wurden die Konzeptionen eines neuen Verfahrens für die Qualitätsprüfungen und einer neuen Form der Qualitätsdarstellungen für die ambulante Pflege entwickelt und einer ersten Testung unterzogen. Ergänzend waren Anforderungen und Formen der Datenaufbereitung und Datenübermittlung zu identifizieren, die im Rahmen des neuen Prüfverfahrens zu berücksichtigen sind. Schließlich war auch ein Vorschlag zu entwickeln, wie eine umfangreichere Erprobung zur Testung und Vorbereitung der Umsetzung des neuen Prüfverfahrens durchgeführt werden sollte.

Der vorliegende Bericht stellt eine Kurzfassung des Abschlussberichtes dar und enthält die wesentlichen Ergebnisse der Entwicklungsarbeiten. Er beschreibt in zusammenfassender Form die Konzeptionen für ein neues Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellungen, die von den Wissenschaftlern zur Umsetzung empfohlen worden sind.

2. Rahmenbedingungen für das neue Prüfverfahren

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. 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.

Diese Aktivitäten und Lebensbereiche sind 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 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.

Für die Entwicklung eines neuen Verfahrens der Qualitätsprüfung und –darstellung in der ambulanten Pflege stellt diese 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 Projektarbeiten gingen von einem fachlich begründeten Verständnis des pflegerischen Handelns unter dem neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit aus, wie sie seit 2017 intensiv von den Entscheidungsträgern diskutiert 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 dargelegt¹. Die darin vorgenommene Systematisierung sieht vor, pflegerische Aufgaben zu beschreiben als:

- a) bereichsübergreifende pflegerische Aufgaben (Steuerung des Pflegeprozesses, Beobachtung, Abwehr gesundheitlicher Risiken und Kommunikation)

¹ 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

- 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 hohe Bedeutung haben 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, in den Vorschlag eines Themensets für die zukünftigen Qualitätsprüfungen aufgenommen. Es wird erforderlich sein, die Rahmenvereinbarungen an die neuen Maßgaben und Leistungsinhalte nach § 36 SGB XI anzupassen. 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.

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. Er 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.

Ebenfalls zu berücksichtigen waren die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege“ (HKP-Richtlinie) sowie die darauf bezogene QPR-HKP, die seit dem 01.01.2018 maßgeblich für die Qualitätsprüfung in der ambulanten Pflege ist. Diese wurde 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 vorlagen und entsprechend umfangreich Eingang in die Ausfüllanleitung gefunden haben.

Im Rahmen des Projektauftrags war schließlich auch grundsätzlich zu klären, inwieweit analog zum stationären Bereich ein Ansatz zur indikatorengestützten Qualitätsbeurteilung in der ambulanten Pflege zum Einsatz kommen könnte. Die Auftragnehmer haben festgestellt, dass die Voraussetzungen zur Einführung eines

solchen Indikatorenansatzes aufgrund folgender Besonderheiten in der häuslichen Versorgung derzeit nicht erfüllt sind.

- Ambulante Dienste haben in der Regel einen sachlich und zeitlich eng begrenzten Auftrag. Sie sind zum Teil nur an wenigen Tagen pro Woche präsent. In diesem Zusammenhang wäre zu klären, inwieweit unter diesen Umständen ein maßgeblicher Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand pflegebedürftiger Menschen unterstellt werden kann.
- Der Einfluss von Angehörigen auf die Gesamtsituation ist oftmals stärker und überlagert die Wirkung professioneller Pflege. Zu klären ist, inwieweit man einem Pflegedienst bspw. einen maßgeblichen Einfluss auf die Entstehung eines Dekubitus zuschreiben kann, wenn die Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus bei einem immobilten Pflegebedürftigen vorrangig durch die Angehörigen erfolgen?
- 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, bzw. Fragen, die noch nicht geklärt sind. Derzeit, so lässt sich feststellen, sind die zur Einführung eines Indikatorenansatzes notwendigen Voraussetzungen in der ambulanten Pflege nicht gegeben.

3. Ausgewählte Grundsätze für ein neues Prüfverfahren

Mit dem vorgelegten Entwurf für ein neues Prüfverfahren wird angestrebt, eine *Abkehr von der einseitig dokumentationsorientierten Qualitätsprüfung* zu erreichen. Im Verlauf der Projektarbeiten 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.

Die Prüfung der Dokumentation soll 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, aber weiterhin eine Bedeutung im Prüfverfahren behalten. Ins Zentrum des Prüfgeschehens sollen die tatsächliche Pflegesituation und die Ergebnisse des Pflegeprozesses gerückt werden.

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 Qualitätsprüfung eingebunden sein können. Die zwischenzeitliche Überlegung, ein Prüfverfahren zu entwerfen, das eine Prüfung an einem Tag ermöglicht, ließ sich auf Basis der Erfahrungen aus dem Pretest nicht ohne Einschränkungen realisieren.

Eine weitere Frage, die sich im Verlauf der Entwicklungsarbeiten stellte, betrifft die *Ankündigung einer 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. Die Auftragnehmer haben sich nach Abwägung mehrerer Aspekte dazu entschieden, eine Empfehlung für eine leichte 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.

Im neuen Prüfverfahren war auch grundsätzlich zu klären, wie die *Prüfung der ärztlich verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege* erfolgen soll. Während der Prüfung sind zum einen der Inhalt der ärztlichen Verordnung und 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 ist so aufgebaut, dass die entsprechenden Informationen festgehalten werden können. Vor diesem Hintergrund soll dann durch die Prüfer 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.

Die verordnungsfähigen *Leistungen der „speziellen Krankenbeobachtung“ und der „Psychiatrischen Krankenpflege“* müssen gesondert betrachtet werden. Sie 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. 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. Für beide Bereiche wurde ein eigener Prüfbogen entwickelt.

4. Konzeption des neuen Prüfverfahrens

Die vorliegende Konzeptbeschreibung umfasst die empfohlene Festlegung der Maßgaben, nach denen das neue Prüfverfahren durchgeführt werden soll. Diese wurden auf der Grundlage einer im Frühjahr 2018 durchgeführten ersten Testung des Prüfinstrumentariums angepasst. Das Instrumentarium ist auf eine Regelprüfung zugeschnitten. Anlassprüfungen folgen anderen Erfordernissen und werden an dieser Stelle nicht gesondert berücksichtigt.

Voraussetzungen für die Durchführung der Prüfung

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 (einschließlich der Stichprobenziehung) in den Räumlichkeiten des Pflegedienstes und in der häuslichen Umgebung der vom Pflegedienst versorgten pflegebedürftigen Menschen durchführen.

Es 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 erfolgt.

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.

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.

Prüfrelevante Qualitätsaspekte

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 Bereiche von Qualitätsaspekten 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.

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.

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.

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.

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 Bewertung der Qualität

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
- Einfluss des Beitrags von pflegenden Angehörigen zur Pflegesituation
- Versorgung durch andere Berufsgruppen
- Begrenzung des vertraglich definierten pflegerischen Auftrags.

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 Bewertung erfolgt mit Hilfe von sog. Bewertungskategorien, die eine differenzierte Qualitätsbeurteilung ermöglichen. Um die Nachvollziehbarkeit der Bewertungen für die Adressaten von Berichten über Prüfergebnisse, aber auch für die Prüfer zu erleichtern, wurden die Bewertungskategorien 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 den 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.

Gesamtbeurteilung 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. 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“.

Zunächst wird das Bewertungsschema 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

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.

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 keine 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.

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 subsummiert 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, dass 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 erläutert³. Es wird aufgrund der erstrebenswerten Einheitlichkeit des Bewertungsverfahrens empfohlen, die Entscheidung, ob die Bewertungssystematik

³ 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.

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 rein rechnerisch nicht in Betracht, selbst wenn bei allen drei Personen schwerste Defizite festgestellt worden sind. Die Bewertungssystematik muss daher 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:

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 Situation 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-Bewertung und eine Person eine D-Bewertung 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.

Ablauf der Prüfung

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 in einem neuen *Stichprobenverfahren*. 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 anhand dieser Merkmalskombinationen in die Gruppen A, B und C aufgeteilt. Aus jeder dieser Gruppen werden zwei zufällig ausgewählte Personen bei der Prüfung berücksichtigt.

Es folgt die *Erfassung von Angaben zur Prüfung, zum Pflegedienst und den einbezogenen Versicherten*.

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). 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.
- 3. Bearbeitung der Leitfragen:** Im nächsten Schritt hat der Prüfer – mit Hilfe der zu jedem Qualitätsaspekt aufgeführten Leitfragen – eine Beurteilung des Qualitätsaspekts vorzunehmen. 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 A bis D, die bereits erläutert wurden. 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.

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 (Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten, Hygiene und Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung).

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.

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

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.

5. Konzeption für die Qualitätsdarstellung

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. Zu berücksichtigen war aber auch die Anforderung, dass Qualitätsdarstellungen für die Bereiche der ambulanten und stationären Pflege zu harmonisieren waren, sodass die Nutzer der Information nicht genötigt sind, sich auf zwei völlig unterschiedliche Darstellungsformen einzustellen.

Die visuellen Grundelemente der Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsprüfung orientieren sich daher 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 eine neutrale Symbolik ausgedrückte Bewertung des jeweiligen Qualitätsaspekts:

■ ■ ■ ■ keine oder geringe Qualitätsdefizite

■ ■ ■ □ moderate Qualitätsdefizite

■ ■ □ □ erhebliche Qualitätsdefizite

■ □ □ □ schwerwiegende Qualitätsdefizite

x konnte nicht geprüft werden

Die Qualitätsdarstellungen enthalten auch eine etwas ausführlichere Erläuterung der Ergebnisse der Qualitätsprüfung. Dazu wird zu allen Qualitätsaspekten kurz erklärt, welcher Qualitätsanspruch sich dahinter verbirgt und worauf in der Qualitätsprüfung geachtet wird. Die nächste Information bildet die in Form der dargestellten Symbolik 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.

Ergänzt wird die Darstellung der Bewertungen durch einen Informationsteil, in dem keine Beurteilung der Qualität stattfindet, der bei der Suche nach einem Pflegedienst jedoch sehr wichtig sein kann. Zu den hier präsentierten Informationen gehören beispielsweise Fragen der Spezialisierung des Angebots des ambulanten Pflegedienstes oder Anzahl, Qualifikation und vorhandene Sprachkenntnisse der Mitarbeiter. Viele der angesprochenen Themen entsprechen dem Informationsbedürfnis potenzieller Nutzer und Nutzerinnen ambulanter Pflegedienste. Die erforderlichen Angaben werden durch die Pflegedienste selbst vorgenommen. Da die meisten 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 Versorgungsbereiche 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.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Themenbereiche und Einzelthemen für die Qualitätsprüfung zeigte sich, dass sich einige wichtige Themen nicht für eine Operationalisierung und Aufnahme in die Qualitätsprüfung eignen. Die Nicht-Eignung begründet sich im Wesentlichen durch den subjektiven Charakter der Qualitätsbewertung zu den entsprechenden Themen. Vor diesem Hintergrund empfehlen die Auftragnehmer, die Integration von Ergebnissen einer Nutzerbefragung zu prüfen. Mögliche Inhalte wären beispielsweise die Themen „Wahrung der individuellen Privatsphäre und Würde“, die „Verlässlichkeit“ des ambulanten Pflegedienstes oder die „telefonische Erreichbarkeit außerhalb der vereinbarten Zeiten des Pflegeeinsatzes“.

Für die Durchführung einer Nutzerbefragung gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, die im Abschlussbericht der Auftragnehmer ausführlich diskutiert werden. In jedem Fall wäre mit einem hohen Aufwand und großen organisatorischen Herausforderungen zu rechnen, die mit dem erwarteten Nutzen abzuwägen sind.

Die Konzeption einer Nutzerbefragung war nicht der Teil des Auftrags zur Entwicklung neuer Konzeptionen für externe Prüfungen und die öffentliche Qualitätsdarstellung. Die Option einer Nutzerbefragung hat sich jedoch im Verlauf der Entwicklungsarbeiten ergeben und sollte entsprechend Eingang in den Abschlussbericht finden, um dem Qualitätsausschuss die Möglichkeit aufzuzeigen und eine weitere Auseinandersetzung dazu anzuregen.

6. 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 entfallen verschiedene Anforderungen der Zusammenführung, Prüfung und Transformation der Daten, die für Qualitätsbeurteilungen verwendet werden.

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. 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.

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.

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 eine 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 online-Übermittlung dürfte die einfachere und bessere Lösung sein. Hervorzuheben ist in dieser Hinsicht besonders, dass sich die Datenübermittlung mit dieser Lösung weit besser steuern und verwalten lässt und mögliche Fehlerquellen ausgeschaltet sind.

7. 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 aufgebaut sein sollte. Der im Projektverlauf durchgeführte Pretest war erforderlich, um erste Hinweise zu grundlegenden Fragen zur Praktikabilität und Funktionalität des neuen Verfahrens zu erhalten, die aber auf der Grundlage einer größeren Zahl von Prüfungen eingehender zu beurteilen sind.

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 Pretests (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.
- 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 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 anstelle einer oberflächlichen, standardisierten Auswertung eine differenzierte Analyse durchgeführt werden.
- 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.
- 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 substantielle Inhalte und Problemanzeigen bearbeitet werden können.

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 Prüfungsumfang 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.

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. 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.

Bei der *Auswahl der Einrichtungen* sollten die Merkmale Trägerschaft und Größe Rücksicht finden. Es 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.

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.

8. Abschließende Überlegungen

Mit den Projektergebnissen ist 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 den folgenden Ausführungen soll das Augenmerk auf Aspekte gelegt werden, die nach Ansicht der Autoren kurz- und mittelfristig bei der Einführung des neuen Verfahrens berücksichtigt werden sollten.

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 notwendig werden, Veränderungen am vorliegenden Instrument vorzunehmen, sofern sich Anhaltspunkte 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 vorhersehen. Ggf. wird die Weiterentwicklung einzelner Bestandteile erforderlich. Es ist allerdings zu empfehlen, Korrekturen nur unter einer intensiven fachlichen Begleitung vorzunehmen.

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.

Die im Rahmen dieses Projekts identifizierten Unterschiede in den jeweiligen Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V sind weder strukturell noch inhaltlich wirklich zu rechtfertigen. Stattdessen sind sie eher als Ausweis der vernachlässigten Befassung mit der ambulanten Pflege anzusehen. Auch die grundsätzliche Ausrichtung der HKP-Richtlinie, die den Pflegefachkräften keinerlei Urteilsvermögen zuspricht, bedürfte einer intensiveren Diskussion. 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 im Abschlussbericht, die derzeit übliche Praxis kritisch zu hinterfragen und ggf. andere Entscheidungen zu treffen.

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.