

Anpassung 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*innen:

A. Büscher, K. Wingefeld

unter Mitarbeit von J. Meilwes, A. Lübben, P. Neuhaus und D. Rüsing

**Science to Business GmbH
der Hochschule Osnabrück**

Albert-Einstein-Straße 1
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, 17. Juli 2023**

Inhalt:

1. Aufgabenstellung und Hintergrund.....	3
2. Methodisches Vorgehen und gewonnene Erkenntnisse.....	5
2.1 Workshops mit Vertreter*innen der Prüf- und Pflegedienste.....	7
2.2 Regionale Workshops zur Feststellung des Prüfumfangs.....	11
2.3 Praktikabilitätstest.....	13
2.4 Empfehlungen aus der Pilotierung durch das IGES-Institut.....	15
2.5 Prüfung relevanter Richtlinien und Vereinbarungen.....	21
3. Schlussfolgerungen für das Prüfinstrumentarium.....	22
3.1 Ankündigung der Prüfung.....	22
3.2 Liste für die Stichprobenziehung.....	22
3.3 Feststellung des Prüfumfangs.....	24
3.4 Informationsquellen.....	27
3.5 Stichprobenziehung und Vorbereitung der Prüfung.....	27
4. Spezialisierte ambulante Pflege.....	28
4.1 Methodisches Vorgehen.....	29
4.2 Zur Relevanz veränderter normativer Grundlagen.....	30
4.2.1 Ambulante außerklinische Intensivpflege.....	30
4.2.2 Psychiatrische häusliche Krankenpflege.....	37
4.3 Konsultationen zur Anpassung des Prüfverfahrens.....	38
4.3.1 Workshop zur ambulanten außerklinischen Intensivpflege.....	38
4.3.2 Workshop zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.....	41
4.4 Schlussfolgerungen für die Anpassung des Prüfinstrumentariums.....	43
4.5 Anpassung des Prüfverfahrens für die außerklinische Intensivpflege.....	45
4.6 Anpassung des Prüfverfahrens für die psychiatrische häusliche Krankenpflege.....	47
5. Qualitätsdarstellung.....	51
6. Abschließende Bemerkungen.....	54
7. Anhänge.....	56

1. Aufgabenstellung und Hintergrund

Mit dem 2015 verabschiedeten Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) verpflichtete der Gesetzgeber die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI, neue Instrumente für die Prüfung der Qualität der von ambulanten Pflegediensten erbrachten Leistungen und eine neue Konzeption für die Qualitätsberichterstattung im Bereich der ambulanten Pflege zu entwickeln. Im Rahmen des Projekts „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“ entwickelten und testeten die Hochschule Osnabrück (HSO) und das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) entsprechende Instrumente und Verfahren, die anschließend vom IGES-Institut im Rahmen einer Pilotierungsstudie¹ praktisch erprobt wurden.

Auf der Grundlage dieser Entwicklungsarbeiten und unter Berücksichtigung der entsprechenden Erprobungserfahrungen wurde der Science to Business GmbH der Hochschule Osnabrück und dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld durch den Qualitätsausschuss Pflege der Auftrag für die „Anpassung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege“ erteilt. Die beauftragte wissenschaftlich-methodisch fundierte Anpassung der Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfung der ambulanten Pflege und die Qualitätsberichterstattung umfasst im Einzelnen folgende Arbeiten:

1. die redaktionelle und inhaltliche Überarbeitung der schriftlichen Konzeptionen und der Nutzungshinweise für die Instrumente und Verfahren zur Qualitätsprüfung und -darstellung,
2. die Überarbeitung der Beschreibung des Stichprobenverfahrens,
3. die Überprüfung, Überarbeitung und Aktualisierung der im vorgeschlagenen Prüfkonzepthaltenden Maßgaben zur Durchführung von Prüfungen im Bereich der ambulanten außerklinischen Intensivpflege und der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
4. die Präzisierung der Vorgaben zur Berücksichtigung des „neuen Pflegeverständnisses“ im Rahmen externer Qualitätsprüfungen und der Darstellung von Qualitätsaspekten in der öffentlichen Qualitätsberichterstattung sowie
5. die Überprüfung der vorgeschlagenen Anpassungen im Rahmen von Expertengesprächen und Workshops sowie eine Praktikabilitätsprüfung des Stichprobenverfahrens.

Für die Bearbeitung war ein Zeitraum bis zum 15.05.2023 vorgesehen, der auf Antrag der Auftragnehmer bis zum 16.06.2023 verlängert wurde. Ein erster Zwischenbericht wurde vereinbarungsgemäß zum 15.08.2022 vorgelegt. Inhalt dieses Zwischenberichts waren die Überarbeitung und Anpassung der Maßgaben für die Prüfung der spezialisierten ambulanten Pflege (ambulante außerklinische

¹ Haaß, F.A./Rellecke, J./Beikirch, E./Nolting, H.-D.: Pilotierung der neuen ambulanten Qualitätsprüfung - Pilotierung 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 über die reguläre Untersuchungsphase für den Qualitätsausschuss Pflege. Berlin, Januar 2021 (<https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2021/03/Pilotierung-ambulant-Abschlussbericht-IGES.pdf> v. 15.8.2022).

Intensivpflege und psychiatrische häusliche Krankenpflege). Zu diesem Zwischenbericht wurden mit Datum vom 09.01.2023 auf Wunsch des Auftraggebers Erweiterungen vorgenommen. Zudem bat der Auftraggeber in seinem Schreiben vom 16.03.2023 zur Abnahme des Zwischenberichts um die weitere Bearbeitung und Klärung von fünf Punkten im Hinblick auf die Bezugnahme auf Gesetze und Regelungen, die Definition und das Prüfverfahren für die außerklinische Intensivpflege, die Kategorisierung spezialisierter Pflegedienste, die Qualitätsdarstellung sowie die Prüfung von Strukturkriterien. Dieser Bitte wird mit hier vorgelegten Abschlussbericht entsprochen. Die für das Prüfverfahren wenig relevante Hinweise auf eine einheitliche Schreibweise sowie veraltete Ausführungen zur Übergangsregelung in der außerklinischen Intensivpflege wurden redaktionell bearbeitet. Die im April verabschiedete Bundesrahmenempfehlung nach § 132l SGB V wurde geprüft und an den relevanten Stellen im Bericht und den Anhängen berücksichtigt. Die Kategorisierung der Pflegedienste und die Beschreibung des Stichprobenverfahrens ist im Bericht erläutert. Eine zusammenfassende und vollständige Erläuterung des Verfahrens findet sich in der Verfahrensbeschreibung in Anhang A. Ausführungen zur Qualitätsdarstellung finden sich im Bericht sowie in Anhang H. Ein Hinweis auf die mögliche Prüfung von Strukturkriterien ist im Bericht enthalten. Zudem findet sich in Anhang G eine dazu geeignete Variante des Prüfbogens.

Der vorliegende Abschlussbericht enthält den Zwischenbericht in der Fassung vom 09.01.2023. Darüber hinaus ist die vollständige Bearbeitung der fünf auf der vorherigen Seite genannten und im Angebot für dieses Projekt ausgewiesenen Arbeiten und der dazu gehörenden Arbeitspakete enthalten. Im Einzelnen:

- Redaktionelle und inhaltliche Überarbeitung der schriftlichen Konzeption und der Nutzungshinweise für die Instrumente und Verfahren
 - *Arbeitspaket 1.1 – Grundlegende Überarbeitung der schriftlichen Ausführungen zur neuen Konzeption des Prüfverfahrens und der Qualitätsdarstellungen*
 - *Arbeitspaket 1.2 – Klarstellung zur Nutzung von Informationsquellen für die Qualitätsprüfung*
 - *Arbeitspaket 1.3 – Prüfung diverser Änderungsvorschläge des IGES-Instituts*
 - *Arbeitspaket 1.4 – Prüfbereich 1 „Übergreifend zu prüfende Aspekte“ und Einflussmöglichkeiten des Pflegedienstes*
 - *Arbeitspaket 1.5 – Bearbeitung des Prüfbereichs 4 „Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung“*
 - *Arbeitspaket 1.6 – Überprüfung und ggf. Modifizierung der Berücksichtigung des Schmerzmanagements als Gegenstand der Qualitätsbeurteilung*
- Überarbeitung der Beschreibung des Stichprobenverfahrens (Arbeitspaket 2)
 - *Präzisierung und Erweiterung der bisherigen Ausführungen sowie Feldversuch*
- Überprüfung, Überarbeitung und Aktualisierung der im vorgeschlagenen Prüfkonzept enthaltenen Maßgaben zur Durchführung von Prüfungen im Bereich der Intensivpflege und der psychiatrischen Pflege (Arbeitspaket 3)
 - *Größtenteils bearbeitet im 1. Zwischenbericht und den dazu vorgenommenen Veränderungen vom Januar 2023*

- Präzisierung der Vorgaben zur Berücksichtigung des „neuen Pflegeverständnisses“ im Rahmen externer Qualitätsprüfungen und der Darstellung von Qualitätsaspekten in der öffentlichen Qualitätsberichterstattung (Arbeitspaket 4)
- Überprüfung der vorgeschlagenen Anpassungen im Rahmen von Expertengesprächen und Workshops sowie die Praktikabilitätsprüfung des Stichprobenverfahrens (Arbeitspaket 5)

Der Bericht ist so aufgebaut, dass im folgenden Kapitel zunächst beschrieben ist, wie methodisch bei der Bearbeitung der einzelnen Arbeitspakete vorgegangen wurde und welche Erkenntnisse bei den einzelnen Schritten gewonnen wurden. Den größten Teil nimmt dabei die Darstellung von Arbeitspunkt 5 ein, in dem eine Reihe an Gesprächen und Workshops, vorrangig mit Vertreter*innen der Prüf- und Pflegedienste, aber auch mit anderen Akteuren stattgefunden haben. Während dieser Konsultationen wurde eine Vielzahl wichtiger Hinweise gegeben, die in die Anpassung des zukünftigen Prüf- und Darstellungsverfahrens für die ambulante Pflege Eingang gefunden und in erheblichem Maße zur Weiterentwicklung und Konkretisierung der Konzeption beigetragen haben. Ein eigenes Kapitel des Abschlussberichts ist der spezialisierten ambulanten Pflege gewidmet. Dieses Kapitel basiert auf der durch den Auftraggeber abgenommenen Version des Zwischenberichts.

Das angepasste Prüfinstrument – Prüfbögen, Ausfüllanleitungen und Verfahrensbeschreibung – findet sich im Anhang dieses Berichts.

2. Methodisches Vorgehen und gewonnene Erkenntnisse

Nach Abgabe des Zwischenberichts zur spezialisierten ambulanten Pflege im August 2022 wurden durch die Auftraggeber die Arbeitspakete 1, 2 und 4 bearbeitet. Dabei wurden die im Abschlussbericht zur Entwicklung des Verfahrens von 2018 übersandten Bestandteile des Prüfinstrumentariums vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der Pilotierung durch das IGES-Institut analysiert und in Teilen verändert. Neben den Empfehlungen des IGES-Instituts haben die Auftragnehmer die Gelegenheit wahrgenommen, ihre Empfehlungen und Vorgaben von 2018 kritisch zu reflektieren und auch vor diesem Hintergrund Anpassungen und Erläuterungen vorzunehmen. Im Einzelnen erfolgten die folgenden Anpassungen:

Arbeitspakete 1.1 – 1.4 (Grundlegende Überarbeitung der Konzeption, Klarstellung zu Informationsquellen, Änderungsvorschläge IGES und Qualitätsbereich „übergreifend zu prüfende Aspekte“): Wie im Einzelnen die Empfehlungen des IGES-Instituts berücksichtigt wurden, ist in einem eigenen Unterkapitel (s. Kap. 2.4) dargestellt. Der bisherige Text wurde analysiert und an verschiedenen Stellen angepasst.

Neben diesen Veränderungen wurde im Rahmen der Arbeitspakete 1.5 und 1.6 geprüft, ob und falls ja, in welcher Form der Prüfbereich 4 („Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen

Prüfung“), bei dem es um Zusammenarbeit mit Angehörigen² und den Umgang mit Anzeichen von Vernachlässigung, Missbrauch und Gewalt geht, weiterhin Bestandteil des Prüfverfahrens sein soll und wie das Schmerzmanagement als eigener Qualitätsaspekt Gegenstand der Qualitätsprüfungen sein soll. Dabei wurde die Entscheidung getroffen, den Qualitätsbereich 4 als Bestandteil des Prüfverfahrens zu belassen und genauere Hinweise zur Bearbeitung dieses Bereichs im Rahmen der Qualitätsprüfung zu geben.

Im Arbeitspaket 2 wurden Klarstellungen und Anpassungen der Beschreibung des Stichprobenverfahrens vorgenommen. Zudem erfolgten Klarstellungen im Hinblick auf die Frage, wann ein Qualitätsaspekt tatsächlich zu prüfen ist und wie die Feststellung des Prüfumfangs in der Qualitätsprüfung unter unterschiedlichen leistungsrechtlichen Maßgaben und Bedingungen erfolgen soll.

Die hier skizzierten Arbeiten bildeten die Grundlage für drei Workshops, in denen die angepassten Vorschläge mit Personen der Prüf- und Pflegedienste diskutiert werden sollten. Ende Februar wurde ein Workshop mit Vertreter*innen von Pflegediensten durchgeführt. Diesem folgte Anfang März ein Workshop mit Vertreter*innen der Prüfdienste und auf Initiative der Auftragnehmer ein eigener Workshop mit Vertreter*innen des MD Bund. Ein weiterer Workshop mit Pflegediensten rundete diese Konsultationsphase ab. Einige der aufgrund dieser Workshops gewonnenen Erkenntnisse wurden bereits bei der Durchführung regionaler Workshops berücksichtigt, die zur Erprobung der Vorgaben zur Feststellung des Prüfumfangs dienten. Stichprobenziehung und Feststellung des Prüfumfangs waren Gegenstand eines Praktikabilitätstests mit vier ausgewählten Pflegediensten und einem Prüfdienst. Den Abschluss der Konsultationen bildete ein Workshop zur Qualitätsdarstellung. Die nachfolgende Tabelle vermittelt einen Überblick über die im Rahmen der Anpassungsarbeiten durchgeführten Workshops und Konsultationen mit unterschiedlichen Akteuren.

Datum		Teilnehmer*innen
28.02.2023	Workshop mit Pflegediensten	6
03.03.2023	Workshop mit Prüfdiensten	5
06.03.2023	Workshop mit MD Bund	4
16.03.2023	Workshop mit Pflegediensten	3
21.03.2023	Regionaler Workshop mit MD Berlin-Brandenburg und Pflegediensten aus Brandenburg	7
05.05.2023	Regionaler Workshop NRW	6
12.05.2023	Regionaler Workshop Baden-Württemberg, 1. Teil	4
16.05.2023	Regionaler Workshop Baden-Württemberg, 2. Teil	5

² In diesem Bericht wird der Begriff „Angehörige“ verwendet. Darunter sind auch Personen zu verstehen, die an der Versorgung des pflegebedürftigen Menschen beteiligt sind, jedoch in keinem Verwandtschaftsverhältnis zu ihm stehen. Stattdessen können andere soziale Beziehungen wie Freundschaft oder Nachbarschaft dafür ausschlaggebend sein, Unterstützung zu leisten. Da der Großteil der Pflege jedoch durch tatsächliche Angehörige geleistet wird, wird dieser Begriff im Bericht statt der grundsätzlich ebenso möglichen Begrifflichkeit der „An- und Zugehörigen“ verwendet.

22./23.05.2023	Praktikabilitätstest mit MD Nds. + Pflegediensten in Osnabrück und Umland	1 Prüfer + 4 Pflegedienste
25.05.2023	Workshop zur Qualitätsdarstellung	3

Die nachfolgende Darstellung fasst kurz die leitenden Fragestellungen und den Verlauf der verschiedenen Konsultationen zusammen. Die Umsetzung der dabei gewonnenen Erkenntnisse findet sich in den Kapiteln 3 und 4, in denen die Anpassungen im Prüfinstrument und der Verfahrensbeschreibung erläutert werden.

2.1 Workshops mit Vertreter*innen der Prüf- und Pflegedienste

Zielsetzung der Workshops mit ambulanten Pflegediensten war die Präsentation und Diskussion zentraler Aspekte des neuen Prüfverfahrens. Im Mittelpunkt stand die dabei die Frage, ob die Ausführungen im vorgeschlagenen Prüfinstrumentarium für die Pflegedienste verständlich genug formuliert sind, sodass die Entstehung von Unsicherheiten oder Fehlinterpretationen so weit wie möglich vermieden werden. Dazu erhielten die Teilnehmer*innen im Vorfeld einen Auszug aus der Verfahrensbeschreibung und einige Fragen zu vier Aspekten des Prüfverfahrens:

- Hinsichtlich des Aufbaus und der Form der von den Pflegediensten vorzuhaltenden Liste der versorgten Personen wurde gefragt, ob der vorgesehene Aufbau nachvollziehbar beschrieben ist, sodass die Pflegedienste eine entsprechende Liste für die Stichprobenziehung erstellen können und ob Verbesserungsbedarf bei den Formulierungen gesehen wird.
- Bezogen auf die Feststellung des Prüfumfangs ging es darum, ob mit den vorliegenden Ausführungen die Frage, welche Qualitätsaspekte zu prüfen sind, nachvollziehbar beantwortet wird und ob die Pflegedienste auf dieser Grundlage nachvollziehen können, worauf sich der Auftrag der Prüfer*innen bezieht. Zudem wurde nach weiterem Verbesserungsbedarf gefragt.
- Im Hinblick auf die Stichprobenziehung wurde gefragt, ob die Zusammensetzung der Stichprobe und das Vorgehen bei der Stichprobenziehung für die allgemeine ambulante Pflege hinreichend deutlich beschrieben sind und wo Verbesserungsbedarf besteht.
- Abschließend ging es um die Ausführungen zum Qualitätsbereich 4, den „sonstigen Qualitätsaspekten in der personenbezogenen Prüfung“. Bei diesem Thema stand die Frage im Mittelpunkt, ob der dazu erarbeitete Text hinreichende Informationen dazu enthält wie die Prüfer*innen bei diesem Bereich, bei dem es sich um einen Teilaspekt ihres Beratungsauftrags handelt, vorgehen sollen und wo bei den Formulierungen Verbesserungsbedarf besteht.

Die Inhalte der Workshops mit den Pflegediensten waren auch Gegenstand der Gespräche mit den Prüfdiensten. Das Themenspektrum und die Fragestellungen gingen jedoch über die Frage nach der Verständlichkeit der Ausführungen hinaus. Im Austausch mit den Prüfdiensten sollte es vor allem um die Frage gehen, ob die Ausführungen in der Verfahrensbeschreibung ausreichend sind, um die verschiedenen Aspekte der Prüfung wie die Stichprobenziehung auf Basis der von den Pflegediensten vorzuhaltenden Liste, die Nutzung von Informationsquellen, die Feststellung des Prüfumfangs sowie die Bearbeitung des Qualitätsbereichs 4 (Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung)

tatsächlich durchzuführen. So wurden die Fragen zur Stichprobenziehung erweitert auf die Aspekte der Zusammensetzung der Stichprobe, das Vorgehen bei der Stichprobenziehung und die Besonderheiten der Stichprobenziehung für die spezialisierten ambulanten Pflegedienste. Im Hinblick auf die Auswahl der Informationsquellen wurden die Teilnehmer*innen gefragt, ob hinreichend klargestellt ist, dass es im Ermessen der Prüfer*innen liegen soll, welche Informationsquellen in welcher Reihenfolge genutzt werden und welche Relevanz die einzelnen Informationsquellen besitzen. Weiterhin wurde gefragt, ob in ausreichendem Maß darauf hingewiesen wurde, dass ein einseitig auf die schriftliche Dokumentation ausgerichtetes Verfahren zu vermeiden ist und ob hinreichend beschrieben ist, wie im Rahmen der Prüfung mit den Informationsquellen umzugehen ist. Zur Vorbereitung auf den Workshop haben die Teilnehmer*innen nicht nur einen Auszug, sondern die gesamte Verfahrensbeschreibung, den Prüfbogen sowie die vollständige Ausfallanleitung erhalten.

Die Zielsetzung des Workshops mit Vertreter*innen des Medizinischen Dienstes Bund war vergleichbar mit der des Workshops mit den Prüfdiensten. Der Grund für die getrennte Durchführung der Workshops bestand darin, dass es nach Einschätzung der Auftragnehmer sinnvoll war, die Erfahrungen aus der unmittelbaren Prüfpraxis und die aus der übergeordneten Sichtweise getrennt voneinander zu Wort kommen zu lassen.

Erkenntnisse aus den Workshops mit Vertreter*innen der Prüf- und Pflegedienste

In der nachfolgenden Darstellung wird auf eine Differenzierung zwischen der Einschätzung der Pflegedienste und derjenigen der Prüfdienste verzichtet, da beide Perspektiven für die Anpassung des Verfahrens gleichermaßen relevant sind.

Einen großen Raum im Rahmen der Workshops nahmen Fragen zur von den Pflegediensten zu erstellenden Liste ein. Im Einzelnen:

- Hinterfragt wurde der Zweck einer dreimonatigen Erstellung der Liste und es wurde vorgeschlagen, den Zweck auf die Vorbereitung bzw. Stichprobenziehung im Rahmen der Prüfung festzuschreiben und eine lediglich einmalige Erstellung vorzusehen. Zudem wurde die Hoffnung und Anregung geäußert, dass für den Regelbetrieb des Verfahrens entsprechende Software-Lösungen entwickelt werden, die den Aufwand der Listenerstellung reduzieren.
- Diskutiert wurde die Frage, welche Personen auf die Liste sollen: nur diejenigen, die auch tatsächlich in die Prüfung aufgenommen werden können oder alle, die vom Pflegedienst versorgt werden. Diese Frage stellt sich vor dem Hintergrund, dass Personen, bei denen ausschließlich hauswirtschaftliche Leistungen oder Betreuungsleistungen erbracht werden, nicht in die Prüfung aufgenommen werden. Unklar ist darüber hinaus die Vorgehensweise bei Personen, die nur vorübergehend im Rahmen der Verhinderungspflege versorgt werden. Die Frage der auf der Liste enthaltenen Personen ist auch für die Differenzierung der Pflegedienste von Bedeutung, die spezialisierte ambulante Pflege anbieten. In der Diskussion bestand Einigkeit, dass bei der Stichprobenziehung nur diejenigen Personen einbezogen werden sollten, die tatsächlich für die Prüfung in Frage kommen. Da die Gesamtzahl der versorgten Personen jedoch ebenfalls von Interesse ist, wurde um klare Vorgaben gebeten, wie damit zu verfahren ist.

- Zu klären wäre darüber hinaus die Frage, ob die Liste mit den tatsächlichen Namen oder aus Datenschutzgründen mittels Pseudonym erstellt werden soll.
- Weitere Fragen zur vorzuhaltenden Liste waren redaktioneller Natur. So wurde angeregt, die Hinweise für die Liste eindeutig zu formulieren und es nicht den Diensten zu überlassen, mit welchem Symbol das Vorhandensein eines Sachverhalts (z.B. kognitive Beeinträchtigung) gekennzeichnet werden soll.
- Ausführlich wurden auch Fragen zum Umgang mit HKP-Leistungen für die Liste besprochen. Angeregt wurde ein Hinweis, dass es sich bei den aufwändigen HKP-Leistungen, die die Liste vorsieht, um eine Auswahl handelt und dass diese Festlegung nur der Stichprobenziehung dient, in der Prüfung aber auch nicht-aufwändige HKP-Leistungen geprüft werden können und die Feststellung des Prüfumfanga ein eigener, von der Stichprobenziehung unabhängiger Vorgang ist. Hingewiesen wurde zudem darauf, dass die HKP-Richtlinie nur für gesetzliche versicherte Personen gilt. Zwar werde bei privat Versicherten analog verfahren, aber es wäre hilfreich, wenn das benannt würde. Hingewiesen wurde auf die Problematik, dass Verordnungen nicht immer korrekt ausgestellt seien. Es bestand jedoch Einigkeit, dass das neue Prüfverfahren keine Bestimmungen für die Fälle enthalten kann, in denen an anderer Stelle fehlerhaft gehandelt wurde.
- Um Klarstellung wurde gebeten, wann bei wem und in welcher Form die Einwilligung der pflegebedürftigen Menschen oder ihrer Betreuer*innen für die Prüfung eingeholt werden soll.

In engem Zusammenhang mit der Liste stehen Fragen der Stichprobenziehung. Dazu wurde angemerkt, dass die Beschreibung vermutlich nicht beim ersten Lesen verstanden wird. Es wurde daher angeregt, auch illustrierende Elemente bei der Darstellung zu verwenden. Zudem sollten in der Verfahrensbeschreibung entsprechende Querverweise zwischen den Ausführungen zur Listenerstellung und zur Stichprobenziehung erfolgen, um das Verständnis zu erleichtern. Empfohlen wurde dringend, Hinweise für die Festlegung der Zufallszahl bei der Stichprobenziehung zu geben, damit Diskussionen zu dieser Frage das Prüfgeschehen nicht unnötig belasten.

Ein weiterer Diskussionsgegenstand war die Vorankündigung der Prüfung. Übereinstimmend wurde empfohlen, den Ankündigungszeitraum nicht auf den Nachmittag, sondern den Vormittag zwischen 8 und 14 Uhr zu legen. Es wurde darum gebeten, klare Informationen zu geben, wie mit Feiertagen und Wochenenden zu verfahren ist, um etwaige Ungleichbehandlungen zu vermeiden. Zu klären wäre zudem ein möglicher Widerspruch zu § 114a SGB XI, der explizit eine Ankündigung am Vortrag vorsieht.

Ausführlich diskutiert wurde die Feststellung des Prüfumfanga, zu der verschiedene Anmerkungen gemacht wurden. Neben einer Vielzahl redaktioneller Anmerkungen zur sprachlichen Präzisierung, ging es vor allem um die Frage, wann ein Qualitätsaspekt tatsächlich zu prüfen ist und wann nicht. Diese Frage wurde intensiv am Beispiel der Unterstützung bei beeinträchtigter Mobilität diskutiert, für die zu definieren ist, wann Mobilität nicht nur allein „Mittel zum Zweck“ (z.B. Durchführung der Körperpflege) und entsprechend Bestandteil der Prüfung ist, und wann sie einen eigenständigen Stellenwert hat bzw. zum Versorgungsschwerpunkt in der jeweiligen Situation zu zählen ist. Eine zu enge Auslegung

würde in der Konsequenz dazu führen, dass in vielen Fällen nur ein Qualitätsaspekt aus dem Bereich der Selbstversorgung Bestandteil der Prüfung ist, wobei fachliche Gründe auch eindeutig auf andere Aspekte verweisen. Ebenso wurde als problematisch benannt, wenn bei einer zu starken Verknüpfung verschiedener Aspekte (z.B. der Körperpflege und der Mobilität, wo vor allem Körperpflege vereinbart wurde) ein Aspekt problemlos und der andere risikobehaftet ist – wie wäre in diesem Fall mit einer A und C-Bewertung umzugehen? Es könnten Probleme hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Bewertungen entstehen. Eine mögliche Perspektive besteht in der Verknüpfung mit dem in jeder Situation zu prüfenden Qualitätsaspekt des Umgangs mit Risiken, zu denen die bei beeinträchtigter Mobilität entstehenden Risiken des Sturzes oder der zunehmenden Immobilität gehören. Ebenso könnte die Integration möglicher übergeordneter Themen (wie Mobilität, Kognition und Kommunikation) in die Pflegeprozessplanung ein Ansatz zum Umgang mit dieser Frage sein. Insgesamt bedarf die Problematik von tatsächlicher Vereinbarung (egal in welcher Form) und tatsächlicher Intention bzw. Schwerpunktsetzung weiterer Klärung; statt der Definition eines „eigenen Stellenwerts“ eines Qualitätsaspekts könnte es sinnvoller sein, ihn als „unbedingten bzw. unabdingbaren“ Bestandteil zu definieren. Darüber hinaus wurde noch darauf hingewiesen, dass

- sich verschiedene Mobilitätsaspekte in der Praxis mittlerweile als Teil der Betreuung wiederfinden (z.B. Begleitung bei außerhäuslichen Aktivitäten),
- in den Leistungskomplexen keine Intentionen und Schwerpunktsetzungen formuliert werden, sondern Bestandteile der Leistung und
- hinsichtlich bestehender Vereinbarungen ein Aspekt dann in die Prüfung aufgenommen werden soll, wenn alle Beteiligten bestätigen, dass er vereinbart ist.

Kurz angesprochen wurde der Aspekt der Auswahl der Informationsquellen durch die Prüfer*innen. Diese Frage wird vor allem als Schulungsbedarf gesehen. Erfahrungen aus dem stationären Bereich bestätigen, dass das Prinzip der unterschiedlichen Informationsquellen gut etabliert werden konnte.

Ausführlicher diskutiert wurde der Qualitätsbereich 4 des neuen Prüfverfahrens, bei dem den Teilnehmer*innen an den Workshops zunächst nicht klar war, wer in diesem Zusammenhang mit wem über was sprechen soll und wie dieser Qualitätsbereich Bestandteil der Prüfung werden soll. Zudem wurde Skepsis dahingehend geäußert, dass durch die Prüfung Sachverhalte offenbar würden, die dem Pflegedienst vorher verborgen geblieben sind. Eingestanden wurde jedoch, dass durch die Aufnahme der beiden Qualitätsaspekte („Zusammenarbeit mit Angehörigen“ und „Anzeichen für Vernachlässigung, Missbrauch und Gewalt“) im Qualitätsbereich 4 manche Dinge ans Tageslicht kämen. Positiv wurde hervorgehoben, dass für diesen Qualitätsbereich keine Wertung vorgesehen ist. Betont wurde die Bedeutung der Schulung in diesem Bereich, damit die ggf. erforderlichen Gespräche professionell und auf fachlich gutem Niveau geführt werden können. Kritisch wird gesehen, dass allein eine Sensibilisierung für die beiden Themenbereiche nicht hilft, wenn Feststellungen keine Konsequenzen nach sich ziehen – dies könnte sich frustrierend auf die Pflegenden auswirken; entsprechend sollten die Rückmeldungsmöglichkeiten bei Gewaltverdacht und die Verantwortung der Pflegekassen benannt werden. Aus Sicht der Prüfdienste ist der Qualitätsbereich eher im Bereich der Feststellung „nicht sicher gestellter Pflege“ zuzuordnen, die aus der Einzelfallbegutachtung zur Feststellung der

Pflegebedürftigkeit bekannt ist. Vermutet wird insgesamt, dass Haushalte, in denen Hinweise auf Vernachlässigung, Missbrauch oder Gewalt gefunden werden könnten, keine Einwilligung zum Hausbesuch geben. Unabhängig davon wird der Qualitätsbereich aber auch als Chance betrachtet, Fortschritte bei einem tabuisierten Thema zu erzielen und zudem darüber das breite Aufgabenspektrum der Pflegedienste verdeutlichen zu können.

An verschiedenen Stellen im Rahmen des Workshops wurde die Bedeutung der Verfügbarkeit relevanter Unterlagen verdeutlicht (z.B. die vertraglichen Vereinbarungen). Es wurde empfohlen, dazu auf die Ausführungen in der aktuellen Prüfrichtlinie zurückzugreifen.

2.2 Regionale Workshops zur Feststellung des Prüfumfangs

Im Rahmen regionaler Workshops wurde die Feststellung des Prüfumfangs auf der Basis verschiedener Fallbeispiele erprobt. Für die Workshops konnten Vertreter*innen der Prüf- und Pflegedienste aus Brandenburg, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen gewonnen werden. Zielsetzung der Workshops war es, Informationen darüber zu erhalten, ob die mit den Maßgaben in der Verfahrensbeschreibung und Ausfüllanleitung verfolgten Intentionen und Regelungen verstanden und umgesetzt werden können.

Die Workshops wurden nicht parallel, sondern zeitlich versetzt nacheinander durchgeführt, um Erkenntnisse unmittelbar aufnehmen, umsetzen und im nächsten Workshop erneut erproben zu können. Die Teilnehmer*innen haben im Vorfeld eine sechsseitige komprimierte Information zum neuen Prüfverfahren erhalten. Darin wurden der Hintergrund und Sachstand der Anpassungsarbeiten sowie die Bestimmungen zur Feststellung des Prüfumfangs erläutert.

Für die Workshops wurden vier Fallbeispiele ausgewählt. Die Auswahl erfolgte auf der Basis durchgeführter Projekte der Auftragnehmer, in denen Situationsbeschreibungen und Maßnahmenpläne in häuslichen Pflegearrangements angefertigt wurden. Diese wurden redaktionell bearbeitet und für die Workshops genutzt. Einer der Fälle wurde als Beispielfall ausgewählt, an dem im Rahmen des Workshops vorgestellt wurde, wie es auf Basis der schriftlichen Darlegung des Falls zur Feststellung des Prüfumfangs kommen soll.

Bei drei weiteren Fällen wurden die Teilnehmenden gebeten, sich den jeweiligen Fall gut durchzulesen und auf dieser Basis eine Festlegung zu treffen, welche Qualitätsaspekte des jeweiligen Falls zum Gegenstand der Prüfung werden sollen. Die Ergebnisse wurden im Rahmen einer Videokonferenz zunächst nur an die Auftragnehmer gesandt, die dann das Gesamtergebnis zurückgespiegelt haben. Abweichungen vom durch die Auftragnehmer vorgesehenen Prüfumfang wurden anschließend diskutiert. In gleicher Art und Weise wurde mit den weiteren Fällen verfahren.

Das Ziel einer möglichst hohen Übereinstimmung zwischen den Überlegungen der Auftragnehmer bei der Konzeption des Verfahrens und den Feststellungen der Workshop-Teilnehmer*innen konnte nicht durchgängig erreicht werden. Auch nachdem zwischen dem ersten und zweiten Workshop die im

Vorfeld übersandten Informationen sowie die Einführung zum neuen Prüfverfahren verändert und angepasst wurden, gab es eine Reihe von Abweichungen zwischen dem von den Auftragnehmern anhand der Fallbeispiele vorgesehenen Prüfumfang und der von den Workshop-Teilnehmer*innen vorgenommenen Festlegung des Prüfumfanges. Mit jedem Workshop stieg der Grad der Übereinstimmung, und die dabei gewonnenen Erfahrungen ermöglichen es, die Herausforderungen bei der Feststellung des Prüfumfanges und die daraus abzuleitenden Konsequenzen genauer zu identifizieren. Somit war es möglich, die Vorgaben zur Feststellung des Prüfumfanges in der Verfahrensbeschreibung zum Prüfverfahren anzupassen und den damit verbundenen Schulungsbedarf besser benennen zu können. Inhaltlich können die Erkenntnisse aus den Workshops folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Der Übergang zum neuen Prüfverfahren geht mit einem intensiven Schulungsbedarf einher, dem nicht durch eine einmalige, wenn vielleicht auch einige Stunden umfassende Schulungsveranstaltung Rechnung getragen werden kann. Dabei geht es nicht allein um die Vermittlung der vorgesehenen Verfahrensweisen, sondern es geht in einem ebenso hohen Maß um das „Verlernen“ von Vorgehensweisen und Regeln des abzulösenden aktuellen Prüfverfahrens. Das offensichtlichste Beispiel bestand darin, dass vielfach auf Basis der Fallbeschreibungen eine Bedarfseinschätzung des beschriebenen Falles vorgenommen und als Prüfgegenstand benannt wurde. Gefordert war jedoch die Feststellung des Prüfumfanges auf Basis der bestehenden Vereinbarung zwischen Pflegedienst und Pflegehaushalt, für die es in den Fallbeispielen Anhaltspunkte gab. Statt einer normativen, Maßnahmen festlegenden Perspektive ist zunächst eine um das Verstehen der Vereinbarungen bemühte Herangehensweise erforderlich.
- Keineswegs erleichternd wirkte sich in dieser Hinsicht die Vertrautheit mit dem Prüfverfahren in der stationären Langzeitpflege aus, das in vielfältiger Hinsicht auf den gleichen Prinzipien beruht. Eher im Gegenteil zeigte sich, dass von der gewohnten Vorgehensweise im stationären Bereich Abstand genommen werden muss. Während dort von der individuellen Bedarfskonstellation der versorgten Person auszugehen ist, muss in der ambulanten Pflege unabhängig vom Bedarf die Frage des *vereinbarten* pflegerischen Auftrags betrachtet werden.
- Offenbar wurde zudem, dass das neue Prüfverfahren Neuerungen mit sich bringt, die nicht ohne eine entsprechende Begleitung und Vorbereitung umgesetzt werden können. Neben der Feststellung des Prüfumfanges gehört dazu auch die Bewertung der Qualität und das Verständnis der Vorgehensweise bei der Prüfung, wie sie im Prüfbogen und der Ausfüllanleitung hinterlegt sind. Im Rahmen der zwei- bis dreistündigen Workshops wurde auf eine umfassende Einführung in sämtliche Aspekte des neuen Prüfverfahrens aus Zeitgründen verzichtet, wodurch Fragen dahingehend offenbleiben mussten.
- Unsicherheiten bestanden vor allem dabei, wann ein Qualitätsaspekt ein wesentlicher Teil der vereinbarten Leistungen ist und wann er nachgeordneter Bedeutung ist, sodass ein Missverhältnis zwischen Relevanz für die versorgte Person und differenzierter Qualitätsbeurteilung entstehen kann. Diese Unsicherheit bestand insbesondere hinsichtlich der Mobilität in Kombination mit Vereinbarungen zur Körperpflege oder der Ausscheidungen und zum Teil hinsichtlich der Unterstützung bei kognitiven Beeinträchtigungen, ebenfalls in Kombination mit anderen pflegerischen Maßnahmen wie der Körperpflege oder der Unterstützung bei der

Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Diese Unsicherheiten wurden zum Anlass genommen, weitere Klarstellungen in der Verfahrensbeschreibung sowie der Ausfüllanleitung vorzunehmen.

- Erschwert wird die Situation durch unterschiedliche leistungsrechtliche Vereinbarungen. So enthalten viele Leistungskomplexbeschreibungen Bestandteile unterschiedlicher Qualitätsaspekte. Diese wurden von den Workshop-Teilnehmer*innen besonders in den ersten Workshops unmittelbar zur Feststellung des Prüfumfangs genutzt. Diese Einschätzung ist grundsätzlich nachvollziehbar und es wird für den Regelbetrieb des Verfahrens sinnvoll sein, diese Verknüpfung vorzunehmen. Aufgrund unterschiedlicher Inhalte der verschiedenen Leistungskomplexbeschreibungen in den einzelnen Bundesländern lassen sich übergreifende inhaltliche Prinzipien nur schwer beschreiben.
- Keine Probleme bestanden hinsichtlich der Feststellung des Prüfumfangs zu den verordneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege.
- Im Qualitätsbereich 1 gab es sehr gute Übereinstimmungen in Bezug auf das Aufnahmemanagement, eine gute, aber nicht optimale Übereinstimmung bei den anderen Qualitätsaspekten „Anzeichen für Risiken und Gefahren“ sowie „Anzeichen einer Destabilisierung“ der Pflegesituation. Hier wurde ein gewisser Schulungs- und weiterer Informationsbedarf gesehen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Workshops in hohem Maße dazu beigetragen haben, mögliche Probleme für den Regelbetrieb des neuen Prüfverfahrens zu identifizieren und die notwendigen Vorbereitungs- und Schulungsarbeiten zu erkennen. In diesem Sinne war die Durchführung sehr hilfreich. Die eigentliche Intention einer Validierung und Bestätigung des Verfahrens konnte nur bedingt erreicht werden.

2.3 Praktikabilitätstest

Das geplante methodische Vorgehen der Anpassungsarbeiten umfasste neben den beschriebenen regionalen Workshops einen Praktikabilitätstest des Stichprobenverfahrens und der Feststellung des Prüfumfangs unter Einbeziehung verschiedener ambulanter Pflegedienste und eines Prüfdienstes. Zur Durchführung dieses am 22. und 23. Mai 2023 durchgeführten Praktikabilitätstests konnten der MD Niedersachsen am Standort Osnabrück sowie vier ambulante Pflegedienste aus Osnabrück und dem Landkreis Osnabrück gewonnen werden. Bei den Pflegediensten handelte es sich um einen privaten Pflegedienst sowie jeweils einen ambulanten Dienst der Caritas, der Diakonie und des Deutschen Roten Kreuzes.

Der Praktikabilitätstest umfasste drei Arbeitsschritte:

- a) Erstellung einer Liste der versorgten Personen nach den Vorgaben aus der Verfahrensbeschreibung durch die ambulanten Pflegedienste,
- b) Ziehung einer Stichprobe und
- c) Feststellung des Prüfumfangs durch Prüfer des MD Nds. unter Beteiligung der Auftragnehmer.

Für die Erstellung der Liste wurden die Pflegedienste gebeten, statt der Namen der versorgten Personen aus Datenschutzgründen ein Pseudonym zu wählen. Die eingesandten Listen waren unterschiedlich aufgebaut, jedoch alle geeignet, um die auf der Liste befindlichen Personen den für die Stichprobenziehung vorgesehenen Gruppen zuzuordnen (A=Mobilität und Kognition beeinträchtigt; B=Mobilität beeinträchtigt/Kognition unbeeinträchtigt; C=Mobilität unbeeinträchtigt/Kognition beeinträchtigt und D=aufwändige Leistung der häuslichen Krankenpflege). Anders als es für die Regelprüfung vorgesehen ist, wurde für den Praktikabilitätstest 10-14 Tage vor dem Test eine Stichprobe durch die Auftragnehmer gezogen und die dabei ausgewählten Personen wurden den Pflegediensten mit der Bitte zurückgemeldet, die Unterlagen, aus denen die mit diesen Personen vereinbarten Maßnahmen hervorgehen, am vereinbarten Termin in den Büroräumen des Pflegedienstes in anonymisierter Form vorrätig zu haben.

Seitens des MD Niedersachsen hat ein Mitarbeiter am Praktikabilitätstest teilgenommen. Dieser Mitarbeiter erhielt im Vorfeld des Tests einen Auszug aus der Verfahrensbeschreibung mit den Informationen zur Erstellung der Liste für die Stichprobenziehung, die Stichprobenziehung selbst und die Feststellung des Prüfumfanges. Ergänzend fand eine Einführung durch die Auftragnehmer statt. Während dieser Einführung wurde durch den MD-Mitarbeiter die Stichprobenziehung nach den gleichen Maßgaben wiederholt, die die Auftragnehmer angewandt hatten. Der Mitarbeiter hat auf Basis der Listen der Pflegedienste die versorgten Personen den Gruppen A-D zugeordnet. Für die Stichprobenziehung wurde festgelegt, dass jede zweite Person der Gruppen A, B und C und jede dritte Person der Gruppe D markiert und für den Praktikabilitätstest jeweils die beiden ersten Personen ausgewählt werden sollen. Diese als Übung durchgeführte Zuordnung zu den einzelnen Gruppen und die sich daran anschließende Stichprobenermittlung stimmte zu 100% mit der durch die Auftragnehmer durchgeführten Zuordnung und Stichprobenbildung überein.

Der Test zur Feststellung des Prüfumfanges erfolgte am 23.05.2023. Der Mitarbeiter des MD Niedersachsen besuchte gemeinsam mit den Auftragnehmern die beteiligten Pflegedienste. Alle Pflegedienste hatten die notwendigen Unterlagen (v.a. Verträge und Maßnahmenplanungen) der für die Stichprobe ausgewählten Personen vorliegen. Auf dieser Basis haben der MD-Mitarbeiter und die beiden Auftragnehmer auf einem vorbereiteten Formular die Feststellung des Prüfumfanges für die Qualitätsbereiche 1 bis 3 vorgenommen. Der Qualitätsbereich 4 wurde nicht in den Praktikabilitätstest aufgenommen. Seitens der Pflegedienste waren jeweils ein oder zwei Mitarbeiterinnen für Nachfragen ansprechbar.

Insgesamt konnten in den vier Pflegediensten die Unterlagen von 28 Personen eingesehen werden. Bei 20 Personen gab es eine vollständige Übereinstimmung zwischen dem MD-Mitarbeiter und den Auftragnehmern. In den acht Fällen, in denen das nicht der Fall war, gab es drei Gründe, die für die Abweichungen ausschlaggebend waren:

- In zwei Fällen war unklar, ob offenkundige Risiken und Gefahren vorlagen. Diese Abweichung wird als unproblematisch angesehen, da ein vollständiges Bild zur Frage von offenkundigen Risiken und Gefahren ohnehin erst während des Hausbesuchs vorliegt und somit erst dann

eine Entscheidung stattfinden kann, ob die Qualitätsaspekte in die Prüfung aufgenommen werden. Der Praktikabilitätstest erfolgte lediglich auf der Basis der vorliegenden Unterlagen.

- In vier Fällen ging es um die Frage, ob die Vereinbarung einer Unterstützung beim An- und Auskleiden (die kein eigenständiger Qualitätsaspekt im neuen Prüfverfahren ist) eine Unterstützung bei der Mobilität impliziert und diese daher ebenfalls geprüft werden soll.
- In zwei weiteren Fällen ging es um die Frage, ob eine Unterstützung bei kognitiver und kommunikativer Beeinträchtigung Teil des Prüfungsumfanges ist, weil diese Beeinträchtigung erkennbar vorlag, eine explizite Vereinbarung jedoch nicht getroffen wurde.

Insgesamt kann der Praktikabilitätstest als sehr gelungen bewertet werden. Die Erstellung der Liste durch die ambulanten Pflegedienste konnte ebenso durchgeführt werden wie die Stichprobenziehung. Die Abweichungen bei der Feststellung des Prüfungsumfanges bezogen sich auf wenige Fragen, zu denen in der abschließenden Fassung des Prüfinstrumentariums entsprechende Klarstellungen vorgenommen werden konnten.

2.4 Empfehlungen aus der Pilotierung durch das IGES-Institut

Der Bericht zur Pilotierung des Prüfverfahrens des IGES-Instituts enthielt 26 Empfehlungen für die Anpassung und Weiterentwicklung des Verfahrens. Diese Empfehlungen werden nachfolgend aufgegriffen und es wird kurz erläutert, ob und wie die Empfehlungen Eingang in die Anpassungsarbeiten gefunden haben.

Empfehlung 1: *Es sollten Möglichkeiten in Erwägung gezogen werden, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass mehr Qualitätsaspekte je Pflegedienst geprüft werden und dass die geprüften Qualitätsaspekte in mehr personenbezogenen Prüfungen vorkommen. Dazu gehören z. B. das Erreichen des vorgesehenen Stichprobenumfangs, eine geschichtete Stichprobe und eine Reduktion der Anzahl Qualitätsaspekte.*

Bearbeitung: Die Maßgaben, wann ein Qualitätsaspekt zu prüfen ist, wurden vor allem im Hinblick auf sehr unterschiedliche leistungsrechtliche Voraussetzungen und die damit zusammenhängenden unterschiedlichen Vereinbarungen von Leistungen noch einmal geprüft und angepasst. Es ist davon auszugehen, dass damit nicht nur einzelne, sondern mehrere Qualitätsaspekte je Pflegedienst geprüft werden. Eine Reduktion der Anzahl der Qualitätsaspekte im neuen Prüfverfahren wird nicht für sinnvoll erachtet, da das Spektrum der grundsätzlich möglichen Qualitätsaspekte ein wünschenswertes Leistungsspektrum der ambulanten Pflege widerspiegelt. Es stellt jedoch bereits eine Reduzierung auf wichtige und vor allem grundsätzlich prüfbare Leistungsbereiche dar und sollte daher nicht noch weiter reduziert werden.

Hinsichtlich des Erreichens des vorgesehenen Stichprobenumfangs enthielt bereits das 2018 entwickelte Verfahren Ausweichregelungen, um den vorgesehenen Umfang nach Möglichkeit zu erreichen. Diese wurden erneut geprüft und werden als hinreichend erachtet. Die Hinweise wurden erweitert in Bezug auf die außerklinische Intensivpflege und die psychiatrische häusliche Krankenpflege,

insbesondere angesichts der Differenzierung der Dienste nach ihrem Spezialisierungsgrad. Eine geschichtete Stichprobe wird von den Auftragnehmern weder für sinnvoll noch für erforderlich erachtet.

Empfehlung 2: *Die Abhängigkeit der Gesamtbewertungen von der Stichprobe sollte nochmals überprüft werden, sofern die Verteilung der Bewertungskategorien nach Anwendung des neuen Prüfverfahrens in der Fläche ein breiteres Spektrum an Bewertungen aufzeigt als während der Pilotierung.*

Bearbeitung: Nach erneuter Prüfung halten die Auftragnehmer die bisherigen Überlegungen zur Bewertung der Qualität für ausreichend. Unabhängig davon sollte im Regelbetrieb evaluiert werden, wie sich die Verteilung der Bewertungen gestaltet. Zielrichtung des neuen Prüfverfahrens ist jedoch nicht eine gleichmäßige oder an bestimmten Annahmen orientierte Verteilung der Bewertungskategorien, sondern die Beschreibung eines transparenten und fachlich fundierten Prüfkonzepts. Die Ausführungen im Verfahren sind mit der Hoffnung verbunden, dass die Auseinandersetzung mit den Qualitätsaussagen und den Leitfragen im Prüfkonzept einen Impuls für eine fachliche und qualitative Weiterentwicklung der ambulanten Pflege geben, in der möglichen negativen Bewertungen im Vorfeld begegnet und die Pflegequalität entsprechend entwickelt wird.

Empfehlung 3: *Wenn die Anzahl geprüfter Qualitätsaspekte und die Anzahl Einzelbewertungen je Qualitätsaspekt nicht durch die z.B. in Empfehlung 1 erwähnten Anpassungen erhöht wird, sollte die Qualitätsdarstellung angepasst werden, damit sie als Grundlage für den Vergleich von Pflegediensten nutzbar wird.*

Bearbeitung: Auf die Ausführungen zur Empfehlung 1 wird verwiesen. Die Überlegungen zur Qualitätsdarstellung wurden ebenfalls im Rahmen der Anpassungsarbeiten überprüft. Hinweisen möchten die Auftragnehmer jedoch auf den Umstand, dass bereits in der Pilotierung 82,5% der telefonisch interviewten Personen angaben, sich ausreichend informiert zu fühlen, was als guter Wert angesehen werden kann und die Bearbeitungsnotwendigkeit deutlich reduziert.

Empfehlungen 4, 5 und 6:

4. Wenn eine nach Mobilität und Kognition geschichtete Stichprobenziehung beibehalten werden soll, sollten die Kriterien, nach denen Pflegedienste die Personen auf der Liste für die Stichprobenziehungen nach Einschränkungen der Mobilität und der Kognition klassifizieren, angepasst werden.

5. Es sollte klarer definiert werden, welche Kunden eines Pflegedienstes auf der Liste der versorgten Personen aufzuführen sind und welche davon zur Grundgesamtheit für die Stichprobenziehung gehören.

6. Das Stichprobenverfahren sollte – so es in seiner von Büscher et al. (2018) vorgeschlagenen Form beibehalten wird – um eine „Ausweichregel“ erweitert werden, welche sicherstellt, dass immer sechs bis neun Personen in die Stichprobe aufgenommen werden können.

Bearbeitung: Einige Hinweise zur Konkretisierung von Definitionen und Schulungsnotwendigkeiten wurden bereits in den Workshops zur Pilotierung des IGES-Instituts durch die Auftragnehmer gegeben, allerdings nicht im Abschlussbericht und den Empfehlungen aufgegriffen. Unabhängig davon wurden

im Rahmen der Anpassungsarbeiten die Hinweise zur Erstellung der Liste für die Stichprobenziehung geprüft und präzisiert. Eine intensive Auseinandersetzung mit den verschiedenen Aspekten des Prüfverfahrens, wie beispielsweise der Liste für die Stichprobenziehung, wird dennoch im Rahmen von Einführungs- und Schulungsveranstaltungen erforderlich sein. Die Erfahrungen aus dem Praktikabilitätstest geben Anlass zur Einschätzung, dass die Probleme bei der Erstellung der Listen vorübergehend und überschaubar bleiben werden. Die in Empfehlung 6 genannte Ausweichregel war bereits Bestandteil des Entwurfs aus 2018 für das neue Prüfverfahren und ist es auch nach der Anpassung.

Empfehlung 7: *Für die Qualitätsaspekte in den Prüfbereichen 1 und 2 sollten handlungssichere und eindeutige Kriterien vorgegeben werden, anhand derer festgestellt werden kann, ob ein Qualitätsaspekt prüfungsrelevant ist.*

Bearbeitung: Aus Sicht der Auftragnehmer waren die Hinweise zur Feststellung des Prüfumfangs bereits in der Erstfassung des neuen Prüfverfahrens eindeutig. Probleme bei der Feststellung des Prüfumfangs sind jedoch auch im Rahmen der Anpassungsarbeiten aufgetreten. Sie verweisen zum einen auf den mit dem neuen Prüfverfahren verbundenen Wandel im Verständnis und im Vorgehen bei den Qualitätsprüfungen und auf den Schulungs- und Vorbereitungsaufwand. Die Hinweise zur Feststellung des Prüfumfangs sind vor allem auf Basis der Ergebnisse aus den regionalen Workshops im Rahmen der Anpassung weiterentwickelt worden.

Empfehlung 8: *Das Kriterium, wann Schmerzmanagement zu prüfen ist, sollte wie folgt angepasst werden: „Das Schmerzmanagement ist nur dann zu prüfen, wenn der Pflegedienst im Rahmen einer ärztlichen Verordnung und einer gleichzeitigen Vereinbarung gemäß SGB XI zur Schmerzbehandlung tätig wird.“ Weiterhin sollte, zumindest vorübergehend, erläutert werden: „Eine Vereinbarung gemäß SGB XI zum Schmerzmanagement wird nur in Ausnahmefällen vorliegen, sodass der Qualitätsaspekt selten zu prüfen sein wird.“*

Bearbeitung: Der Empfehlung des IGES-Instituts wurde nicht gefolgt. Stattdessen wurde der Qualitätsaspekt des Schmerzmanagements gestrichen. Eine Bedingung, die ein gleichzeitiges Vorliegen einer SGB V-Verordnung durch eine/n Ärzt*in und eine SGB XI-Vereinbarung vorsieht, ist aus unterschiedlichen Gründen nicht sinnvoll. Da die HKP-Richtlinie das Schmerzmanagement explizit nicht als zu verordnende Leistung vorsieht und eine Vereinbarung im SGB XI tatsächlich unwahrscheinlich ist, ist es folgerichtig, diesen Qualitätsaspekt aus dem Prüfumfang zu streichen und an anderer Stelle sich dafür zu verwenden, dass das Schmerzmanagement als pflegerische Leistung zunächst erst einmal anerkannt wird.

Empfehlung 9: *Es sollten klarere und konsistente Regeln in Bezug auf Art, Anzahl und Wertigkeit der Informationsquellen sowie Intensität, Reihenfolge und Zeitpunkt ihrer Nutzung definiert werden. Die Anwendung der Regeln sollte als Schwerpunktthema in die Fortbildung der Prüfer aufgenommen werden.*

Bearbeitung: Die Empfehlung wurde nicht aufgegriffen. Die Hinweise zur Nutzung unterschiedlicher Informationsquellen wurden geprüft und für ausreichend erachtet. Eine Bestätigung dieser Auffassung erfolgte im Rahmen der Entwicklung des neuen Verfahrens ebenso wie im Rahmen der

Anpassungsarbeiten vor allem durch die in die unterschiedlichen Konsultationen einbezogenen Mitarbeiter*innen der Prüfdienste.

Empfehlung 10: *Das Vergeben der Bewertungen sollte im Rahmen der Fortbildung der Prüfer intensiv geübt werden. Danach sollte die Übereinstimmung der Bewertungen in Schatten- und Wiederholungsprüfungen nochmals getestet werden.*

Bearbeitung: Die Notwendigkeit einer intensiven Schulung der Prüfer*innen wird von den Auftragnehmern geteilt. Diese bezieht sich jedoch auf sämtliche Aspekte des neuen Prüfverfahrens. Befürwortet wird ebenso eine datengestützte Begleitung der Einführung des neuen Verfahrens, die die Möglichkeit schafft, problematische Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und gegensteuern zu können.

Empfehlungen 11 und 12:

11. *Für die Qualitätsaspekte in Prüfbereich 1 sollte aus den Prüfbögen explizit hervorgehen, welche unterschiedlichen Anforderungen zu erfüllen sind, wenn die in die Prüfung einbezogene Person ausschließlich Leistungen nach SGB V oder (auch) nach SGB XI bezieht.*

12. *Ein Schwerpunktthema für die Fortbildung der Prüfer sollte sein, wie für die Qualitätsaspekte im Prüfbereich 1 die Bewertungen unter Berücksichtigung der Einflussmöglichkeiten des Pflegedienstes zu vergeben sind.*

Bearbeitung: Empfehlung 11 wurde explizit nicht gefolgt, weil die der Empfehlung zugrunde liegende Annahme, dass unterschiedliche Anforderungen zu erfüllen sind, unzutreffend ist. Aus dem Bericht zur Pilotierung geht hervor, dass von unterschiedlichen Einschätzungsvorgehensweisen ausgegangen wurde. Der Qualitätsbereich enthält jedoch recht klare Angaben dazu, wann die drei betreffenden Aspekte in die Prüfung einzubeziehen sind. Beim Aufnahmemanagement sind die Zeiträume und Voraussetzungen definiert. Unabhängig von der vereinbarten oder verordneten Leistung ist es aus fachlicher Sicht angezeigt, sich zu Beginn des pflegerischen Auftrags über einige grundsätzliche Aspekte der Situation zu vergewissern und einige notwendige Informationen zu sammeln bzw. zu aktualisieren. Die Aufnahme muss keinesfalls für alle Personen in gleicher Art und Weise erfolgen, aber in den im Prüfverfahren vorgesehenen Fällen ist ein Aufnahmemanagement angezeigt, für das es im Pflegedienst ein Verfahren geben sollte. Die Qualitätsaspekte zwei und drei gehören dann zum Prüfumfang, wenn sie offenkundig sind. Die entsprechenden Hinweise, was darunter zu verstehen ist, sind aus Sicht der Auftragnehmer eindeutig.

Zu Empfehlung 12 sind die Auftragnehmer der Auffassung, dass die Hinweise zur Prüfung der drei Qualitätsaspekte im Prüfbereich 1 ausreichend sind. Eine intensive Vorbereitung und Schulung ist unabhängig davon unabdingbar.

Empfehlung 13: *Das Begründen von Bewertungen sollte im Rahmen der Fortbildung der Prüfer intensiv geübt werden und durch die Vorgabe der für die Begründung zu beantwortenden Fragen in den Prüfbögen unterstützt werden.*

Bearbeitung: Der Notwendigkeit einer intensiven Vorbereitung und Schulung stimmen die Auftragnehmer auch in diesem Fall zu. Ein Anpassungsbedarf für das Prüfverfahren ergab sich dadurch nicht.

Empfehlung 14: *Die Schnittstellen zu den Prozessen, die die Prüfer ggf. einleiten, wenn im Rahmen einer Prüfung eine (drohende) Gefährdung einer versorgten Person festgestellt wird, sollten auf das neue Prüfverfahren abgestimmt sein.*

Bearbeitung: Damit ist zweifellos ein wichtiger Punkt angesprochen, der aber - wie in der Empfehlung auch ausgeführt wird - bereits das bisherige Prüfgeschehen kennzeichnet. Die Überlegungen dazu gehören daher eher in den Bereich der Organisation der Arbeit der Prüfdienste und wurden im Rahmen der Anpassungsarbeiten nicht aufgegriffen.

Empfehlung 15: *Um die Nachvollziehbarkeit des neuen Prüfverfahrens zu verbessern, sollten bestimmte Detail-Änderungen in Bezug auf Erläuterungen und die Verfügbarkeit von Antwortfeldern durchgeführt werden.*

Bearbeitung: Sämtliche Vorschläge wurden einzeln geprüft und in Teilen im Rahmen der redaktionellen Bearbeitung aufgegriffen.

Empfehlungen 16 und 17:

16. Mit Blick auf ein möglichst stringentes Prüfverfahren sollte auf die Qualitätsaspekte 4.1 und 4.2 verzichtet werden.

17. Es sollte erwogen werden, eine Dokumentation von und ggf. eine Beratung zu problematischen Pflegesituationen, auf die der Pflegedienst angemessen reagierte, ohne jedoch eine Verbesserung bewirken zu können, in das Prüfverfahren aufzunehmen.

Bearbeitung: Die Beibehaltung der Qualitätsaspekte 4.1 und 4.2 wurde im Rahmen der Anpassungsarbeiten intensiv geprüft und auch in den unterschiedlichen Konsultationen angesprochen. Trotz mancher dabei geäußelter Skepsis sind beide Qualitätsaspekte weiter Bestandteil des neuen Prüfverfahrens. Die Hinweise in der Ausfüllanleitung und der Verfahrensbeschreibung zum Qualitätsbereich 4 wurden entsprechend weiterentwickelt.

Empfehlung 18 und 19:

18. Das Prüfverfahren für Intensivpflegedienste sollte überarbeitet werden, um den Anforderungen in der ambulanten Intensivpflege Rechnung zu tragen. Dies betrifft alle fünf Prüfbereiche.

19. Das Stichprobenverfahren sollte eigene Regeln für intensivpflegerisch versorgte Personen enthalten: Zum einen sollten maximal sechs intensivpflegerisch versorgte Personen in eine Stichprobe aufgenommen werden. Zum anderen sollte die Auswahl nach Einschränkungen der Mobilität und Kognition bei intensivpflegerisch versorgten Personen entfallen.

Bearbeitung: Das Prüfverfahren wurde für die spezialisierte ambulante Pflege grundsätzlich überarbeitet. Die dabei leitenden Überlegungen sowie die gegenüber dem Zeitpunkt der Entwicklung des Prüfverfahrens 2018 erheblich veränderten Rahmenbedingungen und -vereinbarungen wurden im 2022 vorgelegten Zwischenbericht dargelegt und für diesen Abschlussbericht nochmals geringfügig modifiziert.

Empfehlung 20: *Der zweite Satz der Qualitätsaussage sollte rechtlich geprüft werden. Der Satz lautet: „Im Rahmen der speziellen Krankenbeobachtung trägt der ambulante Pflegedienst dazu bei, dass der pflegebedürftige Mensch und seine Angehörigen oder andere in die Pflege involvierte 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.“*

Bearbeitung: Bereits im Zwischenbericht wurde auf die Bestimmungen zur außerklinischen Intensivpflege verwiesen, die eindeutig die Schulung und Beratung als Teil der außerklinischen Intensivpflege verstehen.

Empfehlung 21: *Falls das neue Prüfverfahren für die Leistung „Spezielle Krankenbeobachtung“ beibehalten wird, sollte klargestellt werden, was unter welchem Qualitätsaspekt in Prüfbereich 3 geprüft werden soll.*

Bearbeitung: Durch den neuen Leistungsbereich der außerklinischen Intensivpflege wird die spezielle Krankenbeobachtung abgelöst. In den Anpassungsarbeiten zum neuen Prüfverfahren wurden die entsprechenden Regelungen berücksichtigt und das Verfahren dahingehend weiterentwickelt.

Empfehlungen 22 und 23:

22. *Um gezielt die HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ prüfen zu können, sollten spezielle Regeln für das Stichprobenverfahren entwickelt werden.*

23. *Die Qualitätsprüfung für die HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ sollte nochmals getestet werden, nachdem spezielle Regeln für das Stichprobenverfahren bei psychiatrisch spezialisierten Pflegediensten entwickelt wurden.*

Bearbeitung: Ähnlich wie für die außerklinische Intensivpflege wurde auch für psychiatrische häusliche Krankenpflege das Verfahren grundlegend geprüft und modifiziert. Dabei wurden auch die veränderten Rahmenbedingungen in der HKP-Richtlinie und den Rahmenvereinbarungen berücksichtigt.

Empfehlung 24: *Es sollte ein Abstimmungsprozess begonnen werden, der zu einem einheitlichen Umgang der Landesverbände der Pflegekassen mit der neuen Bewertungssystematik bzw. dem neuen Prüfbericht führt. Dabei sollten insbesondere folgende Entscheidungen getroffen werden: (1) Welche Kriterien müssen erfüllt sein, damit ein Maßnahmenbescheid erstellt wird? (2) Wie werden aus den Prüfberichten Maßnahmen abgeleitet? (3) Welches Layout sollte für den Prüfbericht gewählt werden, um die Auswertung zu erleichtern?*

Bearbeitung: Nach Auffassung der Auftragnehmer handelt es sich dabei um eine sinnvolle Empfehlung, die jedoch weniger mit dem Konzept zur Qualitätsprüfung und -darstellung in der ambulanten Pflege zusammenhängt, sondern dem sich anschließenden Verwaltungsverfahren. Für die beiden ersten aufgeworfenen Fragen bietet das neue Prüfkonzept Anhaltspunkte.

Empfehlung 25: *Die Darstellung von Qualitätsaspekten, die bei einem Pflegedienst nicht geprüft werden konnten, sollten angepasst werden.*

Bearbeitung: Weitere Überlegungen zur Qualitätsdarstellung und zum Umgang mit der Problematik, dass in der Regel nur einige der möglichen Qualitätsaspekte geprüft werden, finden sich im Abschlussbericht.

Empfehlung 26: *Im Rahmen der Implementierung des neuen Qualitätsprüfverfahrens sollten die Zusammenhänge zwischen dem „neuen Pflegeverständnis“ (i.S.v. Wingenfeld & Büscher 2017), den Kriterien, wann ein Qualitätsaspekt des Bereichs 2 Gegenstand der Qualitätsprüfung sein muss und wann er nicht geprüft wird sowie der Abgrenzung zwischen vereinbarten Leistungen, die eine Prüfung im Bereich 2 erfordern bzw. rechtfertigen und übergeordneten Beratungen durch den Pflegedienst nochmals verdeutlicht bzw. stärker operationalisiert werden.*

Bearbeitung: Sowohl in der Verfahrensbeschreibung wie auch in der Ausfüllanleitung wurden Ergänzungen vorgenommen, die verdeutlichen unter welchen Voraussetzungen Qualitätsaspekte zum Prüfungsumfang gehören und unter welchen nicht.

2.5 Prüfung relevanter Richtlinien und Vereinbarungen

Im Rahmen der Anpassungsarbeiten wurde geprüft, ob neben den im Angebot der Auftragnehmer vom 09. Februar 2022 (S. 10) genannten vertraglichen Grundlagen für die ambulante Pflege, den Rahmenvereinbarungen und -empfehlungen, den Maßstäben und Grundsätzen für die ambulante Pflege nach § 113 SGB XI sowie der HKP-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses weitere relevante Dokumente einzubeziehen sind bzw. ob die jeweils gültigen Fassungen der genannten Grundlagen berücksichtigt sind. Geprüft wurden für die in diesem Abschlussbericht niedergelegten Vorschläge die folgenden Dokumente:

- Qualitätsprüfungs-Richtlinie – ambulante Pflege des GKV-Spitzenverbandes vom 18. Dezember 2019
- Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27.05.2011, zuletzt geändert am 09.11.2022
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, kurz: HKP-RL) in der Fassung vom 17. September 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 21a (Beilage) vom 9. Februar 2010 in Kraft getreten am 10. Februar 2010, zuletzt geändert am 19. Januar 2023, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 10.03.2023 B4) in Kraft getreten am 11. März 2023
- Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP) des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V über die Durchführung und den Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen gemäß § 275b SGB V von Leistungserbringern mit Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V vom 18. Dezember 2019
- Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege vom 10.12.2013 i. d. F. vom 28.10.2021
- Rahmenempfehlungen nach § 132l Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege vom 03.04.2023

3. Schlussfolgerungen für das Prüfinstrumentarium

Die Prüfung der im Jahr 2018 vorgelegten Konzeption des neuen Verfahrens für die Qualitätsprüfung und -darstellung in der ambulanten Pflege hat in Kombination mit den Erkenntnissen aus den verschiedenen Konsultationen, der Prüfung der Empfehlungen des IGES-Instituts zur Pilotierung des Verfahrens sowie der Auseinandersetzung mit den relevanten Richtlinien und Vereinbarungen zu verschiedenen Veränderungen und Anpassungen des Prüfverfahrens geführt, die im Folgenden erläutert werden.

3.1 Ankündigung der Prüfung

Konkretisiert wurden die Vorgaben zur Ankündigung der Prüfung. Dabei wurde zum einen der Zeitraum der Ankündigung vom Nachmittag auf den Vormittag verlegt, weil dieser Zeitraum eher eine Präsenz von Mitarbeiter*innen in den Räumlichkeiten des Pflegedienstes garantiert. Darüber hinaus wurde präzisiert, dass die Ankündigung am zweiten Werktag vor dem geplanten Prüftermin erfolgen soll, da es Missverständnisse gegeben hatte, wie mit Wochenenden oder Feiertagen zu verfahren sei. Die Auftragnehmer bleiben damit bei der bereits 2018 empfohlenen Ankündigung von zwei Tagen vor dem Prüftermin und empfehlen dem Qualitätsausschuss, auf eine Veränderung der gesetzlichen Bestimmung in § 114a SGB XI hinzuwirken, der eine Ankündigung am Vortag vorsieht. Sowohl hinsichtlich der wünschenswerten Präsenz von Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes wie auch der Notwendigkeit, relevante Unterlagen wie beispielsweise die für die Stichprobenziehung erforderliche Liste (s. 3.2) zusammenzustellen, bietet eine Ankündigung mit einem Vorlauf von bis zu zwei Werktagen mehr Möglichkeiten einer angemessenen Prüfsituation. Die oftmals als Begründung für eine kurzfristigere Ankündigung genannte Möglichkeit, Unterlagen zu manipulieren, verliert im neuen Prüfverfahren aufgrund der reduzierten Bedeutung einer vorwiegend dokumentationsorientierten Prüfung an Bedeutung.

3.2 Liste für die Stichprobenziehung

Der 2018 vorgelegte Entwurf sah eine Stichprobenziehung für die Qualitätsprüfung vor, die auf unterschiedlichen Merkmalen der Kombination aus beeinträchtigter/unbeeinträchtigter Mobilität oder kognitiver Fähigkeiten sowie der Verordnung aufwändiger Leistungen der häuslichen Krankenpflege beruht. An dieser Festlegung wird weiterhin festgehalten, allerdings wurden einige Klarstellungen und Weiterentwicklungen vorgenommen.

Von der im Entwurf von 2018 getroffenen Festlegung, dass die Pflegedienste eine maximal drei Monate alte Liste vorzuhalten haben, wurde im Rahmen der Anpassungsarbeiten abgewichen. Eine solche Festlegung würde bedeuten, dass die Pflegedienste alle drei Monate eine aktualisierte Liste erstellen müssten, die jedoch einzig dem Ziel der Stichprobenziehung für die Qualitätsprüfung dient und somit nur einmal jährlich erforderlich ist. Entsprechend wurde die Vorgabe dahingehend geändert, dass die Liste für die Stichprobenziehung nach Ankündigung des Prüftermins erstellt werden soll. Konkretisiert wurde zudem, welche Personen in der Liste aufzuführen sind und welche nicht. Dabei wurde dem Prinzip gefolgt, dass auf der Liste nur Personen erscheinen sollen, bei denen tatsächlich eine personenbezogene Prüfung möglich ist. Dazu gehören alle Personen, die Pflegesachleistungen nach § 36

SGB XI, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI sowie häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V erhalten. Nicht dazu gehören Personen, die ausschließlich Hilfen zur Haushaltsführung oder Betreuungs- oder Entlastungsleistungen oder eine Kombination dieser Leistungen erhalten oder Personen, bei denen der Pflegedienst Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchgeführt hat. Diese Festlegung ist auch für die Differenzierung der Pflegedienste gültig, die außerklinische Intensivpflege oder psychiatrische häusliche Krankenpflege leisten. Sollte es aus technischen Gründen nicht möglich sein, eine Liste der o.g. versorgten Personen zu erstellen und der Pflegedienst nur eine Gesamtliste aller versorgten Personen vorlegen können, muss sichergestellt sein (z.B. durch händische Markierung), dass die nicht zu berücksichtigenden Personen nicht in die Stichprobe gelangen.

Die inhaltlichen Hinweise zur Erstellung der Liste, insbesondere zur Frage, ob eine Beeinträchtigung der Mobilität oder der kognitiven Fähigkeiten vorliegt, wurden geprüft und erweitert. Ergänzt wurden Hinweise zur Integration der Personen, die außerklinische Intensivpflege oder psychiatrische häusliche Krankenpflege erhalten. Zudem wurde eine schematische Darstellung der Liste der versorgten Personen in die Verfahrensbeschreibung aufgenommen. Sollte das Verfahren in der vorgeschlagenen Form in den Regelbetrieb übernommen werden, ist die Entwicklung EDV-gestützter Unterstützungsmöglichkeiten für die Erstellung der Listen für die Stichprobenziehung zu erwarten.

Ein weiterer wichtige Aspekt der Liste für die Stichprobenziehung ist die Festlegung der aufwändigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Diese wurde gegenüber dem Entwurf von 2018 auf Basis der QPR-HKP verändert. Sie umfasst somit nicht mehr acht, sondern nur noch sechs HKP-Leistungen, die als aufwändig verstanden werden und deren Verordnung dazu führen würde, dass die mit diesen Leistungen versorgten Personen eine eigene Gruppe bei der Stichprobenziehung bilden.

Die Zielsetzung der Regelung, diese Gruppe in dieser Form in die Stichprobenziehung aufzunehmen, bestand darin, sicherzustellen, dass Personen, die keine SGB XI-Leistungen, aber aufwändige HKP-Leistungen erhalten, in die Stichprobe aufgenommen werden. Dabei ist zu betonen, dass die Festlegung einiger Leistungen als „aufwändig“ ausschließlich dem Zweck der Stichprobenziehung dient und keine Festlegung des Prüfumfanges impliziert. Diese erfolgt nach der Stichprobenziehung und bezieht alle HKP-Leistungen ein. Während des Praktikabilitätstests wurde offenbar, was im Rahmen der Konsultationen, insbesondere von Vertreter*innen der Prüfdienste angesprochen wurde: Über den derzeit beschriebenen Weg gelangen nahezu ausschließlich Personen in diese Gruppe der Liste (und damit in die Stichprobe), bei denen HKP-Leistungen mit den Positionsnummern 31 sowie 31a bis d verordnet wurden. Es handelt sich somit vor allem um Personen, bei denen eine Wundversorgung, ein Umgang mit Verbänden oder Orthesen sowie das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen erfolgt. Damit würde tatsächlich eine Gruppe mit einer anspruchsvollen Leistung in die Stichprobe aufgenommen werden können. Die Wahrscheinlichkeit, dass bei einer Reihe ambulanter Pflegedienste, diese Gruppe auf der Liste sehr überschaubar bleibt, ist aber zweifelsohne gegeben. Vor diesem Hintergrund wird das ursprünglich vorgeschlagene Konzept zur Erstellung der Liste und der darauf basierenden Stichprobenziehung beibehalten. Es wird aber ausdrücklich empfohlen, diesen Aspekt begleitend zur Einführung und Umsetzung des neuen Verfahrens zu evaluieren und ggf. andere Festlegungen zu treffen.

3.3 Feststellung des Prüfumfangs

Die Feststellung der prüfrelevanten Qualitätsaspekte und somit die Feststellung des Prüfumfangs wurde sehr umfangreich im Rahmen der Anpassung des Prüfverfahrens bearbeitet. Dies war erforderlich, um deutlicher zu formulieren, unter welchen Voraussetzungen Qualitätsaspekte aus dem Qualitätsbereich 2 zu prüfen sind. Zudem war es erforderlich, Klarstellungen zum Qualitätsbereich 1 „Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte“ vorzunehmen und erneut zu bewerten, ob und in welcher Form die Qualitätsaspekte aus dem Qualitätsbereich 4 „Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung“ Bestandteil des Prüfverfahrens bleiben sollen.

Qualitätsbereich 1 - Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte

Hinsichtlich dieses Qualitätsbereichs sind Fragen im Rahmen der Pilotierung aufgetaucht, die insbesondere die Qualitätsaspekte „Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren“ sowie „Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation“ betreffen. Alle drei Qualitätsaspekte werden nach wie vor für wichtig erachtet, unabhängig davon, wie umfangreich oder begrenzt der tatsächliche Auftrag ist.

Die Hinweise zum Qualitätsaspekt „Aufnahmemanagement“ wurden in die Verfahrensbeschreibung übernommen und somit an unterschiedlichen Stellen klargestellt, dass dieser Qualitätsaspekt immer dann zu beurteilen ist, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten 6 Monate neu oder erneut (z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt) vom Pflegedienst aufgenommen wurde. In der Ausfüllanleitung zum Prüfbogen sind Leitfragen formuliert, die verdeutlichen, dass es bei diesem Qualitätsaspekt darum geht, wie innerhalb des Pflegedienstes sichergestellt wird, dass die notwendigen Informationen zum Ausmaß der individuellen Beeinträchtigungen und Ressourcen sowie zu weiteren wesentlichen Aspekten vorhanden sind.

Für die beiden anderen Qualitätsaspekte wurde klargestellt, dass es um offenkundige Risiken und Gefahren geht, die die Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes und die Mitarbeiter*innen der Prüfdienste während des Prüfgeschehens wahrnehmen können, ohne dass dazu gesonderte oder formalisierte Einschätzungsverfahren durchzuführen oder gar Einschätzungsinstrumente zu nutzen wären. Die Forderung nach einer formalisierten Einschätzung ohne erkennbare Anzeichen für bestehende Risiken ist ausdrücklich nicht vorgesehen. Nicht zuletzt bedeutet diese Festlegung, dass die Entscheidung, ob diese Qualitätsaspekte in die Prüfung einzubeziehen sind, in der Regel erst während des Hausbesuchs getroffen werden kann, weil erst zu diesem Zeitpunkt erkennbar wird, ob die Risiken offenkundig sind.

Qualitätsbereich 2: Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen

Am Qualitätsbereich 2 wurden umfangreiche Veränderungen vorgenommen. Zunächst wurden die Ausführungen zur Frage, wann eine Leistung als vereinbart gilt, erweitert. Als Vereinbarung werden neben einem schriftlichen Vertrag, eine andere schriftliche Vereinbarung sowie eine mündliche Absprache angesehen, die z.B. als Aushandlung im Rahmen des Pflegeprozesses erfolgt ist. Diese

Festlegung ist deshalb erforderlich, weil sie unterschiedliche Formen der Aushandlung und Kooperation zwischen pflegebedürftigen Menschen, ggf. ihren Angehörigen, und ambulanten Pflegediensten berücksichtigt. Sie trägt zum einen der Tatsache Rechnung, dass die Anforderungen der Pflegesituation sowohl variieren als auch gleichbleibend sein können. Zum anderen können unterschiedliche Formen der Leistungsvergütung (Leistungskomplexe, Zeitvergütung) zu unterschiedlichen Formen der Vereinbarung führen, die es im neuen Prüfverfahren zu berücksichtigen gilt. Durch diese Festlegung kann es erforderlich sein, die vereinbarten Leistungen im Gespräch mit dem pflegebedürftigen Menschen und ggf. Angehörigen einerseits und den Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes andererseits zu erfragen.

Angepasst wurde zudem die zweite Bedingung, die erfüllt sein muss, damit ein Qualitätsaspekt zum Gegenstand der Prüfung wird, nämlich die zeitlich und fachlich wesentliche Bedeutung der Maßnahmen für die Durchführung des pflegerischen Auftrags. Es sind beispielsweise unterschiedliche Konstellationen denkbar, in denen eine Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition erforderlich ist, um eine angemessene Unterstützung bei der Mobilität leisten zu können. Gleiches trifft zu auf die Unterstützung bei der Körperpflege oder der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. In anderen Fällen kann eine Unterstützung bei der Mobilität erforderlich sein, um Hilfe bei der Körperpflege oder beim An- und Ausziehen zu leisten. Denkbar sind entsprechend recht offen gehaltene Vereinbarungen mit einer Zeitvergütung unter der Bezeichnung „Grundpflege nach Zeit“, in denen die unterschiedlichen Bedarfslagen des pflegebedürftigen Menschen zusammenfassend angegangen werden. Ebenso denkbar sind Vereinbarungen zur „Stabilisierung der Pflegesituation“ die unterschiedliche Maßnahmen enthalten können. In der Ausfüllanleitung werden die möglichen Konstellationen näher ausgeführt.

Die Konsultationen im Rahmen der Anpassung haben darüber hinaus offenbart, dass im Fall einer Leistungskomplexvergütung die Inhalte der jeweiligen Leistungskomplexe von den Vertreter*innen der Prüf- und Pflegedienste für die Feststellung des Prüfumfags herangezogen wurden. Tatsächlich sind einige der Beschreibungen für einzelne Leistungskomplexe sehr eindeutig, was den Bestandteil der Leistung angeht. In diesen Fällen ist es naheliegend, sich bei der Feststellung des Prüfumfags daran zu orientieren. Es war im Rahmen der Anpassungsarbeiten jedoch weder möglich noch wurde es für sinnvoll erachtet, sämtliche Leistungskomplexbeschreibungen, die in Deutschland existieren, daraufhin zu prüfen, welcher Prüfumfang sich daraus unmittelbar ergibt. Sowohl die Vertreter*innen der Prüfdienste wie auch der Pflegedienste waren sich dieser Inhalte gleichermaßen bewusst und haben sie gleichermaßen zur Feststellung des Prüfumfags genutzt. Insgesamt sind die Grundprinzipien der Feststellung des Prüfumfags in der Verfahrensbeschreibung und Ausfüllanleitung konkretisiert und nach Auffassung der Auftragnehmer hinreichend verdeutlicht.

Qualitätsaspekt Schmerzmanagement

Bezüglich des Schmerzmanagements als Gegenstand der Qualitätsbeurteilung wurde die Entscheidung getroffen, diesen Aspekt aus der Qualitätsprüfung zu streichen. Dieser Schritt begründet sich dadurch, dass es tatsächlich in den bestehenden leistungsrechtlichen Vorgaben, weder in der HKP-RL noch in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI eine Grundlage für die Vereinbarung des Schmerzmanagements als eigenständige Leistung gibt. Dies ist aus Sicht der Auftragnehmer bedauerlich, weil die

Unterstützung kranker und/oder pflegebedürftiger Menschen, die an akuten oder chronischen Schmerzen leiden, eine wichtige Aufgabe für die ambulante Pflege ist. Als eigenständig zu vereinbarenden Leistung kann sie jedoch kaum eingekauft werden und entsprechend selten dürfte eine solche Vereinbarung erfolgen. Möglich erscheint ein Beitrag zum Schmerzmanagement im Rahmen einer offenen gehalten Vereinbarung (wie oben geschildert) oder einer Vereinbarung zur Information, Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen oder ggf. seiner Angehörigen. Für letztere wurde das Schmerzmanagement als mögliches Beispiel in der Ausfüllanleitung ergänzt. Es könnte somit auch als Bestandteil einer Vereinbarung zur Beratung Gegenstand der Prüfung werden. Ebenso denkbar ist eine explizite ärztliche Verordnung (z.B. bei der Medikamentengabe oder Injektionen), die einen Bezug zum Schmerzmanagement hat. In diesem Fall könnte das Schmerzmanagement durch diese Verordnung im Qualitätsbereich 3 („ärztlich verordnete Leistungen“) Gegenstand der Prüfung werden. Als eigenständiger Vereinbarungsbestandteil, der somit auch eigenständiger Qualitätsaspekt in der Prüfung wird, ist das Schmerzmanagement unwahrscheinlich, so dass dieser Qualitätsaspekt aus der Liste der im Qualitätsbereich 2 zusammengefassten Leistungen gestrichen wurde.

Qualitätsbereich 3 – ärztlich verordnete Leistungen

Für den Qualitätsbereich 3 ist zu berücksichtigen, dass es durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der HKP-RL vom Juli 2022, in dem Regelungen über die Bestimmung der Häufigkeit und Dauer von einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen durch Pflegefachkräfte nach § 37 Absatz 8 SGB V getroffen werden, mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Veränderungen hinsichtlich der Verordnungssituation kommen wird, weil Pflegefachkräfte, die noch festzulegende Anforderungen erfüllen, innerhalb des vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer einer Verordnung bestimmen können. Für das Prüfgeschehen sind die Veränderungen nicht sehr umfassend, da weiterhin der Bezug der Qualitätsprüfung zum Inhalt der Verordnung besteht. Eine Erweiterung der verordnungsfähigen Leistungen ist mit dieser Änderung nicht verbunden. Für die Prüfung bleibt die Anforderung bestehen, die Übereinstimmung zwischen Leistungserbringung und Verordnung und zudem die Versorgung vor dem Hintergrund des aktuellen Wissensstandes zu prüfen.

Qualitätsbereich 4 – sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung

Entgegen der Empfehlung aus der Pilotierung des neuen Prüfverfahrens halten die Auftragnehmer die Aufnahme der Qualitätsaspekte „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ und „Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung und Unterversorgung“ in das Prüfverfahren für sinnvoll und richtig. Die Beibehaltung dieser Qualitätsaspekte wurde auch im Rahmen der unterschiedlichen Konsultationen angesprochen. Trotz mancher Skepsis wurde dabei eindeutig auch eine Chance in der Aufnahme dieser beiden, unbewerteten Qualitätsaspekte gesehen, a) um die Sensibilität für zwei zentrale Aspekte der häuslichen pflegerischen Versorgung zu fördern und die Versorgungsqualität zu verbessern, b) weil dadurch der beratungsorientierte Prüfauftrag in den beiden Qualitätsaspekten gut zum Ausdruck kommen kann und c) gerade im Hinblick auf Anzeichen von Missbrauch, Vernachlässigung und Gewalt die Erkenntnislage übereinstimmend darauf verweist, dass die Tabuisierung eines der größten Probleme darstellt. Es wird weder von den Pflege- noch von den Prüfdiensten erwartet

werden können, die bestehenden Probleme umfassend zu lösen. Beide sind jedoch so nahe an möglichen Problemkonstellationen wie niemand sonst. Die explizite Anregung und Ermutigung etwaige Anzeichen gemeinsam zu thematisieren, kann daher durchaus als Chance angesehen werden.

Zu klären war für beide Qualitätsaspekte, wann und wie genau sie Gegenstand der Prüfung werden und wie die Prüfer*innen damit umgehen sollen. Für die „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ gilt, dass in den Prüfsituationen, in denen Angehörige vor Ort sind oder es eindeutige Hinweise auf eine Beteiligung von Angehörigen in der Versorgung gibt, die Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes gefragt werden sollen, ob es eine Zusammenarbeit gibt und wie diese aussieht. Zeigen sich dabei Anzeichen für besondere Schwierigkeiten oder Optimierungsmöglichkeiten in der Kommunikation und Abstimmung soll ein Beratungsgespräch durch die Prüfer*innen angeboten werden. Die Pflegedienste können dann entscheiden, ob sie ein solches Angebot annehmen möchten.

Das Angebot eines Beratungsgesprächs stellt auch für den Qualitätsaspekt „Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung die empfohlene Maßnahme dar. Es soll unterbreitet werden, wenn sich im Prüfungsverlauf Anzeichen für Gewalt, Vernachlässigung oder Missbrauch gegenüber der versorgten Person in Form von verbalen Äußerungen oder durch Spuren von Verletzungen oder Schilderungen von aktivitätsbegrenzenden Handlungen ergeben.

Die Zielsetzung beider Qualitätsaspekte besteht ausdrücklich in der Sensibilisierung gegenüber sehr wichtigen Aspekten der häuslichen Pflege, an denen niemand so eng arbeitet wie die Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste und bei denen kaum jemand einen ähnlichen Einblick erlangt wie die Mitarbeiter*innen der Prüfdienste. Es ist nicht davon auszugehen, dass dieser Qualitätsaspekt regelmäßig in der Prüfung zum Thema wird. Dort, wo es Anzeichen gibt, bietet er eine Möglichkeit, das Thema aufzugreifen. Die Hinweise in der Ausfüllanleitung und der Verfahrensbeschreibung zum Qualitätsbereich 4 wurden entsprechend der vorherigen Ausführungen weiterentwickelt.

3.4 Informationsquellen

Die Hinweise auf einen Klarstellungsbedarf hinsichtlich der im Rahmen der Prüfung zu verwendenden Informationsquellen wurden eingehend geprüft und auch in den Konsultationen thematisiert. Dabei wurde jedoch kein weiterer Anpassungsbedarf für notwendig erachtet.

3.5 Stichprobenziehung und Vorbereitung der Prüfung

Neben der Erstellung der Liste umfasst die Vorbereitung der Qualitätsprüfung weitere Aspekte, zu denen ein Anpassungs- oder Veränderungsbedarf geprüft wurde. Die Regelungen für das Stichprobenverfahren wurden weitgehend in der 2018 beschriebenen Form beibehalten. Umfangreiche Weiterentwicklungen wurden für die außerklinische Intensivpflege und die psychiatrische häusliche Krankenpflege vorgenommen, die bereits im Zwischenbericht von August 2022 dargelegt wurden und in diesem Bericht im Kapitel 4 zur spezialisierten ambulanten Pflege noch einmal aufgegriffen werden. Eine geringfügige Änderung bezieht sich darauf, dass die Stichprobenziehung in den einzelnen Gruppen der

Liste nun die einmalige Ziehung von 6 Personen vorsieht (vorher 2), von denen die beiden ersten zunächst gefragt werden, ob sie eine Einwilligung für einen Hausbesuch erteilen. Sofern diese Einwilligung nicht erteilt wird, werden in der Reihenfolge der Ziehung die nächsten der gezogenen sechs Personen um ihre Einwilligung gebeten. Durch diese Regelung soll das Verfahren vereinfacht werden.

In den Konsultationen wurde die Bitte geäußert, die Regeln für die Festlegung der Zufallszahl, nach der die Stichprobe für die Prüfung gezogen wird, sehr eng zu fassen. Die Auftragnehmer halten eine solche sehr enge Festlegung nicht für erforderlich und weisen darüber hinaus darauf hin, dass es unterschiedliche Verfahren zur Generierung von Zufallszahlen gibt, die von der Nutzung eines Würfels bis hin zur Nutzung eines Zufallsgenerators reichen, der beispielsweise im Programm „Excel“ enthalten ist. Auch die in der geltenden QPR vorgesehene Vorgehensweise ist geeignet für die Festlegung einer Zufallszahl zur Stichprobenbildung.

Hinsichtlich der erforderlichen Einverständniserklärung der pflegebedürftigen Menschen oder ggf. ihrer Betreuer*innen sieht das neue Verfahren – ähnlich wie das bestehende – eine zunächst mündliche, in der Regel telefonische Einwilligung vor, der während des Hausbesuchs eine schriftliche Einwilligung folgen soll.

4. Spezialisierte ambulante Pflege

Bei den Entwicklungsarbeiten zur neuen Prüfkonzeption wurden die Besonderheiten der spezialisierten ambulanten Pflege mit den Prinzipien der Qualitätsprüfung in der nicht spezialisierten ambulanten Pflege verknüpft. Dieses Vorgehen hatte im Verlauf der Pilotierung durch das IGES-Institut zu Unsicherheiten geführt. Teile dieser Unsicherheit sind dadurch zu erklären, dass die tatsächlichen Inhalte der verordnungsfähigen Leistungen der Intensivpflege – 2018 noch als „spezielle Krankenbeobachtung“ bezeichnet – und der ambulanten psychiatrischen Pflege in der HKP-RL nur knapp beschrieben waren. Sie bedürfen daher weiterer Konkretisierungen, um die Grundlage für Qualitätsmaßstäbe und deren Prüfung bilden zu können.

Eine weitere Herausforderung besteht in der Stichprobenbildung in der spezialisierten ambulanten Pflege, weil es unterschiedliche Ausrichtungen ambulanter Pflegedienste gibt. Während einige Dienste ausschließlich spezialisierte ambulante Pflege leisten, erbringen andere Pflegedienste sowohl spezialisierte wie auch nicht spezialisierte ambulante Pflege. Es gilt daher deutlicher herauszuarbeiten, wie vorzugehen ist a) bei spezialisierten Diensten und b) bei ambulanten Pflegediensten, bei denen die Intensivpflege oder psychiatrische Pflege Teil des angebotenen Leistungsspektrums ist, aber keine ausdrückliche Spezialisierung der gesamten Einrichtung vorliegt.

Im vorliegenden Bericht werden das methodische Vorgehen bei der Anpassung der Prüfverfahren, Konsequenzen aus veränderten gesetzlichen und untergesetzlichen Festlegungen sowie konzeptionelle Überlegungen zur zukünftigen Gestaltung dargelegt. Die noch im Zwischenbericht gesondert formulierten Verfahrensbeschreibungen für die außerklinische ambulante Intensivpflege (AKI) und die

psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) sind in diesem Abschlussbericht in eine gemeinsame Verfahrensbeschreibung integriert worden (Anhang A). Die Besonderheiten in der Prüfung der AKI und pHKP wurden ebenso in den einrichtungsbezogenen Prüfbogen (Anhang C) integriert. Darüber hinaus enthält der Anhang Prüfbögen für die Prüfung bei der versorgten Person sowie Ausfüllanleitungen für diese Prüfbögen jeweils für die AKI und pHKP (Anhänge E und F).

4.1 Methodisches Vorgehen

Grundlage der Anpassungen für die spezialisierte ambulante Pflege waren die Überprüfung von Veränderungen der normativen Grundlagen, Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung im Rahmen der Pilotierung des neuen Qualitätsprüfverfahrens durch das IGES-Institut, Ergebnisse des Austausches mit Vertreter*innen von Prüfdiensten und spezialisierten ambulanten Pflegediensten in Form von Videokonferenzen und schließlich auch interne Reflexionen im Projektteam der Auftragnehmer.

Die Auswertung der Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der für die spezialisierte ambulante Pflege maßgeblichen Richtlinien, Vereinbarungen und Empfehlungen hatte für die Anpassungsarbeiten einen sehr hohen Stellenwert. Seit der Entwicklung des neuen Qualitätsprüfverfahrens im Jahr 2018 haben sich gesetzliche Rahmenbedingungen, insbesondere die Grundlagen für die außerklinische Intensivpflege, erheblich geändert. Die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege wurden vor allem im Hinblick auf die spezialisierte ambulante Pflege weiterentwickelt. Im Rahmen des Projektauftrags waren daher die entsprechenden Entwicklungen und Rahmenempfehlungen zu sichten und im Hinblick auf einen sich daraus ergebenden Veränderungsbedarf für das Prüfverfahren in der spezialisierten ambulanten Pflege zu bewerten. Insbesondere im Bereich der außerklinischen Intensivpflege waren die Entwicklungen während des Zeitraums der Anpassungsarbeiten sehr dynamisch, so dass auch Weiterentwicklungen, die nach Abgabe und Abnahme des Zwischenberichts erfolgten, noch für diesen Abschlussbericht geprüft und berücksichtigt werden mussten.

Für die außerklinische Intensivpflege wurden insbesondere geprüft:

- das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) und die darauf aufbauende, durch den Gemeinsamen Bundesausschuss veröffentlichte Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL) in der Fassung vom 19. November 2021³,
- die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Fassung vom 19. November 2021⁴,
- die veränderten Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in der Fassung vom 28.10.2021 und

³ Veröffentlicht im Bundesanzeiger (Banz AT 17. März 2022 B2).

⁴ Veröffentlicht im Bundesanzeiger (Banz AT 25. März 2022 B1).

- die Rahmenempfehlungen nach § 132I Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege vom 03.04.2023.

Die Veränderungen der Rahmenbedingungen für die psychiatrische häusliche Krankenpflege waren etwas weniger tiefgreifend, jedoch gab es auch dort relevante Weiterentwicklungen. Geprüft wurden insbesondere

- die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Fassung vom 19. November 2021 und
- die veränderten Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in der Fassung vom 28.10.2021.

Die sich aus der Prüfung dieser Dokumente ergebenden Konsequenzen und Überlegungen für die Anpassung des Qualitätsprüfverfahrens werden nachfolgend beschrieben.

Eine weitere wichtige Grundlage zur Spezifizierung eines etwaigen Anpassungsbedarfs bildete die nochmalige *Auswertung des Berichts des IGES-Instituts* über die Pilotierung des neuen Prüfverfahrens (im Folgenden kurz: IGES-Bericht, s. auch Kapitel 2.4).

Der Zweck des *Austausches mit Vertreter*innen von Prüfdiensten und spezialisierten ambulanten Pflegediensten* bestand darin, einige ausgewählte, besonders wichtige Fragen bei der Anpassung des Prüfverfahrens für die spezialisierte ambulante Pflege zu erörtern und Erfahrungen aus dem Versorgungsalltag und der Prüfpraxis berücksichtigen zu können. Darüber hinaus wurden die beiden in diesem Zusammenhang durchgeführten Workshops dazu genutzt, eine Rückmeldung zu ersten Überlegungen zur Anpassung des Prüfverfahrens einzuholen. Im Mittelpunkt beider Videokonferenzen standen Fragen der Stichprobenbildung, der Festlegung des Prüfumfanges und der Qualitätsbewertung.

Begleitend wurden projektintern die konzeptionellen Überlegungen für die Qualitätsprüfung der spezialisierten ambulanten Pflege fortgeführt, nochmals reflektiert und auf dieser Grundlage Verfahrensbeschreibungen, Prüfbögen und Ausfüllanleitungen angepasst.

4.2 Zur Relevanz veränderter normativer Grundlagen

4.2.1 Ambulante außerklinische Intensivpflege

Die außerklinische Intensivpflege wurde mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) in eine eigenständige Leistung nach § 37c SGB V überführt. Ziele dieser Überführung sind insbesondere das bessere Ausschöpfen bestehender Weaning- bzw. Dekanülierungspotenziale sowie die Vermeidung von Fehlanreizen in der außerklinischen Intensivpflege, die Beseitigung von Qualitäts- und Versorgungsmängeln und die Festlegung klar definierter Ziele, Inhalte und Anforderungen ebenso wie eine engere Vernetzung der an der Behandlung beteiligten Personen.

Außerklinische Intensivpflege statt spezieller Krankenbeobachtung

Aufgrund der für die spezifische Zielgruppe der Menschen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf definierten AKI-RL wurde das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) geändert. Die Nummer 24 „spezielle Krankenbeobachtung“ im Leistungsverzeichnis wird gestrichen. Entsprechende Verordnungen werden ab dem 31. Oktober 2023 ungültig.

Diese Änderungen werden bei den Anpassungen des Prüfverfahrens dahingehend aufgenommen, dass der Begriff der „speziellen Krankenbeobachtung“ nicht mehr verwendet wird und stattdessen durchgehend von der „außerklinischen Intensivpflege“ oder der „ambulanten außerklinischen Intensivpflege“ gesprochen wird.

Orte der außerklinischen Intensivpflege

Orte, an denen außerklinische Intensivpflege erbracht werden kann, sind gemäß § 1 der AKI-RL Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, qualitätsgesicherte Intensivpflege-Wohneinheiten, die eigene Häuslichkeit sowie geeignete Orte, wie z.B. betreute Wohnformen, Schulen, Kindergärten und Werkstätten (§ 1 Abs. 4, AKI-RL). Die in der Richtlinie festgelegten Orte, an denen außerklinische Intensivpflege erfolgen kann, gehen also über das Handlungsfeld ambulanter Pflegedienste hinaus.

Das 2018 entwickelte neue Prüfverfahren bezieht sich jedoch ausschließlich auf die *durch ambulante Pflegedienste* durchgeführte außerklinische Intensivpflege. Die Anpassungen im Prüfverfahren beziehen sich dementsprechend ausschließlich auf die durch ambulante Pflegedienste geleistete Versorgung. Sie berücksichtigen andere Orte, in denen ambulante Pflegedienste nicht tätig sind, oder andere Akteure der außerklinischen Intensivpflege ausdrücklich *nicht*.

Gemäß § 4 Abs. 1 der AKI-RL sind Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft notwendig ist. Versicherte mit Anspruch nach § 37c SGB V sind dabei eingeschlossen. Somit bleibt der Personenkreis, bei dem eine Qualitätsprüfung durchgeführt werden kann, unverändert.

Potenzialerhebung

Beatmete oder trachealkanülierte Versicherte müssen vor jeder Verordnung eine individuelle Potenzialerhebung durchlaufen, die in § 5 der AKI-RL näher beschrieben ist. Die Erhebung des Potenzials ist eine Neuerung der AKI-RL im Vergleich zur HHP-RL, in der eine solche Erhebung nicht vorgesehen war. Das Ziel dieser Erhebung ist eine Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zu einer vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung) und die

Therapieoptimierung. Somit erhält die Erfassung von Potenzialen zur Dekanülierung und zum Weaning eine größere Bedeutung. Die notwendigen Qualifikationen der potenzialerhebenden Ärzt*innen sind in § 8 der AKI-RL beschrieben. Die vorauszusetzenden Qualifikationen der verordnenden Vertragsärzt*innen finden sich in § 9 der AKI-RL.

Da sämtliche Neuerungen in diesem Bereich das ärztliche Handeln betreffen, ergeben sich durch die Bestimmungen zur Potenzialerhebung keine Konsequenzen für das Prüfverfahren zur ambulanten außerklinischen Intensivpflege.

Ärztliche Verordnung

Die Erbringung außerklinischer Intensivpflege setzt nach § 6 Abs. 1 AKI-RL eine ärztliche Verordnung voraus, welche durch eine*n verordnende*n Vertragsärzt*in (§ 9 AKI-RL) auf einem Vordruck zu erfolgen hat, auf dem wesentliche Informationen zur pflegebedürftigen Person angegeben werden, u.a. die verordnungsrelevante(n) Diagnose(n), die daraus resultierenden Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen, Beatmungspflichtigkeit, ob die versorgte Person tracheostomiert ist, Weaning- und Dekanülierungspotenzial gemäß § 5 AKI-RL, die zu erbringenden Leistungen gemäß § 3 Absatz 1 AKI-RL, den Leistungsumfang und ggf. weitere Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege gemäß § 3 Absatz 2. Ebenso werden durch den/die verordnende*n Ärzt*in Therapieziele und -alternativen sowie die Maßnahmen zu deren Erreichung festgelegt (§ 6 Absatz 2 AKI-RL). Bei Änderungen der Voraussetzungen bzw. des Zustandes des pflegebedürftigen Menschen ist eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem/der verordnenden Ärzt*in obligat.

„Bestandteil der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist der von der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt, gegebenenfalls unter Mitwirkung der potenzialerhebenden Ärztin oder dem potenzialerhebenden Arzt erstellte Behandlungsplan“ (§ 6 Abs. 5, AKI-RL). Für die Anpassung des Prüfverfahrens bedeuten diese Bestimmungen, dass die Art der ärztlichen Verordnung sich gegenüber der HKP-Richtlinie verändert. Verordnungen sollen detaillierter und umfangreicher erfolgen und zudem einen Behandlungsplan enthalten. Bereits im Entwurf für das Verfahren zur Qualitätsprüfung in der ambulanten Pflege von 2018 wurde für die Prüfung sämtlicher ärztlich verordneter Maßnahmen auf die Bedeutung der Übereinstimmung der geleisteten Pflege mit dieser Verordnung hingewiesen. Entsprechend ändern die neuen Bestimmungen nichts an diesem Grundsatz. Allerdings konkretisiert die erweiterte und detaillierte Verordnung das tatsächliche Geschehen in der außerklinischen Intensivpflege und ist daher ein wesentlicher Aspekt bei der Festlegung des Prüfungsumfanges und der in die Prüfung einzubeziehenden Aspekte.

Ziele und Leistungsinhalte der AKI

Ausführlich definiert werden in § 2 Abs. 1 der AKI-RL die spezifischen Ziele der außerklinischen Intensivpflege, die darin bestehen, im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung die Patienten- und Versorgungssicherheit von Versicherten nach Maßgabe ihres individuellen Bedarfs zu erhalten, zu

fördern und zu verbessern. Zudem dient die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung auch der Verbesserung der Lebensqualität (§ 2 Abs.1 AKI-RL). Die Maßnahmen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege sind auf die individuellen, patientenzentrierten Therapieziele „Sicherstellung von Vitalfunktionen“, „Vermeidung lebensbedrohlicher Komplikationen“ und „Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen/Erhalt und Förderung des Gesundheitszustandes“ auszurichten (§ 2 Abs. 2 AKI-RL).

Im Kern bestand diese Zielsetzung bereits bei der „Speziellen Krankenbeobachtung“, so dass keine wesentlichen inhaltlichen Veränderungen vorzunehmen waren, sondern in erster Linie sprachliche Anpassungen, damit die Prüfdokumente dem Wortlaut der AKI-RL entsprechen.

Neu definiert wurden die Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege in § 3 Absatz 1. Ungeachtet vieler Überschneidungen mit den bisherigen Inhalten in der Qualitätsprüfanleitung für die häusliche Krankenpflege, die Grundlage für die Entwicklungsarbeiten 2018 war, wurden für den Prüfbogen und die Ausfüllanleitung die Inhalte der AKI-RL übernommen.

Anleitung von Angehörigen

Neben zahlreichen Überschneidungen zeigen die in der AKI-RL genannten Leistungsinhalte jedoch auch Unterschiede zur bisherigen Beschreibung von Inhalten. So ist in § 3 Absatz 1 Nummer 10 die Anleitung von An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung der oder des Versicherten als Leistungsinhalt der außerklinischen Intensivpflege explizit genannt. Sie erhält somit einen höheren Stellenwert bei der Versorgungsgestaltung. In § 12 Abs. 6 heißt es dazu, dass eine engere Einbeziehung der An- und Zugehörigen in die medizinische Behandlungspflege ermöglicht werden muss, wenn dies gewünscht wird und eine fachgerechte Versorgung gewährleistet werden kann.

Der Aspekt der Anleitung war bereits Bestandteil des 2018 entwickelten Prüfbogens. Er wird im Rahmen dieser Anpassung jedoch nun noch eindeutiger als Teil der außerklinischen Intensivpflege aufgenommen. Dieser Aspekt ist auch deshalb von Bedeutung, weil die AKI-RL mit dieser Festlegung eine Empfehlung bzw. Frage aus dem IGES-Bericht zur Pilotierung des Prüfverfahrens für die ambulante Pflege eindeutig beantwortet.

In Empfehlung 20 des IGES-Berichts heißt es: „Der zweite Satz der Qualitätsaussage [im Prüfbogen für das neue Prüfverfahren – d. Verf.] sollte rechtlich geprüft werden. Der Satz lautet: ‚Im Rahmen der speziellen Krankenbeobachtung trägt der ambulante Pflegedienst dazu bei, dass der pflegebedürftige Mensch und seine Angehörigen oder andere in die Pflege involvierte 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‘“ (IGES 2021, S. 370f).

Auch die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V nennen explizit die Information und Beratung als pflegerische Leistung. Dort heißt es, dass Bestandteile der Leistungserbringung auch „die

notwendige Information und Beratung des Versicherten und der Angehörigen“ sind. Ebenso Erwähnung finden Anleitung und Schulung in Absatz 22 der Rahmenempfehlungen: „Der Pflegedienst orientiert sich am Grundsatz der Rückzugspflege. Ziel der Rückzugspflege ist es, Versicherte und deren soziales Umfeld durch strukturierte Maßnahmen, insbesondere durch Anleitung und Schulung, in die Lage zu versetzen, sich an den krankenschwägerischen Maßnahmen zu beteiligen bzw. diese ganz oder teilweise zu übernehmen“. Ebenso findet sich in § 10 Abs. 9 der Rahmenempfehlungen nach § 132I SGB V der Hinweis, dass die außerklinische Intensivpflege die notwendige Information und Beratung der oder des Versicherten und der Angehörigen beinhalten kann.

Nicht zuletzt wird die Auffassung, dass Anleitung explizit als Teil der Pflege bzw. hier der außerklinischen Intensivpflege anzusehen ist, auch durch die Ausbildungsziele des Pflegeberufgesetzes (§ 5 PflBG) untermauert. Dort heißt es: „Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, die folgenden Aufgaben selbstständig auszuführen: [...] f) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen, [...] und i) Anleitung, Beratung und Unterstützung von anderen Berufsgruppen und Ehrenamtlichen in den jeweiligen Pflegekontexten sowie Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen [...] umzusetzen (§ 5 Abs. 3 Satz 1 PflBG).

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass keinerlei Zweifel daran bestehen können, dass Information, Anleitung und Beratung grundsätzlich zu den pflegerischen Aufgaben zu zählen sind. Diese aus fachlicher Sicht selbstverständliche Feststellung wird durch das nunmehr auch explizite Benennen dieser pflegerischen Aufgabe in den normativen Grundlagen für die außerklinische Intensivpflege noch einmal unterstrichen. Für die in der AKI-RL genannte Anleitung von Angehörigen gilt dies im Zusammenhang mit dem Qualitätsprüfverfahren im Besonderen.

Weitere ärztliche Verordnungen

Eine im Rahmen der Entwicklungsarbeiten nicht zufriedenstellend gelöste Frage war, ob und in welchem Ausmaß neben der Prüfung der außerklinischen Intensivpflege weitere ärztlich verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege in die Prüfung einbezogen werden sollen.

Zu dieser Frage sorgt die AKI-RL in § 3 für eine Klarstellung: „Die außerklinische Intensivpflege beinhaltet alle im zeitlichen Zusammenhang anfallenden erforderlichen Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege nach der Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 7 SGB V“ (§ 3 Abs. 2 Satz 1 AKI-RL). Zudem muss die Ausführung durch eine geeignete Pflegefachkraft erbracht werden und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege können in diesen Fällen nicht separat verordnet werden (§ 3 Abs. 2 Satz 2-3 AKI-RL). Somit leistet der Leistungserbringer nach § 132I SGB V, der außerklinische Intensivpflege erbringt, im umfassenden Maße alle anfallenden Pflegeleistungen der medizinischen Behandlungspflege. Ausnahmen bestehen nur dort, wo die außerklinische Intensivpflege nicht für 24 Stunden verordnet wird und notwendige ärztlich

verordnete Maßnahmen nicht während des verordneten Zeitraums der außerklinischen Intensivpflege erbracht werden können. In diesen Fällen sind weitere Verordnungen entsprechend der HKP-Richtlinie möglich. Im angepassten Prüfverfahren sind diese Vorgaben der AKI-RL berücksichtigt und aufgenommen worden. Anders als in der Version von 2018 sind nunmehr sämtliche anfallenden Pflegeleistungen der Behandlungspflege in die außerklinische Intensivpflege integriert⁵.

Information und Zusammenarbeit

Ein weiterer Aspekt der AKI-RL ist die Zusammenarbeit und Kommunikation des Leistungserbringers mit den verordnenden Ärzt*innen. In § 12 AKI-RL ist die Zusammenarbeit zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination von außerklinischer Intensivpflege beschrieben. Eine reibungslose Kooperation und Koordination der Versorgungs- und Behandlungsverläufe haben im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege aufgrund der besonders hohen Komplexität der Krankheitsbilder einen hohen Stellenwert. Die verordnenden Vertragsärzt*innen verantworten die Koordination der Behandlung. Alle an der Versorgung einbezogenen Berufsgruppen (z. B. geeignete Pflegefachkräfte, Logopäd*innen, Ergo- und Physiotherapeut*innen, Hilfsmittelversorger*innen, Atmungstherapeut*innen) sind zur interprofessionellen Zusammenarbeit angehalten. Ebenso sind die Krankenkassen mit in die Versorgung einzubeziehen. Zudem sollen die oder der Versicherte und die an der medizinischen Behandlungspflege beteiligten Angehörigen in geeigneter Weise eingebunden werden (§ 12 Abs. 2 Satz 1-3). Des Weiteren ist der Leistungserbringer nach § 12 Abs. 4 der AKI-RL verpflichtet, „die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt über auftretende Veränderungen des Gesundheitszustandes und über Unter- oder Überschreitung von durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt definierten Grenzwerten der Vitalzeichen zu informieren. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt entscheidet über die erforderlichen Maßnahmen, die sich daraus ergeben.“ Als Beispiel dient insbesondere die explizite Benennung der Beatmungsentwöhnung als Zielsetzung innerhalb der AKI-RL: „Insbesondere bei Anzeichen, die auf ein Entwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzial schließen lassen, informiert der Leistungserbringer nach § 132I SGB V unverzüglich die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt. Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt leitet bei Bedarf die erforderlichen Maßnahmen zur Prüfung eines Entwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzials ein. Die Krankenkasse wird über das Ergebnis informiert“ (§ 12 Abs. 5).

Unabhängig von dieser starken Betonung ergibt sich durch diese Festschreibungen kein grundlegender Änderungsbedarf des Prüfbogens, da die Kommunikation mit dem/der verordnenden Ärzt*in bereits 2018 einer der zentralen prüfrelevanten Aspekte war.

⁵ Somit dürfte eine weitere Empfehlung bzw. Frage des IGES-Instituts zur außerklinischen Intensivpflege geklärt sein. Diese lautet: „Falls das neue Prüfverfahren für die Leistung „spezielle Krankenbeobachtung“ beibehalten wird, sollte klargestellt werden, was unter welchem Qualitätsaspekt in Prüfbereich 3 geprüft werden soll“ (IGES, S. 371f).

Rahmenempfehlungen nach §132I SGB V

Wie einleitend erwähnt, wurden die Rahmenempfehlungen nach § 132I Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege im Hinblick auf erforderliche Anpassungen für das im Zwischenbericht vom August 2022 weiterentwickelte Prüfverfahren für die außerklinische Intensivpflege geprüft. Nach dieser Prüfung sind die Auftragnehmer der Auffassung, dass die Rahmenempfehlungen keine weiteren Anpassungen am Prüfinstrument erfordern. Zu einigen Aspekten bedarf es jedoch der Erläuterung.

Für eine mögliche Prüfung der Strukturkriterien (insbesondere der Qualifikation der Pflegekräfte, des Personalschlüssels und des Vorhandenseins von Unterlagen wie Regelungen für medizinische Notfälle, Prozessbeschreibung für die Kommunikation mit anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren, Einarbeitungsplan und Fortbildungsnachweisen) enthalten die Rahmenempfehlungen sehr detaillierte Festlegungen, die zur Grundlage einer solchen Prüfung gemacht werden können.

Im Prüfverfahren für die AKI wird eine Differenzierung zwischen ambulanten Pflegediensten nach dem Grad ihrer Spezialisierung vorgenommen (s. Anhang A – Verfahrensbeschreibung). Bei der Stichprobziehung wird differenziert zwischen Personen, die AKI erhalten und beatmet werden und denjenigen die AKI ohne Beatmung erhalten. Die Rahmenempfehlungen nach § 132I Abs. 1 SGB V differenzieren hinsichtlich der Qualifikationen der verantwortlichen, aber auch aller anderen Pflegefachkräfte zwischen denjenigen, die Personen versorgen, die trachealkanüliert (und ggf. beatmet) sind und denjenigen, die Personen versorgen, die weder beatmet noch trachealkanüliert sind. Daraus ließe sich in der Konsequenz ableiten, dass die Differenzierung nicht zwischen beatmeten und nicht-beatmeten Personen, die AKI erhalten, vorgenommen werden sollte, sondern zwischen trachealkanülierten und nicht-trachealkanülierten Personen. Die Auftragnehmer halten jedoch an ihrer Festlegung fest, eine Differenzierung in der Stichprobe anhand der Beatmung vorzunehmen und begründen diese Entscheidung insbesondere mit den Rückmeldungen aus den Konsultationen, die im Vorfeld der Weiterentwicklung des Prüfverfahrens für die spezialisierte ambulante Pflege durchgeführt wurden. Die theoretisch ebenfalls denkbare Möglichkeit, bei der Stichprobe nicht nur zwischen beatmeten und nicht-beatmeten Personen zu differenzieren, sondern darüber hinaus Regeln festzulegen, nach denen trachealkanülierte, aber nicht beatmete Personen einbezogen werden, erscheint vor dem Hintergrund des ohnehin bereits sehr komplexen Verfahrens nicht sinnvoll zu sein und vor allem für die Qualitätsprüfung keine substantiell erweiterten Erkenntnisse zu ermöglichen.

Ein weiterer Aspekt, der geprüft wurde, war die in den Rahmenempfehlungen vorgenommene Unterscheidung zwischen einer Maßnahmenplanung für die individuell erforderlichen und ausgehandelten Pflegemaßnahmen und einer konkretisierenden Maßnahmenplanung für die AKI und ggf. weitere Maßnahmen der Behandlungspflege auf Basis einer ärztlichen Verordnung. Eine solche Unterscheidung ist aus Sicht der Auftragnehmer nicht sinnvoll und für die Praxis eher verwirrend, da jedwede Maßnahmenplanung auch, sofern vorhanden, die aus einer ärztlichen Verordnung resultierenden Maßnahmen umfassen sollte. Aus diesem Grund wird im Prüfverfahren weiterhin lediglich von Maßnahmenplanungen gesprochen.

Die in § 10 der AKI-Rahmenempfehlungen enthaltenen Ausführungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung weisen viele Übereinstimmungen zu den bereits im Prüfverfahren enthaltenen Aspekten auf. So sind das interne Qualitätsmanagement, Fragen der Hygiene und die Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft bereits Bestandteil des Prüfbogens für die Prüfung auf Ebene der Einrichtung. Einige der in Abs. 7 aufgeführten Aspekte der Ergebnisqualität sind – sofern im Rahmen einer externen Qualitätsprüfung angemessen prüfbar - bereits in den Ausführungen zur Prüfung der AKI enthalten, so dass auch durch diese Inhalte der Rahmenempfehlungen kein Anpassungsbedarf entsteht.

4.2.2 Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Auch für die psychiatrische häusliche Krankenpflege haben sich die Rahmenbedingungen durch die Neufassung der HKP-Richtlinie und der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V verändert. Die Veränderungen umfassen eine Anpassung der Begrifflichkeiten, Konkretisierungen der Zielsetzung und eine Erweiterung der Leistungsbeschreibung. Einige Veränderungen sind für die Anpassung der 2018 erarbeiteten Vorschläge zur Qualitätsprüfung in der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege relevant. § 4 der HKP-Richtlinie in der aktuellen Fassung verweist auf verschiedene Besonderheiten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und die daraus abzuleitenden Anforderungen. Die Veränderungen in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V finden sich in § 5 der HKP-Richtlinie.

Seit 2018 wurde die Begrifflichkeit der bis dahin als „psychiatrische Krankenpflege“ bezeichneten Versorgung in „psychiatrische häusliche Krankenpflege“ verändert. Konkretisiert wurde in der HKP-Richtlinie die Formulierung der Ziele der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege. Danach soll die psychiatrische häusliche Krankenpflege dazu beitragen, dass Versicherte so weit stabilisiert werden, dass sie ihren Lebensalltag im Rahmen ihrer Möglichkeit selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen können und dass dabei das soziale Umfeld zu berücksichtigen ist (§ 4 Abs. 2 HKP-RL).

Die Einbeziehung des sozialen Umfelds wird besonders betont. In der Fassung der HKP-Richtlinie von 2018 findet sich zur Einbeziehung von Angehörigen noch eine „Kann“-Regelung. Mittlerweile heißt es, dass die Bezugspersonen einzubeziehen und im Umgang mit der Erkrankung anzuleiten sind, sofern dies im Einzelfall notwendig und erwünscht ist (§ 4 Abs. 5 HKP-RL). Darüber hinaus wurde ergänzt, dass die Pflege in den (gemeinde-)psychiatrischen Verbund oder andere vernetzte Behandlungsstrukturen eingebunden, das Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden sollen.

Erweitert wurde die Beschreibung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege im Leistungsverzeichnis der HKP-RL. Ursprünglich gehörten drei Aspekte zur Leistungsbeschreibung:

- Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau),
- Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen und

- Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen).

In der aktuellen HKP-RL bleiben die Inhalte der Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und Durchführung von Maßnahmen zur Krisenbewältigung unverändert. Statt der Entwicklung kompensatorischer Fähigkeiten wird nun von

- Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung beziehungsweise Entwickeln von kompensatorischen Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) und
- Unterstützung zur Kontaktaufnahme zu anderen an der Versorgung beteiligten Einrichtungen gesprochen.

Diese Konkretisierungen und Erweiterungen wurden bei der Anpassung des Prüfverfahrens genutzt, um die Inhalte der Pflege differenzierter zu beschreiben und konkretere Hinweise zur Prüfung der relevanten Aspekte zu geben.

Die Änderungen in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege konkretisieren auch die Qualifikationsanforderungen, insbesondere die Anforderungen an die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft. Sie verpflichten darüber hinaus die Pflegedienste, die fachliche Kompetenz der Mitarbeiter*innen durch Fortbildungen zu gewährleisten. Ferner wird in den Rahmenempfehlungen verdeutlicht, dass Aufnahmegespräche, die Information und Beratung sowie Fallbesprechungen mit anderen an der Versorgung Beteiligten Bestandteile der Leistungserbringung in der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind.

Besonders hervorzuheben ist die Bedeutung des ärztlichen Behandlungsplans für die Durchführung der Qualitätsprüfung in der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, die im Verlauf der Weiterentwicklung der Richtlinien und Rahmenempfehlungen erheblich zugenommen hat und damit im Prüfinstrumentarium stärker zu berücksichtigen ist als im ursprünglichen Konzept des neuen Prüfverfahrens vorgesehen war.

4.3 Konsultationen zur Anpassung des Prüfverfahrens

4.3.1 Workshop zur ambulanten außerklinischen Intensivpflege

Verschiedene Prüfdienste und ambulante Pflegedienste, die sich auf die Erbringung außerklinischer Intensivpflege spezialisiert haben, wurden zu einer Videokonferenz Anfang Juli 2022 eingeladen, um einige zentrale Fragen und vorläufige Überlegungen zur Neuausrichtung der Qualitätsprüfungen in diesem Bereich zu diskutieren. Es nahmen insgesamt sechs Vertreter*innen der Prüfdienste und acht Vertreter*innen verschiedener ambulanter Pflegedienste aus verschiedenen Bundesländern teil. Thematisch standen Fragen der Stichprobenbildung (und damit zusammenhängend Fragen nach den

Strukturen der spezialisierten Dienste und ihrer Klientel), die Bestimmung des Prüfumfanges sowie die Strukturierung der Prüfinhalte im Vordergrund der Beratungen. Grundlage waren Thesen oder vorläufige Überlegungen zur Ausgestaltung des Prüfverfahrens, die von den Organisatoren (HSO und IPW) vorgestellt wurden.

Stichprobenbildung

Zunächst wurde die Stichprobenbildung für die Qualitätsprüfung diskutiert. Vorgeschlagen wurde, bei spezialisierten Pflegediensten auf eine Schichtung der Stichprobe anhand verschiedener Kombinationen der Merkmale „Mobilitätsbeeinträchtigung“ und „Kognitive Beeinträchtigung“ zu verzichten und stattdessen eine Zufallsauswahl vorzunehmen.

Im Rahmen des Workshops wurde dieses Vorgehen als zielführend betrachtet. Die Vertreter*innen der Prüfdienste sahen eine Fallzahl von 5 bis 6 Personen als geeignet und ausreichend an. Es wurde sowohl von den Vertreter*innen der Prüfdienste als auch von den Vertreter*innen der ambulanten Pflegedienste eine einfache und pragmatische Form der Stichprobenfestlegung favorisiert. Hingewiesen wurde allerdings auch darauf, dass sichergestellt werden sollte, dass auch beatmete Patient*innen in der Stichprobe vertreten sind. Bei vielen Pflegediensten sei dies zwar bei einer Zufallsauswahl zu erwarten, aber nicht in jedem Einzelfall sichergestellt. Bei weitem nicht alle Personen, die außerklinische Intensivpflege erhalten, würden auch beatmet. Es wurde angemerkt, dass in Stichproben ohne beatmete Personen nicht das gesamte Leistungsspektrum abgebildet wird. Angemerkt wird außerdem, dass die Versorgung beatmungspflichtiger Personen deutlich risikobehafteter ist.

Betont wurde in der Diskussion die ausgeprägte Heterogenität der Pflegedienste, die außerklinische Intensivpflege anbieten. Benannt wurden regionale Unterschiede in Bezug auf das Verhältnis von beatmeten zu nicht beatmeten Personen, die von einem Pflegedienst versorgt werden. Daneben gibt es aber auch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen der Pflegedienste. Während sich einige ausschließlich auf die außerklinische Intensivpflege spezialisiert haben, haben andere mehrere bzw. keinen expliziten Versorgungsschwerpunkt. Prognostiziert wird ein deutlicher Trend in Richtung einer stärkeren Spezialisierung der Pflegedienste aufgrund der gestiegenen Anforderungen für die außerklinische Intensivpflege.

Bestimmung des Prüfumfanges

Der zweite Themenbereich des Workshops umfasste die Bestimmung des Prüfumfanges in der außerklinischen Intensivpflege. Zielsetzung war die Klärung, welche Leistungen geprüft werden. Unstrittig war, dass der Prüfumfang in erster Linie durch den Inhalt der ärztlichen Verordnung bestimmt wird. Ebenfalls unstrittig war die Feststellung, dass eine für 24 Stunden verordnete außerklinische Intensivpflege einen sehr umfassenden Versorgungsauftrag begründet, in dem neben den Inhalten der Verordnung auch pflegefachliche Einschätzungen der Gesamtsituation von Bedeutung sind und die Maßnahmenplanung beeinflussen.

Im Gespräch wurde zunächst diskutiert, wie sich die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege in der Regel verteilen und welche Versorgungskonstellationen vorherrschen. Seitens der Vertreter*innen der Prüfdienste wurde verdeutlicht, dass auch Leistungen nach dem SGB XI ihrem Inhalt nach in die außerklinische Intensivpflege integriert sind und diese geprüft werden, wenn sie beim pflegebedürftigen Menschen durchgeführt werden. Bei den Leistungen nach dem SGB V ergibt sich ebenfalls eine Vollversorgung.

Die Vertreter*innen der Pflegedienste betonten, die Prüfung solle die vereinbarten und vertraglich festgehaltenen Leistungen zwischen dem Pflegedienst und dem Leistungsempfänger zum Gegenstand haben und nicht all das, was im Rahmen der 24-Stunden-Versorgung tatsächlich geleistet wird. Trotz des umfassenden Auftrags dürfe häusliche Intensivpflege nicht mit allumfassender Zuständigkeit gleichgesetzt werden.

Festzuhalten ist schließlich auch, dass in der Diskussion den Ausführungen im Maßnahmen- und Behandlungsplan mit konkreten Anordnungen der/des zuständigen Ärztin/Arztes eine große Bedeutung für die Bestimmung des Prüfungsumfanges beizumessen sei.

Qualitätsbeurteilung

Im dritten und letzten Themenbereich des Workshops wurde diskutiert, welche Bezugspunkte bei der Qualitätsbeurteilung herangezogen werden sollten. Für diese Diskussion wurde im Vorfeld der Auszug einer modifizierten Prüfanleitung an die Teilnehmer*innen versandt.

Vertreter*innen der Prüfdienste betonten, es sei ausreichend, in allgemeiner Form auf Standards oder Leitlinien hinzuweisen. Von der Formulierung weiterer, davon unabhängigen Qualitätsanforderungen wurde abgeraten. Allerdings sollten klare Vorgaben dazu formuliert werden, welche Informationen im Prüfbogen schriftlich zu dokumentieren sind. Die Vertreter*innen der Pflegedienste verwiesen diesbezüglich auf die umfangreichen Dokumentationsanforderungen, die sie für die Qualitätsaspekte zu bewältigen haben.

Insgesamt ergaben die Beratungen im Verlauf des Workshops zahlreiche Hinweise und Anregungen, die an dieser Stelle nicht alle aufgeführt werden können. An verschiedenen Punkten lassen sie sich für die Anpassung des Prüfverfahrens für die außerklinische Intensivpflege nutzen. Das gilt auch für die Grundzüge eines an die Spezialisierung auf die Intensivpflege zugeschnittenen Stichprobenverfahrens. Es bestätigte sich aber auch die Befürchtung, dass die Versorgungslandschaft nicht nur heterogen, sondern auch intransparent ist. Belastbare Daten über den Spezialisierungsgrad der Dienste, die bei der Ausarbeitung des Stichprobenverfahrens zu Rate gezogen werden könnten, existieren nicht. Auch verlaufen strukturelle Entwicklungen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege derzeit mit hohem Tempo. Die Diskussionen mit den Teilnehmer*innen bestätigten indirekt die Einschätzung, dass jedes Stichprobenverfahren aufgrund der Heterogenität von Leistungsstrukturen und der Geschwindigkeit

sowie der Unvorhersehbarkeit struktureller Veränderungen in diesem Versorgungsbereich in regelmäßigen Abständen überprüft werden sollte.

4.3.2 Workshop zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege

Der Workshop zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege fand ebenfalls in der ersten Julihälfte 2022 als Videokonferenz statt. Teilgenommen haben fünf Vertreter*innen unterschiedlicher Prüfdienste und sechs Vertreter*innen unterschiedlicher ambulanter Pflegedienste, die psychiatrische häusliche Krankenpflege erbringen.

Im Zentrum der Diskussion standen Fragen rund um das Thema Stichprobenbildung, die Abgrenzung der Leistungen der ambulanten psychiatrischen Pflege von anderen Qualitätsaspekten und somit die Bestimmung des Prüfumfags sowie Fragen zu den fachlichen Bezugspunkten bei der Überprüfung, ob die Pflege dem aktuellen Stand des Wissens entspricht. Insgesamt konnte bei nahezu allen Fragestellungen trotz unterschiedlich ausgeprägten Interessenlagen ein Konsens in der Einschätzung von Problemen und Entwicklungsperspektiven im Zusammenhang mit dem Prüfverfahren festgestellt werden.

Den ersten und umfangreichsten Themenschwerpunkt bildeten die Regeln für die Stichprobenbildung. Hier muss, so wurde festgestellt, mit einer ausgeprägten Heterogenität der Patientenstruktur und des Leistungsangebots der Dienste gerechnet werden. Da es keine offizielle Kategorisierung von Pflegediensten aufgrund ihres Leistungsspektrums und keine bundesweite Erfassung von Diensten mit Spezialverträgen und auch keinen darauf bezogenen Datenaustausch gibt, liegen nur spärliche Informationen vor. Auf die Frage nach der charakteristischen Patientenstruktur in der ambulanten psychiatrischen Pflege fielen die Antworten der Teilnehmer*innen entsprechend unterschiedlich aus. Neben psychiatrischen Pflegediensten, die Einzeldienste im Sinne von Spezialdiensten sind und ausschließlich oder fast ausschließlich die HKP-Leistung Nr. 27a anbieten, gibt es offenbar nicht wenige Dienste, die neben einem gewöhnlichen Spektrum ambulanter Pflege über eine gesonderte Organisationsstruktur, die dem Dienst zugehörig ist, psychiatrische häusliche Krankenpflege anbieten; allgemeine und psychiatrische ambulante Pflegeleistungen werden also „organisationsstrukturell getrennt“. Die Teilnehmer*innen gingen allerdings überwiegend davon aus, dass Spezialdienste ohne „Mischangebot“ die Mehrheit bilden. Insgesamt scheint es unterschiedliche Strukturen je nach Bundesland zu geben.

Allen Teilnehmer*innen war es wichtig, dass das Stichprobenverfahren möglichst unkompliziert gestaltet wird und möglichst wenig Zeitaufwand erfordert. Für die spezialisierten psychiatrischen Pflegedienste, die ausschließlich die HKP-Leistung Nr. 27a anbieten, haben sich die Teilnehmer*innen daher einhellig für eine Stichprobenbildung mit Zufallsauswahl unter Verzicht auf eine besondere Schichtung ausgesprochen.

Das einzige Argument gegen eine reine, ungefilterte Zufallsstichprobe besteht nach Einschätzung der Teilnehmer*innen darin, dass zu Beginn des pflegerischen Auftrags in der psychiatrischen Pflege häufig der Beziehungsaufbau so stark im Vordergrund stünde, dass differenzierte Qualitätsbeurteilungen

außerhalb dieses Aspekts oftmals sehr schwierig seien. Auch müsse zu Beginn der Pflegebeziehung mit erheblichem Misstrauen und fehlender Bereitschaft der Patient*innen gerechnet werden, die Prüfung mit Hausbesuch zuzulassen. Empfohlen wurde daher, von Prüfungen bei Klient*innen abzusehen, die im Rahmen einer Erstverordnung versorgt werden.

Die Stichprobenbildung bei Mischdiensten stellt eine große Herausforderung dar. Hierfür wurden verschiedene Möglichkeiten diskutiert. Dabei wurde deutlich, dass es einen Unterschied macht, wie hoch der Anteil der Personen ist, die die HKP-Leistung Nr. 27a in Anspruch nehmen. Vertreter*innen der Pflegedienste brachten den Vorschlag ein, aus der Gesamtheit der Personen mit der HKP-Leistung Nr. 27a einen (noch näher festzulegenden) prozentualen Anteil per Zufallsverfahren zu ziehen. Vertreter*innen der Prüfdienste bewerteten dies als zu kompliziert und schlugen vor, die HKP-Leistung Nr. 27a bei der Stichprobenziehung wie eine aufwändige/risikobehaftete Leistung zu behandeln. Damit bestünde eine gewisse Wahrscheinlichkeit, unter den drei Personen mit einer solchen Leistung, die im neuen Prüfverfahren in der Stichprobenbildung in der allgemeinen ambulanten Pflege ohnehin zu berücksichtigen seien, auch eine Person mit psychiatrischer häuslicher Krankenpflege zu finden. Dieser Vorschlag fand in der Diskussion zumindest für Dienste mit einem vergleichsweise kleinen Anteil von Personen mit der HKP-Leistung Nr. 27a Zuspruch. Für Pflegedienste mit einer gemischten Klientel, aber einem eher hohen Anteil an Personen mit der HKP-Leistung Nr. 27a blieb in der Diskussion offen, inwiefern ein Schwerpunkt bei der Stichprobe gebildet/festgelegt werden könnte.

Mehrfach wurde die Notwendigkeit betont, für die Planung und Durchführung von Prüfungen mehr Transparenz für die Prüfdienste darüber zu schaffen, welche Art von Pflegedienst bzw. welcher Versorgungsschwerpunkt und welches Leistungsspektrum bei einer anstehenden Prüfung zu erwarten ist. Sowohl seitens der Pflegedienste als auch der Prüfdienste wurde verdeutlicht, dass diese Information den Prüfer*innen bereits vor Antritt der Prüfung vorliegen sollte. Übereinstimmung bestand in der Einschätzung, dass unterschiedliche Strukturen auch unterschiedliche Anforderungen an die Prüfer*innen mit sich bringen und bei der Planung des Personaleinsatzes zu berücksichtigen seien. Um mehr Transparenz zu schaffen, wurde es von beiden Teilnehmer*innengruppen als tragfähig betrachtet, dass der Grad der Spezialisierung über eine direkte Kommunikation zwischen Prüfdienst und Pflegedienst im Vorfeld der Prüfung geklärt wird. Dafür müsse eine rechtzeitige Ankündigung der Prüfung einige Tage vorher erfolgen, um noch Zeit zu haben, den Personaleinsatz anzupassen.

Bestimmung des Prüfumfangs

Zur Klärung stand auch die Frage, wie im neuen Prüfverfahren trotz inhaltlicher Überschneidung der HKP-Leistung Nr. 27a mit anderen Versorgungsmaßnahmen bei anderen Qualitätsaspekten eindeutig definiert werden kann, welche Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zuzuordnen und damit bei der Beurteilung dieser Leistung zu berücksichtigen sind.

Eine Möglichkeit, die in diesem Zusammenhang diskutiert wurde und breite Zustimmung fand, besteht darin, die bei der Prüfung maßgeblichen Leitfragen eng an den Inhalten des Behandlungsplans

auszurichten, die aus der Leistungsbeschreibung der HKP-Leistung Nr. 27a in der HKP-Richtlinie abzuleiten wäre. Vertreter*innen der Pflegedienste verwiesen darauf, dass es eine bundesweit geteilte Empfehlung für die Verwendung eines Strukturierungsvorschlags der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP) gebe, der erfahrungsgemäß sehr häufig von den Beteiligten genutzt werde. Die Verwendung des Behandlungsplans nach der Vorlage der BAPP wurde von den Teilnehmer*innen einvernehmlich befürwortet.

Tendenziell befürworteten die Teilnehmer*innen einen separaten Prüfkatalog für Klient*innen mit psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Die zunächst befürchtete Entstehung von Doppelprüfungen bei Klient*innen, die sowohl psychiatrische als auch somatische Pflegedienstleistungen erhalten, wurde von Vertreter*innen der Pflegedienste als wenig relevant bezeichnet. Ihnen zufolge gibt es eine klare Trennung der Leistungsbereiche. Klient*innen mit einer Verordnung für ambulante psychiatrische Pflege erhielten fast immer nur die HKP-Leistung Nr. 27a. Nur in Ausnahmefällen würden Entlassungs- oder hauswirtschaftliche Leistungen oder andere HKP-Leistungen verordnet, die jedoch oft durch andere Dienste bzw. andere Abteilungen verrichtet und gesondert dokumentiert würden.

Qualitätsbeurteilung

Als weiteres Schwerpunktthema wurde diskutiert, inwiefern die Hinweise in der Prüfanleitung ausreichen, um die Bezugnahme auf den aktuellen Stand des Wissens zu ermöglichen. Diesbezüglich sollte konkretisiert werden, was überhaupt als aktueller Wissensstand gilt und welche fachlichen Bezugspunkte einbezogen werden sollten, ohne die Prüfung dadurch komplizierter zu gestalten.

Vertreter*innen der Pflegedienste erklärten hierzu, dass dies nicht ohne weiteres zu beantworten ist. Eine qualitativ hochwertige ambulante psychiatrische Pflege sei immer von der individuellen Einzelsituation der Klient*innen abhängig. Dies wiege weitaus stärker als im somatischen Bereich. Betont wurde besonders die Bedeutung des Beziehungsaufbaus, dessen Qualität sich schlecht anhand von Standards oder Leitlinien beschreiben oder beurteilen lasse. Seitens der Prüfdienste wurde ergänzend auf die Begrenztheit des Einblicks während der Prüfung hingewiesen, der es nicht erlaube, in das fachlich komplizierte Geflecht der psychiatrischen Pflege einzudringen.

Auch die Diskussion über die Weiterentwicklung der Prüfung psychiatrischer Krankenpflege ergab zahlreiche Anregungen für die Anpassung des Prüfverfahrens. Ähnlich wie im Falle der Intensivpflege wurde die Diskussion jedoch auch hier dadurch geprägt, dass nur wenig verlässliche Informationen zu den Versorgungsstrukturen und zum Spezialisierungsgrad der Dienste vorliegen, was die Erarbeitung eines geeigneten Stichprobenverfahrens erschwert.

4.4 Schlussfolgerungen für die Anpassung des Prüfinstrumentariums

Vor dem Hintergrund der veränderten Rahmenbedingungen, der Konsultationen mit Vertreter*innen der Prüf- und Pflegedienste, der Erfahrungen aus der Pilotierung und den projektinternen Reflexionen

erfolgte die Anpassung der Verfahrensbeschreibungen, der Prüfbögen und der Ausfüllanleitungen für die spezialisierte ambulante Pflege. Drei Fragen waren bei der Anpassung zentral:

- a) Wie gestaltet sich die Stichprobenbildung, insbesondere vor dem Hintergrund sehr heterogener Angebotsstrukturen, die (nahezu) ausschließlich spezialisierte ambulante Pflege ebenso wie gemischte Angebote beinhaltet? Wie kann die Prüfung auch bei solchen Diensten erfolgen, die nur einige wenige Personen mit einem Bedarf an spezialisierter ambulanter Pflege versorgen?
- b) Wie kann im neuen Prüfverfahren eindeutig definiert werden, welche Maßnahmen im Rahmen der Verordnung Gegenstand der Prüfung sind und welche nicht? Wie ist mit dem Umstand umzugehen, dass spezialisierte ambulante Pflege zahlreiche Teilaspekte der Versorgung bzw. Inhalte unterschiedlicher Qualitätsaspekte unter einer einzigen Leistungsbezeichnung vereinigt?
- c) Welcher Hinweise bedarf es, um die Bewertung der Qualität trotz komplizierter Versorgungskonstellationen sicherzustellen?

Die im Rahmen der Anpassung vorgenommenen Weiterentwicklungen des Prüfverfahrens werden nachfolgend getrennt für die außerklinische Intensivpflege und die psychiatrische häusliche Krankenpflege dargelegt. Die Ausführungen beschränken sich auf die wichtigsten Punkte. Einzelheiten sind in den als Anhang zu diesem Bericht beigefügten Verfahrensbeschreibungen, Prüfbögen und Ausfüllanleitungen zu entnehmen.

Eine Veränderung betrifft jedoch beide Formen der spezialisierten ambulanten Krankenpflege gleichermaßen. Sie besteht darin, dass die Prüfbögen für die ambulante außerklinische Intensivpflege und die psychiatrische häusliche Krankenpflege deutlich verschlankt wurden und lediglich *eine Leistung* – Intensivpflege bzw. psychiatrische Pflege – zu beurteilen ist. Zahlreiche Ausdifferenzierungen, die das neue Prüfinstrumentarium für die allgemeine ambulante Pflege kennzeichnen, entfallen damit.

Anders als bei der Entwicklung der ursprünglichen Konzeption wird die Qualitätsprüfung im Falle der spezialisierten Pflege als eigenständiges Verfahren definiert. Für den Bereich der spezialisierten ambulanten Pflege war der Prüfbogen in der ursprünglichen Konzeption so aufgebaut, dass Möglichkeiten zur Prüfung aller grundsätzlich möglichen weiteren Qualitätsaspekte bestanden. Dieses Vorgehen wurde gewählt, obwohl davon auszugehen war, dass in vielen Prüfungen nur ein Teil der theoretisch möglichen Qualitätsaspekte tatsächlich Gegenstand der Prüfung werden würden. Es sollte den Prüfer*innen ein möglichst einheitliches Instrumentarium an die Hand gegeben werden, mit dem sich alle im Einzelfall möglichen Versorgungskonstellationen beurteilen lassen.

Von dieser Überlegung wird im Rahmen der Anpassungsverfahren Abstand genommen. Stattdessen erfolgt einerseits eine Verschlinkung der Prüfbögen für die spezialisierte ambulante Pflege, andererseits werden die Hinweise auf die zu prüfenden Sachverhalte konkretisiert und ausdifferenziert, was es auch ermöglicht, den inzwischen eingetretenen Veränderungen von Richtlinien und Verträgen gerecht zu werden. Insbesondere werden mehr und differenziertere Leitfragen zur ambulanten außerklinischen Intensivpflege und zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege verwendet, die mehr inhaltliche Aspekte abdecken, aber auch konkreter formuliert sind und sich damit in der Prüfpraxis voraussichtlich besser nachvollziehen lassen. Die Veränderungen der Rahmenbedingungen, durch die die

Leistungsinhalte der außerklinischen Intensivpflege und psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gegenüber 2018 konkretisiert (Intensivpflege) und erweitert (psychiatrische Pflege) wurden, legen diese Anpassungen ebenso nahe wie die Konsultationen mit Vertreter*innen der Prüf- und Pflegedienste.

4.5 Anpassung des Prüfverfahrens für die außerklinische Intensivpflege

Die Anpassungen des Prüfverfahrens für die außerklinische Intensivpflege betreffen – abgesehen von begrifflichen Anpassungen und sprachlichen Präzisierungen – die Stichprobenbildung, sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Qualitätsbeurteilung und wesentliche Inhalte des Prüfbogens.

Stichprobenbildung und Qualitätsbeurteilung

Es liegen keine belastbaren Daten darüber vor, wie viele ambulante Pflegedienste bis zu welchem Grad spezialisiert sind. Um der Heterogenität der ambulanten Pflegedienste zu entsprechen, die außerklinische Intensivpflege erbringen und gleichzeitig den fachlichen Anforderungen an diese komplexe Form der spezialisierten ambulanten Pflege gerecht zu werden, wird ein Stichprobenverfahren vorgeschlagen, in dem die ambulanten Pflegedienste anhand des Anteils mit außerklinischer Intensivpflege versorgter Personen differenziert werden. Unterschieden werden vier Arten ambulanter Pflegedienste:

- a) Pflegedienste, die ausschließlich oder nahezu ausschließlich (>90% der von ihnen versorgten Personen) außerklinische Intensivpflege erbringen,
- b) Pflegedienste, die bei mehr als 50% und bis maximal 90% der von ihnen versorgten Personen außerklinische Intensivpflege erbringen,
- c) Pflegedienste, die bei mehr als 25% bis maximal 50% der von ihnen versorgten Personen außerklinische Intensivpflege erbringen und
- d) Pflegedienste, die bei bis zu 25% außerklinische Intensivpflege erbringen.

Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass eine ausreichende Anzahl von Personen in die Qualitätsprüfung einbezogen werden kann und gleichzeitig die Besonderheiten der außerklinischen Intensivpflege angemessen berücksichtigt werden können. Bei ambulanten Pflegediensten, die überwiegend oder ausschließlich außerklinische Intensivpflege erbringen, soll die Stichprobe überwiegend oder ausschließlich aus Personen bestehen, die außerklinische Intensivpflege erhalten und auch die Qualitätsbeurteilung des Pflegedienstes vor allem auf der außerklinischen Intensivpflege beruhen. Differenziert wird dabei zudem, ob es sich bei der außerklinischen Intensivpflege um beatmete oder nicht-beatmete Personen handelt. Das Stichprobenverfahren stellt sicher, dass beatmete Personen bei diesen Diensten in jedem Fall berücksichtigt werden.

Festgelegt wurde für diese ambulanten Pflegedienste, dass jeweils fünf Personen mit außerklinischer Intensivpflege durch eine Zufallsauswahl aller Personen mit außerklinischer Intensivpflege in die Prüfung einbezogen werden sollen, von denen mindestens zwei beatmet sein sollen. Bei den Pflegediensten, die mehrheitlich Personen mit außerklinischer Intensivpflege versorgen, werden darüber hinaus zwei weitere Personen einbezogen. Die Reduzierung der Stichprobengröße von neun auf fünf bzw. fünf plus zwei begründet sich zum einen durch die sehr aufwendige Prüfung der zeitlich sehr umfangreichen

Intensivpflege, durch die auch bei weniger als den im sonstigen Verfahren üblichen neun Personen aussagekräftige Ergebnisse erzielt werden können. Als weiterer Aspekt, der diese Festlegung unterstützt, ist die Erfahrung im derzeitigen Prüfungsgeschehen anzuführen, dass es schwierig ist, eine ausreichende Zahl von Personen in die Prüfung einzubeziehen.

Bei Pflegediensten, die nicht ausschließlich, aber mehrheitlich außerklinische Intensivpflege leisten, ist durch die Hinzuziehung zweier weiterer Personen in der Stichprobe gewährleistet, dass die außerklinische Intensivpflege zwar den Schwerpunkt bildet, aber auch andere Versorgungskonstellationen in die Bewertung einbezogen werden.

Bei Pflegediensten, bei denen weniger als die Hälfte der versorgten Personen außerklinische Intensivpflege erhält, besteht die Stichprobe aus insgesamt neun Personen. Die Festlegung dieser Stichprobe erfolgt in enger Anlehnung an die Stichprobenbildung im bereits 2018 vorgeschlagenen Verfahren. Der Unterschied besteht darin, dass anstelle der dort geltenden Regeln für die Einbeziehung von Personen, die HKP-Leistungen erhalten, diese auf die Einbeziehung von Personen mit außerklinischer Intensivpflege zugeschnitten sind.

Bei Pflegediensten, bei denen zwischen mehr als 25% und 50% der versorgten Personen außerklinische Intensivpflege erhalten, ist zudem gewährleistet, dass eine beatmete Person in die Stichprobe aufgenommen wird. Bei den Pflegediensten, bei denen weniger als 25% der versorgten Personen außerklinische Intensivpflege erhalten, ist die Aufnahme von beatmeten Personen in der Stichprobe nicht zwingend vorgesehen.

Die Art der Stichprobenbildung hat Auswirkungen auf die Beurteilung der personenbezogen erhobenen Qualitätsaspekte. Bei den Diensten, bei denen weniger als 50% intensivpflegerisch versorgt werden, bleiben die bereits 2018 festgelegten Regeln zur Qualitätsbeurteilung bestehen. Bei den Diensten, bei denen 50% oder mehr der von ihnen versorgten Personen außerklinische Intensivpflege erhalten, mussten die Regeln an die geringere Stichprobengröße und die besonderen Herausforderungen der außerklinischen Intensivpflege, bei der es oftmals um lebensbedrohliche Erkrankungen geht, angepasst werden.

Prüfbogen und Ausfüllanleitung

Wie bereits angedeutet, wurde der Prüfbogen für die Prüfung der außerklinischen Intensivpflege bei der versorgten Person einerseits inhaltlich erweitert, in der Gesamtlänge jedoch deutlich verkürzt.

Inhaltlich wurden nunmehr sämtliche Aspekte, die im Rahmen der Intensivpflege eine Rolle spielen können, in die Leitfragen übernommen. Dazu gehören die umfangreicheren Inhalte der ärztlichen Verordnung, die Anleitung von Angehörigen als Teil der außerklinischen Intensivpflege sowie die Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren, die sich in der Pflegesituation ergeben können. Darüber hinaus zählt auch die pflegfachliche Einschätzung des Pflegebedarfs zu den im Rahmen der Prüfung

angesprochenen Aspekte. Die inhaltlichen Erweiterungen gehen zum Teil auf die Veränderungen in den Rahmenbedingungen zurück. Sie reflektieren darüber hinaus aber auch die Entscheidung, der Komplexität der außerklinischen Intensivpflege und der Vulnerabilität der Personen, die diese Versorgung benötigen, durch eine umfangreichere Betrachtung im Rahmen der Prüfung Rechnung zu tragen. Für die Prüfer*innen ergeben sich damit Herausforderungen, die im Rahmen von Schulungen besondere Beachtung verdienen. Das neue Prüfverfahren geht grundsätzlich mit der Anforderung einher, singuläre Aspekte im Gesamtzusammenhang der Versorgung zu betrachten, der durch die Definition des jeweiligen Qualitätsaspekts abgegrenzt wird. Durch die Besonderheiten und die Komplexität der außerklinischen Intensivpflege erfährt diese Anforderung noch einmal eine Steigerung, auf die die Prüfer*innen hinreichend vorbereitet werden sollten.

Die Ausfüllanleitung wurde entsprechend der Veränderungen des Prüfbogens ebenfalls angepasst und inhaltlich erweitert.

Auf Wunsch des Auftraggebers wurde außerdem geprüft, ob die aus der personenbezogenen Qualitätsbeurteilung stammende Information über den Einsatz von Mitarbeiter*innen mit bestimmten Qualifikationen, die in den Verträgen mit den Kostenträgern festgelegt werden, auch im einrichtungsbezogenen Prüfbogen ausgewiesen werden könnten. Dies ist prinzipiell möglich und wird anhand eines Beispiels im Anhang G des vorliegenden Berichts illustriert. Zu beachten ist in diesem Fall allerdings, dass Ergebnisse der einzelfall- bzw. personenbezogenen Prüfung an einer Stelle ausgewiesen werden, die den Aussagen über Sachverhalte vorbehalten bleiben sollte, die die Einrichtung insgesamt und nicht die Versorgung einer einzelnen Person kennzeichnen. Selbst wenn die betreffende Information nur „nachrichtlich“ ausgewiesen wird, entsteht hier möglicherweise das Risiko, dass Missverständnisse in der Kommunikation während des Prüfbesuchs entstehen und ein festgestellter Sachverhalt an zwei verschiedenen Stellen, also doppelt bewertet wird. Aufgrund dieser Risiken wird diese Lösung von den Auftragnehmern nicht zur Umsetzung empfohlen. Sie findet daher auch in der empfohlenen Verfahrensbeschreibung (Anhang A) keine Berücksichtigung.

4.6 Anpassung des Prüfverfahrens für die psychiatrische häusliche Krankenpflege

Das Prüfverfahren für die psychiatrische häusliche Krankenpflege wurde grundlegend weiterentwickelt. Ähnlich wie im Falle der Intensivpflege waren nicht nur begriffliche Anpassungen und sprachlichen Präzisierungen erforderlich. Auch die Stichprobenbildung wurde neu definiert. Wesentliche Erweiterungen und Ausdifferenzierungen erfuhr das Instrumentarium, das den Prüfer*innen mehr Klarheit und Sicherheit im Prozess der Qualitätsbewertung auf der Ebene der individuellen Versorgung bieten soll.

Neben fachlich-inhaltlichen Erwägungen waren bei der Anpassung des Prüfverfahrens auch Aspekte der Praktikabilität relevant. Die Anpassungen – beispielsweise die Unterscheidung von

Spezialisierungsgraden und die damit verbundenen Stichprobengrößen – sollten möglichst keine allzu starken Abweichungen der Prüfverfahren für die einzelnen Bereiche ambulanter Pflege festschreiben.

Stichprobenbildung

Ähnlich wie im Bereich der außerklinischen Intensivpflege findet sich auch auf dem Feld der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege eine heterogene und wenig transparente Situation. Einzelheiten über die Pflegedienste, die diese spezialisierte Form der Pflege erbringen, sind nicht verfügbar. Dies gilt auch und besonders für den Grad der Spezialisierung dieser Dienste, der wiederum für die Konzipierung eines Stichprobenverfahrens von großer Bedeutung ist. Insofern bestand auch bei der Anpassung des Stichprobenverfahrens für die psychiatrische Pflege eine Herausforderung darin, unterschiedliche Grade der Spezialisierung bzw. Dienste mit einem unterschiedlichen Patientenmix zu berücksichtigen.

Das Stichprobenverfahren für die psychiatrische häusliche Krankenpflege orientiert sich daher an ähnlichen Grundsätzen wie das Stichprobenverfahren für die außerklinische Intensivpflege. Das bedeutet, dass für Dienste mit einem vergleichsweise hohen Spezialisierungsgrad eine im Vergleich zur allgemeinen ambulanten Pflege reduzierte Stichprobengröße empfohlen wird. Dies erscheint im Falle der psychiatrischen Pflege aus etwas anderen Gründen empfehlenswert als bei der außerklinischen Intensivpflege. Bei der Prüfung der psychiatrischen Pflege dürfte noch weit häufiger als in anderen Fällen mit Hürden beim Einholen des Einverständnisses der versorgten Person zu rechnen sein, aber auch mit Überforderungen durch die Prüfsituation oder aufgrund fehlender Kommunikationsbereitschaft. Es handelt sich definitionsgemäß um Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, bei denen vermutlich von deutlich weniger Akzeptanz des Eindringens externer Personen in die häusliche Intimsphäre auszugehen ist.

Diese besondere Herausforderung wird im Stichprobenverfahren berücksichtigt. Es wird als ausreichend betrachtet, die Stichprobe bei Diensten mit hohem Spezialisierungsgrad (mehr als 50% der versorgten Personen erhalten psychiatrische Pflege) auf 5 Personen zu begrenzen. Es ergeben sich damit folgende Stichprobengrößen:

1. Bei Pflegediensten, die ausschließlich oder fast ausschließlich (>90%) Personen versorgen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege erhalten, besteht die Stichprobe aus 5 Personen mit einer entsprechenden Verordnung.
2. Bei Pflegediensten, die mehrheitlich (über 50% bis zu 90%) Personen versorgen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege erhalten, besteht die Stichprobe aufgrund des breiteren Spektrums der Versorgungskonstellationen aus 7 Personen, von denen 2 keine Verordnung psychiatrischer Pflege aufweisen sollen.
3. Bei Pflegediensten, bei denen der Anteil der Personen mit einer Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege bei über 25% bis zu 50% liegt, umfasst die Stichprobe wie auch bei nichtspezialisierten Pflegediensten insgesamt 9 Personen. Bei 3 von ihnen soll eine Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege vorliegen.

4. Bei Pflegediensten, bei denen lediglich bis zu 25% der versorgten Personen psychiatrische häusliche Krankenpflege erhalten, beläuft sich die Stichprobe ebenfalls auf 9 Personen, von denen mindestens eine Person eine entsprechende Verordnung erhalten haben soll.

Eine Schichtung der Stichprobe wie bei der außerklinischen Intensivpflege (beatmete – nicht-beatmete Personen) ist im Falle der psychiatrischen Pflege nicht vorgesehen. Zu entscheiden war hingegen, ob auch Personen mit einer *Erstverordnung* psychiatrischer häuslicher Krankenpflege, die sich im Regelfall auf einen Zeitraum von zwei Wochen erstreckt, in das Stichprobenverfahren aufgenommen werden sollten. In Anlehnung an die Empfehlungen aus den Workshops mit Vertreter*innen der Prüfdienste und spezialisierten ambulanten Dienste wurde davon abgesehen. Bei diesen Personen ist häufig mit einer besonders sensiblen Kommunikationssituation zu rechnen, die im Rahmen des Prüfalltags vermutlich sehr häufig zu Schwierigkeiten führt.

Im Unterschied zur außerklinischen Intensivpflege war es bei der psychiatrischen Pflege nicht erforderlich, eine angepasste Bewertungssystematik zu entwickeln. Die Vulnerabilität der versorgten Personen, die im Falle der Intensivpflege besonders stark ausgeprägt ist und eine modifizierte Form der Bewertung nahegelegt, findet sich in dieser Form bei der psychiatrischen Pflege nicht. Deshalb wurde entschieden, weiterhin die Bewertungssystematik für die allgemeine ambulante Pflege zugrunde zu legen.

Eingrenzung der zu prüfenden Sachverhalte

Der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege liegt kein umfassender Versorgungsauftrag wie in der außerklinischen Intensivpflege zugrunde. Deshalb müssen Leistungen, die parallel zur verordneten psychiatrischen Pflege erbracht werden (HKP-Leistung ebenso wie Sachleistungen nach dem SGB XI), gesondert erfasst und bewertet werden.

Das führt dazu, dass in Einzelfällen zwei Prüfbögen für ein und dieselbe Person zu verwenden sind. Dies wird als unproblematisch betrachtet, da der Prüfbogen für die psychiatrische häusliche Krankenpflege auch als Sonderfall der Prüfung einer HKP-Leistung verstanden werden kann, die im Rahmen des Prüfbogens für die allgemeine ambulante Pflege ohnehin berücksichtigt werden.

Einen besonderen Hinweis verdient der Umgang mit dem Prüfbereich 4, der als Bezugspunkt zur Wahrnehmung eines spezifischen Beratungsauftrags der Prüfdienste gedacht war. Thematisch geht es hier um die Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst und pflegenden Angehörigen sowie um die Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung in der häuslichen Umgebung. Beide Themen sind explizit dem Auftrag psychiatrischer häuslicher Krankenpflege zuzuordnen. Hier kann es dementsprechend zu Überschneidungen mit Sachverhalten kommen, die Gegenstand der Qualitätsprüfung psychiatrischer Pflege sind. Der Sonderstatus dieser Themen – verbunden mit einem Verzicht auf die Qualitätsbewertung – kann im Falle der psychiatrischen Pflege daher nicht beibehalten werden.

Die Bearbeitung der beiden im Bereich 4 aufgeführten Qualitätsaspekte entfällt also bzw. wurde in die Qualitätsbeurteilung der verordneten psychiatrischen häuslichen Krankenpflege integriert.

Ähnliches gilt für die Qualitätsaspekte 1.1 bis 1.3, bei denen es um das Aufnahmemanagement und den Umgang mit Risiken und Gefährdungen in der häuslichen Umgebung geht. Auch diese Aspekte sind unmittelbar der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zuzuordnen. Die Qualitätsbereiche 1 und 4 im vorgeschlagenen neuen Prüfverfahren für die ambulante Pflege werden also als Teilaspekte der Beurteilung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege behandelt und sind bei den betreffenden versorgten Personen nicht gesondert zu bewerten.

Prüfbogen und Ausfüllanleitung

Prüfbogen und Ausfüllanleitung für die psychiatrische häusliche Krankenpflege wurden grundlegend überarbeitet. Den inhaltlichen Besonderheiten der psychiatrischen Pflege wird nunmehr stärker Rechnung getragen. Der Prüfbogen und die Ausfüllanleitung berücksichtigen außerdem die in den letzten Jahren erfolgten Konkretisierungen der Anforderungen an die psychiatrische Pflege, die sich in der HKP-Richtlinie und in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V finden.

Als besonders wichtig kann die Anpassung der Leitfragen für die Durchführung der Prüfung gelten, die den Prüfer*innen signalisieren, welche Sachverhalte sie bei der Qualitätsbeurteilung zu beachten haben. Diese Leitfragen sind nunmehr stärker auf die fachlichen Besonderheiten der psychiatrischen Pflege zugeschnitten. Die Leitfragen und die mit ihnen verknüpften Ausfüllhinweise sind jetzt wesentlich spezifischer und differenzierter ausgestaltet als im ursprünglichen Vorschlag für das neue Prüfverfahren.

5. Qualitätsdarstellung

Den letzten Teil der Anpassung des Verfahrens zur Qualitätsprüfung und -darstellung nehmen Fragen der Qualitätsdarstellung ein. Im Angebot der Auftragnehmer vom Februar 2022 wurde angekündigt zu überprüfen, inwieweit die im Rahmen der Pilotierung gewonnenen Erkenntnisse, insbesondere die Tatsache, dass in der Qualitätsdarstellung jeweils nur wenige Qualitätsaspekte dargestellt werden konnten, tatsächlich eine Anpassung der Konzeption für die Qualitätsdarstellung nahelegen oder ob es ausreichend ist, auf die Darstellung einzelner Qualitätsaspekte vorerst zu verzichten. Zudem sollten weitere Hinweise zur Optimierung der Qualitätsdarstellung geprüft werden.

Bereits im Zwischenbericht vom August 2022 wurde auf notwendige Anpassungen in Bezug auf die Darstellung der Qualität in der außerklinischen Intensivpflege und der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege hingewiesen. Angesichts der ungleich komplexeren pflegerischen Problemlagen in der spezialisierten ambulanten Pflege ist es nicht sinnvoll, einen Vergleich zwischen spezialisierten und nicht spezialisierten Pflegediensten vorzunehmen und zum Teil der öffentlichen Qualitätsdarstellung zu machen. Angesichts der für die Prüfung der spezialisierten Pflege vorgenommenen Differenzierung nach Spezialisierungsgrad stellt sich die Frage, wie diese Differenzierung in der Qualitätsdarstellung zum Ausdruck kommen soll.

Um die mit der Qualitätsdarstellung zusammenhängenden Fragen zu diskutieren, wurde ein Workshop mit Vertreter*innen der Organisationen nach § 118 SGB XI sowie aus der Pflegeberatung durchgeführt. Die Teilnehmer*innen wurden ausgewählt, weil sie aufgrund ihrer Rolle und Funktion mit der Nutzerperspektive auf die pflegerische Versorgung zu tun haben und in diesem Rahmen auch Fragen der Darstellung der Qualität der ambulanten Pflege von Bedeutung sind. Im Rahmen des Workshops erfolgte zunächst eine kurze Einführung in das neue Prüfverfahren sowie in die Überlegungen zur Qualitätsdarstellung.

Diskutiert wurden im Workshop anschließend drei wesentliche Fragestellungen:

1. Wie sollten die spezialisierten Formen der ambulanten Pflege, die außerklinische Intensivpflege und die psychiatrische häusliche Krankenpflege, in die Qualitätsdarstellung einfließen?
2. Wie kann mit dem Problem umgegangen werden, dass zum Teil nur wenige Qualitätsaspekte in die Qualitätsdarstellung gelangen?
3. Wie kann das Verständnis fachlicher oder methodischer Besonderheiten (z.B. Stichprobe bei Qualitätsprüfungen, Abweichungen beim Prüfumfang) bei den Adressat*innen erleichtert werden?

Bei der spezialisierten ambulanten Pflege handelt es sich bei der Prüfung um sehr umfassende Qualitätsaspekte für fachlich sehr anspruchsvolle Pflegesituationen, in denen komplexere Anforderungen als in der nicht spezialisierten ambulanten Pflege bestehen. Bei der Prüfung kommt es daher zu einer integrierten Betrachtung mehrerer einzelner Qualitätsaspekte. Insgesamt können die Qualität und die Anforderungen der spezialisierten ambulanten Pflege nicht mit denen aus der nicht-spezialisierten

ambulanten Pflege verglichen werden, so dass eine gesonderte Qualitätsdarstellung nicht nur sinnvoll sondern auch notwendig erscheint.

Zur Frage der Qualitätsdarstellung für die spezialisierte Pflege wurde seitens der Auftragnehmer der Vorschlag unterbreitet, für Pflegedienste, bei denen 50% und mehr der versorgten Personen spezialisierte Pflege erhalten, eine gesonderte Form der Qualitätsdarstellung vorzusehen, in der die spezialisierte Pflege den Fokus der Qualitätsdarstellung bildet. Damit soll sichergestellt werden, dass nur diese Pflegedienste miteinander verglichen werden. Bei Pflegediensten, die bei bis zu 50% der versorgten Personen spezialisierte Pflege erbringen, soll die Qualitätsdarstellung in der Form erfolgen, wie sie grundsätzlich für alle Pflegedienste vorgesehen ist. Für die wenigen spezialisierten Fälle wird dieser Darstellung ein eigenes Kapitel hinzugefügt. In beiden Fällen werden die Qualitätsaspekte der spezialisierten ambulanten Pflege in verständlicher Form erläutert. Im Workshop wurde diskutiert, dass diese Form der Aufteilung der Pflegedienste, insbesondere bei denjenigen mit bis zu 50% spezialisierter Pflege, eine große Spannweite von Konstellationen umfassen würde, die von einer bzw. einzelner Personen bis hin zur Hälfte der vom Dienst versorgten Personen reichen und somit ebenfalls Fragen zur Vergleichbarkeit aufwerfen würden. Grundsätzlich wurde aber der Vorschlag für eine sinnvolle Lösung befunden, insbesondere wenn er mit den entsprechenden Erläuterungen versehen wird. Die Expertenrunde war sich einig darin, dass sich die grundsätzliche Problematik der Heterogenität der Pflegedienste im Rahmen der öffentlichen Qualitätsdarstellungen nicht in allen Punkten zufriedenstellend lösen lässt und daher eine gewisse Variabilität des Informationsprofils in Kauf genommen werden muss. Erinnert wurde daran, dass die ursprüngliche Konzeption der Auftragnehmer für die Qualitätsdarstellung eine EDV-gestützte Informationsfilterung und -selektion vorsah, die das Problem für die Adressaten der Information wesentlich relativieren würde. Diese Empfehlung gewinne vor dem Hintergrund zunehmender Heterogenität der Inhalte noch einmal an Bedeutung. Angeregt wurde darüber hinaus, Erfahrungen mit der neuen Form der Qualitätsdarstellungen zu sammeln und diese nach einiger Zeit zu evaluieren.

Die Ausgangslage für den zweiten Diskussionspunkt besteht darin, dass nach Einführung des neuen Prüfverfahrens regelhaft für deutlich weniger als die 16 theoretisch möglichen Qualitätsaspekte Bewertungen vorliegen werden, da entweder nur eine kleinere Zahl an Leistungen zwischen Pflegedienst und versorgter Person vereinbart wurde oder die Landesrahmenverträge manche der zu den Qualitätsaspekten gehörenden Leistungen explizit nicht vorsehen. Insbesondere ist schwer absehbar, wie die Rahmenverträge die weitere Entwicklung beeinflussen, d.h. ob sie sie, wie es angesichts des gesetzlich verankerten Anspruchs der pflegebedürftigen Menschen auf die im Prüfverfahren berücksichtigten Leistungen zu erwarten wäre, nunmehr, nach Ablauf der Covid-19-Pandemie, nachhaltig befördern und beschleunigen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird allerdings ein längerer Prozess der Durchsetzung erweiterter Leistungsinhalte in der Praxis zu erwarten sein.

Seitens der Auftragnehmer wird vorgeschlagen, diesen Umstand nachvollziehbar zu erläutern. Die in die Prüfung aufgenommenen Qualitätsaspekte sind umfassende Themen. Sie spiegeln ein breites Spektrum angemessener und prüfbarer Leistungen der ambulanten Pflege wider. Sie stellen ein

wünschenswertes Leistungsspektrum der ambulanten Pflege dar, dass derzeit in den unterschiedlichen Leistungskomplexen nur unzureichend abgebildet wird. Allerdings wird auch im Falle veränderter Rahmenvereinbarungen nicht davon auszugehen sein, dass in den individuellen Prüfungen jeweils die Mehrzahl der im Qualitätsbereich 2 genannten Qualitätsaspekte zum Prüfumfang gehören. Es gilt daher, der Öffentlichkeit zu erklären, dass es nicht ungewöhnlich, sondern im Gegenteil erwartbar und sehr plausibel ist, dass bei manchen Diensten einige wenige Themen (wie beispielsweise die Unterstützung bei der Körperpflege) sehr viel häufiger vorkommen als andere (z.B. die Beratung von Angehörigen). Darüberhinausgehend soll intensiver erläutert werden, wann die einzelnen Qualitätsaspekte zu prüfen sind, nämlich dann, wenn sie relevant sind für die Pflegesituation und somit Bestandteil des Auftrags des Pflegedienstes. Es erscheint zudem vermittelbar für die an der Qualitätsdarstellung interessierte Öffentlichkeit, dass kaum jemand sämtliche Leistungen in Anspruch nehmen möchte, was im Umkehrschluss bedeutet, dass nur die Qualitätsaspekte dargestellt werden können, zu denen pflegebedürftige Menschen sich für die Inanspruchnahme von Leistungen entschieden haben. Auch in dieser Hinsicht ist auf die Bedeutung EDV-gestützter Lösungen hinzuweisen, die beispielsweise in den Vereinigten Staaten schon seit mehr als einem Jahrzehnt zum Standard gehören.

Das neue Prüfverfahren enthält einige methodische und fachliche Besonderheiten, die nur mit einigem Lektüre- und damit Zeitaufwand nachvollziehbar sind (so z.B. die unterschiedlichen Merkmalskombinationen bei der Stichprobenbildung). Außerdem sind die Gründe, weshalb eine angestrebte Stichprobengröße ggf. nicht erreicht werden kann, vielfältig. Nicht zuletzt sind die Bewertungsregeln für unterschiedliche Fallzahlen leicht modifiziert und es wird vielfach erforderlich sein, sich diese Regeln zu vergegenwärtigen, um die Ermittlung der Bewertungsergebnisse im Detail rekonstruieren zu können. Angesichts der Komplexität dieser methodischen und fachlichen Festlegungen wäre es für ein umfassendes Verständnis erforderlich, sich intensiver mit den Intentionen und Hintergründen des neuen Verfahrens zu beschäftigen.

Im Rahmen der öffentlichen Qualitätsdarstellung sollen dazu die wesentlichen Ziele und Grundsätze in möglichst verständlicher Form erläutert werden. Für Personen, die sich vertiefend mit den Regelungen beschäftigen möchten, sollte auf die jeweils gültige Qualitätsprüfrichtlinie verwiesen werden, in der das Verfahren differenziert beschrieben wird und die öffentlich zugänglich ist. Darüber hinaus soll in der Qualitätsdarstellung kommuniziert werden, dass das Unterschreiten des Prüfumfanges aus sehr nachvollziehbaren Gründen wie der fehlenden Zustimmung pflegebedürftiger Menschen erfolgt sein kann.

Die Vorschläge der Auftragnehmer wurden im Workshop als grundsätzlich sinnvoll beurteilt. Es wurde jedoch angeregt, dass die zuständigen Stellen gerade zu Beginn nach der Einführung des neuen Verfahrens sowohl der Öffentlichkeit wie auch den Beratungsstellen, Lese-, Verständnis- und Einarbeitungshilfen zur Verfügung stellen, um den Umgang mit der neuen Qualitätsdarstellung schnell erlernen und im Beratungskontext vermitteln zu können. Angeregt wurde auch, sich Gedanken über die mediale Aufbereitung des Verfahrens der Qualitätsdarstellung zu machen und internetgestützt Erfahrungen

mit und Rückmeldungen zu der Qualitätsdarstellung aufzugreifen und das Verfahren dadurch weiterzuentwickeln, u.a. durch eine Rubrik „häufig gestellte Fragen“.

Anhang H bietet ein Muster für die zukünftige Qualitätsdarstellung. Es stellt eine Weiterentwicklung des im Bericht zur Entwicklung des Verfahrens in 2018 vorgelegten Anhangs 6 dar. Das Muster wurde erweitert um die außerklinische Intensivpflege und die psychiatrische Krankenpflege. Das Schmerzmanagement wurde aus der Darstellungstabelle entfernt. Einige der in diesem Kapitel dargelegten Informationen sind beispielhaft eingefügt. Es wird empfohlen, bei der Qualitätsdarstellung direkte Verlinkungen zwischen den Qualitätsaspekten in der Tabelle und den auf den weiteren Seiten folgenden Erläuterungen zu den einzelnen Qualitätsaspekten vorzusehen.

6. Abschließende Bemerkungen

Der im Jahr 2018 vorgelegte Entwurf für ein neues Verfahren zur Qualitätsprüfung nach §§ 114ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege hat durch die in diesem Bericht beschriebenen Maßnahmen substantielle Weiterentwicklungen erfahren. Insbesondere hinsichtlich der spezialisierten ambulanten Pflege wurden die Instrumente grundlegend verändert und erweitert.

Aber auch für die nicht spezialisierte ambulante Pflege konnten im Rahmen der Anpassungsarbeiten wichtige Präzisierungen und Klarstellungen im Prüfverfahren vorgenommen werden. So konnten viele Fragen zur Stichprobenziehung für die Qualitätsprüfung und die dafür erforderliche Erstellung einer Liste der versorgten Personen durch die ambulanten Pflegedienste beantwortet werden. Ebenso wurden die Maßgaben zur Feststellung des Prüfumfangs konkretisiert und erweitert. Das Spannungsfeld zwischen einem auf dem geltenden, 2017 eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff basierenden Pflegeverständnis und einer damit verbundenen Erweiterung des Leistungsspektrums der ambulanten Pflege einerseits und einem nach wie vor vorwiegend verrichtungsorientierten Pflegeverständnis in fast allen Landesrahmenverträgen zur ambulanten Pflege andererseits bleibt auch nach den Anpassungsarbeiten bestehen. Es konnten Hinweise ergänzt werden, wie bei flexibleren Formen der Leistungsvereinbarung und -vergütung die Feststellung des Prüfumfangs erfolgen und in dem Rahmen ein breiteres Verständnis des pflegerischen Handelns auch zum Gegenstand der Prüfung werden kann. Ebenfalls konnten Hinweise zum Umgang mit landesspezifisch unterschiedlichen Beschreibungen von Leistungsinhalten in Leistungskomplexen gegeben werden, so dass nun davon auszugehen ist, dass das hiermit vorgelegte Verfahren sowohl vor dem Hintergrund der geltenden, unterschiedlichen Rahmenvereinbarungen eingeführt werden kann und gleichzeitig auf zukünftige Änderungen in den Rahmenvereinbarungen vorbereitet ist.

Das neue Verfahren umfasst unterschiedliche Qualitätsaspekte, die für die ambulante Pflege von Bedeutung sind. Die Tatsache, dass kaum sämtliche dieser Aspekte im Rahmen einer personenbezogenen Prüfung zum Prüfumfang gehören, sehen die Auftragnehmer als sachgerecht an, weil sie einer Realität mit sehr unterschiedlichen häuslichen Pflegesituationen entspricht, in denen Menschen

unterschiedliche Entscheidungen zu ihrer Versorgung treffen und leistungsrechtlich unterschiedliche Möglichkeiten vorgesehen sind. Mittelfristig ist zu erwarten, dass die Auseinandersetzung mit den in das Prüfverfahren integrierten Qualitätsaspekten zu einer Entwicklung des Leistungsspektrums in diese Richtung führt. In diesem Zusammenhang sei noch einmal der Qualitätsbereich 4 betont, der eine Abkehr von der derzeitigen Prüfkultur bedeutet und die Möglichkeit bietet, mögliche Probleme in der ambulanten Pflege in anderer Art und Weise zu bearbeiten.

Die Auftragnehmer sind davon überzeugt, dass das neue Prüfverfahren die Chance für eine Abkehr einer vorrangig dokumentationsorientierten Prüfung bietet und die Situation pflegebedürftiger Menschen stärker in den Vordergrund rückt. Sie verbinden die Arbeiten am neuen Verfahren zudem mit der Hoffnung einer stärker nutzerorientierten Harmonisierung der externen Qualitätssicherung durch die Qualitätsprüfung mit internen Qualitätsentwicklungs- und -managementprozessen.

Trotz der verschiedenen Konsultationen, die im Rahmen der Anpassungsarbeiten durchgeführt werden konnten, hat der mit diesem Bericht vorgelegte Vorschlag für das neue Verfahren keine größer angelegte Pilotierung durchlaufen. Nach Auffassung der Auftragnehmer liegt die Herausforderung für die Einführung des neuen Verfahrens vor allem in der Schulung der Mitarbeiter*innen der Prüfdienste und der engen Begleitung der Einführung. Verschiedene Mitarbeiter*innen der Prüfdienste haben dankenswerterweise ihre Expertise und Erfahrungen in die Entwicklungs- und Anpassungsarbeiten eingebracht. Der Eindruck, den die Auftragnehmer dabei gewonnenen haben, ist, dass das neue Verfahren mit einem entsprechenden Vorlauf auf dieser Grundlage eingeführt werden kann. Die Beiträge der an den Konsultationen beteiligten ambulanten Pflegedienste geben Anlass zur Hoffnung, dass auch eine Akzeptanz des neuen Prüfverfahrens nach einer Übergangszeit vorhanden sein wird. Hilfreich wäre es dazu, auch für die ambulanten Pflegedienste den Übergang zu begleiten.

Eine Herausforderung wird sicherlich der Übergang in der Qualitätsdarstellung und der damit verbundenen Qualitätsberichterstattung sein. Die in diesem Bericht dazu unterbreiteten Vorschläge zeigen eine Richtung der Kommunikationsstrategie auf, die erforderlich sein wird. Das neue Darstellungsverfahren bildet in gewissem Sinne einen Kontrast zur derzeitigen Qualitätsberichterstattung im Rahmen der Pflege-Transparenzvereinbarung. Baut diese auf einem einfach zu verstehenden Notensystem auf, welches jedoch systemisch erhebliche Schwächen aufweist und seinem Anspruch auf Information der Öffentlichkeit kaum gerecht zu werden vermag, so geht das neue Verfahren einen anderen Weg, der verlässliche Informationen zur Qualitätsbewertung vermittelt, in der Gesamtsicht jedoch eine intensivere Auseinandersetzung erfordert. Diese Herausforderung kann durch interaktiv gestaltete Aufbereitungen der Qualitätsdarstellung und einer guten Verknüpfung von Qualitätsinformation und dazu gehörender Erläuterung unterstützt werden.

7. Anhänge

Anhang A - Verfahrensbeschreibung zur Prüfung ambulanter Pflegedienste

Anhang B - Prüfbogen für die Prüfung beim pflegebedürftigen Menschen

Anhang C - Einrichtungsbezogener Prüfbogen für die ambulante Pflege

Anhang D - Erläuterungen zu den Leitfragen (Ausfüllanleitung)

Anhang E - Prüfbogen für die Prüfung der außerklinischen Intensivpflege bei der versorgten Person mit Ausfüllanleitung

Anhang F - Prüfbogen für die Prüfung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege bei der versorgten Person mit Ausfüllanleitung

Anhang G - Illustration eines alternativen einrichtungsbezogenen Prüfbogens mit ergänzender Information zu außerklinischer Intensivpflege aus der personenbezogenen Prüfung

Anhang H - Qualitätsdarstellung

**Projekt „Anpassung 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

Anhang A

**Verfahrensbeschreibung
zur Prüfung ambulanter Pflegedienste**

(17.07.2023)

Übersicht

Einleitung.....	3
1. Auftragserteilung, Terminmitteilung und Liste der versorgten Personen	4
2. Prüfrelevante Qualitätsaspekte (Gegenstand der Qualitätsbeurteilung)	7
2.1 Gegenstand der Qualitätsbeurteilung in der allgemeinen ambulanten Pflege	7
2.2 Besonderheiten bei der Prüfung außerklinischer Intensivpflege	12
2.3 Besonderheiten bei der Prüfung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege	13
3. Informationsquellen.....	15
4. Die Bewertung der Qualität	17
4.1 Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes	17
4.2 Bewertungskategorien.....	19
5. Ablauf der Prüfung.....	21
5.1 Einführungsgespräch, Stichprobe und Einverständniserklärung.....	21
5.1.1 Stichprobe in der allgemeinen ambulanten Pflege	21
5.1.2 Stichprobe bei Pflegediensten, die außerklinische Intensivpflege durchführen.....	23
5.1.3 Stichprobe bei Pflegediensten, die psychiatrische Hauskrankenpflege durchführen	26
5.2 Erfassung von Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst	29
5.3 Beurteilung der Qualitätsaspekte bei der versorgten Person	30
5.3.1 Beurteilung der Qualitätsaspekte in der allgemeinen ambulanten Pflege	30
5.3.2 Besonderheiten bei der Beurteilung der außerklinischen Intensivpflege.....	32
5.3.3 Besonderheiten bei der Beurteilung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege	32
5.4 Einrichtungsbezogene zu erfassende Informationen und Bewertungen	32
5.5 Synthese/Zusammenführung der Feststellungen (im Prüfteam)	33
5.6 Abschlussgespräch.....	33
6. Abschließende Bewertung und Prüfbericht.....	34
6.1 Beurteilung der personenbezogen erhobenen Qualitätsaspekte.....	34
6.2 Beurteilung der einrichtungsbezogen erhobenen Qualitätsaspekte.....	36
6.3 Prüfbericht.....	36
Anlage A	37
Anlage B.....	39

Einleitung

Die Hochschule Osnabrück und das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) haben auf Basis der Ergebnisse der Pilotierung ihres 2018 vorgelegten Vorschlags für ein neues Verfahren für die externe Qualitätsprüfung und ein neues Konzept für öffentliche Qualitätsdarstellungen in der ambulanten Pflege die vorliegende, modifizierte Verfahrensbeschreibung erarbeitet. Mit dieser Verfahrensbeschreibung erfolgt eine Festlegung der Maßgaben, nach denen Prüfungen der durch ambulante Pflegedienste erbrachten Leistungen durchgeführt werden sollen.

Die Verfahrensbeschreibung berücksichtigt auch die Besonderheiten bei der Prüfung von ambulanten Pflegediensten, die außerklinische Intensivpflege¹ oder psychiatrische häusliche Krankenpflege als Leistungen erbringen.

¹ Durch die Einführung des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) wurde mit der „außerklinischen Intensivpflege“ nach § 37c SGB V eine Leistung eingeführt, durch die die bis dahin im Rahmen der HKP-Richtlinie verordnungsfähige „spezielle Krankenbeobachtung“ abgelöst wurde. Das neue Prüfverfahren wird voraussichtlich erst nach Abschluss der im IPReG festgelegten Übergangsfrist in der Praxis durchgeführt, so dass es keiner gesonderten Ausführungen mehr zur Prüfung der „speziellen Krankenbeobachtung“ bedarf.

1. Auftragserteilung, Terminmitteilung und Liste der versorgten Personen

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 Wohnumgebung der vom Pflegedienst versorgten Personen durchführen.

Nach der Auftragserteilung erfolgt eine Benachrichtigung des Pflegedienstes über den bevorstehenden Prüfbesuch. Die Ankündigung erfolgt in der Zeit zwischen 8.00 Uhr und 14.00 Uhr am zweiten Werktag vor dem geplanten Prüftermin. Prüfungen beispielsweise, die an einem Mittwoch stattfinden sollen, sind dementsprechend spätestens am vorhergehenden Montag (vor 14.00 Uhr) anzukündigen. Prüfungen, die für einen Montag oder Dienstag geplant sind, werden dem Pflegedienst spätestens am vorhergehenden Freitag angekündigt (vor 14.00 Uhr). Anlassprüfungen erfolgen unangemeldet.

Der Pflegedienst gewährleistet, dass zu Beginn der Prüfung eine Liste der von ihm aktuell versorgten Personen vorliegt, auf deren Grundlage eine Stichprobe gezogen wird. Die Liste sollte nach Ankündigung des Prüftermins erstellt werden und verbleibt beim Pflegedienst; sie wird den Prüfer*innen zum Zweck der Stichprobenziehung vorgelegt, aber nicht ausgehändigt.

In der Liste aufzuführen sind alle Personen, die vom Pflegedienst

- Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI (körperbezogene Pflegemaßnahmen sowie pflegerische Betreuungsmaßnahmen) oder
 - häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI oder
 - Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V
- erhalten.

Nicht zu berücksichtigen sind Personen, die

- ausschließlich Hilfen zur Haushaltsführung nach dem SGB XI,
- ausschließlich Betreuungs- oder Entlastungsleistungen nach § 45a Abs. 1 SGB XI oder
- ausschließlich eine Kombination dieser Leistungen

erhalten sowie diejenigen, bei denen der Pflegedienst einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchgeführt hat.

Sollte es aus technischen Gründen nicht möglich sein, diese nicht zu berücksichtigenden Personen aus der Liste zu entfernen, so werden die betreffenden Personen per Hand in der Liste kenntlich gemacht (Name durchstreichen).

Die Liste der versorgten Personen besteht aus einer Tabelle aus 5 Spalten und umfasst

- (1) den Namen der versorgten Person,
- (2) Angaben zur Mobilität (Fortbewegung)²,
- (3) Angaben zu den kognitiven Fähigkeiten,
- (4) eine Angabe, ob und welche ärztlich verordnete, aufwändige Leistung der häuslichen Krankenpflege erbracht wird, und
- (5) ein Feld für ergänzende Angaben.

Abb. 1: Schematische Darstellung der Liste der versorgten Personen

1	2	3	4	5
Name	Beeinträchtigung der Mobilität?	Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten?	Aufwändige HKP-Leistung? Bitte angeben:	Ergänzende Angaben (zur AKI oder zur psych. HKP)
Mustermann, Franz	ja	nein	31a	
(...)	ja	ja	31a	
(...)	nein	nein	pHKP	E
(...)	ja	nein	AKI	B
(...)	(...)	(...)	(...)	(...)

Die erforderlichen Angaben zur Mobilität und zu den kognitiven Fähigkeiten (Spalten 2 und 3) sollten nach Möglichkeit anhand einer aktuellen Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit dokumentiert werden (Module 1 und 2 des Begutachtungsinstruments). Liegt mindestens eine „erhebliche Beeinträchtigung“ im Sinne des Begutachtungsinstruments vor, ist „ja“ einzutragen, ansonsten „nein“. Differenziertere Angaben sind nicht erforderlich.

Liegt das Gutachten nicht vor oder ist es älter als ein Jahr, nimmt der Pflegedienst selbst eine Einschätzung im Bereich der Mobilität und der kognitiven Fähigkeiten vor. Es ist davon auszugehen, dass der Pflegedienst über die entsprechenden Informationen verfügt, ohne eine Neueinschätzung vorzunehmen. Wenn Menschen pflegerisch versorgt werden, so ist es von elementarer Bedeutung, ob in den Bereichen Mobilität und Kognition Beeinträchtigungen vorliegen. Anderenfalls könnten die betreffenden Personen durch den Pflegedienst nicht fachgerecht gepflegt werden.

Sofern keine Begutachtungsergebnisse vorliegen, orientiert sich die Einrichtung bei der Einschätzung an den folgenden Regeln:

1. Die Mobilität (Fortbewegung) gilt als beeinträchtigt, wenn die versorgte Person aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen im Regelfall personelle Hilfe benötigt, um sicher eine Treppe hinauf-

² 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.

und hinabzusteigen *und* um sich innerhalb der Wohnung fortzubewegen (beide Bedingungen müssen erfüllt sein). In die Liste ist dann „ja“ einzutragen.

2. Die kognitiven Fähigkeiten gelten als beeinträchtigt, wenn es bei der versorgten Person täglich oder nahezu täglich zu Störungen im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses, der zeitlichen Orientierung, der örtlichen Orientierung und der Personenerkennung kommt. Von einer Beeinträchtigung ist auch dann auszugehen, wenn es nicht bei allen, sondern nur bei einem Teil der genannten kognitiven Funktionen täglich oder nahezu täglich zu Störungen kommt. In die Liste ist dann „ja“ einzutragen.

In die Spalte 4 („Aufwändige HKP-Leistung?“) ist einzutragen, ob die versorgte Person eine oder mehrere der folgenden aufwändigeren oder risikobehafteten Leistungen erhält:

- Ziffer 6 Absaugen,
- Ziffer 8 Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts,
- Ziffer 29 Wechsel und Pflege der Trachealkanüle,
- Ziffer 30 Pflege des zentralen Venenkatheter,
- Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde.

Es genügt der Eintrag der entsprechenden Ziffer aus dem jeweils gültigen Leistungsverzeichnis der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

In dieser Spalte ist ebenfalls anzugeben, ob die versorgte Person psychiatrische häusliche Krankenpflege („pHKP“) oder außerklinische Intensivpflege („AKI“) erhält. Versorgte Personen mit diesen zuletzt genannten Verordnungen sind in der Liste gesondert (z.B. farblich) zu kennzeichnen. Bei diesen Personen kann auf eine Angabe zur Mobilität und zu den kognitiven Fähigkeiten verzichtet werden.

Die Spalte 5 schließlich ist für ergänzende Angaben zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege vorgesehen:

- Im Fall der außerklinischen Intensivpflege ist hier kenntlich zu machen, ob die versorgte Person beatmet wird oder nicht („B“). Außerdem ist der Umfang der verordneten außerklinischen Intensivpflege einzutragen (z.B. „24 Std.“).
- Im Fall der psychiatrischen Pflege ist hier kenntlich zu machen, ob es sich um eine Erstverordnung handelt oder nicht. Im Falle einer Erstverordnung ist ein „E“ einzutragen.

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 die Prüfer*innen beurteilen sollen, werden im neuen Prüfverfahren als „Qualitätsaspekte“ bezeichnet. Qualitätsaspekte sind relativ umfassende Themen, die verschiedene Teilaspekte beinhalten können. Um welche Teilaspekte es sich handelt, wird im Prüfbogen und der dazugehörigen Ausfüllanleitung durch die jeweilige Qualitätsaussage, Beschreibung und Leitfragen konkretisiert.

Leistet der Pflegedienst außerklinische Intensivpflege oder psychiatrische häusliche Krankenpflege, so gelten für die Feststellung, welche Qualitätsaspekte zu prüfen sind, einige besondere Regeln (Kapitel 2.2 und 2.3).

2.1 Gegenstand der Qualitätsbeurteilung in der allgemeinen ambulanten Pflege

Bereich 1: Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte

Die Qualitätsaspekte in diesem Bereich sind unabhängig davon zu beurteilen, mit welchen Leistungen der Pflegedienst beauftragt wurde bzw. welche Leistungen im Einzelnen vereinbart wurden.

1.1 Aufnahmemanagement

Dieser Qualitätsaspekt ist immer dann zu beurteilen, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten 6 Monate neu oder erneut (z.B. nach Krankenhausaufenthalt) vom Pflegedienst aufgenommen wurde.

1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren

Dieser Qualitätsaspekt ist immer dann zu bearbeiten, wenn *offenkundige* gesundheitlich bedingte, verhaltensbedingte oder umgebungsbedingte Risiken und Gefahren vorliegen. Gemeint sind Sachverhalte, die die Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes bei der Durchführung des Hausbesuchs bzw. bei der Pflegedurchführung wahrnehmen können, ohne hierfür gesonderte Assessmentschritte durchzuführen („offenkundig“). Dies sind in aller Regel auch diejenigen Risiken und Gefahren, die den Prüfer*innen in der Prüfsituation auffallen.

1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation

Dieser Qualitätsaspekt ist zu beurteilen, wenn es *offenkundige* Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation gibt (z.B. Überlastung der pflegenden Angehörigen oder des Versorgungsnetzes). Ähnlich wie beim Qualitätsaspekt 1.2 geht es an dieser Stelle um Sachverhalte, die im Rahmen der Durchführung des individuellen pflegerischen Auftrags wahrnehmbar sind, ohne hierfür ein gesondertes Assessment durchzuführen.

Bereich 2: Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen

Die dem Bereich 2 zugeordneten Qualitätsaspekte werden nur dann berücksichtigt, wenn die entsprechenden Hilfen Bestandteil des Auftrags des Pflegedienstes sind. Dabei sind die Qualitätsaspekte nicht frei von inhaltlichen Überschneidungen. Deshalb muss die Entscheidung, welche von ihnen im Rahmen einer Prüfung zu bewerten sind, mit besonderer Sorgfalt getroffen werden (s.u.). Der Bereich 2 umfasst insgesamt 10 Qualitätsaspekte:

2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Umfasst im Kern Hilfen bei der Fortbewegung, Hilfen bei Lageveränderungen im Liegen, beim Aufrichten, Aufstehen und Zu-Bett-Gehen und die Unterstützung beim Umsetzen. Hilfen beim An- und Auskleiden sind ebenfalls diesem Qualitätsaspekt zuzuordnen, wenn sie im Zusammenhang mit dem Aufstehen und Zu-Bett-Gehen geleistet werden.

2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition

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.

2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation

Umfasst Hilfen zur Kompensation von Kommunikationsbeeinträchtigungen sowie Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Kommunikation, einschließlich der Beratung und Anleitung der Angehörigen. Auch Hilfen im Umgang mit Hilfsmitteln können dazugehören.

2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen

Umfasst vorrangig Maßnahmen der Beratung und Anleitung von Angehörigen im Umgang mit Verhaltensweisen und psychischen Problemen, die einen Hilfebedarf auslösen.

2.5 Unterstützung bei der Körperpflege

Umfasst alle Hilfen bei der Körperhygiene und der damit unmittelbar zusammenhängenden Handlungen (einschl. Abtrocknen, Nutzung von Hautmitteln etc.). Hilfen beim An- und Auskleiden sind Teilaspekte der Beurteilung, sofern sie lediglich erforderlich sind, um die Durchführung der Körperpflege zu ermöglichen und unabhängig von der Körperpflege nicht anfallen würden.

2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Hilfen zur Sicherstellung und Förderung der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme, einschl. Hilfen bei der Nutzung von Hilfsmitteln.

2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung

Hilfen im Zusammenhang mit dem Stuhlgang bzw. dem Wasserlassen, einschl. Maßnahmen zur Förderung der Harnkontinenz.

2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte

Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Hilfen zur bedürfnisgerechten Beschäftigung, Förderung/Unterstützung der sozialen Interaktion und Kommunikation. Die Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger mit dem Ziel, diese Unterstützung selbst zu leisten, ist ebenfalls diesem Qualitätsaspekt zuzuordnen.

2.9 Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz

Dieser Qualitätsaspekt ist zu beurteilen, wenn die Verbesserung der Pflegekompetenz der Angehörigen ein zentrales Ziel der Pflege ist. Hiervon ist dann auszugehen, wenn die Verbesserung von pflegerischen Fähigkeiten und Kenntnissen der Angehörigen ein eigenständiges Ziel der Hilfen darstellt, dessen Erreichen im Rahmen des Pflegeprozesses reflektiert und überprüft wird. Beratung und Anleitung finden dann in einem systematischen Prozess statt, der aus abgrenzbaren Lerneinheiten besteht. Anderenfalls sind Beratung und Anleitung als Teilaspekt anderer Maßnahmen zu bewerten.

2.10 Anleitung und Beratung der versorgten Person zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz

Dieser Qualitätsaspekt ist zu beurteilen, wenn die Verbesserung der Selbstpflegekompetenz das zentrale Ziel der Pflege ist. Analog zum Qualitätsaspekt 2.9 ist ein systematischer Prozess der Anleitung und Beratung gemeint, der aus abgrenzbaren Lerneinheiten besteht. Ein ressourcenförderndes Vorgehen während der Durchführung von anderen Hilfen (z.B. bei der Unterstützung bei der Körperpflege) ist hiervon zu unterscheiden und noch kein Anlass, diesen Qualitätsaspekt gesondert zu bewerten.

Wie bereits angemerkt, fassen die mit einem Qualitätsaspekt adressierten Leistungen in der Regel mehrere unterschiedliche Hilfen zusammen. Hilfen bei der Fortbewegung beispielsweise sind bei verschiedenen pflegerischen Maßnahmen erforderlich, etwa bei der Begleitung zur Toilette oder im Rahmen der Körperpflege. Oft handelt es sich um „kleine“ Hilfen, die weder zeitlich noch fachlich einen besonderen Stellenwert haben. Deshalb sind solche „kleinen“ Hilfen nicht in einem gesonderten Qualitätsaspekt zu beurteilen. Wird im Rahmen der Körperpflege etwa Hilfe beim Gang zum Waschbecken oder beim Einstieg in die Dusche geleistet, ist dies beim Qualitätsaspekt 2.5 „Unterstützung bei der Körperpflege“ zu berücksichtigen. Die genannten Hilfen werden also als Teilaspekt der Unterstützung bei der Körperpflege eingestuft. Treten bei diesen „kleinen“ Hilfen Defizite auf (z.B. keine ausreichende Hilfe bei der Fortbewegung oder beim Transfer), so wird dies als Defizit bei der Beurteilung des Qualitätsaspekts „Unterstützung bei der Körperpflege“ berücksichtigt.

Damit ein Qualitätsaspekt zum Gegenstand der Prüfung wird, müssen daher *zwei Bedingungen* erfüllt sein:

1. Die Leistung bzw. Aufgabe, die mit dem Qualitätsaspekt angesprochen wird, muss *Bestandteil einer zwischen Pflegedienst und Leistungsbezieher abgeschlossenen Vereinbarung* sein, also Bestandteil des pflegerischen Auftrags im jeweiligen Einzelfall. Hiervon ist auszugehen, wenn eine Leistung bzw. pflegerische Aufgabe
 - in einem schriftlichen Vertrag explizit aufgeführt wird, *oder*
 - in einer anderen, schriftlichen Vereinbarung zwischen Pflegedienst und Leistungsbezieher explizit aufgeführt wird, *oder*
 - mündlich abgesprochen wurde (z.B. Aushandlung im Rahmen des Pflegeprozesses) und damit Bestandteil der schriftlichen Maßnahmenplanung ist.
2. Die betreffenden pflegerischen Hilfen müssen darüber hinaus *zeitlich und fachlich eine wesentliche Bedeutung* für die Durchführung des pflegerischen Auftrags haben. So kann beispielsweise die „Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition“ (Qualitätsaspekt 2.2) auch im Rahmen der Körperpflege eine wesentliche Bedeutung haben, wenn die versorgte Person die meiste Zeit über Ansprache und Orientierungshilfe benötigt, um bei der Durchführung der Körperpflege zu kooperieren. Unter diesen Umständen ist auch der Qualitätsaspekt 2.2 zu bewerten. Nähere Hinweise zur Klärung dieser Voraussetzung finden sich in der Ausfüllanleitung.

Während der Prüfung ist somit für jeden der 10 Qualitätsaspekte im Bereich 2 zu klären, ob bei der versorgten Person beide Voraussetzungen erfüllt und der betreffende Qualitätsaspekt damit zu bearbeiten bzw. zu bewerten ist.

Es sind Situationen denkbar, in denen Prüfer*innen auf sehr offene Vereinbarungen zwischen Pflegedienst und versorgter Person stoßen. Dies ist insbesondere bei Leistungen zu erwarten, für die eine Zeitvergütung vereinbart wurde. Kann der Prüfungsumfang daher aus den schriftlichen Unterlagen (Verträge, Vereinbarungen und Pflegedokumentation bzw. schriftliche Maßnahmenplanung) nicht eindeutig abgeleitet werden, so sind ergänzend Auskünfte des Pflegedienstes und der versorgten Person bzw. der Angehörigen einzuholen. Es kommt auch vor, dass die Bezeichnung einer Leistung keine unmittelbare Ableitung der Leistungsinhalte zulässt. Hat sich die versorgte Person beispielsweise für die Leistung „Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation“ auf der Basis einer Zeitvergütung entschieden, könnte der Schwerpunkt der Leistungen auf den drei Aufgaben „Verbesserung der Mobilität“, „Verbesserung der Pflegekompetenz der pflegenden Angehörigen“ und „Hilfen beim Aufbau einer bedürfnisgerechten Tagesstruktur“ liegen. In diesem Beispiel wären die Qualitätsaspekte 2.1, 2.6 und 2.9 Gegenstand der Prüfung. Die gleiche Leistungsbezeichnung findet sich ggf. bei einer anderen versorgten Person, bei der andere Schwerpunkte vorliegen (z.B. Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und Verbesserung der Pflegekompetenz der pflegenden Angehörigen, Qualitätsaspekte 2.4 und 2.9).

Zu berücksichtigen sind schließlich auch wechselnde Leistungsinhalte im Zeitverlauf, die bei Zeitvergütungen ebenfalls vorkommen können. Bezugspunkt für die Prüfung ist immer die aktuelle Versorgungssituation.

Was der pflegerische Auftrag beinhaltet, ist also unter Hinzuziehung der verfügbaren Informationsquellen sorgfältig zu klären. Leistungsbezeichnungen allein geben nicht immer hinreichend Auskunft.

Bereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen

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

Bereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung

Die folgenden beiden Themen sollen von den Prüfer*innen in Form eines Gesprächsangebotes aufgegriffen werden, wenn die jeweiligen Voraussetzungen erfüllt sind. *Es erfolgt keine Qualitätsbeurteilung.*

4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen

Im Rahmen der Prüfung ist die Zusammenarbeit zwischen dem Pflegedienst und den an der Pflege beteiligten Angehörigen der versorgten Person zu erfassen. Ein Beratungsgespräch zur Zusammenarbeit ist dann anzubieten, wenn es Hinweise auf besondere Schwierigkeiten oder Optimierungsmöglichkeiten in der Kommunikation und Abstimmung zwischen Pflegedienst und Angehörigen gibt.

4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung

Ein Beratungsgespräch zu diesem Thema ist dann anzubieten, wenn während der Prüfung Anzeichen für Gewalt gegenüber der versorgten Person oder deren Vernachlässigung bzw. Unterversorgung im häuslichen Alltag festgestellt werden. Dies können verbale Äußerungen der versorgten Person sein, aber auch Spuren von Verletzungen oder Schilderungen von aktivitätsbegrenzenden Handlungen der Angehörigen.

Bereich 5: Einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte

Die Qualitätsbereiche 1 bis 4 beziehen sich auf die individuelle Versorgung der Leistungsnutzer*innen. Im Unterschied dazu umfasst der Qualitätsbereich 5 die Strukturen und Prozesse auf der Einrichtungsebene. Hier gibt es drei Qualitätsaspekte, die in der Prüfanleitung näher erläutert werden:

5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten

5.2 Hygiene

5.3 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft

2.2 Besonderheiten bei der Prüfung außerklinischer Intensivpflege

Erhält die versorgte Person außerklinische Intensivpflege, so ist ein gesonderter Prüfbogen zu verwenden. Für die Feststellung, welche Qualitätsaspekte zu prüfen sind, gelten die im Folgenden dargelegten Sonderregelungen³:

Bereich 1: Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte

Die Qualitätsaspekte im Bereich 1 werden nicht gesondert bearbeitet bzw. beurteilt. Die mit diesen Qualitätsaspekten adressierten Sachverhalte sind vielmehr als Teilaspekte der außerklinischen Intensivpflege zu bewerten (s.u.). Im Prüfbogen für die außerklinische Intensivpflege werden die Qualitätsaspekte 1.1 bis 1.3 daher nicht aufgeführt.

Bereich 2: Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen

Die Qualitätsaspekte in diesem Bereich werden ebenfalls nicht gesondert bearbeitet. Sofern die entsprechenden Leistungen inhaltlich Bestandteil der im Einzelfall erbrachten außerklinischen Intensivpflege sind, werden sie als Teilaspekte der außerklinischen Intensivpflege bewertet. Im Prüfbogen für die außerklinische Intensivpflege werden die Qualitätsaspekte aus diesem Bereich daher ebenfalls nicht aufgeführt.

Es ist nicht auszuschließen, dass in Einzelfällen neben der außerklinischen Intensivpflege auch vertraglich vereinbarte Leistungen nach dem SGB XI erbracht werden. Diese Leistungen sind nicht Gegenstand der Beurteilung der außerklinischen Intensivpflege und bleiben somit generell außer Betracht.

³ In diesem Fall ist die ärztliche Verordnung von zentraler Bedeutung für die Festlegung, welche Sachverhalte im Einzelnen durch die Prüfer*innen zu beurteilen sind. Darüber hinaus existieren einige grundlegende Anforderungen, die zum Teil in der HKP-Richtlinie, zum Teil in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V fixiert sind. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die außerklinische Intensivpflege auf einem vergleichsweise umfassenden Versorgungsauftrag beruht, der auch Qualitätsaspekte einschließt, die im Rahmen des neuen Prüfverfahrens unabhängig von der außerklinischen Intensivpflege einen eigenständigen Stellenwert haben. Aufgrund dieser Besonderheiten weicht die Festlegung der prüfrelevanten Qualitätsaspekte im Falle der außerklinischen Intensivpflege von den Maßgaben für die Prüfung bei Personen, die diese Leistung nicht erhalten, ab.

Bereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen

Für die Qualitätsprüfung in der außerklinischen Intensivpflege ist nur die ärztliche Verordnung nach § 37c SGB V relevant. Weitere Verordnungen liegen nur im Ausnahmefall vor und werden dann als Teilaspekt der außerklinischen Intensivpflege beurteilt.

Bereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung

Im Bereich 4 gibt es keine substantiellen Abweichungen der Prüfung außerklinischer Intensivpflege von der Prüfung anderer Versorgungskonstellationen.

Bereich 5: Einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte

Der Bereich 5 umfasst einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte, die von allgemeiner Bedeutung für die ambulante Pflege sind. Lediglich beim Qualitätsaspekt 5.3 werden einige Besonderheiten der außerklinischen Intensivpflege berücksichtigt, die bei anderen Pflegediensten nicht relevant sind (s. Prüfanleitung).

Der Prüfbogen für Personen, die außerklinische Intensivpflege erhalten, weicht dementsprechend von Prüfbögen für andere Versorgungskonstellationen ab. Für die Beurteilung der einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekte gibt es hingegen keinen gesonderten Prüfbogen.

2.3 Besonderheiten bei der Prüfung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege

Aufgrund verschiedener Besonderheiten weicht die Festlegung der prüfrelevanten Qualitätsaspekte im Falle der psychiatrischen Pflege von den Maßgaben für die Prüfung bei Personen, die diese Leistung nicht erhalten, ebenfalls ab⁴. Es ist ein gesonderter Prüfbogen zu verwenden. In Einzelfällen kann es vorkommen, dass für eine versorgte Person gleichzeitig weitere, andere Leistungen erbracht werden und daher ausnahmsweise zwei Prüfbögen zur Anwendung kommen.

Bei der psychiatrischen Pflege sind folgende Maßgaben zu beachten:

Bereich 1: Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte

Die Qualitätsaspekte im Bereich 1 werden nicht gesondert bearbeitet bzw. beurteilt. Die mit diesen Qualitätsaspekten adressierten Sachverhalte sind vielmehr als Teilaspekte der psychiatrischen

⁴ Bei der Qualitätsprüfung der ambulanten psychiatrischen Hauskrankenpflege ist die ärztliche Verordnung von zentraler Bedeutung für die Festlegung, welche Sachverhalte im Einzelnen durch die Prüfer*innen zu beurteilen sind. Darüber hinaus existieren einige grundlegende Anforderungen, die zum Teil in der HKP-Richtlinie, zum Teil in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V fixiert sind. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf einem vergleichsweise umfassenden Versorgungsauftrag beruhen kann, der auch Qualitätsaspekte einschließt, die im Rahmen des neuen Prüfverfahrens unabhängig von der psychiatrischen Pflege einen eigenständigen Stellenwert haben.

Pflege zu bewerten (s.u.). Im Prüfbogen für die psychiatrische häusliche Krankenpflege werden die Qualitätsaspekte 1.1 bis 1.3 daher nicht aufgeführt.

Bereich 2: Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen

Für den Prüfbereich 2 sind grundsätzlich zwei unterschiedliche Konstellationen zu berücksichtigen:

- Sofern Qualitätsaspekte aus diesem Bereich inhaltlich Bestandteil der im Einzelfall erbrachten psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind, werden sie nicht gesondert bearbeitet, sondern als Teilaspekte der psychiatrischen Pflege bewertet. Im Prüfbogen für die psychiatrische häusliche Krankenpflege werden die Qualitätsaspekte aus diesem Bereich daher nicht aufgeführt.
- Es ist nicht auszuschließen, dass in Einzelfällen neben der psychiatrischen Pflege auch vertraglich vereinbarte Leistungen nach dem SGB XI erbracht werden. Diese Leistungen sind nicht Gegenstand der Beurteilung der psychiatrischen Pflege. Sie werden, wie in der allgemeinen ambulanten Pflege, gesondert beurteilt. Hierzu ist der Prüfbogen für die allgemeine ambulante Pflege zu verwenden⁵.

Bereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen

Neben einer Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege können für eine versorgte Person weitere Verordnungen häuslicher Krankenpflege vorliegen. Sofern dies der Fall ist und der zu prüfende Pflegedienst die entsprechenden Leistungen erbringt, gilt ebenso wie für den Bereich 2, dass diese Leistungen unabhängig von der psychiatrischen Pflege mit Hilfe des Prüfbogens für die allgemeine ambulante Pflege zu beurteilen sind.

Bereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung

Der Bereich 4 umfasst die Qualitätsaspekte

4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen

4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung.

Hier kann es zu Überschneidungen mit Sachverhalten kommen, die auch Gegenstand der Qualitätsprüfung psychiatrischer Pflege sind. Dies ist von Belang, da der Bereich 4 im Falle der allgemeinen ambulanten Pflege von einer Qualitätsbeurteilung ausgenommen ist. Der Sonderstatus dieser Themen kann im Falle der psychiatrischen Pflege aber nicht beibehalten werden. Die Bearbeitung der beiden im Bereich 4 aufgeführten Qualitätsaspekte entfällt also bzw. wird in die Qualitätsbeurteilung der verordneten psychiatrischen Hauskrankenpflege integriert.

⁵ Es kann daher vorkommen, dass für einzelne Personen aus der Stichprobe ausnahmsweise zwei Prüfbögen zur Anwendung kommen. Zu beachten ist allerdings, dass der Prüfbogen für die psychiatrische häusliche Krankenpflege im Grunde nichts anderes ist als eine ausführliche und spezifizierte Version jenes Abschnitts im Prüfbogen für die ambulante Pflege, mit dem auch andere Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege geprüft werden. Die „Aufspaltung“ in zwei Prüfbögen ist also streng genommen nur äußerlich.

Bereich 5: Einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte

Der Bereich 5 umfasst einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte, die von allgemeiner Bedeutung für die ambulante Pflege sind. Lediglich beim Qualitätsaspekt 5.3 weichen einige Details vom Verfahren bei anderen Pflegediensten ab (s. Prüfanleitung).

Der Prüfbogen für Personen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege erhalten, weicht dementsprechend vom Prüfbogen für andere Versorgungskonstellationen ab. Sind Personen in die Stichprobe einbezogen, die keine psychiatrische häuslichen Krankenpflege erhalten, ist der für die allgemeine ambulante Pflege vorgesehene Bogen zu verwenden. Gleiches gilt für die beschriebene Parallelität des Bezugs von anderen Leistungen nach dem SGB V oder SGB XI. Für die Beurteilung der einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekte im Bereich 5 gibt es hingegen einen einheitlichen Prüfbogen.

3. Informationsquellen

Bei der Durchführung der Prüfung nutzen die Prüfer*innen die folgenden Informationsquellen:

- das Gespräch mit dem und die Inaugenscheinnahme der versorgten Person
- das Fachgespräch mit den Mitarbeiter*innen 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 Qualitätsmanagements oder zur Vorbereitung der Durchführung der Prüfung erstellt hat.

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

1. Eine einseitig auf die Dokumentation ausgerichtete Prüfung ist zu vermeiden. Die Prüfer*innen sind gehalten, auch andere Informationsquellen, die ihnen zur Verfügung stehen, zu nutzen.
2. Liegen Hinweise auf ein Qualitätsdefizit vor, so genügt nicht allein das Fehlen von Einträgen in der Pflegedokumentation, um den Nachweis zu führen, dass ein Defizit vorliegt. Vielmehr muss *mindestens eine weitere Informationsquelle* entsprechende Hinweise geben (Beispiel: Die Pflegedokumentation enthält keine Hinweise auf die individuellen Bedürfnisse der versorgten Person und auch die Mitarbeiter*innen können keine nachvollziehbaren Angaben zu diesen Bedürfnissen machen).
3. Ausgenommen hiervon ist lediglich die fehlende Berücksichtigung notwendiger, geplanter Hilfen in der schriftlichen Maßnahmenplanung. Sie ist für sich genommen, d.h. auch ohne Verifizierung durch eine zweite Informationsquelle, als Defizit zu werten. Allerdings haben die Prüfer*innen nachzuweisen, dass die betreffende Maßnahme in der Planung hätte aufgeführt werden müssen;

Maßnahmen, die nicht Teil des Auftrags des ambulanten Dienstes sind, müssen auch nicht in der schriftlichen Maßnahmenplanung aufgeführt werden. Gleiches gilt für nicht planbare Maßnahmen. Die individuelle Maßnahmenplanung muss bei einem in die Prüfung einbezogenen Qualitätsaspekt stets 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*innen über geplante Maßnahmen ist in diesem Fall keine gleichwertige Information. Es ist allerdings zu betonen, dass diese Dokumentationsnotwendigkeit lediglich die schriftliche Maßnahmenplanung betrifft und somit eine Ausnahme darstellt. Es kann weitere Ausnahmen geben. Diese sind als explizite Hinweise auf Dokumentationsanforderungen bei einigen Qualitätsaspekten in der Ausfüllanleitung aufgeführt.

Die Reihenfolge, in der die verschiedenen Informationsquellen genutzt werden, und den Zeitpunkt, von dem an keine weiteren Informationsquellen verwendet werden, legen die Prüfer*innen fest. Ob beispielsweise eine Inaugenscheinnahme der versorgten Person vor oder nach einem Fachgespräch mit den Mitarbeiter*innen, der Erfassung von Informationen aus der Pflegedokumentation oder anderen Schritten erfolgt, entscheiden die Prüfer*innen nach eigenem Ermessen. Allerdings spielen hierbei Fragen der Praktikabilität eine wichtige Rolle. Da im Regelfall zunächst ein Besuch in den Räumlichkeiten des Pflegedienstes erfolgt und damit die dort verfügbaren Informationen als erstes zugänglich sind, ergibt sich eine gewisse Reihenfolge bei der Nutzung der Informationsquellen von selbst.

Nachweis bei der Feststellung eines Qualitätsdefizits

Stellen die Prüfer*innen ein Defizit fest, so haben sie den Nachweis zu führen, auf welcher Grundlage sie zu dieser Feststellung gelangt sind. Dies schließt die Benennung der Informationsquellen ein, anhand derer die Prüfer*innen ein Defizit identifiziert haben. 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 offensichtlichen Tatsachen stehen, sind ebenso wenig nutzbar wie unzutreffende Angaben in der Pflegedokumentation. Ähnliches gilt für unklare oder abstrakte mündliche Mitteilungen.

Die Prüfer*innen sollten sich darum bemühen, das Fachgespräch als Informationsquelle zu nutzen und die Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes zu ermutigen, das Gespräch 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 versorgten Personen aus der Stichprobe gewährleistet werden. Sind keine entsprechend informierten Mitarbeiter*innen verfügbar und kann auch das Leitungspersonal, das eine Prüfung in der Regel begleitet, keine Auskunft geben, sollten vorrangig die Pflegedokumentation und die Aussagen der versorgten Person und ggf. ihrer 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*innen gesteckt sind. Diese Grenzen ergeben sich vor allem durch folgende Faktoren:

- Bereitschaft der versorgten Person und der Angehörigen, die Hinweise des Pflegedienstes anzunehmen: Wenn Mitarbeiter*innen 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 eines Dekubitus durch die Druckentlastung gefährdeter Haut- bzw. Körperpartien, 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 Menschen 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/der Ärzt*in und der Kostenträger. Die Einwirkungsmöglichkeit des Pflegedienstes ist in diesem Fall weitgehend auf die fachgerechte Durchführung verordneter Maßnahmen und die Kommunikation mit dem/der Ärzt*in 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 Vereinbarungen, 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 entsprechende 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 haben die Prüfer*innen 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 Prüfer*innen haben durchgängig, d.h. bei der Beurteilung eines *jeden* für die Qualitätsbeurteilung relevanten Sachverhalts zu berücksichtigen, ob bei Auffälligkeiten oder Qualitätsdefiziten das Handeln des Pflegedienstes oder andere Faktoren relevant sind. Die Frage der Einwirkungsmöglichkeiten wird daher weder im Prüfbogen noch in der Ausfüllanleitung explizit thematisiert.

Im Falle der außerklinischen Intensivpflege ist allerdings stets das tatsächliche Ausmaß der Präsenz des Pflegedienstes im Einzelfall zu beachten. Bei der Beurteilung der Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes bei der außerklinischen Intensivpflege sind insbesondere die hohen Präsenzzeiten zu berücksichtigen, die sich von der allgemeinen ambulanten Pflege erheblich unterscheiden.

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 dementsprechend vier Kategorien verwendet:

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

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* der versorgten Person. Beispiele hierfür sind die Verabreichung von Medikamenten in der falschen Dosis, unzureichende Beachtung von Hygieneanforderungen bei der Wundversorgung oder ein Zustand der Dehydration aufgrund unzureichender Flüssigkeitsversorgung.
- Eine negative Folge liegt aber auch dann vor, wenn keine Maßnahmen durchgeführt werden, die dem *individuellen Bedarf* der versorgten Person entsprechen, auch wenn noch keine sichtbaren gesundheitlichen Nachteile entstanden sind. Die versorgte Person erhält also nicht die ihrem Bedarf entsprechenden Hilfen, obwohl diese Hilfen durch den Pflegedienst gemäß der individuellen vertraglichen Vereinbarungen geleistet werden müssten und auch in der Maßnahmenplanung vorgesehen sind oder sein müssten. 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. Stellen Prüfer*innen 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 der versorgten Person 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 die versorgte Person erwarten lassen

Für die zu beurteilenden Sachverhalte wurden Auffälligkeiten festgestellt, die jedoch keine Auswirkungen auf die versorgte Person 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 die versorgte Person ausgehen. Dazu gehört beispielsweise das punktuelle Fehlen eines Durchführungsnachweises im Bereich der ärztlich verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertungskategorie ist vorgesehen für Situationen, in denen durch das Handeln der Mitarbeiter*innen der Einrichtung (oder durch Unterlassungen) ein Risiko für die versorgte Person entstanden ist bzw. auf eine bestehende Risikosituation nicht eingewirkt wurde, um das Risiko zu beheben oder zu verringern. Greifbare Folgen für die versorgte Person 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 die betreffende Person.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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 der versorgten Person, ihres Wohlbefindens, ihrer Teilhabe am sozialen Leben oder ihres 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 der versorgten Person, 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 der

Prüfer*innen 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 der Vorstellung der Prüfer*innen 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 der in die Qualitätsprüfung einzubeziehenden Personen bzw. die *Stichprobenziehung*.

Die Stichprobe umfasst im Regelfall 9 Personen, die entsprechend der Vorgaben des im Folgenden definierten Stichprobenverfahrens auszuwählen sind. Für Pflegedienste, die außerklinische Intensivpflege oder psychiatrische häusliche Krankenpflege durchführen, gilt ein modifiziertes Stichprobenverfahren.

5.1.1 Stichprobe in der allgemeinen ambulanten Pflege

Hiermit ist das Stichprobenverfahren bei der Prüfung von Pflegediensten angesprochen, die weder außerklinische Intensivpflege noch psychiatrische häusliche Krankenpflege durchführen. Die Stichprobe umfasst bei diesen Diensten insgesamt 9 Personen und setzt sich aus folgenden Teilgruppen zusammen:

Abb. 2: Stichprobenzusammensetzung in der allgemeinen ambulanten Pflege

A) Mobilität ist beeinträchtigt & Kognition ist beeinträchtigt:	2 Personen
B) Mobilität ist beeinträchtigt & Kognition ist unbeeinträchtigt:	2 Personen
C) Mobilität ist unbeeinträchtigt & Kognition ist beeinträchtigt:	2 Personen
D) Personen, die eine aufwändige HKP-Leistung erhalten:	3 Personen

Wie die Abbildung erkennen lässt, werden 6 dieser 9 Personen 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 mit Hilfe der in Kapitel 1 beschriebenen Liste anhand dieser Merkmalskombinationen (unter Nutzung von Zufallszahlen) ausgewählt. Um berücksichtigen zu können, dass die ausgewählten Personen kein Einverständnis für die Mitwirkung bei der Qualitätsprüfung geben, werden je Gruppe mehr Personen ausgewählt als rechnerisch notwendig (6 statt 2 Personen).

Die ersten 2 ausgewählten Personen einer Teilgruppe werden bei der Prüfung berücksichtigt. Stellt sich heraus, dass die Prüfung in diesen Fällen nicht möglich ist, werden auch die übrigen ausgewählten Personen nacheinander ersatzweise in die Stichprobe aufgenommen. Sollten auch danach noch keine 2 Personen aus der Gruppe aufgenommen werden können, erfolgt keine neue Stichprobenziehung, was zur Folge hat, dass die angestrebte Stichprobengröße unterschritten wird. Ein Unterschreiten der Stichprobengröße ist von den Prüfer*innen zu dokumentieren und zu begründen.

Das Stichprobenverfahren setzt sich also aus folgenden Schritten zusammen:

- Zufallsstichprobe für die Teilgruppe A im Umfang von 6 Personen
- Überprüfung, ob die beiden zuerst ausgewählten unter diesen 6 Personen bereit und in der Lage sind, bei der Prüfung mitzuwirken
- Bei fehlender Möglichkeit der Einbeziehung: Überprüfung der Teilnahmemöglichkeit für die anderen 4 Personen aus der Teilstichprobe
- Wiederholung dieser Schritte für die Teilgruppen B und C.

Sollte eine der definierten Gruppen so schwach besetzt sein, dass im ersten Schritt nicht mindestens 6 Personen ausgewählt werden können, 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)

3 weitere Personen werden 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 erhalten (Gruppe D). Auch hier werden im ersten Schritt mit Hilfe von Zufallszahlen 6 Personen bestimmt. Die ersten 3 gezogenen Personen werden in die Stichprobe aufgenommen, die übrigen Personen in der Reihenfolge der Zufallszahlen in dem Fall, dass bei einer der ersten 3 Personen eine Prüfung nicht möglich ist. Sollte es (beispielsweise aufgrund einer besonderen Ausrichtung des Angebots eines Pflegedienstes oder aufgrund fehlender Einverständniserklärung) nicht möglich sein, 3 Personen mit einer aufwändigen Leistung der häuslichen Krankenpflege einzubeziehen, so wird die Stichprobe *nicht* durch andere Personen aufgefüllt. Das Unterschreiten der angestrebten Stichprobengröße ist von den Prüfer*innen zu dokumentieren und zu begründen.

Es ist denkbar, dass auch eine Person der Teilgruppen A, B oder C häusliche Krankenpflege erhält. Dies ist bei der Feststellung des Prüfumfangs zu berücksichtigen, spielt jedoch für das Stichprobenverfahren keine Rolle.

Die Einverständniserklärung für die in die Stichprobe einbezogenen Personen muss zu Beginn der Prüfung eingeholt werden. Ist die Einverständniserklärung einer/s bevollmächtigten Betreuers/in notwendig, genügt zunächst eine telefonische mündliche Zusage. Die schriftliche Einverständniserklärung muss jedoch nachgeliefert werden.

5.1.2 Stichprobe bei Pflegediensten, die außerklinische Intensivpflege durchführen

Bei der außerklinischen Intensivpflege handelt sich um eine spezialisierte Form der ambulanten Pflege, für die besondere Kompetenzen erforderlich sind, die in eigens dafür abgeschlossenen Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern konkretisiert sind. Der Grad der Spezialisierung und damit der Anteil der Personen, für die ein Dienst spezialisierte Leistungen erbringt, variiert allerdings in hohem Maße. Für die Stichprobenziehung im Rahmen der Qualitätsprüfung werden daher, anders als bei der allgemeinen ambulanten Pflege, vier Arten ambulanter Pflegedienste unterschieden:

- a) Spezialisierte Pflegedienste, die *ausschließlich oder fast ausschließlich* (bei mehr als 90% der vom Pflegedienst versorgten Personen) Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen,
- b) Spezialisierte Pflegedienste, die *überwiegend* Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen (bei mehr als 50% und bis maximal 90% der vom Pflegedienst versorgten Personen),
- c) Pflegedienste, die *in größerem Umfang* Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen (bei mehr als 25% bis maximal 50% der vom Pflegedienst versorgten Personen) und
- d) Pflegedienste, die in vergleichsweise geringem Umfang Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen (bei bis zu 25% der vom Pflegedienst versorgten Personen).

Die Prozentangaben beziehen sich auf diejenigen versorgten Personen, die nach den in Kapitel 1 näher beschriebenen Kriterien Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI (körperbezogene Pflegemaßnahmen sowie pflegerische Betreuungsmaßnahmen) oder Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V (einschl. außerklinische Intensivpflege) erhalten. Welchen konkreten Spezialisierungsgrad ein Pflegedienst aufweist, kann daher erst anhand der Liste der versorgten Personen festgestellt werden, die die Pflegedienste am Tag der Qualitätsprüfung zur Verfügung stellen.

In der Regel ist aber dennoch bekannt, ob eine Spezialisierung zu erwarten ist. Ein Prüfdienst sollte daher im Idealfall bereits im Vorfeld der Prüfung über die Information verfügen, ob der jeweilige ambulante Pflegedienst durch einen entsprechenden Vertrag zur Durchführung außerklinischer Intensivpflege berechtigt ist. Auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass Prüfer*innen eingesetzt

werden, die über einen entsprechenden fachlichen Hintergrund bzw. über Erfahrungen mit der Prüfung spezialisierter Dienste verfügen.

Die Zusammensetzung der Stichprobe hängt bei diesen Pflegediensten davon ab, wie hoch der Anteil der Personen ist, die außerklinische Intensivpflege erhalten:

1. Bei Pflegediensten, die ausschließlich oder fast ausschließlich (>90%) Personen versorgen, die außerklinische Intensivpflege erhalten, besteht die Stichprobe aus 5 Personen, die außerklinische Intensivpflege erhalten und von denen mindestens 2 beatmet werden:

- Anhand der in Kapitel 1 beschriebenen Liste werden unter den *beatmeten* Personen anhand von Zufallszahlen zunächst 4 Personen ausgewählt. Die ersten 2 unter diesen 4 ausgewählten Personen werden in die Prüfung einbezogen.
- Ebenfalls anhand von Zufallszahlen werden weitere 6 Personen ausgewählt, wobei diesmal die Auswahl unter *allen* intensivpflegerisch versorgten Personen (unabhängig von der Beatmung) erfolgt. Die ersten 3 unter diesen 6 ausgewählten Personen werden in die Prüfung einbezogen.
- Ist die Durchführung der Prüfung bei einer beatmeten Person nicht möglich, werden die dritte und ggf. die vierte beatmete Person in die Prüfung einbezogen. Sollte es auch dann nicht möglich sein, die angestrebte Zahl von 2 beatmeten Personen einzubeziehen, wird die Teilstichprobe unabhängig vom Kriterium der Beatmung durch andere zufällig ausgewählte, intensivpflegerisch versorgte Personen aufgefüllt.
- Analog wird bei den übrigen Personen aus der Stichprobe verfahren. Sollte es nicht möglich sein, unter den insgesamt 10 ausgewählten Personen 5 Personen in die Prüfung einzubeziehen, erfolgt keine weitere Zufallsauswahl. Das Unterschreiten der angestrebten Stichprobe von 5 Personen ist von den Prüfer*innen zu dokumentieren.

*2. Bei Pflegediensten, die mehrheitlich (über 50% bis zu 90%) Personen versorgen, die außerklinische Intensivpflege erhalten, besteht die Stichprobe aufgrund des breiteren Spektrums der Versorgungskonstellationen aus 7 Personen, von denen mindestens 2 beatmet werden und 2 weitere *keine* außerklinische Intensivpflege erhalten:*

- 5 Personen, die außerklinische Intensivpflege erhalten, werden nach den oben formulierten Regeln der Stichprobenziehung bestimmt, also gemäß der Stichprobenziehung bei Diensten, die ausschließlich oder fast ausschließlich (>90%) Personen versorgen, die außerklinische Intensivpflege erhalten.
- Ergänzend zu diesen 5 Personen werden anhand von Zufallszahlen 6 Personen ausgewählt, die *keine* außerklinische Intensivpflege erhalten. Die ersten 2 unter diesen 6 Personen werden in die Prüfung einbezogen. Ist die Durchführung der Prüfung bei diesen Personen nicht möglich, werden die dritte und ggf. weitere ausgewählte Person in die Prüfung einbezogen. Sollte es auch dann nicht möglich sein, die angestrebte Zahl von 2 Personen einzubeziehen, erfolgt keine weitere Zufallsauswahl. Das Unterschreiten der angestrebten Stichprobe ist von den Prüfer*innen zu dokumentieren.

3. Bei Pflegediensten, bei denen der Anteil der intensivpflegerisch versorgten Personen bei über 25% bis zu 50% liegt, umfasst die Stichprobe wie auch bei nichtspezialisierten Pflegediensten insgesamt 9 Personen. Bei 3 von ihnen soll eine Verordnung über außerklinische Intensivpflege vorliegen und mindestens eine Person davon soll auch beatmet werden. Die Stichprobe wird folgendermaßen gezogen:

- 6 der 9 Personen werden – unter Ausschluss von Personen, die außerklinische Intensivpflege erhalten – 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 in Kapitel 1 beschriebenen Liste anhand dieser Merkmalskombinationen in die Gruppen A, B und C aufgeteilt. Aus jeder dieser Gruppen werden anhand von Zufallszahlen 6 Personen ausgewählt. Die ersten 2 ausgewählten Personen werden bei der Prüfung berücksichtigt. Stellt sich heraus, dass dies nicht möglich ist, die übrigen versorgten Person aus dieser Gruppe nacheinander ersatzweise in die Stichprobe aufgenommen. Sollten es auch danach nicht möglich sein, bei 2 Personen aus der jeweiligen Teilgruppe eine Prüfung durchzuführen, werden keine weiteren Personen ausgewählt. Das Unterschreiten der angestrebten Stichprobe ist von den Prüfer*innen zu dokumentieren. Sollte eine der definierten Gruppen so schwach besetzt sein, dass die Zahl von 2 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)

- 6 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 außerklinische Intensivpflege erhalten (Gruppe D). Aus der Liste der versorgten Personen werden also anhand von Zufallszahlen 6 Personen ausgewählt, von denen die ersten 3 bei der Prüfung berücksichtigt werden. Stellt sich heraus, dass nicht bei allen dieser 3 ausgewählten Personen eine Prüfung möglich ist oder nicht mindestens eine Person darunter ist, bei der eine Beatmung erfolgt, dann werden ersatzweise die weiteren 3 Personen nacheinander einbezogen, bis eine Stichprobe von 3 Personen (mit einer beatmeten Person) gebildet werden kann. Sollte es nicht möglich sein, auf diesem Weg die angestrebte Zahl von 3 Personen einzubeziehen, erfolgt keine weitere Auswahl. Das Unterschreiten der angestrebten Stichprobe ist von den Prüfer*innen zu dokumentieren.

4. Bei Pflegediensten, bei denen lediglich bis zu 25% der versorgten Personen außerklinische Intensivpflege erhalten, beläuft sich die Stichprobe ebenfalls auf 9 Personen, von denen mindestens eine außerklinische Intensivpflege erhalten soll:

- Zunächst werden 6 Personen ohne außerklinische Intensivpflege anhand der Merkmalskombination Mobilität/kognitive Fähigkeiten nach dem Verfahren bestimmt, das oben für Dienste mit über 25% bis zu 50% intensivpflegerisch versorgten Personen beschrieben wurde.

- Im Anschluss wird aus der in Kapitel 1 beschriebenen Liste anhand einer Zufallszahl eine Person unter den Personen mit außerklinischer Intensivpflege ausgewählt. Stellt sich heraus, dass bei dieser Person eine Prüfung nicht möglich ist, wird versucht, die nächste in der Liste aufgeführte Person mit verordneter außerklinischer Intensivpflege einzubeziehen. Dieses Verfahren wird so lange wiederholt, bis eine intensivpflegerisch versorgte Person einbezogen werden kann oder festgestellt wird, dass keine der so versorgten Personen einbezogen werden kann.
- Erneut anhand von Zufallszahlen werden schließlich 2 weitere Personen mit aufwändigen HKP-Leistungen bestimmt. Zunächst werden 4 Personen ausgewählt, von denen die ersten beiden in die Prüfung einbezogen werden. Ist dies bei einer oder beiden Personen nicht möglich, wird eine oder werden beide „Ersatzpersonen“ ausgewählt. Sollte es auch danach nicht möglich sein, 2 Personen mit aufwändiger Leistung der häuslichen Krankenpflege einzubeziehen, so wird die Stichprobe nicht durch andere Personen aufgefüllt. Das Unterschreiten der vorgesehenen Personenzahl ist im Prüfbericht zu begründen.

Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick zur angestrebten Stichprobenzusammensetzung bei Diensten, die außerklinische Intensivpflege durchführen.

Abb. 3: Kriterien zur Stichprobenbildung bei außerklinischer Intensivpflege (AKI)

	Anteil der Personen mit außerklinischer Intensivpflege			
	>90%	> 50% bis 90%	> 25% bis 50%	bis 25%
Personen mit AKI	5	5	3	mindestens 1
- darunter: beatmet	mindestens 2	mindestens 2	mindestens 1	keine Vorgabe
Personen ohne AKI	/	2	6*	bis zu 8*
Gesamt	5	7	9	9

*geschichtet nach den Kriterien, die bei der allgemeinen ambulanten Pflege zur Anwendung kommen

5.1.3 Stichprobe bei Pflegediensten, die psychiatrische Hauskrankenpflege durchführen

Die psychiatrische häuslichen Krankenpflege stellt ebenfalls eine spezialisierte Form der ambulanten Pflege dar, die besondere Kompetenzen erfordert. Der Grad der Spezialisierung ist auch in diesem Bereich uneinheitlich. Bei der Qualitätsprüfung sind daher, ähnlich wie im Falle der außerklinischen Intensivpflege, vier Arten ambulanter Pflegedienste zu unterscheiden, die psychiatrische häusliche Krankenpflege erbringen und für die jeweils ein besonderes Stichprobenverfahren definiert wird:

- a) Spezialisierte Pflegedienste, die *ausschließlich oder fast ausschließlich* (bei mehr als 90% der vom Pflegedienst versorgten Personen) psychiatrische häusliche Krankenpflege erbringen,
- b) Spezialisierte Pflegedienste, die *überwiegend* psychiatrische häusliche Krankenpflege leisten (bei mehr als 50% bis maximal 90% der vom Pflegedienst versorgten Personen),
- c) Pflegedienste, die *in größerem Umfang* psychiatrische häusliche Krankenpflege durchführen (bei mehr als 25% bis maximal 50% der vom Pflegedienst versorgten Personen) und

- d) Pflegedienste, die in vergleichsweise geringem Umfang psychiatrische häusliche Krankenpflege durchführen (bei bis zu 25% der vom Pflegedienst versorgten Personen).

Auch hier beziehen sich die Prozentangaben auf diejenigen versorgten Personen, die nach den in Kapitel 1 näher beschriebenen Kriterien Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI (körperbezogene Pflegemaßnahmen sowie pflegerische Betreuungsmaßnahmen) oder Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V (einschl. außerklinische Intensivpflege) erhalten.

Um sicherzustellen, dass bei Qualitätsprüfungen Mitarbeiter*innen eingesetzt werden, die über eine entsprechende fachliche Kompetenz verfügen, sollte auch im Blick auf die psychiatrische häusliche Krankenpflege im Idealfall bereits im Vorfeld bekannt sein, ob der zu prüfende Pflegedienst durch einen Vertrag zur Durchführung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege berechtigt ist.

Für die Stichprobenziehung gelten bei diesen Pflegediensten folgende Regeln:

1. Bei Pflegediensten, die ausschließlich oder fast ausschließlich (>90%) Personen versorgen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege erhalten, besteht die Stichprobe aus 5 Personen:

- Anhand der in Kapitel 1 beschriebenen Liste werden unter den Personen mit einer Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege anhand von Zufallszahlen zunächst 12 Personen ausgewählt. Verweist die Zufallszahl auf eine Person, bei der es sich um eine Erstverordnung psychiatrischer Pflege⁶ handelt, wird die nächstfolgende Person eingeschlossen, für die eine Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege vorliegt.
- Die ersten 5 ausgewählten Personen werden in die Prüfung einbezogen. Ist die Durchführung der Prüfung bei einer ausgewählten Person nicht möglich, wird die nächstfolgende der insgesamt 12 ausgewählten Personen in die Prüfung einbezogen. Sollte auch dann die angestrebte Fallzahl von 5 Personen nicht erreicht werden, erfolgt keine weitere Auswahl. Das Unterschreiten der angestrebten Stichprobe von 5 Personen ist von den Prüfer*innen zu dokumentieren.

2. Bei Pflegediensten, die mehrheitlich (über 50% bis zu 90%) Personen versorgen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege erhalten, besteht die Stichprobe aufgrund des breiteren Spektrums der Versorgungskonstellationen aus 7 Personen:

- 5 Personen mit einer Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege werden nach den oben formulierten Regeln der Stichprobenziehung bestimmt, also gemäß der Stichprobenziehung bei Diensten, die ausschließlich oder fast ausschließlich (>90%) Personen versorgen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege erhalten.
- Ergänzend zu diesen 5 Personen werden anhand von Zufallszahlen 6 Personen ausgewählt, die *keine* psychiatrische häusliche Krankenpflege erhalten. Die ersten 2 unter diesen 6 Personen werden in die Prüfung einbezogen. Ist die Durchführung der Prüfung bei diesen Personen nicht möglich, werden ggf. die dritte und eine weitere ausgewählte Person in die Prüfung einbezogen. Sollte

⁶ Dieses Ausschlusskriterium gilt auch für alle anderen der nachfolgend beschriebenen Stichprobenvarianten.

es auch dann nicht möglich sein, die angestrebte Zahl von 2 Personen einzubeziehen, erfolgt keine weitere Stichprobenziehung. Das Unterschreiten der angestrebten Stichprobe ist von den Prüfer*innen zu dokumentieren.

3. Bei Pflegediensten, bei denen der Anteil der Personen mit einer Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege bei über 25% bis zu 50% liegt, umfasst die Stichprobe wie auch bei nichtspezialisierten Pflegediensten insgesamt 9 Personen. Bei 3 von ihnen soll eine Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege vorliegen. Die Stichprobe wird folgendermaßen gezogen:

- 6 der 9 Personen werden – unter Ausschluss von Personen, die psychiatrische häusliche Pflege erhalten – 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 in Kapitel 1 beschriebenen Liste anhand dieser Merkmalskombinationen in die Gruppen A, B und C aufgeteilt. Aus jeder dieser Gruppen werden anhand von Zufallszahlen 6 Personen ausgewählt. Die ersten 2 ausgewählten Personen werden bei der Prüfung berücksichtigt. Stellt sich heraus, dass dies nicht möglich ist, weitere Person aus dieser Gruppe ersatzweise in die Stichprobe aufgenommen. Sollten auch danach noch keine 2 Personen aus der Gruppe aufgenommen werden können, erfolgt keine weitere Zufallsauswahl. Das Unterschreiten der angestrebten Stichprobe ist von den Prüfer*innen zu dokumentieren. Sollte eine der definierten Gruppen so schwach besetzt sein, dass die Zahl von 2 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) |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

- 3 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 psychiatrische häusliche Krankenpflege erhalten. Aus der Liste der versorgten Personen werden zunächst anhand von Zufallszahlen 7 Personen ausgewählt, von denen die ersten 3 bei der Prüfung berücksichtigt werden. Stellt sich heraus, dass nicht bei allen dieser Personen eine Prüfung möglich ist, werden ersatzweise die weiteren 4 Personen nacheinander einbezogen, bis eine Stichprobe von 3 Personen gebildet werden konnte. Sollte es nicht möglich sein, auf diesem Weg die angestrebte Zahl von 3 Personen einzubeziehen, werden 3 andere Personen mit einer Verordnung besonders aufwändiger bzw. risikobehafteter häuslicher Krankenpflege zufällig ausgewählt und ersatzweise einbezogen. Gelingt es auch dann nicht, die angestrebte Zahl von 3 Personen in diese Teilstichprobe einzubeziehen, erfolgt keine weitere Auswahl. Das Unterschreiten der angestrebten Stichprobengröße ist von den Prüfer*innen zu dokumentieren.

4. Bei Pflegediensten, bei denen lediglich bis zu 25% der versorgten Personen psychiatrische häusliche Krankenpflege erhalten, beläuft sich die Stichprobe ebenfalls auf 9 Personen, von denen mindestens eine Person eine entsprechende Verordnung erhalten haben soll:

- Zunächst werden 6 Personen ohne Verordnung psychiatrischer Pflege anhand der Merkmalskombination Mobilität/kognitive Fähigkeiten nach dem Verfahren bestimmt, das oben für Dienste mit über 25% bis zu 50% psychiatrisch gepflegter Personen beschrieben wurde.
- Im Anschluss wird aus der in Kapitel 1 beschriebenen Liste anhand einer Zufallszahl eine Person unter den Personen mit psychiatrischer Pflege ausgewählt. Stellt sich heraus, dass bei dieser Person eine Prüfung nicht möglich ist, wird versucht, die nächste oder übernächste in der Liste aufgeführte Person mit verordneter psychiatrischer Pflege einzubeziehen. Gelingt es auch dann nicht, eine Person mit Verordnung einzubeziehen, erfolgt keine weitere Auswahl. Das Abweichen von der angestrebten Stichprobenstruktur ist von den Prüfer*innen zu dokumentieren.
- Erneut anhand von Zufallszahlen werden schließlich 2 weitere Personen mit einer aufwändigen HKP-Leistung bestimmt. Zunächst werden 6 Personen ausgewählt, von denen die ersten beiden in die Prüfung einbezogen werden. Ist dies bei einer oder beiden Personen nicht möglich, wird eine oder werden 2 „Ersatzpersonen“ ausgewählt. Sollte es auch danach nicht möglich sein, 2 Personen mit aufwändiger Leistung der häuslichen Krankenpflege einzubeziehen, so wird die Stichprobe nicht durch andere Personen aufgefüllt. Das Unterschreiten der vorgesehenen Personenzahl ist im Prüfbericht zu begründen.

Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick zur angestrebten Stichprobenzusammensetzung bei Diensten, die psychiatrische häusliche Krankenpflege (PHK) durchführen.

Abb. 4: Kriterien zur Stichprobenbildung bei psychiatrischer häuslicher Krankenpflege (PHK)

	Anteil der Personen mit psychiatrischer häuslicher Krankenpflege			
	>90%	> 50% bis 90%	> 25% bis 50%	bis 25%
Personen mit PHK	5	5	3	1
Personen ohne PHK	/	2	6*	8*
Gesamt	5	7	9	9

*geschichtet nach den Kriterien, die bei der allgemeinen ambulanten Pflege zur Anwendung kommen.

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*innen und die Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes zusammenzustellen, idealerweise zu Beginn der Prüfung, sodass die Prüfer*innen einen ersten Eindruck zu Größe und Struktur des Pflegedienstes, etwaigen pflgefachlichen Schwerpunkten (sofern diese nicht im Vorfeld der Prüfung durch die beauftragende Pflegekasse zur Verfügung gestellt wurden), zur Struktur der versorgten Klientel und die verantwortlichen Mitarbeiter*innen erhalten.

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

5.3 Beurteilung der Qualitätsaspekte bei der versorgten Person

5.3.1 Beurteilung der Qualitätsaspekte in der allgemeinen ambulanten Pflege

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):

- 1. Klärung der Prüfbarkeit des jeweiligen Qualitätsaspekts (Prüfumfang):** Die Prüfer*innen beurteilen zunächst die Frage, ob der jeweilige Qualitätsaspekt bei der versorgten Person zu prüfen ist. 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 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:** Die Prüfer*innen verschaffen sich einen Überblick zur Bedarfs- und Versorgungssituation der versorgten Person. Anhand verschiedener Informationsquellen werden die Lebenssituation, die gesundheitliche Situation, Ressourcen und Beeinträchtigungen, Gefährdungen sowie Einzelheiten der zwischen Pflegedienst und der versorgten Person bzw. den Angehörigen vereinbarten Leistungen erfasst. Die Prüfer*innen sollten sich ein eigenes Bild von der versorgten Person und der Pflegesituation machen und Angaben der Mitarbeiter*innen 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.
- 3. Bearbeitung der Leitfragen:** Im nächsten Schritt haben die Prüfer*innen mit Hilfe der vorgegebenen Leitfragen eine Beurteilung der Versorgung vorzunehmen. Die Leitfragen haben die Funktion, die für einen Qualitätsaspekt relevanten Sachverhalte, die zu beurteilen sind, näher zu beschreiben. Die dabei gewonnenen Feststellungen werden im nächsten Schritt anhand bestimmter Vorgaben bewerten. Erläuterungen zu den jeweiligen Leitfragen finden sich in der Ausfüllanleitung. Hier wird u.a. beschrieben, welche Aspekte des pflegerischen Handelns in die Beurteilung einzubeziehen sind.

4. Bewertung und Beschreibung festgestellter Auffälligkeiten: Die bei der Bearbeitung der Leitfragen identifizierten Auffälligkeiten werden in strukturierter Form dokumentiert und bewertet. Im Prüfbogen finden sich individuelle Erläuterungen zur Konkretisierung der Bewertung (d.h. Hinweise dazu, unter welchen Voraussetzungen die Prüfer*innen einen Sachverhalt als Qualitätsdefizit einzustufen haben).

Die Bewertung erfolgt mit den *vier zentralen Bewertungskategorien*:

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

Kommen die Prüfer*innen zur Beurteilung C oder zur Beurteilung D, so haben sie diese Beurteilung zu begründen und die Sachverhalte, aus denen sie die Beurteilung im Einzelnen abgeleitet haben, 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 die versorgte Person?
- 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 folgern die Prüfer*innen, dass ein Risiko entstanden ist bzw. auf ein bestehendes Risiko nicht adäquat reagiert wurde?
- Mit Hilfe welcher Informationsquellen haben die Prüfer*innen diese Feststellungen getroffen? Im Falle der Unterlassung einer Handlung genügt es nicht, auf einen fehlenden Durchführungsnachweis in der Pflegedokumentation zu verweisen. Vielmehr müssen die Prüfer*innen das Fehlen eines Durchführungsnachweises durch eine weitere Information verifizieren (z.B. Auskunft der Mitarbeiter*innen oder Inaugenscheinnahme).

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

- Worin genau bestehen die negativen Folgen für die versorgte Person, die durch das Handeln oder eine Unterlassung der Mitarbeiter*innen der Einrichtung entstanden sind?
- Durch welche Handlungen oder Unterlassungen sind die negativen Folgen entstanden?
- Aus welchem Sachverhalten folgern die Prüfer*innen, dass eine negative Folge eingetreten ist?
- Mit Hilfe welcher Informationsquellen haben die Prüfer*innen 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 müssen die Prüfer*innen das Fehlen eines Durchführungsnachweises durch eine weitere Information verifizieren.

5.3.2 Besonderheiten bei der Beurteilung der außerklinischen Intensivpflege

Die Beurteilung der außerklinischen Intensivpflege auf der Ebene der individuellen Versorgung erfolgt in der gleichen Schrittfolge. Das Vorgehen unterscheidet sich nur im Detail vom Vorgehen bei Personen, die keine außerklinische Intensivpflege erhalten. Insbesondere sind die zu berücksichtigten Qualitätsaspekte von vornherein eingegrenzt. Bei der *Informationserfassung* zur außerklinischen Intensivpflege ist es besonders wichtig, Einzelheiten der ärztlichen Verordnung und des ärztlichen Behandlungsplans zu erfassen (soweit vorhanden). Bei der Informationserfassung sind außerdem alle Maßnahmen aus der individuellen Pflegedokumentation zu berücksichtigen, auch wenn diese nicht explizit in der Verordnung bzw. im Behandlungsplan benannt sind. Da bei der Qualitätsbeurteilung außerdem die Erfüllung vertraglich definierter Anforderungen an die Strukturqualität zu bewerten ist, sind auch die für den Einzelfall relevanten Maßgaben in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V bzw. § 132l Abs. 1 SGB V zu berücksichtigen.

5.3.3 Besonderheiten bei der Beurteilung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege

Im Falle der psychiatrischen Pflege ist es ebenfalls sehr wichtig, Einzelheiten der ärztlichen Verordnung und des ärztlichen Behandlungsplans zu erfassen (soweit vorhanden). Auch hier ist im Übrigen die Erfüllung vertraglich definierter Anforderungen an die Strukturqualität zu bewerten, sodass auch die für den Einzelfall relevanten Maßgaben in den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V zu berücksichtigen sind.

5.4 Einrichtungsbezogen zu erfassende Informationen und Bewertungen

In gesonderten Abschnitten des „Einrichtungsbogens“ werden neben administrativen Angaben 3 Qualitätsaspekte erfasst, die nicht bei der einzelnen versorgten Person, 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 verantwortliche Pflegefachkraft.

In diesen Fällen haben die Prüfer*innen anzugeben, ob die im Prüfbogen aufgeführten fachlichen Anforderungen erfüllt sind oder nicht. 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 Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes. Die Prüfer*innen 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, an welchen Stellen fachliche Defizite festgestellt wurden (Defizite mit negativen Folgen für die versorgte Person oder mit dem Risiko des Auftretens negativer Folgen)
- c) die Festlegung von Fragen, die den Vertreter*innen der Einrichtung im Abschlussgespräch vorgelegt werden sollen
- d) die Festlegung der Themen, die im anschließenden Abschlussgespräch mit Vertreter*innen 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 Prüfer*innen 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*innen die ggf. noch offenen Fragen, zu denen sie noch Informationen benötigen. Danach stellen die Prüfer*innen in zusammenfassender Form ihre vorläufigen Einschätzungen zu folgenden Punkten dar:

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

Zu diesen Punkten sollte den Vertreter*innen des Pflegedienstes Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden.

In einer weiteren Gesprächsphase erfolgt die Beratung zu den Themen, die die Prüfer*innen im Teamgespräch als besonders wichtig identifiziert haben. Gemeinsam mit den Vertreter*innen 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*innen 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.

Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes zu festgestellten Defiziten oder nicht erfüllten Anforderungen wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt.

6. Abschließende Bewertung und Prüfbericht

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

6.1 Beurteilung der personenbezogenen erhobenen Qualitätsaspekte

Die Einzelergebnisse für alle versorgten Personen aus der Stichprobe werden zusammengeführt und abschließend für jeden Qualitätsaspekt gesondert bewertet. Gesamtergebnisse sind im abschließenden Prüfbericht nach dem im Folgenden dargelegten Schema zu bewerten.

Aufgrund der besonderen fachlichen Anforderungen und der Vulnerabilität der versorgten Personen weicht das Schema im Falle der außerklinischen Intensivpflege zum Teil von der Bewertungssystematik für andere Pflegedienste ab. Die Bewertungsregeln für Pflegedienste mit außerklinischer Intensivpflege sind in Anlage B der vorliegenden Verfahrensbeschreibung dargelegt. Die Bewertungsregeln für die psychiatrische häusliche Krankenpflege hingegen unterscheiden sich nicht von den Bewertungsregeln, die bei der allgemeinen ambulanten Pflege zum Einsatz kommen.

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 Menschen 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 3 folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die Bedingungen der Bewertung „Keine oder geringe Qualitätsdefizite“ sind nicht erfüllt
- Es wurde bei maximal 3 Personen ein Defizit (C- oder D-Wertung) festgestellt.
- Ein Defizit mit negativen Folgen wurde bei keinem oder nur einem pflegebedürftigen Menschen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:

Maximal 3 C- oder D-Wertungen, darunter maximal eine D-Wertung.

Wird bei 2 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 4 Personen ein Defizit (C- oder D-Wertung) festgestellt.
- Defizite mit negativen Folgen wurden bei maximal 3 pflegebedürftigen Menschen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:

Maximal 4 C- oder D-Wertungen, darunter maximal 3 D-Wertungen.

Wird bei 4 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 4 Personen ein Defizit (C- oder D-Wertung) festgestellt.
- Defizite mit negativen Folgen wurden bei mehr als 3 pflegebedürftigen Menschen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:

Mindestens 5 Personen mit C- oder D-Wertung oder mindestens 4 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 Defizit	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 3 Personen wird, wenn bei mehr als einer Person ein Defizit festgestellt wird, die ermittelte Qualitätsbeurteilung um eine Stufe verschlechtert.
- Bei einer Stichprobe von 4 oder 5 Personen wird, wenn bei mehr als 2 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 5) bedarf es keiner Zusammenführung von Prüffragen. Die Feststellung des Prüfergebnisses in diesem Bereich umfasst unmittelbar die Spezifizierung eines etwaigen 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

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. Außerklinische Intensivpflege und die psychiatrische häusliche Krankenpflege sind mit gesondertem Prüfbogen zu beurteilen. Sie werden daher in dieser Anlage nicht aufgeführt.

Positionsnummer/Leistungsbezeichnung

- 6. Absaugen**
- 7. Anleitung bei der Behandlungspflege**
- 8. Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung**
- 9. Blasenspülung**
- 10. Blutdruckmessung**
- 11. Blutzuckermessung**
 - 11a Interstitielle Glukosemessung**
- 12. Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung**
- 13. Drainagen, Überprüfen, Versorgen**
- 14. Einlauf/Klistier/Klyisma/digitale Enddarmausräumung**
- 15. Flüssigkeitsbilanzierung**
- 16. Infusionen i.v.**
 - 16a Infusionen s.c.**
- 17. Inhalation**
- 18. Injektionen, i.v.; i.m.; s.c.**
- 19. Injektionen, Richten von**
- 20. Instillation**
- 21. Kälteträger, Auflegen von**
- 22. Katheter, Versorgung eines suprapubischen**
- 23. Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins**
 - 24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten**
- 24. Magensonde, Legen und Wechseln**
- 25. Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)**
 - 26a Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose**
- 26. Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei**
- 27. Stomabehandlung**
- 28. Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der**
- 29. Venenkatheter, Pflege des zentralen**
- 30. Wundversorgung einer akuten Wunde**

31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

31b An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen sowie Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes

31c An- oder Ablegen von stützenden oder stabilisierenden Verbänden

31d An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen

Anlage B

Beurteilung der personenbezogen erhobenen Qualitätsaspekte bei außerklinischer Intensivpflege

Regeln für die Prüfung von Pflegediensten, bei denen mehr als 50% der versorgten Personen außerklinische Intensivpflege erhalten

Bei Pflegediensten, bei denen mehr als 50% aller von ihnen versorgten Personen außerklinische Intensivpflege erhalten, werden die Einzelergebnisse *aller versorgten Personen mit außerklinischer Intensivpflege*, die mit der Stichprobe erfasst wurden, zusammengeführt und abschließend bewertet. Die Bewertung erfolgt bei diesen Diensten unabhängig von anderen Qualitätsaspekten. Finden sich Personen in der Stichprobe, die keine außerklinische Intensivpflege erhalten (dies sind maximal 2 Personen), so werden die Prüfergebnisse für diese Personen lediglich einzeln ausgewiesen, aber nicht zu einer Bewertung zusammengeführt.

Gesamtergebnisse der außerklinischen Intensivpflege 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 die betroffene versorgte Person 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 3 folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die Bedingungen der Bewertung „Keine oder geringe Qualitätsdefizite“ sind nicht erfüllt
- Es wurde bei maximal 3 Personen eine C-Wertung vorgenommen.
- Ein Defizit mit negativen Folgen wurde bei keinem der intensivpflegerisch versorgten Personen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:

Maximal 3 C- Wertungen.

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 3 Personen ein Defizit (C- oder D-Wertung) festgestellt.
- Defizite mit negativen Folgen wurden bei maximal 2 Personen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:

Maximal 3 C- oder D-Wertungen, darunter maximal 2 D-Wertungen.

Wird bei 3 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 3 Personen ein Defizit (C- oder D-Wertung) festgestellt.
- Defizite mit negativen Folgen wurden bei mehr als 2 Personen festgestellt.

Es gilt dementsprechend:

Mindestens 4 Personen mit C- oder D-Wertung oder mindestens 3 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. Mit Ausnahme der Beurteilung „schwerwiegende Qualitätsdefizite“ müssen beide Bedingungen, die in den Spalten 2 und 3 genannt werden, erfüllt sein:

Qualitätsbeurteilung	Anzahl der Fälle mit Defizit	Anzahl der Fälle mit D-Wertung
1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite	1	/
2. Moderate Qualitätsdefizite	2-3	/
3. Erhebliche Qualitätsdefizite	3	2
4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite	4-5	
		3 und mehr

Um Verzerrungen in der Bewertung zu vermeiden, die dadurch entstehen können, dass die angezielte Stichprobengröße nicht erreicht wird, gilt zusätzlich folgende Bewertungsregel:

- Bei einer Stichprobe von *unter 4 Personen* wird, wenn bei mehr als einer Person ein Defizit festgestellt wird, die ermittelte Qualitätsbeurteilung um eine Stufe verschlechtert.

Ergänzend wird dokumentiert, bei wie vielen Personen mit einer D-Bewertung jeweils festgestellt wurde, dass

- eine gesundheitliche Schädigung vorlag
- eine bedarfsgerechte Versorgung nicht erfolgte
- eine bedürfnisgerechte Versorgung nicht erfolgte.

Regeln für die Prüfung von Pflegediensten, bei denen 50% oder weniger der versorgten Personen außerklinische Intensivpflege erhalten

Zur Beurteilung der Qualität bei diesen Pflegediensten, bei denen ein Stichprobenumfang von 9 Personen vorgesehen ist, gelten die gleichen Bewertungsregeln wie für die allgemeine ambulante Pflege (s. dort).

**Projekt „Anpassung 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
Anhang B**

Bogen für die Prüfung bei der versorgten Person

(17.07.2023)

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 der versorgten Person zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz.....	29
Bereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen	31
Verordnete Maßnahme 1.....	31
Verordnete Maßnahme 2.....	33
Verordnete Maßnahme 3.....	35
Bereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung.....	37
4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen	37
4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung.....	38

Bogen für die Prüfung bei der versorgten Person

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
- Pflegefachkraft, und zwar:
- Angehörige, und zwar:
- Sonstige Personen, und zwar:

Angaben zur versorgten Person 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 Prüfumfang (bitte ankreuzen)

Die mit der/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 der versorgten Person zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz

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 Positionswechsel zur 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 Außerklinische Intensivpflege**
- 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 häusliche Krankenpflege**
- 3.27 Stomabehandlung
- 3.28 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der
- 3.29 Venenkatheter, Pflege des zentralen
- 3.31 Wundversorgung einer akuten Wunde
- 3.32 Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde
- 3.33 An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen sowie Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes
- 3.34 An- oder Ablegen von stützenden oder stabilisierenden Verbänden
- 3.35 An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen

Angaben zu Erkrankungen und Beeinträchtigungen der versorgten Person

10. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n):
11. Liegt eine psychiatrische Diagnose vor? Welche?
12. Beeinträchtigungen der Mobilität (Positionswechsel im Bett, Aufstehen, Halten einer stabilen Sitzposition, Lageveränderung im Sitzen, Fortbewegung, Treppen steigen, Beweglichkeit der Extremitäten, Körperkraft, Balance):
13. Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten der versorgten Person
 - 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 der versorgten Person 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 die versorgte Person oder ggf. ihre Angehörigen zu ihrer 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 die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person 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 der versorgten Person angemessen reagiert wurde.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

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 die versorgte Person

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 Vereinbarungen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse aufgrund bestehender Risiken und Gefahren bei.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob der Pflegedienst mögliche Risiken und Gefahren für die versorgte Person 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 der versorgten Person:

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 der versorgten Person und/oder den Angehörigen bestehende Risiken und Gefahren verdeutlicht?
4. Wurden Möglichkeiten zur Vermeidung von Risiken und Gefahren aufgezeigt und die versorgte Person und ggf. ihre Angehörigen hierzu beraten?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

Diese Bewertung trifft auch zu, wenn der Pflegedienst bestehende Risiken erkannt und entsprechend informiert und beraten hat, die versorgte Person und/oder ihre Angehörigen daraus jedoch keine Konsequenzen gezogen haben.

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person 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 die versorgte Person und ggf. ihre Angehörigen zu den bestehenden Risiken beraten und Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt hat.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

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 die versorgte Person

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 der versorgten Person 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 der versorgten Person 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 der versorgten Person 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 die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten

Diese Bewertung trifft auch zu, wenn der Pflegedienst bestehende Anzeichen erkannt, der versorgten Person 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 die versorgte Person 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 die versorgte Person

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 die versorgte Person

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn bestehende Anzeichen nicht erkannt wurden und eine ausreichende Versorgung der versorgten Person 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 oder unbedeutende Aufgabe im Rahmen der vereinbarten/verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Die versorgten Person 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 der versorgten Person 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

Individuelle Vereinbarungen Durchführung der Unterstützung/wesentliche Leistungsinhalte:

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 der versorgten Person?
3. Werden zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität durchgeführt, die auf die noch vorhandenen Fähigkeiten und Bedürfnisse der versorgten Person abgestimmt sind?
4. Wurden die vorliegenden Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Einschätzung gesundheitlicher Risiken berücksichtigt?
5. Wird die versorgten Person 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 die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person 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 die versorgte Person

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 die versorgte Person

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 oder unbedeutende Aufgabe im Rahmen der vereinbarten/verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält Maßnahmen zur Kompensation von Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten sowie zur Förderung kognitiver Fähigkeiten, die individuell auf ihren Lebensalltag und ihre Bedürfnisse und Gewohnheiten abgestimmt sind. Pflegende Angehörige erhalten eine systematische Beratung und Anleitung, um die versorgte Person wirksam zu unterstützen.

Beschreibung

Zu prüfen ist die Unterstützung der versorgten Person 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 die versorgte Person 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 die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person 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 die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- eine Fehleinschätzung kognitiver Fähigkeiten vorliegt
- keine Informationen zu den individuellen Bedürfnissen der versorgten Person erfasst wurden
- die Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation veraltet oder lückenhaft ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- geplante Maßnahmen nicht oder nicht vollständig durchgeführt werden.
- die geleistete Unterstützung nicht auf die Beeinträchtigungen und Bedürfnisse der versorgten Person oder auf den Bedarf der pflegenden Angehörigen ausgerichtet ist.

2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation

entfällt, da keine oder unbedeutende Aufgabe im Rahmen der vereinbarten/verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Pflegebedürftige Menschen 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 die versorgte Person 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 der versorgten Person:

Art und Umfang der von den Angehörigen geleisteten Hilfen:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Liegt eine zutreffende Einschätzung der kommunikativen Fähigkeiten vor?
2. Erhält die versorgte Person 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 die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person 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 die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- eine Fehleinschätzung der kommunikativen Fähigkeiten oder der Kommunikationsbedürfnisse der versorgten Person 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 die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise der pflegebedürftige Mensch in seiner Kommunikation nicht entsprechend seiner Beeinträchtigungen unterstützt wird.

2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen

entfällt, da keine oder unbedeutende Aufgabe im Rahmen der vereinbarten/verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen erhalten eine zielgerichtete Unterstützung, durch die Belastungen und Überforderungen der versorgten Person sowie der Einfluss weiterer verhaltenswirksamer Faktoren reduziert werden und das Wohlbefinden der versorgten Person 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 der versorgten Person mit herausforderndem Verhalten zu gewährleisten und entsprechende Maßnahmen zur Reduktion von Verhaltensweisen und zur Sicherstellung einer geeigneten Lebensumgebung durchgeführt werden. Zu prüfen ist ggf. darüber hinaus, ob in geeigneter Weise auf Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen eingegangen wird, um pflegerische Maßnahmen, die zum Auftrag des Pflegedienstes gehören, durchführen zu können.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen im Bereich Verhaltensweisen/psychische Problemlagen und ihre Auswirkungen:

Umgang der Angehörigen mit den Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Erfolgt eine systematische Erfassung der Verhaltensweisen der versorgten Person 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 Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes, die auf die individuelle Lebenssituation zugeschnitten ist?
4. Berücksichtigen die Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes die vorliegenden Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen bei der Durchführung von anderen Pflegemaßnahmen?

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise pflegerische Maßnahmen durchgeführt worden sind, aber lückenhaft dokumentiert wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine zutreffende Erfassung von Verhaltensweisen erfolgte.
- eine Erfassung, aber keine Bewertung erfolgte, inwieweit die Verhaltensweisen für den pflegebedürftigen Menschen 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 die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- auf eine psychische Belastung des pflegebedürftigen Menschen 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 der versorgten Person ausgerichtet ist.

2.5 Unterstützung bei der Körperpflege

entfällt, da keine oder unbedeutende Aufgabe im Rahmen der vereinbarten/verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Die versorgte Person 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 der versorgten Person angepasst sind und inwieweit Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit Bestandteil der Planung und Durchführung sind.

Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege:

Individuelle Bedürfnisse der versorgten Person bei der Körperpflege:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Werden die vereinbarten Maßnahmen zur Unterstützung bei der Körperpflege durchgeführt?
2. Werden bei der Körperpflege die Wünsche der versorgten Person 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 die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person 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 die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- ein auffälliger Hautzustand (Rötungen, Schuppungen) gegenüber Angehörigen/Betreuer*innen 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 die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Verschmutzungen der Haut, der Haare oder der Fingernägel auf eine unzureichende Körperpflege hinweisen.
- individuelle Wünsche (auch: religiöse Bedürfnisse) der versorgten Person 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 oder unbedeutende Aufgabe im Rahmen der vereinbarten/verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Die versorgte Person 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, Ärzt*innen und anderen Berufsgruppen ein, sofern diese sich an der Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung der versorgten Person 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.

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 der versorgten Person fachgerecht erfasst worden? Werden etwaige Risiken für eine Mangelernährung berücksichtigt?
2. Erfolgt eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung der versorgten Person 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 die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person 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 die versorgte Person

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 Menschen und seinen Angehörigen bezüglich der veränderten Situation angestrebt wurde.
- die Nahrung nicht in einer Form angeboten wird, die auf die Beeinträchtigungen der versorgten Person abgestimmt ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine ausreichende Unterstützung der versorgten Person bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme erfolgt.
- der pflegebedürftige Mensch Anzeichen einer Dehydration zeigt und der Pflegedienst nicht darauf reagiert hat.
- Wünsche der versorgten Person ignoriert werden, obwohl hierfür keine gesundheitlichen Gründe vorliegen.

2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung

entfällt, da keine oder unbedeutende Aufgabe im Rahmen der vereinbarten/verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei der Ausscheidung bzw. der Kontinenzförderung unterstützt.

Beschreibung

Gegenstand der Prüfung ist die fachgerechte Unterstützung der versorgten Person 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 der versorgten Person zutreffend erfasst?
2. Werden geeignete Maßnahmen zum Kontinenzerhalt, 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 die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person 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 die versorgte Person

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 der versorgten Person zugeschnitten ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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 oder unbedeutende Aufgabe im Rahmen der vereinbarten/verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Der pflegebedürftige Mensch 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 die versorgte Person eine fachgerechte Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Hilfen zur Gewährleistung einer bedürfnisgerechten Beschäftigung, Förderung/Unterstützung der sozialen Interaktion und Kommunikation 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 der versorgten Person:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Sind die Interessen an Aktivitäten und Gewohnheiten der versorgten Person bekannt?
2. Wurde bei Bedarf mit der versorgten Person (oder ihren Bezugspersonen/Angehörigen) eine individuelle Tagesstrukturierung erarbeitet und wurde Unterstützung geleistet, diese Tagesstruktur umzusetzen?
3. Erhält die versorgte Person 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 die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn sich beispielsweise keine oder nur lückenhafte Hinweise auf die Ermittlung der relevanten Bedürfnisse der versorgten Person in der Pflegedokumentation finden lassen, aber aufgrund anderer Informationen nachvollzogen werden kann, dass die Bedürfnisse der versorgten Person bekannt sind.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

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 der versorgten Person positiv beeinflusst werden können (falls ein entsprechender Bedarf besteht).
- die Bedürfnisse der versorgten Person nicht bekannt sind.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine Tagesstrukturierung existiert, obwohl die versorgte Person den Tag nicht selbstständig planen oder Planungen nicht umsetzen kann.
- die Tagesstrukturierung keinen Bezug zu den Bedürfnissen der versorgten Person aufweist.
- von der versorgten Person 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 oder unbedeutende Aufgabe im Rahmen der vereinbarten/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 bei den pflegenden Angehörigen. Der gesamte Prozess ist dabei auf die Interessen und Bedürfnisse der/des pflegenden Angehörigen abzustimmen. Die Mitarbeiter*innen, 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 die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn Lernvoraussetzungen lückenhaft dokumentiert, aber bei den Mitarbeiter*innen bekannt sind.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

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*innen 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 die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- bei der Planung und Durchführung der Maßnahmen die Wünsche der Angehörigen unberücksichtigt bleiben
- Anleitung und Beratung Hinweise enthalten, die fachlich kritisch zu bewerten sind.

2.10 Anleitung und Beratung der versorgten Person zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz

entfällt, da keine oder unbedeutende Aufgabe im Rahmen der vereinbarten/verordneten Leistungen

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält Anleitung und Beratung zur Verbesserung ihrer Pflegekompetenz. Anleitung und Beratung sind auf die individuellen Lernvoraussetzungen, die individuelle Pflegesituation sowie die Wünsche der versorgten Person 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 der versorgten Person abzustimmen. Die Mitarbeiter*innen, 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 der versorgten Person 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 der versorgten Person 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 die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn Lernvoraussetzungen lückenhaft dokumentiert, aber bei den Mitarbeiter*innen bekannt sind.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die individuellen Lernvoraussetzungen nicht erfasst worden sind.
- die Planung edukativer Maßnahmen Wünsche und Voraussetzungen auf Seiten der versorgten Person berücksichtigt, die Planung aber nicht vollständig schriftlich dokumentiert ist
- Maßnahmen durch Mitarbeiter*innen ohne ausreichende Qualifikation durchgeführt werden
- Anleitung und Beratung unsystematisch erfolgen und keine Verbesserung der Selbstpflegkompetenz erwarten lassen.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- bei der Planung und Durchführung der Maßnahmen die Wünsche der versorgten Person unberücksichtigt bleiben
- Anleitung und Beratung Hinweise enthalten, die fachlich kritisch zu bewerten sind.

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/der verordnenden Ärzt*in erfolgt.

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen Verordnung:

Regelungen des geltenden Vertrags nach § 132a Abs. 4 SGB V hinsichtlich der Qualifikation der durchführenden Mitarbeiter*innen:

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/der verordnenden Ärzt*in 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 die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person 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 die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise im Bedarfsfall keine Kommunikation mit dem/der verordnenden Ärzt*in erfolgt oder die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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/der verordnenden Ärzt*in erfolgt.

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen Verordnung:
Regelungen des geltenden Vertrags nach § 132a Abs. 4 SGB V hinsichtlich der Qualifikation der durchführenden Mitarbeiter*innen:

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/der verordnenden Ärzt*in 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 die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person 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 die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise im Bedarfsfall keine Kommunikation mit dem/der verordnenden Ärzt*in erfolgt oder die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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/der verordnenden Ärzt*in erfolgt.

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen Verordnung:
Regelungen des geltenden Vertrags nach § 132a Abs. 4 SGB V hinsichtlich der Qualifikation der durchführenden Mitarbeiter*innen:

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/der verordnenden Ärzt*in 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 die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person 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 die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise im Bedarfsfall keine Kommunikation mit dem/der verordnenden Ärzt*in erfolgt oder die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügte.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

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 die Prüfer*innen Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese im jeweils zugeordneten Textfeld „Auffälligkeiten oder Defizite“ aufzuführen. Sie sollten den leitenden Mitarbeiter*innen 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 der versorgten Person abgestimmt und koordiniert.

Beschreibung

Zu erfassen 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*innen 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 Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes wird der Umgang mit einem Verdacht oder einem konkreten Hinweis auf Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung erörtert. Im Mittelpunkt steht nicht die Qualitätsbewertung, sondern 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:

**Projekt „Anpassung 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
Anhang C**

Bogen für die Prüfung auf der Ebene der Einrichtung

(Stand: 17.07.2023)

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 der versorgten Person zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz.....	15
Bereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen	16
3.1 Maßnahmen im Rahmen der medikamentösen Therapie	16
3.2 Wundversorgung.....	17
3.3 Sonstige ärztlich verordnete Maßnahmen.....	18
Bereich 4: Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung.....	19
4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen	19
4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung.....	19
Bereich 5: Qualitätsmanagement und Hygiene	20
5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten.....	20
5.2 Hygiene	21
5.3 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft.....	22

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 zu Beginn der Zusammenarbeit mit der versorgten Person sowie bei 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 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

Die versorgte Person 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

Die versorgte Person erhält Maßnahmen zur Kompensation von Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten sowie zur Förderung kognitiver Fähigkeiten, die individuell auf ihren Lebensalltag und ihre Bedürfnisse und Gewohnheiten abgestimmt sind. Pflegende Angehörige erhalten eine systematische Beratung und Anleitung, um die versorgte Person 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 Menschen 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 (*bitte erläutern*)

--

Defizite mit Risiko negativer Folgen (*bitte erläutern*)

Anzahl
Versicherte

--

Defizite mit eingetretenen negativen Folgen (*bitte erläutern*)

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 Menschen und ihre Angehörigen erhalten eine zielgerichtete Unterstützung, durch die Belastungen und Überforderungen der versorgten Person sowie der Einfluss weiterer verhaltenswirksamer Faktoren reduziert werden und das Wohlbefinden der versorgten Person 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

Die versorgte Person erhält eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung bei der Körperpflege.

Gesamtbeurteilung (GB)

entfällt

Auffälligkeiten (*bitte erläutern*)

--

Defizite mit Risiko negativer Folgen (*bitte erläutern*)

Anzahl
Versicherte

--	--

Defizite mit eingetretenen negativen Folgen (*bitte erläutern*)

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

Die versorgte Person 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

Die versorgte Person 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 Mensch 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 der versorgten Person zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält Anleitung und Beratung zur Verbesserung ihrer 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

Bereich 3: Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen

3.1 Maßnahmen im Rahmen der medikamentösen Therapie

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Unterstützung erfolgt durch ausreichend qualifizierte Mitarbeiter*innen und entspricht den ärztlichen Verordnungen sowie dem aktuellen Stand des Wissens. Die Weiterleitung erforderlicher Informationen an den/die behandelnde/n Ärzt*in 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*innen und entspricht den ärztlichen Verordnungen sowie dem aktuellen Stand des Wissens. Die Weiterleitung erforderlicher Informationen an den/die behandelnde/n Ärzt*in 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 im Falle vorhandener Anzeichen für vorliegende Probleme eine Beratung des Pflegedienstes vorzunehmen.

4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen

Qualitätsaussage

Die Arbeit ambulanter Pflegedienste ist mit den in die Pflege involvierten Angehörigen der versorgten Person 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*innen 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 der ambulante Pflegedienst 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*innen 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? ja nein

2. Entsprechen die Verfahrensweisen den gesetzlichen Anforderungen und fachlichen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention? ja nein

3. Stehen die notwendigen Hilfsmittel zur Umsetzung der hygienischen Anforderungen zur Verfügung (z.B. Desinfektionsmittel, Handschuhe, Schutzkleidung)? ja nein

4. Wird die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen regelmäßig überprüft? ja nein

Erläuterungen:

--

5.3 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft

Qualitätsaussage

Die Einrichtung hält qualifizierte Leitungskräfte vor. Die verantwortliche Pflegefachkraft nimmt ihre Aufgaben zur Gewährleistung von Fachlichkeit und einer angemessenen Dienstorganisation wahr. Die Qualifikation der Leitungskräfte berücksichtigt etwaige fachliche Spezialisierungen und damit einhergehende besondere vertragliche Anforderungen.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Anforderungen an die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft und deren Stellvertretung sowie Anforderungen an die Regelung ihrer Aufgabenbereiche erfüllt werden. Zu prüfen ist ferner, ob der/die betreffende Mitarbeiter*in die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft der Einrichtung tatsächlich wahrnimmt und ob er/sie für eine angemessene Dienstorganisation Sorge trägt.

Im Falle von Pflegediensten, die außerklinische Intensivpflege durchführen, werden hierbei auch die Anforderungen an die Qualifikation der ggf. als Fachbereichsleitung benannten Pflegefachkräfte für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen beurteilt. Analoges gilt für Pflegedienste, die psychiatrische häusliche Krankenpflege durchführen.

Informationserfassung

Führt der Pflegedienst spezialisierte ambulante Pflege durch? <input type="checkbox"/> ja, ambulante außerklinische Intensivpflege <input type="checkbox"/> ja, psychiatrische häusliche Krankenpflege <input type="checkbox"/> nein
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. Verfügen die verantwortliche Pflegefachkraft, ihre Stellvertretung und ggf. die als Fachbereichsleitung benannte 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?

ja nein

7. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen, die beim jeweiligen Versicherten zu beachten sind?

ja nein

Erläuterungen:

--

**Projekt „Anpassung 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
Anhang D**

**Anlage
zur Verfahrensbeschreibung
für das Prüfverfahren:
Ausfüllanleitung**

(17. Juli 2023)

Inhalt:

Erfassung des Prüfumfangs	4
1. Unabhängig von vereinbarten Leistungen 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
2. Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen	8
2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	10
2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition	11
2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation	12
2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen	13
2.5 Unterstützung bei der Körperpflege	15
2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	16
2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung	17
2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte	18
2.9 Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der	19
Pflegekompetenz	19
2.10 Anleitung und Beratung der versorgten Person zur Verbesserung der	20
Selbstpflegekompetenz	20
3. Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen	21
3.1 Ärztlich verordnete Maßnahmen	23
3.1a Ärztlich verordnete Maßnahmen - Absaugen	24
3.1b Ärztlich verordnete Maßnahmen – Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung	25
3.1c Ärztlich verordnete Maßnahmen – Blasenspülung	26
3.1d Ärztlich verordnete Maßnahmen – Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, interstitielle Glukosemessung	27
3.1e Ärztlich verordnete Maßnahmen – Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung, Versorgung eines suprapubischen Katheters, Versorgung bei perkutaner endoskopische Gastrostomie (PEG), Stomabehandlung, Wundversorgung einer akuten Wunde, Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	28
3.1f Ärztlich verordnete Maßnahmen – Drainagen, Überprüfen, Versorgen	29
3.1g Ärztlich verordnete Maßnahmen – Infusionen i.v.	30
3.1h Ärztlich verordnete Maßnahmen – Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins	31
3.1i Ärztlich verordnete Maßnahmen – Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten	32
3.1j Ärztlich verordnete Maßnahmen - Medikamente	33
3.1k Ärztlich verordnete Maßnahmen – Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern bei gesicherter Diagnose	34
3.1l Ärztlich verordnete Maßnahmen – Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der	35
3.1m Ärztlich verordnete Maßnahmen – Venenkatheter, Pflege des zentralen	36
4. Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung	37
4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen	37
4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung	38
5. Einrichtungsbezogene Prüfung	39
5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten	39
5.2 Hygiene	40
5.3 Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft	41

Erfassung des Prüfumfangs

Für die Durchführung der Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege gilt der Grundsatz, dass nur diejenigen Hilfen Gegenstand der Qualitätsbeurteilung sein können, die Bestandteil des jeweiligen pflegerischen Auftrags sind. Was dieser Auftrag im Einzelnen umfasst, ist ggf. jedoch erst nach tieferer Einsichtnahme in die Praxis der Leistungserbringung zu entscheiden.

Aus diesem Grund sind die Angaben zum Prüfumfang, die zu Beginn auf dem „Bogen für die Prüfung bei der versorgten Person“ gefordert werden, möglicherweise nicht in einem Schritt zu dokumentieren. Insbesondere wenn im Falle der versorgten Person eine Zeitvergütung vereinbart wurde, ist mit einer solchen Situation zu rechnen.

Es ist daher denkbar, dass die Angaben zum Prüfumfang erst im Verlauf der Prüfung vervollständigt werden können. Dies ist vor dem Hintergrund heterogener Leistungskonstellationen zunehmend ein selbstverständliches Merkmal des Prüfgeschehens in der ambulanten Pflege. Die Prüfer*innen sollten daher flexibel bleiben und vor Beginn des Besuchs in der Wohnumgebung der versorgten Person auf keinen Fall eine abschließende Entscheidung über die Frage treffen, welche Qualitätsaspekte in die Prüfung einzubeziehen sind und welche nicht.

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 der versorgten Person, 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 der versorgten Person 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 die versorgte Person oder ggf. ihre Angehörigen zu ihrer Sichtweise bei der Informationssammlung und der Planung und Vereinbarung von Maßnahmen befragt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die versorgte Person die Gelegenheit hatte, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und auf individuelle Aspekte ihrer Pflegesituation hinzuweisen. Zudem geht es darum, ob ihre 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 oder 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 der versorgten Person gefunden haben.

1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren

Zu prüfen ist, ob der Pflegedienst mögliche Risiken und Gefahren für die versorgte Person 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 der versorgten Person und ihren 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*innen 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*innen 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*innen des Pflegedienstes, während des Hausbesuchs offenkundig sind.

Zu den gesundheitsbedingten Risiken gehören Aspekte, die sich durch vorliegende Erkrankungen ergeben, Beeinträchtigungen des Hör- und Sehvermögens, ein auffälliger Hautzustand sowie kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen. Gesundheitliche Beeinträchtigungen können 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 umgebungsbedingten Risiken sind mögliche Gegebenheiten in der Wohnumgebung der versorgten Person angesprochen.

2. Wurden vorliegende Risiken und Gefahren 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 der versorgten Person und/oder den Angehörigen bestehende Risiken und Gefahren verdeutlicht?

Zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang, ob eine Kommunikation (Aufklärung) zwischen der versorgten Person 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 die versorgte Person und ggf. ihre Angehörigen hierzu beraten?

Im Falle vorliegender Risiken und Gefahren sollten die versorgte Person und ihre 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 der versorgten Person 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 der versorgten Person.

Eine Destabilisierung einer Pflegesituation kann durch Veränderungen auf Seiten der versorgten Person 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 der versorgten Person 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 der versorgten Person und/oder den Angehörigen und dem Pflegedienst stattgefunden hat, in der auf die beobachteten Tendenzen einer Destabilisierung hingewiesen wurde und 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 Qualitätsaspekte sind aber auch dann zu bearbeiten, wenn es sich um verordnungsfähige Leistungen gemäß der aktuellen Fassung der HKP-Richtlinie handelt (Leistungen der Grundpflege, Ziffern 1-4 der HKP-Richtlinie).

Die Prüfung folgt dem Grundsatz, dass Qualitätsaspekte, die außerhalb der Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes liegen, grundsätzlich 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 eine Vereinbarung (oder eine Verordnung) geregelten Auftrags des Pflegedienstes sind.

Verschiedene, durch eine Vereinbarung geregelte Leistungen setzen sich aus mehreren pflegerischen Handlungen zusammen, die allerdings nicht alle den gleichen Stellenwert besitzen. Hilfen bei der Fortbewegung beispielsweise sind bei verschiedenen pflegerischen Maßnahmen erforderlich, etwa bei der Begleitung zur Toilette oder im Rahmen der Körperpflege. Oft handelt es sich um „kleine“ Hilfen, die weder zeitlich noch fachlich einen besonderen Stellenwert haben.

Solche „kleinen“ Hilfen, die weder zeitlich noch fachlich einen besonderen Stellenwert haben, sind dementsprechend als Teilaspekt eines Qualitätsaspekts und nicht in einem gesonderten Qualitätsaspekt zu beurteilen. Wird beispielsweise im Rahmen der Körperpflege Hilfe beim Gang zum Waschbecken oder beim Einstieg in die Dusche geleistet, ist dies beim Qualitätsaspekt 2.5 „Unterstützung bei der Körperpflege“ zu berücksichtigen. Die genannten Hilfen werden also als Teilaspekt der Unterstützung bei der Körperpflege eingestuft. Treten bei diesen „kleinen“ Hilfen Defizite auf (z.B. keine ausreichende Hilfe bei der Fortbewegung oder beim Transfer), so wird dies als Defizit bei der Beurteilung des Qualitätsaspekts „Unterstützung bei der Körperpflege“ berücksichtigt.

Anders ist zu verfahren, wenn es sich um Teilhilfen handelt, die fachlich und/oder zeitlich einen besonderen Stellenwert haben. Setzt beispielsweise die Durchführung der Körperpflege bei einem kognitiv beeinträchtigten, desorientierten Menschen voraus, dass Ängste und Abwehrhaltungen in einem zeitaufwändigen Prozess abgeschwächt werden und dadurch erst die Durchführung der Körperpflege ermöglicht wird, so hat die damit angesprochene „Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition“ einen besonderen Stellenwert und ist gesondert, d.h. ergänzend zum Qualitätsaspekt „Unterstützung bei der Körperpflege“ zu beurteilen. Beurteilt werden dann also beide Qualitätsaspekte, „Unterstützung bei der Körperpflege“ ebenso wie „Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition“.

Damit ein Qualitätsaspekt zum Gegenstand der Prüfung wird, müssen somit **zwei Bedingungen** erfüllt sein:

1. Die Leistung bzw. Aufgabe, die mit dem Qualitätsaspekt angesprochen wird, muss *Bestandteil einer zwischen Pflegedienst und Leistungsbezieher abgeschlossenen Vereinbarung* sein, also Bestandteil des pflegerischen Auftrags im jeweiligen Einzelfall. Hiervon ist auszugehen, wenn eine Leistung bzw. pflegerische Aufgabe
 - in einem schriftlichen Vertrag explizit aufgeführt wird, *oder*
 - in einer anderen, schriftlichen Vereinbarung zwischen Pflegedienst und Leistungsbezieher explizit aufgeführt wird, *oder*
 - mündlich abgesprochen wurde (z.B. Aushandlung im Rahmen des Pflegeprozesses) und damit Bestandteil der schriftlichen Maßnahmenplanung ist.
2. Die betreffenden pflegerischen Hilfen müssen darüber hinaus *zeitlich und fachlich eine wesentliche Bedeutung* für die Durchführung des pflegerischen Auftrags haben. So kann wie im angegebenen Beispiel die „Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition“ (Qualitätsaspekt 2.2) auch im Rahmen der Körperpflege eine wesentlich Bedeutung haben, wenn die versorgte Person die meiste Zeit über Ansprache und Orientierungshilfe benötigt, um bei der Durchführung der Körperpflege zu kooperieren.

Während der Prüfung ist somit für jeden der 10 Qualitätsaspekte im Bereich 2 zu klären, ob bei der versorgten Person beide Voraussetzungen erfüllt und der betreffende Qualitätsaspekt damit zu bearbeiten bzw. zu bewerten ist. Die Entscheidung ist mit besonderer Sorgfalt zu treffen und erfolgt in zwei Schritten. Zunächst ist zu klären, welche der 10 Qualitätsaspekte mit dem Auftrag des Pflegedienstes angesprochen werden (Klärung Bedingung 1). Im zweiten Schritt ist zu beurteilen, ob die betreffenden Hilfen fachlich und/oder zeitlich einen besonderen Stellenwert für die Durchführung der vereinbarten Leistung haben (Klärung der Bedingung 2). **Die Entscheidung ist im Prüfbogen im Abschnitt „Informationserfassung“ zu erläutern.**

Nähere Hinweise zur Klärung dieser Voraussetzung finden sich in den folgenden Ausführungen zu den 10 Qualitätsaspekten im Bereich 2.

Es sind Situationen denkbar, in denen Prüfer*innen auf **sehr offene Vereinbarungen zwischen Pflegedienst und versorgter Person** stoßen. Dies ist insbesondere bei Leistungen zu erwarten, für die eine Zeitvergütung vereinbart wurde. Kann der Prüfumfang daher aus den schriftlichen Unterlagen (Verträge, Vereinbarungen und Pflegedokumentation bzw. schriftliche Maßnahmenplanung) nicht eindeutig abgeleitet werden, so sind ergänzend Auskünfte des Pflegedienstes und der versorgten Person bzw. der Angehörigen einzuholen.

Es kommt auch vor, dass die **Bezeichnung einer Leistung keine unmittelbare Ableitung der Leistungsinhalte** zulässt. Hat sich die versorgte Person beispielsweise für die Leistung „Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation“ auf der Basis einer Zeitvergütung entschieden, könnte der Schwerpunkt der Leistungen auf den drei Aufgaben „Verbesserung der Mobilität“, „Verbesserung der Pflegekompetenz der pflegenden Angehörigen“ und „Hilfen beim Aufbau einer bedürfnisgerechten Tagesstruktur“ liegen. In diesem Beispiel wären die Qualitätsaspekte 2.1, 2.6 und 2.9 Gegenstand der Prüfung. Die gleiche Leistungsbezeichnung findet sich ggf. bei einer anderen versorgten Person, bei der andere Schwerpunkte vorliegen (z.B. Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und Verbesserung der Pflegekompetenz der pflegenden Angehörigen, Qualitätsaspekte 2.4 und 2.9).

Zu berücksichtigen sind schließlich auch wechselnde Leistungsinhalte im Zeitverlauf, die bei Zeitvergütungen ebenfalls vorkommen können. **Bezugspunkt für die Prüfung ist immer die aktuelle Versorgungssituation.**

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 die versorgte Person
- 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 die versorgte Person nicht für erforderlich erachtet 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 der versorgten Person 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.

„Unterstützung im Bereich der Mobilität“ umfasst im Kern Hilfen bei der Fortbewegung, Hilfen bei Lageveränderungen im Liegen, beim Aufrichten, Aufstehen und Zu-Bett-Gehen und die Unterstützung beim Umsetzen. Hilfen beim An- und Auskleiden sind ebenfalls diesem Qualitätsaspekt zuzuordnen, wenn sie im Zusammenhang mit dem Aufstehen und Zu-Bett-Gehen geleistet werden.

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 Selbstständigkeit 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 der versorgten Person?

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 der versorgten Person abgestimmt sind?

Angesprochen sind hiermit explizit vereinbarte Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität im Sinne des Expertenstandards, die mit der versorgten Person durchgeführt wurden.

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 die versorgte Person bei Bedarf bei der Nutzung von Hilfsmitteln für die Fortbewegung angeleitet oder beraten?

Es ist zu beurteilen, ob die versorgte Person – soweit erforderlich – Unterstützung bei der sachgerechten Nutzung von Hilfsmitteln erhält.

2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition

Zu prüfen ist die Unterstützung der versorgten Person 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 die versorgte Person 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 der versorgten Person unterstützt werden, z.B. durch Information und Beratung zum Umgang mit beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten der versorgten Person.

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 die versorgte Person 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.

„Unterstützung im Bereich der Kommunikation“ umfasst Hilfen zur Kompensation von Kommunikationsbeeinträchtigungen sowie Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Kommunikation, einschließlich der Beratung und Anleitung der Angehörigen. Auch Hilfen im Umgang mit Hilfsmitteln können dazugehören.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Liegt eine zutreffende Einschätzung der kommunikativen Fähigkeiten vor?

Von Bedeutung sind dabei alle Formen der Kommunikation mit anderen Personen, die es der versorgten Person ermöglichen, ihre Sichtweise und Wünsche mitzuteilen und Informationen anderer Personen zu verstehen.

2. Erhält die versorgte Person eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung bei der Kommunikation und der Pflege sozialer Kontakte?

Zu beurteilen ist, ob die Unterstützung der versorgten Person bei der Kommunikation mit anderen Personen entsprechend ihrer 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 der versorgten Person zu ihren 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 der versorgten Person mit herausforderndem Verhalten zu gewährleisten und entsprechende Maßnahmen zur Reduktion von Verhaltensweisen und zur Sicherstellung einer geeigneten Lebensumgebung durchgeführt werden. Zu prüfen ist ggf. darüber hinaus, ob in geeigneter Weise auf Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen eingegangen wird, um pflegerische Maßnahmen, die zum Auftrag des Pflegedienstes gehören, durchführen zu können.

Dieser Qualitätsaspekt ist nicht nur im Zusammenhang mit der Beratung/Anleitung von Angehörigen zu bewerten, sondern auch dann, wenn die versorgte Person Verhaltensweisen oder psychische Probleme aufweist, die ein besonderes Vorgehen bei der Durchführung anderer Maßnahmen (wie z.B. Körperpflege, Hilfen beim Aufstehen oder Zubettgehen, Unterstützung beim Toilettengang) notwendig machen.

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 Menschen 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 demenziell erkrankten Personen ist zu beobachten, dass

langandauernde, ausgeprägte Ängste entstehen, die die betreffende 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 Menschen oder für seine soziale Umgebung einen Hilfebedarf begründet.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Erfolgt eine systematische Erfassung der Verhaltensweisen der versorgten Person 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 der versorgten Person erfolgt.

*3. Erhalten die Angehörigen eine Beratung und Anleitung von den Mitarbeiter*innen 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 der versorgten Person erhalten haben.

*4. Berücksichtigen die Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes die vorliegenden Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen bei der Durchführung von anderen Pflegemaßnahmen?*

Sofern der Auftrag des Pflegedienstes andere bzw. weitere Hilfen umfasst, ist zu beurteilen, ob auf die versorgte Person in fachlich angemessener Weise reagiert wird, um die Durchführung dieser Hilfen sicherzustellen (z.B. Deeskalation, Validation, andere Methoden emotionaler Entlastung).

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 der versorgten Person angepasst sind und inwieweit Erhalt und Förderung der Selbständigkeit Bestandteil der Planung und Durchführung sind.

Hilfen beim An- und Auskleiden sind Teilaspekte der Beurteilung, sofern sie lediglich erforderlich sind, um die Durchführung der Körperpflege zu ermöglichen und unabhängig von der Körperpflege nicht anfallen würden.

Dieser Qualitätsaspekt ist **nicht** gesondert zu prüfen, wenn Maßnahmen der Körperhygiene im Zusammenhang mit dem Toilettengang erforderlich werden.

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 der versorgten Person berücksichtigt?

In diesem Zusammenhang ist zu beurteilen, ob die Wünsche der versorgten Person 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, Ärzt*innen und anderen Berufsgruppen ein, sofern diese sich an der Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung der versorgten Person 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 der versorgten Person 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 der versorgten Person 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 der versorgten Person 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 der versorgten Person und ggf. ihrer Angehörigen, Information des/der behandelnden Arztes/Ärztin).

3. Werden erforderliche Hilfsmittel zur Unterstützung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme eingesetzt?

Es ist zu beurteilen, ob die versorgte Person – soweit erforderlich – Unterstützung bei der sachgerechten Nutzung von Hilfsmitteln erhält.

2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung

Gegenstand der Prüfung ist die fachgerechte Unterstützung der versorgten Person 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 der versorgten Person zutreffend erfasst?

Es ist zu beurteilen, ob eine fachgerechte Einschätzung vorliegt, die den aktuellen Status der Kontinenz der versorgten Person zutreffend und nachvollziehbar abbildet. Im Fall der Harnkontinenz ist eine Darstellung des jeweiligen Kontinenzprofils gemäß Expertenstandard zu erwarten.

2. Werden geeignete Maßnahmen zum Kontinenzert, 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 der versorgten Person im Hinblick auf die Unterstützung bei der Ausscheidung berücksichtigt werden und
- ob die Entwicklung der Kontinenz der versorgten Person beobachtet wird und bei Besonderheiten ggf. weitere Maßnahmen eingeleitet werden (z. B. Beratung und Aufklärung der versorgten Person und ggf. ihrer Angehörigen, Information des/der behandelnden Arztes/Ärztin).

3. Werden erforderliche Hilfsmittel fachgerecht eingesetzt?

Es ist zu beurteilen, ob die versorgte Person – 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 die versorgte Person eine fachgerechte Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Hilfen zur Gewährleistung einer bedürfnisgerechten Beschäftigung, Förderung/Unterstützung der sozialen Interaktion und Kommunikation und die Angehörigen bei Bedarf eine entsprechende Beratung und Anleitung erhalten.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Sind die Interessen an Aktivitäten und Gewohnheiten der versorgten Person bekannt?

Zu beurteilen ist, ob eine Einschätzung der individuellen Gewohnheiten und Beschäftigungen im Tagesverlauf der versorgten Person stattgefunden hat und die Möglichkeiten zur Förderung sozialer Kontakte im Umfeld bekannt sind.

2. Wurde bei Bedarf mit der versorgten Person (oder ihren Bezugspersonen/Angehörigen) eine individuelle Tagesstrukturierung erarbeitet und wurde Unterstützung geleistet, diese Tagesstruktur umzusetzen?

Die Erarbeitung einer individuellen Tagesstrukturierung ist nur dann zu erwarten, wenn die versorgte Person und/oder ihre 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 der versorgten Person 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 die versorgte Person 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 der versorgten Person 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 beim pflegenden Angehörigen. Der gesamte Prozess ist dabei auf die Interessen und Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen abzustimmen. Die Mitarbeiter*innen, die die Maßnahmen durchführen, sind Fachkräfte mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung.*

Anleitung und Beratung von pflegenden Angehörigen erfolgen häufig während der Durchführung der pflegerischen Leistungen, mit denen der Pflegedienst beauftragt wurde. Sie sind in diesem Fall als Teilaspekt anderer Leistungen zu behandeln. Der Qualitätsaspekt 2.9 ist nur dann gesondert zu beurteilen, wenn die Verbesserung der Pflegekompetenz der Angehörigen expliziter Auftrag des Pflegedienstes ist und die Verbesserung von pflegerischen Fähigkeiten und Kenntnissen der Angehörigen ein eigenständiges Ziel der Hilfen darstellt, dessen Erreichen im Rahmen des Pflegeprozesses reflektiert und überprüft wird. Beratung und Anleitung sollten dann in einem systematischen Prozess stattfinden, der aus abgrenzbaren Lerneinheiten besteht.

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 der versorgten Person 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 der versorgten Person abzustimmen. Die Mitarbeiter*innen, die die Maßnahmen durchführen, sind Fachkräfte mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung.*

Anleitung und Beratung der versorgten Person während der Durchführung der Pflege sind regelmäßig Bestandteil einer ressourcenfördernden Pflege und daher nicht grundsätzlich unabhängig von den bisherigen Qualitätsaspekten zu beurteilen. Analog zum Qualitätsaspekt 2.9 ist der Qualitätsaspekt 2.10 nur dann gesondert zu beurteilen, wenn die Verbesserung der Selbstpflegekompetenz explizit Bestandteil des pflegerischen Auftrags ist und durch abgrenzbare Lerneinheiten erreicht werden soll.

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 der versorgten Person 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 der versorgten Person 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.

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 19. Januar 2023 geänderten und am 11. März 2023 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. Für die verordnungsfähigen Maßnahmen: „Außerklinische Intensivpflege“ und „Psychiatrische häusliche Krankenpflege“ gibt es aufgrund des Umfangs der pflegerischen Aufgaben 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 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 Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP) vom 18. Dezember 2019.

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 im Rahmen der Qualitätsprüfung nicht beurteilt)

II. Leistungen der Behandlungspflege (für alle Leistungen, die mit * versehen sind, gelten ausschließlich die Maßgaben und Leitfragen unter 3.1. Für alle anderen Leistungen gelten jeweils die in den Klammern aufgeführten Hinweise)

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. Positionswechsel zur 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)
 - 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 F)
28. Stomabehandlung (s. 3.1e)
29. Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der (s. 3.1l)
30. Venenkatheter, Pflege des zentralen (s. 3.1m)
31. Wundversorgung einer akuten Wunde (s. 3.1e)
 - 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde (s. 3.1e)
 - 31b An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen* sowie Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes*
 - 31c An- oder Ablegen von stützenden oder stabilisierenden Verbänden*
 - 31d An- oder Ablegen von ärztlich verordneten Bandagen und Orthesen*

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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in erkennbar?*

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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 des/der Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/die verordnende/n Ärzt*in nachvollziehbar sind.

3.1d Ärztlich verordnete Maßnahmen – Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, interstielle Glukosemessung

*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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem/der verordnenden Ärzt*in 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/die verordnende Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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 – Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung, Versorgung eines suprapubischen Katheters, Versorgung bei perkutaner endoskopische Gastrostomie (PEG), Stomabehandlung, Wundversorgung einer akuten Wunde, Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

*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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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 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/r behandelnden Ärzt*in aufgenommen wird
- ob die Wundversorgung nach hygienischen Maßstäben erfolgt

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 dem/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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 3.1e (verschiedene Formen der 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/der verordnenden Ärzt*in erfolgt.*

Zu prüfen sind hier die Maßnahmen zur Unterstützung der versorgten Person 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/der verordnenden Ärzt*in erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in erfolgt sein)
- ob Nebenwirkungen der Medikamente beobachtet und mit dem/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob der Pflegedienst erkennbar den Versuch unternommen hat, über die Verordnung betreffende Sachverhalte mit dem/der verordnenden Ärzt*in 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/der verordnenden Ärzt*in 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/die Ärzt*in informiert und die Infusion abgestellt werden

4. Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung

4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen

Zu erfassen ist, ob eine Abstimmung zwischen dem ambulanten Pflegedienst und den Angehörigen hinsichtlich der erforderlichen und erwünschten pflegerischen Unterstützung erfolgte.

Hinweise zu den Leitfragen

Der größte Teil der ambulanten pflegerischen Versorgung wird häufig durch Angehörige pflegebedürftiger Menschen übernommen. Die Kommunikation und Abstimmung mit den Angehörigen des pflegebedürftigen Menschen ist daher ein wichtiger Bestandteil der ambulanten Pflege. Dort, wo Angehörige in die Pflege einbezogen sind, ist sie unabdingbar. Eine Abstimmung über eine sinnvolle Aufteilung und ein Austausch über Beobachtungen zwischen Angehörigen und Pflegedienst ist daher empfehlenswert. Auch die unterstützende und lobende Bestätigung der Arbeit der Angehörigen ist in vielen Situationen angemessen. Im Rahmen der Prüfung erhalten auch die Prüfer*innen einen Einblick in die Gesamtsituation. Ihre Aufgabe ist es, ihre Beobachtungen zur Rolle und Situation der Angehörigen in den besuchten Haushalten im Gespräch mit dem Pflegedienst zu teilen und Anregungen zur Zusammenarbeit mit Angehörigen zu geben. Dazu gehört auch der Austausch zwischen Prüf- und Pflegedienst über bestehende Schwierigkeiten in der Pflegesituation, z.B. im Hinblick auf Konflikte. In diesem Sinne kann die Prüfungssituation einen Beitrag zur Situationsklärung und zur gemeinsamen Überlegung von Handlungsmöglichkeiten leisten.

Die Intention der Aufnahme dieses Qualitätsaspekts besteht nicht darin, nach Defiziten in der Zusammenarbeit zu suchen und diese kritisch zu bewerten. Angesichts der sehr vielfältigen möglichen Pflegekonstellationen, auf deren Entstehung weder der Pflegedienst noch der Prüfdienst einen Einfluss haben, ließe sich eine solche Bewertung auch nur schwer begründen. Da die Rolle der Angehörigen jedoch einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der häuslichen Pflege hat, sollte sie auch Gegenstand des fachlichen Austauschs in der Prüfung sein.

Im Rahmen der Prüfung geht es darum, über Möglichkeiten zu sprechen, die der Pflegedienst zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Angehörigen ergreifen kann. Es sind 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 erfassen ist, 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 erfassen, 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 Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes wird der Umgang mit einem Verdacht oder einem konkreten Hinweis auf Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch und Unterversorgung erörtert. Im Mittelpunkt steht nicht die Qualitätsbewertung, sondern die gemeinsame Beratung möglicher Handlungsstrategien im konkreten Fall.

Hinweise zu den Leitfragen

Bei der Bearbeitung 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 der versorgten Person 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 für die einrichtungsbezogene Beurteilung bereits genutzte Kriterien und Anforderungen (s. Prüfbogen für die Prüfung bei der versorgten Person) 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 eingeleitet, um identifizierte Qualitätsprobleme 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*innen in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?*

Es ist im Gespräch mit den Mitarbeiter*innen 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 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 Mitarbeiter*innen 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 verantwortliche Pflegefachkraft

*Zu prüfen ist, ob die Anforderungen an die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft und deren Stellvertretung sowie Anforderungen an die Regelung ihrer Aufgabenbereiche erfüllt werden. Zu prüfen ist ferner, ob der/die betreffende Mitarbeiter*in die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft der Einrichtung tatsächlich wahrnimmt und ob er/sie für eine angemessene Dienstorganisation Sorge trägt.*

Im Falle von Pflegediensten, die außerklinische Intensivpflege durchführen, werden hierbei auch die Anforderungen an die Qualifikation der ggf. als Fachbereichsleitung benannten Pflegefachkräfte für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen beurteilt. Analoges gilt für Pflegedienste, die psychiatrische häusliche Krankenpflege durchführen.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Verfügen die verantwortliche Pflegefachkraft, ihre Stellvertretung und ggf. die als Fachbereichsleitung benannte 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 Rahmenempfehlungen nach §132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege oder im Falle der außerklinischen Intensivpflege den Rahmenempfehlungen nach § 132l Abs. 1 SGB V sowie den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungs-internen 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 Mitarbeiter*innen 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 oder Teamzusammenstellung in der ambulanten außerklinischen Intensivpflege angesprochen, die vor dem Hintergrund von Unterlagen zur Organisation des Pflegedienstes und auf Basis des Fachgesprächs mit den Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes zu beurteilen sind. Zur Beurteilung dieser Frage können Beobachtungen während der personenbezogenen Prüfung hinzugezogen werden.

**Projekt „Anpassung 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

Anhang E

Prüfbogen für die Prüfung der außerklinischen Intensivpflege bei der versorgten Person mit Ausfüllanleitung

(17. Juli 2023)

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
- Pflegefachkraft, und zwar:
- Angehörige, und zwar:
- Sonstige Personen, und zwar:

Angaben zur versorgten Person und zur Pflegesituation

4. Pflegegrad: 1 2 3 4 5 nicht eingestuft

5. Alter in Jahren:

6. Datum und Dauer der Verordnung über außerklinische Intensivpflege:

7. Versorgung durch den Pflegedienst seit: (Datum)

8. Name des/der verordnenden Ärzt*in:

9. Welche weitere Personen (außer dem/der Versicherten) leben in der Wohnung?

10. Welche weiteren Personen leisten regelmäßig Unterstützung? (bitte kurz benennen, einschl. Art und Umfang der geleisteten Hilfen):

11. Liegen bei Personen, die nicht 24 Stunden am Tag außerklinische Intensivpflege erhalten, weitere Verordnungen über Häusliche Krankenpflege vor, die nicht innerhalb der außerklinischen Intensivpflege erbracht werden können?

Ja Nein

Falls ja, welche?

Angaben zu Erkrankungen und Beeinträchtigungen der versorgten Person

12. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n), die den Bedarf an außerklinischer Intensivpflege begründet:

13. Liegt eine psychiatrische Diagnose vor? Welche?

14. Beeinträchtigungen der Mobilität (Positionswechsel im Bett, Aufstehen, Halten einer stabilen Sitzposition, Lageveränderung im Sitzen, Fortbewegung, Treppen steigen, Beweglichkeit der Extremitäten, Körperkraft, Balance):

15. Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen

a) Gedächtnis:

b) Zeitliche und örtliche Orientierung:

c) Risiken und Gefahren erkennen:

d) Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben:

16. Verhaltensweisen, die einen Hilfebedarf begründen:

17. Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung:

18. Besonderheiten, die den individuellen Bedarf oder die geleisteten Hilfen in besonderer Weise prägen:

Qualitätsaussage

Die ambulante außerklinische Intensivpflege dient dem Ziel, die Patienten- und Versorgungssicherheit im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung nach Maßgabe des individuellen Bedarfs zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Sie dient auch der Verbesserung der Lebensqualität und ist auf individuelle, patientenzentrierte Therapieziele wie die Sicherstellung von Vitalfunktionen, die Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen sowie die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen, und der sich daraus ergebenden Symptome zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes ausgerichtet. Bei beatmeten oder trachealkanülierten Personen besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nicht invasive Beatmung. Die außerklinische Intensivpflege umfasst auch die Anleitung der An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung, insbesondere bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die ambulante außerklinische Intensivpflege der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkasse entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem/der verordnenden Arzt*in erfolgt. Darüber hinaus sind die Aufnahme/Übernahme der versorgten Person, der Umgang mit Gefährdungen und Notfallsituationen sowie die Information und Anleitung von Angehörigen Gegenstand der Prüfung. Zu prüfen ist außerdem, ob die vertraglich erforderlichen Qualifikationen der eingesetzten Mitarbeiter*innen vorhanden sind und die permanente Interventionsbereitschaft, Anwesenheit und Leistungserbringung durch eine geeignete Fachkraft gewährleistet ist.

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen Verordnung über außerklinische Intensivpflege und ggf. weiterer Verordnungen entsprechend der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie:
Maßnahmenplanung: Welche Pflegemaßnahmen werden im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege erbracht?
Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V/§ 132l Abs. 1 SGB V ¹ hinsichtlich der Voraussetzungen zur Erbringung außerklinischer Intensivpflege:

¹ Die Abgabe des Abschlussberichts zur Anpassung des neuen Prüfverfahrens für die ambulante Pflege erfolgte kurz nach dem Abschluss der Rahmenempfehlungen nach § 132l Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege. Leistungserbringer und Leistungsträger haben auf dieser Grundlage Verträge über die Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege abzuschließen. Zum Zeitpunkt der Abgabe dieses Berichts ist nicht absehbar, ob bis zum Regelbetrieb des Verfahrens alle Pflegedienste, die außerklinische Intensivpflege erbringen, einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen und vorher abgeschlossene Verträge nach § 132a Abs. 4 SGB V abgelöst haben.

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Ist eine sachgerechte Aufnahme oder Übernahme der versorgten Person aus einer anderen Versorgungseinrichtung erfolgt? (Dies ist nur dann zu prüfen, wenn eine Aufnahme oder Übernahme innerhalb der letzten sechs Monate erfolgte).
2. Reagiert der Pflegedienst angemessen auf die im Einzelfall vorliegenden gesundheitlichen Gefährdungen und ist er auf Notfälle vorbereitet?
3. Wird ambulante außerklinische Intensivpflege entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?
4. Ist eine regelmäßige Kommunikation mit dem/der verordnenden Ärzt*in erkennbar?
5. Entspricht die Versorgung den vertraglichen Vereinbarungen des ambulanten Pflegedienstes zur außerklinischen Intensivpflege?
6. Entspricht die ambulante außerklinische Intensivpflege dem aktuellen Stand des Wissens?
7. Erfolgen Information und Anleitung der Angehörigen zur Stärkung von Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung?
8. Werden die im Einzelfall durchgeführten Maßnahmen dem individuellen Bedarf der versorgten Person gerecht?

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht für alle Aspekte der außerklinischen Intensivpflege, die im Maßnahmenplan aufgeführt sind, kontinuierlich ein Durchführungsnachweis vorliegt, die Maßnahmen jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden und dem individuellen Bedarf der versorgten Person entsprechen.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- im Bedarfsfall keine Kommunikation mit dem/der verordnenden Ärzt*in erfolgt,
 - die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügt,
 - der Pflegedienst nicht auf bestehende Risiken und Gefahren in der Pflegesituation reagiert oder
 - keine über den Inhalt der ärztlichen Verordnung hinausgehende pflegefachliche Einschätzung des Pflegebedarfs zu Beginn der Pflegeübernahme stattgefunden hat,
- diese aber keine gesundheitliche Konsequenz für die versorgte Person hatte und die Durchführung der Pflege dem individuellen Bedarf entsprach.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die außerklinische Intensivpflege nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt wurde, z.B. wenn Maßnahmen nicht durchgeführt wurden in Bezug auf formulierte Therapieziele, erforderliche Bewertungen von Vitalparametern oder hinsichtlich eines bestehenden Weaningpotenzials oder
- durch eine unsachgemäße Nutzung von Beatmungsgeräten oder anderen Geräten vermeidbare Belastungen oder Gefährdungen der versorgten Person entstanden sind.

Erläuterungen zur Prüfung der außerklinischen Intensivpflege bei der versorgten Person (Ausfüllanleitung)

Der vorliegende Prüfbogen ist immer dann zu verwenden, wenn der ambulante Pflegedienst bei der versorgten Person außerklinische Intensivpflege aufgrund einer ärztlichen Verordnung gemäß § 37c SGB V durchführt. Der für die allgemeine ambulante Pflege vorgesehene Prüfbogen kommt nicht zur Anwendung. Sämtliche Qualitätsaspekte, die bei der Prüfung zu berücksichtigen sind, werden als Teilaspekte der außerklinischen Intensivpflege bewertet.

Für die einrichtungsbezogenen zu erfassenden Informationen und Bewertungen (Bereich 5 der Qualitätsaspekte für die ambulante Pflege) gibt es einen gesonderten Prüfbogen, der *bei allen ambulanten* Diensten zu verwenden ist. Dieser „Einrichtungsbogen“ berücksichtigt auch etwaige Besonderheiten spezialisierter ambulanter Dienste (s. im vorliegenden Bericht Anhang C).

Nachfolgend werden die inhaltlichen Besonderheiten beschrieben, die für die Durchführung der Qualitätsprüfung der außerklinischen Intensivpflege (Prüfung bei der versorgten Person) zu beachten sind.

1. Qualitätsaussage

Die Qualitätsaussage beschreibt die grundlegenden Anforderungen, die bei der Durchführung der außerklinischen Intensivpflege zu beachten sind:

Die ambulante außerklinische Intensivpflege dient dem Ziel, die Patienten- und Versorgungssicherheit im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung nach Maßgabe des individuellen Bedarfs zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Sie dient auch der Verbesserung der Lebensqualität und ist auf individuelle, patientenzentrierte Therapieziele wie die Sicherstellung von Vitalfunktionen, die Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen sowie die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen, und der sich daraus ergebenden Symptome zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes ausgerichtet. Bei beatmeten oder trachealkanülierten Personen besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nicht invasive Beatmung. Die außerklinische Intensivpflege umfasst auch die Anleitung der An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung, insbesondere bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

2. Beschreibung

Die Beschreibung des Qualitätsaspekts definiert in allgemeiner Form, welche Sachverhalte bei der Prüfung außerklinischer Intensivpflege zu berücksichtigen sind:

*Zu prüfen ist, ob die ambulante außerklinische Intensivpflege der ärztlichen Verordnung und der Genehmigung durch die Krankenkasse entspricht, ob sie nach dem aktuellen Stand des Wissens durchgeführt wird, ob eine gezielte Beobachtung der zur Verordnung gehörenden relevanten Parameter erfolgt und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem/der verordnenden Ärzt*in erfolgt. Darüber hinaus sind die Aufnahme/Übernahme der versorgten Person, der Umgang mit Gefährdungen und Notfallsituationen sowie die Information und Anleitung von An- und Zugehörigen Gegenstand der Prüfung. Zu prüfen ist außerdem, ob die vertraglich erforderlichen Qualifikationen der eingesetzten Mitarbeiter*innen vorhanden sind und die permanente Interventionsbereitschaft, Anwesenheit und Leistungserbringung durch eine geeignete Fachkraft gewährleistet ist.*

3. Informationserfassung

Die Informationserfassung beinhaltet drei wichtige Aspekte:

1) Inhalt der ärztlichen Verordnung über außerklinische Intensivpflege und ggf. weiterer Verordnungen entsprechend der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: Da die ärztliche Verordnung Inhalt und Umfang der außerklinischen Intensivpflege in hohem Maße definiert, ist sie im Rahmen der Informationserfassung detailliert zu erfassen. Da im Verlauf der Prüfung zu beurteilen ist, inwieweit die Intensivpflege entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt wird, ist die Erfassung des Inhalts der Verordnung besonders wichtig.

Bei der außerklinischen Intensivpflege handelt es sich im Regelfall um eine umfassende Versorgung, die auch Leistungen einschließt, die unter anderen Rahmenbedingungen gesondert verordnet werden. Unter bestimmten Voraussetzungen kann es auch bei außerklinischer Intensivpflege ergänzende Verordnungen häuslicher Krankenpflege geben. In diesem Fall sind auch die Inhalte dieser weiteren ärztlichen Verordnungen zu dokumentieren.

2) Maßnahmenplanung: Welche Pflegemaßnahmen werden im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege erbracht? Hier sind sämtliche Pflegemaßnahmen zu erfassen, die als Bestandteil der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen der individuellen Pflegeplanung schriftlich fixiert sind. Dies können auch Maßnahmen sein, die, wie beispielsweise Hilfen bei der Nahrungsaufnahme, im Einzelfall eher auf einen *allgemeinen* Pflegebedarf und weniger auf einen *spezifischen intensivpflegerischen* Bedarf zugeschnitten sind.

3) Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V / § 132l Abs. 1 SGB V hinsichtlich der Voraussetzungen zur Erbringung außerklinischer Intensivpflege: Die im Einzelfall geltenden, vertraglich geregelten Anforderungen an die Leistungserbringung sind ebenfalls zu dokumentieren. Dies gilt insbesondere für die Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter*innen, die die außerklinische Intensivpflege durchführen.

4. Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Ist eine sachgerechte Aufnahme oder Übernahme der versorgten Person aus einer anderen Versorgungseinrichtung erfolgt?

Dies ist nur dann zu prüfen, wenn die Aufnahme bzw. Übernahme der versorgten Person innerhalb der letzten sechs Monate erfolgte.

Es ist zu prüfen, ob die Informationssammlung zu Beginn oder nach Unterbrechung der außerklinischen Intensivpflege strukturiert erfolgte und somit gewährleistet ist, dass die wesentlichen Informationen zur Pflegesituation für die Planung und Vereinbarung erforderlicher und angemessener Maßnahmen vorliegen. Angesprochen sind damit Informationen über medizinische Diagnosen, den Medikamentenplan, bei beatmeten Personen eine Einschätzung zum Weaningpotenzial sowie Informationen zum bisherigen Versorgungsverlauf.

Der Pflegedienst ist nicht für die Qualität und inhaltliche Präzision der ärztlichen Verordnung verantwortlich. Im Fall einer unvollständigen oder unverständlichen Verordnung sollte jedoch erkennbar sein, dass sich der Pflegedienst um eine Kommunikation mit dem/der verordnenden Ärzt*in zur Klärung offener Fragen bemüht hat.

Ein wichtiger Bestandteil der Aufnahme oder Übernahme ist die Einbeziehung der Sichtweisen und Vorstellungen der versorgten Person und ggf. ihrer Angehörigen. Zu prüfen ist, ob sie die Gelegenheit hatten, Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und ob diese in der Planung berücksichtigt wurden.

2. Reagiert der Pflegedienst angemessen auf die im Einzelfall vorliegenden gesundheitlichen Gefährdungen und ist er auf Notfälle vorbereitet?

Die Notwendigkeit einer außerklinischen Intensivpflege geht mit bestehenden gesundheitlichen Gefährdungen einher. Der Eintritt von Notfallsituationen ist nicht unwahrscheinlich. Zu prüfen ist, ob und ggf. welche Vorkehrungen der Pflegedienst getroffen hat, wenn er durch die Angaben über medizinische Diagnosen auf der Verordnung, die regelmäßige Präsenz in der häuslichen Umgebung, durch die Kommunikation mit der versorgten Person und ihren Angehörigen, durch Beobachtungen während der Pflege oder durch die Informationserfassung zu Beginn der außerklinischen Intensivpflege Kenntnis über möglicherweise bestehende Risiken und Gefahren in der außerklinischen Intensivpflegesituation erhalten hat.

Gemeint sind nur diejenigen Risiken und Gefahren, die über die genannten Wege wahrgenommen wurden, nicht alle grundsätzlich möglichen Risiken im Rahmen einer pflegerischen Versorgung. Hinzu kommen ggf. *offenkundige* Risiken und Gefahren, d.h. Sachverhalte, die die Mitarbeiter*innen im Rahmen der Durchführung des individuellen pflegerischen Auftrags wahrnehmen, ohne hierzu gesonderte Einschätzungen vornehmen zu müssen. Dies sind Risiken und Gefahren, die auch für den Prüfdienst, der die Lebens- und Versorgungssituation des Versicherten ja weit weniger genau kennt als die Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes, während des Hausbesuchs offenkundig sind.

3. Wird die außerklinische Intensivpflege entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich. Auf Basis der verschiedenen weiteren Informationsquellen ist zu prüfen, ob Inhalt und Umfang der durchgeführten Maßnahmen der Verordnung und ggf. im Rahmen von Hausbesuchen der verordnenden Ärzt*innen vorgenommenen Anordnungen entsprechen.

*4. Ist eine regelmäßige Kommunikation mit dem/der verordnenden Ärzt*in erkennbar?*

Die AKI-Richtlinie sieht für die außerklinische Intensivpflege eine gute Zusammenarbeit mit und Information der/des verordnenden Arztes/Ärztin vor. Zu beurteilen ist daher bei dieser Frage, ob und in welcher Form der Pflegedienst bei gesundheitlichen Veränderungen oder bei Veränderungen der Pflegesituation, die sich auf die verordneten und genehmigten Leistungen auswirken könnten, zum/zur verordnenden Ärzt*in Kontakt aufnimmt und in eine Kommunikation über Entwicklungen der außerklinischen Intensivpflege eintritt.

5. Entspricht die Versorgung den vertraglichen Vereinbarungen des ambulanten Pflegedienstes zur außerklinischen Intensivpflege?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die Versorgung den jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V entspricht. Insbesondere ist zu beurteilen, ob die außerklinische Intensivpflege von Personen durchgeführt wird, die über die vertraglich vereinbarten Qualifikationen verfügen.

6. Entspricht die außerklinische Intensivpflege dem aktuellen Stand des Wissens?

Die Prüfer*innen haben zu beurteilen, ob die Versorgung in den folgenden Bereichen dem aktuellen Stand des Wissens unter Berücksichtigung etwaiger besonderer Anforderungen im Einzelfall entspricht:

- die spezielle Überwachung des Gesundheitszustands und die sich daraus ergebenden notwendigen Interventionen,
- die Pflege des Tracheostomas und das Trachealkanülenmanagement,
- das Sekretmanagement,
- das Dysphagiemanagement,
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts,
- die Anwendung von Inhalations- und Absauggeräten,
- den Umgang mit einer Maske (inkl. An- und Aufsetzen) im Zusammenhang mit einer nicht-invasiven Beatmung,
- die Erfassung und Bewertung von Vitalparametern,
- die Einleitung und Durchführung von Notfallmaßnahmen und des Krisenmanagements.

Hinweise zum aktuellen Stand des Wissens finden sich zum Teil in entsprechenden Leitlinien oder Standards in der jeweils aktuellen Fassung.

7. Erfolgen Information und Anleitung der An- und Zugehörigen zur Stärkung von Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung?

Vor der Information, Anleitung und Beratung sollte eine Einschätzung der Ausgangslage bei den An- und Zugehörigen des durch ambulante außerklinische Intensivpflege versorgten Menschen erfolgt sein. Dazu gehört eine Einschätzung der individuellen Voraussetzungen zum Erwerb relevanten Wissens sowie die Einschätzung vorhandener pflegerelevanter Fähigkeiten. Bei längerem Pflegeverlauf ist zu beurteilen, ob Veränderungen in der Versorgungskompetenz der An- und Zugehörigen festzustellen sind.

8. Werden die im Einzelfall durchgeführten Maßnahmen dem individuellen Bedarf der versorgten Person gerecht?

Die außerklinische Intensivpflege umfasst in der Regel weitere pflegerische Maßnahmen, die im Tagesverlauf erforderlich und als solche Teil der Maßnahmenplanung sind. Zu prüfen ist, ob die im Rahmen der Maßnahmenplanung geplanten und vereinbarten Maßnahmen, z.B. zur Ernährung oder Flüssigkeitsaufnahme oder zur Unterstützung bei der Fortbewegung, dem individuellen Bedarf entsprechen und tatsächlich durchgeführt wurden.

5. Bewertung

Die Bewertungskategorien, die im Prüfverfahren für die außerklinische Intensivpflege zur Anwendung kommen, sind mit den Bewertungskategorien zur Beurteilung der allgemeinen ambulanten Pflege und der (teil)stationären Pflegeeinrichtungen identisch. Es werden auf der Ebene der individuellen Versorgung dementsprechend vier Kategorien verwendet:

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

Im Prüfbogen finden sich einige *Beispiele* für Sachverhalte, bei denen die jeweiligen Kategorien anzuwenden sind.

**Projekt „Anpassung 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

Anhang F:

Prüfbogen für die Prüfung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege bei der versorgten Person mit Ausfüllanleitung

(17. Juli 2023)

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
- Pflegefachkraft, und zwar:
- Angehörige, und zwar:
- Sonstige Personen, und zwar:

Angaben zur versorgten Person und zur Pflegesituation

4. Pflegegrad: 1 2 3 4 5 nicht eingestuft

5. Alter in Jahren:

6. Datum und Dauer der Verordnung über psychiatrische häusliche Krankenpflege:

7. Versorgung durch den Pflegedienst seit: (Datum)

8. Name des/der verordnenden Ärzt*in:

9. Welche weitere Personen (außer dem/der Versicherten) leben in der Wohnung?

10. Welche weiteren Personen leisten regelmäßig Unterstützung? (bitte kurz benennen, einschl. Art und Umfang der geleisteten Hilfen):

11. Liegen bei Personen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege erhalten, weitere Verordnungen über Häusliche Krankenpflege vor?

Ja Nein

Falls ja, welche?

Angaben zu Erkrankungen und Beeinträchtigungen der versorgten Person

12. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n):

13. Welche psychiatrische(n) Diagnose(n) liegt/liegen vor?

14. Beeinträchtigungen der Mobilität (Positionswechsel im Bett, Aufstehen, Halten einer stabilen Sitzposition, Lageveränderung im Sitzen, Fortbewegung, Treppen steigen, Beweglichkeit der Extremitäten, Körperkraft, Balance):

15. Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen

a) Gedächtnis:

b) Zeitliche und örtliche Orientierung:

c) Risiken und Gefahren erkennen:

d) Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben:

16. Verhaltensweisen, die einen Hilfebedarf begründen:

17. Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung:

18. Besonderheiten, die den individuellen Bedarf oder die geleisteten Hilfen in besonderer Weise prägen:

Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Qualitätsaussage

Psychiatrische häusliche Krankenpflege trägt dazu bei, psychisch erkrankte Menschen zu stabilisieren, damit sie das Leben im Alltag sowie krankheits- und therapiebedingte Anforderungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbständig bewältigen können. Sie unterstützt den erkrankten Menschen bei der Bewältigung von Krisensituationen und bei der Entwicklung oder Erhaltung der Kompetenzen, die zur Aufrechterhaltung des Lebensalltag und zur Teilnahme am sozialen Leben erforderlich sind. Dabei wird das soziale Umfeld der Versicherten systematisch einbezogen. Dies umfasst auch die Anleitung und Beratung der relevanten Bezugspersonen des erkrankten Menschen, um ihre Kompetenz im Umgang mit dessen Erkrankung zu verbessern. Psychiatrische häusliche Krankenpflege findet in vernetzten Behandlungsstrukturen statt und erfordert daher eine Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten. Dies schließt die Zusammenarbeit beim Übergang der Patient*innen aus dem Krankenhaus und anderen institutionellen Versorgungsformen in die häusliche Umgebung mit ein.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die psychiatrische häusliche Krankenpflege der ärztlichen Verordnung und dem damit verknüpften Behandlungsplan entspricht, ob sie die durchgeführten Maßnahmen dem Bedarf der versorgten Person gerecht werden, und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem/der verordnenden Ärzt*in erfolgt. Darüber hinaus sind die Aufnahme/Übernahme der versorgten Person, der Umgang mit Gefährdungen und Krisensituationen sowie die Information und Anleitung von Angehörigen Gegenstand der Prüfung. Zu prüfen ist außerdem, ob die vertraglich erforderlichen Qualifikationen der eingesetzten Mitarbeiter*innen vorhanden sind und die im Einzelfall ggf. geforderte Kooperation mit anderen an der Versorgung beteiligten Personen oder Institutionen gewährleistet ist.

Informationserfassung

Inhalt der ärztlichen Verordnung über psychiatrische häusliche Krankenpflege:
Maßnahmenplanung: Welche Pflegemaßnahmen werden im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege erbracht?
Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V hinsichtlich der Voraussetzungen zur Erbringung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege:

Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Ist eine sachgerechte Aufnahme oder Übernahme der versorgten Person aus einer anderen Versorgungseinrichtung erfolgt? (Dies ist nur dann zu prüfen, wenn eine Aufnahme oder Übernahme innerhalb der letzten sechs Monate erfolgte).
2. Reagiert der Pflegedienst angemessen auf die im Einzelfall vorliegenden gesundheitlichen Gefährdungen und auftretende Krisensituationen?
3. Wird die psychiatrische häusliche Krankenpflege entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?
4. Werden die im Einzelfall durchgeführten Maßnahmen dem individuellen Bedarf der versorgten Person gerecht? Werden zielgerichtete Maßnahmen zur Stärkung der Kompetenz zur Alltagsbewältigung und der Pflegeakzeptanz durchgeführt?
5. Erfolgt Anleitung und Beratung der Angehörigen zur Stärkung ihrer Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung?
6. Ist bei Bedarf eine Kommunikation mit dem/der verordnenden Ärzt*in und ggf. weiteren Beteiligten erkennbar?
7. Entspricht die Versorgung den vertraglichen Vereinbarungen des ambulanten Pflegedienstes zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege?

Bewertung

A) Keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>
B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise nicht für alle Aspekte der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, die im Maßnahmenplan aufgeführt sind, kontinuierlich ein Durchführungsnachweis vorliegt, die Maßnahmen jedoch nachvollziehbar durchgeführt wurden und dem individuellen Bedarf der versorgten Person entsprechen.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- im Bedarfsfall keine Kommunikation mit dem/der verordnenden Ärzt*in erfolgt,
- die durchführende Pflegekraft nicht über die erforderliche Qualifikation verfügt,
- der Pflegedienst nicht auf bestehende Risiken und Gefahren in der Pflegesituation reagiert oder
- keine Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung beteiligten Institutionen erfolgt, dies aber nicht zu einer gesundheitlichen Belastung oder Schädigung der versorgten Person führte und die Durchführung der Pflege dem individuellen Bedarf entsprach.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die psychiatrische häusliche Krankenpflege nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt wurde, z.B. wenn keine Maßnahmen in Bezug auf formulierte Therapieziele durchgeführt wurden, oder
- keine Unterstützung zur zeitnahen Bewältigung von Krisensituationen erfolgt.

Erläuterungen zur Prüfung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege bei der versorgten Person (Ausfüllanleitung)

Der vorliegende Prüfbogen ist immer dann zu verwenden, wenn der ambulante Pflegedienst bei der versorgten Person psychiatrische häusliche Krankenpflege (HKP-Leistung Nummer 27a) durchführt. Werden bei der versorgten Person parallel dazu andere Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder Pflegesachleistungen nach dem SGB XI erbracht, so ist ergänzend der für die allgemeine ambulante Pflege vorgesehene Prüfbogen anzuwenden.

Für die einrichtungsbezogen zu erfassenden Informationen und Bewertungen (Bereich 5 der Qualitätsaspekte für die ambulante Pflege) gibt es einen gesonderten Prüfbogen, der *bei allen ambulanten* Diensten zu verwenden ist. Dieser „Einrichtungsbogen“ berücksichtigt auch etwaige Besonderheiten spezialisierter ambulanter Dienste (s. im vorliegenden Bericht Anhang C).

Nachfolgend werden die inhaltlichen Besonderheiten beschrieben, die für die Durchführung der Qualitätsprüfung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (Prüfung bei der versorgten Person) zu beachten sind.

1. Qualitätsaussage

Die Qualitätsaussage beschreibt die grundlegenden Anforderungen, die bei der Durchführung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu beachten sind:

*Psychiatrische häusliche Krankenpflege trägt dazu bei, psychisch erkrankte Menschen zu stabilisieren, damit sie das Leben im Alltag sowie krankheits- und therapiebedingte Anforderungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbständig bewältigen können. Sie unterstützt den erkrankten Menschen bei der Bewältigung von Krisensituationen und bei der Entwicklung oder Erhaltung der Kompetenzen, die zur Aufrechterhaltung des Lebensalltags und zur Teilnahme am sozialen Leben erforderlich sind. Dabei wird das soziale Umfeld der Versicherten systematisch einbezogen. Dies umfasst auch die Anleitung und Beratung der relevanten Bezugspersonen des erkrankten Menschen, um ihre Kompetenz im Umgang mit dessen Erkrankung zu verbessern. Psychiatrische häusliche Krankenpflege findet in vernetzten Behandlungsstrukturen statt und erfordert daher eine Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten. Dies schließt die Zusammenarbeit beim Übergang der Patient*innen aus dem Krankenhaus und anderen institutionellen Versorgungsformen in die häusliche Umgebung mit ein.*

2. Beschreibung

Die Beschreibung des Qualitätsaspekts definiert in allgemeiner Form, welche Sachverhalte bei der Prüfung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege zu berücksichtigen sind:

*Zu prüfen ist, ob die psychiatrische häusliche Krankenpflege der ärztlichen Verordnung und dem damit verknüpften Behandlungsplan entspricht, ob sie die durchgeführten Maßnahmen dem Bedarf der versorgten Person gerecht werden, und ob bei Bedarf eine Kommunikation des Pflegedienstes mit dem/der verordnenden Ärzt*in erfolgt. Darüber hinaus sind die Aufnahme/Übernahme der versorgten Person, der Umgang mit Gefährdungen und Krisensituationen sowie die Information und Anleitung von Angehörigen Gegenstand der Prüfung. Zu prüfen ist außerdem, ob die vertraglich erforderlichen Qualifikationen der eingesetzten Mitarbeiter*innen vorhanden sind und die im Einzelfall ggf. geforderte Kooperation mit anderen an der Versorgung beteiligten Personen oder Institutionen gewährleistet ist.*

3. Informationserfassung

Die Informationserfassung beinhaltet drei wichtige Aspekte:

1) Inhalt der ärztlichen Verordnung über psychiatrische häusliche Krankenpflege:

Da die ärztliche Verordnung Inhalt und Umfang der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege in hohem Maße definiert, ist sie im Rahmen der Informationserfassung detailliert zu erfassen. Da im Verlauf der Prüfung zu beurteilen ist, inwieweit die Pflege entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt wird, ist die Erfassung des Inhalts der Verordnung sehr wichtig. Dies gilt auch und besonders für den ärztlichen Behandlungsplan, aus dem sich zentrale Anforderungen bei der Durchführung der psychiatrischen Pflege ableiten.

Erhält die versorgte Person durch den geprüften Pflegedienst weitere ärztlich verordnete Leistungen, so sind diese nicht an dieser Stelle zu erfassen, sondern mit einem gesondert zu bearbeitenden Bogen, der für die allgemeine ambulante Pflege vorgesehen ist.

2) Maßnahmenplanung: Welche Pflegemaßnahmen werden im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege erbracht?

Hier sind die Pflegemaßnahmen zu erfassen, die *als Bestandteil* der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege im Rahmen der individuellen Pflegeplanung schriftlich fixiert sind. Dies können auch Maßnahmen sein, die wie beispielsweise Hilfen bei der Nahrungsaufnahme im Einzelfall eher auf einen *allgemeinen* Pflegebedarf und weniger auf einen *spezifischen psychiatrischen* Bedarf zugeschnitten sind.

Parallel erbrachte Leistungen nach dem SGB XI, die ggf. ebenfalls in der Maßnahmenplanung aufgeführt werden, sind nicht an dieser Stelle zu erfassen, sondern mit einem gesondert zu bearbeitenden Bogen, der für die allgemeine ambulante Pflege vorgesehen ist.

3) Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V hinsichtlich der Voraussetzungen zur Erbringung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege:

Die im Einzelfall geltenden, vertraglich geregelten Anforderungen an die Leistungserbringung sind ebenfalls zu dokumentieren. Dies gilt insbesondere für die Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter*innen, die die psychiatrische häusliche Krankenpflege durchführen.

4. Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung

1. Ist eine sachgerechte Aufnahme oder Übernahme der versorgten Person aus einer anderen Versorgungseinrichtung erfolgt?

Dies ist nur dann zu prüfen, wenn die Aufnahme bzw. Übernahme der versorgten Person innerhalb der letzten sechs Monate erfolgte.

Es ist zu prüfen, ob die Informationssammlung zu Beginn oder nach Unterbrechung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege strukturiert erfolgte und somit gewährleistet ist, dass die wesentlichen Informationen zur Pflegesituation für die Planung und Vereinbarung erforderlicher und angemessener Maßnahmen vorliegen. Angesprochen sind damit insbesondere Informationen über Beeinträchtigungen und vorhandene Ressourcen, Krisenepisoden in den Wochen vor Auf-/Übernahme der versorgten Person, ärztlicher Behandlungsplan und Therapieziele, das für die psychiatrische häusliche Krankenpflege besonders wichtige soziale Umfeld der versorgten Person und ggf. weitere an der Versorgung beteiligte Personen oder Einrichtungen.

Der Pflegedienst ist nicht für die Qualität und inhaltliche Präzision der ärztlichen Verordnung verantwortlich. Im Fall einer unvollständigen oder unverständlichen Verordnung sollte jedoch erkennbar sein, dass sich der Pflegedienst um eine Kommunikation mit dem/der verordnenden Ärzt*in zur Klärung offener Fragen bemüht hat.

Ein wichtiger Bestandteil der Aufnahme oder Übernahme ist die Einbeziehung der Sichtweisen und Vorstellungen der versorgten Person und ggf. ihrer Angehörigen. Zu prüfen ist, ob sie die Gelegenheit hatten, Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und ob diese in der Planung berücksichtigt wurden.

2. Reagiert der Pflegedienst angemessen auf die im Einzelfall vorliegenden gesundheitlichen Gefährdungen und auftretende Krisensituationen?

Psychische Erkrankungen gehen häufig mit gesundheitlichen Gefährdungen und mehr oder weniger regelmäßig auftretenden Krisensituationen einher. Zu prüfen ist, ob und ggf. welche Vorkehrungen der Pflegedienst getroffen hat, wenn er durch die Angaben über medizinische Diagnosen auf der Verordnung, durch die Kommunikation mit der versorgten Person und ihren Angehörigen, durch Beobachtungen während der Pflege oder durch die Informationserfassung zu Beginn der Pflegebeziehung Kenntnis über möglicherweise bestehende gesundheitliche Risiken erhalten hat.

Gemeint sind nur diejenigen Risiken und Gefahren, die über die genannten Wege wahrgenommen wurden, nicht alle grundsätzlich möglichen Risiken im Rahmen einer pflegerischen Versorgung. Hinzu kommen ggf. *offenkundige* Risiken und Gefahren, d.h. Sachverhalte, die die Mitarbeiter*innen im Rahmen der Durchführung des individuellen pflegerischen Auftrags wahrnehmen, ohne hierzu gesonderte Einschätzungen vornehmen zu müssen. Dies sind Risiken und Gefahren, die auch für den Prüfdienst, der die Lebens- und Versorgungssituation des Versicherten ja weit weniger genau kennt als die Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes, während des Hausbesuchs offenkundig sind.

Besondere Aufmerksamkeit verdient die Reaktion des Pflegedienstes auf Krisensituationen. Zu erwarten ist, dass im Falle immer wieder auftretender, psychisch bedingter Krisensituationen zeitnah Hilfestellungen zur Bewältigung dieser Situationen angeboten werden und versucht wird, gemeinsam mit dem/der Patient*in, eventuell unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes, Handlungsstrategien zu entwickeln, die die Belastungen durch Krisen mindern oder den Umgang der versorgten Person oder ihrer Angehörigen mit Krisensituationen erleichtern.

3. Wird die psychiatrische häusliche Krankenpflege entsprechend der ärztlichen Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen Verordnung erforderlich, die auch einen Behandlungsplan beinhaltet. Auf Basis der verschiedenen weiteren Informationsquellen ist zu prüfen, ob Inhalt und Umfang der durchgeführten Maßnahmen der Verordnung und dem Behandlungsplan entsprechen.

4. Werden die im Einzelfall durchgeführten Maßnahmen dem individuellen Bedarf der versorgten Person gerecht? Werden zielgerichtete Maßnahmen zur Stärkung der Kompetenz zur Alltagsbewältigung und der Pflegeakzeptanz durchgeführt?

Die psychiatrische häusliche Krankenpflege kann im konkreten Fall sehr unterschiedliche Maßnahmen umfassen. Maßgeblich für das Spektrum der tatsächlich geleisteten Hilfen sind neben dem ärztlichen Behandlungsplan und der vorliegenden Erkrankung die vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten der versorgten Person, die Dauer der Pflegebeziehung, die Art und Häufigkeit des Auftretens von Krisensituationen und verschiedene weitere Faktoren.

Die Prüfer*innen müssen sich zur Bearbeitung dieser Leitfrage daher zunächst ein Bild darüber machen, worin der vordringliche Bedarf der versorgten Person besteht und welche Versorgungsziele aus dem ärztlichen Behandlungsplan, aus den Absprachen zwischen Pflegedienst und versorgter Person (ggf. auch zwischen Pflegedienst und wichtigen Bezugspersonen) sowie aus der fachlichen Einschätzung des Pflegedienstes abzuleiten sind.

Zu prüfen ist auf dieser Grundlage, ob die geplanten und durchgeführten Maßnahmen *grundsätzlich* geeignet sind, diesen Versorgungszielen näher zu kommen. Dabei ist zu beachten, dass im Rahmen des Hausbesuchs nur ein vergleichsweise oberflächlicher Einblick in die komplexe Pflegesituation bei psychiatrischer Pflege gewonnen werden kann. Je nach Bedarfskonstellation können Hilfen beispielsweise folgende Maßnahmen umfassen:

- Maßnahmen zum Aufbau oder zur Aufrechterhaltung der Pflegebeziehung (Pflegeakzeptanz)
- Maßnahmen zur zeitnahen Bewältigung von Krisensituationen
- Hilfen zur Entwicklung von Handlungsstrategien zur Vermeidung von Krisensituationen
- Maßnahmen zur Förderung der Kompetenz zur Alltagsbewältigung und zur Kommunikation
- Maßnahmen zur Förderung der Kompetenz im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen
- Orientierungsfördernde Maßnahmen, Hilfen zur Tages- und Wochenstrukturierung
- Psychoedukative Maßnahmen
- Hilfen bei der Kontaktaufnahme zu bzw. bei der Kommunikation mit anderen versorgungsbeteiligten Einrichtungen.

5. Erfolgen Anleitung und Beratung der An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung?

Anleitung und Beratung der An- und Zugehörigen können im Einzelfall einen wichtigen Stellenwert für die Stabilisierung der gesundheitlichen Situation und der allgemeinen Lebenssituation der versorgten Person besitzen. Zu prüfen ist, inwieweit entsprechende Personen im sozialen Umfeld – dies wird in der Regel das Wohnumfeld sein – verfügbar sind, bei denen Bereitschaft und Möglichkeiten bestehen, die versorgte Person im Alltag zu unterstützen und die mit Hilfe von Anleitung und Beratung die dazu erforderlichen Kompetenzen entwickeln bzw. verbessern können. Zu prüfen ist ferner, ob der Pflegedienst unter diesen Voraussetzungen in Form von Anleitung und Beratung der betreffenden Bezugspersonen mit dem Ziel der Kompetenzförderung tätig wird.

Es ist allerdings im Einzelfall zu prüfen, in welcher Beziehung die in Betracht kommenden Bezugspersonen zur versorgten Person stehen und ob damit die Voraussetzungen für eine wirksame Unterstützung gegeben sind. Schematische Annahmen wären hier fehl am Platz.

Vor Beginn der Anleitung und Beratung sollte vor diesem Hintergrund eine Einschätzung der Ausgangslage bei den An- und Zugehörigen erfolgt sein.

*6. Ist bei Bedarf eine Kommunikation mit dem/der verordnenden Ärzt*in und ggf. weiteren Beteiligten erkennbar?*

Die HKP-Richtlinie und die vorliegenden Rahmenempfehlungen sehen für die psychiatrische häusliche Krankenpflege eine gute Zusammenarbeit mit und Information der/des verordnenden Ärztin/Arztes vor. Außerdem wird eine Bereitschaft des Pflegedienstes zur Kooperation mit anderen beteiligten Personen oder Institutionen erwartet, die z.B. auch die Beteiligung an Fallbesprechungen umfassen kann. Zu beurteilen ist daher, ob der Pflegedienst bei gesundheitlichen Veränderungen oder bei Veränderungen der Pflegesituation zum/zur behandelnden Ärzt*in Kontakt aufnimmt und auch andere Einrichtungen, die an der Versorgung beteiligt sind, über wichtige, für deren Hilfen relevante Veränderungen informiert.

7. Entspricht die Versorgung den vertraglichen Vereinbarungen des ambulanten Pflegedienstes zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die Versorgung den jeweils für den ambulanten Pflegedienst geltenden Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V entspricht. Insbesondere ist zu beurteilen, ob die Pflege von Personen durchgeführt wird, die über die vertraglich vereinbarten Qualifikationen verfügen.

5. Bewertung

Die Bewertungskategorien, die im Prüfverfahren für die psychiatrische häusliche Krankenpflege zur Anwendung kommen, sind mit den Bewertungskategorien zur Beurteilung der allgemeinen ambulanten Pflege und der (teil)stationären Pflegeeinrichtungen identisch. Es werden auf der Ebene der individuellen Versorgung dementsprechend vier Kategorien verwendet:

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

Im Prüfbogen finden sich einige *Beispiele* für Sachverhalte, bei denen die jeweiligen Kategorien anzuwenden sind.

**Projekt „Anpassung der Instrumente und Verfahren
für Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege“
Zwischenbericht**

**Abschlussbericht
Anhang G:**

**Illustration eines alternativen einrichtungsbezogenen
Prüfbogens mit ergänzender Information zu
außerklinischer Intensivpflege aus der personenbezogenen
Prüfung
(Auszug)**

(17. Juli 2023)

Prüfbereich 5: Qualitätsmanagement, Hygiene und Leitungspersonal

Nachrichtlich: Prüfergebnisse zu vertraglich definierten Qualitätsanforderungen aus der personenbezogenen Prüfung

Hinweis:

Die nachfolgende Variante einer Anpassung des Einrichtungsbogens wurde auf Wunsch des Auftraggebers erstellt, um zu illustrieren, wie Informationen aus der personenbezogenen Qualitätsbeurteilung über den Einsatz von Mitarbeiter*innen mit bestimmten Qualifikationen, die in den Verträgen mit den Kostenträgern festgelegt werden, im einrichtungsbezogenen Prüfbogen ausgewiesen werden könnten. Dies ist prinzipiell möglich, kann aber zu Fehlinterpretationen bei der Nutzung von Prüfergebnissen führen und wird daher von den Auftragnehmern nicht zur Umsetzung empfohlen.

Die vorliegende Variante stellt einen Teilbereich des Einrichtungsbogens mit Ergänzung eines Informationspunktes 5.x dar, der die genannte Zusatzinformation enthält.

5.3 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft

Qualitätsaussage

Die Einrichtung hält qualifizierte Leitungskräfte vor. Die verantwortliche Pflegefachkraft nimmt ihre Aufgaben zur Gewährleistung von Fachlichkeit und einer angemessenen Dienstorganisation wahr. Die Qualifikation der Leitungskräfte berücksichtigt etwaige fachliche Spezialisierungen und damit einhergehende besondere vertragliche Anforderungen.

Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Anforderungen an die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer 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.

Im Falle von Pflegediensten, die außerklinische Intensivpflege durchführen, werden hierbei auch die Anforderungen an die Qualifikation der ggf. als Fachbereichsleitung benannten Pflegefachkräfte für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen beurteilt. Analoges gilt für Pflegedienste, die psychiatrische häusliche Krankenpflege durchführen.

Informationserfassung

Führt der Pflegedienst spezialisierte ambulante Pflege durch?

- ja, ambulante außerklinische Intensivpflege
 ja, psychiatrische häusliche Krankenpflege
 nein

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. Verfügen die verantwortliche Pflegefachkraft, ihre Stellvertretung und ggf. die als Fachbereichsleitung benannte Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. 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
6. 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:

5.x Nachrichtlich: Abweichungen von vertraglich definierten Qualifikationsanforderungen bei außerklinischer Intensivpflege, die bei der personenbezogenen Prüfung festgestellt wurden

<p>Wurde die außerklinische Intensivpflege bei den mit der Stichprobe ausgewählten versorgten Personen durchgängig von Mitarbeiter*innen durchgeführt, die über die vertraglich vereinbarten Qualifikationen verfügen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, es wurden keine Abweichungen von vertraglichen Vereinbarungen festgestellt.</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, es wurden Abweichungen von vertraglichen Vereinbarungen festgestellt. Bei insgesamt ____ (Anzahl angeben) versorgten Personen von insgesamt ____ (Anzahl angeben) Personen aus der Stichprobe entsprach die Qualifikation der durchführenden Mitarbeiter*innen nicht den vertraglichen Vereinbarungen.</p> <p><input type="checkbox"/> Trifft nicht zu (Pflegedienst führt keine außerklinische Intensivpflege durch)</p>
--

Erläuterungen zur einrichtungsbezogenen Prüfung (Auszug)

5.3 Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung

Zu prüfen ist, ob die Anforderungen an die Qualifikation der Pflegedienstleitung und ihrer 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.

Im Falle von Pflegediensten, die außerklinische Intensivpflege durchführen, werden hierbei auch die Anforderungen an die Qualifikation der ggf. als Fachbereichsleitung benannten Pflegefachkräfte für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen beurteilt. Analoges gilt für Pflegedienste, die psychiatrische häusliche Krankenpflege durchführen.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Verfügen die verantwortliche Pflegefachkraft, ihre Stellvertretung und ggf. die als Fachbereichsleitung benannte Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung?

2. Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?

3. Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?

Diese Fragen beziehen sich vorrangig auf die Einhaltung der Vorgaben aus den Rahmenempfehlungen nach § 132I Abs. 1 SGB V/§132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege/häuslicher Krankenpflege sowie 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. Zu beachten sind außerdem spezifische Anforderungen, die im Einzelfall für spezialisierte ambulante Pflegedienste zutreffen können.

4. 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 Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes sowie Unterlagen zur Organisation des Pflegedienstes zu beurteilen.

5. 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.

6. 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 oder Teamzusammenstellung in der ambulanten außerklinischen Intensivpflege angesprochen, die vor dem Hintergrund von Unterlagen zur Organisation des Pflegedienstes und auf Basis des Fachgesprächs mit den Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes zu beurteilen sind. Zur Beurteilung dieser Frage können Beobachtungen während der personenbezogenen Prüfung hinzugezogen werden.

**Projekt „Anpassung 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

Anhang H

Muster für die Qualitätsdarstellung

(17. Juli 2023)

Ambulanter Musterdienst

Übersicht der Bewertung durch die Qualitätsprüfer*innen
Informationen über den ambulanten Pflegedienst
Erläuterungen zur Bewertung der Qualitätsprüfer*innen

Seite 1
Seite 2-4
Seite 4 - 10

Die in diesem Bereich dargestellten Ergebnisse wurden in einer Qualitätsprüfung durch einen Prüfdienst beim ambulanten Pflegedienst erhoben.

Datum der Qualitätsprüfung: 1. Juli 2022

Für die Bewertung der Qualität werden in dieser Darstellung die folgenden Symbole verwendet:

■ ■ ■ ■	Keine oder geringe Qualitätsdefizite
■ ■ ■ □	Moderate Qualitätsdefizite
■ ■ □ □	Erhebliche Qualitätsdefizite
■ □ □ □	Schwerwiegende Qualitätsdefizite
×	Konnte nicht geprüft werden

In die Prüfung können theoretisch 16 verschiedene Themen aufgenommen werden, die Qualitätsaspekte genannt werden. Bei jedem der in der folgenden Tabelle dargestellten Qualitätsaspekte handelt es sich um Themen, die unterschiedliche Maßnahmen umfassen und die in der häuslichen Pflege von großer Bedeutung sein können.

In der Regel werden nur einige der Qualitätsaspekte in die Prüfung aufgenommen. In der Qualitätsdarstellung erscheint bei diesen Themen eine Bewertung mit den in der vorherigen Box erläuterten Kästchen. Bei den Qualitätsaspekten, die nicht geprüft werden konnten, erscheint ein Kreuz. Dass immer nur einige und selten alle Qualitätsaspekte geprüft werden, ist vollkommen normal. Es hängt vor allem damit zusammen, dass es nur wenige Pflegesituationen gibt, in denen alle genannten Themen eine Rolle spielen und ein Pflegedienst eingeschaltet wird, um zu allen Aspekten Leistungen zu erbringen. Viel wahrscheinlicher ist es, dass ein pflegebedürftiger Mensch, oft in Absprache mit seinen Angehörigen, einen Pflegedienst einschaltet, weil es einen Hilfe- und Unterstützungsbedarf im ein oder anderen Bereich gibt, z.B. Unterstützung bei der Körperpflege oder bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. In solchen Fällen wird auch nur für diese Leistungen die Unterstützung durch einen Pflegedienst vereinbart. Wenn sich der Unterstützungsbedarf ändert, kommen andere Unterstützungen hinzu oder manche sind nicht mehr erforderlich. Für die Prüfung ist entscheidend, welche Unterstützung vereinbart wurde. Nur das, was ein pflegebedürftiger Mensch mit seinem Pflegedienst vereinbart hat, kann in die Prüfung aufgenommen werden. Die Übersicht über die verschiedenen Qualitätsaspekte kann Anlass sein, bei Pflegediensten nach diesen Leistungen zu fragen. Nicht in allen Bundesländern sind alle Leistungen in gleichem Maß verfügbar.

Neben den Ergebnissen der Qualitätsprüfung enthält die Qualitätsdarstellung weitere Informationen über den Pflegedienst, die vom Pflegedienst zur Verfügung gestellt werden. Diese Informationen können wichtig bei der Suche nach einem Pflegedienst sein, z.B. wenn ein bestimmter Versorgungsschwerpunkt (z.B. die Kinderkrankenpflege) oder Pflegekräfte mit bestimmten Sprachkenntnissen gesucht wird. Die von den Pflegediensten zur Verfügung gestellten Informationen werden nicht bewertet, sondern sollen die Informationsmöglichkeiten für Personen, die sich über ambulante Pflegedienste informieren wollen, erweitern.

Bewertung durch die Qualitätsprüfer*innen				
beste Bewertung: 4 Punkte / schlechteste Bewertung: 1 Punkt				
1. Aufnahmemanagement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer kritischen Pflegesituation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Unterstützung im Bereich der Mobilität	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Unterstützung bei Beeinträchtigungen geistiger Fähigkeiten	×			
6. Unterstützung im Bereich der Kommunikation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Unterstützung bei der Körperpflege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Unterstützung bei der Ausscheidung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und Förderung sozialer Kontakte	×			
12. Anleitung und Beratung von Angehörigen zur Verbesserung der Pflegekompetenz	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz	×			
14. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Medikamente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Wundversorgung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ärztlich verordnete Maßnahmen: _____	×			

Nur bei Pflegediensten, die Personen mit außerklinischer Intensivpflege nach ärztlicher Verordnung versorgen:

Außerklinische Intensivpflege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

Nur bei Pflegediensten, die Personen mit psychiatrischer Krankenpflege nach ärztlicher Verordnung versorgen:

Psychiatrische häusliche Krankenpflege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Informationen über den Pflegedienst

Name des Pflegedienstes:	<i>Ambulanter Musterdienst</i>
letzte Aktualisierung:	<i>31. März 2022</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>
Außerklinische Intensivpflege:	<i>JA</i>
Palliativpflege:	<i>JA</i>
Psychiatrische häusliche Krankenpflege:	<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*innen	JA: <i>Englisch, Französisch, Russisch, Türkisch</i>

Personelle Ausstattung	
Mitarbeiter*innen/Stellen	
Mitarbeiter*innen 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*innen aus Zeitarbeitsfirmen beschäftigt?	NEIN
Personalwechsel	
Mitarbeiter*innen, die in den letzten 6 Monaten den Pflegedienst verlassen haben:	5
Mitarbeiter*innen, die seit mindesten 5 Jahren im Pflegedienst beschäftigt sind:	15
Anzahl der Mitarbeiter*innen mit Zusatzqualifikationen	
Anästhesie- und Intensivpflege:	1
Atmungstherapeut*innen:	1
(Geronto-)psychiatrische Pflege:	3
Wundmanagement:	2
Palliativ- und Hospizpflege:	2
Weitere Qualifikation, und zwar:	KEINE
<hr/>	
<hr/>	

Bewertung durch die Qualitätsprüfer*innen

Die Qualität ambulanter Pflegedienste wird regelmäßig geprüft. Die Qualitätsprüfungen werden durch geschulte Personen der Medizinischen 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.

Für die Auswahl wurde ein Stichprobenverfahren entwickelt, mit dem sichergestellt ist, dass Personen mit unterschiedlichen pflegerischen Problemen in die Prüfung einbezogen werden können. Zu Beginn der Prüfung wird aus den Personen, die vom ambulanten Pflegedienst versorgt werden, nach dem Zufallsprinzip eine bestimmte Zahl an Personen ausgewählt. Diese Personen werden dann angerufen und es wird gefragt, ob sie einem Hausbesuch durch eine/n Prüfer*in zustimmen. Für den Fall, dass Personen nicht erreichbar sind oder einem Hausbesuch nicht zustimmen, werden weitere Personen angesprochen. Trotz dieses Verfahrens kann es sein, dass die angestrebte Zahl von 9 Personen für die Prüfung nicht erreicht wird, weil nicht genügend Personen eine Zustimmung erteilen. In der Qualitätsdarstellung ist jeweils ausgewiesen, bei wie vielen Personen eine Prüfung durchgeführt werden konnte.

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 Menschen.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2021:	■ ■ □ □
	01. April 2020:	■ □ □ □

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 Menschen.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2021:	■ ■ ■ ■
	01. April 2020:	■ ■ ■ □

3. Erfassen von und Reaktion auf Anzeichen einer kritischen 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 Menschen.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2021:	■ ■ ■ □
	01. April 2020:	■ ■ ■ □

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 Menschen.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2021:	■ ■ ■ □
	01. April 2020:	■ ■ ■ □

5. Unterstützung bei Beeinträchtigungen geistiger 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 Menschen.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2021:	■ ■ □ □
	01. April 2020:	■ ■ ■ □

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 Menschen.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2021:	■ ■ ■ ■
	01. April 2020:	■ ■ ■ □

7. Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen

Krankheitsbedingte Verhaltensweisen eines pflegebedürftigen Menschen können eine große Belastung für seine Angehörigen und die Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes, vor allem aber für den pflegebedürftigen Menschen 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 Menschen.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2021:	■ ■ □ □
	01. April 2020:	■ ■ ■ □

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 Menschen.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2021:	■ ■ ■ ■
	01. April 2020:	■ ■ ■ □

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 Menschen. 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 Menschen.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2021:	■ ■ ■ ■
	01. April 2020:	■ ■ ■ □

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 Menschen.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2021:	■ ■ □ □
	01. April 2020:	■ ■ ■ □

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 Menschen.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2021:	■ ■ ■ □
	01. April 2020:	■ ■ ■ □

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 2021:	■ ■ ■ ■
	01. April 2020:	■ ■ ■ □

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 Menschen der Stichprobe geprüft werden.	
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2021: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01. April 2020: <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

14. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Medikamente

Ärzt*innen 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 ärztlich verordnet wurde. In der Qualitätsprüfung wird anhand einer Stichprobe beurteilt, ob pflegebedürftige Menschen 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 2021: <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01. April 2020: <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

15. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Wundversorgung

Ärzt*innen 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 Menschen fachgerecht versorgt 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 4 Personen.	
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2021: <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01. April 2020: <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

16. 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/der behandelnden Ärzt*in und in ___ Fall/Fällen wurde die Maßnahme nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung ausgeführt.

Spezialisierte ambulante Pflege

Einige Pflegedienste erbringen neben den genannten Leistungen bei einigen der von ihnen versorgten Personen auch spezialisierte ambulante Pflege in Form von außerklinischer Intensivpflege oder psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Dabei handelt es sich um sehr anspruchsvolle Pflegesituationen bei zum Teil lebensbedrohlichen gesundheitlichen Problemen oder schwerwiegenden psychischen Problemlagen. Pflegedienste, die solche Leistungen erbringen, benötigen Erfahrung in den spezialisierten Bereichen und Pflegefachkräfte mit entsprechenden Fort- und Weiterbildungen.

Außerklinische Intensivpflege

Die außerklinische Intensivpflege ermöglicht es, Menschen mit schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen, die vielfach eine Beatmung erfordern, zu Hause zu versorgen. Dazu sind speziell fortgebildete Pflegekräfte erforderlich, die nach ärztlicher Verordnung einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität und der so versorgten Personen leisten und dabei helfen, notwendige Vitalfunktionen sicherzustellen und lebensbedrohliche Komplikationen zu vermeiden. Die außerklinische Intensivpflege kann bis zu 24 Stunden täglich im Haushalt eines pflegebedürftigen Menschen erbracht werden. In der Qualitätsprüfung wird u.a. beurteilt, ob der Pflegedienst angemessen auf die vorhandenen gesundheitlichen Gefährdungen reagiert, regelmäßig mit dem oder der verordnenden Ärzt*in kommuniziert oder Angehörige des erkrankten Menschen passend informiert und berät.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ ■ □
In der Stichprobe ergaben sich Hinweise auf moderate Defizite. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 2 Personen.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2021:	■ ■ ■ □
	01. April 2020:	■ ■ ■ □

Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Psychiatrische Pflege in der häuslichen Umgebung trägt dazu bei, psychisch erkrankte Menschen zu stabilisieren und bei einer möglichst selbständigen Alltagsbewältigung zu unterstützen. Sie unterstützt bei der Krisenbewältigung und bei der Erlangung oder Erhaltung von Kompetenzen, die zur Aufrechterhaltung des Lebensalltags und zur Teilnahme am sozialen Leben erforderlich sind. Sie richtet sich nicht nur an den psychisch erkrankten Menschen, sondern auch an seine Bezugspersonen. In der Qualitätsprüfung wird u.a. beurteilt, ob der Pflegedienst angemessen auf vorhandene gesundheitliche Gefährdungen und bestehende Krisensituationen reagiert, regelmäßig mit dem oder der verordnenden Ärzt*in kommuniziert oder die Kompetenzen der Angehörigen des erkrankten Menschen im Umgang mit der Erkrankung stärkt.

Ergebnis der Qualitätsprüfung		■ ■ ■ □
In der Stichprobe ergaben sich Hinweise auf moderate Defizite. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 2 Personen.		
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2021:	■ ■ ■ □
	01. April 2020:	■ ■ ■ □

Qualitätsdarstellung in der spezialisierten ambulanten Pflege

Einige ambulante Pflegedienste haben sich auf die Versorgung bestimmter Personengruppen spezialisiert. Eine solche Spezialisierung ist sinnvoll, weil mit der Versorgung einzelner Personen, z.B. von Personen, die der Intensivpflege bedürfen oder schwere psychische Krisensituationen durchleben, besondere fachliche Anforderungen verbunden sind. Aus diesem Grund sind die Pflegekräfte in spezialisierten ambulanten Pflegediensten besonders geschult. Als spezialisiert gilt ein Pflegedienst dann, wenn 50% oder mehr der versorgten Personen spezialisierte ambulante Pflege in Form außerklinischer Intensiv- oder psychiatrischer häuslicher Krankenpflege erhalten. Die Arbeit dieser ambulanten Pflegedienste unterscheidet sich erheblich von der Arbeit anderer ambulanter Pflegedienste, so dass es nicht sinnvoll ist, sie in eine vergleichende Qualitätsdarstellung aller anderen ambulanten Pflegedienste einzubeziehen. Aus diesem Grund erfolgt für ambulante Pflegedienste, die im Schwerpunkt außerklinische Intensivpflege oder psychiatrische häusliche Krankenpflege erbringen, eine eigene Qualitätsdarstellung, in der die Ergebnisse der Qualitätsprüfung ausgewiesen werden.

In der spezialisierten ambulanten Pflege werden nicht einzelne Qualitätsaspekte betrachtet, sondern diese werden zu einer Gesamtanforderung integriert, die es im Rahmen der Prüfung zu bewerten gilt. In die Prüfung der spezialisierten ambulanten Pflegedienste werden 5 Personen einbezogen; wenn auch noch andere Personen versorgt werden, bei denen keine spezialisierte Pflege erfolgt, sind es 7 Personen. Der Unterschied zur Stichprobengröße von 9 Personen bei nicht spezialisierten Pflegediensten erklärt sich durch den deutlich größeren Prüfumfang in der spezialisierten Pflege.

Außerklinische Intensivpflege	■	■	■	□
--------------------------------------	---	---	---	---

Die ambulante außerklinische Intensivpflege dient dem Ziel, die Patienten- und Versorgungssicherheit im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung nach Maßgabe des individuellen Bedarfs zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Sie dient auch der Verbesserung der Lebensqualität und ist auf individuelle, patientenzentrierte Therapieziele wie die Sicherstellung von Vitalfunktionen, die Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen sowie die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen ausgerichtet. Bei beatmeten oder trachealkanülierten Personen besteht eine weitere Zielsetzung in der optimalen und individuellen Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung von der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nicht invasive Beatmung. Die außerklinische Intensivpflege umfasst auch die Anleitung der An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Versorgungskompetenzen im Umgang mit der Erkrankung, insbesondere bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Geprüft wird in der außerklinischen Intensivpflege, ob sie im Einklang mit der ärztlichen Verordnung erbracht wird, eine Kommunikation mit dem/der verordnenden Ärzt*in erfolgt, wie der Umgang mit Gefährdungen und Notfallsituationen ist und ob eine Information und Anleitung von An- und Zugehörigen stattfindet.

Gefragt wird im Einzelnen danach,

- wie die Aufnahme der versorgten Person aus einer anderen Versorgungseinrichtung erfolgt,
- ob der Pflegedienst angemessen auf die vorliegenden gesundheitlichen Gefährdungen reagiert und auf Notfälle vorbereitet ist,
- ob die Versorgung der ärztlichen Versorgung entspricht und eine Kommunikation mit dem Arzt oder Ärztin erkennbar ist,
- ob die Versorgung den vertraglichen Vorgaben des Pflegedienstes entspricht,
- ob eine Information und Anleitung von An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Versorgungskompetenzen erfolgt und
- ob die Maßnahmen dem individuellen Bedarf der versorgten Person gerecht werden.

Ergebnis der Qualitätsprüfung	■ ■ ■ □
In der Stichprobe ergaben sich Hinweise auf moderate Defizite. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 5 Personen.	
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2021: ■ ■ ■ □ 01. April 2020: ■ ■ ■ □

Psychiatrische häusliche Krankenpflege	■	■	■	□
---	---	---	---	---

Psychiatrische häusliche Krankenpflege trägt dazu bei, psychisch erkrankte Menschen zu stabilisieren, damit sie das Leben im Alltag sowie krankheits- und therapiebedingte Anforderungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbstständig bewältigen können. Sie unterstützt den erkrankten Menschen bei der Bewältigung von Krisensituationen und bei der Entwicklung oder Erhaltung der Kompetenzen, die zur Aufrechterhaltung des Lebensalltag und zur Teilnahme am sozialen Leben erforderlich sind. Dabei wird das soziale Umfeld der Versicherten systematisch einbezogen. Dies umfasst auch die Anleitung und Beratung der relevanten Bezugspersonen des erkrankten Menschen, um ihre Kompetenz im Umgang mit dessen Erkrankung zu verbessern. Psychiatrische häusliche Krankenpflege findet in vernetzten Behandlungsstrukturen statt und erfordert daher eine Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten. Dies schließt die Zusammenarbeit beim Übergang der Patient*innen aus dem Krankenhaus und anderen institutionellen Versorgungsformen in die häusliche Umgebung mit ein. In der Qualitätsprüfung wird u.a. beurteilt, ob der Pflegedienst angemessen auf vorhandene gesundheitliche Gefährdungen und bestehende Krisensituationen reagiert, regelmäßig mit dem/der verordnenden Ärzt*in kommuniziert oder die Kompetenzen der Angehörigen des erkrankten Menschen im Umgang mit der Erkrankung stärkt.

Gefragt wird im Einzelnen danach,

- ob eine sachgerechte Auf- oder Übernahme der versorgten Person aus einer anderen Versorgungseinrichtung stattgefunden hat,
- ob der Pflegedienst angemessen auf die vorliegenden gesundheitlichen Gefährdungen und auftretenden Krisensituationen reagiert
- ob die Versorgung der ärztlichen Versorgung entspricht und eine Kommunikation mit dem/der Ärzt*in oder anderen Beteiligten erkennbar ist,
- ob die im Einzelfall durchgeführten Maßnahmen dem individuellen Bedarf der versorgten Person gerecht werden,
- ob eine Anleitung und Beratung der An- und Zugehörigen zur Stärkung ihrer Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung erfolgt ist und
- ob die Versorgung den vertraglichen Vorgaben des Pflegedienstes entspricht.

Ergebnis der Qualitätsprüfung	■ ■ ■ □
In der Stichprobe ergaben sich Hinweise auf moderate Defizite. In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 5 Personen.	
Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen:	01. Juni 2021: ■ ■ ■ □ 01. April 2020: ■ ■ ■ □