

Pilotierung der Qualitätsprüfung bei Spezialdiensten

Wissenschaftliche Überprüfung der Praktikabilität der für die ambulanten Spezialdienste angepassten Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI



STUDIEN
BERICHT



Pilotierung der Qualitätsprüfung bei Spezialdiensten

Wissenschaftliche Überprüfung der Praktikabilität der für die ambulanten Spezialdienste angepassten Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI

Friederike Haaß

Thuy Ha Nguyen

Hans-Dieter Nolting

Grit Braeseke

Elisabeth Beikirch

Marc Musfeldt

Aileen Hommel

Ulrike Pörschmann-Schreiber

Jonathan Seeger

Abschlussbericht

für den Qualitätsausschuss Pflege

Berlin, 07. Juni 2024

Autorinnen und Autoren

**Elisabeth Beikirch
Dr. Grit Braeseke
Dr. Friederike Haaß
Aileen Hommel
Marc Musfeldt
Thuy Ha Nguyen
Hans-Dieter Nolting
Ulrike Pörschmann-Schreiber
Jonathan Seeger**

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

Danksagung	12
Zusammenfassung	13
1. Hintergrund und Ziele	15
2. Methodik	19
2.1 Übersicht über das Untersuchungsdesign	19
2.2 Rekrutierung der Pflegedienste und Prüfteams	20
2.2.1 Rekrutierung der Pflegedienste und geplante Stichproben von pflegebedürftigen Menschen	20
2.2.2 Rekrutierung der Prüfteams	23
2.3 Einführung der Prüfteams in die Pilotierung	25
2.4 Informationsveranstaltung für die Pflegedienste	26
2.5 Ablauf der Pilot-Prüfungen	27
2.6 Online-Tool zur Übermittlung der Prüfergebnisse	30
2.7 Befragung der Pflegedienste	31
2.8 Feedbackveranstaltungen	32
2.9 Datenauswertung	32
3. Ergebnisse	33
3.1 Anzahl und Art der durchgeführten Pilot-Prüfungen	33
3.2 Stichprobenverfahren	35
3.2.1 Erstellen der Liste der versorgten Personen	35
3.2.2 Vollständigkeit der Liste der versorgten Personen	43
3.2.3 Anzahl und Art der Personen in den Stichproben	50
3.2.4 Einhaltung des Stichprobenverfahrens	53
3.3 Verteilung der Qualitätsaspekte und Bewertungskategorien	59
3.3.1 Qualitätsaspekt „außerklinische Intensivpflege“	59
3.3.2 Qualitätsaspekt „psychiatrische häusliche Krankenpflege“	64
3.3.3 Qualitätsaspekte in Prüfbereich 4	67
3.3.4 Qualitätsaspekte in Prüfbereich 5	68
3.3.5 Empfehlungen der Prüfteams an die Pflegedienste	73
3.4 Praktikabilität aus Sicht der Prüfteams	74
3.4.1 Ermittlung vereinbarter und verordneter Leistungen	74
3.4.2 Informationserfassung	75
3.4.3 Nachvollziehbarkeit der Qualitätsaspekte	81
3.4.4 Schwierigkeit der Bewertung	87
3.4.5 Fachgespräch	89
3.4.6 Synthese	95
3.4.7 Abschlussgespräch	95
3.4.8 Zeitaufwand	102
3.4.9 Einführung in die Pilotierung	106
3.5 Praktikabilität aus Sicht der Pflegedienste	108
3.5.1 Ermittlung des Prüfumfanges	108
3.5.2 Fachgespräch	112

3.5.3	Abschlussgespräch	118
3.5.4	Zeitumfang	126
3.5.5	Prüfbericht	126
3.5.6	Nachvollziehbarkeit der Bewertungen	130
3.5.7	Unterschiede zum bisherigen Prüfverfahren	132
3.5.8	Erfüllen der Anforderungen an das neue Prüfverfahren	139
4.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	145
4.1	Schlussfolgerungen	145
4.1.1	Übergreifende Schlussfolgerungen und Empfehlungen	145
4.1.2	Liste der versorgten Personen	147
4.1.3	Stichprobenziehung und Gewinnung der zu prüfenden Personen	147
4.1.4	Bewertung der Qualitätsaspekte AKI bzw. PHKP	148
4.2	Empfehlungen zu weiteren Aspekten der Instrumente und Verfahren	149
4.2.1	Regelhafter Umgang mit bei der Prüfung festgestellten relevanten Risiken	149
4.2.2	Empfehlungen für redaktionelle Änderungen der Verfahrensbeschreibung	149
4.2.3	Weitere Hinweise auf zu prüfende redaktionelle Änderungen	152
4.2.4	Hinweise für die zukünftige Schulung der Prüfteams	153
4.2.5	Zusammenführung der Prüfbögen für AKI und PHKP	154
5.	Literaturverzeichnis	155
	Abbildungen	7
	Tabellen	7
	Abkürzungsverzeichnis	11

Abbildungen

Abbildung 1:	Zusammenspiel während der Pilotierung	18
Abbildung 2:	Überblick über die methodischen Schritte der Pilotierung	20
Abbildung 3:	Ablauf der Pilot-Prüfung	29
Abbildung 4:	Schematische Darstellung der Liste der versorgten Personen	36
Abbildung 5:	Bewertungen zu den Qualitätsaspekten aus den personenbezogenen Prüfungen (AKI)	81
Abbildung 6:	Bewertungen zu den Qualitätsaspekten aus den personenbezogenen Prüfungen (PHKP)	85
Abbildung 7:	Teilnehmende am Fachgespräch (AKI)	90
Abbildung 8:	Teilnehmende am Fachgespräch (PHKP)	91
Abbildung 9:	Teilnehmende am Abschlussgespräch (AKI)	96
Abbildung 10:	Teilnehmende am Abschlussgespräch	97
Abbildung 11:	Relevanz der Inhalte im Abschlussgespräch nach Rangplätzen (AKI)	98
Abbildung 12:	Relevanz der Inhalte im Abschlussgespräch nach Rangplätzen (PHKP)	99
Abbildung 13:	Teilnehmende am Fachgespräch (AKI)	113
Abbildung 14:	Teilnehmende am Fachgespräch (PHKP)	114
Abbildung 15:	Einschätzung des zeitlichen Umfangs der Inhalte des Abschlussgesprächs (AKI)	118
Abbildung 16:	Einschätzung des zeitlichen Umfangs der Inhalte des Abschlussgesprächs (PHKP)	119
Abbildung 17:	Nachvollziehbarkeit der Bewertungen (AKI)	130
Abbildung 18:	Nachvollziehbarkeit der Bewertungen (PHKP)	130

Tabellen

Tabelle 1:	Stichprobenplan der Pflegedienste für die Pilotierung des AKI-Prüfverfahrens	22
Tabelle 2:	Stichprobenplan der Pflegedienste für die Pilotierung des PHKP-Prüfverfahrens	23
Tabelle 3:	Verteilung der Pilot-Prüfungen auf die Prüfdienste, Regionen und Verfahren sowie benötigte Anzahl Prüferinnen und Prüfer	24
Tabelle 4:	Ankündigung der Termine für die Pilot-Prüfungen	27

Tabelle 5:	Anzahl der Pflegedienste nach Region, Trägerart und Unternehmensgröße (AKI)	33
Tabelle 6:	Anzahl der Pflegedienste nach Region, versorgte Personen insgesamt, Personen mit AKI-Leistungen	34
Tabelle 7:	Anzahl der Pflegedienste nach Region, Trägerart und Unternehmensgröße (PHKP)	34
Tabelle 8:	Anzahl der Pflegedienste nach Region, versorgte Personen insgesamt, Personen mit PHKP-Leistungen	35
Tabelle 9:	Zeitpunkt der Zusammenstellung der Informationen auf der Liste (AKI)	37
Tabelle 10:	Zeitpunkt der Zusammenstellung der Informationen auf der Liste (PHKP)	38
Tabelle 11:	Vorgehen bei der Ermittlung von Einschränkungen (AKI)	39
Tabelle 12:	Vorgehen bei der Ermittlung von Einschränkungen (PHKP)	39
Tabelle 13:	Welche Informationen konnten Sie von der Software ausgeben lassen? (AKI)	42
Tabelle 14:	Welche Informationen konnten Sie von der Software ausgeben lassen? (PHKP)	43
Tabelle 15:	Angaben auf der Liste der versorgten Personen (AKI)	44
Tabelle 16:	Angaben auf der Liste der versorgten Personen (PHKP)	45
Tabelle 17:	Angaben in der Liste (AKI)	46
Tabelle 18:	Angaben in der Liste (PHKP)	47
Tabelle 19:	Anzahl der Personen pro Gruppe auf den Listen (AKI)	48
Tabelle 20:	Anzahl der Personen pro Gruppe auf den Listen (PHKP)	49
Tabelle 21:	Wie viele Personen auf der Liste gehören den folgenden Gruppen an? (AKI)	50
Tabelle 22:	Wie viele Personen auf der Liste gehören den folgenden Gruppen an? (PHKP)	50
Tabelle 23:	Anzahl der für die Ziehung der Stichprobe betrachteten Personen (AKI)	51
Tabelle 24:	Anzahl der für die Ziehung der Stichprobe betrachteten Personen (PHKP)	52
Tabelle 25:	Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Personen nach Gruppen (AKI)	53
Tabelle 26:	Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Personen nach Gruppen (PHKP)	53

Tabelle 27:	Übersicht zur Häufigkeit weiterer Leistungen	60
Tabelle 28:	Verteilung der Einzelbewertungen (AKI)	61
Tabelle 29:	Verteilung der Einzelbewertungen nach Pflegedienst (AKI)	62
Tabelle 30:	Ergebnisse der Gesamtbewertungen der Pflegedienste mit AKI	62
Tabelle 31:	Verteilung der Einzelbewertungen (PHKP)	65
Tabelle 32:	Verteilung der Einzelbewertungen nach Pflegedienst (PHKP)	65
Tabelle 33:	Ergebnisse der Gesamtbewertungen der Pflegedienste mit PHKP	66
Tabelle 34:	Verteilung der Antwortkategorien zu den Prüffragen in Bereich 5 (AKI)	70
Tabelle 35:	Verteilung der Antwortkategorien zu den Prüffragen in Bereich 5 (PHKP)	71
Tabelle 36:	Schwierigkeit der Ermittlung vereinbarter und verordneter Leistungen (AKI)	74
Tabelle 37:	Schwierigkeit der Ermittlung vereinbarter und verordneter Leistungen (PHKP)	75
Tabelle 38:	Genutzte Informationsquellen im Rahmen der Informationserfassung für den Qualitätsaspekt AKI	76
Tabelle 39:	Genutzte Informationsquellen im Rahmen der Informationserfassung für den Qualitätsaspekt PHKP	77
Tabelle 40:	Genutzte Informationsquellen im Rahmen der Informationserfassung für die Qualitätsaspekt im Bereich 5 (AKI)	79
Tabelle 41:	Genutzte Informationsquellen im Rahmen der Informationserfassung für die Qualitätsaspekt im Bereich 5 (PHKP)	80
Tabelle 42:	Angaben zur Schwierigkeit der Bewertung der Qualitätsaspekte AKI, 4.1 und 4.2	87
Tabelle 43:	Einschätzung der Prüfteams zum Fachgespräch personenbezogener Prüfungen (AKI)	93
Tabelle 44:	Einschätzung der Prüfteams zum Fachgespräch personenbezogener Prüfungen (PHKP)	94
Tabelle 45:	Einschätzung zum Abschlussgespräch (AKI)	100
Tabelle 46:	Einschätzung zum Abschlussgespräch (PHKP)	101
Tabelle 47:	Zeitaufwand des neuen Prüfverfahrens für die Qualitätsaspekte im Vergleich zum bisherigen Verfahren (AKI)	104

Tabelle 48:	Zeitaufwand des neuen Prüfverfahrens für die Qualitätsaspekte im Vergleich zum bisherigen Verfahren (PHKP)	105
Tabelle 49:	Schwierigkeit der Ermittlung erbacher Leistungen (AKI)	109
Tabelle 50:	Schwierigkeit der Ermittlung erbacher Leistungen (PHKP)	110
Tabelle 51:	Einschätzung der Pflegedienste zum Fachgespräch (AKI)	116
Tabelle 52:	Einschätzung der Pflegedienste zum Fachgespräch (PHKP)	117
Tabelle 53:	Bewertung der Abschlussgespräche durch die Pflegedienste (AKI)	121
Tabelle 54:	Bewertung der Abschlussgespräche durch die Pflegedienste (PHKP)	122
Tabelle 55:	Bewertung der Abschlussgespräche im Rahmen des neuen verglichen mit dem bisherigen Prüfverfahren (AKI)	124
Tabelle 56:	Bewertung der Abschlussgespräche im Rahmen des neuen verglichen mit dem bisherigen Prüfverfahren (PHKP)	125
Tabelle 57:	Bewertung der Pflegedienste zum Prüfbericht (AKI)	128
Tabelle 58:	Bewertung der Pflegedienste zum Prüfbericht (PHKP)	129
Tabelle 59:	Nachvollziehbarkeit der Gesamtbewertungen der Qualitätsaspekte (AKI)	131
Tabelle 60:	Nachvollziehbarkeit der Gesamtbewertungen der Qualitätsaspekte (PHKP)	132
Tabelle 61:	Einschätzung des neuen Prüfverfahrens aus Sicht der Pflegedienste I (AKI)	135
Tabelle 62:	Einschätzung des neuen Prüfverfahrens aus Sicht der Pflegedienste I (PHKP)	137
Tabelle 63:	Einschätzung des neuen Prüfverfahrens aus Sicht der Pflegedienste II (AKI)	140
Tabelle 64:	Einschätzung des neuen Prüfverfahrens aus Sicht der Pflegedienste II (PHKP)	142

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AKI	außerklinische Intensivpflege
AKI-RL	Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HKP	Häusliche Krankenpflege
IPReG	Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz
MD	Medizinischer Dienst Bund
PDL	Pflegedienstleitung
PG	Pflegegrad
PHKP	Psychiatrische häusliche Krankenpflege
PKV	Private Krankenversicherung
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz
QPR	Qualitätsprüfungs-Richtlinie
SGB	Sozialgesetzbuch
WG	Wohngemeinschaft

Danksagung

IGES dankt allen an der Pilotierung beteiligten Pflegediensten und Prüferinnen und Prüfern für ihr Engagement im Rahmen der Pilotierung und für die konstruktive Zusammenarbeit. Dank der Bereitschaft der Beteiligten, sich mit dem neuen Instrument und Verfahren auseinanderzusetzen und ihre Erfahrungen zu berichten, konnte die Erprobung wie geplant umgesetzt werden. Weiterhin danken wir Herrn Prof. Büscher dafür, dass er für Rückfragen zum Verfahren zur Verfügung stand und sowohl an einer Schulung als auch an einer Feedback-Runde teilgenommen hat.

Unser Dank gilt auch der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses Pflege für die gute Zusammenarbeit.

Zusammenfassung

Durch das 2016 in Kraft getretene Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurden die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI verpflichtet, zentrale Grundlagen der Qualitätssicherung in der Langzeitpflege – insbesondere die Qualitätsprüfungen gem. § 114 ff SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 SGB XI – neu zu regeln bzw. zu vereinbaren. Die neue Qualitätsprüfung und -darstellung für die stationäre Langzeitpflege traten am 01.11.2019 in Kraft. Das neue Prüfverfahren für die ambulante Langzeitpflege befindet sich in Entwicklung.

Mit dem im Juli 2023 veröffentlichten Abschlussbericht¹ liegen u.a. weiterentwickelte Prüfverfahren für Pflegedienste vor, die außerklinische Intensivpflege (AKI) und/oder psychiatrische häusliche Krankenpflege (PHKP) erbringen. Das IGES Institut wurde vom Qualitätsausschuss Pflege beauftragt, die weiterentwickelten Prüfverfahren hinsichtlich ihrer Praktikabilität zu pilotieren.

Ziel der Pilotierung war es, die Eignung der für die ambulanten Spezialdienste angepassten Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen wissenschaftlich zu überprüfen und zu bewerten. Im Fokus der Pilotierung stand die Erprobung folgender Aspekte:

- ◆ Regelungen zum Vorgehen der Prüferinnen und Prüfer bei den Qualitätsprüfung
- ◆ Stichprobenverfahren
- ◆ Eignung und Praktikabilität der Prüfkriterien sowie Durchführbarkeit der Bewertung der Qualitätsaspekte AKI und PHKP

Im Rahmen der Pilotierung der angepassten Instrumente sollten Empfehlungen und Hinweise generiert werden, wie das neue Qualitätsprüfungsverfahren und -instrument erfolgreich eingeführt werden können. Grundsätzliche konzeptionelle Änderungen des Verfahrens oder des Instruments waren hingegen **nicht** Gegenstand der Pilotierung.

Das Projekt hatte eine Laufzeit von acht Monaten (Oktober 2023 bis Mai 2024). Die Rekrutierung von insgesamt 15 Pflegediensten (10 AKI- und 5 PHKP-Pflegedienste) und der insgesamt sechs Prüfteams (der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der Careproof GmbH) fand zwischen November und Dezember 2023 statt. Die teilnehmenden Prüferinnen und Prüfer nahmen im Dezember 2023 und Januar 2024 per Videokonferenz an von IGES durchgeführten Schulungen teil (drei Termine à sechs Stunden). Für die teilnehmenden Pflegedienste wurde im Januar 2024 eine eintägige Informationsveranstaltung durchgeführt.

Das Untersuchungsdesign der Pilotierung umfasste folgende Bestandteile:

- ◆ Pilot-Prüfungen
- ◆ Befragung der Prüfdienste

¹ Büscher et al. (2023)

- ◆ Befragung der Pflegedienste
- ◆ Feedback-Veranstaltungen mit Prüfteams und Pflegediensten

Die Pilot-Prüfungen wurden am 08.03.2024 abgeschlossen. Von den geplanten 15 konnten alle Pilot-Prüfungen durchgeführt werden. In den zehn Prüfungen mit AKI-Pflegediensten konnten insgesamt 41 versorgte Personen mit AKI (93,2 % der geplanten 44 Personen) in die Pilot-Prüfungen einbezogen werden. Bei den fünf PHKP-Pflegediensten konnten 16 versorgte Personen mit PHKP (76,2 % der geplanten 21 Personen) geprüft werden. Alle Pflegedienste und Prüfteams haben die Fragebögen für die Pilotierung beantwortet (Rücklauf: 100 %).

Die Ergebnisse der Pilotierung zeigen, dass das angepasste Prüfverfahren für die ambulanten Spezialdienste grundsätzlich durchführbar ist. Fast alle Pflegedienste (13 von 15) hatten im Vorfeld der Prüfung eine Liste der versorgten Personen erstellt. Die Festlegung des Stichprobenverfahrens (abhängig vom festgestellten Spezialisierungsgrad des Pflegedienstes) gestaltete sich für die Prüfteams meist einfach und war für die Pflegedienste nachvollziehbar. Auch die Umsetzung des Stichprobenverfahrens war ohne größere Probleme möglich. Die Ermittlung des Prüfungsumfanges bzw. der vereinbarten und verordneten Leistungen bei den zu prüfenden Personen wurde von den Prüfteams in allen Fällen als leicht beurteilt.

Obwohl im Rahmen der Pilotierung nur eine einführende Schulung durchgeführt werden konnte, fühlten sich die Prüferinnen und Prüfer in der Anwendung des angepassten Verfahrens überwiegend sicher. Fach- und Abschlussgespräche fanden in allen Fällen statt und wurden von den Beteiligten mehrheitlich positiv bewertet. Die Prüfberichte waren für die Pflegedienste sowohl in der Struktur als auch inhaltlich verständlich und nachvollziehbar. Zeitaufwand (für einzelne Prüfschritte) und Prüfdauer (in Tagen) wurden im Mittel als vergleichbar mit dem bisherigen Verfahren eingeschätzt.

Allerdings zeigt sich auch, dass der Wechsel von den bisherigen zu den neuen Prüfverfahren für die spezialisierte ambulante Pflege teilweise eine Herausforderung darstellen wird. Dies gilt insbesondere für die Anforderung, die bei den personenbezogenen Prüfungen i.d.R. anzutreffenden, sehr komplexen Versorgungssituationen als einen einzigen Qualitätsaspekt zu bewerten. Bei der Implementierung der neuen Verfahren sollte daher der Schulung eines vertieften Verständnisses dieser Bewertungslogik besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Die Untersuchung kommt zu der übergreifenden Schlussfolgerung, dass die Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen in der spezialisierten ambulanten Pflege (außerklinische Intensivpflege bzw. psychiatrische häusliche Krankenpflege) in der im Rahmen der Untersuchung erprobten Ausgestaltung für eine Implementierung geeignet sind. Weitere Empfehlungen zu Detailspekten, die IGES aus der Pilotierung abgeleitet hat, beinhalten Vorschläge für redaktionelle Änderungen und (zu prüfende) Ergänzungen der Verfahrensbeschreibung sowie Hinweise für die zukünftigen Schulungen der Prüferinnen und Prüfer.

1. Hintergrund und Ziele

Durch das 2016 in Kraft getretene Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurden die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI verpflichtet, zentrale Grundlagen der Qualitätssicherung in der Langzeitpflege – insbesondere die Qualitätsprüfungen gem. § 114 ff SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 SGB XI – neu zu regeln bzw. zu vereinbaren. Die neue Qualitätsprüfung und -darstellung für die stationäre Langzeitpflege traten am 01.11.2019 in Kraft. Das neue Prüfverfahren für die ambulante Langzeitpflege befindet sich in Entwicklung.

Nachdem im August 2018 von der Hochschule Osnabrück und dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld der Abschlussbericht² über das neue Prüfverfahren vorgelegt worden war, führte das IGES Institut im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege eine Pilotierung des neuen Verfahrens durch. Im Abschlussbericht³ über die Pilotierung sprach IGES mehrere Empfehlungen für Anpassungen an dem neuen Prüfverfahren aus. Der Abschlussbericht wurde im Februar 2021 veröffentlicht. Im Anschluss an die Pilotierung entwickelten die Science to Business GmbH der Hochschule Osnabrück und das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld das Prüfverfahren weiter. Mit dem im Juli 2023 veröffentlichten Abschlussbericht⁴ liegen weiterentwickelte Prüfverfahren für Pflegedienste vor, die außerklinische Intensivpflege (AKI) und/oder psychiatrische häusliche Krankenpflege (PHKP) erbringen. Die Anpassungen gingen sowohl auf die Empfehlungen aus der vorherigen Pilotierung als auch aktuelle Änderungen in Gesetzen und Richtlinien zurück. Letztere sind insbesondere das 2020 verabschiedete Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG), die am 18.03.2022 in Kraft getretene außerklinische Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie Änderungen in der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des G-BA und in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V.

Ziel der Untersuchung

Das IGES Institut wurde vom Qualitätsausschuss Pflege erneut beauftragt, die weiterentwickelten Prüfverfahren hinsichtlich ihrer Praktikabilität zu pilotieren. Ziel der Pilotierung war es, die Eignung der für die ambulanten Spezialdienste angepassten Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen wissenschaftlich zu überprüfen und zu bewerten. Hierbei stand die praktische Erprobung der angepassten Instrumente und Verfahren für die ambulanten Spezialdienste im Fokus der Pilotierung mit folgenden Schwerpunkten:

- ◆ Regelungen zum Vorgehen der Prüferinnen und Prüfer bei den Qualitätsprüfung
- ◆ Stichprobenverfahren

² Büscher et al. (2018)

³ Haaß et al. (2021)

⁴ Büscher et al. (2023)

- ◆ Eignung und Praktikabilität der Prüfkriterien sowie Durchführbarkeit der Bewertung der Qualitätsaspekte

Die ambulanten Spezialdienste erbringen:

- außerklinische Intensivpflege (AKI) gemäß § 37c SGB V⁵ oder
- psychiatrische häusliche Krankenpflege (PHKP) gemäß § 37 SGB V, HKP-Leistungsverzeichnis Nummer 27a

Die Anpassungen der Instrumente und Verfahren für die ambulanten Spezialdienste greifen zum einen zwischenzeitlich erfolgte Änderungen der gesetzlichen und untergesetzlichen Rahmenbedingungen auf. Zum anderen wurden Modifikationen vorgenommen, die an Befunde und Empfehlungen der ersten Pilotierungsuntersuchung (Haaß et al., 2021) anknüpfen.

Im ursprünglichen Verfahrensentwurf für die Spezialdienste waren die Instrumente und Verfahren für beide Formen der Spezialversorgung bzw. die zugeordneten Qualitätsaspekte in das allgemeine Verfahren für ambulante Pflegedienste integriert. Dies hatte zur Konsequenz, dass in jeder personenbezogenen Prüfung auch festzulegen war, welche der übrigen Qualitätsaspekte des allgemeinen Verfahrens ggf. auch zu prüfen waren. In dem angepassten Verfahrensentwurf sind AKI und PHKP jetzt als eigenständige Verfahren konzipiert und alle ggf. zu prüfenden Sachverhalte wurden in die jeweiligen Prüfbögen bzw. Leitfragen aufgenommen. Insgesamt wurden in den Qualitätsprüfungen zu berücksichtigende Sachverhalte – nicht zuletzt auch induziert durch die neuen Richtlinien bzw. gesetzlichen Vorgaben – in den Leitfragen konkreter und ausführlicher beschrieben. Durch diese Anpassungen werden zwei in der ersten Pilotierung beobachtete Problemfelder beseitigt bzw. reduziert: Einerseits sollten Unklarheiten in Bezug auf die zu prüfenden Qualitätsaspekte entfallen, andererseits sollte das Spektrum der explizit als Prüfungsgegenstand genannten Sachverhalte der Komplexität der beiden Versorgungsformen stärker Rechnung tragen.

In Bezug auf beide Versorgungsformen waren in der ersten Pilotierung Probleme mit dem Stichprobenverfahren zutage getreten. So wurde bspw. festgestellt, dass die Prüfungen in der Intensivpflege so zeitaufwändig sind, dass der ursprünglich vorgesehene Stichprobenumfang kaum realisierbar erschien. In Bezug auf PHKP war dagegen das Problem aufgetreten, dass bei Diensten, in denen diese Versorgungsform nur einen Teil des Versorgungsspektrums darstellt, das ursprüngliche Stichprobenverfahren nicht sicherstellen konnte, dass eine relevante Zahl von Personen mit PHKP in die Stichprobe gelangte. Die angepassten Verfahren und Instrumente sehen nun für beide Versorgungsformen geänderte Stichprobenverfahren vor, die u.a. die genannten Probleme adressieren sollen.

Im Rahmen der Pilotierung der angepassten Instrumente sollten Empfehlungen und Hinweise generiert werden, wie das neue Qualitätsprüfungsverfahren und

⁵ Auf Basis eines neuen Vertrags nach § 132l Abs. 5 S. 6 SGB V oder eines älteren Vertrags gemäß § 132a SGB V

-instrument erfolgreich eingeführt werden können. Grundsätzliche Änderungen des Verfahrens oder des Instruments waren hingegen **nicht** Gegenstand der Pilotierung. Vielmehr sollte ermittelt werden, was bei der Einführung des neuen Qualitätsprüfungsverfahrens und -instruments besonders zu berücksichtigen ist und wie sie erfolgreich eingeführt werden können. Dazu gehören u. a. Hinweise und Empfehlungen zu:

- Erläuterungen für die Pflegedienste,
- Aspekte, die zusätzlicher Erläuterung bedürfen,
- notwendige fachliche Konkretisierungen oder
- Hinweise für die zukünftige Schulung der Prüfteams.

Der vorliegende Bericht beschreibt zunächst das Untersuchungsdesign, den Ablauf des Pilotierungsprozesses sowie das methodische Vorgehen der empirischen Datenerhebungen und -auswertungen (Abschnitt 2). Anschließend folgt in Abschnitt 3 die Ergebnisdarstellung nach den folgenden Themenbereichen:

- Anzahl und Art der durchgeführten Pilot-Prüfungen (Abschnitt 3.1)
- Stichprobenverfahren (Abschnitt 3.2)
- Verteilung der Qualitätsaspekte und Bewertungskategorien (für die Qualitätsaspekte „außerklinische Intensivpflege“, „psychiatrische häusliche Krankenpflege“, Prüfbereich 4 und Prüfbereich 5) (Abschnitt 3.3)
- Praktikabilität der angepassten Instrumente und Verfahren aus Sicht der Prüfteams (Abschnitt 3.4) und Pflegedienste (Abschnitt 3.5).

Das Zusammenspiel zwischen der angepassten Qualitätsprüfung und den Erfahrungen der Prüfteams und Pflegedienste während der Pilotierung ist in der folgenden Abbildung 1 skizziert. Beide Bestandteile haben zur Ermittlung von Hinweisen für eine erfolgreiche Einführung des neuen Verfahrens und Instruments beigetragen, auf deren Basis IGES Empfehlungen herausarbeitet hat.

Abbildung 1: Zusammenspiel während der Pilotierung



Quelle: IGES

Der Bericht schließt mit den aus den Pilot-Prüfungen, Befragungen und Feedbackveranstaltungen gewonnenen Erkenntnissen der teilnehmenden Prüfteams und Pflegedienste und den sich daraus ergebenden Empfehlungen für die Umsetzung des angepassten Prüfverfahrens (Abschnitt 4).

2. Methodik

Im Folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen beschrieben. Zunächst wird ein Überblick über das Untersuchungsdesign gegeben. Daran anschließend werden das Vorgehen der Pilotierung und die Methodik der verschiedenen Datenerhebungen vorgestellt.

2.1 Übersicht über das Untersuchungsdesign

Das Untersuchungsdesign der Pilotierung umfasst folgende Bestandteile:

- ◆ Pilot-Prüfungen
- ◆ Befragung der Prüfdienste
- ◆ Befragung der Pflegedienste

Grundlage für die wissenschaftliche Überprüfung der Eignung und Praktikabilität der angepassten Prüfverfahren sind die in dem Abschlussbericht über 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 (Büscher et al., 2023) beschriebenen Instrumente und Vorgehensweisen.

Für die Pilotierung führten die Prüferinnen und Prüfer bei ausgewählten Pflegediensten Prüfungen nach dem Entwurf des neuen Prüfverfahrens durch. Analog zur ersten Pilotierung wurden sogenannte Prüfungs- und Bewertungsdaten erhoben. Bei den Prüfungsdaten handelt es sich um die Daten, die die Prüferinnen und Prüfer mit dem neuen Prüfinstrument regulär dokumentieren. Gemäß der Vorgabe in der Leistungsbeschreibung sollten bei 15 Pflegediensten (zehn AKI, fünf PHKP) Pilotprüfungen durchgeführt werden. Daher wurde auf eine mobile elektronische Datenerfassung verzichtet. Stattdessen sollten die Prüferinnen und Prüfer die Prüfungsdaten zunächst papierbasiert während der Prüfungen vor Ort dokumentieren. Hierfür stellte IGES den Prüferinnen und Prüfern geeignete Vorlagen zum Ausdrucken zur Verfügung. Die beiden Varianten der Prüfbögen (für AKI-Pflegedienste und für PHKP-Pflegedienste) sind im gesonderten Anlagenband zum Abschlussbericht enthalten. Nach der Prüfung sollten die Prüferinnen und Prüfer die Prüfungsdaten in ein von IGES zur Verfügung gestelltes Online-Tool eingeben. Auf Grundlage der übermittelten Prüfungsdaten erstellte IGES die Prüfberichte und verschickte sie nach Freigabe der Prüferinnen und Prüfer in verschlüsselter Form per E-Mail an die Pflegedienste.

Neben den regulär aus dem Verfahren generierten Prüfungsdaten sollten die Prüferinnen und Prüfer im Rahmen der Pilotierungsuntersuchung Angaben zu ihren Erfahrungen und Bewertungen machen. Diese Bewertungsdaten wurden über Bewertungsfragen an die Prüferinnen und Prüfer erhoben, die in das Online-Tool zur Eingabe der Prüfungsdaten integriert waren und nach jeder Qualitätsprüfung beantwortet werden sollten. Sie enthielten sowohl Fragen auf Ebene der personenbezogenen Prüfungen als auch auf Ebene der Prüfung insgesamt.

Die Pflegedienste wurden zu zwei Zeitpunkten befragt, erstmals direkt nach Durchführung der Pilotprüfung zu den Erfahrungen während der Prüfung. Die zweite Befragung fand nach Erhalt des Prüfberichts statt, um die Nachvollziehbarkeit der Bewertungen im Prüfbericht zu erfassen.

Die Bewertungsfragen sowohl für die Prüfenden als auch für die Pflegedienste orientierten sich an den Fragen aus der ersten Pilotierung und wurden um weitere Fragen ergänzt. Die mit den Bewertungsfragen adressierten Themen wurden in einer Kick-Off Veranstaltung gemeinsam mit dem Begleitgremium für die Pilotierung abgestimmt.

In den folgenden Abschnitten werden die methodischen Schritte der Pilotierung näher erläutert. Abbildung 2 zeigt einen Überblick über die Schritte und den zeitlichen Rahmen.

Abbildung 2: Überblick über die methodischen Schritte der Pilotierung



Quelle: IGES

2.2 Rekrutierung der Pflegedienste und Prüfteams

2.2.1 Rekrutierung der Pflegedienste und geplante Stichproben von pflegebedürftigen Menschen

Die Rekrutierung von insgesamt 15 Pflegediensten fand zwischen November und Dezember 2023 statt. Das Vorgehen wurde mit dem Begleitgremium abgestimmt. Für die Pilotierung wurden Pflegedienste in folgenden Regionen rekrutiert:

- ◆ Pflegedienste in Bayern, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen, die außerklinische Intensivpflege erbringen (Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V oder nach § 132I Abs. 5 SGB V) und

- ◆ Pflegedienste in Berlin, Brandenburg, Niedersachsen und Nordrhein,⁶ die psychiatrische häusliche Krankenpflege erbringen (Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V, HKP-Leistungsverzeichnis Nummer 27a).

Für die Pilotierung des AKI-Prüfverfahrens wurde eine Stichprobe von zehn AKI-Pflegediensten angestrebt, die nach bestimmten Merkmalen ausgewählt wurden. Dabei wurde eine Auswahl der Pflegedienste nach der in Tabelle 1 gezeigten Zusammensetzung angestrebt.

Die zehn Pflegedienste verteilten sich über drei Bundesländer, damit ggf. unterschiedliche vertragliche Rahmenbedingungen berücksichtigt werden können. Die Auswahl der drei Bundesländer erfolgte in Abstimmung mit dem Auftraggeber. Weiterhin wurden Pflegedienste in privater, freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft einbezogen, um ihre ggf. unterschiedlichen Perspektiven auf das Prüfverfahren zu berücksichtigen. Schließlich wurden Pflegedienste mit unterschiedlichen Anteilen an Kundinnen und Kunden, die AKI erhalten, einbezogen, um die unterschiedlichen Varianten des Stichprobenverfahrens zu testen.

Pflegedienste, die weniger als 25 % Kundinnen und Kunden mit AKI haben, wurden nicht berücksichtigt. Diese Entscheidung wurde getroffen, weil in diesen Fällen gemäß dem Stichprobenverfahren nur eine Person mit AKI in die Prüfung einbezogen werden soll und der Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Eignung und Praktikabilität des Qualitätsaspekts AKI in diesen Prüfungen somit sehr gering ausfallen würde. Geplant war, insgesamt 44 Personen mit AKI in die Pilotprüfungen einzubeziehen (3*5 aus Diensten mit > 90 % AKI; 4*5 aus Diensten mit > 50 – 90 % AKI; 3*3 aus Diensten mit > 25 – 50 % AKI). Das Stichprobenverfahren für AKI legt neben der Zahl der Probanden in den Größenkategorien der Pflegedienste als weiteres Kriterium einen bestimmten Teil von beatmeten Patienten fest. Auch dieses Kriterium musste in der Pilotierung berücksichtigt werden.

Die zehn Pilotprüfungen zu AKI sollten von fünf Paaren von Prüferinnen und Prüfern (also zehn Personen P1 bis P10) mit Expertise in AKI durchgeführt werden, so dass jede Prüferin bzw. jeder Prüfer an zwei Pilotprüfungen beteiligt war. Pflegedienste, die AKI-Leistungen erbringen, konnten in der Häuslichkeit und/oder in Wohngruppen tätig sein.

⁶ Region des MD Nordrhein (<https://www.md-nordrhein.de/ueber-uns/standorte>)

Tabelle 1: Stichprobenplan der Pflegedienste für die Pilotierung des AKI-Prüfverfahrens

Nr.	Bundesland	Träger	Anteil Kunden/Kundinnen mit AKI	Prüfer/Prüferin
1	A	Privat	> 90 %	P1 + P2
2	A	Öffentlich	50 % – 90 %	P1 + P2
3	A	Freigemeinnützig	> 90 %	P3 + P4
4	A	Privat	25 % – 50 %	P3 + P4
5	B	Freigemeinnützig	> 90 %	P5 + P6
6	B	Freigemeinnützig	50 % – 90 %	P5 + P6
7	B	Privat	50 % – 90 %	P7 + P8
8	B	Öffentlich	25 % – 50 %	P7 + P8
9	C	Privat	50 % – 90 %	P9 + P10
10	C	Freigemeinnützig	25 % – 50 %	P9 + P10

Quelle: IGES

Anmerkung: Je nachdem welche Pflegedienste teilnehmen werden, kann die Merkmalsverteilung variieren, wobei die gezeigte Durchmischung angestrebt wurde.

Für die Pilotierung des PHKP-Prüfverfahrens sollte eine Stichprobe von fünf Pflegediensten gewonnen werden, die sich nicht mit der Stichprobe der AKI-Pflegedienste überschneidet. Analog zur Rekrutierung der AKI-Pflegedienste wurde die in Tabelle 2 dargestellte Zusammensetzung der PHKP-Pflegedienste angestrebt. Insgesamt sollten 21 Personen mit PHKP in die Pilotprüfungen einbezogen werden (1*5 aus einem Dienst mit > 90 % PHKP; 2*5 aus Diensten mit > 50 – 90 % PHKP; 2*3 aus Diensten mit > 25 – 50 % PHKP). Wie durch das Stichprobenverfahren vorgegeben, sollten keine Personen mit einer Erstverordnung von PHKP eingeschlossen werden. Die Pilot-Prüfungen sollten von drei Paaren von Prüferinnen und Prüfern (sechs Personen P11 bis P16) mit Spezialisierung auf PHKP durchgeführt werden.

Tabelle 2: Stichprobenplan der Pflegedienste für die Pilotierung des PHKP-Prüfverfahrens

Nr.	Bundesland	Träger	Anteil Kunden/Kundinnen mit PHKP	Prüfer/Prüferin
11	A	Privat	> 90 %	P11 + P12
12	A	Freigemeinnützig	25 % – 50 %	P11 + P12
13	B	Freigemeinnützig	50 % – 90 %	P13 + P14
14	B	Privat	25 % – 50 %	P13 + P14
15	C	Öffentlich	50 % – 90 %	P15 + P16

Quelle: IGES

Anmerkung: Je nachdem welche Pflegedienste teilnehmen werden, kann die Merkmalsverteilung variieren, wobei die gezeigte Durchmischung angestrebt wurde.

Für die Gewinnung von teilnehmenden Pflegediensten wurden die im Qualitätsausschuss Pflege vertretenen Verbände der Pflegebranche um Unterstützung gebeten. Sie erstellten unter Mitwirkung weiterer Verbände (z. B. auf Landesebene) jeweils eine Vorschlagsliste von Pflegediensten, die zu einer Teilnahme bereit waren. Nach Erhalt der Liste hat das IGES Institut die benötigte Anzahl der Pflegedienste unter Berücksichtigung der Schichtungskriterien per Zufall aus den Vorschlägen ausgewählt und zur Teilnahme eingeladen. Wenn ein Pflegedienst die Teilnahme ablehnte, wurde ein weiterer Pflegedienst ausgewählt, bis alle vorgesehenen 15 Pflegedienste (zehn AKI-Leistungen, fünf PHPK-Leistungen) rekrutiert waren. Mit den Pflegediensten wurde anschließend eine Teilnahmevereinbarung geschlossen.

Da die Teilnahme an der Pilotierung einen Zusatzaufwand für die Pflegedienste bedeutete, war bei der Rekrutierung mit einem Selektionseffekt zu rechnen, d. h., dass möglicherweise eher Pflegedienste mit besonderem Engagement und Interesse an Fragen der Qualitätssicherung zu einer Teilnahme bereit waren. Um einer solchen Selektion zumindest teilweise entgegenzuwirken, erhielten die Pflegedienste für die Teilnahme an der Pilot-Prüfung eine Aufwandsvergütung.

2.2.2 Rekrutierung der Prüfteams

Um die Prüferinnen und Prüfer für die Pilot-Prüfungen zu gewinnen, fragte der im Qualitätsausschuss Pflege vertretene Medizinische Dienst Bund bei den Medizinischen Diensten der Bundesländer in den Pilot-Regionen Bayern, Berlin-Brandenburg, Niedersachsen und Nordrhein sowie beim Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Careproof GmbH) an, ob eine Teilnahme möglich sei. Hierfür fand im Vorfeld am 14. November 2023 ein Termin zur Abstimmung mit den Ansprechpersonen der Prüfdienste statt. Zwischen den Prüfdiensten des Medizinischen Diensts (MD) bzw. der Careproof GmbH und IGES wurde für die Durchführung der Pilotierung ein Kooperationsvertrag abgeschlossen. IGES stellte zur Vorbereitung auf die Pilot-Prüfungen ein Informationsblatt für die Prüferinnen

und Prüfer zur Verfügung und informierte sie über die Standorte der teilnehmenden Pflegedienste. Die Prüfdienste wählten geeignete Prüferinnen und Prüfer aus und übermittelten die Kontaktdaten an IGES. Die teilnehmenden Prüferinnen und Prüfer unterzeichneten dann eine Einwilligungserklärung. In Tabelle 3 ist die Verteilung der Pilot-Prüfungen auf die Prüfdienste, Regionen und Verfahren sowie die Anzahl der Prüferinnen und Prüfer dargestellt. Die Prüfteams bestehen jeweils aus zwei Prüferinnen bzw. Prüfern.

Tabelle 3: Verteilung der Pilot-Prüfungen auf die Prüfdienste, Regionen und Verfahren sowie benötigte Anzahl Prüferinnen und Prüfer

Prüfdienst	Region	Verfahren	Anzahl Prüfungen	Anzahl Prüferinnen und Prüfer
Medizinischer Dienst	Bayern	AKI	4	4
Medizinischer Dienst	Niedersachsen	AKI	4	4
Medizinischer Dienst	Berlin/Brandenburg	PHKP	2	2
Medizinischer Dienst	Nordrhein	PHKP	2	2
Careproof	Berlin/Brandenburg	AKI	2	2
Careproof	Niedersachsen	PHKP	1	2
Summe			15	16

Quelle: IGES

Anmerkungen: Jede Prüfung wird durch ein Team aus zwei Prüferinnen und Prüfern durchgeführt. Jedes Team führt zwei Prüfungen durch, mit Ausnahme des Careproof-Teams in Niedersachsen für PHKP. Es führt eine Prüfung durch.

Prüferinnen und Prüfer, die an der Pilotierung teilnahmen, mussten folgende Voraussetzungen erfüllen:

- ◆ Erfahrung in der Durchführung von Qualitätsprüfungen bei ambulanten Spezialdiensten (entweder AKI oder PHKP) gemäß dem bisherigen Prüfverfahren.
- ◆ Kenntnisse der Grundlagen des neuen Prüfverfahrens. Diese können bspw. auf Erfahrung in der Durchführung der neuen Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege oder einer entsprechenden Schulung beruhen.

Für die Pilotierung führten Prüferinnen und Prüfer der Medizinischen Dienste und von Careproof bei zehn Pflegediensten, die AKI-Leistungen erbringen, und bei fünf Pflegediensten, die PHKP-Leistungen erbringen, Pilot-Prüfungen durch. Jede Pilot-Prüfung wurde von einem Team aus zwei Prüferinnen und Prüfern durchgeführt. Für die Pilotierung des AKI-Prüfverfahrens gab es fünf Teams, jedes Team führte zwei Pilotprüfungen durch. Für die Pilotierung des PHKP-Prüfverfahrens gab es drei Prüfteams; zwei davon führten zwei Pilotprüfungen durch, das dritte Team führte

eine Pilotprüfung durch. Daraus ergaben sich insgesamt 15 Pilot-Prüfungen. Für die Teilnahme erhielten die Prüfdienste je durchgeführter Pilot-Prüfung inkl. Übermittlung der Prüf- und Bewertungsdaten eine Aufwandsvergütung.

2.3 Einführung der Prüfteams in die Pilotierung

Die teilnehmenden Prüferinnen und Prüfer nahmen im Dezember 2023 und Januar 2024 per Videokonferenz an von IGES durchgeführten Schulungen teil. Diese umfassten drei Termine à sechs Stunden.

Ziel der Schulung war es, die Prüfenden auf die Durchführung der Pilot-Prüfungen vorzubereiten. Dazu wurden folgende Inhalte vermittelt:

Tag 1:

- ◆ Hintergrund, Ziele und Ablauf der Pilotierung
- ◆ Rolle der Prüfteams während der Pilotierung
- ◆ Übersicht über das Qualitätsprüfungsverfahren und -instrument (vor, während und nach der Prüfung)
- ◆ Überblick über die Bewertungsfragen

Tag 2:

- ◆ Fallbeispiel: Ablauf des Stichprobenverfahrens
- ◆ Vorstellung der Inhalte der zu prüfenden Qualitätsaspekte
- ◆ Fachlicher Austausch zwischen den Prüferinnen und Prüfern zu den Inhalten der Qualitätsaspekte und zum Vorgehen bei der Bewertung

Tag 3:

- ◆ Vorstellung der Inhalte der zu prüfenden Qualitätsaspekte
- ◆ Fachlicher Austausch zwischen den Prüferinnen und Prüfern zu den Inhalten der zu prüfenden Qualitätsaspekte und zum Vorgehen bei der Bewertung
- ◆ Vorstellung des Online-Tools für die Prüfergebnisse und Bewertungsfragen
- ◆ Rekapitulation des Ablaufs der Pilot-Prüfungen.

Der erste Termin fand mit allen Prüfdiensten für AKI und PHKP statt. Die beiden darauffolgenden Termine fanden getrennt für AKI und PHKP statt. Zwischen den Videokonferenzen hatten die Prüferinnen und Prüfer Zeit, die von IGES bereitgestellten Dokumente im Selbststudium zu bearbeiten. Zur Vorbereitung auf die Pilot-Prüfungen standen den Prüfteams folgende Dokumente zur Verfügung:

- ◆ Dokument „Hinweise für Prüfteams“ mit Informationen zum Ablauf und den Inhalten der Qualitätsprüfungen (Dieses Dokument ist im gesonderten Anlagenband zum Abschlussbericht enthalten.)

- ◆ Ergänzend zu den Hinweisen: Anhang A des Abschlussberichts „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“
- ◆ Dokument „Prüfbogen“ zum Ausdrucken für die papierbasierte Dokumentation der Ergebnisse während der Pilot-Prüfungen (s. Anlagenband)
- ◆ Die Folien aus der Einführung für die Pilotierung.

Zudem hatten die Prüfteams während der drei Termine Gelegenheit, offene Fragen zu klären. Da am zweiten Tag der Einführung für die AKI-Prüfteams eine intensive Diskussion über die Bewertung des Qualitätsaspekts AKI stattfand, lud IGES Prof. Dr. Andreas Büscher zum dritten Termin der Einführung für die AKI-Prüfteams ein, um die Bewertung mit den Prüfteams zu besprechen. Dieser Austausch erwies sich als sehr wertvoll, da die Möglichkeit gegeben war, den Prüfteams die Intention hinter der Bewertung genauer zu erläutern. Für die PHKP-Prüfteams war das Vorgehen bei der Bewertung des Qualitätsaspekts PHKP gut nachvollziehbar und kein weiterer Klärungsbedarf notwendig.

2.4 Informationsveranstaltung für die Pflegedienste

Die teilnehmenden Pflegedienste nahmen im Januar 2024 an einer eintägigen Informationsveranstaltung teil. Es wurden zwei Veranstaltungen angeboten, an denen jeweils ca. 25 Vertreterinnen und Vertreter der Pflegedienste teilnahmen. Die Informationsveranstaltung diente dem Ziel, die Pflegedienste auf die Qualitätsprüfung mit dem angepassten Verfahren vorzubereiten. Im Zuge dessen wurden in der Online-Veranstaltung folgende Inhalte vermittelt:

- ◆ Hintergrund, Ziele und Ablauf der Pilotierung
- ◆ Übersicht über das Qualitätsprüfungsverfahren und -instrument (vor, während und nach der Prüfung)
- ◆ Weiteres Vorgehen (Terminierung und Durchführung der Pilot-Prüfungen, Beantwortung der beiden Fragebögen, Feedbackveranstaltung).

Zur Vorbereitung auf die Pilot-Prüfungen standen den Pflegediensten folgende Dokumente zur Verfügung:

- ◆ Folien aus der Informationsveranstaltung
 - ◆ Dokument „Hinweise für Prüfteams“ mit Informationen, wie die Prüfteams die Pilot-Prüfungen durchführen werden
 - ◆ Anhang A des Abschlussberichts „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“
 - ◆ Dokument „Prüfbogen“ mit den Prüffragen, die die Prüfteams bearbeiten werden.
-

2.5 Ablauf der Pilot-Prüfungen

Die Pilot-Prüfungen fanden zwischen dem 29.01.2024 und dem 08.03.2024 statt. Sie folgten dem Verfahren, das im Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Instruments und Verfahrens (Büscher et al., 2018) beschrieben ist und im Jahr 2023 angepasst wurde (Büscher et al., 2023).

Die Prüfdienste legten die Termine für die Pilot-Prüfungen fest, stimmten die Dienstpläne der Prüferinnen und Prüfer ab und kündigten die Pilot-Prüfungen entsprechend den Vorgaben des neuen Verfahrens an. Bei der Terminfindung wurde darauf geachtet, dass die Pilot-Prüfungen – sofern möglich – zeitlich möglichst weit entfernt von den regulären Prüfungen stattfanden. Die Pilot-Prüfungen fanden Montag bis Freitag zu regulären Geschäftszeiten statt.

Die Prüfdienste benachrichtigten die Pflegedienste über die bevorstehende Prüfung. Die Ankündigung erfolgte zwischen 8 und 14 Uhr an den in der Tabelle 4 gezeigten Tagen.

Tabelle 4: Ankündigung der Termine für die Pilot-Prüfungen

Ankündigung		Erster Tag der Prüfung
Freitag	8 - 14 Uhr	Montag
Freitag	8 - 14 Uhr	Dienstag
Montag	8 - 14 Uhr	Mittwoch
Dienstag	8 - 14 Uhr	Donnerstag
Mittwoch	8 - 14 Uhr	Freitag

Quelle: IGES

Im Rahmen der Pilot-Prüfungen fand keine Abrechnungsprüfung statt. Die Prüfberichte wurden von IGES erstellt und an die Pflegedienste gesendet. Eine Übermittlung an die Landesverbände der Pflegekassen fand nicht statt.

Der Ablauf der Pilot-Prüfung ist in Abbildung 3 dargestellt. Zu Beginn der Prüfung fand ein Einführungsgespräch statt. Im Anschluss an das Einführungsgespräch erfolgte die Bestimmung der in die Qualitätsprüfung einzubeziehenden Personen (Stichprobenziehung). Im Gegensatz zu dem Stichprobenverfahren für allgemeine Pflegedienste ist bei Pflegediensten, die AKI oder PHKP durchführen, ein modifiziertes Stichprobenverfahren anzuwenden, dessen Praktikabilität auch Gegenstand der Pilotierung ist. Entsprechend des oben dargestellten Stichprobenplans waren zwischen fünf und drei Personen mit AKI bzw. PHKP in die Prüfung einzubeziehen.

Das Prüfteam ermittelte anhand der Liste der versorgten Personen den Anteil versorgter Personen mit AKI bzw. PHKP (über 90 %, über 50 % bis zu 90 %, über 25 %

bis zu 50 %, bis zu 25 %⁷). Anschließend wählte das Prüfteam gemäß den Vorgaben für die Stichprobenziehung Personen aus, die in die Prüfung einbezogen werden sollten. Im Rahmen der Pilotierung wurden bei Personen, die keine AKI bzw. PHKP beziehen, keine personenbezogenen Prüfungen durchgeführt. Um das Stichprobenverfahren in seiner Gesamtheit testen zu können, wurden solche Personen jedoch bei der Stichprobenziehung berücksichtigt.

Das reguläre Stichprobenverfahren schreibt vor, dass die Prüfenden mit Hilfe von Zufallszahlen aus der jeweiligen Grundgesamtheit (vom Pflegedienst versorgte Personen mit AKI/PHKP) eine Auswahlstichprobe von Personen ziehen (z. B. im Umfang von $n = 12$) und dann versuchen aus dieser Auswahlstichprobe die jeweils vorgesehene Zahl von Personen (z. B. $n = 5$) zu gewinnen, die einer Teilnahme an der personenbezogenen Prüfung zustimmen. Falls dies trotz Nachziehungen aus der Auswahlstichprobe nicht gelingt (z. B. weil die Teilnahme abgelehnt wird), darf der eigentlich vorgesehene Stichprobenumfang unterschritten werden.

Diese Regel wurde für die Zwecke der Pilotierung modifiziert: Die Prüfenden sollten in jedem Fall versuchen, mindestens drei Probanden für personenbezogene Prüfungen zu gewinnen. Falls nach dem regulären Vorgehen die Zahl von drei Personen nicht erreicht wurde, sollte also (auch über die ursprünglich gezogene Auswahlstichprobe hinausgehend) weiter versucht werden, mindestens drei Personen zu gewinnen. Diese Sonderregelung wurde getroffen, um die – ohnehin schmale – Datenbasis der Pilotierung zu sichern.

Anschließend wurden bei den Personen der Stichprobe die personenbezogenen Prüfungen entsprechend der Vorgaben in Büscher et al. (2023, Anhang A, S. A-12 - A-13) durchgeführt. Im Rahmen der Pilotierung wurden personenbezogene Prüfungen nur bei Personen mit AKI bzw. PHKP-Bezug durchgeführt. Dementsprechend lag der Schwerpunkt der Prüfungen auf den Qualitätsaspekten AKI bzw. PHKP. Bei Personen mit AKI wurde darüber hinaus auch der Qualitätsbereich 4 mit den Themen „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ und „Erfassung von und Reaktionen auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung“ geprüft. Weiterhin wurde in beiden Gruppen der Qualitätsbereich 5 (Einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte) bewertet.

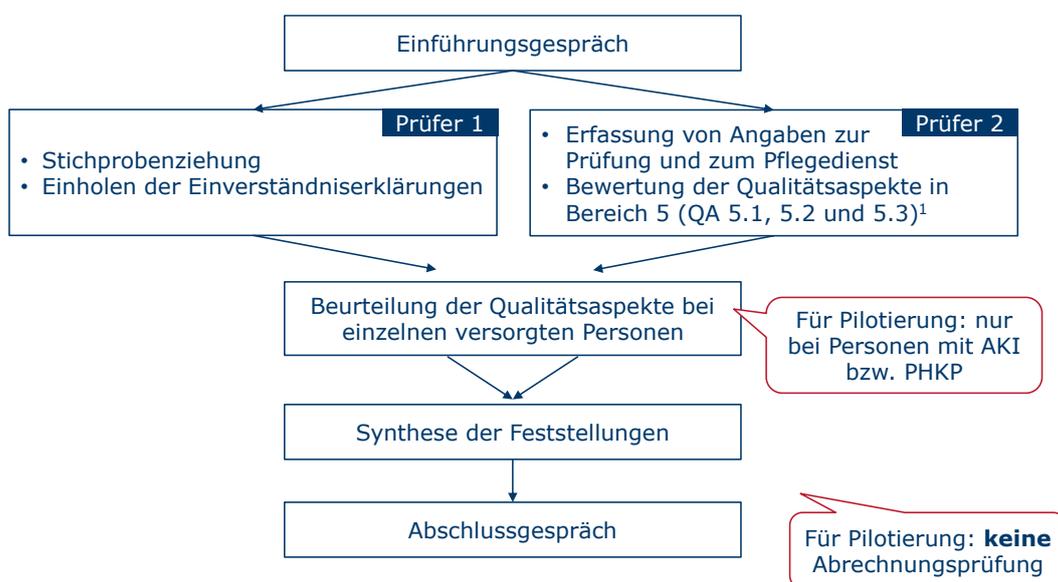
Die Qualitätsaspekte AKI und PHKP wurden mit einer der folgenden Kategorien bewertet:

- ◆ 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 (Büscher et al., 2023, Anhang A, S. A-31 - A32).

⁷ Der Fall „< 25 %“ sollte in der Pilotierung gemäß Studiendesign nicht vorkommen.

Jede Qualitätsprüfung endet mit dem Abschlussgespräch, das die Prüfenden mit den Verantwortlichen des Pflegedienstes führen. Hierbei wird der Pflegedienst über zentrale Ergebnisse der Prüfung in Kenntnis gesetzt. Das Gespräch wird mit dem Ziel geführt, die Eigenverantwortlichkeit des Pflegedienstes zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege zu stärken und beinhaltet bspw. offene Fragen, zu denen das Prüfteam noch Informationen benötigt, zusammenfassende Darstellung vorläufiger Einschätzungen zu fachlichen Stärken des Pflegedienstes oder festgestellten Qualitätsdefiziten (Bewertung „C“ oder „D“). Darüber hinaus bietet das Abschlussgespräch Gelegenheit zur Stellungnahme durch die Vertreterinnen und Vertreter des Pflegedienstes sowie die Beratung zu bestimmten Themen oder Hinweise auf Auffälligkeiten, die nicht als Defizite eingestuft wurden (Büscher et al., 2023, Anhang A, S. A-33).

Abbildung 3: Ablauf der Pilot-Prüfung



Quelle: IGES, eigene Darstellung nach Büscher et al., 2023

Anmerkung: ¹ Ggf. Durchführung bzw. Fortsetzung nach Abschluss der personenbezogenen Prüfungen

Im Rahmen der Pilotierung wurden für das Vorgehen der Prüfteams Besonderheiten vereinbart und in einer Sitzung am 26.10.2023 mit dem Begleitgremium abgestimmt. Nachfolgend werden die Aspekte aufgeführt, die im Rahmen der Pilotierung anders durchzuführen waren als in der Verfahrensbeschreibung dargelegt.

- ◆ Bei der Prüfung PHKP sollten die ggf. vorhandenen weiteren Leistungen gem. SGB XI und SGB V zwar dokumentiert, jedoch nicht bewertet werden (Qualitätsaspekte in Bereich 2 und Bereich 3 des für die allgemeine Pflege gültigen Prüfbogens).
- ◆ Stichprobe: Um die Eignung und Praktikabilität des gesamten Stichprobenverfahrens beurteilen zu können, sollten Personen, die keine

AKI bzw. PHKP erhalten, bei der Stichprobenziehung ausgewählt und gefragt werden, ob sie grundsätzlich bereit wären, an der Prüfung teilzunehmen. Eine personenbezogene Prüfung in der Häuslichkeit fand jedoch nicht statt.

- ◆ Die Stichprobe sollte, wenn möglich, mindestens drei Personen mit AKI bzw. PHKP enthalten, auch wenn ggf. ein Pflegedienst nur bis zu 25 % versorgte Personen mit AKI bzw. PHKP hat.
- ◆ Falls nach Durchführung des Stichprobenverfahrens gemäß der Verfahrensbeschreibung keine fünf bzw. drei Personen mit AKI bzw. PHKP in die Stichprobe aufgenommen wurden, war die Zufallsauswahl aus der Liste der versorgten Personen fortzusetzen, bis fünf bzw. drei Personen mit AKI bzw. PHKP in die Stichprobe aufgenommen worden sind oder bis alle in Frage kommenden Personen kontaktiert wurden.
- ◆ Abschließende Bewertung und Prüfbericht: Im Rahmen der Pilotierung hat IGES aus den von den Prüfteams vergebenen Einzelbewertungen für jeden Qualitätsaspekt (A, B, C oder D) die Gesamtbewertung für jeden Qualitätsaspekt (keine oder geringe, moderate, erhebliche oder schwerwiegende Qualitätsdefizite) ermittelt. Die Prüfteams mussten die in Abschnitt 6 der Verfahrensbeschreibung aufgeführten Regeln nicht anwenden.

2.6 Online-Tool zur Übermittlung der Prüfergebnisse

Zur Eingabe der Prüfergebnisse stellte IGES ein eigens programmiertes Online-Tool bereit, mit der die Prüfergebnisse an IGES übermittelt werden konnten. Das Online-Tool beinhaltet Fragen zur personenbezogenen und einrichtungsbezogenen Prüfung sowie offene Fragen zu Anmerkungen, Hinweisen und Empfehlungen. Die Inhalte wurden im Rahmen der Einführungsveranstaltung mit den Prüferinnen und Prüfern besprochen.

Die Prüfteams erhielten einen Link mit einem individuellen Zugangscode, der von IGES postalisch versandt oder telefonisch übermittelt wurde. Die Dokumentation der Prüfergebnisse erfolgte zunächst während der Prüfungen vor Ort auf einem papierbasierten Fragebogen, der von IGES zur Verfügung gestellt wurde. Im Anschluss an jede Prüfung sollte die papierbasierte Dokumentation der Prüfergebnisse in ein webbasiertes Tool eingeben und an IGES übermittelt werden. Dabei beantworten die Prüfenden auch einen kurzen Zusatzfragebogen mit Bewertungsfragen zum Verlauf der Prüfung. Je Pflegedienst erhielten die Prüfteams einen Zugangscode. Die Angaben zu den Prüfergebnissen sowie den Bewertungsfragen sollten von den Prüfteams gemeinsam gemacht werden. IGES stellte anschließend innerhalb von drei Wochen nach der Pilot-Prüfung die Prüfergebnisse als Prüfberichte zusammen und sendete sie an die Pflegedienste.

Jeder Prüfbericht beinhaltet:

- ◆ Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst,
- ◆ Zusammenfassende Beurteilung der Prüfergebnisse,
- ◆ Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten und
- ◆ einen Anhang mit sämtlichen Prüfbögen.

Die Einwilligungserklärungen der Pflegedienste wurden an die Sammelstelle des jeweiligen Prüfdienstes übergeben. Nach Abschluss aller Prüfungen sendete die Sammelstelle die Einwilligungserklärungen an IGES.

Die Prüfteams erhielten einen Datenschutzhinweis und wurden zum Vorgehen zum Schutz personen- und gesundheitsbezogener Daten und den zu erhebenden Daten aufgeklärt.

Die Daten der Prüferinnen und Prüfer wurden unter Pseudonymen erfasst. Ausschließlich IGES kennt die Zuordnung der Pseudonyme zu den Namen. Vor Beginn der Auswertung wurde die Zuordnung der Pseudonyme zu den Namen von IGES gelöscht. Somit erfolgte die Auswertung anonymisiert.

Die Daten für die in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen wurden unter Pseudonymen (Person 1, Person 2, etc.) erfasst. Nur das jeweilige Prüfteam kannte die Zuordnung der Pseudonyme zu den Namen, welche auf einer Liste festgehalten wurde. Direkt nach Eingabe der Daten in das Online-Tool wurden die Listen von den Prüfteams gelöscht. Somit konnte IGES die Anonymisierung der Auswertung gewährleisten. Im Falle einer kritischen Versorgungssituation, d. h. Situationen, die ethischen Versorgungsaspekten widersprechen und eine unmittelbare Gefährdung für Leib und Leben einer versorgten Person darstellen, sollten die Prüferinnen und Prüfer wie im Rahmen einer regulären Qualitätsprüfung tätig werden.

2.7 Befragung der Pflegedienste

Innerhalb von drei Tagen nach der Pilot-Prüfung nahmen die Pflegedienste an der ersten Online-Befragung teil. Der Fragebogen enthielt Fragen zu den Eindrücken und Einschätzungen der Pilot-Prüfung. Der Link zur Online-Befragung mit einem individuellen Zugangscode wurde postalisch an die Pflegedienste geschickt. Nach Aufbereitung der Daten löschte IGES die Zuordnung der Zugangscodes zu den Namen der Pflegedienste. Die Daten der Pflegedienste wurden ebenfalls unter Pseudonymen erfasst. Nur IGES kannte die Zuordnung der Pseudonyme zu den Pflegediensten.

Spätestens drei Wochen nach der Pilot-Prüfung erhielten die Pflegedienste den Prüfbericht in verschlüsselter Form per E-Mail. Innerhalb einer Woche nach Erhalt des Prüfberichts nahmen die Pflegedienste an der zweiten Online-Befragung teil. In der zweiten Befragung wurden die Pflegedienste zu ihren Eindrücken und Einschätzungen der Pilot-Prüfung nach Erhalt des Prüfberichts gefragt.

2.8 Feedbackveranstaltungen

Im April und Mai 2024 fanden vier Online-Feedbackveranstaltungen mit den Pflegediensten und Prüfteams, jeweils getrennt für AKI und PHKP, statt. Zuvor hatte IGES die vorläufigen Ergebnisse dem Begleitgremium präsentiert. Im Rahmen der Feedbackveranstaltung stellte IGES ausgewählte Ergebnisse aus den Pilot-Prüfungen und Befragungen vor, die mit den Teilnehmenden diskutiert wurden. Weitere Ziele waren, die Ergebnisse zu konkretisieren, zu vertiefen und mit den Erfahrungen und Einschätzungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu ergänzen. Zudem diente der Austausch dazu Einschätzungen einzuholen, inwieweit die Interpretation und Bewertung der Ergebnisse durch IGES für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nachvollziehbar war. Die Erkenntnisse aus den Feedbackveranstaltungen nutzte IGES, um die Ergebnisse der Pilotierung zu interpretieren und Empfehlungen in Hinblick auf die Praktikabilität des neuen Verfahrens und Hinweise, wie das neue Qualitätsprüfungsverfahren und -instrument erfolgreich eingeführt werden können, zu formulieren.

Die Themen für die Feedback-Veranstaltungen sowohl mit den Pflegediensten als auch Prüferinnen und Prüfern waren:

- ◆ Stichprobenverfahren
- ◆ Qualitätsaspekt AKI bzw. PHKP
- ◆ Fachgespräch
- ◆ Abschlussgespräch
- ◆ Prüfbericht
- ◆ Bewertungen zur Praktikabilität des neuen Verfahrens.

Bei der Feedbackveranstaltung der AKI-Prüfteams hatten die Prüfteams Gelegenheit, nochmals mit Prof. Dr. Andreas Büscher über ihre Erfahrungen bei der Bewertung des Qualitätsaspekts AKI nach Abschluss der Pilot-Prüfungen zu diskutieren.

2.9 Datenauswertung

Die erhobenen Daten der Pilot-Prüfung und Befragungen der Pflegedienste und Prüfteams werden mittels deskriptiver Statistik (absolute und relative Häufigkeiten, statistische Lagemaße (z. B. Mittelwert, Median, Streuungsmaße) mit SPSS (IBM Corp., 2015) ausgewertet. Für die Datenauswertung wurden die Daten zunächst aufbereitet und bereinigt, indem unplausible Werte oder Datensätze als fehlend kodiert wurden. Numerische Freitextfelder wurden anhand Ihrer vorab definierten Wertebereiche analysiert und vor der Auswertung plausibilisiert. Nicht-numerische Freitexte wurden in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse von Mayring ausgewertet und kategorisiert.

3. Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse der Pilotierung gliedert sich in fünf thematische Abschnitte: Zunächst werden die Ergebnisse der Pilot-Prüfungen beschrieben (Kapitel 3.1 – 3.3). Anschließend werden auf Grundlage der Antworten auf die Bewertungsfragen die Ergebnisse zur Praktikabilität aus Sicht der Prüfteams (Abschnitt 3.4) bzw. der Pflegedienste (Abschnitt 3.5) dargestellt. In jedem thematischen Abschnitt wird nach AKI und PHKP getrennt berichtet. Um ein leichteres Auffinden zu ermöglichen, werden **AKI** bzw. **PHKP** im Text durch Fettdruck hervorgehoben.

3.1 Anzahl und Art der durchgeführten Pilot-Prüfungen

Die Pilot-Prüfungen wurden am 08.03.2024 abgeschlossen. Von den geplanten 15 Pilot-Prüfungen konnten alle Prüfungen durchgeführt werden. In den zehn Prüfungen mit **AKI-Pflegediensten** konnten insgesamt 41 versorgte Personen (93,2 % der geplanten 44 Personen) in die Pilot-Prüfungen einbezogen werden. Bei den fünf **PHKP-Pflegediensten** konnten 16 versorgte Personen mit PHKP (76,2 % der geplanten 21 Personen) einbezogen werden. Alle Pflegedienste und Prüfteams haben die Fragebögen für die Pilotierung beantwortet (Rücklauf: 100 %).

Tabelle 5 zeigt die Anzahl der **AKI-Pflegedienste** nach Träger, Region und Unternehmensgröße. Sieben Pflegedienste sind in privater Trägerschaft und drei freigemeinnützig. Es konnte kein Pflegedienst in öffentlicher Trägerschaft in die Pilotierung einbezogen werden (deren Anteil lag gem. Pflegestatistik 2021 bundesweit bei nur 1,3 %). Die Hälfte der Pflegedienste sind kleine Unternehmen mit maximal 49 Beschäftigten, drei haben eine mittlere Größe (50 - 249 Beschäftigte) und bei zwei Pflegediensten handelt es sich um große Unternehmen mit über 250 Beschäftigten.

Tabelle 5: Anzahl der Pflegedienste nach Region, Trägerart und Unternehmensgröße (AKI)

Region	privat	freigemeinnützig	öffentlich	Unternehmensgröße		
				klein	mittel	groß
Bayern	3	1	0	2	2	0
Niedersachsen	4	0	0	2	1	1
Nordrhein-Westfalen	0	2	0	1	0	1
Gesamt	7	3	0	5	3	2

Quelle: IGES, Darstellung auf Basis der Angaben der Prüfteams

Insgesamt versorgten die zehn **AKI-Pflegedienste** 1.290 Personen, je Pflegedienst waren es zwischen 14 und 398 Personen (Mittelwert = 129, Median = 49). Darunter versorgten die Pflegedienste insgesamt 559 Personen mit AKI-Leistungen

gemäß § 37c SGB V (43,3 %), je Dienst waren es zwischen 4 und 385 Personen (Tabelle 6).

Tabelle 6: Anzahl der Pflegedienste nach Region, versorgte Personen insgesamt, Personen mit AKI-Leistungen

Region	Anzahl versorgte Personen			Anzahl Personen mit AKI			
	Min	Max	n	Min	Max	n	%
Bayern (n = 4)	14	224	320	4	45	84	26,3 %
Niedersachsen (n = 4)	29	387	556	5	385	453	81,5 %
Nordrhein-Westfalen (n = 2)	16	398	414	6	16	22	5,3 %
Gesamt			1.290			559	43,3 %

Quelle: IGES, auf Basis der Angaben der Prüfteams

Anmerkung: Spaltenprozent. Häufigkeit (n); Anteil (%).

Tabelle 6 zeigt die Verteilung der **PHKP-Pflegedienste** nach Region, Trägerschaft und Größe. Die kleine Stichprobe umfasst ausschließlich Dienste in privater Trägerschaft.

Tabelle 7: Anzahl der Pflegedienste nach Region, Trägerart und Unternehmensgröße (PHKP)

Region	privat	freige- meinnüt- zig	öffentlich	Unternehmensgröße		
				klein	mittel	groß
Niedersachsen	1	0	0	0	0	1
Berlin/ Brandenburg	2	0	0	0	2	0
Nordrhein	2	0	0	0	2	0
Gesamt	5	0	0	0	4	1

Quelle: IGES, auf Basis der Angaben der Prüfteams

Die fünf **PHKP-Pflegedienste** versorgten insgesamt 1.392 Personen, je Pflegedienst waren es zwischen 74 und 980 Personen (Mittelwert = 278, Median = 109). Darunter waren insgesamt 795 Personen mit PHKP-Leistungen gemäß Ziffer 27a (57,1 %), je Dienst waren es zwischen 9 und 638 Personen. 29 Personen (3,6 %) hatten eine Erstverordnung PHKP (und sind daher nicht in die Qualitätsprüfung PHKP einzuschließen). Die Anzahl der versorgten Personen insgesamt sowie der Personen mit PHKP-Leistungen sind in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Anzahl der Pflegedienste nach Region, versorgte Personen insgesamt, Personen mit PHKP-Leistungen

Region	Anzahl versorgte Personen			Anzahl Personen mit PHKP			
	Min	Max	n	Min	Max	n	%
Niedersachsen (n = 1)			980			638	65,1 %
Berlin/Brandenburg (n = 2)	75	154	229	17	22	39	17,0 %
Nordrhein (n = 2)	74	109	183	9	109	118	64,5 %
Gesamt			1.392			795	57,1 %

Quelle: IGES, auf Basis der Angaben der Prüfteams
 Anmerkung: Zeilenprozent. Häufigkeit (n); Anteil (%).

3.2 Stichprobenverfahren

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse zum Stichprobenverfahren berichtet. Diese beziehen sich auf den Stichprobenumfang sowie auf die praktische Umsetzung des Verfahrens, mit dem die Stichproben generiert wurden. Mit Blick auf die Praktikabilität stehen insbesondere

- ◆ das Erstellen der Liste der versorgten Personen durch die Pflegedienste und
- ◆ die Ziehung der in die Prüfung einzubeziehenden Personen durch die Prüferinnen und Prüfer

im Vordergrund.

Die Erstellung der Liste der versorgten Personen erfolgte vor der Qualitätsprüfung und beinhaltet eine Klassifizierung der Klientinnen und Klienten eines Pflegedienstes nach Einschränkungen der Mobilität und/oder der Kognition sowie nach der Versorgung mit aufwändigen HKP-Leistungen. Bei AKI musste zusätzlich dokumentiert werden, ob eine Person beatmet wird, bei PHKP, ob es sich um eine Erstverordnung von PHKP handelt.

Die Angaben zu Mobilität/Kognition sind für die Stichprobenziehung der mit AKI/PHKP versorgten Personen nicht relevant. Bei den Diensten mit weniger als 90 % AKI/PHKP werden jedoch auch Personen mit allgemeiner pflegerischer Versorgung in die Stichprobe für die personenbezogenen Prüfungen einbezogen.

3.2.1 Erstellen der Liste der versorgten Personen

Das neue Verfahren für die Qualitätsprüfung sieht vor, dass der Pflegedienst für die Stichprobenziehung eine Liste der versorgten Personen zur Verfügung stellt. Die Liste soll je versorgter Person Angaben zur Mobilität, zu den kognitiven Fähigkeiten, zu aufwändigen HKP-Leistungen sowie zu außerklinischer Intensivpflege

(AKI) und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege (PHKP) enthalten. Eine schematische Darstellung ist der folgenden Abbildung zu entnehmen.

Abbildung 4: Schematische Darstellung der Liste der versorgten Personen

Abb. 1: Schematische Darstellung der Liste der versorgten Personen

E = Erstverordnung PHKP
 B = Beatmung (bei AKI)

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

Angaben zu Mobilität und kognitiven Fähigkeiten bei Personen mit AKI oder PHKP nicht notwendig.

Quelle: Büscher et al. (2023) Abschlussbericht, Anhang A, S. A-4 bis A-6; IGES
 Anmerkungen: aufwändige HKP-Leistungen beziehen sich auf das Leistungsverzeichnis: Ziffern 6, 8, 29, 30 oder 31a sowie AKI und PHKP.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich darauf, wie die Pflegedienste diese Informationen zusammengestellt und welche Erfahrungen sie mit dem Verfahren gemacht haben.

3.2.1.1 Identifikation der in der Liste aufzuführenden Personen

Auf der Liste der versorgten Personen sollten alle Personen aufgeführt werden, die vom Pflegedienst Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI oder häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI oder Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erhalten. Nicht zu berücksichtigen waren Personen, die ausschließlich Hilfen zur Haushaltsführung nach dem SGB XI oder ausschließlich Betreuungs- oder Entlastungsleistungen (§ 45a Abs. 1 SGB XI) oder ausschließlich eine Kombination dieser Leistungen erhielten sowie diejenigen, bei denen der Pflegedienst ausschließlich einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchgeführt hat.

Insgesamt kamen die Pflegedienste mit der Erstellung der Liste gut zurecht, jedoch gab es bei einigen auch Schwierigkeiten. Vier der zehn **AKI-Pflegedienste** fanden es sehr leicht bzw. eher leicht, die Personen gemäß den genannten Kriterien auf der Liste der versorgten Personen zu ermitteln (40,0 %). Zwei Pflegedienste fanden die Erstellung der Liste mäßig schwierig (20,0 %) und vier Pflegedienste eher bis sehr schwierig (40,0 %). Die Schwierigkeit lag dabei einem Pflegedienst zufolge bei der elektronischen Datenverarbeitung. In der Feedback-Veranstaltung bestätigten die Vertreterinnen und Vertreter der Pflegedienste, dass es bei der Erstellung der Listen keine Probleme gäbe – diese seien mit MS-Excel gut vorbereitetbar.

Vier von fünf **PHKP-Pflegediensten** fanden es eher bzw. sehr leicht zu ermitteln, welche Personen gemäß den genannten Kriterien auf der Liste der versorgten Personen aufzuführen sind (80,0 %). Ein Pflegedienst hatte einige Schwierigkeiten aufgrund technischer Probleme, welche vom Software-Anbieter behoben werden mussten (20,0 %).

3.2.1.2 Zeitpunkt der Listenerstellung

In der Online-Befragung der Pflegedienste wurde erhoben, zu welchem Zeitpunkt die für die Stichprobenziehung relevanten Informationen zu Beeinträchtigungen in den Bereichen der Mobilität und kognitiven Fähigkeiten sowie Angaben zu AKI bzw. PHKP zusammengestellt wurden. Tabelle 9 zeigt die Angaben der **AKI-Pflegedienste** zum Zeitpunkt der Zusammenstellung der Information pro Merkmal (Angaben zu Beeinträchtigungen der Mobilität bzw. kognitiven Fähigkeiten, Zusammenstellung der Angaben zu AKI). Jeweils vier der zehn Pflegedienste gaben an, dass auf ihren Listen der versorgten Personen Angaben zur Mobilität und zu den kognitiven Fähigkeiten für Personen ohne AKI und PHKP enthalten waren. Neun AKI-Pflegedienste hatten auf ihren Listen Angaben dazu, ob AKI bzw. PHKP erbracht wurden. Merkmalsübergreifend ist zu sehen, dass die Informationen mehrheitlich ausschließlich vor der Prüfung zusammengetragen wurden, d. h. bei der Prüfung bereits vollständig vorlagen. Von maximal zwei Pflegediensten wurde angegeben, dass Informationen zum Teil vor, zum Teil während der Prüfung erhoben wurden. Ein Pflegedienst stellte Angaben zu AKI während der Prüfung zusammen.

Tabelle 9: Zeitpunkt der Zusammenstellung der Informationen auf der Liste (AKI)

Wann wurden die Angaben zusammengestellt?	Zu Mobilität		Zu kognitiven Fähigkeiten		Zusammenstellung Angaben zu AKI	
	n	%	n	%	n	%
Vor der Prüfung	3	75,0 %	3	75,0 %	6	66,7 %
Zum Teil vor, zum Teil während der Prüfung	1	25,0 %	1	25,0 %	2	22,2 %
Während der Prüfung	0	0,0 %	0	0,0 %	1	11,1 %
Keine Angabe	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Gesamt	4	100 %	4	100 %	9	100 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Spaltenprozent. Häufigkeit (n); Anteil (%).

Tabelle 10 zeigt die Angaben der **PHKP-Pflegedienste** zum Zeitpunkt der Zusammenstellung der Information pro Merkmal (Angaben zu Beeinträchtigungen der Mobilität bzw. kognitiven Fähigkeiten, Zusammenstellung der Angaben zu PHKP). Jeweils drei der fünf Pflegedienste gaben an, dass auf ihren Listen der versorgten Personen Angaben zur Mobilität und zu den kognitiven Fähigkeiten für Personen

ohne AKI und PHKP enthalten waren. Alle PHKP-Pflegedienste hatten auf ihren Listen Angaben dazu, ob AKI bzw. PHKP erbracht wurden. In der Gesamtschau zeigt sich, dass die Informationen nahezu bei allen Pflegediensten ausschließlich vor der Prüfung zusammengetragen wurden, d. h. zum Zeitpunkt der Prüfung bereits vollständig vorlagen. Bei jeweils einem Pflegedienst wurden Angaben zu Mobilität und kognitiven Fähigkeiten erst während der Prüfung erhoben.

Tabelle 10: Zeitpunkt der Zusammenstellung der Informationen auf der Liste (PHKP)

Wann wurden die Angaben zusammengestellt?	Zu Mobilität		Zu kognitiven Fähigkeiten		Zusammenstellung Angaben zu PHKP	
	n	%	n	%	n	%
Vor der Prüfung	2	66,7 %	2	66,7 %	5	100 %
Zum Teil vor, zum Teil während der Prüfung	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Während der Prüfung	1	33,3 %	1	33,3 %	0	0,0 %
Keine Angabe	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Gesamt	3	100 %	3	100 %	5	100 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Spaltenprozent. Häufigkeit (n); Anteil (%).

3.2.1.3 Vorgehen bei der Ermittlung von Einschränkungen

Zum Vorgehen bei der Ermittlung von Einschränkungen gibt es zwei Optionen. Die Angaben zur Mobilität und zu den kognitiven Fähigkeiten konnten anhand des Gutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ermittelt werden (Option 1) oder anhand der Regeln für beeinträchtigte Mobilität bzw. beeinträchtigte kognitive Fähigkeiten, die in der Verfahrensbeschreibung dargelegt sind (Option 2).

Tabelle 11 zeigt das Vorgehen der **AKI-Pflegedienste** nach Anteil der versorgten Personen. Zur Ermittlung, ob eine Einschränkung der Mobilität vorliegt, wurden beide Optionen gleichermaßen von jeweils zwei der vier Pflegedienste, die Angaben zur Mobilität und zu kognitiven Fähigkeiten gemacht haben, verwendet. Der Anteil der versorgten Personen variiert von 25 % bis 10 %. Jeweils zwei Pflegedienste wandten beide Optionen für keine ihrer versorgten Personen an. Ein identisches Bild zeigt sich bei der Anwendung von Option 1 und Option 2 mit Blick auf die Ermittlung von kognitiven Fähigkeiten.

Tabelle 11: Vorgehen bei der Ermittlung von Einschränkungen (AKI)

Anteil der versorgten Personen	Zu Mobilität				Zu kognitiven Fähigkeiten			
	Option 1		Option 2		Option 1		Option 2	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 %	2	50,0 %	2	50,0 %	2	50,0 %	2	50,0 %
1 % bis 24 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
25 % bis 49 %	1	25,0 %	1	25,0 %	1	25,0 %	1	25,0 %
50 % bis 74 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
75 % bis 10 %	1	25,0 %	1	25,0 %	1	25,0 %	1	25,0 %
Gesamt	4	100 %	4	100 %	4	100 %	4	100 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Spaltenprozent. Häufigkeit (n); Anteil (%).

Das Vorgehen der **PHKP-Pflegedienste** nach Anteil der versorgten Personen ist in Tabelle 12 dargestellt. Zur Ermittlung, ob eine Einschränkung der Mobilität vorliegt, wurde Option 1 von zwei Pflegediensten genutzt. Der Anteil variiert hierbei von 1 % bis 74 %. Ein Pflegedienst nutzte für keine Person Option 1. Option 2 wurde hingegen von drei Pflegediensten genutzt, variierend für 50 % bis 10 % der versorgten Personen. Die Verteilung hinsichtlich der Nutzung der beiden Optionen zur Ermittlung von kognitiven Fähigkeiten ist bei den PHKP-Pflegediensten identisch.

Tabelle 12: Vorgehen bei der Ermittlung von Einschränkungen (PHKP)

Anteil der versorgten Personen	Zu Mobilität				Zu kognitiven Fähigkeiten			
	Option 1		Option 2		Option 1		Option 2	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 %	1	33,3 %	0	0,0 %	1	33,3 %	0	0,0 %
1 % bis 24 %	1	33,3 %	0	0,0 %	1	33,3 %	0	0,0 %
25 % bis 49 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
50 % bis 74 %	1	33,3 %	1	33,3 %	1	33,3 %	1	33,3 %
75 % bis 10 %	0	0,0 %	2	66,7 %	0	0,0 %	2	66,7 %
Gesamt	3	100 %	3	100 %	3	100 %	3	100 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Spaltenprozent. Häufigkeit (n); Anteil (%).

3.2.1.4 Schwierigkeit der Ermittlung von Einschränkungen bzw. AKI/PHKP

Alle **AKI-Pflegedienste** berichteten, dass es eher leicht war, die Angaben zur Mobilität zusammenzustellen. Auch die Zusammenstellung der Angaben zu kognitiven Fähigkeiten empfanden alle Pflegedienste als einfach. Acht von neun Pflegediensten empfanden es als leicht (n = 6) bis sehr leicht (n = 2), die Angaben zu AKI zusammenzustellen. Ein Pflegedienst hatte „mäßige“ Schwierigkeiten. Der Grund dafür lag in der Software.

Die **PHKP-Pflegedienste** hatten insgesamt keine Probleme mit der Zusammenstellung der Angaben zu Mobilität, kognitiven Fähigkeiten und PHKP. Alle drei Pflegedienste, die Angaben dazu machten, empfanden die Zusammenstellung der Listen zur Mobilität und zu den kognitiven Fähigkeiten als leicht (n = 2) bzw. sehr leicht (n = 1). Die Zusammenstellung von Angaben zu PHKP wurde von den Pflegediensten als eher leicht (n = 3) bis sehr leicht (n = 2) empfunden.

3.2.1.5 Routinemäßige Ermittlung der benötigten Informationen

Die Pflegedienste wurden danach gefragt, welche Angaben bisher schon routinemäßig von ihrem Pflegedienst für versorgte Personen erhoben und schriftlich dokumentiert werden.

Die Hälfte der **AKI-Pflegedienste** erhebt und dokumentiert bereits routinemäßig Angaben zur Mobilität und zu den kognitiven Fähigkeiten (n = 5), in fünf Pflegediensten wurden zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht regelmäßig Angaben dazu erhoben und dokumentiert.

Bei den **PHKP-Pflegediensten** gaben vier der fünf Pflegedienste an, bereits routinemäßig Angaben zur Mobilität und zu den kognitiven Fähigkeiten zu erheben und zu dokumentieren.

3.2.1.6 Nutzung von Software zum Erstellen der Liste

Die Liste der versorgten Personen kann bei einigen Pflegediensten mittels einer Software ausgegeben werden, die der jeweilige Pflegedienst bspw. für die Pflegedokumentation nutzt.

Sechs von zehn **AKI-Pflegediensten** konnten mit ihrer Software die Liste der versorgten Personen komplett (n = 3) oder zumindest teilweise (n = 3) ausgeben lassen. Bei vier Pflegediensten war dies nicht möglich.

Bei den **PHKP-Pflegediensten** konnten alle mittels ihrer Software die Liste der versorgten Personen ausgeben lassen, davon ein Pflegedienst zumindest teilweise.

Die Liste der versorgten Personen soll Personen, die ausschließlich bestimmte Leistungen erhalten, nicht berücksichtigen. Unter den sieben **AKI-Pflegediensten**, die mit einer Software die Liste der versorgten Personen erstellten konnten, konnten bestimmte Personengruppen mit der Software herausgefiltert werden, sodass sie nicht auf der Liste der versorgten Personen erschienen. Nachfolgende Liste zeigt die Anzahl der Nennungen, bei denen Personen herausgefiltert werden konnten:

- ◆ Personen, die ausschließlich Hilfen zur Haushaltsführung nach dem SGB XI erhalten (n =4),
- ◆ Personen, die ausschließlich Betreuungs- oder Entlastungsleistungen (§ 45a Abs. 1 SGB XI) erhalten (n =4),
- ◆ Personen, bei denen ausschließlich ein Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchgeführt wurde (n = 4),
- ◆ keine der genannten Personen konnten herausgefiltert werden (n =2).

Unter den fünf **PHKP-Pflegediensten** mit Software-Unterstützung zur Erstellung der Liste konnten nahezu alle Pflegedienste mit der Software folgende Personen aus der Liste der versorgten Personen ausschließen:

- ◆ Personen, die ausschließlich Hilfen zur Haushaltsführung nach dem SGB XI erhalten (n =3),
- ◆ Personen, die ausschließlich Betreuungs- oder Entlastungsleistungen (§ 45a Abs. 1 SGB XI) erhalten (n =3),
- ◆ Personen, bei denen ausschließlich ein Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchgeführt wurde (n = 4),
- ◆ Keine der genannten Personen konnten herausgefiltert werden (n = 1).

Die Pflegedienste wurden außerdem danach gefragt, welche Informationen sie sich von der Software ausgeben lassen können. Tabelle 13 zeigt die Informationen nach Anzahl und Anteil der Nennungen aller **AKI-Pflegedienste**, die eine geeignete Software nutzen. Am häufigsten konnten die Namen der versorgten Personen ausgegeben werden (85,7 %). Ein Drittel der Pflegedienste konnte sich Angaben, ob und welche aufwändigen HKP-Leistungen (Ziffer 6, 8, 29, 30, 31a des HKP-Leistungsverzeichnisses) erbracht werden sowie zusätzliche Angaben zu AKI bzw. PHKP ausgeben lassen (bspw. ob die versorgte Person beatmet wird). In einem Pflegedienst konnten Angaben ausgelesen werden, ob AKI bzw. PHKP erbracht werden.

Tabelle 13: Welche Informationen konnten Sie von der Software ausgegeben lassen? (AKI)

Welche Informationen konnten Sie von der Software ausgegeben lassen?	Anzahl Nennungen	
	n	%
Namen der versorgten Personen	6	85,7 %
Angaben zur Mobilität für Personen die keine AKI oder PHKP erhalten	0	0,0 %
Angaben zu den kognitiven Fähigkeiten für Personen die keine AKI oder PHKP erhalten	0	0,0 %
Angaben, ob und welche aufwändigen HKP-Leistungen (Ziffer 6, 8, 29, 30, 31a des HKP-Leistungsverzeichnisses) erbracht werden	2	28,6 %
Angaben, ob AKI bzw. PHKP erbracht werden	1	14,3 %
Zusätzliche Angaben zu AKI bzw. PHKP (bei AKI: ob die versorgte Person beatmet wird; bei PHKP: ob es sich um eine Erstverordnung handelt)	2	28,6 %
Keine der genannten	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 6 Pflegedienste, die zur Erstellung der Liste eine Software nutzten.

Tabelle 14 zeigt die Informationen nach Anzahl und Anteil der Nennungen aller **PHKP-Pflegedienste**, die eine geeignete Software für die Ausgabe bestimmter Informationen nutzen. Diese Informationen beinhalten bei allen Pflegediensten die Namen der versorgten Personen und Angaben, ob AKI bzw. PHKP erbracht werden. Für drei Pflegedienste konnten Angaben, ob und welche aufwändigen HKP-Leistungen (Ziffer 6, 8, 29, 30, 31a des HKP-Leistungsverzeichnisses) erbracht werden, ausgegeben werden. Bei jeweils zwei Pflegediensten konnten Angaben zur Mobilität (für Personen ohne AKI oder PHKP) und zusätzliche Angaben zu AKI bzw. PHKP gemacht werden (bspw. ob es sich bei PHKP um eine Erstverordnung handelt).

Tabelle 14: Welche Informationen konnten Sie von der Software ausgehen lassen? (PHKP)

	Anzahl Nennungen	
	n	%
Namen der versorgten Personen	5	100,0 %
Angaben zur Mobilität für Personen die keine AKI oder PHKP erhalten	2	40,0 %
Angaben zu den kognitiven Fähigkeiten für Personen die keine AKI oder PHKP erhalten	1	20,0 %
Angaben, ob und welche aufwändigen HKP-Leistungen (Ziffer 6, 8, 29, 30, 31a des HKP-Leistungsverzeichnisses) erbracht werden	3	60,0 %
Angaben, ob AKI bzw. PHKP erbracht werden	5	100,0 %
Zusätzliche Angaben zu AKI bzw. PHKP (bei AKI: ob die versorgte Person beatmet wird; bei PHKP: ob es sich um eine Erstverordnung handelt)	2	40,0 %
Keine der genannten	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 5 Pflegedienste, die zur Erstellung der Liste eine Software nutzten.

Für 66,7 % (n = 4) der sechs **AKI-Pflegedienste**, die zur Erstellung der Liste der versorgten Personen eine Software nutzten, war die eingesetzte Software eher nicht nützlich. Als Gründe wurde genannt, dass die Angaben nicht richtig abgebildet werden konnten oder dass eine Filterung zu bestimmten Themen bislang nicht möglich war. Ein weiteres Problem bestand für einen Pflegedienst darin, dass die Software keine Exceldatei generieren konnte. Zwei Pflegedienste fanden die Software hingegen nützlich.

Vier der fünf **PHKP-Pflegedienste** fand den Einsatz der Software nützlich, davon drei Pflegedienste sehr nützlich. Für einen Pflegedienst war die Software hingegen eher nicht nützlich. Bei diesem Pflegedienst gab es technische Schwierigkeiten, die gemeinsam mit dem Software-Anbieter behoben werden sollen.

3.2.2 Vollständigkeit der Liste der versorgten Personen

Für die Ergebnisse zur Vollständigkeit der Liste der versorgten Personen liegen sowohl die Befragungsdaten der Pflegedienste als auch der Prüfteams vor.

3.2.2.1 Angaben der Pflegedienste zur Vollständigkeit

Die Pflegedienste gaben in der Befragung an, welche Angaben die Liste der versorgten Personen für die Pilot-Prüfung enthielt. Tabelle 15 zeigt die Angaben und die Anzahl und Anteile der Nennungen aller **AKI-Pflegedienste** (n = 10). Bei allen Pflegediensten enthielt die Liste Namen der versorgten Personen. Bis auf einen Pflegedienst beinhaltete die Liste in allen Fällen Angaben dazu, ob AKI bzw. PHKP-

Leistungen erbracht werden. In der Feedback-Veranstaltung wurde erläutert, dass in einem Pflegedienst die Liste nach HKP-Ziffern sortiert war und da viele Personen mit AKI einzelne HKP-Leistungen erhalten, tauchten diese dann mehrfach auf.

Acht Pflegedienste haben zusätzliche Angaben zu AKI bzw. PHKP gemacht. Knapp die Hälfte der Pflegedienste machte Angaben zur Mobilität, zu kognitiven Fähigkeiten und zu aufwändigen HKP-Leistungen. Sechs Pflegedienste haben keine Angaben zur Mobilität oder zu kognitiven Fähigkeiten der versorgten Personen gemacht. Als Grund wurde mehrheitlich aufgeführt, dass die versorgten Personen AKI bekommen ($n = 4$) und die Angabe nicht erforderlich war. Zwei Antworten bezogen sich auf fehlende Angaben im System, die manuell hätten erfasst werden müssen und mit einem zusätzlichen Zeitaufwand verbunden gewesen wären. Fünf Pflegedienste machten keine Angaben bzgl. aufwändiger HKP-Leistungen. Ein Grund dafür war, dass es sich bei den versorgten Personen auf der Liste ausschließlich um Personen für AKI handelte. Ein Pflegedienst gab an, dass die Software eine Filterung nicht ganz zufriedenstellend zuließ.

Tabelle 15: Angaben auf der Liste der versorgten Personen (AKI)

Waren die folgenden Angaben auf der Liste der versorgten Personen enthalten, die Ihr Pflegedienst für die Pilot-Prüfung erstellte?	Anzahl Nennungen	
	n	%
Namen der versorgten Personen	10	100,0 %
Angaben zur Mobilität für Personen die keine AKI oder PHKP erhalten	4	40,0 %
Angaben zu den kognitiven Fähigkeiten für Personen die keine AKI oder PHKP erhalten	4	40,0 %
Angaben, ob und welche aufwändigen HKP-Leistungen (Ziffer 6, 8, 29, 30, 31a des HKP-Leistungsverzeichnisses) erbracht werden	5	50,0 %
Angaben, ob AKI bzw. PHKP erbracht werden	9	90,0 %
Zusätzliche Angaben zu AKI bzw. PHKP (bei AKI: ob die versorgte Person beatmet wird; bei PHKP: ob es sich um eine Erstverordnung handelt)	8	80,0 %
Keine der genannten	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: $n = 10$ Pflegedienste

Die Angaben sowie Anzahl und Anteile der Nennungen aller **PHKP-Pflegedienste** ($n = 5$) sind in Tabelle 16 dargestellt. Bei allen Pflegediensten enthielt die Liste Namen der versorgten Personen sowie Angaben dazu, ob AKI bzw. PHKP erbracht werden. Drei Pflegedienste haben in ihrer Liste zusätzliche Angaben zu AKI bzw. PHKP und Angaben zur Mobilität, zu kognitiven Fähigkeiten und zu aufwändigen HKP-Leistungen aufgeführt. Zwei Pflegedienste hatten keine Angaben zur Mobilität oder zu kognitiven Fähigkeiten. Als Grund gab ein Pflegedienst an, dass diese Angaben nicht relevant für ihren Leistungsbereich seien. Bei einem Pflegedienst

waren alle versorgten Personen auf der Liste mobil, weshalb keine Angaben zur Mobilität gemacht wurden.

Bezüglich der fehlenden Angaben zu Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten gab ein Pflegedienst als Grund an, dass diese zum einen sehr schwer zu erheben wären und zum anderen so gut wie nicht in ihrem Pflegedienst vorkommen. Zwei Pflegedienste hatten keine Angaben zu aufwändigen HKP-Leistungen. In einem Fall war es nicht relevant für den Leistungsbereich; bei einem Pflegedienst wurden außer PHKP keine HKP-Leistungen erbracht. Dass Angaben zu aufwändigen HKP-Leistungen fehlten, begründete ein Pflegedienst damit, dass die Erstverordnung häufig über einen sehr langen Zeitraum (3 – 4 Monate) ausgestellt wird. In diesem Fall wurde stattdessen der Versorgungsbeginn plus vier Wochen als Schlüssel verwendet.

Tabelle 16: Angaben auf der Liste der versorgten Personen (PHKP)

Waren die folgenden Angaben auf der Liste der versorgten Personen enthalten, die Ihr Pflegedienst für die Pilot-Prüfung erstellte?	Anzahl Nennungen	
	n	%
Namen der versorgten Personen	5	100,0 %
Angaben zur Mobilität für Personen die keine AKI oder PHKP erhalten	3	60,0 %
Angaben zu den kognitiven Fähigkeiten für Personen die keine AKI oder PHKP erhalten	3	60,0 %
Angaben, ob und welche aufwändigen HKP-Leistungen (Ziffer 6, 8, 29, 30, 31a des HKP-Leistungsverzeichnisses) erbracht werden	3	60,0 %
Angaben, ob AKI bzw. PHKP erbracht werden	5	100,0 %
Zusätzliche Angaben zu AKI bzw. PHKP (bei AKI: ob die versorgte Person beatmet wird; bei PHKP: ob es sich um eine Erstverordnung handelt)	3	60,0 %
Keine der genannten	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 5 Pflegedienste

3.2.2.2 Angaben der Prüferinnen und Prüfer zur Vollständigkeit

Im Rahmen der Befragung der **AKI-Prüfteams** wurde erhoben, ob bei den Pflegediensten vor der Prüfung eine Liste vorlag. Nach Angaben der Prüfteams hatten acht AKI-Pflegedienste die Liste der versorgten Personen vor der Prüfung erstellt, zwei Pflegedienste hatten keine Liste. Außerdem wurde in der Befragung der AKI-Prüfteams in einer offenen Frage erhoben, auf welcher Grundlage die Stichprobenziehung der versorgten Personen, die in die Prüfung einbezogen wurden, erfolgte. Ein Prüfteam nutzte als Grundlage Ausdrucke aus der vom Pflegedienst genutzten Software zu den "Klienten mit besonderer Pflegesituation: eingeschränkte Mobilität", "[...] mit kognitiven Einschränkungen" und der "Aufstellung der

Klienten mit PG 4 oder 5", auf welcher die Personen mit außerklinischer Intensivpflege handschriftlich gekennzeichnet waren. Ein weiterer Pflegedienst nutzte ausschließlich die Informationen zur AKI/Beatmung.

Sofern eine Liste vor der Prüfung vorlag, wurden die **AKI-Prüfteams** gebeten, die Angaben der Liste auf Vollständigkeit zu überprüfen. Die Ergebnisse zu den Angaben in der Liste sind in Tabelle 17 aufgeführt. In der Hälfte der Fälle enthielt die Liste jeweils Angaben zur Mobilität und zu den kognitiven Fähigkeiten (n = 4). Bei jeweils vier Pflegediensten trafen die Angaben nicht zu und waren daher nicht in der Liste vorhanden. Fünf Pflegedienste hatten Angaben dazu, welche aufwändigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege bei den versorgten Personen verordnet sind. In drei Fällen traf dies nicht zu. Bei jeweils sechs Pflegediensten enthielt die Liste Angaben zur Verordnung von AKI oder PHKP und erforderliche ergänzende Angaben (Beatmung, Umfang der verordneten AKI). In jeweils zwei Fällen fehlten die Angaben dazu.

Tabelle 17: Angaben in der Liste (AKI)

Enthielt die Liste...	Ja		Nein		Nicht zutreffend	
	n	%	n	%	n	%
... – wo erforderlich – Angaben zur Mobilität der versorgten Personen?	4	50,0 %	0	0,0 %	4	50,0 %
... – wo erforderlich – Angaben zu den kognitiven Fähigkeiten der versorgten Personen?	4	50,0 %	0	0,0 %	4	50,0 %
... Angaben, welche aufwändigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege bei den versorgten Personen verordnet sind? Aufwändige Leistungen sind Ziffer 6, 8, 29, 30 und 31a des HKP-Leistungsverzeichnisses.	5	62,5 %	0	0,0 %	3	37,5 %
... Angaben, ob AKI oder PHKP bei den versorgten Personen verordnet ist?	6	75,0 %	2	25,0 %	0	0,0 %
... die erforderlichen ergänzenden Angaben bei versorgten Personen mit AKI bzw. PHKP?	6	75,0 %	2	25,0 %	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Prüfteams

Anmerkung: n = 8; Für Personen, die AKI oder PHKP erhalten, sind Angaben zur Mobilität bzw. zu den kognitiven Fähigkeiten nicht erforderlich.

Der Zeitaufwand der Prüferinnen und Prüfer zur Schaffung der Grundlage für die Stichprobenziehung in der Pilot-Prüfung, lag zwischen 0 und 60 Minuten. Im

Durchschnitt benötigten die Prüfteams 31 Minuten dafür. Bei allen Pflegediensten konnten alle fehlenden Angaben während der Prüfung ergänzt werden, sodass die Informationen in den Listen bei allen Pflegediensten vollständig waren.

Die **PHKP-Prüfteams** gaben an, dass bei allen fünf Pflegediensten vor der Prüfung eine Liste der versorgten Personen erstellt wurde. Ferner wurden die PHKP-Prüfteams gebeten, die Angaben der Liste auf Vollständigkeit zu überprüfen (siehe Tabelle 18). Die Liste enthielt in allen Fällen Angaben zur Verordnung von AKI bzw. PHKP bei den versorgten Personen. Die erforderliche ergänzende Angabe bei versorgten Personen mit PHKP, ob eine Erstverordnung vorlag, war in vier von fünf Fällen auf der Liste dokumentiert. Angaben zur Mobilität, zu kognitiven Fähigkeiten und zu verordneten aufwändigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege bei den versorgten Personen waren nicht vorhanden oder trafen nicht zu.

Tabelle 18: Angaben in der Liste (PHKP)

Enthielt die Liste...	Ja		Nein		Nicht zutreffend	
	n	%	n	%	n	%
... – wo erforderlich – Angaben zur Mobilität der versorgten Personen?	0	0,0 %	2	40,0 %	3	60,0 %
... – wo erforderlich – Angaben zu den kognitiven Fähigkeiten der versorgten Personen?	0	0,0 %	2	40,0 %	3	60,0 %
... Angaben, welche aufwändigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege bei den versorgten Personen verordnet sind? Aufwändige Leistungen sind Ziffer 6, 8, 29, 30 und 31a des HKP-Leistungsverzeichnisses.	0	0,0 %	2	40,0 %	3	60,0 %
... Angaben, ob AKI oder PHKP bei den versorgten Personen verordnet ist?	5	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
... die erforderlichen ergänzenden Angaben bei versorgten Personen mit AKI bzw. PHKP?	4	80,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Prüfteams

Anmerkung: n = 5; Für Personen, die AKI oder PHKP erhalten, sind Angaben zur Mobilität bzw. zu den kognitiven Fähigkeiten nicht erforderlich.

Der Zeitaufwand in der Pilot-Prüfung, um die Grundlage für die Stichprobenziehung zu schaffen, lag zwischen 10 und 60 Minuten. Im Durchschnitt benötigten die Prüfteams 28 Minuten. In allen Fällen konnten alle fehlenden Angaben während

der Prüfung ergänzt werden, sodass die Angaben in der Liste bei allen Pflegediensten am Ende vollständig waren.

3.2.2.3 Anzahl der Personen auf den Listen und Zugehörigkeit zu einzelnen Gruppen

Die Prüfteams gaben in der Befragung an, dass bei den acht **AKI-Pflegediensten**, die eine Liste erstellt hatten, insgesamt 868 Personen auf der Liste der versorgten Personen standen. Je Pflegedienst waren es zwischen 14 und 415 Personen, im Durchschnitt standen 145 Personen auf der Liste.

In der Befragung sollten die Prüfteams außerdem angeben, bei wie vielen Personen auf den Listen Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität bzw. kognitiven Fähigkeiten vorlagen. Gemäß Büscher et al. (2018, Anhang 1, S. 12) wurden die Personen entsprechend in folgende Gruppen unterteilt:

- ◆ Gruppe A: Mobilität und kognitive Fähigkeiten sind beeinträchtigt.
- ◆ Gruppe B: nur Mobilität ist beeinträchtigt.
- ◆ Gruppe C: nur kognitive Fähigkeiten sind beeinträchtigt.

Dabei wurden Personen, die AKI oder PHKP erhalten, nicht berücksichtigt. Tabelle 19 zeigt die Anzahl der Personen aus den acht AKI-Pflegediensten mit vorhandener Liste in den drei Gruppen. Von ihnen haben zwei Pflegedienste Angaben zur Anzahl der Personen auf der Liste mit Beeinträchtigungen gemacht. Zu Gruppe A gehörten insgesamt 13 Personen, je Pflegedienst waren es zwischen 0 und 13 Personen ($M = 6,5$ Personen). In Gruppe B befanden sich insgesamt 14 Personen, je Pflegedienst waren es zwischen 6 und 8 Personen ($M = 7,0$). Gruppe C stellte mit insgesamt 126 Personen mit ausschließlich kognitiven Beeinträchtigungen die größte Gruppe dar. Je Pflegedienst variierte die Anzahl zwischen 0 und 126 Personen ($M = 63$).

Tabelle 19: Anzahl der Personen pro Gruppe auf den Listen (AKI)

Anzahl Personen	Summe	M	SD	Min	Max
Gruppe A	13	6,5	9,2	0	13
Gruppe B	14	7,0	1,4	6	8
Gruppe C	126	63,0	89,1	0	126

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Min = Minimum; Max = Maximum
 Gruppe A: Einschränkungen im Bereich der Mobilität und Kognition; Gruppe B: Einschränkungen ausschließlich im Bereich der Mobilität; Gruppe C: Einschränkungen ausschließlich im Bereich der Kognition. Tabelle zeigt die Anzahl ausschließlich für Pflegedienste, bei denen eine Liste vorlag; insg. n = 8 Prüfdienste mit vollständigen Informationen auf Liste, davon n = 2 Prüfdienste mit Angaben zur Anzahl der versorgten Personen in den Gruppen A bis C).

Nach Angaben der Befragung der Prüfteams standen bei den fünf **PHKP-Pflegediensten** insgesamt 629 Personen auf der Liste der versorgten Personen. Alle Pflegedienste hatten eine Liste erstellt, je Pflegedienst umfasste die Liste zwischen 77 und 200 Personen. Insgesamt standen durchschnittlich 126 Personen auf der Liste.

Alle **PHKP-Pflegedienste** haben eine Liste erstellt. Die Anzahl der Personen aus den fünf Pflegediensten nach den drei Gruppen ist in Tabelle 20 abgebildet. Die Anzahl aller Personen ist in den drei Gruppen gleichmäßig verteilt. In Gruppe A waren 45 Personen mit Einschränkungen in Mobilität und kognitiven Fähigkeiten, je Pflegedienst waren es zwischen 0 und 22 Personen. Dies entspricht je Pflegedienst durchschnittlich 9 Personen. 48 Personen sind Gruppe B zugeordnet und haben ausschließlich Beeinträchtigungen zur Mobilität. Die Anzahl lag je Pflegedienst zwischen 0 und 26 Personen (M = 9,6). Gruppe C umfasste 45 Personen mit ausschließlich kognitiven Beeinträchtigungen. Je Pflegedienst waren es zwischen 0 und 23 Personen (M = 9,0).

Tabelle 20: Anzahl der Personen pro Gruppe auf den Listen (PHKP)

Anzahl Personen	Summe	M	SD	Min	Max
Gruppe A	45	9,0	9,6	0	22
Gruppe B	48	9,6	11,1	0	26
Gruppe C	45	9,0	9,98	0	23

Quelle: IGES, Angaben der Prüfer

Anmerkung: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Min = Minimum; Max = Maximum
 Gruppe A: Einschränkungen im Bereich der Mobilität und Kognition; Gruppe B: Einschränkungen ausschließlich im Bereich der Mobilität; Gruppe C: Einschränkungen ausschließlich im Bereich der Kognition. Tabelle zeigt die Anzahl ausschließlich für Pflegedienste, bei denen eine Liste vorlag; insg. n = 5 PD mit vollständigen Informationen auf Liste.

Bei den **AKI-Pflegediensten** gaben die Prüfteams an, dass insgesamt 111 Personen auf der Liste aufwändige HKP-Leistungen, d. h. Ziffer 6, 8, 29, 30 und/oder 31a des HKP-Leistungsverzeichnisses erhielten. Bei der Zählung wurden keine Personen berücksichtigt, die AKI oder PHKP erhalten. Je Pflegedienst lag die Anzahl zwischen 0 und 62 Personen (M = 22,2; SD = 25,0).

Bei den **PHKP-Pflegediensten** gaben die Prüfteams an, dass insgesamt fünf Personen auf der Liste aufwändige HKP-Leistungen, d. h. Ziffer 6, 8, 29, 30 und/oder 31a des HKP-Leistungsverzeichnisses erhielten. Zwischen 0 und 3 Personen waren je Pflegedienst auf der Liste (M= 1, SD= 1,2).

Die Prüfteams wurden gebeten, Angaben zu Personen mit AKI bzw. PHKP zu machen. Die Angaben zur Anzahl der Personen mit AKI zeigt Tabelle 21. In insgesamt sieben **AKI-Pflegediensten** waren 199 Personen mit AKI auf der Liste, je Pflegedienst sind es zwischen 6 und 67 Personen (M = 28,4). Davon wurden 45 Personen

beatmet, die Anzahl variierte zwischen 3 und 16 Personen je Pflegedienst (M = 8,7).

Tabelle 21: Wie viele Personen auf der Liste gehören den folgenden Gruppen an? (AKI)

Anzahl Personen	Summe	M	SD	Min	Max	n
Personen mit AKI	199	28,4	21,0	6	67	7
Davon mit Beatmung	45	8,7	5,1	3	16	7

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer
Anmerkung: n = Anzahl der Pflegedienste

Die Anzahl der Personen mit PHKP zeigt folgende Tabelle 22. In den fünf **PHKP-Pflegediensten** waren insgesamt 357 Personen mit PHKP. Durchschnittlich sind es je Pflegedienst 71 Personen, die Anzahl variierte zwischen 9 und 200 Personen je Pflegedienst. Von ihnen hatten 29 Personen eine Erstverordnung (M = 5,8), je Pflegedienst waren es zwischen 0 und 22 Personen.

Tabelle 22: Wie viele Personen auf der Liste gehören den folgenden Gruppen an? (PHKP)

Anzahl Personen	Summe	M	SD	Min	Max	n
Personen mit PHKP	357	71,4	82,5	9	200	5
Davon mit Erstverordnung	29	5,8	9,2	0	22	5

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer
Anmerkung: n = Anzahl der Pflegedienste

3.2.3 Anzahl und Art der Personen in den Stichproben

3.2.3.1 Anteil der eingeschlossenen Personen

Insgesamt standen 868 Personen auf den Listen der **AKI-Pflegedienste**. Von ihnen wurden 8,5 % (n = 74) kontaktiert (Summe der Anteile nicht erreichter, ablehnender Personen und eingeschlossener Personen). In acht Pflegediensten konnten insgesamt 21 Personen nicht erreicht werden, bei zwei Pflegediensten konnten alle Personen erreicht werden. In fünf Pflegediensten hatten insgesamt elf Personen die Prüfung abgelehnt. In den anderen fünf Pflegediensten hatte keine Person abgelehnt. Insgesamt konnten 41 Personen in die Stichprobe einbezogen werden (Tabelle 23).

Tabelle 23: Anzahl der für die Ziehung der Stichprobe betrachteten Personen (AKI)

Anzahl Personen	Summe	M	SD	Min	Max	n
insgesamt auf Liste; davon ...	868	108,5	145,2	14	415	8
ausgeschlossen	22	2,4	5,2	0	16	9
nicht erreicht	21	2,1	1,7	0	5	10
hat abgelehnt	11	1,1	1,4	0	4	10
eingeschlossen	41	4,7	2,0	2	9	9

Quelle: IGES; Angaben der Prüferinnen und Prüfer
Anmerkung: n = Anzahl der Pflegedienste

In den Feedback-Veranstaltungen wurde sowohl von den Vertreterinnen und Vertretern der Pflegedienste als auch der Prüfteams angesprochen, dass es insb. im Bereich der Kinder- und Jugend-Intensivpflege sehr schwierig sei, die Klienten vormittags zu kontaktieren, da sie meist in der Schule sind – in einem Fall wurde dann erneut eine Stichprobe gezogen und die Familien wurden nachmittags angerufen. In einem anderen Fall hatte der Pflegedienst schon vorab die Familien informiert, auf diese Weise konnte die Stichprobe problemlos realisiert werden. Das Thema der Erreichbarkeit der Klientinnen und Klienten sei aber nicht neu, das müsse flexibel in der Organisation gehandhabt werden.

Auf der Liste der **PHKP-Pflegedienste** standen insgesamt 629 Personen. Tabelle 24 zeigt die Anzahl der für die Ziehung der Stichprobe betrachteten Personen. Von ihnen wurden 15,6 % (n = 98) kontaktiert (Summe der Anteile nicht erreichter, ablehnender Personen und eingeschlossener Personen). Bei den Prüfungen konnten insgesamt 33 Personen in die Stichprobe einbezogen werden. In vier Pflegediensten wurden elf versorgte Personen aufgrund bestimmter Ausschlusskriterien von vornherein von der Prüfung ausgeschlossen. In einem Pflegedienst erfolgte kein Ausschluss vorab. In zwei Pflegediensten konnten je zwei Personen nicht erreicht werden, in den anderen drei Pflegediensten traf dies auf vier bzw. elf und zwölf Personen zu. Insgesamt 34 Personen lehnten die Teilnahme an der Prüfung ab (zwischen zwei und 15 Personen je Pflegedienst).

Auch bei den PHKP-Diensten wurde in den Feedback-Runden die z. T. schwierige Erreichbarkeit von Klientinnen und Klienten sowie deren mangelnde Teilnahmebereitschaft thematisiert. Hier wurde die Erfahrung gemacht, dass die Akzeptanz bei den Klientinnen und Klienten höher war, wenn der Pflegedienst die Informationen weitergegeben hat. Daher wurden von Seiten einer Prüferin vorgeschlagen, dass die Bezugspersonen der Klientinnen und Klienten mit PHKP-Leistungen nach Möglichkeit das Einverständnis zur Teilnahme einholen sollten. Weiterhin wurde angemerkt, dass bei großen Pflegediensten das Einzugsgebiet entsprechend groß sei

und es daher fraglich wäre, ob wegen der entsprechend langen Anfahrtswege die Prüfungen an einem oder zwei Tagen zu schaffen seien.

Tabelle 24: Anzahl der für die Ziehung der Stichprobe betrachteten Personen (PHKP)

Anzahl Personen	Summe	M	SD	Min	Max	n
insgesamt auf Liste; davon ...	629	125,8	50,8	77	200	5
ausgeschlossen	11	2,2	1,9	0	5	5
nicht erreicht	31	6,2	4,9	2	12	5
hat abgelehnt	34	6,8	5,2	2	15	5
eingeschlossen	33	6,6	2,3	4	9	5

Quelle: IGES; Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: n = Anzahl der Pflegedienste

3.2.3.2 Anzahl der Personen in den Stichproben und Zugehörigkeit zu einzelnen Gruppen

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt erwähnt, wurden insgesamt 41 versorgte Personen in die Prüfung der **AKI-Pflegedienste** einbezogen. Bei allen Personen lag eine Verordnung über außerklinische Intensivpflege (§ 37c SGB V) vor. Die folgende Tabelle 25 zeigt die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Personen. Insgesamt wurden 19 Personen mit AKI beatmet, je Pflegedienst variierte die Anzahl zwischen null und vier Personen. Zudem wurden 22 Personen mit AKI ohne Beatmung in die Prüfung einbezogen, je Pflegedienst waren es zwischen einer und vier Personen. In einem Pflegedienst wurden sechs Personen ohne AKI miteinbezogen. Die Versorgten wiesen verschiedene Pflegegrade (PG) auf: Zwei Personen hatten PG 2 (4,9 %), drei Personen PG 4 (7,3 %) und 36 Personen PG 5 (87,8 %).

Tabelle 25: Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Personen nach Gruppen (AKI)

Anzahl Personen	Summe	M	SD	Min	Max	n
Personen mit AKI ohne Beatmung	22	2,4	1,0	1	4	9
Personen mit AKI und Beatmung	19	1,9	1,1	0	4	10
Personen mit PHKP	0	0,0	0,0	0	0	6
Personen ohne AKI und ohne PHKP	6	0,9	2,3	0	6	7

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer
Anmerkung: n = Anzahl der Pflegedienste

Bei den Prüfungen der **PHKP-Pflegedienste** konnten insgesamt 33 Personen in die Stichprobe einbezogen werden, darunter waren 16 Personen mit PHKP (48,5 %). In drei Diensten wurden auch insgesamt 17 Personen ohne PHKP in die Stichprobe eingeschlossen. Die Anzahl der Personen, die in die Prüfung einbezogen wurden, sind in der nachfolgenden Tabelle 26 abgebildet. Die Versorgten wiesen zudem verschiedene Pflegegrade auf: Zehn Personen (62,5 %) hatten (noch) keinen Pflegegrad, zwei Personen PG1 (12,5 %), drei Personen PG2 (18,7 %) und eine Person PG3 (6,3 %).

Tabelle 26: Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Personen nach Gruppen (PHKP)

Anzahl Personen	Summe	M	SD	Min	Max	n
Personen mit PHKP	16	3,2	1,5	1	5	5
Personen ohne AKI und ohne PHKP	17	3,4	3,1	0	6	5

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer
Anmerkung: n = Anzahl der Pflegedienste

3.2.4 Einhaltung des Stichprobenverfahrens

3.2.4.1 Spezialisierungsgrad der Pflegedienste und Art des angewandten Stichprobenverfahrens

Stichprobenverfahren der AKI-Pflegedienste

Für die Stichprobenziehung im Rahmen der Qualitätsprüfung werden, 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) AKI erbringen: **fünf Personen** mit AKI, davon mindestens **zwei Personen beatmet**;
- b. Spezialisierte Pflegedienste, die überwiegend AKI erbringen (bei mehr als 50 % und bis maximal 90 % der vom Pflegedienst versorgten Personen): **fünf Personen** mit AKI, davon mindestens **zwei Personen beatmet** (plus zwei Personen ohne AKI);
- c. Pflegedienste, die AKI erbringen (bei mehr als 25 % bis maximal 50 % der vom Pflegedienst versorgten Personen): **drei Personen** mit AKI, davon mindestens **eine Person beatmet** (plus sechs Personen ohne AKI);
- d. Pflegedienste, die in vergleichsweise geringem Umfang AKI erbringen (bei bis zu 25 % der vom Pflegedienst versorgten Personen): **eine Person** mit AKI (plus acht Personen ohne AKI).

Das Vorgehen bei der Stichprobenziehung hing folglich davon ab, welcher Anteil der von dem Pflegedienst versorgten Personen AKI-Leistungen bezieht.

Alle zehn **AKI-Pflegedienste** gaben an, dass die Prüferinnen und Prüfer ihnen mitgeteilt haben, von welchem Anteil an versorgten Personen mit AKI-Leistungen sie bei der Stichprobenziehung ausgegangen sind. Alle Pflegedienste gaben an, dass der ermittelte Anteil durch die Prüfteams für sie nachvollziehbar ist.

Die Prüfteams der **AKI-Pflegedienste** wurden gefragt, welches Stichprobenverfahren in den Qualitätsprüfungen zum Einsatz kam. Nach Angaben der Prüferinnen und Prüfer kam bei sieben Pflegediensten das Verfahren a zum Einsatz, d. h. mehr als 90 % der vom Pflegedienst versorgten Personen erhalten AKI. Bei zwei Pflegediensten kam das Verfahren c zum Einsatz, d. h. mehr als 25 % und bis maximal 50 % der vom Pflegedienst versorgten Personen erhalten AKI. Das Verfahren d kam bei einem Pflegedienst zum Einsatz, d. h. bis zu 25 % der vom Pflegedienst versorgten Personen erhalten AKI.

Für acht Pflegedienste war es nach Angaben der Prüfteams sehr leicht zu ermitteln, welches Stichprobenverfahren anzuwenden ist. Für ein Prüfteam war die Ermittlung eher leicht. Ein weiteres Prüfteam gab „mäßig“ an mit folgender Begründung:

„Zwei Listen von versorgten Personen - 1 Liste SGB XI/SGB V/1 Liste SGB V, anteilig Personen doppelt auf den beiden Listen angegeben. Einschränkungen, Mobilität und Kognition auf Listen vorhanden, aber keine Subgruppenbildung erfolgt, Liste nach Pflegegraden sortiert. Subgruppe A und B nicht ausreichend besetzt, Austauschregel zur Anwendung gekommen.“

Stichprobenverfahren der PHKP-Pflegedienste

Für die Stichprobenziehung im Rahmen der Qualitätsprüfung für PHKP werden, 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) psychiatrische

- häusliche Krankenpflege erbringen: Aufnahme von **fünf Personen** mit PHKP ohne Erstverordnung,
- b. Spezialisierte Pflegedienste, die überwiegend psychiatrische häusliche Krankenpflege erbringen (bei mehr als 50 % und bis maximal 90 % der vom Pflegedienst versorgten Personen): Aufnahme von **sieben Personen**, darunter **fünf Personen** mit PHKP ohne Erstverordnung,
 - c. Pflegedienste, die in größerem Umfang psychiatrische häusliche Krankenpflege erbringen (bei mehr als 25 % bis maximal 50 % der vom Pflegedienst versorgten Personen): Stichprobe von **neun Personen**, darunter drei Personen PHKP ohne Erstverordnung,
 - d. Pflegedienste, die in vergleichsweise geringem Umfang psychiatrische häusliche Krankenpflege erbringen (bei bis zu 25 % der vom Pflegedienst versorgten Personen): Stichprobe von **neun Personen**, darunter eine Person PHKP ohne Erstverordnung.

Das Vorgehen bei der Stichprobenziehung hing somit davon ab, welcher Anteil der von dem Pflegedienst versorgten Personen PHKP-Leistungen bezieht.

Nach Angaben der **PHKP-Pflegedienste** wurde in allen Fällen von den Prüferinnen und Prüfern mitgeteilt, von welchem Anteil an versorgten Personen mit PHKP-Leistungen sie bei der Stichprobenziehung ausgegangen sind (n = 5). Für alle fünf Pflegedienste war der durch die Prüfdienste ermittelte Anteil nachvollziehbar.

Nach Angaben der Prüferinnen und Prüfer kam in zwei Pflegediensten das Verfahren a zum Einsatz, d. h. mehr als 90 % der vom Pflegedienst versorgten Personen erhalten PHKP, bei zwei Pflegediensten kam Verfahren b zum Einsatz, d. h. mehr als 50 % und bis maximal 90 % der vom Pflegedienst versorgten Personen erhalten PHKP. Das Verfahren d wurde in einem Pflegedienst eingesetzt, d. h. bis zu 25 % der vom Pflegedienst versorgten Personen erhalten PHKP. Für vier Prüfteams war die Ermittlung des Stichprobenverfahrens leicht, für ein Prüfteam hingegen nur mäßig. Folgende Schwierigkeit bestand bei diesem Pflegedienst:

„Die Listen waren nicht gemäß der Verfahrensanweisung vorbereitet. Die Anzahl der Personen mit Sachleistungen, SGB V Leistungen mussten während der Prüfung mehrfach korrigiert werden.“

Ergänzend wurde von einem Prüfdienst in der Feedback-Veranstaltung angemerkt, dass Schwierigkeiten bei der Erstellung der Liste ein „generelles Problem auch bei anderen Qualitätsprüfungen“ seien. Selbst wenn das Vorgehen bei Ankündigung der Prüfung noch einmal erläutert würde, funktioniere es häufig nicht. Andere Prüfdienste konnten diese Erfahrung nicht bestätigen – eine qualifizierte Ankündigung der Prüfung würde dazu führen, dass die Listen gut vorbereitet sind.

3.2.4.2 Umsetzbarkeit des Stichprobenverfahrens

Umsetzung bei AKI-Pflegediensten

In fünf von zehn Pflegediensten kam die nur für die Pilotierung geltende Regel zum Einsatz, dass die Stichprobenziehung fortzusetzen ist, bis mindestens drei Personen mit AKI in die Stichprobe aufgenommen wurden oder alle in Frage kommenden Personen kontaktiert wurden. In acht Pflegediensten konnte die Stichprobenziehung ansonsten wie vom neuen Prüfverfahren vorgesehen umgesetzt werden.

Abweichungen in den beiden übrigen Diensten waren:

- ◆ Angaben zu AKI/PHKP lagen nicht vollständig vor (n = 1),
- ◆ ersatzweise Ziehung konnte nicht durchgeführt werden (n = 1),
- ◆ Angaben zu Mobilität/Kognition lagen nicht vor (n = 2).

In einer Freitextantwort wurde zudem von einem Pflegedienst folgende Abweichung berichtet:

„Der Anteil der intensivpflegerischen Versorgungen lag bei 4,81 % (5 Personen), so dass keine Zufallsauswahl möglich war. Es konnte keine Liste der versorgten Personen (ohne AKI) mit Zuordnung der Merkmale A, B, C vorgelegt werden. Die vorgelegten Aufstellungen der versorgten Personen ermöglichten unter Mitwirkung der verantwortlichen Pflegefachkraft die Auswahl entsprechend der Merkmale B und C. Die Auswahl der Personen mit dem Merkmal A erfolgte ersatzweise aus den Personen mit dem Merkmal C.“⁸

Zudem wurden die Pflegedienste danach gefragt, ob die gewünschte Stichprobengröße in ihrem Pflegedienst erreicht wurde. In acht Pflegediensten konnte die gewünschte Stichprobengröße erreicht werden, in einem Pflegedienst nicht. Ein Pflegedienst machte keine Angabe. Ein Pflegedienst gab als Grund an, weshalb die gewünschte Stichprobe nicht erreicht wurde:

„Eltern sind gegenüber diesen Qualitätsprüfungen skeptisch bis ängstlich. Faktoren wie Ferienzeiten, Schule, Kita und Tagesförderstätte erschweren die Stichprobe. Hohes Pensum an Therapien und Arztbesuchen sorgen bei Eltern ebenfalls zu Ablehnung dieser Besuche, aufgrund der Überforderung für das Kind bzw. die Familien.“

Ein Pflegedienst wies in der Feedback-Veranstaltung darauf hin, dass es künftig infolge des erfolgreichen Weanings (Entwöhnung vom Beatmungsgerät) immer weniger beatmete Personen mit AKI geben werde, was es erschweren könnte, den Anteil beatmeter Personen in der Stichprobe zu erreichen.

Neun der zehn Pflegedienste gaben an, dass das Prüfteam bei allen Personen mit AKI, die in die Stichprobe aufgenommen wurden, eine Inaugenscheinnahme

⁸ Die Zuordnung zu „A, B, C“ bezieht sich auf die Einteilung der Klientinnen und Klienten in Subgruppen bezgl. der Merkmale Mobilität und kognitive Fähigkeiten (siehe Erläuterungen auf S. 41).

durchführte. Ein Pflegedienst verneinte dies mit dem Grund, dass die Zustimmung der Angehörigen/Betreuerinnen und Betreuer oder auch Klientinnen und Klienten fehlte.

Umsetzung bei PHKP-Pflegediensten

In vier von fünf Diensten kam die nur für die Pilotierung geltende Regel zum Einsatz, dass die Stichprobenziehung fortzusetzen ist, bis mindestens drei Personen mit PHKP in die Stichprobe aufgenommen werden konnten. Ansonsten konnte die Regel in allen fünf Diensten wie vom neuen Prüfverfahren vorgesehen umgesetzt werden. In Hinblick auf die gewünschte Stichprobengröße gaben drei von fünf Pflegediensten an, dass diese erreicht wurde, zwei Pflegedienste erreichten hingegen nicht die gewünschte Anzahl. Beide Pflegedienste gaben an, dass viele Patientinnen und Patienten abgesagt haben, bei einem Pflegedienst lag dies an den Besuchszeiten der Prüfteams:

„Uhrzeit für Patienten zu früh (Besuchszeiten ab spätem Vormittag erwünscht), spontane Kontaktaufnahme mit Ankündigung der Prüfer überforderte die Patienten, deshalb Ablehnung.“

Bei vier von fünf Pflegediensten führte das Prüfteam nach Angaben der Pflegedienste bei allen in die Stichprobe aufgenommenen Personen mit PHKP eine Inaugenscheinnahme durch. Bei einem Pflegedienst war eine Inaugenscheinnahme nicht möglich, da die Patientinnen und Patienten abgelehnt haben.

3.2.4.3 Anmerkungen der Pflegedienste und Prüfteams

Die Pflegedienste und Prüfteams hatten die Möglichkeit, zusätzliche Anmerkungen zu ihren Erfahrungen mit dem neuen Stichprobenverfahren und Erstellung der Liste der versorgten Personen zu dokumentieren.

Anmerkungen der AKI-Pflegedienste

In Bezug auf die Liste der versorgten Personen gab es von den Pflegediensten fünf Anmerkungen. Davon wird in vier Anmerkungen auf einen höheren zeitlichen Aufwand hingewiesen, der insbesondere durch die noch fehlende Erfassung der Kriterien in der Software zum Tragen kommt. So gab ein Pflegedienst an:

„Der deutlich höhere Zeitaufwand wird sich erst dann relativieren, wenn die Softwareanbieter die Erfassung der Kriterien in das Programm aufgenommen haben und eine entsprechende Auswertung möglich ist.“

Ein weiterer Pflegedienst hob ebenfalls den zeitlichen Mehraufwand hervor: *„[...] Eine tabellarische Auflistung der Angaben, wie es zur Pilotierung gefordert wurde, ist absolut nicht praktisch und frisst unglaublich viel Zeit. Die Nutzung der Software, wie bisher ist ebenso praktikabel, enthält alle geforderten Angaben und sollte so weitergeführt werden. Dies wurde auch so mit den Prüferinnen des MD besprochen.“*

Ein Pflegedienst hat bezüglich der Erreichbarkeit der versorgten Personen positive Erfahrungen gemacht:

„Es wurden mehr zu Versorgende erfasst, da Schul-, Kita- und Tagesförderstätten-Besucher am Nachmittag in der Häuslichkeit aufgesucht werden sollten.“

Bezüglich der Stichprobenziehung gab ein Pflegedienst an, dass das Stichprobenverfahren „zu kompliziert und nicht praktikabel“ sei.

Anmerkungen der AKI-Prüfteams

Zur Liste der versorgten Personen machten die Prüfdienste unterschiedliche Erfahrungen. Ein Prüfdienst gab an, dass die Einrichtungsvertreter ihnen mitteilten, dass die Schulung zur Erstellung der Liste teilweise nicht ganz nachvollziehbar war (u. a. Subgruppen). In einem anderen Fall lagen zwei Listen vor, eine mit Personen, die nach SGB XI und eine für Personen, die nach SGB V versorgt wurden. Ein Prüfdienst meldete, dass Infos zur Kognition und Mobilität vorlagen, die Liste jedoch nicht wie vorgesehen ausgefüllt war. Eine Anmerkung bezog sich darauf, dass die Stichprobenziehung viel Zeit in Anspruch nahm, trotz eines gut aufgestellten Pflegedienstes.

Bezüglich der Stichprobenziehung gaben die Prüferinnen und Prüfer mehrheitlich an, dass diese zeitaufwendiger sei und zukünftig durch eine angepasste Software beschleunigt werden könne. Zudem werde den Prüferinnen und Prüfern zufolge der zukünftige Zeitaufwand davon abhängen, wie gut der Pflegedienst aufgestellt und vorbereitet sei. Drei Angaben bezogen sich darauf, dass der Aufwand möglicherweise zunächst höher sein wird, bis die Einrichtungen die Aufstellung der Listen verinnerlicht hätten und es ihnen gelinge, eine Liste der versorgten Personen mit den entsprechenden Merkmalen zu erstellen.

Eine Anmerkung bezog sich auf eine Formulierung in der Stichprobenbeschreibung:

„Die Formulierung der Stichprobenziehung in der Verfahrensbeschreibung ist nicht eindeutig getroffen: Ich sehe einen Widerspruch unter 1. zwischen Absatz/Punkt 3 auf Seite A-24 und Absatz/Punkt 4 Seite A-24. Ist das Ziehen von insgesamt 10 Personen nun abschließend oder erweitert man die Teilstichprobe 1 so lange, bis 2 Personen einwilligen?“

Anmerkungen der PHKP-Pflegedienste

Ein Pflegedienst gab zur Liste der versorgten Personen an, dass es Unklarheiten bzgl. der Auflistung weiterer SGB V-Leistungen gab (z. B. Soziotherapie, Ergotherapie), die nicht vom Pflegedienst erbracht werden. Ein weiterer Pflegedienst machte die Anmerkung, dass regional bedingte Anfahrtswege, die über eine Stunde Fahrt bedingen, nicht automatisch ausgegeben werden konnten. Ein anderer Hinweis bezog sich darauf, dass sprachliche Fähigkeiten der Klientinnen und Klienten in der Liste mit aufgenommen werden sollten.

In Bezug auf die Stichprobenziehung schilderte ein Pflegedienst zeitliche Probleme bei der Durchführung der Prüfungen, die berücksichtigt werden sollten:

„Einige im Rahmen der Stichprobe ausgewählten Patienten konnten nicht angefahren werden, da die Anfahrtswege bzgl. des Zeitraums der Prüfung nicht an einem

Tag realisierbar waren. Die Stichprobe musste neu ermittelt werden, obwohl Patienten mit über einer Stunde Anfahrtsweg markiert wurden, da die Wege zwischen den gezogenen Patienten zu weit gewesen wären.“

Ein Pflegedienst gab die Empfehlung, vorab ein Rundschreiben mit Informationen und Ankündigung der Prüfung bzw. Inaugenscheinnahme an die Patientinnen und Patienten zu schicken.

Anmerkungen der PHKP-Prüfteams

In Bezug auf die Liste der versorgten Personen gab es seitens der Prüfdienste vier Anmerkungen. In drei wurde auf verschiedene Schwierigkeiten bei der Erstellung der Liste hingewiesen:

„Die Merkmalskombinationen waren nicht eindeutig auszulesen, hier fand die Auswahl nach mündlicher Absprache mit der Pflegedienstleitung statt.“

„Es gab zwei Listen. Die erste Liste enthielt ausschließlich Personen mit PHKP-Leistungen sowie die Angabe von Personen mit Erstverordnungen. Auf der zweiten Liste standen Personen mit Leistungen nach SGB XI und SGB V mit Angabe des Pflegegrades. Die zu benennenden Merkmale Einschränkung in Mobilität und Kognition waren auf der zweiten Liste nicht ausgewiesen und mussten noch bestimmt werden. Hinweise, dass die Personen in den Subgruppen Sachleistungen nach SGB XI erhalten, wäre wünschenswert.“

„Es wäre hilfreich und zeitsparend, wenn der ambulante Pflegedienst bereits die Einteilung in die Subgruppen vornimmt. Zudem sollten die ambulanten Pflegedienste dazu informiert werden, inwieweit Beeinträchtigungen/ Einschränkungen relevant sind, damit eine Beeinträchtigung in Mobilität und/oder Kognition vorliegt.“

Ein Prüfdienst gab an, dass es sich als hilfreich erwiesen habe, dem Pflegedienst bereits bei der Ankündigung eine konkrete Information über die Stichprobenliste zu geben. Individuelle Fragestellungen konnten auf diese Weise bereits bei der Ankündigung geklärt werden.

Zum Stichprobenverfahren gab es von den Prüferinnen und Prüfern zwei Hinweise. In einem Fall konnte die Stichprobenziehung in der Somatik nur teilweise nach den Vorgaben erfolgen, da die Merkmalskombinationen fehlten. Ein Prüfdienst wies darauf hin, dass der Erfolg des Verfahrens davon abhängt, wie gut die versorgten Personen oder Bevollmächtigten telefonisch erreichbar sind.

3.3 Verteilung der Qualitätsaspekte und Bewertungskategorien

3.3.1 Qualitätsaspekt „außerklinische Intensivpflege“

Es wurden insgesamt 41 personenbezogene Prüfungen mit Bewertung des Qualitätsaspektes AKI vorgenommen. Für diese 41 Personen waren zusätzlich folgende Leistungen vereinbart bzw. verordnet:

Tabelle 27: Übersicht zur Häufigkeit weiterer Leistungen

Leistung	Anzahl mit Verordnung	Anzahl ohne Verordnung
Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI	30 (73,2 %)	11 (26,8 %)
häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)	-	41 (10 %)
weitere Verordnungen für häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V), darunter:	10 (24,4 %)	31 (75,6 %)
<i>Absaugen</i>	8 (19,5 %)	
<i>Bedienung und Überwachung Beatmungsgerät</i>	6 (14,6 %)	
<i>Blasenspülung</i>	3 (7,3 %)	
<i>Blutdruckmessung</i>	4 (9,8 %)	
<i>Blutzuckermessung</i>	1 (2,4 %)	
<i>Einlauf/Klistier/Klyisma/digitale Enddarmausräumung</i>	2 (4,9 %)	
<i>Flüssigkeitsbilanzierung</i>	2 (4,9 %)	
<i>Inhalation</i>	9 (22,0 %)	
<i>Injektionen</i>	2 (4,9 %)	
<i>Katheter, Versorgung eines suprapubischen</i>	2 (4,9 %)	
<i>Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins</i>	1 (2,4 %)	
<i>Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)</i>	8 (19,5 %)	

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Für 21 Personen (51 %) mit AKI wurde als Bewertung für den Qualitätsaspekt AKI ein A vergeben, für fünf Personen (12 %) ein B, für zehn Personen (24 %) ein C und in fünf Fällen (12 %) die Bewertung D (vgl. Tabelle 28).

Tabelle 28: Verteilung der Einzelbewertungen (AKI)

Bewertung	Anzahl (n)	Anteil (%)
A Keine Auffälligkeiten oder Defizite	21	51,2 %
B Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen	5	12,2 %
C Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person	10	24,4 %
D Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person.	5	12,2 %
Gesamt	41	100,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: Anzahl der personenbezogenen Prüfungen = 41

Für die 20 Personen mit B-, C- bzw. D-Bewertung sollten die Prüferinnen und Prüfer Begründungen angeben. Folgende Aussagen wurden getroffen:

- ◆ In fünf Fällen wurden von den Prüferinnen und Prüfern Unstimmigkeiten zwischen ärztlicher Anordnung, tatsächlicher Sachlage/Durchführung vor Ort und der Pflegedokumentation angemerkt.
- ◆ In drei Fällen wurde die Durchführung der Versorgung mit einer Trachealkanüle bemängelt.
- ◆ In zwei Fällen (C) waren regelmäßige Wechsel des Sprechaufsatzes noch nicht auf dem Hygiene- und Systemwechselplan erfasst.
- ◆ In sechs Fällen ging es um einen nicht fachgerechten Umgang mit Medikamenten (z. B. waren die Bedarfsmedikamente nicht auf dem Medikamentenplan verzeichnet, Gabe der Bedarfsmedikation sollte mit dem Hausarzt besprochen werden, was bis zum Prüftag nicht erfolgte, für die verabreichte Bedarfsmedikation lag am Prüftag keine Indikationsstellung vor).
- ◆ Viermal war die Durchführung der Inhalation nicht nachvollziehbar, einmal lag kein individueller Notfallplan vor.
- ◆ In weiteren Fällen wurde bemängelt, dass ein Anbruchs- bzw. Verfallsdatum für eine Reinigungslösung, Salbe oder Inhalationslösung nicht hinterlegt war.

Die folgende Tabelle 30 zeigt, wie sich die Bewertungen des Qualitätsaspekts AKI auf die einzelnen Pflegedienste verteilen. In vier Pflegediensten konnten alle geprüften Personen mit A bewertet werden. Bei drei Pflegediensten überwogen die Bewertungen C und D.

Tabelle 29: Verteilung der Einzelbewertungen nach Pflegedienst (AKI)

Dienst	Anzahl A	Anzahl B	Anzahl C	Anzahl D
1	0	2	0	0
2	0	0	4	1
3	0	0	2	3
4	0	1	3	1
5	3	0	0	0
6	5	0	0	0
7	5	0	0	0
8	2	0	1	0
9	5	0	0	0
10	1	2	0	0

Quelle: IGES, Angaben der Prüfer

Anmerkung: Anzahl der personenbezogenen Prüfungen = 41

Die Gesamtbewertung der Pflegedienste für den Qualitätsaspekt „außerklinische Intensivpflege“ wurde entsprechend der Vorgaben des Verfahrens (vgl. Büscher et al., 2023, Anhang A, Anlage B, S. A-39) durch IGES im Rahmen der Erstellung der Prüfberichte vorgenommen. Im Ergebnis erhielten sieben Pflegedienste mit AKI die bestmögliche Gesamtbewertung (keine oder geringe Qualitätsdefizite) und drei Pflegedienste die schlechteste Bewertung (schwerwiegende Qualitätsdefizite).

Tabelle 30: Ergebnisse der Gesamtbewertungen der Pflegedienste mit AKI

	Keine oder geringe	Moderate	Erhebliche	Schwerwiegende
	Qualitätsdefizite			
Anzahl Pflegedienste	7	-	-	3

Quelle: IGES

Die Prüferinnen und Prüfer sollten angeben, ob im Rahmen der aktuellen Prüfung insgesamt klar war, wie der Qualitätsaspekt AKI zu prüfen ist. Von den insgesamt 20 Prüferinnen und Prüfern antworteten vier (20 %) mit „ja, voll und ganz“; elf (55 %) mit „eher ja“ und fünf (25 %) mit „teils, teils“.

Unklar war nach Angaben von zwei Prüferinnen bzw. Prüfern, „*wie aus vielen positiven Aspekten und einigen Defiziten eine Gesamtbewertung ausformuliert werden kann.*“ Weiterhin wurde zur Leitfrage 6 „Entspricht die AKI dem aktuellen Stand des Wissens?“ angemerkt, dass eine differenzierte Ausfüllanleitung zu den zu

prüfenden Sachverhalten wünschenswert sei, da es sonst abhängig von der pflegfachlichen Expertise der Prüferinnen und Prüfer zu einem unterschiedlichen Vorgehen bzgl. der inhaltlichen Prüfung sowie zur Bewertung des Qualitätsaspektes kommen könne.

In acht (19,5 %) von 41 Fällen fanden es die Prüferinnen und Prüfer sehr leicht, die Bewertung für den Qualitätsaspekt AKI vorzunehmen, in 23 Fällen (56,1 %) eher leicht. In sechs Fällen (14,6 %) bewerteten die Prüferinnen und Prüfer dies mit „mäßig“ und in knapp 10 % aller Fälle (vier Fälle) fanden sie es eher schwierig, die Bewertung A, B, C oder D für den Qualitätsaspekt AKI vorzunehmen.

Bewertungsschwierigkeiten wurden für zehn Prüfungen bei Personen mit AKI kommentiert. Davon kreisten acht Kommentare um das Thema „Schwierigkeit bei der Vergabe einer Gesamtbewertung“, wie die folgenden Zitate beispielhaft verdeutlichen:

„Es gab es bei der versorgten Person nur eine Auffälligkeit. Da es sich um eine fehlende ärztliche Anordnung im Zusammenhang mit der invasiven Beatmung handelte kam es zu einer "D" Bewertung. Auf der anderen Seite gab es gut gelöste Aspekte, die nun nicht berücksichtigt wurden. Der pflegerische Zustand der versorgten Person war einwandfrei, es bestand eine hohe Zufriedenheit.“

„Bei einer 24 Stunden lang beatmeten versorgten Person, bei welcher die sonstige (intensiv-)pflegerische Versorgung optimal läuft, ist es in meinen Augen unverhältnismäßig aufgrund von Bedarfsmedikamenten eine C-Bewertung zu vergeben. Aber per Definition ist es so. Schwierigkeit bei der Bewertung ist somit der "innere Konflikt" die Versorgungsqualität angemessen zu bewerten.“

Auch in den Feedback-Gesprächen wurde sowohl von den Pflegediensten als auch den Prüfteams intensiv diskutiert, dass ein übergreifendes Gesamturteil den vielfältigen Sachverhalten der Intensivpflege nicht gerecht werde und die Leitfragen zu allgemein formuliert seien. Einzelne Vertreterinnen bzw. Vertreter der Pflegedienste machten deutlich, dass ein negatives Gesamturteil für den Pflegedienst aufgrund eines einzelnen Defizits die ansonsten gute Versorgung (wie in der Vergangenheit attestiert) nicht widerspiegele. Einige waren der Ansicht, dass die Einschätzungen von den Prüferinnen und Prüfern „nach Gutdünken“ vorgenommen werden könnten bzw. dass durch das neue Verfahren „zukünftig alles noch prüferabhängiger sei“. Dies stelle im Vergleich zu den vorherigen Prüfungen eine Verschlechterung dar.

In der Diskussion mit den Prüferinnen und Prüfern wurde deutlich, dass die Prüfteams bei der Gesamtbewertung unterschiedlich vorgegangen sind: Z. B. schilderte ein Team, wenn einzelne Aspekte ein C waren, wurden sie dann vor dem Hintergrund der gesamten Versorgungssituation bewertet und wenn diese insgesamt „kein Risiko“ erkennen ließ, wurde insgesamt ein B vergeben. Andere Prüfteams haben in einer vergleichbaren Situation ein C vergeben und waren der Auffassung, dass dies einer korrekten Auslegung der Verfahrensanleitung entspreche. Einige Prüferinnen und Prüfer sind der Ansicht, dass Defizite in der Pflege nicht erst zu Schadensereignissen führen sollten und dass gem. Prüfrichtlinie eine „nicht

bedarfsgerechte bzw. eine nicht der ärztlichen Verordnung entsprechende Versorgung“ mit D zu bewerten sei.

In der Feedback-Veranstaltung mit den AKI-Prüfteams wurde die Intention des Verfahrens nochmals erläutert: Eine klare Regel für das Vorgehen bei der Gesamtbewertung könne es aufgrund der Vielfalt der Konstellationen in der Praxis nicht geben. Grundsätzlich sei bei festgestellten Mängeln zunächst zu hinterfragen, ob das Problem dem Pflegedienst anzulasten ist oder nicht und ob dieser wie fachlich geboten reagiert habe. Dabei seien mehrere Quellen zu nutzen (Pflegedokumentation, Fachgespräch, ggf. Gespräch mit den Angehörigen etc.). Könne die Situation nicht erklärt werden, sei zu prüfen, ob ein Risiko für die versorgte Person bestehe und wenn dies der Fall ist, sei ein C zu vergeben. Dabei sei zu begründen, worin die negative Folge besteht. Eine D-Bewertung muss erfolgen, wenn ein Schaden eingetreten ist.

Einigkeit herrschte in den Feedback-Runden darüber, dass es erforderlich sei, für die Qualitätsprüfungen in Pflegediensten mit AKI möglichst Prüferinnen und Prüfer mit Erfahrungen bzw. nach umfassender Schulung im Bereich AKI einzusetzen. Einmalige Schulungen der Prüferinnen und Prüfer würden nicht ausreichen – es bedürfe regelmäßiger Nachschulungen zu den aktuellen Entwicklungen. Weiterhin wurde eine Vorgabe, was hier als aktueller Stand des Wissens zugrunde gelegt werden soll (Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR), S2-Leitlinien, ...) gewünscht.

3.3.2 Qualitätsaspekt „psychiatrische häusliche Krankenpflege“

Es wurden insgesamt 16 personenbezogene Prüfungen mit Bewertung des Qualitätsaspektes PHKP vorgenommen. Für diese 16 Personen waren zusätzlich lediglich bei einer Person (6,3 %) Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI vereinbart, Verhinderungspflege oder Verordnungen für häusliche Krankenpflege lagen bei keiner Person vor.

Für sieben Personen (44 %) mit PHKP wurde als Bewertung ein A vergeben, für sechs Personen (37 %) ein B und in drei Fällen (19 %) die Bewertung C (vgl. Tabelle 31).

Tabelle 31: Verteilung der Einzelbewertungen (PHKP)

Bewertung	Anzahl (n)	Anteil (%)
A Keine Auffälligkeiten oder Defizite	7	43,7 %
B Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen	6	37,5 %
C Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person	3	18,8 %
D Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person.	0	0,0 %
Gesamt	16	100,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: Anzahl der personenbezogenen Prüfungen n = 16

Für neun Personen mit B- bzw. C-Bewertung sollten Begründungen angegeben werden. In sechs Fällen wurde von den Prüferinnen und Prüfern angemerkt:

„Die vorliegende Maßnahmenplanung ist nicht in allen Aspekten individuell auf die versorgte Person angepasst. Die Maßnahmen sind entsprechend dem individuellen Bedarf der versorgten Person durchgeführt.“

In einem Fall wurde bemängelt, dass bei einer Person mit schwerer depressiver Episode in der Pflegedokumentation bisher keine Einschätzung bzw. Angaben/Risiko zur Suizidalität erfolgte. In zwei Fällen wurden Risiken (z. B. erhebliche Sturzgefahr, Suizidalität) durch den Pflegedienst bisher nicht wahrgenommen bzw. erfasst, Beratungen diesbezüglich waren nicht ersichtlich und der Umgang mit bestehenden Risiken und Gefahren bei der versorgten Person war im Rahmen der Prüfung nicht nachvollziehbar.

Die folgende Tabelle 32 zeigt, wie sich die Bewertungen des Qualitätsaspekts PHKP auf die einzelnen Pflegedienste verteilen. Bei einem Pflegedienst konnten alle geprüften Personen mit A, bei zwei weiteren alle mit B bewertet werden. Die anderen beiden Pflegedienste hatten A und C-Bewertungen.

Tabelle 32: Verteilung der Einzelbewertungen nach Pflegedienst (PHKP)

Dienst	Anzahl A	Anzahl B	Anzahl C	Anzahl D
1	4	0	0	0
2	2	0	1	0
3	1	0	2	0
4	0	5	0	0
5	0	1	0	0

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: Anzahl der personenbezogenen Prüfungen n = 16

Die Gesamtbewertung der Pflegedienste für den Qualitätsaspekt wurde nach den Vorgaben des Verfahrens durch IGES im Rahmen der Erstellung der Prüfberichte vorgenommen (vgl. Büscher et al., 2023 Anhang A, S. A-34). Im Ergebnis erhielten vier Pflegedienste mit PHKP die bestmögliche Gesamtbewertung (keine oder geringe Qualitätsdefizite) und ein Pflegedienst die Bewertung „erhebliche Qualitätsdefizite“.

Tabelle 33: Ergebnisse der Gesamtbewertungen der Pflegedienste mit PHKP

	Keine oder geringe	Moderate	Erhebliche	Schwerwiegende
	Qualitätsdefizite			
Anzahl Pflegedienste	4		1	

Quelle: IGES

Die Prüferinnen und Prüfer sollten angeben, ob im Rahmen der aktuellen Prüfung insgesamt klar war, wie der Qualitätsaspekt PHKP zu prüfen ist. Es stimmten zwei (22 %) Prüferinnen bzw. Prüfer „voll und ganz“ zu, vier (44 %) kreuzten „eher ja“ an und drei (33 %) Prüferinnen bzw. Prüfer wählten die Antwortoption „teils/teils“

In fünf (31,3 %) von 16 Fällen fanden es die Prüferinnen und Prüfer sehr leicht, die Bewertung für den Qualitätsaspekt PHKP vorzunehmen, in einem Fall (6,3 %) eher leicht. In acht Fällen (50 %) bewerteten die Prüferinnen und Prüfer dies mit „mäßig“ und in zwei Fällen (12,5 %) fanden sie es eher schwierig, die Bewertung A, B, C oder D für den Qualitätsaspekt PHKP vorzunehmen.

Bewertungsschwierigkeiten wurden für zehn Prüfungen bei Personen mit PHKP kommentiert. Die folgenden Zitate verdeutlichen beispielhaft, worin Schwierigkeiten bestanden:

„Die Maßnahmenplanung war eher allgemein gehalten, da nach Angaben der Einrichtungsvertretenden diese auch an die Krankenkasse übermittelt wird. Jedoch erfolgte die individuelle Planung der Maßnahmen tagesaktuell mit den versorgten Personen in den Pflegeberichten. Auch die Durchführung war hier eindeutig nachvollziehbar. Es erfolgte eine B-Bewertung, da ein individueller Maßnahmenplan nicht erstellt war.“ (Angabe für sechs Personen)

„In der vorliegenden Dokumentation ist nicht klar erkennbar, was die versorgte Person sich wünscht bzw. zulässt und wie sie auf Maßnahmen reagiert. Ob und welche Bewältigungsstrategien angewendet werden bzw. welche Auswirkungen/Reaktion diese haben, ist nicht nachvollziehbar.“

Für die Pflegedienste war die Bewertung des Qualitätsaspektes PHKP in der Regel nachvollziehbar. Ein Pflegedienst meldete in der Feedback-Veranstaltung zurück, dass sie die Hinweise der Prüferinnen und Prüfer zu Defiziten in der Maßnahmenplanung als hilfreich empfanden und die Pilotprüfung dazu beigetragen habe, die Arbeit künftig zu verbessern. Teilweise scheinen unterschiedliche fachliche Auffassungen zu bestehen, wie bei Klientinnen und Klienten mit PHKP Risiken zu

dokumentieren sind. Seitens der Pflegedienste bestand die Ansicht, dass die Prüferinnen und Prüfer über spezifisches Wissen zu PHKP verfügen müssten.

Seitens der Prüfteams wurde in der Feedback-Runde ergänzt, dass die Leitfragen sehr umfangreich sind, sodass es schwierig gewesen sei, sich vor Ort auf eine Sache zu konzentrieren. Ein Prüfdienst hatte anhand der Leitfragen vorab eine Art Leitfaden erstellt; sie konnten den Leitfaden aber dann nicht so verwenden wie gedacht, da *„die Dynamik der Prüfungen das nicht hergab“*. Ein anderer Prüfer merkte an, dass der zu prüfende Pflegedienst sehr gut aufgestellt war, sodass die Bewertung anhand des Gesamtbildes gut machbar war. Möglicherweise wäre dies anders gewesen, wenn Pflegedienst weniger strukturiert organisiert gewesen wäre. Andere Prüferinnen bzw. Prüfer fanden es schwierig, anhand von sieben Leitfragen zu einer Gesamtbewertung zu kommen. Die positiven Aspekte würden dabei untergehen.

Insgesamt wurden die Leitfragen als hilfreich für die Durchführung der Prüfungen eingeschätzt. Dennoch war es für einige Prüfteams schwer, die Pflegedienste einzuordnen. Die Prüfdienste berichten dabei von anfänglichen Schwierigkeiten. Mit der Zeit und Erfahrung könnte sich das aber ändern, *„wenn die Routine kommt.“*

3.3.3 Qualitätsaspekte in Prüfbereich 4

Der Bereich 4 enthält die Qualitätsaspekte 4.1 „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ und 4.2 „Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung“.

Gemäß Verfahrensanweisung gibt es in diesem Bereich keine substantiellen Abweichungen bei der Prüfung außerklinischer Intensivpflege von der Prüfung in anderen Versorgungskonstellationen. Für die Prüfung von PHKP-Pflegediensten entfällt eine gesonderte Bearbeitung der im Bereich 4 aufgeführten Qualitätsaspekte, da diese, um inhaltliche Überschneidungen zu vermeiden, in den Qualitätsaspekt PHKP integriert wurden.

Die Qualitätsaspekte im Bereich 4 wurden in allen 41 AKI-Prüfungen bewertet. Die Feststellung, ob in den personenbezogenen Prüfungen Auffälligkeiten in der Zusammenarbeit mit Angehörigen vorlagen, wurde in allen Fällen von den Prüferinnen und Prüfern als „sehr bzw. eher leicht“ empfunden (58,5 %, n = 24 – eher leicht, 41,5 %, n = 17 – sehr leicht). Als „Auffälligkeiten“ wurde in sechs Fällen genannt, dass die versorgte Person in einer Wohngemeinschaft lebe und daher (teilweise) keine Angehörigen involviert seien. Weiterhin wurde genannt:

„Da der Vater anwesend war und ein Gespräch möglich war.“

„Die Anleitung, Beratung und Schulung der Mutter im Gespräch während des Besuchs verifiziert. Die Mutter erläuterte eine hohe Zufriedenheit bei der Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst.“

„Die Ehefrau der versorgten Person übernimmt alle erforderlichen Aspekte der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und alle erforderlichen Maßnahmen im Bereich der Behandlungspflege. Der pflegerische Zustand der versorgten Person war

einwandfrei. Seitens der Ehefrau erfolgen immer wieder Abweichungen im Hinblick auf die vorliegenden ärztlichen Anordnungen (Beatmungsdauer et cetera). Durch die Mitarbeiter der ambulanten Pflegeeinrichtung erfolgt keine Dokumentation der "besonderen" Ereignisse, eine Kommunikation mit dem behandelnden Arzt ist ebenfalls nicht im erforderlichen Umfang nachvollziehbar.“

„Im Bereich der häuslichen Intensivkinderkrankenpflege hat das Gespräch mit den Eltern bzw. Angehörigen einen hohen Stellenwert.“

„Nach Angabe der begleitenden Pflegefachkräfte hat die Angehörige die Möglichkeit in der Wohngemeinschaft zu übernachten und dann beispielsweise die Versorgung teilweise zu übernehmen. Aufgrund der langen Erkrankung der versorgten Person sei die Angehörige gut informiert. Die Informationen hierzu ergaben sich aus dem Fachgespräch, Angehörige wurden nicht angetroffen und ausschließlich im Rahmen der Einverständniserklärung gesprochen.“

„Keine Auffälligkeiten. Mutter der versorgten Person ist Allgemeinmedizinerin und beschreibt die Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst höchst professionell.“

„Aus dem Fachgespräch lässt sich eine gute Zusammenarbeit mit Angehörigen ableiten. Aufgrund der Zustandsverschlechterung der versorgten Person im Verlauf der letzten Monate bestehe aktuell ein erhöhter Gesprächsbedarf.“

Die Feststellung, ob in den personenbezogenen Prüfungen Auffälligkeiten bezgl. des Qualitätsaspektes 4.2 „Erfassung von und Reaktionen auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung“ vorlagen, wurde in von den Prüferinnen und Prüfern in einem Fall (2,4 %) als eher schwierig empfunden, in vier Fällen (9,6 %) als „mäßig“, in 16 Fällen (39,0 %) als „eher leicht“ und in 20 Fällen (48,8 %) als „sehr leicht“ empfunden. In zwei Fällen wurde berichtet, dass die Informationen dazu aus dem Fachgespräch gewonnen wurden, wie folgendes Zitat zeigt:

„Keine Auffälligkeiten, jedoch während des Besuches nicht eindeutig zu erfragen, eher im Fachgespräch nach der Inaugenscheinnahme.“

Ein Pflegedienst merkte zu diesem Aspekt an:

„Wir verfügen über Kinderschutzfachkräfte/Kinderschutzkonzepte, trotzdem ein überaus sensibles schwieriges Thema.“

3.3.4 Qualitätsaspekte in Prüfbereich 5

Die Qualitätsaspekte im Bereich 5 folgen einer anderen Bewertungssystematik als die Qualitätsaspekte AKI und PHKP. Während AKI und PHKP die Bewertung der Qualitätsaspekte auf einer mehrstufigen Beurteilungsskala (A bis D) erfolgt, enthalten die drei Qualitätsaspekte in Bereich 5 thematisch entsprechende Prüffragen mit dichotomem Antwortformat (Ja/Nein).

Angaben der Prüferinnen und Prüfer für AKI

In Tabelle 34 sind die Bewertungen der Prüfteams zu den drei Qualitätsaspekten in Bereich 5 abgebildet. Alle Fragen wurden von allen Prüfteams mit „Ja“

beantwortet. Somit sind die entsprechenden Qualitätsanforderungen für neun der zehn Pflegedienste vollständig erfüllt. Lediglich beim Qualitätsaspekt 5.3 wurde die Qualitätsanforderung von einem Pflegedienst nicht erfüllt, wobei hier ansonsten ebenfalls alle Anforderungen erfüllt wurden.

Tabelle 34: Verteilung der Antwortkategorien zu Prüffragen in Bereich 5 (AKI)

	ja	nein
5.1 Qualitätsmanagement: 1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	10 100 %	0 0,0 %
5.1 Qualitätsmanagement: 2. Werden geeignete Maßnahmen eingeleitet, um identifizierte Qualitätsprobleme zu beheben?	10 100 %	0 0,0 %
5.1 Qualitätsmanagement: 3. Nutzt der ambulante Pflegedienst Instrumente wie Expertenstandards, Leitlinien oder ggf. andere bei der Behebung von Qualitätsdefiziten?	10 100 %	0 0,0 %
5.1 Qualitätsmanagement: 4. Sind die Mitarbeiter*innen in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	10 100 %	0 0,0 %
5.2 Hygiene: 1. Liegen Verfahrensanweisungen vor, die sowohl die notwendige Basishygiene als auch die aufgrund einer individuellen Risikobewertung notwendigen Hygienemaßnahmen berücksichtigen?	10 100 %	0 0,0 %
5.2 Hygiene: 2. Entsprechen die Verfahrensweisen den gesetzlichen Anforderungen und fachlichen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention?	10 100 %	0 0,0 %
5.2 Hygiene: 3. Stehen die notwendigen Hilfsmittel zur Umsetzung der hygienischen Anforderungen zur Verfügung (z. B. Desinfektionsmittel, Handschuhe, Schutzkleidung)?	10 100 %	0 0,0 %
5.2 Hygiene: 4. Wird die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen regelmäßig überprüft?	10 100 %	0 0,0 %
5.3 Qualifikation: 1. Verfügen die verantwortliche Pflegefachkraft, ihre Stellvertretung und ggf. die als Fachbereichsleitung benannte Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung?	10 100 %	0 0,0 %
5.3 Qualifikation: 2. Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?	10 100 %	0 0,0 %
5.3 Qualifikation: 3. Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	10 100 %	0 0,0 %
5.3 Qualifikation: 4. Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	10 100 %	0 0,0 %
5.3 Qualifikation: 5. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?	9 90,0 %	1 10,0 %
5.3 Qualifikation: 6. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Möglichkeiten für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?	10 100 %	0 0,0 %
Qualifikation: 7. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen, die beim jeweiligen Versicherten zu beachten sind?	10 100 %	0 0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: Anzahl und Zeilenprozent.

Angaben der Prüferinnen und Prüfer für PHKP

Die Bewertungen der Prüfteams zu den drei Qualitätsaspekten in Bereich 5 sind in Tabelle 35 abgebildet. Die meisten Qualitätsaspekte werden von mindestens vier von fünf Pflegediensten erfüllt. Jeweils zwei Qualitätsaspekte im Bereich Qualitätsmanagement und Hygiene werden von mindestens drei der fünf Pflegedienste erfüllt. Ein größeres Defizit zeigt sich beim Qualitätsmerkmal 5.2 Hygiene. Nach Angaben der Prüfteams wurde nur in einem Pflegedienst die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen regelmäßig überprüft. Bei den verbliebenen vier Pflegediensten wurde dies hingegen nicht überprüft.

Tabelle 35: Verteilung der Antwortkategorien zu den Prüffragen in Bereich 5 (PHKP)

Prüffrage aus Bereich 5	ja	nein	t. n. z.
5.1 Qualitätsmanagement: 1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	4 80,0 %	1 20,0 %	-
5.1 Qualitätsmanagement: 2. Werden geeignete Maßnahmen eingeleitet, um identifizierte Qualitätsprobleme zu beheben?	3 60,0 %	1 20,0 %	1 20,0 %
5.1 Qualitätsmanagement: 3. Nutzt der ambulante Pflegedienst Instrumente wie Expertenstandards, Leitlinien oder ggf. andere bei der Behebung von Qualitätsdefiziten?	3 60,0 %	1 20,0 %	1 20,0 %
5.1 Qualitätsmanagement: 4. Sind die Mitarbeiter*innen in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	5 100 %	0 0,0 %	-
5.2 Hygiene: 1. Liegen Verfahrensanweisungen vor, die sowohl die notwendige Basishygiene als auch die aufgrund einer individuellen Risikobewertung notwendigen Hygienemaßnahmen berücksichtigen?	3 60,0 %	2 40,0 %	-
5.2 Hygiene: 2. Entsprechen die Verfahrensweisen den gesetzlichen Anforderungen und fachlichen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention?	4 80,0 %	1 20,0 %	-
5.2 Hygiene: 3. Stehen die notwendigen Hilfsmittel zur Umsetzung der hygienischen Anforderungen zur Verfügung (z. B. Desinfektionsmittel, Handschuhe, Schutzkleidung)?	3 60,0 %	2 40,0 %	-
5.2 Hygiene: 4. Wird die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen regelmäßig überprüft?	1 20,0 %	4 80,0 %	-
5.3 Qualifikation: 1. Verfügen die verantwortliche Pflegefachkraft, ihre Stellvertretung und ggf. die als Fachbereichsleitung benannte Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung?	5 100 %	0 0,0 %	-
5.3 Qualifikation: 2. Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?	5 100 %	0 0,0 %	-
5.3 Qualifikation: 3. Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	5 100 %	0 0,0 %	-

Prüffrage aus Bereich 5	ja	nein	t. n. z.
5.3 Qualifikation: 4. Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	5 100 %	0 0,0 %	
5.3 Qualifikation: 5. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?	5 100 %	0 0,0 %	-
5.3 Qualifikation: 6. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Möglichkeiten für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?	5 100 %	0 0,0 %	-
Qualifikation: 7. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen, die beim jeweiligen Versicherten zu beachten sind?	4 80,0 %	1 20,0 %	-

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer
 Anmerkung: Anzahl und Zeilenprozent, t. n. z. = trifft nicht zu

3.3.5 Empfehlungen der Prüfteams an die Pflegedienste

Der Prüfbericht soll gemäß den Vorgaben des neuen Prüfverfahrens auch „Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten“ enthalten (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 19). In der Befragung wurden die Prüfteams darum gebeten, Empfehlungen für den Pflegedienst zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten anzugeben.

Für sieben **AKI-Pflegedienste** gab es eine Empfehlung von den Prüfteams. Zu drei Pflegediensten gab es keine Angaben. Da die betreffenden Pflegedienste die Qualitätsansprüche in allen Punkten erfüllten, kann davon ausgegangen werden, dass keine Qualitätsdefizite vorlagen. Zwei Prüfteams gaben an, dass keine Defizite festgestellt wurden bzw. keine Empfehlung notwendig war. Der Großteil der Empfehlungen bezieht sich auf die Vorgehensweise der Pflegedienste:

- ◆ *„Beratung zur Klärung des SpO2 Schwellenwertes und Beratung Maßnahmenpläne kürzer zu fassen“*
- ◆ *„Der Umgang mit sterilen Einmalprodukten bei Mehrfachverwendung sollte klar beschrieben, geregelt und nachvollziehbar umgesetzt werden. Pausenzeiten der Beatmung (Weaning sollten durchgängig dokumentiert werden, auch um Weaningpotentiale zu bewerten. Medikamente dürfen nur nach ärztlicher Anordnung verabreicht werden (da das Medikament ein verschreibungspflichtiges war in Verbindung mit dem Fachgespräch kein Qualitätsdefizit). Die Dienstpläne in der Häuslichkeit müssen mit einer Legende versehen werden. Pflegefachkräfte ohne Einweisung in das Beatmungsgerät dürfen in der 1:1 Versorgung nicht eingesetzt werden (hier Nachweis, dass die Dienste nicht durchgeführt worden sind). Dem Pflegedienst wird im Rahmen der Qualitätssicherung empfohlen, die Vorgehensweise zur Sauerstoffapplikation an prägnanter Stelle der Pflegedokumentation darzustellen.“*
- ◆ *„Die Indikationsangaben sollten handlungsleitend sein. Die Dokumentation wirkte teilweise unübersichtlich, beispielsweise erfolgten Einträge zur Bedarfsmedikation sowie zum Cuffdruck in verschiedenen Dokumenten. Hier wird empfohlen, die Umsetzung zu reflektieren. Zudem wird vor dem Hintergrund des neuen Prüfinstrumentes die Einbeziehung von Angehörigen mehr in den Fokus zu nehmen.“*
- ◆ *„Es werden Regelungen empfohlen, die sicherstellen, dass die Pflegekräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten versorgten Personen durchführen, nachweislich in die spezifischen Medizinprodukte, hier in die Handhabung eines Beatmungsgerätes entsprechend der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) eingewiesen wurden.“*

Für vier **PHKP-Pflegedienste** gab es von den jeweiligen Prüfteams eine Empfehlung. Für einen Pflegedienst wurde keine Angabe gemacht, hier wurden alle Qualitätsanforderungen erfüllt. Folgende Empfehlungen wurden für die vier Pflegedienste ausgesprochen:

- ◆ „Priorisierung der Zielstellungen, Maßnahmen konkreter beschreiben bzw. Teilschritte, durchgeführten Maßnahmen (Evaluation)“
- ◆ „Unterstützung / Schulung zur Beschreibung des Pflegeprozesses, Durchführen von Mitarbeiterbegleitungen und Dokumentationsvisiten, anlassbezogene Fallbesprechungen im Rahmen der Teamsitzung patientenbezogen dokumentieren, vertragliche Vorgaben zur Qualifizierung der Mitarbeiter*innen beachten, geforderte Weiterbildungsstunden planen und durchführen“
- ◆ „1. Individuelle Anpassung der Maßnahmenpläne mit und für die versorgten Personen, 2. Einführen, Implementieren und Überprüfen eines Hygienemanagements, 3. Etablieren eines nachvollziehbaren Qualitätsmanagements“
- ◆ „Maßnahmenplanung für versorgte Personen individualisieren, Implementieren eines Hygienemanagements unter Beachtung der Inhalte der erforderlichen RKI-Empfehlungen“

3.4 Praktikabilität aus Sicht der Prüfteams

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Befragung der Prüferinnen und Prüfer hinsichtlich der Praktikabilität des neuen Prüfinstrumentes und -verfahrens vorgestellt.

3.4.1 Ermittlung vereinbarter und verordneter Leistungen

Tabelle 36 zeigt die Einschätzung der Schwierigkeit der Ermittlung vereinbarter und verordneter Leistungen durch die **Prüfdienste für AKI** bei den 41 personenbezogenen Prüfungen. Allen Prüfteams fiel die Ermittlung der vereinbarten und verordneten Leistungen eher leicht bis sehr leicht, Schwierigkeiten mit der Ermittlung der Leistungen gab es keine.

Tabelle 36: Schwierigkeit der Ermittlung vereinbarter und verordneter Leistungen (AKI)

Wie schwierig war es in der aktuellen personenbezogenen Prüfung zu ermitteln, welche Leistungen vereinbart/verordnet waren?	Anzahl (n)	Anteil (%)
Sehr schwierig	0	0,0 %
Eher schwierig	0	0,0 %
Mäßig	0	0,0 %
Eher leicht	25	61,0 %
Sehr leicht	16	39,0 %
Keine Angabe	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: Anzahl der personenbezogenen Prüfungen n = 41

Tabelle 37 zeigt die Einschätzung der Schwierigkeit der Ermittlung vereinbarter und verordneter Leistungen durch die **Prüfdienste für PHKP** bei den 16 personenbezogenen Prüfungen. Auch hier fiel allen Prüfteams die Ermittlung der vereinbarten und verordneten Leistungen eher leicht bis sehr leicht und Schwierigkeiten mit der Ermittlung wurden nicht berichtet.

Tabelle 37: Schwierigkeit der Ermittlung vereinbarter und verordneter Leistungen (PHKP)

Wie schwierig war es in der aktuellen personenbezogenen Prüfung zu ermitteln, welche Leistungen vereinbart bzw. verordnet waren?	Anzahl (n)	Anteil (%)
Sehr schwierig	0	0,0 %
Eher schwierig	0	0,0 %
Mäßig	0	0,0 %
Eher leicht	8	50,0 %
Sehr leicht	8	50,0 %
Keine Angabe	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: Anzahl der personenbezogenen Prüfungen n = 16

3.4.2 Informationserfassung

Tabelle 38 zeigt die im Rahmen der Informationserfassung für den Qualitätsaspekt AKI genutzten Informationsquellen und die Häufigkeit der Nutzung von den **AKI-Prüfteams**. Die am häufigsten genutzten Informationsquellen waren die Pflegedokumentation (n = 40; 97,6 %), ärztliche Verordnungen von AKI (n = 39; 95,1 %) und Fachgespräche mit einer regelmäßig in die Versorgung involvierten Pflegefachkraft (n = 39; 95,1 %). Unter „Sonstiges“ nannte ein Prüfteam Gespräche mit der Fachbereichsleitung.

Tabelle 38: Genutzte Informationsquellen im Rahmen der Informationserfassung für den Qualitätsaspekt AKI

Informationsquellen	Anzahl (n)	Anteil (%)
Gespräch mit und Inaugenscheinnahme der versorgten Person	38	92,7 %
Gespräch mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen	15	36,6 %
Fachgespräch mit der Pflegedienstleitung oder stellvertretenden Pflegedienstleitung	34	82,9 %
Fachgespräch mit der/dem Qualitätsbeauftragten des Pflegedienstes	21	51,2 %
Fachgespräch mit einer regelmäßig in die Versorgung involvierten Pflegefachkraft	39	95,1 %
Fachgespräch mit einer regelmäßig in die Versorgung involvierten Pflegehilfskraft	0	0,0 %
Fachgespräch mit sonstigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern	6	14,6 %
Ärztliche Verordnung von AKI	39	95,1 %
Sonstige ärztliche Verordnungen	26	63,4 %
Individuelle Potenzialerhebung gem. § 5 der AKI-Richtlinie	3	7,3 %
Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V oder § 132l Abs. 5 SGB V	31	75,6 %
Pflegedokumentation	40	97,6 %
Dokumentation, die der ambulante Pflegedienst zum Zweck des internen Qualitätsmanagements erstellt hat	30	73,2 %
Dokumentation, die der ambulante Pflegedienst speziell zur Durchführung der Prüfung erstellt hat	13	31,7 %
Beobachtungen während der Prüfung, einschließlich zufälliger Beobachtungen	35	85,4 %
Sonstiges	1	2,4 %

Quelle: IGES, Angaben der Prüfer

Anmerkung: Anzahl der personenbezogenen Prüfungen n = 41; Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 39 zeigt die im Rahmen der Informationserfassung für den Qualitätsaspekt PHKP genutzten Informationsquellen und die Häufigkeit der Nutzung von den **PHKP-Prüfteams**. Die am häufigsten genutzten Informationsquellen waren ärztliche Verordnungen (n = 16; 100,0 %), die Pflegedokumentation (n = 16; 100,0 %) und Gespräche mit und Inaugenscheinnahme der versorgten Person (n = 15; 93,8 %).

In einem Viertel der Prüfungen wurden sonstige Informationsquellen verwendet (n = 4, 25,0 %). Genannt wurden: die Fachbereichsleitung und das mit ihr geführte Fachgespräch (n = 3) sowie Informationen der begleitenden Psychologin (n = 1).

Tabelle 39: Genutzte Informationsquellen im Rahmen der Informationserfassung für den Qualitätsaspekt PHKP

Informationsquellen	Anzahl (n)	Anteil (%)
Gespräch mit und Inaugenscheinnahme der versorgten Person	15	93,8 %
Gespräch mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen	0	0,0 %
Fachgespräch mit der Pflegedienstleitung oder stellvertretenden Pflegedienstleitung	9	56,3 %
Fachgespräch mit der/dem Qualitätsbeauftragten des Pflegedienstes	0	0,0 %
Fachgespräch mit einer regelmäßig in die Versorgung involvierten Pflegefachkraft	6	37,5 %
Fachgespräch mit einer regelmäßig in die Versorgung involvierten Pflegehilfskraft	0	0,0 %
Fachgespräch mit sonstigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern	3	18,8 %
Ärztliche Verordnung von PHKP	16	100,0 %
Sonstige ärztliche Verordnungen	2	12,5 %
Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V	13	81,3 %
Pflegedokumentation	16	100,0 %
Dokumentation, die der ambulante Pflegedienst zum Zweck des internen Qualitätsmanagements erstellt hat	9	56,3 %
Dokumentation, die der ambulante Pflegedienst speziell zur Durchführung der Prüfung erstellt hat	0	0,0 %
Beobachtungen während der Prüfung, einschließlich zufälliger Beobachtungen	12	75,0 %
Sonstiges	4	25,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: Anzahl der personenbezogenen Prüfungen n = 16; Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 40 zeigt die im Rahmen der Informationserfassung für den Qualitätsaspekt Bereich 5 genutzten Informationsquellen und die Häufigkeit der Nutzung von den **AKI-Prüfteams**. Hinsichtlich des Qualitätsaspekts 5.1 wurden Dokumentationen, die der ambulante Pflegedienst zum Zweck des internen Qualitätsmanagements erstellt hat (n = 10; 100,0 %), Fachgespräche mit der Pflegedienstleitung oder stellvertretenden Pflegedienstleitung (n = 10; 100,0 %) und Beobachtungen während

der Prüfung, einschließlich zufälliger Beobachtungen (n = 9; 90,0 %) am häufigsten als Informationsquellen genutzt. Zur Prüfung des Qualitätsaspekts 5.2 wurden mehrheitlich ebenfalls Dokumentationen, die der ambulante Pflegedienst zum Zweck des internen Qualitätsmanagements erstellt hat (n = 10; 100,0 %), Fachgespräche mit der Pflegedienstleitung oder stellvertretenden Pflegedienstleitung (n = 9; 90,0 %) und Beobachtungen während der Prüfung, einschließlich zufälliger Beobachtungen (n = 8; 80,0 %) als Informationsquellen genutzt. Hinsichtlich des Qualitätsaspekts 5.3 stellten Fachgespräche mit der Pflegedienstleitung oder stellvertretenden Pflegedienstleitung (n = 10; 100,0 %), Fachgespräche mit der/dem Qualitätsbeauftragten des Pflegedienstes (n = 8; 80,0 %) und Dokumentationen, die der ambulante Pflegedienst zum Zweck des internen Qualitätsmanagements erstellt hat (n = 6; 60,0 %) die hauptsächlichen Informationsquellen dar.

Als sonstige Quellen wurden für Qualitätsaspekt 5.1 Team- und Fallbesprechungsprotokolle und prospektive Fortbildungsplanung genannt. Für Qualitätsaspekt 5.3 waren als zusätzliche Informationsquellen die Dienstpläne (n = 3), Qualifikationsnachweise (Berufsausbildung und Zusatzqualifikationen, (n = 2) und Geräteeinweisungsnachweise (im konkreten Fall für ein Beatmungsgerät, n = 1) relevant. Auch Stellenbeschreibungen (n = 1) und die Jahresmeldung zur Sozialversicherung (n = 1) wurden herangezogen.

Tabelle 41 zeigt die im Rahmen der Informationserfassung für den Qualitätsaspekt Bereich 5 genutzten Informationsquellen und die Häufigkeit der Nutzung von den **PHKP-Prüfteams**. Für den Qualitätsaspekt 5.1 wurden Fachgespräche mit der Pflegedienstleitung oder stellvertretenden Pflegedienstleitung (n = 5; 100,0 %), die Pflegedokumentation (n = 5; 100,0 %) und Dokumentationen, die der ambulante Pflegedienst zum Zweck des internen Qualitätsmanagements erstellt hat (n = 5; 100,0 %) genutzt. Zur Prüfung des Qualitätsaspekts 5.2 wurden am häufigsten Beobachtungen während der Prüfung, einschließlich zufälliger Beobachtungen (n = 5; 100,0 %), Dokumentationen, die der ambulante Pflegedienst zum Zweck des internen Qualitätsmanagements erstellt hat (n = 5; 100,0 %) und Fachgespräche mit der Pflegedienstleitung oder stellvertretenden Pflegedienstleitung (n = 3; 60,0 %) herangezogen. Hinsichtlich des Qualitätsaspekts 5.3 wurden Fachgespräche mit der Pflegedienstleitung oder stellvertretenden Pflegedienstleitung (n = 5; 100,0 %), die Pflegedokumentation (n = 5; 100,0 %) und der Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V oder § 132l Abs. 5 SGB V (n = 4; 80,0 %) am häufigsten als Informationsquellen genutzt.

Als sonstige Quellen wurden für Qualitätsaspekt 5.1 je (n = 1) Beobachtungen und Informationsaustausch des Prüfteams, Dienstpläne, Protokolle, Schulungsnachweise, Teamsitzungsprotokolle, Pflegevisiten, Fortbildungspläne sowie Nachweise über Supervision für das Jahr 2023 herangezogen. Hinsichtlich Qualitätsaspekt 5.2 wurden zusätzlich der Austausch mit dem Pflegedienst (n = 1) herangezogen und es erfolgte der Informationsaustausch im Prüfteam (n = 1). Zur Prüfung von Qualitätsaspekt 5.3 wurden als sonstige Informationsquellen Dienstpläne (n = 3), Qualifikationsnachweise (n = 1) und Einsatzpläne einbezogen.

Tabelle 40: Genutzte Informationsquellen im Rahmen der Informationserfassung für die Qualitätsaspekt im Bereich 5 (AKI)

Informationsquellen	Qualitätsaspekt 5.1		Qualitätsaspekt 5.2		Qualitätsaspekt 5.3	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
Gespräch mit und Inaugenscheinnahme der versorgten Person	5	50,0 %	4	40,0 %	1	10,0 %
Gespräch mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen	4	40,0 %	4	40,0 %	1	10,0 %
Fachgespräch mit der Pflegedienstleitung oder stellv. Pflegedienstleitung	10	100,0 %	9	90,0 %	10	100,0 %
Fachgespräch mit der/dem Qualitätsbeauftragten des Pflegedienstes	8	80,0 %	8	80,0 %	8	80,0 %
Fachgespräch mit einer sonstigen Pflegefachkraft	4	40,0 %	8	80,0 %	1	10,0 %
Fachgespräch mit einer Pflegehilfskraft	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Fachgespräch mit sonstigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern	0	0,0 %	1	10,0 %	1	10,0 %
Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V oder § 132l Abs. 5 SGB V	8	80,0 %	3	30,0 %	6	60,0 %
Pflegedokumentation	7	70,0 %	7	70,0 %	2	20,0 %
Dokumentation, die der Pflegedienst zum Zweck des internen QM erstellt hat	10	100,0 %	10	100,0 %	6	60,0 %
Dokumentation, die der Pflegedienst speziell für die Prüfung erstellt hat	3	30,0 %	1	10,0 %	3	30,0 %
Beobachtungen während der Prüfung, einschließlich zufälliger Beobachtungen	9	90,0 %	8	80,0 %	0	0,0 %
Sonstige	1	10,0 %	0	0,0 %	4	40,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: Anzahl der Prüfteams n = 10; Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 41: Genutzte Informationsquellen im Rahmen der Informationserfassung für die Qualitätsaspekt im Bereich 5 (PHKP)

Informationsquellen	Qualitätsaspekt 5.1		Qualitätsaspekt 5.2		Qualitätsaspekt 5.3	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
Gespräch mit und Inaugenscheinnahme der versorgten Person	4	80,0 %	2	40,0 %	1	20,0 %
Gespräch mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Fachgespräch mit der Pflegedienstleitung oder stellv. Pflegedienstleitung	5	100,0 %	3	60,0 %	5	100,0 %
Fachgespräch mit der/dem Qualitätsbeauftragten des Pflegedienstes	2	40,0 %	2	40,0 %	1	20,0 %
Fachgespräch mit einer sonstigen Pflegefachkraft	1	20,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Fachgespräch mit einer Pflegehilfskraft	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Fachgespräch mit sonstigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern	1	20,0 %	2	40,0 %	2	40,0 %
Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V oder § 132l Abs. 5 SGB V	5	100,0 %	2	40,0 %	4	80,0 %
Pflegedokumentation	5	100,0 %	2	40,0 %	5	100,0 %
Dokumentation, die der ambulante Pflegedienst zum Zweck des internen Qualitätsmanagements erstellt hat	5	100,0 %	5	100,0 %	3	60,0 %
Dokumentation, die der Pflegedienst speziell für die Prüfung erstellt hat	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Beobachtungen während der Prüfung, einschließlich zufälliger Beobachtungen	4	80,0 %	5	100,0 %	2	40,0 %
Sonstige	3	60,0 %	1	20,0 %	3	60,0 %

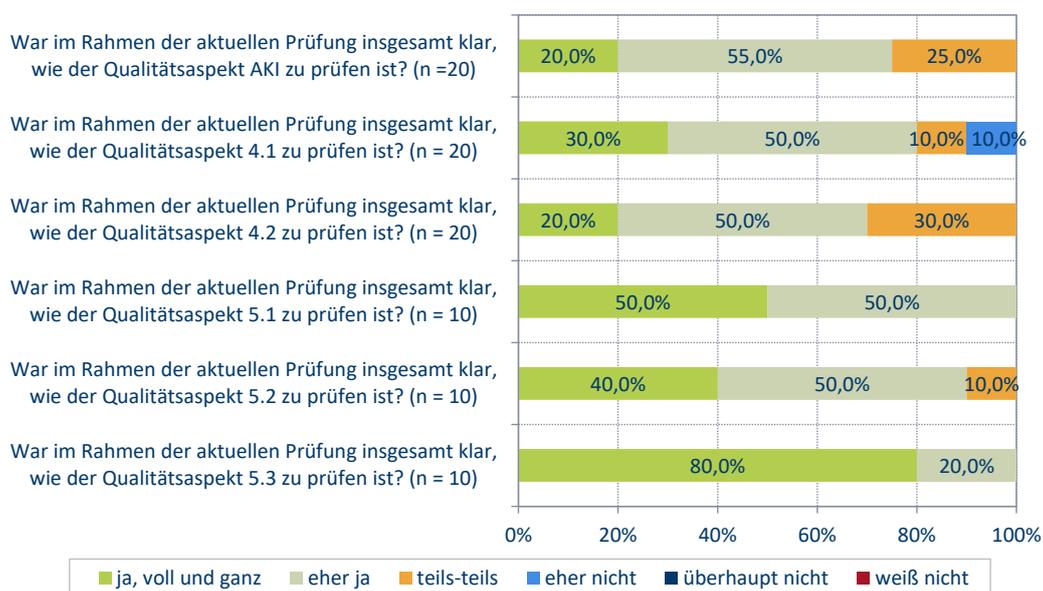
Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: Anzahl der Prüfteams n = 5; Mehrfachnennungen möglich.

3.4.3 Nachvollziehbarkeit der Qualitätsaspekte

Die Nachvollziehbarkeit der Qualitätsaspekte aus den **personenbezogenen Prüfungen (AKI)** wird überwiegend positiv bewertet, wie auch in Abbildung 5 zu sehen ist. Nachfolgend werden die einzelnen Qualitätsaspekte aufgegriffen und näher beschrieben.

Abbildung 5: Bewertungen zu den Qualitätsaspekten aus den personenbezogenen Prüfungen (AKI)



Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer
 Anmerkung: n = 10 - 20; Die Fragen zum Qualitätsaspekt AKI wurden von beiden Mitgliedern des Prüfteams beantwortet. Die Fragen zum Bereich 5 wurden nur von jeweils einem Mitglied des Prüfteams beantwortet.

Den Prüferinnen und Prüfern war überwiegend bekannt, wie der **Qualitätsaspekt AKI** zu prüfen ist. 75,0 % (n = 15) gaben an, dass ihnen dies im Rahmen der aktuellen Prüfungen eher oder voll und ganz klar war. 25,0 % (n = 5) war das nur in Teilen bekannt. Keiner der Prüferinnen und Prüfer gab an, dass sie nicht gewusst hätten, wie der Qualitätsaspekt AKI zu prüfen wäre. Unsicherheit bestand allerdings bei folgenden Aspekten:

- ◆ Individuelle Notfallmaßnahmen (Ausgestaltung der Maßnahmen, Zugehörigkeit des Erste-Hilfe-Nachweises),
- ◆ Fragestellungen ließen Interpretationsspielraum zu (bspw. ob Frage 24 psychiatrische Besonderheiten oder allgemeine Auffälligkeiten umfasst),

- ◆ Definition „weiterer, in einer Wohnung lebender Personen“ (bei Wohngemeinschaften),
- ◆ Unklarheit, wie aus positiven Aspekten und Defiziten eine einzelne Gesamtbewertung formuliert werden soll,
- ◆ Aktualität der AKI hinsichtlich des Wissensstandes.

„Zur Leitfrage 6. Entspricht die AKI dem aktuellen Stand des Wissens? Hier wäre eine differenzierte Ausfüllanleitung zu den zu prüfenden Sachverhalten wünschenswert, da es sonst abhängig von der pflegefachlichen Expertise der Prüfer/innen zu einem unterschiedlichen Vorgehen bzgl. der inhaltlichen Prüfung sowie zur Bewertung des Qualitätsaspektes kommen könnte. Im Rahmen der Pilotprüfung habe ich mich inhaltlich größtenteils an dem bisherigen Prüfverfahren orientiert.“

Ein ähnliches Bild zeigt sich mit Blick auf die Prüfung des Qualitätsaspekts 4.1. in der AKI. 80,0 % (n = 16) gaben an, dass ihnen voll und ganz oder eher klar war, wie der Aspekt zu prüfen wäre. Jeweils 10,0 % (n = 2) war die Überprüfung nur in Teilen oder eher nicht klar. Befragt nach den spezifischen unklaren Punkten nannten beide Personen die Wohnsituation in einer Wohngemeinschaft (WG).

„Die Versicherten lebten in einer Wohngemeinschaft mit einer durchgängigen 24 h-Versorgung. Wie ist das zu bewerten? Ich ging bei beiden Pilotprüfungen dazu über diesen Aspekt, auch weil dahingehend keine Auffälligkeiten vorlagen, nicht näher zu beschreiben.“

Für 80,0 % (16) war voll und ganz oder eher nachvollziehbar, wie der Qualitätsaspekt 4.2 zu prüfen ist. Für 30,0 % (n = 6) war dies nur in Teilen nachvollziehbar. Als Begründung gaben die Befragten erneut die Bewertung der Wohnsituation in einer WG an (n = 4). Zusätzlich äußerten zwei Personen Schwierigkeiten dahingehend, die Themen Vernachlässigung und Gewalt in angemessener Art und Weise anzusprechen.

„Das Ansprechen von Vernachlässigung bzw. Gewalt ist ein sehr sensibles Thema. Um zu diesem ggf. umfassend zu beraten bedarf es einer differenzierten Auseinandersetzung mit dem Thema sowie einer Vertiefung des Wissens der Gutachter. Im Rahmen der Qualitätsprüfung fehlten mir teilweise bessere Hinleitungsfragen zum Thema.“

Darüber hinaus bestand für eine Prüferin bzw. einen Prüfer Verunsicherung darüber, in welchem Umfang Verfahrensanweisungen gesichtet und geprüft werden müssten.

Die Befragten machten ergänzende Anmerkungen zum **Qualitätsaspekt AKI**. Der Zeitaufwand im Vergleich zum bisherigen Prüfverfahren sei abhängig von den im Einzelfall zu prüfenden Sachverhalten (n = 1). Teilweise würde ein längerer Aufwand vor Ort entstehen. Nach Ansicht von drei Personen entscheide die Fachlichkeit der Prüferin bzw. des Prüfers maßgeblich über die Prüftiefe und den Prüfungsumfang (n = 3). Je nach Thema der Abweichung von (vertrags-)rechtlichen Vorgaben und fachlichen Hinweisen auf Defizite (C- oder D-Bewertung) dauerte es z. T.

länger, da die Defizite im Kontext der kompletten Versorgungssituation einzuordnen sind (n = 1). Je nach Fallkonstellation könnte die Nutzung der verschiedenen Informationsquellen zukünftig zu einem höheren zeitlichen Aufwand in den Prüfungen der AKI führen. Unabhängig von den grundsätzlich einzuhaltenden Anforderungen könne durch die Nutzung verschiedener Informationsquellen zugleich aber mehr Praxisnähe und Beratung auf Augenhöhe erreicht werden (n = 1).

Eine konkrete Anmerkung gab es zur Frage: Entspricht die Versorgung den vertraglichen Vereinbarungen des ambulanten Pflegedienstes zur außerklinischen Intensivpflege? (Leitfrage 5). Es sei ähnlich wie bisher eine Rücksprache mit den Kolleginnen und Kollegen im Büro der Einrichtung vor Ort notwendig, da diese Informationen nicht in der Häuslichkeit bzw. WG sind. Gleiches gelte wahrscheinlich auch für die Verordnung der AKI zur Informationserfassung.

Zum **Qualitätsaspekt 4.1 in der AKI** merkten zwei Personen an, dass diese Punkte noch nicht unbedingt in der Dokumentation der Einrichtungen hinterlegt sind (n = 2). Zum **Qualitätsaspekt 4.2 in der AKI** wurde einschränkend berichtet, dass im Rahmen der Pilotprüfung nur Einwilligungen zu Personen in Wohngemeinschaften erzielt wurden und somit keine Erfahrungen/Informationen zu Versorgungssituationen im Bereich der privaten Häuslichkeit erfasst werden konnten. Auch der Bereich Gewalt/Vernachlässigung wurde nicht tiefergehend geprüft.

Vier Personen äußerten sich zum **Qualitätsaspekt 5.1 in der AKI**. Genannt wurde, dass potenzielle Zeiteinsparungen möglich wären, da es nach dem alten Prüfverfahren aufwändiger gewesen sei, Handzeichenlisten abzugleichen und Nachweise über Schulungen der Mitarbeiter in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen einzusehen (n = 2). Ein regelgeleitetes Abfragen von Nachweisdokumenten/Standards würde entfallen und das Fachgespräch intensiver im Vordergrund stehen (n = 1). Dies sei allerdings abhängig von der Größe des Pflegedienstes. Eine Person äußerte, dass sie mit dem neuen Prüfverfahren mehr Praxisnähe sehe. Darüber hinaus äußerte eine weitere Person, dass die Orientierung in der Prüfung des Qualitätsaspektes am stationären Prüfkonzept erfolgt und inhaltlich die Themen vertieft werden, die im Rahmen der Ergebnis- und Prozessqualität aufgefallen sind:

„Grundsätzlich ist diese Herangehensweise in meinen Augen sinnvoll - es müssen nicht reine Strukturen z. B. das Einrichtungskonzept abgeprüft werden. Jedoch sehe ich ein Risiko bezüglich einer möglichst einheitlichen Qualitätsprüfung und den ggf. unterschiedlichen Beratungen und Anforderungen, die einzelne Prüfer fordern.“

Zum **Qualitätsaspekt 5.2 in der AKI** merkten die Prüfteams an, dass ein regelgeleitetes Abfragen von Verfahrensanweisungen, Schulungen und Bekanntgaben entfallen würde (n = 1). Es kam allerdings die Frage auf, wieso es eine separate Frage nach den notwendigen Hilfsmitteln gibt, da dies sowieso eine Prüffrage wäre (n = 1).

Auch zum **Qualitätsaspekt 5.3 in der AKI** gab es Anmerkungen. Zum einen erfolgte eine positive Rückmeldung: *„Die Einrichtung hat die Strukturprüfung sehr gut vorbereitet, in dem die allgemeinen Angaben bereits vorab zusammengefasst und*

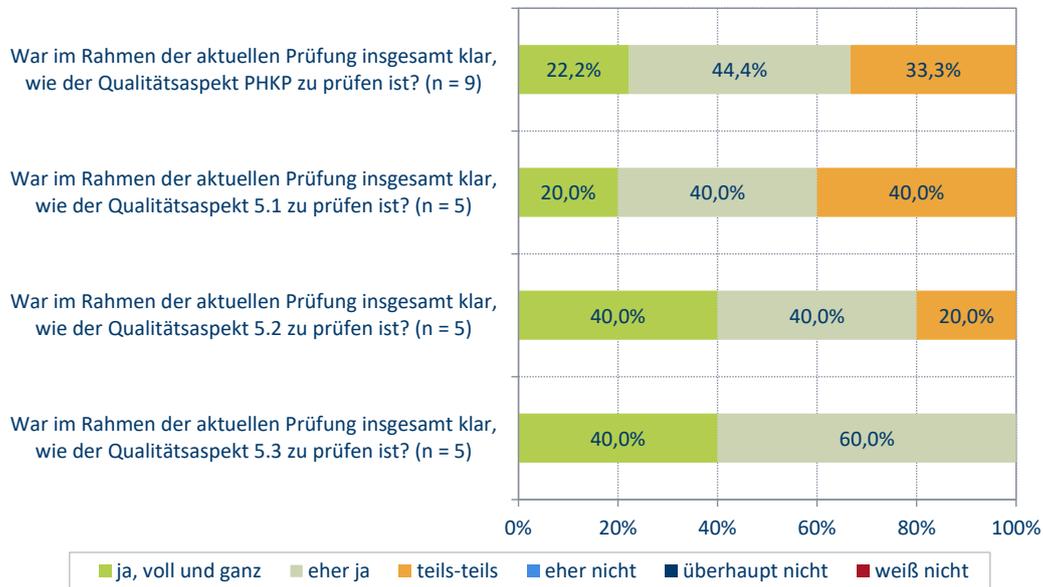
dem Prüfteam ausgehändigt wurden“ (n = 1). Zum anderen wurde jedoch auch darauf hingewiesen, dass die Einschätzung zum zukünftigen Zeitaufwand zur Prüfung des Qualitätsaspektes 5.3 nur vorbehaltlich möglich ist, da in Niedersachsen fast ausschließlich nur Teil- und keine Vollprüfungen von den Landesverbänden beauftragt werden würden (n = 2). Bzgl. der Nachweise zur sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung werden je nach Organisation der Pflegedienste unterschiedlich hohe Zeitaufwände entstehen (n = 1). Hinsichtlich der Nachweise zur Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung stellt sich die Frage, warum diese geprüft werden müssen, da diese den federführenden Landesverbänden ja vorliegen. Diesbezüglich wäre ein Abgleich der gemeldeten Personen mit den vor Ort tatsächlich angetroffenen Personen möglicherweise zielführender (n = 1).

Ähnlich der Einschätzung zur Nachvollziehbarkeit der personenbezogenen Prüfung im Rahmen von AKI (s. Abbildung 5) fällt auch die Einschätzung der Prüferinnen und Prüfer zu den **Qualitätsaspekten personenbezogener Prüfungen im Rahmen der PHKP** mehrheitlich positiv aus. Die Ergebnisse sind in Abbildung 6 dargestellt. In Teilen bestanden allerdings Unsicherheiten hinsichtlich der Qualitätsaspekte 5.1 und 5.2

Ein Drittel der Prüferinnen und Prüfer (33,3 %, n = 3) gab an, dass ihnen nur in Teilen klar war, wie der Qualitätsaspekt PHKP zu prüfen ist. Diese Personen äußerten alle, Schwierigkeiten damit zu haben, unter einem Qualitätsaspekt verschiedene Themen zu bewerten.

„Wie soll man unter einem Qualitätsaspekt entsprechend den Leitfragen sieben komplett unterschiedliche Themen bearbeiten und bewerten?“

Abbildung 6: Bewertungen zu den Qualitätsaspekten aus den personenbezogenen Prüfungen (PHKP)



Quelle: IGES, Angaben der Prüfer

Anmerkung: n = 5-9; Die Fragen zum Qualitätsaspekt AKI wurden von beiden Mitgliedern des Prüfteams beantwortet. Die Fragen zum Bereich 5 wurden nur von einem Mitglied des Prüfteams beantwortet.

Zwar war die Prüfung von Qualitätsaspekt 5.1 überwiegend nachvollziehbar (60,0 %, n = 3), dennoch gaben hier 40,0 % (n = 2) der Befragten an, dass die Nachvollziehbarkeit nur in Teilen gegeben sei. Dazu sagten die Befragten:

„Der Pflegedienst trennt den Bereich der allgemeinen Pflege (Somatik) und APP. Im Rahmen der Prüfungen wurde wiederholt daraufhin gewiesen, dass die Prüfung auf Einrichtungsebene den gesamten Pflegedienst umfasse. Die Maßnahmen, die von der allgemeinen Pflege im Rahmen des internen QM's durchgeführt werden, finden nicht in Gänze im APP-Bereich statt.“⁹

„Fraglich ist, ob bei nicht bestehenden (identifizierten) Qualitätsdefiziten die Frage nach Expertenstandards zu beantworten ist. Ggf. ist das zu überdenken, da z. B. Expertenstandards eine pflegfachliche Grundlage zur Versorgung der Personen sind und nicht erst dann zur Anwendung kommen, wenn Defizite auftreten.“

20,0 % (n = 1) gaben an, dass Unklarheiten hinsichtlich des Qualitätsaspektes 5.2 bestehen. Im Fokus stand dabei die Überprüfung innerbetrieblicher Verfahrensweisen.

„Im PHKP-Bereich erfolgen keine Mitarbeiterbegleitungen und somit keine regelmäßige Überprüfung der innerbetrieblichen Verfahrensweisen. Entsprechende

⁹ APP steht für „ambulant psychiatrische Pflege“.

Nachweise liegen nicht vor. Nach Angabe erfolgen Schulungen zum Thema Hygiene. Im Bereich der allgemeinen Pflege erfolgen Mitarbeiterbegleitungen 1x jährlich. Unklar ist, wie die Frage zu bewerten ist, wenn die 15 Mitarbeiter aus dem Bereich PHKP nicht regelhaft überprüft werden. Hygienepläne/Verfahrensweisen von aktuell versorgten pflegebedürftigen Menschen (i. d. Stichprobe), wie ist das zu verstehen?"

Zum **Qualitätsaspekt PHKP** wurde angegeben, dass eine pauschale Einschätzung schwer möglich sei, da einzelfallabhängig (n = 2). Darüber hinaus sei der Zeitaufwand stark davon abhängig „wie gut der Pflegedienst aufgestellt ist“ (n = 1). Die Zeit für das Stichprobenverfahren wäre je nach Vorbereitung der Listen geringfügig länger (n = 1), die Stichprobenziehung umfangreicher und komplizierter (n = 1). Auch die Dokumentation bzw. Darstellung des Pflegeprozess benötigen etwas länger Zeit (n = 1). Die Organisation und Zeitspannen der Hausbesuche seien etwas schwieriger umzusetzen und erforderten etwas mehr Zeit. Der Zeitaufwand des Hausbesuches an sich hätte sich allerdings nicht verändert (n = 1).

Zwei Prüferinnen und Prüfer äußerten sich zum **Qualitätsaspekt 5.1 in der PHKP**. Aufgrund individueller, unterschiedlicher Organisationslevel ambulanter Pflegedienste könne kein genauer Zeitrahmen benannt werden (n = 1). Je nachdem welche Instrumente der Pflegedienst im Rahmen des internen Qualitätsmanagements anwendet, wird die Durchführung (Prozesse) geprüft. Dies würde u.a. ins Verhältnis zur Ergebnisqualität und unter Berücksichtigung der Pflegedokumentation gesetzt. Eine Erläuterung, welche Prozesse im Rahmen des internen Qualitätsmanagements für die Bereich PHKP und des allgemeinen Pflegedienstes abzu prüfen sind, wäre wünschenswert (n = 1).

Die Prüfteams der PHKP gaben zum **Qualitätsaspekt 5.2 in der PHKP** zu bedenken, dass es im Rahmen der Überprüfung der Strukturqualität nicht zielführend ist, nach individuellen Hygieneplänen zu fragen. Es sollte in der ambulanten Pflegeeinrichtung allgemeingültige Verfahrensanweisungen geben, welche allen Mitarbeitenden bekannt sind. Die Überprüfung bei Bedarf erforderlicher individueller Hygienepläne sollte in die personenbezogene Prüfung eingegliedert werden (n = 1).

Mit Blick auf den **Qualitätsaspekt 5.3 der PHKP** merkten die Prüfteams an, dass der Stellenwert dieser Frage in der gültigen QPR nicht so hoch sei. Der Zeitaufwand sei unter anderem erhöht, da in dem bisherigen Prüfverfahren (bestehende QPR ambulant) im Rahmen einer Regelprüfung nicht alle Fragen aus Kapitel 3 und 4 (Aufbauorganisation Personal/Ablauforganisation) abgeprüft werden müssen (n = 1). Bei den beschriebenen Hinweisen (Hinweise für die Prüfteams) zur Frage "Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen, die beim jeweiligen Versicherten zu beachten sind?" wird auf die außerklinische Intensivpflege eingegangen. Es wären weitere Erläuterungen für den gesamten Pflegedienst hilfreich bspw. Qualifikationsanforderungen bei AKI, PHKP sowie Tourenpläne bei HKP-Leistungen etc. (n = 1).

3.4.4 Schwierigkeit der Bewertung

Die **AKI-Prüfteams** sollten für jede personenbezogene Prüfung angeben, wie schwierig es für sie war, die Bewertung für die Qualitätsaspekte AKI, 4.1 und 4.2 vorzunehmen und festzustellen, ob Auffälligkeiten vorlagen. Die Ergebnisse sind Tabelle 42 zu entnehmen. In der Mehrheit der Fälle fiel den Prüferinnen und Prüfern die Bewertung des Qualitätsaspekts AKI leicht ($n = 31$; 75,6 %), in sechs Fällen war die Bewertung mäßig schwer (14,6 %) und bei vier Personen war sie schwierig (9,8 %). Die Bewertung des Qualitätsaspekts 4.1 wurde in allen als leicht wahrgenommen ($n = 41$; 100,0 %). Schwierigkeiten bezgl. der Feststellung, ob Auffälligkeiten bei dem Qualitätsaspekt 4.2 in der aktuellen personenbezogenen Prüfung vorlagen, hatten die Prüferinnen und Prüfer in fünf Fällen (12,2 %). In 16 Fällen bewerteten sie dies als mäßig schwierig (39,0 %). In 20 Fällen (48,8 %) fiel ihnen diese Einschätzung leicht.

Tabelle 42: Angaben zur Schwierigkeit der Bewertung der Qualitätsaspekte AKI, 4.1 und 4.2

	sehr schwie- rig	eher schwie- rig	mäßig	eher leicht	sehr leicht	weiß nicht
Wie schwierig war es in der aktu- ellen personenbezogenen Prü- fung, ...	n %	n %	n %	n %	n %	n %
... die Bewertung (A, B, C oder D) für den Qualitätsaspekt AKI durch- zuführen?	0 0,0 %	4 9,8 %	6 14,6 %	23 56,1 %	8 19,5 %	0 0,0 %
festzustellen, ob Auffälligkeiten bei dem Qualitätsaspekt 4.1 vorla- gen?	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	24 58,5 %	17 41,5 %	0 0,0 %
festzustellen, ob Auffälligkeiten bei dem Qualitätsaspekt 4.2 vorla- gen?	0 0,0 %	1 2,4 %	4 9,8 %	16 39,0 %	20 48,8 %	0 0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: $n = 41$, Anzahl der der Prüfungen

Zehn Personen machten Angaben zu den für sie schwierigen Punkten bzgl. der Bewertung des Qualitätsaspekts AKI. Schwierigkeiten sahen sie demnach in

- ◆ der Widerspiegelung der Gesamtsituation und Ableitung einer Gesamtnote, wenn sowohl gute als auch schlechte Aspekte vorlagen,
- ◆ Fehlen von Einweisungsnachweisen gem. §10 Abs. 2 MPBetreibV in die Beatmungsgeräte in der Wohngemeinschaft,

- ◆ Einordnung von gesetzlichen Vorschriften, wie Gesetz zur Durchführung unionsrechtlicher Vorschriften betreffend Medizinprodukte sowie
- ◆ unzureichenden Informationen im Fachgespräch.

Wiederholt wiesen die Prüferinnen und Prüfer darauf hin, dass sie insbesondere Schwierigkeiten mit der Vergabe einer Gesamtnote haben, wenn in der Prüfung zwar negative Auffälligkeiten vorliegen, dafür aber auch viele positive Aspekte herausstechen.

„Bei einer 24 Stunden lang beatmeten versorgten Person, bei welcher die sonstige (intensiv-)pflegerische Versorgung optimal läuft, ist es in meinen Augen unverhältnismäßig aufgrund von Bedarfsmedikamenten eine C-Bewertung zu vergeben. Aber per Definition ist es so. Schwierigkeit bei der Bewertung ist somit der "innere Konflikt" die Versorgungsqualität angemessen zu bewerten.“

„Es gab es beider versorgten Person nur eine Auffälligkeit. Da es sich um eine fehlende ärztliche Anordnung im Zusammenhang mit der invaliden Beatmung handelte kam es zu einer "D" Bewertung. Auf der anderen Seite gab es gut gelöste Aspekte, die nun nicht berücksichtigt wurden. Der pflegerische Zustand der versorgten Person war einwandfrei, es bestand eine hohe Zufriedenheit.“

„Für sich genommen und ausschließlich im Bereich der Medikamente bewertet, wären die Auffälligkeiten eine C-Bewertung. Betrachtet man jedoch die gesamte, sehr komplexe pflegerische Versorgung und Begleitung der Angehörigen, erscheint mir eine C-Bewertung nicht gerechtfertigt. Aufgrund der Fachlichkeit der Ansprechpersonen und der Informationen aus den Fachgesprächen sehe ich kein Risiko für die versorgte Person. Die Schwierigkeit sehe ich hier zum einen in der Einheitlichkeit der Bewertungen verschiedener Prüfer, bei der Bewertung selbst (eigentlich klassische Beispiele für C-Bewertungen) sowie ggf. in der Akzeptanz der Einrichtung, sollte ähnlich Aspekte bei verschiedenen versorgten Personen bzw. in unterschiedlichen Prüfungen nicht kongruent bewertet werden.“

Zum Qualitätsaspekt 4.2. wurden drei Angaben gemacht, die sich auf Schwierigkeiten bzgl. der Bewertung beziehen:

„Bei Reflexion der Prüfung fiel mir ggf. ein Beispiel für Vernachlässigung ein, welches man unter 4.2 hätte erfassen können: Die Einrichtungsvertreter gaben an, dass Angehörige als Betreuer in einem Bereich (Finanzen) "überfordert" seien. Diesbezüglich wurde bereits eine Lösung gefunden: Es erfolgt ein Betreuerwechsel in diesem Bereich.“

Weiterhin gab ein Prüfteam an, dass es für sie schwierig war, ein so hoch sensibles Thema in einem sehr kurzen Zeitraum wie einer Qualitätsprüfung zu verifizieren. In einem anderen Fall war eine Bezugsperson anwesend, sodass das sensible Thema nicht eruiert werden konnte. Dies konnte jedoch mit den leitenden Fachpflegekräften im Fachgespräch besprochen werden.

Für den **Qualitätsaspekt PHKP** ergab die Befragung der Prüfteams folgendes Bild: Die Einschätzung war in sechs Fällen leicht (37,6 %), für acht Personen mäßig schwer (50,0 %) und für zwei Personen schwierig (12,5 %) vorzunehmen. Zehn Personen machten Angaben zu den Schwierigkeiten, die sie in diesem Zusammenhang sahen. Dazu gehörte u. a.:

- ◆ Fachgespräch fand nicht mit der Bezugskraft statt,
- ◆ aus der Dokumentation sind wenig Informationen/Evaluierung der durchgeführten Maßnahmen ersichtlich - welche Auswirkungen Maßnahmen haben, wie werden diese angenommen etc. ist schwer einschätzbar,
- ◆ die Umsetzung von Maßnahmen ist stark abhängig von der versorgten Person,
- ◆ Einfluss der direkten Maßnahmenplanung auf die Bewertung.

„Die Umsetzung von Maßnahmen ist stark abhängig von der versorgten Person. Die Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung schwanken sehr, da es stark davon abhängig ist, was die versorgte Person zulässt. Wenn dies aus der Dokumentation nicht erkennbar ist, ist eine Bewertung erschwert. Zudem die Beispiele unter den Bewertungskategorien wenig auf die Dokumentation eingeht, sowie auf fehlender Erfassung/Auswirkung und Evaluierung von Maßnahmen in kleineren Zeiträumen. [...]“

„Hier war zu klären, inwieweit die direkte Maßnahmenplanung Einfluss auf die Bewertung hat. Die Maßnahmenplanung war eher allgemein gehalten, da nach Angaben der Einrichtungsvertretenden diese auch an die Krankenkasse übermittelt wird. Jedoch erfolgte die individuelle Planung der Maßnahmen tagesaktuell mit den versorgten Personen in den Pflegeberichten. Auch die Durchführung war hier eindeutig nachvollziehbar. [...]“

„Zudem besteht die Schwierigkeit, dass unter diesem Qualitätsaspekt entsprechend den Leitfragen sieben komplett unterschiedliche Themen bearbeitet werden sollen. [...] Eine Bewertung in diesem Umfang wird den Leistungen der Pflegedienste nicht gerecht und stellt die Qualität auch nicht in ausreichendem Maße dar. Erfolgt in einem Bereich eine D-Bewertung, sind alle in den Leitfragen genannten Bereiche betroffen. Zudem erschwert diese Vorgehensweise für die Prüfenden die Bewertungen. Positives kann nicht ausreichend dargestellt werden.“

3.4.5 Fachgespräch

Im Rahmen des neuen Prüfverfahrens nimmt das Fachgespräch, d. h. der Austausch zwischen dem Prüfteam und Beschäftigten des Pflegedienstes bzw. der verantwortlichen Pflegefachkraft, eine wichtige Rolle ein. Die fachlich schlüssige, mündliche Darstellung der Versorgung, der Bedarfskonstellation und anderer Sachverhalte soll hierbei einen ebenso hohen Stellenwert haben wie die schriftliche Dokumentation. Sowohl die Prüfteams als auch die Pflegedienste wurden nach

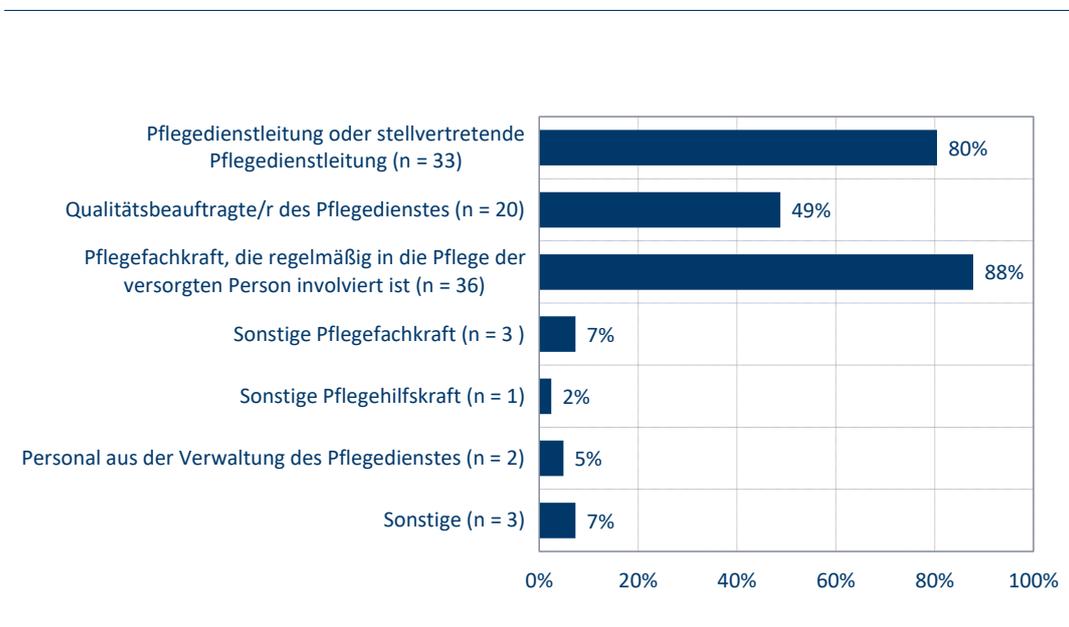
ihren Erfahrungen mit dem Fachgespräch gefragt. Die Einschätzungen der Pflegedienste werden in Abschnitt 3.5.2 näher erläutert.

Nach Angaben der Prüfteams hat in allen Pilot-Prüfungen für AKI ein Fachgespräch stattgefunden. Auch in allen Pilot-Prüfungen für PHKP war dies der Fall.

Teilnehmende am Fachgespräch

Die Prüferinnen und Prüfer wurden gebeten, für jede personenbezogene Prüfung anzugeben, welche Personen an dem Fachgespräch teilnahmen. Abbildung 7 zeigt die Angaben der Prüferinnen und Prüfer zu den Teilnehmenden der Fachgespräche in **personenbezogenen Prüfungen für AKI**. Es waren Mehrfachnennungen möglich, d. h. die Angaben addieren sich zu mehr als 100 %. Am häufigsten fand das Fachgespräch mit der Pflegefachkraft statt, die regelmäßig in der Pflege der versorgten Person involviert ist (88 %, n = 36). Bei 80 % aller personenbezogenen Prüfungen fand ein Fachgespräch mit der (stellvertretenden) Pflegedienstleitung statt (n = 33). Bei 49 % der Fachgespräche war die bzw. der Qualitätsbeauftragte des Pflegedienstes anwesend. In selteneren Fällen nahmen sonstige Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte oder Personal aus der Verwaltung am Fachgespräch teil. Zudem gab es drei sonstige Personengruppen, die an einem Fachgespräch teilnahmen: Angehörige (Mutter der versicherten Person), Fachbereichsleitung und Pflegefachkraft in Funktion der Teamleitung der Wohngemeinschaft.

Abbildung 7: Teilnehmende am Fachgespräch (AKI)



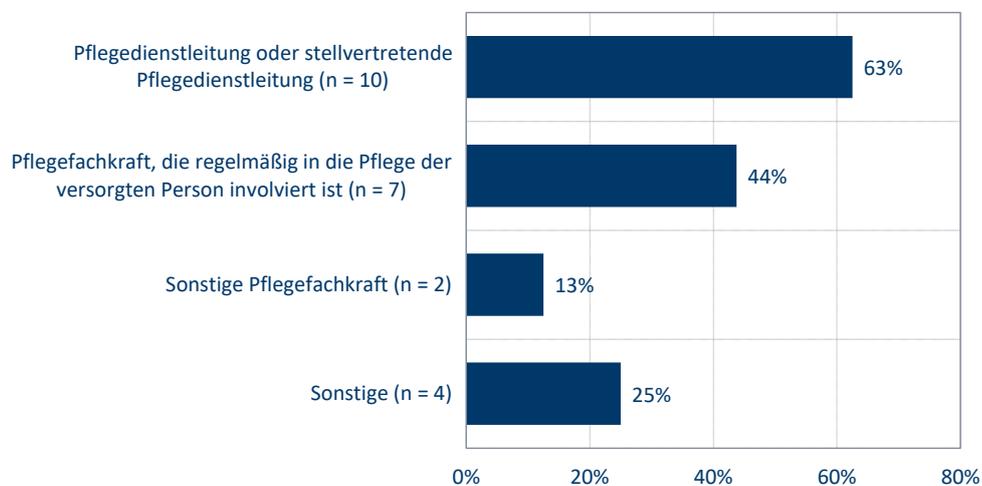
Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: n = 41, Anzahl der personenbezogenen Prüfungen; Mehrfachnennungen möglich.

Die Angaben der Prüferinnen und Prüfer zu den Teilnehmenden der Fachgespräche in **personenbezogenen Prüfungen für PHKP** sind Abbildung 8 zu entnehmen. Am

häufigsten wurde in 63 % der Fälle mit der Pflegedienstleitung oder stellvertretende Pflegedienstleitung ein Fachgespräch geführt (n = 10). Bei 44 % der personenbezogenen Prüfungen hat eine Pflegefachkraft, die regelmäßig in die Pflege der versorgten Person involviert ist, am Fachgespräch teilgenommen (n = 7). Selten nahmen sonstige Pflegefachkräfte (n = 2) und sonstige Personen (n = 4) teil; davon in drei Fällen die Fachbereichsleitung und einmal die Psychologin des Pflegedienstes.

Abbildung 8: Teilnehmende am Fachgespräch (PHKP)



Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: n = 16, Anzahl der personenbezogenen Prüfungen; Mehrfachnennungen möglich.

Zeitpunkt des Fachgesprächs

Die Prüferinnen und Prüfer wurden gebeten anzugeben, wann das Fachgespräch in den personenbezogenen Prüfungen stattfand. Bei den **personenbezogenen Prüfungen für AKI** fand das Fachgespräch bei 46,3 % der Prüfungen während des Besuchs bei der versorgten Person statt (n = 19). Nach dem Besuch bei der versorgten Person fand das Fachgespräch in 41,5 % der Fälle statt (n = 17). In fünf Fällen wurde „Sonstiges“ angegeben:

- ◆ Ein kurzes Fachgespräch fand vor dem Besuch und ein ausführliches nach dem Besuch statt (n = 1)
- ◆ Vor, während und nach dem Besuch der versorgten Person (n = 4).

Die Prüferinnen und Prüfer gaben bzgl. aller personenbezogenen Prüfungen an, dass der Zeitpunkt für das Fachgespräch optimal war und es nicht besser gewesen wäre, das Fachgespräch zu einem anderen Zeitpunkt durchzuführen.

Bei den **personenbezogenen Prüfungen für PHKP** fand das Fachgespräch bei zwei Prüfungen während des Besuchs bei der versorgten Person statt (12,5 %), in drei Fällen nach dem Besuch (18,8 %). Bei zwei Drittel der Prüfungen wurde ein sonstiger Zeitpunkt angegeben:

- ◆ Vor und nach dem Besuch bei der versorgten Person (n = 5)
- ◆ Vor, während und nach dem Besuch bei der versorgten Person (n = 6).

Der Zeitpunkt des Fachgesprächs war in allen Prüfungen nach Ansicht der Prüferinnen und Prüfer ideal, ein anderer Zeitpunkt wäre den Prüferinnen und Prüfern zufolge nicht besser gewesen.

Qualität des Fachgesprächs

Die Prüferinnen und Prüfer der AKI bewerteten die zeitlichen Ressourcen für das **Fachgespräch der AKI** ausnahmslos als ausreichend (100,0 %, n = 41). Mit 78,0 % empfanden die Befragten die für das Fachgespräch zur Verfügung gestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes als adäquate Gesprächspartner. Allerdings stimmten 17,1 % (n = 7) nur in Teilen zu, dass der Pflegedienst die richtigen Personen als Ansprechpartner zur Verfügung stellte. 4,9 % (n = 2) sind der Meinung, dass die Personen eher nicht geeignet waren. Nicht in allen Fällen (12,2 %, n = 5) konnten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bzw. die verantwortliche Pflegefachkraft die Versorgung, die Bedarfskonstellation und andere Sachverhalte fachlich schlüssig und nachvollziehbar darstellen. Die restlichen 87,8 % (n = 36) bewerteten die Darstellung jedoch als schlüssig und nachvollziehbar. Informationen, die im Rahmen des Fachgesprächs gewonnen wurden, hätten aus Sicht der Prüferinnen und Prüfer zumindest in Teilen auch aus der Dokumentation entnommen werden können. Die Einschätzungen können im Detail in Tabelle 45 eingesehen werden.

Die Einschätzungen der Prüferinnen und Prüfer fällt hinsichtlich der zeitlichen Ressourcen für das **Fachgespräch der PHKP** ähnlich zur AKI aus. Etwas positiver wird die Frage bewertet, ob der Pflegedienst die richtige Person für das Gespräch zur Verfügung stellte: 75,0 % (n = 12) empfanden die Wahl als richtig. 25,0 % (n = 4) stimmten nur in Teilen zu. Negative Einschätzungen gab es nicht. Die Versorgung, die Bedarfskonstellation und andere Sachverhalte konnten überwiegend fachlich schlüssig und nachvollziehbar dargestellt werden (81,3 %, n = 13). Im Gegensatz zur AKI waren die Prüferinnen und Prüfer der PHKP öfter der Auffassung, dass die im Fachgespräch gewonnenen Informationen auch aus der schriftlichen Dokumentation hätten erschlossen werden können (teils teil: 56,3 %, trifft eher zu: 6,3 %, trifft voll und ganz zu: 25,0 %). Die Angaben sind im Detail Tabelle 46 zu entnehmen.

Tabelle 43: Einschätzung der Prüfteams zum Fachgespräch personenbezogener Prüfungen (AKI)

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Es gab genug Zeit für das Fachgespräch	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	13	31,7 %	28	68,3 %	0	0,0 %
Der Pflegedienst stellte die richtigen Gesprächspartner für das Fachgespräch zur Verfügung.	0	0,0 %	2	4,9 %	7	17,1 %	2	4,9 %	30	73,2 %	0	0,0 %
Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bzw. die verantwortliche Pflegefachkraft konnten die Versorgung, die Bedarfskonstellation und andere Sachverhalte fachlich schlüssig und nachvollziehbar darstellen.	0	0,0 %	0	0,0 %	5	12,2 %	2	4,9 %	34	82,9 %	0	0,0 %
Die Informationen, die mit dem Fachgespräch gewonnen wurden, hätten auch über schriftliche Dokumentationen gewonnen werden können.	0	0,0 %	12	29,3 %	27	65,9 %	2	4,9 %	0	0,0 %	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: n = 41, Anzahl der personenbezogenen Prüfungen

Tabelle 44: Einschätzung der Prüfteams zum Fachgespräch personenbezogener Prüfungen (PHKP)

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Es gab genug Zeit für das Fachgespräch	0	0,0 %	0	0,0 %	2	12,5 %	0	0,0 %	14	87,5 %	0	0,0 %
Der Pflegedienst stellte die richtigen Gesprächspartner für das Fachgespräch zur Verfügung.	0	0,0 %	0	0,0 %	4	25,0 %	2	12,5 %	10	62,5 %	0	0,0 %
Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bzw. die verantwortliche Pflegefachkraft konnten die Versorgung, die Bedarfskonstellation und andere Sachverhalte fachlich schlüssig und nachvollziehbar darstellen.	0	0,0 %	0	0,0 %	3	18,8 %	3	18,8 %	10	62,5 %	0	0,0 %
Die Informationen, die mit dem Fachgespräch gewonnen wurden, hätten auch über schriftliche Dokumentationen gewonnen werden können.	0	0,0 %	2	12,5 %	9	56,3 %	1	6,3 %	4	25,0 %	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: n = 16, Anzahl der personenbezogenen Prüfungen

3.4.6 Synthese

Nach Abschluss der personenbezogenen Prüfungen erfolgt eine vorläufige Feststellung der Gesamtergebnisse im Prüfteam, ohne Beteiligung des Pflegedienstes. Für den Austausch im Prüfteam kommen unterschiedliche Inhalte in Betracht. In der Befragung wurden die Prüfteams gebeten, die Fragen nur von einem Mitglied des Prüfteams zu beantworten.

Den **Prüfteams der AKI** fiel es insgesamt eher leicht oder sehr leicht aus den Feststellungen der Prüfer zu einem Gesamtergebnis für den Pflegedienst abzuleiten. Jeweils 40,0 % (n = 4) fiel es sehr leicht oder eher leicht. Kein Prüfteam empfand die Ableitung als schwierig. 20,0 % (n = 2) fanden es jedoch mäßig schwer. Diese gaben als Gründe an, dass:

- ◆ Manche der Qualitätsaspekte waren noch zu wenig vertraut, um vor Ort ein vorläufiges Urteil fassen zu können,
- ◆ noch nicht für alle relevanten Qualitätsaspekte Bewertungen (A, B, C oder D) vorlagen.

Außerdem merkte ein Prüfteam noch an:

„Der Zeitaufwand zur Synthese war relativ kurz, da keine Qualitätsdefizite festgestellt wurden. Hinsichtlich des Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe wurden unterschiedliche Kenntnisstände bei den Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes festgestellt. Diese wurden im Abschlussgespräch thematisiert und eine Nachschulung empfohlen.“

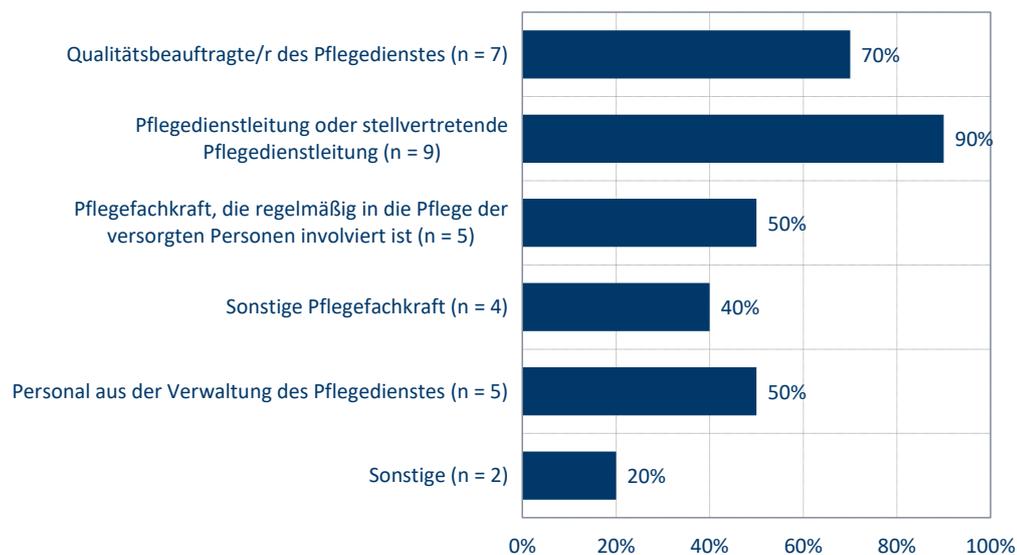
Zu ähnlichen Einschätzungen kamen die **Prüfteams der PHKP**. Die Feststellungen der Prüferinnen und Prüfer zusammenzuführen und daraus ein vorläufiges Gesamtergebnis für den Pflegedienst abzuleiten, wurde in vier von fünf Fällen als eher leicht oder sehr leicht (80,0 %) und in einem Fall (20,0 %) als mäßig schwer eingeschätzt. Wie auch schon die Prüfteams der AKI gab die eine Person als Begründung an, dass manche der Qualitätsaspekte noch zu wenig vertraut waren, um vor Ort ein vorläufiges Urteil fassen zu können und noch nicht für alle relevanten Qualitätsaspekte Bewertungen (A, B, C oder D) vorlagen. Außerdem habe es noch offene Punkte gegeben, die erst im Abschlussgespräch geklärt werden sollten. Auch sei es schwierig gewesen aus den Feststellungen handlungsrelevante Empfehlungen für das Abschlussgespräch zu entwickeln.

3.4.7 Abschlussgespräch

Am Ende der Prüfung findet das Abschlussgespräch statt. Im Abschlussgespräch wird der Pflegedienst über zentrale Ergebnisse der Prüfung in Kenntnis gesetzt. Grundlage sind die vorläufigen Einschätzungen des Prüfteams. Die Fragen wurden nur von einem Mitglied des Prüfteams beantwortet. Bei 90 % der Abschlussgespräche mit den **AKI-Pflegediensten** nahm die Pflegedienstleitung oder stellvertretende Pflegedienstleitung teil (n = 9). In 70 % der Gespräche war die bzw. der Qualitätsbeauftragte des Pflegedienstes anwesend (n = 7). Etwa bei der Hälfte der

Gespräche waren die Pflegefachkraft, die regelmäßig in die Pflege der versorgten Person involviert ist, das Personal aus der Verwaltung des Pflegedienstes und sonstige Pflegefachkräfte anwesend (n = 4 bzw. 5). In zwei Fällen waren sonstige Personen anwesend (Geschäftsleitung; zweite verantwortliche Pflegefachkraft). Die Häufigkeiten der Teilnehmenden sind Abbildung 9 zu entnehmen.

Abbildung 9: Teilnehmende am Abschlussgespräch (AKI)

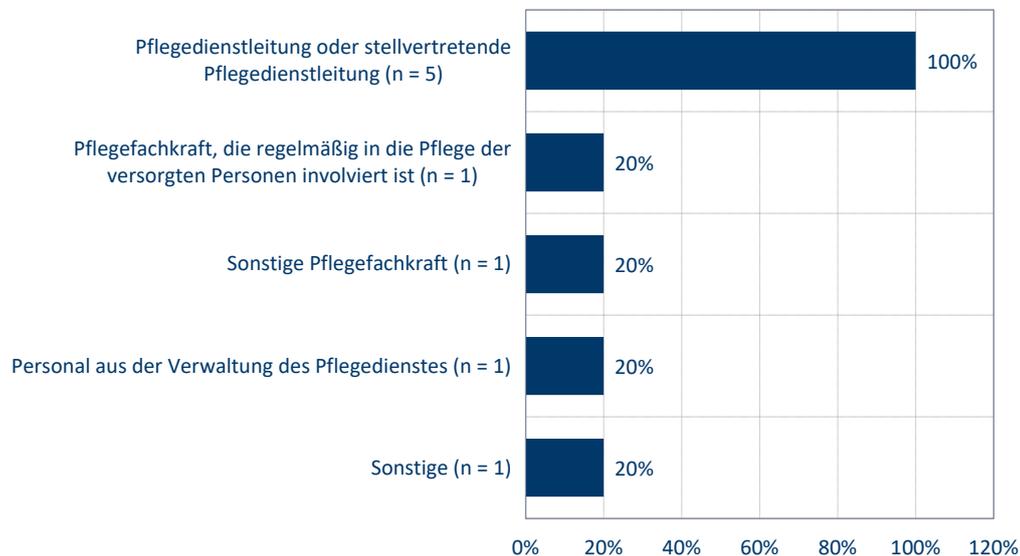


Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: n = 10, Anzahl der Prüfteams, Mehrfachnennung möglich

Bei allen fünf Abschlussgesprächen mit den **PHKP-Pflegediensten** war nach Angaben der Prüfteams die (stellvertretende) Pflegedienstleitung anwesend. Weitere Personen, wie die verantwortliche Pflegefachkraft, sonstige Pflegefachkräfte und Personal aus der Verwaltung waren nur bei jeweils einem Pflegedienst anwesend. Bei einem Abschlussgespräch nahmen außerdem die Fachbereichsleitung und die Geschäftsführung teil. Die Häufigkeiten der Teilnehmenden am Abschlussgespräch sind in Abbildung 10 abgebildet.

Abbildung 10: Teilnehmende am Abschlussgespräch



Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

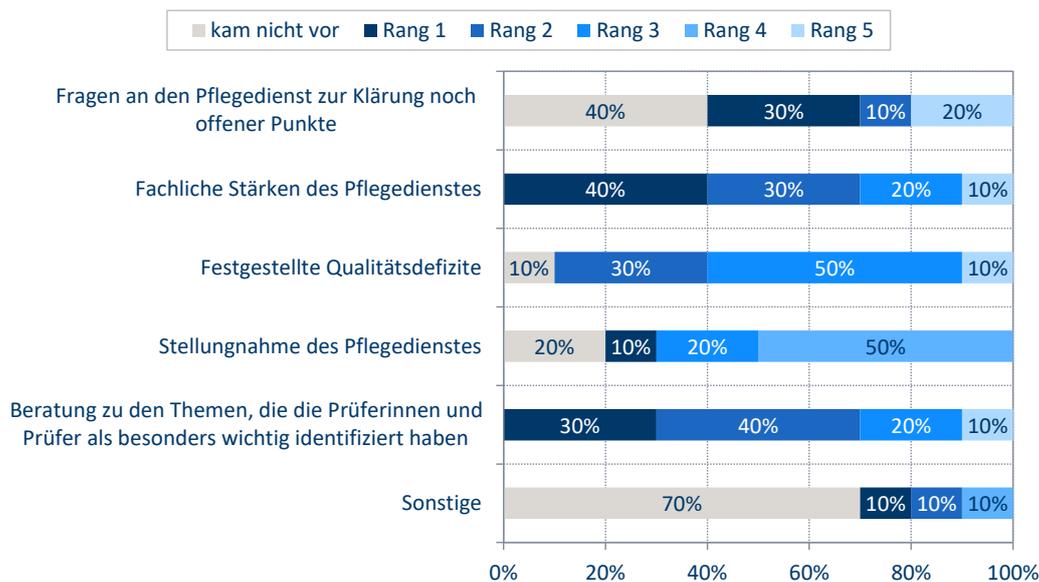
Anmerkung: n = 5, Anzahl der Prüfteams, Mehrfachnennung möglich.

Weiterhin wurden die Prüfteams zu den Inhalten bzw. den zeitlichen Anteilen bestimmter Inhalte am Abschlussgespräch befragt. Um die Zeitaufwände sowie Relevanz unterschiedlicher Inhalte zu erfassen, wurden die Prüfteams gebeten, ausgewählte Inhalte nach Rängen zu sortieren. Inhalte mit dem größten zeitlichen Anteil am Abschlussgespräch erhielten den Rangplatz 1; Inhalte mit dem zweitgrößten Anteil den Rangplatz 2 usw. Verschiedene Inhalte mit etwa gleichem zeitlichem Anteil konnten ein und demselben Rangplatz zugeordnet werden.

Abbildung 11 zeigt die zeitlichen Anteile der Inhalte nach Rängen für die **AKI-Pflegedienste**. Von den Prüfteams wurde am häufigsten „fachliche Stärken des Pflegedienstes“ auf Rang 1 und Rang 2 gewählt, d. h. die Besprechung zu den Stärken des Pflegedienstes wurde als am bedeutendsten und zeitintensivsten betrachtet. Ebenfalls bedeutend war den Prüfteams zufolge die Beratung zu den Themen, die die Prüferinnen und Prüfer als besonders wichtig identifiziert haben, für 30 % der Prüfteams kam dieser Inhalt auf Rang 1 und für 40 % auf Rang 2. Danach folgen die Besprechung zu festgestellten Qualitätsdefiziten und die Stellungnahme des Pflegedienstes. Für 40 % der Prüfteams spielten auch Fragen an den Pflegedienst zur Klärung noch offener Punkte eine große Rolle. Bei den übrigen Prüfteams spielte dieser Aspekt hingegen keine bzw. nur eine geringere Rolle. Drei Prüfteams wiesen „sonstigen Inhalten“ einem Rang zu, davon wurden zwei Angaben gemacht: allgemeines Gespräch zur Pilotierung (Rang 2) und Beratung der verantwortlichen Pflegefachkraft zur Erstellung einer Liste zur Stichprobenziehung (Rang 4). Insgesamt zeigt sich anhand der Verteilung der Ränge, dass die Stärken der

Pflegedienste und die Beratung der Pflegedienste zu besonders wichtigen Themen die größte Rolle im Abschlussgespräch spielten, gefolgt von den festgestellten Qualitätsdefiziten. Die Klärung noch offener Punkte erfolgte insgesamt seltener, obgleich dieser Aspekt bei nahezu der Hälfte der Prüfteams wiederum eine größere Rolle spielte. In den Abschlussgesprächen lag der Fokus bei den fachlichen Stärken des Pflegedienstes, gleichzeitig wurde den Pflegediensten auch die Zeit für eine Stellungnahme gegeben.

Abbildung 11: Relevanz der Inhalte im Abschlussgespräch nach Rangplätzen (AKI)

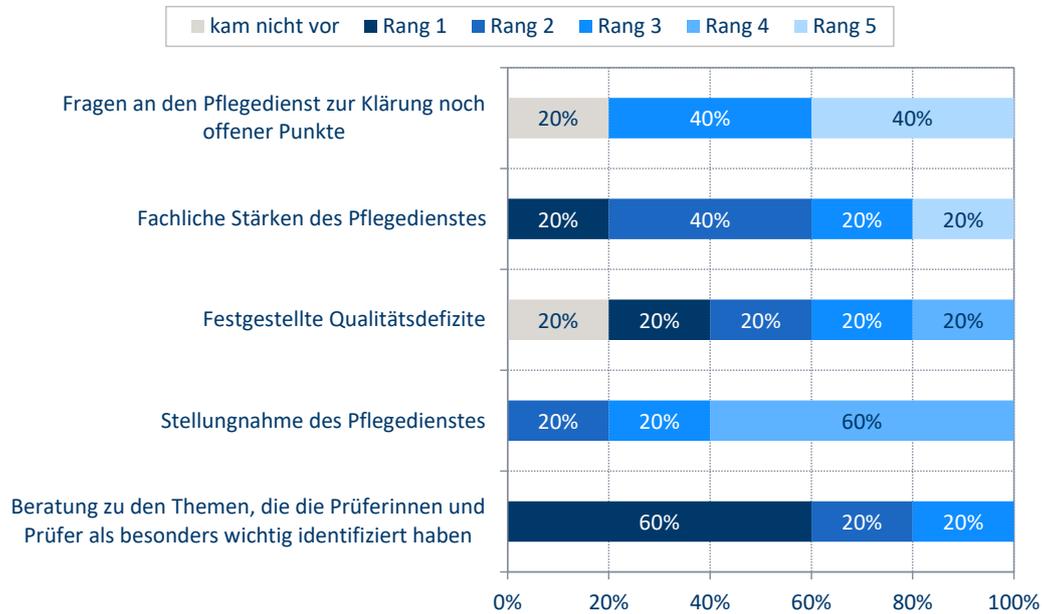


Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: n = 10, Anzahl der Prüfteams. Die Prozente beziehen sich auf Anteile an allen Nennungen pro Inhalt. Für jeden Inhalt war von den Prüfteams ein Rang zu vergeben, wobei der häufigste Inhalt den Rangplatz 1, der zweithäufigste Inhalt den Rangplatz 2 usw. erhielt. Die Angaben beziehen sich auf insgesamt n = 10 Pflegedienste.

Die Angaben der Prüfteams zu den relativen Anteilen der Inhalte im Abschlussgespräch mit den **PHKP-Pflegediensten** ist Abbildung 12 zu entnehmen. Die Prüfteams wiesen mehrheitlich der Beratung zu relevanten Themen den höchsten Rangplatz zu. Für 60 % der Prüfteams nahm dieser Inhalt Rang 1 ein, für jeweils 20 % Rang 2 und 3. Weitere relevante Inhalte waren „fachliche Stärken des Pflegedienstes“ und „Stellungnahme des Pflegedienstes“, die für alle Prüfteams höhere Ränge einnahmen. Eher hintere Rangplätze und somit weniger inhaltlich relevant waren Fragen an den Pflegedienst zur Klärung noch offener Punkte und die Besprechung von festgestellten Qualitätsdefiziten. Insgesamt lässt sich aus den Rangplätzen schlussfolgern, dass der Beratung zu relevanten Themen die größte Bedeutung beigemessen wurde und auch der Fokus auf die Pflegedienste gelegt wurde. Zum einen wurden die fachlichen Stärken des Pflegedienstes besprochen, zum anderen wurde den Pflegediensten Raum für eine Stellungnahme gegeben.

Abbildung 12: Relevanz der Inhalte im Abschlussgespräch nach Rangplätzen (PHKP)



Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: n = 5, Anzahl der Prüfteams. Die Prozente beziehen sich auf Anteile an allen Nennungen pro Inhalt. Für jeden Inhalt war von den Prüfteams ein Rang zu vergeben, wobei der häufigste Inhalt den Rangplatz 1, der zweithäufigste den Rangplatz 2 usw. erhielt. Die Angaben beziehen sich auf n = 5 Pflegedienste.

Die **Abschlussgespräche in der AKI** wurde durch die Prüfteams insgesamt positiv bewertet. Für die Gespräche standen die fachlich zuständigen Personen zur Verfügung (trifft eher zu 10,0 %, trifft voll und ganz zu 90,0 %) und festgestellte Defizite konnten in allen Pflegediensten angesprochen werden. Alle Prüfteams waren der Meinung, dass sie dem betreffenden Pflegedienst konkrete Hinweise zur Optimierung der Versorgungsqualität geben konnten. Auch das Zustandekommen der vorläufigen Bewertung war aus Sicht der Prüferinnen und Prüfer für den Pflegedienst transparent. Details können Tabelle 45 entnommen werden. Nach Einschätzung der Prüfteams sind die Pflegedienste mit den Qualitätsaspekten vertraut.

Im Vergleich dazu wurden die **Abschlussgespräche in der PHKP** weniger positiv bewertet, wie auch in Tabelle 46 zu sehen ist. Zwar standen für die Gespräche durchweg die fachlich zuständigen Personen zur Verfügung, aber in 20,0 % (n = 1) der Prüfteams konnten die festgestellten Defizite nicht thematisiert werden. 20,0 % (n = 1) konnten dem Pflegedienst eher keine konkreten Hinweise zu Verbesserungspotenzialen in der Versorgung geben. Weitere 20,0 % (n = 1) konnten dies zumindest teilweise. Auch gaben 20,0 % (n = 1) an, dass für den Pflegedienst nicht nachvollziehbar war, wie die vorläufige Bewertung zustande kam. Auch sind 80,0 % (n = 4) der Prüfteams der Meinung, dass manche Qualitätsaspekte dem Pflegedienst zumindest in Teilen noch zu wenig vertraut sind.

Tabelle 45: Einschätzung zum Abschlussgespräch (AKI)

	trifft über- haupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Für das Abschlussgespräch standen fachlich zuständige Personen des Pflegedienstes zur Verfügung.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	10,0 %	9	90,0 %	0	0,0 %
Die festgestellten Defizite konnten zur Sprache gebracht werden.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	10	100,0 %	0	0,0 %
Wir konnten dem Pflegedienst konkrete Hinweise geben, wie die Qualität seiner Leistungen weiter verbessert werden kann.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	10	100,0 %	0	0,0 %
Für den Pflegedienst war nachvollziehbar, wie die vorläufigen Bewertungen zustande gekommen waren.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	10	100,0 %	0	0,0 %
Manche der Qualitätsaspekte waren dem Pflegedienst noch zu wenig vertraut, um auf die vorläufigen Ergebnisse einzugehen.	5	50,0 %	3	30,0 %	1	10,0 %	1	10,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Die Prüfer und der Pflegedienst waren unterschiedlicher Auffassung, wie mancher Sachverhalt zu bewerten sei.	9	90,0 %	1	10,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: n = 10, Anzahl der Prüfteams

Tabelle 46: Einschätzung zum Abschlussgespräch (PHKP)

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Für das Abschlussgespräch standen fachlich zuständige Personen des Pflegedienstes zur Verfügung.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Die festgestellten Defizite konnten zur Sprache gebracht werden.	1	20,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	4	80,0 %	0	0,0 %
Wir konnten dem Pflegedienst konkrete Hinweise geben, wie die Qualität seiner Leistungen weiter verbessert werden kann.	0	0,0 %	1	20,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %	3	60,0 %	0	0,0 %
Für den Pflegedienst war nachvollziehbar, wie die vorläufigen Bewertungen zustande gekommen waren.	1	20,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	3	60,0 %	0	0,0 %
Manche der Qualitätsaspekte waren dem Pflegedienst noch zu wenig vertraut, um auf die vorläufigen Ergebnisse einzugehen.	1	20,0 %	0	0,0 %	4	80,0 %	0	0,0 %	5	50,0 %	0	0,0 %
Die Prüfer und der Pflegedienst waren unterschiedlicher Auffassung, wie mancher Sachverhalt zu bewerten sei.	30	60,0 %	0	0,0 %	20	40,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: n = 5, Anzahl der Prüfteam

3.4.8 Zeitaufwand

In diesem Abschnitt werden die Dauer der Stichprobenziehung, Prüfungen, Synthese und Abschlussgespräche beschrieben. Die Berechnung des Zeitaufwands für die Qualitätsprüfungen nach dem neuen Verfahren erfolgte anhand der Anzahl der Tage, an denen die Prüfungen durchgeführt wurden.

Dauer der Stichprobenziehung

Die Prüferinnen und Prüfer wurden gebeten anzugeben, wie viele Minuten im Rahmen der aktuellen Prüfung investiert wurde, um die Grundlage für die Ziehung der Stichprobe zu schaffen. Mit der Grundlage für die Stichprobenziehung ist die Fertigstellung der Liste gemeint, die für das Stichprobenverfahren genutzt werden konnte. Bei den **AKI-Pflegediensten** dauerte die Schaffung der Grundlage durchschnittlich 31,2 Minuten (SD = 32,1; Min = 0; Max = 107).

Zudem sollten die Prüferinnen und Prüfer angeben, wie viele Minuten die Stichprobenziehung im Rahmen der aktuellen Prüfung dauerte. Dies umfasst die gesamte Zeit von der Auswahl der Personen für die Stichprobe bis hin zur Einholung der Einverständniserklärungen. Die Stichprobenziehung dauerte bei den **AKI-Pflegediensten** im Durchschnitt 61,9 Minuten (SD = 27,6; Min = 35; Max = 107).

Hinsichtlich der Frage, ob mit dem neuen Prüfverfahren im Vergleich zum bisherigen Verfahren der zeitliche Aufwand für das Stichprobenverfahren geringer oder höher ausfallen wird, sind die Prüferinnen und Prüfer geteilter Meinung. Vier **AKI-Prüfteams** bewerteten den Zeitaufwand mit dem neuen Prüfverfahren als höher (n = 3; 30,0 %) oder deutlich höher ein (n = 1; 10,0 %). Sechs Prüfteams schätzten den Zeitaufwand hingegen mit dem neuen Prüfverfahren zukünftig als geringer ein (60,0 %).

Nach Angaben der Prüferinnen und Prüfer dauerte die Schaffung der Grundlage für die Ziehung der Stichprobe bei den **PHKP-Pflegediensten** durchschnittlich 32 Minuten (SD = 21,7; Min = 10; Max = 60). Der Zeitaufwand für die Stichprobenziehung lag im Durchschnitt bei 69 Minuten (SD = 24,6; Min = 45; Max = 100).

Ähnlich zu den Angaben der AKI-Prüfteams sind die **PHKP-Prüfteams** hinsichtlich des Zeitaufwands mit dem neuen Prüfverfahren geteilter Meinung: Ein Prüfteam gab an, dass der zeitliche Aufwand mit dem neuen Prüfverfahren im Vergleich zum bisherigen Verfahren für das Stichprobenverfahren geringer ausfallen wird (20,0 %), ein weiteres Prüfteam schätzt den Zeitaufwand unverändert genauso wie früher ein (20,0 %). Zwei Prüfteams sehen den Zeitaufwand als höher an (40,0 %), ein Prüfteam gab keine Antwort an (20,0 %).

Bei der Interpretation der Angaben zum Mehraufwand muss auch berücksichtigt werden, dass die Prüferinnen und Prüfer zuvor noch keine oder wenig Erfahrungen mit dem neuen Stichprobenverfahren hatten, sodass die Einschätzung des höheren zeitlichen Aufwands sicherlich auch dadurch beeinflusst sein könnte, dass die Umsetzung eines neuen Verfahrens insbesondere in der Anfangszeit mehr Zeit in Anspruch nehmen wird. Dies wurde auch in den Feedbackveranstaltungen von den

Prüfdiensten angesprochen mit der Bemerkung, dass das Verfahren mit der Routine und zunehmenden Erfahrung sicherlich mit einem geringeren Zeitaufwand umgesetzt werden kann.

Dauer der Prüfungen

Bei neun von zehn **AKI-Pflegediensten** wurde die Prüfung nach zwei Tagen abgeschlossen, hierbei wurden je Pflegedienst zwischen drei und fünf Personen in die Stichprobe eingeschlossen. Bei einem Pflegedienst dauerte die Prüfung nur einen Tag, hier wurden zwei Personen in die Stichprobe eingeschlossen. Die Prüfungen dauerten am ersten Tag durchschnittlich 7,5 Stunden (SD = 1,2; Min = 5,8; Max = 10,0) und am zweiten Tag durchschnittlich 4,6 Stunden (SD = 1,7; Min = 2,0; Max = 7,3).

Bei vier der fünf **PHKP-Pflegedienste** dauerte die Prüfung einen Tag, hierbei wurden je Pflegedienst zwischen zwei und fünf Personen in die Stichprobe eingeschlossen. Nur bei einem Pflegedienst wurde die Prüfung erst nach zwei Tagen abgeschlossen, in diesem Fall wurden vier Personen in die Stichprobe eingeschlossen. Am ersten Tag dauerten die Prüfungen durchschnittlich 7,3 Stunden (SD = 0,9; Min = 6,5; Max = 8,5). Die einzige Prüfung am zweiten Tag dauerte 3,3 Stunden.

Dauer der Hausbesuche

Auch die Dauer der Hausbesuche bei den personenbezogenen Prüfungen sollte angegeben werden. Diese umfasst die Zeit vom Betreten bis zum Verlassen der Häuslichkeit.

Nach Angaben der Prüfteams dauerte ein Hausbesuch der **AKI-Pflegedienste** durchschnittlich 110 Minuten (SD = 42,1; Min = 30; Max = 185).

Bei den **PHKP-Pflegediensten** dauerte ein Hausbesuch durchschnittlich 32,4 Minuten (SD = 10,7; Min = 8; Max = 50).

Dauer der Prüfung einzelner Qualitätsaspekte

Die Prüferinnen und Prüfer wurden außerdem um ihre Einschätzung zum Zeitaufwand des neuen Prüfverfahrens für verschiedene Qualitätsaspekte im Vergleich zum bisherigen gebeten. Die Angaben der **Prüfdienste für AKI** sind Tabelle 47 zu entnehmen. Für den Großteil der Qualitätsaspekte wurde angegeben, dass die Prüfung mit dem neuen Prüfverfahren genauso viel Zeit oder sogar weniger Zeit einnehmen wird wie mit dem bisherigen Prüfverfahren. Für die Qualitätsaspekte „AKI“ und „5. Qualitätsmanagement“ schätzten etwa die Hälfte der Prüferinnen und Prüfer den Aufwand mit dem neuen Prüfverfahren jedoch höher ein.

Tabelle 47: Zeitaufwand des neuen Prüfverfahrens für die Qualitätsaspekte im Vergleich zum bisherigen Verfahren (AKI)

Qualitätsaspekt	deutlich geringer	geringer	genauso wie früher	höher	deutlich höher	weiß nicht
	n %	n %	n %	n %	n %	n %
AKI	0 0,0 %	0 0,0 %	8 40,0 %	10 50,0 %	0 0,0 %	2 10,0 %
5. Qualitätsmanagement	0 0,0 %	3 30,0 %	3 30,0 %	4 40,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
6. Hygiene	0 0,0 %	4 40,0 %	4 40,0 %	2 20,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
„Qualifikation und Aufgabenwahrung durch die Pflegedienstleitung“ unter 3. Aufbauorganisation Personal und 4. Ablauforganisation	0 0,0 %	4 40,0 %	5 50,0 %	1 0,0 %	0 0,0 %	1 10,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: n = 10-20 Prüferinnen und Prüfer. Die Frage zum Qualitätsaspekt AKI wurde von beiden Mitgliedern des Prüfteams beantwortet, die übrigen Qualitätsaspekte wurden nur von einem Mitglied im Prüfteam beantwortet.

Tabelle 48 zeigt den Vergleich des zeitlichen Aufwands beim neuen und alten Prüfverfahren für verschiedene Qualitätsaspekte nach Angaben der **Prüfdienste für PHKP**. Die Prüferinnen und Prüfer für PHKP schätzten den zukünftigen Zeitaufwand des neuen Prüfverfahrens im Vergleich zum bisherigen Verfahren tendenziell höher ein. Für den Qualitätsaspekt „PHKP“ wurde der Zeitaufwand für das neue Prüfverfahren jeweils von zwei Prüferinnen und Prüfern als gleichbleibend bzw. höher eingestuft, fünf Personen konnten dies noch nicht abschätzen. Beim Qualitätsaspekt „5. Qualitätsmanagement“ schätzten 60,0 % (n = 3) den Zeitaufwand als höher bzw. deutlich höher ein. Der Zeitaufwand für Fragen zu „Qualifikation und Aufgabenwahrung durch die Pflegedienstleitung“ unter „3. Aufbauorganisation Personal“ und „4. Ablauforganisation“ wurde einstimmig von allen Prüfteams als höher eingestuft. Der Qualitätsaspekt „6. Hygiene“ war hingegen bei allen Prüfteams mit einem unveränderten Zeitaufwand verbunden.

Tabelle 48: Zeitaufwand des neuen Prüfverfahrens für die Qualitätsaspekte im Vergleich zum bisherigen Verfahren (PHKP)

Qualitätsaspekt	deutlich geringer	geringer	ge- nauso wie frü- her	höher	deutlich höher	weiß nicht
	n %	n %	n %	n %	n %	n %
PHKP	0 0,0 %	0 0,0 %	2 22,2 %	2 22,2 %	0 0,0 %	5 55,6 %
5. Qualitätsmanagement	0 0,0 %	0 0,0 %	1 20,0 %	2 40,0 %	1 20,0 %	1 20,0 %
6. Hygiene	0 0,0 %	0 0,0 %	5 100,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %
„Qualifikation und Aufga- benwahrung durch die Pflegedienstleitung“ unter „3. Aufbauorganisation Personal“ und „4. Ablau- forganisation“	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	5 100,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Prüferinnen und Prüfer

Anmerkung: n = 5 - 9 Prüferinnen und Prüfer. Die Frage zum Qualitätsaspekt PHKP wurde von beiden Mitgliedern des Prüfteams beantwortet, die übrigen Qualitätsaspekte wurden nur von einem Mitglied im Prüfteam beantwortet.

Dauer von Synthese und Abschlussgespräch

Die Prüferinnen und Prüfer wurden in der Befragung gebeten, Angaben zur Dauer der Synthese- und Abschlussgespräche zu machen. Die Angaben wurden nur von einem Mitglied im Prüfteam beantwortet.

Bei den **Prüfungen für AKI** dauerte das Synthesegespräch, d. h. der Austausch im Prüfteam zur vorläufigen Feststellung der Gesamtergebnisse, im Durchschnitt 27,5 Minuten (SD = 14,4; Min = 15; Max = 60). Das Abschlussgespräch dauerte durchschnittlich 34 Minuten (SD = 12,0; Min = 15; Max = 60).

Die Prüferinnen und Prüfer schätzten zudem den zeitlichen Aufwand des Synthese- bzw. Abschlussgesprächs im Rahmen des neuen Prüfverfahrens im Vergleich zum bisherigen Prüfverfahren ein. Nach Angaben der **Prüfdienste für AKI** wurde der zeitliche Aufwand für die Synthese als höher (n = 5; 50,0 %) oder deutlich höher (n = 2; 20,0 %) bewertet. Drei Prüfteams schätzten den Zeitaufwand als unverändert ein (30,0 %). Hinsichtlich des zeitlichen Aufwands für das Abschlussgespräch wurde von sieben der zehn Prüfteams der zeitliche Aufwand als höher (n = 5; 50,0 %) oder deutlich höher (n = 2; 20,0 %) eingeschätzt. Für drei Prüfteams blieb der Zeitaufwand unverändert (30,0 %).

Bei den **Prüfungen für PHKP** dauerte der Austausch im Prüfteam zur vorläufigen Feststellung der Gesamtergebnisse im Durchschnitt 19 Minuten (SD = 2,2; Min = 15; Max = 20). Das Abschlussgespräch dauerte durchschnittlich 31 Minuten (SD = 12,9; Min = 20; Max = 45).

Drei der fünf Prüfteams gaben an, dass der zeitliche Aufwand für die Synthese im neuen Prüfverfahren im Vergleich zum bisherigen unverändert geblieben ist (60,0 %). In einem Fall wurde der zeitliche Aufwand als höher bewertet (20,0 %) und in einem Fall konnte die Veränderung nicht bewertet werden (20,0 %). Beim Vergleich des zeitlichen Aufwands für das Abschlussgespräch schätzten 80,0 % der Prüfteams den Aufwand im neuen Prüfverfahren als unverändert ein (n = 4). Lediglich ein Prüfteam bewertete den Zeitaufwand als höher (20,0 %).

3.4.9 Einführung in die Pilotierung

Die Einführung, die in Vorbereitung auf die Durchführung der **Pilot-Prüfungen für AKI** stattgefunden hat, wurde in 50,0% (n = 10) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als mäßig hilfreich, in 30,0 % (n = 6) als eher hilfreich und in 15,0 % (n = 3) als sehr hilfreich empfunden. Eine Teilnehmerin bzw. ein Teilnehmer (5,0 %) gab dazu keine Einschätzung ab.

Positiver fällt dagegen die Einschätzung der **Prüfdienste für PHKP** aus: Von 33,3 % (n = 3) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde die Vorbereitung als eher hilfreich und von 55,6 % (n = 5) als sehr hilfreich wahrgenommen. Eine Teilnehmerin bzw. ein Teilnehmer (11,1 %) gab dazu keine Einschätzung ab.

Sowohl die Prüfteams der AKI als auch der PHKP äußerten vielfältige Hinweise und Ideen zur Weiterentwicklung künftiger Schulungen bzw. Fokussierung in den Schulungen. **Für AKI** wurden u. a. folgende Ideen und Punkte genannt:

- ◆ Durchführung der Prüfung seitens der Medizinischen Dienste (MD) von Fachpersonal mit Expertise in der AKI bzw. Vertiefung fachlicher Aspekte für weniger erfahrene Prüferinnen und Prüfer
 - ◆ Die Einzelbewertungen zu den Leitfragen sollten in einen Gesamtkontext zur Bewertung der Gesamt-Versorgungssituation gesetzt werden bzw. zur abschließenden Entscheidungsfindung für die Gesamtbewertung.
 - ◆ Vermittlung des neuen qualitativen Ansatzes im Vergleich zur bisherigen Denkklogik des dichotomen und quantitativen Ansatzes der Bewertung im alten Prüfverfahren.
 - ◆ Gesamt-Versorgungssituation müsse stärker in den Blick genommen werden.
 - ◆ Aus den Erklärungen zu den umfassenden Leitfragen 2, 6 und 8 gehen die Erwartungshaltungen der QPR nicht hervor → zur Gewährleistung einer einheitlichen Prüfung durch verschiedene Gutachter (in verschiedenen Bundesländern) ist eine Spezifizierung notwendig.
-

- ◆ Vorbereitung der Klientenliste zur Stichprobenziehung
- ◆ Um alle Informationen aus den zur Vorbereitung zur Verfügung gestellten Unterlagen zu erhalten, war ein ständiges Springen zwischen den Unterlagen notwendig.
- ◆ Bereitstellung von einer höheren Anzahl an Fallbeispielen und damit „Leitplanken [...], um eine vergleichbare Bewertung zu gewährleisten“
- ◆ Konkretisierung der zu prüfenden Sachverhalte im Kontext zu den Leitfragen: Die Leitfragensystematik würde die Gefahr bergen, dass abhängig von der Fachexpertise der Prüferinnen und Prüfer Unsicherheiten hinsichtlich der zu prüfenden Sachverhalte sowie zur Bewertung der Qualitätsaspekte auftreten (gültige QPR gäbe mehr Handlungssicherheit).
- ◆ Schärfung des gutachterlichen Rollenverständnisses (Bewertung einer Gesamtversorgung und nicht von Teilaspekten, Entscheidung der Gewichtung einer C- oder D-Bewertung eines Sachverhaltes im Kontext der Gesamtversorgung/der Ergebnisqualität)
- ◆ wiederholte Schulung zur Entscheidungsfindung
- ◆ Bewertung der Gesamtversorgungssituation über Fallarbeiten in Gruppen und Präsenz

Weniger Anmerkungen gab es dagegen **für die PHKP**. Geäußert wurden vor allem:

- ◆ Benennung von (mehr) Beispielen bei den Bewertungskategorien und intensivere Besprechung der Kategorien
 - ◆ Intensivierung der Besprechung von Inhalt der bzw. Umgang mit den Leitfragen
 - ◆ Erklärungen dazu, wie der Qualitätsaspekt zur PHKP mit sieben unterschiedlichen Leitfragen (inhaltlich) bewertet werden kann
 - ◆ Erklärung, ob unter psychiatrischen Diagnosen nur die verordnungsfähigen psychiatrischen Diagnosen erfasst werden sollen oder alle psychiatrische Diagnosen
 - ◆ Intensivierung der Dokumentation/Maßnahmenplanung (z. B. wie individuell diese sein muss)
 - ◆ Intensivierung und schematische Übersicht zum Stichprobenverfahren (Was ist zu beachten, SGB V, SGB XI, Psych. HKP)
 - ◆ Vorgehensweise bei der Inaugenscheinnahme
 - ◆ Schulung zur ärztlichen Verordnung für PHKP und S3-Leitlinie
-

3.5 Praktikabilität aus Sicht der Pflegedienste

Neben den Prüferinnen und Prüfern wurden auch die Pflegedienste um ihre Einschätzungen zur Praktikabilität des neuen Prüfverfahrens und -instruments gebeten. Die Bewertungen der Pflegedienste beziehen sich dabei auf ihre Erfahrungen mit der Ermittlung von Leistungen bei den versorgten Personen, ihren Erfahrungen mit den Fach- und Abschlussgesprächen und dem zeitlichen Umfang des neuen Prüfverfahrens. Nach Abschluss der Pilot-Prüfungen und Erhalt des Prüfberichts wurden die Pflegedienste zudem in einer zweiten Erhebung gefragt, inwieweit die Bewertungen im Prüfbericht für sie nachvollziehbar sind. Abschließend beurteilten die Pflegedienste die Unterschiede zum bisherigen Prüfverfahren sowie weitere Aspekte bezüglich der Praktikabilität.

3.5.1 Ermittlung des Prüfumfangs

Zu Beginn einer personenbezogenen Prüfung stellten die Prüferinnen und Prüfer fest, welche prüfungsrelevanten Leistungen bei der versorgten Person erbracht werden. Hieraus leitete sich ab, welche Qualitätsaspekte in der Pilot-Prüfung zu prüfen sind.

3.5.1.1 Schwierigkeit der Ermittlung des Prüfumfangs

Die Pflegedienste wurden um ihre Einschätzung gebeten, wie schwer es ihnen fiel zu ermitteln, welche Leistungen bei der versorgten Person erbracht werden. Die Angaben der **AKI-Pflegedienste** sind Tabelle 49 zu entnehmen. Insgesamt fiel es allen Pflegediensten leicht, die Leistungen bei den in der Prüfung einbezogenen versorgten Personen zu ermitteln. Zu den Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI, Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson gemäß § 39 SGB XI und Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V außer PHKP konnten zwei bzw. drei Pflegedienste die Schwierigkeit nicht beurteilen.

Tabelle 49: Schwierigkeit der Ermittlung erbacher Leistungen (AKI)

	sehr schwie- rig	eher schwie- rig	mäßig	eher leicht	sehr leicht	weiß nicht
	n %	n %	n %	n %	n %	n %
außerklinische Intensiv- pflege gemäß § 37c SGB V	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	3 30,0 %	7 70,0 %	0 0,0 %
psychiatrische häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V, Ziffer 27a im HKP- Leistungsverzeichnis	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	5 50,0 %	5 50,0 %
Pflegesachleistungen ge- mäß § 36 SGB XI	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 20,0 %	6 60,0 %	2 20,0 %
häusliche Pflege bei Verhin- derung der Pflegeperson gemäß § 39 SGB XI	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 10,0 %	6 60,0 %	3 30,0 %
häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V außer PHKP	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	1 10,0 %	7 70,0 %	2 20,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 10 Pflegedienste

Die Einschätzungen der **PHKP-Pflegedienste** zur Schwierigkeit der Ermittlung der Leistungen bei den versorgten Personen ist in Tabelle 50 dargestellt. Allen Pflege-
diensten fiel die Ermittlung der Leistungen leicht. Einzig bei der Leistung außerkli-
nische Intensivpflege gemäß § 37c SGB V gaben drei der fünf Pflegedienste „weiß
nicht“ an. Dies könnte daran liegen, dass diese Leistung für die Pflegedienste bei
der Versorgung von Personen mit PHKP nicht relevant waren.

Tabelle 50: Schwierigkeit der Ermittlung erbachter Leistungen (PHKP)

	sehr schwie- rig	eher schwie- rig	mäßig	eher leicht	sehr leicht	weiß nicht
	n %	n %	n %	n %	n %	n %
außerklinische Intensiv- pflege gemäß § 37c SGB V	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 40,0 %	3 60,0 %
Psychiatrische häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V, Ziffer 27a im HKP-Leistungsverzeichnis	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 40,0 %	3 60,0 %	0 0,0 %
Pflegesachleistungen ge- mäß § 36 SGB XI	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 40,0 %	3 60,0 %	0 0,0 %
häusliche Pflege bei Ver- hinderung der Pflegeper- son gemäß § 39 SGB XI	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 40,0 %	3 60,0 %	0 0,0 %
häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V außer PHKP	0 0,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 40,0 %	3 60,0 %	0 0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 5 Pflegedienste

3.5.1.2 Einhaltung der Grundsätze der Prüfungen

Die Qualitätsbeurteilung soll grundsätzlich unter Berücksichtigung der Grenzen erfolgen, die durch die Einwirkungsmöglichkeiten der ambulanten Pflegedienste und ihrer Mitarbeitenden gesteckt sind. Die Pflegedienste wurden gebeten einzuschätzen, ob für den Qualitätsaspekt „außerklinische Intensivpflege“ Aspekte bewertet wurden, die außerhalb der Einwirkungsmöglichkeiten ihres Pflegedienstes liegen. Bei sieben der zehn **AKI-Pflegedienste** wurden keine Aspekte außerhalb der Einwirkungsmöglichkeiten mitberücksichtigt, d. h. die Grundsätze der Prüfungen wurden eingehalten. Zwei Pflegedienste konnten dies nicht beurteilen und antworten mit „weiß nicht“. Ein Pflegedienst gab an, dass die Grundsätze der Prüfungen nicht eingehalten worden seien. Der betreffende Fall wurde wie folgt geschildert:

„Es wurde am Tag der Hausbesuch durchgeführt, zu dieser Zeit war ein anderer Pflegedienst bei dem Kind tätig. Hier wurde festgestellt, dass das Gerät andere Grenzwerte aufwies: Hier gibt es keine Einflussnahme durch uns [...]. Warum das Gerät zum Zeitpunkt des Besuchs verstellt war, können wir nicht beurteilen und nicht verantworten. Wir dokumentieren stets bei Dienstbeginn die Durchführung eines Gerätechecks.“

Die Pflegedienste wurden außerdem darum gebeten, das bisherige Prüfverfahren mit dem neuen zu vergleichen und dahingehend zu bewerten, inwieweit es die

Bewertung von Aspekten des Qualitätsaspekts „außerklinische Intensivpflege“, die eindeutig durch den Pflegedienst beeinflussbar sind, erleichtert. Sechs der zehn Pflegedienste waren der Meinung, dass die Bewertung vergleichbar zum alten Prüfverfahren sei, d. h. genauso leicht bzw. genauso schwierig. In einem Fall wurde die Bewertung als schwieriger als beim alten Prüfverfahren eingeschätzt. Ein Pflegedienst empfand das neue Prüfverfahren eher leichter. Zwei Pflegedienste gaben kein abschließendes Urteil an. In einer offenen Frage konnten die Pflegedienste weitere Anmerkungen zu den geprüften Qualitätsaspekten machen. Die drei Angaben beziehen sich auf den Handlungsspielraum der Prüferinnen und Prüfer. Den Pflegediensten fehlte bislang ein einheitliches Vorgehen der Prüferinnen und Prüfer. Es wurde dabei betont, dass eine besondere Schulung der Prüfteams und ein gewisses Maß an „Fingerspitzengefühl“ notwendig sei. Exemplarisch stehen dafür folgende Anmerkungen der Pflegedienste:

*„Fachlich ist es schwierig sich an Vorgaben oder Richtlinien zu orientieren. Es wirkt, als ob die Prüfer*innen zukünftig „nach gut Dünken“ entscheiden könnten. Des Weiteren besonders schwierig, da hier viele mit an der Versorgung der Kinder mitwirken, Eltern auch angeordnete Themen ablehnen, der Pflegedienst fachlich eigentlich entsprechend der Anordnung agieren muss, das Wort der Eltern als Sorgeberechtigte zwingend umzusetzen ist. Eine schwierige Situation, die bereits heute zu vielen Diskussionen führt.“*

„Kein einheitliches Vorgehen durch die Prüfer möglich, da die Inhalte der Leitfragen alles oder nichts beinhalten können (oberflächliche Prüfung oder Tiefenprüfung). Damit sind die Prüfungen und die Aussagekraft der Prüfungen nicht miteinander vergleichbar. Hier sollten konkrete Vorgaben der abzufragenden Punkte beinhaltet sein.“

Die **PHKP-Pflegedienste** wurden ebenfalls darum gebeten einzuschätzen, ob für den Qualitätsaspekt „psychiatrische häusliche Krankenpflege“ Aspekte bewertet wurden, die außerhalb der Einwirkungsmöglichkeiten ihres Pflegedienstes liegen. Vier der fünf Pflegedienste gaben an, dass keine Aspekte außerhalb ihres Handlungsbereichs bewertet wurden, folglich wurden die Grundsätze der Prüfungen eingehalten.

Außerdem sollten die Pflegedienste das neue mit dem alten Prüfverfahren vergleichen und ihre Einschätzung dazu abgeben, inwieweit das neue Prüfverfahren die Bewertung von Aspekten des Qualitätsaspekts „psychiatrische häusliche Krankenpflege“, die eindeutig durch den Pflegedienst beeinflussbar sind, erleichtert. Insgesamt zeigte sich hier keine eindeutige Tendenz. Ein Pflegedienst schätzte die Schwierigkeit der Bewertung des neuen Prüfverfahrens mit dem alten als vergleichbar ein. Vier der fünf Pflegedienste gaben „weiß nicht“ an. In einer offenen Frage konnten die Pflegedienste weitere Anmerkungen zu den geprüften Qualitätsaspekten machen. Ein Pflegedienst gab als Anmerkung an, dass ein psychiatrischer Gesprächsleitfaden den Prüferinnen und Prüfern sehr helfen könne.

3.5.2 Fachgespräch

Analog zu den Prüferinnen und Prüfern wurden die Pflegedienste ebenfalls zu ihren Erfahrungen mit dem Fachgespräch befragt. Im Rahmen des neuen Prüfverfahrens kommt dem Fachgespräch, d. h. dem Austausch zwischen dem Prüfteam und Mitarbeitenden des Pflegedienstes bzw. der verantwortlichen Pflegefachkraft, eine wichtige Funktion zu. Die fachlich schlüssige, mündliche Erörterung der Versorgung, der Bedarfskonstellation und anderer Sachverhalte soll einen ebenso hohen Stellenwert haben wie die schriftliche Dokumentation. Die Angaben der Prüferinnen und Prüfer zum Fachgespräch finden sich in Abschnitt 3.4.5.

Nach Angaben der **AKI-Pflegedienste** fand in allen Fällen im Rahmen der Pilot-Prüfung ein Fachgespräch mit den Prüferinnen und Prüfern statt.

Bei den **PHKP-Pflegediensten** fand bei vier von fünf Pflegediensten ein Fachgespräch statt. Ein Pflegedienst gab an, kein Fachgespräch geführt zu haben. Als Grund für ein fehlendes Fachgespräch führte dieser Pflegedienst an, dass sich die Erörterung vor allem auf somatische Aspekte konzentriert habe.

Teilnehmende am Fachgespräch

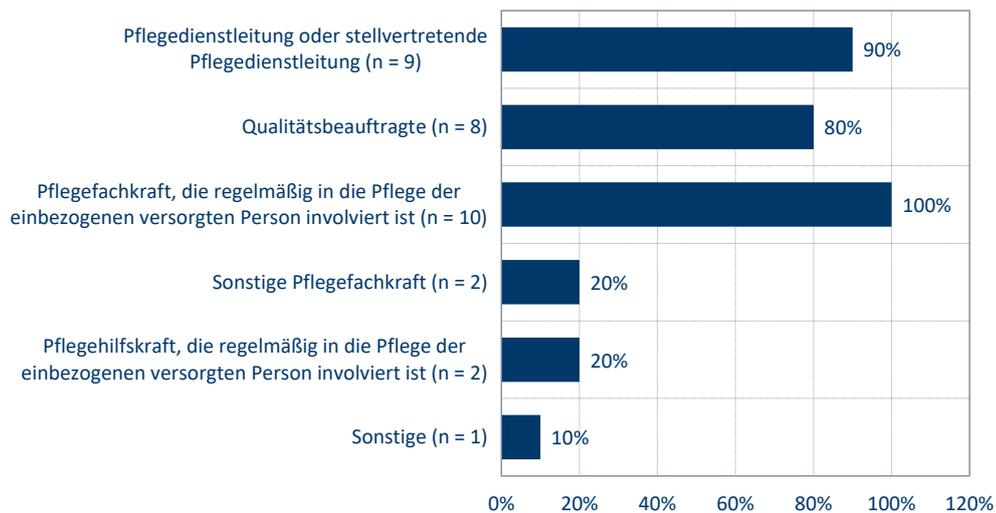
Auch die Pflegedienste sollten angeben, welche Personen an den Fachgesprächen teilgenommen haben. Anders als bei den Prüferinnen und Prüfern sollten nicht die Teilnehmenden für jede personenbezogene Prüfung im Einzelnen angegeben werden, sondern in der Gesamtschau bezogen auf alle Prüfungen. D. h. jeder Pflegedienst gab an, welche Personen insgesamt an den Fachgesprächen teilgenommen haben.

Abbildung 13 zeigt die Teilnehmenden am Fachgespräch nach Angaben der **AKI-Pflegedienste**. Im Vergleich zu den Angaben der Prüferinnen und Prüfer zeigen sich bei den Angaben kleinere Abweichungen. In allen Fällen wird angegeben, dass die Pflegefachkraft, die regelmäßig in die Pflege der in die Prüfung einbezogenen versorgten Person involviert ist, an den Fachgesprächen teilnahm. Nach Angaben der Prüfteams nahmen diese in 88,0 % der Fälle teil. In 90,0 % der Fälle hat die (stellvertretende) Pflegedienstleitung teilgenommen (vs. Prüfteams: 80,0 %). Ein weiterer Unterschied ist bei der Rolle der bzw. des Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) erkennbar: Nach Angaben der Pflegedienste war eine QMB bei 80,0 % der Fälle beim Fachgespräch anwesend, nach Angaben der Prüfteams hat sie hingegen bei knapp der Hälfte der Gespräche teilgenommen (49,0 %). Pflegehilfskräfte sowie sonstige Pflegefachkräfte waren seltener vertreten, dies deckt sich mit den Angaben der Prüfteams. Bei einem Pflegedienst hat außerdem die Geschäftsführung am Fachgespräch teilgenommen.

Die unterschiedlichen Angaben der Prüfteams und Pflegedienste sind zum Großteil dem Umstand geschuldet, dass die Prüferinnen und Prüfer die Teilnehmenden für jede einzelne Pilot-Prüfung aufgezählt haben und die ausgewählten Personen in einer Pflegeeinrichtung nicht bei allen Prüfungen in der exakten Konstellation anwesend waren. Werden die Angaben der Prüfteams auf der Einrichtungsebene betrachtet, so stimmen die Angaben zu den Pflegediensten im Großen und Ganzen

überein – außer bei der bzw. dem Qualitätsbeauftragten, die auch in dieser Berechnung bei den Prüfteams anteilig geringer vertreten war als nach Angaben der Pflegedienste (60,0 % vs. 80,0 %).

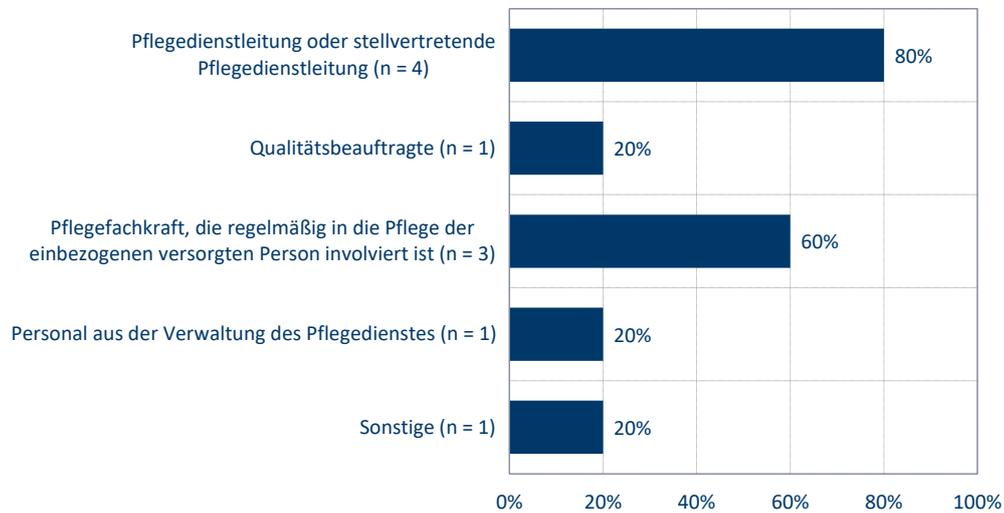
Abbildung 13: Teilnehmende am Fachgespräch (AKI)



Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste
Anmerkung: n = 10 Pflegedienste

Abbildung 14 zeigt die Teilnehmenden am Fachgespräch nach Angaben der **PHKP-Pflegedienste**. Bei 80,0 % der Fachgespräche war die (stellvertretende) Pflegedienstleitung anwesend, bei 60,0 % der Fachgespräche war die Pflegefachkraft anwesend, die regelmäßig in die Pflege der einbezogenen versorgten Person involviert ist. Seltener haben die bzw. der Qualitätsbeauftragte, das Personal aus der Verwaltung und sonstige Personen am Fachgespräch teilgenommen (jeweils n = 1). Sonstige Pflegefachkräfte sowie Pflegehilfskräfte waren in keinen Gesprächen vertreten. Die Angaben der Pflegedienste weichen von den Angaben der Prüfteams ab, die für jede personenbezogene Prüfung Angaben zu den Teilnehmenden machten (vgl. Abbildung 8). Bei der Betrachtung der Angaben der Prüfteams auf der Einrichtungsebene stimmen die Angaben jedoch nahezu mit denen der Pflegedienste überein.

Abbildung 14: Teilnehmende am Fachgespräch (PHKP)



Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 5 Pflegedienste

Qualität des Fachgesprächs

Analog zu den Prüferinnen und Prüfern wurden die Pflegedienste um ihre Einschätzung zur Qualität der Fachgespräche gebeten. Insgesamt fallen die Beurteilungen der **AKI-Pflegedienste** positiv aus. Die Pflegedienste bewerten die zeitlichen Ressourcen für das Fachgespräch ausnahmslos als ausreichend. Alle Pflegedienste konnten außerdem adäquate Gesprächspartner für die Fachgespräche zur Verfügung stellen. In allen Fällen konnten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bzw. die verantwortliche Pflegefachkraft die Versorgung, die Bedarfskonstellation und andere Sachverhalte fachlich schlüssig und nachvollziehbar darstellen. Auch die Zusammenarbeit mit den Prüferinnen und Prüfern wird ausnahmslos positiv bewertet. So hätten die Prüferinnen und Prüfer bei der Bewertung der Qualitätsaspekte die Informationen aus den Fachgesprächen berücksichtigt. Informationen, die im Rahmen des Fachgesprächs gewonnen wurden, hätten aus Sicht der Pflegedienste zumindest in Teilen auch aus der Dokumentation hervorgehen können. 40,0 % der Pflegedienste empfanden, dass die primäre Rolle der Personen im Fachgespräch zumindest teilweise nur darin bestand, den Prüferinnen und Prüfern schriftliche Dokumente vorzulegen und diese ggf. zu erklären, bei 60,0 % hingegen war dies nicht der Fall. Die Einschätzungen können im Detail in Tabelle 51 eingesehen werden.

Die Einschätzungen der Pflegedienste fallen im Vergleich zu den Aussagen der Prüfdienste positiver aus. So waren die Prüfteams in knapp ein Viertel der Fälle nur teilweise der Meinung, dass der Pflegedienst die richtige Person als Ansprechperson zur Verfügung stellte. Auch zum Aspekt der fachlich schlüssigen und

nachvollziehbaren Darstellung der Mitarbeitenden der Pflegedienste fiel die Zustimmung der Prüfteams etwas niedriger aus (vgl. Tabelle 45).

In der Feedback-Veranstaltung wurde das Fachgespräch von einzelnen AKI-Pflegediensten sehr gelobt – die Prüferinnen und Prüfer seien sehr fachkundig gewesen und man habe viel ergänzende Fakten besprochen. Nach Aussage einer Prüferin bzw. eines Prüfers könne, so berichtete ein Pflegedienst, das Fachgespräch „*nicht bewertet werden*“ – daher frage man sich, wieso es dann überhaupt durchgeführt würde.

Die Einschätzungen der **PHKP-Pflegedienste** fallen hinsichtlich der Qualität des Fachgesprächs ebenfalls mehrheitlich positiv aus. 75,0 % der Pflegedienste bewerteten die zeitlichen Ressourcen für die Fachgespräche als ausreichend, lediglich bei einem Pflegedienst traf dies überhaupt nicht zu (25,0 %). In allen Fällen konnten die Pflegedienste die richtigen Personen für die Fachgespräche zur Verfügung stellen und auch die Versorgung, die Bedarfskonstellation und andere Sachverhalte konnten nach Angaben der Pflegedienste in allen Fällen überwiegend fachlich schlüssig und nachvollziehbar dargestellt werden. Die Zusammenarbeit mit den Prüfteams wurde ebenfalls positiv bewertet. So haben die Prüferinnen und Prüfer in allen Fällen bei der Bewertung der Qualitätsaspekte die Informationen aus den Fachgesprächen berücksichtigt. Dass die aus dem Fachgespräch gewonnenen Informationen auch hätten genauso gut über schriftliche Dokumente eingeholt werden können, traf bei 75,0 % nur teilweise bis gar nicht zu. Demnach wurde das Fachgespräch von drei Pflegediensten als informationsreich und wichtig wahrgenommen. In einem Fall hätten die Informationen auch über Dokumente gewonnen werden könne. Die Hälfte der Pflegedienste gab an, dass die Funktion der Personen im Gespräch vorrangig darin bestand, den Prüferinnen und Prüfern schriftliche Dokumente vorzulegen und diese ggf. zu erklären, bei den übrigen 50,0 % traf dies zumindest teilweise zu. Die Angaben sind im Detail Tabelle 52 zu entnehmen.

Die Einschätzungen der Pflegedienste fallen im Vergleich zu den Aussagen der Prüfteams etwas positiver aus, stimmen aber im Großen und Ganzen mit den Einschätzungen der Prüferinnen und Prüfer überein. Sowohl die Pflegedienste als auch Prüfteams bewerteten das Fachgespräch als wertvoll und informationsreich, in denen zusätzliche Informationen gewonnen werden können. Weiterhin wurde von den Pflegediensten und Prüfteams gleichermaßen positiv bewertet, dass im Gespräch für die Pflegedienste die Möglichkeit besteht, verschiedene Sachverhalte nachvollziehbar und fachlich schlüssig darzustellen.

Tabelle 51: Einschätzung der Pflegedienste zum Fachgespräch (AKI)

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Es gab genug Zeit für die Fachgespräche.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	10	100,0 %	0	0,0 %
Wir konnten die richtigen Gesprächspartner für die Fachgespräche zur Verfügung stellen.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	10,0 %	9	90,0 %	0	0,0 %
Unsere Mitarbeitenden bzw. die verantwortliche Pflegefachkraft konnten im Rahmen der Fachgespräche die Versorgung, die Bedarfskonstellation und andere Sachverhalte fachlich schlüssig und nachvollziehbar darstellen.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	10,0 %	9	90,0 %	0	0,0 %
Die Prüferinnen und Prüfer haben bei der Bewertung der Qualitätsaspekte die Informationen aus den Fachgesprächen berücksichtigt.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	10	100,0 %	0	0,0 %
Die Informationen, die mit den Fachgesprächen gewonnen wurden, hätten genauso gut auch über schriftliche Dokumente gewonnen werden können.	1	10,0 %	1	10,0 %	6	60,0 %	1	10,0 %	1	10,0 %	0	0,0 %
Die Funktion der Gesprächspartner aus unserem Pflegedienst bestand vorrangig darin, den Prüferinnen und Prüfern schriftliche Dokumente vorzulegen und diese ggf. zu erklären.	1	10,0 %	5	50,0 %	1	10,0 %	1	10,0 %	2	20,0 %	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 10 Pflegedienste

Tabelle 52: Einschätzung der Pflegedienste zum Fachgespräch (PHKP)

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Es gab genug Zeit für die Fachgespräche.	1	25,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	3	75,0 %	0	0,0 %
Wir konnten die richtigen Gesprächspartner für die Fachgespräche zur Verfügung stellen.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	25,0 %	3	75,0 %	0	0,0 %
Unsere Mitarbeitenden bzw. die verantwortliche Pflegefachkraft konnten im Rahmen der Fachgespräche die Versorgung, die Bedarfskonstellation und andere Sachverhalte fachlich schlüssig und nachvollziehbar darstellen.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	25,0 %	3	75,0 %	0	0,0 %
Die Prüferinnen und Prüfer haben bei der Bewertung der Qualitätsaspekte die Informationen aus den Fachgesprächen berücksichtigt.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	25,0 %	3	75,0 %	0	0,0 %
Die Informationen, die mit den Fachgesprächen gewonnen wurden, hätten genauso gut auch über schriftliche Dokumente gewonnen werden können.	1	25,0 %	0	0,0 %	2	50,0 %	1	25,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Die Funktion der Gesprächspartner aus unserem Pflegedienst bestand vorrangig darin, den Prüferinnen und Prüfern schriftliche Dokumente vorzulegen und diese ggf. zu erklären.	1	25,0 %	1	25,0 %	2	50,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

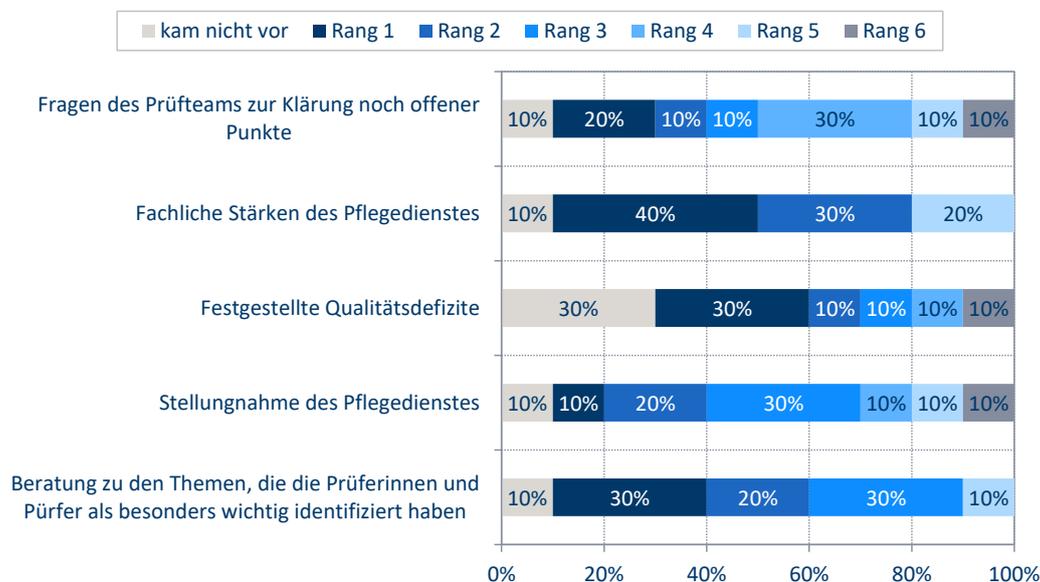
Anmerkung: n = 4 Pflegedienste; in einem Pflegedienst fand nach eigenen Angaben kein Fachgespräch statt.

3.5.3 Abschlussgespräch

Die Pflegedienste wurden, wie auch die Prüfteams, zu ihren Erfahrungen mit dem Abschlussgespräch im Rahmen der Pilot-Prüfung befragt. Mögliche Inhalte des Abschlussgesprächs sollten auch von den Pflegediensten in eine Rangfolge gebracht werden. Der Inhalt mit dem größten Anteil am Abschlussgespräch erhielt den 1. Rangplatz, mit steigender Nummer sinkt die Relevanz bzw. der zeitliche Umfang im Abschlussgespräch.

Die prozentualen Anteile der von den **AKI-Pflegediensten** vergebenen Rangplätze für die verschiedenen Inhalte des Abschlussgesprächs sind in Abbildung 15 dargestellt. Bei den AKI-Pflegediensten nahmen im Abschlussgespräch die fachlichen Stärken des Pflegedienstes und die Beratung zu wichtigen Themen den größten zeitlichen Anteil ein. Auch Fragen der Prüfteams zur Klärung offener Fragen wurden mehrheitlich den vorderen Rängen zugeordnet. Festgestellte Qualitätsdefizite kamen nicht bei allen Abschlussgesprächen vor - wie den Bewertungen zu entnehmen ist, lagen bei mehreren Einrichtungen offenbar keine Qualitätsdefizite vor. Bei etwa 40,0 % der Pflegedienste spielte hingegen die Klärung von Qualitätsdefiziten eine größere Rolle. Insgesamt gab es in den Abschlussgesprächen für die Pflegedienste auch die Möglichkeit, eine Stellungnahme abzugeben. Hierbei zeigten sich zwischen den Pflegediensten Unterschiede im zeitlichen Umfang.

Abbildung 15: Einschätzung des zeitlichen Umfangs der Inhalte des Abschlussgesprächs (AKI)

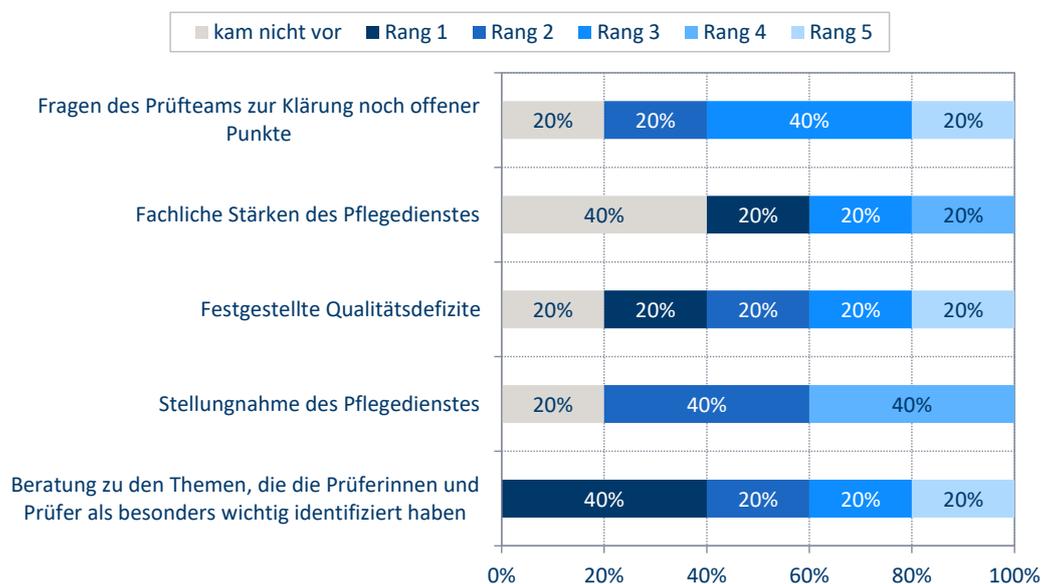


Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 10 Pflegedienste. Die Prozente beziehen sich auf Anteile an allen Nennungen pro Inhalt. Für jeden Inhalt war ein Rang zu vergeben, wobei der häufigste Inhalt den Rangplatz 1, der zweithäufigste Inhalt den Rangplatz 2 usw. erhielt.

Die prozentualen Anteile der von den **PHKP-Pflegediensten** vergebenen Rangplätze für die verschiedenen Inhalte des Abschlussgesprächs sind in Abbildung 16 dargestellt. Den höchsten zeitlichen Anteil im Abschlussgespräch nahm die Beratung von relevanten Themen ein. Die übrigen Inhalte waren ebenfalls mehrheitlich Bestandteil im Abschlussgespräch, hierbei gab es jedoch zwischen den Pflegediensten unterschiedliche Angaben zum zeitlichen Umfang. Auffällig ist, dass die fachlichen Stärken des Pflegedienstes bei zwei Pflegediensten im Abschlussgespräch nicht thematisiert wurden.

Abbildung 16: Einschätzung des zeitlichen Umfangs der Inhalte des Abschlussgesprächs (PHKP)



Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 5 Pflegedienste. Die Prozente beziehen sich auf Anteile an allen Nennungen pro Inhalt. Für jeden Inhalt war ein Rang zu vergeben, wobei der häufigste Inhalt den Rangplatz 1, der zweithäufigste Inhalt den Rangplatz 2 usw. erhielt.

Insgesamt wird das Abschlussgespräch von den **AKI-Pflegediensten** sehr positiv bewertet. Die Ergebnisse sind Tabelle 53 zu entnehmen. Mehrheitlich gaben die Pflegedienste an, dass sie sich nicht mehr konkrete Hinweise zur weiteren Qualitätsverbesserung gewünscht hätten (trifft überhaupt nicht/eher nicht zu: 80,0 %; n = 8). Zwei Pflegedienste hätten sich zumindest teilweise mehr konkrete Hinweise gewünscht (20,0 %). Für 90 % (n = 9) der Pflegedienste war immer nachvollziehbar, wie die vorläufigen Bewertungen zustande gekommen sind, für einen Pflegedienst war es teilweise nicht nachvollziehbar (10,0 %). Bei neun Pflegediensten waren sie mit dem Prüfteam einer Meinung, was die Bewertung der Sachverhalte anging (90,0 %), bei einem Pflegedienst gab es teilweise unterschiedliche Auffassungen (10,0 %). Zudem gaben 90,0 % (n = 9) an, dass ihnen im Abschlussgespräch ausreichend Möglichkeiten gegeben wurde, sich zu den vorläufigen Prüfungsergebnissen

zu äußern und Stellung zu beziehen. Bei einem Pflegedienst traf dies überhaupt nicht zu (10,0 %). Auf Aussagen des Prüfteams konnten die Pflegedienste mehrheitlich ohne Probleme eingehen (80,0 %; n = 8), zwei Pflegedienste stimmten dem teilweise zu (20,0 %). Neun Pflegedienste konnten für das Abschlussgespräch die richtigen Ansprechpersonen zur Verfügung stellen (90,0 %); in einem Fall traf dies nicht zu (10,0 %).

Die Bewertung zum Abschlussgespräch der **PHKP-Pflegedienste** ist Tabelle 54 zu entnehmen. Die Pflegedienste bewerteten das Abschlussgespräch mit den Prüfteams mehrheitlich positiv. Für 80,0 % (n = 4) waren die Hinweise ausreichend konkret. Ein Pflegedienst hätte sich allerdings mehr konkrete Hinweise gewünscht, wie die Qualität des Pflegedienstes hätte weiter verbessert werden können (20,0 %). Für 40,0 % (n = 2) war das Zustandekommen der vorläufigen Bewertungen nachvollziehbar, für 40,0 % (n = 2) war die Bewertung hingegen nicht immer nachvollziehbar. 80,0 % (n = 4) der Pflegedienste gaben an, dass sie zumindest teilweise einer anderen Meinung waren als das Prüfteam in Bezug auf die Bewertung einzelner Sachverhalte. In nahezu allen Fällen (n = 4; 80,0 %) wurde den Pflegediensten im Abschlussgespräch ausreichend Zeit gegeben, sich zu den vorläufigen Prüfungsergebnissen zu äußern und Stellung zu nehmen. Auch konnten die Pflegedienste mehrheitlich adäquat auf die Aussagen der Prüfteams eingehen und in allen Fällen die richtigen Ansprechpersonen zur Verfügung stellen.

Tabelle 53: Bewertung der Abschlussgespräche durch die Pflegedienste (AKI)

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wir hätten uns mehr konkrete Hinweise gewünscht, wie wir die Qualität unseres Pflegedienstes weiter verbessern können.	6	60,0 %	2	20,0 %	2	20,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Für uns war nicht immer nachvollziehbar, wie die vorläufigen Bewertungen zustande gekommen sind.	9	90,0 %	0	0,0 %	1	10,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Das Prüfteam und wir waren unterschiedlicher Auffassung, wie mancher Sachverhalt zu bewerten sei.	8	80,0 %	1	10,0 %	1	10,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Uns wurde im Abschlussgespräch ausreichend Möglichkeit gegeben, zu den vorläufigen Prüfungsergebnissen Stellung zu beziehen.	1	10,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	10,0 %	8	80,0 %	0	0,0 %
Wir waren mit dem neuen Prüfverfahren noch zu wenig vertraut, um auf Aussagen des Prüfteams eingehen zu können.	3	30,0 %	5	50,0 %	2	20,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Wir konnten für das Abschlussgespräch die richtigen Ansprechpartner zur Verfügung stellen (z. B. verantwortliche Pflegefachkraft, Qualitätsbeauftragte)	1	10,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	9	90,0 %	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 10 Pflegedienste

Tabelle 54: Bewertung der Abschlussgespräche durch die Pflegedienste (PHKP)

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wir hätten uns mehr konkrete Hinweise gewünscht, wie wir die Qualität unseres Pflegedienstes weiter verbessern können.	3	60,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %
Für uns war nicht immer nachvollziehbar, wie die vorläufigen Bewertungen zustande gekommen sind.	1	20,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	1	20,0 %	1	20,0 %
Das Prüfteam und wir waren unterschiedlicher Auffassung, wie mancher Sachverhalt zu bewerten sei.	1	20,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %	2	40,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Uns wurde im Abschlussgespräch ausreichend Möglichkeit gegeben, zu den vorläufigen Prüfungsergebnissen Stellung zu beziehen.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	3	60,0 %	1	20,0 %
Wir waren mit dem neuen Prüfverfahren noch zu wenig vertraut, um auf Aussagen des Prüfteams eingehen zu können.	3	60,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %
Wir konnten für das Abschlussgespräch die richtigen Ansprechpartner zur Verfügung stellen (z. B. verantwortliche Pflegefachkraft, Qualitätsbeauftragte)	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	5	100,0 %	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 5 Pflegedienste

Abschließend wurden die Pflegedienste gebeten, das Abschlussgespräch im Rahmen des neuen Prüfverfahrens mit dem bisherigen zu vergleichen. Die Ergebnisse der **AKI-Pflegedienste** zeigen, dass es insgesamt beim Abschlussgespräch keine großen Unterschiede zum bisherigen Verfahren gibt. 40 % der AKI-Pflegedienste gaben an, dass für sie insgesamt kein Unterschied zum bisherigen Prüfverfahren festzustellen war. Die Hälfte der Pflegedienste stellte einen spürbaren Unterschied fest. Dass der Austausch mit Mitarbeitenden des Pflegedienstes bzw. der verantwortlichen Pflegefachkraft im Abschlussgespräch des neuen Prüfverfahrens einen höheren Stellenwert hat als im bisherigen Prüfverfahren, bestätigten lediglich zwei Pflegedienste (20,0 %). Sechs Pflegedienste (60,0 %) waren hingegen der Ansicht, dass der Stellenwert unverändert blieb. Drei Pflegedienste (30,0 %) gaben an, dass das Abschlussgespräch einen stärker beratenden Charakter hat als im bisherigen Prüfverfahren. 60,0 % (n = 6) der Pflegedienste verneinten hingegen diese Aussage, auf einen Pflegedienst (10,0 %) trifft dies zumindest teilweise zu. Die Ergebnisse sind im Detail Tabelle 55 zu entnehmen.

Bei der Bewertung der **PHKP-Pflegedienste** zum Abschlussgespräch zeigt sich ein geteiltes Bild. 40,0 % (n = 2) der Pflegedienste gaben an, dass für sie insgesamt eher ein Unterschied zum bisherigen Prüfverfahren festzustellen war. Für 20,0 % (n = 1) hingegen gab es keinen Unterschied, 40,0 % (n = 2) konnten dies noch nicht abschätzen. Für 40,0 % (n = 2) hatte der Austausch mit Beschäftigten des Pflegedienstes bzw. der verantwortlichen Pflegefachkraft einen höheren Stellenwert. 20,0 % (n = 1) verneinten dies, 40,0 % (n = 2) gaben „weiß nicht“ an. Dass das Abschlussgespräch einen stärker beratenden Charakter als bisher habe, konnten 40,0 % (n = 2) teilweise sowie eher bestätigen. Für 20,0 % (n = 1) traf diese Aussage hingegen überhaupt nicht zu. 40,0 % (n = 2) machten keine Angabe. Die Ergebnisse sind in Tabelle 56 abgebildet.

Tabelle 55: Bewertung der Abschlussgespräche im Rahmen des neuen verglichen mit dem bisherigen Prüfverfahren (AKI)

	trifft über- haupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Es gab keinen spürbaren Unterschied.	2	20,0 %	3	30,0 %	1	10,0 %	3	30,0 %	1	10,0 %	0	0,0 %
Der Austausch mit Beschäftigten des Pflegedienstes bzw. der verantwortlichen Pflegefachkraft hat im Abschlussgespräch des neuen Prüfverfahrens einen höheren Stellenwert als im bisherigen Prüfverfahren.	3	30,0 %	3	30,0 %	2	20,0 %	2	20,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Das Abschlussgespräch hat im Rahmen des neuen Prüfverfahrens einen stärker beratenden Charakter als im bisherigen Prüfverfahren.	1	10,0 %	5	50,0 %	1	10,0 %	3	30,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 10 Pflegedienste

Tabelle 56: Bewertung der Abschlussgespräche im Rahmen des neuen verglichen mit dem bisherigen Prüfverfahren (PHKP)

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Es gab keinen spürbaren Unterschied.	0	0,0 %	2	40,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	2	40,0 %
Der Austausch mit Beschäftigten des Pflegedienstes bzw. der verantwortlichen Pflegefachkraft hat im Abschlussgespräch des neuen Prüfverfahrens einen höheren Stellenwert als im bisherigen Prüfverfahren.	1	20,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %
Das Abschlussgespräch hat im Rahmen des neuen Prüfverfahrens einen stärker beratenden Charakter als im bisherigen Prüfverfahren.	1	20,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 5 Pflegedienste

3.5.4 Zeitumfang

Zusätzlich zu den Angaben der Prüferinnen und Prüfern wurde auch bei den Pflegediensten eine Einschätzung des zeitlichen Aufwands für die Prüfung erhoben.

60,0 % der **AKI-Pflegedienste** gaben an, dass der zeitliche Aufwand für das Erstellen der Liste der versorgten Personen mit dem neuen Prüfverfahren höher (n = 1; 10,0 %) bzw. deutlich höher (n = 5; 50,0 %) ausfallen wird. 30,0 % (n = 3) waren der Meinung, dass der Zeitaufwand unverändert bleiben wird, 10,0 % (n = 1) waren der Einschätzung, dass der zeitliche Aufwand sogar geringer als beim bisherigen Prüfverfahren ausfallen wird.

Hinsichtlich des zeitlichen Aufwands für die Durchführung der Prüfung gaben die AKI-Pflegedienste mehrheitlich an, dass der Aufwand im Vergleich zum bisherigen Prüfverfahren höher (n = 3; 30,0 %) bzw. deutlich höher (n = 4; 40,0 %) ausfallen wird. 30,0 % (n = 3) gingen von einem zukünftig unveränderten Zeitaufwand aus.

Die **PHKP-Pflegedienste** schätzten den zeitlichen Aufwand für das Erstellen der Liste der versorgten Personen mit dem neuen Prüfverfahren mehrheitlich höher (n = 2; 40,0 %) bzw. deutlich höher (n = 1; 20,0 %) ein. 40,0 % (n = 2) gaben „weiß nicht“ an. Hinsichtlich des zeitlichen Aufwands für die Durchführung der Prüfung zeigt sich bei den PHKP-Pflegediensten eine gleiche Tendenz. Die Durchführung der Prüfung mit dem neuen Prüfverfahren schätzten 20,0 % (n = 1) mit einem höheren bzw. 40,0 % (n = 2) mit einem deutlich höheren Zeitaufwand ein. 40,0 % (n = 2) konnten noch keine Einschätzung abgeben.

Insgesamt rechnen sowohl die AKI-Pflegedienste als auch PHKP zukünftig mit einem Mehraufwand bei der Erstellung der Liste der versorgten Personen und Durchführung der Prüfung. Dies erscheint auch mit dem Hintergrund plausibel, da die Pflegedienste bislang wenig, bis keine Erfahrung mit dem neuen Stichprobenverfahren und dem Prüfverfahren für Spezialdienste hatten, sodass gerade am Anfang mit einem höheren zeitlichen Aufwand zu rechnen war. Diese Annahme bestätigte sich auch in den Feedbackveranstaltungen mit den Pflegediensten und Freitextangaben in der Befragung. So berichteten einige Pflegedienste von einem höheren zeitlichen Aufwand, der sich jedoch voraussichtlich mit der zunehmenden Routine und Erfahrung reduzieren lässt.

3.5.5 Prüfbericht

Die Prüfberichte sind für die **AKI-Pflegedienste** sowohl in ihrer Struktur als auch inhaltlich verständlich und nachvollziehbar (jeweils 100 %, n = 10). Fast alle Pflegedienste (90,0 %, n = 9) sind der Auffassung, dass sich aus dem Prüfbericht konkrete Hinweise für Qualitätssteigerungen in der pflegerischen Versorgung ergeben. Jeweils 80,0 % (n = 8) können sich im Prüfbericht gut wiedererkennen und empfinden die Bewertung als stimmig mit ihrem Eindruck aus dem Abschlussgespräch. 60,0 % (n = 6) finden es (eher) zutreffend, dass die Fachgespräche mit den Pflegekräften bzw. der verantwortlichen Pflegefachkraft zur abschließenden Bewertung

beigetragen haben und diese rein aus der Dokumentation so nicht zustande gekommen wäre. Weitere 20,0 % (n = 2) stimmten dem zumindest teilweise zu. Die restlichen 20,0 % (n = 2) waren (eher) nicht dieser Auffassung. Detaillierte Angaben zur Bewertung der AKI-Pflegedienste zum Prüfbericht sind in Tabelle 57 einzusehen.

Tabelle 58 enthält die Angaben der PHKP-Pflegedienste zum Prüfbericht im neuen Prüfverfahren. Wie auch schon in der AKI kommen die **PHKP-Pflegedienste** einvernehmlich zu dem Schluss, dass Struktur und Inhalte des Prüfberichts verständlich und nachvollziehbar sind: jeweils 100 % (n = 5) stimmten dem (eher) zu. Aus dem Prüfbericht ergeben sich auch für die Dienste der PHKP konkrete Hinweise für Qualitätssteigerungen in der Pflege (100 %, n = 5). Die Dienste geben an, sich im Prüfbericht gut wiederzuerkennen (100 %, n = 5). Darüber hinaus entspricht die endgültige Bewertung im Prüfbericht auch dem Eindruck, den die Pflegedienste im Abschlussgespräch der Prüfung hatten (100 %, n = 5). Hinsichtlich der Frage, ob die Fachgespräche mit den Pflegekräften bzw. der verantwortlichen Pflegefachkraft zu den Bewertungen geführt haben und diese nicht allein aufgrund der Dokumentation zustande gekommen wäre, variiert das Meinungsbild: 40,0 % (n = 2) stimmten zu, 40,0 % (n = 2) gaben teils/teils an und 20,0 % (n = 1) konnten die Frage nicht beantworten.

Tabelle 57: Bewertung der Pflegedienste zum Prüfbericht (AKI)

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Die Struktur des Prüfberichts ist für uns verständlich und nachvollziehbar.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	10	100,0 %	0	0,0 %
Der Inhalt des Prüfberichts ist für uns verständlich und nachvollziehbar.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	10	100,0 %	0	0,0 %
Aus dem Prüfbericht ergeben sich für uns konkrete Hinweise, wie die Qualität unseres Pflegedienstes weiter verbessert werden kann.	1	10,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	3	30,0 %	6	60,0 %	0	0,0 %
Wir können in dem Prüfbericht unsere Einrichtung gut wiedererkennen.	0	0,0 %	2	20,0 %	0	0,0 %	1	10,0 %	7	70,0 %	0	0,0 %
Die letztendliche Bewertung im Prüfbericht entspricht dem Eindruck, den wir auch im Abschlussgespräch der Prüfung hatten.	1	10,0 %	0	0,0 %	1	10,0 %	0	0,0 %	8	80,0 %	0	0,0 %
Die Fachgespräche mit unseren Mitarbeitenden bzw. der verantwortlichen Pflegefachkraft haben zu Bewertungen geführt, die allein aufgrund schriftlicher Dokumentationen nicht zustande gekommen wären.	1	10,0 %	1	10,0 %	2	20,0 %	3	30,0 %	3	30,0 %	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 10 Pflegedienste

Tabelle 58: Bewertung der Pflegedienste zum Prüfbericht (PHKP)

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Die Struktur des Prüfberichts ist für uns verständlich und nachvollziehbar.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	5	100,0 %	0	0,0 %
Der Inhalt des Prüfberichts ist für uns verständlich und nachvollziehbar.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	4	80,0 %	0	0,0 %
Aus dem Prüfbericht ergeben sich für uns konkrete Hinweise, wie die Qualität unseres Pflegedienstes weiter verbessert werden kann.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	4	80,0 %	0	0,0 %
Wir können in dem Prüfbericht unsere Einrichtung gut wiedererkennen.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	4	80,0 %	0	0,0 %
Die letztendliche Bewertung im Prüfbericht entspricht dem Eindruck, den wir auch im Abschlussgespräch der Prüfung hatten.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	4	80,0 %	0	0,0 %
Die Fachgespräche mit unseren Mitarbeitenden bzw. der verantwortlichen Pflegefachkraft haben zu Bewertungen geführt, die allein aufgrund schriftlicher Dokumentationen nicht zustande gekommen wären.	0	0,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %	1	20,0 %

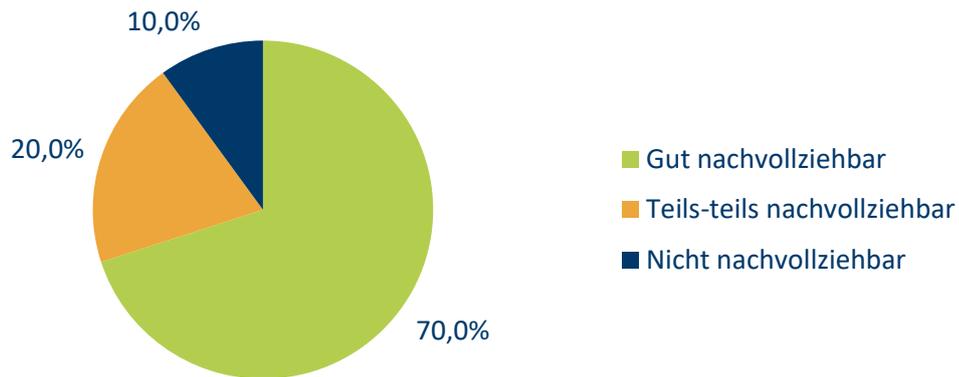
Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 5 Pflegedienste

3.5.6 Nachvollziehbarkeit der Bewertungen

Die Bewertung des Qualitätsaspekts **außerklinische Intensivpflege** ist, wie in Abbildung 17 zu sehen, für die Pflegedienste überwiegend gut (70,0 %, n = 7) oder zumindest in Teilen nachvollziehbar (20,0 %, n = 2).

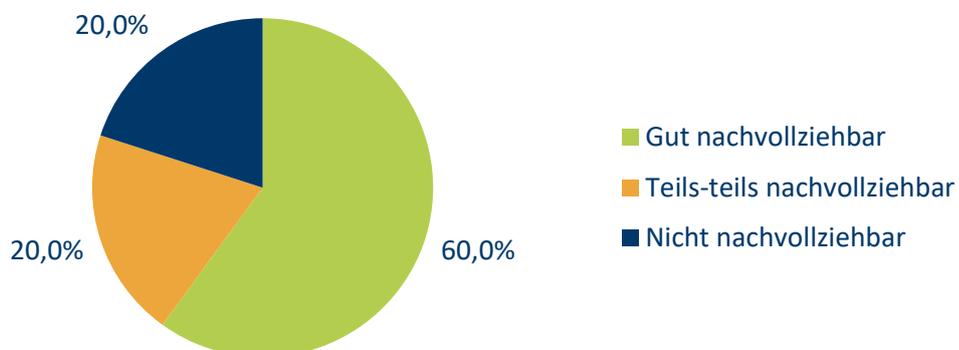
Abbildung 17: Nachvollziehbarkeit der Bewertungen (AKI)



Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste
Anmerkung: n = 10 Pflegedienste

Für die PHKP-Pflegedienste ist die Bewertung den Qualitätsaspekts **psychiatrische häusliche Krankenpflege** mehrheitlich gut nachvollziehbar: 60,0 % (n = 3) bestätigten dies und 20,0 % (n = 1) empfinden die Bewertung als teils-teils nachvollziehbar (s. Abbildung 18).

Abbildung 18: Nachvollziehbarkeit der Bewertungen (PHKP)



Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste
Anmerkung: n = 5 Pflegedienste

Diejenigen Dienste der PHKP, die die Bewertung nur teilweise nachvollziehbar finden geben als Gründe dafür an, dass die tagesaktuelle Verfassung der pflegebedürftigen Person den Eindruck der Prüferinnen bzw. Prüfer stark beeinflusst hätte und sich auch im Fachgespräch nicht relativieren ließ. Eine Person äußerte zudem, „PHKP war nicht eindeutig von dem Bereich der Somatik abgegrenzt“. In der Feedbackveranstaltung wurde dazu erläutert, dass sich die Prüfpersonen stark auf Fragen der somatischen Versorgung fokussiert hätten.

In Tabelle 59 sind die Einschätzungen der **AKI-Pflegedienste** zur Nachvollziehbarkeit der Gesamtbewertungen des Qualitätsaspekt AKI enthalten. Alle Befragten (jeweils 100 %, n = 10) geben an, dass die Antworten auf die Prüffragen in Bereich 5 nachvollziehbar sind. Sie umfassen:

- ◆ das interne Qualitätsmanagement und die Behebung von Qualitätsdefiziten,
- ◆ die Hygiene sowie
- ◆ die Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung (Tabelle 59).

Tabelle 59: Nachvollziehbarkeit der Gesamtbewertungen der Qualitätsaspekte (AKI)

	gut nachvollziehbar		teils-teils nachvollziehbar		nicht nachvollziehbar	
	n	%	n	%	n	%
Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten (QA 5.1)	10	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Hygiene (QA 5.2)	10	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung (QA 5.3)	10	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 10 Pflegedienste

Die nachfolgende Tabelle 60 enthält die Einschätzung der **PHKP-Pflegedienste** zur Nachvollziehbarkeit der Gesamtbewertungen der Qualitätsaspekte PHKP. Das interne Qualitätsmanagement und die Behebung von Qualitätsdefiziten sowie die Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung werden von allen Befragten (jeweils 100 %, n = 5) als gut nachvollziehbar bewertet. Der Aspekt Hygiene wird dagegen unterschiedlich eingeschätzt, allerdings findet auch hier die Mehrheit (60,0 %, n = 3) die Gesamtbewertung gut und 20,0 % (n = 1) teilweise nachvollziehbar. Die restlichen Angaben sind der Tabelle zu entnehmen.

Die PHKP-Pflegedienste, die die Bewertung zur Hygiene nicht oder nur teilweise nachvollziehbar fanden, gaben dazu an, dass benötigte Verbrauchsmaterialien (Desinfektionsmittel, Handschuhe etc.), die von der Prüferin bzw. dem Prüfer als fehlend bewertet wurden, tatsächlich jedoch zur Verfügung gestanden hätten (n = 1).

Meinungsverschiedenheiten hätten zwischen Pflegedienst und Prüferin bzw. Prüfer zudem darin bestanden, ob spezielle Versorgungsteams innerhalb eines Unternehmens separate Hygienepläne benötigen (n = 1): „Wieso soll das APP Team einen separaten Hygieneplan erstellen, obwohl der Somatische Pflegedienst schon einen hat? Das ist ein Unternehmen.“

Tabelle 60: Nachvollziehbarkeit der Gesamtbewertungen der Qualitätsaspekte (PHKP)

	gut nachvollziehbar		teils-teils nachvollziehbar		nicht nachvollziehbar	
	n	%	n	%	n	%
Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten (QA 5.1)	5	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Hygiene (QA 5.2)	3	60,0 %	1	20,0 %	1	20,0 %
Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung (QA 5.3)	5	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 5 Pflegedienste

Abschließend hatten die Pflegedienste noch die Option Anmerkungen zum Prüfbericht zu machen, was zwei **AKI-Pflegedienste** nutzten. Ein Dienst kritisierte, dass die tatsächliche Versorgungssituation nicht in der Zusammenfassung aller Leistungen in einem Qualitätsaspekt widerspiegelt werden könne (n = 1). Die andere Anmerkung bezog sich weniger auf eine spezifische Problematik in der Qualitätsprüfung mit dem neuen Prüfinstrument als vielmehr auf ein grundsätzliches Problem der Qualitätsprüfungen. Im konkreten Fall wurde die geprüfte Person durch einen weiteren Pflegedienst versorgt, was hinsichtlich der zugeschriebenen Verantwortlichkeit in und außerhalb der Betreuungszeiten zu Unstimmigkeiten zwischen Prüfenden und Pflegedienst führte (n = 1).

3.5.7 Unterschiede zum bisherigen Prüfverfahren

Insgesamt stellt die Mehrheit der befragten **AKI-Pflegedienste** zumindest teilweise Unterschiede zwischen dem alten und dem bisherigen Prüfverfahren fest (60,0 %, n = 6). Dem Gespräch zwischen den Pflegekräften bzw. der verantwortlichen Pflegefachkraft und den Prüferinnen und Prüfern kommt nach Auffassung der

Pflegedienste ein höherer Stellenwert zu (70,0 %, n = 7). 40,0 % (n = 4) sind nicht der Meinung, dass der Prüfung der schriftlichen Dokumentation ein niedrigerer Stellenwert zukommen würde. 30,0 % (n = 3) sind gegenteiliger Ansicht und würden den Stellenwert als niedriger bezeichnen. Weitere 30,0 % (n = 3) gaben teils/teils an. Insgesamt ist das Meinungsbild diesbezüglich uneinheitlich. 80,0 % (n = 8) gaben an, dass das Ergebnis der Prüfung im neuen Prüfverfahren in höherem Maße als bisher davon abhängt, dass die richtige Ansprechperson (z. B. Bezugspflegekraft) zur Verfügung steht. Die Mehrzahl der Pflegedienste gab an, dass keine Veränderungen in der Bereitstellung des Personals während der Prüfung sowohl in Quantität als auch bezgl. der Qualifikation erforderlich waren. 10,0 % (n = 1) mussten Personal mit anderer Qualifikation als bisher bereitstellen. Mehr Personal (mit gleicher Qualifikation wie im alten Prüfverfahren) hielten 20,0 % (n = 2) der Pflegedienste vor.

Ein heterogenes Meinungsbild zeigte sich hinsichtlich der Frage, ob die Qualität der pflegerischen Versorgung besser erfasst wird, als im bisherigen Verfahren. 30,0 % (n = 3) bewerten die Erfassung (eher) nicht als besser, 10,0 % (n = 1) gaben eine teilweise Verbesserung und 50,0 % (n = 5) (eher) eine Verbesserung an. 10,0 % (n = 1) waren sich nicht sicher. Uneinheitlich sind außerdem die Einschätzungen dazu, ob der voraussichtliche Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Pflegedienst mit dem neuen Prüfverfahren höher ausfallen wird. 50,0 % (n = 5) verneinen dies eher, während 30,0 % (n = 3) teils/teils angaben. 10,0 % (n = 1) sehen eine Erhöhung des Beitrages. 70,0 % (n = 7) geben an, dass sich für sie aus dem neuen Prüfverfahren nicht mehr Hinweise ergeben würden als bisher, wie die Qualität verbessert werden könnte.

Alle Angaben zur Einschätzung der AKI-Pflegedienste sind im Detail in Tabelle 61 dargestellt. Tabelle 62 zeigt analog dazu die Einschätzung der PHKP-Pflegedienste.

Im Gegensatz zur Aki sehen die befragten **PHKP-Pflegedienste** tendenziell eher keinen spürbaren Unterschied zwischen neuem und altem Prüfverfahren. 40,0 % (n = 2) geben an, (eher) keine Unterschiede festzustellen. 20,0% (n = 1) geben dagegen an Unterschiede wahrzunehmen und weitere 20,0 % (n = 1) wussten es nicht. Unentschlossen waren die Befragten bezüglich des Punktes, ob dem Gespräch mit den Pflegekräften bzw. der verantwortlichen Pflegefachkraft im neuen Prüfverfahren ein höherer Stellenwert zukommt. 60,0 % (n = 3) wussten dies nicht und jeweils 20,0% (n = 1) bejahten bzw. verneinten dies. 40,0 % (n = 2) beurteilen das Ergebnis der Prüfung stärker als bisher als davon abhängig, dass im Gespräch die richtige Ansprechperson bereitsteht. 20,0 % (n = 1) stimmte dem in Teilen zu. 40,0 % (n = 2) waren sich auch bei dieser Frage nicht sicher und wählten „weiß nicht“.

Der Prüfung der schriftlichen Dokumentation kommt auch im neuen Prüfverfahren aus Sicht der Dienste der PHKP kein geringerer Stellenwert zu als bisher: 60,0 % (n = 3) verneinten dies, 40,0 % (n = 2) wussten es nicht sicher. Unsicherheit herrschte auch bei der Einschätzung dazu, ob die pflegerische Versorgungsqualität

besser erfasst wird, als im alten Verfahren. 60,0 % (n = 3) wussten es nicht, 20,0 % (n = 1) stimmten zu und die restlichen 20,0 % (n = 1) stimmten teilweise zu.

Personal mit einer anderen Qualifikation als im alten Prüfverfahren musste nicht vorgehalten werden (60,0 %, n = 3). 20,0 % (n = 1) der Pflegedienste hielt quantitativ mehr Personal für die Prüfung vor. 40,0 % (n = 2) gab an, dies nicht zu müssen und 40,0 % (n = 2) wussten es nicht sicher.

Die PHKP-Pflegedienste konnten überwiegend (60,0 %, n = 3) nicht gesichert einschätzen, ob sich der voraussichtliche Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität in der Pflege im Pflegedienst mit dem neuen Verfahren erhöhen wird. Dagegen sind 40,0 % (n = 2) der Meinung, dass sich aus dem neuen Prüfverfahren künftig mehr konkrete Hinweise dazu ergeben werden, wie die pflegerische Versorgungsqualität weiter verbessert werden könnte. 20,0 % (n = 1) sehen das zumindest in Teilen als gegeben. Alle Ergebnisse sind in Tabelle 62 zu finden.

Insgesamt ist bei den Pflegediensten der PHK die häufige Auswahl der Antwortoption „weiß nicht“ auffällig.

Tabelle 61: Einschätzung des neuen Prüfverfahrens aus Sicht der Pflegedienste I (AKI)

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Es gab keinen spürbaren Unterschied.	2	20,0 %	2	20,0 %	3	30,0 %	3	30,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Das Gespräch mit Mitarbeitenden bzw. der verantwortlichen Pflegefachkraft des Pflegedienstes hat einen höheren Stellenwert als bisher.	0	0,0 %	1	10,0 %	2	20,0 %	3	30,0 %	4	40,0 %	0	0,0 %
Die Prüfung schriftlicher Dokumente hat einen geringeren Stellenwert als bisher.	0	0,0 %	4	40,0 %	3	30,0 %	3	30,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Das Ergebnis der Prüfung hängt entscheidender als bisher davon ab, dass die richtigen Ansprechpartner (z. B. Bezugspflegekraft) zur Verfügung stehen.	0	0,0 %	1	10,0 %	1	10,0 %	3	30,0 %	5	50,0 %	0	0,0 %
Die letztendliche Qualität der Pflege, die beim Kunden ankommt, wird besser erfasst als bisher.	2	20,0 %	1	10,0 %	1	10,0 %	4	40,0 %	1	10,0 %	1	10,0 %

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wir müssen während der Prüfung Personal mit anderer Qualifizierung zur Verfügung stellen als bisher.	5	50,0 %	2	20,0 %	2	20,0 %	0	0,0 %	1	10,0 %	0	0,0 %
Wir müssen während der Prüfung mehr Personal zur Verfügung stellen als bisher.	3	30,0 %	4	40,0 %	1	10,0 %	1	10,0 %	1	10,0 %	0	0,0 %
Der voraussichtliche Beitrag zur Verbesserung der Qualität in der Pflege in unserer Einrichtung wird mit dem neuen Prüfverfahren höher sein als mit dem bisherigen Prüfverfahren.	4	40,0 %	1	10,0 %	3	30,0 %	0	0,0 %	1	10,0 %	1	10,0 %
Aus dem neuen Prüfverfahren ergeben sich für uns mehr konkrete Hinweise als aus dem bisherigen Prüfverfahren, wie die Qualität unseres Pflegedienstes weiter verbessert werden kann.	4	40,0 %	3	30,0 %	1	10,0 %	1	10,0 %	1	10,0 %	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 10 Pflegedienste

Tabelle 62: Einschätzung des neuen Prüfverfahrens aus Sicht der Pflegedienste I (PHKP)

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Es gab keinen spürbaren Unterschied.	1	20,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %
Das Gespräch mit Mitarbeitenden bzw. der verantwortlichen Pflegefachkraft des Pflegedienstes hat einen höheren Stellenwert als bisher.	1	20,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %	3	60,0 %
Die Prüfung schriftlicher Dokumente hat einen geringeren Stellenwert als bisher.	0	0,0 %	3	60,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %
Das Ergebnis der Prüfung hängt entscheidender als bisher davon ab, dass die richtigen Ansprechpartner (z. B. Bezugspflegekraft) zur Verfügung stehen.	0	0,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %	2	40,0 %
Die letztendliche Qualität der Pflege, die beim Kunden ankommt, wird besser erfasst als bisher.	0	0,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	3	60,0 %
Wir müssen während der Prüfung Personal mit anderer Qualifizierung zur Verfügung stellen als bisher.	2	40,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wir müssen während der Prüfung mehr Personal zur Verfügung stellen als bisher.	1	20,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	2	40,0 %
Der voraussichtliche Beitrag zur Verbesserung der Qualität in der Pflege in unserer Einrichtung wird mit dem neuen Prüfverfahren höher sein als mit dem bisherigen Prüfverfahren.	1	20,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %	3	60,0 %
Aus dem neuen Prüfverfahren ergeben sich für uns mehr konkrete Hinweise als aus dem bisherigen Prüfverfahren, wie die Qualität unseres Pflegedienstes weiter verbessert werden kann.	0	0,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	2	40,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 5 Pflegedienste

3.5.8 Erfüllen der Anforderungen an das neue Prüfverfahren

Die **AKI-Pflegedienste** zeigen kein eindeutiges Meinungsbild hinsichtlich der Frage, ob mit dem neuen Prüfverfahren der Blick stärker auf die Durchführung der Pflegeprozesse statt auf die Dokumentation gelegt wird. 50,0 % (n = 5) sehen dies als (eher) zutreffend, 40,0 % (n = 4) finden dagegen, dass dies nicht zutreffe. 60,0 % (n = 6) sind dagegen der Auffassung, dass künftig ein genauerer Blick auf die Ergebnisqualität in der Pflege erforderlich ist. 40,0 % (n = 4) finden das allerdings eher nicht zutreffend. Uneinheitlich ist auch die Einschätzung zu zusätzlichen Dokumentationsanforderungen: 40,0 % (n = 4) finden nicht, dass keine zusätzlichen Anforderungen an die Dokumentation entstehen. 50,0% (n = 5) sind gegenteiliger Meinung.

Mehrheitlich waren die Dienste der Ansicht, dass das neue Prüfverfahren mit einem größeren Gestaltungsspielraum und auch eher mit einer größeren Verantwortung der Prüferinnen und Prüfer einhergehe: 70,0 % (n = 7) sind dieser Ansicht. Eine größere Verantwortung auf Seiten der Dienste sehen 60,0% (n = 6) dagegen (eher) nicht.

Mit 60,0 % (n = 6) finden die AKI-Pflegedienste überwiegend, dass bei der Beurteilung das Wohlergehen des pflegebedürftigen Menschen im Mittelpunkt steht. Darüber hinaus gaben 70,0 % (n = 7) der Dienste an, dass die Bewertung sichtbar mache, inwieweit durch Prozesse (in Verantwortung des Pflegedienstes) Risiken oder negative Folgen für die pflegebedürftige Person entstanden sind.

Ausführliche Angaben zu den Pflegediensten der AKI sind in Tabelle 63 zu finden. Dagegen enthält Tabelle 64 detaillierte Angaben zu den Pflegediensten der PHKP.

Die **PHKP-Pflegedienste** geben mehrheitlich (60,0 %, n = 3) an, dass der Blick im neuen Prüfverfahren verstärkt auf der tatsächlichen Durchführung der Pflegeprozesse liegt statt auf der Dokumentation. Alle Dienste (100 %, n = 5) stimmen zu, dass das neue Prüfverfahren einen genaueren Blick auf die Ergebnisqualität in der Pflege erforderlich macht. 40,0 % (n = 2) sind zumindest teilweise der Meinung, dass keine zusätzlichen Dokumentationsanforderungen entstehen. Weitere 40,0 % (n = 2) stimmten dem (eher) zu.

Unsicherheit bestand bei der Einschätzung, ob das neue Prüfverfahren mit einem größeren Gestaltungsspielraum und einer größeren Verantwortung durch die Prüferinnen und Prüfer einhergeht: 60,0 % (n = 3) wussten das nicht sicher. 40,0 % (n = 2) stimmten eher zu. Einig waren sich die PHKP-Pflegedienste (100 %, n = 5) jedoch darin, dass sie selbst mehr Gestaltungsspielraum und Verantwortung haben. Mit 80,0 % sind sie außerdem mehrheitlich der Meinung, dass durch das neue Verfahren das Wohlergehen der pflegebedürftigen Person in den Mittelpunkt rückt. 60,0 % (n = 3) finden, dass sichtbar wird, wo Risiken und negative Folgen für den Pflegebedürftigen Menschen entstanden sind.

Tabelle 63: Einschätzung des neuen Prüfverfahrens aus Sicht der Pflegedienste II (AKI)

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mit dem neuen Prüfverfahren wird der Blick stärker auf die tatsächliche Durchführung der Pflegeprozesse gelegt statt auf ihre Dokumentation.	0	0,0 %	4	40,0 %	1	10,0 %	3	30,0 %	2	20,0 %	0	0,0 %
Das neue Prüfverfahren erfordert einen genaueren Blick auf die Ergebnisqualität der Pflege.	0	0,0 %	4	40,0 %	0	0,0 %	3	30,0 %	3	30,0 %	0	0,0 %
Durch das neue Prüfverfahren entstehen keine zusätzlichen Dokumentationsanforderungen.	1	10,0 %	3	30,0 %	1	10,0 %	2	20,0 %	3	30,0 %	0	0,0 %
Das neue Prüfverfahren geht mit einem größeren Gestaltungsspielraum und größerer Verantwortung der Prüferinnen und Prüfer einher.	1	10,0 %	1	10,0 %	0	0,0 %	3	30,0 %	4	40,0 %	1	10,0 %
Das neue Prüfverfahren geht mit einem größeren Gestaltungsspielraum und größerer Verantwortung der Pflegedienste einher.	2	20,0 %	4	40,0 %	0	0,0 %	3	30,0 %	1	10,0 %	0	0,0 %

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Das neue Verfahren stellt bei der Beurteilung das Wohlergehen des pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt.	0	0,0 %	2	20,0 %	2	20,0 %	4	40,0 %	2	20,0 %	0	0,0 %
Die Bewertungen im Rahmen des neuen Verfahrens machen sichtbar, inwieweit durch Prozesse, die in der Verantwortung des Pflegedienstes liegen, Risiken oder negative Folgen für pflegebedürftige Menschen entstanden sind.	1	10,0 %	2	20,0 %	0	0,0 %	4	40,0 %	3	30,0 %	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste
 Anmerkung: n = 10 Pflegedienste

Tabelle 64: Einschätzung des neuen Prüfverfahrens aus Sicht der Pflegedienste II (PHKP)

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mit dem neuen Prüfverfahren wird der Blick stärker auf die tatsächliche Durchführung der Pflegeprozesse gelegt statt auf ihre Dokumentation.	1	20,0 %	0	0,0 %	1	20,0 %	2	40,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %
Das neue Prüfverfahren erfordert einen genaueren Blick auf die Ergebnisqualität der Pflege.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	3	60,0 %	2	40,0 %	0	0,0 %
Durch das neue Prüfverfahren entstehen keine zusätzlichen Dokumentationsanforderungen.	1	20,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %	1	20,0 %	1	20,0 %	0	0,0 %
Das neue Prüfverfahren geht mit einem größeren Gestaltungsspielraum und größerer Verantwortung der Prüferinnen und Prüfer einher.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %	0	0,0 %	3	60,0 %

	trifft überhaupt nicht zu		trifft eher nicht zu		teils-teils		trifft eher zu		trifft voll und ganz zu		weiß nicht	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Das neue Prüfverfahren geht mit einem größeren Gestaltungsspielraum und größerer Verantwortung der Pflegedienste einher.	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	3	60,0 %	2	40,0 %	0	0,0 %
Das neue Verfahren stellt bei der Beurteilung das Wohlergehen des pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt.	1	20,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %	2	40,0 %	0	0,0 %
Die Bewertungen im Rahmen des neuen Verfahrens machen sichtbar, inwieweit durch Prozesse, die in der Verantwortung des Pflegedienstes liegen, Risiken oder negative Folgen für pflegebedürftige Menschen entstanden sind.	0	0,0 %	0	0,0 %	2	40,0 %	1	20,0 %	2	40,0 %	0	0,0 %

Quelle: IGES, Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: n = 5 Pflegedienste

Abschließend hatten die Pflegedienste die Möglichkeit Anmerkungen zu Punkten zu machen, die sie in der Befragung noch nicht adressiert sahen und die einen Bezug zum neuen Prüfverfahren hatten. Diese Option wurde ausschließlich durch die **AKI-Pflegedienste** genutzt.

Aus den Freitextangaben geht u. a. hervor, dass die Pflegedienste dem größeren Interpretationsspielraum der Prüferinnen und Prüfer durchaus skeptisch gegenüberstehen (n = 2).

„Der größere Gestaltungsspielraum seitens der Prüfer ist kritisch zu bewerten. Die Prüfungen geben Spielraum für "es wird alles oder nichts oder vielleicht ein Mittelweg" geprüft. Dies macht die Ergebnisse der Pflegedienste nicht vergleichbar und gibt in der Veröffentlichung der Prüfberichte ein falsches Bild für die Öffentlichkeit ab.“

*„Aufgrund eines hohen Interpretationsspielraums in den Fragen, haben die Prüfer*innen den größeren Spielraum. Ob der PD dies argumentativ entkräften kann/darf, ist abzuwarten.“*

Die abschließende Bewertung der Qualität des Pflegedienstes wurde als nicht zielführend kritisiert und darüber hinaus die Vermutung aufgestellt, dass die Vergleichbarkeit der Dienste erschwert wird (n = 1).

„[...] Ein einziger negativer Bewertungspunkt überstrahlt ALLE positiven Aspekte - so wird die Gesamtbewertung, mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit!, bei den allermeisten Pflegediensten desaströs ausfallen und ein Vergleich nicht mehr möglich sein! [...]“

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Ziel der Pilotierung war es, die Eignung – im Sinne der Praktikabilität und Handhabbarkeit – der für die ambulanten Spezialdienste angepassten Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen wissenschaftlich zu untersuchen und zu bewerten.

Die nachfolgenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen entwickelte IGES auf Basis der Auswertungen der Prüfungs-, Bewertungs- und Nutzerdaten aus der Pilotierung sowie klärender bzw. vertiefender Diskussionen in den Feedback-Veranstaltungen mit den Prüfteams sowie den Vertreterinnen und Vertretern der Pflegedienste.

4.1 Schlussfolgerungen

4.1.1 Übergreifende Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Übergreifend lässt sich aus der wissenschaftlichen Überprüfung der Praktikabilität der für die ambulanten Spezialdienste angepassten Instrumente und Verfahren der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI schlussfolgern, dass das angepasste Verfahren sowohl für die Spezialdienste für außerklinische Intensivpflege als auch für jene mit dem Angebot von Leistungen für die psychiatrische häusliche Krankenpflege grundsätzlich praktikabel ist:

- ◆ Alle 15 geplanten Pilot-Prüfungen konnten bei den 15 Pflegediensten durchgeführt werden (davon zehn im Bereich AKI und fünf im Bereich PHKP).
 - ◆ Fast alle Pflegedienste (13 von 15) hatten im Vorfeld der Prüfung eine Liste der versorgten Personen erstellt. Aufgetretene Schwierigkeiten waren auf noch nicht hinreichend angepasste IT-Systeme zurückzuführen.
 - ◆ Die Festlegung des Stichprobenverfahrens (abhängig vom festgestellten Spezialisierungsgrad des Pflegedienstes) gestaltete sich für die Prüfteams meist einfach und war für die Pflegedienste nachvollziehbar.
 - ◆ Die Umsetzung des Stichprobenverfahrens war ohne größere Probleme möglich – es konnten 41 Personen mit AKI und 16 Personen mit PHKP-Leistungen in die Prüfungen einbezogen werden. Aufgetretene Probleme – wie bspw. mangelnde Einwilligungsbereitschaft oder weite Anfahrtswege – sind nicht dem Verfahren anzulasten und würden auch bei anderen Verfahrensgestaltungen auftreten.
 - ◆ Die Ermittlung des Prüfumfanges bzw. der vereinbarten und verordneten Leistungen bei den zu prüfenden Personen wurde von den Prüfteams in allen Fällen als eher/sehr leicht beurteilt.
-

- ◆ Obwohl im Rahmen der Pilotierung nur eine einführende Schulung durchgeführt werden konnte, fühlten sich die Prüferinnen und Prüfer in der Anwendung des Verfahrens überwiegend sicher. Die von einigen Prüfenden berichteten Schwierigkeiten bei der Bewertung der Qualitätsaspekte AKI/PHKP bzw. die grundlegende Skepsis einiger Prüferinnen und Prüfer bzgl. der Bewertung in den personenbezogenen Prüfungen betreffen nicht die Praktikabilität, sondern konzeptionelle Aspekte des Verfahrens. Beides sollte sich u. E. durch Schulungen und ein besseres Verständnis der grundsätzlichen Bewertungslogik verringern.
- ◆ Fach- und Abschlussgespräche fanden in allen Fällen statt und wurden von den Beteiligten mehrheitlich positiv bewertet. Insbesondere die AKI-Pflegedienste fanden, dass die Fachgespräche zur abschließenden Bewertung beigetragen haben und diese rein aus der Dokumentation so nicht zustande gekommen wäre. Die fachlichen Stärken der Pflegedienste und die Beratung nahmen in den Abschlussgesprächen den größten Stellenwert ein.
- ◆ Die Prüfberichte waren für die Pflegedienste sowohl in der Struktur als auch inhaltlich verständlich und nachvollziehbar.
- ◆ Für 70 % der AKI-Dienste und für 60 % der PHKP-Dienste waren die Bewertungen gut, für je 20 % teilweise nachvollziehbar. Nur jeweils ein Pflegedienst konnte die Bewertung nicht nachvollziehen. Die Probleme der Nachvollziehbarkeit auf Seiten der Pflegedienste resultierten aus den gleichen Umständen im Zusammenhang mit der Bewertungslogik, die auch von einigen Prüfenden kritisiert worden waren. Sofern es gelingt, durch weitere Schulungen zu einem vertieften Verständnis der Bewertungslogik zu gelangen, sollte die Praktikabilität des Verfahrens auch in dieser Hinsicht gewährleistet sein.
- ◆ Die Zeitaufwände für die einzelnen Verfahrensschritte und die Dauer der gesamten Prüfung (in Tagen) wurden im Mittel als vergleichbar mit dem vorherigen Verfahren bewertet.

Die Erkenntnisse zu den einzelnen Verfahrensschritten werden im Detail in den folgenden Abschnitten diskutiert.

Die Pilotierungsuntersuchung kommt zu der übergreifenden Empfehlung, dass die Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen in der spezialisierten ambulanten Pflege (außerklinische Intensivpflege bzw. psychiatrische häusliche Krankenpflege) in der im Rahmen der Untersuchung erprobten Ausgestaltung für eine Implementierung geeignet sind. Empfehlungen zu ggf. vorzunehmenden Anpassungen in Detailaspekten folgen in den anschließenden Abschnitten 4.1.1 bis 4.1.4 bzw. 4.2.

4.1.2 Liste der versorgten Personen

Einige Pflegedienste und Prüfteams berichteten von Schwierigkeiten bei der Erstellung der Liste der versorgten Personen bzw. von unvollständigen Angaben auf der Liste. Mehrere Pflegedienste konnten mit der genutzten Software die für die Liste benötigten Informationen nicht bzw. nicht ohne weiteres ausgeben. Andere berichteten, dass es mit MS-Excel ohne weiteres möglich sei, die Liste wie vorgegeben zu erstellen. Nach Angaben der Prüfteams fehlten in einigen Diensten die Angaben zur Mobilität und Kognition der versorgten Personen ohne AKI bzw. PHKP sowie partiell zu weiteren, aufwändigen HKP-Leistungen. In wenigen Fällen fehlten auch die ergänzenden Angaben zu AKI (Beatmung) bzw. PHKP (Erstverordnung).

Von Schwierigkeiten der Pflegedienste beim Erstellen der Liste der versorgten Personen berichtete ein Prüfteam auch aus anderen Qualitätsprüfungen, das sei ein generelles Problem. Deshalb sollte den Pflegediensten bei Ankündigung der Prüfung noch einmal erläutert werden, wie die Liste zu erstellen sei.

In der Regel konnten die fehlenden Angaben auf der Liste im Laufe der Prüfungen ergänzt werden. Im Durchschnitt benötigten die Prüfteams 30 Minuten dafür.

Aus Praktikabilitätssicht ist davon auszugehen, dass sich die anfänglichen Schwierigkeiten bei der Erstellung der Liste der versorgten Personen im Laufe der Zeit, insbesondere durch Anpassung der IT-Systeme, verringern werden.

4.1.3 Stichprobenziehung und Gewinnung der zu prüfenden Personen

Bezüglich der Stichprobenziehung gaben die Prüferinnen und Prüfer mehrheitlich an, dass diese zeitaufwendiger sei und der zukünftige Zeitaufwand davon abhängen, wie gut der Pflegedienst administrativ aufgestellt und vorbereitet sei.

In einem Fall bestand Unklarheit darüber, wie die Anweisung zur Zusammensetzung der Stichprobe im Bereich AKI bei Pflegediensten, die fast ausschließlich (> 90 %) Personen mit AKI versorgen, zu interpretieren sei (Anhang A, S. A-24). Dies könnte durch eine redaktionelle Präzisierung klargestellt werden (s. unten Kapitel 4.2).

In beiden Gruppen wurde von Schwierigkeiten berichtet, die gewünschte Anzahl versorgter Personen in die Stichprobe aufnehmen zu können – mehrheitlich wegen schlechter telefonischer Erreichbarkeit (insb. bei Kindern und Jugendlichen), mangelnder Einwilligungsbereitschaft der versorgten Personen (insb. bei PHKP) oder aufgrund sehr langer Wege. Dies sind jedoch keine dem spezifischen Verfahren zuzuordnenden Aspekte, sondern Probleme organisatorischer Art, die die Prüfteams in allen Qualitätsprüfungen zu bewältigen haben.

In einem AKI-Dienst und in zwei PHKP-Diensten konnte die gewünschte Anzahl von personenbezogenen Prüfungen letztlich nicht erreicht werden. In fünf von zehn Pflegediensten mit AKI und in vier von fünf Pflegediensten mit PHKP kam die nur für die Pilotierung geltende Regel zum Einsatz, dass die Stichprobenziehung fortzusetzen ist, bis mindestens drei Personen mit AKI bzw. PHKP in die Stichprobe

aufgenommen werden konnten. In der künftigen Routine würde diese Regel nicht mehr gelten. Insofern wäre zu erwarten, dass in künftigen Prüfungen, wenn die Abbruchregelungen wie im Verfahren vorgegeben eingehalten werden, voraussichtlich weniger Personen mit der spezialisierten Versorgung (AKI oder PHKP) in die Stichproben gelangen werden.

Das Stichprobenverfahren trifft somit nach den Ergebnissen der Pilotierung nicht auf Probleme der Praktikabilität und Handhabbarkeit. Aus einer methodischen Sicht wäre jedoch zu empfehlen, die Regelungen zum Abbruch der Stichprobenziehung (d. h. zur Akzeptanz einer Unterschreitung der angestrebten Stichprobengröße) zu verändern, um stärker auf einen Einschluss der jeweils vom Verfahren vorgesehenen Personen mit AKI/PHKP hinzuwirken.

4.1.4 Bewertung der Qualitätsaspekte AKI bzw. PHKP

Zur Bewertung der Qualitätsaspekte AKI bzw. PHKP gab es sowohl von Seiten der Prüfteams als auch der Pflegedienste den größten Diskussionsbedarf, der sich im Wesentlichen auf Unklarheiten bzw. explizite Zweifel an der konzeptionellen Sinnhaftigkeit der Zusammenfassung aller Erkenntnisse aus einer personenbezogenen Prüfung in einer Gesamtbewertung (A bis D) konzentrierte. Mehrere Prüferinnen und Prüfer gaben an, dass sie es grundsätzlich für schwierig bzw. unangemessen erachten, für alle ihre Beobachtungen und Feststellungen zur Versorgung der jeweiligen Person nur eine Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts zu vergeben. Als Beispiele wurde auf die Fälle verwiesen, wo in der Prüfung zwar negative Befunde zu einzelnen Aspekten festgestellt wurden, gleichzeitig aber die meist sehr komplexe Versorgungssituation von den Prüfenden insgesamt positiv eingestuft wurde.

Seitens der Pflegedienste wurde geäußert, dass die tatsächliche, sehr komplexe Versorgungssituation nicht in der Zusammenfassung aller Leistungen in einem Qualitätsaspekt widerspiegelt werden könne. Die aufgetretenen Fälle, bei denen eine C- oder D-Bewertung vergeben wurde, weil ein einzelner Aspekt (z. B. im Kontext des Umgangs mit Bedarfsmedikationen) aus Sicht der Prüfenden ein Defizit aufwies, wurden von den Pflegediensten sehr kritisch kommentiert.

Die beschriebenen Probleme sind nicht bei allen Prüfenden aufgetreten und auch die Skepsis bzgl. der Bewertungslogik wurde nicht von allen Prüferinnen und Prüfern geteilt. Im Rahmen der Feedbackveranstaltung mit den Prüfteams AKI – an der auch Prof. Dr. Andreas Büscher teilgenommen hat – wurde das Konzept des neuen Prüfverfahrens nochmals erläutert. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass eine Bewertung der Gesamtversorgungssituation in Bezug auf Risiken für den Eintritt bzw. bereits eingetretene negative Folgen für die versorgte Person vorgenommen werden soll.

Durch die geäußerten Bedenken wird u. E. die Praktikabilität des Verfahrens nicht grundlegend infrage gestellt. Die Diskussionen haben aber gezeigt, dass es allen Beteiligten teilweise noch schwerfällt, die Logik des neuen Verfahrens nachzuvollziehen bzw. umzusetzen. Bei der künftigen Implementierung bedarf es daher

intensiver Schulungen der Prüferinnen und Prüfer, insbesondere auch im Hinblick auf die von dem neuen Prüfungskonzept erwartete Einordnung von Einzelbefunden in ein Gesamtbild und die daran anknüpfende Bewertung im Hinblick auf Risiken bzw. manifeste negative Folgen.

Ein weiteres Diskussionsthema war die Komplexität einzelner Leitfragen. Beispielhaft wurde auf die Leitfrage verwiesen: „Entspricht die ambulante außerklinische Intensivpflege dem aktuellen Stand des Wissens?“ Hier wurde kritisiert, dass von den Prüferinnen und Prüfern verlangt werde, den „aktuellen Stand des Wissens“ stets vollumfänglich zu kennen, was man nicht einheitlich bei allen voraussetzen könne. Es sei daher zu befürchten, dass die Prüfungsergebnisse durch Unterschiede im Kenntnisstand der Prüferinnen und Prüfer beeinflusst werden könnten. Zur Vermeidung bzw. Verminderung dieses Problems sollte sichergestellt werden, dass die Prüfpersonen jeweils über besondere Expertise in Bezug auf AKI bzw. PHKP verfügen.

4.2 Empfehlungen zu weiteren Aspekten der Instrumente und Verfahren

4.2.1 Regelhafter Umgang mit bei der Prüfung festgestellten relevanten Risiken

Bei der Formulierung der künftigen Qualitätsprüfungs-Richtlinien sollte explizit darauf eingegangen werden, wie bei Feststellung eines relevanten Risikos für die versorgte Person, das sehr kurzfristig abgestellt werden muss, von den Prüfenden vorzugehen ist.

4.2.2 Empfehlungen für redaktionelle Änderungen der Verfahrensbeschreibung

Im Verlauf der Pilotierung wurden in der „Verfahrensbeschreibung zur Prüfung ambulanter Pflegedienste“ vom 17.07.2023 einige Unstimmigkeiten bzw. unklare Formulierungen entdeckt, für die folgende Empfehlungen zur redaktionellen Änderung erarbeitet wurden:

- Anhang A zum Abschlussbericht, Seite A-4: Dort heißt es im vorletzten Absatz „... sowie diejenigen, bei denen der Pflegedienst einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchgeführt hat.“ Diese Aussage sollte wie folgt ergänzt werden: „... sowie diejenigen, bei denen der Pflegedienst ausschließlich einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchgeführt hat.“
 - Anhang A zum Abschlussbericht, Seite A-23 und analog Seite A-27: Dort heißt es im vorletzten Absatz „... 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.“ Es wird empfohlen, dies wie folgt zu ändern:
-

„... Personen, die nach den in Kapitel 1 näher beschriebenen Kriterien auf der Liste der versorgten Personen aufzuführen sind.“ Begründung: Die derzeitige Formulierung erwähnt Verhinderungspflege und die nicht zu berücksichtigenden Personen nicht und könnte daher zu Verwirrung führen bezüglich der für den Nenner zu zählenden Personen.

- Anhang A, Seite A-6: Der Satz „Außerdem ist der Umfang der verordneten außerklinischen Intensivpflege einzutragen (z. B. ‚24 Std.‘)“ ist nach Auskunft von Prof. Büscher zu streichen. Die Information über die Dauer der Beatmung ist für das Stichprobenverfahren nicht relevant und muss daher nicht in der Liste der versorgten Personen aufgeführt werden.
- Anhang A, Seite A-25 (AKI) bzw. A-28 (PHKP): Empfohlen wird eine Anpassung des Textes zur Stichprobenziehung bei Pflegediensten, bei denen der Anteil der intensivpflegerisch versorgten Personen bzw. der Personen mit PHKP-Leistungen über 25 % bis zu 50 % liegt. In Anlehnung an die Formulierung für allgemeine Pflegedienste (Büscher et al. 2023, Anhang A, S. A-22) sollte der vorletzte Satz des ersten Punktes (AKI – S. A-25, PHKP – S. A-28) wie folgt geändert werden, da das Vorgehen dort klarer beschrieben ist: „Sollte eine der Gruppen so schwach besetzt sein, dass nicht mindestens 6 Personen ausgewählt werden können, wird – ebenfalls anhand von Zufallszahlen – eine Person aus einer anderen Gruppe bestimmt.“

Für die Stichprobenziehung bei Pflegediensten, bei denen der Anteil der intensivpflegerisch versorgten Personen über 90 % liegt, wird folgender veränderter Text vorgeschlagen, da die bisherige Beschreibung (Büscher et al. 2023, Anhang A, S. A-24) nicht klar genug war:

„1. Bei Pflegediensten, die ausschließlich oder fast ausschließlich (> 90 %) Personen versorgen, die AKI erhalten, besteht die Stichprobe aus 5 Personen, die AKI erhalten. Unter den 5 sind, wenn möglich, mindestens 2 beatmete Personen:

Teilstichprobe 1: Anhand der Liste der versorgten Personen werden unter den beatmeten Personen anhand von Zufallszahlen 4 Personen ausgewählt. Die ersten 2 unter diesen 4 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, erfolgt keine weitere Zufallsauswahl. Die zweite Teilstichprobe (siehe nächster Spiegelstrich) wird jedoch vergrößert, sodass insgesamt eine Stichprobengröße von 5 erreicht werden kann.

Teilstichprobe 2: Ebenfalls anhand von Zufallszahlen werden weitere 6 (bzw. 8 oder 10) Personen ausgewählt, wobei diesmal die Auswahl unter allen intensivpflegerisch versorgten Personen (unabhängig von der Beatmung) erfolgt. 6 Personen werden ausgewählt, wenn bereits 2 beatmete Personen in die Stichprobe aufgenommen wurden, 8 Personen werden ausgewählt, wenn bereits eine beatmete

Person und 10 Personen werden ausgewählt, wenn keine beatmete Person in die Stichprobe aufgenommen wurde. Die ersten 3 (bzw. 4 oder 5) der ausgewählten Personen werden in die Prüfung einbezogen.

Ist die Durchführung der Prüfung bei einer der Personen nicht möglich, werden die vierte und ggf. die fünfte etc. Person in die Prüfung einbezogen.

Sollte es nicht möglich sein, unter den 6 (bzw. 8 oder 10) ausgewählten Personen 3 (bzw. 4 oder 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.“

Diese Änderungen sind auch für den ersten Punkt der Beschreibung des Vorgehens zur Stichprobenziehung für Pflegedienste, bei denen der Anteil der intensivpflege-risch versorgten Personen über 50 % bis zu 90 % liegt, zu übernehmen (S. A-24).

Für die Stichprobenziehung bei Pflegediensten, bei denen der Anteil der Personen mit PHKP-Leistungen bei über 25 % bis zu 50 % liegt (Büscher et al. 2023, Verfahrensbeschreibung, S. A-28), sollte ebenfalls eine Anpassung der Beschreibung des Punktes 2 vorgenommen werden, um deutlicher zu machen, wann das Stichprobenverfahren bei der Einbeziehung von Personen mit aufwändiger bzw. risikobehafteter HKP zu beenden ist:

„**Teilstichprobe 2:** Diese umfasst 3 Personen. Aus der Liste der versorgten Personen werden zunächst anhand von Zufallszahlen 7 Personen ausgewählt, die PHKP erhalten. Verweist die Zufallszahl auf eine Person, bei der es sich um eine Erstverordnung psychiatrischer Pflege handelt, wird die nächstfolgende Person ausgewählt, für die eine Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege vorliegt. Die ersten 3 ausgewählten Personen werden in die Prüfung einbezogen. Ist die Durchführung der Prüfung bei einer ausgewählten Person nicht möglich, wird die nächstfolgende der insgesamt 7 ausgewählten Personen in die Prüfung einbezogen.

Sollte es nicht möglich sein, auf diesem Weg 3 Personen mit PHKP einzubeziehen, werden anhand von Zufallszahlen 3 Personen mit einer Verordnung besonders aufwändiger bzw. risikobehafteter häuslicher Krankenpflege (HKP-Ziffer 6, 8, 29, 30 oder 31a) ausgewählt. Die erste, zweite und ggf. dritte dieser Personen werden in die Prüfung einbezogen bis die Teilstichprobe 2 möglichst 3 Personen (mit PHKP oder aufwändiger bzw. risikobehafteter HKP) enthält. Gelingt es auch dann nicht, die angestrebte Zahl von 3 Personen in Teilstichprobe 2 einzubeziehen, erfolgt keine weitere Auswahl.

Das Unterschreiten der angestrebten Stichprobengröße ist von den Prüfer*innen zu dokumentieren.“

4.2.3 Weitere Hinweise auf zu prüfende redaktionelle Änderungen

Im Rahmen der Vorbereitungen der Pilotprüfungen wurden weitere Klarstellungen bzw. Definitionen für das Prüfverfahren vorgenommen, deren Übernahme in die Verfahrensbeschreibung geprüft werden sollte:

Ergänzende Erläuterung zum Vorgehen im Stichprobenverfahren

Während der einzelnen Teilschritte des Stichprobenverfahrens wählt das Prüfteam zunächst anhand von Zufallszahlen Personen aus. Wenn dabei eine Person ausgewählt wird, von der der Pflegedienst weiß, dass sie am Tag der Prüfung nicht in der Häuslichkeit anzutreffen ist (weil sie bspw. im Krankenhaus ist), wird die nächste Person per Zufallszahl ausgewählt.

Erstverordnung

Zur Präzisierung von „Erstverordnung“ wird folgende Definition vorgeschlagen: Auf der HKP-Verordnung ist „Erstverordnung“ angekreuzt und das „vom-Datum“ der Verordnung liegt weniger als vier Wochen zurück.

Medikamentengabe bei PHKP-Fällen

In der vorbereitenden Schulung der Prüfteams war zunächst unklar, ob die Medikamentengabe Teil einer PHKP-Verordnung sein kann oder als weitere „vereinbarte und verordnete Leistung“ (26 Medikamente) anzusehen ist.

Da der vom Arzt erstellte Behandlungsplan, der die Fähigkeitsstörungen, die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte beschreibt Bestandteil der Verordnung ist, wurde für die Pilotierung folgende Regel vereinbart:

- ◆ Wenn die Medikamentengabe bei einer versorgten Person Teil des Behandlungsplans für die PHKP ist (z. B. Trainieren des Umgangs mit Medikamenten) wird sie als Teil des Qualitätsaspekts PHKP bewertet.
- ◆ Wenn die Medikamentengabe als eigenständige Leistung verordnet ist (z. B. Herrichten der Medikamentenbox), findet im Rahmen der Pilotierung keine Bewertung statt. (Zukünftig würde in diesem Fall der Qualitätsaspekt „Medikamentengabe“ bewertet, zusätzlich zu dem Qualitätsaspekt „PHKP“.)

Die Prüfteams sollten eine Rückmeldung geben, wenn es im Rahmen der Pilotierung bzgl. der Medikamentengabe bei Personen mit PHKP-Leistungen zu Unklarheiten kommt. Rückmeldungen dazu gab es keine.

Vergabe nur einer Einzelbewertung für die Qualitätsaspekte AKI und PHKP

Einige Prüfteams in den Schulungen berichteten, dass es teilweise üblich sei in den stationären, personenbezogenen Qualitätsprüfungen für denselben Qualitätsaspekt zunächst mehrere Einzelbewertungen für Teilaspekte zu vergeben, um daraus dann ein Gesamturteil für den Qualitätsaspekt abzuleiten. Zur Klarstellung sollte die Verfahrensbeschreibung im Abschnitt 5.3 „Beurteilung der Qualitätsaspekte

bei der versorgten Person“ um je eine Erläuterung zur Vorgehensweise bei AKI bzw. PHKP ergänzt werden. Die Erläuterung wurde mit Prof. Büscher abgestimmt.

Am Ende des Abschnitts 5.3.2 „Besonderheiten bei der Beurteilung der außerklinischen Intensivpflege“ (S. A-32) sollte folgender Satz angefügt werden:

„Für den Qualitätsaspekt AKI wird, wie bei allen anderen Qualitätsaspekten in den Bereichen 1, 2 und 3, bei jeder Person, bei der er prüfbar ist, ein A oder ein B oder ein C oder ein D vergeben. Die Bewertungskategorien werden nicht für einzelne Kriterien/Sachverhalte/Phänomene vergeben, sondern für die Feststellung insgesamt, inwieweit für die versorgte Person negative Folgen aufgetreten sind oder das Risiko besteht, dass negative Folgen auftreten.“

Am Ende des Abschnitts 5.3.3 „Besonderheiten bei der Beurteilung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege“ (S. A-32) sollte folgender Satz angefügt werden:

„Für den Qualitätsaspekt PHKP wird, wie bei allen anderen Qualitätsaspekten in den Bereichen 1, 2 und 3, bei jeder Person, bei der er prüfbar ist, ein A oder ein B oder ein C oder ein D vergeben. Die Bewertungskategorien werden nicht für einzelne Kriterien/ Sachverhalte/Phänomene vergeben, sondern für die Feststellung insgesamt, inwieweit für die versorgte Person negative Folgen aufgetreten sind oder das Risiko besteht, dass negative Folgen auftreten.“

4.2.4 Hinweise für die zukünftige Schulung der Prüfteams

Zunächst ist noch einmal hervorzuheben, dass sowohl von den Pflegediensten als auch von den Prüfteams betont wurde, dass zur Durchführung der Qualitätsprüfungen bei den ambulanten Spezialdiensten idealerweise ausschließlich Prüferinnen und Prüfer eingesetzt werden müssten, die über Erfahrungen in dem jeweiligen Fachbereich verfügen. Diese sind auch regelmäßig bezgl. der neuesten fachlichen und regulatorischen Entwicklungen fortzubilden.

Wenn für die Prüfungen der Spezialdienste nicht genügend Personen mit Fachexpertise zur Verfügung stehen, müssen die einzusetzenden Prüferinnen und Prüfer intensiv im jeweiligen Fachgebiet eingearbeitet werden.

Für die künftig durchzuführenden Schulungen der Prüferinnen und Prüfer zum neuen Verfahren für Qualitätsprüfungen ambulanter Spezialdienste ist vor allem die Vermittlung des neuen qualitativen Prüfansatzes im Vergleich zur bisherigen quantitativen Verfahrensweise bei der Bewertung im alten Prüfverfahren erforderlich. Wie in Abschnitt 4.1.4 dargelegt, wird das grundlegende Konzept „ein Qualitätsaspekt (AKI oder PHKP) – eine Bewertung“ teilweise skeptisch gesehen bzw. als in der Anwendung schwierig und „ungerecht“ erlebt. Das bisherige Prüfverfahren für die Intensivpflege folgte dem Konzept der expliziten Beurteilung zahlreicher Einzelaspekte. Der Umstieg auf die veränderte Bewertungslogik und die damit verbundene Einordnung von Einzelbefunden in ein Gesamtbild der Versorgung erfordern ggf. besondere Berücksichtigung in den Schulungen.

Deutlich wurde im Rahmen der Pilotierung, dass die Prüferinnen und Prüfer mit den vorliegenden Unterlagen (Verfahrensbeschreibung, Leitfragen etc.) noch nicht genügend Anleitung für die praktische Durchführung hatten. Die Leitfragen sollten um fachliche Hinweise und praktische Beispiele zur AKI- bzw. PHKP-Versorgung ergänzt werden.

Weiterhin wird empfohlen, die beiden Fachbereiche AKI und PHKP getrennt zu schulen.

4.2.5 Zusammenführung der Prüfbögen für AKI und PHKP

In der Leistungsbeschreibung für die Pilotierungsuntersuchung wird die Aufgabe formuliert: „Prüfung, ob eine Zusammenführung der Prüfergebnisse [richtig muss es heißen: Prüfbögen] für die außerklinische Intensivpflege und die psychiatrische häusliche Krankenpflege umsetzbar ist“.

Diese Anforderung aus der Leistungsbeschreibung resultiert aus einer entsprechenden Empfehlung aus der ersten Pilotierungsuntersuchung (vgl. dort Empfehlung 15). Durch die nun vorgenommene Umgestaltung der Prüfungen der Qualitätsaspekte AKI und PHKP zu eigenständigen Verfahren hat sich diese Empfehlung und damit auch die Frage einer Zusammenführung von Prüfbögen erledigt.

5. Literaturverzeichnis

- Büscher, A., Wingenfeld, K., Meilwes, J., Lübben, A., Neuhaus, P. & Rüsing, D. (2023). *Abschlussbericht-inkl.-Anhaenge_Anpassung-Qualitaetsverfahren-ambulante-Pflege-17.07.202-3*. https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2023/12/Abschlussbericht-inkl.-Anhaenge_Anpassung-Qualitaetsverfahren-ambulante-Pflege-17.07.202-3.pdf
- Büscher, A., Wingenfeld, K., Wibbeke, D., Loetz, F., Rode, M., Gruber, E.-M. & Stomberg, D. (2018). *Abschlussbericht 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*. <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2022/06/Verfahren-Qualita%CC%88t-ambulant-Abschlussbericht-HSOS-IPW-samt-Anha%CC%88ngen-13.-September-2018-4.pdf>
- Haaß, F. A., Rellecke, J., Beikirch, E. & Nolting, H.-D. (2021). *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*. https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e26312/e26533/e26534/e26536/attr_objs26538/Pilotierung-ambulant-Abschlussbericht-IGES_ger.pdf
-



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com

