

8. Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes Bund nach § 114a Absatz 6 SGB XI

Qualität in der ambulanten und stationären Pflege



Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KöR)
Theodor-Althoff-Straße 47
D-45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: www.md-bund.de

Bearbeitung

Jürgen Brüggemann, MD-Bund (Leitung)
Ronya Baumgartner, MD Bund
Elise Coners, MD Nord
Kathleen Hasener, MD Berlin-Brandenburg
Ingo Kowalski, MD Bund (Datenmanagement)
Dominique Labouvie, MD Bayern
Thomas Muck, MD Bayern
Dr. Veronika Nelißen, MD Bund
Harry Neumann, PKV-Prüfdienst
Juliane Seela, MD Hessen
Sarah Tröbs, MD Bayern

Titelfoto

© Medizinischer Dienst

Umschlaggestaltung & Satz

fountain studio, fountainstudio.de

Februar 2025

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

rund 1,9 Millionen Menschen in Deutschland werden durch ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen versorgt und betreut. Sie und ihre An- und Zugehörigen vertrauen darauf, dass die Versorgung in einer guten Qualität erfolgt. Der Medizinische Dienst trägt mit seinen Qualitätsprüfungen dazu bei, die Versorgungsqualität für die Pflegebedürftigen zu sichern und durch die Beratung der Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Die Einrichtungen werden in der Regel einmal jährlich geprüft. Das Besondere bei diesen Qualitätsprüfungen ist: Der Mensch und sein Wohlbefinden stehen im Mittelpunkt der Prüfungen.

Der 8. Pflege-Qualitätsbericht nimmt die Qualität der Pflege im Jahr 2023 in den Blick. Grundlage des Berichtes sind Daten aus über 24.700 Qualitätsprüfungen, bei denen der Medizinische Dienst bei über 167.000 pflegebedürftigen Personen die Qualität der pflegerischen Versorgung überprüft hat. Die Qualitätsprüferinnen und -prüfer schauen sich an, wie gut die Pflegebedürftigen bei Mobilität, Körperpflege, Essen und Trinken und bei der behandlungspflegerischen Versorgung unterstützt werden. Die Prüfergebnisse bieten den Pflegeeinrichtungen eine Standortbestimmung zu ihrer Pflegequalität.

Die Ergebnisse aus 2023 zeigen eine weitgehend zufriedenstellende bis gute allgemeine pflegerische Versorgung in der ambulanten und stationären Pflege. Bei der Behandlungspflege, wie zum Beispiel bei der Wundversorgung, gibt es dagegen Verbesserungspotenziale. In Fachgesprächen berät der Medizinische Dienst, wie Defizite verbessert werden können. Pflegeheime, die eine gute Versorgungsqualität haben, werden nur alle zwei Jahre überprüft. Diese Neuerung wurde in der zweiten Jahreshälfte 2023 erstmalig umgesetzt. 475 Pflegeheime hatten eine gute Qualität und wurden daher nicht überprüft. Dies ist ein erster Schritt hin zu einer zielgenaueren Ausrichtung der externen Qualitätsprüfungen.

Tagespflegeeinrichtungen haben ihren Aufgabenschwerpunkt in der Beschäftigung und Betreuung der Pflegebedürftigen. Die pflegerische Versorgung findet außerhalb der Tagespflege durch ambulante Dienste oder Angehörige statt. Daher werden hier eher selten Qualitätsdefizite festgestellt. Gegebenenfalls ergeben sich hieraus Optionen für eine weitere Optimierung der externen Qualitätssicherung.



Carola Engler

Stv. Vorstandsvorsitzende
Medizinischer Dienst Bund

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
1 Einführung.....	16
1.1 Vorbemerkung	17
1.2 Prüfrechte und Prüfablauf	19
1.3 Pflegeinfrastruktur	20
1.3.1 Stationäre Pflege	20
1.3.2 Teilstationäre Pflege	20
1.3.3 Ambulante Pflege.....	21
1.4 Datengrundlage	21
2 Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege	22
2.1 Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der stationären Pflege	23
2.2 Strukturdaten der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen	25
2.3 Ergebnisse in der stationären Pflege.....	26
2.3.1 Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der stationären Pflege.....	29
2.3.2 Plausibilitätskontrolle.....	50
2.3.3 Einrichtungsbezogene Organisation und Qualitätsmanagement in der stationären Pflege.....	52
3 Qualitätsprüfungen in der Tagespflege	58
3.1 Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der Tagespflege	59
3.2 Strukturdaten der geprüften Tagespflegeeinrichtungen	60
3.3 Ergebnisse in der Tagespflege	61
3.3.1 Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der Tagespflege.....	62
3.3.2 Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement in der Tagespflege.....	76

4	Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege	80
4.1	Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der ambulanten Pflege	81
4.2	Strukturdaten der geprüften ambulanten Pflegedienste und der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen	83
4.3	Ergebnisse in der ambulanten Pflege	87
4.3.1	Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der ambulanten Pflege	87
4.3.2	Abrechnungsprüfung in der ambulanten Pflege	114
4.3.3	Einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege	122
4.3.4	Zufriedenheit in der ambulanten Pflege	137
5	Qualitätsprüfungen in der häuslichen Krankenpflege nach § 275b SGB V	138
6	Qualitätsprüfungen in ambulanten Betreuungsdiensten	140
7	Fazit und Ausblick	142
7.1	Entwicklung in der vollstationären Pflege	143
7.2	Neues Prüfverfahren in der Tagespflege	143
7.3	Neues Prüfverfahren für die ambulante Pflege	144
7.4	Qualitätsprüfungen in der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege	145
7.5	Herausforderungen in der Zukunft	146
	Literatur	148
	Tabellenanhang	150
	Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2023	151
	Qualitätsprüfungen in der Tagespflege 2023	160
	Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2023	166

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Stationäre Pflege – Anzahl vorliegender Datensätze 2023	23
Tabelle 2:	Stationäre Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüffarten	24
Tabelle 3:	Stationäre Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen	24
Tabelle 4:	Stationäre Pflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart	25
Tabelle 5:	Stationäre Pflege – Einbezogene Bewohnerinnen und Bewohner nach Pflegegraden	26
Tabelle 6:	Stationäre Pflege – Für den Qualitätsaspekt 2.4 relevante vorgefundene medizinisch-pflegerische Bedarfe	35
Tabelle 7:	Stationäre Pflege – Plausibilitätskontrolle.....	51
Tabelle 8:	Tagespflege – Anzahl vorliegender Datensätze 2023	59
Tabelle 9:	Tagespflege – Qualitätsprüfungen nach Prüffarten	59
Tabelle 10:	Tagespflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen	60
Tabelle 11:	Tagespflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart und Zertifizierung	60
Tabelle 12:	Ambulante Pflege – Anzahl vorliegender Datensätze 2023	81
Tabelle 13:	Ambulante Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüffart	81
Tabelle 14:	Ambulante Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen.....	82
Tabelle 15:	Ambulante Pflege – Geprüfte Pflegedienste nach Trägerart, Zertifizierung und Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie	83
Tabelle 16:	Versorgungssituation bei spezieller Krankenbeobachtung in geprüften Pflegediensten mit mindestens einer versorgten Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ der HKP-Richtlinie	84

Tabelle 17:	Ambulante Pflege – Leistungsarten der betreuten Personen.....	85
Tabelle 18:	Ambulante Pflege – Einbezogene Personen nach Pflegegraden	86
Tabelle 19:	Ambulante Pflege – Einbezogene Personen nach Alter	86
Tabelle 20:	Ambulante Pflege – Einbezogene Personen mit chronischen Wunden	90
Tabelle 21:	Ambulante Pflege – Es besteht eine Kooperation mit	95
Tabelle 22:	Ambulante Pflege – Welcher Beatmungszugang liegt vor?.....	95
Tabelle 23:	Ambulante Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungssonden	109
Tabelle 24:	Ambulante Pflege – Anleitung und Überprüfung von Hilfskräften	124
Tabelle 25:	Ambulante Pflege – Setzt der ambulante Pflegedienst zwei per Zufallsauswahl ausgewählte Expertenstandards um?	125
Tabelle 26:	Ambulante Pflege – Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen....	130

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Vollstationäre Pflege – Qualitätsbereich 1	32
Abb. 2:	Vollstationäre Pflege – Qualitätsbereich 2	37
Abb. 3:	Vollstationäre Pflege – Qualitätsbereich 3	41
Abb. 4:	Vollstationäre Pflege – Qualitätsbereich 4	45
Abb. 5:	Vollstationäre Pflege – Qualitätsbereich 5	49
Abb. 6:	Vollstationäre Pflege – Qualitätsaspekt 6.1	52
Abb. 7:	Vollstationäre Pflege – Qualitätsaspekt 6.2	55
Abb. 8:	Vollstationäre Pflege – Qualitätsaspekt 6.3	57
Abb. 9:	Tagespflege – Qualitätsbereich 1	65
Abb. 10:	Tagespflege – Qualitätsbereich 2	68
Abb. 11:	Tagespflege – Qualitätsbereich 3	70
Abb. 12:	Tagespflege – Qualitätsbereich 4	72
Abb. 13:	Tagespflege – Qualitätsbereich 5	75
Abb. 14:	Tagespflege – Qualitätsaspekt 6.1	77
Abb. 15:	Tagespflege – Qualitätsaspekt 6.2	78
Abb. 16:	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien der Behandlungspflege	91
Abb. 17:	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur speziellen Krankenbeobachtung	98
Abb. 18:	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur speziellen Krankenbeobachtung	100
Abb. 19:	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur speziellen Krankenbeobachtung	103
Abb. 20:	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Mobilität	108
Abb. 21:	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zum Essen und Trinken	111
Abb. 22:	Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zu Ausscheidung, Demenz und Körperpflege	113
Abb. 23:	Ambulante Pflege – Abrechnungsprüfung körperbezogener Maßnahmen	117
Abb. 24:	Ambulante Pflege – Abrechnungsprüfung Behandlungspflege – Teil 1	119
Abb. 25:	Ambulante Pflege – Abrechnungsprüfung Behandlungspflege – Teil 2	121

Abb. 26:	Ambulante Pflege – Hygienemanagement	127
Abb. 27:	Ambulante Pflege – Empfehlungen der Kommission für Krankenhausthygiene und Infektionsprävention des Robert-Koch-Institutes (KRINKO)	129
Abb. 28:	Ambulante Pflege – Anforderungen an die Aufbauorganisation Personal bei spezieller Krankenbeobachtung – Teil 1	131
Abb. 29:	Ambulante Pflege – Anforderungen an die Aufbauorganisation Personal bei spezieller Krankenbeobachtung – Teil 2	133
Abb. 30:	Ambulante Pflege – Regelung und Umsetzung einer pflegfachlichen Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Übernahme einer versorgten Person mit spezieller Krankenbeobachtung	135
Abb. 31:	Ambulante Pflege – Schriftliche Regelungen zum Notfallmanagement und zu Einweisungen eingesetzter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Anwendung von spezifischen Medizinprodukten	136



Auf einen Blick Stationäre Pflege

9.819 Qualitätsprüfungen; bei rund 72.100 Bewohnerinnen und Bewohnern wurde die Qualität überprüft.

Ein unmittelbarer Vergleich zu früheren Prüfergebnissen ist aufgrund der erstmaligen Verlängerung des Prüfrhythmus für gute Pflegeeinrichtungen im zweiten Halbjahr 2023 nicht möglich.



Pflegeheime leisten bei den körperbezogenen Pflegemaßnahmen eine gute Unterstützung.



Die Qualität bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung, Kommunikation ist gut.



Bewohnerinnen und Bewohner, die in ein Pflegeheim einziehen, werden in der Eingewöhnungsphase gut unterstützt.



Bei den Indikatordaten wurden kaum Auffälligkeiten im Hinblick auf deren Plausibilität festgestellt.



Optimierungsbedarf besteht bei der Unterstützung im Bereich der Mobilität.



Bei den behandlungspflegerischen Maßnahmen sticht die Wundversorgung mit einem erheblichen Optimierungsbedarf ins Auge.



Auf die nächtliche Versorgung muss besser geachtet werden.



Pflegekräfte haben Schwierigkeiten im Umgang mit herausfordernd erlebtem Verhalten.



Im Qualitätsmanagement zeigen sich Schwächen bei der Verbesserung von selbst identifizierten Versorgungsdefiziten.



Erschwerte Rahmenbedingungen:

demografische Entwicklung, kürzere Verweilzeiten, höhere Fluktuation bei den Bewohnerinnen und Bewohnern, Personal- und Fachkräftemangel, hohe Belastung und Krankenstände der professionell Pflegenden, Kostendruck aufgrund steigender Personal-, Energie- und sonstiger Kosten

Auf einen Blick Tagespflege



3.999 Qualitätsprüfungen; bei rund 21.300 Tagespflegegästen wurde die Qualität überprüft.

Seit 2022 wird ein neues Prüfkonzept eingesetzt. Ein Vergleich mit früheren Prüfergebnissen ist daher nicht möglich.

Tagespflegeeinrichtungen dienen u. a. der Entlastung des familialen Settings. Diese haben als Akteur neben An- und Zugehörigen, ambulanten Pflegediensten und sonstigen an der Versorgung Beteiligten eine eingeschränkte Einwirkungsmöglichkeit auf die Versorgungsqualität der pflegebedürftigen Menschen. Tagespflegegäste haben während ihres Aufenthaltes in der Tagespflege seltener einen Unterstützungsbedarf bei körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der Behandlungspflege.



Schwerpunkt in der Tagespflege ist die Beschäftigung und Betreuung. Hier weisen die Tagespflegeeinrichtungen eine gute Qualität auf.



Die Unterstützung bei körperbezogenen Pflegemaßnahmen spielt eine eher untergeordnete Rolle, die Versorgungsqualität ist gut.



Die Behandlungspflege spielt ebenfalls eine untergeordnete Rolle. Soweit bei der Behandlungspflege ein Unterstützungsbedarf besteht, ist die Qualität auch dort relativ gut.



Schlussfolgerungen:

Der Schwerpunkt der Tagespflege liegt auf der Beschäftigung und Betreuung. Auf die Versorgungsqualität insgesamt haben Tagespflegereinrichtungen nur eingeschränkte Einwirkungsmöglichkeiten. Unter Berücksichtigung dieser Einwirkungsmöglichkeit werden selten Qualitätsdefizite mit einem Risiko oder einer eingetretenen negativen Folge festgestellt. Wenn sich die Prüfergebnisse verstetigen, kann aufgrund der eingeschränkten Einwirkungsmöglichkeiten der Tagespflege auf die Versorgungsqualität und der guten Prüfergebnisse grundsätzlich eine Verlängerung des Prüfrhythmus in Erwägung gezogen werden.

Auf einen Blick

Ambulante Pflege



10.954 Qualitätsprüfungen; bei rund 73.900 versorgten Personen wurde die Qualität geprüft

davon 812 Leistungserbringer mit spezieller Krankenbeobachtung; hier wurde bei 1.197 versorgten Personen mit spezieller Krankenbeobachtung die Qualität überprüft



Bei der Versorgung der Pflegebedürftigen zeigen die Prüfergebnisse teilweise Verbesserungen.



Die Qualifikationsanforderungen bei der Versorgung von beatmeten Personen mit Leistungen der speziellen Krankenbeobachtung bzw. außerklinischen Intensivpflege werden häufiger erfüllt.



Das Hygienemanagement bewegt sich weiterhin auf einem guten Niveau.



Bei den einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozesskriterien zeigen sich überwiegend Verbesserungen.



Die Beratung zum Dekubitus- und Sturzrisiko, zum Essen und Trinken, zur Ausscheidung sowie zum Umgang mit Menschen mit Demenz sollte verbessert werden.



Bei der Erfassung des individuellen Dekubitus- und Sturzrisikos besteht Optimierungsbedarfs.



Bei der Übernahme von Personen mit außer-klinischer Intensivpflege muss an der pflegefachlichen Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weiter gearbeitet werden.



Fazit:

Überwiegend wurden Verbesserungen in der Struktur- und Prozessqualität festgestellt. Diese lassen sich aufgrund der formal ausgerichteten Kriterien relativ leicht umsetzen, von größerer Bedeutung und Nutzen für die versorgten Personen sind die zum Teil festgestellten Verbesserungen bei der Ergebnisqualität.

1 Einführung



1.1 Vorbemerkung

Mit Einführung des SGB XI wurde den Medizinischen Diensten (MD) die Aufgabe übertragen, im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen durchzuführen. Die externe Qualitätssicherung ist im Rahmen der Pflegeversicherung eine Kernaufgabe der Medizinischen Dienste. Seit 2011 finden diese Prüfungen in Form von Regelprüfungen jährlich statt.

Seit 2009 wird ein Teil der Prüfergebnisse auf der Grundlage von zwischen GKV-Spitzenverband, Leistungserbringerverbänden, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände festgelegten Transparenzvereinbarungen bzw. für die stationäre Pflege Qualitätsdarstellungsvereinbarung im Internet veröffentlicht. Seit 2022 werden auch für die Tagespflege anhand einer Qualitätsdarstellungsvereinbarung Prüfergebnisse veröffentlicht. Grundlage der im Tabellenanhang aufgeführten Bewertungen sind die Erfüllungsgrade einzelner in den verschiedenen Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) aufgeführten Prüfkriterien bzw. Qualitätsaspekte, die in Prozentwerten ausgewiesen werden. Die der Veröffentlichung zugrundeliegenden Bewertungssystematiken werden in diesem Bericht nicht berücksichtigt.

Für die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst) besteht nach § 114a Absatz 6 SGB XI eine gesetzliche Verpflichtung, dem Medizinischen Dienst Bund im Abstand von jeweils zwei Jahren über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach dem SGB XI, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu berichten. Der Medizinische Dienst Bund führt diese Berichte und seine eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu einem Bericht zusammen und legt diesen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den zuständigen Landesministerien vor.

Aufgrund des Versichertenanteils in der sozialen Pflegeversicherung werden 90 Prozent der jährlich anfallenden Qualitätsprüfungen vom Medizinischen Dienst und 10 Prozent der Prüfungen durch den PKV-Prüfdienst durchgeführt. Die Daten des PKV-Prüfdienstes wurden in diesen Bericht einbezogen.

Der inzwischen zweijährlichen Berichtspflicht entsprechend wird dieser Bericht nun zum achten Mal erstellt.

Insgesamt kann konstatiert werden, dass im Jahr 2023 von den 11.250 zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen (Statistisches Bundesamt 2024) für 8.819 und damit 78,4 Prozent Prüfergebnisse ausgewertet werden konnten. Zu beachten ist dabei, dass nach Auskunft des Verbandes der Ersatzkassen e. V. in der zweiten Jahreshälfte des Jahres 2023 475 vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Kriterien zur Verlängerung des Prüfrhythmus gemäß der Richtlinien nach § 114c SGB XI erfüllt haben und somit erstmals nicht geprüft worden sind. Die Ergebnisse dieser vollstationären Pflegeeinrichtungen fließen daher nicht in diesen Bericht mit ein. Es ist wichtig, dies bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten. Von den 6.208 zugelassenen teilstationären Pflegeeinrichtungen (Statistisches Bundesamt 2024) lagen für das Jahr 2023 für 3.999 Prüfergebnisse vor, dies entspricht einem Anteil von 64,4 Prozent der Tagespflegeeinrichtungen. Von den 15.549 zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten (Statistisches Bundesamt 2024) lagen für das Jahr 2023 10.954 und damit für 70,4 Prozent Prüfergebnisse vor. In der Pflegestatistik für 2023 sind lediglich 70 reine ambulante Betreuungsdienste erfasst (Statistisches Bundesamt 2024). Dem Medizinischen Dienst liegen für 2023 Daten aus weniger als 30 Prüfungen in ambulanten Betreuungsdiensten vor. Auf eine Ergebnisdarstellung für ambulante Betreuungsdienste wird in diesem Bericht angesichts der sehr kleinen Fallzahlen verzichtet. Ein Teil der Differenz zwischen geprüften und zugelassenen Pflegeeinrichtungen in der ambulanten Pflege, der Tagespflege und der vollstationären Pflege erklärt sich aus dem Meldeverfahren der Daten durch die Medizinischen Dienste an den Medizinischen Dienst Bund, das eine Datenlieferung Mitte Februar des Folgejahres vorsieht. Zu diesem Zeitpunkt sind noch nicht alle Prüfberichte aus dem Vorjahr freigegeben, so dass für diese Prüfungen keine Daten geliefert werden können.

1.2 Prüfrechte und Prüfablauf

Die Prüfungen der Medizinischen Dienste sowie des PKV-Prüfdienstes fußen auf den in Kapitel 11 „Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen“ festgelegten Regelungen des SGB XI. Maßgeblich sind die §§ 114 ff. SGB XI. Nach § 114 SGB XI sind die Qualitätsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchzuführen, dabei werden drei Prüfarten (Regelprüfung, Anlassprüfung, Wiederholungsprüfung) unterschieden.

Schwerpunkt der Prüfungen ist die Qualität der pflegerischen Versorgung bei den von den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen. Hierzu wird bei einer Zufallsstichprobe der versorgten Personen die Qualität anhand von Inaugenscheinnahmen, Gesprächen mit den Pflegebedürftigen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen, der Pflegedokumentation und weiterer Informationsquellen beurteilt.

Im Rahmen des beratungsorientierten Prüfansatzes bietet das Prüfteam schon während der Qualitätsprüfung bei festgestellten Qualitätsmängeln Lösungsmöglichkeiten in Form einer Impulsberatung an. Zudem werden, sofern erforderlich, unter Berücksichtigung der Ist-Situation Empfehlungen über notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung gegeben.

Das Nähere zum Prüfablauf sowie zu den Prüfinhalten für die vollstationären Pflegeeinrichtungen ergibt sich aus den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 114a Absatz 7 SGB XI über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die vollstationäre Pflege vom 17. Dezember 2018 (QPR vollstationär) (MDS und GKV-Spitzenverband 2019a). Diese Richtlinien sind am 1. November 2019 in Kraft getreten.

Das Nähere zum Prüfablauf sowie zu den Prüfinhalten für die Einrichtungen der Tagespflege ergibt sich aus den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 114a Absatz 7 SGB XI über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die Tagespflege vom 26. Oktober 2020 (QPR Tagespflege) (MDS und GKV-Spitzenverband 2021). Diese Richtlinien sind am 1. Januar 2022 in Kraft getreten.

Das Nähere zum Prüfablauf sowie zu den Prüfinhalten für die ambulanten Pflegedienste ergibt sich aus den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 114a Absatz 7 SGB XI über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die ambulante Pflege vom 18. Dezember 2019 (QPR Teil 1a – Ambulante Pflegedienste) (MDS und GKV-Spitzenverband 2020a). Diese Richtlinien sind am 1. Januar 2021 in Kraft getreten.

1.3 Pflegeinfrastruktur

Bevor über die Daten zu den Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste sowie des PKV-Prüfdienstes berichtet wird, sollen zunächst wesentliche Kennzahlen zur Pflegeinfrastruktur in Deutschland dargestellt werden, auf die sich die Daten der Qualitätsprüfungen beziehen.

1.3.1 Stationäre Pflege

Zum Stichtag 15. Dezember 2023 gab es nach Angaben der Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes 16.505 zugelassene teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Von diesen Einrichtungen waren 11.250 Einrichtungen der vollstationären Pflege. Die Mehrzahl der Einrichtungen war 2023 in freigemeinnütziger Trägerschaft (54,1 Prozent). Private Träger machten einen Anteil von 40,6 Prozent aus, der Anteil öffentlicher Träger lag bei 5,3 Prozent (Statistisches Bundesamt 2024). Zum Stichtag 15. Dezember 2023 wurden insgesamt 775.961 Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der vollstationären Pflege betreut. Im Mittel betreute eine stationäre Pflegeeinrichtung 59 Personen. Die privaten Träger betrieben mit durchschnittlich 56 versorgten Personen je Einrichtung durchschnittlich kleinere stationäre Pflegeeinrichtungen als freigemeinnützige Träger (durchschnittlich 60 versorgte Personen je Einrichtung) und öffentliche Träger (durchschnittlich 75 versorgte Personen je Einrichtung) (Statistisches Bundesamt 2024).

1.3.2 Teilstationäre Pflege

Nach den Angaben des statistischen Bundesamtes bestanden zum Stichtag 15. Dezember 2023 6.208 teilstationäre Pflegeeinrichtungen mit 106.096 Plätzen (105.911 Tagespflege, 185 Nachtpflege). Daraus ergibt sich rechnerisch eine durchschnittliche Platzzahl von 17 Plätzen je Tagespflegeeinrichtung.

1.3.3 Ambulante Pflege

Im Jahr 2023 gab es nach Angaben der Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes 15.549 zugelassene ambulante Pflege- und Betreuungsdienste¹. Die Mehrzahl dieser Pflegedienste befand sich im Jahr 2023 in privater Trägerschaft (68,5 Prozent). Der Anteil der freigemeinnützigen Träger lag bei 30,2 Prozent. In öffentlicher Trägerschaft befanden sich 1,3 Prozent der zugelassenen ambulanten Pflegedienste (Statistisches Bundesamt 2024). Im Jahr 2023 haben alle zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste zusammen 1.100.672 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung betreut. Dabei wurden durchschnittlich 71 Personen je ambulantem Pflegedienst versorgt, wobei die Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft deutlich mehr Personen versorgt haben (101) als die privaten Pflegedienste (57). Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft versorgten im Schnitt 71 Personen (Statistisches Bundesamt 2024).

1.4 Datengrundlage

Die für diesen Bericht vorliegenden Daten wurden auf der Grundlage der seit dem 1. Januar 2021 gültigen QPR Teil 1a – Ambulante Pflegedienste (MDS und GKV-Spitzenverband 2020a) und der seit dem 1. November 2019 geltenden QPR vollstationäre Pflege (MDS und GKV-Spitzenverband 2019a) erhoben. Die Prüfungen in Tagespflegeeinrichtungen erfolgen seit dem 1. Januar 2022 anhand der QPR Tagespflege (MDS und GKV-Spitzenverband 2021). Diese Prüfgrundlagen stehen auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes Bund unter www.md-bund.de zum Download zur Verfügung.

Die Daten wurden von den Medizinischen Diensten auf der Grundlage der Statistik-Richtlinien (StRi) nach § 53a SGB XI² und vom PKV-Prüfdienst dem Medizinischen Dienst Bund in anonymisierter Form zur Auswertung zur Verfügung gestellt.³

¹ Während ambulante Pflegedienste bereits vor dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) aus Mai 2019 Betreuungsleistungen erbringen konnten, können seit dem TSVG auch ambulante Betreuungsdienste nach § 71 Absatz 1a SGB XI zugelassen werden. Diese dürfen nur pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung, jedoch keine körperbezogenen Pflegemaßnahmen nach § 36 SGB XI erbringen. In der Pflegestatistik für 2023 sind lediglich 70 reine ambulante Betreuungsdienste erfasst (Statistisches Bundesamt 2024).

² Aufgrund des MDK-Reformgesetzes neu: § 53d Absatz 3 Nummer 7 SGB XI.

³ Nach der Anhörungsfrist, die den Einrichtungen nach der Qualitätsprüfung zugesprochen wird, können die im Rahmen der Qualitätsprüfung erhobenen Daten statistisch weiterverarbeitet werden. Laut Statistik-Richtlinien ist die Lieferfrist für die Prüfdaten des vorangegangenen Jahres an den Medizinischen Dienst Bund auf Mitte Februar festgelegt. Da zu diesem Zeitpunkt aufgrund des beschriebenen Verfahrens noch nicht alle Prüfberichte aus dem Vorjahr freigegeben worden sind, kann ein Teil der Datensätze aus Qualitätsprüfungen, die gegen Ende des Jahres erfolgt sind, nicht an den Medizinischen Dienst Bund geliefert werden. Eine Nachlieferung bei der folgenden Jahreslieferung ist nicht vorgesehen.

2

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege



In der stationären Pflege wurde zum 1. November 2019 ein neues Prüfkonzept eingeführt. Das Prüfverfahren wurde im 6. Pflegequalitätsbericht des MDS (MDS 2020) übersichtsartig dargestellt und kann der QPR vollstationäre Pflege (MDS und GKV-Spitzenverband 2019a) entnommen werden.

Für den Zeitraum vom 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023 liegen dem MD Bund Daten aus 8.819 Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Basis der neuen Prüfgrundlagen vor. Dabei wurde bei 72.097 Personen die Versorgungsqualität geprüft. Im Durchschnitt wurden damit im Jahr 2023 etwas mehr als acht versorgte Personen je stationärer Pflegeeinrichtung in die Prüfung einbezogen.

Zu beachten ist dabei, dass in der zweiten Jahreshälfte des Jahres 2023 475 vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit einer guten Qualität aufgrund der Richtlinien nach § 114c SGB XI nicht geprüft worden sind. Die Ergebnisse dieser vollstationären Pflegeeinrichtungen fließen daher nicht in diesen Bericht mit ein. Es ist wichtig, dies bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten.

Tabelle 1:
Stationäre Pflege – Anzahl vorliegender Datensätze 2023

Durchgeführte Qualitätsprüfungen	8.819
Begutachtete Bewohnerinnen und Bewohner insgesamt	72.097
Durchschnittlich begutachtete Bewohnerinnen und Bewohner pro Einrichtung	8,2

2.1 Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der stationären Pflege

Von den 8.819 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen wurden mit 92,1 Prozent die meisten Prüfungen als Regelprüfungen durchgeführt. Anlassprüfungen aufgrund von Beschwerden erfolgten in 4,9 Prozent der Fälle, 3,0 Prozent waren Wiederholungsprüfungen. Während der Covid-19-Pandemie im Jahr 2021 lag der Anteil der Anlassprüfungen bei 6,4 Prozent und im Jahr 2019 bei 3,2 Prozent. Damit tendiert der Anteil der Anlassprüfungen wieder in Richtung des Niveaus vor der Covid-19-Pandemie. In absoluten Zahlen wurden im Jahr 2023 429, im Jahr 2021 426 und im Jahre 2019 409 Anlassprüfungen durchgeführt.

Tabelle 2:

Stationäre Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarten

geprüfte Einrichtungen	8.819	
davon	Anzahl	in Prozent
Regelprüfungen	8.123	92,1
Anlassprüfungen	429	4,9
Wiederholungsprüfungen	267	3,0

Nach § 114 Absatz 4 SGB XI besteht die Möglichkeit, Vertreterinnen und Vertreter anderer Institutionen an der Prüfung zu beteiligen. Die meisten Prüfungen (86,4 Prozent) wurden ohne Beteiligung weiterer Institutionen durchgeführt. Die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörden waren an 5,8 Prozent der Prüfungen beteiligt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Trägerverbänden waren bei 3,1 Prozent der Prüfungen anwesend. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Institutionen (z. B. Gesundheitsamt) nahmen nur selten an den Prüfungen teil.

Tabelle 3:

Stationäre Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen

geprüfte Einrichtungen	8.819	
an der Prüfung beteiligte Institutionen*	Anzahl	in Prozent
keine	7.616	86,4
Pflegekasse	24	0,3
Sozialhilfeträger	–	0,0
nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	513	5,8
Gesundheitsamt	34	0,4
Trägerverband	272	3,1
sonstige	470	5,3

*Mehrfachnennungen möglich

2.2 Strukturdaten der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen

Von den im Jahr 2023 geprüften vollstationären Pflegeeinrichtungen befanden sich 41,2 Prozent in privater, 53,9 Prozent in freigemeinnütziger und 4,2 Prozent in öffentlicher Trägerschaft. Die Verteilung nach Trägerart bei den geprüften vollstationären Pflegeeinrichtungen entspricht weitgehend der Verteilung laut statistischem Bundesamt für das Jahr 2023 (Statistisches Bundesamt 2024).

Tabelle 4:
Stationäre Pflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart

geprüfte Einrichtungen	8.819	
Trägerart	Anzahl	in Prozent
privat	3.634	41,2
freigemeinnützig	4.752	53,9
öffentlich	371	4,2
nicht zu ermitteln	61	0,7

Die Versorgungsqualität wurde im Rahmen der 8.819 Qualitätsprüfungen bei 72.097 Personen geprüft.

Die Stichprobenzusammenstellung erfolgt aufgrund geänderter Regelungen zur Stichprobenermittlung nicht mehr anhand von Pflegegraden. Gleichwohl liegen Informationen über die Verteilung der Pflegegrade bei den in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner vor. Bei 0,5 Prozent lag der Pflegegrad 1 vor, 19,7 Prozent hatten den Pflegegrad 2, 43,1 Prozent den Pflegegrad 3, 26,9 Prozent hatten den Pflegegrad 4 und bei 9,8 Prozent lag der Pflegegrad 5 vor. Personen ohne Pflegegrade werden nicht in die Prüfung einbezogen. Damit ist die Verteilung nach Pflegegraden weitgehend vergleichbar mit der Verteilung laut der Pflegestatistik für 2023 (Statistisches Bundesamt 2024).

Tabelle 5:

Stationäre Pflege – Einbezogene Bewohnerinnen und Bewohner nach Pflegegraden (Angaben in Prozent)

Anzahl untersuchter Personen	72.097
Pflegegrad 1	0,5
Pflegegrad 2	19,7
Pflegegrad 3	43,1
Pflegegrad 4	26,9
Pflegegrad 5	9,8

2.3 Ergebnisse in der stationären Pflege

Für die Monate November 2019 bis März 2020 wurden im 6. Pflegequalitätsbericht erstmalig Ergebnisse auf der Grundlage des seit November 2019 geltenden neuen Prüfverfahrens dargestellt. Für diesen Zeitraum liegen Ergebnisse aus 2.126 Qualitätsprüfungen vor. Bei diesen Prüfungen wurde die Qualität bei 18.842 Bewohnerinnen und Bewohnern erhoben. Bei der Interpretation der Ergebnisse aus dieser Zeit ist zu beachten, dass sowohl die Prüferinnen und Prüfer als auch die geprüften stationären Pflegeeinrichtungen in dieser Anfangsphase noch Erfahrungen mit dem neuen Prüfsystem sammeln mussten.

Für das Jahr 2021 wurden im 7. Pflegequalitätsbericht Daten aus 6.692 Qualitätsprüfungen dargestellt. Bei diesen Prüfungen wurde die Qualität bei 57.934 Bewohnerinnen und Bewohnern erhoben. Die Prüferinnen und Prüfer haben im Jahre 2021 umfangreiche Erfahrungen mit dem neuen Prüfinstrument gesammelt und auch die Pflegeeinrichtungen hatten die Möglichkeit, sich auf das neue System einzustellen und vorzubereiten. Beim 7. Pflegequalitätsbericht wurde auf einen Vergleich mit früheren Prüfergebnissen verzichtet, weil die dabei zugrunde gelegten Daten aus Qualitätsprüfungen des Jahres 2021 stammten, das noch ganz unter dem Eindruck der Covid-19-Pandemie stand. Diese hatte erhebliche Auswirkungen auf die Erbringung der Pflege mit vermuteten – außerhalb des Einwirkungsbereich der Pflegeeinrichtungen liegenden – negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität.

Im Jahr 2023 hingegen waren die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie weitgehend überwunden, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die Pflege wieder unter regulären Bedingungen erbracht werden konnte und die Covid-19-Pandemie keine unmittelbaren Auswirkungen mehr auf die Versorgungsqualität hatte. **Allerdings ist zu beachten, dass in der zweiten Jahreshälfte des Jahres 2023 erstmals die Richtlinien nach § 114c SGB XI zur Verlängerung des**

Prüfrhythmus gegriffen haben und 475 vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit einer guten Qualität nicht geprüft worden sind. Somit fehlen in der Auswertung für das Jahr 2023 die für diese Einrichtungen vermuteten guten Ergebnisse, was zu durchschnittlich schlechteren Ergebnissen bei der vorliegenden Einrichtungsstichprobe geführt haben dürfte. Es ist sehr wichtig, dies bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten. Die Ergebnisse der Jahre 2019, 2021 und 2023 werden in diesem Bericht zwar gegenübergestellt, aufgrund der Selektion von Pflegeeinrichtungen mit einer guten Qualität können die Ergebnisse aus dem Jahr 2023 jedoch nicht auf die Gesamtheit aller zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen übertragen werden. Sie beziehen sich somit auf 77,6 Prozent der zugelassenen Pflegeeinrichtungen.

Für diese Einrichtungen zeigen sich bei allen personenbezogenen Qualitätsaspekten schlechtere Ergebnisse als in den Jahren zuvor, als noch keine vollstationären Pflegeeinrichtungen mit guten Prüfergebnissen ausgeschlossen worden sind.

Für diese Situation lassen sich verschiedene Erklärungsansätze heranziehen.

Es zeigen sich die Effekte der demografischen Entwicklung. Immer mehr Menschen werden älter und pflegebedürftig (BMG 2024). Sie wollen so lange wie möglich im eigenen Wohnumfeld verbleiben. Beim Eintritt in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung liegt meist schon ein höherer Pflegegrad vor, so dass der Aufwand bei den neu eingezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern steigt. Die Verweilzeit in der stationären Pflege hat in den letzten Jahren hingegen abgenommen, verbunden mit einer höheren Fluktuation bei den Bewohnerinnen und Bewohnern (siehe hierzu auch Qualitätsaspekt 4.1). Die Abnahme der Verweildauer wird auch im Barmer Pflegereport 2023 (Barmer 2023) für Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen insgesamt als auch innerhalb der jeweiligen Pflegegrade beschrieben. Im Barmer Pflegereport 2024 (Barmer 2024) wird zu pflegebedürftig Verstorbenen berichtet, dass die durchschnittliche Verweilzeit in der stationären Pflege von 13,2 Monaten (2016) auf 11,2 Monaten (2023) zurückgegangen ist. Dies alles führt zu einer höheren Belastung und zu höheren Aufwänden in den stationären Pflegeeinrichtungen.

Auch berichten die Prüferinnen und Prüfer, dass sie aufgrund der Personalfluktuation in Pflegeeinrichtungen bei den Qualitätsprüfungen immer häufiger auf wechselnde Leitungskräfte treffen. Zudem besteht ein allgemeiner Personal- und spezifischer Fachkräftemangel in der Pflege. Diese Problematik lässt sich beispielsweise ablesen an der Engpassanalyse für Fachkräfte der Bundesagentur für Arbeit. Hier erzielt der Pflegeberuf gemeinsam neben wenigen anderen Berufen mit 2,8 den zweitschlechtesten Wert⁴ (Bundesagentur für Arbeit 2024). Die

⁴ In die Engpassanalyse fließen die folgenden Indikatoren ein: Vakanzzeit, Arbeitssuchenden-Stellen-Relation, berufs-spezifische Arbeitslosenquote, Veränderung des Anteils sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung von Ausländern, Abgangsrate aus Arbeitslosigkeit, Entwicklung der mittleren Entgelte. (0 = sehr weit entfernt von Anzeichen eines Engpasses, 1 = kein Anzeichen eines Engpasses, 2 = schwache Anzeichen eines Engpasses, 3 = Anzeichen eines Engpasses)

Schwierigkeiten bei der Rekrutierung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führen dazu, dass Lücken durch den Einsatz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Zeitarbeitsfirmen geschlossen werden.

Aufgrund der beschriebenen Entwicklungen bleibt den Leitungskräften und den Pflegefachkräften teilweise zu wenig Zeit, um organisatorische Aufgaben sowie Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements wahrzunehmen und die Pflegeplanung zu evaluieren und anzupassen.

Um die Personalausstattung nach einem rationalen Verfahren beurteilen zu können, hatte der Gesetzgeber mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI beauftragt, ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen entwickeln zu lassen. Die Entwicklung des Verfahrens erfolgte durch ein Studienteam um Prof. Dr. Heinz Rothgang (Rothgang H et. al. 2020). Ein Ergebnis dieser Studie war, dass in stationären Pflegeeinrichtungen ein erheblicher personeller Mehrbedarf besteht, insbesondere bei Assistenzkräften. Daher hat der Gesetzgeber durch das Personalbemessungsverfahren nach § 113c SGB XI Möglichkeiten für einen schrittweisen Personalaufwuchs in der stationären Pflege insbesondere bei ein- bis zweijährig qualifizierten Pflegefachassistenzkräften geschaffen. Dies macht jedoch einen organisatorischen Umbau hin zu einer kompetenz- und qualifikationsorientierten Arbeitsorganisation erforderlich. Viele Einrichtungen befinden sich derzeit in diesem Changeprozess, der Kräfte bindet. Oft gelingt es aufgrund der angespannten Personalsituation jedoch trotz der bestehenden Möglichkeiten nicht, die zusätzlichen Stellen zu besetzen.

Die gestiegenen Belastungen in der vollstationären Pflege wirken sich auch auf die Fehlzeiten der Pflegekräfte in der Altenpflege aus. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten lagen hier im Jahr 2023 auf einem Rekordniveau. Während die durchschnittlichen Fehlzeiten 2023 für alle Berufsgruppen nach Berechnungen der Techniker-Krankenkasse bei 18,6 Tagen lagen, lagen die Fehlzeiten in der Altenpflege bei 34,2 Tagen (Barmer 2024).

Die Prüferinnen und Prüfer spüren diese Entwicklungen und Belastungen bei den Qualitätsprüfungen. Sie berichten vermehrt, dass bei den Prüfungen fachlich qualifizierte Ansprechpersonen der Pflegeeinrichtungen als Gesprächspartner nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen, mitunter bestehen auch Sprachbarrieren auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen.

Zudem lastet auf den stationären Pflegeeinrichtungen aufgrund steigender Personal-, Energie- und sonstiger Kosten ein finanzieller Druck. Dies führt zu einer schrittweisen Anhebung der Pflegesätze und der Eigenanteile der Bewohnerinnen und Bewohner. Kompensiert wurde dies zum Teil durch den mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) nach Aufenthaltsdauer in der

stationären Pflegeeinrichtung gestaffelten Zuschlag zum Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen.

2.3.1 Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der stationären Pflege

Auf der personenbezogenen Ebene wird – sofern der Qualitätsaspekt zutrifft – für jede Bewohnerin und jeden Bewohner in der Stichprobe für die Qualitätsaspekte der Qualitätsbereiche 1 bis 4 eine Bewertung zu den vier Bewertungskategorien A) „keine Auffälligkeiten oder Defizite“, B) „Auffälligkeiten ohne Risiko oder negative Folge“, C) „Defizit mit Risiko negativer Folge“, D) „Defizit mit negativer Folge“ vorgenommen. Als negative Folgen gelten dabei gesundheitliche Schädigungen, regelmäßige nicht bedarfsgerechte oder nicht bedürfnisgerechte Unterstützung. In Einzelfällen können auch mehrere Bewertungen je Qualitätsaspekt pro Bewohnerin oder Bewohner vorkommen. In den Grafiken der folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Bewertungskategorien A) und B) zusammengefasst, da die Bewertungskategorie B) keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität hat. Mit der zusammenfassenden Darstellung erhöht sich die Nachvollziehbarkeit der Prüfergebnisse und der Qualitätsentwicklung.

2.3.1.1 Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

Zum Qualitätsbereich 1 gehören die folgenden Qualitätsaspekte:

- 1.1 Unterstützung bei der Mobilität
- 1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
- 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Dem Qualitätsaspekt **1.1 Unterstützung bei der Mobilität** liegt folgende Qualitätsaussage zugrunde: *„Die versorgte Person erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es ihren Bedürfnissen entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.“*

Unterstützungsbedarf bei der Mobilität kann vorliegen, wenn die Bewohnerin oder der Bewohner den Positionswechsel im Bett nicht mehr selbstständig durchführen kann. Es kann aber auch bedeuten, dass sich eine Bewohnerin oder ein Bewohner nicht mehr selbstständig im Wohnbereich, in der gesamten Einrichtung oder im Außenbereich der Einrichtung fortbewegen kann und deshalb auf Unterstützung angewiesen ist. Bei der pflegerischen Unterstützung geht es um den Erhalt und die Förderung der Mobilität sowie um eine bedarfsgerechte Unterstützung bei Mobilitätsdefiziten. Ebenso geht es bei diesem Aspekt um den Umgang mit einem Dekubitus- oder Sturzrisiko.

Dieser Qualitätsaspekt konnte bei 93,3 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Personen geprüft werden. Bei 79,8 Prozent (2019: 85,9 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 14,1 Prozent (2019: 12,5 Prozent) lagen hingegen Risiken für negative Folgen für die versorgte Person vor, beispielsweise wurden vorhandene Möglichkeiten zur Verbesserung der Mobilität nicht erkannt, nicht genutzt oder es war nicht sichergestellt, dass alle an der Pflege Beteiligten über die notwendige Unterstützung, beispielsweise zur Vermeidung von Stürzen, informiert waren. Bei 6,1 Prozent (2019: 5,1 Prozent) sind Defizite mit bereits eingetretenen negativen Folgen festgestellt worden, zum Beispiel waren Druckgeschwüre in den Einrichtungen entstanden und es wurden nicht die erforderlichen Maßnahmen zu deren Vermeidung ergriffen, es wurde keine ausreichende Unterstützung bei der Fortbewegung durchgeführt oder Personen konnten sich aufgrund fehlender Unterstützung nicht im Freien aufhalten, obwohl sie sich dies wünschten.

Dem Qualitätsaspekt **1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung** liegt folgende Qualitätsaussage zugrunde: *„Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt.“*

Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ist wichtig, weil sie unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit und die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner hat. Eine Fehl- oder Mangelernährung hat auch Auswirkungen auf die Mobilität, Körperpflege oder Kognition. Wenn die Bewohnerinnen und Bewohner Speisen und Getränke nicht selbstständig zu sich nehmen, vergessen ausreichend zu trinken oder wenig Appetit zeigen, sind Maßnahmen erforderlich, um zum Beispiel einen Gewichtsverlust oder Flüssigkeitsmangel zu verhindern.

Dieser Qualitätsaspekt konnte bei 69,0 Prozent der in die Qualitätsprüfungen einbezogenen Personen geprüft werden. Bei 87,6 Prozent (2019: 91,3 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 8,3 Prozent (2019: 6,7 Prozent) lagen Defizite mit einem Risiko für eine negative Folge für die versorgte Person vor, etwa weil auf Anzeichen für eine reduzierte Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitsaufnahme nicht adäquat reagiert wurde. Bei 4,1 Prozent (2019: 2,6 Prozent) haben die Prüferinnen und Prüfer Defizite mit bereits eingetretenen negativen Folgen festgestellt. Dabei handelte es sich beispielsweise um einen unerwünschten, gesundheitlich relevanten Gewichtsverlust, den die Einrichtung zu verantworten hatte.

Der Qualitätsaspekt **1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung** basiert auf folgender Qualitätsaussage: *„Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.“*

Hierunter fallen demnach die konkreten pflegerischen Hilfen bei der Ausscheidung, aber auch Maßnahmen zur Förderung der Kontinenz.

Der Qualitätsaspekt konnte bei 76,0 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Personen geprüft werden. Bei 89,2 Prozent (2019: 93,0 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 9,7 Prozent (2019: 6,7 Prozent) wurden Defizite mit einem Risiko für eine negative Folge für die versorgte Person festgestellt. Ein solches Risiko kann bestehen, wenn in der Maßnahmenplanung wichtige Aspekte wie beispielsweise die hygienische Versorgung mit einem Blasenkatheter nicht berücksichtigt worden sind. Defizite mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person haben die Prüferinnen und Prüfer bei 1,1 Prozent (2019: 0,9 Prozent) der Personen und damit vergleichsweise selten festgestellt. Beispielsweise wurden hier notwendige Toilettengänge nicht durchgeführt oder Inkontinenzmaterial nicht gewechselt.

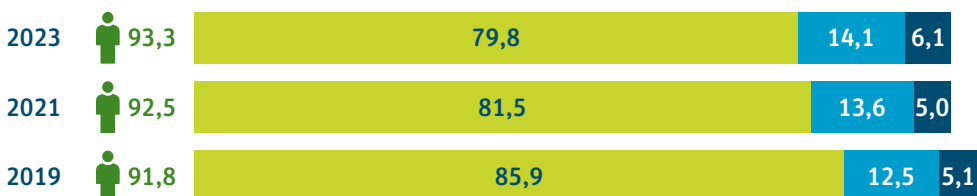
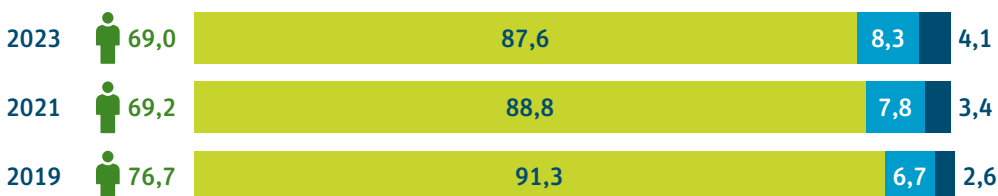
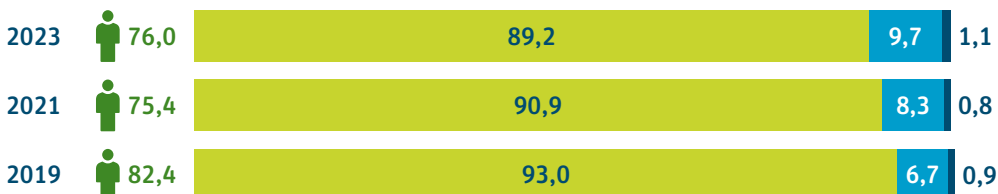
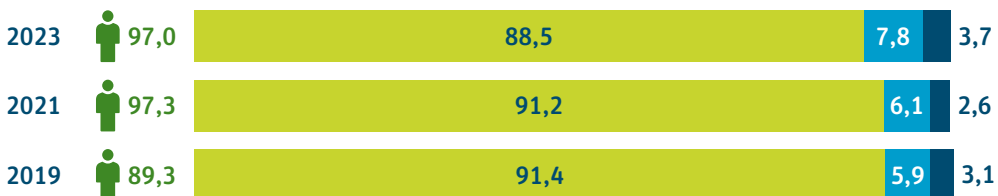
Dem Qualitätsaspekt **1.4 Unterstützung bei der Körperpflege** ist folgende Qualitätsaussage vorangestellt: *„Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei ihrer Körperpflege unterstützt.“*

Jeder Mensch hat eigene Vorstellungen und Wünsche, wie die individuelle Körperpflege einschließlich der Mund- und Zahnpflege aussehen sollte. Pflegerische Bedarfe und individuelle Bedürfnisse müssen durch die professionell Pflegenden erkannt und bei notwendigem Unterstützungs- und Hilfebedarf müssen geeignete Maßnahmen geplant und durchgeführt werden.

Der Qualitätsaspekt konnte bei 97,9 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Personen geprüft werden. Bei 88,5 Prozent (2019: 91,4 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 7,8 Prozent (2019: 5,9 Prozent) haben die Prüferinnen und Prüfer ein Defizit mit einem Risiko für eine negative Folge festgestellt. Hier waren beispielsweise Fähigkeiten der versorgten Person bei der Körperpflege nicht bekannt und somit war nicht sichergestellt, dass die Versorgung kontinuierlich aktivierend erfolgt. Bei 3,7 Prozent (2019: 3,1 Prozent) dieser Personen wurden Defizite mit einer eingetretenen negativen Folge für die versorgte Person ermittelt. Beispielsweise wurde dem Wunsch der versorgten Person nach einem wöchentlichen Duschen nicht entsprochen.

Abb. 1: Vollstationäre Pflege – Qualitätsbereich 1

(Mehrfachbewertung je Qualitätsaspekt möglich, Angaben in Prozent)

1.1 Unterstützung im Bereich Mobilität**1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung****1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung****1.4 Unterstützung bei der Körperpflege**

 2023: Anteil von 72.097 in die Prüfung einbezogenen Personen, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft werden konnte

 (A) und (B) keine Defizite
 (C) Defizit mit Risiko negativer Folgen
 (D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen

2.3.1.2 Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Zum Qualitätsbereich 2 gehören die folgenden Qualitätsaspekte:

- 2.1 Medikamentöse Therapie
- 2.2 Schmerzmanagement
- 2.3 Wundversorgung
- 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen
- 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Der Qualitätsaspekt **2.1 Medikamentöse Therapie** basiert auf folgender Qualitätsaussage: *„Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen An- bzw. Verordnungen und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist sichergestellt.“*

Die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Einrichtungen benötigt regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente und hat in aller Regel einen Unterstützungsbedarf beim Umgang mit Medikamenten. Hierzu ist die Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sehr wichtig und gehört zu den Aufgaben der Pflegefachkräfte. Ebenso muss das Pflegepersonal Kenntnisse über die Wirkung und mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten haben. Die Medikamente müssen richtig bereitgestellt und verabreicht werden. Dieser Qualitätsaspekt umfasst auch den Umgang mit Bedarfsmedikationen.

Der Qualitätsaspekt wurde bei 97,9 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Personen bewertet. Bei 80,8 Prozent (2019: 86,3 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 11,6 Prozent (2019: 10,7 Prozent) dieser Personen kamen die Prüferinnen und Prüfer zu dem Ergebnis, dass ein Risiko für eine negative Folge für die versorgte Person vorliegt. So wurden beispielsweise Anbruchs- oder Verfallsdaten bei Medikamenten mit begrenzter Haltbarkeit nicht vermerkt. Defizite mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person wurden bei 7,6 Prozent (2019: 5,3 Prozent) der Personen festgestellt, sei es, dass Personen Medikamente erhalten haben, die nicht für sie bestimmt waren oder die Dosierung der Medikamente nicht der ärztlichen Verordnung entsprach. Zudem fehlte es an der notwendigen Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme, sodass nicht sichergestellt werden konnte, ob die Bewohnerinnen oder Bewohner die Medikamente richtig eingenommen haben.

Der Qualitätsaspekt **2.2 Schmerzmanagement** fußt auf folgender Qualitätsaussage: *„Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.“*

Bewohnerinnen und Bewohner mit Schmerzen müssen bei der Schmerzbewältigung umfassend unterstützt werden. Dies betrifft sowohl akute als auch chronische Schmerzzustände. Hierzu gehört die Zusammenarbeit mit der Ärztin oder dem Arzt und weiteren Therapeutinnen und Therapeuten. Auch die erforderliche Medikamentengabe oder weitere schmerzlindernde Maßnahmen wie beispielsweise Wärme- oder Kälteanwendungen fallen hierunter. Schmerzen müssen systematisch erfasst werden, um Veränderungen erkennen und darauf reagieren zu können.

Der Qualitätsaspekt wurde bei 47,6 Prozent der in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen geprüft. Bei 82,7 Prozent (2019: 91,4 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 14,4 Prozent (2019: 7,0 Prozent) lagen Defizite mit einem Risiko für eine negative Folge vor, beispielsweise wurde die Schmerzsituation in der Maßnahmenplanung nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt, die versorgte Person erhielt aber dennoch eine wirksame Unterstützung. Bei 2,9 Prozent (2019: 1,9 Prozent) der Personen fanden die Prüferinnen und Prüfer eingetretene negative Folgen für die versorgten Personen. Bei diesen Personen wurden beispielsweise Schmerzsituationen weder erkannt noch mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten kommuniziert oder verordnete Schmerzmedikamente wurden nicht verabreicht.

Die folgende Qualitätsaussage liegt dem Qualitätsaspekt **2.3 Wundversorgung** zugrunde: *„Die Wunden der versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.“*

Unabhängig von den Wundursachen, wie beispielsweise Wunden nach operativen Eingriffen oder Druckgeschwüre, müssen die pflegerischen Maßnahmen begleitend zu den ärztlichen Anordnungen individuell für die versorgte Person geplant und ausgeführt und hygienische Aspekte müssen beachtet werden.

Der Qualitätsaspekt wurde bei 11,3 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Personen geprüft. Bei diesen Personen lagen am häufigsten Druckgeschwüre oder nicht näher spezifizierte nicht chronische Wunden vor. Bei 69,5 Prozent (2019: 75,7 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 15,6 Prozent (2019: 14,3 Prozent) haben die Prüferinnen und Prüfer Defizite mit Risiken für negative Folgen festgestellt, beispielsweise wurden Veränderungen der Wundsituation nicht mit der Ärztin oder dem Arzt besprochen. 14,9 Prozent (2019: 12,1 Prozent) der Personen

hatten nach den Feststellungen der Prüferinnen und Prüfer Defizite mit eingetretenen negativen Folgen, z. B. Wundinfektionen bei einer nicht fachgerechten Wundversorgung. Dabei ist zu beachten, dass die Pflegeeinrichtung auch beim Einsatz externer Wundmanager die Verantwortung für die Qualität der Wundversorgung trägt. Sie muss über den Wundzustand informiert sein und bei Bedarf die Kommunikation mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sicherstellen.

Der Qualitätsaspekt **2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen** gründet auf folgender Qualitätsaussage: *„Versorgte Personen mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung versorgt. Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen liegen bei folgenden Situationen vor: Absaugen, Beatmung, MRSA-Besiedelung, Drainagen, suprapubischen Kathetern, perkutanen endoskopischen Gastrostomien (PEG), Stoma, Trachealkanülen, zentralen Venenkathetern.“*

Professionell Pflegende müssen bei diesen Versorgungskonstellationen die Leistungen in Abstimmung mit Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Berufsgruppen fachlich korrekt planen und durchzuführen. Am häufigsten wurde bei diesem Qualitätsaspekt die Versorgung von suprapubischen Kathetern, perkutanen endoskopischen Gastrostomien (PEG) sowie von Stoma bewertet.

Tabelle 6:
Stationäre Pflege – Für den Qualitätsaspekt 2.4 relevante vorgefundene medizinisch-pflegerische Bedarfe

untersuchte Personen	72.097
Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt:	in Prozent
Absaugen	0,5
Versorgung mit Beatmungsgerät	0,3
Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose	0,0
Versorgung von Drainagen	0,1
Versorgung mit einem suprapubischen Katheter	1,3
Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)	1,3
Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma	0,8
Versorgung mit einer Trachealkanüle	0,5
Versorgung mit einem zentralen Venenkatheter	0,0

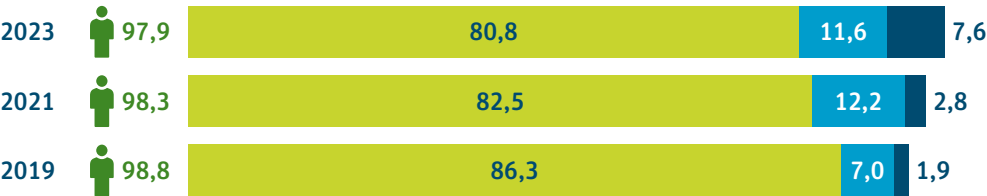
Der Qualitätsaspekt wurde bei 3,8 Prozent der in die Qualitätsprüfungen einbezogenen Personen geprüft. Bei 88,4 Prozent (2019: 92,2 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. 7,4 Prozent (2019: 5,8 Prozent) der in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohner wiesen Defizite mit Risiken für negative Folgen auf. Hier fehlten beispielsweise wichtige Vorgaben zur Versorgung in der schriftlichen Maßnahmenplanung, etwa Angaben zu erforderlichen Hilfsmitteln bei der Versorgung von Trachealkanülen oder über die Häufigkeit und Art des Trachealkanülenwechsels. Bei 4,2 Prozent (2019: 2,7 Prozent) der Personen haben die Prüferinnen und Prüfer Defizite mit einer negativen Folge festgestellt, beispielsweise wurden beim Absaugen Hygieneanforderungen nicht ausreichend berücksichtigt.

Der Qualitätsaspekt **2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen** bezieht sich auf therapiebedingte Anforderungen, die nicht unter die Bewertungen der anderen Qualitätsaspekte des Qualitätsbereiches 2 subsummiert werden können. Die Prüferinnen und Prüfer halten bei diesem Qualitätsaspekt fest, ob Auffälligkeiten oder Defizite vorliegen, die für die Beratung der Einrichtung oder für den Maßnahmenbescheid der Landesverbände der Pflegekassen relevant sein könnten. Eine vierstufige Bewertung wie bei den übrigen Qualitätsaspekten erfolgt nicht. Die Ergebnisse dieses Qualitätsaspektes, der sich auf die unterschiedlichsten behandlungspflegerischen Maßnahmen bezieht, werden nicht statistisch erfasst und ausgewertet.

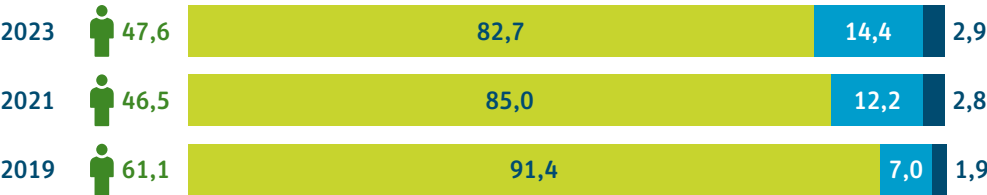
Abb. 2: Vollstationäre Pflege – Qualitätsbereich 2

(Mehrfachbewertung je Qualitätsaspekt möglich, Angaben in Prozent)

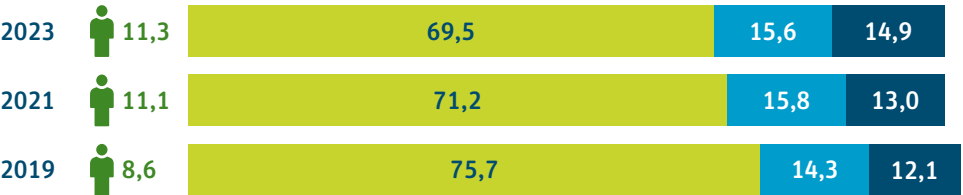
2.1 medikamentöse Therapie



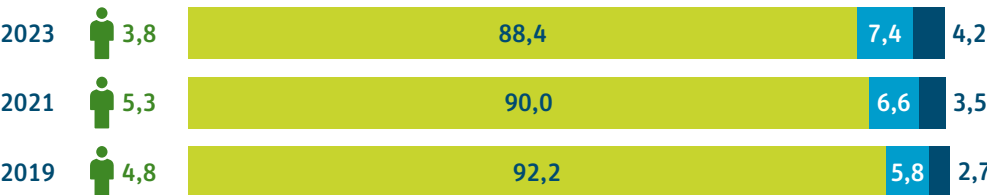
2.2 Schmerzmanagement



2.3 Wundversorgung



2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen



 2023: Anteil von 72.097 in die Prüfung einbezogenen Personen, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft werden konnte

 (A) und (B) keine Defizite
 (C) Defizit mit Risiko negativer Folgen
 (D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen

2.3.1.3 Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

Zum Qualitätsbereich 3 gehören die folgenden Qualitätsaspekte:

- 3.1 Unterstützung bei der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung
- 3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation
- 3.3 Nächtliche Versorgung

Der Qualitätsaspekt **3.1. Unterstützung bei der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung** unterliegt folgender Qualitätsaussage: *„Versorgte Personen mit beeinträchtigter Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung von Hilfsmitteln unterstützt. Der Qualitätsaspekt bezieht sich auf die Unterstützung beim Hören und Sehen.“*

Bei dem Qualitätsaspekt wird überprüft, ob Pflegebedürftige, die in ihrem Seh- oder Hörvermögen beeinträchtigt sind, ausreichend Unterstützung erhalten. Denn können Bewohnerinnen oder Bewohner nicht gut sehen oder hören, ist auch ihre Teilhabe am sozialen Leben eingeschränkt. Hierfür ist beispielsweise bei Bedarf eine Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner bei der Nutzung der erforderlichen Hör- und Sehhilfen erforderlich.

Der Qualitätsaspekt wurde bei 48,2 Prozent der in die Qualitätsprüfungen einbezogenen Personen bewertet. Bei 93,0 Prozent (2019: 96,3 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 6,1 Prozent (2019: 3,0 Prozent) dieser Bewohnerinnen und Bewohner lagen Defizite mit einem Risiko für eine negative Folge vor, so wurden zum Beispiel Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens nicht erkannt. Hingegen haben die Prüferinnen und Prüfer bei 0,9 Prozent (2019: 0,8 Prozent) dieser Personen Defizite mit eingetretenen negativen Folgen festgestellt. In diesen eher seltenen Fällen konnten Bewohnerinnen oder Bewohner beispielsweise nicht mit ihrem sozialen Umfeld kommunizieren, weil benötigte Hörgeräte nicht funktionsfähig waren und die Pflegekräfte die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Bereitstellung der erforderlichen Hilfsmittel nicht genutzt haben.

Der Qualitätsaspekt **3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation** basiert auf der folgenden Qualitätsaussage: *„Die versorgten Personen werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Der versorgten Person stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten*

unterstützt. Versorgte Personen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.“

Die Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner bei der Tagesgestaltung, der Beschäftigung sowie die Hilfe bei der Kommunikation sind wichtige Bestandteile der pflegerischen Versorgung. Leitfragen im Rahmen der Prüfung sind beispielsweise, ob eine individuelle Tagesgestaltung ermöglicht und gefördert wird oder ob bei Menschen mit Demenz Hilfen zur Orientierung eingesetzt werden. Im Rahmen der Prüfung wird auch bewertet, ob die Kommunikation mit vertrauten Bezugspersonen, Freunden oder Bekannten unterstützt und gefördert wird. Für die pflegerische Versorgung ist ebenso zu beachten, dass eine soziale Isolation vermieden wird.

Der Qualitätsaspekt wurde bei 80,7 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Personen bewertet. Bei 94,5 Prozent (2019: 93,5 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. 3,9 Prozent (2019: 5,0 Prozent) dieser Personen wiesen Defizite mit einem Risiko für negative Folgen auf, etwa waren die Möglichkeiten zur Erfassung der Bedürfnisse der versorgten Person nicht genutzt worden und somit die Bedürfnisse nicht bekannt. Bei 1,6 Prozent (2019: 1,7 Prozent) dieser Bewohnerinnen und Bewohner haben die Prüferinnen und Prüfer Defizite mit eingetretenen negativen Folgen festgestellt. Bei diesen Personen wurden zum Beispiel von der versorgten Person gewünschte und geplante Aktivitäten aufgrund fehlender Unterstützung regelmäßig nicht durchgeführt oder Beschäftigungsangebote (z. B. Gesellschaftsspiele) berücksichtigten nicht die vorhandenen kognitiven Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner.

Der Qualitätsaspekt 3.3 Nächtliche Versorgung basiert auf folgender Qualitätsaussage: *„Die Einrichtung leistet auch in der Nacht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.“*

Zur nächtlichen Unterstützung können verschiedene Hilfen gehören. So braucht eine Bewohnerin gegebenenfalls Hilfe bei Toilettengängen. Ein anderer Bewohner hat aufgrund seiner Demenz einen umgekehrten Tag-Nacht-Rhythmus und benötigt in der Nacht Aufmerksamkeit. Oder bei einem immobilen Bewohner müssen in der Nacht zur Vermeidung eines Druckgeschwürs häufiger Positionswechsel durchgeführt werden, da er seine Schlafposition nicht mehr selbstständig verändern kann.

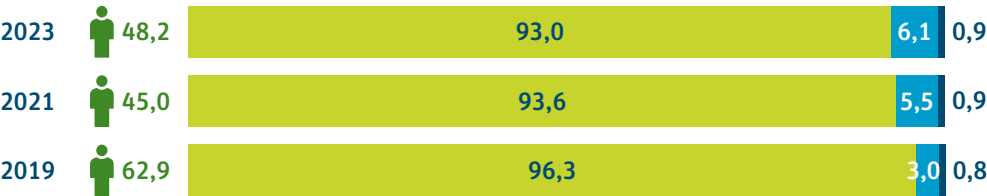
Der Qualitätsaspekt wurde bei 70,6 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Personen geprüft. Bei 85,4 Prozent (2019: 91,9 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die

jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 11,1 Prozent (2019: 6,7 Prozent) dieser Personen haben die Prüferinnen und Prüfer Defizite mit einem Risiko für negative Folgen für die versorgte Person während der Nacht festgestellt, etwa weil erforderliche Toilettengänge oder Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwüres für den Tag, jedoch nicht für die Nacht geplant waren. Bei 3,5 Prozent (2019: 1,6 Prozent) der Bewohnerinnen und Bewohner kamen die Prüferinnen und Prüfer zu dem Ergebnis, dass ein Defizit mit einer negativen Folge für die versorgte Person vorlag, beispielsweise wurden Bewohnerinnen und Bewohnern in der Nacht mit Inkontinenzmaterialien versorgt, obwohl diese in Begleitung die Toilette nutzen könnten.

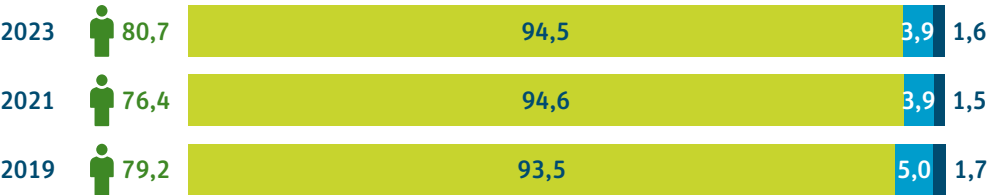
Abb. 3: Vollstationäre Pflege – Qualitätsbereich 3

(Mehrfachbewertung je Qualitätsaspekt möglich, Angaben in Prozent)

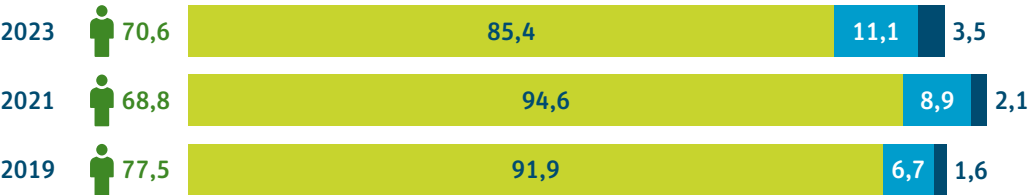
3.1 Unterstützung bei der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung



3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation



3.3 Nächtliche Versorgung



 2023: Anteil von 72.097 in die Prüfung einbezogenen Personen, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft werden konnte

 (A) und (B) keine Defizite
 (C) Defizit mit Risiko negativer Folgen
 (D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen

2.3.1.4 Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

Zum Qualitätsbereich 4 gehören die folgenden Qualitätsaspekte:

- 4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug
- 4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten
- 4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen
- 4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Dem Qualitätsaspekt **4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug** wurde die folgende Qualitätsaussage hinterlegt: *„Die versorgte Person wurde während der Eingewöhnung in die neue Lebensumgebung zielgerichtet unterstützt.“*

Der Einzug in eine Pflegeeinrichtung ist ein einschneidendes Erlebnis. Damit die neuen Bewohnerinnen und Bewohner sich mit dem neuen Zuhause und den Gegebenheiten langsam vertraut machen können, sollen Pflegefachkräfte eine individuelle Eingewöhnung planen. Das Wohlbefinden soll gefördert und ein Sicherheitsgefühl vermittelt werden. Es soll eine schrittweise Integration in die neue Lebensumgebung erfolgen. Zudem ist es wichtig, zeitgerecht die pflegerische Versorgung der neuen Bewohnerinnen und Bewohner zu planen, sodass diese alle notwendigen Hilfen bereits mit dem Tag des Einzugs erhalten.

Dieser Qualitätsaspekt wird nur geprüft, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Prüfung in die Einrichtung eingezogen ist. Dies traf auf 45,8 Prozent der in die Qualitätsprüfungen einbezogenen Personen zu. 2019 lag dieser Anteil noch bei 29,7 Prozent, im Jahr 2021 bereits bei 34,7 Prozent. Diese Entwicklung deutet auf eine Verkürzung der Verweilzeiten in stationären Pflegeeinrichtungen verbunden mit einer höheren Fluktuation bei den Bewohnerinnen und Bewohnern hin. Bei 90,7 Prozent (2019: 90,6 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 7,1 Prozent (2019: 7,7 Prozent) dieser Personen lagen Defizite mit einem Risiko für negative Folgen für die versorgte Person vor. Bei diesen Personen wurden unter anderem Informationen zu einem Versorgungsbedarf, der sofortige Reaktionen erforderlich macht, nicht innerhalb von 24 Stunden nach dem Einzug erfasst (z. B. Medikation, Verhaltensweisen mit Selbst- oder Fremdgefährdungspotenzial, problematischer Hautzustand). 2,2 Prozent (2019: 2,1 Prozent) dieser Bewohnerinnen und Bewohner wiesen Defizite mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person auf. Hier wurde zum Beispiel überhaupt keine Unterstützung zur Eingewöhnung durch die Pflegeeinrichtung geleistet, etwa bei einer Bewohnerin, die während der Eingewöhnung eine depressive Verstimmung und Appetitlosigkeit entwickelt hatte.

Der Qualitätsaspekt **4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten** basiert auf der folgenden Qualitätsaussage: *„Die Pflegeeinrichtung leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag, im Falle notwendiger Krankenhausaufenthalte die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Belastungen der versorgten Person im Krankenhaus zu vermeiden.“*

Bewohnerinnen oder Bewohner werden beispielsweise bei einer akuten Verschlechterung der Vorerkrankung, nach einem Sturz oder einem Schlaganfall im Krankenhaus behandelt. Die Einrichtungen müssen in dieser Situation dem Krankenhaus Informationen über den aktuellen Gesundheitszustand sowie auch zum pflegerischen Versorgungsbedarf und den individuellen Bedürfnissen der oder des Betroffenen geben. Nach der Krankenhausentlassung muss die Einrichtung gegebenenfalls eine neue Bedarfseinschätzung für die Bewohnerin oder den Bewohner vornehmen, um die pflegerischen Maßnahmen an den aktuellen Pflege- und Unterstützungsbedarf anzupassen.

Der Qualitätsaspekt wird nur geprüft, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten sechs Monate vor der Qualitätsprüfung in einem Krankenhaus behandelt wurde. Dies traf bei 18,9 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Personen zu. Unberücksichtigt blieben bei diesem Qualitätsaspekt geplante Krankenhausaufenthalte zwecks diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, die auch andernorts (z. B. Facharztpraxis) durchgeführt werden könnten und die nicht länger als einen Tag andauert haben. Bei 88,9 Prozent (2019: 89,8 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. 7,7 Prozent (2019: 7,6 Prozent) dieser Personen wiesen Defizite mit einem Risiko für negative Folgen für die versorgte Person auf, beispielsweise wurde die Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation nach Rückkehr der versorgten Person nicht angepasst, obwohl sich der individuelle Pflegebedarf verändert hatte. Bei 3,4 Prozent (2019: 2,8 Prozent) dieser Personen haben die Prüferinnen und Prüfer Defizite mit eingetretenen negativen Folgen festgestellt, zum Beispiel wurde die erforderliche Unterstützung nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus nicht an den aktuellen Bedarf angepasst, etwa bei der Medikation.

Dem Qualitätsaspekt **4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen** liegt folgende Qualitätsaussage zugrunde: *„Versorgte Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung.“*

Zu herausfordernd erlebten Verhaltensweisen zählen beispielsweise motorische Verhaltensauffälligkeiten, ausgeprägte Ängste oder nächtliche Unruhe. Diese Verhaltensweisen können durch psychische oder kognitive Erkrankungen hervorgerufen werden. Sie belasten die Betroffenen häufig und können nicht selbstständig bewältigt werden. Die professionell Pflegenden sollen die Bewohnerin-

nen und Bewohner unterstützen, indem sie versuchen, mögliche Risiken zu vermeiden, Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten zu erkennen, die Verhaltensauffälligkeiten einzugrenzen und das Wohlbefinden aktiv zu fördern.

Der Qualitätsaspekt wird nur bei Personen geprüft, die herausfordernd erlebtes Verhalten oder psychische Problemlagen zeigen. Dies traf für 17,5 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Personen zu. Bei 78,7 Prozent (2019: 89,8 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Defizite mit einem Risiko für eine negative Folge haben die Prüferinnen und Prüfer bei 18,3 Prozent (2019: 7,8 Prozent) dieser Personen festgestellt. Bei diesen Personen war zum Beispiel nicht erkennbar, dass eine pflegfachliche Einschätzung zu möglichen Ursachen für die Verhaltensweisen erfolgt ist. 3,0 Prozent (2019: 2,3 Prozent) dieser Personen wiesen Defizite mit eingetretenen negativen Folgen auf, zum Beispiel waren keinerlei zielgerichteten Maßnahmen – etwa empathische, akzeptierende Kommunikation, beruhigend wirkende und sensibel eingesetzte Körperkontakte – zu erkennen.

Der Qualitätsaspekt **4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen** basiert auf der folgenden Qualitätsaussage: *„Der Einsatz von Gurtfixierungen, Bettseitenteilen und anderen Fixierungen wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.“*

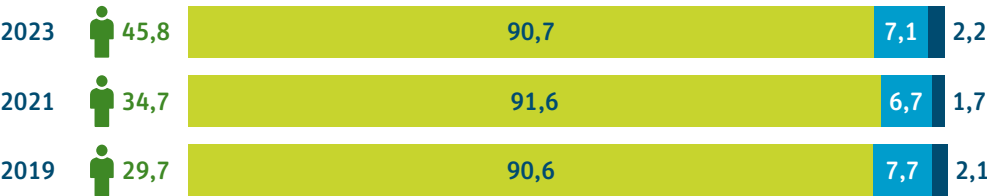
Dem Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen sind gesetzlich sehr enge Grenzen gesetzt. Sie dürfen nur dann angewendet werden, wenn die Gefahr besteht, dass sich die Bewohnerinnen oder Bewohner selbst oder anderen erheblichen Schaden zufügen. Auch wenn die Maßnahmen genehmigt sind, ist stetig neu zu beurteilen, ob freiheitsentziehende Maßnahmen weiterhin notwendig sind oder durch alternative Möglichkeiten ersetzt werden können.

Der Qualitätsaspekt wird nur bearbeitet, wenn freiheitsentziehende Maßnahmen bei der versorgten Person aktuell eingesetzt werden oder in den letzten vier Wochen vor der Prüfung eingesetzt wurden. Dies traf auf 4,8 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Personen zu. Im Jahr 2019 lag dieser Anteil noch bei 6,9 Prozent und im Jahr 2021 bei 5,7 Prozent. Für die Betroffenen ist das eine erfreuliche Entwicklung. Bei 92,4 Prozent (2019: 91,6 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 4,6 Prozent (2019: 5,2 Prozent) dieser Personen lagen Defizite vor, die mit einem Risiko für eine negative Folge für die versorgte Person verbunden waren. Beispielsweise erfolgte keine regelmäßige Überprüfung, ob freiheitsentziehende Maßnahmen weiterhin erforderlich sind. 3,0 Prozent (2019: 3,5 Prozent) dieser Personen wiesen ein Defizit mit einer negativen Folge für die versorgte Person auf. Beispielsweise ist es vorgekommen, dass keine Begleitung oder Überwachung bei einer Gurtfixierung erfolgte.

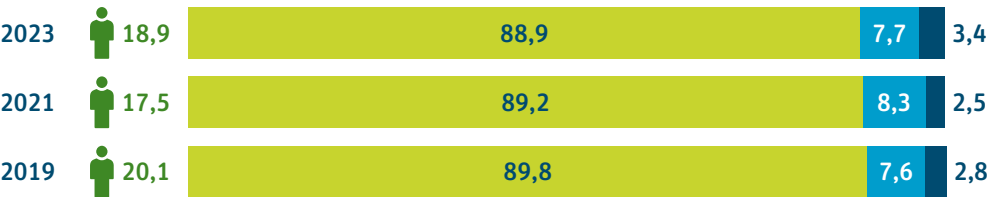
Abb. 4: Vollstationäre Pflege – Qualitätsbereich 4

(Mehrfachbewertung je Qualitätsaspekt möglich, Angaben in Prozent)

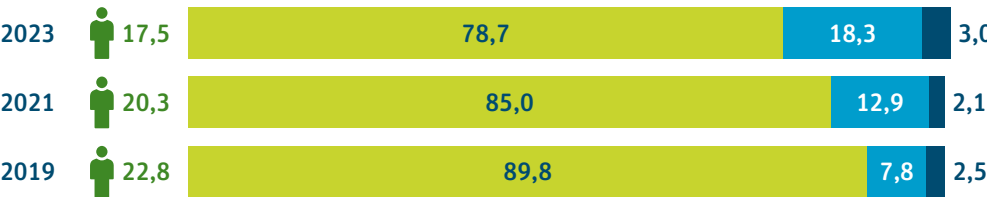
4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug



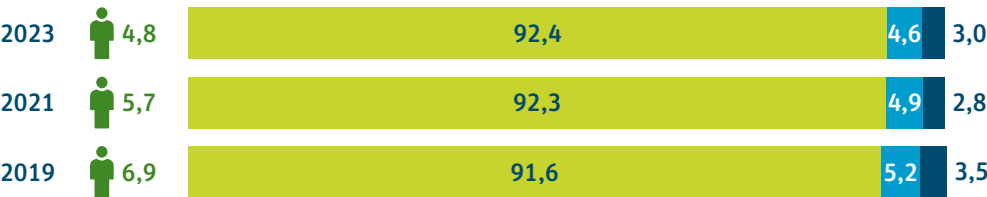
4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten



4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten



4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen



 2023: Anteil von 72.097 in die Prüfung einbezogenen Personen, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft werden konnte

 (A) und (B) keine Defizite
 (C) Defizit mit Risiko negativer Folgen
 (D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen

2.3.1.5 Qualitätsbereich 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen

Zum Qualitätsbereich 5 gehören folgende Qualitätsaspekte:

- 5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen
- 5.2 Biografieorientierte Unterstützung
- 5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen
- 5.4 Hilfsmittelversorgung
- 5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

Unter bedarfsübergreifenden fachlichen Anforderungen sind Aspekte zu verstehen, die für die Qualität bei den einzelnen in die Prüfung einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern bereits eine Bedeutung hatten. Beispielsweise ist die Hilfsmittelversorgung unter anderem relevant für die Mobilität, Ernährung und die Ausscheidung. Die Bewertungen der Qualitätsaspekte des Qualitätsbereiches 5 gründen somit auf den festgestellten Defiziten aus den Qualitätsbereichen 1 bis 4. Eine zusätzliche Erhebung ist nicht vorgesehen. Ziel dieser bedarfsübergreifenden Qualitätsaspekte ist es, für die Ergebnisse, die individuell bei den Bewohnerinnen und Bewohnern einer Pflegeeinrichtung festgestellt worden sind, deutlich zu machen, wie die Einrichtung beispielsweise mit Risiken und Gefährdungen der Bewohnerinnen und Bewohner insgesamt umgeht. Eine vierstufige Bewertung wie bei den Qualitätsaspekten der Qualitätsbereiche 1 bis 4 erfolgt nicht. Berücksichtigt wird bei den Qualitätsaspekten jeweils, ob die Prüferinnen und Prüfer in der geprüften Einrichtung bei mindestens einer versorgten Person mindestens ein Defizit festgestellt haben.

Der bedarfsübergreifende Qualitätsaspekt **5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen** basiert auf folgender Qualitätsaussage: *„Gesundheitliche Risiken und Gefährdungen der versorgten Person werden zuverlässig eingeschätzt. Entsprechend der individuellen Risikosituation werden Maßnahmen zur Reduzierung von Risiken und zur Vermeidung von Gefährdungen unter Beachtung der Bedürfnisse der versorgten Person geplant und umgesetzt.“*

Bei 56,6 Prozent der 8.819 Pflegeeinrichtungen haben die Prüferinnen und Prüfer bei diesem Qualitätsaspekt bei mindestens einer versorgten Person mindestens ein Qualitätsdefizit festgestellt. Das bedeutet, dass insbesondere bei der Mobilität, der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, der Körperpflege, der Wundversorgung, der medikamentösen Therapie oder der Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen Risiken oder Gefährdungen vorlagen, denen die Einrichtungen nicht adäquat im Sinne einer Risikoreduzierung oder -vermeidung begegnet sind. Beispielsweise leiteten die Pflegekräfte einer Pflegeeinrichtung bei einem bestehenden Selbstpflegedefizit aufgrund Multipler Sklerose mit spastischer Tetraparese trotz des bestehenden Unterstützungsbedarfes keine Maßnahmen zur Vermeidung eines Gewichtsverlustes ein. In der gleichen Prüfung war bei

einem anderen Bewohner zwar ein Dekubitusrisiko eingeschätzt worden, es erfolgten jedoch keine Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus.

Diese Beispiele zeigen, dass hier Defizite aus einer Vielzahl anderer Qualitätsaspekte in die Bewertung einfließen. Dies erklärt auch den gerade bei diesem Qualitätsaspekt relativ hohen Anteil der festgestellten Defizite.

Der bedarfsübergreifende Qualitätsaspekt **5.2 Biografieorientierte Unterstützung** fußt auf der folgenden Qualitätsaussage: *„Die Unterstützung der versorgten Personen orientiert sich an individuell bedeutsamen Ereignissen oder Erfahrungen im Lebensverlauf. Die persönlichen Bezüge der versorgten Person zu solchen Ereignissen und Erfahrungen werden genutzt, um den Alltag bedürfnisgerecht zu gestalten, positive Emotionen zu fördern und – insbesondere bei kognitiv beeinträchtigten Personen – die Bereitschaft zu Kommunikation und Aktivität zu fördern.“*

Bei 14,7 Prozent der 8.819 Pflegeeinrichtungen lag hier bei mindestens einer versorgten Person mindestens ein Qualitätsdefizit vor. Diese Defizite können unter anderem Auswirkungen auf die Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation, bei der Eingewöhnungsphase sowie bei herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen haben. So wurden beispielsweise bei einer Bewohnerin einer Pflegeeinrichtung keine Aufenthalte im Freien geplant und angeboten, obwohl aus der Biografie der Bewohnerin tägliche Spaziergänge ersichtlich waren. Bei anderen Bewohnern dieser Einrichtung zeigte sich, dass deren Interessen und Vorlieben bei den geplanten Beschäftigungsangeboten unberücksichtigt blieben.

Der bedarfsübergreifende Qualitätsaspekt **5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen** basiert auf folgender Qualitätsaussage: *„Grundlegende Hygieneanforderungen werden eingehalten und umgesetzt.“*

Bei 8,8 Prozent der 8.819 Pflegeeinrichtungen lag bei diesem Qualitätsaspekt bei mindestens einer Person mindestens ein Qualitätsdefizit vor. Solche Qualitätsdefizite können sich insbesondere bei der Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung, der Körperpflege, der Wundversorgung oder bei anderen besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen ergeben. Hier wurde beispielsweise bei einer Bewohnerin eine chronische Wunde unsteril versorgt.

Dem bedarfsübergreifenden Qualitätsaspekt **5.4 Hilfsmittelversorgung** liegt folgende Qualitätsaussage zugrunde: *„Die Einrichtung leistet für die versorgte Person eine fachgerechte Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln.“*

Bei 10,4 Prozent der 8.819 Pflegeeinrichtungen wurde bei diesem Qualitätsaspekt bei mindestens einer Person mindestens ein Qualitätsdefizit festgestellt. Diese Defizite können unter anderem im Zusammenhang mit der Unterstützung im Bereich der Mobilität, der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung, der Körperpflege, Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung oder der Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug stehen. Hier waren zum Beispiel erforderliche Hilfsmittel für die Fortbewegung oder für das Essen für Bewohnerinnen und Bewohner nicht verfügbar oder nicht einsatzfähig.

Der bedarfsübergreifende Qualitätsaspekt **5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit** basiert auf der folgenden Qualitätsaussage: *„Die Einrichtung gewährt den Schutz von Persönlichkeitsrechten und die Unversehrtheit der versorgten Person.“*

Bei 14,9 Prozent der 8.819 Pflegeeinrichtungen wurde bei diesem Qualitätsaspekt bei mindestens einer Person mindestens ein Qualitätsdefizit festgestellt. Diese Defizite können insbesondere im Zusammenhang mit der Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung, der Körperpflege, freiheitsentziehenden Maßnahmen oder der Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen stehen. Ein Beispiel hierfür ist die Versorgung eines Bewohners mit Inkontinenzmaterial in der Nacht, obwohl dieser die Fähigkeit und den Wunsch hat, mit personeller Unterstützung die Toilette aufzusuchen. Bei Bewohnerinnen oder Bewohnern sind aufgrund fehlender erforderlicher Maßnahmen Druckgeschwüre entstanden.

Abb. 5: Vollstationäre Pflege – Qualitätsbereich 5

(Anteil festgestellter Qualitätsdefizite in Prozent)

5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen

2023	56,6
2021	60,1
2019	54,8

5.2 Biografieorientierte Unterstützung

2023	14,7
2021	18,9
2019	19,9

5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen

2023	8,8
2021	11,3
2019	11,8

5.4 Hilfsmittelversorgung

2023	10,4
2021	12,8
2019	13,4

5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

2023	14,9
2021	16,8
2019	11,6

2.3.2 Plausibilitätskontrolle

Zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen waren gemäß § 114b SGB XI in der Zeit vom 1. Oktober 2019 bis 31. Dezember 2021 verpflichtet, einmal indikatorenbezogene Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im vollstationären Bereich zu erheben und an die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b SGB XI zu übermitteln. Seit dem 1. Januar 2022 ist eine halbjährliche Erfassung von Indikatorendaten zu einem für jede Pflegeeinrichtung festgelegten Stichtag verpflichtend. Die seit dem 1. Januar 2022 erhobenen Daten werden von den Landesverbänden der Pflegekassen veröffentlicht, soweit diese statistisch plausibel sind.

Seit der Einführung des neuen Prüfverfahrens für die stationäre Pflege im Jahr 2019 umfasst die Qualitätsprüfung die Plausibilitätskontrolle der von den Pflegeeinrichtungen erhobenen Indikatorendaten. Bei den Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste und des PKV-Prüfdienstes wird bei bis zu sechs Personen bei einem Teil der Qualitätsaspekte mithilfe von zwölf themenbezogenen Plausibilitätsfragen beurteilt, ob die Angaben der Pflegeeinrichtung zur Ergebniserfassung für die Indikatorenerhebung plausibel sind oder ob Auffälligkeiten vorliegen.

Bei den themenbezogenen Plausibilitätsfragen liegt ein kritischer Bereich vor, wenn bei mindestens zwei geprüften Personen festgestellt wurde, dass die Angaben der Einrichtung fälschlicherweise auf ein positives Versorgungsergebnis verweisen oder ein tatsächlich vorliegendes negatives Versorgungsergebnis nicht ausweisen. Bei Einrichtungen, für die einzelne Indikatoren bzw. weniger als vier Themenbereiche als kritisch eingestuft werden, wird in der Qualitätsdarstellung der betroffenen Indikatoren ein Hinweis dazu gegeben, dass der entsprechende Indikator als unplausibel betrachtet wird. Ab einer Anzahl von vier kritischen Themenbereichen werden die Indikatorenergebnisse insgesamt als unplausibel bzw. nicht ausreichend belastbar betrachtet und in der Qualitätsdarstellung für die betreffende Einrichtung nicht aufgeführt.

Zudem wird der sogenannte Erhebungsreport einer Plausibilitätskontrolle im Hinblick auf Auffälligkeiten unterzogen. Der Erhebungsreport wird von der Pflegeeinrichtung im Rahmen der strukturierten Datenerhebung angelegt und im Abstand von sechs Monaten ergänzt bzw. aktualisiert. Er enthält insbesondere eine Aufstellung der zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung in der Pflegeeinrichtung lebenden Bewohnerinnen und Bewohner mit Hinweisen zur Einbeziehung in die Ergebniserfassung bzw. zu deren Ausschluss. Beim Erhebungsreport liegt ein kritischer Bereich vor, wenn bei mindestens drei Personen Auffälligkeiten (fälschlicherweise Ausschluss aus der Ergebniserfassung oder fehlerhafte Zuordnung von Pseudonymen) festgestellt wurden. In diesen Fällen werden die Indikatorenergebnisse insgesamt als unplausibel bzw. nicht ausreichend belastbar betrachtet und die Kennzahlen für die betreffenden Einrichtungen aus der öffentlichen Qualitätsdarstellung entfernt.

Im Jahr 2023 konnte die Plausibilitätskontrolle bei 7.611 von insgesamt 8.819 Qualitätsprüfungen (86,3 Prozent) in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden. Keine Plausibilitätskontrollen werden durchgeführt, wenn keine Datenerhebung durch die Pflegeeinrichtung erfolgt ist, die Daten statistisch nicht plausibel waren oder für den letzten Stichtag bereits bei einer vorangegangenen Anlass- oder Wiederholungsprüfung eine Plausibilitätskontrolle durchgeführt worden ist. Ebenso entfallen Plausibilitätskontrollen, wenn die geprüften Einrichtungen aufgrund vorliegender Ausschlusskriterien (Einrichtungen mit höchstens 14 Plätzen, Einrichtungen mit Spezialisierung auf die Versorgung von Personen mit Wachkoma) nicht am Indikatorenverfahren teilnehmen müssen.

Bei den im Jahr 2021 während der Covid-19-Pandemie durchgeführten Qualitätsprüfungen wurde noch bei unter einem Prozent der Einrichtungen ein kritischer Bereich bei vier und mehr Themenbereichen oder beim Erhebungsreport festgestellt, im Jahre 2023 lag dieser Wert bei 2,4 Prozent. Der Ausschluss von 475 Pflegeeinrichtungen mit guten Indikatoren- und Prüfergebnissen hat einen Einfluss auf diesen Wert. Trotz dieser Veränderung liegt der Anteil der vollstationären Pflegeeinrichtungen, bei denen eine mangelnde Plausibilität der Indikatorendaten festgestellt wird, weiterhin auf einem sehr niedrigen Niveau. Bei den betroffenen vollstationären Pflegeeinrichtungen hat dieses Ergebnis die Herausnahme der Indikatorendaten aus der Qualitätsdarstellung zur Folge.

Tabelle 7:
Stationäre Pflege – Plausibilitätskontrolle

geprüfte Einrichtungen	7.611	
davon	Anzahl	in Prozent
kritischer Bereich bei 4 und mehr Themenbereichen	5	0,1
kritischer Bereich beim Erhebungsreport	174	2,3
kritischer Bereich bei 4 und mehr Themenbereichen oder beim Erhebungsreport	179	2,4

2.3.3 **Einrichtungsbezogene Organisation und Qualitätsmanagement in der stationären Pflege**

Der Qualitätsbereich 6 umfasst einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte. Dem Qualitätsbereich sind die folgenden Qualitätsaspekte zugeordnet:

- 6.1 Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft
- 6.2 Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen
- 6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Diese Qualitätsaspekte sind wiederum mit Kriterien unterlegt. Bei diesen Kriterien wird bewertet, ob diese erfüllt (ja) oder nicht erfüllt sind (nein).

2.3.3.1 **Qualitätsaspekt 6.1 Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft**

Mit Ausnahme des Kriteriums „6.1.6 Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?“ haben alle Kriterien des Qualitätsaspektes 6.1 Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft einen gleichbleibend hohen Erfüllungsgrad von deutlich über 90 Prozent. Beim Kriterium 6.1.6 liegt der aktuelle Wert bei 85,7 Prozent (2021: 89,1 Prozent, 2019: 93,9 Prozent). Ein Grund hierfür kann beispielsweise sein, dass aufgrund eines vorliegenden Personalmangels die verantwortlichen Kräfte zeitweise Aufgaben in der direkten pflegerischen Versorgung übernehmen und damit zu wenig Zeit für deren Leitungsaufgaben bleibt.

Abb. 6: Vollstationäre Pflege – Qualitätsaspekt 6.1
Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung (Angaben in Prozent)

6.1.1 Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung?

2023	96,9
2021	97,7
2019	97,1

6.1.2 Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?

2023	94,9
2021	96,0
2019	96,6

6.1.3 Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?

2023	98,5
2021	98,6
2019	98,9

6.1.4 Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?

2023	94,9
2021	95,9
2019	96,7

6.1.5 Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?

2023	95,5
2021	95,7
2019	96,6

6.1.6 Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse

2023	85,7
2021	89,1
2019	93,9

6.1.7 Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualitätsanforderungen?

2023	96,2
2021	95,6
2019	96,7

2.3.3.2 Qualitätsaspekt 6.2 Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen

Auch beim Qualitätsaspekt „6.2 Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen“ liegen die Ergebnisse der Qualitätskriterien mit über 90 Prozent auf einem hohen Niveau.

Abb. 7: Vollstationäre Pflege – Qualitätsaspekt 6.2

Begleitung sterbender Personen

(Angaben in Prozent)

6.2.1 Liegt ein schriftliches Konzept für die Begleitung sterbender Personen und ihrer Angehörigen vor?

2023	99,8
2021	99,3
2019	99,4

6.2.2 Gibt es Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z. B. Palliativdienste, Hospizinitiativen) und namentlich bekannte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Ansprechpartner für solche Einrichtungen?

2023	91,9
2021	84,6
2019	86,4

6.2.3 Ist konzeptionell geregelt, dass die Wünsche der versorgten Person und der Angehörigen für den Fall einer gesundheitlichen Krise und des Versterbens erfasst werden?

2023	98,0
2021	95,1
2019	95,2

6.2.4 Ist konzeptionell geregelt, dass Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sind und jederzeit verfügbar sind?

2023	95,0
2021	89,3
2019	90,2

6.2.5 Ist konzeptionell geregelt, dass im Sterbefall eine direkte Information der Angehörigen entsprechend den von ihnen hinterlegten Wünschen erfolgt?

2023	97,6
2021	94,1
2019	93,2

2.3.3.3 Qualitätsaspekt 6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

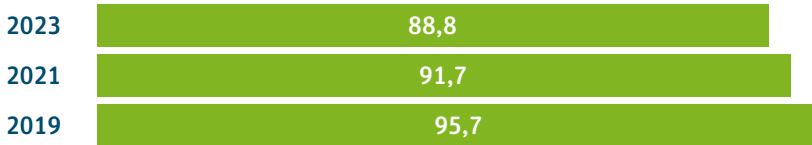
Bei den Kriterien des Qualitätsaspektes 6.3 geht es um das Qualitätsmanagement der vollstationären Pflegeeinrichtungen und dabei insbesondere um die Identifikation von Qualitätsdefiziten und um die Umsetzung geeigneter Maßnahmen zur Behebung von schlechten Versorgungsergebnissen im Kontext der Indikatoren.

Abb. 8: Vollstationäre Pflege – Qualitätsaspekt 6.3

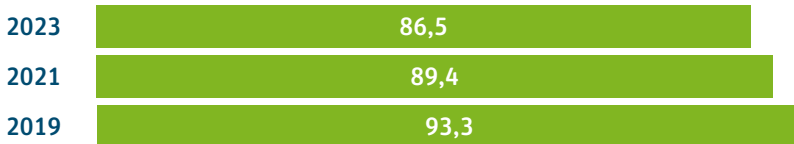
Maßnahmen QM

(Angaben in Prozent)

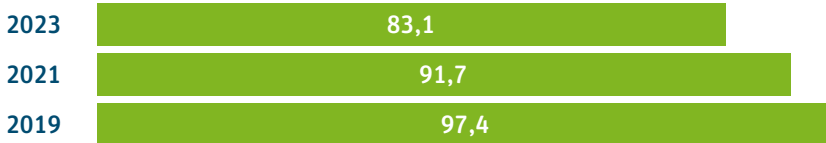
6.3.1 Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?



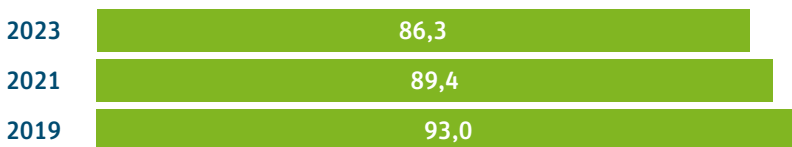
6.3.2 Werden Qualitätsdefizite systematisch bewertet und bei Bedarf bearbeitet?



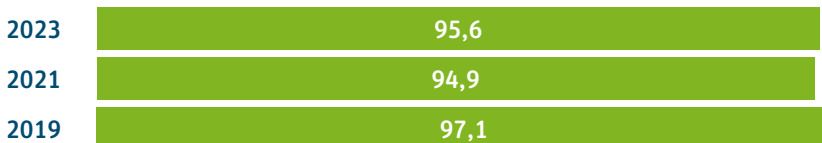
6.3.3 Hat die Einrichtung geeignete Maßnahmen eingeleitet, um schlechte Versorgungsergebnisse (Qualitätsindikatoren) zu verbessern?



6.3.4 Werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert?



6.3.5 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zu Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?



3

Qualitätsprüfungen in der Tagespflege



Die nachfolgend dargestellten Angaben beziehen sich auf Einrichtungen der Tagespflege. Für den Zeitraum vom 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023 liegen dem MD Bund Daten aus 3.999 Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen in Einrichtungen der Tagespflege vor. Dabei wurde bei 21.340 Personen die Versorgungsqualität geprüft. Im Durchschnitt wurden damit im Jahr 2023 circa fünf Tagespflegegäste je Tagespflegeeinrichtung in die Prüfung einbezogen. Zu beachten ist dabei die durchschnittliche Anzahl von circa 17 Plätzen je Tagespflegeeinrichtungen, die nicht täglich vollständig belegt sind.

Tabelle 8:
Tagespflege – Anzahl vorliegender Datensätze 2023

durchgeführte Qualitätsprüfungen	3.999
begutachtete Tagespflegegäste insgesamt	21.340
durchschnittlich begutachtete Tagespflegegäste pro Einrichtung	5,3

3.1 **Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der Tagespflege**

Von den 3.999 Prüfungen in Tagespflegeeinrichtungen wurden mit 99,5 Prozent die meisten Prüfungen als Regelprüfungen durchgeführt. Anlassprüfungen aufgrund von Beschwerden erfolgten in 0,4 Prozent der Fälle und 0,1 Prozent waren Wiederholungsprüfungen.

Tabelle 9:
Tagespflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarten

geprüfte Einrichtungen	3.999	
davon	Anzahl	in Prozent
Regelprüfungen	3.981	99,5
Anlassprüfungen	14	0,4
Wiederholungsprüfungen	4	0,1

Es besteht nach § 114 Absatz 4 SGB XI die Möglichkeit, Vertreterinnen und Vertreter anderer Institutionen an der Prüfung zu beteiligen. Die meisten Prüfungen (92,1 Prozent) wurden ohne Beteiligung weiterer Institutionen durchgeführt. Die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörden waren an 2,2 Prozent der Prüfungen beteiligt. Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter von Trägerverbänden waren bei 2,3 Prozent der Prüfungen anwesend.

Tabelle 10:
Tagespflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen

geprüfte Einrichtungen	3.999	
an der Prüfung beteiligte Institutionen*	Anzahl	in Prozent
keine	3.682	92,1
Pflegekasse	0	0,0
Sozialhilfeträger	0	0,0
nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	87	2,2
Gesundheitsamt	4	0,1
Trägerverband	93	2,3
sonstige	137	3,4

*Mehrfachnennungen möglich

3.2 Strukturdaten der geprüften Tagespflegeeinrichtungen

Nach den für 2023 vorliegenden Daten zu den geprüften Tagespflegeeinrichtungen befanden sich 42,7 Prozent in privater, 54,5 Prozent in freigemeinnütziger und 1,7 Prozent in öffentlicher Trägerschaft.

Tabelle 11:
Tagespflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart und Zertifizierung

geprüfte Einrichtungen	3.999	
Trägerart	Anzahl	in Prozent
privat	1.707	42,7
freigemeinnützig	2.178	54,5
öffentlich	67	1,7
nicht zu ermitteln	47	1,2

3.3 Ergebnisse in der Tagespflege

Die Prüfungen in Tagespflegeeinrichtungen erfolgten im Jahre 2021 noch anhand der QRP Teil 2 – stationäre Pflege (MDS und GKV-Spitzenverband 2016). Seit dem 1. Januar 2022 werden die Prüfungen in Tagespflegeeinrichtungen anhand der QRP Tagespflege (MDS und GKV-Spitzenverband 2021) durchgeführt. Mit dieser QRP wird analog zur vollstationären Pflege **ein neuer Ansatz mit einer neuen Bewertungssystematik umgesetzt. Ein Vergleich mit früheren Prüfergebnissen ist im Rahmen dieses Berichtes daher nicht möglich.**

Grundsätzlich sind die Qualitätsaspekte und die Bewertungssystematik für die Tagespflege mit denen für die vollstationäre Pflege vergleichbar. Aufgrund des spezifischen Versorgungscharakters von Tagespflegeeinrichtungen sind in der Tagespflege jedoch anders als in der vollstationären Pflege die nächtliche Versorgung und die Überleitung bei Krankenhausaufenthalten kein Prüfgegenstand. In der folgenden Ergebnisdarstellung für die Tagespflege wird auf eine erneute Beschreibung der Qualitätsaspekte verzichtet. Es werden jedoch die Besonderheiten im Vergleich zur stationären Pflege herausgearbeitet und die Ergebnisse fachlich eingeordnet.

Als übergeordnete Besonderheit für die Tagespflege ist zu beachten, dass die Tagespflege von pflegebedürftigen Personen genutzt wird, die in der Regel in der eigenen Wohnung leben und dort durch pflegende An- und Zugehörige und gegebenenfalls ergänzend durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden. Die Tagespflege dient dabei als zeitweise Entlastung des familialen Settings. Somit sind, anders als in der vollstationären Pflege, mehrere Personen bzw. Einrichtungen an der Versorgung beteiligt. Tagespflegegäste suchen die Tagespflegeeinrichtung zudem in der Regel nicht täglich, sondern an einer bestimmten Anzahl an Tagen, z. B. ein oder zweimal in der Woche, auf. Aus diesem Grund haben Tagespflegeeinrichtungen nur einen begrenzten Einfluss auf die Versorgungsqualität der Tagespflegegäste insgesamt. Auch der Hilfebedarf der Tagespflegegäste während ihres Aufenthaltes in der Tagespflegeeinrichtung unterscheidet sich deutlich von dem der vollstationär versorgten pflegebedürftigen Menschen. Im Zusammenhang mit dem begrenzten bzw. geteilten Verantwortungsbereich der Tagespflege fällt im Vergleich zur stationären Pflege mit ihrem umfassenden Versorgungsauftrag auf, dass die Prüferinnen und Prüfer bei den Qualitätsaspekten insgesamt deutlich seltener zu dem Ergebnis kamen, dass ein Defizit mit einer negativen Folge vorliegt.

In der Tagespflege versorgt bei einer rechnerischen Durchschnittsgröße von 17 Tagespflegeplätzen eine relativ kleine Anzahl an zeitgleich anwesenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen täglich wechselnden Kreis an Tagespflegegästen. Unter diesen Voraussetzungen ist es erforderlich, eine einrichtungsspezifische Tagesstruktur umzusetzen. Dies sehen auch die Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität nach § 113 SGB XI für die Tagespflege vor (Maßstäbe und Grundsätze

zur Qualität in der Tagespflege in der Fassung vom 6. September 2022). Soweit die Beförderung der Tagespflegegäste nicht durch An- und Zugehörige durchgeführt wird, haben Tagespflegeeinrichtungen die Beförderung zwischen Wohnung und Tagespflegeeinrichtung sicherzustellen. Meist kommen die Tagespflegegäste am Morgen innerhalb eines festgelegten Zeitkorridors in der Tagespflege an (z. B. zwischen acht und neun Uhr), ein Frühstück wird – je nach individuellen Fähigkeiten – gemeinsam vorbereitet, eingenommen sowie abgeräumt. Dem schließt sich ein Zeitraum für Beschäftigungsangebote und Bewegung an. Es folgt ein gemeinsames Mittagessen, bei dem die Tagespflegegäste gegebenenfalls ebenfalls – je nach individuellen Fähigkeiten – in die Vor- und Nachbereitung eingebunden werden. In der Regel folgt dann – je nach individuellen Bedürfnissen – eine Zeit der Mittagsruhe. Am Nachmittag ist noch einmal Zeit für Beschäftigungs- und Bewegungsangebote sowie Kaffee- oder Teetrinken. Zu einem festgelegten Zeitpunkt (z. B. um 16 Uhr) schließt die Tagespflegeeinrichtung wieder und die Tagespflegegäste kehren zurück in ihre eigene Wohnung. Tagespflegeeinrichtungen haben in der Regel an mindestens fünf Tagen in der Woche für mindestens sechs Stunden geöffnet.

Schwerpunkt in der Tagespflege ist die Beschäftigung und Betreuung der Tagespflegegäste. In diesem Bereich weisen die Tagespflegeeinrichtungen eine gute Qualität auf. Die Grundpflege spielt hingegen im Versorgungalltag der Tagespflegegäste während des Aufenthaltes in der Einrichtung eine untergeordnete Rolle. Soweit entsprechende Unterstützungsleistungen anfallen, ist die Versorgungsqualität hier eher gut. Auch behandlungspflegerische Maßnahmen kommen in der Tagespflege vergleichsweise selten vor. Sofern hier eine Unterstützung erfolgt, ist auch die Qualität dieser Leistungen relativ gut.

Unter Berücksichtigung der eingeschränkten Einwirkungsmöglichkeiten werden in der Tagespflege selten Qualitätsdefizite mit einem Risiko oder einer eingetretenen negativen Folge festgestellt. Wenn sich die Prüfergebnisse verstetigen, kann aufgrund der eingeschränkten Einwirkungsmöglichkeiten der Tagespflege auf die Versorgungsqualität grundsätzlich eine Verlängerung des Prüfrhythmus in Erwägung gezogen werden.

3.3.1 Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der Tagespflege

Auf der personenbezogenen Ebene wird für jeden Tagespflegegast in der Stichprobe für die Qualitätsaspekte der Qualitätsbereiche 1 bis 4 eine Bewertung zu den vier Bewertungskategorien A) „keine Auffälligkeiten oder Defizite“, B) „Auffälligkeiten ohne Risiko oder negative Folge“, C) „Defizit mit Risiko negativer Folge“, D) „Defizit mit negativer Folge“ vorgenommen. Als negative Folgen gelten dabei gesundheitliche Schädigungen, regelmäßige nicht bedarfsgerechte oder nicht bedürfnisgerechte Unterstützung. In Einzelfällen können auch meh-

rere Bewertungen je Qualitätsaspekt pro Tagespflegegast vorkommen. In den Grafiken der folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Bewertungskategorien A) und B) zusammengefasst, da die Bewertungskategorie B) keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität hat. Mit der zusammenfassenden Darstellung erhöht sich die Nachvollziehbarkeit der Prüfergebnisse und der Qualitätsentwicklung.

3.3.1.1 Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

Zum Qualitätsbereich 1 gehören die folgenden Qualitätsaspekte:

- 1.1 Unterstützung bei der Mobilität
- 1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
- 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaspekt 1.1 Unterstützung bei der Mobilität

Im Vergleich zur stationären Pflege zeigt sich zunächst, dass deutlich weniger Tagespflegegäste (Kriterium relevant bei 45,0 Prozent der Tagespflegegäste) im Rahmen der Versorgung in der Tagespflegereinrichtung Unterstützungsbedarf bei der Mobilität hatten als Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen (Kriterium relevant bei 93,3 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner). Zudem ist aufgrund der zwischen An- und Zugehörigen, ambulanten Pflegediensten und der Tagespflegereinrichtung aufgeteilten Verantwortung für die Unterstützung bei der Mobilität ein erheblicher Unterschied bei den Qualitätsbewertungen im Vergleich zur stationären Pflege festzustellen. Bei 93,0 Prozent (stationär 79,8 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 7,1 Prozent (stationär 14,1 Prozent) lagen hingegen Risiken für negative Folgen für die versorgte Person vor, beispielsweise wurden vorhandene Möglichkeiten zur Verbesserung der Mobilität nicht erkannt oder nicht genutzt. Mit 0,7 Prozent (stationär 6,1 Prozent) sind in seltenen Fällen Defizite mit bereits eingetretenen negativen Folgen festgestellt worden, zum Beispiel wurde keine ausreichende Unterstützung bei der Fortbewegung durchgeführt.

Qualitätsaspekt 1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Auch hinsichtlich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung hatten deutlich weniger Tagespflegegäste (Kriterium relevant bei 21,2 Prozent der Tagespflegegäste) im Rahmen der Versorgung in der Tagespflegereinrichtung einen Unterstützungsbedarf als Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen (Kriterium relevant bei 69,0 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner). Zudem wirkt sich auch bei diesem Kriterium die geteilte Verantwortung auf die Verteilung der Bewertungen aus. Bei 95,8 Prozent (stationär 87,6 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffäl-

lichkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 3,5 Prozent (stationär 8,3 Prozent) lagen hingegen Risiken für negative Folgen für die versorgte Person vor, beispielsweise wurde auf Anzeichen für eine reduzierte Nahrungsaufnahme nicht reagiert. Bei 0,7 Prozent (stationär 4,1 Prozent) sind Defizite mit bereits eingetretenen negativen Folgen festgestellt worden, zum Beispiel wurde keine ausreichende Unterstützung des Tagespflegegastes bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme angeboten.

Qualitätsaspekt 1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Der Qualitätsaspekt konnte bei 20,8 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Tagespflegegäste geprüft werden (stationär 76,0 Prozent). Somit zeigt sich während des Aufenthaltes in der Tagespflegeeinrichtung im Vergleich zur stationären Pflege bei einem deutlich geringeren Anteil der Tagespflegegäste ein Hilfebedarf im Bereich der Ausscheidung. Bei 95,1 Prozent (stationär 89,2 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 5,0 Prozent wurden Defizite mit einem Risiko für eine negative Folge für die versorgte Person festgestellt (stationär 9,7 Prozent). Ein solches Risiko stellt beispielsweise die Anbringung des Urinauffangbeutels oberhalb des Blasenniveaus dar, welche aber noch nicht zu einer negativen gesundheitlichen Folge geführt hat. Defizite mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person haben die Prüferinnen und Prüfer mit 0,2 Prozent der Personen (stationär 1,1 Prozent) nur in seltenen Fällen festgestellt. Beispielsweise wurden bei diesen seltenen Fällen Toilettengänge nicht bedarfsentsprechend angeboten.

Qualitätsaspekt 1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Unterstützung bei der Körperpflege während des Aufenthaltes in der Tagespflegeeinrichtung spielt für die Tagespflegegäste eine untergeordnete Rolle, da die morgendliche Grundversorgung in aller Regel bereits zu Hause durchgeführt wird. Daher wurde der Qualitätsaspekt lediglich bei 4,5 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Tagespflegegäste geprüft (stationär 97,9 Prozent). Bei 91,3 Prozent (stationär 88,5 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 8,2 Prozent (stationär 7,8 Prozent) haben die Prüferinnen und Prüfer ein Defizit mit einem Risiko für eine negative Folge festgestellt. Hier waren beispielsweise Fähigkeiten des Tagespflegegastes bei der Körperpflege nicht bekannt, so dass bei den in der Tagespflegeeinrichtung anfallenden Verrichtungen der Körperpflege nicht gewährleistet war, dass diese im Sinne einer aktivierenden Versorgung erfolgten. Bei 0,5 Prozent (stationär 3,1 Prozent) dieser Personen und damit sehr selten wurden Defizite mit einer eingetretenen negativen Folge für die versorgte Person ermittelt. Beispielsweise wurde die Intimsphäre des Tagespflegegastes bei der Körperpflege nicht berücksichtigt.

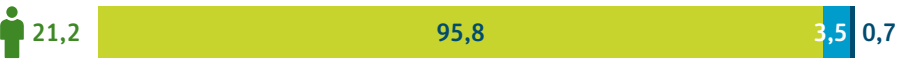
Abb. 9: Tagespflege – Qualitätsbereich 1

(Angaben in Prozent)

1.1 Unterstützung im Bereich Mobilität



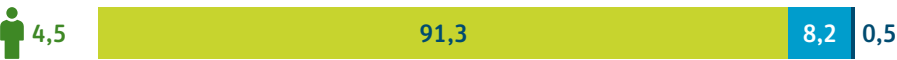
1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung



1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung



1.4 Unterstützung bei der Körperpflege



 Anteil von 21.340 in die Prüfung einbezogenen Personen, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft werden konnte

-  (A) und (B) keine Defizite
-  (C) Defizit mit Risiko negativer Folgen
-  (D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen

3.3.1.2 Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Zum Qualitätsbereich 2 gehören die folgenden Qualitätsaspekte:

2.1 Medikamentöse Therapie

2.2 Schmerzmanagement

2.3 Wundversorgung

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaspekt 2.1 Medikamentöse Therapie

Insbesondere bei der Versorgung mit Medikamenten in der Tagespflege schlagen die begrenzten Einwirkungsmöglichkeiten und die besonderen Herausforderungen zu Buche. Die Aufnahme eines Tagespflegegastes mit Unterstützungsbedarf bei der Einnahme bzw. Gabe von Medikamenten setzt die Kenntnis der notwendigen ärztlichen Anordnungen voraus. Daher ist mit dem Tagespflegegast die Bereitstellung des ärztlichen Medikamentenplans oder der ärztlichen Verordnungen zu vereinbaren. Darüber hinaus ist zu vereinbaren, dass der Tagespflegegast für die Vollständigkeit und jederzeitige Aktualität von Medikamentenplan und Verordnungen für alle notwendigen Maßnahmen der Behandlungspflege sorgen muss. Bis zu einem gewissen Grad kann und muss sich die Tagespflegeeinrichtung somit auf die Informationen und Angaben des Tagespflegegastes und seiner An- und Zugehörigen verlassen können. Eine Pflicht zur Nachfrage und Überprüfung des An- und Verordnungsstandes besteht allerdings, wenn die Umstände des Einzelfalls dafür Anlass bieten, z. B. bei Zweifeln hinsichtlich der gebotenen Medikation im Zusammenhang mit einer erforderlichen Unterstützung bei der Einnahme bzw. Gabe von Medikamenten, der Rückkehr nach längerem Krankenhausaufenthalt oder erheblichen Veränderung im Hilfebedarf. Soweit erforderlich, muss die Tagespflegeeinrichtung dann Kontakt mit den An- und Zugehörigen des Tagespflegegastes, seinem ambulanten Pflegedienst und der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt aufnehmen.

Nahezu alle Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen (Kriterium relevant bei 97,9 Prozent) hatten einen Unterstützungsbedarf beim Umgang mit Medikamenten. Während ihres Aufenthalts in der Tagespflege hatten jedoch nur 16,0 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Tagespflegegäste einen Unterstützungsbedarf. Bei 89,0 Prozent (stationär 80,8 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 9,4 Prozent (stationär 11,6 Prozent) dieser Personen kamen die Prüferinnen und Prüfer zu dem Ergebnis, dass ein Risiko für eine negative Folge für die versorgte Person vorliegt. So kam es beispielsweise vor, dass die Medikamentenverpackungen nicht mit dem Namen des Tagespflegegastes beschriftet waren. Defizite mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person wurden bei 2,4 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Tagespflege-

gäste (stationär 7,6 Prozent) festgestellt, zum Beispiel erhielten Personen Medikamente, die nicht für sie bestimmt waren.

Qualitätsaspekt 2.2 Schmerzmanagement

Tagespflegegäste mit Schmerzen haben häufiger auch einen Unterstützungsbedarf bei der Schmerzbewältigung. Dies schließt insbesondere auch die Zusammenarbeit mit der Ärztin oder dem Arzt ein. Auch die erforderliche Medikamentengabe oder weitere schmerzlindernde Maßnahmen wie beispielsweise Wärme- oder Kälteanwendungen fallen hierunter. Schmerzen müssen systematisch erfasst werden, um Veränderungen erkennen und darauf reagieren zu können.

Der Qualitätsaspekt wurde bei 29,2 Prozent (stationär 47,6 Prozent) der in die Qualitätsprüfung einbezogenen Tagespflegegäste geprüft. Bei 88,5 Prozent (stationär 82,7 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 10,9 Prozent (stationär 14,4 Prozent) lagen Defizite mit einem Risiko für eine negative Folge vor, beispielsweise blieben Nebenwirkungen der Schmerzmedikation unbeachtet. Bei 0,7 Prozent (stationär 2,9 Prozent) der Personen fanden die Prüfer eingetretene negative Folgen für die versorgten Personen. In diesen wenigen Fällen erhielten beispielsweise Tagespflegegäste mit chronischen Schmerzen nicht die verordneten Medikamente.

Qualitätsaspekt 2.3 Wundversorgung

Die Ergebnisse zum Qualitätsaspekt Wundversorgung zeigen, dass Tagespflegegäste nur im absoluten Ausnahmefall einen Versorgungsbedarf bei vorliegenden Wunden hatten. Der Qualitätsaspekt konnte nur bei wenigen Einzelfällen überprüft werden. Eine Auswertung der Ergebnisse ist aus diesem Grund nicht sinnvoll.

Qualitätsaspekt 2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Im Hinblick auf die Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen zeigt sich das gleiche Bild wie bei der Wundversorgung. Auch hier ist eine Auswertung der Ergebnisse daher nicht sinnvoll.

Qualitätsaspekt 2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Der Qualitätsaspekt **2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen** bezieht sich auf therapiebedingte Anforderungen, die nicht unter die Bewertungen der anderen Qualitätsaspekte des Qualitätsbereiches 2 subsummiert werden können. Die Prüfer halten bei diesem Qualitätsaspekt fest, ob Auffälligkeiten oder Defizite vorliegen, die für die Beratung der Einrichtung oder für den Maßnahmenbescheid der Landesverbände der

Pflegekassen relevant sein könnten. Eine vierstufige Bewertung wie bei den übrigen Qualitätsaspekten erfolgt nicht. Die Ergebnisse dieses Qualitätsaspektes, der sich auf die unterschiedlichsten behandlungspflegerischen Maßnahmen beziehen kann, werden nicht statistisch erfasst und ausgewertet.

Abb. 10: Tagespflege – Qualitätsbereich 2
(Angaben in Prozent)

2.1 Medikamentöse Therapie



2.2 Schmerzmanagement



Anteil von 21.340 in die Prüfung einbezogenen Personen, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft werden konnte

(A) und (B) keine Defizite

(C) Defizit mit Risiko negativer Folgen

(D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen

3.3.1.3 Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

Zum Qualitätsbereich 3 gehören die folgenden Qualitätsaspekte:

- 3.1 Unterstützung bei der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung
- 3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaspekt 3.1. Unterstützung bei der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung

Der Qualitätsaspekt wurde bei 14,2 Prozent (stationär 48,2 Prozent) der in die Qualitätsprüfungen einbezogenen Tagespflegegäste bewertet. Auch hier scheint somit bei den Tagespflegegästen im Vergleich zur stationären Pflege insgesamt ein höheres Maß an Selbständigkeit vorhanden zu sein und die Versorgung mit Brillen oder funktionsfähigen Hörgeräten wird im häuslichen Umfeld bereits gewährleistet. Bei 96,7 Prozent (stationär 93,0 Prozent) dieser versorgten Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 3,3 Prozent (stationär 6,1 Prozent) dieser Tagespflegegäste lagen Defizite mit einem Risiko für eine negative Folge vor, so wurden zum Beispiel Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens nicht erkannt. Defizite mit einer eingetretenen negativen Folge haben die Prüferinnen und Prüfer gar nicht festgestellt.

Qualitätsaspekt 3.2 Unterstützung bei der Beschäftigung und Kommunikation

Wie oben beschrieben, wird in Tagespflegeeinrichtungen eine einrichtungsspezifische Tagesstruktur umgesetzt. Innerhalb der einzelnen Abschnitte der Tagesstruktur (z. B. Frühstück, Beschäftigungszeiten) sind jedoch die jeweiligen individuellen Abweichungen, Ausprägungen und Besonderheiten für den jeweiligen Tagespflegegast zu berücksichtigen. Aus diesem Grund ist der Fokus dieses Qualitätsaspektes in der Tagespflege auf die Beschäftigung und Kommunikation und nicht wie in der stationären Pflege zusätzlich auf eine individuelle Tagesstrukturierung gerichtet.

Bei 43,1 Prozent (stationär 80,7 Prozent) der in die Prüfungen einbezogenen Tagespflegegäste lag ein Hilfe- und Unterstützungsbedarf bei der Beschäftigung und Kommunikation vor. Bei 98,0 Prozent (stationär 94,5 Prozent) dieser Personen lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 1,9 Prozent (stationär 3,9 Prozent) dieser Tagespflegegäste lagen Defizite mit einem Risiko für eine negative Folge vor, etwa waren die Bedürfnisse des Tagespflegegastes nicht bekannt, weil die Einrichtung die im Einzelfall bestehenden Möglichkeiten zur Erfassung der Bedürfnisse (z. B. Befragung von

An- und Zugehörigen) nicht ausgeschöpft hat. Mit 0,1 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Tagespflegegäste wurden nahezu keine Defizite mit einer eingetretenen negativen Folge festgestellt.

Abb. 11: Tagespflege – Qualitätsbereich 3

(Angaben in Prozent)

3.1 Unterstützung bei der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung



3.2 Unterstützung bei der Beschäftigung und Kommunikation



-  Anteil von 21.340 in die Prüfung einbezogenen Personen, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft werden konnte
-  (A) und (B) keine Defizite
-  (C) Defizit mit Risiko negativer Folgen
-  (D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen

3.3.1.4 Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

Zum Qualitätsbereich 4 gehören die folgenden Qualitätsaspekte:

- 4.1 Aufnahme in die Tagespflege
- 4.2 Unterstützung von Tagespflegegästen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen
- 4.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaspekt 4.1 Aufnahme in die Tagespflege

Bei diesem Qualitätsaspekt wird bewertet, wie die Einrichtung das Aufnahmemanagement bei Erstaufnahmen durchführt und ob sie eine zielgerichtete Unterstützung des Tagespflegegastes in der Eingewöhnungsphase leistet. Dabei ist unter anderem auch relevant, ob bei Bedarf An- und Zugehörige in die Informationssammlung und Maßnahmenplanung zu dem Tagespflegegast einbezogen und ob Informationen zu den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und Ärztinnen und Ärzten erhoben worden sind, die für die Versorgung des Tagespflegegastes relevant sind. Geprüft wird das Aufnahmemanagement bei Tagespflegegästen, die innerhalb der letzten sechs Monate aufgenommen worden sind. Der Qualitätsaspekt wurde bei 19,8 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Tagespflegegäste geprüft. Die meisten der in die Prüfung einbezogenen Tagespflegegäste nutzten das Angebot der Tagespflege somit bereits länger als sechs Monate.

Bei 93,9 Prozent der Tagespflegegäste (stationär 90,7 Prozent) lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 5,7 Prozent (stationär 7,1 Prozent) lagen Defizite mit einem Risiko für negative Folgen für die versorgte Person vor. Bei diesen Personen wurden unter anderem wichtige Informationen, z. B. zu funktionellen Beeinträchtigungen nicht erfasst und diese fanden somit auch keine Berücksichtigung bei der Maßnahmenplanung. Bei 0,4 Prozent (stationär 2,2 Prozent), und damit sehr selten, lagen Defizite mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person vor. In diesen Fällen war beispielsweise überhaupt nicht erkennbar, dass eine zielgerichtete Eingewöhnung erfolgt ist.

Qualitätsaspekt 4.2 Unterstützung von Tagespflegegästen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen

Bei herausfordernd erlebtem Verhalten handelt es sich um Verhaltensweisen, die einen Unterstützungsbedarf begründen, weil sie zu Gefährdungen führen oder eine Beeinträchtigung für den betreffenden Tagespflegegast oder seine Umgebung darstellen. Ein solches Verhalten entsteht beispielsweise durch Situationen, die eine Überforderung für den Tagespflegegast mit sich bringen, oder durch die fehlende Fähigkeit, mit emotionalen Impulsen kontrolliert umzugehen. In der Regel sind solche Verhaltensprobleme mit kognitiven Beeinträchtigungen verbunden, die zum Verlust der Impulskontrolle und Selbststeuerungsfähigkeit führen. Angesprochen sind aber auch psychische Problemlagen, die ebenfalls

einen Unterstützungsbedarf begründen. Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten oder psychischen Problemlagen sind relativ selten in der Tagespflege anwesend und wurden daher auch selten in die Qualitätsprüfung einbezogen. Der Qualitätsaspekt wurde bei 3,2 Prozent (stationär 17,5 Prozent) der in die Prüfung einbezogenen Tagespflegegäste geprüft.

Bei 86,7 Prozent der Tagespflegegäste (stationär 78,7 Prozent) lagen entweder gar keine Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten vor, die jedoch keine Risiken oder negative Folgen für die versorgte Person erwarten ließen. Bei 12,7 Prozent (stationär 18,3 Prozent) dieser Personen lagen Defizite mit einem Risiko für negative Folgen für die versorgte Person vor. Bei diesen Personen lagen z. B. keine Hinweise vor, dass versucht wurde, Faktoren (z. B. umgebungsbedingte Überforderungen, Änderung der Medikation oder Trauer) zu identifizieren, die den Verhaltensweisen zugrunde liegen könnten. Bei 0,6 Prozent (stationär 3,0 Prozent) und damit sehr selten, lagen Defizite mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person vor. In diesen Fällen war beispielsweise überhaupt nicht erkennbar, dass die pflegerische Unterstützung auf die Verhaltensweisen und deren mögliche Ursachen ausgerichtet war, z. B. Gespräche zum Umgang mit Trauer aufgrund des Verlustes eines nahen An- oder Zugehörigen.

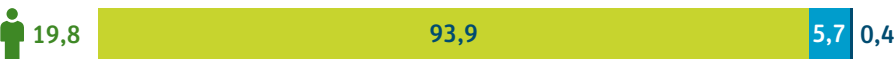
Qualitätsaspekt 4.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Freiheitsentziehende Maßnahmen lagen nur bei sehr wenigen (0,1 Prozent) der in die Prüfung einbezogenen Tagespflegegäste vor. Eine Ergebnisdarstellung und -interpretation ist daher nicht sinnvoll.

Abb. 12: Tagespflege – Qualitätsbereich 4

(Angaben in Prozent)

4.1 Aufnahme in die Tagespflege



4.2 Unterstützung von Tagespflegegästen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen



 Anteil von 21.340 in die Prüfung einbezogenen Personen, bei denen der Qualitätsaspekt geprüft werden konnte

-  (A) und (B) keine Defizite
-  (C) Defizit mit Risiko negativer Folgen
-  (D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen

3.3.1.5 Qualitätsbereich 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen

Zum Qualitätsbereich 5 gehören folgende Qualitätsaspekte:

- 5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen
- 5.2 Biografieorientierte Unterstützung
- 5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen
- 5.4 Hilfsmittelversorgung
- 5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

Unter bedarfsübergreifenden fachlichen Anforderungen sind Aspekte zu verstehen, die für die Qualität bei den einzelnen in die Prüfung einbezogenen Tagespflegegästen bereits eine Bedeutung hatten. Beispielsweise ist die Hilfsmittelversorgung u. a. relevant für die Mobilität, Ernährung und die Ausscheidung. Die Bewertungen der Qualitätsaspekte des Qualitätsbereiches 5 gründen somit auf den festgestellten Defiziten aus den Qualitätsbereichen 1 bis 4. Eine zusätzliche Erhebung ist nicht vorgesehen. Ziel dieser bedarfsübergreifenden Qualitätsaspekte ist es, für die Ergebnisse, die individuell bei den Tagespflegegästen einer Tagespflegeeinrichtung festgestellt worden sind, deutlich zu machen, wie die Einrichtung beispielsweise mit Risiken und Gefährdungen der Tagespflegegäste insgesamt umgeht. Eine vierstufige Bewertung wie bei den Qualitätsaspekten der Qualitätsbereiche 1 bis 4 erfolgt nicht. Berücksichtigt wird bei den Qualitätsaspekten jeweils, ob die Prüferinnen und Prüfer in der geprüften Einrichtung bei mindestens einer versorgten Person mindestens ein Defizit festgestellt haben.

Zunächst ist im Vergleich zur vollstationären Pflege bei den Qualitätsaspekten zu den bedarfsübergreifenden fachlichen Anforderungen zu konstatieren, dass in der Tagespflege bei deutlich weniger Personen Qualitätsdefizite festgestellt worden sind. Dies ergibt sich insbesondere daraus, dass bei den im Zusammenhang mit den bedarfsübergreifenden fachlichen Anforderungen stehenden Qualitätsaspekten der Qualitätsbereiche 1 bis 4 bei wesentlich weniger Personen in der Tagespflege überhaupt ein Hilfebedarf bestand und daher in diesem Zusammenhang auch deutlich weniger Qualitätsdefizite auftreten konnten.

Qualitätsaspekt 5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen

Wie in der vollstationären Pflege wurden beim Qualitätsaspekt „5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen“ bei den Tagespflegeeinrichtungen bei mindestens einer Person am häufigsten Qualitätsdefizite festgestellt. Ein Qualitätsdefizit bei mindestens einer Person lag hier bei 13,9 Prozent (stationär 56,5 Prozent) der 3.999 geprüften Tagespflegeeinrichtungen vor. Diese Qualitätsdefizite wurden insbesondere im Kontext der Qualitätsaspekte Mobilität, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Körperpflege und medikamentöse Therapie festgestellt.

Qualitätsaspekt 5.2 Biografieorientierte Unterstützung

Bei diesem Qualitätsaspekt wurde bei 2,4 Prozent (stationär 14,7 Prozent) der 3.999 geprüften Tagespflegeeinrichtungen ein Qualitätsdefizit bei mindestens einer Person festgestellt.

Qualitätsaspekt 5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen

Bei diesem Qualitätsaspekt wurde bei den 3.999 geprüften Tagespflegeeinrichtungen sehr selten ein Qualitätsdefizit festgestellt. Es lagen bei 0,3 Prozent (stationär 8,8 Prozent) der geprüften Tagespflegeeinrichtungen entsprechende Defizite vor. Dies deutet darauf hin, dass dieser Qualitätsaspekt in der üblichen Versorgung durch Tagespflegeeinrichtungen mit dem eingeschränkten Verantwortungsbereich wenig relevant ist.

Qualitätsaspekt 5.4 Hilfsmittelversorgung

Auch bei der Hilfsmittelversorgung haben Tagespflegeeinrichtungen selten eine primäre Versorgungsverantwortung und der Qualitätsaspekt ist daher in der Tagespflege weniger relevant. Lediglich bei 0,7 Prozent (stationär 8,8 Prozent) der geprüften Tagespflegeeinrichtungen lagen Qualitätsdefizite vor.

Qualitätsaspekt 5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

Im Zusammenhang mit dem Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit wurden bei 3,5 Prozent (stationär 14,9 Prozent) der Tagespflegegäste Qualitätsdefizite festgestellt. Auch bei diesem Qualitätsaspekt ist davon auszugehen, dass im Versorgungsalltag von Tagespflegeeinrichtungen deutlich seltener Situationen zum Tragen kommen, bei denen der Schutz von Persönlichkeitsrechten und die Unversehrtheit relevant ist.

Abb. 13: Tagespflege – Qualitätsbereich 5

(Anteil festgestellter Qualitätsdefizite in Prozent)

5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen

13,9

5.2 Biografieorientierte Unterstützung

2,4

5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen

0,3

5.4 Hilfsmittelversorgung

0,7

5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

3,5

3.3.2 **Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement in der Tagespflege**

Der Qualitätsbereich 6 umfasst einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte. Dem Qualitätsbereich sind die folgenden Qualitätsaspekte zugeordnet:

- 6.1 Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft
- 6.2 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Diese Qualitätsaspekte sind wiederum mit Kriterien unterlegt. Bei diesen Kriterien wird bewertet, ob diese erfüllt (ja) oder nicht erfüllt sind (nein).

3.3.2.1 **Qualitätsaspekt 6.1 Hilfsmittelversorgung Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft**

Beim Qualitätsaspekt Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft weisen die Tagespflegeeinrichtungen über alle Kriterien hinweg, auch im Vergleich zur stationären Pflege, durchweg sehr gute Ergebnisse auf.

Abb. 14: Tagespflege – Qualitätsaspekt 6.1**Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung**

(Anteil erfüllter Qualitätskriterien in Prozent)

6.1.1 Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung?

98,0

6.1.2 Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?

96,7

6.1.3 Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?

98,9

6.1.4 Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?

96,4

6.1.5 Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?

98,0

6.1.6 Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse

95,4

6.1.7 Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualitätsanforderungen?

97,1

3.3.2.2 Qualitätsaspekt 6.2 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Auch bei diesem Qualitätsaspekt liegen die Ergebnisse zu den einzelnen hinterlegten Kriterien durchgehend auf einem guten Niveau. Hier zeigen sich einmal mehr Unterschiede zur stationären Pflege, in der die Werte ein niedrigeres Niveau aufweisen als in der Tagespflege. Ein Grund hierfür mag sein, dass in der vollstationären Pflege die Berücksichtigung von Ergebnissen aus der Indikatoren Erfassung eine zentrale Rolle bei der Umsetzung des Qualitätsmanagements spielen. Indikatoren liegen jedoch in der Tagespflege nicht vor, so dass diese im Qualitätsmanagement nicht berücksichtigt werden müssen.

Abb. 15: Tagespflege – Qualitätsaspekt 6.2

Maßnahmen QM

(Anteil erfüllter Qualitätskriterien in Prozent)

6.2.1 Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?

95,0

6.2.2 Werden Qualitätsdefizite systematisch bewertet und bei Bedarf bearbeitet?

93,7

6.2.3 Werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert?

94,8

6.2.4 Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zu Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?

97,7

4

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege



Für die ambulante Pflege liegen für das Jahr 2023 Daten aus 10.954 Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen vor. Dabei wurde bei 73.907 versorgten Personen die Versorgungsqualität überprüft. Im Durchschnitt wurden damit im Jahr 2023 knapp sieben versorgte Personen pro Pflegedienst in die Prüfung einbezogen.

Tabelle 12:
Ambulante Pflege – Anzahl vorliegender Datensätze 2023

durchgeführte Qualitätsprüfungen	10.954
begutachtete Personen insgesamt	73.907
durchschnittlich begutachtete Personen pro Pflegedienst	6,7

4.1 Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der ambulanten Pflege

Von den 10.954 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten erfolgte der weit überwiegende Anteil mit 95,3 Prozent als Regelprüfung. Der Anteil der Anlassprüfungen lag bei 3,7 Prozent, 1,0 Prozent waren Wiederholungsprüfungen. Während der Covid-19-Pandemie konnten Qualitätsprüfungen nur in einem reduzierten Umfang durchgeführt werden (2021: 4.441 Qualitätsprüfungen). Anlassprüfungen waren jedoch immer möglich. Der während der Covid-19-Pandemie höhere Anteil der Anlassprüfungen von 9,2 Prozent wurde 2023 wieder auf das relative Niveau vor der Covid-19-Pandemie zurückgeführt (2019: 2,6 Prozent). In absoluten Zahlen wurden 351 Anlassprüfungen im Jahr 2019 und 410 im Jahr 2021 durchgeführt, im Jahr 2023 waren es 403.

Tabelle 13:
Ambulante Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfort

geprüfte Einrichtungen	10.954	
davon	Anzahl	in Prozent
Regelprüfungen	10.444	95,3
Anlassprüfungen	403	3,7
Wiederholungsprüfungen	107	1,0

Die meisten Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste durch den Medizinischen Dienst oder den PKV-Prüfdienst wurden ohne die Beteiligung anderer Institutionen durchgeführt (95,3 Prozent). Bei 1,6 Prozent der Prüfungen waren Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter eines Trägerverbandes anwesend.

Tabelle 14:
Ambulante Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen

geprüfte Einrichtungen	10.954	
an der Prüfung beteiligte Institutionen*	Anzahl	in Prozent
keine	10.437	95,3
Pflegekasse	15	0,1
Sozialhilfeträger	2	0,0
Gesundheitsamt	1	0,0
Trägerverband	178	1,6
sonstige	336	3,1

*Mehrfachnennungen möglich

4.2 Strukturdaten der geprüften ambulanten Pflegedienste und der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen

Von den im Jahr 2023 geprüften ambulanten Pflegediensten befanden sich 67,9 Prozent in privater, 30,6 Prozent in freigemeinnütziger und 0,8 Prozent in öffentlicher Trägerschaft. Von den geprüften ambulanten Pflegediensten verfügte ein Anteil von 3,5 Prozent über eine Zertifizierung, z. B. nach DIN EN ISO 9001:2015.

Tabelle 15:
Ambulante Pflege – Geprüfte Pflegedienste nach Trägerart, Zertifizierung und Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie

geprüfte Einrichtungen	10.954	
Trägerart	Anzahl	in Prozent
privat	7.435	67,9
freigemeinnützig	3.357	30,6
öffentlich	86	0,8
nicht zu ermitteln	76	0,7
zertifizierte Einrichtungen	388	3,5
mindestens eine versorgte Person mit spezieller Krankenbeobachtung	812	7,4

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege wurden in den Prüfgrundlagen für die ambulante Pflege seit 2017 spezifische Prüfkriterien für die Versorgung von Personen mit einem entsprechenden Unterstützungsbedarf in den Prüfkatalog aufgenommen. Diese bezogen sich auf die Leistung der speziellen Krankenbeobachtung gemäß Ziffer 24 der Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie) im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Diese Leistung ist inzwischen aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPReG) in einen neuen Leistungsanspruch nach § 37c SGB V überführt worden. 2023 wurden wegen einer Übergangszeit Leistungen der speziellen Krankenbeobachtung (§ 37 SGB V) wie auch der außerklinischen Intensivpflege (§ 37c SGB V) erbracht. Die Leistungserbringung erfolgte weiter durch Leistungserbringer mit Versorgungsverträgen nach § 132a Absatz 4 SGB V.

Ambulante Pflegedienste, die die Leistung spezielle Krankenbeobachtung oder die außerklinische Intensivpflege erbringen, haben sich auf die Versorgung von Personen spezialisiert, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine sofortige pflegerische bzw. ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen

täglich erforderlich werden kann und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können. Dies betrifft insbesondere Personen, die erhebliche Einschränkungen bei der Atmung haben und daher auf eine Beatmung und engmaschige Überwachung angewiesen sind oder auch Personen, die über einen Luftröhrenschnitt und einliegender Trachealkanüle atmen und auch hier einer engmaschigen Überwachung und nicht planbarer Interventionen bedürfen.

Insgesamt gaben 7,4 Prozent der geprüften Pflegedienste an, mindestens eine Person mit spezieller Krankenbeobachtung (Ziffer 24 der HKP-Richtlinie) oder außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie) zu versorgen. Für 812 Regelprüfungen liegen Angaben darüber vor, wie viele Personen in welchen Versorgungssettings eine spezielle Krankenbeobachtung oder außerklinische Intensivpflege erhalten haben. Demnach versorgten diese 812 Pflegedienste 7.725 Personen mit einem Bedarf an spezieller Krankenbeobachtung oder außerklinischer Intensivpflege. Nach Angaben der Pflegedienste erfolgte die Versorgung mit 53,6 Prozent bei den meisten Personen im eigenen Haushalt, mit 42,3 Prozent in einer Wohngemeinschaft, mit 3,0 Prozent im betreuten Wohnen und 1,1 Prozent in sonstigen Wohnformen.

2019 konnten 1.197 ambulante Pflegedienste, die die Leistung spezielle Krankenbeobachtung erbrachten, in die Prüfung einbezogen werden, die 10.303 Personen versorgten; 2021 waren es 321 Einrichtungen mit 1.741 zu versorgenden Personen.

Tabelle 16:
Versorgungssituation bei spezieller Krankenbeobachtung in geprüften Pflegediensten mit mindestens einer versorgten Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ der HKP-Richtlinie⁵

Anzahl Pflegedienste mit mindestens einer versorgten Person mit spezieller Krankenbeobachtung*	812	
versorgte Personen*	7.725	
Ort der Versorgung	Anzahl	in Prozent
in der eigenen Häuslichkeit	4.139	53,6
in einer Wohngemeinschaft	3.265	42,3
in betreutem Wohnen	234	3,0
sonstige Wohnformen	87	1,1

*Regelprüfungen und nach Angaben der Pflegedienste

⁵ Diese Regelung war auch anzuwenden bei versorgten Personen mit außerklinischer Intensivpflege und einer Verordnung nach § 37c SGB V.

Von den durch die ambulanten Pflegedienste versorgten Personen erhielten 19,8 Prozent ausschließlich Leistungen nach dem SGB XI (2019: 19,5 Prozent). 26,3 Prozent der versorgten Personen erhielten ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V (2019: 29,5 Prozent). Außerdem erhielt ein Anteil von 25,9 Prozent der Personen Leistungen nach dem SGB XI und nach § 37 SGB V (2019: 28,3 Prozent). Es konnten auch Personen in die Prüfung einbezogen werden, die bereits Leistungen nach § 37c SGB V erhielten. Wie viele Personen dies betrifft, erfasst diese Statistik nicht. Bei 28,1 Prozent der betreuten Personen handelte es sich um Personen, die sonstige Leistungen (SGB XII oder Selbstzahler) erhielten (2019: 22,7 Prozent). Letzterer Personenkreis wird nicht in die Prüfungen einbezogen.

Tabelle 17:
Ambulante Pflege – Leistungsarten der betreuten Personen

betreute Personen		1.336.216
Leistungsempfang	Anzahl	in Prozent
ausschließlich SGB XI	264.345	19,8
ausschließlich SGB V	351.043	26,3
SGB V und SGB XI	345.563	25,9
sonstige	375.265	28,1

Am häufigsten wurden mit 38,0 Prozent versorgte Personen mit dem Pflegegrad 2 in die Prüfung einbezogen, gefolgt von Personen mit dem Pflegegrad 3 (37,4 Prozent) sowie dem Pflegegrad 4 (16,8 Prozent). Den Pflegegrad 5 hatten 6,4 Prozent der einbezogenen versorgten Personen. Personen mit einem Unterstützungsbedarf unterhalb des Pflegegrades 2 werden in der Regel nicht in die Prüfung einbezogen. Dass 1,3 Prozent der Personen mit einem Pflegegrad 1 oder keinem Pflegegrad in die Prüfung einbezogen wurden, ist auf die Stichprobenregelung zurückzuführen. Nach dieser sind gegebenenfalls ergänzend Personen in die Prüfung einzubeziehen, die aufwändige Leistungen der Behandlungspflege (Absaugen, Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes, spezielle Krankenbeobachtung, Pflege des zentralen Venenkatheters, Versorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde) erhalten, auch wenn kein Leistungsbezug nach dem SGB XI besteht. Damit entspricht die Verteilung der Pflegegrade der Erhebung von 2019.

Tabelle 18:
Ambulante Pflege – Einbezogene Personen nach Pflegegraden

untersuchte Personen	73.907	
Pflegegrad	Anzahl	in Prozent
kein Pflegegrad	784	1,1
Pflegegrad 1	183	0,2
Pflegegrad 2	28.102	38,0
Pflegegrad 3	27.651	37,4
Pflegegrad 4	12.444	16,8
Pflegegrad 5	4.743	6,4

Zu 46.011 der in die Prüfung einbezogenen Personen können Aussagen zum Alter getroffen werden, bei 27.896 Personen bzw. 37,7 Prozent fehlt die Altersangabe. Von den 46.011 versorgten Personen waren 19,9 Prozent zwischen 65 bis unter 80 Jahre (2019: 20,9 Prozent), 50,7 Prozent zwischen 80 bis unter 90 Jahre (2019: 44,6 Prozent) und 22,7 Prozent 90 Jahre und älter (2019: 27,4 Prozent). Die übrigen 6,6 Prozent der einbezogenen Personen waren jünger als 65 Jahre (2019: 7,1 Prozent).

Tabelle 19:
Ambulante Pflege – Einbezogene Personen nach Alter

untersuchte Personen	46.011 von 73.907 (62,3 Prozent)	
Alter	Anzahl	in Prozent
bis unter 20 Jahre	160	0,3
20 bis unter 45 Jahre	291	0,6
45 bis unter 65 Jahre	2.634	5,7
65 bis unter 80 Jahre	9.173	19,9
80 bis unter 90 Jahre	23.314	50,7
90 Jahre und älter	10.439	22,7

4.3 Ergebnisse in der ambulanten Pflege

Die vollständigen Ergebnisse der Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten können dem Tabellenanhang entnommen werden. Beim 7. Pflegequalitätsbericht wurde auf einen Vergleich mit früheren Prüfergebnissen verzichtet, weil die dabei zugrunde gelegten Daten aus Qualitätsprüfungen des Jahres 2021 stammten. Dieses Jahr stand noch ganz unter dem Eindruck der Covid-19-Pandemie, die auch Auswirkungen auf die Erbringung der Pflege hatte. Zudem mussten aufgrund der Covid-19-Pandemie Qualitätsprüfungen zeitweise nahezu eingestellt werden, später war die Durchführung oft mit erheblichen Einschränkungen und Schwierigkeiten verbunden. Im Jahr 2023 hingegen waren die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie weitgehend überwunden. Die Ergebnisse aus dem Jahr 2023 werden daher mit den Ergebnissen aus dem Jahr 2019 verglichen, das Jahr 2021 wird aufgeführt. Insgesamt zeigen sich im Jahr 2023 sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen.

Im Zentrum der Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste bzw. den PKV-Prüfdienst steht die Überprüfung der Versorgungsqualität bei den Versicherten. Bei den 10.954 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten wurde im Jahr 2023 die Versorgungsqualität bei 73.907 versorgten Personen überprüft. Dabei ist zu beachten, dass aufgrund der Stichprobenzusammensetzung bei einem kleinen Teil der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen nur die Kriterien zur häuslichen Krankenpflege geprüft worden sind. Daher ist bei den Kriterien zur Qualität der Pflege nach SGB XI (71.601) eine geringere Stichprobengröße ausgewiesen. Im Jahr 2019 wurden 13.519 Qualitätsprüfungen durchgeführt und die Versorgungsqualität bei 86.716 Personen überprüft, im Jahr 2021 waren es 4.441 Qualitätsprüfungen bei 29.174 in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen.

4.3.1 Personenbezogene Ergebnis- und Prozessqualität (Versorgungsqualität) in der ambulanten Pflege

4.3.1.1 Behandlungspflege

70,1 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Personen erhielten neben den Leistungen des SGB XI auch Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Wie auch 2019 erfolgte am häufigsten mit 51,5 Prozent (2019: 40,0 Prozent) der einbezogenen versorgten Personen die Medikamentengabe, bei 43,4 Prozent (2019: 30,2 Prozent) wurden Kompressionsstrümpfe oder -verbände angelegt und bei 21,0 Prozent (2019: 15,9 Prozent) war aufgrund einer Schmerztherapie ein pflegerisches Schmerzmanagement erforderlich. Von den einbezogenen versorgten Personen erhielten 14,4 Prozent Injektionen (2019: 12,5 Prozent) und 16,0 Prozent eine Bedarfsmedikation (2019: 11,7 Prozent). Bei 11,6 Prozent der versorgten Personen war die Versorgung einer chronischen Wunde bzw. eines Dekubitus ärztlich verordnet (2019: 10,3 Prozent).

Bei 6,2 Prozent der Personen wurden Blutzuckermessungen durchgeführt (2019: 5,6 Prozent).

Die übrigen Leistungen der Behandlungspflege gemäß der HKP-Richtlinie wurden jeweils bei weniger als 5 Prozent der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen durchgeführt.

An dieser Stelle werden die Ergebnisse zu den Kriterien herausgestellt, die für die Versorgungsqualität aufgrund der Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Personen besonders relevant sind. Dabei handelt es sich um die folgenden sieben Kriterien:⁶

- 9.8/T22** Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
- 9.16/T19** Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?
- 9.17/T20** Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?
- 9.19/T23** Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?
- 9.23** Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerischen Schmerzmanagement?
- 9.29/T18** Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
- 9.32/T24** Sind Kompressionsstrümpfen/-verbände sachgerecht angelegt?

Bei 6,2 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen lag eine ärztliche Verordnung zur Blutzuckermessung vor. Hier war das Kriterium, **ob die Blutzuckerversorgung der ärztlichen Verordnung entspricht** (Frage 9.8, Transparenzkriterium 22) und **ob sie ausgewertet und hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen werden**. Das Kriterium war bei 94,4 Prozent (2019: 92,7 Prozent) der in die Prüfungen einbezogenen Personen erfüllt. Bei 5,6 Prozent (2019: 7,3 Prozent) der einbezogenen versorgten Personen war das Kriterium nicht erfüllt, das bedeutet beispielsweise, dass bei relevanten Abweichungen von den Sollblutzuckerwerten keine Information an die Ärztin bzw. den Arzt erfolgte oder die Insulindosis nicht nach ärztlicher Anordnung angepasst worden ist.

⁶ Die Nummern vor den Fragen beziehen sich auf die Fragennummern im Erhebungsbogen zur Prüfung laut Anlage zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien Teil 1a – Ambulante Pflege in der Fassung vom 01. Januar 2021 bzw. (T) auf die Nummer der Transparenzkriterien.

Bei 51,5 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen lag eine ärztliche Verordnung zur Medikamentengabe vor. Bei diesen war somit das Kriterium, ob **die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung entspricht**, relevant (Frage 9.16, Transparenzkriterium 19). Bei 92,0 Prozent (2019: 91,1 Prozent) der versorgten Personen mit einer Medikamentenverordnung war das Kriterium erfüllt, das bedeutet, die Medikamentengabe erfolgte nach der ärztlichen Verordnung und die fachlichen Anforderungen an die Dokumentation waren erfüllt. Bei der Verwendung von Generika war sichergestellt, dass das verwendete Präparat der ärztlichen Verordnung entsprach. Bei 8,0 Prozent (2019: 8,9 Prozent) dieser Personen war das Kriterium nicht erfüllt, das bedeutet, es wurden z. B. Medikamente verabreicht, für die keine ärztliche Verordnung vorlag oder es wurden Medikamente mit falscher Wirkstoffkonzentration verabreicht.

Eine Bedarfsmedikation wurde bei 16,0 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Personen verordnet. Bei diesen war somit das Kriterium, ob **die Gabe der Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung entspricht**, relevant (Frage 9.17, Transparenzkriterium 20). Bei 84,0 Prozent (2019: 79,0 Prozent) der versorgten Personen mit einer Bedarfsmedikation war das Kriterium erfüllt, das bedeutet, die Gabe der Bedarfsmedikation erfolgte entsprechend der ärztlichen Verordnung, die Bedarfsmedikation war korrekt dokumentiert und es wurden nur die Bedarfsmedikamente verabreicht, für die eine ärztliche Verordnung vorlag. Bei der Verwendung von Generika war sichergestellt, dass das verwendete Präparat der ärztlichen Verordnung entsprach. Bei 16,0 Prozent (2019: 21,0 Prozent) dieser Personen war das Kriterium nicht erfüllt, das bedeutet, es war nicht festgehalten, bei welchen Symptomen welches Medikament in welcher Einzel- und bis zu welcher Tageshöchstdosierung und in welcher Applikationsform zu verabreichen war oder das verordnete Bedarfsmedikament war nicht vorhanden und es gab keinen Hinweis auf die Wiederbeschaffung.

Bei 14,4 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen waren **Injektionen**, meist Insulin oder subkutane Injektionen zur Thromboseprophylaxe, verordnet. Mit der zu dieser **Leistung zugehörigen Frage wird überprüft, ob die verordnete Leistung entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert** wird (Frage 9.19, Transparenzkriterium 23). Das Kriterium war, wie auch 2019, bei 90,3 Prozent der betreffenden versorgten Personen erfüllt. Bei 9,7 Prozent der Personen, bei denen Injektionen durch den Pflegedienst durchgeführt wurden, erfolgten diese nicht im verordneten Umfang, die Durchführungsdokumentation war lückenhaft oder bei Komplikationen (z. B. kritische Blutzuckerschwankungen) erfolgte keine Information an die Ärztin bzw. den Arzt.

Eine systematische Schmerzeinschätzung ist für eine erforderliche Anpassung der Schmerzmedikation durch die Ärztin bzw. den Arzt notwendig. Bei 21,0 Prozent der versorgten Personen, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, war aufgrund einer ärztlichen Anordnung die Gabe von Schmerzmedikamenten durch den Pflegedienst erforderlich (Positionen 18, 19 oder 26 des Leistungsverzeichnisses zur Verordnung häuslicher Krankenpflege). In diesem Zusammenhang ist es notwendig, dass vom Pflegedienst **eine systematische Schmerzeinschätzung** durchgeführt wird, auf deren Basis der Ärztin bzw. dem Arzt gegebenenfalls Hinweise zur Anpassung der Schmerztherapie gegeben werden können (Prüffrage 9.23). Bei 72,5 Prozent (2019: 74,5 Prozent) der betroffenen versorgten Personen war dieses Kriterium erfüllt, bei 27,5 Prozent dieser Personen war das Kriterium nicht erfüllt. Ausgehend von einem bereits niedrigen Niveau nahm die Versorgungsqualität leicht ab.

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen wird erfasst, ob bei den in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen eine **chronische Wunde** vorliegt, etwa ein Dekubitus. Bei 3,9 Prozent (2019: 4,1 Prozent) der Personen lag ein Dekubitus vor. Ein Ulcus cruris lag bei 0,7 Prozent der einbezogenen versorgten Personen vor, bei 2,6 Prozent bestand ein diabetisches Fußsyndrom und 1,6 Prozent der Personen hatten sonstige chronische Wunden, z. B. eine sekundär heilende OP-Wunde. 2,5 Prozent der versorgten Personen wiesen zudem sonstige nicht chronische Wunden auf, die innerhalb von vier bis zwölf Wochen nach Wundentstehung verheilen.

Tabelle 20:
Ambulante Pflege – Einbezogene Personen mit chronischen Wunden

untersuchte Personen	51.807	
davon*	Anzahl	in Prozent
mit Dekubitus	2.022	3,9
mit Ulcus cruris	381	0,7
mit diabetischem Fußsyndrom	1.322	2,6
mit sonstigen chronischen Wunden	846	1,6
mit sonstigen nicht chronischen Wunden	1.300	2,5

*Mehrfachnennungen möglich

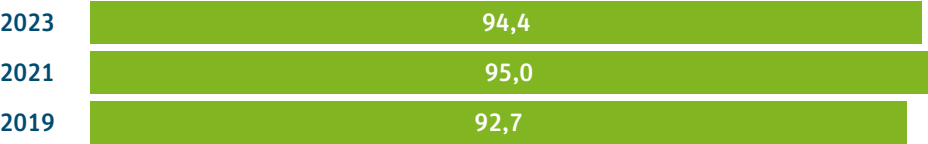
Bei 11,6 Prozent der Personen, die in die Prüfung einbezogen worden sind, lag eine ärztliche Verordnung für eine Wundversorgung vor. Bei den versorgten Personen wurde überprüft, ob die **Wundversorgung unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des Wissens** erfolgte (Frage 9.29, Transparenzkriterium 18). Bei 81,0 Prozent der betroffenen Personen war das Kriterium erfüllt (2019: 82,5 Prozent), bei 19,0 Prozent dieser Personen war das Kriterium nicht erfüllt,

das heißt zum Beispiel, dass die Prinzipien der Druckentlastung (bei Dekubitus) oder der Kompression (bei Ulcus cruris venosum) nicht berücksichtigt oder hygienische Grundsätze missachtet wurden, zum Beispiel erfolgte keine sterile Wundabdeckung.

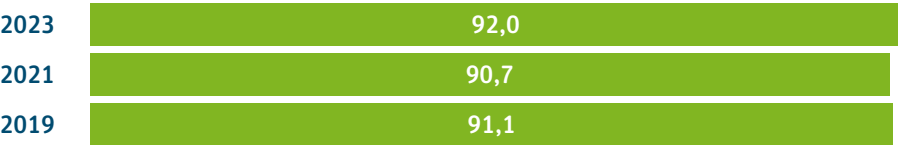
Ein weiteres Kriterium, das bei Qualitätsprüfungen im Bereich der Behandlungspflege überprüft wird, ist die **sachgerechte Anlage von Kompressionsstrümpfen oder -verbänden** (Frage 9.32, Transparenzkriterium 24). Diese Leistung wurde bei 43,4 Prozent der versorgten Personen, bei denen die Versorgungsqualität überprüft wurde, aufgrund einer ärztlichen Verordnung durch die Pflegedienste erbracht. Das Kriterium ist erfüllt, wenn das Anlegen der Verbände oder Strümpfe im Liegen bei entstauten und abgeschwollenen Beinen erfolgt, Kompressionsverbände immer in Richtung des Körperrumpfes gewickelt werden und der Kompressionsstrumpf bzw. -verband beim Anlegen faltenfrei ist. Erfüllt war dieses Kriterium bei 94,2 Prozent der betreffenden Personen (2019: 93,4 Prozent), hingegen war das Kriterium bei 5,8 Prozent dieser Personen nicht erfüllt.

Abb. 16: Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien der Behandlungspflege
(Erfüllungsgrad in Prozent)

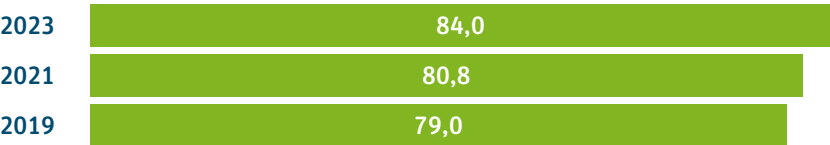
9.8/T22 Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?



9.16/T19 Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?



9.17/T20 Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?



9.19/T23 Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?

2023	90,3
2021	91,2
2019	90,3

9.23 Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?

2023	72,5
2021	71,2
2019	74,5

9.29/T18 Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?

2023	81,0
2021	82,1
2019	82,5

9.32/T24 Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?

2023	94,2
2021	93,4
2019	93,4

4.3.1.2 Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung bzw. außerklinischer Intensivpflege

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege wurden unter anderem in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien Ambulante Pflege Teil 1a nach §§ 114 ff SGB XI in der Fassung vom 27. September 2017 spezifische Prüfkriterien für die Versorgung von Personen mit einem entsprechenden Unterstützungsbedarf in den Prüfkatalog aufgenommen. Diese beziehen sich auf die Leistung der speziellen Krankenbeobachtung gemäß Ziffer 24 der HKP-Richtlinie im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V und seit dem 1. Januar 2023 auch auf die außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V entsprechend der Richtlinie außerklinische Intensivpflege (G-BA AKI-RL).

Hinsichtlich der strukturellen Anforderungen an die Pflegedienste sind die Bundesrahmenempfehlungen zu den nach § 132a Absatz 1 Satz 5 SGB V genannten Regelungen für die spezielle Krankenbeobachtung der Bewertungsmaßstab.

Die Bewertung der Prüfergebnisse durch die Pflegekasse bzw. die Landesverbände der Pflegekassen erfolgt anhand der gesetzlichen und untergesetzlichen Normen sowie der vertraglichen Vereinbarungen mit dem Pflegedienst.

Ambulante Pflegedienste, die die Leistung spezielle Krankenbeobachtung bzw. außerklinische Intensivpflege erbringen, haben sich häufig auf die Versorgung von Personen spezialisiert, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine sofortige pflegerische bzw. ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich ist und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können. Dies betrifft insbesondere Personen, die erhebliche Einschränkungen in der selbständigen Atmung haben und daher auf Beatmung und engmaschige Überwachung angewiesen sind.

Von den im Jahr 2023 geprüften ambulanten Pflegediensten haben 812 Pflegedienste (2019: 1.197 Pflegedienste) Leistungen der speziellen Krankenbeobachtung bzw. außerklinischen Intensivpflege bei mindestens einer versorgten Person erbracht. Bei diesen Pflegediensten wurde die Erbringung der speziellen Krankenbeobachtung bzw. außerklinischen Intensivpflege bei 1.311 versorgten Personen (2019: 1.829 Personen) geprüft.

An dieser Stelle werden die Ergebnisse zu den Kriterien herausgestellt, die für die Versorgungsqualität versorgter Personen mit Blick auf die Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung und außerklinischer Intensivpflege besonders relevant sind. Dabei handelt es sich um die nachfolgenden Kriterien:

- 10.3** Ist in der eigenen Häuslichkeit für den verordneten Zeitraum der speziellen Krankenbeobachtung ständig eine Pflegefachkraft anwesend?
- 10.4** Entspricht der Einsatz des Personals bei der versorgten Person in der Wohngemeinschaft den vertraglichen Vereinbarungen?
- 10.5** Verfügen alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten versorgten Personen durchführen, über eine entsprechende Zusatzqualifikation?
- 10.6** Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der nicht beatmeten Person mit Trachealkanüle die Ärztin oder der Arzt informiert?
- 10.7** Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der beatmeten Person eine in der außerklinischen Beatmung erfahrene Ärztin oder ein erfahrener Arzt, das Beatmungs-/Weaningzentrum oder ein Krankenhaus informiert?
- 10.8/T25** Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar?
- 10.9** Wird die spezielle Krankenbeobachtung sachgerecht durchgeführt?
- 10.10** Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?
- 10.11** Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv/invasiv beatmeten Personen erfüllt?
- 10.12** Wird mit der Sauerstoffversorgung sachgerecht umgegangen?
- 10.13** Werden die notwendigen Maßnahmen aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) bei der versorgten Person vor Ort umgesetzt?
- 10.14** Ist in der Wohngemeinschaft sichergestellt, dass Alarme jederzeit wahrgenommen werden können?
- 10.15** Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen?
- 10.22** Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?
- 10.33** Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?
- 10.34** Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?
- 10.46** Gibt es ein individuell angepasstes Notfallmanagement unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorgaben?

Bei 25,1 Prozent (2019: 17,3 Prozent) der in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen mit einer Beatmung hatte der Pflegedienst 2023 eine **Kooperation mit einer in der außerklinischen Beatmung erfahrenen Ärztin oder Arzt** (Frage 10.1). Darüber hinaus lag bei 15 Prozent (2019: 10,4 Prozent) der versorgten Personen ein Kooperationsvertrag zwischen dem Pflegedienst und einem **Krankenhaus** und bei 11,3 Prozent (2019: 6,2 Prozent) der Personen mit einem **Beatmungszentrum** vor. Ob entsprechende Kooperationen möglich sind, liegt nicht im alleinigen Einflussbereich des ambulanten Pflegedienstes. Gleichwohl sind solche Kooperationen für die Versorgungsqualität von großer Bedeutung.

Tabelle 21:
Ambulante Pflege – Es besteht eine Kooperation mit ...

untersuchte Personen	1.311	
Kooperationspartner	Anzahl	in Prozent
a. mit einem Beatmungs-/Weaningzentrum?	148	11,3
b. mit einem Krankenhaus?	196	15,0
c. mit einer oder einem in der außerklinischen Beatmung erfahrenen Ärztin oder Arzt?	329	25,1

Mit 41,4 Prozent erfolgte die **Beatmung** bei den meisten versorgten Personen **invasiv** über eine Trachealkanüle (Frage 10.2). Eine **nichtinvasive Beatmung** erfolgte bei 2,4 Prozent der Personen mit einer Nasen-Mund-Maske sowie bei 2,4 Prozent der Personen mit einer Nasenmaske. Eine nichtinvasive Beatmung mit einer Vollgesichtsmaske bzw. einem Mundstück erfolgte mit 0,5 Prozent bei den wenigsten untersuchten Personen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Leistung der speziellen Krankenbeobachtung bzw. außerklinischen Intensivpflege auch bei Personen erbracht wird, die nicht beatmet werden.

Tabelle 22:
Ambulante Pflege – Welcher Beatmungszugang liegt vor?

untersuchte Personen	1.311	
Beatmungszugang	Anzahl	in Prozent
nichtinvasive Beatmung mit Nasenmaske	32	2,4
nichtinvasive Beatmung mit Nasen-Mund-Maske	32	2,4
nichtinvasive Beatmung mit Vollgesichtsmaske	5	0,4
nichtinvasive Beatmung mit Mundstück	1	0,1
invasive Beatmung mit Trachealkanüle	543	41,4
sonstige	37	2,8

Bei 46,6 Prozent der einbezogenen versorgten Personen war das Kriterium, ob **in der eigenen Häuslichkeit für den verordneten Zeitraum der speziellen Krankenbeobachtung ständig eine Pflegefachkraft anwesend** war, relevant (Frage 10.3). Dies war bei 92,6 Prozent (2019: 94,0 Prozent) der einbezogenen versorgten Personen in ihrer eigenen Wohnung bzw. im betreuten Wohnen gegeben. Während des Ordnungszeitraums der speziellen Krankenbeobachtung ist bei 7,4 Prozent dieser Personen nicht ständig eine Pflegefachkraft anwesend gewesen, d. h. die nicht planbare Interventionsbereitschaft bei nicht vorhersehbaren lebensbedrohlichen Situationen war nicht immer gegeben.

Im Rahmen der Qualitätsprüfung war bei 52,3 Prozent der einbezogenen versorgten Personen der **Einsatz des Pflegepersonals in der Wohngemeinschaft gemäß den vertraglichen Vereinbarungen** von Bedeutung (Frage 10.4). Das Verhältnis von Pflegefachkraft zu versorgender Person entsprach bei 91,3 Prozent (2019: 87,9 Prozent) der untersuchten Personen den vertraglichen Vereinbarungen. Bei 8,7 Prozent der versorgten Personen wurde der geltende Vertrag zwischen dem ambulanten Pflegedienst und der Krankenkasse nicht eingehalten und somit weniger Pflegefachkräfte in der Versorgung der versorgten Person als vereinbart eingesetzt.

Bei 40,0 Prozent der einbezogenen beatmeten Personen war relevant, ob alle **Pflegefachkräfte, die selbstständig und eigenverantwortlich am Beatmungsgerät dieser Personen tätig sind, über eine entsprechende Zusatzqualifikation** verfügen (Frage 10.5). Dies traf in den Qualitätsprüfungen auf 84,8 Prozent (2019: 71,8 Prozent) der versorgten Personen mit einer speziellen Krankenbeobachtung zu. Hingegen verfügten bei 15,2 Prozent der versorgten Personen nicht alle Pflegefachkräfte über eine Zusatzqualifikation, wie z. B. eine Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege oder mindestens ein Jahr Berufserfahrung im Beatmungsbereich in den letzten fünf Jahren. Hier zeigt sich zu 2019 eine deutliche Steigerung beim Einsatz qualifizierter Pflegefachkräfte.

Um mögliche Dekanülierungspotenziale bei nicht beatmeten versorgten Personen mit einer Trachealkanüle zu erkennen, muss **die Ärztin bzw. der Arzt beim Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung durch den Pflegedienst informiert** werden (10.6). Im Rahmen der Qualitätsprüfung waren nach Auffassung der Prüferinnen bzw. Prüfer bei 12,4 Prozent (2019: 9,2 Prozent) der einbezogenen Personen Hinweise auf eine klinische Verbesserung zu erkennen. In 98,1 Prozent (2019: 95,3 Prozent) dieser Fälle wurde eine Ärztin oder ein Arzt informiert. Bei 1,9 Prozent der nicht beatmeten Personen mit einer Trachealkanüle erfolgte dies nicht, obwohl es Hinweise auf eine klinische Verbesserung gab. Notwendige Behandlungsschritte wurden bei diesen Personen somit nicht eingeleitet. Trotzdem zeigt sich auch hier eine Verbesserung zu 2019.

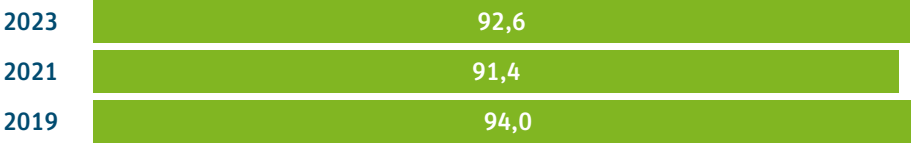
Beim Vorliegen von **Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei beatmeten versorgten Personen muss ebenfalls eine beatmungserfahrene Ärztin oder ein beatmungserfahrener Arzt, ein Beatmungszentrum oder ein Krankenhaus durch den Pflegedienst informiert** werden (10.7). Im Rahmen der Qualitätsprüfung waren bei 8,7 Prozent der einbezogenen beatmeten Personen Hinweise auf eine klinische Verbesserung zu erkennen. In 96,5 Prozent (2019: 92,2 Prozent) dieser Fälle wurden eine Ärztin oder ein Arzt informiert. Auch hier wird eine Verbesserung zu 2019 deutlich. Jedoch lagen bei 3,5 Prozent der beatmeten versorgten Personen nach Einschätzung der Prüferinnen und Prüfer zwar klinische Verbesserungen vor, Information z. B. an eine beatmungserfahrene Ärztin oder einen beatmungserfahrenen Arzt erfolgten jedoch nicht. Notwendige Behandlungsschritte wurden bei diesen Personen somit nicht eingeleitet.

Abb. 17: Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur speziellen Krankenbeobachtung

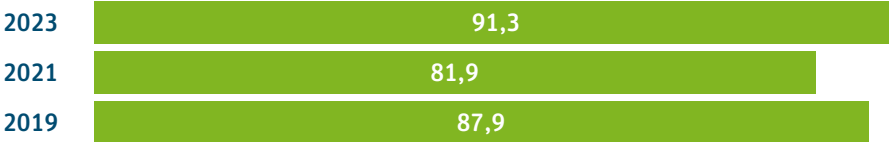
Teil 1

(Erfüllungsgrad in Prozent)

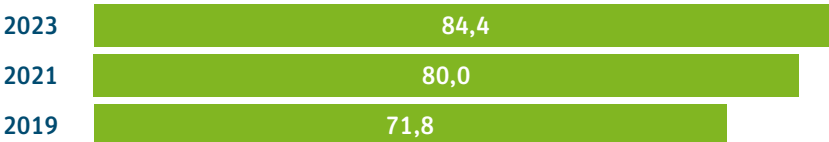
10.3 Ist in der eigenen Häuslichkeit für den verordneten Zeitraum der speziellen Krankenbeobachtung ständig eine Pflegefachkraft anwesend?



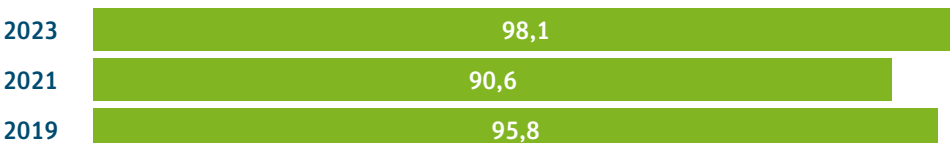
10.4 Entspricht der Einsatz des Personals bei der versorgten Person in der Wohngemeinschaft den vertraglichen Vereinbarungen?



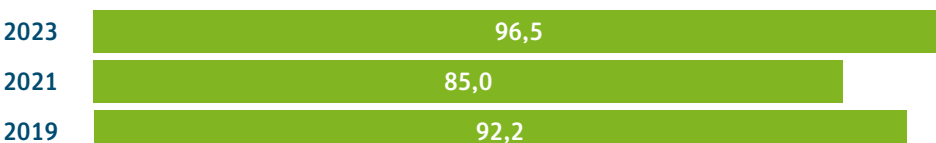
10.5 Verfügen alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten versorgten Personen durchführen, über eine entsprechende Zusatzqualifikation?



10.6 Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der nicht beatmeten Person mit Trachealkanüle die Ärztin oder der Arzt informiert?



10.7 Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der beatmeten Person eine in der außerklinischen Beatmung erfahrene Ärztin oder ein erfahrener Arzt, das Beatmungszentrum oder ein Krankenhaus informiert?



Bei 79,3 Prozent der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen war eine **nachvollziehbare aktive Kommunikation mit der Ärztin bzw. dem Arzt aufgrund eines behandlungspflegerischen Bedarfs** von Bedeutung (Frage 10.8, Transparenzkriterium 25). Die Kommunikation war bei 86,3 Prozent (2019: 87,6 Prozent) der in Augenschein genommenen einbezogenen Personen nachvollziehbar, etwa bei festgestellten Normwertabweichungen. Bei 13,7 Prozent dieser Personen war hingegen keine aktive Kommunikation mit der Ärztin bzw. dem Arzt zu erkennen, z. B. bei Notfallsituationen oder anderen relevanten Veränderungen des Gesundheitszustandes, wie der durch Pulsoxymetrie ermittelten Veränderungen der Sauerstoffsättigung.

Ob die **spezielle Krankenbeobachtung sachgerecht durchgeführt** wurde, war bei 97,6 Prozent der versorgten Personen relevant (Frage 10.9). Nach Einschätzung der Prüferinnen bzw. Prüfer wurde die spezielle Krankenbeobachtung ihrer Verordnung entsprechend bei 80,8 Prozent (2019: 78,3 Prozent) der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen sachgerecht durch den Pflegedienst geleistet. Bei 19,2 Prozent dieser Personen erfolgte jedoch keine sachgerechte Durchführung, etwa aufgrund nicht durchgeführter Verlaufskontrollen bzgl. der Vitalparameter oder nicht korrekt eingestellter Alarmgrenzen der ärztlich angeordneten transdermalen Sauerstoffsättigungsmessung.

Der sachgerechte Umgang mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen war bei 39,0 Prozent der einbezogenen versorgten Personen relevant (Frage 10.10). Bei 85,5 Prozent (2019: 81,6 Prozent) dieser beatmeten Personen erfolgte durch den Pflegedienst eine sachgerechte Versorgung. 14,5 Prozent (2019: 18,4 Prozent) der beatmeten versorgten Personen erfuhren hingegen keinen sachgerechten Umgang mit ihrer Beatmung, z. B. wurden Wechsel- und Reinigungsintervalle von Hilfsmitteln zur Beatmung in der erforderlichen Häufigkeit nicht beachtet oder die Beatmungsparameter entsprachen nicht der ärztlichen Anordnung.

Ob die **besonderen Anforderungen an die Geräteausstattung bei einer invasiven bzw. nicht invasiven Beatmung** erfüllt wurden, war bei 39,6 Prozent der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen von Bedeutung (Frage 10.11). Bei 95,2 Prozent (2019: 92,2 Prozent) dieser Personen war die Ausstattung der beatmungsrelevanten Geräte erfüllt. Bei 4,8 Prozent dieser Personen haben die Prüferinnen und Prüfer jedoch Mängel in der Geräteausstattung vorgefunden. So fehlte z. B. ein manueller Beatmungsbeutel in greifbarer Nähe der zuständigen Pflegefachkraft oder bei nicht invasiv beatmeten Personen mit Maskenbeatmung eine Reservemaske in gleicher Größe.

70,0 Prozent der in die Qualitätsprüfung einbezogenen nicht bzw. zeitweise nicht beatmeten Personen erhielten eine Sauerstoffversorgung. Ein **sachgerechter Umgang mit der Sauerstoffversorgung** erfolgte durch den Pflegedienst bei 83,9 Prozent (2019: 86,1 Prozent) der versorgten Personen (Frage 10.12). Bei

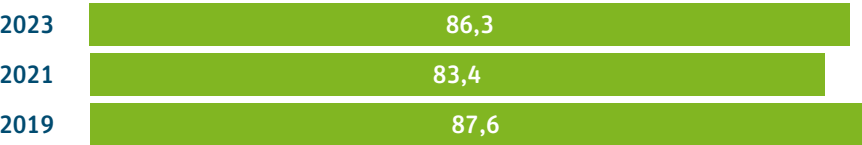
16,7 Prozent dieser Personen war ein solcher Umgang nach Einschätzung der Prüferinnen bzw. Prüfer nicht gegeben, u. a. entsprach die Sauerstoffapplikation nicht der ärztlichen Anordnung oder die hygienischen Grundsätze wurden missachtet.

In der **Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)** sind **notwendige Maßnahmen bei einer Beatmung** festgehalten, die durch den versorgenden Pflegedienst **bei der versorgten Person vor Ort** umgesetzt werden müssen (Frage 10.13). Die Umsetzung dieser Maßnahmen ist bei 43,0 Prozent der in die Qualitätsprüfung einbezogen versorgten Personen von Bedeutung gewesen. Bei 83,0 Prozent (2019: 72,3 Prozent) dieser Personen waren die eingesetzten Pflegefachkräfte in die Handhabung der Beatmungsgeräte eingewiesen und das Medizinproduktebuch bzw. das Gerätebuch und die Bedienungsanleitung der Beatmungsgeräte lagen am Beatmungsplatz vor. In 17,0 Prozent (2019: 27,7 Prozent) der Fälle wurden die Maßnahmen durch den Pflegedienst jedoch nicht gemäß der MPBetreibV umgesetzt.

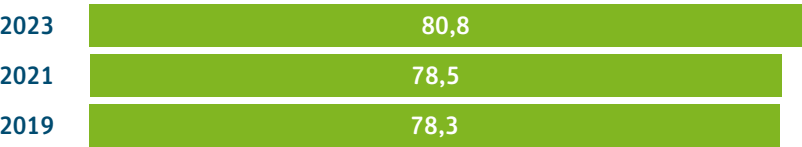
Überwiegend sind bei diesen Kriterien Verbesserungen zu den vorherigen Berichtszeiträumen zu sehen.

Abb. 18: Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur speziellen Krankenbeobachtung
Teil 2
(Erfüllungsgrad in Prozent)

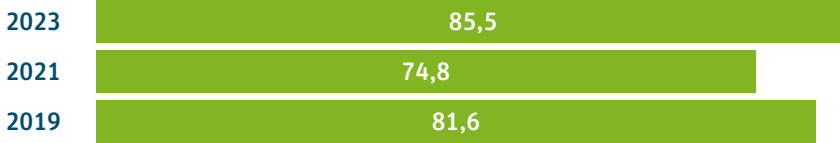
10.8/T25 Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar?



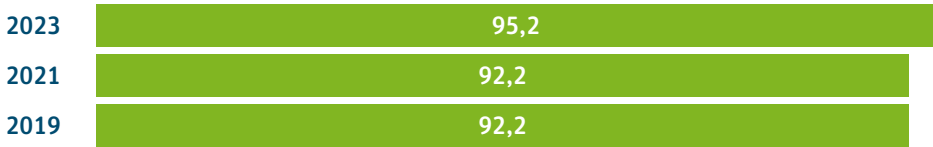
10.9 Wird die spezielle Krankenbeobachtung sachgerecht durchgeführt?



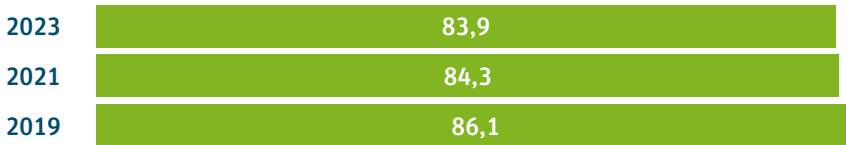
10.10 Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?



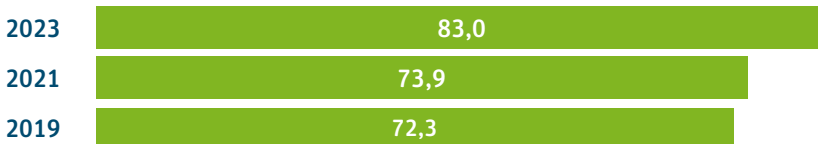
10.11 Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv/invasiv beatmeten Personen erfüllt?



10.12 Wird mit der Sauerstoffversorgung sachgerecht umgegangen?



10.13 Werden die notwendigen Maßnahmen aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) bei der versorgten Person vor Ort umgesetzt?



Bei 55,7 Prozent der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen traf das Kriterium zu, ob **die Alarme in der Wohngemeinschaft jederzeit wahrgenommen werden können** (Frage 10.14). Durch die personellen, baulichen und technischen Ausstattungen in den Wohngemeinschaften wurde durch die Pflegedienste bei 90,0 Prozent (2019: 91,3 Prozent) dieser versorgten Personen sichergestellt, dass jederzeit unmittelbar auf Alarme und Notfallsituationen reagiert werden konnte. Bei 10,0 Prozent dieser Personen war eine sofortige Interventionsbereitschaft jedoch nicht gegeben, etwa aufgrund defekter Rufanlagen, ausgeschalteter Alarmierungen oder einer unzureichenden personellen Besetzung.

Der **sachgerechte Umgang mit dem Absaugen von versorgten Personen** (Frage 10.15) ist essenzieller Bestandteil des Sekretmanagements in der Intensivpflege. Das Absaugen war bei 90,8 Prozent der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen relevant. Fachlich korrekt wurde bei 89,4 Prozent (2019: 79,1 Prozent) der versorgten Personen mit dem Absaugen verfahren, d. h. atraumatisch unter Berücksichtigung der hygienischen Kautelen wie z. B. der Händedesinfektion, durch die Beobachtung und Dokumentation des Sekrets und die nachvollziehbare Desinfektion des Absauggerätes gemäß den Herstellervorgaben. Bei 10,6 Prozent (2019: 20,9 Prozent) dieser Personen war ein solcher Umgang nicht nachvollziehbar. Hier zeigt sich eine deutliche Verbesserung der Handhabung des Absaugens.

Als weiterer Bestandteil des Sekretmanagements in der Intensivpflege war der **sachgerechte Umgang mit der Inhalation** bei 81,6 Prozent der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen von Bedeutung (Frage 10.22). Nach Einschätzung der Prüferinnen bzw. Prüfer war dieses Kriterium bei 88,2 Prozent (2019: 87,1 Prozent) der einbezogenen versorgten Personen erfüllt. Bei 11,8 Prozent dieser Personen wurde die Inhalation durch die Pflegefachkraft jedoch nicht korrekt angewandt, etwa weil hygienische Grundsätze beim Wechseln des Inhalationssystems nicht beachtet wurden oder die Verabreichung von Medikamenten über das Inhalationsgerät nicht der ärztlichen Anordnung entsprach.

Bei 40,3 Prozent der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen war relevant, dass die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege – etwa der Gabe von Schmerzmedikamenten – **zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement erhält** (Frage 10.33). Eine systematische Schmerzeinschätzung war durch die Prüferinnen und Prüfer bei 79,5 Prozent (2019: 77,5 Prozent) dieser versorgten Personen ersichtlich, d. h. es erfolgte die Erhebung der Schmerzlokalisierung und -intensität, der zeitlichen Dimension von verstärkenden und lindernden Einflüssen und gegebenenfalls von Auswirkungen auf den Alltag. Bei 21,5 Prozent dieser Personen war eine solche Einschätzung durch den versorgenden Pflegedienst jedoch nicht nachvollziehbar.

Der **sachgerechte Umgang mit Trachealkanülen** war bei 84,5 Prozent der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen von Bedeutung (Frage 10.34).

Das Kriterium bezieht sich auf den fachlich korrekten Wechsel einer Trachealkanüle bzw. den Wechsel einer Trachealkanüle gegen eine Trachealkanüle mit Siebung oder Fensterung („Sprechkanüle“) oder umgekehrt. Nach Einschätzung der Prüferinnen bzw. Prüfer erfolgte bei 84,7 Prozent (2019: 81,7 Prozent) der Personen mit einer Trachealkanüle der Umgang mit dieser durch die Pflegefachkraft sachgerecht. Bei 15,3 Prozent dieser Personen zeigten sich jedoch Defizite in der Versorgung, z. B. aufgrund nicht regelmäßig durchgeführter Cuffdruckmessungen bzw. deren Dokumentation oder dem Fehlen einer kleineren Ersatzkanüle für Notfallsituationen.

Ein **individuell angepasstes Notfallmanagement unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorgaben** der versorgten Personen stellt ein wichtiges Planungs- und Steuerungsinstrument in der außerklinischen Intensivpflege dar (Frage 10.46). Mit diesem werden u. a. die Notfallprävention und das Verhalten in Notfallsituationen, ethische Aspekte und die Kommunikation am Lebensende nach Maßgabe der versorgten Person berücksichtigt. Bei 96,3 Prozent der in die Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen konnte das Kriterium gewertet werden. Bei 76,3 Prozent (2019: 68,2 Prozent) dieser Personen lag nach Einschätzung der Prüferinnen und Prüfer ein individuell angepasstes Notfallmanagement vor. Bei 23,7 Prozent (2019: 31,8 Prozent) lagen keine diesbezüglichen Angaben vor.

Bei fünf Prüffragen konnten Verbesserungen festgestellt werden. Lediglich die Frage zur Wahrnehmung von Alarmen in Wohngemeinschaften zeigte eine leichte Verschlechterung.

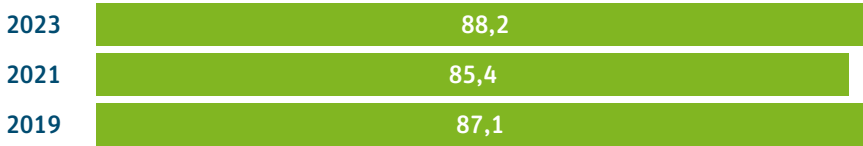
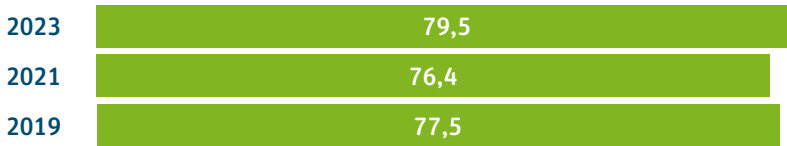
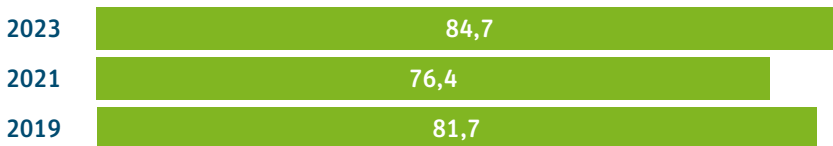
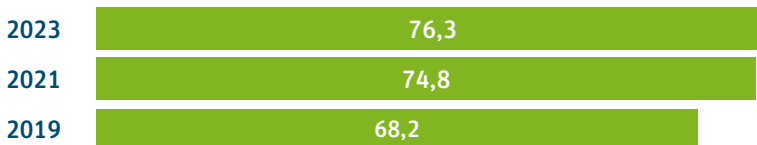
Abb. 19: Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur speziellen Krankenbeobachtung
Teil 3
(Erfüllungsgrad in Prozent)

10.14 Ist in der Wohngemeinschaft sichergestellt, dass Alarme jederzeit wahrgenommen werden können?

2023	90,0
2021	90,2
2019	91,3

10.15 Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen?

2023	90,3
2021	86,6
2019	79,1

10.22 Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?**10.33 Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?****10.34 Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?****10.46 Gibt es ein individuell angepasstes Notfallmanagement unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorgaben?**

4.3.1.3 Pflege

Für Leistungen der Behandlungspflege ist eine ärztliche Verordnung erforderlich. Dies ist für Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht der Fall. Allerdings können nur die Leistungen nach dem SGB XI von den ambulanten Pflegediensten erbracht werden, für die sie von der versorgten Person beauftragt worden sind. Vor diesem Hintergrund ist es besonders wichtig, dass zu Beginn der Versorgung eine umfassende Informationssammlung durch den Pflegedienst erfolgt, auf deren Basis der Pflegedienst die versorgte Person und deren Angehörigen aus professioneller Perspektive über erforderliche Maßnahmen und Risiken beraten bzw. informiert kann. Damit sollen die versorgten Personen und das soziale Umfeld in die Lage versetzt werden, selbst informiert eine Entscheidung darüber zu treffen, welche Leistungen erforderlich sind und mit welchen Leistungen sie den Pflegedienst beauftragen möchten.

Diese fachliche Anforderung ergibt sich aus den für alle Pflegedienste im Jahr 2023 geltenden verbindlichen Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität in der ambulanten Pflege (Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität in der ambulanten Pflege in der Fassung vom 9. November 2022).

Auch im Verlauf der Versorgung durch den Pflegedienst ist es erforderlich, dass bei Veränderungen gegebenenfalls eine Beratung bzw. Information durch den Pflegedienst über eine Anpassung der geleisteten Maßnahmen oder über neu eingetretene Risiken erfolgt. Daher sind für die Ergebnisdarstellung in diesem Kapitel auch Kriterien einbezogen worden, die sich mit der themenspezifischen Beratung bzw. Information befassen.

Bei den 10.954 (2019: 13.519) Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten wurde im Jahr 2023 die Versorgungsqualität bei 73.907 (2019: 86.716) in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen überprüft. Aufgrund der Stichprobenzusammensetzung sind bei einem Teil der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen nur die Kriterien zur häuslichen Krankenpflege geprüft worden. Daher ist bei nachfolgenden Kriterien eine geringere Stichprobengröße von 70.537 Personen ausgewiesen (2019: 81.502).

Ergebnisse zu folgenden für die Versorgungsqualität besonders relevanten Kriterien zur Pflege werden in diesem Kapitel dargestellt und kommentiert:

- 11.3/T14** Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?
- 11.5** Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?
- 11.7** Werden versorgte Personen/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z. B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?
- 11.9/T13** Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?
- 12.5/T6** Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?
- 12.7/T4** Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
- 12.8/T9** Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?
- 12.10/T7** Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?
- 13.3** Werden versorgte Personen/Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z. B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?
- 13.5/T11** Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
- 14.1** Werden versorgte Personen/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?
- 14.2/T15** Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?
- 15.3/T1** Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?

Leistungen der Mobilität sind meist in andere Leistungskomplexe (z. B. große Morgentoilette) eingebunden, können aber auch gesondert, z. B. als Transfer vom Bett in die Küche oder den Wohnraum, erbracht werden. Bei 86,5 Prozent der versorgten Personen, bei denen die Versorgungsqualität betrachtet wurde, waren entsprechende Leistungen vereinbart. Bei diesen Personen wurde überprüft, ob die **Leistungen zur Mobilität nachvollziehbar durchgeführt** worden sind (Frage 11.3, Transparenzkriterium 14). Dies war bei 92,6 Prozent dieser versorgten Personen der Fall (2019 93,1 Prozent), bei 7,4 Prozent der Personen war nicht nachvollziehbar, dass die Leistungen erbracht worden sind.

Eine **Beratung zu einem erhöhten Sturzrisiko bei versorgten Personen** über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes war bei 74,9 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Personen erforderlich (Frage 11.5). Bei 86,8 Prozent (2019: 89,2 Prozent) dieser versorgten Personen war das Kriterium erfüllt. Bei 13,2 Prozent wurden versorgte Personen mit einem Sturzrisiko jedoch nicht über Risiken und Maßnahmen zu deren Beseitigung beraten, z. B. zu Hilfsmitteln wie Haltegriffe oder Gehhilfen oder Beseitigung von Stolperfallen.

Bei 23,1 Prozent der versorgten Personen, die im Rahmen der Prüfung in ihrer Wohnung von den Prüferinnen bzw. Prüfern aufgesucht wurden, war eine **Beratung bezüglich eines Dekubitusrisikos** erforderlich (Frage 11.7). Die erforderliche Beratung war bei 78,9 Prozent (2019: 80,1 Prozent) der betreffenden versorgten Personen nachvollziehbar, bei 21,1 Prozent dieser Personen war eine entsprechende Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen nicht nachvollziehbar.

Im Rahmen der Leistungserbringung waren bei 8,4 Prozent der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen **gewebeschonende Lagerungsmaßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus** vereinbart (Frage 11.9, Transparenzkriterium 13). Bei 80,0 Prozent (2019: 81,6 Prozent) der betroffenen Personen erfolgten diese Lagerungsmaßnahmen, bei 20,0 Prozent dieser Personen war dies nicht der Fall, sodass der Pflegedienst hier die ihm zur Verfügung stehenden Mittel zur Vermeidung eines Druckgeschwüres nicht genutzt hat.

Im Vergleich zum Berichtszeitraum 2019 hat sich bei den hier genannten vier Kriterien eine leichte Verschlechterung ergeben.

Abb. 20: Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zur Mobilität

(Erfüllungsgrad in Prozent)

11.3/T14 Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?

2023	92,6
2021	92,6
2019	93,1

11.5 Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?

2023	86,8
2021	86,3
2019	89,2

11.7 Werden versorgte Personen/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z. B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?

2023	78,9
2021	77,4
2019	80,1

11.9/T13 Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?

2023	80,0
2021	80,8
2019	81,6

In der ambulanten Pflege kann von den Pflegediensten aufgrund der spezifischen Versorgungssituation in der häuslichen Pflege nicht erwartet werden, dass regelmäßige Gewichtskontrollen durchgeführt werden, u. a. weil beispielsweise geeignete Sitzwaagen nicht zur Verfügung stehen. Das ist der Grund dafür, dass bei 78,7 Prozent (2019: 75,7 Prozent) der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen der Gewichtsverlauf im Rahmen der Prüfung nicht ermittelt werden konnte – was eine Steigerung im Vergleich zu den Vorberichten bedeutet. Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse zu den feststellbaren Gewichtsverläufen nur eingeschränkt bewertbar. Bei 1,4 Prozent (2019: 2,1 Prozent) der in die Prüfung einbezogenen Personen ist eine relevante Gewichtsabnahme (mehr als 5 Prozent in ein bis drei Monaten, mehr als 10 Prozent in sechs Monaten) zu verzeichnen gewesen. Der Anteil der bei ambulanten Pflegediensten in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen mit einer Ernährungssonde (Magen-sonde, PEG und PEJ) liegt bei 1,6 Prozent (2019: 3,0 Prozent) und ist damit weiter gesunken.

Tabelle 23:

Ambulante Pflege – Gewichtsverlauf und Ernährungssonden (Angaben in Prozent)

Jahr	2019	2021	2023
einbezogene Personen	81.502	27.358	70.537
Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten			
zugenommen	4,0	3,6	3,1
konstant	18,2	18,4	16,8
relative Abnahme	2,1	1,5	1,4
kann nicht ermittelt werden	75,7	75,6	78,7
versorgte Personen mit Sonde			
Magensonde	0,0	0,0	0,1
PEG-Sonde	2,9	2,8	1,4
PEJ-Sonde	0,1	0,2	0,1
gesamt	3,0	3,0	1,6

In der ambulanten Pflege wird mit Blick auf die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung unter anderem überprüft, ob versorgte Personen bzw. deren Angehörige bei Bedarf eine Information über erkennbare Risiken zur Flüssigkeitsversorgung (Frage 12.5, Transparenzkriterium 6) bzw. zur Nahrungsaufnahme (Frage 12.8, Transparenzkriterium 9) im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen durchgeführt worden ist und es wird erhoben, ob vereinbarte Leis-

tungen zur Flüssigkeitsversorgung (Frage 12.7, Transparenzkriterium 4) bzw. zur Nahrungsaufnahme (Frage 12.10, Transparenzkriterium 7) erbracht worden sind.

Bei 14,6 Prozent (2019: 19,6 Prozent) der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen war eine **Information über erkennbare Risiken zur Flüssigkeitsversorgung im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen** erforderlich (Frage 12.5, Transparenzkriterium 6). Bei 85,3 Prozent (2019: 85,8 Prozent) dieser Personen bzw. deren Angehörige erfolgte die erforderliche Information, bei 14,7 Prozent war dies nicht der Fall.

Bei 6,6 Prozent (2019: 8,4 Prozent) der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen konnte aufgrund vereinbarter Leistungen geprüft werden, ob **Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt** worden sind (Frage 12.7, Transparenzkriterium 4), z. B. das Anreichen oder Bereitstellen von Getränken. Bei 87,0 Prozent (2019: 88,3 Prozent) dieser Personen war die Durchführung dieser Leistungen nachvollziehbar, bei 13,0 Prozent der Personen war die Durchführung dieser Leistungen im Rahmen der Qualitätsprüfungen nicht nachvollziehbar.

Bei 14,6 Prozent (2019: 20,1 Prozent) der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen war eine **Information über erkennbare Risiken zur Ernährung im Rahmen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen** erforderlich (Frage 12.8, Transparenzkriterium 9). Genau wie 2019 erfolgte bei 83,6 Prozent dieser Personen die erforderliche Information, bei 16,4 Prozent war dies nicht der Fall.

Bei 7,3 Prozent (2019: 9,0 Prozent) der versorgten Personen, bei denen im häuslichen Umfeld die Versorgungsqualität geprüft worden ist, waren Leistungen zur Ernährung zwischen dem Pflegedienst und der versorgten Person vereinbart, z. B. die mundgerechte Zubereitung oder das Anreichen der Nahrung (Frage 12.10, Transparenzkriterium 7). Bei diesen Personen wurde überprüft, ob die **vereinbarten Leistungen zur Ernährung nachvollziehbar durchgeführt** worden sind. Bei 87 Prozent (2019: 87,4 Prozent) der versorgten Personen, die entsprechende Leistungen mit dem Pflegedienst vereinbart hatten, wurden diese Leistungen nachvollziehbar erbracht, bei 13 Prozent dieser Personen war dies nicht der Fall.

Der Anteil der in die Prüfung einbezogenen Personen, die diese Leistungen in Anspruch genommen haben und bei denen diese Kriterien im häuslichen Umfeld geprüft werden konnten, hat insgesamt abgenommen; der Erfüllungsgrad verharrt auf dem Niveau der vorherigen Berichtszeiträume.

Abb. 21: Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zum Essen und Trinken

(Erfüllungsgrad in Prozent)

12.5/T6 Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?

2023	85,3
2021	84,9
2019	85,8

12.7/T4 Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?

2023	87,0
2021	84,7
2019	88,3

12.8/T9 Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Ernährung informiert?

2023	83,6
2021	83,2
2019	83,6

12.10/T7 Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?

2023	87,0
2021	83,5
2019	87,4

Ein Beratungsbedarf bei versorgten Personen mit Einschränkungen bei der Kontinenz bestand bei einem Anteil von 35,4 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Personen (Frage 13.3). Eine **Beratung über erforderliche Maßnahmen bei Ausscheidungen**, wie z. B. zur Benutzung von Inkontinenzmaterialien oder den Einsatz von Hilfsmitteln, erfolgte bei 80,1 Prozent (2019: 80,6 Prozent) dieser Personen, bei 19,9 Prozent der betroffenen versorgten Personen erfolgte diese nicht.

Bei 36,9 Prozent der versorgten Personen, bei denen die Versorgungsqualität überprüft worden ist, wurden **Leistungen zur Unterstützung bei der Ausscheidung bzw. zur Inkontinenzversorgung** vom Pflegedienst erbracht (Frage 13.5, Transparenzkriterium 11). Bei 89,9 Prozent (2019: 91,2 Prozent) wurden diese Leistungen nachvollziehbar erbracht, bei 10,1 Prozent dieser Personen war dies nicht der Fall.

Bei 11,4 Prozent der in die Prüfungen ambulanter Pflegedienste einbezogenen versorgten Personen war eine **Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen bei vorliegender Demenz** erforderlich (Frage 14.1). Bei 76,1 Prozent (2019: 77,5 Prozent) dieser versorgten Personen erfolgte eine entsprechende Beratung der betroffenen Personen oder ihrer Angehörigen z. B. zum Umgang mit Selbstgefährdung, Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung), bei 23,9 Prozent der betroffenen versorgten Personen war eine solche Beratung nicht nachvollziehbar.

Bei 14,1 Prozent der einbezogenen versorgten Personen war die **Beachtung von biografischen und anderen Besonderheiten aufgrund einer Demenz** durch den ambulanten Pflegedienst notwendig. Bei 91,2 Prozent (2019: 91,3 Prozent) der versorgten Personen hatten die Prüferinnen und Prüfer festgestellt, dass die pflegerelevante Biografie dieser Personen mit Blick auf z. B. Vorlieben, Abneigungen oder Gewohnheiten im Rahmen der Durchführung von vereinbarten Pflegeleistungen durch den Pflegedienst beachtet wurden (Frage 14.2, Transparenzkriterium 15). Bei 8,8 Prozent der betroffenen Personen erfolgte keine Berücksichtigung.

Fast bei jeder versorgten Person, die in die Qualitätsprüfung ambulanter Pflegedienste einbezogen worden ist, wurden Leistungen zur Körperpflege erbracht. 97 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen Personen erhielten solche Leistungen (Frage 15.3, Transparenzkriterium 1). Bei 93,6 Prozent (2019: 94,8 Prozent) dieser versorgten Personen wurden **individuelle Wünsche bei der Körperpflege** berücksichtigt, z. B. Vorlieben und Abneigungen, die sich u. a. auf den Ablauf, den zeitlichen Umfang oder die eingesetzten Hilfsmittel bei der Körperpflege beziehen. Bei 6,4 Prozent der versorgten Personen wurden die individuellen Wünsche bei der Körperpflege nicht berücksichtigt.

Auch bei diesen Kriterien hat die Relevanz bei den versorgten Personen, bei denen im häuslichen Umfeld die Versorgungsqualität geprüft worden ist, insgesamt abgenommen. Über alle Kriterien zieht sich außerdem eine leichte Verschlechterung zu den vorherigen Berichtszeiträumen.

Abb. 22: Ambulante Pflege – Ausgewählte Kriterien zu Ausscheidung, Demenz und Körperpflege

(Erfüllungsgrad in Prozent)

13.3 Werden versorgte Personen/Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z. B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?

2023	80,1
2021	81,2
2019	80,6

13.5/T11 Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?

2023	89,9
2021	89,4
2019	91,2

14.1 Werden versorgte Personen/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?

2023	76,1
2021	76,8
2019	77,5

14.2/T15 Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?

2023	91,2
2021	91,0
2019	91,3

15.3/T1 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?

2023	93,6
2021	93,0
2019	94,8

4.3.2 Abrechnungsprüfung in der ambulanten Pflege

Aufgrund wiederholter Fälle von Abrechnungsbetrug durch ambulante Pflegedienste in der Vergangenheit hat der Gesetzgeber reagiert und mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) die Abrechnungsprüfung als festen Bestandteil in die Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegediensten integriert. Seit dem 15. Oktober 2016 finden diese Abrechnungsprüfungen statt.

Die Abrechnungsprüfung wird bei den Qualitätsprüfungen als Screening durchgeführt. Sie erfolgt bei allen in die Stichprobe einbezogenen Personen. Bei PKV-Versicherten ist jedoch nur eine eingeschränkte Prüfung möglich, da hier nicht die gleichen Rahmenbedingungen gelten wie bei gesetzlich Versicherten, insbesondere bezüglich der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V.

Bewertungsmaßstab für die Abrechnungsprüfungen sind die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI, Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI, Verträge nach § 132a SGB V sowie die zugehörigen Vergütungsvereinbarungen. Diese Unterlagen sind den Prüferinnen bzw. Prüfern vom ambulanten Pflegedienst bei der Prüfung vorzulegen.

Geprüft werden Leistungen, die die Pflegedienste den Kranken- und Pflegekas- sen in Rechnung gestellt haben. Die Prüferinnen und Prüfer berücksichtigen dabei Informationen aus der Inaugenscheinnahme (z. B. Pflegezustand, Medikamente, Wunde), Auskünfte der versorgten Personen und Angehörigen, Auskünfte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegedienste sowie deren Unterlagen (z. B. Rechnungen, Qualifikationsnachweise, Tourenpläne, Durchführungsnachweise).

Die Abrechnungsprüfung bezieht sich im Rahmen des SGB XI auf

- körperbezogene Pflegemaßnahmen,
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen,
- Hilfen bei der Haushaltsführung

und im Rahmen des SGB V auf

- Behandlungspflege,
- Grundpflege,
- hauswirtschaftliche Versorgung.

Zu diesen Leistungen wird jeweils geprüft, ob die

- in Rechnung gestellten Leistungen erbracht worden sind.
- Leistungen vertragskonform erbracht worden sind.

Die Prüfung der in Rechnung gestellten Leistungen erfolgt für mindestens sieben Tage, dabei sollten nach Möglichkeit ein Wochenende oder zwei Feiertage einbezogen werden, bei Bedarf werden weitere Tage berücksichtigt. Bei Auffällig-

keiten werden Kopien erstellt. Die Auffälligkeiten werden im Prüfbericht erfasst. Werden Auffälligkeiten festgestellt, wird der Prüfbericht auch an die betroffene Kranken- oder Pflegekasse versendet. Dabei wird gegenüber der Kranken- oder Pflegekasse mitgeteilt, bei welcher versicherten Person die Auffälligkeiten festgestellt worden sind, dem Prüfbericht werden dabei Kopien als Nachweise für die Auffälligkeiten beigelegt. Die Kranken- oder Pflegekassen entscheiden anschließend über das weitere Vorgehen.

Datengrundlage

Für den Berichtszeitraum 2023 liegen Daten aus 10.954 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten vor. Je nachdem, welche Leistungen erbracht worden sind (SGB XI und/oder SGB V), sind bei diesen Personen die in Rechnung gestellten Leistungen in die Abrechnungsprüfungen einbezogen worden.

Die in die Prüfung einbezogenen Personen erhalten entweder ausschließlich Leistungen nach SGB XI oder SGB V oder die einbezogenen Personen erhielten Leistungen aus beiden Versicherungsarten. Für 93,7 Prozent (2019: 97,0 Prozent) der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen mit Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen nach SGB XI lagen Daten zur Abrechnungsprüfung vor. Des Weiteren lagen für 50,4 Prozent (2019: 67,4 Prozent) der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen mit Leistungen nach § 37 SGB V Daten zur Abrechnungsprüfung vor. Bei den meisten Personen handelt es sich dabei um die Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 SGB V.

Vor diesem Hintergrund werden die Ergebnisse der Abrechnungsprüfungen für die **körperbezogenen Pflegemaßnahmen (SGB XI) und die Behandlungspflege (SGB V) hier differenziert dargestellt**, die Ergebnisse zu den anderen Leistungen sowie die Gründe für nicht erfüllte Kriterien können dem Tabellenanhang entnommen werden.

Ergebnisse der Abrechnungsprüfung

Im Rahmen der Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI wird u. a. überprüft, ob nachvollzogen werden kann, dass **die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht** worden sind. Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist. Ist dies nicht der Fall, wird das Kriterium mit „nein“ beantwortet und zusätzlich angegeben, welche Auffälligkeiten konkret festgestellt worden sind. Das Kriterium konnte bei 96,5 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen geprüft werden. Bei 94,6 Prozent (2019: 92,8 Prozent) dieser Personen wurden keine Auffälligkeiten festgestellt. Bei 5,2 Prozent (2019: 6,9 Prozent) der versorgten Personen wurden jedoch Auffälligkeiten in Bezug auf die in Rechnung gestellten Leistungen identifiziert. Bei 0,2 Prozent der versorgten Personen lagen noch keine Abrechnungen vor.

Bei diesen Auffälligkeiten wurden als häufigster Grund mit 32,6 Prozent (2019: 34,5 Prozent) Diskrepanzen zwischen Nachweisen festgestellt. Beispielsweise stimmten der Tourenplan oder die Rechnung nicht mit dem Durchführungsnachweis überein. Ein weiterer häufiger Grund von Auffälligkeiten war bei 26,3 Prozent (2019: 23,6 Prozent) der einbezogenen versorgten Personen, dass andere, etwa eine Teilwaschung statt einer Lagerung, oder teurere als die erbrachten Leistungen in Rechnung gestellt wurden.

Bei 19,3 Prozent (2019: 23,6 Prozent) der einbezogenen versorgten Personen stimmten deren Auskünfte bzw. die Auskünfte der Pflegepersonen oder Angehörigen nicht mit der Pflegedokumentation überein. Bei 14,2 Prozent (2019: 12,5 Prozent) der auffälligen Rechnungen fanden die Prüferinnen bzw. Prüfer Hinweise darauf, dass die in Rechnung gestellten Leistungen gar nicht erbracht worden sind. Bei weiteren 13,3 Prozent (2019: 10,4 Prozent) der auffälligen Rechnungen wurden Hinweise darauf gefunden, dass die Leistungen häufiger in Rechnung gestellt worden sind als vom Pflegedienst erbracht, beispielsweise wurde eine Teilwaschung am Wochenende in Rechnung gestellt, obwohl die Angehörigen diese durchgeführt haben.

Darüber hinaus wird überprüft, ob nachvollzogen werden kann, dass die **erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt** worden sind. Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI einschließlich Anlagen und die Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen im geprüften Abrechnungszeitraum, Hausbesuchspauschalen, Fahrtkostenregelungen, gegebenenfalls Zeitvereinbarungen und Qualifikationsanforderungen sind dabei zu beachten. Auch dieses Kriterium konnte bei 96,5 Prozent der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen geprüft werden. Das Kriterium war bei 94 Prozent (2019: 93,4 Prozent) der einbezogenen Personen erfüllt, bei 4,3 Prozent (2019: 5,1 Prozent) der versorgten Personen war die vertragskonforme Leistungserbringung jedoch nicht nachvollziehbar. Bei 1,7 Prozent der versorgten Personen lagen noch keine Abrechnungen vor. Als häufigsten Grund haben die Prüferinnen bzw. Prüfer bei diesen Auffälligkeiten mit 30,9 Prozent (2019: 41,8 Prozent) angegeben, dass der vereinbarte Leistungskomplex nicht vollständig erbracht worden ist, z. B. wurde der Leistungskomplex „Ganzwaschung“ in Rechnung gestellt, es wurde jedoch nur eine „Teilwaschung“ durchgeführt. Bei 15,4 Prozent (2019: 9,0 Prozent) der einbezogenen versorgten Personen wurden die an das Pflegepersonal gestellten Qualifikationsanforderungen unterlaufen.

Abb. 23: Ambulante Pflege – Abrechnungsprüfung körperbezogener Maßnahmen

(Erfüllungsgrad in Prozent)

16.1.5 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?

2023	94,6
2021	94,0
2019	92,8

16.1.6 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?

2023	94,0
2021	94,1
2019	93,4

Im Rahmen der Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB V wird insbesondere geprüft, ob nachvollzogen werden kann, dass die **in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht** worden sind. Das Kriterium ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist. Im Rahmen der Abrechnungsprüfung werden alle von der Krankenkasse genehmigten ärztlich verordneten Leistungen geprüft. Das Kriterium konnte bei 50,4 Prozent (2019: 67,4 Prozent) der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen geprüft werden. Bei 94,5 Prozent (2019: 95,0 Prozent) dieser Personen wurden keine Auffälligkeiten gefunden. Bei 3,7 Prozent (2019: 4,3 Prozent) der versorgten Personen wurden jedoch Auffälligkeiten in Bezug auf die in Rechnung gestellten Leistungen identifiziert. Bei 1,8 Prozent der versorgten Personen lagen noch keine Abrechnungen vor.

Hier wurde von den Prüferinnen und Prüfern als häufigster Grund für die Auffälligkeiten mit 37,9 Prozent (2019: 69,6 Prozent) Diskrepanzen zwischen Nachweisen (z. B. Tourenplan oder Rechnung stimmen nicht mit Durchführungsnachweis überein) festgestellt. Bei 29,6 Prozent der versorgten Personen wurde festgestellt, dass die Pflegedokumentation nicht mit der Auskunft der pflegebe-

dürftigen Person, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen übereinstimmt. Bei 10,5 Prozent (2019: 15,2 Prozent) der auffälligen Abrechnungen lagen Hinweise vor, dass die Leistungen häufiger in Rechnung gestellt worden sind als erbracht, z. B. wurde die Medikamentengabe jeweils dreimal täglich in Rechnung gestellt, aber nur zweimal täglich vom Pflegedienst erbracht, während abends Angehörige der versorgten Person die Medikamente verabreicht haben. Bei weiteren 5,4 Prozent (2019: 7,5 Prozent) der auffälligen Abweichungen konnten die Prüferinnen bzw. Prüfer Hinweise dafür finden, dass die in Rechnung gestellten Leistungen gar nicht erbracht worden sind.

Bezogen auf die Behandlungspflege wird weiterhin überprüft, ob nachvollzogen werden kann, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform und gemäß der HKP-Richtlinie in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren. Die Frage bezieht sich auf die Regelungen der Verträge nach § 132a SGB V einschließlich Anlagen und entsprechenden Vergütungsvereinbarung. Insbesondere Abrechnungsausschlüsse, Inhalte der Leistungen (Mindestanforderungen), Qualifikationsanforderungen (z. B. Erbringung bestimmter behandlungspflegerischer Maßnahmen durch Pflegefachkräfte), Hausbesuchspauschalen (z. B. Abschläge für mehrere Personen im Haushalt/Wohngemeinschaften/Betreutes Wohnen), Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch, Fahrtkostenregelungen und gegebenenfalls Zeitvereinbarungen sind zu beachten. Weiterhin ist zu beachten, ob der die Verordnung auslösende Sachverhalt im geprüften Abrechnungszeitraum vorlag (z. B. die Wunde bei der Abrechnung der Leistung Wundversorgung) und die die ärztliche Verordnung konkretisierenden ärztlichen Vorgaben (z. B. Medikamentenplan) mit den abgerechneten Leistungen übereinstimmen (z. B. Häufigkeit der Medikamentengabe). Auch dieses Kriterium konnte bei 50,4 Prozent (2019: 67,4 Prozent) der in die Prüfungen einbezogenen versorgten Personen geprüft werden. Das Kriterium war bei 94,1 Prozent (2019: 92,1 Prozent) der einbezogenen Personen erfüllt, bei 4,4 Prozent (2019: 5,4 Prozent) der versorgten Personen war die vertragskonforme Leistungserbringung jedoch nicht nachvollziehbar. Bei 1,5 Prozent der versorgten Personen lagen noch keine Abrechnungen vor. Als häufigsten Grund haben die Prüferinnen und Prüfer bei diesen Auffälligkeiten mit 52,4 Prozent (2019: 57,1 Prozent) angegeben, dass die Qualifikationsanforderungen unterlaufen worden sind. Das bedeutet, dass z. B. die Versorgung einer chronischen Wunde durch eine unqualifizierte Kraft durchgeführt worden ist, obwohl nach vertraglichen Regelungen hier der Einsatz einer Pflegefachkraft vorgesehen ist. Bei 20,5 Prozent der versorgten Personen wurde festgestellt, dass die Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch missachtet wurden. Bei weiteren 10,2 Prozent (2019: 11,3 Prozent) der einbezogenen versorgten Personen waren die Abrechnungen von Hausbesuchen bzw. Fahrtkosten für die Prüferinnen bzw. Prüfer nicht nachvollziehbar. Eine Besonderheit bei der Prüfung der Abrechnungen behandlungspflegerischer Leistungen ist, dass auch

bewertet wird, ob der der Leistung zugrunde liegende Bedarf zum Zeitpunkt der Abrechnung noch vorgelegen hat, also ob z. B. bei einer Wundversorgung auch tatsächlich eine zu versorgende Wunde bei der versorgten Person vorhanden war. Mit 3,8 Prozent (2019: 3,4 Prozent) haben die Prüferinnen und Prüfer bei einem kleinen Anteil der Auffälligkeiten die Feststellung getroffen, dass die Leistung nicht (mehr) erforderlich war.

Abb. 24: Ambulante Pflege – Abrechnungsprüfung Behandlungspflege – Teil 1

(Erfüllungsgrad in Prozent)

16.2.3 Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?

2023	94,5
2021	94,9
2019	95,0

16.2.4 Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?

2023	94,1
2021	91,5
2019	92,1

Häufigkeiten von Abrechnungsauffälligkeiten je Pflegedienst

Die Medizinische Dienst bzw. der PKV-Prüfdienst führen im Rahmen der Qualitätsprüfungen ein Screening nach Auffälligkeiten bei den Abrechnungen von Leistungen durch. Die Bewertung der Ergebnisse aus Abrechnungsprüfungen obliegt jedoch den Kassen. Um einen Eindruck davon zu erhalten, wie häufig Abrechnungsauffälligkeiten bei den Pflegediensten im Rahmen des Screenings festgestellt werden, wurde die Anzahl der Auffälligkeiten je Pflegedienst berechnet. Dabei ist zu beachten, dass nicht jede Abrechnungsauffälligkeit so relevant ist, dass sie eine Reaktion der Pflegekassen oder der Krankenkasse nach sich zieht. Andererseits kann auch eine einzelne Auffälligkeit bereits von hervorgehobener Bedeutung sein (z. B. Handzeichen durch eine nicht beschäftigte Mitarbeiterin oder einen nicht beschäftigten Mitarbeiter) und einen Anfangsverdacht auf einen finanziellen Schaden der Pflege- und Krankenkassen begründen. Neben den qualitativen Ausprägungen der bei der Abrechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst bzw. PKV-Prüfdienst festgestellten Auffälligkeiten ist die Häufigkeit festgestellter Abrechnungsauffälligkeiten je Pflegedienst für die Landesverbände der Pflegekassen und die Pflegekassen eine Entscheidungsgrundlage dafür, ob diese eine vertiefte Analyse durchführen und gegebenenfalls gegenüber den Pflegediensten Maßnahmen ergreifen. Aus diesem Grund wird den Landesverbänden der Pflegekassen mit dem Prüfbericht gemäß der QPR Ambulante Pflege auch die Häufigkeit aller Abrechnungsauffälligkeiten je Pflegedienst mitgeteilt.

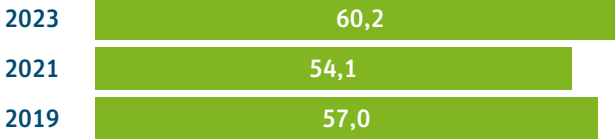
Für diesen Bericht wurden jeweils die Ergebnisse der Abrechnungsprüfung für alle je Pflegedienst in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen addiert.

Von den 10.954 geprüften Pflegediensten wiesen 60,2 Prozent (2019: 57,0 Prozent) keine Auffälligkeiten auf. Bei 39,8 Prozent (2019: 43,0 Prozent) der geprüften ambulanten Pflegedienste haben die Prüferinnen bzw. Prüfer mindestens eine Auffälligkeit bei der Abrechnung der Leistungen festgestellt: Bei 24,2 Prozent (2019: 27,2 Prozent) der Pflegedienste haben die Prüferinnen und Prüfer ein bis fünf Auffälligkeiten festgestellt, 9,5 Prozent (2019: 9,4 Prozent) der geprüften Pflegedienste wiesen zwischen sechs bis zehn Auffälligkeiten auf und bei einem Anteil von 6,2 Prozent (2019: 6,4 Prozent) der ambulanten Pflegedienste haben die Prüferinnen bzw. Prüfer sogar mehr als zehn Auffälligkeiten festgestellt.

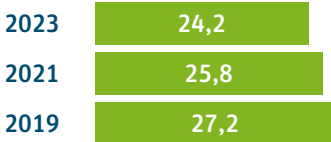
Abb. 25: Ambulante Pflege – Abrechnungsprüfung Behandlungspflege – Teil 2

(Angaben in Prozent)

Anzahl der Auffälligkeiten: 0



Anzahl der Auffälligkeiten: 1–5



Anzahl der Auffälligkeiten: 6–10



Anzahl der Auffälligkeiten: >10



4.3.3 Einrichtungsbezogene Struktur- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege

Bei den Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste bzw. den PKV-Prüfdienst werden im Bereich der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität insbesondere Kriterien zur räumlichen Ausstattung des Pflegedienstes, zur Aufbau- und Ablauforganisation, zum Qualitätsmanagement und zur Hygiene erhoben.

Bei der ambulanten Pflege zeigten sich bei der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität bei vielen Prüfkriterien Verbesserungen zu den vorherigen Berichtszeiträumen. Dies kann dem Umstand zugeschrieben werden, dass die Pflegedienste seit Jahren bei Qualitätsprüfungen zu diesen Kriterien immer wieder auf gegebenenfalls vorhandene Qualitätsprobleme hingewiesen und beraten worden sind. Bei diesen eher formal ausgerichteten Kriterien können durch organisatorische Verfahren und Dokumentationen relativ leicht Verbesserungen erreicht werden.

Aus der Erfüllung von einrichtungsbezogenen Kriterien zur Struktur- und Prozessqualität können keine unmittelbaren Schlüsse auf die tatsächliche Versorgungsqualität gezogen werden.

An dieser Stelle werden vor allem die Ergebnisse von Kriterien aufgeführt, bei denen es in vorherigen Berichtszeiträumen bei einem relevanten Anteil der Einrichtungen noch nicht gelungen war, die entsprechenden strukturellen Anforderungen zu erfüllen, die nun jedoch Qualitätsentwicklungen zeigen.

- 4.3** Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen vor Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?
- 5.2** Setzt der ambulante Pflegedienst die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?
- 6.1** Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?
- 6.2** Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes nachweislich bekannt?
- 6.4** Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?
- 7.2** Anforderungen an die Aufbauorganisation Personal bei spezieller Krankenbeobachtung

- 7.2.1** Die für die spezielle Krankenbeobachtung verantwortliche Pflegefachkraft verfügt über folgende Qualifikationen:
- 7.2.4** Die Pflegefachkräfte, die selbstständig und eigenverantwortlich beatmungs- bzw. intensivspezifische Aufgaben im Zusammenhang mit der speziellen Krankenbeobachtung durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:
- 7.3** Anforderungen an die Ablauforganisation bei spezieller Krankenbeobachtung
 - 7.3.1** Sind geeignete Regelungen für ein Übernahmemanagement vorhanden?
 - 7.3.2** Ist die pflegefachliche Begleitung der Mitarbeiter bei Übernahme einer Person mit spezieller Krankenbeobachtung geregelt und wird diese Regelung nachvollziehbar umgesetzt?
- 7.4** Anforderungen an das Qualitätsmanagement bei spezieller Krankenbeobachtung
 - 7.4.2** Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zum Notfallmanagement?
 - 7.4.3** Bestehen Regelungen die sicherstellen, dass alle an spezifischen Medizinprodukten eingesetzten Mitarbeiter in deren Anwendung eingewiesen sind?

Bei den Qualitätsprüfungen wird mit dem Kriterium „**Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?**“ (Frage 4.3) bewertet, ob Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer Qualifikation unterhalb einer einjährigen Ausbildung als Altenpflegehelfer bzw. Krankenpflegehelfer durch Pflegefachkräfte mittels fachlicher Anleitung und Überprüfung (z. B. durch mitarbeiterbezogene Pflegevisiten) systematisch begleitet werden, damit diese bei der Leistungserbringung die fachlichen Anforderungen einhalten. 2023 lag wie auch 2019 der Erfüllungsgrad bei diesem Kriterium bei 86,5 Prozent der ambulanten Pflegedienste.

Tabelle 24:
Ambulante Pflege – Anleitung und Überprüfung von Hilfskräften (Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Jahr		2019		2021		2023	
geprüfte Pflegedienste		13.519		4.441		10.954	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen vor Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	86,6	86,5	88,6	84,3	88,6	86,5

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegediensten wird mit dem Kriterium **„Setzt der ambulante Pflegedienst die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?“** eruiert, ob aus Dokumenten des internen Qualitätsmanagements zweifelsfrei erkennbar ist, dass die Implementierung des jeweiligen Expertenstandards entsprechend den Empfehlungen des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) erfolgt ist (Frage 5.2). In die Prüfung wurden exemplarisch zwei Expertenstandards einbezogen. Die Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden Expertenstandards erfolgte in den geprüften 10.954 ambulanten Pflegediensten nach dem Zufallsprinzip. Der Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“ wurde mit 50,9 Prozent ausgewählt und von 84,8 Prozent (2019: 78,8 Prozent) der Pflegedienste implementiert. Am häufigsten ist der Expertenstandard „Sturzprophylaxe“ mit 52,4 Prozent (2019: 40,1 Prozent) gezogen und mit 83,5 Prozent (2019: 82,0 Prozent) durch die Pflegedienste umgesetzt worden. Mit 35,2 Prozent (2019: 26,3 Prozent) wurde der Expertenstandard „Kontinenzförderung“ ausgewählt und von 84,2 Prozent (2019: 76,5 Prozent) der ambulanten Pflegedienste implementiert. Der Expertenstandard „chronische Wunden“ wurde mit 29,1 Prozent (2019: 29,7 Prozent) ausgewählt und von 84,0 Prozent (2019: 77,7 Prozent) der Pflegedienste umgesetzt. Der Expertenstandard „Ernährungsmanagement“ wurde mit 25,4 Prozent (2019: 18,0 Prozent) gezogen und zu 81,1 Prozent (2019: 73,2 Prozent) durch die Pflegedienste angewendet.

Tabelle 25:

Ambulante Pflege – Setzt der ambulante Pflegedienst zwei per Zufallsauswahl ausgewählte Expertenstandards um? (Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Jahr	2019		2021		2023	
geprüfte Pflegedienste	13.519		4.441		10.954	
Expertenstandard	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
Dekubitusprophylaxe	37,3	78,8	46,1	82,1	50,9	84,8
Sturzprophylaxe	40,1	82,0	50,7	84,0	52,4	83,5
Kontinenzförderung	26,3	76,5	28,9	79,5	35,2	84,2
chronische Wunden	29,7	77,7	28,0	79,7	29,1	84,0
Ernährungsmanagement	18,0	73,2	19,5	77,8	25,4	81,1

Ein funktionierendes Hygienemanagement ist eine wichtige Voraussetzung im ambulanten Pflegedienst, um Krankheitsübertragungen zu vermeiden bzw. Infektionen rechtzeitig zu erkennen. Mit der Frage „**Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?**“ wird durch die Prüferinnen und Prüfer eruiert, ob alle innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen zur Hygiene den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sind und mindestens Angaben über die Händedesinfektion, das Tragen von Schutzkleidung, den Umgang mit Schmutzwäsche sowie die Hygiene im Umgang mit Pflegehilfsmitteln und der Aufbereitung von Geräten enthalten (Frage 6.1). Bei der Überprüfung, ob im Rahmen des Hygienemanagements alle erforderlichen Desinfektionsmittel vorhanden sind, erfüllten mit 98,2 Prozent (2019: 97,9 Prozent) der Pflegedienste das Kriterium.

Abb. 26: Ambulante Pflege – Hygienemanagement

(Erfüllungsgrad in Prozent)

6.1a Innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und zum Umgang mit Sterilgut

2023	95,8
2021	94,9
2019	94,9

6.1b Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände

2023	97,3
2021	96,7
2019	97,5

6.1c Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft

2023	87,9
2021	86,7
2019	86,5

6.1d Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen sind den Mitarbeitern bekannt

2023	92,3
2021	91,8
2019	92,6

6.1e Alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden

2023	98,2
2021	98,0
2019	97,9

Im Rahmen der Qualitätsprüfung ist durch die Prüferinnen bzw. Prüfer festzustellen, ob **im ambulanten Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes (RKI) nachweislich bekannt** sind (Frage 6.2). Der Trend zu einer Verschlechterung im Vergleich der Berichtszeiträume 2016 zu 2019 zeigte sich nicht mehr, eine Verbesserung trat im Nachweis des Bekanntheitsgrades bei der Empfehlung zur Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen (Frage 6.2.e) auf (2019: 73,5 Prozent; 2023 83,6 Prozent). Während die Prüffragen zur Händehygiene, zur Prävention und Kontrolle kateterassoziierter Harnwegsinfektionen, zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) und zur Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen in allen ambulanten Pflegediensten geprüft wurden, war das Prüfkriterium zur Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie (Frage 6.2c) nur in ambulanten Pflegediensten mit beatmeten Personen relevant (2019: 2.747 ambulante Pflegedienste; 2021: 728 ambulante Pflegedienste; 2023: 1.692 ambulante Pflegedienste).

Abb. 27: Ambulante Pflege – Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert-Koch-Institutes (KRINKO)

(Nachweis Bekanntheitsgrad in Prozent)

6.2a Empfehlung zur Händehygiene bekannt

2023	88,4
2021	87,7
2019	88,2

6.2b Empfehlung zur Prävention und Kontrolle katheterassoziierter Harnwegsinfektionen bekannt

2023	87,1
2021	86,1
2019	87,0

6.2c Empfehlung zur Prävention der nosokomialen beatmungsassozierten Pneumonie bekannt

2023	92,0
2021	88,7
2019	90,6

6.2d Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus-areus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen bekannt

2023	87,9
2021	87,1
2019	88,3

6.2e Empfehlung zur Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen

2023	83,6
2021	80,9
2019	73,5

Mit der Frage danach, ob **geeignete Standards bzw. Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vorliegen**, wird durch die Prüferinnen und Prüfer eruiert, ob der ambulante Pflegedienst in seinen schriftlichen Regelungen den „Maßnahmenplan beim Auftreten von MRSA“ der Deutschen Gesellschaft für Krankenhäuser (DGKH) beachtet (Frage 6.4). Im Jahr 2023 hatten 89,3 Prozent (2019: 88,0 Prozent) der geprüften ambulanten Pflegedienste entsprechende Regelungen vorliegen, die sich u. a. auf Hygienemaßnahmen wie z. B. der Anwendung einer persönlichen Schutzausrüstung durch Pflegefachkräfte in der Versorgung von Personen mit MRSA beziehen. Bei 10,7 Prozent der geprüften Pflegedienste war dies nicht der Fall, d. h. die Empfehlungen des Maßnahmenplans wurden in den Regelungen des Pflegedienstes nicht berücksichtigt oder Schulungsmaßnahmen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht durchgeführt.

Tabelle 26:
Ambulante Pflege –Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen (Anteil erfüllter Kriterien in Prozent)

Jahr		2019	2021	2023
geprüfte Pflegedienste		13.519	4.441	10.954
Frage	Kriterium	davon Kriterium erfüllt	davon Kriterium erfüllt	davon Kriterium erfüllt
6.4	Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	88,0	89,4	89,3

Im Folgenden beziehen sich die Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten mit mindestens einer Person mit spezieller Krankenbeobachtung auch auf die Versorgung von Personen mit außerklinischer Intensivpflege nach § 37c SGB V.

Im Rahmen der Qualitätsprüfung der 812 ambulanten Pflegedienste mit mindestens einer Person mit **spezieller Krankenbeobachtung** ist die **Qualifikation der für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen verantwortlichen Pflegefachkraft** bewertet worden (Frage 7.2.1). 87,8 Prozent dieser geprüften Pflegedienste versorgten beatmungspflichtige Personen. In 98,9 Prozent (2021: 97,6 Prozent) dieser Pflegedienste verfügte die verantwortliche Kraft über eine Qualifikation als Pflegefachkraft (Frage 7.2.1a). In 92,3 Prozent (2021: 90,5 Prozent) der geprüften Pflegedienste verfügten die für die beatmungspflichtigen Personen verantwortlichen Pflegefachkräfte über eine Zusatzqualifikation entweder als Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut mit pflegerischer Ausbildung, Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege oder über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung im Beatmungsbereich in den letzten fünf Jahren einschließlich einer strukturierten Fortbildung im Umfang von mindestens 200 Stunden (Frage 7.2.1b).⁷

Abb. 28: Ambulante Pflege – Anforderungen an die Aufbauorganisation Personal bei spezieller Krankenbeobachtung – Teil 1

(Erfüllungsgrad in Prozent)

Die für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen verantwortliche Pflegefachkraft verfügt über folgende Qualifikationen:

7.2.1a Pflegefachperson

2023	98,9
2021	97,6

7.2.1b Weiterbildung und Berufserfahrung gemäß Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V

2023	92,3
2021	90,5

⁷ Ein Vergleich zum 6. Qualitätsbericht ist aufgrund einer inhaltlich geänderten Fragestellung nicht möglich, daher wurden die Zahlen aus dem 7. Qualitätsbericht herangezogen.

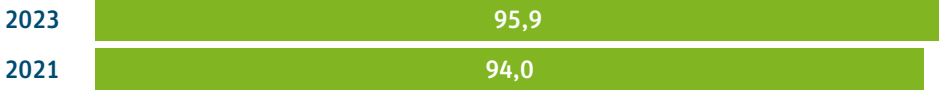
Im Rahmen der Qualitätsprüfung der 812 ambulanten Pflegedienste mit mindestens einer Person mit **spezieller Krankenbeobachtung** ist die **Qualifikation der Pflegefachkräfte überprüft worden, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten versorgten Personen durchführen** (Frage 7.2.4)⁷. In 86,5 Prozent der geprüften Pflegedienste war die eigenverantwortliche Versorgung von beatmeten Personen im Rahmen der speziellen Krankenbeobachtung durch eine Pflegefachkraft relevant. In 95,9 Prozent (94,0 Prozent) dieser Pflegedienste verfügten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über eine Qualifikation als Pflegefachkraft (Frage 7.2.4a). In 82,3 Prozent (77,0 Prozent) dieser Pflegedienste verfügten die Pflegefachkräfte entweder über eine Zusatzqualifikation (Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut mit pflegerischer Ausbildung, Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege, strukturierte Fortbildung im Umfang von mindestens 120 Stunden) oder über eine mindestens einjährige Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Intermediate Care-Station oder außerklinische Beatmung) in den letzten fünf Jahren (Frage 7.2.4b). Außerdem war in 52,8 Prozent der geprüften Pflegedienste relevant, ob neu eingesetzte Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung zum Zeitpunkt der erstmaligen Übernahme der eigenverantwortlichen fachpflegerischen Versorgung bei einer Qualifizierungsmaßnahme angemeldet und nicht länger als sechs Monate ohne Zusatzqualifikation eingesetzt waren. Dieses Kriterium erfüllten 77,9 Prozent (2021: 70,1 Prozent) der geprüften Pflegedienste. Zum Berichtszeitraum 2021 lassen sich Verbesserungen feststellen.

Abb. 29: Ambulante Pflege – Anforderungen an die Aufbauorganisation Personal bei spezieller Krankenbeobachtung – Teil 2

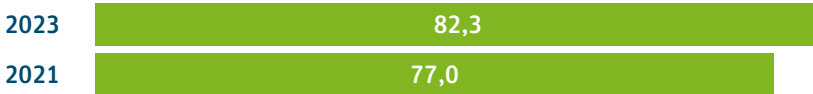
(Erfüllungsgrad in Prozent)

Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten versorgten Personen durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:

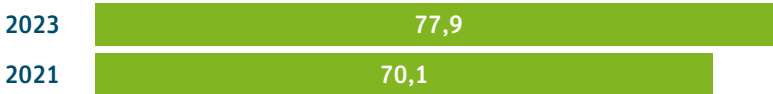
7.2.4a Pflegefachperson



7.2.4b Weiterbildung oder Berufserfahrung gemäß Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V



7.2.4c Ohne einschlägige Berufserfahrung: Verfahren gemäß Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V



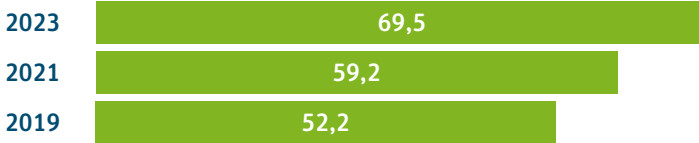
Für versorgte Personen mit einem Bedarf an spezieller Krankenbeobachtung ist **ein geregeltes Übernahmemanagement** im ambulanten Pflegedienst wesentlich, um die Überleitung aus dem klinischen Bereich in die Häuslichkeit ohne Versorgungsdefizite zu gewährleisten und die Koordination mit den an der Versorgung beteiligten Akteuren (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Geräteprovider) sicherzustellen (Frage 7.3.1). Für das Übernahmemanagement wird der Einsatz von Entlassungs-Ausstattungs-Checklisten empfohlen, die u. a. Aussagen zur technischen Ausstattung der Beatmung aber auch zum Beatmungszugang und -modus enthalten müssen. Von 812 geprüften ambulanten Pflegediensten, die mindestens eine Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie oder außerklinischen Intensivpflege versorgten, hielten 86,0 Prozent (2019: 72,5 Prozent) ein Übernahmemanagement vor. 14,0 Prozent der Dienste erfüllten dieses Kriterium jedoch nicht.

Neben einem geregelten Übernahmemanagement musste in den geprüften 812 ambulanten Pflegediensten, die mindestens eine Person mit spezieller Krankenbeobachtung oder außerklinischer Intensivpflege versorgten, sichergestellt sein, **dass eine pflegefachliche Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Übernahme einer versorgten Person mit spezieller Krankenbeobachtung geregelt ist und diese Regelung nachvollziehbar umgesetzt wird** (Frage 7.3.2). Mit 69,5 Prozent (2019: 52,2 Prozent) hielten deutlich mehr Pflegedienste als im Jahr 2019 schriftliche Verfahren vor, mit denen Regelungen dazu getroffen werden, dass insbesondere in den ersten zwei Wochen nach Übernahme der versorgten Person und nach Aufenthalt im Krankenhaus bzw. Beatmungszentrum mehrfach Begleitungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen von Pflegevisiten durch die verantwortliche Pflegefachkraft erfolgen (Frage 7.3.2a). Das Kriterium war zu bewerten, wenn in den letzten zwölf Monaten Personen zur Versorgung mit spezieller Krankenbeobachtung aufgenommen worden sind. Dies traf auf 72,8 Prozent (2019: 73,4 Prozent) der ambulanten Pflegedienste zu. 62,3 Prozent (2019: 49,0 Prozent) dieser Pflegedienste setzten die Regelungen zur pflegefachlichen Begleitung bei den aufgenommenen bzw. übernommenen versorgten Personen um (Frage 7.3.2b). Zugleich erfüllten 37,7 Prozent der geprüften Pflegedienste dieses Kriterium nicht. Auch hier zeigt sich zum vorherigen Berichtszeitraum eine Verbesserung, wenn gleich auch mit weiterem Nachholbedarf.

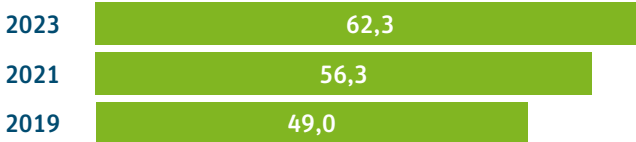
Abb. 30: Ambulante Pflege – Regelung und Umsetzung einer pflegefachlichen Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Übernahme einer versorgten Person mit spezieller Krankenbeobachtung

(Erfüllungsgrad in Prozent)

7.3.2a Regelung liegt vor



7.3.2b Regelung umgesetzt



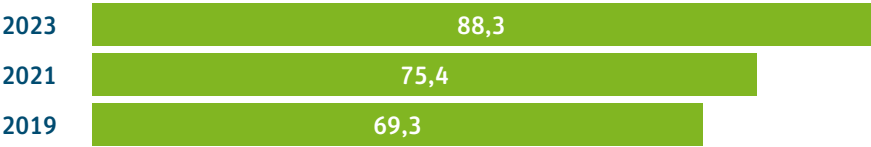
Im Rahmen der Qualitätsprüfung der 812 ambulanten Pflegedienste, die mindestens eine Person mit spezieller Krankenbeobachtung versorgten, ist auch geprüft worden, ob die Dienste **schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zum Notfallmanagement vorhielten** (Frage 7.4.2). Dieses Kriterium ist für die Patientensicherheit relevant. 88,3 Prozent (2019: 69,3 Prozent) der Pflegedienste erfüllten dieses Kriterium, d. h. die Dienste konnten schriftliche Regelungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich der speziellen Krankenbeobachtung zum Umgang mit medizinischen Notfällen, z. B. Trachealkanülenzwischenfällen, und zum Umgang mit nichtmedizinischen Notfällen wie einem Stromausfall oder Gerätedefekt vorweisen, die den eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch bekannt waren. Somit verfügten nur noch 11,7 Prozent der ambulanten Dienste nicht über ein solches Konzept.

Wie auch 2019 war bei 89,7 Prozent (2019: 89,6 Prozent) der 812 geprüften ambulanten Pflegedienste, die mindestens eine Person mit spezieller Krankenbeobachtung versorgten, zudem relevant, ob **Regelungen bestehen, die sicherstellen, dass alle an spezifischen Medizinprodukten eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in deren Anwendung eingewiesen sind** (Frage 7.4.3). Dieses Kriterium ist ebenfalls für die Patientensicherheit von Bedeutung. 83,8 Prozent (2019: 68,9 Prozent) der Pflegedienste konnten Verfahrensanweisungen bzw. Regelungen vorweisen, die sicherstellen, dass das eingesetzte Personal an den Beatmungsgeräten oder Infusionsgeräten eingewiesen wurde. Auch hier verfügten nur noch 16,2 Prozent (2019: 31,1 Prozent) der im außerklinischen Bereich tätigen ambulanten Pflegedienste über kein schriftlich festgelegtes Verfahren.

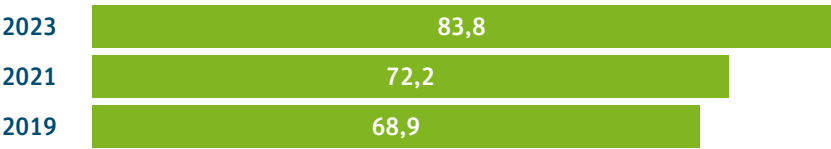
Abb. 31: Ambulante Pflege – Schriftliche Regelungen zum Notfallmanagement und zu Einweisungen eingesetzter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Anwendung von spezifischen Medizinprodukten

(Erfüllungsgrad in Prozent)

7.4.2 Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zum Notfallmanagement?



7.4.3 Bestehen Regelungen, die sicherstellen, dass alle an spezifischen Medizinprodukten eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in deren Anwendung eingewiesen sind?



4.3.4 Zufriedenheit in der ambulanten Pflege

Ein Zusammenhang zwischen der Versorgungsqualität auf der einen Seite und der Zufriedenheit der versorgten Personen, die von ambulanten Pflegediensten versorgt werden auf der anderen Seite, kann nicht ohne weiteres hergestellt werden. Auch in diesem Bericht wird auf die methodischen Gründe wie sozial erwünschtes Antwortverhalten, Abhängigkeitsverhältnis oder Generationenfrage hingewiesen. Wie in den vorherigen Berichtsjahren werden sehr hohe Zufriedenheitswerte bei den versorgten Personen ermittelt. Obwohl die Fragen zur Zufriedenheit bei 50 Prozent der in die Stichprobe einbezogenen Personen relevant erschienen, wurden diese nicht immer beantwortet. So antworteten nur 53,7 Prozent der Personen auf die Frage zur Zufriedenheit mit dem ambulanten Pflegedienst; diese waren dann jedoch zu 98,9 Prozent immer zufrieden. Beim Umgang mit Beschwerden zeigt sich jedoch weiterhin ein Optimierungsbedarf aus Perspektive der versorgten Personen. Die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung werden im Tabellenanhang dargestellt.

5

Qualitätsprüfungen in der häuslichen Krankenpflege nach § 275b SGB V



Durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) wurde die Möglichkeit geschaffen, Qualitätsprüfungen bei Leistungserbringern durchzuführen, die ausschließlich einen Versorgungsvertrag für die häusliche Krankenpflege nach § 132a SGB V und keinen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI für Leistungen der Pflegeversicherung haben. Für diese Qualitätsprüfungen wurden durch den GKV-Spitzenverband gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) nach § 282 in Verbindung mit § 275b SGB V (QPR-HKP) Prüfkriterien entwickelt. Mit diesen Richtlinien werden seit dem 1. Januar 2018 jährliche Regelprüfungen von ambulanten Pflegediensten ermöglicht, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a SGB V geschlossen haben und die keiner Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 SGB XI unterliegen. Zudem können die Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkassen den Medizinischen Dienst nun auch mit Anlassprüfungen beauftragen.

Die Erstfassung dieser Richtlinien wurde auf der Grundlage von Regelungen zur ambulanten außerklinischen Intensivpflege in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V im Jahr 2019 angepasst (MDS und GKV-SV 2019b).

Nach den Informationen der Medizinischen Dienste haben diese im Jahr 2023 auf der Grundlage von Prüfaufträgen Qualitätsprüfungen bei diesen Leistungserbringern im einstelligen Bereich durchgeführt; eine Qualitätsberichterstattung erscheint aufgrund der geringen Anzahl nicht sinnvoll.

Am 1. Juli 2023 traten die Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 SGB V in Kraft. Diese bilden in der Zukunft die Grundlage für die Versorgungsverträge nach § 132l Absatz 5 SGB V wie auch für die Qualitätsprüfungen. Die auf dieser Grundlage angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach § 275b SGB V traten am 13. Juli 2024 in Kraft.

6

Qualitätsprüfungen in ambulanten Betreuungsdiensten



Ambulante Pflegedienste erbringen körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) aus Mai 2019 wurde mit den ambulanten Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a SGB XI eine neue Versorgungsform zugelassen. Diese dürfen nur pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung, jedoch keine körperbezogenen Pflegemaßnahmen nach § 36 SGB XI erbringen. Ambulante Betreuungsdienste unterliegen einer Qualitätsprüfung nach § 114 ff. SGB XI. Für diese Qualitätsprüfungen liegt die QPR Teil 1b – Ambulante Betreuungsdienste (MDS und GKV-Spitzenverband 2020b) vor.

In der Pflegestatistik für 2023 sind 70 reine ambulante Betreuungsdienste erfasst (Statistisches Bundesamt 2024). Dem Medizinischen Dienst liegen für 2023 Daten aus weniger als 30 Prüfungen in ambulanten Betreuungsdiensten vor. Im 8. Pflege-Qualitätsbericht wird daher auf eine Ergebnisdarstellung für ambulante Betreuungsdiensten verzichtet.

7

Fazit und Ausblick



Im 7. Pflegequalitätsbericht wurden die Prüfergebnisse abweichend vom üblichen Verfahren nicht kommentiert, da die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Prüfergebnisse nicht einschätzbar waren. Der 8. Pflegequalitätsbericht bezieht sich auf Prüfergebnisse aus dem Jahr 2023. Im Jahr 2023 war die Covid-19-Pandemie weitgehend überwunden, so dass davon ausgegangen werden kann, dass diese keinen nennenswerten Einfluss mehr auf die Prüfergebnisse hatte. Daher wurden die Prüfergebnisse im 8. Pflegequalitätsbericht wieder kommentiert und eingeordnet. Hierbei zeigten sich in den verschiedenen Settings unterschiedliche Entwicklungen.

7.1 Entwicklung in der vollstationären Pflege

Auf mögliche Ursachen für die dargestellte Qualität in der vollstationären Pflege wurde in Kapitel 2.3 eingegangen. Neben Anstrengungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen, durch Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements Verbesserungen zu erzielen, wird es erforderlich sein, die Rahmenbedingungen für die vollstationäre Pflege zu verbessern.

Das Prüf- und Indikatorenverfahren für die vollstationäre Pflege wird seit Ende 2019 umgesetzt. Gemäß dem gesetzlichen Auftrag aus § 113b Absatz 4 Nummer 5 SGB XI ist die Umsetzung der Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung wissenschaftlich zu evaluieren und den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI sind Vorschläge zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu unterbreiten. Mit dieser Evaluation ist die Bietergemeinschaft, bestehend aus IGES Institut GmbH, aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH und Science to Business GmbH Hochschule Osnabrück, durch den Qualitätsausschuss beauftragt worden. Ergebnisse aus dieser breit angelegten Evaluation werden voraussichtlich in der zweiten Jahreshälfte 2026 vorliegen.

7.2 Neues Prüfverfahren in der Tagespflege

In Tagespflegeeinrichtungen liegt der konzeptionelle Schwerpunkt auf der Betreuung und Beschäftigung der Tagespflegegäste. Körperbezogene Pflegemaßnahmen und Maßnahmen der Behandlungspflege spielen im Alltag der Tagespflegeeinrichtungen hingegen eine untergeordnete Rolle. Bei Tagespflegegästen sind mehrere Personen bzw. Einrichtungen an der Versorgung beteiligt. Tagespflegegäste suchen die Tagespflegeeinrichtung zudem in der Regel nicht täglich, sondern an einer bestimmten Anzahl an Tagen, z. B. ein- oder zweimal in der Woche, auf. Aus diesem Grund haben Tagespflegeeinrichtungen nur einen begrenzten Einfluss auf die Versorgungsqualität der Tagespflegegäste insgesamt.

In der Tagespflege wurde 2022 ein neues Prüfverfahren eingeführt. Bei den mit diesem Prüfverfahren zu bewertenden Qualitätsaspekten zeigen sich überwiegend gute Prüfergebnisse. Qualitätsdefizite mit einem Risiko für eine negative Folge oder Qualitätsdefizite mit einer bereits eingetretenen negativen Folge wurden – auch aufgrund des begrenzten Einflusses der Tagespflege auf die Versorgungsqualität – relativ selten festgestellt.

Wenn sich die Prüfergebnisse verstetigen, kann aufgrund der eingeschränkten Einwirkungsmöglichkeiten der Tagespflege auf die Versorgungsqualität und der guten Prüfergebnisse grundsätzlich eine Verlängerung des Prüfrhythmus in Erwägung gezogen werden.

7.3 Neues Prüfverfahren für die ambulante Pflege

In der ambulanten Pflege wird noch das herkömmliche Prüfinstrument eingesetzt. Mit diesem Prüfinstrument zeigen sich in der ambulanten Pflege im Vergleich zu 2019 teilweise Verbesserungen bei der Qualität und zwar sowohl bei den leichter zu erreichenden Strukturkriterien als auch bei den auf die Versorgungsqualität ausgerichteten Prüfkriterien. Bei einigen Qualitätskriterien zeigen sich jedoch auch Verschlechterungen. Eine Einordnung dieser Entwicklung auch im Vergleich zur vollstationären Pflege findet sich in Kapitel 4.3.

Bei den Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege steht eine weitreichende Veränderung noch bevor. Auch für die ambulante Pflege wurde im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege ein neues Prüfverfahren entwickelt. Das Prüfverfahren wurde pilotiert und aufgrund der Erkenntnisse aus der Pilotierung angepasst. Zudem ist in einer weiteren Pilotierung das Prüfverfahren für spezialisierte Pflegedienste (außerklinische Intensivpflege, psychiatrische häusliche Krankenpflege) überprüft worden. Die Erkenntnisse daraus haben zu einer weiteren Anpassung des Prüfverfahrens geführt. Auch hat der Qualitätsausschuss Pflege im Rahmen eines Ergänzungsauftrages die Entwicklung eines Prüfverfahrens für ambulante Betreuungsdienste beauftragt. Die entsprechenden Grundlagen zur Entwicklung neuer Qualitätsprüfungs-Richtlinien liegen nun vor. Weitere Festlegungen, insbesondere Änderungen zu Qualifikationsanforderungen an Betreuungskräfte, die in der ambulanten Versorgung tätig werden, werden aktuell im Rahmen der Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität in der ambulanten Pflege nach § 113 SGB XI noch beraten.

Der MD Bund hat begonnen, die Prüfverfahren in neue Qualitätsprüfungs-Richtlinien zu übertragen. Dieses Verfahren ist sehr komplex, da es um Qualitätsprüfungen in allgemeinen ambulanten Pflegediensten, in spezialisierten Pflegediensten für außerklinische Intensivpflege und psychiatrische häusliche Krankenpflege sowie um ambulante Betreuungsdienste geht. Voraussichtlich werden die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien für ambulante Pflegedienste und ambulante Betreuungsdienste Mitte 2025 vorliegen und nach weiteren Implementierungsschritten umgesetzt werden können.

7.4 Qualitätsprüfungen in der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege

Mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) wurden die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V überführt. Auf der Grundlage des GKV-IPReG wurden neue Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 Satz 4 SGB V vereinbart und es mussten neue Verträge zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern geschlossen werden. Aus diesen Änderungen hat sich auch ein Anpassungsbedarf für die QPR-HKP ergeben. Diese wurden angepasst und sind am 13. Juli 2024 als QPR-HKP und AKI in Kraft getreten.

In Einrichtungen nach § 132a Absatz 4 SGB V und in Einrichtungen nach § 132l Absatz 5 SGB V sind Regelprüfungen durchzuführen, wenn diese keiner Prüfpflicht nach dem SGB XI unterliegen. Entsprechende Vertragskonstellationen lagen in der Vergangenheit nur noch sehr selten vor, so dass lediglich in wenigen Einzelfällen Qualitätsprüfungen bei diesen Leistungserbringern in Auftrag gegeben wurden. Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen sind die Prüfergebnisse nicht statistisch aufbereitet worden.

Neu hingegen ist, dass für Einrichtungen nach § 132l Absatz 5 Nr. 1 (Wohneinheiten mit mindestens zwei Versicherten) oder Nummer 2 SGB V (stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI) durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen auch dann Regelprüfungen zu veranlassen sind, wenn diese einer Regelprüfung nach § 114 SGB XI unterliegen. Voraussichtlich kann im 9. Pflegequalitätsbericht über Prüfergebnisse bei diesen Leistungserbringern berichtet werden.

7.5 Herausforderungen in der Zukunft

Die sich verändernden Rahmenbedingen (Demografie, Personal und Fachkräftemangel, Kostensteigerungen, Anstieg der Eigenanteile etc.) stellen die Pflege vor enorme Herausforderungen. Diese Veränderungen machen es erforderlich, über das Qualitätssystem in der Pflege immer wieder neu nachzudenken. Das Ziel muss sein, die Pflege zukunftsfest zu gestalten, damit sie den Herausforderungen der Zukunft gewachsen ist.

Literatur

Bundesagentur für Arbeit (Zugriff 17.10.2024): https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Fachkraeftebedarf/Engpassanalyse-Nav.html?Thema%3Denglist%26DR_Region%3Dd%26DR_Engpassbewertung%3De%26DR_Anf%3D2%26mapHadSelection%3Dfalse%26toggleswitch%3D0

Barmer (Zugriff 18.10.2024): <https://www.tk.de/presse/themen/pflege/pflegepolitik/krankenstand-bei-pflegekraeften-auf-rekordhoch-2149302>

Barmer (Hrsg.) (2023): *Barmer Pflegereport 2023. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 44.* Autoren: Rothgang H, Müller R. Berlin.

Barmer (Hrsg.) (2024): *Barmer Pflegereport 2024. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 47.* Autoren: Rothgang H, Müller R. Berlin

Büscher A et al. (2018): *Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht.* Osnabrück, Bielefeld.

Büscher A et al. (2023): *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.* Osnabrück, Bielefeld.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2024): *Achter Pflegebericht. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.* Berlin.

Haas F et al. (2021): *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.* Berlin.

Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität in der ambulanten Pflege in der Fassung vom 9. November 2022.

Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität in der Tagespflege in der Fassung vom 6. September 2022.

MDS und GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2019a): *Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI. Vollstationäre Pflege.* Essen, Berlin.

MDS und GKV-Spitzenverband (2019b): *Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V QPR-HKP.* Essen, Berlin.

MDS und GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2020a): *Qualitätsprüfungs-Richtlinien, Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI. Teil 1a – Ambulante Pflegedienste.* Essen, Berlin.

MDS und GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2020b): *Qualitätsprüfungs-Richtlinien, Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI. Teil 1b – Ambulante Betreuungsdienste.* Essen, Berlin.

MDS und GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2021) *Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI. Tagespflege.* Essen, Berlin.

MDS (2020): *6. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege.* Essen.

Rothgang H et. al. (2020): *Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM).* Bremen et. al.

Statistisches Bundesamt (2024): *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.* 2023. Wiesbaden.

Wingenfeld K et al. (2018): *Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege Abschlussbericht: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung.* Bielefeld, Göttingen.

Tabellenanhang



Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2023

Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

geprüfte Einrichtungen		8.819	
		Anzahl	in Prozent
E 7.	an der Prüfung Beteiligte*		
	keine	7.616	86,4
	Pflegekasse	24	0,3
	Sozialhilfeträger	-	0,0
	nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	513	5,8
	Gesundheitsamt	34	0,4
	Trägerverband	272	3,1
	sonstige	470	5,3
F 1. – 3.	Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI		
	Regelprüfungen	8.123	92,1
	Anlassprüfungen	429	4,9
	Wiederholungsprüfungen	267	3,0
D 11.	Trägerart		
	privat	3.634	41,2
	freigemeinnützig	4.752	53,9
	öffentlich	371	4,2
	nicht zur ermitteln	61	0,7

*Mehrfachnennungen möglich

Allgemeine Angaben

Anzahl untersuchter Personen		72.097	
		Anzahl	in Prozent
B 10.	Pflegegrad		
	kein Pflegegrad	49	0,1
	Pflegegrad 1	371	0,5
	Pflegegrad 2	14.178	19,7
	Pflegegrad 3	31.061	43,1
	Pflegegrad 4	19.380	26,9
	Pflegegrad 5	7.058	9,8
B 11.	Gruppenzugehörigkeit der versorgten Person		
	Subgruppe A	17.433	24,2
	Subgruppe B	15.004	20,8
	Subgruppe C	16.333	22,7
1.2.2	Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme		
	Magensonde	18	0,0
	PEG-Sonde	1.445	2,0
	PEJ-Sonde	57	0,1

Anzahl untersuchter Personen		72.097	
		Anzahl	in Prozent
1.3	Nutzung von ...		
	suprapubischem Katheter	2.140	3,0
	transurethralem Katheter	3.543	4,9
	Inkontinenzprodukten		
	offene	36.144	50,1
	geschlossene	-	0,0
	Stoma	1.074	1,5
2.3	vorliegende Wunden – untersuchte Personen ...		
	mit Dekubitus	2.781	3,9
	mit Ulcus Cruris	759	1,1
	mit diabetischem Fußsyndrom	172	0,2
	mit sonstigen chronischen Wunden	1.049	1,5
	mit sonstigen nicht chronischen Wunden	2.593	3,6

Prüfung bei den versorgten Personen – Qualitätsbereiche 1 – 4 (Angaben in Prozent)

Anzahl geprüfte versorgte Personen		72.097				
Qualitätsbereich 1 Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung		Kriterium relevant bei	(A) keine Auffälligkeiten	(B) Auffälligkeiten	(C) Defizit mit Risiko	(D) Defizit mit negativer Folge
1.1	Unterstützung im Bereich Mobilität	93,3	74,8	5,0	14,1	6,1
1.2	Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	69,0	84,5	3,1	8,3	4,1
1.3	Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	76,0	85,2	4,0	9,7	1,1
1.4	Unterstützung bei der Körperpflege	97,9	86,1	2,4	7,8	3,7
Qualitätsbereich 2 Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen		Kriterium relevant bei	(A) keine Auffälligkeiten	(B) Auffälligkeiten	(C) Defizit mit Risiko	(D) Defizit mit negativer Folge
2.1	Medikamentöse Therapie	97,9	78,0	2,8	11,6	7,6
2.2	Schmerzmanagement	47,6	78,5	4,2	14,4	2,9
2.3	Wundversorgung	11,3	67,4	2,2	15,6	14,9
2.4	Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen	3,8	87,0	1,4	7,4	4,2
Qualitätsbereich 3 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte		Kriterium relevant bei	(A) keine Auffälligkeiten	(B) Auffälligkeiten	(C) Defizit mit Risiko	(D) Defizit mit negativer Folge
3.1	Unterstützung bei der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung	48,2	89,6	3,3	6,1	0,9
3.2	Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation	80,7	93,3	1,2	3,9	1,6
3.3	Nächtliche Versorgung	70,6	83,9	1,5	11,1	3,5

Anzahl geprüfte versorgte Personen		72.097				
Qualitätsbereich 4 Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen		Kriterium relevant bei	(A) keine Auffällig- keiten	(B) Auffällig- keiten	(C) Defizit mit Risiko	(D) Defizit mit negativer Folge
4.1	Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug	45,8	89,8	1,0	7,1	2,2
4.2	Überleitung bei Krankenhausaufenthalt	18,9	88,0	0,9	7,7	3,4
4.3	Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen	17,5	75,4	3,4	18,3	3,0
4.4	Freiheitsentziehende Maßnahmen	4,8	91,0	1,4	4,6	3,0

Prüfung auf Einrichtungsebene – Qualitätsbereich 5 (Angaben in Prozent)

geprüfte Einrichtungen		8.819
Qualitätsbereich 5 Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen		Anteil festgestellter Defizite
5.1	Abwehr von Risiken und Gefährdungen	56,6
5.2	Biografieorientierte Unterstützung	14,7
5.3	Einhaltung von Hygieneanforderungen	8,8
5.4	Hilfsmittelversorgung	10,4
5.5	Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit	14,9

Prüfung auf Einrichtungsebene – Qualitätsbereich 6 (Angaben in Prozent)

geprüfte Einrichtungen		8.819	
Qualitätsbereich 6 Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement		Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
6.1	Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft		
6.1.1	Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung ?	100,0	96,9
6.1.2	Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?	100,0	94,9
6.1.3	Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	100,0	98,5
6.1.4	Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	100,0	94,9
6.1.5	Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?	100,0	95,5
6.1.6	Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?	100,0	85,7
6.1.7	Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen?	100,0	96,2
6.2	Begleitung sterbender Personen und ihrer Angehörigen*		
6.2.1	Liegt ein schriftliches Konzept für die Begleitung sterbender Personen und ihrer Angehörigen vor?	97,2	99,8
6.2.2	Gibt es Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z. B. Palliativdienste, Hospizinitiativen) und namentlich bekannte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Ansprechpartner für solche Einrichtungen?	97,2	91,9
6.2.3	Ist konzeptionell geregelt, dass die Wünsche der versorgten Person und der Angehörigen für den Fall einer gesundheitlichen Krise und des Versterbens erfasst werden?	97,2	98,0
6.2.4	Ist konzeptionell geregelt, dass Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sind und jederzeit verfügbar sind?	97,2	95,0
6.2.5	Ist konzeptionell geregelt, dass im Sterbefall eine direkte Information der Angehörigen entsprechend den von ihnen hinterlegten Wünschen erfolgt?	97,2	97,6

* entfällt bei Prüfungen von solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen

geprüfte Einrichtungen		8.819	
Qualitätsbereich 6 Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement		Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
6.3	Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten		
6.3.1	Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	100,0	88,8
6.3.2	Werden Qualitätsdefizite systematisch bewertet und bei Bedarf bearbeitet?	97,1	86,5
6.3.3	Hat die Einrichtung geeignete Maßnahmen eingeleitet, um schlechte Versorgungsergebnisse (Qualitätsindikatoren) zu verbessern?	67,3	83,1
6.3.4	Werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert?	98,1	86,3
6.3.5	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	100,0	95,6

Plausibilitätsprüfung (Angaben in Prozent)

Anzahl geprüfter Einrichtungen	7.611		
	keine Auffällig-keiten	Auffällig-keiten festgestellt	kritischer Bereich
Auffälligkeiten im Erhebungsreport	93,7	4,0	2,3
Angaben zur Mobilität (1.1)	95,4	4,0	0,6
Angaben zu gravierenden Sturzfolgen (1.1)	96,2	3,6	0,2
Angaben zu Gewichtsverlust und zu den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen (1.2)	97,7	2,0	0,2
Angaben zur Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung (1.4)	94,3	4,9	0,8
Angaben zum Thema Schmerz (2.2)	71,6	17,8	10,6
Angaben zur Dekubitusentstehung (2.3)	97,6	2,3	0,1
Angaben zur Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (3.2)	93,0	5,8	1,1
Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2)	93,7	5,3	1,0
Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs (4.1)	96,1	3,0	0,9
Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2)	96,9	2,8	0,3
Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4)	99,1	0,9	0,0
Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4)	97,7	2,2	0,2

Qualitätsprüfungen in der Tagespflege 2023

Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

geprüfte Einrichtungen		3.999	
		Anzahl	in Prozent
E 7.	an der Prüfung Beteiligte*		
	keine	3.682	92,1
	Pflegekasse	-	0,0
	Sozialhilfeträger	-	0,0
	nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	87	2,2
	Gesundheitsamt	4	0,1
	Trägerverband	93	2,3
	sonstige	137	3,4
F 1. – 3.	Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI		
	Regelprüfungen	3.981	99,5
	Anlassprüfungen	14	0,4
	Wiederholungsprüfungen	4	0,1
D 11.	Trägerart		
	privat	1.707	42,7
	freigemeinnützig	2.178	54,5
	öffentlich	67	1,7
	nicht zur ermitteln	47	1,2

*Mehrfachnennungen möglich

Allgemeine Angaben

Anzahl untersuchter Tagespflegegäste	21.340	
	Anzahl	in Prozent
B 10. Pflegegrad		
kein Pflegegrad	3	0,0
Pflegegrad 1	151	0,7
Pflegegrad 2	5.540	26,0
Pflegegrad 3	10.098	47,3
Pflegegrad 4	4.733	22,2
Pflegegrad 5	813	3,8

Anzahl untersuchter Tagespflegegäste	21.340	
	Anzahl	in Prozent
1.2.2 Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme		
Magensonde	2	0,0
PEG-Sonde	45	0,2
PEJ-Sonde	2	0,0
1.3 Nutzung von ...		
Suprapubischem Katheter	277	1,3
Transurethralem Katheter	172	0,8
Inkontinenzprodukten	3.799	17,8
Stoma	96	0,4
2.3 vorliegende Wunden – untersuchte Tagespflegegäste ...		
mit Dekubitus	7	0,0
mit Ulcus Cruris	2	0,0
mit diabetischem Fußsyndrom	-	0,0
mit sonstigen chronischen Wunden	-	0,0
mit sonstigen nicht chronischen Wunden	3	0,0

Prüfung bei den Tagespflegegästen – Qualitätsbereiche 1 – 4 (Angaben in Prozent)

Anzahl geprüfte Tagespflegegäste		21.340				
Qualitätsbereich 1 Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung		Kriterium relevant bei	(A) keine Auffälligkeiten	(B) Auffälligkeiten	(C) Defizit mit Risiko	(D) Defizit mit negativer Folge
1.1	Unterstützung im Bereich Mobilität	45,0	88,9	4,0	7,1	0,7
1.2	Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	21,2	92,7	3,1	3,5	0,7
1.3	Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	20,8	91,4	3,7	5,0	0,2
1.4	Unterstützung bei der Körperpflege	4,5	89,4	2,0	8,2	0,5
Qualitätsbereich 2 Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen		Kriterium relevant bei	(A) keine Auffälligkeiten	(B) Auffälligkeiten	(C) Defizit mit Risiko	(D) Defizit mit negativer Folge
2.1	Medikamentöse Therapie	16,0	85,1	3,8	9,4	2,4
2.2	Schmerzmanagement	29,2	83,9	4,6	10,9	0,7
Qualitätsbereich 3 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte		Kriterium relevant bei	(A) keine Auffälligkeiten	(B) Auffälligkeiten	(C) Defizit mit Risiko	(D) Defizit mit negativer Folge
3.1	Unterstützung bei der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung	14,2	93,7	3,0	3,3	0,0
3.2	Unterstützung bei der Beschäftigung und Kommunikation	43,1	96,6	1,4	1,9	0,1
Qualitätsbereich 4 Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen		Kriterium relevant bei	(A) keine Auffälligkeiten	(B) Auffälligkeiten	(C) Defizit mit Risiko	(D) Defizit mit negativer Folge
4.1	Aufnahme in die Tagespflege	19,8	92,2	1,7	5,7	0,4
4.2	Unterstützung von Tagespflegegästen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen	3,2	84,2	2,5	12,7	0,6

Prüfung auf Einrichtungsebene – Qualitätsbereich 5 (Angaben in Prozent)

geprüfte Einrichtungen	3.999
Qualitätsbereich 5 Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen	Anteil festgestellter Defizite
5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen	13,9
5.2 Biografieorientierte Unterstützung	2,4
5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen	0,3
5.4 Hilfsmittelversorgung	0,7
5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit	3,5

Prüfung auf Einrichtungsebene – Qualitätsbereich 6 (Angaben in Prozent)

geprüfte Einrichtungen	3.999	
Qualitätsbereich 6 Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft		
6.1.1 Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung ?	100,0	98,0
6.1.2 Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?	100,0	96,7
6.1.3 Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	100,0	98,9
6.1.4 Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	100,0	96,4
6.1.5 Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?	100,0	98,0
6.1.6 Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?	100,0	95,4
6.1.7 Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen?	100,0	97,1

geprüfte Einrichtungen		3.999	
Qualitätsbereich 6 Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement		Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
6.2	Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten		
6.2.1	Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	100,0	95,0
6.2.2	Werden Qualitätsdefizite systematisch bewertet und bei Bedarf bearbeitet?	74,9	93,7
6.2.3	Werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert?	89,2	94,8
6.3.4	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	100,0	97,7

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2023

Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

geprüfte Einrichtungen		10.954	
		Anzahl	in Prozent
1.3g	an der Prüfung Beteiligte*		
	keine	10.437	95,3
	Pflegekasse	15	0,1
	Sozialhilfeträger	2	0,0
	Gesundheitsamt	1	0,0
	Trägerverband	178	1,6
	sonstige	336	3,1
1.4a – c:	Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI		
	Regelprüfungen	10.444	95,3
	Anlassprüfungen	403	3,7
	Wiederholungsprüfungen	107	1,0
1.2j	Trägerart		
	privat	7.435	67,9
	freigemeinnützig	3.357	30,6
	öffentlich	86	0,8
	nicht zur ermitteln	76	0,7
1.2q:	Zertifizierung		
	liegt vor	388	3,5
	liegt nicht vor	10.566	96,5
1.2w:	Wird mindestens bei einer versorgten Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie durch den Pflegedienst erbracht?		
	ja	812	7,4
	nein	10.142	92,6

*Mehrfachnennungen möglich

geprüfte Einrichtungen		10.954	
		Anzahl	in Prozent
1.5:	Versorgte Personen (nur Regelprüfungen)	1.336.216	
	davon Leistungsempfänger nach:		
	ausschließlich SGB XI	264.345	19,8
	ausschließlich SGB V	351.043	26,3
	SGB XI und SGB V	345.563	25,9
	sonstige	375.265	28,1

Allgemeine Angaben (Angaben in Prozent)

geprüfte Einrichtungen		10.954	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
2.2/T27	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?	100,0	98,2
2.3/T26	Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?	100,0	98,0

Aufbauorganisation Personal (Angaben in Prozent)

geprüfte Einrichtungen		10.954	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
3.1	Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?		
3.1b/T32	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?	100,0	98,4
3.1g/T33	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?	79,3	95,6

Ablauforganisation (Angaben in Prozent)

geprüfte Einrichtungen		10.954	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
4.1	Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?		
	4.1a Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt	100,0	97,2
	4.1b personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt	100,0	98,8
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	88,6	86,5
4.4	Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?		
	4.4a dokumentenecht	100,0	97,7
	4.4b Soll-, Ist- und Ausfallzeiten	100,0	96,6
	4.4c Zeitpunkt der Gültigkeit	100,0	99,2
	4.4d vollständige Namen	100,0	98,7
	4.4e Qualifikation	100,0	95,3
	4.4f Umfang des Beschäftigungsverhältnisses	100,0	96,7
	4.4g Legende für Dienst- und Arbeitszeiten	100,0	97,8
	4.4h Datum	100,0	98,1
	4.4i Unterschrift der verantwortlichen Person	100,0	96,2
4.5	Liegen geeignete Einsatz-/Tourenpläne vor?		
	4.5a Datum der Gültigkeit	100,0	98,4
	4.5b tageszeitliche Zuordnung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu versorgten Personen	100,0	97,7
	4.5c Angabe der verantwortlichen Person	100,0	97,7
4.6/T34	Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?	100,0	95,6

Qualitätsmanagement (Angaben in Prozent)

geprüfte Einrichtungen		10.954	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
5.1	Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?	100,0	94,4
5.2	Setzt der ambulante Pflegedienst die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?		
	5.2a Dekubitutprophylaxe	50,9	84,8
	5.2d Sturzprophylaxe	52,4	83,5
	5.2e Kontinenzförderung	35,2	84,2
	5.2f Chronische Wunden	29,1	84,0
	5.2g Ernährungsmanagement	25,4	81,1
5.3	Liegt im Pflegedienst eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?		
	5.3a aktuell (umfasst alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die seit mehr als einer Woche beschäftigt sind)	100,0	95,6
	5.3b Nennung der Qualifikation	100,0	96,5
	5.3c Vor- und Zunamen	100,0	98,9
	5.3d Handzeichen übereinstimmend	100,0	96,5
5.4/T31	Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?	100,0	94,0
5.6/T29	Werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	100,0	91,5
5.7/T28	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?	100,0	97,9
5.8/T30	Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?	100,0	98,2

Hygiene (Angaben in Prozent)

geprüfte Einrichtungen		10.954	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
6.1	Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement		
6.1a	Innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	100,0	95,8
6.1b	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	100,0	97,3
6.1c	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	100,0	87,9
6.1d	Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt	100,0	92,3
6.1e	Alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	100,0	98,2
6.2	Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Institutes nachweislich bekannt?		
6.2a	Empfehlung zur Händehygiene bekannt	100,0	88,4
6.2b	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle katheterassoziierter Harnwegsinfektionen bekannt	100,0	87,1
6.2c	Empfehlung zur Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie bekannt	15,4	92,0
6.2d	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen bekannt	100,0	87,9
6.2e	Empfehlung zur Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen	100,0	83,6
6.3	Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?		
6.3a	Handschuhe	100,0	99,9
6.3b	Händedesinfektionsmittel	100,0	99,7
6.3c	Schutzkleidung	100,0	99,5
6.4	Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	100,0	89,3

**Angaben zur Prüfung und zum ambulanten Pflegedienst
bei spezieller Krankenbeobachtung**

geprüfte Pflegedienste, die mindestens eine Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie versorgen		812	
7.1.1	Versorgungssituation bei spezieller Krankenbeobachtung		
versorgte Personen mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie (nur Regelprüfungen)		7.725	
davon:		Anzahl	in Prozent
in der eigenen Häuslichkeit		4.139	53,6
in einer Wohngemeinschaft		3.265	42,3
in betreutem Wohnen		234	3,0
sonstige Wohnformen		87	1,1

Anforderungen an die Aufbauorganisation Personal bei spezieller Krankenbeobachtung

(Angaben in Prozent)

geprüfte Pflegedienste, die mindestens eine Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie versorgen		812	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
7.2.1	Die für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen verantwortliche Pflegefachkraft verfügt über folgende Qualifikationen:		
7.2.1a	Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger	87,8	98,9
7.2.1b	1. Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut oder 2. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie-/ Intensivpflege oder 3. einschlägige Berufserfahrung über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder 4. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie oder 5. einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre 6. sind die Voraussetzungen nach 3. oder 5. gegeben: Zusatzqualifikation (mind. 200 Zeitstunden, deren theoretische Inhalte sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften orientieren und die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) berücksichtigen, z. B. „Pflegeexpertin bzw. Pflegeexperte für außerklinische Beatmung“ / „Pflegeexpertin bzw. Pflegeexperte für pädiatrische außerklinische Intensivpflege“	87,4	92,3
7.2.2	Erfüllt in Fällen einer vorübergehenden Verhinderung der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleitung für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen die Stellvertretung die Anforderungen der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V?	47,7	93,5
7.2.3	Die für die Versorgung von nichtbeatmungspflichtigen Personen verantwortliche Pflegefachkraft ist Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger?	54,1	97,7

geprüfte Pflegedienste, die mindestens eine Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie versorgen		812	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
7.2.4	Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten versorgten Personen durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:		
7.2.4a	Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger	86,5	95,9
7.2.4b	1. Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut oder 2. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege oder 3. einschlägige Berufserfahrung im Beatmungsbereich über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahren oder 4. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie oder 5. einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder 6. Zusatzqualifikation (mind. 120 Zeitstunden, deren theoretische Inhalte sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften orientieren und die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) berücksichtigen, z.B. „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ / „Pflegefachkraft für außerklinische pädiatrische Beatmung“.	86,5	82,3
7.2.4c	Neu eingesetzte Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung sind zum Zeitpunkt der erstmaligen Übernahme der eigenverantwortlichen fachpflegerischen Versorgung bei einer Qualifizierungsmaßnahme angemeldet und wurden nicht länger als sechs Monate ohne Zusatzqualifikation eingesetzt	52,8	77,9
7.2.5	Die Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei nichtbeatmeten versorgten Personen durchführen, sind Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger?	77,7	95,6

Anforderungen an die Ablauforganisation bei spezieller Krankenbeobachtung

(Angaben in Prozent)

geprüfte Pflegedienste, die mindestens eine Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie versorgen		812	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
7.3.1	Sind geeignete Regelungen für ein Übernahmemanagement vorhanden?	100,0	86,0
7.3.2	Ist die pflegefachliche Begleitung der Mitarbeiter bei Übernahme einer Person mit spezieller Krankenbeobachtung geregelt und wird diese Regelung nachvollziehbar umgesetzt?		
7.3.2a	Regelung liegt vor	100,0	69,5
7.3.2b	Regelung umgesetzt	72,8	62,3

Anforderungen an das Qualitätsmanagement bei spezieller Krankenbeobachtung

(Angaben in Prozent)

geprüfte Pflegedienste, die mindestens eine Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie versorgen		812	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
7.4.1	Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?		
7.4.1a	Zielvorgaben im Konzept	100,0	94,2
7.4.1b	zeitliche Vorgaben im Konzept	100,0	93,2
7.4.1c	inhaltliche Vorgaben im Konzept	100,0	94,7
7.4.1d	Pflegefachkraft als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Konzept benannt	100,0	94,0
7.4.1e	Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Konzept	100,0	89,7
7.4.1f	Einarbeitungsbeurteilung im Konzept	100,0	93,6
7.4.1g	Konzept angewandt	93,6	86,2
7.4.2	Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zum Notfallmanagement?	100,0	88,3
7.4.3	Bestehen Regelungen die sicherstellen, dass alle an spezifischen Medizinprodukten eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in deren Anwendung eingewiesen sind?	89,7	83,8
7.4.4	Hat jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter, die oder der im Bereich der Versorgung von beatmungspflichtigen Personen tätig ist, im vergangenen Kalenderjahr an einer spezifischen Fortbildung teilgenommen?	84,7	77,5

Allgemeine Angaben

Anzahl untersuchter Personen		73.907	
		Anzahl	in Prozent
8.2c	Alter*		
	bis unter 20 Jahre	160	0,3
	20 bis unter 45 Jahre	291	0,6
	45 bis unter 65 Jahre	2.634	5,7
	65 bis unter 80 Jahre	9.173	19,8
	80 bis unter 90 Jahre	23.314	50,7
	90 Jahre und älter	10.439	22,7
8.2f	Pflegegrad		
	kein Pflegegrad	784	1,1
	Pflegegrad 1	183	0,2
	Pflegegrad 2	28.102	38,0
	Pflegegrad 3	27.651	37,4
	Pflegegrad 4	12.444	16,8
	Pflegegrad 5	4.743	6,4
8.2g:	ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vorliegend	10.581	14,3
8.3	Orientierung und Kommunikation		
	sinnvolles Gespräch möglich	65.120	88,1
	nonverbale Kommunikation möglich	72.198	97,7
	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	55.867	75,6

* Altersangaben lagen für 46.011 Personen vor

Behandlungspflege

Anzahl untersuchter Personen		51.807	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
9.1/T25	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar?	18,5	84,7
9.2	Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen?	0,1	67,6
9.3	Erfolgt die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes sachgerecht?	0,0	90,0
9.4	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv/invasiv beatmeten Personen erfüllt?	0,0	85,7
9.5	Werden bei beatmungspflichtigen Personen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?	0,0	100,0
9.6	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	0,2	82,9
9.7/T21	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	0,4	88,1
9.8/T22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	6,2	94,4
9.9	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	0,2	91,7
9.10	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	0,4	98,0
9.11	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	0,0	100,0
9.12	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	0,2	94,2
9.13	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	0,0	100,0
9.14	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	0,0	100,0
9.15	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	0,0	100,0
9.16/T19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	51,5	92,0

Anzahl untersuchter Personen		51.807	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
9.17/T20	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	16,0	84,0
9.18	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	1,3	79,3
9.19/T23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	14,4	90,3
9.20	Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	0,1	100,0
9.21	Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen?	0,2	100,0
9.22	Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?		
	akute Schmerzen	100,0	3,2
	chronische Schmerzen	100,0	54,0
9.23	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerischen Schmerzmanagement?	21,0	72,5
9.24	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	0,3	59,9
9.25	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?	0,1	97,4
9.26	vorliegende Wunden – untersuchte Personen ...	Anzahl	in Prozent
	mit Dekubitus	2.022	3,9
	mit Ulcus Cruris	381	0,7
	mit diabetischem Fußsyndrom	1.322	2,6
	mit sonstigen chronischen Wunden	846	1,6
	mit sonstigen nicht chronischen Wunden	1.300	2,5

Anzahl untersuchter Personen		51.807	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
9.28	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?	11,5	94,6
9.29/T18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden/des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	11,6	81,0
9.30	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	11,6	87,4
9.31	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	11,2	92,2
9.32/T24	Sind Kompressionsstrümpfen/-verbände sachgerecht angelegt?	43,4	94,2
9.33	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?	0,0	93,8
9.34	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	10,6	42,6
9.35	Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	7,1	15,9
9.36	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten?		
9.36a	Sturzrisiko	2,1	64,3
9.36b	Dekubitusrisiko	1,3	57,0
9.36c	Ernährungs- und Flüssigkeitsrisiko	0,9	49,2
9.36d	Inkontinenz	0,9	45,0
9.36e	Demenz	0,5	20,0
9.36f	Körperpflege	0,9	47,4

Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung

Anzahl untersuchter Personen		1.311	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
10.3	Ist in der eigenen Häuslichkeit für den verordneten Zeitraum der speziellen Krankenbeobachtung ständig eine Pflegefachkraft anwesend?	46,6	92,6
10.4	Entspricht der Einsatz des Personals bei der versorgten Person in der Wohngemeinschaft den vertraglichen Vereinbarungen?	52,3	91,3
10.5	Verfügen alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fach-pflegerische Versorgung bei beatmeten versorgten Personen durchführen über eine entsprechende Zusatz-qualifikation?	40,0	84,8
10.6	Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der nicht beatmeten Person mit Tracheal-kanüle die Ärztin oder der Arzt informiert?	12,4	98,1
10.7	Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der beatmeten Person ein in der außer-klinischen Beatmung erfahrene Ärztin oder erfahrener Arzt, das Beatmungs-/Weaningzentrum oder ein Krankenhaus informiert?	8,7	96,5
10.8/T25	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommu-nikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar?	79,3	86,3
10.9	Wird die spezielle Krankenbeobachtung sachgerecht durchgeführt?	97,6	80,8
10.10	Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?	39,0	85,5
10.11	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv / invasiv beatmeten Personen erfüllt?	39,6	95,2
10.12	Wird mit der Sauerstoffversorgung sachgerecht umgegangen?	70,0	83,9
10.13	Werden die notwendigen Maßnahmen aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) bei der versorgten Person vor Ort umgesetzt?	43,0	83,0
10.14	Ist in der Wohngemeinschaft sichergestellt, dass Alar-me jederzeit wahrgenommen werden können?	55,7	90,0
10.15	Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen?	90,8	90,3
10.16	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	5,0	89,4

Anzahl untersuchter Personen		1.311	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
10.17/T21	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	68,7	93,5
10.18/T22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	18,4	94,2
10.19	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	1,4	84,2
10.20	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	6,1	95,0
10.21	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	33,4	95,4
10.22	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	81,6	88,2
10.23	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	0,3	100,0
10.24	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	0,0	0,0
10.25	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	1,3	94,1
10.26/T19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	95,0	85,9
10.27/T20	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	89,5	80,6
10.28	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	3,0	97,4
10.29/T23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?	25,5	91,3
10.30	Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	0,2	100,0
10.31	Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen?	0,8	90,9
10.32	Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?		
	akute Schmerzen	100,0	2,0
	chronische Schmerzen	100,0	27,8

Anzahl untersuchter Personen		1.311	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
10.33	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerischen Schmerzmanagement?	40,3	79,5
10.34	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	84,5	84,7
10.35	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?	0,4	100,0
10.36 vorliegende Wunden – untersuchte Personen ...		Anzahl	in Prozent
	mit Dekubitus	96	7,3
	mit Ulcus Cruris	39	3,0
	mit diabetischem Fußsyndrom	1	0,1
	mit sonstigen chronischen Wunden	37	2,8
	mit sonstigen nicht chronischen Wunden	22	1,7
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
10.38	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?	10,5	89,9
10.39/T18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden/des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	10,7	79,3
10.40	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	10,8	86,6
10.41	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	10,3	90,4

Anzahl untersuchter Personen		1.311	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
10.42/T24	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	5,6	94,6
10.43	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?	0,8	90,9
10.44	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	11,2	92,5
10.45	Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	5,6	95,9
10.46	Gibt es ein individuell angepasstes Notfallmanagement unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorgaben?	96,3	76,3
10.47	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten?		
	10.47a Sturzrisiko	2,6	94,1
	10.47b Dekubitusrisiko	6,2	90,1
	10.47c Ernährungs- und Flüssigkeitsrisiko	6,3	91,6
	10.47d Inkontinenz	4,7	91,9
	10.47e Demenz	0,3	100,0
	10.47f Körperpflege	4,1	92,6
10.48	Wenn ausnahmsweise vorübergehend neu eingesetzte Pflegefachkräfte ohne Berufserfahrung und Zusatzqualifikation gemäß Prüffrage 7.2.4c bei beatmeten Personen eingesetzt werden:		
	10.48a Einsatz von max. einer Pflegefachkraft ohne Berufserfahrung und Zusatzqualifikation in einem Pflgeteam	16,3	74,3
	10.48b Einsatz über max. sechs Monate	16,3	80,4

Mobilität (Angaben in Prozent)

Anzahl untersuchter Personen		70.537	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
11.3/T14	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?	86,5	92,6
11.4	Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	100,0	73,9
11.5	Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?	74,9	86,8
11.6	Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	100,0	23,4
11.7	Werden versorgte Personen/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z. B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?	23,1	78,9
11.8/T12	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dies dann erfasst?	24,6	81,4
11.9/T13	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?	8,4	80,0

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Anzahl untersuchter Personen		70.537	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
12.1d	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten		
	zugenommen	2.181	3,1
	konstant	11.827	16,8
	relevante Abnahme	985	1,4
	kann nicht ermittelt werden	55.544	78,7
12.2a	Der Pflegebedürftige ist versorgt mit...		
	Magensonde	103	0,1
	PEG-Sonde	983	1,4
	PEJ-Sonde	51	0,1

Anzahl untersuchter Personen		70.537	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
12.3	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	100,0	33,1
12.4	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	100,0	29,8
12.5/T6	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?	14,9	85,3
12.6/T5	Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	7,6	86,8
12.7/T4	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	6,6	87,0
12.8/T9	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?	14,6	83,6
12.9/T8	Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	8,8	86,9
12.10/T7	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?	7,3	87,0
12.11/T3	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	10,0	87,8

Ausscheidung

Anzahl untersuchter Personen		70.537	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
13.1	Der Bewohner ist versorgt mit ...		
	13.1a suprapubischem Katheter	2.500	3,5
	13.1b transurethralem Katheter	3.844	5,4
	13.1c Inkontinenzprodukten	42.382	60,1
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
(Angaben in Prozent)			
13.2	Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	100,0	45,3
13.3	Werden versorgte Personen/Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?	35,4	80,1
13.4/T10	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	36,9	86,8
13.5/T11	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	36,9	89,9

Umgang mit Demenz (Angaben in Prozent)

Anzahl untersuchter Personen		70.537	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
14.1	Werden versorgte Personen/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?	11,4	76,1
14.2/T15	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?	14,1	91,2
14.3/T16	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?	11,7	77,7

Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität (Angaben in Prozent)

Anzahl untersuchter Personen		27.358	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
15.3/T1	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	97,0	93,6
15.4/T2	Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?	97,2	98,9
15.5/T17	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?	45,4	91,5
15.6	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	100,0	94,1
15.7	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	23,5	88,7

Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

Anzahl untersuchter Personen		69.252	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.1.1	Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?		
	ja	65.638	94,8
	nein	3.614	5,2
16.1.3	Anzahl Personen, bei denen Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden	66.799	96,5
16.1.5	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?		
	ja	63.225	94,6
	nein	3.445	5,2
	trifft nicht zu	129	0,2
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Leistung gar nicht erbracht	490	14,2
	Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht	457	13,3
	andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht	905	26,3
	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein	1.124	32,6
	Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein	664	19,3
	fehlende Handzeichen	85	2,5
	sonstiges	324	9,4

*Mehrfachnennungen möglich

Anzahl untersuchter Personen		69.252	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.1.6	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?		
	ja	62.803	94,0
	nein	2.850	4,3
	trifft nicht zu	1.146	1,7
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Abrechnungsausschlüsse missachtet	350	12,3
	Leistung nicht vollständig erbracht	881	30,9
	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet	306	10,7
	Qualifikationsanforderungen unterlaufen	438	15,4
	sonstiges	918	32,2

*Mehrfachnennungen möglich

Anzahl untersuchter Personen		69.252	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.1.8	Anzahl Personen, bei denen Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden	11.361	16,4
16.1.10	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?		
	ja	10.649	93,7
	nein	654	5,8
	trifft nicht zu	58	0,5
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Leistung gar nicht erbracht	129	19,7
	Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht	46	7,0
	andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht	62	9,5
	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein	111	17,0
	Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein	148	22,6
	fehlende Handzeichen	7	1,1
	sonstiges	167	25,5

*Mehrfachnennungen möglich

Anzahl untersuchter Personen		69.252	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.1.11	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?		
	ja	10.537	92,7
	nein	608	5,4
	trifft nicht zu	216	1,9
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Abrechnungsausschlüsse missachtet	29	4,8
	Leistung nicht vollständig erbracht	80	13,2
	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet	28	4,6
	Qualifikationsanforderungen unterlaufen	14	2,3
	sonstiges	463	76,2
16.1.13	Anzahl Personen, bei denen Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden	42.824	61,8

*Mehrfachnennungen möglich

Anzahl untersuchter Personen		69.252	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.1.15	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?		
	ja	22.181	51,8
	nein	686	1,6
	trifft nicht zu	19.957	46,6
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Leistung gar nicht erbracht	63	9,2
	Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht	104	15,2
	Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht	37	5,4
	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein	370	53,9
	Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein	59	8,6
	fehlende Handzeichen	30	4,4
	sonstiges	64	9,3
16.1.16	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?		
	ja	22.114	51,6
	nein	540	1,3
	trifft nicht zu	20.170	47,1
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Abrechnungsausschlüsse missachtet	34	6,3
	Leistung nicht vollständig erbracht	65	12,0
	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen/Fahrtkosten missachtet	111	20,6
	Qualifikationsanforderungen unterlaufen	87	16,1
	sonstiges	251	46,5

*Mehrfachnennungen möglich

Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

Anzahl untersuchter Personen		73.902	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.2.1	Welche Leistungen nach § 37 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?		
	keine	21.755	29,4
	Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit	13	0,0
	Ausscheidungen	3	0,0
	Ernährung	1	0,0
	Körperpflege	7	0,0
	Hauswirtschaftliche Versorgung	6	0,0
	Absaugen	83	0,1
	Anleitung bei der Behandlungspflege	1	0,0
	Beatmungsgerät, Bedienung/Überwachung	25	0,0
	Blasenspülung	68	0,1
	Blutdruckmessung	267	0,4
	Blutzuckermessung	3.081	4,2
	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung	92	0,1
	Drainagen, Überprüfen, Versorgen	50	0,1
	Einlauf/Klistier/Klysma und digitale Enddarmausräumung	171	0,2
	Flüssigkeitsbilanzierung	51	0,1
	Infusionen, i.v.	39	0,1
	Infusionen, s.c.	96	0,1
	Inhalation	95	0,1
	Injektionen	4.870	6,6
	Injektionen, Richten von	2.619	3,5
	Instillation	50	0,1
	Kälteträger, Auflegen von	1	0,0
	Katheter, Versorgung eines suprapubischen	279	0,4
	Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins	1.216	1,6

Anzahl untersuchter Personen		73.902	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
	Krankenbeobachtung, spezielle	1.049	1,4
	Magensonde, Legen und Wechseln	395	0,5
	Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Installationen, Inhalationen)	22.424	30,3
	Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose	10.008	13,5
	Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei	284	0,4
	Psychiatrische Krankenpflege	126	0,2
	Stomabehandlung	52	0,1
	Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der Kanüle	177	0,2
	Venenkatheter, Pflege des zentralen	83	0,1
	Wundversorgung einer akuten Wunde	1.596	2,2
	Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	4.196	5,7
	An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressions- strümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes	17.544	23,7
	An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke z. B. bei Distorsion, Kontusion, Erguss	6.045	8,2

*Mehrfachnennungen möglich

Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

Anzahl untersuchter Personen		73.902	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
Anzahl Personen, bei denen Leistungen nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a und Abs. 2 SGB V für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden		37.263	50,4
16.2.3	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?		
	ja	35.206	94,5
	nein	1.384	3,7
	trifft nicht zu	673	1,8
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Leistung gar nicht erbracht	75	5,4
	Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht	145	10,5
	andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht	84	6,1
	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein	524	37,9
	Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein	410	29,6
	fehlende Handzeichen	34	2,5
	sonstiges	419	30,3

*Mehrfachnennungen möglich

Anzahl untersuchter Personen		73.902	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.2.4	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungs- pflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?		
	ja	35.057	94,1
	nein	1.656	4,4
	trifft nicht zu	550	1,5
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Abrechnungsausschlüsse missachtet	70	4,2
	Leistung nicht vollständig erbracht	134	8,1
	Regelungen zu Hausbesuchspauschale/Fahrtkosten missachtet	169	10,2
	Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch missachtet	340	20,5
	Qualifikationsanforderungen unterlaufen	867	52,4
	Leistung war nicht erforderlich	63	3,8
	sonstiges	193	11,7

*Mehrfachnennungen möglich

Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

Anzahl untersuchter Personen		73.902	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
Anzahl Personen, bei denen Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden		25	0,0
16.2.6	Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind?		
	ja	9	36,0
	nein	1	4,0
	trifft nicht zu	15	60,0
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Grundpflege nicht nachvollziehbar erbracht	0	0,0
	Grundpflege nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht	0	0,0
	Grundpflege parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht	0	0,0
	hauswirtschaftliche Versorgung nicht nachvollziehbar erbracht	0	0,0
	hauswirtschaftliche Versorgung nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht	0	0,0
	hauswirtschaftliche Versorgung parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht	0	0,0
	sonstiges	1	100,0

*Mehrfachnennungen möglich

Auffälligkeiten bei Abrechnungsprüfungen bei ambulanten Qualitätsprüfungen 2023

geprüfte Pflegedienste	10.954	
Anzahl untersuchter Personen	73.902	
Anzahl Auffälligkeiten SGB XI + SGB V	Anzahl	in Prozent
0	6.593	60,2
1–5	2.646	24,2
6–10	1.040	9,5
>10	675	6,2

Zufriedenheit des Leistungsbeziehers (Angaben in Prozent)

Anzahl befragter Personen		63.489					
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon beantwortet von	immer	häufig	gelegentlich	nie
18.1/T36	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?	100,0	47,7		ja: 92,9 nein: 7,1		
18.2/T35	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?	100,0	50,5		ja: 93,7 nein: 6,3		
18.3/T37	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?	100,0	90,4	95,5	3,3	1,0	0,3
18.4/T39	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?	100,0	96,4		ja: 94,7 nein: 5,3		
18.5/T40	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?	74,3	84,1	99,1	0,6	0,2	0,1
18.6/T42	Geben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?	100,0	81,7		ja: 95,7 nein: 4,3		
18.7/T45	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter höflich und freundlich?	100,0	96,5	99,0	0,9	0,1	0,0
18.8/T41	Werden Sie von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	90,6	86,8	99,4	0,5	0,1	0,1
18.9/T38	Fragen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	43,0	80,3	99,7	0,2	0,1	0,1
18.10/T44	Respektieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre?	95,0	88,4	99,7	0,2	0,0	0,0
18.11/T46	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?	43,8	83,1	98,1	1,3	0,4	0,1
18.12/T43	Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?	14,3	47,8	86,3	5,8	4,0	3,9

Zufriedenheit des Leistungsbeziehers (Angaben in Prozent)

Anzahl befragter Personen		5.385					
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon beantwortet von	immer	häufig	gelegentlich	nie
18.13	Sind Sie mit der Erbringung der Leistungen durch den Pflegedienst grundsätzlich zufrieden?	100,0	53,7	98,9	0,9	0,1	0,1
18.14	Haben Sie Anregungen/Beschwerden/Informationen, die wir mit Ihrem Einverständnis an die Krankenkasse weitergeben sollen?	100,0	41,6	ja: 1,4 nein: 98,6			

Medizinischer Dienst Bund (KöR)

Theodor-Althoff-Straße 47

D-45133 Essen

Telefon: 0201 8327-0

E-Mail: office@md-bund.de

Internet: www.md-bund.de