



MDS

Medizinischer Dienst
der Spitzenverbände
der Krankenkassen e.V.



Qualität in der ambulanten und stationären Pflege

1. Bericht des Medizinischen Dienstes
der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS)
nach § 118 Abs. 4 SGB XI

Impressum

Herausgeber:

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände
der Krankenkassen e. V. (MDS)

Lützowstraße 53

45141 Essen

Telefon: 0201 / 8327 - 0

Telefax: 0201 / 8327 - 100

E-Mail: office@mds-ev.de

Bearbeitung:

Jürgen Brüggemann

MDS (Leitung)

Dr. Hans Gerber

MDK in Bayern

Ute Pilzecker

MDK Schleswig-Holstein

Sylvia Theis

MDK Niedersachsen

Alexander Wagner

MDS (Datenmanagement)

Martina Wilcke-Kros

MDK Berlin-Brandenburg

Umschlaggestaltung:

BestPage Kommunikation GmbH & Co. KG

45481 Mülheim an der Ruhr

Herstellung & Druck:

asmuth druck + crossmedia

gmbh & co kg

50829 Köln

November 2004

Vorwort

Der Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) führt seit Ende 1996 Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI in der ambulanten und stationären Pflege durch. Dabei hat die MDK-Gemeinschaft von Anfang an auf einen beratungsorientierten Prüfansatz gesetzt. Dieser Ansatz wurde durch das am 01. Januar 2002 in Kraft getretene Pflege-Qualitätssicherungsgesetz bestätigt (PQsG). Gleichzeitig wurde der MDK beauftragt, im Abstand von drei Jahren über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sowie über seine Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und zur Qualitätssicherung zu berichten. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) wurde durch das PQsG beauftragt, diese Berichte zusammenzufassen, um eigene Erkenntnisse zu ergänzen und dann den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) sowie den zuständigen Landesministerien vorzulegen.

Dieser Bericht wird hiermit erstmalig erstattet. Bei der Ergebnisdarstellung konnte dabei auf differenzierte Bewertungen aus 793 ambulanten Pflegediensten und 807 stationären Pflegeeinrichtungen zurückgegriffen werden. Informationen von über 2.700 ambulant betreuten Pflegebedürftigen und von über 4.700 Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen wurden bei diesen Qualitätsprüfungen erhoben. Auf dieser Basis wird hiermit die bisher umfassendste Darstellung der Qualitätssituation in der Pflege für Deutschland vorgelegt.

Der Bericht zeigt auf der einen Seite, dass durch die Bemühungen der Pflegeeinrichtungen im Qualitätsmanagement, durch das Engagement der Pflegekassen und nicht zuletzt durch die Qualitätsprüfungen des MDK Bewegung in die Entwicklung der Pflegequalität gekommen ist. Auf der anderen Seite wird der weiterhin bestehende Handlungsbedarf deutlich. Der vorliegende Bericht ist ein wichtiger Beitrag zur Versachlichung der Diskussion über die Qualität in der Pflege, er führt zu Transparenz über die derzeitige Qualität in der Pflegelandschaft und liefert den Akteuren im Gesundheitswesen Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur in Deutschland.

Allen an der Erstellung des Berichtes Beteiligten gilt unser besonderer Dank.

Essen, im November 2004



Gert Nachtigal
Vorsitzender
MDS-Vorstand



Hans Langenbucher
Alternierender Vorsitzender
MDS-Vorstand



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer MDS

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	8
1. Einführung	16
1.1 Vorbemerkungen	16
1.2 Verfahren der Datenermittlung	17
1.3 Beratungsorientierter Prüfansatz	17
1.4 Prüfrechte und Prüfablauf	18
1.5 Profession und Qualifikation der MDK-Mitarbeiter	20
2. Geprüfte Pflegeeinrichtungen	22
2.1 Pflegeinfrastruktur	22
2.1.1 Ambulante Pflege	22
2.1.2 Stationäre Pflege	23
2.2 Prüfungen in ambulanten Pflegediensten	24
2.3 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen	26
2.4 Prüfungen in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen	28
3. Prüfungen und Ergebnisse ambulante Pflege	30
3.1 Prüfarten ambulante Pflege	30
3.2 Prüfungsdurchführung ambulante Pflege	31
3.3 Strukturdaten geprüfte ambulante Pflegeeinrichtungen	31
3.4 Ergebnisse Prozess- und Ergebnisqualität ambulante Pflege	33
3.4.1 Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung	34
3.4.2 Pflegezustand	35
3.4.3 Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses	36
3.5 Ergebnisse Struktur- und Prozessqualität ambulante Pflege	41
3.5.1 Allgemeine Angaben	41
3.5.2 Pflege theoretische Grundlagen	43
3.5.3 Aufbauorganisation Personal	45
3.5.4 Ablauforganisation	47
3.5.5 Qualitätsmanagement	48
3.5.6 Beratung	49
3.5.7 Pflegedokumentationssystem	50
3.6 Empfehlungen im Prüfbericht	51

4. Prüfungen und Ergebnisse stationäre Pflege	53
4.1 Prüfarten stationäre Pflege	53
4.2 Prüfungsdurchführung stationäre Pflege	54
4.3 Strukturdaten geprüfte stationäre Pflegeeinrichtungen	55
4.4 Ergebnisse Prozess- und Ergebnisqualität stationäre Pflege	57
4.4.1 Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung	57
4.4.2 Pflegezustand	59
4.4.3 Freiheitseinschränkende Maßnahmen	60
4.4.4 Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses	61
4.5 Ergebnisse Struktur- und Prozessqualität stationäre Pflege	67
4.5.1 Allgemeine Angaben	67
4.5.2 Pflege theoretische Grundlagen	68
4.5.3 Aufbauorganisation Personal	70
4.5.4 Ablauforganisation	72
4.5.5 Qualitätsmanagement	73
4.4.6 Soziale Betreuung	75
4.5.7 Pflegedokumentationssystem	76
4.6 Empfehlungen im Prüfbericht	77
5. Schwerpunktthemen	79
5.1 Kennzahlen ambulante Pflege	79
5.2. Kennzahlen stationäre Pflege	85
5.3 Schwerpunktthema Dekubitus in der stationären Pflege	90
5.4 Schwerpunktthema Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	95
Ausblick	101
Kurzberichte der MDK	104
MDK Baden-Württemberg	105
MDK in Bayern	107
MDK Berlin-Brandenburg e.V.	109
MDK im Lande Bremen	114
MDK Hamburg	118
MDK in Hessen	120
MDK Mecklenburg-Vorpommern	122
MDK Niedersachsen	125
MDK Nordrhein	129
MDK Rheinland-Pfalz	131
MDK im Saarland	133
MDK Sachsen	136
MDK Sachsen-Anhalt	138
MDK Schleswig-Holstein	140
MDK Thüringen	142
MDK Westfalen-Lippe	144

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Zugelassene ambulante Pflegedienste 2003	23
Tabelle 2:	Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen 2003	24
Tabelle 3:	Ambulant - Einzel- und Stichprobenprüfungen differenziert nach Bundesländern	25
Tabelle 4:	Stationär - Einzel- und Stichprobenprüfungen differenziert nach Bundesländern	27
Tabelle 5:	Ambulant - andere an der Prüfung Beteiligte (in v.H.)	31
Tabelle 6:	Empfehlungen ambulante Pflegedienste	51
Tabelle 7:	Stationär - andere an der Prüfung Beteiligte (in v.H.)	55
Tabelle 8:	Empfehlungen stationäre Pflegeeinrichtungen	77

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Mitarbeiter nach Profession	20
Abbildung 2:	Zusatzqualifikationen Prüfer	21
Abbildung 3:	Ambulant - Prüfungen 2003	26
Abbildung 4:	Stationär - Prüfungen 2003	28
Abbildung 5:	Gesamtprüfquoten Ende 2003	29
Abbildung 6:	Ambulant - Prüfarten in v.H.	30
Abbildung 7:	Ambulant - Anteile Prüfungen nach Trägerart in v.H.	32
Abbildung 8:	Ambulant - Anteile zertifizierte geprüfte Einrichtungen in v.H.	33
Abbildung 9:	Ambulant - Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung	35
Abbildung 10:	Ambulant - Pflegezustand	36
Abbildung 11:	Ambulant - Pflegedokumentation und Umsetzung Pflegeprozess	39
Abbildung 12:	Ambulant - Prozess-/Ergebnisqualität	41
Abbildung 13:	Ambulant - Allgemeine Angaben	43
Abbildung 14:	Ambulant - Pflege theoretische Grundlagen	45
Abbildung 15:	Ambulant - Aufbauorganisation Personal	46
Abbildung 16:	Ambulant - Verantwortungswahrnehmung verantwortliche Pflegefachkraft	47
Abbildung 17:	Ambulant - Ablauforganisation	48
Abbildung 18:	Ambulant - Qualitätsmanagement	49
Abbildung 19:	Pflegeeinsätze durch Pflegefachkraft	50
Abbildung 20:	Ambulant - Pflegedokumentationssystem	50
Abbildung 21:	Ambulant - Durchschnittliche Anzahl Empfehlungen im Prüfbericht	52
Abbildung 22:	Stationär - Prüfarten in v.H.	54
Abbildung 23:	Stationär - Anteile Prüfungen nach Trägerart in v.H.	56
Abbildung 24:	Stationär - Anteile zertifizierte geprüfte Einrichtungen in v.H.	57
Abbildung 25:	Stationär - Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung	59
Abbildung 26:	Stationär - Pflegezustand	60
Abbildung 27:	Stationär - Freiheitseinschränkende Maßnahmen	61
Abbildung 28:	Stationär - Pflegedokumentation und Umsetzung Pflegeprozess	64
Abbildung 29:	Stationär - Prozess-/Ergebnisqualität	65
Abbildung 30:	Stationär - Behandlungspflege	67
Abbildung 31:	Stationär - Allgemeine Angaben	68
Abbildung 32:	Stationär - Pflege theoretische Grundlagen	70
Abbildung 33:	Stationär - Aufbauorganisation Personal	71
Abbildung 34:	Stationär - Verantwortungswahrnehmung verantwortliche Pflegefachkraft	72
Abbildung 35:	Stationär - Ablauforganisation	73
Abbildung 36:	Stationär - Qualitätsmanagement	75
Abbildung 37:	Stationär - Soziale Betreuung	76
Abbildung 38:	Stationär - Pflegedokumentationssystem	77
Abbildung 39:	Stationär - Durchschnittliche Anzahl Empfehlungen im Prüfbericht	78

Abbildung 40: Ambulant- Rangfolge Qualitätsbereiche Struktur-/Prozessqualität (≥ 1 Defizit) nach Größe der Einrichtung in v.H.	82
Abbildung 41: Ambulant - Rangfolge Qualitätsbereiche Prozess-/Ergebnisqualität (≥ 1 Defizit) nach Größe der Einrichtung in v.H.	83
Abbildung 42: Ambulant - Rangfolge Qualitätsbereiche Struktur-/Prozessqualität (≥ 1 Defizit) nach Prüffart in v.H.	84
Abbildung 43: Stationär - Rangfolge Qualitätsbereiche Struktur-/Prozessqualität (≥ 1 Defizit) nach Größe der Einrichtung in v.H.	87
Abbildung 44: Stationär - Rangfolge Qualitätsbereiche Prozess-/Ergebnisqualität (≥ 1 Defizit) nach Größe der Einrichtung in v.H.	88
Abbildung 45: Stationär - Rangfolge Qualitätsbereiche Struktur-/Prozessqualität (≥ 1 Defizit) nach Prüffart in v.H.	89
Abbildung 46: Dekubitusprophylaxe/-therapie angemessen.....	92
Abbildung 47: Stationär - Vergleich angemessene Dekubitusprophylaxe/-therapie mit Parametern der Struktur-/Prozessqualität.....	94
Abbildung 48: Ernährung/Flüssigkeitsversorgung angemessen.....	97
Abbildung 49: Ambulant - Vergleich angemessene Ernährung/Flüssigkeitsversorgung mit Parametern der Struktur-/Prozessqualität.....	99
Abbildung 50: Stationär - Vergleich angemessene Ernährung/Flüssigkeitsversorgung mit Parametern der Struktur-/Prozessqualität.....	100

Zusammenfassung

Durch das am 01. Januar 2002 in Kraft getretene Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) wurde dem MDK in § 118 Abs. 4 SGB XI die Aufgabe übertragen, im Abstand von drei Jahren u.a. über die Ergebnisse seiner Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie über seine Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und zur Qualitätssicherung zu berichten.

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) führt diese Berichte und seine eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu einem Bericht zusammen und legt diesen den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) sowie den zuständigen Landesministerien vor.

Dieser **Bericht** wird hiermit erstmalig vorgelegt und bietet einen systematischen Überblick über den Stand der Qualität der Pflege in Deutschland auf der Basis der bisher geprüften ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen. Gleichzeitig werden Entwicklungen in der Qualität der Pflege aufgezeigt.

Für den hier vorliegenden Bericht nach § 118 Abs. 4 SGB XI wurden erstmalig **Einzeldatensätze** für jede Qualitätsprüfung in anonymisierter Form für das gesamte 2. Halbjahr 2003 von den jeweiligen MDK erhoben. Die auf diesen Daten basierende Berichterstellung erfolgte in Zusammenarbeit zwischen MDS und der Sozialmedizinischen Expertengruppe 2 „Pflege“ (SEG 2) der MDK-Gemeinschaft.

Durch das SGB XI wird der internen Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen Priorität eingeräumt. Das PQsG hat diesen Grundsatz bekräftigt. Daneben wurde durch das Pflegeversicherungsgesetz von Beginn an eine externe Qualitätssicherung etabliert, die die interne Qualitätssicherung flankieren und verstärken soll. Der MDK ist der namentlich vom Gesetzgeber benannte externe Qualitätsprüfer der Pflegekassen.

Entsprechend dem **beratungsorientierten Prüfansatz** unterstützen die durch den MDK durchgeführten externen Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI die internen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Pflegeeinrichtungen und geben Impulse für ggf. erforderliche Qualitätsverbesserungen.

Nach § 112 Abs. 3 SGB XI sind für Qualitätsprüfungen verschiedene Prüfarten vorgesehen. Dabei handelt es sich um Einzelprüfungen, Stichprobenprüfungen oder vergleichende Prüfungen.

Bei den anlassbezogenen Einzelprüfungen, denen in der Regel eine Beschwerde zu Grunde liegt, und bei den Evaluationsprüfungen liegt eine Negativselektion von Pflegeeinrichtungen vor. In Stichprobenprüfungen werden in der Regel keine Pflegeeinrichtungen einbezogen, die bereits im Rahmen einer anlassbezogenen Einzelprüfung geprüft worden sind. Insofern handelt es sich hierbei eher um eine Positivselektion von Pflegeeinrichtungen. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind daher die unterschiedlichen Anteil der Prüfungsarten zu beachten. Während bei der ambulanten Pflege aufgrund der Verteilung auf die verschiedenen Prüfarten und der großen Anzahl der in die Analyse einbezogenen Pflegeeinrichtungen davon auszugehen ist, dass sich die dargestellten Tendenzen annähernd gegenseitig aufheben, ist bei der stationären Pflege der höhere Anteil der Anlassprüfungen zu berücksichtigen.

In den meisten Bundesländern wurde bei den Qualitätsprüfungen **Priorität auf die stationäre Pflege** gelegt. Von den **ambulanten Pflegediensten** sind von Beginn der Qualitätsprüfungen (1996) bis Ende 2003 ca. **52 %** mindestens einmal geprüft worden, bei den **stationären Pflegeeinrichtungen** betrug dieser Anteil etwa **63 %**. Von **allen** ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wurden bis Ende 2003 etwa **57 %** von einer Prüfung erreicht.

Unter Berücksichtigung aller im ambulanten (1.870) und stationären (2.032) Bereich durchgeführten Erst- und Evaluationsprüfungen ergibt sich für das Gesamtjahr 2003 eine **Prüfquote von ca. 18 %** aller Pflegeeinrichtungen.

Die Prüfergebnisse des MDK zeigen, dass sich die Pflege in der **Mehrheit der Fälle in einem angemessenen Rahmen** bewegt. Die dargestellten **Qualitätsdefizite zeigen den bestehenden Handlungsbedarf** auf. Die Prüfberichte des MDK zeigen Situationen auf, in denen Risiken drohen und geben im Sinne des beratungsorientierten Prüfansatzes praxisorientierte Empfehlungen für Qualitätsverbesserungen. Diese eröffnen den Pflegeeinrichtungen die Chance, Risikopotentiale einzuschränken.

Ambulante Pflege

Im zweiten Halbjahr 2003 sind von den MDK in ambulanten Pflegediensten 807 Prüfungen durchgeführt worden. Davon entfielen knapp 20 % auf anlassbezogene Einzelprüfungen.

fungen, 54 % der Prüfungen waren Stichprobenprüfungen und knapp 26 % der Prüfungen erfolgten in Form von Evaluationsprüfungen. Von diesen Qualitätsprüfungen ist mit 666 (82,5 %) die überwiegende Zahl der Prüfungen angemeldet durchgeführt worden.

Die Ermittlung der Ergebnisqualität erfolgt im Rahmen der Erhebung beim Pflegebedürftigen. Insgesamt wurden im Rahmen der Prüfungen durch den MDK 2.721 Pflegebedürftige in ihrer Wohnung besucht.

Die **Zufriedenheitswerte** der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bewegen sich mit jeweils über 90 % (z. B. Einhaltung der Einsatzzeiten 97 %, Einsatz eines überschaubaren Kreises von Mitarbeitern 93 %) auf einem hohen Niveau. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass bei Zufriedenheitsbefragungen von älteren Menschen zur pflegerischen Versorgung meist sehr hohe Zustimmungs- und Zufriedenheitswerte ermittelt werden.

Die fachliche Bewertung der Versorgung durch die Prüfer des MDK konzentriert sich auf die Erhebung des Pflegezustandes und die Analyse des Pflegeprozesses. Eine Beurteilung des **Pflegezustandes** konnte bei 2.633 Personen erfolgen. Dabei war der Pflegezustand bei 91 % der Personen angemessen. Eine angemessene Versorgung liegt vor, wenn die Pflege den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI sowie der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität entspricht. Dies zeigt, dass in einer großen Anzahl der untersuchten Fälle die Pflege auf einem angemessenen Niveau erfolgt. Andererseits wurde bei 9 % der untersuchten Personen ein unzureichender Pflegezustand festgestellt, der unmittelbar auf die Qualität der Versorgung durch den Pflegedienst zurückzuführen war.

Neben den akuten gilt das Augenmerk auch den potentiellen Gesundheitsgefährdungen. Hinsichtlich des Pflegeprozesses zeigten sich dabei folgende Ergebnisse:

- Bei 63 % der untersuchten Personen lagen bei der **Ernährung und Flüssigkeitsversorgung** keine Qualitätsprobleme vor, hingegen wurden bei 37 % Mängel festgestellt.
- Die **Inkontinenzversorgung** war bei 75 % der Pflegebedürftigen angemessen, während bei 25 % Qualitätsdefizite bestanden.
- Bei 51 % war eine den Anforderungen entsprechende **Dekubitusprophylaxe** erkennbar, hingegen bestanden bei 49 % Versorgungsdefizite.

- Ebenso war die **Versorgung bei gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Versicherten** bei 67 % der Pflegebedürftigen angemessen, während in 33 % der Fälle Qualitätsmängel festgestellt wurden.

Die hier dargestellten Qualitätsdefizite weisen auf potenzielle Gesundheitsgefährdungen der Pflegebedürftigen hin.

Die Prüfung der Struktur- und Prozessqualität erfolgt durch die Erhebung in der Pflegeeinrichtung.

Pflegekonzepte, die den aktuellen fachlichen und inhaltlichen Anforderungen ganz oder zumindest zum Teil entsprachen, lagen in 68 % der Pflegedienste vor. Eine Umsetzung der Konzepte in die praktische Arbeit war in 51 % der Pflegedienste erkennbar.

Die Stelle der **verantwortlichen Pflegefachkraft** war bei 98 % der Pflegedienste besetzt. Bei 92 % entsprach die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft den formalen Anforderungen. Verantwortungsbereiche, Aufgaben und Zuständigkeiten waren bei 68 % der Pflegedienste durch Stellenbeschreibungen o. ä. geregelt. Während bei der Einsatzplanung mit 86 % und bei der fachlichen Leitung der Dienstbesprechungen mit 88 % die verantwortlichen Pflegefachkräfte ihren Aufgaben nachkamen, zeigten sich bei der fachgerechten Planung der Pflegeprozesse (62 %) sowie der fachgerechten Führung der Pflegedokumentationen (60 %) Schwächen.

Die **fachliche Überprüfung der Pflegekräfte** durch geeignete Methoden (z.B. Pflegevisiten) wurde lediglich in 52 % der Pflegedienste gewährleistet. In 68 % der ambulanten Pflegedienste wurden die Mitarbeiter in der Pflege entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt.

Interne Qualitätsmanagementmaßnahmen (z.B. Qualitätszirkelarbeit, Fallbesprechungen, Entwicklung und Anwendung von Standards) wurden von 71 % der Pflegedienste nachgewiesen. Von den geprüften Pflegediensten haben 60 % ein Einarbeitungskonzept umgesetzt. In 51 % der Pflegedienste wurden nachweislich Regelungen zur Hygiene eingesetzt.

Bei den Evaluationsprüfungen zeigt sich eine deutlich geringere Empfehlungsdichte. Die durchschnittliche Anzahl der Empfehlungen liegt bei 7,6 im Gegensatz zu 12,3 bei Anlassprüfungen. Damit bestätigt sich, dass die Prüfungen durch den MDK zu einer **Qualitätssteigerung** in den ambulanten Pflegediensten beitragen.

Stationäre Pflege

Im zweiten Halbjahr 2003 sind von den MDK in stationären Pflegeeinrichtungen 793 Prüfungen durchgeführt worden. Davon entfallen knapp 31 % auf anlassbezogene Einzelprüfungen, ca. 26 % der Prüfungen waren Stichprobenprüfungen und knapp 44 % der Prüfungen erfolgten in Form von Evaluationsprüfungen. Im Gegensatz zu den Prüfungen in der ambulanten Pflege lag im stationären Bereich ein leichtes Übergewicht auf den anlassbezogenen Einzelprüfungen. Ein weiterer Unterschied zu den Prüfarten im ambulanten Bereich war die höhere Anzahl der Evaluationsprüfungen. Dies weist auf die deutlich höhere Gesamtprüfquote im stationären Bereich hin, durch die eine höhere Anzahl von Evaluationsprüfungen ausgelöst worden ist. Von den Qualitätsprüfungen im stationären Bereich ist mit 356 (45 %) weniger als die Hälfte der Prüfungen angemeldet durchgeführt worden. Lediglich 10 (1 %) Prüfungen fanden teilweise oder ganz in der Nacht (20:00 h – 8:00 h) statt. Demnach wird von dieser Prüfmöglichkeit nur in wenigen Einzelfällen Gebrauch gemacht. Knapp 46 % der Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen fanden unter **Beteiligung der zuständigen Heimaufsichten** statt. Durch die Beteiligung der Heimaufsicht bei fast der Hälfte aller Prüfungen wird der Zielsetzung des PQsG und des Heimgesetzes sowie den Wünschen der Pflegeeinrichtungen entsprochen, Doppelprüfungen möglichst zu vermeiden.

Die Ermittlung der Ergebnisqualität erfolgt im Rahmen der Erhebung beim Bewohner. Insgesamt wurden im Rahmen der Prüfungen durch den MDK 4.721 Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen besucht.

Die **Zufriedenheitswerte** der Bewohner und ihrer Angehörigen bewegen sich mit jeweils um 90 % (z. B. Motivation und Unterstützung zur aktivierenden Pflege 92 %, Abstand zwischen den Mahlzeiten angemessen 90 %) auf einem hohen Niveau. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass bei Zufriedenheitsbefragungen von älteren Menschen zur pflegerischen Versorgung meist sehr hohe Zustimmungs- und Zufriedenheitswerte ermittelt werden.

Die fachliche Bewertung der Versorgung konzentriert sich auf die Erhebung des Pflegezustandes und die Analyse des Pflegeprozesses. Eine Beurteilung des **Pflegezustandes** konnte bei 4.529 Personen erfolgen. Dabei war der Pflegezustand bei 83 % der Personen angemessen. Dies zeigt, dass in einer großen Anzahl der untersuchten Fälle eine angemessene Pflege erfolgt. Andererseits wurde bei gut 17 % der untersuchten Personen ein unzureichender Pflegezustand festgestellt, der unmittelbar auf die Qualität der Versorgung durch die stationäre Pflegeeinrichtung zurückzuführen war. Dieser im Vergleich zur häuslichen Pflege

höhere Anteil der unangemessenen Pflegesituationen ist auf die größere Zahl der Anlassprüfungen in der stationären Pflege zurückzuführen. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist dies zu beachten.

Neben den akuten gilt das Augenmerk auch den potentiellen Gesundheitsgefährdungen. Hinsichtlich des Pflegeprozesses zeigten sich dabei folgende Ergebnisse:

- Bei 59 % der untersuchten Personen lagen bei der **Ernährung und Flüssigkeitsversorgung** keine Qualitätsprobleme vor, hingegen wurden bei 41 % Mängel festgestellt.
- Die **Inkontinenzversorgung** war bei 80 % der Pflegebedürftigen angemessen, während bei 20 % Qualitätsdefizite bestanden.
- Bei 57 % war eine den Anforderungen entsprechende **Dekubitusprophylaxe und -therapie** erkennbar, hingegen bestanden bei 43 % Versorgungsdefizite.
- Ebenso war die **Versorgung bei gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Versicherten** bei 70 % der Pflegebedürftigen angemessen, während in 30 % der Fälle Qualitätsmängel festgestellt wurden.

Bei 91 % der Personen, bei denen **freiheitseinschränkende Maßnahmen** anfielen, entsprachen diese den gesetzlichen Anforderungen, in 9 % der Fälle bestanden Defizite.

Im Umgang mit **Medikamenten** zeigte sich eine vollständige und korrekte Dokumentation bei 88 % der Bewohner, die Bedarfsmedikation war bei 78 % der Bewohner nachvollziehbar und bei 83 % der Bewohner wurden die Medikamente nach der Pflegedokumentation gerichtet.

Die hier dargestellten Qualitätsdefizite weisen auf potenzielle Gesundheitsgefährdungen der Bewohner hin.

Die Prüfung der Struktur- und Prozessqualität erfolgt durch die Erhebung in der Pflegeeinrichtung.

Pflegekonzepte, die den aktuellen fachlichen und inhaltlichen Anforderungen ganz oder zumindest zum Teil entsprachen, lagen in 83 % der stationären Pflegeeinrichtungen vor. Dieser Wert liegt damit um 15 % höher als bei den ambulanten Pflegediensten. Eine Umsetzung der Konzepte in die praktische Arbeit war in 58 % der stationären Pflegeeinrichtungen erkennbar.

Die Stelle der **verantwortliche Pflegefachkraft** war in nahezu allen (99 %) stationären Pflegeeinrichtungen besetzt. Bei 91 % entsprach die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft den formalen Anforderungen. Verantwortungsbereiche, Aufgaben und Zuständigkeiten waren bei 64 % der stationären Pflegeeinrichtungen durch Stellenbeschreibungen o.ä. geregelt. Während bei der Dienstplanung mit 80 % und bei der regelmäßigen Durchführung von Dienstbesprechungen mit 88 % die verantwortlichen Pflegefachkräfte ihren Aufgaben nachkamen, zeigten sich bei der fachgerechten Planung der Pflegeprozesse (63 %) sowie der fachgerechten Führung der Pflegedokumentationen (63 %) Schwächen.

Die **fachliche Überprüfung der Pflegekräfte** durch geeignete Methoden (z.B. Pflegevisiten) wurde lediglich in 54 % der stationären Pflegeeinrichtungen gewährleistet. In 69 % der stationären Pflegeeinrichtungen wurden die Mitarbeiter in der Pflege entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt.

Interne Qualitätsmanagementmaßnahmen (z.B. Qualitätszirkelarbeit, Fallbesprechungen, Entwicklung und Anwendung von Standards) wurden von 76 % der stationären Pflegeeinrichtungen nachgewiesen. Ein Einarbeitungskonzept wurde in 63 % der stationären Pflegeeinrichtungen angewandt. In 66 % der stationären Pflegeeinrichtungen wurden Regelungen zur Hygiene nachweislich eingesetzt.

Nur in 67 % der Pflegeeinrichtungen war das Angebot der sozialen Betreuung auf die Bewohnerstruktur ausgerichtet.

Bei den Evaluationsprüfungen zeigt sich eine deutlich geringere Empfehlungsdichte. Die durchschnittliche Anzahl der Empfehlungen liegt bei 10,3 im Gegensatz zu 14,1 bei Anlassprüfungen. Damit bestätigt sich, dass die Prüfungen durch den MDK zu einer **Qualitätssteigerung** in den stationären Pflegeeinrichtungen beitragen.

Schwerpunktthemen

In den Schwerpunktthemen werden „Kennzahlen in der ambulanten und stationären Pflege“, die Pflege Themen „Dekubitus in der stationären Pflege“ und „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ behandelt.

Anhand von **Kennzahlen** zeigen sich in der ambulanten und stationären Pflege Unterschiede in den Qualitätsergebnissen zugunsten größerer ambulanter Pflegedienste und stationärer Pflegeeinrichtungen. Bei einem Vergleich der Qualitätsergebnisse zwischen Erst- und

Evaluationsprüfungen wird deutlich, dass die Qualitätsprüfungen einen Qualitätsentwicklungsprozess in Gang setzen; die Pflegeeinrichtungen weisen in den Evaluationsprüfungen bessere Qualitätsergebnisse auf.

Die Themen Dekubitusprophylaxe und –therapie sowie Ernährung und Flüssigkeitsversorgung wurden näher betrachtet, weil sich diese bei den Qualitätsprüfungen der MDK als besonders relevante Themen herauskristallisiert haben.

Die Auswertung bezüglich der angemessenen **Dekubitusprophylaxe und -therapie** in der stationären Pflege zeigt deutlich, dass eine gute Versorgungsqualität gewährleistet werden kann, wenn konzeptionelle Vorgaben und die aktive Übernahme von Verantwortlichkeiten in Verbindung mit der konsequenten Anwendung der Methode des Pflegeprozesses als Steuerungsinstrument wirksam werden. Diese Ergebnisse untermauern die These, dass als Grundvoraussetzung für eine angemessene Pflege geeignete strukturelle Bedingungen gewährleistet werden müssen.

Auch die Auswertung der Prüfergebnisse in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten bezüglich der angemessenen **Ernährung und Flüssigkeitsversorgung** zeigt, dass Korrelationen zwischen implementierten sowie funktionierenden Strukturen und Prozessen sowie einer angemessenen Ergebnisqualität bestehen.

Die dargestellten Ergebnisse unterstreichen die hohe Bedeutung der Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft für die Qualität in der Pflege. Nur durch eine gute Anleitung und Qualifikation der Pflegekräfte kann eine nachhaltige Entwicklung der Pflegequalität erreicht werden.

1. Einführung

1.1 Vorbemerkungen

Dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) wurde durch das SGB XI die Aufgabe übertragen, im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI (früher § 80 SGB XI) in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durchzuführen. Zentrale Qualitätsmaßstäbe zur Beurteilung der Qualität der Pflege sind die von der Selbstverwaltung vereinbarten „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI für die Pflege“.

Die Qualitätsprüfungen finden auf der Grundlage der getrennt für den ambulanten und den stationären Bereich vorliegenden „MDK-Anleitungen zur Prüfung der Qualität nach §§ 80/114 SGB XI“ statt. Die Fortschreibung der MDK-Prüfinstrumente ist ein kontinuierlicher Entwicklungsprozess. Insbesondere erfolgt dabei sukzessive eine Schwerpunktverlagerung von der Struktur- und Prozessqualität hin zur Ergebnisqualität.

Durch das am 01. Januar 2002 in Kraft getretene Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) wurde dem MDK in § 118 Abs. 4 SGB XI die Aufgabe übertragen, im Abstand von drei Jahren u.a. über die Ergebnisse seiner Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie über seine Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und zur Qualitätssicherung zu berichten.

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) führt diese Berichte und seine eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu einem Bericht zusammen und legt diesen den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) sowie den zuständigen Landesministerien vor. Dieser Bericht wird hiermit erstmalig vorgelegt und bietet einen systematischen Überblick über den Stand der Qualität der Pflege in Deutschland auf der Basis der bisher geprüften ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen. Gleichzeitig werden Entwicklungen in der Qualität der Pflege aufgezeigt.

Darüber hinaus hat der MDS auf der Grundlage bereits bisher vorliegender Erkenntnisse in verschiedenen Zusammenhängen Ergebnisse publiziert.¹

1.2 Verfahren der Datenermittlung

Für den hier vorliegenden Bericht nach § 118 Abs. 4 SGB XI wurden erstmalig für das gesamte 2. Halbjahr 2003 Einzeldatensätze für jede Qualitätsprüfung in anonymisierter Form von den Prüfern des MDK in einem Statistikbogen erfasst. Die Daten wurden auf der Grundlage der MDK-Anleitungen zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI erhoben und bilden deren Hauptkriterien ab.

Diese Daten wurden an den MDS weitergeleitet und statistisch ausgewertet (SPSS). Ergänzend dazu wurden die MDK insbesondere über die Gesamtzahl und die Art der im Jahr 2003 durchgeführten Prüfungen befragt. Die so ermittelten Daten bildeten die Grundlage für die Erstellung dieses Berichtes. Die auf diesen Daten basierende Berichterstellung erfolgte in Zusammenarbeit zwischen MDS und der Sozialmedizinischen Expertengruppe 2 „Pflege“ (SEG 2) der MDK-Gemeinschaft.

1.3 Beratungsorientierter Prüfansatz

Im SGB XI wird der internen Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen Priorität eingeräumt. Demnach sollen die Pflegeeinrichtungen ein Qualitätsmanagement etablieren und Qualitätssicherungsmaßnahmen durchführen. Dieser Grundsatz wird durch das PQsG bestätigt. In § 112 SGB XI wird den Pflegeeinrichtungen selbst die Verantwortung für die Qualität der Leistungen übertragen.

Daneben wurde durch das Pflegeversicherungsgesetz von Beginn an eine externe Qualitätssicherung etabliert, die die interne Qualitätssicherung flankieren und verstärken soll. Der MDK ist der namentlich vom Gesetzgeber benannte externe Qualitätsprüfer der Pflegekassen. Dies ist folgerichtig, da der MDK in der Lage ist, als anbieterunabhängige Prüf- und Beratungsinstitution tätig zu werden.

¹ z.B.

Pick P & Brüggemann J (2003) Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung aus Sicht des MDK. In: Schnabel E & Schönberg F: Qualitätsentwicklung in der Versorgung Pflegebedürftiger. Dortmund, 191-212.

Brüggemann J (2002) Der Pflegeprozess in der Altenpflege – eine umfassende Herausforderung für das Pflege-
management. In: Igl G et al.: Qualität in der Pflege. Stuttgart New York, 337-348.

Brüggemann J & Pick P (2001) Was bringt das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz? In: Die Schwester/Der Pfleger, 40. Jg., 6, 502-506 u. 609-611.

Deutscher Bundestag – Unterrichtung durch die Bundesregierung – (2001): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Drucksache 14/5590.

Oberste Maxime der MDK-Prüfungen ist der beratungsorientierte Prüfansatz, nach dem die externe Qualitätssicherung als eine Einheit von Prüfung, Empfehlung und Beratung gesehen sowie umgesetzt wird. Entsprechend diesem Prüfansatz unterstützen die durch den MDK durchgeführten externen Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI die internen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Pflegeeinrichtungen und geben Impulse für ggf. erforderliche Qualitätsverbesserungen.

Es ist unerlässlich, zur umfassenden Beurteilung der Ursachen, die bei Mängeln in der Ergebnisqualität vorliegen, wesentliche Elemente der Struktur- und Prozessqualität mit in die Betrachtung einzubeziehen. Es reicht nicht aus, lediglich eine Qualitätsebene zu betrachten oder die Prüfinhalte zu variieren.

1.4 Prüfrechte und Prüfablauf

Seit In-Kraft-Treten des PQsG ergeben sich die Prüfrechte des MDK aus Kapitel 11 „Qualitätssicherung, sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen“ des SGB XI (§§ 112 ff. SGB XI).

Demnach ist eine Qualitätsprüfung im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchzuführen. Nach § 112 Abs. 3 SGB XI sind die Qualitätsprüfungen auf die Qualität, die Versorgungsabläufe und die Ergebnisse der Leistungen sowie auf deren Abrechnung zu erstrecken. Soweit ein zugelassener ambulanter Pflegedienst auch Leistungen nach § 37 SGB V erbringt, können diese in die Prüfung einbezogen werden.

Wesentliche Prüfgrundlagen sind:

- SGB XI (insbesondere §§ 2, 11, 72, 75, 80, 80a, §§ 112 ff.)
- Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI
- Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI
- Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI
- Verträge nach § 132a SGB V für die häusliche Krankenpflege
- Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 SGB V
- sonstige bundes- und landesrechtliche Regelungen
- aktueller Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse (z.B. Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).

Während der MDK in der ambulanten Pflege die einzige Prüfinstitution ist, die die Qualität der Pflege beurteilt, prüft in der stationären Pflege neben dem MDK die Heimaufsicht, die allerdings mit ihrer ordnungsbehördlichen Ausrichtung einen anderen Aufgabenzuschnitt hat als der MDK. Sowohl aus dem Heimgesetz als auch aus dem PQsG ergeben sich für Heimaufsicht und MDK wechselseitige Informations- und Kooperationsrechte und -pflichten.

Nach § 112 Abs. 3 SGB XI sind für Qualitätsprüfungen verschiedene Prüfarten vorgesehen. Dabei handelt es sich um Einzelprüfungen, Stichprobenprüfungen oder vergleichende Prüfungen. Die Qualitätsprüfung führen in der Regel Prüfteams (zwei Pflegefachkräfte oder eine Pflegefachkraft und ein Arzt) durch. Zu Beginn der Prüfung wird mit der Leitungsebene der Pflegeeinrichtung ein Einführungsgespräch geführt, in dem Ablauf, Inhalt und Anlass der Prüfung vom Prüfteam erläutert werden. Die Prüfung gliedert sich in einen Prüfteil mit Zielrichtung auf die Struktur- und Prozessqualität der Pflegeeinrichtung, während die Prüfung beim Versicherten auf die Prozess- und Ergebnisqualität fokussiert ist. Hierzu werden Beobachtungen dokumentiert, Pflegeprozesse analysiert, Gespräche mit den Versicherten geführt und der Pflegezustand der Versicherten erhoben. Die Prüfung bei den einbezogenen Versicherten erfolgt nur mit deren Einverständnis. Der beratungsorientierte Prüfansatz der MDK-Anleitung ermöglicht schon während der Qualitätsprüfung bei festgestellten Qualitätsdefiziten das Erörtern von Lösungsmöglichkeiten durch das MDK-Prüfteam (Impulsberatung). Das Prüfteam erläutert der Pflegeeinrichtung in einem Abschlussgespräch erste Ergebnisse der Qualitätsprüfung. Unter Berücksichtigung der Ist-Situation werden vom MDK bei festgestellten Qualitätsdefiziten Empfehlungen über notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung gegeben und in den Prüfberichten dokumentiert.

Der vom MDK u.a. an die Pflegeeinrichtung, die Landesverbände der Pflegekassen und die zuständigen Sozialhilfeträger versendete Prüfbericht enthält den Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie ggf. Vorschläge für Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten. Wurden als Ergebnis der Prüfung Qualitätsmängel festgestellt, kann die Pflegeeinrichtung im Rahmen einer Anhörung durch die Landesverbände der Pflegekassen dazu eine Stellungnahme abgeben. Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden auf der Grundlage des MDK-Prüfberichtes unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Anhörung, ob und ggf. welche Maßnahmen zur Mängelbeseitigung erforderlich sind. Der Träger der Pflegeeinrichtung erhält von den Landesverbänden der Pflegekassen einen schriftlichen Bescheid gemäß § 115 Abs. 2 SGB XI über ggf. vorzunehmende Maßnahmen mit einer angemessenen Frist zur Mängelbeseitigung. Je nach Art der Mängel erhält der MDK von den Landesverbänden der Pflegekassen den Auftrag, im Rahmen einer Evaluationsprüfung die Mängel-

beseitigung zu überprüfen. Auch die Evaluationsprüfungen beinhalten in der Regel die umfassende Prüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Durch die Prüftätigkeit und den beratungsorientierten Prüfansatz ist es gelungen, in vielen der geprüften Pflegeeinrichtungen einen Qualitätsentwicklungsprozess einzuleiten oder zu unterstützen. Mit den Qualitätsprüfungen trifft der MDK nicht zuletzt durch die gute Qualifikation der Prüfteams in der Fachöffentlichkeit auf positive Resonanz.

1.5 Profession und Qualifikation der MDK-Mitarbeiter

Ende 2003 waren beim MDK 182 Mitarbeiter mit Qualitätsprüfungen betraut, davon wurden 100 Mitarbeiter ausschließlich als Prüfer eingesetzt. Die MDK setzen für die Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI überwiegend Pflegefachkräfte und zu einem geringeren Teil Ärzte ein, vereinzelt auch Mitarbeiter mit anderen Professionen.

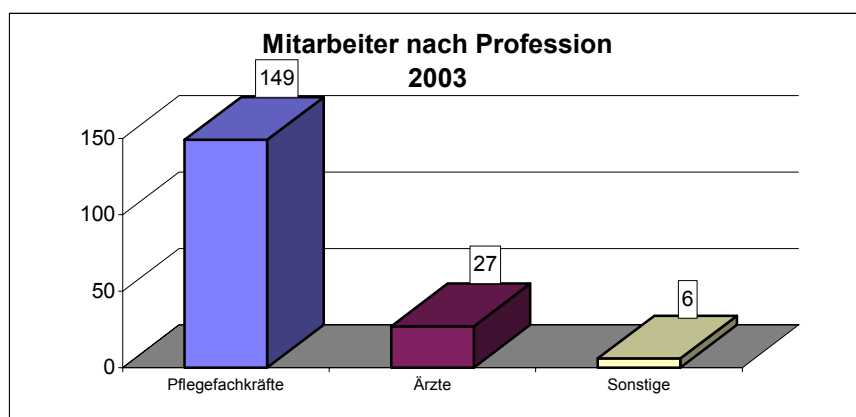


Abbildung 1: Mitarbeiter nach Profession

Auf Bundesebene bietet der MDS umfangreiche Qualifizierungsmaßnahmen für die Mitarbeiter der MDK an, die Qualitätsprüfungen durchführen. Bei den Angeboten werden die Grundlagen des Qualitätsmanagements, die MDK-Anleitungen sowie Kommunikations- und Konfliktlösungstechniken vermittelt. Das Qualifizierungsangebot umfasst schließlich eine TQM-Auditorenqualifikation. Diese Angebote werden durch MDK-interne Angebote ergänzt, u.a. wurden von verschiedenen MDK in Zusammenarbeit mit externen Anbietern TQM-Auditoren qualifiziert.

Viele Mitarbeiter verfügen über weitere Zusatzqualifikationen. Über ein Drittel der Pflegefachkräfte hat eine leitungsbezogene Qualifikation und jede achte Pflegefachkraft verfügt

über einen pflegeorientierten Studienabschluss. Von den beteiligten ärztlichen Prüfern hat mehr als die Hälfte eine Qualitätsmanagementqualifikation.

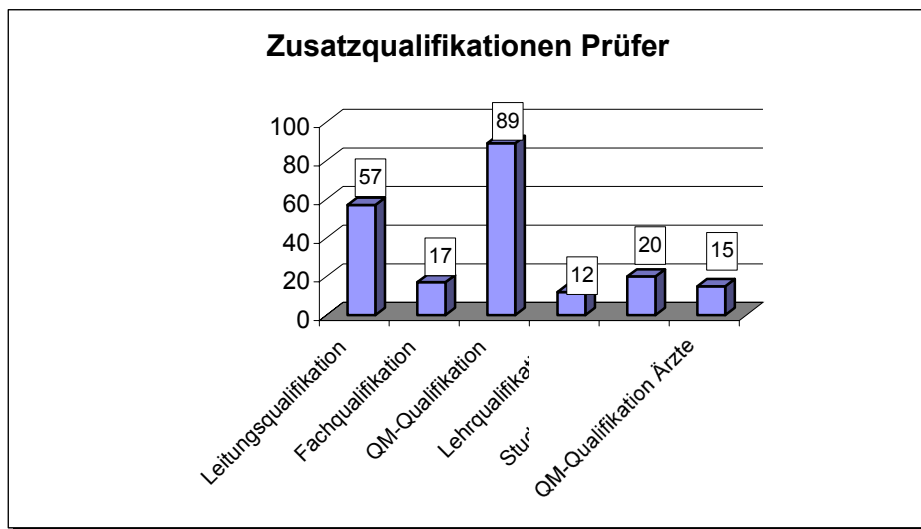


Abbildung 2: Zusatzqualifikationen Prüfer
Mehrfachnennungen möglich

2. Geprüfte Pflegeeinrichtungen

Kapitel

2

Seit 1996 ist die Anzahl der Prüfaufträge nach und nach angestiegen. Dabei werden unterschiedliche Schwerpunktsetzungen der auftraggebenden Landesverbände deutlich. In den meisten Bundesländern wurde die Qualität stationärer Pflegeeinrichtungen vor der Qualität ambulanter Pflegedienste vorrangig geprüft. Dies erklärt sich aus dem größeren Abhängigkeitsverhältnis der Versicherten zur Institution Heim, aus dem umfassenderen Versorgungsauftrag der Heime und aus den publik gewordenen Defiziten. Überwiegend ist in den letzten Jahren ein Trend von den Anlassprüfungen zu den Stichprobenprüfungen zu erkennen. Dies gilt sowohl für den ambulanten wie für den stationären Bereich. Erfahrungen mit vergleichenden Prüfungen liegen bisher noch nicht vor.

2.1 Pflegeinfrastruktur

Bevor auf Anzahl und Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK eingegangen werden kann, ist eine kurze Darstellung der Anzahl und der Verteilung auf die verschiedenen Trägerarten der ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen sinnvoll. Auf diesen Daten bauen die Berechnungen der Prüfquoten sowie der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der MDK auf.

2.1.1 Ambulante Pflege

Im Jahr 2003 gab es in Deutschland 12.216 zugelassene ambulante Pflegedienste. Die Mehrzahl dieser Pflegedienste befand sich in privater Trägerschaft (52 %). Der Anteil der freigemeinnützigen Träger betrug 46 %. Öffentliche Träger hatten einen Anteil von lediglich 2 %. Bundesweit wurden im Jahr 2003 372.290 Leistungsempfänger der Pflegeversicherung (davon 169.580 Sachleistungen, 202.710 Kombinationsleistungen) durch ambulante Pflegedienste betreut.

Zugelassene ambulante Pflegedienste 2003*	
Baden-Württemberg	1.417
Bayern	1.699
Berlin	377
Brandenburg	515
Bremen	116
Hamburg	350
Hessen	896
Mecklenburg-Vorpommern	391
Niedersachsen	1.161
Nordrhein	1.251
Rheinland-Pfalz	410
Saarland	153
Sachsen	932
Sachsen-Anhalt	514
Schleswig-Holstein	561
Thüringen	373
Westfalen-Lippe	1.100
Deutschland	12.216

Tabelle 1: Zugelassene ambulante Pflegedienste 2003

* Quelle: Spitzenverbände der Pflegekassen, Vertragsstatistik

2.1.2 Stationäre Pflege

Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen gab es im Jahr 2003 in Deutschland 9.499. Die Mehrzahl dieser Heime (56 %) befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Der Anteil der privat betriebenen Heime betrug 36 %, während die öffentlichen Träger mit 8 % den geringsten Anteil ausmachten. Bundesweit wurden 2003 563.251 Leistungsempfänger der Pflegeversicherung (davon 540.070 vollstationäre Pflege, 13.864 teilstationäre Pflege, 9.312 Kurzzeitpflege) in stationären Pflegeeinrichtungen betreut.

Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen 2003*	
Baden-Württemberg	1.197
Bayern	1.531
Berlin	271
Brandenburg	244
Bremen	79
Hamburg	152
Hessen	638
Mecklenburg-Vorpommern	193
Niedersachsen	1.239
Nordrhein	975
Rheinland-Pfalz	391
Saarland	116
Sachsen	493
Sachsen-Anhalt	308
Schleswig-Holstein	620
Thüringen	216
Westfalen-Lippe	836
Deutschland	9.499

Tabelle 2: Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen 2003

* Quelle: Spitzenverbände der Pflegekassen, Vertragsstatistik

2.2 Prüfungen in ambulanten Pflegediensten

Während in den meisten Ländern der Schwerpunkt der Prüfungen bei den stationären Pflegeeinrichtungen lag, hat Baden-Württemberg den Fokus auf die ambulanten Pflegedienste gelegt.

Um den Anteil aller bereits geprüften zugelassenen ambulanten Pflegedienste berechnen zu können, ist es erforderlich, die Doppelt- und Mehrfachprüfungen in den einzelnen Bundesländern nicht zu berücksichtigen. Rechnerisch sind demnach von Beginn der Qualitätsprüfungen (1996) bis Ende 2003 von allen zugelassenen Pflegediensten ca. 52 % (6.354) mindestens einmal geprüft worden. In der folgenden Tabelle ist die Anzahl aller durchgeführten Erstprüfungen angegeben.

Ambulant Einzel- und Stichprobenprüfungen differenziert nach Bundesländern		
MDK	Bis Ende 2003 gesamt	zugelassen (2003)
Baden-Württemberg	1.774	1.417
Bayern	2.144	1.699
Berlin	151	377
Brandenburg	305	515
Bremen	48	116
Hamburg	31	350
Hessen	206	896
Mecklenburg-Vorpommern	350	391
Niedersachsen	121	1.161
Nordrhein	386	1.251
Rheinland-Pfalz	318	410
Saarland	86	153
Sachsen	300	932
Sachsen-Anhalt	389	514
Schleswig-Holstein	23	561
Thüringen	412	373
Westfalen-Lippe	151	1.100
gesamt	7.194	12.216

Tabelle 3: Ambulant - Einzel- und Stichprobenprüfungen differenziert nach Bundesländern

Die durchschnittlichen jährlichen Prüfquoten ambulanter Pflegedienste haben von Beginn der Prüfungen bis 2003 zugenommen. So lag die durchschnittliche Prüfquote im Jahr 1999 bei knapp 7 % (840 Erstprüfungen), im Jahr 2003 betrug sie 12 % (1.420 Erstprüfungen).

Bei einer Differenzierung der Erstprüfungen in Einzelprüfungen und Stichprobenprüfungen zeigt sich im Bereich der Prüfungen ambulanter Pflegedienste eine deutliche Dominanz der Stichprobenprüfungen. Im Jahr 2003 standen etwa 1.160 Stichprobenprüfungen in ambulanten Pflegediensten ca. 260 anlassbezogenen Einzelprüfungen gegenüber. In einigen Bundesländern (Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein) wurden im Jahr 2003 für den ambulanten Bereich keine Aufträge für Stichprobenprüfungen erteilt.

Zusätzlich finden Evaluationsprüfungen statt. Diese Prüfungen werden durchgeführt, um festzustellen, ob die bei einer Erstprüfung festgestellten Qualitätsmängel beseitigt worden sind. Aus diesem Grunde konnten diese Prüfungen auch erst etwas später in nennenswertem Umfang erfolgen. Die Gesamtzahl aller in ambulanten Pflegediensten durchgeführten Evaluationsprüfungen lag im Jahr 1999 bei unter 1 % (79 Evaluationsprüfungen); im Jahre 2003 betrug die Quote über 4 % (450 Evaluationsprüfungen).

Insgesamt sind im Jahr 2003 ca. 1.870 Prüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen durchgeführt worden.

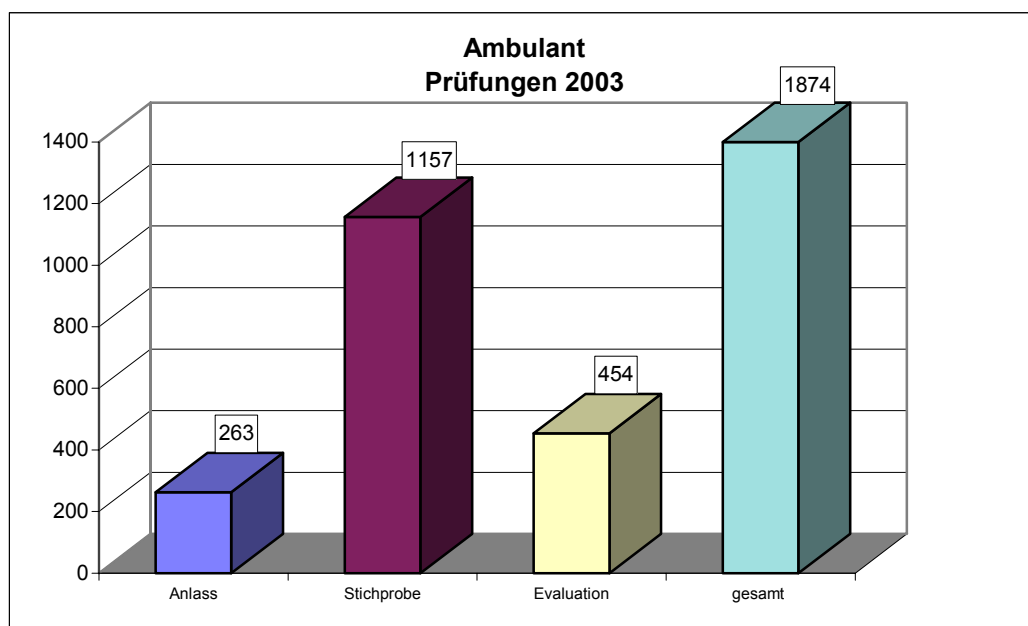


Abbildung 3: Ambulant - Prüfungen 2003

2.3 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen

In Bayern wurde der Schwerpunkt am deutlichsten auf die Überprüfung der Qualität in stationären Pflegeeinrichtungen gelegt. Auch in den meisten anderen Ländern liegt der Prüfungsschwerpunkt bei den stationären Pflegeeinrichtungen.

Bei der Berechnung der Gesamtprüfquote aller zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen werden die Doppelt- und Mehrfachprüfungen in den einzelnen Bundesländern nicht berücksichtigt. So ergibt sich eine bereinigte Gesamtprüfquote für Deutschland. Rechnerisch sind demnach von Beginn der Qualitätsprüfungen (1996) bis Ende 2003 von allen zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen ca. 63 % (5.954) mindestens einmal geprüft worden. In der folgenden Tabelle ist die Anzahl aller durchgeführten Erstprüfungen angegeben.

Stationär Einzel- und Stichprobenprüfungen differenziert nach Bundesländern		
MDK	Bis Ende 2003 gesamt	zugelassen (2003)
Baden-Württemberg	165	1.197
Bayern	3.036	1.531
Berlin	279	271
Brandenburg	305	244
Bremen	104	79
Hamburg	77	152
Hessen	153	638
Mecklenburg-Vorpommern	147	193
Niedersachsen	954	1.239
Nordrhein	531	975
Rheinland-Pfalz	322	391
Saarland	52	116
Sachsen	356	493
Sachsen-Anhalt	298	308
Schleswig-Holstein	236	620
Thüringen	276	216
Westfalen-Lippe	322	836
gesamt	7.594	9.499

Tabelle 4: Stationär - Einzel- und Stichprobenprüfungen differenziert nach Bundesländern

Die durchschnittlichen jährlichen Prüfquoten in stationären Pflegeeinrichtungen haben zunächst zugenommen. In den letzten Jahren ist eine leichte Abnahme zu verzeichnen, die durch den relativ hohen Anteil an Evaluationsprüfungen zu erklären ist. So lag die durchschnittliche Prüfquote im Jahr 1999 bei knapp 14 % (1.311 anlassbezogene Einzel- und Stichprobenprüfungen), im Jahr 2003 betrug sie etwa 12 % (1.136 anlassbezogene Einzel- und Stichprobenprüfungen).

In den letzten Jahren hatten die Stichprobenprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen gegenüber den anlassbezogenen Einzelprüfungen ein leichtes Übergewicht. So wurden beispielsweise im Jahr 2000 1.050 Stichprobenprüfungen und 680 anlassbezogene Einzelprüfungen durchgeführt. Im Jahr 2003 lag die Anzahl der Einzelprüfungen (608) hingegen höher als die der Stichprobenprüfungen (516).

Allerdings finden bei den stationären Pflegeeinrichtungen schon seit mehreren Jahren in großem Umfang Evaluationsprüfungen statt. Die Gesamtzahl aller in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführten Evaluationsprüfungen lag im Jahr 1999 bereits bei 3 Prozent (255 Evaluationsprüfungen); im Jahre 2003 betrug die Quote 9 % (896 Evaluationsprüfungen). Damit liegt der Umfang der Evaluationsprüfungen im stationären Bereich von Anfang an deutlich über denen bei den ambulanten Pflegediensten.

Insgesamt sind im Jahr 2003 ca. 2.030 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt worden.

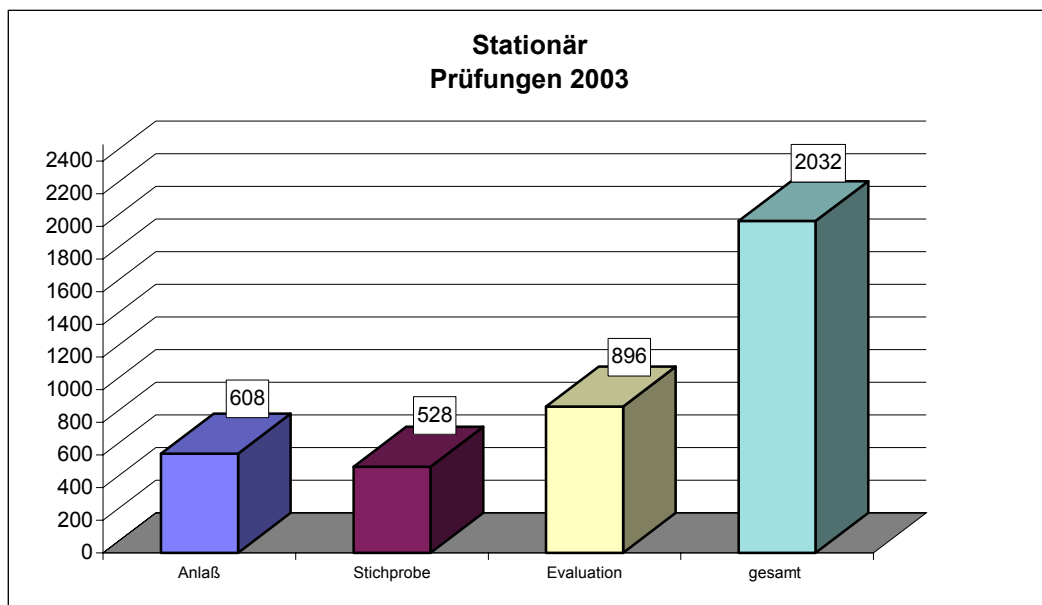


Abbildung 4: Stationär - Prüfungen 2003

2.4 Prüfungen in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen

Von Beginn der Qualitätsprüfungen (1996) bis Ende 2003 wurde in Deutschland ein Anteil von ca. 57 % (12.308) aller 21.715 zugelassenen ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen geprüft. Dabei blieben sowohl Doppel- und Mehrfachprüfungen in den einzelnen Bundesländern als auch Evaluationsprüfungen unberücksichtigt. Zwischen den Bundesländern herrscht ein heterogenes Bild bezüglich der Prüfquoten.

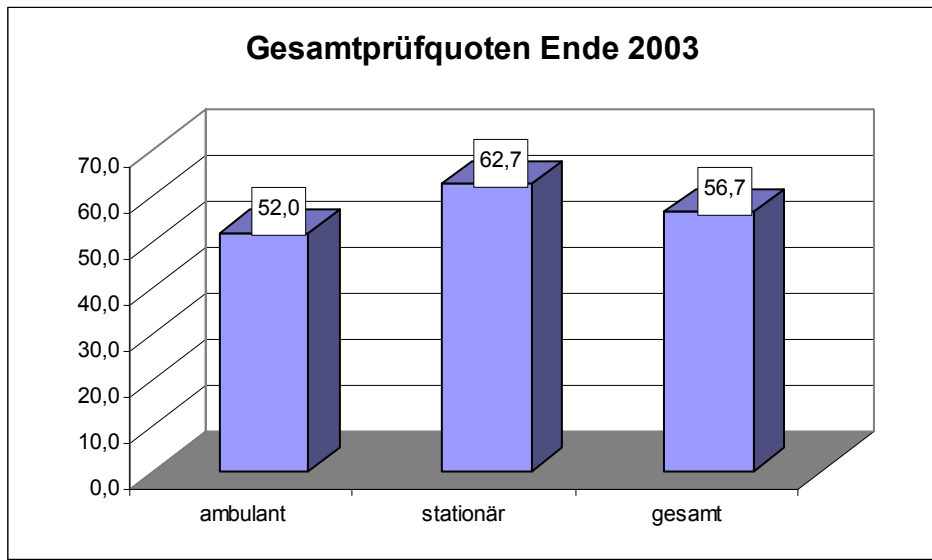


Abbildung 5: Gesamtprüfquoten Ende 2003

Unter Berücksichtigung aller im ambulanten (1.870) und stationären (2.032) Bereich durchgeführten Erst- und Evaluationsprüfungen ergibt sich für das Jahr 2003 eine jährliche Prüfquote von ca. 18 %. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Prüfquoten in Jahr 2004 auf gleich hohem Niveau liegen werden.

3. Prüfungen und Ergebnisse ambulante Pflege

Die folgenden Aussagen und Auswertungen beziehen sich auf alle von den MDK im zweiten Halbjahr 2003 durchgeführten und an den MDS in Form eines Einzeldatensatzes gemeldeten Qualitätsprüfungen. Zentrales Kriterium für die Bewertung aller Items ist die Angemessenheit der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Angemessen bedeutet, dass die Pflege und Versorgung den Anforderungen der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI sowie der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität entspricht.

3.1 Prüfarten ambulante Pflege

Im zweiten Halbjahr 2003 sind von den MDK in ambulanten Pflegediensten 807 Prüfungen durchgeführt worden. Davon entfallen knapp 20 % auf anlassbezogene Einzelprüfungen, 54 % der Prüfungen waren Stichprobenprüfungen und knapp 26 % der Prüfungen waren Evaluationsprüfungen.

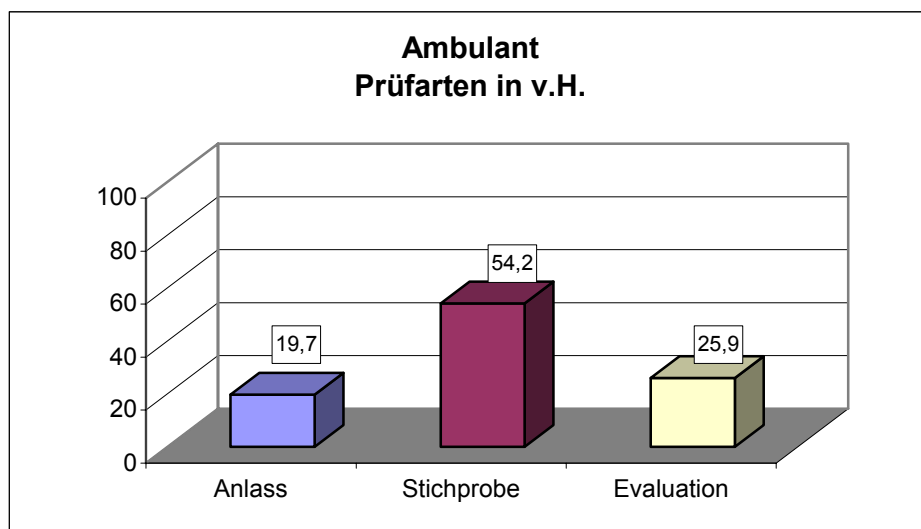


Abbildung 6: Ambulant - Prüfarten in v.H.

Von diesen Qualitätsprüfungen ist mit 666 (82,5 %) die überwiegende Zahl der Prüfungen angemeldet durchgeführt worden. Der Anteil der angemeldeten Prüfungen bei den anlassbe-

zogenen Einzelprüfungen lag bei 76 % und bei Stichproben und Evaluationsprüfungen jeweils bei 84 %. Unangemeldete Prüfungen wurden in 17,5 % der Prüfungen durchgeführt.

3.2 Prüfungsdurchführung ambulante Pflege

Die Qualitätsprüfungen im ambulanten Bereich wurden in der Regel durch ein Prüfteam bestehend aus zwei Pflegefachkräften durchgeführt. Bezogen auf die Gesamtzahl aller Prüfungen in ambulanten Pflegediensten betrug die Dauer der Prüfung in der Pflegeeinrichtung meist 1 (ca. 81 %) bis 2 (17 %) Tage, in Einzelfällen (2 %) auch länger.

Nach § 114 Abs. 6 SGB XI besteht die Möglichkeit, Vertreter der Pflegekassen und ihrer Verbände, Vertreter des zuständigen Sozialhilfeträgers sowie des privaten Krankenversicherungsträgers an der Prüfung zu beteiligen. Auch können Vertreter der Trägervereinigungen, deren Mitglied der Träger der zu prüfenden Einrichtung ist, an der Prüfung beteiligt werden. Ausgenommen ist eine Beteiligung dann, wenn diese zu einer Verzögerung der Prüfung führen würde. Bei 75 % der Prüfungen in ambulanten Pflegediensten waren keine weiteren Akteure beteiligt. Vertreter der Pflegekassen und von Trägervereinigungen waren jeweils zu etwa 9 % bei den Prüfungen dabei. Nur selten beteiligten sich Vertreter der Sozialhilfeträger (ca. 1 %) und der Gesundheitsämter (0,4 %) an den Prüfungen.

Ambulant - Andere an der Prüfung Beteiligte (in v.H.)	
Keine weiteren Beteiligten	75,3
Pflegekasse	9,0
Sozialhilfeträger	1,1
Trägerverband	9,2
Gesundheitsamt	0,4
sonstige	9,2

Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 5: Ambulant - andere an der Prüfung Beteiligte (in v.H.)

3.3 Strukturdaten geprüfte ambulante Pflegeeinrichtungen

Von den geprüften ambulanten Pflegediensten waren 472 (58 %) in privater, 314 (39 %) in freigemeinnütziger und 9 (1 %) in öffentlicher Trägerschaft; bei 13 Pflegediensten (2 %) war die Trägerschaft nicht eindeutig zu ermitteln. Damit ist die Verteilung der geprüften Pflegeeinrichtungen auf die verschiedenen Trägerarten mit der Verteilung der Grundgesamtheit der zugelassenen Pflegedienste vergleichbar.

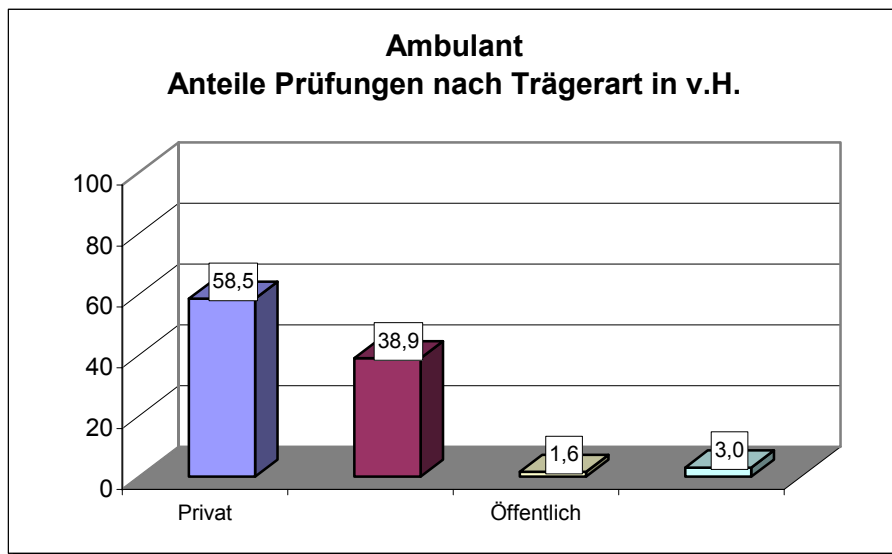


Abbildung 7: Ambulant - Anteile Prüfungen nach Trägerart in v.H.

Von den geprüften Pflegediensten wurden durchschnittlich 61 Personen versorgt. Die durchschnittliche Anzahl der betreuten Versicherten lag laut statistischem Bundesamt im Jahr 2001 bei etwa 41 Personen je Pflegedienst. Im Schnitt lag der Anteil der im Rahmen der Qualitätsprüfungen bei den ambulanten Pflegediensten durch den MDK in die Prüfung einbezogenen Versicherten bei knapp 6 %. Dabei ist eine Spannweite zwischen 1 % (Baden-Württemberg) und knapp 9 % (Hamburg, Bremen, Sachsen) zu verzeichnen.

Von den geprüften ambulanten Pflegediensten verfügte ein Anteil von gut 4 % über eine Zertifizierung. Davon entfallen 24 (3 %) Zertifizierungen auf das DIN ISO-System und 11 (1 %) auf andere Zertifizierungssysteme.

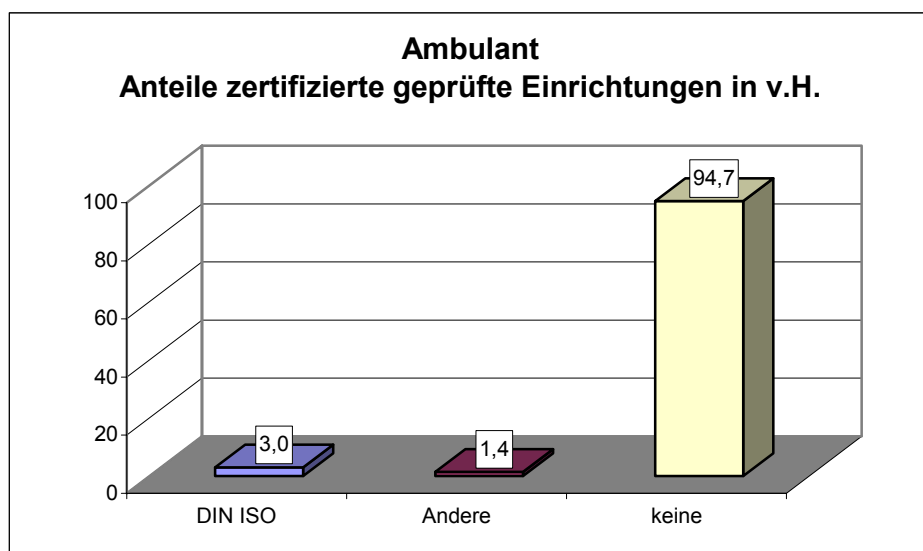


Abbildung 8: Ambulant - Anteile zertifizierte geprüfte Einrichtungen in v.H.

3.4 Ergebnisse Prozess- und Ergebnisqualität ambulante Pflege

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen basieren auf dem „Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen“ der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege. Dieser Erhebungsbogen richtet sich hauptsächlich auf Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität. Grundgesamtheit für die Auswertung der Daten sind hier die in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen.

Insgesamt wurden im Rahmen der Prüfungen durch den MDK 2.721 Pflegebedürftige in ihrer Wohnung besucht.

Besonderheit bei der Beurteilung der Pflegequalität in ambulanten Pflegediensten ist die Tatsache, dass die Versicherten Leistungen nach eigenem Ermessen und entsprechend der dem Versicherten zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen vom Pflegedienst in Anspruch nehmen. Auch wenn der Pflegedienst andere Leistungen, zusätzliche Leistungen oder Leistungen in einer höheren Frequenz für erforderlich hält, entscheiden letztlich der Versicherte bzw. seine Angehörigen. Bei der Beurteilung der Qualität in der ambulanten Pflege ist zu beachten, dass der Pflegedienst im Rahmen seines Versorgungsauftrages eine umfassende Pflegeanamnese/Informationssammlung durchzuführen und den Versicherten über erforderliche Leistungen zu beraten hat. Er hat darzustellen, welche Leistungen von wem im Versorgungskontext erbracht werden. Im Rahmen der Leistungserbringung durch den Pflegedienst ist regelmäßig eine Evaluation der Pflege erforderlich. Hat der Pflegedienst

diese Anforderungen nachvollziehbar erfüllt, kann er für Defizite, die z.B. durch nicht in Anspruch genommene Leistungen entstanden sind, nicht verantwortlich gemacht werden.

3.4.1 Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung

Im Rahmen der Qualitätsprüfung bei den Pflegebedürftigen wird eine Befragung zur Zufriedenheit mit dem Pflegedienst in verschiedenen Bereichen durchgeführt. Die Fragen können durch den Pflegebedürftigen und/oder durch die Angehörigen beantwortet werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass bei Zufriedenheitsbefragungen von älteren Menschen zur pflegerischen Versorgung meist sehr hohe Zustimmungs- und Zufriedenheitswerte ermittelt werden.²

Bei der Befragung des Pflegebedürftigen im Rahmen der Qualitätsprüfung durch den MDK stehen Aspekte der Kontaktaufnahme des Pflegedienstes mit dem Pflegebedürftigen, der Ablauforganisation sowie die professionelle Haltung der Mitarbeiter im Vordergrund.

Bei der Befragung waren etwa 2.400 Pflegebedürftige von den insgesamt in die Prüfung einbezogenen 2.721 Personen in der Lage, die Fragen ganz oder teilweise zu beantworten.

Nach deren Angaben wurden bei der Leistungsplanung die Wünsche und Bedürfnisse zu 98 % berücksichtigt. Auch wurde bei 94 % der befragten Pflegebedürftigen ein Pflegevertrag abgeschlossen. Bei 93 % der Pflegebedürftigen wurden die vertraglich vereinbarten Leistungen durchgeführt. Auch die vereinbarten Einsatzzeiten wurden nach Angaben der Pflegebedürftigen in 97 % der Fälle eingehalten. Nach Angaben der befragten Pflegebedürftigen wurde in 93 % der Fälle ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern eingesetzt. 96 % der Befragten gaben an, dass Motivation und Unterstützung durch aktivierende Pflege stattfand. Fast 99 % der Versicherten gaben an, dass die Körperpflege nach ihren individuellen Wünschen erbracht wird. Mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes waren 98 % der Befragten zufrieden. Allerdings traf diese Frage nur bei 884 Versicherten zu.

² Wingenfeld K (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Bielefeld.

Görres S (1999): Qualitätssicherung in Pflege und Medizin. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

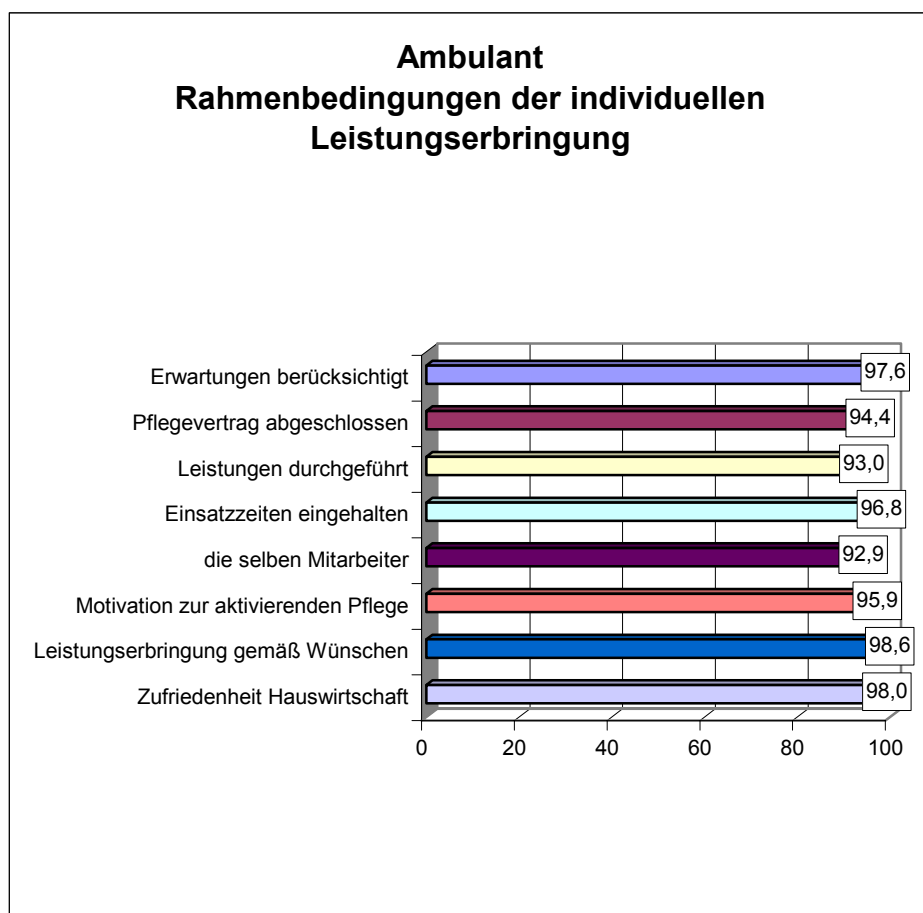


Abbildung 9: Ambulant - Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung

3.4.2 Pflegezustand

Der Pflegezustand des Versicherten wird durch die Prüfer des MDK durch Beobachtung und Inaugenscheinnahme festgestellt. Es geht dabei im Wesentlichen um die Qualität grundlegender Kriterien wie Hautzustand, Mundzustand, Pflegezustand von Finger- und Fußnägeln, Haare und Frisur sowie die Versorgung mit Sonden, Kathetern und Inkontinenzprodukten. Ein nicht angemessener Pflegezustand ist dann gegeben, wenn bei einem der relevanten Kriterien ein Pflegedefizit festgestellt wurde und die Pflegeeinrichtung nicht darlegen kann, dass alle erforderlichen pflegfachlichen Maßnahmen eingeleitet, durchgeführt und dokumentiert wurden. Allerdings sind den Interventionsmöglichkeiten des Pflegedienstes durch den vom Pflegebedürftigen gewählten Leistungsumfang Grenzen gesetzt.

Der Pflegezustand konnte bei 2.633 Personen beurteilt werden. Davon war der Pflegezustand bei 91 % der Personen angemessen. Das bedeutet, dass bei 9 % ein unzureichender Pflegezustand festgestellt wurde, der unmittelbar auf die Qualität der Versorgung durch den Pflegedienst zurück zu führen war.

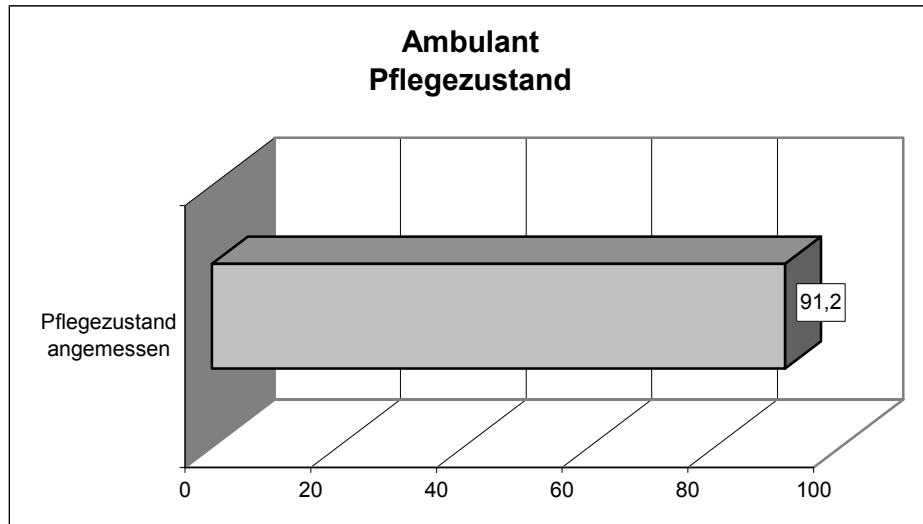


Abbildung 10: Ambulant - Pflegezustand

3.4.3 Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses

Bei der Prüfung durch den MDK wird mittels einer Analyse der Pflegedokumentation untersucht, ob die Schritte des Pflegeprozesses nachvollziehbar sind. Dabei wird das Augenmerk neben akuten auch auf potentielle Gesundheitsgefährdungen gerichtet. Assessment-, Planungs- und Kontrollschritte sind zwingend von Pflegefachkräften zu erbringen. Es geht dabei u.a. um die Frage, ob aus der Pflegedokumentation die aktuelle Pflegesituation erkennbar ist, ob alle relevanten Probleme erkannt und Fähigkeiten sowie Ressourcen der Pflegebedürftigen dargestellt werden, damit sie bei der Leistungserbringung einbezogen und gefördert werden können. Weiterhin geht es um die Frage, ob die geplanten Pflegemaßnahmen handlungsleitend formuliert sind, damit jeder Mitarbeiter anhand der Angaben der Pflegedokumentation versichertenindividuell und angemessen die Leistungen erbringen kann. Ein weiterer Aspekt ist die Frage, ob die Wirksamkeit der Maßnahmen regelmäßig überprüft worden ist und bei Bedarf Maßnahmen angepasst worden sind.

Sind diese Anforderungen an den Pflegeprozess und die Pflegedokumentation nicht erfüllt, bestehen u.a. folgende Gefahren:

- Verluste wichtiger Informationen
- diskontinuierliche Leistungserbringung
- passivierende Pflege
- Verkennen potentieller Risiken
- Entstehung von Sekundärerkrankungen
- Entstehung von Pflegefehlern.

Besonderes Augenmerk gilt den Versorgungsbereichen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Inkontinenzversorgung, Dekubitusprophylaxe sowie der Versorgung von Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz).

Eine adäquate Pflegeanamnese/Informationssammlung war demnach bei 62 % der betreuten Pflegebedürftigen nachvollziehbar. Bei 38 % der Versicherten fanden sich Defizite in der Pflegeanamnese/Informationssammlung.

Angaben zur Biographie, die insbesondere bei der Pflegeplanung und Leistungserbringung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger relevant sein können, lagen bei 40 % vor. Bei 60 % der Personen lagen keine aussagekräftigen Angaben der Versicherten vor.

Damit aktivierend gepflegt werden kann und die vorhandenen Fähigkeiten des Pflegebedürftigen gefördert werden können, ist neben der Erfassung und Dokumentation vorhandener Probleme sowie Defizite die Erfassung der Ressourcen sowie Fähigkeiten erforderlich. Dies geschah bei 39 % der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen. Damit fehlte bei 61 % der Personen eine der wesentlichsten Grundlagen für eine zielgerichtete aktivierende Pflege. Die Wahrnehmung der Versicherten (Zufriedenheitsbefragung) und die fachliche Beurteilung weichen demnach deutlich voneinander ab.

Pflegeziele wurden in 36 % individuell formuliert. Bei 64 % der Personen lagen individuelle Pflegeziele nicht in geeigneter Form vor.

Mit 46 % wurden bei weniger als der Hälfte der betreuten Versicherten individuelle Maßnahmen handlungsleitend geplant. Bei 54 % der Personen lagen entsprechende Maßnahmenplanungen nicht vor. Demnach ist davon auszugehen, dass in der ambulanten Pflege häufig schematisch Pflegemaßnahmen oder abrechenbare Leistungskomplexe als Maßnahmen dokumentiert werden. Mitarbeiter der Pflegedienste können dabei aus der Pflegedokumentation nicht erkennen, wie die Maßnahmen konkret durchzuführen sind, welche Vorlieben, Gewohnheiten, Abneigungen und Besonderheiten beim Versicherten vorliegen, welche Fähigkeiten in die Leistungserbringung im Sinne der aktivierenden Pflege einbezogen werden können. Dies bedeutet nicht automatisch, dass die Mitarbeiter der Pflegedienste die Vorlieben, Fähigkeiten etc. nicht kennen. Es ist anzunehmen, dass jeder Mitarbeiter sich in einem aufwändigen und eher unstrukturierten Beziehungsprozess die Kenntnisse und Informationen sukzessive aneignen muss. Insbesondere bei geringer qualifizierten Mitarbeitern wird dies kaum auf ausreichender fachlicher Basis gelingen. Kontinuität kann so nur selten und wenn überhaupt dann nach längerer Anlaufphase erreicht werden. Alles in allem handelt es

sich bei diesem weit verbreiteten Vorgehen sowohl um unfachliches als auch um unwirtschaftliches Arbeiten.

Im Rahmen der Maßnahmenplanung hat die Pflegefachkraft des Pflegedienstes auch zu dokumentieren, welche Maßnahmen durch andere an der Versorgung Beteiligte (Angehörige oder sonstige Pflegepersonen) erbracht werden. Dies erfolgte in 44 % der Fälle. Bei 56 % der Fälle konnten die Pflegedienste nicht nachweisen, dass sie den Pflegebedürftigen und sein soziales Umfeld über erforderliche Maßnahmen beraten haben. Sie begeben sich damit in die Mitverantwortung für entstehende Sekundärerkrankungen und andere Risikosituationen, die allein durch die Nichtinanspruchnahme weiterer erforderlicher Maßnahmen entstehen können.

Prophylaxen wurden bei der Maßnahmenplanung in 45 % der Fälle berücksichtigt. In 55 % der Fälle erfolgte keine angemessene Berücksichtigung der Prophylaxen bei der Planung. Damit ist auch davon auszugehen, dass Prophylaxen weitaus seltener im Rahmen der vereinbarten Leistungen erbracht werden, als dies für eine adäquate Pflege erforderlich wäre.

Bei 78 % der in die Prüfung einbezogenen Versicherten wurden die durchgeführten Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert. Bei 22 % der Versicherten waren hier Defizite in der Pflegedokumentation festzustellen.

In den Pflegeberichten fanden sich bei 68 % der Versicherten Angaben zu Veränderungen, Befindlichkeiten etc. Bei 32 % der Pflegebedürftigen wurde der Pflegebericht in der Pflegedokumentation nicht nachvollziehbar als sinnvolle Verlaufsdarstellung und Informationsmedium genutzt.

Situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen war in 66 % der analysierten Pflegeberichte erkennbar. In 34 % der Fälle war kein situationsgerechtes Handeln nachvollziehbar. Das heißt, dass z.B. bei Sturzereignissen eine Ursachenanalyse oder eine Information an den Hausarzt nicht feststellbar war.

Eine regelmäßige Überprüfung und Bewertung der Pflegeergebnisse und eine ggf. erforderliche Anpassung der Ziele und Maßnahmen ließ sich in 42 % der Pflegedokumentationen nachvollziehen. Bei 58 % der Pflegedokumentationen war dieses Kriterium nicht erfüllt.

Ambulant Pflegedokumentation und Umsetzung Pflegeprozess

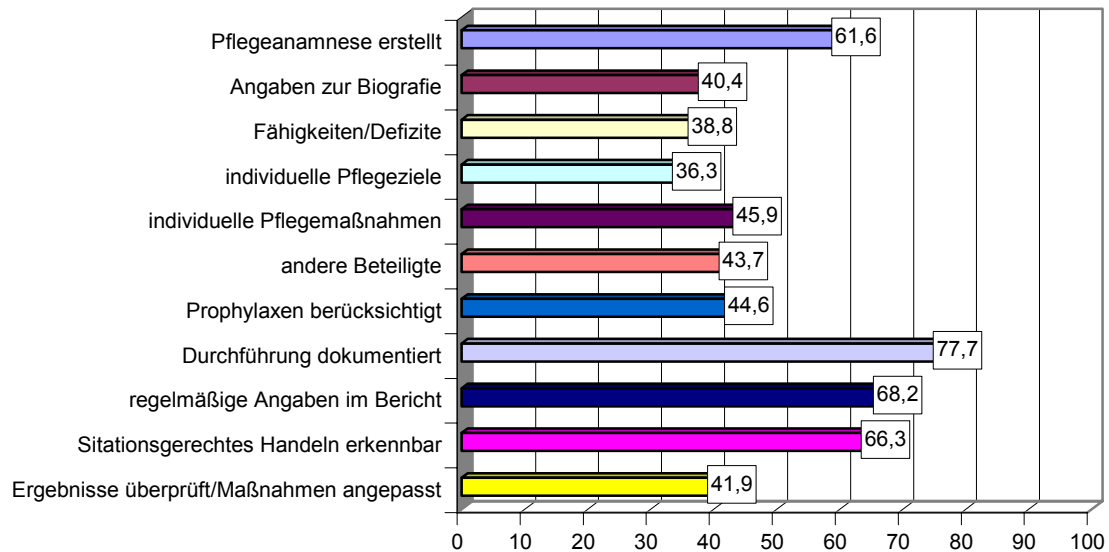


Abbildung 11: Ambulant - Pflegedokumentation und Umsetzung Pflegeprozess

Die Beurteilung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung war bei 1.710 besuchten Pflegebedürftigen möglich. Obwohl Angehörige und andere Pflegepersonen erfahrungsgemäß im ambulanten Bereich bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung einen Großteil der erforderlichen Hilfen leisten, lagen bei nur 63 % der Versicherten in diesem Bereich keine Qualitätsprobleme vor, die unmittelbar auf den beauftragten Pflegedienst zurück zu führen waren. Bei 37 % der Personen wurden Mängel festgestellt. Auch hier sind diese Mängel nicht unbedingt gleichbedeutend mit einer bereits eingetretenen Unterernährung oder einer Dehydratation. Vielmehr ist auch hier davon auszugehen, dass wichtige Probleme nicht erkannt, dass erforderliche Maßnahmen nicht ergriffen oder die Angehörigen nicht über bestehende Probleme informiert worden sind.

Die Inkontinenzversorgung konnte bei 2.085 Personen auf ihre Qualität hin überprüft werden. Bei ca. 75 % war die Inkontinenzversorgung angemessen. Bei 25 % der Pflegebedürftigen wurden Qualitätsdefizite festgestellt, z.B. wurden vorhandene Fähigkeiten nicht erkannt, mögliche Kontinenzförderung wurde nicht angeboten oder Inkontinenzhilfsmittel waren nicht angemessen.

Die Beurteilung der Dekubitusprophylaxe war bei 1.721 der in die Prüfung einbezogenen Versicherten möglich. Bei 51 % dieser besuchten Pflegebedürftigen war eine den Anforderungen entsprechende Prophylaxe erkennbar. Bei 49 % der Personen bestanden Defizite. Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass ein Dekubitus entstanden sein muss. Gemeint ist vielmehr u.a., dass ein Dekubitusrisiko nicht ermittelt oder nicht erkannt worden ist, dass prophylaktische Maßnahmen nicht geplant worden sind, dass keine entsprechenden Hilfsmittel eingesetzt oder dass die Angehörigen auf erforderliche Bewegungsförderung/Lagerungswechsel nicht hingewiesen worden sind.

Die Versorgung von Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen konnte bei 1.064 Pflegebedürftigen beurteilt werden. Angemessen war die Versorgung im Zusammenhang mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen in 67 % der Fälle. Bei 33 % der Personen waren Qualitätsmängel festzustellen. Dies bedeutet, dass z.B. wichtige für die Versorgung dieses Personenkreises erforderliche biographische Angaben nicht erhoben wurden, gerontopsychiatrische Beeinträchtigungen nicht erkannt und notwendige Beratungen der Angehörigen zur Gestaltung des Tagesablaufes nicht angeboten wurden.

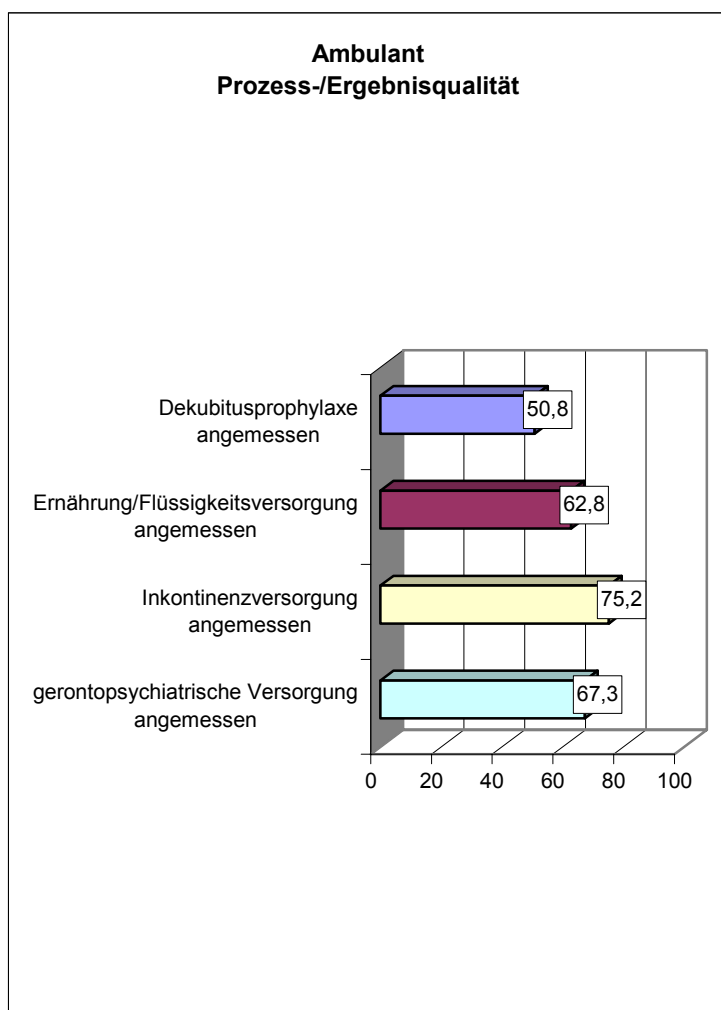


Abbildung 12: Ambulant - Prozess-/Ergebnisqualität

3.5 Ergebnisse Struktur- und Prozessqualität ambulante Pflege

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen basieren auf dem „Erhebungsbogen zur Prüfung der Einrichtung“ der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege. Dieser Erhebungsbogen richtet sich hauptsächlich auf Aspekte der Struktur- und Prozessqualität. Grundgesamtheit für die Auswertung der Daten sind die geprüften Pflegedienste.

3.5.1 Allgemeine Angaben

Im Rahmen der Qualitätsprüfung in ambulanten Pflegediensten werden die Geschäftsräume sowie der Umgang mit personenbezogenen Unterlagen und Wohnungsschlüsseln bewertet.

Geschäftsräume waren in 99 % der geprüften Pflegeeinrichtungen vorhanden. Auch boten die Räumlichkeiten der Pflegedienste in fast allen Fällen (98 %) die Möglichkeit, Teambesprechungen durchzuführen.

Personenbezogene Unterlagen (Pflegedokumentationen, Versicherungsdaten, Abrechnungen etc.) wurden in 93 % der Pflegedienste so aufbewahrt und gelagert, dass sie für Unbefugte (Publikumsverkehr) nicht zugänglich und einsehbar sind.

Um die Sicherheit der betreuten Versicherten gewährleisten zu können, sollten deren Wohnungsschlüssel in abschließbaren Schlüsselkästen oder an vergleichbar unzugänglichen Orten verwahrt werden. Dies funktioniert in 84 % der Pflegedienste nachvollziehbar sicher. Allerdings sind bei 16 % Mängel in der Aufbewahrung der Wohnungsschlüssel festgestellt worden. Vor dem Hintergrund des hohen Sicherheitsbedürfnisses älterer Menschen handelt es sich dabei um einen relativ hohen Anteil an Pflegediensten.

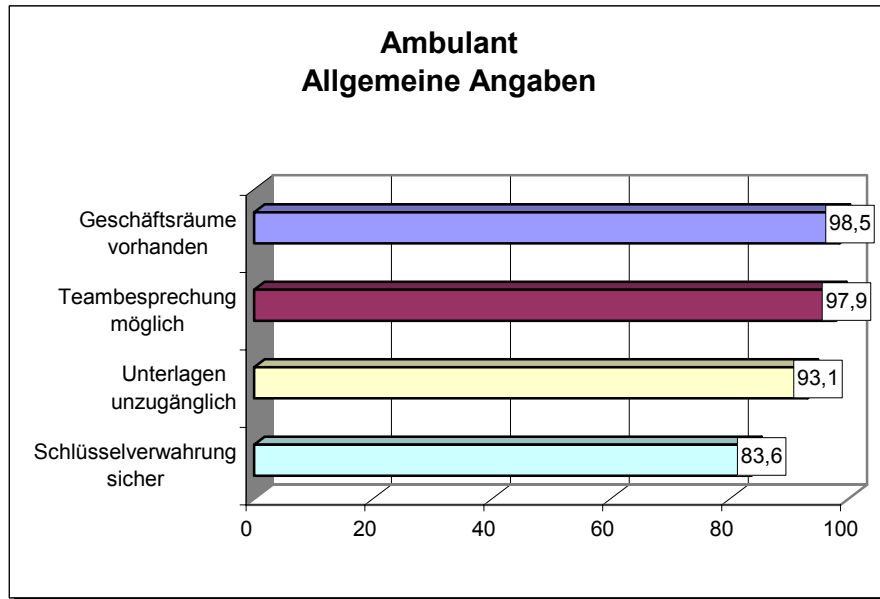


Abbildung 13: Ambulant - Allgemeine Angaben

3.5.2 Pflege theoretische Grundlagen

Leitbild und Konzept bilden auch für ambulante Pflegedienste, die personennahe Dienstleistungen erbringen, eine ganz entscheidende Basis ihrer Arbeit. Die Leitbild- und Konzeptentwicklung sollte im Pflegedienst stattfinden und eine Implementierung in das tägliche Leistungsgeschehen erkennbar sein. Mangelt es an solchen konzeptionellen Vorgaben, ist die gesamte Leistungserbringung in hohem Maße von den individuellen Sichtweisen der Mitarbeiter und von zufällig sich ergebenden Arbeitsabläufen abhängig. Kontinuität und ein angemessenes Qualitätsniveau sind unter solchen Bedingungen nur schwer zu erreichen.

Von den geprüften ambulanten Pflegediensten verfügten 92 % über ein Pflegeleitbild. Pflegekonzepte, die den aktuellen fachlichen und inhaltlichen Anforderungen ganz oder zumindest zum Teil entsprachen, lagen in 68 % der Pflegedienste vor. Die Vorgaben hatte ein Pflegedienst dann ganz erfüllt, wenn folgende Inhalte im Pflegekonzept vorhanden waren:

- das zugrunde gelegte Pflegemodell
- das zugrunde gelegte Pflegesystem
- die Beschreibung des Pflegeprozesses
- die innerbetriebliche Kommunikation
- das Qualitätssicherungssystem
- die Beschreibung der Leistungen einschließlich ergänzender sozialer und therapeutischer Angebote
- die Regelung der Kooperation mit anderen Diensten
- die räumliche, personelle und sachliche Ausstattung der Einrichtung.

Zum Teil erfüllt bedeutete bei der Datenerfassung im Rahmen der Berichtspflicht, das mindestens sechs der acht Kriterien vorhanden waren.

Ein Indikator für die Umsetzung vorhandener Pflegekonzepte ist der Bekanntheitsgrad bei den Mitarbeitern. Dabei geht es darum, ob die zentralen Zielsetzungen und Anliegen des Pflegedienstes den Mitarbeitern bekannt sind. Dies war in 51 % der Pflegedienste der Fall. Demnach ist zu konstatieren, dass die Pflegedienste zwar zum Teil aus eigener Verantwortungswahrnehmung für das Qualitätsmanagement des Unternehmens, zum Teil aber aus Gründen der formalen Pflichterfüllung in großem Umfang Leitbilder und Konzepte entwickelt haben, dass es aber nur der Hälfte der Pflegedienste gelungen ist, diese unternehmerischen Vorgaben auch in der täglichen Arbeit umzusetzen.

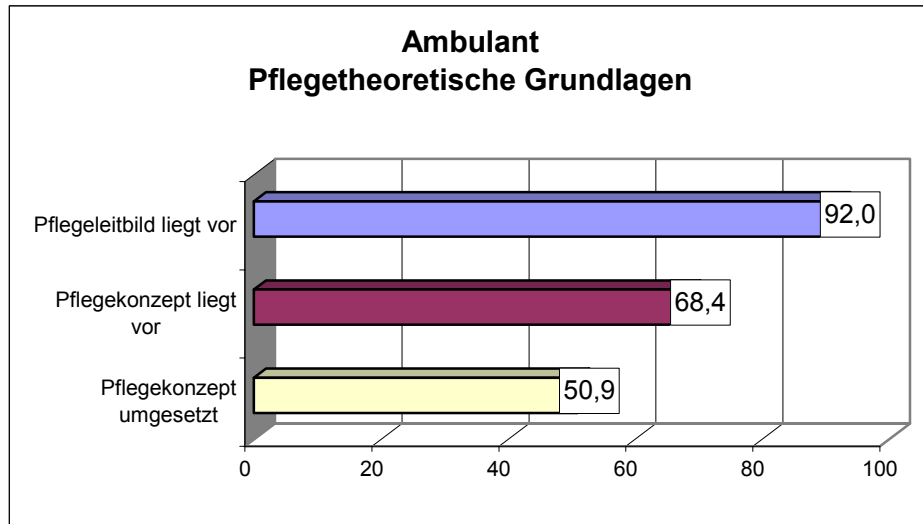


Abbildung 14: Ambulant - Pflegetheoretische Grundlagen

3.5.3 Aufbauorganisation Personal

Bezüglich der Aufbauorganisation ambulanter Pflegedienste im Bereich des Personals wird im Rahmen einer Prüfung durch den MDK u.a. der Blick auf die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung gerichtet. Ein weiteres Augenmerk gilt der Personalzusammensetzung des Pflegedienstes und der verbindlichen Zuordnung von Verantwortungen und Aufgaben. Ebenso ist von entscheidendem Interesse, ob die verantwortliche Pflegefachkraft ihren per Qualitätsanforderungen nach § 80 SGB XI zugewiesenen Aufgaben nachkommt.

Die Stelle der verantwortlichen Pflegefachkraft war bei 98 % der Pflegedienste besetzt. Bei 92 % war die verantwortliche Pflegefachkraft formal ausreichend qualifiziert, das heißt, sie verfügte über die erforderliche Ausbildung als Pflegefachkraft, hatte ausreichend Berufserfahrung und verfügte über eine Weiterbildung im Pflegemanagement im Umfang von mindestens 460 Stunden.

Die Position der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft war in 96 % der Pflegedienste mit einer ausreichend qualifizierten Pflegefachkraft besetzt.

Mit Blick auf die Pflegesituation und die Ergebnisse in den Pflegediensten wurde in 94 % der Pflegedienste der Anteil der Pflegefachkräfte als angemessen bewertet.

Verantwortungsbereiche, Aufgaben und Zuständigkeiten waren hingegen nur bei 68 % der Pflegedienste durch Stellenbeschreibungen o. ä. geregelt.

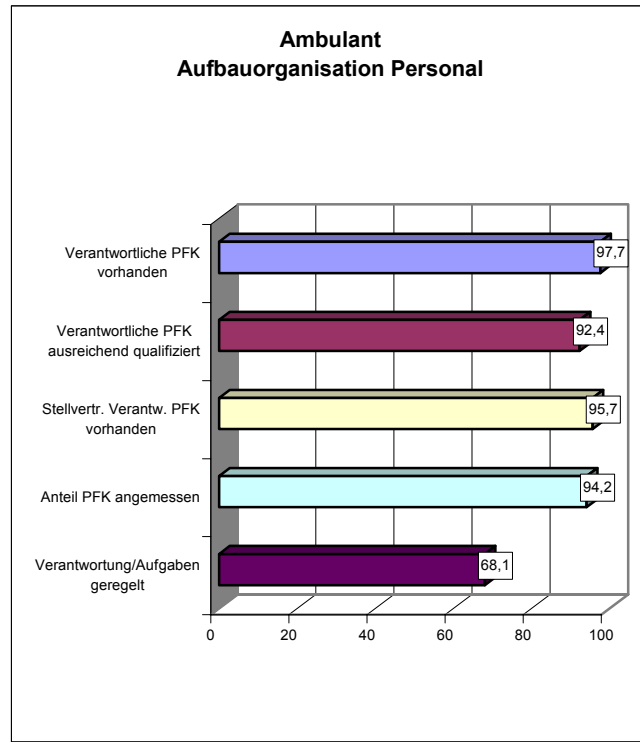


Abbildung 15: Ambulant - Aufbauorganisation Personal

Nach den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI hat die verantwortliche Pflegefachkraft eines ambulanten Pflegedienstes u.a. die folgenden Aufgaben:

- fachgerechte Planung der Pflegeprozesse
- fachgerechte Führung der Pflegedokumentation
- am individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der Pflegekräfte sowie
- fachliche Leitung der Dienstbesprechungen.

Während bei der Einsatzplanung mit 86 % und bei der fachlichen Leitung der Dienstbesprechungen mit 88 % die verantwortlichen Pflegefachkräfte ihren Aufgaben nachkamen, war eine angemessene fachgerechte Planung der Pflegeprozesse (62 %) und fachgerechte Führung der Pflegedokumentationen (60 %) deutlich seltener gegeben.

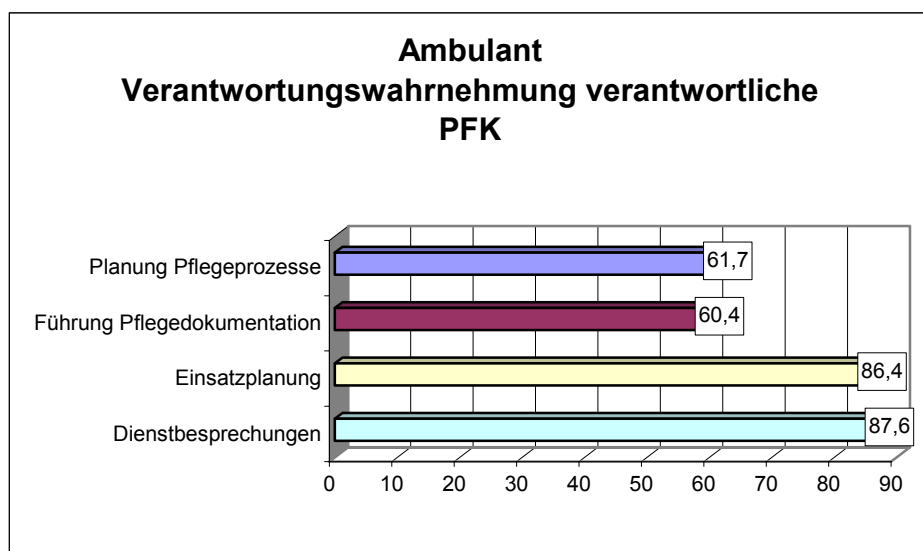


Abbildung 16: Ambulant - Verantwortungswahrnehmung verantwortliche Pflegefachkraft

3.5.4 Ablauforganisation

Bei der Ablauforganisation wurden im Zusammenhang mit der Berichterstattung die fachliche Anleitung, Beratung und Überprüfung der Pflegekräfte, der qualifikationsgemäße Einsatz der Pflegekräfte sowie die Gewährleistung der ständigen Erreichbarkeit des Pflegedienstes untersucht.

Die fachliche Überprüfung der Pflegekräfte (Erfassung der Pflegequalität und deren Bewertung) ist durch geeignete Methoden (Pflegevisiten oder ähnliche Methoden) zu gewährleisten. Dies kann sowohl mitarbeiter- als auch versichertenorientiert umgesetzt werden. Diese Anforderung erfüllten lediglich 52 % der Pflegedienste, 48 % der Pflegedienste kamen diesem fachlichen Anspruch nicht nach.

Beurteilungsmaßstab für die Frage, ob die Pflegekräfte des Pflegedienstes entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt wurden, war die vorhandene formale Qualifikation (Ausbildung) und die durch Einarbeitung, Schulung und fachliche Supervision gewährleistete materielle Qualifikation (Können und Wissen). In 68 % der ambulanten Pflegedienste wurden die Mitarbeiter in der Pflege entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt.

Die ständige Erreichbarkeit ist für die versorgten Versicherten ein sehr wesentliches Qualitätskriterium. Sie kann z.B. sichergestellt werden durch Rufbereitschaft, Anrufweiterschaltung, Mobiltelefon, Kooperationsvereinbarungen mit anderen Pflegediensten. Der Einsatz eines Anrufbeantworters reicht nicht aus. Die ständige Erreichbarkeit war von 92 % der Pflegedienste durch entsprechende organisatorische Regelungen sichergestellt.

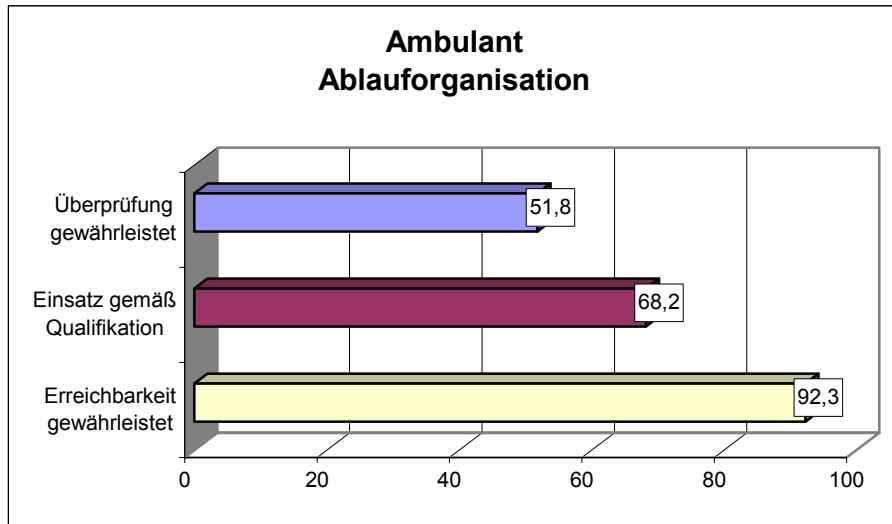


Abbildung 17: Ambulant - Ablauforganisation

3.5.5 Qualitätsmanagement

Wichtige Elemente für das Qualitätsmanagement eines ambulanten Pflegedienstes sind u.a. interne Qualitätsmanagementmaßnahmen, die Einarbeitung und Fortbildung der Mitarbeiter sowie das Arbeiten nach verbindlichen Hygienestandards bzw. Hygieneplänen.

Als Maßnahmen der internen Qualitätssicherung gelten u.a. Qualitätszirkelarbeit, die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten mit Tätigkeitsnachweis, Entwicklung und Anwendung von Standards/Richtlinien/Leitlinien, Fallbesprechungen, Erstellung eines Qualitätshandbuches, Vorstellung von Ergebnissen aus Fortbildungen im Team und Beschwerdemanagement. Es wird geprüft, ob mehr als zwei der genannten oder vergleichbare Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements nachweislich durchgeführt werden.

Interne Qualitätsmanagementmaßnahmen wurden von 71 % der Pflegedienste nachgewiesen.

Pflegebezogene Fortbildung zum Erhalt und zur Aktualisierung des Fachwissens fanden in 79 % der Pflegedienste statt.

Zur systematischen Einbeziehung aller Mitarbeiter, zur Ausrichtung der Fortbildungen auf qualitätsrelevante Themen sowie zur Personalentwicklung ist es erforderlich, die Fortbildungen prospektiv zu planen. Eine solche prospektive Planung konnte in 60 % der Pflegedienste festgestellt werden.

Auch die systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist erforderlich, um diesen die Abläufe und Standards des Pflegedienstes zu vermitteln und um möglichen Verbesserungsbedarf der Mitarbeiter frühzeitig erkennen und beheben zu können. Hierzu bedarf es eines Einarbeitungskonzeptes. Die Anwendung eines Einarbeitungskonzeptes wird im Rahmen der Prüfung durch den MDK beurteilt. Von den geprüften Pflegediensten hatten 60 % ein Einarbeitungskonzept umgesetzt.

Schließlich findet im Rahmen der Prüfung Berücksichtigung, ob ein Hygieneplan oder ein Hygienestandard Anwendung findet. Dabei geht es vor allem um Regelungen zur Händedesinfektion, zum Tragen von Schutzkleidung, zum Umgang mit Schmutzwäsche und die Hygiene im Umgang mit Geräten und Hilfsmitteln. In 51 % der Pflegedienste wurden entsprechende Regelungen nachweislich eingesetzt.

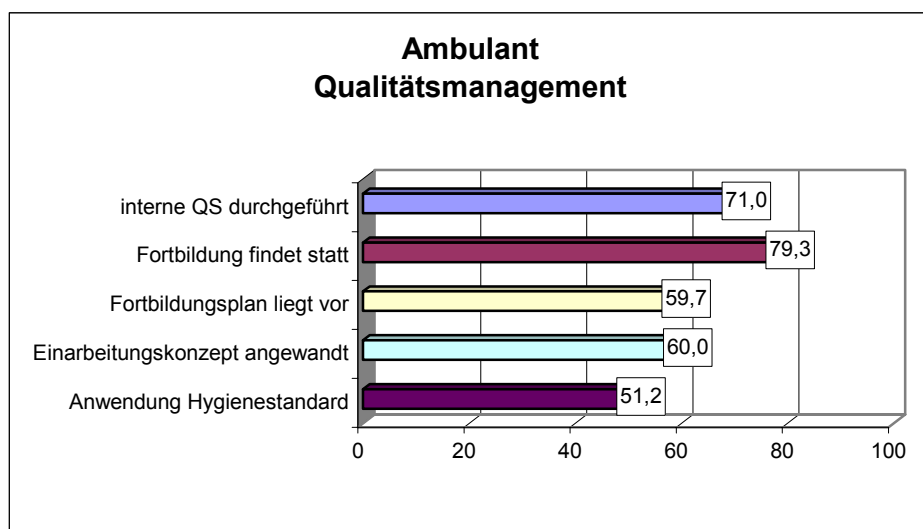


Abbildung 18: Ambulant - Qualitätsmanagement

3.5.6 Beratung

Unter dem Stichwort Beratung wird im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch den MDK u.a. überprüft, ob die nach § 37 SGB XI durchzuführenden Beratungsbesuche durch Pflegefachkräfte durchgeführt werden. Dies war in 96 % der Pflegedienste der Fall.

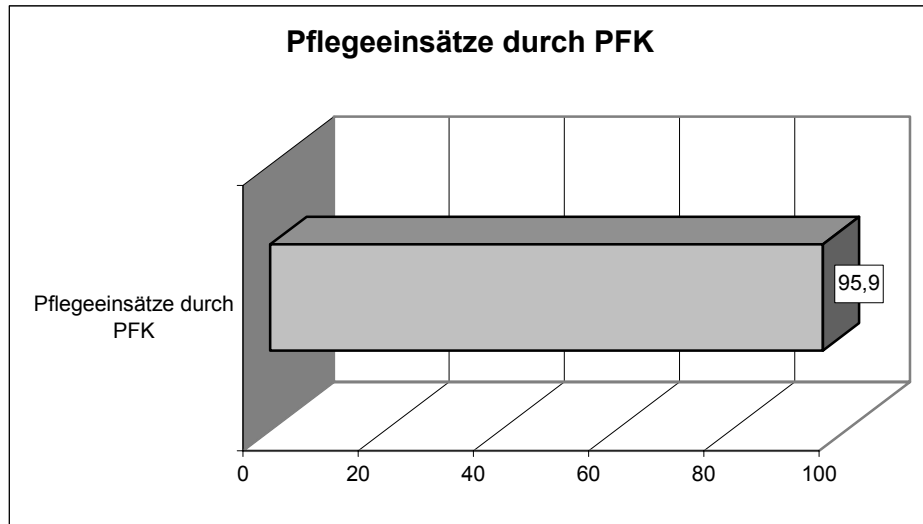


Abbildung 19: Pflegeeinsätze durch Pflegefachkraft

3.5.7 Pflegedokumentationssystem

Zur Umsetzung einer kontinuierlichen, fachgerechten und systematischen Pflege ist eine sorgfältige Pflegedokumentation erforderlich. Grundlage für eine angemessene Pflegedokumentation ist ein Pflegedokumentationssystem, das in der Einrichtung einheitlich angewendet wird und in dem zu allen pflegerelevanten Themen eine systematische Dokumentation möglich ist.

Über ein einheitliches Pflegedokumentationssystem verfügten 94 % der Pflegedienste. Allerdings war nur in 78 % der Pflegedienste ein vollständiges Pflegedokumentationssystem vorhanden.

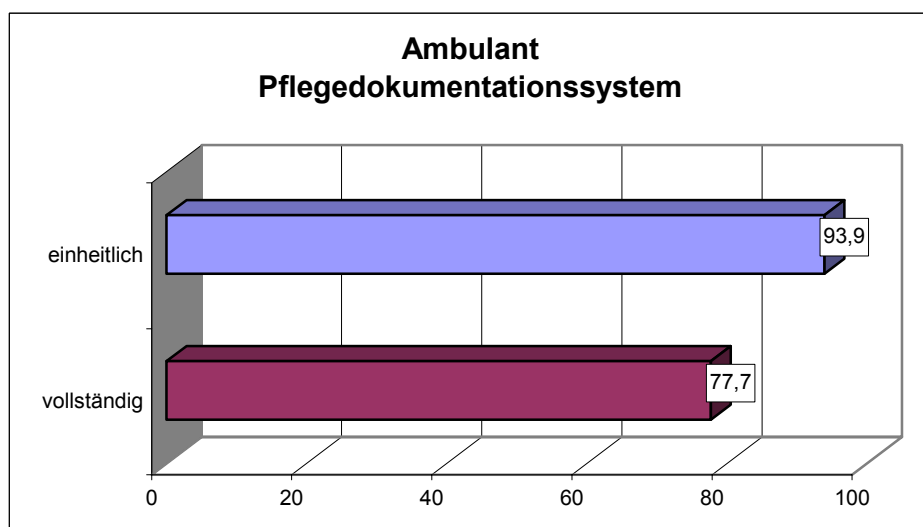


Abbildung 20: Ambulant - Pflegedokumentationssystem

3.6 Empfehlungen im Prüfbericht

Bei festgestellten Qualitätsdefiziten geben die Prüfer der MDK im Prüfbericht Empfehlungen zur Beseitigung vorliegender Qualitätsdefizite. Bei den 807 statistisch erfassten Prüfungen in ambulanten Pflegediensten wurden insgesamt 7.447 Empfehlungen ausgesprochen.

Die Empfehlungen werden mit oder ohne Fristvorschlägen an die Landesverbände der Pflegekassen gegeben. Je gravierender der festgestellte Mangel für die Pflegebedürftigen ist, desto kürzer ist der Fristvorschlag zur Umsetzung der Empfehlung.

Empfehlungen ambulante Pflegedienste	
Frist	Anzahl
unverzüglich	1.100
Frist bis 6 Monate	1.515
Frist mehr als 6 Monate	991
ohne Fristvorschlag	3.841
gesamt	7.447

Tabelle 6: Empfehlungen ambulante Pflegedienste

An der durchschnittlichen Anzahl der Empfehlungen bei den verschiedenen Prüfarten zeigt sich eine deutlich geringere Empfehlungsdichte bei den Evaluationsprüfungen. Die geringere Empfehlungsdichte und die geringere Zahl der festgestellten Mängel bei den Evaluationsprüfungen bestätigen, dass die Prüfungen durch den MDK zu einer Qualitätssteigerung in den ambulanten Pflegediensten beitragen.

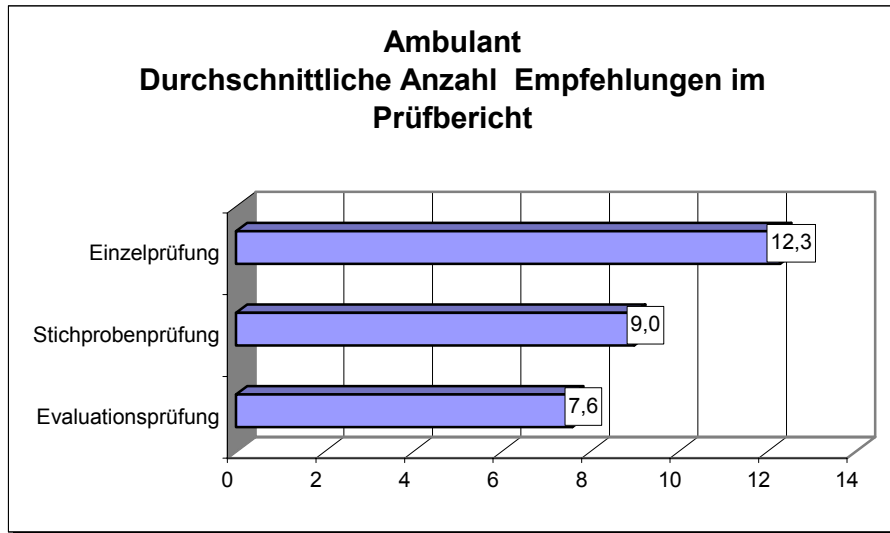


Abbildung 21: Ambulant - Durchschnittliche Anzahl Empfehlungen im Prüfbericht

4. Prüfungen und Ergebnisse stationäre Pflege

Die folgenden Aussagen und Auswertungen beziehen sich auf alle von den MDK im zweiten Halbjahr 2003 durchgeführten und an den MDS in Form eines Einzeldatensatzes gemeldeten Qualitätsprüfungen. Zentrales Kriterium für die Bewertung aller Items ist die Angemessenheit der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Angemessen bedeutet, dass die Pflege und Versorgung den Anforderungen der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI sowie der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität entspricht.

4.1 Prüfarten stationäre Pflege

Im zweiten Halbjahr 2003 sind von den MDK in stationären Pflegeeinrichtungen 793 Prüfungen durchgeführt worden. Davon entfallen knapp 31 % auf anlassbezogene Einzelprüfungen, ca. 25 % der Prüfungen waren Stichprobenprüfungen und knapp 44 % der Prüfungen waren Evaluationsprüfungen. Im Gegensatz zu den Prüfungen in der ambulanten Pflege liegt im stationären Bereich ein leichtes Übergewicht auf den anlassbezogenen Einzelprüfungen. Ein weiterer Unterschied zu den Prüfarten im ambulanten Bereich ist die höhere Anzahl der Evaluationsprüfungen. Dies deutet auf die deutlich höhere Gesamtprüfquote im stationären Bereich hin, die eine höhere Anzahl von Evaluationsprüfungen nach sich zieht. Bei der Interpretation der Prüfergebnisse sind die unterschiedlichen Anteile der Prüfarten zu beachten.

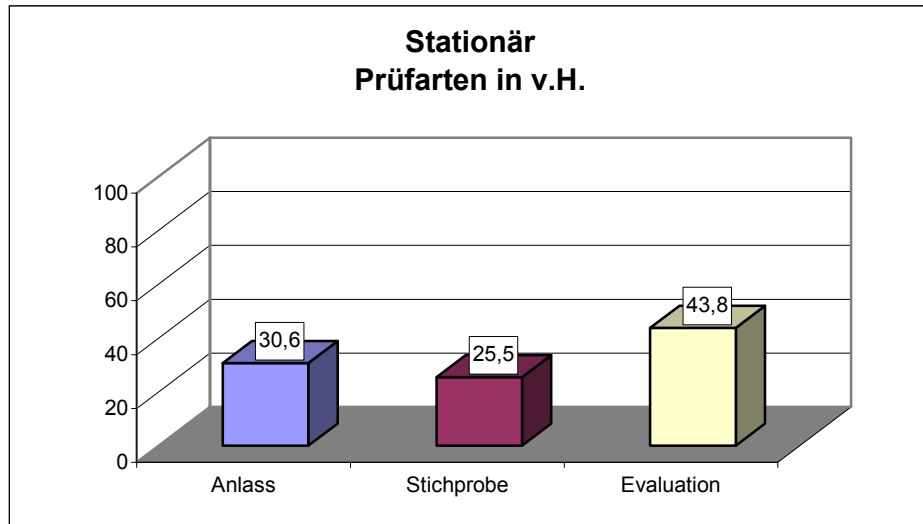


Abbildung 22: Stationär - Prüfarten in v.H.

Von den Qualitätsprüfungen im stationären Bereich ist mit 356 (45 %) weniger als die Hälfte der Prüfungen angemeldet durchgeführt worden. Der Anteil der angemeldeten Prüfungen bei den anlassbezogenen Einzelprüfungen lag bei 33 % und bei Stichproben bei 77 %. Der Anteil der angemeldeten Prüfungen bei den Evaluationsprüfungen lag bei 34 %. 55 % der Prüfungen wurden unangemeldet durchgeführt. Beeinflusst werden diese Ergebnisse maßgeblich durch den MDK in Bayern, der die meisten Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen gemeldet hat und diese fast ausschließlich unangemeldet durchführt.

Von den 793 Prüfungen in der stationären Pflege fanden lediglich 10 teilweise oder ganz in der Nacht (20:00 h – 8:00 h) statt. Dies entspricht einem Anteil von 1 %, wobei bei den anlassbezogenen Einzelprüfungen die Quote erwartungsgemäß mit 2 % etwas über dem Durchschnitt liegt. Demnach wird von dieser Prüfmöglichkeit nur in wenigen Einzelfällen Gebrauch gemacht wird.

4.2 Prüfungsdurchführung stationäre Pflege

Die Qualitätsprüfungen im stationären Bereich wurden in der Regel in einem Team von zwei Prüfern durchgeführt. Bezogen auf die Gesamtzahl aller Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen betrug die Dauer der Prüfung in der Pflegeeinrichtung meist 1 (ca. 80 %) bis 2 (ca. 18 %) Tage, in Einzelfällen (2 %) auch länger.

Nach § 114 Abs. 6 und § 117 Abs. 1 SGB XI können Vertreter anderer Institutionen an den Prüfungen beteiligt werden. Bei 40 % der Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen waren keine weiteren Akteure beteiligt. Knapp 46 % der Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen fanden unter Beteiligung der zuständigen Heimaufsichten statt. Durch die Beteiligung

der Heimaufsicht bei fast der Hälfte aller Prüfungen wird der Zielsetzung des PQsG und des Heimgesetzes sowie den Wünschen der Pflegeeinrichtungen entsprochen, Doppelprüfungen möglichst zu vermeiden. Vertreter der Pflegekassen (10 %), von Trägervereinigungen (ca. 12 %) und des Gesundheitsamtes (12 %) waren bei ca. jeder zehnten Prüfung dabei. Nur selten beteiligten sich Vertreter der Sozialhilfeträger (ca. 2,8 %) an den Prüfungen im stationären Bereich.

stationär Andere an der Prüfung Beteiligte (in v.H.)	
Keine weiteren Beteiligten	39,1
Pflegekasse	10,0
Heimaufsicht	45,5
Sozialhilfeträger	2,8
Trägerverband	11,7
Gesundheitsamt	12,0
sonstige	8,5

Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 7: Stationär - andere an der Prüfung Beteiligte (in v.H.)

4.3 Strukturdaten geprüfte stationäre Pflegeeinrichtungen

Bei den geprüften stationären Pflegeeinrichtungen handelte es sich mit 749 Einrichtungen weit überwiegend um vollstationäre Pflegeeinrichtungen, 83 Prüfungen fanden in Einrichtungen statt, die auch oder ausschließlich Kurzzeitpflege anbieten und lediglich 20 Prüfungen fanden in teilstationären Pflegeeinrichtungen statt. Von diesen insgesamt 103 teilstationären Pflegeeinrichtungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen waren nur 44 Einrichtungen eigenständig. Eine gesonderte Auswertung ist wegen der geringen Fallzahl nicht sinnvoll.

Von den geprüften stationären Pflegeeinrichtungen befanden sich 398 (50 %) in privater, 331 (42 %) in freigemeinnütziger und 58 (7 %) in öffentlicher Trägerschaft; bei 9 (1 %) stationären Pflegeeinrichtungen war die Trägerschaft nicht eindeutig zu ermitteln. Damit sind Pflegeheime in privater Trägerschaft stärker und freigemeinnützig getragene Heime geringer in der Gruppe der geprüften Einrichtungen vertreten, als in der Grundgesamtheit.

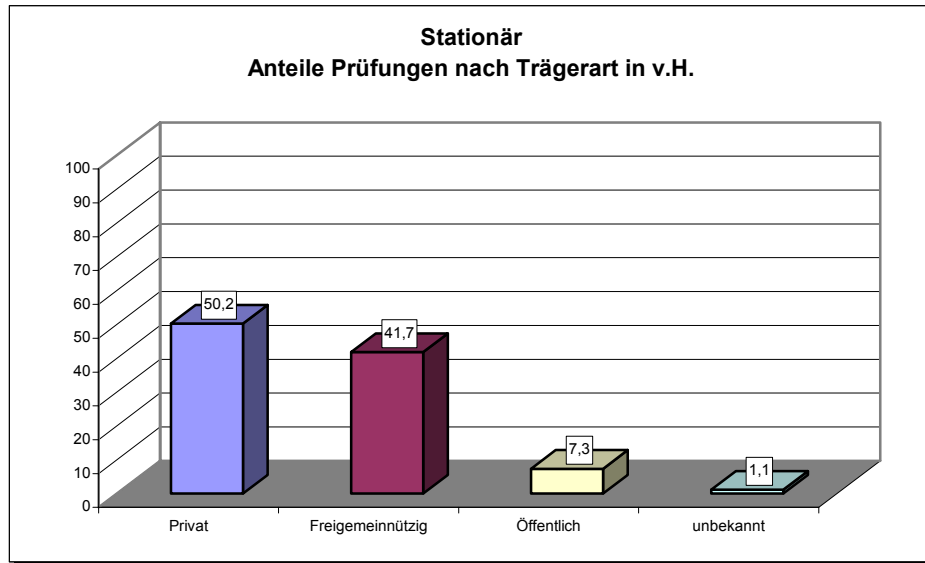


Abbildung 23: Stationär - Anteile Prüfungen nach Trägerart in v.H.

Von den geprüften Pflegeheimen wurden im Durchschnitt 76 Personen versorgt. Die durchschnittliche Anzahl der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen lag laut statistischem Bundesamt im Jahr 2001 bei etwa 66 Personen je Heim. Damit liegt die durchschnittliche Größe der geprüften Pflegeheime etwas über dem vom statistischen Bundesamt für 2001 angegebenen Wert. Im Schnitt lag der Anteil der im Rahmen der Qualitätsprüfungen bei den stationären Pflegeheimen durch den MDK geprüften Versicherten bei knapp 8 %. Dabei ist eine Spannweite zwischen 4 % (Berlin-Brandenburg) und knapp 10 % (Bremen, Saarland, Thüringen) zu verzeichnen.

Von den geprüften Heimen verfügte nur ein geringer Anteil von knapp 5 % über eine Zertifizierung. Davon entfallen 22 (3 %) Zertifizierungen auf das DIN ISO-System und 13 (2 %) auf andere Zertifizierungssysteme. Die Anteile der geprüften zertifizierten ambulanten Pflegedienste und der stationären Pflegeeinrichtungen sind vergleichbar.

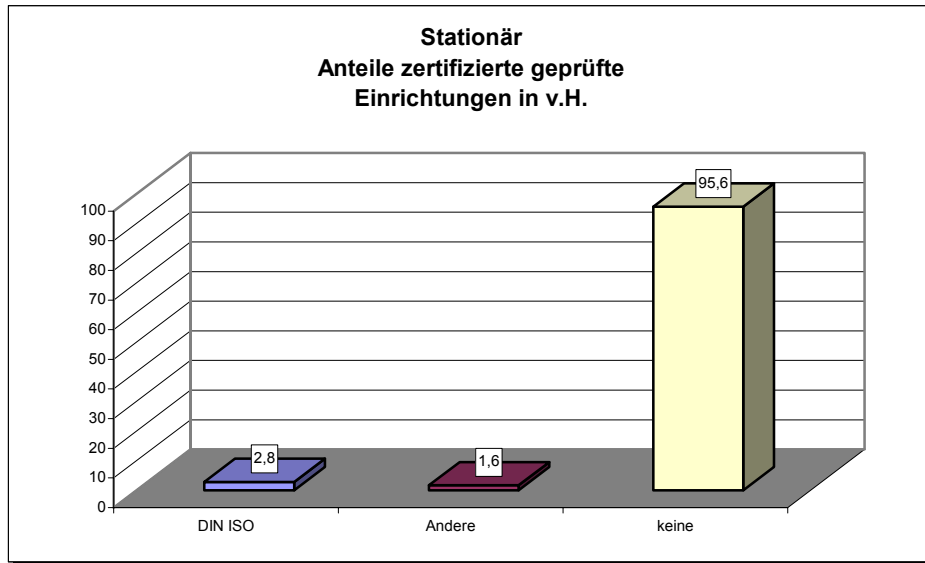


Abbildung 24: Stationär - Anteile zertifizierte geprüfte Einrichtungen in v.H.

4.4 Ergebnisse Prozess- und Ergebnisqualität stationäre Pflege

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen basieren auf dem „Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen“ der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege. Dieser Erhebungsbogen richtet sich hauptsächlich auf Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität. Grundgesamtheit für die Auswertung der Daten sind hier die in die Prüfungen einbezogenen Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen.

Insgesamt wurden im Rahmen der Prüfungen durch den MDK 4.721 Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen besucht.

Bei der Beurteilung der Qualität der Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist zu berücksichtigen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen – anders als im ambulanten Bereich, in dem Hilfen zu einem großen Teil durch das soziale Umfeld erbracht werden – einen umfassenden Versorgungsauftrag haben.

4.4.1 Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung

Im Rahmen der Qualitätsprüfung bei den Bewohnern wird eine Befragung zur Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen der Versorgung durch die stationäre Pflegeeinrichtung durchgeführt. Die Fragen können durch den Pflegebedürftigen und/oder durch die Angehörigen beantwortet werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass bei Zu-

friedenheitsbefragungen von älteren Menschen zur pflegerischen Versorgung immer sehr hohe Zustimmungs- und Zufriedenheitswerte ermittelt werden.³ Aufgrund der hohen Anteile schwerpflegebedürftiger und demenziell erkrankter Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen, ist – anders als in der ambulanten Versorgung – nur ein kleinerer Anteil der Bewohner in der Lage, ein Gespräch mit den MDK-Gutachtern zu führen.

Bei der Befragung der Bewohner im Rahmen der Qualitätsprüfung stehen Aspekte der Ablauforganisation, der professionellen Haltung der Mitarbeiter sowie der Zufriedenheit mit der Speisen- und Getränkeversorgung im Vordergrund.

Bei den einzelnen Fragen waren zwischen 1.800 und 2.250 Bewohner von den insgesamt in die Prüfung einbezogenen 4.721 Personen in der Lage, zu antworten.

Nach den Angaben der in die Befragung einbezogenen Bewohner wurden bei der Leistungsplanung die Wünsche und Erwartungen zu 92 % berücksichtigt. 92 % der Befragten berichteten, dass Motivation und Unterstützung durch aktivierende Pflege stattfand. 95 % der Versicherten gaben an, dass die Körperpflege nach Ihren individuellen Wünschen erbracht wird. Den Abstand zwischen den Mahlzeiten beurteilten 90 % der befragten Bewohner als angemessen. 10 % der Bewohner empfanden den Abstand zwischen den Mahlzeiten als unangemessen. Nach Ansicht der befragten Bewohner erhielten diese in vollstationären Pflegeeinrichtungen in 91 % der Fälle ein angemessenes zuzahlungsfreies Angebot an Getränken.

³ Wingenfeld K (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Bielefeld.

Görres S (1999): Qualitätssicherung in Pflege und Medizin. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

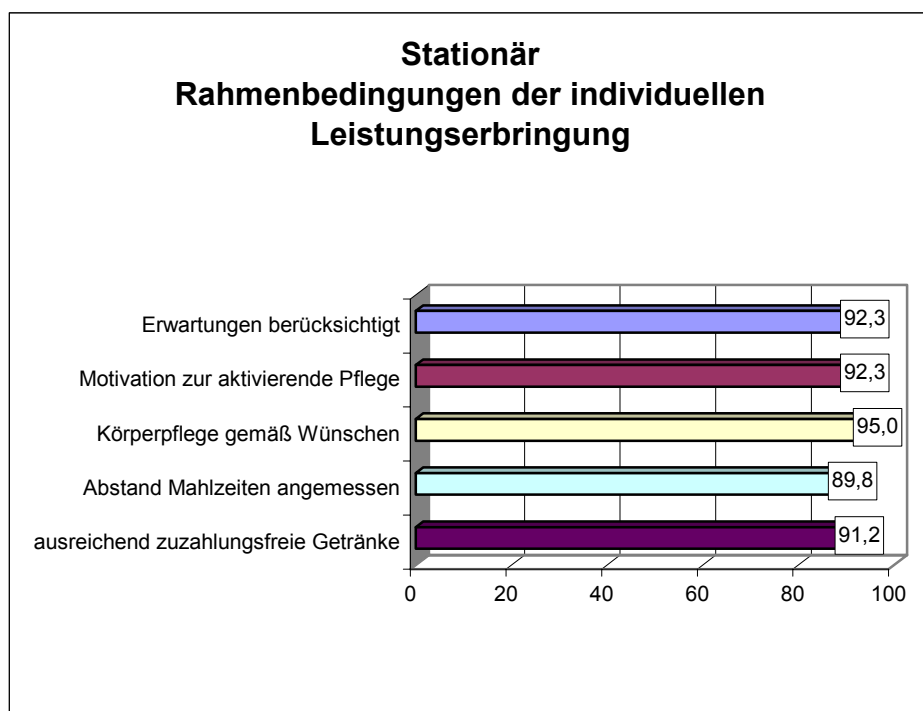


Abbildung 25: Stationär - Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung

4.4.2 Pflegezustand

Der Pflegezustand des Bewohners wird durch die Prüfer des MDK durch Beobachtung und Inaugenscheinnahme festgestellt. Es geht dabei im Wesentlichen um die Qualität grundlegender Kriterien wie Hautzustand, Mundzustand, Pflegezustand von Finger- und Fußnägeln, Haare und Frisur sowie die Versorgung mit Sonden, Kathetern und Inkontinenzprodukten. Ein nicht angemessener Pflegezustand ist dann gegeben, wenn bei einem der relevanten Kriterien ein Pflegedefizit festgestellt wurde und die Pflegeeinrichtung nicht darlegen kann, dass alle erforderlichen pflegfachlichen Maßnahmen eingeleitet, durchgeführt und dokumentiert wurden.

Der Pflegezustand konnte bei 4.529 Personen beurteilt werden. Davon war der Pflegezustand bei 83 % der Personen angemessen. Dass bedeutet, dass bei 17 % ein unzureichender Pflegezustand festgestellt wurde, der unmittelbar auf die Qualität der Versorgung durch die stationäre Pflegeeinrichtung zurück zu führen war.

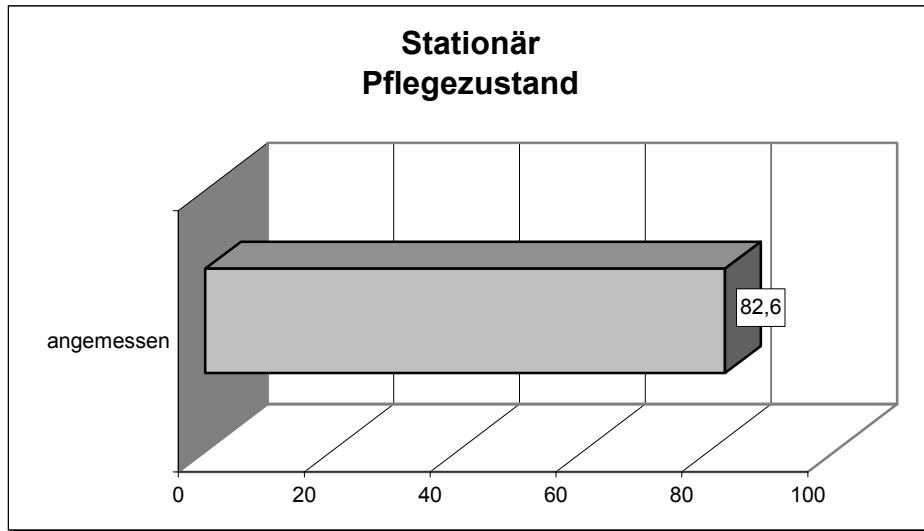


Abbildung 26: Stationär - Pflegezustand

4.4.3 Freiheitseinschränkende Maßnahmen

Von einem gesetzeskonformen Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen wird ausgegangen, wenn Maßnahmen nur mit Einwilligung des Bewohners (z.B. Hochstellen des Bettgitters wegen Angst, aus dem Bett zu fallen) durchgeführt werden oder ein rechtfertigender Notstand oder eine richterliche Genehmigung vorliegen.

Beispiele für freiheitseinschränkende Maßnahmen sind:

- Anlegen von Hand- bzw. Fußfixierungen
- Anlegen von Bauchgurten, wenn keine Möglichkeit für den Bewohner besteht, diese selbst zu lösen oder lösen zu lassen
- Fixieren von Pflegehemden
- Aufstellen von Bettgittern
- Sicherheitsgurt am Stuhl, wenn keine Möglichkeit für den Bewohner besteht, diese selbst zu lösen oder lösen zu lassen
- Abschließen des Zimmers oder des Wohn- bzw. Pflegebereiches
- Täuschung über die Verriegelung (Tür angeblich abgeschlossen)
- Verwendung von Trickschlössern
- Ausübung psychischen Drucks
- Wegnahme von Schuhen und Kleidung
- Psychopharmakagabe ohne oder gegen den Willen des Bewohners.

Bei 91 % der Bewohner, bei denen die Frage zutraf, wurde mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen entsprechend den gesetzlichen Anforderungen umgegangen. Die Vorgehens-

weise bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen entsprach bei 9 % der betroffenen Bewohner nicht den gesetzlichen Anforderungen.

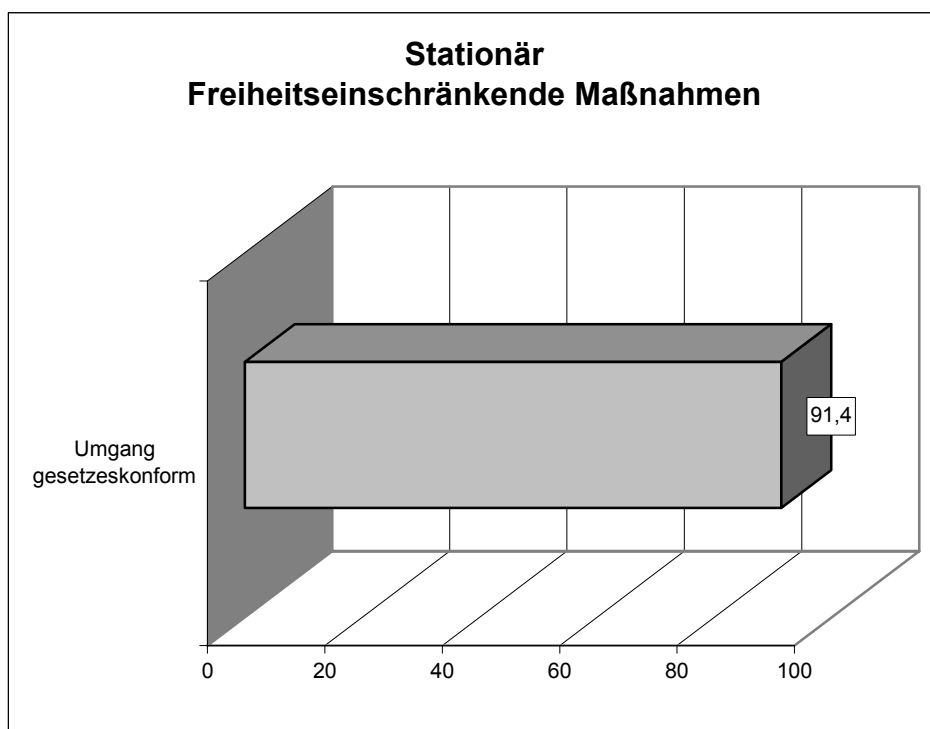


Abbildung 27: Stationär - Freiheitseinschränkende Maßnahmen

4.4.4 Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses

Bei der Prüfung durch den MDK wird mittels einer Analyse der Pflegedokumentation untersucht, ob die Schritte des Pflegeprozesses nachvollziehbar sind. Dabei wird das Augenmerk neben akuten auch auf potentielle Gesundheitsgefährdungen gerichtet. Assessment-, Planungs- und Kontrollschritte sind zwingend von Pflegefachkräften zu erbringen. Es geht u.a. um die Frage, ob aus der Pflegedokumentation die aktuelle Pflegesituation erkennbar ist, ob alle relevanten Probleme erkannt und Fähigkeiten sowie Ressourcen der Pflegebedürftigen dargestellt werden, damit sie bei der Leistungserbringung einbezogen und gefördert werden können. Weiterhin geht es um die Frage, ob die geplanten Pflegemaßnahmen handlungsleitend formuliert sind, damit jeder Mitarbeiter anhand der Angaben der Pflegedokumentation versichertenindividuell und angemessen die Leistungen erbringen kann. Ein weiterer Aspekt ist die Frage, ob die Wirksamkeit der Maßnahmen regelmäßig überprüft worden ist und bei Bedarf Maßnahmen angepasst worden sind.

Sind diese Anforderungen an den Pflegeprozess und die Pflegedokumentation nicht erfüllt, bestehen u.a. folgende Gefahren:

- Verluste wichtiger Informationen
- diskontinuierliche Leistungserbringung
- passivierende Pflege
- Verkennen potentieller Risiken
- Entstehung von Sekundärerkrankungen
- Entstehung von Pflegefehlern.

Besonderes Augenmerk gilt den Versorgungsbereichen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Inkontinenzversorgung, Dekubitusprophylaxe und –therapie sowie der Versorgung von Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz).

Eine adäquate Pflegeanamnese/Informationssammlung war demnach in 72 % der betreuten Bewohner nachvollziehbar. Bei 28 % der Bewohner fanden sich Defizite in der Pflegeanamnese/Informationssammlung.

Angaben zur Biographie, die insbesondere bei der Pflegeplanung und Leistungserbringung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger relevant sein können, lagen bei 62 % vor. Bei 38 % lagen keine aussagekräftigen Angaben zu den Bewohnern vor. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zur ambulanten Pflege. Dort waren nur bei einem Anteil von 40 % der Pflegebedürftigen Angaben zur Biographie dokumentiert.

Damit aktivierend gepflegt werden kann und die vorhandenen Fähigkeiten des Bewohners gefördert werden können, ist neben der Erfassung und Dokumentation vorhandener Probleme und Defizite die Erfassung der Ressourcen sowie Fähigkeiten erforderlich. Dies geschah bei 51 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner. Damit fehlte bei 49 % der Personen eine der wesentlichsten Grundlagen für eine zielgerichtete aktivierende Pflege. Die Wahrnehmung der Versicherten (Zufriedenheitsbefragung) und die fachliche Beurteilung weichen demnach deutlich voneinander ab.

Pflegeziele werden in 45 % individuell formuliert. Bei 55 % der Personen lagen individuelle Pflegeziele nicht in geeigneter Form vor.

Mit 51 % wurden bei etwa der Hälfte der betreuten Bewohner individuelle Maßnahmen handlungsleitend geplant. Bei 49 % der Personen lagen entsprechende Maßnahmenplanungen

nicht vor. Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtungen können aus diesen Pflegedokumentationen nicht erkennen, wie die Maßnahmen konkret durchzuführen sind, welche Vorlieben, Gewohnheiten, Abneigungen und Besonderheiten beim Bewohner vorliegen, welche Fähigkeiten in die Leistungserbringung im Sinne der aktivierenden Pflege einbezogen werden sollen. Dies bedeutet nicht automatisch, dass die Mitarbeiter der Heime die Vorlieben, Fähigkeiten etc. nicht kennen. Es ist anzunehmen, dass jeder Mitarbeiter sich in einem aufwändigen und eher unstrukturierten Beziehungsprozess die Kenntnisse und Informationen sukzessive aneignen muss. Insbesondere bei geringer qualifizierten Mitarbeitern wird dies kaum auf ausreichender fachlicher Basis gelingen. Kontinuität kann so nur selten und wenn überhaupt dann nach längerer Anlaufphase erreicht werden. Alles in allem handelt es sich bei diesem weit verbreiteten Vorgehen sowohl um unfachliches als auch um unwirtschaftliches Arbeiten.

Auch werden bei der Maßnahmenplanung Prophylaxen nur in 54 % der Fälle berücksichtigt. Bei 46 % der Bewohnern erfolgte keine angemessene Berücksichtigung der Prophylaxen bei der Planung. Damit ist auch davon auszugehen, dass Prophylaxen weit aus seltener im Rahmen der vereinbarten Leistungen erbracht werden, als dies für eine adäquate Pflege erforderlich wäre.

Bei 79 % der in die Prüfung einbezogenen Versicherten wurden die durchgeführten Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert. Aber auch hier waren bei 21 % der Bewohner Defizite in der Pflegedokumentation festzustellen.

In den Pflegeberichten fanden sich bei 78 % der Bewohner Angaben zu Veränderungen, Befindlichkeiten etc. Bei 22 % der Bewohner wurde der Pflegebericht in der Pflegedokumentation nicht nachvollziehbar als sinnvolle Verlaufsdarstellung und Informationsmedium genutzt.

Situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen war in 72 % der analysierten Pflegedokumentationen aus den Pflegeberichten erkennbar. In 28 % der Fälle war ein situationsgerechtes Handeln nicht nachvollziehbar. Das heißt, dass z.B. bei Sturzereignissen eine Ursachenanalyse oder eine Kommunikation mit dem Hausarzt nicht feststellbar war.

Eine regelmäßige Überprüfung und Bewertung der Pflegeergebnisse und eine ggf. erforderliche Anpassung der Ziele und Maßnahmen ließ sich in 49 % der Pflegedokumentationen nachvollziehen. Bei 51 % der Pflegedokumentationen war dieses Kriterium nicht erfüllt.

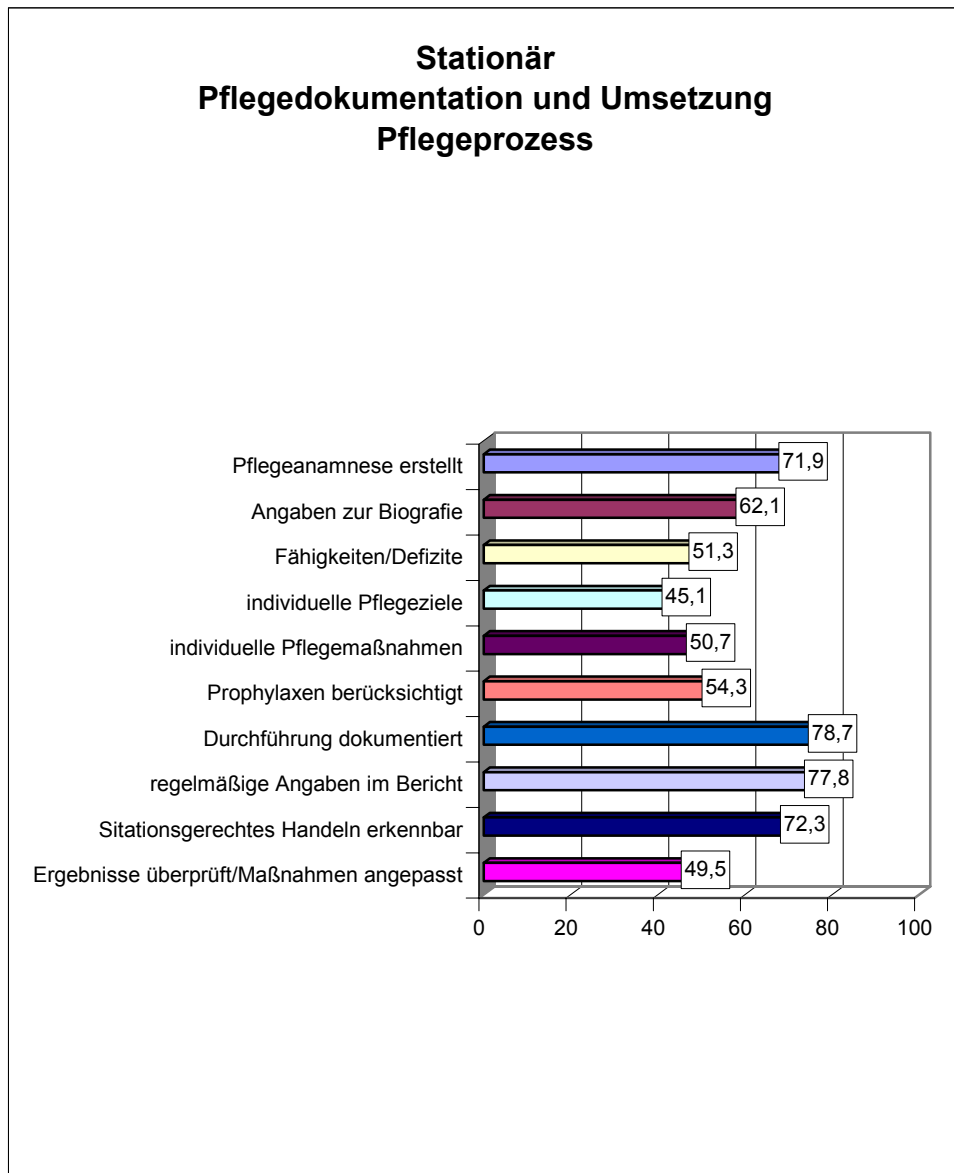


Abbildung 28: Stationär - Pflegedokumentation und Umsetzung Pflegeprozess

Die Beurteilung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung war bei 3.776 besuchten Bewohnern möglich. Bei nur 59 % der Versicherten in diesem Bereich lagen keine Qualitätsprobleme vor. Bei 41 % der Personen wurden Mängel festgestellt. Auch hier sind diese Mängel nicht unbedingt gleichbedeutend mit einer eingetretenen Unterernährung oder einer Dehydratation. Vielmehr ist auch hier davon auszugehen, dass wichtige Probleme nicht erkannt oder dass erforderliche Maßnahmen nicht ergriffen wurden.

Die Inkontinenzversorgung konnte bei 3.869 Personen auf ihre Qualität hin überprüft werden. Bei 80 % war die Inkontinenzversorgung angemessen. Bei 20 % der Personen wurden Qualitätsdefizite festgestellt.

Die Beurteilung der Dekubitusprophylaxe oder der Dekubitustherapie war bei 3.447 der in die Prüfung einbezogenen Bewohner möglich. Bei 57 % dieser besuchten Bewohner war eine den Anforderungen entsprechende Prophylaxe oder Therapie erkennbar. Bei 43 % der Personen bestanden Defizite. Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass ein Dekubitus entstanden sein muss. Gemeint ist vielmehr u.a., dass ein Dekubitusrisiko nicht ermittelt oder nicht erkannt worden ist, dass keine prophylaktischen Maßnahmen geplant oder dass keine entsprechenden Hilfsmittel eingesetzt worden sind. Bezüglich der Dekubitustherapie kann dies bedeuten, dass hygienische Standards nicht eingehalten wurden oder dass die Therapie entgegen den aktuellen medizinisch-pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen erbracht wurde (z.B. keine feuchten Wundverbände).

Die Versorgung von Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen konnte bei 2.823 Bewohnern beurteilt werden. Angemessen war die Versorgung im Zusammenhang mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen in 70 % der Fälle. Bei 30 % der Personen waren Qualitätsmängel festzustellen.

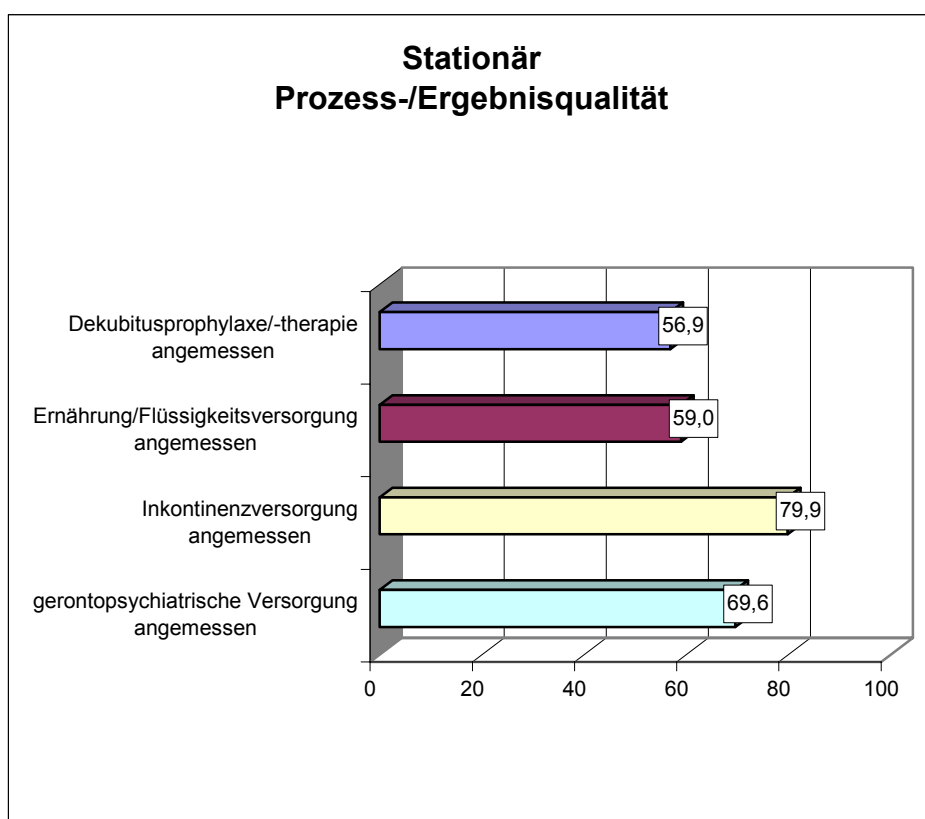


Abbildung 29: Stationär - Prozess-/Ergebnisqualität

Im Rahmen der Qualitätsprüfung der Pflegedokumentation in stationären Pflegeeinrichtungen wird auch die Dokumentation behandlungspflegerischer Maßnahmen und der Medika-

mente analysiert. Dabei geht es um die nachvollziehbare ärztliche Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen, die vollständige Dokumentation der Medikamente, die nachvollziehbare Dokumentation von Bedarfsmedikamenten sowie das Richten der Medikamente anhand der Pflegedokumentation.

Die Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen konnte bei 3.933 Bewohnern überprüft werden. Von diesen Bewohnern war die Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen bei 77 % in der Pflegedokumentation nachvollziehbar. Bei 23 % der Bewohner war dies nicht nachvollziehbar dokumentiert.

Die Dokumentation der Medikamente in der Pflegedokumentation konnte bei 4.412 Bewohnern überprüft werden. Vollständig und korrekt dokumentiert waren die Medikamente bei 88 % der Bewohner. Bei 12 % der Bewohner war dies nicht der Fall.

Die Dokumentation der Bedarfsmedikation konnte bei 3.912 Bewohnern überprüft werden. Die Überprüfung richtete sich dabei darauf, ob vom Arzt festgelegt war, in welchen Fällen (Symptomen) das verordnete Medikament in welcher Dosierung und unter Berücksichtigung einer Tageshöchstdosis verabreicht werden soll. In dieser Art konkret nachvollziehbar war die Bedarfsmedikation nur bei 78 % der Bewohner. Das bedeutet, dass bei 22 % der Bewohner die Dokumentation der Bedarfsmedikation nicht nachvollziehbar war und damit auch die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen keine ausreichenden Informationen darüber hatten, wie mit Bedarfsmedikamenten umgegangen werden soll.

Um Fehlerquellen bei der Verabreichung von Medikamenten und zugleich unnötige Schreibarbeit zu vermeiden, sollten Medikamente ausschließlich nach den Angaben in der Pflegedokumentation gerichtet werden. Überprüft werden konnte dies bei 4.391 Bewohnern. Davon wurden bei 83 % die Medikamente anhand der Pflegedokumentation gerichtet. Bei 17 % der Bewohner war dies nicht der Fall.

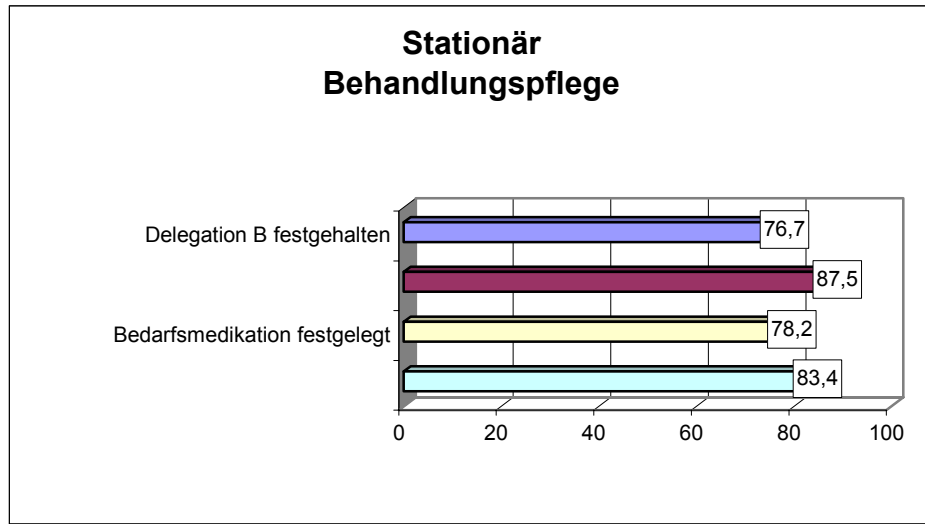


Abbildung 30: Stationär - Behandlungspflege

4.5 Ergebnisse Struktur- und Prozessqualität stationäre Pflege

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen basieren auf dem „Erhebungsbogen zur Prüfung der Einrichtung“ der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege. Dieser Erhebungsbogen richtet sich hauptsächlich auf Aspekte der Struktur- und Prozessqualität. Grundgesamtheit für die Auswertung der Daten sind die geprüften stationären Pflegeeinrichtungen.

4.5.1 Allgemeine Angaben

Im Rahmen der Qualitätsprüfung in stationären Pflegeeinrichtungen werden bestimmte Ausstattungsmerkmale überprüft, die die Selbständigkeit des Pflegebedürftigen unterstützen (§ 2 SGB XI). Hierbei spielen die folgenden Kriterien eine Rolle:

- stufenlose Eingänge
- Aufzüge mit behindertengerechten Bedienelementen
- Handläufe
- Haltegriffe im Sanitärbereich
- Behindertenberechtigtes Bad und WC auf jeder Etage
- Fäkalienaspüle auf jeder Etage
- Rufanlage
- höhenverstellbare Pflegebetten
- rutschfeste Fußböden
- Nachtbeleuchtung sowie
- allgemeine Orientierungshilfen (Hinweisschilder z.B. zu Speiseraum, WC).

Bei 64 % der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen waren alle diesbezüglichen Anforderungen erfüllt. Die Ergebnisse variierten zwischen den verschiedenen Bundesländern von positiven Ausstattungsergebnissen in Hessen (94 %), Sachsen (92 %) und dem Saarland (89 %) bis zu negativen Ergebnissen in Westfalen-Lippe (33 %), Berlin-Brandenburg (51 %) und Niedersachsen (52 %). Ein Nord-Süd- oder Ost-West-Gefälle lässt sich nicht erkennen.

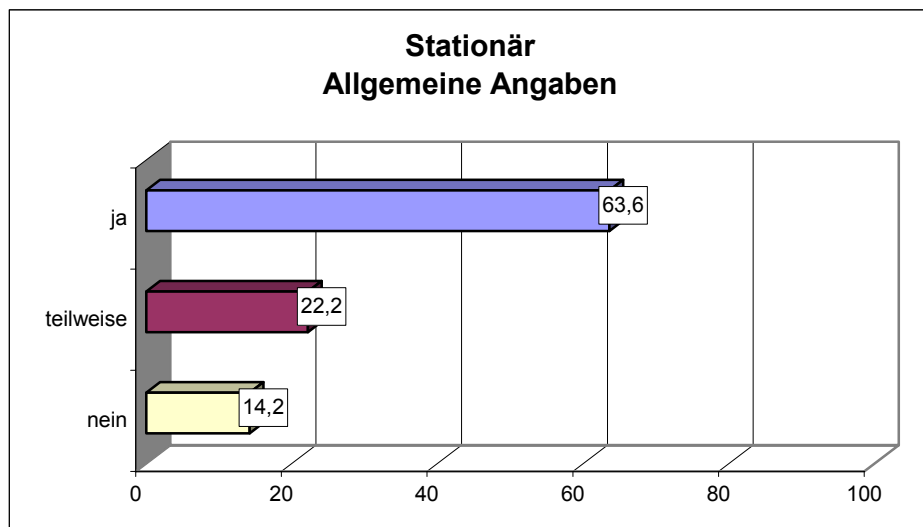


Abbildung 31: Stationär - Allgemeine Angaben

4.5.2 Pflege theoretische Grundlagen

Gängige und sinnvolle Praxis bei jedem Management- und Qualitätsentwicklungsansatz ist es, die Zielsetzung und die Arbeit jedes Produktions- sowie Dienstleistungsunternehmens an einem Leitbild auszurichten sowie in einem Konzept zu beschreiben. Leitbild und Konzept bilden auch für stationäre Pflegeeinrichtungen, die personennahe Dienstleistungen erbringen, eine ganz entscheidende Basis ihrer Arbeit. Die Leitbild- und Konzeptentwicklung sollte

in der Pflegeeinrichtung stattfinden und eine Implementierung in das tägliche Leistungsgeschehen erkennbar sein. Mangelt es an solchen konzeptionellen Vorgaben, ist die gesamte Leistungserbringung in hohem Maße von den individuellen Sichtweisen der Mitarbeiter und von zufällig sich ergebenden Arbeitsabläufen abhängig. Kontinuität und ein angemessenes Qualitätsniveau sind unter solchen Bedingungen nur schwer zu erreichen.

Von den geprüften stationären Pflegeeinrichtungen verfügten 94 % über ein Pflegeleitbild. Pflegekonzepte, die den aktuellen fachlichen und inhaltlichen Anforderungen ganz oder zumindest zum Teil entsprachen, lagen in 83 % der stationären Pflegeeinrichtungen vor. Dieser Wert liegt damit um 15 % höher als bei den ambulanten Pflegediensten. Die Vorgaben hatte eine stationäre Pflegeeinrichtung dann ganz erfüllt, wenn folgende Inhalte im Pflegekonzept vorhanden waren:

- das zugrunde gelegte Pflegemodell
- das zugrunde gelegte Pflegesystem
- die Beschreibung des Pflegeprozesses
- die innerbetriebliche Kommunikation
- das Qualitätssicherungssystem
- die Beschreibung der Leistungen einschließlich ergänzender sozialer und therapeutischer Angebote
- die Regelung der Kooperation mit anderen Diensten
- die räumliche, personelle und sachliche Ausstattung der Einrichtung.

Zum Teil erfüllt bedeutete bei der Datenerfassung im Rahmen der Berichtspflicht, das mindestens sechs der acht Kriterien erbracht waren.

Ein Indikator für die Umsetzung vorhandener Pflegekonzepte ist der Bekanntheitsgrad bei den Mitarbeitern. Dabei geht es darum, ob die zentralen Zielsetzungen und Anliegen der stationären Pflegeeinrichtungen den Mitarbeitern bekannt sind. Dies war in 58 % der stationären Pflegeeinrichtungen der Fall. Im Vergleich zu den geprüften ambulanten Pflegediensten (51 %) ist der Bekanntheitsgrad bei den Mitarbeitern in stationären Pflegeeinrichtungen etwas höher. Auch in stationären Pflegeeinrichtungen ist demnach zu konstatieren, dass die stationären Pflegeeinrichtungen zwar zum Teil aus eigener Verantwortungswahrnehmung für das Qualitätsmanagement des Unternehmens, zum Teil aber aus Gründen der formalen Pflichterfüllung in großem Umfang Leitbilder und Konzepte entwickelt haben, dass es aber oft nicht gelungen ist, diese unternehmerische Vorgaben auch in der täglichen Arbeit umzusetzen.

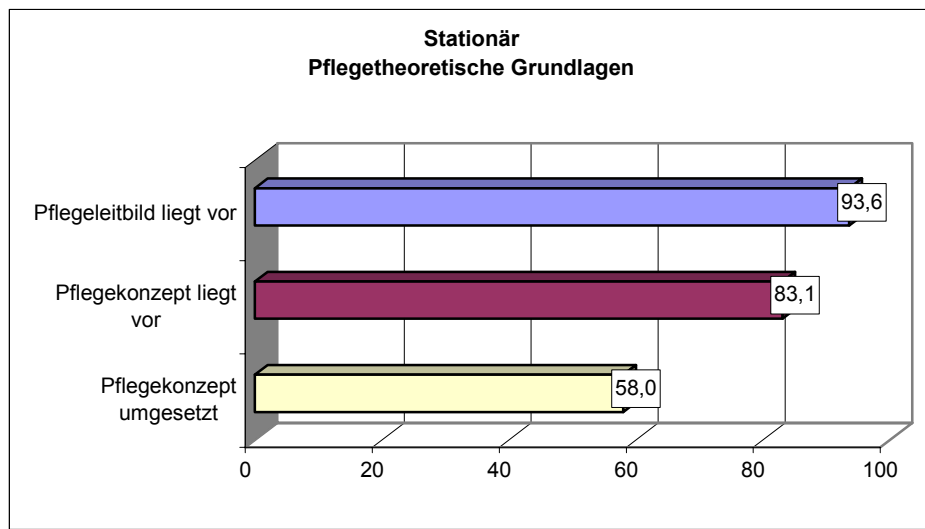


Abbildung 32: Stationär - Pflege theoretische Grundlagen

4.5.3 Aufbauorganisation Personal

Bezüglich der Aufbauorganisation stationärer Pflegeeinrichtungen im Bereich des Personals wird im Rahmen einer Prüfung durch den MDK u.a. der Blick auf die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung gerichtet. Ein weiteres Augenmerk gilt der Personalszusammensetzung der stationären Pflegeeinrichtungen sowie der verbindlichen Zuordnung von Verantwortungen und Aufgaben. Personalanzahl und Fachkraftanteil werden beurteilt. Ebenso ist von entscheidendem Interesse, ob die verantwortliche Pflegefachkraft ihren per Qualitätsanforderungen nach § 80 SGB XI zugewiesenen Aufgaben nachkommt.

Die Stelle der verantwortlichen Pflegefachkraft war in nahezu allen (99 %) stationären Pflegeeinrichtungen besetzt. Bei 91 % war die verantwortliche Pflegefachkraft formal ausreichend qualifiziert, das heißt sie verfügte über die erforderliche Grundausbildung als Pflegefachkraft, hatte ausreichend Berufserfahrung und verfügte über eine Weiterbildung im Pflegemanagement im Umfang von mindestens 460 Stunden.

Die Position der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft war in 93 % der stationären Pflegeeinrichtungen mit einer ausreichend qualifizierten Pflegefachkraft besetzt.

Als angemessen beurteilten die Prüfer die Personalanzahl in 82 % der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen. Zur Beurteilung standen dem MDK keine einheitlichen Personalanzahlzahlen zur Verfügung. Die Angemessenheit der Personalausstattung wurde daher im Kontext z.B. zur ermittelten Ergebnisqualität, zur nachvollziehbaren Bezugspflege und zur Dienstplanung bewertet. Mit 204 stationären Pflegeeinrichtungen wurde dieses Item im Ver-

gleich zu anderen Kriterien in Abstimmung mit den auftraggebenden Landesverbänden durch den MDK relativ häufig nicht erhoben. Mit Blick auf die Pflegesituation und die Ergebnisse in den stationären Pflegeeinrichtungen wurde der Anteil der Pflegefachkräfte am Gesamtpersonalumfang mit 83 % als angemessen beurteilt. Allerdings wurde auch dieses Kriterium bei 243 Pflegeeinrichtungen nicht betrachtet.

Verantwortungsbereiche, Aufgaben und Zuständigkeiten waren hingegen nur bei 64 % der stationären Pflegeeinrichtungen durch Stellenbeschreibungen o. ä. geregelt. Dieser Anteil ist mit dem in ambulanten Pflegediensten vergleichbar.

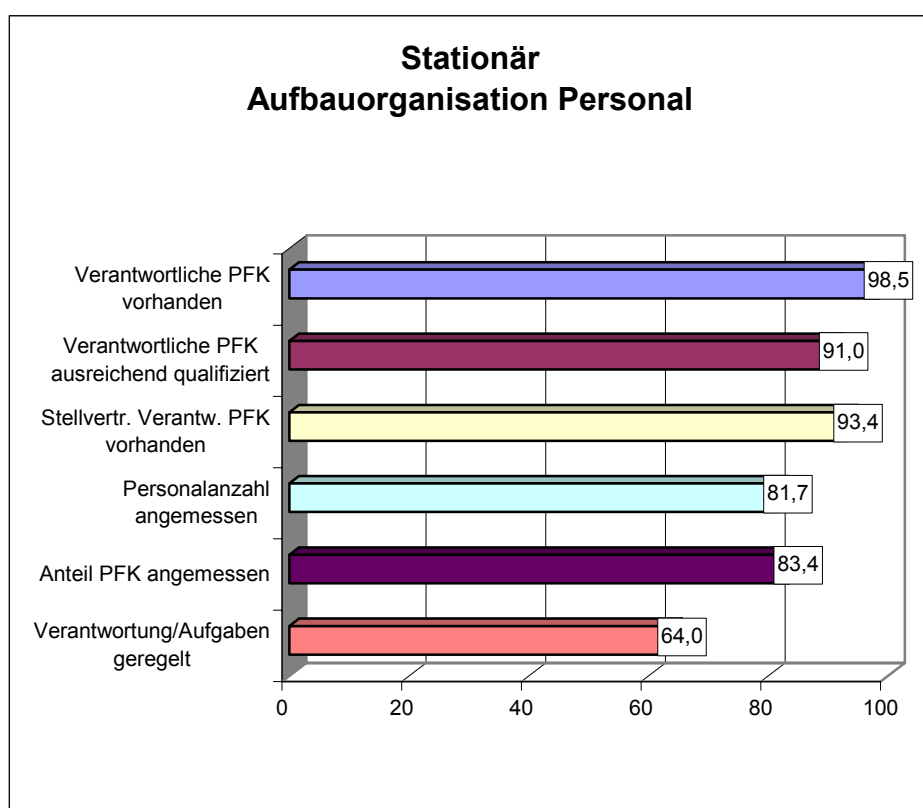


Abbildung 33: Stationär - Aufbauorganisation Personal

Nach den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI hat die verantwortliche Pflegefachkraft einer stationären Pflegeeinrichtungen u.a. die folgenden Aufgaben:

- fachgerechte Planung der Pflegeprozesse
- fachgerechte Führung der Pflegedokumentation
- am Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte sowie
- regelmäßige Durchführung von Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereichs.

Während bei der Dienstplanung mit 80 % und bei der regelmäßigen Durchführung von Dienstbesprechungen mit 88 % die verantwortlichen Pflegefachkräfte ihren Aufgaben nachkamen, war eine angemessene fachgerechten Planung der Pflegeprozesse (63 %) und fachgerechte Führung der Pflegedokumentationen (63 %) deutlich seltener gegeben.

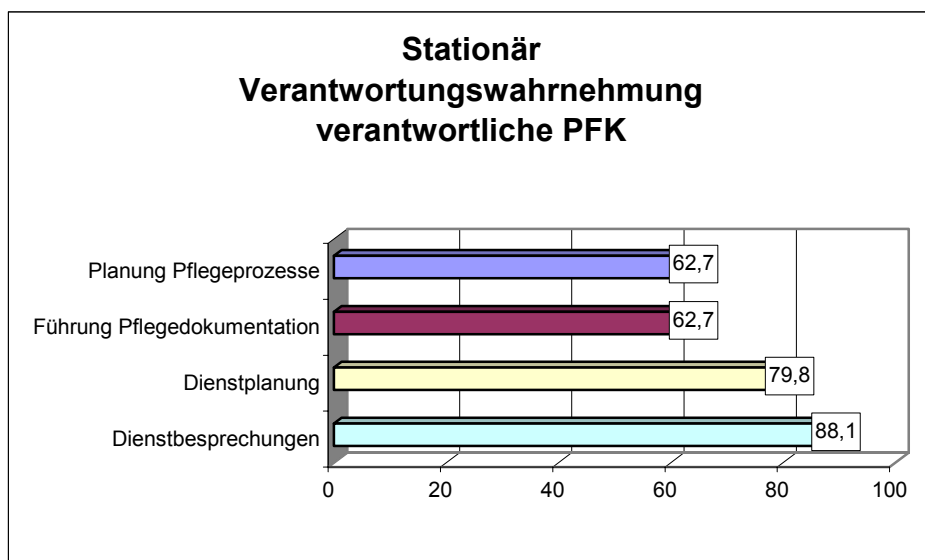


Abbildung 34: Stationär - Verantwortungswahrnehmung verantwortliche Pflegefachkraft

4.5.4 Ablauforganisation

Bei der Ablauforganisation wurden im Zusammenhang der Berichterstattung die fachliche Anleitung, Beratung und Überprüfung der Pflegekräfte, der qualifikationsgemäße Einsatz der Pflegekräfte sowie insbesondere die Versorgung in der Nacht und am Wochenende in stationären Pflegeeinrichtungen erfasst.

Die Erfassung der Pflegequalität und deren fachliche Beurteilung ist durch geeignete Methoden (Pflegevisiten oder ähnliche Methoden) zu gewährleisten. Dies kann mitarbeiter- oder bewohnerorientiert umgesetzt werden. Diese Anforderung erfüllten lediglich 54 % der stationären Pflegeeinrichtungen. Mit 46 % der stationären Pflegeeinrichtungen wurde bei fast der Hälfte der geprüften stationären Einrichtungen dieser Anforderung nicht nachgekommen.

Beurteilungsmaßstab für die Frage, ob die Pflegekräfte der stationären Pflegeeinrichtungen entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt wurden, war die vorhandene formale Qualifikation (Ausbildung) und die durch Einarbeitung, Schulung und fachliche Supervision gewährleistete materielle Qualifikation (Können und Wissen). In 69 % der stationären Pflegeeinrichtungen wurden die Mitarbeiter in der Pflege entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt.

Bezüglich der nächtlichen Versorgung wurden bauliche Gegebenheiten, die Bewohnerklientel sowie die nach der Heimpersonalverordnung geforderte Besetzung mit mindestens einer Pflegefachkraft zu Grunde gelegt. Unter diesen Vorgaben wurde in 84 % der stationären Pflegeeinrichtungen die nächtliche Versorgung als angemessen beurteilt. Damit waren in 1/6 der stationären Pflegeeinrichtungen in der Nacht z.B. keine Fachkräfte oder zu wenig Personal anwesend, um eine angemessene Versorgung sicherstellen zu können.

Der Beurteilung der Personalbesetzung am Wochenende lag die Frage zu Grunde, ob diese der Besetzung während der Woche annähernd entsprach. Demnach war die personelle Ausstattung in 81 % der stationären Pflegeeinrichtungen angemessen. In knapp 1/5 der stationären Pflegeeinrichtungen waren keine oder zu wenig Fachkräfte anwesend oder es war insgesamt zu wenig Personal in der Pflegeeinrichtung vorhanden, um eine ausreichende Versorgung gewährleisten zu können.

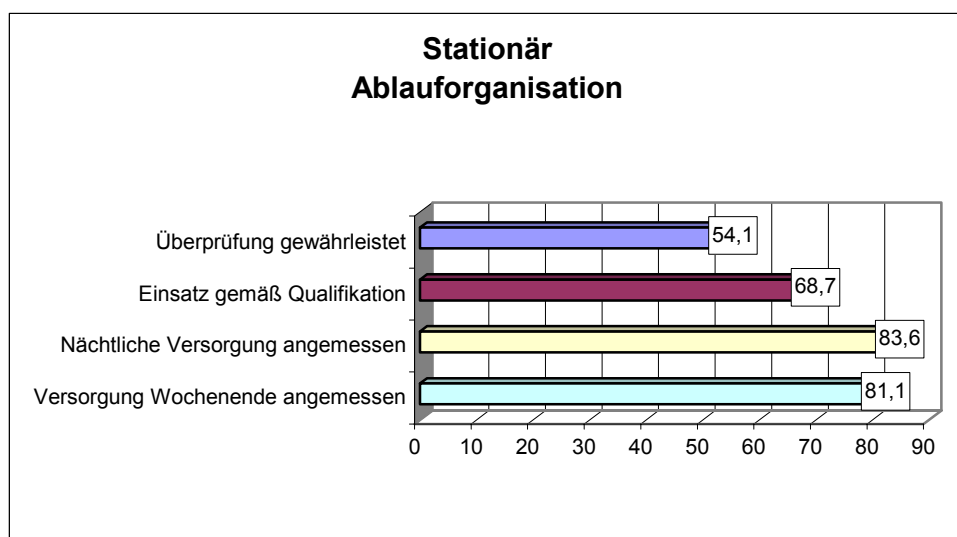


Abbildung 35: Stationär - Ablauforganisation

4.5.5 Qualitätsmanagement

Wichtige Elemente für das Qualitätsmanagement einer stationären Pflegeeinrichtung sind u.a. interne Qualitätsmanagementmaßnahmen, die Einarbeitung und Fortbildung der Mitarbeiter sowie das Arbeiten nach verbindlichen Hygienestandards bzw. Hygieneplänen.

Als Maßnahmen der internen Qualitätssicherung gelten u.a. Qualitätszirkelarbeit, die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten mit Tätigkeitsnachweis, Entwicklung und Anwendung von Standards/Richtlinien/Leitlinien, Fallbesprechungen, Erstellung eines Qualitätshandbuches, Vorstellung von Ergebnissen aus Fortbildungen im Team und Beschwerdemanagement. Bei der Qualitätsprüfung wird festgestellt, ob mehr als zwei der genannten oder vergleichbare

Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements nachweislich durchgeführt werden.

Interne Qualitätsmanagementmaßnahmen wurden von 76 % der stationären Pflegeeinrichtungen nachgewiesen.

Pflegebezogene Fortbildung zum Erhalt und zur Aktualisierung des Fachwissens fanden in 85 % der stationären Pflegeeinrichtungen statt. Zur systematischen Einbeziehung aller Mitarbeiter, zur Ausrichtung der Fortbildungen auf qualitätsrelevante Themen sowie zur Personalentwicklung ist es erforderlich, die Fortbildungen prospektiv zu planen. Eine solche prospektive Planung konnte in 69 % der stationären Pflegeeinrichtungen festgestellt werden.

Auch die systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist erforderlich, um diesen die Abläufe und Standards des Pflegeheimes zu vermitteln und um möglichen Schulungsbedarf der Mitarbeiter frühzeitig erkennen sowie Wissensdefizite beheben zu können. Hierzu bedarf es eines Einarbeitungskonzeptes. Die Anwendung eines Einarbeitungskonzeptes wird im Rahmen der Prüfung durch den MDK beurteilt. Ein Einarbeitungskonzept wurde in 63 % der stationären Pflegeeinrichtungen angewandt.

Schließlich wird im Rahmen der Prüfung durch den MDK berücksichtigt, ob ein Hygieneplan oder ein Hygienestandard Anwendung findet. Dabei geht es vor allem um Regelungen zur Händedesinfektion, zum Tragen von Schutzkleidung, Umgang mit Schmutzwäsche und die Hygiene im Umgang mit Geräten und Hilfsmitteln. In 66 % der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen wurden entsprechende Regelungen nachweislich eingesetzt.

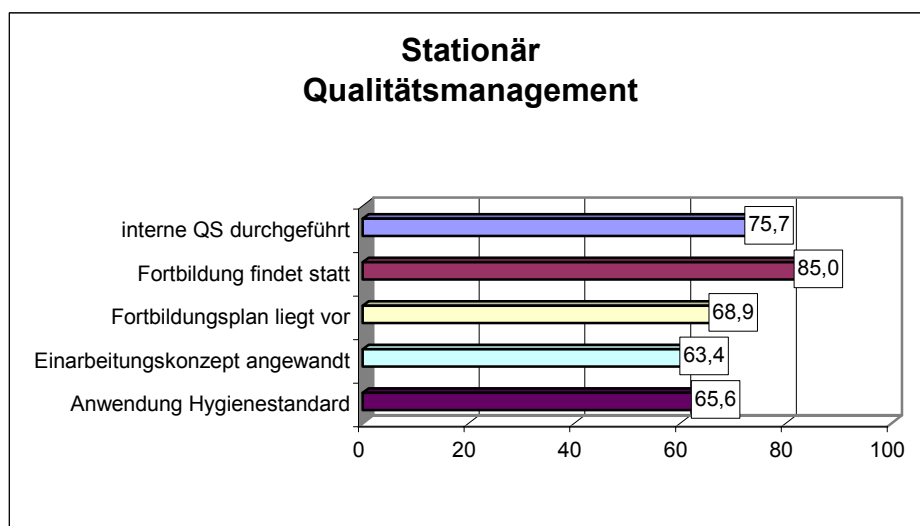


Abbildung 36: Stationär - Qualitätsmanagement

4.4.6 Soziale Betreuung

Im Rahmen der Berichtspflicht wurde bei den Qualitätsprüfungen u.a. erhoben, ob Leistungen der sozialen Betreuung angeboten wurden, ob diese Leistungen dokumentiert wurden, wie die Bewohner über das Angebot der sozialen Betreuung informiert werden und ob die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnerstruktur ausgerichtet sind.

Von den geprüften Pflegeeinrichtungen haben 93 % Leistungen der sozialen Betreuung angeboten. Dokumentiert wurden diese Leistungen in 63 % der Pflegeeinrichtungen. In 88 % der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen wurde den Bewohnern das Angebot der sozialen Betreuung in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht. Nur in 67 % der Pflegeeinrichtungen war das Angebot der sozialen Betreuung auf die Bewohnerstruktur ausgerichtet. In 33 % der stationären Pflegeeinrichtungen war das Leistungsangebot dem zu Folge zumindest für einen Teil der Bewohner nicht geeignet, das bedeutet, dass z.B. immobile Bewohner oder Bewohner mit dementiellen Erkrankungen kein Angebot an Leistungen der sozialen Betreuung erhielten.

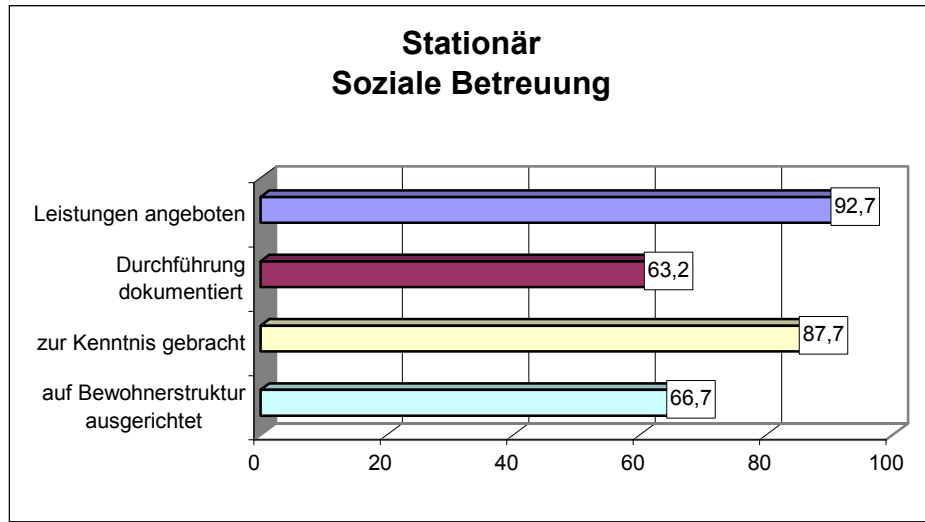


Abbildung 37: Stationär - Soziale Betreuung

4.5.7 Pflegedokumentationssystem

Zur Umsetzung einer kontinuierlichen, fachgerechten und systematischen Pflege ist eine sorgfältige Pflegedokumentation erforderlich. Grundlage für eine angemessene Pflegedokumentation ist ein Pflegedokumentationssystem, das innerhalb der Einrichtung einheitlich angewendet wird und in dem zu allen pflegerelevanten Themen eine systematische Dokumentation möglich ist.

Über ein einheitliches Pflegedokumentationssystem verfügten 97 % der stationären Pflegeeinrichtungen. Allerdings sind nur in 89 % der stationären Pflegeeinrichtungen die Pflegedokumentationssystem vollständig.

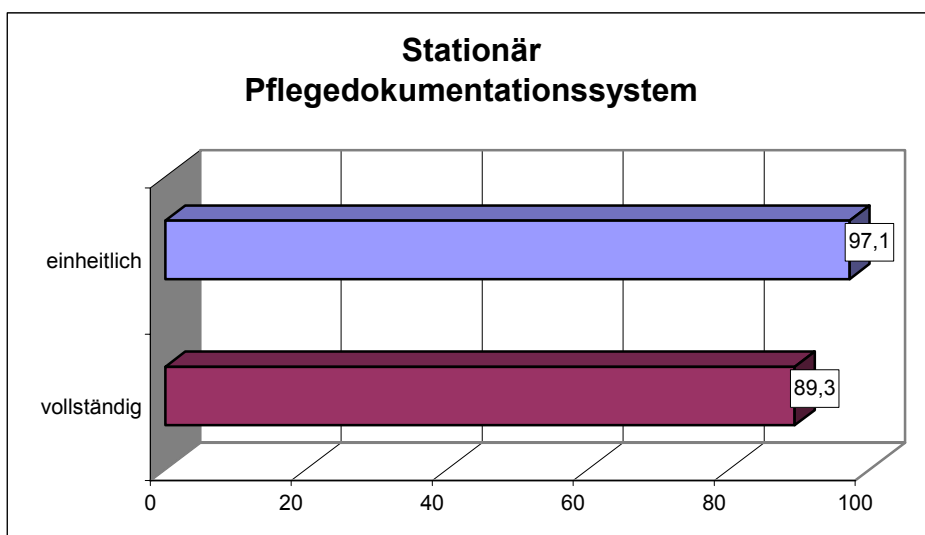


Abbildung 38: Stationär - Pflegedokumentationssystem

4.6 Empfehlungen im Prüfbericht

Bei festgestellten Qualitätsdefiziten geben die Prüfer der MDK im Prüfbericht Empfehlungen zur Beseitigung vorliegender Qualitätsdefizite. Bei den 793 statistisch erfassten Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen wurden insgesamt 10.043 Empfehlungen ausgesprochen.

Die Empfehlungen werden mit oder ohne Fristvorschlägen an die Landesverbände der Pflegekassen erteilt. Je gravierender der festgestellte Mangel für die Bewohner ist, desto kürzer ist der Fristvorschlag zur Umsetzung der Empfehlung.

Empfehlungen stationäre Pflegeeinrichtungen	
Frist	Anzahl
unverzüglich	3.904
Frist bis 6 Monate	2.322
Frist mehr als 6 Monate	1.698
ohne Fristvorschlag	2.119
gesamt	10.043

Tabelle 8: Empfehlungen stationäre Pflegeeinrichtungen

An der durchschnittlichen Anzahl der Empfehlungen bei den verschiedenen Prüfarten zeigt sich eine deutlich geringere Empfehlungsdichte bei den Evaluationsprüfungen. Die geringere Empfehlungsdichte und die geringere Zahl der festgestellten Mängel bei den Evaluationsprüfungen bestätigen, dass die Prüfungen durch den MDK zu einer Qualitätssteigerung in den ambulanten Pflegediensten beitragen.

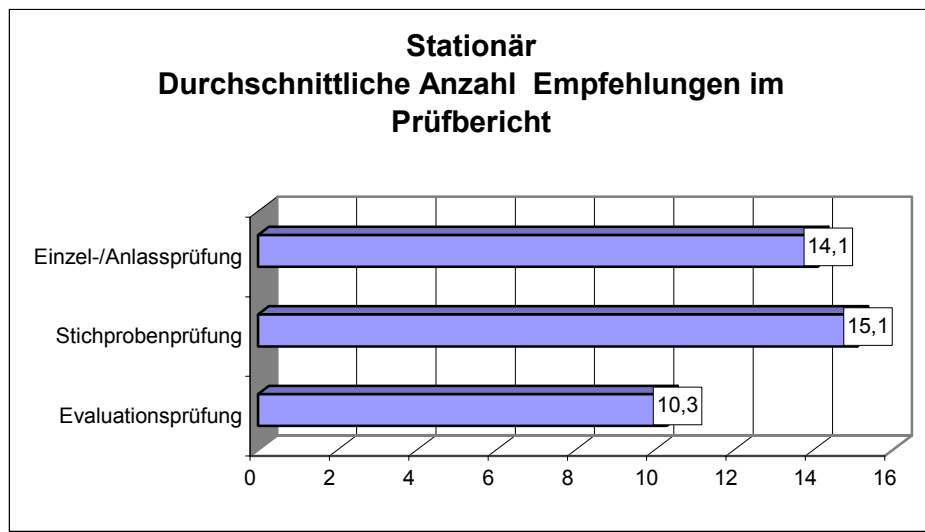


Abbildung 39: Stationär - Durchschnittliche Anzahl Empfehlungen im Prüfbericht

5. Schwerpunktthemen

In den Schwerpunktthemen werden „Kennzahlen in der ambulanten und stationären Pflege“ sowie die Pflegethemen „Dekubitus in der stationären Pflege“ und „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ behandelt.

In den Kapiteln „Kennzahlen in der ambulanten und stationären Pflege“ wird die Vielzahl der zur Verfügung stehenden Daten in komprimierter Form dargestellt, um einen übersichtlichen Vergleich anhand der Kriterien Größe der Einrichtung und Prüffart zu ermöglichen.

In den Kapiteln „Dekubitus in der stationären Pflege“ und „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ werden Qualitätsparameter aufgegriffen, die sich bei den Qualitätsprüfungen als besonders relevant und problembehaftet dargestellt haben. Diese Parameter sind überwiegend der Ergebnisqualität zuzurechnen. Bei deren Darstellung geht es in erster Linie um die Analyse von Zusammenhängen mit Qualitätsparametern aus der Struktur- und Prozessqualität. Durch diese Analyse können Erkenntnisse darüber gewonnen werden, an welchen Stellen das interne Qualitätsmanagement einer Pflegeeinrichtung ansetzen muss, um Verbesserungen in der Versorgungsqualität zu erreichen.

5.1 Kennzahlen ambulante Pflege

Um einen nachvollziehbaren und übersichtlichen Vergleich zwischen Pflegeeinrichtungen durchführen zu können, wurde als Kennzahl jeweils ermittelt, bei wie vielen Pflegeeinrichtungen mit einem bestimmten Merkmal (Größe) mindestens ein Defizit in den folgenden Bereichen der Struktur- und Prozessqualität vorlag:

- Allgemeine Angaben der Pflegeeinrichtung
(Geschäftsräume vorhanden, Teambesprechungen möglich, Sichere Aufbewahrung personenbezogener Unterlagen, Sichere Aufbewahrung von Wohnungsschlüsseln)
- Pflege theoretische Grundlagen
(Pflegeleitbild, Pflegekonzept)
- Aufbauorganisation Personal
(verantwortliche Pflegefachkraft, stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft, Verantwortungszuordnung und -wahrnehmung, Personal)
- Ablauforganisation
(Einsatz und Überprüfung der Pflegekräfte, Erreichbarkeit)
- Qualitätsmanagement
(interne Maßnahmen der Qualitätssicherung, Fortbildung, Einarbeitung, Hygienestandard)
- Pflegedokumentationssystem
(Einheitlichkeit, Vollständigkeit).

Ebenso wurden bei den folgenden Bereichen der Prozess- und Ergebnisqualität, die bei den Versicherten überprüft wurden, Vergleiche angestellt:

- Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung
(Berücksichtigung von Wünschen und Erwartungen, Pflegevertrag, Durchführung vereinbarter Leistungen, Einhaltung vereinbarter Einsatzzeiten, Kontinuität der Mitarbeiter)
- Beratung / Zufriedenheit
(Motivation und Unterstützung zur aktivierenden Pflege, Leistungserbringung entsprechend der Bedürfnisse, Zufriedenheit mit hauswirtschaftlichen Leistungen)
- Pflegerelevante Beobachtungen
(Angemessenheit des Pflegezustandes)
- Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses
(Berücksichtigung der Anforderungen an den Pflegeprozess und die Pflegedokumentation, Dekubitus, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Inkontinenz, Versorgung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Menschen).

Weiterhin wurden Unterschiede zwischen verschiedenen Prüffarten (Anlassbezogene Einzelprüfung, Stichprobenprüfung, Evaluationsprüfung) untersucht.

Es zeigt sich eine Rangfolge bei den defizitbehafteten Bereichen der Struktur- und Prozessqualität. Am häufigsten lag mindestens ein Defizit im Bereich Qualitätsmanagement vor

(61 %), gefolgt von der Aufbauorganisation (58 %) und der Ablauforganisation (55 %). Bei den allgemeinen Angaben war in weniger als jeder fünften Pflegeeinrichtung mindestens ein Defizit vorhanden (18 %).

Von den geprüften ambulanten Pflegediensten hatten ca. 17 % in keinem Bereich der Struktur- und Prozessqualität Defizite, weitere 16 % wiesen lediglich in einem Bereich mindestens ein Defizit auf, ca. 16 % hatten in zwei Bereichen Defizite und über 51 % der ambulanten Pflegedienste wiesen in drei und mehr Bereichen mindestens ein Defizit auf.

Bei der Kennzahlenanalyse war von Interesse, ob die Größe der Pflegeeinrichtung mit den Qualitätsergebnissen in Zusammenhang gebracht werden kann. Hinter dieser Analyse verbirgt sich die Annahme, dass größere Organisationen insbesondere in der Struktur- und Prozessqualität Qualitätsvorteile gegenüber kleineren Organisationen nutzen können. Diese Annahme wird durch den Vergleich von großen (100 und mehr Versicherte) und kleinen (weniger als 25 Versicherte) Pflegediensten bestätigt. Große Pflegedienste weisen durchweg deutlich bessere Ergebnisse auf, als kleine Pflegedienste. Die Unterschiede der defizitbetroffenen Anteile liegen zwischen 10 und 30 % in den Bereichen der Struktur- und Prozessqualität.

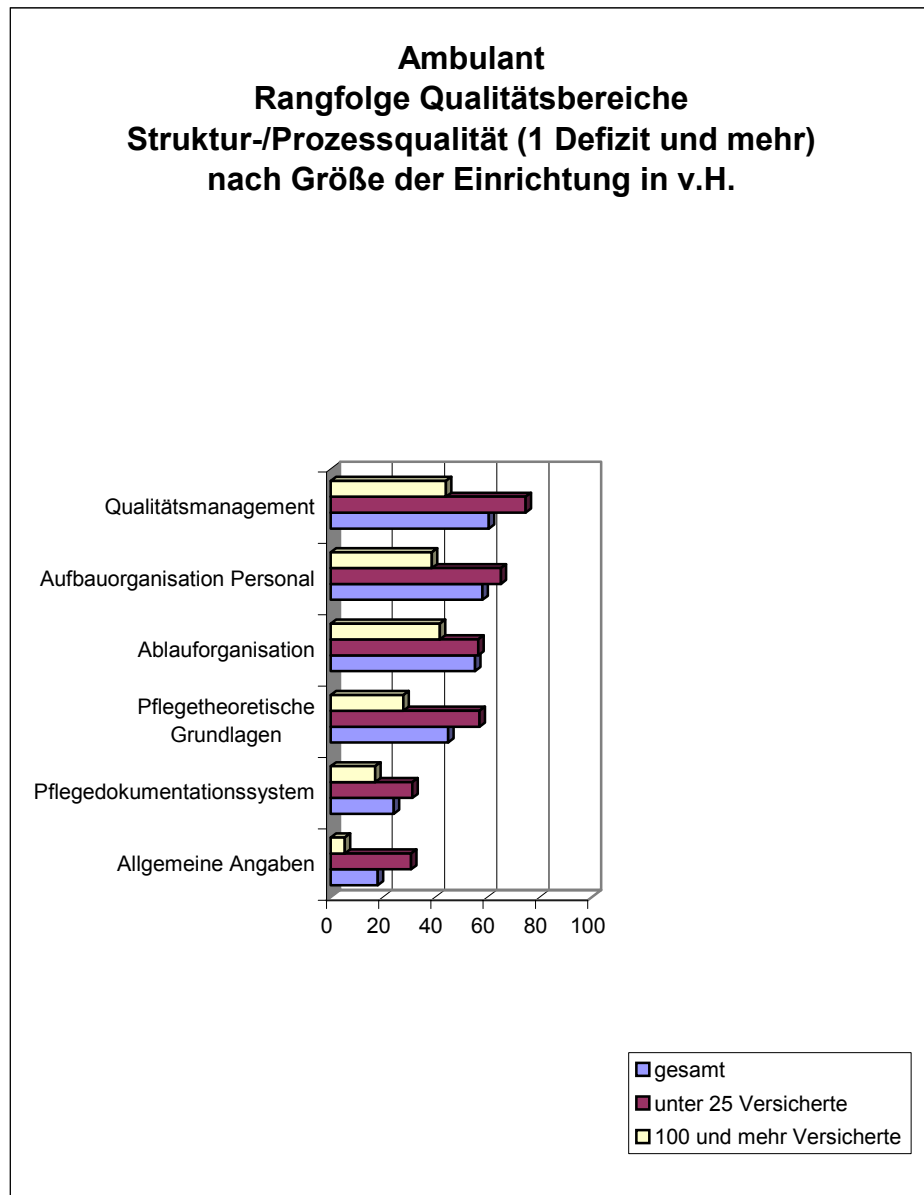


Abbildung 40: Ambulant-
Rangfolge Qualitätsbereiche Struktur-/Prozessqualität (≥ 1 Defizit)
nach Größe der Einrichtung in v.H.

Diese Unterschiede bestehen mit einer Ausnahme (pflegerelevante Beobachtungen) auch bei den Bereichen der Prozess- und Ergebnisqualität. Hier lagen die Unterschiede zwischen zwei und fünf Prozent.

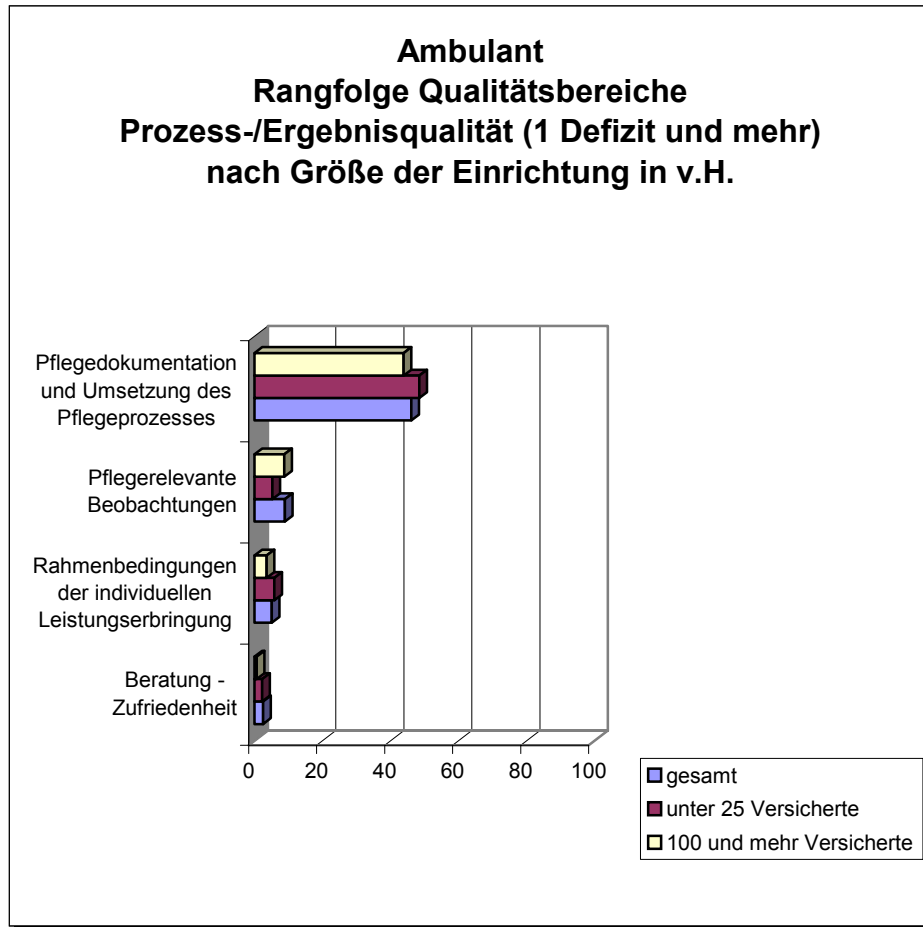


Abbildung 41: Ambulant -
Rangfolge Qualitätsbereiche Prozess-/Ergebnisqualität (≥ 1 Defizit)
nach Größe der Einrichtung in v.H.

Für den MDK als Institution mit einem beratungsorientierten Prüfansatz ist der Effekt der Qualitätsprüfungen auf die Entwicklung der Pflegequalität in den Pflegeeinrichtungen von großem Interesse. Um hierzu Aussagen treffen zu können, wurde ein Vergleich der Qualitätsergebnisse anhand der Kennzahlen zwischen anlassbezogenen Einzelprüfungen und Stichprobenprüfungen einerseits und Evaluationsprüfungen andererseits vorgenommen. Bei diesem Vergleich zeigen sich in den Bereichen der Struktur- und Prozessqualität mit einer Ausnahme (Aufbauorganisation) positive Trends. Im Durchschnitt haben die Pflegeeinrichtungen in den Bereichen der Struktur- und Prozessqualität zu etwa 5 % seltener mindestens ein Defizit.

Ambulant
Rangfolge Qualitätsbereiche Struktur-/Prozessqualität (1 Defizit und mehr) nach
Prüfungsart in v.H.

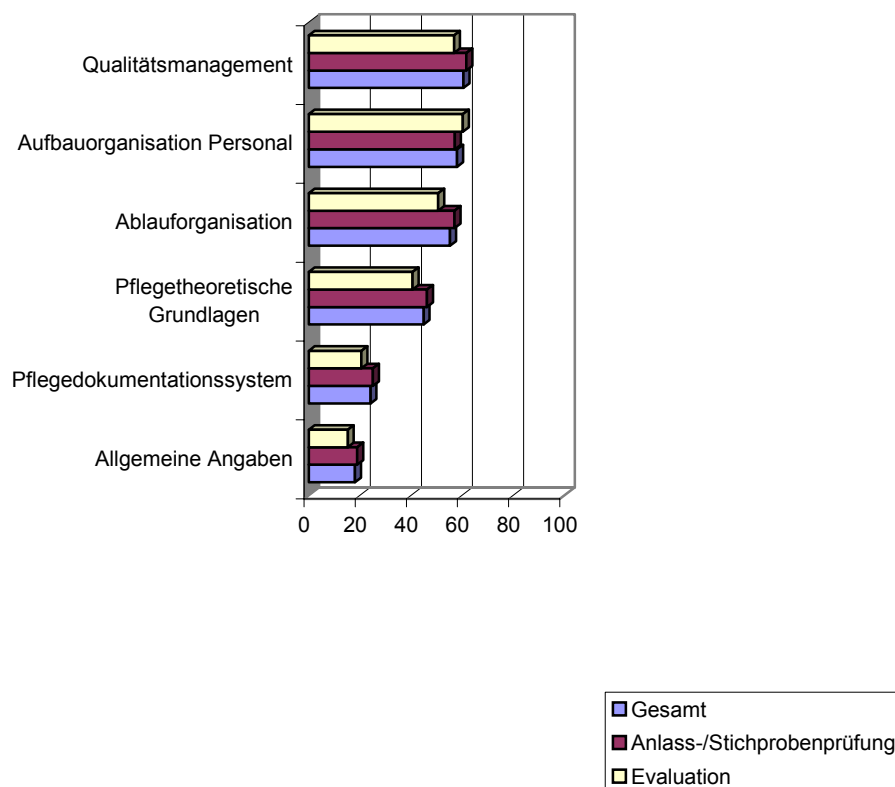


Abbildung 42: Ambulant -
Rangfolge Qualitätsbereiche Struktur-/Prozessqualität (≥ 1 Defizit)
nach Prüfmethode in v.H.

Bei den Bereichen, die der Prozess- und Ergebnisqualität zuzuordnen sind, lässt sich ein positiver Trend im Bereich „Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses“ darstellen. Hier liegen die Ergebnisse bei Evaluationsprüfungen um knapp 6 % besser. Damit haben die Qualitätsprüfungen positive Auswirkungen auf die Ergebnisqualität in den stationären Pflegeeinrichtungen. In den anderen Bereichen bestehen keine nennenswerten Unterschiede.

Fazit

Zusammenfassend ist feststellbar, dass Unterschiede in den Qualitätsergebnissen zugunsten größerer Pflegedienste bestehen. Bei einem Vergleich der Qualitätsergebnisse zwischen Erst- und Evaluationsprüfungen wird deutlich, dass die Qualitätsprüfungen einen Qualitätsentwicklungsprozess in Gang setzen. Die Pflegeeinrichtungen weisen in Evaluationsprüfungen bessere Qualitätsergebnisse auf.

5.2. Kennzahlen stationäre Pflege

Ebenso wie für die geprüften ambulanten Pflegedienste wurden für die stationären Pflegeeinrichtungen ermittelt, bei wie vielen Pflegeeinrichtungen mit einem bestimmten Merkmal (Größe) mindestens ein Defizit in den folgenden Bereichen der Struktur- und Prozessqualität vorlag:

- allgemeine Angaben der Pflegeeinrichtung
(räumliche Ausstattung)
- Pflege theoretische Grundlagen
(Pflegeleitbild, Pflegekonzept)
- Aufbauorganisation Personal
(verantwortliche Pflegefachkraft, stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft, Verantwortungszuordnung und –wahrnehmung, Personal)
- Ablauforganisation
(Einsatz und Überprüfung der Pflegekräfte, Einsatz der Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation, Sicherstellung der Versorgung am Wochenende und in der Nacht)
- Qualitätsmanagement
(interne Maßnahmen der Qualitätssicherung, Fortbildung, Einarbeitung, Hygienestandard)
- Pflegedokumentationssystem
(Einheitlichkeit, Vollständigkeit).

Darüber hinaus wurden bei den folgenden Bereichen der Prozess- und Ergebnisqualität, die bei den Versicherten überprüft wurden, Vergleiche angestellt:

-
- Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung
(Berücksichtigung von Wünschen und Erwartungen)
 - Beratung / Zufriedenheit
(Motivation und Unterstützung zur aktivierenden Pflege, Leistungserbringung entsprechend der Bedürfnisse, Abstand zwischen Mahlzeiten, zuzahlungsfreies Getränkeangebot)
 - Pflegerelevante Beobachtungen
(Angemessenheit des Pflegezustandes, freiheitsentziehende Maßnahmen=
 - Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses
(Berücksichtigung der Anforderungen an den Pflegeprozess und die Pflegedokumentation, Dekubitus, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Inkontinenz, Versorgung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Menschen).

Weiterhin wurden Unterschiede zwischen verschiedenen Prüfarten (Anlassbezogene Einzelprüfung, Stichprobenprüfung, Evaluationsprüfung) untersucht.

Es zeigt sich eine Rangfolge bei den defizitbehafteten Bereichen der Struktur- und Prozessqualität. Diese weicht von der Rangfolge in der ambulanten Pflege ab, allerdings sind die drei häufigsten Problembereiche in der stationären Pflege mit denen in der ambulanten Pflege identisch. Am häufigsten lag mindestens ein Defizit im Bereich Aufbauorganisation vor (64 %), gefolgt von der Ablauforganisation (62 %) und dem Qualitätsmanagement (53 %). Hinsichtlich Vollständigkeit und Einheitlichkeit des Pflegedokumentationssystems lag lediglich in etwa jeder zehnten stationären Pflegeeinrichtung mindestens ein Defizit vor (12 %).

Von den geprüften stationären Pflegeeinrichtungen hatten ca. 14 % in keinem Bereich der Struktur- und Prozessqualität Defizite, weitere 13 % wiesen lediglich in einem Bereich mindestens ein Defizit auf, ca. 16 % hatten in zwei Bereichen Defizite und ca. 58 % der stationären Pflegeeinrichtungen wiesen in drei und mehr Bereichen mindestens ein Defizit auf.

Bei der Kennzahlenanalyse war von Interesse, ob die Größe der Pflegeeinrichtung mit den Qualitätsergebnissen in Zusammenhang gebracht werden kann. Hinter dieser Analyse verbirgt sich die Annahme, dass größere Organisationen in der Struktur- und Prozessqualität Qualitätsvorteile gegenüber kleineren Organisationen nutzen können. Diese Annahme wird durch den Vergleich von großen (100 und mehr Versicherte) und kleinen (weniger als 25 Versicherte) stationären Pflegeeinrichtungen bestätigt. Große Heime weisen durchweg deutlich bessere Ergebnisse auf, als kleine Heime. Die Unterschiede der defizitbehafteten Anteile liegen zwischen 11 und 23 % in den Bereichen der Struktur- und Prozessqualität.

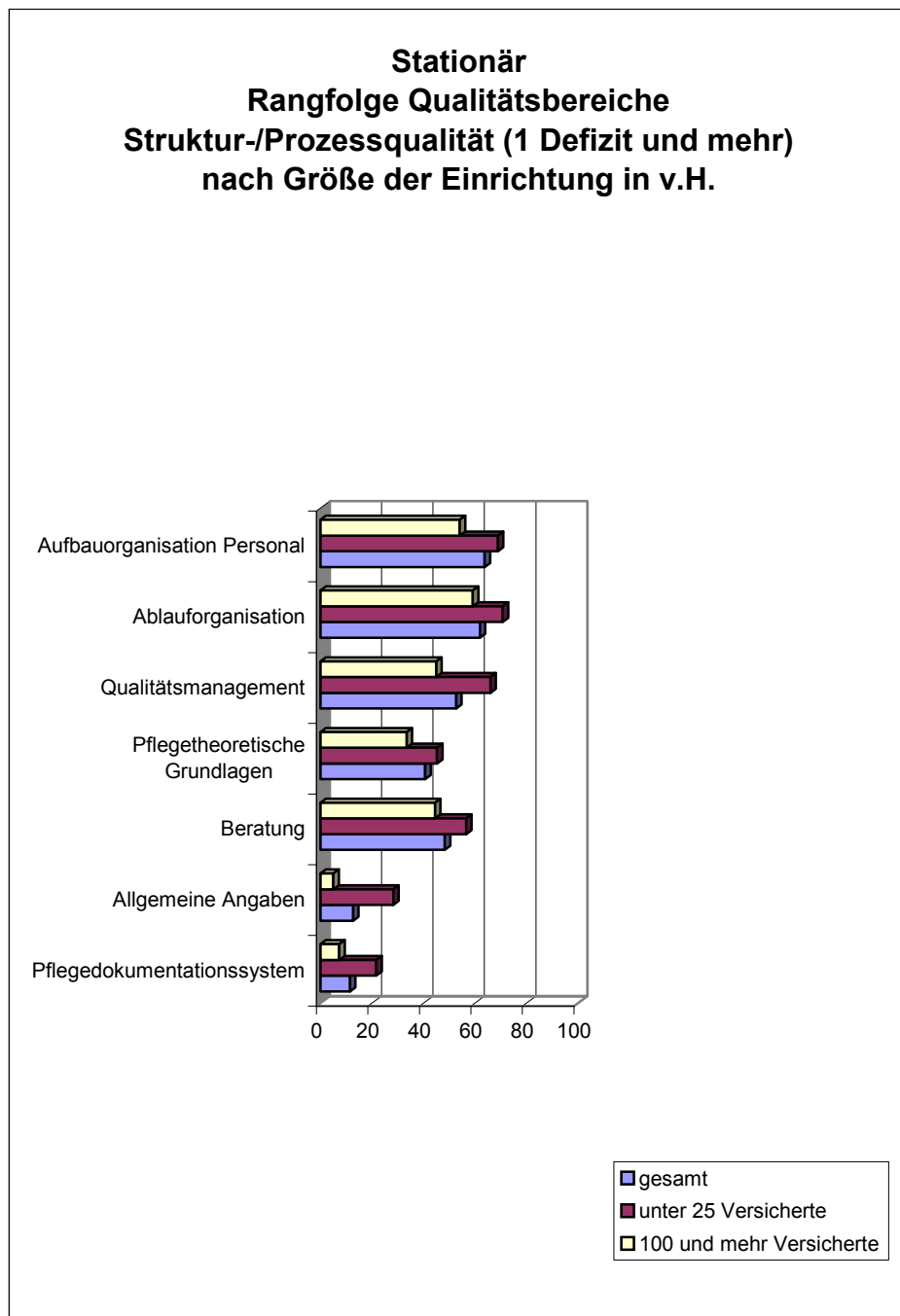


Abbildung 43: Stationär -
Rangfolge Qualitätsbereiche Struktur-/Prozessqualität (≥ 1 Defizit)
nach Größe der Einrichtung in v.H.

Diese Unterschiede bestehen auch bei den Bereichen der Prozess- und Ergebnisqualität. Hier lagen die Unterschiede zwischen zwei und 10 Prozent.

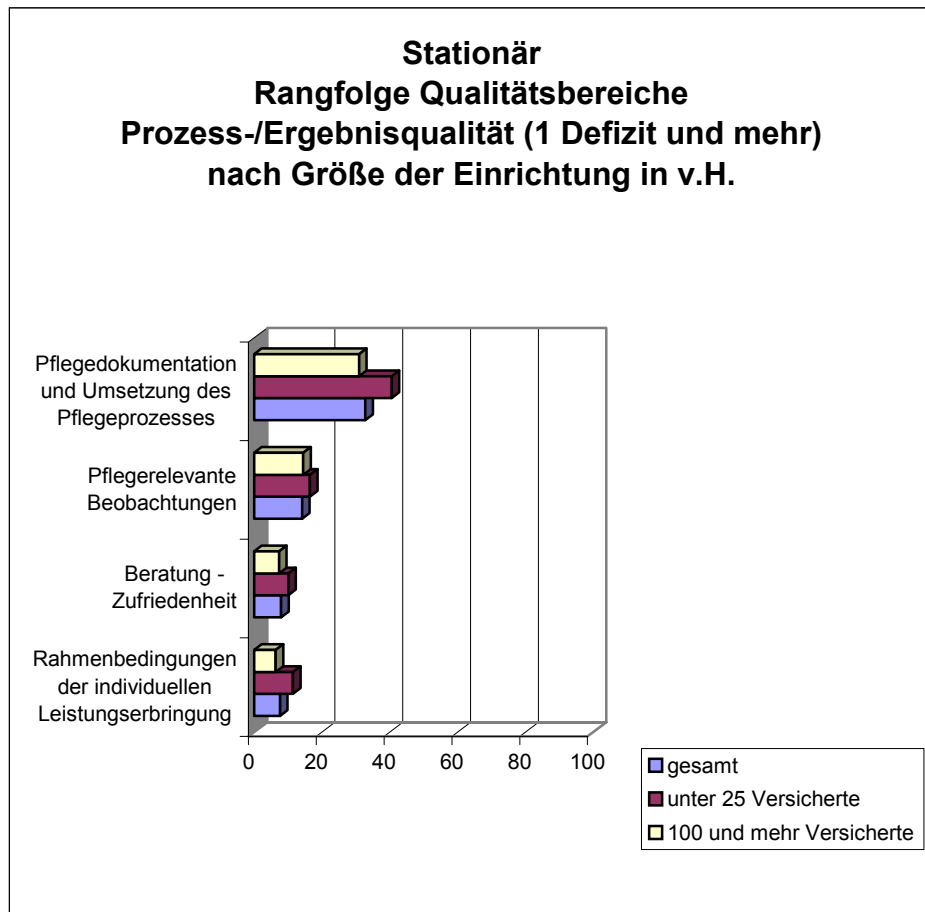


Abbildung 44: Stationär -
Rangfolge Qualitätsbereiche Prozess-/Ergebnisqualität (≥ 1 Defizit)
nach Größe der Einrichtung in v.H.

Für den MDK als Institution mit einem beratungsorientierten Prüfansatz ist der Effekt der Qualitätsprüfungen auf die Entwicklung der Pflegequalität in den Pflegeeinrichtungen von großem Interesse. Um hierzu Aussagen treffen zu können, wurde ein Vergleich der Qualitätsergebnisse anhand der Kennzahlen zwischen anlassbezogenen Einzelprüfungen und Stichprobenprüfungen einerseits und Evaluationsprüfungen andererseits vorgenommen. Bei diesem Vergleich zeigen sich in den Bereichen der Struktur- und Prozessqualität mit einer Ausnahme (Allgemeine Angaben) positive Trends in den stationären Pflegeeinrichtungen. Im Durchschnitt haben die stationären Pflegeeinrichtungen bei Evaluationsprüfungen in den Bereichen der Struktur- und Prozessqualität zu etwa 6 % seltener mindestens ein Defizit. Gleichzeitig zeigt sich, dass die Empfehlungen des MDK zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten bei der Ausstattung in der stationären Pflege nur selten umgesetzt werden.

Stationär
Rangfolge Qualitätsbereiche Struktur-/Prozessqualität (1 Defizit und mehr) nach
Prüfungsart in v.H.

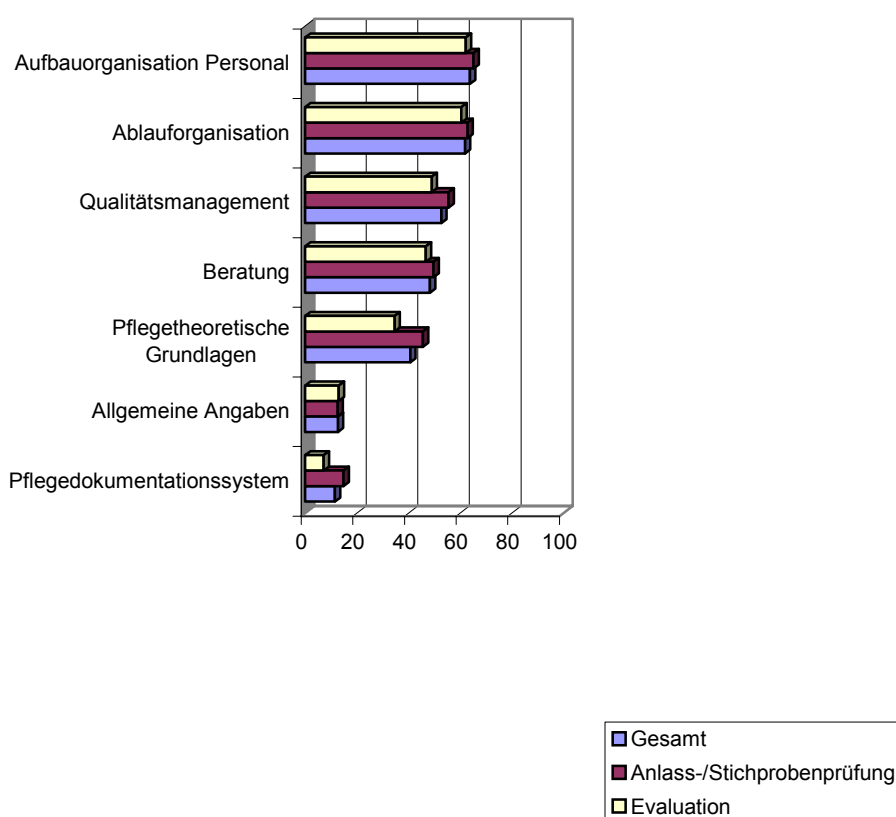


Abbildung 45: Stationär -
Rangfolge Qualitätsbereiche Struktur-/Prozessqualität (≥ 1 Defizit)
nach Prüfart in v.H.

Bei den Bereichen, die der Prozess- und Ergebnisqualität zuzuordnen sind, lässt sich ein deutlicher positiver Trend im Bereich „Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses“ darstellen. Hier liegen die Ergebnisse bei Evaluationsprüfungen um knapp 7 % besser. Damit haben die Qualitätsprüfungen positive Auswirkungen auf die Ergebnisqualität in den stationären Pflegeeinrichtungen. In den anderen Bereichen bestehen keine nennenswerten Unterschiede.

Fazit

Zusammenfassend ist feststellbar, dass Unterschiede zugunsten größerer Pflegeheime bestehen. Bei einem Vergleich der Qualitätsergebnisse zwischen Erst- und Evaluationsprüfungen wird deutlich, dass die Qualitätsprüfungen einen Qualitätsentwicklungsprozess in Gang setzen. Die Pflegeeinrichtungen weisen in Evaluationsprüfungen bessere Qualitätsergebnisse auf.

5.3 Schwerpunktthema Dekubitus in der stationären Pflege

Von Beginn der MDK-Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen hat sich gezeigt, dass bei der Dekubitusprophylaxe und -therapie Qualitätsprobleme in der Pflege bestehen. Daraus resultiert, dass der MDK sich im Rahmen seiner Prüfungen mit dieser Thematik gezielt auseinandersetzt und die Pflegeeinrichtungen dabei problemorientiert berät. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen zum Umgang mit dem Thema Dekubitus in der stationären Pflege werden im Folgenden dargestellt.

Die Einschätzung des Dekubitusrisikos, die Planung, Durchführung und Evaluation der pflegerischen Maßnahmen obliegt ebenso wie die Informationsweitergabe der Pflegeeinrichtung. Bei der Beurteilung der folgenden Ausführungen ist zu berücksichtigen, dass die Steuerung der Dekubitusbehandlung eine ärztliche Aufgabe ist, während die angemessene Durchführung in erster Linie in der Verantwortung der Pflegeeinrichtung liegt.

Auf der Grundlage der den MDK zur Verfügung stehenden Daten können keine Aussagen über die Dekubitusrate in den geprüften Pflegeeinrichtungen getroffen werden. Es ergeben sich aber während der Prüfung durch den MDK bei den per Stichprobe ausgewählten Pflegebedürftigen wichtige Informationen über die Versorgungsqualität bei einem Dekubitusrisiko oder einem vorliegenden Dekubitus.

Die Verhinderung von Druckgeschwüren ist bei Menschen mit einem Dekubitusrisiko (z.B. Bewegungseinschränkungen, neurologische Störungen wie Lähmungen mit einhergehenden Sensibilitätsstörungen, Durchblutungsstörungen) ein zentrales pflegerisches Ziel. Um das Gefährdungspotential zu erkennen, ist die Ermittlung der Fähigkeiten und Probleme des Pflegebedürftigen erforderlich. Darauf aufbauend sind handlungsleitend beschriebene Pflegemaßnahmen unter Berücksichtigung der erforderlichen Prophylaxen festzulegen, durchzuführen, zu evaluieren und ggf. anzupassen.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat den „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“⁴ entwickelt. Dieser Standard basiert auf dem aktuellen Stand des Wissens und dient als Bewertungsmaßstab für Qualitätsprüfungen des MDK. Bei der Umsetzung des Standards ist zu bedenken, dass bei Personen, die sich in einem lebensbedrohlichen Zustand oder in der Terminalphase befinden, eine konsequente Anwendung der erforderlichen Maßnahmen u. U. nicht möglich ist.

Grundvoraussetzung für eine angemessene Pflege sind geeignete strukturelle Bedingungen, die von der Einrichtung gewährleistet werden müssen.

Bei der Inaugenscheinnahme des Versicherten im Rahmen der Prüfung nach § 114 SGB XI wird festgestellt, ob die Pflegenden die erforderlichen Maßnahmen entsprechend dem aktuellen Stand der pflegerischen und medizinischen Kenntnisse erbringen. Der aktuelle Stand des Wissens zur Dekubitusprophylaxe und -therapie wurde in einer Grundsatzstellungnahme der MDK-Gemeinschaft dargestellt.⁵ Diese Stellungnahme dient den Prüfern des MDK als Hintergrundinformation bei der Beratung sowie Prüfung in der Pflege und kann von den Pflegeeinrichtungen als Arbeitshilfe genutzt werden.

Anforderungen an eine angemessene Dekubitusprophylaxe sind u.a.:

- Die regelmäßige Einschätzung des Dekubitusrisikos mit Hilfe einer Dekubitusrisikoskala (z. B. Braden-Skala oder Medley-Skala,)
- Bei einem Dekubitusrisiko Planung und Durchführung prophylaktischer Maßnahmen
- Durchführung erforderlicher Lagerungsmaßnahmen in individuell festgelegten Intervallen
- Einsatz erforderlicher Lagerungshilfen unter dem Aspekt der Selbstständigkeitsförderung
- Durchführung erforderlicher und möglicher Mobilisierung
- Gewährleistung einer adäquaten Flüssigkeits- und Eiweißzufuhr
- fachgerechte Hautpflege.

⁴ Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (Hrsg.) (2004): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie (1999 – 2002). Osnabrück.

⁵ MDS (Hrsg.) (2001): Grundsatzstellungnahme Dekubitus. Essen.

Anforderungen an die angemessene Versorgung eines bestehenden Dekubitus sind u.a.:

- Nachvollziehbare Dokumentation über Entstehung, Verlauf und Behandlung
- zeitnahe Information an und Kommunikation mit dem behandelnden Arzt
- Dekubitusversorgung nach den aktuellen medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen
- Fortführung prophylaktischer Maßnahmen und lokale Druckentlastung des Wundgebietes.

Die Dekubitusprophylaxe und -therapie konnte bei 3.447 Bewohnern in der stationären Pflege geprüft werden.

Bei ca. 57 % aller Versicherten, die bezüglich dieser Fragestellung im vollstationären Bereich in Augenschein genommen wurden, konnte eine angemessene Vorgehensweise bei vorliegendem Dekubitusrisiko oder einem entstandenen Dekubitus festgestellt werden.

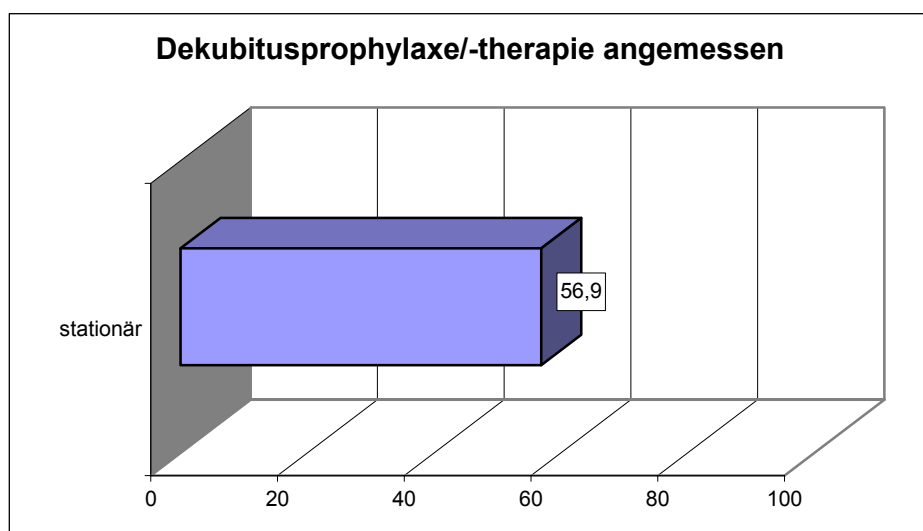


Abbildung 46: Dekubitusprophylaxe/-therapie angemessen

In den folgenden Ausführungen werden Zusammenhänge zwischen Parametern der Struktur- und Prozessqualität und der angemessenen Dekubitusprophylaxe bzw. Dekubitustherapie aufgezeigt. Dabei wurden lediglich die Zahlen von Versicherten fokussiert, bei denen eine Dekubitusprophylaxe und -therapie erforderlich war. Mit dieser Vorgehensweise, soll evaluiert werden, ob konzeptionelle Vorgaben und die Übernahme von Verantwortung Einfluss auf die angemessene Durchführung von Pflegemaßnahmen haben.

Bei Pflegeeinrichtungen, die über ein Pflegekonzept verfügen ist die Versorgungsqualität im Bereich Dekubitusprophylaxe und -therapie besser, als bei Einrichtungen, die kein Konzept vorweisen. Bei Pflegeeinrichtungen, in denen die Umsetzung des Pflegekonzeptes erfolgt, ist dieser Zusammenhang noch deutlicher; der Anteil der Pflegebedürftigen mit einer angemessenen Versorgung liegt hier um etwa 28 % höher.

Die Verantwortung für den Pflegeprozess liegt immer bei einer Pflegefachkraft. Aus der Pflegedokumentation muss hervorgehen, welche Pflegefachkraft zu welchem Zeitpunkt für die Pflegeanamnese/Informationssammlung, Pflegeplanung und Pflegeevaluation verantwortlich ist. Die Anwendung und fachliche Überwachung der Methode des Pflegeprozesses ist insbesondere bei Pflegeproblemen wie einem erhöhten Dekubitusrisiko von immanenter Bedeutung, um die Gefahr einer Entstehung eines Dekubitus zu minimieren. Neben der gewährleisteten fachlichen Überprüfung müssen die Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation und unter ständiger Anleitung und Beaufsichtigung einer Pflegefachkraft eingesetzt sein.

Die hohe Bedeutung der Steuerungsfunktion der verantwortlichen Pflegefachkraft für die Versorgungsqualität lässt sich am Beispiel der Dekubitusprophylaxe und -therapie nachvollziehen. In den Pflegeeinrichtungen, in denen die fachliche Überprüfung der eingesetzten Pflegekräfte gewährleistet ist, liegt die Quote der Personen mit einer angemessenen Versorgungsqualität im Zusammenhang mit der Dekubitusversorgung um ca. 40 % höher. In den Pflegeeinrichtungen, in denen der Einsatz der Pflegekräfte gemäß ihrer Qualifikation gewährleistet wird, liegen die Anteile der Personen mit einem angemessenen Umgang bei der Dekubitusprophylaxe und -therapie um ca. 15 % höher.

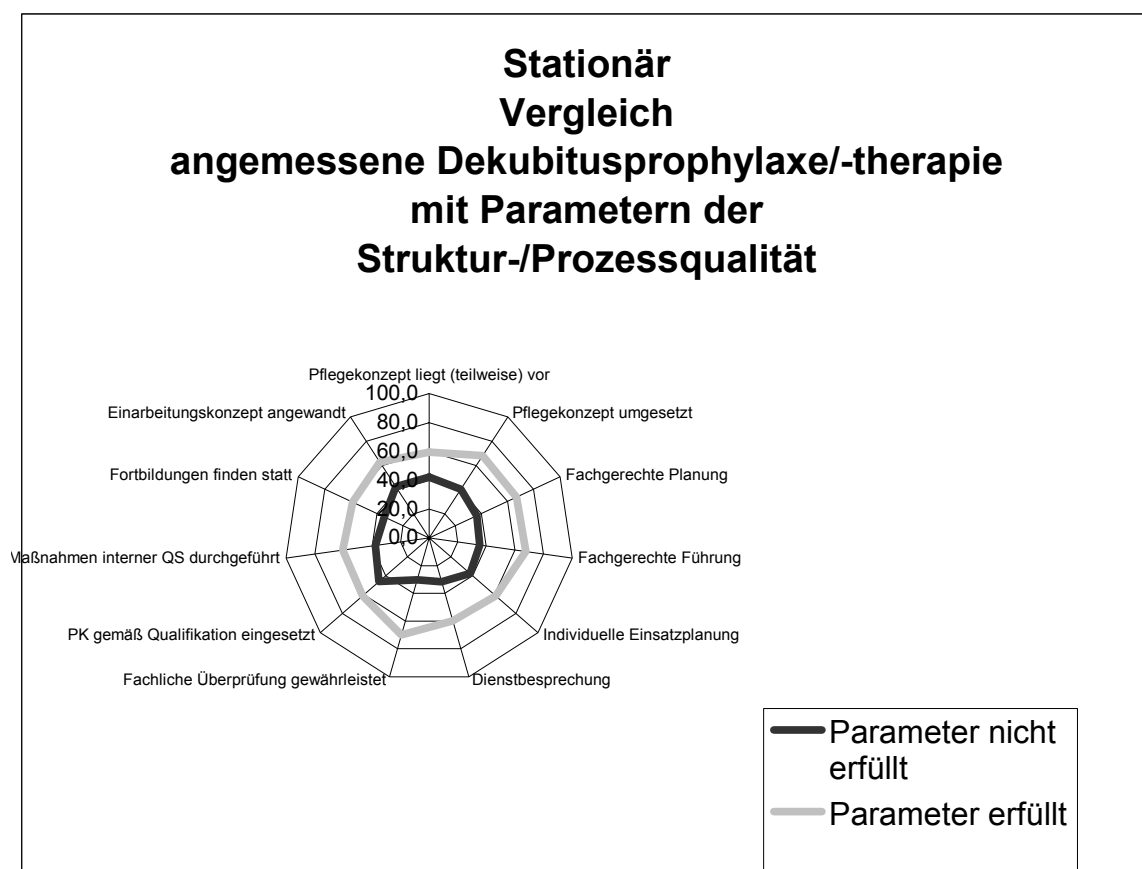
In den „Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI“ werden der verantwortlichen Pflegefachkraft insbesondere vier Kompetenzbereiche zur Sicherstellung der Pflege zugewiesen. Dies sind:

- die fachgerechte Planung der Pflegeprozesse
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation
- die am individuellen Bedarf orientierte Einsatzplanung
- sowie die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen.

Der Einfluss der verantwortlichen Pflegefachkraft auf die Versorgungsqualität zeigt sich in der folgenden Abbildung.

Nach den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI sind die Träger der Einrichtung für die Festlegung und Durchführung von Maßnahmen der internen Qualitätssicherung verantwortlich. Auch hier zeigen sich positive Korrelationen zwischen der Durchführung interner Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Versorgungsqualität hinsichtlich der Dekubitusprophylaxe und -therapie.

Die beschriebenen Zusammenhänge lassen sich ebenso deutlich bei der Anwendung eines Einarbeitungskonzeptes sowie bei der Durchführung pflegebezogener Fortbildungen darstellen.



**Abbildung 47: Stationär -
Vergleich angemessene Dekubitusprophylaxe/-therapie mit Parametern der Struktur-/Prozessqualität**

Fazit

Die Auswertung der Ergebnisse der Prüfungen bezüglich der angemessenen Dekubitusprophylaxe und -therapie zeigt deutlich, dass eine gute Versorgungsqualität gewährleistet werden kann, wenn konzeptionelle Vorgaben und die aktive Übernahme von Verantwortlichkeiten in Verbindung mit der konsequenten Anwendung der Methode des Pflegeprozesses als Steuerungsinstrument wirksam werden. Die Ergebnisse untermauern die These, dass als

Grundvoraussetzung für eine angemessene Pflege geeignete strukturelle Bedingungen gewährleistet werden müssen.

5.4 Schwerpunktthema Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sind wesentliche Faktoren für Gesundheit sowie Wohlbefinden. Da dieses Grundbedürfnis für Betagte und Pflegebedürftige von besonderer Relevanz ist, findet dieser Qualitätsaspekt von Beginn an bei den Prüfungen und Beratungen durch die MDK Berücksichtigung. Ernährungs- und Flüssigkeitsdefizite sind jedoch nicht zwangsläufige Begleiterscheinungen des Alters, sondern können in vielfältigen Ursachen begründet sein. Zu nennen sind unterschiedliche Faktoren wie z. B. Einschränkungen der oberen Extremitäten, Kau- und Schluckstörungen, eingeschränktes Sehvermögen, aber auch Demenz, Depression und Psychosen. Sozioökonomische Faktoren wie Wohnortwechsel, Einsamkeit, Verlust einer nahe stehenden Person oder Armut können ebenso eine Rolle spielen.

Bei der Einbeziehung der Versicherten im Rahmen der Prüfung nach § 114 SGB XI wird festgestellt, ob die Pflegenden die erforderlichen Maßnahmen entsprechend dem aktuellen Stand der pflegerischen und medizinischen Kenntnisse erbringen. Der aktuelle Stand des Wissens zum Thema Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen wurde in einer Grundsatzstellungnahme der MDK-Gemeinschaft dargestellt.⁶ Die Stellungnahme dient den Gutachtern der MDK als Hintergrundinformation bei der Beratung sowie Prüfung und kann von Pflegenden und Anderen als Arbeitshilfe genutzt werden.

⁶ MDS (Hrsg.) (2003): Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Essen

Anforderungen an eine angemessene Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sind:

- Einschränkungen in der Fähigkeit zur selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme werden erhoben.
- Bei der Ermittlung der Energie- und Nährstoffmenge werden Alter, Geschlecht, Körperoberfläche, Krankheit und weitere Lebensumstände berücksichtigt.
- Insbesondere psychische, physische und sozioökonomische Faktoren, die auf die Ernährung Einfluss nehmen sowie frühere Essgewohnheiten werden ermittelt, Beobachtungen werden berücksichtigt.
- Die erforderliche Menge für Flüssigkeitsaufnahme und Ernährung wird, ggf. in Kooperation mit dem Hausarzt, festgelegt.
- Die erforderliche Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme wird, ggf. über einen Trink- und Essplan, unter Berücksichtigung der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt bzw. sichergestellt und dokumentiert.
- Bei Sondenernährung wird, soweit keine Kontraindikationen vorliegen, Nahrung und Flüssigkeit zusätzlich angereicht.
- Sondenkost wird sachgerecht gelagert.
- Erforderliche und geeignete Trink- sowie Esshilfen werden eingesetzt.
- Erforderliche Mundpflege wird durchgeführt.

In die Beantwortung des Qualitätskriteriums, ob die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung angemessen ist, wurden 3.776 Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen und 1.710 Pflegebedürftige ambulanter Dienste einbezogen.

Bei 59 % aller Versicherten, die bezüglich dieser Fragestellung im vollstationären Bereich in die Prüfungen einbezogen wurden, konnte eine angemessene Vorgehensweise festgestellt werden. Im ambulanten Bereich lag eine angemessene Versorgung im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in rund 63 % der in die Prüfungen einbezogenen Versicherten vor.

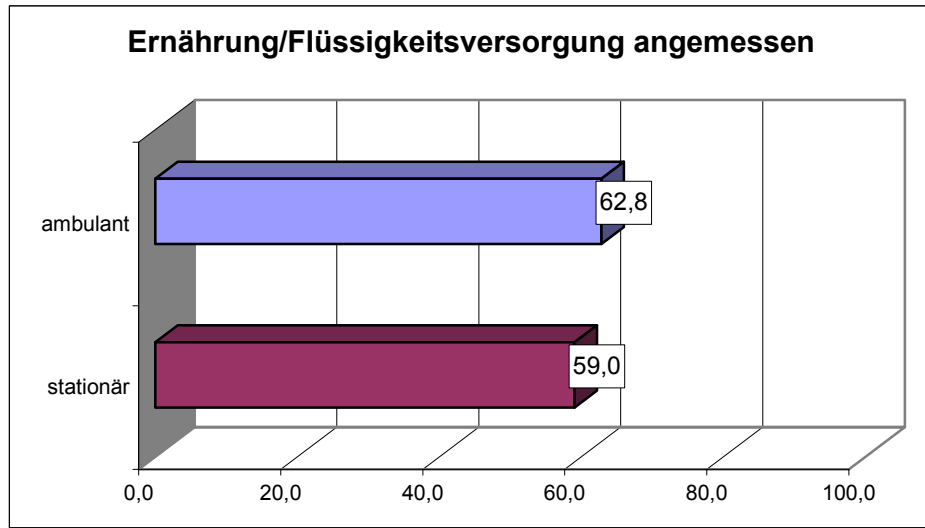


Abbildung 48: Ernährung/Flüssigkeitsversorgung angemessen

Im Folgenden werden die Zusammenhänge zwischen Parametern der Struktur-, der Prozessqualität und der Ergebnisqualität untersucht. Dabei soll die Frage beantwortet werden, ob konzeptionelle Vorgaben und die Übernahme von Verantwortung seitens der Leitung Einfluss auf die angemessene Ernährung und Flüssigkeitsversorgung haben.

Bei stationären Pflegeeinrichtungen, die über ein Pflegekonzept verfügen, ist die Versorgungsqualität im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung um rund 14 % besser, als bei der Vergleichsgruppe, die kein Konzept vorweisen. Bei Pflegeeinrichtungen, in denen die Umsetzung des Pflegekonzeptes erfolgt, ist dieser Zusammenhang ähnlich deutlich; der Anteil der Pflegebedürftigen mit einer angemessenen Versorgung liegt hier um etwa 17 % höher. Im ambulanten Bereich sind die Unterschiede ähnlich hoch.

Die Verantwortung für den Pflegeprozess liegt immer bei einer Pflegefachkraft. Die Anwendung und fachliche Überwachung des Pflegeprozesses ist insbesondere bei Pflegeproblemen wie bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung von Bedeutung, um die Risiken der Mangelversorgung zu minimieren. Weitere Qualitätskriterien sind, die Personaleinsatzplanung entsprechend der Mitarbeiterqualifikation zu organisieren und eine interne fachliche Überprüfung durchzuführen.

Die hohe Bedeutung der Steuerungsfunktion der verantwortlichen Pflegefachkraft für die Versorgungsqualität lässt sich am Beispiel der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung nachvollziehen. Bei der Vergleichsgruppe, die die fachliche Überprüfung der Pflege gewährleistet, liegt die Quote der Personen mit einer angemessenen Versorgungsqualität um 25 % (stationär) bzw. rund 31 % (ambulant) höher als in der Gruppe, in der keine interne fachliche Über-

prüfung durch die verantwortliche Pflegefachkraft oder durch eine andere beauftragte Person stattfindet. Ähnlich sind die Ergebnisse der Einrichtungen, in der die Pflegefachkräfte entsprechend / nicht entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden.

In den „Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben für Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI“ werden der verantwortlichen Pflegefachkraft konkrete Kompetenzbereiche zur Sicherstellung der Pflege zugewiesen.

Der Einfluss bei den wahrzunehmenden Aufgaben durch die verantwortliche Pflegefachkraft zeigt sich bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung ähnlich wie beim Zusammenhang mit der Dekubitusversorgung. Die folgenden Abbildungen machen die Unterschiede deutlich.

Nach den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI sind die Träger der Einrichtung für die Festlegung und Durchführung von Maßnahmen der internen Qualitätssicherung verantwortlich. Mögliche interne Qualitätssicherungsmaßnahmen sind die Implementierung von Qualitätszirkeln, Einsetzen von Qualitätsbeauftragten, die Anwendung von Standards/Richtlinien/Leitlinien, Fallbesprechungen etc. Auch hier zeigen sich positive Korrelationen zwischen der Durchführung interner Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung. In der stationären Pflege sind bei erfolgten internen Qualitätssicherungsmaßnahmen rund 11 % bessere Ergebnisse zu verzeichnen als bei Einrichtungen, in denen keine angemessenen internen Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt werden. In der ambulanten Pflege ist der Unterschied mit 28 % noch deutlicher.

Die beschriebenen Zusammenhänge lassen sich ebenso deutlich bei der Anwendung eines Einarbeitungskonzeptes sowie bei der Durchführung pflegebezogener Fortbildungen darstellen.

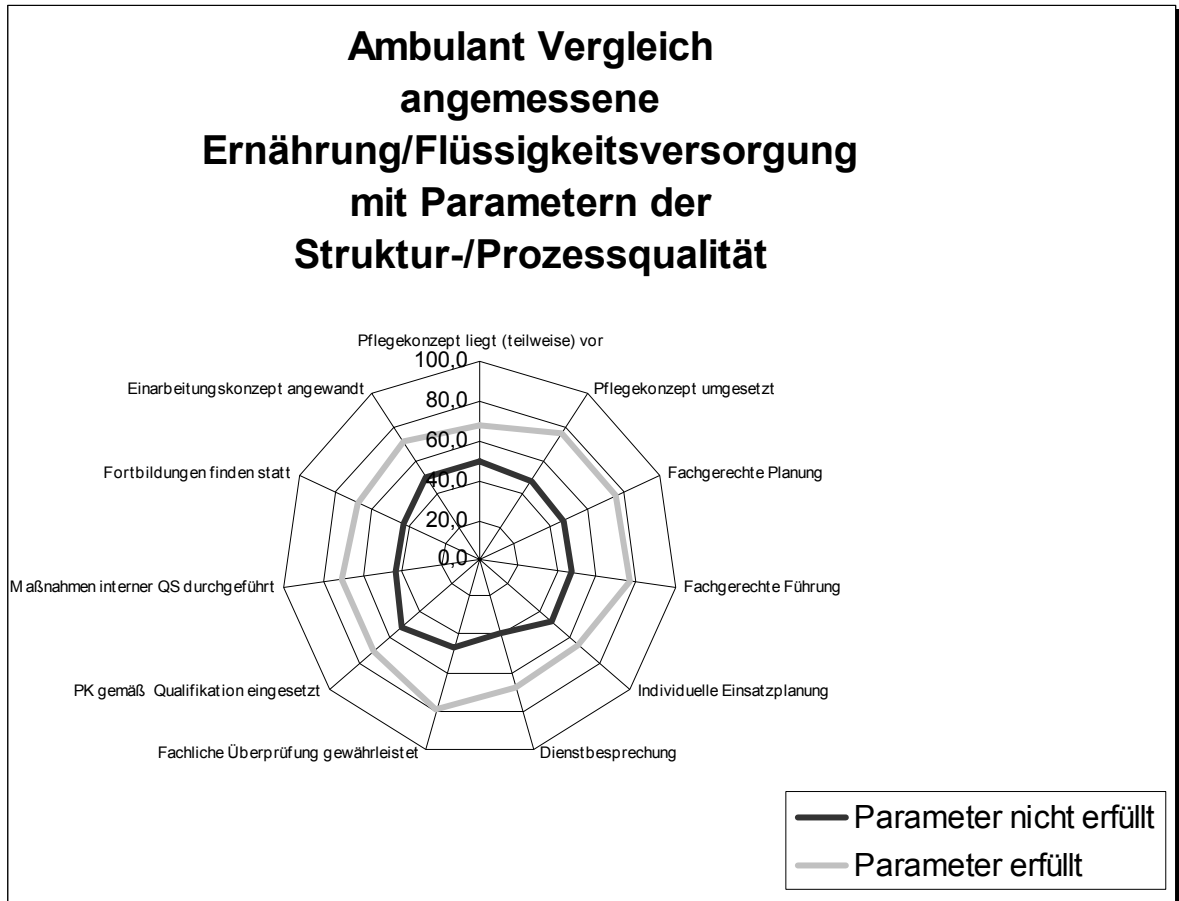
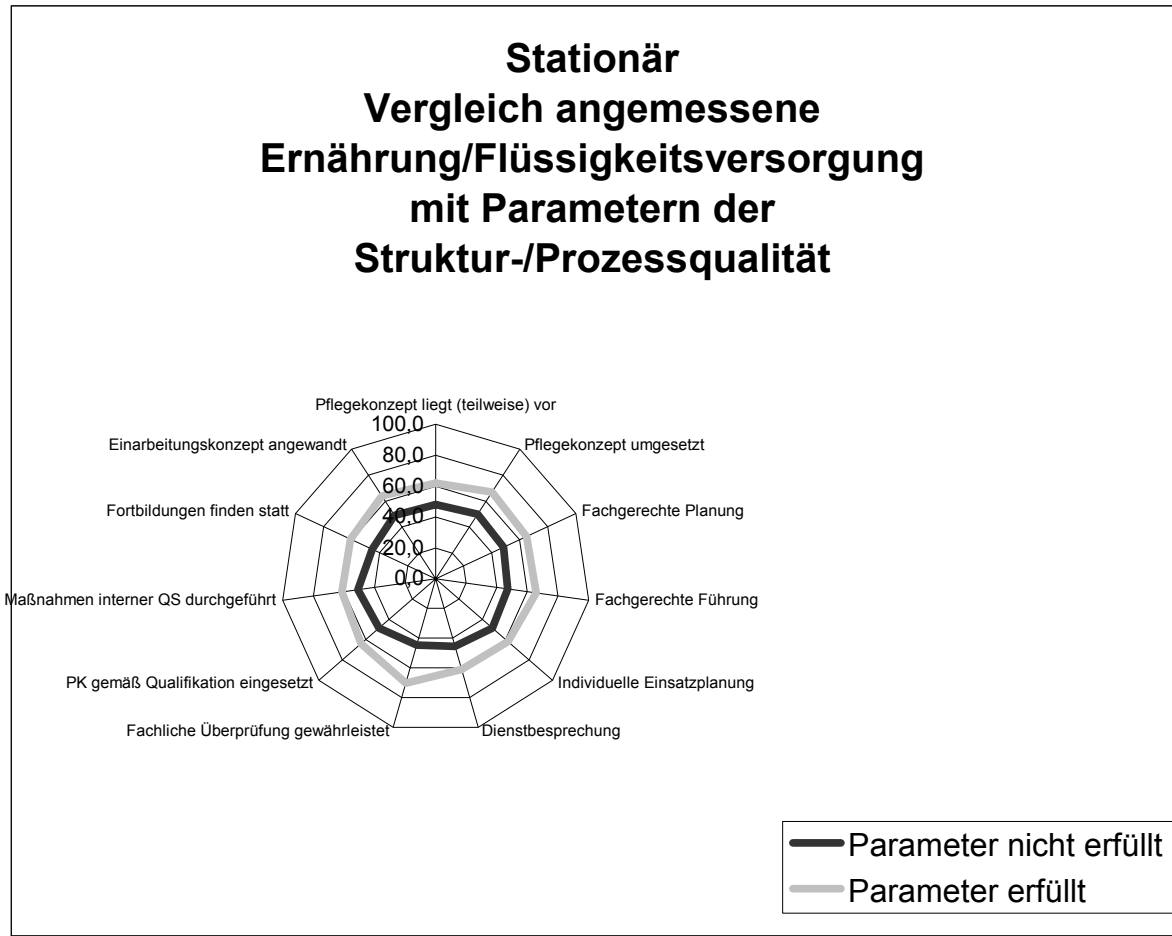


Abbildung 49: Ambulant - Vergleich angemessene Ernährung/Flüssigkeitsversorgung mit Parametern der Struktur-/Prozessqualität



**Abbildung 50: Stationär -
Vergleich angemessene Ernährung/Flüssigkeitsversorgung mit Parametern der Struktur-/Prozessqualität**

Fazit

Die Auswertung der Prüfergebnisse in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten bezüglich der angemessenen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung zeigt, dass Korrelationen zwischen implementierten sowie funktionierenden Strukturen und Prozessen sowie einer angemessenen Ergebnisqualität bestehen.

Ausblick

Qualitätsentwicklung, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind dynamische Prozesse. Ziel ist es dabei, von einer Ist-Situation ausgehend perspektivisch Qualitätsverbesserungen zu erreichen. Bei der Betrachtung und Bewertung der Qualitätsergebnisse in diesem Bericht muss berücksichtigt werden, dass als Vergleichsmaßstab keine fehlerfreie und abschließend optimierte Organisation zu erwarten ist, sondern dass immer Qualitätsentwicklungen möglich sind. Somit wird auch bei Qualitätsprüfungen in sehr guten Pflegeeinrichtungen bei einzelnen Parametern Optimierungsbedarf feststellbar sein. Dies liegt in der Natur des Qualitätsmanagements. Allerdings werden diese Optimierungsbedarfe in sehr guten Einrichtungen eher präventiven Charakter im Sinne von Verbesserung aufweisen, während die Optimierungsbedarfe in schlechteren Pflegeeinrichtungen eher zur zukünftigen Vermeidung bereits eingetretener Fehler beitragen werden.

Auf der Grundlage der vorliegenden Daten konnte gezeigt werden, dass in der ambulanten und stationären Pflege trotz einer mehrheitlich angemessenen Pflege Optimierungsbedarf besteht. Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass die Qualitätsergebnisse in der ambulanten Pflege schlechtere Werte aufweisen als in der stationären Pflege. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass der Versorgungsauftrag in der stationären Pflege ein umfassenderer als in der ambulanten Pflege ist und dass darüber hinaus das Abhängigkeitsverhältnis der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen ausgeprägter ist. Demnach wirken sich in der stationären Pflege Qualitätsdefizite eher auf die Versorgungs- und Lebensqualität der Bewohner aus.

Qualitätsprobleme lassen sich nicht nur in der Struktur- und Prozessqualität finden, sondern sie sind auch in der Ergebnisqualität weit verbreitet. Aus den Analysen der mit diesem Bericht erstmals vorliegenden Daten lassen sich insbesondere folgende Schlüsse ziehen:

1. Es konnte gezeigt werden, dass deutliche Zusammenhänge zwischen Parameter der Ergebnisqualität (z.B. angemessene Dekubitusversorgung, angemessene Ernährung und Flüssigkeitsversorgung) auf der einen Seite und Struktur- und Prozessparametern (z.B. Umsetzung eines Pflegekonzeptes, fachliche Überprüfung der Mitarbeiter) auf der anderen Seite bestehen. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen sind durch Prozessverbesserungen und entsprechende flankierende Maßnahmen Qualitätsverbesserungen zu erreichen. Diese gilt es verstärkt zu nutzen.

2. Die Einrichtungsgröße hat Auswirkungen auf die Qualitätsergebnisse. Größere Einrichtungen weisen durchweg bessere Ergebnisse als kleinere Einrichtungen auf. Dies gilt für den ambulanten und stationären Bereich gleichermaßen. Damit zeigt sich, dass kleinere Einrichtungen zu einem stärkeren Engagement in der Qualitätssicherung motiviert und in ihrem Bemühen unterstützt werden sollten. Darüber hinaus sollte untersucht werden, ob die Einrichtungsgröße Einfluss auf optimale Abläufe hat.
3. Qualifikation, Verantwortungswahrnehmung und Durchsetzungskraft der verantwortlichen Pflegefachkraft haben entscheidenden Einfluss auf die Ergebnisqualität. Dies konnte insbesondere bei der Analyse der Daten zu den Schwerpunktthemen nachgewiesen werden. Daraus folgt, dass es sinnvoll ist, die Qualitätsanforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft auf angemessen hohem Niveau zu regeln. Es reicht nicht aus, als Anforderung lediglich auf die Grundqualifikation sowie die Berufserfahrung abzustellen.

Durch die mit der im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung zu erwartenden Nachfragesteigerung im Pflegesektor ist die Verbesserung der Qualifizierung der Mitarbeiter in der Pflege von entscheidender Bedeutung. Die neuen Ausbildungsgesetze in der Alten- und Krankenpflege weisen in die richtige Richtung. Es wird jedoch auch darauf ankommen, Personen mit höheren wie geringeren Qualifikationen in der Pflege kontinuierlich fachlich zu bilden. Hierzu bedarf es neuer Lernmethoden, die vor Ort praxisorientiert eingesetzt werden müssen.

Wünschenswert wäre es, dass ein systematischerer Austausch zwischen Einrichtungen eines Trägers über die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen und ggf. erforderliche Verbesserungsansätze stattfindet. Hiermit könnten Synergieeffekte erzielt werden, so dass durch die Qualitätsprüfungen des MDK in einer Pflegeeinrichtung Qualitätsverbesserungen auch in anderen Einrichtungen des gleichen Trägers angestoßen werden könnten.

Schließlich ist auf Grund der Zunahme der gerontopsychiatrischen Erkrankungen mit einer sich wandelnden Klientel in der ambulanten und stationären Pflege zu rechnen. Auf diese Entwicklungen haben sich Pflegeeinrichtungen und die Prüfinstitution MDK einzustellen. Der MDK wird entsprechende Prüf- und Beratungsinhalte bei der Weiterentwicklung der MDK-Anleitungen zur Prüfung der Qualität aufnehmen.

Ziel des MDK ist es auch weiterhin, mit gut qualifizierten Prüfern durch die Prüfung und die damit zusammenhängende Beratung effektiv zu einer Aufrechterhaltung und Weiterentwick-

lung der Pflegequalität in den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen beizutragen. Dass dies gelingen kann, zeigt dieser Bericht.

Kurzberichte der MDK

MDK Baden-Württemberg

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Mit den verschiedensten Trägerverbänden findet ein konstruktiver und kontinuierlicher Dialog statt. Der Gedanke der Qualitätsweiterentwicklung unter sich verändernden sozialpolitischen Rahmenbedingungen steht dabei im Mittelpunkt.

Besonderheiten

Für die ambulanten Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg liegt ein Auftrag der Landesverbände zur flächendeckenden Überprüfung aller Einrichtungen vor. Prüfungen stationärer Einrichtungen werden jeweils als Einzelauftrag erteilt.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität

Es ist für beide Bereiche deutlich feststellbar, dass bei den Einrichtungen durchweg (bis auf wenige unkooperative Pflegeeinrichtungen) eine positive Grundeinstellung der Einrichtungen zu Qualitätsfragen besteht. Eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität ist bei der weit überwiegenden Zahl der Pflegeeinrichtungen festzustellen.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Der Einfluss ist sehr hoch. Insbesondere in ambulanten Einrichtungen ist dies aufgrund des flächendeckenden Auftrages nachhaltig spürbar. Viele der ausgesprochenen Empfehlungen werden von den Einrichtungen umgesetzt – in enger Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der Pflegekassen.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

Je nach Größe der Einrichtungen sind unterschiedlich intensive einrichtungsinterne Qualitätsbemühungen festzustellen. Zertifizierungen sind nur bei einem sehr kleinen Teil der Betriebe vorhanden. Stattdessen nehmen fast alle Betriebe die Empfehlungen und Feststellungen der MDK-Gutachten zum Anlass, die eigene Qualitätspolitik zu überprüfen und ggf. zu revidieren, um den gesetzlichen Anforderungen zu genügen. Vermehrt ist auch festzustellen, dass Fragen der Wirtschaftlichkeit in engem Zusammenhang mit den Qualitätsbestrebungen stehen. Ein fremd übergestülptes Qualitätsmanagement führt in der Regel zu keinen guten Ergebnissen. Demgegenüber sind selbst entwickelte Systeme wesentlich effektiver und können von den MitarbeiterInnen besser getragen und umgesetzt werden – beispielhaft ist hierfür das Einarbeitungskonzept zu nennen. Hier spiegeln sich die Betriebsabläufe gut wieder. Entsprechend dem jeweiligen Zuschnitt der Einrichtung können hierbei die individuellen Erfordernisse des Betriebes dargestellt werden und sind überprüfbar. Kurz gesagt: je besser

und transparenter die Einarbeitung der neuen Mitarbeiter, desto höher das Qualitätsniveau. Hier sind deutliche Verbesserungen im Laufe der letzten Jahre feststellbar.

Beratung durch den MDK

In der Regel wird während jeder Prüfung eine Impulsberatung gegeben. Auch wenn dies von einer nicht geringen Zahl von Einrichtungen gewünscht wird, findet bislang eine darüber hinausgehende eingehende Beratung von einzelnen Unternehmen nicht statt – allerdings werden wir von Trägerverbänden immer wieder angefragt, ob es möglich wäre, zu einzelnen Themenkreisen wie zum Beispiel Pflegeprozess/Pflegeplanung zu referieren. Auch von Seiten der Heimaufsicht kam es zu entsprechenden Anfragen. Diesen Anfragen kommen wir gerne und regelmäßig nach.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen im MDK

Den MDK-Prüfungen wird künftig eine noch größere Bedeutung zukommen als jetzt schon. Für viele Einrichtungen sind die Prüfungen durch den MDK Baden-Württemberg **der** Gradmesser für das Qualitätsniveau des Betriebes. Zwar kann Qualität nicht von außen in die Einrichtungen hineingeprüft werden – externe Prüfungen werden jedoch auch künftig notwendig sein, um unabhängig von Anbieterinteressen dauerhaft Qualität zu sichern. Der MDK ist hier gut positioniert, da er über das notwendige Wissen und die Erfahrung verfügt, um den Einrichtungen sachgerechte Hinweise zur Qualitätsentwicklung zu geben.

MDK in Bayern

In Bayern werden seit 1997 Qualitätsprüfungen durchgeführt. Die Gesamtzahl der Prüfungen bis einschließlich 2003 betrug bayernweit 3488 in stationären und 2131 in ambulanten Pflegeeinrichtungen. Der anfängliche Schwerpunkt lag in Bayern im stationären Bereich mit einer flächendeckenden Prüfung aller vollstationären Pflegeeinrichtungen, welche 2001 abgeschlossen wurde. Seither liegt der Schwerpunkt im Bereich der Stichprobenprüfungen im ambulanten Bereich, wobei Evaluations- und auch Anlassprüfungen in beiden Bereichen inzwischen einen erheblichen Umfang einnehmen.

Die Zusammenarbeit mit den Trägerverbänden ist auf Landesebene positiv, u.a. werden Mitarbeiter des MDK zu Fachveranstaltungen als Referenten eingeladen. Für die Trägerverbände besteht nach Zustimmung durch den Träger der Pflegeeinrichtung die Möglichkeit, an den Prüfungen durch den MDK teilzunehmen.

Die Prüfungen im stationären Bereich werden in enger (Termin)abstimmung mit den seit Anfang 2001 zuständigen Heimaufsichten auf Landkreisebene durchgeführt. Für alle 96 Landkreise in Bayern ist ein regional zuständiger Auditor benannt, welcher auch an den Arbeitsgemeinschaften gemäß § 20 HeimG teilnimmt. Im Rahmen regelmäßiger Treffen (2x/Jahr) werden im Staatsministerium für Arbeit und Soziales unter Teilnahme aller Heimaufsichten Maßnahmen zur Optimierung der Zusammenarbeit beschlossen.

Darüber hinaus wurde als übergeordnete Prüfinstanz ein sogenanntes Sondereinsatzteam Pflege (SET Pflege) geschaffen, für den Fall einer unterschiedlichen Bewertung einzelner Pflegeeinrichtungen durch Heimaufsicht und MDK. Der Einsatz dieses SET Pflege war, nicht zuletzt aufgrund der oben beschriebenen Kooperationsstrukturen bislang nicht erforderlich. Die Zusammenarbeit mit den Trägerverbänden im Land erfolgt im Rahmen von Referaten und Diskussionen bei diversen regionalen und überregionalen Treffen der Trägerverbände.

Seit Beginn der Qualitätsprüfungen sind positive Entwicklungen in vielen Bereichen festzustellen. Die im Rahmen der Qualitätsprüfungen zutage geförderten Erkenntnisse führten innerhalb der Einrichtungen und auch auf Landesebene zu Maßnahmen der Qualitätsverbesserung. So werden in Bayern bei Pflegesatzverhandlungen einheitliche, pflegestufenabhängige Personalschlüssel, jeweils für allgemeine und beschützende Pflegestationen, vereinbart. Deutliche Verbesserungen sind im Bereich des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements festzustellen, so dass inzwischen die Mehrzahl der Pflegeeinrichtungen umfangreiche

Maßnahmen der internen Qualitätssicherung durchführen. Auch im Bereich der pflegetheoretischen Grundlagen (Leitbild und Konzeptentwicklung) ist Erhebliches geleistet worden, wobei noch eine Diskrepanz bei der Umsetzung dieser Konzepte festzustellen ist. Hier sind noch verstärkt Anstrengungen im Bereich Weiterbildung und Qualifikation der Leitungskräfte in den Pflegeeinrichtungen notwendig.

Neben der Erfüllung der Struktur- und Prozesskriterien wird in Bayern ein besonderes Augenmerk auf die Ergebnisqualität beim Pflegebedürftigen gelegt. Deshalb liegt der Prozentsatz der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen deutlich über den von der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität geforderten Stichprobe von 5 %. Es wurde dabei eine defizitäre Versorgungssituation bei 16 % der Bewohner in stationären und 4 % der Klienten von ambulanten Pflegeeinrichtungen vorgefunden. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse im stationären Bereich zu 18 % im Rahmen von anlassbezogenen und zu 77 % im Rahmen von Evaluationsprüfungen festgestellt wurden. Beim sachgerechten Umgang mit besonderen pflegfachlichen Anforderungen wie Dekubitusprophylaxe, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr und gerontopsychiatrischer Pflege waren bei über 30 % der Pflegebedürftigen Mängel festzustellen, beim Thema Inkontinenz bei 15 %. Im ambulanten Bereich fielen diese Ergebnisse nur geringfügig besser aus. Diese Ergebnisse haben den Pflegeeinrichtungen und deren Trägern Handlungsbedarf aufgezeigt und führten zu umfassenden Aktivitäten der Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität.

Für die Zukunft sieht der MDK in Bayern seinen Prüf- und Beratungsschwerpunkt in der Beurteilung und Beratung im Bereich pflegerischer Ergebnisqualität. Im Rahmen der Prüfungen zeigt sich zunehmend, dass aus konkreten Pflegesituationen abgeleitete Empfehlungen von den Mitarbeitern und den Einrichtungen insgesamt besser umgesetzt werden (können).

Nachdem die "formale Qualität" in vielen Einrichtungen einen hohen Stand erreicht hat, bei nicht immer damit korrelierender "inhaltlicher Qualität" wird das Ziel der nächsten Jahre die Verbesserung der "Outcome-Qualität" sein, parallel mit der Umsetzung der noch zu erwartenden Expertenstandards des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Im Rahmen der AG § 20 HeimG wurden im ersten Halbjahr 2003 erstmals die Trägerverbände zu einer Sitzung eingeladen und über Arbeitsweise und Zielsetzung der AG informiert. Darüber hinaus wurden Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen des Jahres 2002 vorgestellt und als Schwerpunktthema „Hygiene in stationären Pflegeeinrichtungen“ diskutiert. Zu diesem Thema waren zusätzlich Vertreter der Gesundheitsbehörden eingeladen worden. Ausgangspunkt waren deutliche Hygiene-Defizite als Ergebnis aus Qualitätsprüfungen des MDK Berlin-Brandenburg im Jahr 2002.

Besonderheiten

Die Landesverbände der Pflegekassen zeigten ein steigendes Interesse an der Einbeziehung der „Häuslichen Krankenpflege“ in ambulanten Qualitätsprüfungen.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität

Seit 1997 bewegen sich die festgestellten Qualitätsdefizite/ -mängel bei den durchgeführten Qualitätserstprüfungen auf nahezu konstant hohem Niveau. Dabei hatten die ermittelten Prüfergebnisse einer Einrichtung eines Trägers in den seltensten Fällen synergetische Effekte auf die Qualität einer anderen Einrichtung desselben Trägers, die zu einem späteren Zeitpunkt durch den MDK überprüft wurde.

In 60 Prozent der 34 im Jahr 2002 in Berlin geprüften Pflegeeinrichtungen und in 80 Prozent der 42 in Brandenburg geprüften Pflegeeinrichtungen wurden Mängel in der Hygiene festgestellt. Sie traten in unterschiedlicher Intensität und Anzahl auf und umfassten:

- allgemeiner, nicht bewohnerbezogener Gebrauch von Körperpflegeutensilien
- verschmutzte Pflege- und Pflegehilfsmittel
- mangelhafte Hausreinigung und Desinfektion von Flächen, z.B. in Bädern
- fehlende Trennung von Sauber- und Schmutzbereichen
- fehlende/ unsachgemäße Anwendung der Händedesinfektion
- unsachgemäße Verwendung von Desinfektionsmitteln
- unsachgemäßer Umgang mit Wäsche – keine Trennung zwischen „Sauber“ – und „Schmutzbereichen“
- keine bzw. nicht ausreichende Kennzeichnung privater Wäsche
- unsachgemäßer Umgang mit Medikamenten/ Lebensmitteln (Applikation, Lagerung)

- unsachgemäßer Umgang in Bezug auf Hygiene im Zusammenhang mit Inkontinenz, Dekubitus-therapie, enteraler Ernährung über Sonden, Wundversorgung/Verbandwechsel.

Ursachen für die festgestellten Hygienedefizite waren:

- fehlendes Problembewusstsein
- fehlendes/ nicht aktualisiertes Fachwissen
- fehlende/ unangemessene Hygienepläne/ -standards
- fehlende/ veraltete Desinfektionspläne
- fehlende Überwachung und Dokumentation der Einhaltung von vorhandenen Hygiene-/ Desinfektionsplänen
- fehlendes Material.

Im Jahr 2002 wurde durch den MDK Berlin-Brandenburg erstmalig ein statistischer Vergleich zwischen durchgeführten Erstprüfungen der Jahre 2000 und 2001 und den sich anschließenden Evaluationsprüfungen im Jahr 2002 gezogen. Das Ergebnis zeigte, dass bei der überwiegenden Anzahl der geprüften Einrichtungen erhebliche Qualitätsverbesserungen/ -entwicklungen stattgefunden hatten (siehe Abbildungen 1 und 2).

Am schwierigsten waren offensichtlich die empfohlenen Maßnahmen umzusetzen, die ein hohes Maß an Veränderung / Methodenwissen fordern (z.B. interne Qualitätssicherung, Pflegeprozess).

Entwicklungsstand der Pflegequalität bei Wiederholungsprüfungen in 57 ambulanten Pflegeeinrichtungen im Land Brandenburg Jahr 2002 ausgehend von Erstprüfungen aus 2000 und 2001

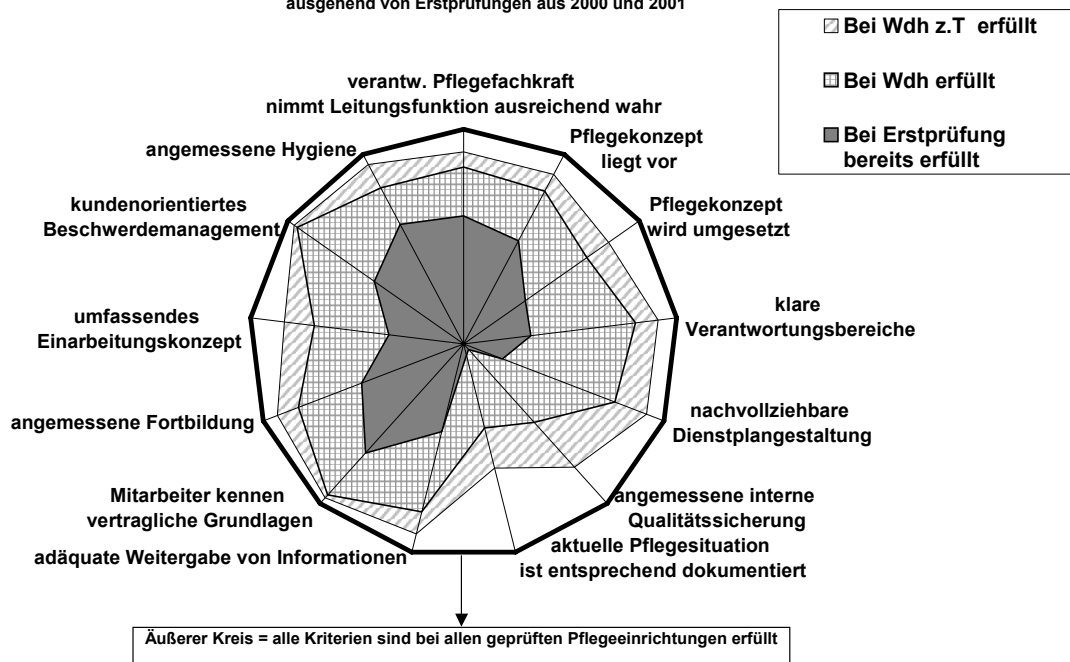


Abb. 1

Entwicklungsstand der Pflegequalität bei Wiederholungsprüfungen in 60 stationären Pflegeeinrichtungen im Land Berlin Jahr 2002 ausgehend von Erstprüfungen aus 2000 und 2001

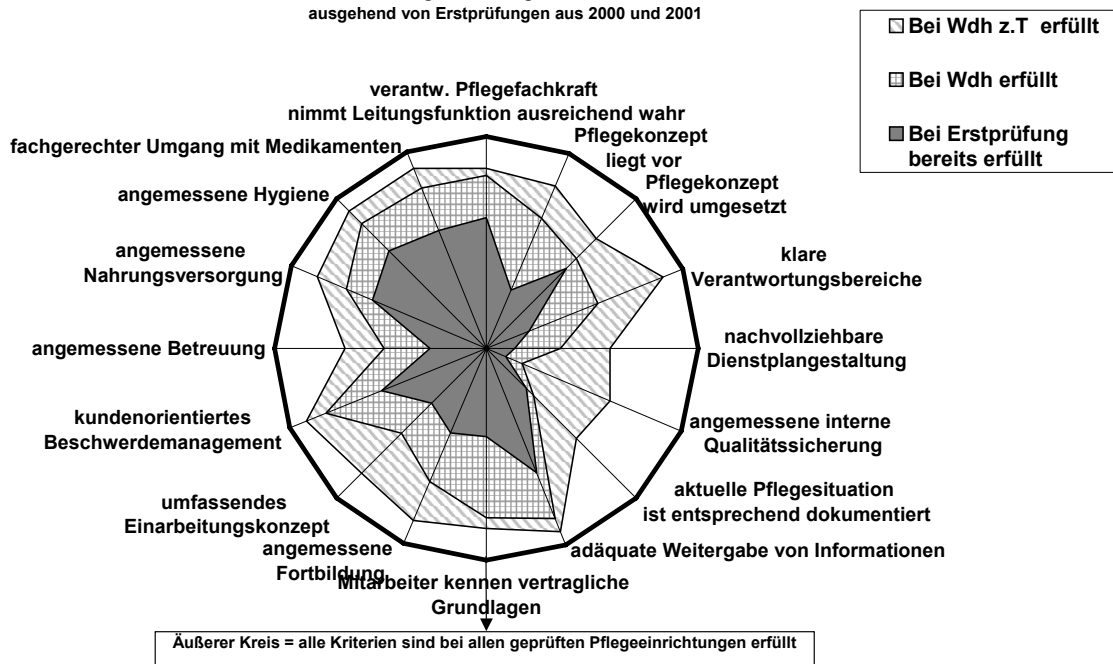


Abb. 2

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Folgende Einflüsse der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität in Berlin-Brandenburg sind festzustellen:

- immer mehr Pflegeeinrichtungen betrachten eine Qualitätsprüfung als Chance
- Qualitätsprüfungen durch den MDK werden von den Pflegeeinrichtungen stärker zur eigenen Standortbestimmung genutzt und sind notwendiger Bestandteil zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität
- zunehmend sind konstruktive lösungsorientierte Diskussionen möglich
- MDK-Prüfungen werden weniger als Bedrohung sondern zunehmend als Beratung angenommen – dadurch entsteht eine offener Gesprächssituation.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

Darüber hinaus erkennen wir bei einzelnen Qualitätsprüfungen des Jahres 2004, dass Bemühungen interner Qualitätsentwicklung zu einem deutlich besserem Qualitätsniveau bereits bei der Erstprüfung geführt haben.

Beratung durch den MDK

Im Zusammenhang mit dem gewachsenen Beratungsbedarf zu Auswirkungen durch das Pflegequalitätssicherungsgesetz weitete sich die Öffentlichkeitsarbeit deutlich aus. Es wurden folgende Schritte initiiert:

- Zielgruppenorientierte Aufbereitung der gesetzlichen Grundlagen, des Prüfprozesses und der gewonnenen Daten aus Qualitätsprüfungen
- Bereitstellung von Ressourcen für Referententätigkeit z.B. bei Fachtagungen, Seminaren und in Weiterbildungseinrichtungen und Fachhochschulen
- Schaffung eines regelmäßig aktualisierten Informationsstandards unter Berücksichtigung von Praxiserfahrungen der Prüfteams.

Häufigkeit, Inhalt, Dauer und Feedback der öffentlich wirksamen Ereignisse des Teams externe Qualitätssicherung werden dokumentiert und innerbetrieblich kommuniziert. Im Vergleich zum Jahr 2002 hat die Nachfrage nach Referententätigkeit des Bereichs externe Qualitätssicherung im Jahr 2003 deutlich zugenommen (15 Veranstaltungen). Sowohl Teilnehmer, als auch Veranstalter signalisierten ein positives Feedback zur Informationsgüte und Fachkompetenz des MDK.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen im MDK

Es ist zu erwarten, dass das Prüfkontingent 2004 mindestens dem von 2003 (20 %) entsprechen wird. Durch die anhaltend hohe Anzahl der Anlassprüfungen im Land Berlin wurde eine höhere Prüfquote diskutiert. Das endgültige Prüfvolumen 2004 ist in beiden Ländern von den Landesverbänden der Pflegekassen noch nicht festgelegt worden.

Die Heimaufsichten von Berlin und Brandenburg führen in den Schnittstellenbereichen aufgrund unterschiedlicher Prüfgrundlagen keine inhaltlich/fachlich vergleichbaren Prüfungen in stationären Einrichtungen durch. Gemeinsame Prüfungen mit der Heimaufsicht finden nur in wenigen Einzelfällen statt.

MDK im Lande Bremen

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Im Lande Bremen arbeitet der MDK kooperativ mit den Trägerverbänden im Rahmen der Qualitätsprüfungen, Qualitätsentwicklung und –sicherung sowie bei Fortbildungs- und Fachveranstaltungen zusammen. Vertreter der Trägerverbände nehmen regelmäßig an den Qualitätsprüfungen teil.

Die Trägerverbände stellen immer wieder Anfragen zu bestimmten fachbezogenen Themen. Bei der Entwicklung von Konzepten zur Pflege und zum Qualitätsmanagement werden wir um Rat gefragt. Konzeptentwürfe von Seiten der Trägerverbände werden dem MDK im Lande Bremen zur Beurteilung vorgelegt. Beispielsweise bestehen mit der Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände im Lande Bremen, dem BPA, Soziale Dienste e.V., Landesgeschäftsstelle Bremen-Niedersachse sowie dem ABVP e.V., Geschäftsstelle Nord regelmäßige Kontakte. Dabei finden gegenseitige Informationen über aktuelle Entwicklungen statt. Der MDK bietet in diesem Zusammenhang auch Beratung an.

Besonderheiten

Seit 1997 werden durch den MDK im Lande Bremen kontinuierlich Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (Kurzzeitpflege, Tagespflege sowie vollstationären Pflegeeinrichtungen) im Auftrag des Arbeitskreises der Pflegekassenverbände im Lande Bremen durchgeführt, wobei es sich dabei um Stichproben-Evaluations- und Anlassprüfungen handelt. Die Priorität bei den Qualitätsprüfungen lag bisher im stationären Bereich.

Bei den Qualitätsprüfungen im ambulanten Bereich werden in der Regel zwei Prüfaufträge erteilt, einer gemäß § 112 SGB XI i.V.m. § 114 SGB XI für den Bereich der Pflegeversicherung und einer auf der Grundlage des § 132a SGB V für den Bereich der Häuslichen Krankenpflege. Das Pflegequalitätssicherungsgesetz berechtigt den MDK Versicherte die sowohl Leistungen nach dem SGB XI als auch nach dem SGB V von einem ambulanten Pflegedienst erhalten in die Qualitätsprüfung einzubeziehen. Bei Leistungsempfängern, die ausschließlich Leistungen im Bereich der Häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V erhalten, greift im Lande Bremen der § 132a SGB V. Auf dieser Grundlage werden auch diese Leistungsempfänger in die Prüfung einbezogen. Dafür wurde ein spezielles Konzept entwickelt.

Bei Anlassprüfungen liegen in der Regel Beschwerden von Betroffenen, Angehörigen oder institutionelle Hinweise vor. Diese werden sowohl von den Pflegekassen, dem Arbeitskreis der Pflegekassenverbände im Lande Bremen als auch von uns sorgfältig hinterfragt, bevor eine Anlassprüfung initiiert wird. Zur besseren Beschwerdebearbeitung hat der MDK im Lande Bremen, in Abstimmung mit dem Arbeitskreis der Pflegekassenverbände im Lande Bremen, das Konzept zur „Intensiven Beschwerdebearbeitung (IBB)“ entwickelt. Dieses Konzept ermöglicht es, Einzelbeschwerden zu bearbeiten, ohne eine umfassende Anlassprüfung durchzuführen.

Bei Stichproben- und regulären Evaluationsprüfungen erfolgt eine Ankündigung bis zu 14 Tage vorher. Anlassprüfungen und IBB erfolgen seit dem In-Kraft-Treten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes ohne Anmeldung. Evaluationsprüfungen werden bei vorliegenden Beschwerden ebenfalls unangemeldet durchgeführt. Die Dauer der Qualitätsprüfung ist abhängig von der Größe der Einrichtung. In der Regel ist das Prüfteam (zwei Pflegefachkräfte) 1 bis 3 Tage in der Einrichtung.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität

Der MDK im Lande Bremen teilt die bundesweite Auffassung, dass die Qualitätsbemühungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sehr heterogen sind. Wir finden Pflegeeinrichtungen vor:

1. die seit Jahren auf hohem Niveau pflegen
2. die seit der Einführung des SGB XI mit interner Qualitätssicherung begonnen haben
3. die den MDK-Besuch zum Anlass nehmen, mit interner Qualitätssicherung zu beginnen
4. denen jede Grundlage für eine interne Qualitätssicherung fehlt.

Überwiegend werden Einrichtungen der Kategorien 2 und 3 angetroffen, seltener solche der Kategorien 1 und 4, wobei in den letzten Jahren eine deutliche Verschiebung zugunsten der 1. und 2. Kategorie stattgefunden hat.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Die Qualitätsprüfungen des MDK haben durch die beratungsorientierten Qualitätsprüfungen vor Ort und die differenzierten und umfangreichen Prüfberichte auf die Entwicklung der Qualität im Land gemäß den übereinstimmenden Aussagen der Vertreter des Arbeitskreises der Pflegekassenverbände im Lande Bremen, der verantwortlichen Kräfte der bereits geprüften Pflegeeinrichtungen, der Vertreter von verschiedenen Berufsverbänden sowie der Qualitätsprüfer des MDK im Lande Bremen einen erheblichen Einfluss.

Die Prüfberichte werden gemäß der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität verfasst. Im Prüfbericht werden sowohl die Ressourcen als auch die Defizite einer Einrichtung ausführlich dargestellt, untermauert durch eine differenzierte Beschreibung der im Rahmen der Qualitätsprüfung besuchten Bewohner, Pflegebedürftigen bzw. Leistungsempfänger.

Werden Pflegeprobleme bei den besuchten Personen deutlich, werden exemplarisch Empfehlungen auf der Grundlage neuester pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse für pflegerische Maßnahmen vor Ort mit dem zuständigen Pflegepersonal besprochen und im Prüfbericht aufgeführt. Aus den exemplarischen Ausführungen können und sollten auch pflegerische Maßnahmen für andere von der Pflegeeinrichtung versorgte Personen abgeleitet werden. Durch die Gestaltung des Prüfberichtes wird die Ergebnisqualität als Schwerpunkt der Prüfung deutlich. Der Prüfbericht ist nicht problemorientiert verfasst, um damit eine Signal- und Vorbildwirkung zu erzielen, denn die Einrichtungen werden hinsichtlich der Durchführung einer ressourcenorientierten Pflege geprüft.

Einrichtungen, die seit Jahren auf hohem Niveau pflegen, werden zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung motiviert. Einrichtungen, denen jede Grundlage für eine interne Qualitätssicherung fehlt, wird im Rahmen der Qualitätsprüfungen ein dringender Handlungsbedarf aufgezeigt. Wird diesem nicht nachgekommen, zieht der Arbeitskreis der Pflegekassenverbände Konsequenzen bis hin zur Kündigung des Versorgungsvertrages. Seit 1997 sind zwei vollstationäre Einrichtungen geschlossen worden.

Im ambulanten Bereich haben mehrere Einrichtungen nach Qualitätsprüfungen ihre Versorgungsverträge zurückgegeben, bzw. die Versorgungsverträge wurden vom Arbeitskreis der Pflegekassenverbände im Lande Bremen gekündigt.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

Die einrichtungsinternen Qualitätsbemühungen sind sehr heterogen und unterschiedlich effektiv. Es gibt Einrichtungen, die ein hohes Niveau im Bereich der Qualitätsentwicklung und -sicherung erreicht haben und andere, die Schwierigkeiten haben, Prioritäten zu setzen.

Viele Einrichtungen können mittlerweile ein Pflegeleitbild und ein Pflegekonzept vorweisen, allerdings mangelt es an der Umsetzung der Pflegekonzepte. Dies führt häufig dazu, dass die Tagesstrukturierung anhand der organisatorischen Erfordernisse der Einrichtung und nicht nach den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gestaltet ist. Adäquate soziale

Betreuungskonzepte sind nur selten vorzufinden und die Angebote gehen häufig nicht auf den Bedarf der Pflegebedürftigen ein.

Beratung durch den MDK

Der beratungsorientierte Prüfansatz der MDK-Anleitung wird im Lande Bremen gelebt. Impulsberatungen werden in diesem Zusammenhang regelmäßig durchgeführt. Das MDK-Gutachterteam zeigt schon während der Qualitätsprüfung festgestellte Qualitätsdefizite auf und bespricht Lösungsmöglichkeiten mit den verantwortlichen Kräften der Einrichtung. Das Gutachterteam erläutert der Pflegeeinrichtung in einem Abschlussgespräch erste Ergebnisse der Qualitätsprüfung und fördert den Dialog. Unter Berücksichtigung der Ist-Situation werden von uns bei festgestellten Qualitätsdefiziten Empfehlungen für notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung entwickelt. Diese Empfehlungen sind Bestandteil des Berichtes über die Qualitätsprüfung. Die Empfehlungen beziehen sich sowohl auf z.B. arbeitsorganisatorische Belange, als auch auf konkrete Verbesserungen in der Pflege einzelner Pflegebedürftiger. Vor allem die konkreten Empfehlungen für die jeweiligen Pflegebedürftigen haben sich gemäß den Aussagen der verantwortlichen Kräfte der bereits geprüften Pflegeeinrichtungen sowie der teilweise anwesenden Vertreter der verschiedenen Berufsverbände bewährt. Werden bei den Besuchen der Pflegebedürftigen Pflegedefizite erkannt, werden hier vor Ort und im Prüfbericht Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege aufgezeigt.

Einrichtungsberatungen werden ggf. im Auftrag des Arbeitskreises der Pflegekassenverbände im Lande Bremen durchgeführt. Eine kontinuierliche Einrichtungsberatung erfolgt einzelfallbezogen nach dem Bedarf der jeweiligen Einrichtungen. Die häufigsten Beratungen erfolgen im Rahmen von Anfragen bei bestehenden Pflegeproblemen. Hier nutzen die Einrichtung zunehmend den Sachverstand des MDK. Öffentlichkeitsarbeit wird im Rahmen der Möglichkeiten durchgeführt. Dazu zählen u. a. Referate und Vorträge in Schulen, Universität und Fachhochschule und bei verschiedenen Fachveranstaltungen.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen im MDK

Seit dem 1. Januar 2004 bilden der MDK im Lande Bremen und der MDK Niedersachsen eine Verwaltungsgemeinschaft. Derzeitig werden die Qualitätsprüfungen nach dem im Lande Bremen abgestimmten Verfahren weitergeführt.

MDK Hamburg

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Wenn eine Einverständniserklärung der Pflegeeinrichtung vorliegt, werden die Trägerverbände vom MDK schriftlich über eine anstehende Qualitätsprüfung informiert. Liegt keine Einverständniserklärung vor, obliegt die Information des Trägerverbandes der zu prüfenden Pflegeeinrichtung. Abhängig vom Wunsch der Einrichtung ist ein Verbandsvertreter beim Vorgespräch (ca. 1 Woche vor der eigentlichen Prüfung), am 1. Prüfungstag oder am letzten Prüfungstag zum „Abschlussgespräch“ anwesend. Die Zusammenarbeit vor Ort ist in der Regel unproblematisch.

Besonderheiten

In Hamburg wurden bisher nur anlassbezogene Einzelprüfungen durchgeführt. Im ambulanten Bereich wurde von Beginn an auch die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V einbezogen.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität

Vergleicht man die Ergebnisse der Vorjahre mit den Ergebnissen aus 2003 fallen nur geringe Veränderungen auf.

In Hamburg beteiligen sich ca. 170 ambulante und vollstationäre Einrichtungen am Projekt Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe des Landespflegeausschusses. Auch 6 der geprüften Einrichtungen nehmen am Dekubitusprojekt teil.

Im Rahmen durchgeführter Nachprüfungen wurden Bemühungen der einzelnen Einrichtungen sichtbar, die Qualität durch geplante Zertifizierungen zu verbessern.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Inwieweit die bisher durchgeführten Qualitätsprüfungen durch den MDK Auswirkungen auf die Qualität der Pflegeeinrichtungen in Hamburg insgesamt haben, kann nicht beurteilt werden. Geeignete Daten wurden bisher nicht erhoben.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

Im Rahmen der Nachprüfungen konnten durchaus Verbesserungen der Qualität in den einzelnen Einrichtungen festgestellt werden. Allerdings scheinen die verantwortlichen Pflegefachkräfte häufig trotz ihrer formalen Weiterbildung nicht die erforderlichen Fähigkeiten

und Kenntnisse zu besitzen, um ein Qualitätsmanagement zu entwickeln und zu implementieren.

Beratung durch den MDK

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen führt der MDK Hamburg Impulsberatungen durch. Ergänzend dazu werden in Einzelfällen im Anschluss an eine Qualitätsprüfung weitere Beratungen angeboten und bei Bedarf auch durchgeführt. In öffentlichen Veranstaltungen (z.B. Vorträgen) wird die Arbeit bzw. die Vorgehensweise des MDK Hamburg bei Qualitätsprüfungen vorgestellt.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen im MDK

Es ist seitens der Hamburger Landesverbände der Pflegekassen in den kommenden Jahren eine Intensivierung der Prüftätigkeit vorgesehen. Prüfquoten wurden noch nicht festgelegt.

MDK in Hessen

Der MDK in Hessen führt seit Ende 1997 Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch. Auf Wunsch der Verbände der Pflegekassen in Hessen werden bis zum heutigen Tag ausschließlich anlassbezogene Erst- und Evaluationsprüfungen durchgeführt.

Bereits vor Inkrafttreten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes wurde im Sinne einer umfassenden Prüfung der Qualität im ambulanten Bereich die Behandlungspflege (auch häusliche Krankenpflege) und die Vergütungsabrechnung in die Qualitätsprüfung einbezogen. Die Prüfung der Vergütungsabrechnung erfolgt hierbei durch Sachverständige der Verbände der Pflegekassen, die regelhaft an ambulanten Qualitätsprüfungen teilnehmen.

Das Tätigkeitsfeld Qualitätsprüfung wird zentral organisiert, koordiniert und qualitätsgesichert, um die einheitliche Durchführung der Qualitätsprüfungen sicherzustellen.

Unter Moderation des MDK finden monatliche Treffen mit den Referenten der Verbände der Pflegekassen und Vertretern der hessischen Heimaufsichtsbehörden zur Koordination der Prüftätigkeit und der Bewertung von Prüfergebnissen statt.

Die Zusammenarbeit mit Trägerverbänden im Rahmen von Qualitätsprüfungen, hierbei im wesentlichen Berufsverbände privater Einrichtungsträger, ist in der Regel konstruktiv. Ein Trägerverband verweigert allerdings die Mitnahme kopierter Nachweisdokumente. Auf Wunsch eines Trägerverbandes erfolgten im Jahr 2003 zwei Präsentationen der Tätigkeit des MDK im Bereich der Qualitätssicherung gemäß §§ 112/114 SGB XI.

Nach unserer Einschätzung haben die Qualitätsprüfungen des MDK zu einer deutlichen Steigerung des Qualitätsniveaus in den Pflegeeinrichtungen geführt. Dies insbesondere durch Schaffung von Bewusstsein für Qualitätsaspekte. Bei der erreichten Qualitätsverbesserung ist insbesondere die Steigerung der Prozessqualität hervorzuheben.

Verstärkte Bemühungen der Einrichtungen um Verbesserung der Qualität lassen sich auch daran erkennen, dass zunehmend personelle Ressourcen in Form von Qualitätsmanagementbeauftragten zur Verfügung gestellt werden. Qualitätssichernde Maßnahmen im Sinne des internen Qualitätsmanagements werden verstärkt geplant und durchgeführt. Ein Trend zur Zertifizierung ist nicht erkennbar.

Beratung von Einrichtungen zu Fragen der Qualitätssicherung erfolgt in Hessen nahezu ausschließlich im Zusammenhang mit durchgeführten Qualitätsprüfungen. In geringem Ausmaß erfolgt – meist telefonische - Beratung zu Einzelaspekten der Pflege auf Anfrage der Pflegeeinrichtungen.

Im Sinne der Öffentlichkeitsarbeit stellt der MDK in Hessen seine Tätigkeit im Bereich der Qualitätssicherung nach §§ 112/114 SGB XI in Kurzvorträgen bei Interessengruppen (beispielsweise Landesseniorenbeirat) und kommunalen Gebietskörperschaften (Landkreise, Städte) vor. Darüber hinaus ist der MDK in Hessen in regionalen Pflegearbeitskreisen beratend tätig.

Aufgrund der beschränkten personellen Ressourcen der Verbände der Pflegekassen ist derzeit von einer Ausweitung der Prüftätigkeit im Sinne einer Stichprobenprüfung oder flächendeckenden Prüfung der Pflegeeinrichtungen nicht auszugehen. Festzustellen ist, dass die Verbände der Pflegekassen bei Beschwerden im Bereich der stationären Pflege verstärkt versuchen, die zuständigen Heimaufsichten einzubinden und den MDK hier zu entlasten.

MDK Mecklenburg-Vorpommern

Mit der Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI in Verbindung mit §§ 112 und 80 SGB XI sind in unserem Bundesland 4 Pflegefachkräfte ausschließlich betraut. Diese gliedern sich in 2 Teams, eines ist zuständig für Mecklenburg, das andere für den Bereich Vorpommern. Die Auflage der Landesverbände der Pflegekassen, 20 % aller ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen jährlich zu prüfen, wurde im Jahre 2003 erfüllt.

Die Landesverbände der Pflegekassen Mecklenburg-Vorpommern benennen dem MDK im Voraus für ein Quartal die zu prüfenden ambulanten und stationären Einrichtungen. Diese werden als Stichprobenprüfung gewertet. Weiterhin werden anlassbezogene (vorwiegend Beschwerden) und Evaluationsprüfungen durchgeführt.

Sogenannte Stichprobenprüfungen werden 5 Werktage vor Prüftag seitens des MDK angemeldet. Anlassbezogene Prüfungen werden im ambulanten und stationären Bereich unangemeldet vorgenommen (je nach Anlass auch nachts).

Im ambulanten sowie im stationären Bereich werden behandlungspflegerische Leistungen bzw. häusliche Krankenpflege in die Qualitätsprüfungen einbezogen und bewertet.

Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen werden gemeinsam mit der Heimaufsicht und teilweise auch mit weiteren Prüfinstitutionen (wie z.B. Gesundheitsamt, Brandschutz, Lebensmittelüberwachung) durchgeführt. Dabei erfasst die Heimaufsicht entsprechend dem MDK-Erhebungsbogen Daten, insbesondere zum Personal und der Dienstplangestaltung. Ergebnisse werden dann in einem gemeinsamen Bericht zusammengeführt, der innerhalb von 4 bis 6 Wochen durch den MDK an die Vertragspartner der Einrichtung sowie an die Einrichtung selbst inklusive Träger und weiteren Institutionen (z.B. Sozialamt) gesandt wird. Die Arbeitsgemeinschaften nach § 20 des Heimgesetzes sind in Mecklenburg-Vorpommern gebildet und arbeiten seit 2003 zielorientiert.

Nach Prüfungen, bei denen schwerwiegende Defizite, besonders im pflegerischen Bereich, festgestellt wurden und aus Sicht des MDK eine Kündigung des Versorgungsvertrages erfolgen sollte, erhalten die Landesverbände der Pflegekassen in Mecklenburg-Vorpommern kurzfristig - innerhalb von 14 Tagen - die Prüfberichte, um weitere Konsequenzen einleiten zu können.

Die Zusammenarbeit zwischen dem MDK, den Einrichtungen sowie deren Trägerverbänden gestaltet sich überwiegend positiv, teilweise sind Trägerverbände an den Qualitätsprüfungen beteiligt.

Seit ca. 4 Jahren werden in Mecklenburg-Vorpommern kontinuierlich Qualitätsprüfungen und Beratungen im ambulanten sowie im stationären Bereich durchgeführt, davor erfolgten nur vereinzelt Prüfungen.

Die Qualität der Pflege hat sich in diesem Zeitraum kontinuierlich verbessert. In Einrichtungen, in denen vor ca. 4 Jahren noch erhebliche Mängel bezüglich der pflegetheoretischen Grundlagen auftraten, wurden diese überwiegend behoben.

Auch hinsichtlich der direkten Pflege ist eine Verbesserung im Land spürbar, wobei diese noch nicht in allen Einrichtungen entsprechend dem aktuellen Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse durchgeführt wird.

Bezüglich der Darstellung der Anwendung des Pflegeprozesses in den Pflegedokumentationen wird im Land ein Umdenken der Einrichtungsmitarbeiter deutlich. So wird heute nur noch selten der Standpunkt vertreten, dass Pflegedokumentationen für den MDK geführt werden. Immer noch erhebliche Schwierigkeiten werden bei der Erstellung der Pflegeplanungen sichtbar.

Insgesamt kann aber festgestellt werden, dass die kontinuierliche Durchführung der Prüfungen, verbunden mit entsprechenden Impuls- aber auch Komplexberatungen, zu einer spürbaren Qualitätsverbesserung im Land führten.

Von einer flächendeckenden qualitätsgerechten Pflege kann jedoch noch nicht ausgegangen werden. Noch immer werden Einrichtungen vorgefunden, denen Grundvoraussetzungen zum Führen eines Pflegedienstes bzw. eines Pflegeheimes fehlen. Gleichwohl ist erkennbar - und das wird während der Qualitätsprüfungen auch immer wieder deutlich -, dass die Mehrheit der Einrichtungen beratenden Hinweisen überwiegend offen gegenüberstehen, Interesse an Vereinfachungen (z.B. bestimmter Aufzeichnungen) zeigen und auch nachweisbar bemüht sind, gegebene Empfehlungen kurzfristig umzusetzen.

Dafür spricht auch, dass in 2003 bzw. früher ca. 50 % der Einrichtungen mit der Erstellung eines Qualitätshandbuches begonnen haben. Deutlich wird auch, dass immer mehr Geschäfts- und Pflegedienstleitungen Hauptaugenmerk auf die gezielte Einführung von Quali-

tätsmanagementsystemen legen und zunehmend mehr Mitarbeiter zu entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen delegieren.

Gewachsen ist auch das Interesse an ausschließlich auf das Führen der Pflegedokumentation bezogenen Beratungen (nur auf Anforderung durch die Einrichtungsvertreter), die durch mit Qualitätsprüfungen betrauten Pflegefachkräften des MDK vorgenommen werden.

Weitere Beratungen bzw. Fortbildungen werden auf Wunsch von Einrichtungen, Trägerverbänden bzw. Berufsverbänden im Rahmen des zeitlich Möglichen durch den MDK realisiert.

MDK Niedersachsen

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Die Trägerverbände werden von den Verbänden der gesetzlichen Pflegekassen über Prüftermine informiert und nehmen auf Wunsch der Einrichtungsträger an den Prüfungen teil. Der MDK Niedersachsen stellt den Trägerverbänden den Bericht über das Ergebnis der Qualitätsprüfung direkt zur Verfügung, sofern der Träger der geprüften Einrichtung dem zustimmt.

Die Gutachter des MDK Niedersachsen kommen Anfragen zur Teilnahme an Workshops, Podiumsdiskussionen etc. nach und berichten in diesem Zusammenhang über die Tätigkeit des MDK Niedersachsen sowie dessen Erkenntnisse und Erfahrungen, die aus den Qualitätsprüfungen gewonnen werden.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität

Vergleicht man die in Niedersachsen ausgewählten Items der stationären Prüfungen aus den Jahren 2001/2002 mit den Ergebnissen aus dem Jahr 2003, ist im Durchschnitt eine Verbesserung des Qualitätsniveaus festzustellen. Die konkreten Ergebnisse stellen sich wie folgt dar:

Alten- und behindertengerechte Ausstattung: Bei dem ersten Item ist bei den Einzelprüfungen eine Verschlechterung von rund 15 % zu verzeichnen, so dass nur noch 46 % der geprüften Einrichtungen dieses Kriterium voll erfüllten. Dem gegenüber verbesserte sich bei den Stichprobenprüfungen das Ergebnis um 8 %, so dass im Jahr 2003 mit 54 % mehr als die Hälfte der Einrichtungen, die in Stichprobenprüfungen einbezogen wurden, dieses Kriterium voll erfüllten.

Ständige Anwesenheit einer examinierten Pflegefachkraft: Hier hat sich das Ergebnis im Vergleich zum vorherigen Erhebungszeitraum um 22 % bei den Einzelprüfungen und um 7 % bei den Stichprobenprüfungen verbessert. Insgesamt 73 % der in Einzelprüfungen bzw. 74 % der in Stichprobenprüfungen einbezogenen Einrichtungen stellten im Jahr 2003 die ständige Anwesenheit einer examinierten Pflegefachkraft sicher. Bei den übrigen Einrichtungen waren zeitweise nur Hilfskräfte anwesend.

Pflegekonzept: Bei der Anzahl der Einrichtungen, die ein vollständiges, in die Praxis implementiertes und den Mitarbeitern bekanntes Pflegekonzept haben, hat es bei Einzelprüfungen

infolge von Verbesserungen und Verschlechterungen einen Trend zur Mitte (Kriterium teilweise erfüllt) gegeben. Werden die Bewertungskriterien „ja“ und „teilweise“ zusammengefasst, erfüllten in den Jahren 2001/2002 64 % der in Einzelprüfungen einbezogenen Einrichtungen das Kriterium, während es im Jahr 2003 rund 74 % waren. Bei den Stichprobenprüfungen ist eine Verbesserung von 66 % auf 92 % zu verzeichnen.

Pflegeprozess: Bei dem Qualitätskriterium der systematischen, zielorientierten und überprüfbaren Planung der Pflege ist sowohl bei Einzel- als auch bei Stichprobenprüfungen eine Verbesserung zu verzeichnen. Rund 95 % der Einrichtungen wandten den Pflegeprozess vollständig oder in Teilbereichen an. In den Jahren 2001/2002 waren es ebenfalls rund 95 %, jedoch hat sich dabei der Anteil der Einrichtungen, die den Pflegeprozess vollständig anwenden, verdoppelt.

Prophylaxen: Bei der Anzahl der Einrichtungen, die präventiv pflegen, hat es im Jahresvergleich keine wesentlichen Veränderungen gegeben. Auch im Jahr 2003 berücksichtigten jeweils rund 92 % der geprüften Einrichtungen die erforderlichen Prophylaxen vollständig oder teilweise.

Aktivierende Pflege: Die vollständige oder teilweise Berücksichtigung aktivierender Pflege ist bei Einzelprüfungen leicht gestiegen, von 92 % auf 95 %. Bei den Einrichtungen, in denen Stichprobenprüfungen durchgeführt wurden, ist das Gesamtergebnis bei 96 % konstant geblieben, jedoch hat es deutliche Zuwächse von dem Bewertungskriterium „teilweise“ zu dem Kriterium „ja“ (Qualitätskriterium erfüllt) gegeben.

Dekubitusprophylaxe: Sowohl in den Jahren 2001/2002 als auch 2003 erfüllten rund 90 % der in Einzel- und Stichprobenprüfungen einbezogenen Einrichtungen das Kriterium vollständig oder teilweise. Zu beachten ist, dass es innerhalb der Bewertungskriterien Verbesserungen und Verschlechterungen in Richtung „teilweise erfüllt“ gegeben hat.

Ernährung mit Sondenkost: Hier ist im Vergleich von 2001/2002 zu 2003 eine leichte Verbesserung zwischen 2 % und 5 % festzustellen. Immerhin erhalten aber noch rund 8 % (n=105) der Versicherten bei Einzelprüfungen und rund 5 % (n = 42) der Versicherten bei den Stichprobenprüfungen nur 1.100 kcal oder weniger pro Tag, ohne dass der tatsächliche Energiebedarf analysiert wurde oder andere Maßnahmen zur Anwendung kamen.

Freiheitsentzug ohne Rechtfertigungsgrund: Die Anzahl der Versicherten, bei denen entsprechende Maßnahmen Anwendung fanden, ist leicht gestiegen. Der Durchschnitt von

knapp 1 % der insgesamt 1.978 in die Prüfungen einbezogenen Versicherten darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass immerhin 18 Personen betroffen waren.

Medikation ohne entsprechende Grundlage: Hier ist im Vergleich zu den Jahren 2001/2002 eine Verbesserung von rund 5 % bei den Einzelprüfungen bzw. 3 % bei den Stichprobenprüfungen zu verzeichnen. Im Jahr 2003 erhielten im Durchschnitt jeweils 4 % der in die Prüfung einbezogenen Versicherten Medikamente ohne ärztliche Verordnung oder ohne Wunsch des Versicherten. Auch hier sollte die geringe Prozentzahl nicht dazu führen, die Bemühungen um Qualitätssteigerungen einzustellen, da dies 90 Versicherte betraf.

Aus den vergleichsweise wenigen Beschwerden über ambulante Pflegedienste resultiert die geringe Anzahl an Qualitätsprüfungen. Ein Längsschnittvergleich ist daher nicht sinnvoll. Stichprobenprüfungen in ambulanten Diensten fanden nicht statt.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung auf die Qualität

Initiiert durch den MDK Niedersachsen sind Anstrengungen unternommen worden, die Ursachen für Probleme im Bereich der Pflege zu analysieren und geeignete Mittel für deren Abhilfe einzuleiten.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

Im Folgenden werden einige der Qualitätsaktivitäten im Land Niedersachsen genannt. Die Trägervereinigungen beteiligen sich am Landespflegeausschuss (§ 92 SGB XI), dieser gibt Empfehlungen zur Entwicklung der Qualität ab. Auf regionaler Ebene beteiligen sich Vertreter von Pflegeeinrichtungen an den Örtlichen Pflegekonferenzen (§ 5 Nds. Pflegegesetz) mit dem Ziel, über die pflegerische Versorgung, Versorgungsstrukturen und Leistungsangebote zu beraten.

Einrichtungsträger und deren Vereinigungen, die gesetzliche Pflegekassen und der MDK Niedersachsen initiieren und begleiten Projekte, z. B. zur „Sturzprävention“ oder „Qualitäts-gemeinschaft in der ambulanten Pflege“.

Von den zugelassenen Einrichtungen sind rund 50 % in Trägervereinigungen organisiert. Von hier gehen Impulse und Initiativen im Bereich Qualitätszirkel, Qualitätsmanagement-handbücher etc. aus.

Eine aktuelle Maßnahme stellt „Prozesse managen - Leistungsqualität fördern“, ein Qualifizierungsprojekt für Fach- und Führungskräfte der stationären Altenpflege, dar. Das Projekt

wird gefördert aus Mitteln des ESF und des Landes Niedersachsen und wird von den Verbänden der gesetzlichen Pflegekassen empfohlen. Bisher haben rund 100 Einrichtungen das Angebot in Anspruch genommen.

An dem Projekt „Einführung, Erprobung und Evaluierung von Qualitätsmanagement in kleineren Pflegeeinrichtungen nach SGB XI in Niedersachsen“ beteiligen sich ebenfalls rund 100 Einrichtungen. Das Projekt findet mit Unterstützung des Landes Niedersachsen statt.

Beratung durch den MDK

Die Impulsberatung gehört seit 1996 zu dem Verständnis des MDK Niedersachsen und ist integraler Bestandteil der Qualitätsprüfungen. Die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen unterstützen dieses Prüfverständnis und verabschiedeten ein Konzept zur Durchführung von Qualitätsprüfungen. Darin wird der MDK Niedersachsen beauftragt, neben den Prüfungen und der Benennung des Verbesserungspotenzials mögliche Ursachen für Qualitätsdefizite aufzuzeigen sowie Anregungen und Hinweise zu geben, wie die Qualität im Einzelfall gesteigert werden kann.

Der MDK Niedersachsen folgt Einladungen zu Veranstaltungen, in denen der Prüfablauf, typische Prüfergebnisse und Qualitätsmanagement-Aspekte mit den Verantwortlichen sowie den Mitarbeitern von Pflegeeinrichtungen erörtert werden und beteiligt sich an einrichtungsübergreifenden Qualitätsprojekten.

Entwicklung der Qualitätsprüfungen

Im Jahr 2004 werden 15 % (n=375) der insgesamt 2.533 zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Einzel-/Anlassprüfungen sowie im Rahmen der Stichprobe geprüft. Zur Stärkung der ambulanten Pflege werden erstmals Stichprobenprüfungen auch in ambulanten Diensten durchgeführt. Die Gesamtprüfquote wurde seit 1996 sukzessive gesteigert.

MDK Nordrhein

Seit 1997 werden vom MDK Nordrhein Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Es fanden in den Jahren 1997 und 1998 nur anlassbezogene Prüfungen statt, in denen die leitende Pflegefachkraft des MDK Nordrhein und jeweils eine weitere Pflegefachkraft eingesetzt wurden. Aufgrund dieser Konstellation war die Anzahl der Prüfungen in diesen Jahren nicht sehr hoch. Seit dem Jahr 1999 werden im Bereich des MDK Nordrhein auch Stichprobenprüfungen in Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Seit dem 01.01.2003 werden die Qualitätsprüfungen im MDK Nordrhein durch ein festes Team von 12 Pflegefachkräften erbracht. Hierdurch konnte eine deutliche Professionalisierung erreicht werden. Im Jahr 2001 wurde als Sonderaktion eine Prüfung von 100 stichprobenartig ausgesuchten stationären Pflegeeinrichtungen organisiert. Diese Einrichtungen wurden Ende 2003/Anfang 2004 erneut besucht.

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Bei den Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Einrichtungen nehmen von einzelnen Kassenarten regelmäßig Mitarbeiter teil. Terminabsprachen erfolgen grundsätzlich mit den Heimaufsichten. Gemeinsame Prüfungen mit den Heimaufsichten erfolgen in Einzelfällen.

Besonderheiten

Bei Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen werden seit dem 01.01.2003 auch Abrechnungsprüfungen durchgeführt. Die Durchführung der Abrechnungsprüfungen hat zu einer Vereinheitlichung und Standardisierung des Abrechnungssystems beigetragen.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Es ist deutlich erkennbar, dass die Qualitätsprüfungen des MDK Nordrhein einen positiven Einfluss auf die Entwicklung der Qualität der in 2003/Anfang 2004 nachuntersuchten Pflegeeinrichtungen hatten.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

Die Entwicklung der Qualität in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein kann als positiv bezeichnet werden. Die überwiegende Zahl der Einrichtungen hat umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen eingeleitet. Es bleiben Einrichtungen mit schlechter Qualität, die immer wieder Anlass für Negativschlagzeilen in der Presse geben und die insgesamt positive Qualitätsentwicklung in Misskredit bringen.

Beratung durch den MDK

Der MDK Nordrhein vertritt einen beratungsorientierten Ansatz bei der Durchführung der Qualitätsprüfung. Er führt im Verlauf der Qualitätsprüfung Impulsberatungen durch. Es hat sich jedoch gezeigt, dass darüber hinaus von den Pflegeeinrichtungen unabhängig von Qualitätsprüfungen oder nach durchgeführten Qualitätsprüfungen Beratungsbedarf besteht. In diesen Fällen wird in zunehmendem Umfang Beratungen von Einrichtungen durch den MDK Nordrhein angeboten. Durch Teilnahme an Veranstaltungen von kommunalen, freigemeinnützigen oder privaten Trägerorganisationen oder Verbänden wird eine umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit betrieben.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen im MDK

Im Jahr 2002 wurden 221 Qualitätsprüfungen durch den MDK Nordrhein durchgeführt, 312 im Jahr 2003. Es ist eine weitere Steigerung der Anzahl der Qualitätsprüfungen pro Jahr vorgesehen.

MDK Rheinland-Pfalz

MDK Rheinland-Pfalz führt seit 1997 Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch. Die jährliche Prüfquote wurde in den letzten Jahren kontinuierlich gesteigert und liegt derzeit bei durchschnittlich 25 % der im Land zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Von Beginn an wurde dabei eine hohe Rate von Evaluationsprüfungen durchgeführt, um die Qualitätsentwicklung der Pflegeeinrichtungen verfolgen und unterstützen zu können.

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Vertreter der Trägerverbände nehmen regelmäßig an Qualitätsprüfungen des MDK teil. Die Zusammenarbeit funktioniert dabei sehr gut, die Atmosphäre ist von einem kollegialen, sachlichen und konstruktiven Umgang geprägt. Dies betrifft auch das Aufzeigen von Defiziten. In einzelnen Fällen ist darüber hinaus festzustellen, dass die Umsetzung von Empfehlungen und Impulsberatungen nicht nur in der geprüften Einrichtung, sondern auch in anderen Pflegeeinrichtungen des gleichen Trägers stattfindet und somit qualitätsverbessernde Auswirkungen einer Prüfung sich auf andere Einrichtungen erstrecken. Es bestehen Arbeitsgemeinschaften in denen Trägerverbände und MDK Rheinland-Pfalz gemeinsam Problemlösungen erarbeiten (z. B. Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Pflegeeinrichtungen und beteiligter Schnittstellen, Bürokratieabbau). Von Seiten der Trägerverbände und Einrichtungen wird zunehmend die Meinung des MDK zur Einführung von Neuerungen eingeholt.

Besonderheiten

Vom MDK Rheinland-Pfalz werden alle Typen von Prüfungen durchgeführt. Es finden regelmäßig angemeldete Stichprobenprüfungen statt, daneben anlassbezogene unangemeldete Prüfungen. In 2002 wurden flächendeckende Prüfungen in einem ländlichen Kreis und einer kreisfreien Stadt durchgeführt, um Vergleiche zwischen städtischen und ländlichen Einrichtungen ziehen zu können. Zwischenzeitlich haben bei entsprechender Fragestellung auch nächtliche Prüfungen und Prüfungen am Wochenende stattgefunden.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Der Einfluss der Prüfungen auf die Qualitätsentwicklung der Pflegeeinrichtungen wird seitens des MDK Rheinland-Pfalz durch eine vergleichende Statistik seit 2002 überprüft. Die ausführlichen Ergebnisse sind dem diesjährigen Bericht zu den Prüfungen in 2003 unter Punkt 3.4 (ambulant), 4.4 (stationär) und 5 (Qualitätsindikatoren und Multivariate Analysen) zu ent-

nehmen. Es kann belegt werden, dass die Qualitätsprüfungen einen erheblichen Einfluss auf die Qualitätsentwicklung der Einrichtungen haben, so kann bei Vergleich der Ergebnisse zwischen Vor- und Nachprüfung innerhalb der Einrichtung mit wenigen Ausnahmen über alle Einrichtungen hinweg eine signifikante Verbesserung festgestellt werden. Dagegen bestehen in erstgeprüften Einrichtungen weiterhin die schon in früheren Jahren beschriebenen Probleme.

Der Einfluss der Qualitätsprüfungen wurde im Landespflegeausschuss hervorgehoben und allgemein bestätigt.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

Eine Beurteilung ist dem MDK Rheinland-Pfalz nicht möglich.

Beratung durch den MDK

Impulsberatungen erfolgen bei den Qualitätsprüfungen von Beginn an. Mit Unterstützung des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz und finanziert durch die Pflegekassen in Rheinland-Pfalz wurde im Jahr 2002 ein Beratungsangebot für die Pflegeeinrichtungen aufgebaut und es wurden von Juli 2002 bis heute ca. 550 Einrichtungsberatungen durchgeführt. Durch Informationsveranstaltungen wurden den Pflegeeinrichtungen z. B. die Neuerungen des PQsG und die Abläufe der Qualitätsprüfungen erläutert.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen im MDK

Die Bedeutung und Wirkung der Qualitätsprüfungen werden in Rheinland-Pfalz von Politik und Kostenträgern voll anerkannt. Es werden weiterhin jährlich 25 % der Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz geprüft. Dies ist mit den Landesverbänden der Pflegekassen abgestimmt.

MDK im Saarland

Im MDK im Saarland werden seit 1999 Qualitätsprüfungen ambulanter und vollstationärer Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Dabei hat sich der MDK als verlässlicher Partner sowohl der Landesverbände der Pflegekassen als auch der Einrichtungsträger bewährt. Die Gutachten des MDK genießen hohes Ansehen und werden in ihren Kernaussagen regelmäßig akzeptiert.

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Die Trägerverbände sind regelhaft bereit, die Kernaussagen der MDK-Gutachten zu übernehmen und bemühen sich überwiegend die empfohlenen Veränderungen zeitnah umzusetzen. Wiederholte Unstimmigkeiten hat es nur mit einzelnen Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt (AWO) im Saarland gegeben, deshalb arbeitet der MDK unter dem Dach der Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS) seit 2002 regelmäßig im Qualitätsmanagement in den Altenpflegeeinrichtungen der AWO mit. Diese Zusammenarbeit konnte weiter verbessert werden, nachdem die AWO eine ehemalige ärztliche Mitarbeiterin des MDK im Saarland als Qualitätsbeauftragte eingestellt hat.

Besonderheiten

Im Saarland wird neben dem MDK der Sozialmedizinische Dienst der Bundesknappschaft (SMD) als eigener Prüfdienst von den Landesverbänden der Pflegekassen mit Begutachtungsaufträgen für Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI betraut. Deshalb ist eine regelmäßige Koordination und Absprache mit den Mitarbeitern der Bundesknappschaft unerlässlich. Als eine weitere Besonderheit haben die Landesverbände der Pflegekassen beschlossen, dass als Stichprobenprüfungen durchgeführte Erstprüfungen überwiegend angemeldet durchzuführen sind, dagegen Anlassprüfungen und Evaluationsprüfungen grundsätzlich nicht von ihnen angemeldet werden. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse dieses seit zwei Jahren geübten Vorgehens findet diese Maßnahme die volle Unterstützung der Mitarbeiter des MDK und hat auch inzwischen die Akzeptanz der Heimaufsicht und der Mehrzahl der Einrichtungen. Vergleichende Prüfungen wurden vom MDK bisher nicht durchgeführt.

Alle Prüfungen werden als vollständige Prüfungen nach der Begutachtungsanleitung durchgeführt. Dementsprechend delegiert der MDK keine seiner Prüftätigkeiten an die Heimaufsicht (bei gemeinsamen Prüfungen), übernimmt aber auch keine Aufgaben, die in den Zuständigkeitsbereich der Heimaufsicht fallen. Über die Vorgaben der Prüfanleitung hinaus wird bei der großen Mehrzahl der begutachteten Bewohner bzw. ambulant betreuten Pflegebe-

dürftigen mit deren Einverständnis die durchzuführende Grund- und Behandlungspflege beobachtet, im Gutachten beschrieben und bewertet. Dies hat sich bei Auseinandersetzungen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Einrichtungen als äußerst nützlich erwiesen.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität

Seit dem Beginn der Prüfungen der Sozialmedizinischen Dienste im Saarland ist es zu einer deutlichen Verbesserung der Qualität der Pflege im Saarland gekommen. Insbesondere die Anzahl der schweren Pflegemängel in den Bereichen „Dekubitus“ und „Unterernährung“ ist stark rückläufig. Dabei hat die öffentlichkeitswirksame Mitarbeit des MDK an Fortbildungsveranstaltungen, Pressekonferenzen u.ä. mit den Qualitätsbemühungen der Einrichtungen eng ineinander gegriffen und das Ergebnis positiv beeinflusst. Auch die Qualität der Pflegedokumentation hat sich maßgeblich verbessert, wobei in diesem Bereich trotzdem vielerorts noch zum Teil erhebliche Mängel zu verzeichnen sind.

Auch die seit 2003 wesentlich verbesserte Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht hat durch Wissensaustausch und Koordination der Prüfverfahren weitere Qualitätsverbesserungen sowohl bei den Prüfungen als auch bei den Prüfergebnissen nach sich gezogen.

Die einrichtungsinternen Qualitätsbemühungen sind nach unserer Einschätzung uneinheitlich sowohl von der Ausrichtung als auch von den Ergebnissen. Eine Vielzahl von Trägern geht die Frage „Qualität“ bereits seit Jahren offensiv an und benutzt die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der Sozialmedizinischen Dienste als „Trittbretter“ für weitere Verbesserungen. In diesen Einrichtungen sehen wir ganz überwiegend durchgreifende Qualitätsverbesserungen. Dagegen gibt es einzelne Einrichtungen, die überwiegend einem großen Träger im Land zuzuordnen sind, bei denen aus Sicht des MDK die Frage der Qualität defensiv angegangen wird. Dies bedeutet regelhaft, dass viel Energie darauf verwendet wird, um vermeintlich unzutreffende Feststellungen der Prüfdienste abzuwehren; diese Energie geht notwendigerweise den qualitätsverbessernden Maßnahmen der Einrichtung verloren und führt zu einer deutlich verlangsamten Qualitätsverbesserung bis hin zu einem Stillstand.

Beratung durch den MDK

Der MDK im Saarland verfolgt konsequent den Weg des beratungsorientierten Prüfansatzes. Die Einrichtungen bestätigen dies ganz überwiegend mit viel Lob im Rahmen des Anhörungsverfahrens. Erwartungen im Sinne einer kompletten Unternehmensberatung im Rahmen der Prüfung können vom MDK allerdings nicht erfüllt werden. Der jetzige Umfang der Beratung der Einrichtungen wird von den Landesverbänden mit getragen. Eine Ausweitung

der Beratung auf Kosten der Versichertengemeinschaft wird jedoch von ihnen nicht als angezeigt angesehen.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen im MDK

Unter Berücksichtigung der Aussagen der Landesverbände der Pflegekassen ist davon auszugehen, dass die Sozialmedizinischen Dienste im Saarland auch weiterhin Aufträge zu Qualitätsprüfungen erhalten werden, die vom Volumen her pro Jahr in etwa 20 bis 25% der zugelassenen Einrichtungen in den Sparten ambulant und vollstationär entsprechen werden.

MDK Sachsen

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Eine Zusammenarbeit mit den Trägerverbänden erstreckt sich auf eine mögliche Teilnahme von Trägervertretern bei der Prüfung vor Ort, die Versendung des Prüfberichtes an die Träger, deren Einbeziehung in das Anhörungsverfahren sowie in Beratungen durch den MDK. Die Zusammenarbeit mit einzelnen Interessenverbänden ist z.T. recht gut, es werden häufig die gleichen Intentionen in Bezug auf Qualitätsentwicklung wie beim MDK deutlich.

Besonderheiten

Hauptsächlich finden Stichproben- und Anlassprüfungen statt. Die Prüfungen werden im ambulanten Bereich einen Tag vor der Prüfung durch die Kassen angemeldet. Im stationären Bereich und bei Anlassprüfungen erfolgt keine Anmeldung.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität

Schwerpunktmängel finden sich nach wie vor bei der Pflegeplanung, der Pflegedokumentation, der Arbeit mit Pflegevisiten und Pflegestandards. Auch bei der Arbeitsorganisation, dem internen Qualitätsmanagement und der Ergebnisqualität besteht, wenn auch in geringerem Maße, Verbesserungsbedarf. Dies betrifft gleichermaßen den ambulanten und den stationären Bereich. In zunehmendem Maße wird jedoch eine bewußtere Arbeit mit pflegefachlichen Instrumenten (z.B. zur Risikoerfassung) deutlich.

Einfluß der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Bisher wurde erst etwa ein Drittel der Einrichtungen im Lande im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen geprüft, wobei o.g. Schwerpunktmängel mit zunehmender Anzahl geprüfter Einrichtungen deutlicher zu Tage traten. Nachprüfungen wurden nur in Einzelfällen, meist bei schwerwiegenden Anlässen, durchgeführt mit z.T. wenig besserem wenn nicht gar schlechterem Ergebnis. Die Einschätzung einer Qualitätsentwicklung ist daher schwer möglich. Bei der Prüfung vor Ort sowie in den Prüfberichten und bei den bisher wenigen mündlichen Anhörungen sind die Gutachter bemüht, ein Qualitätsbewußtsein und eine Qualitätsentwicklung zu wecken oder eine bereits begonnene weiterzuführen. Es ergibt sich für die Gutachter anhand der Prüferfahrungen der Eindruck, dass es viele Einrichtungen gibt, in denen sich nach der Qualitätsprüfung etwas zu entwickeln beginnt. Es gibt aber leider auch Einrichtungen die keine Resonanz zeigen.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

Zunehmend, insbesondere in Folge des PQsG, zeigen Einrichtungen erste Ansätze oder bei größeren Trägern auch schon weiterführende Bemühungen des Aufbaus eines Qualitätsmanagements, wobei auch in diesen Einrichtungen oft noch Defizite in allen drei Qualitätsdimensionen zu finden sind.

Beratung durch den MDK

Eine Beratung durch die Gutachter findet überwiegend als Impulsberatung bei der Begutachtung vor Ort, im Prüfbericht und im Anhörungsverfahren (soweit der MDK durch die Kassen darin eingebunden wird) statt. Gesonderte Einrichtungsberatungen werden nicht angeboten, dagegen wird Öffentlichkeitsarbeit vorwiegend in Form von Vorträgen geleistet.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen im MDK

Die künftige Entwicklung der Prüfungen ist in großem Maße abhängig von den derzeit ausstehenden politischen Entscheidungen auf der Bundesebene. Derzeit ist im Land Sachsen weiterhin eine Anzahl von 100 Prüfungen pro Jahr von den Landesverbänden der Pflegekassen geplant. Weitere Informationen liegen dem MDK von den Kassen dazu nicht vor.

MDK Sachsen-Anhalt

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Es finden jährlich vier bis sechs Arbeitsgruppentreffen mit Trägerverbänden statt. Darüber hinaus ist der MDK bei trägerinternen Veranstaltungen, z.B. durch Vorträge und Diskussionsbeiträge präsent.

Besonderheiten

Einmal monatlich findet eine Qualitätsteamsitzung bestehend aus den Mitgliedern einzelner Pflegekassen, der Heimaufsicht und dem MDK statt. Es werden Absprachen bezüglich zukünftiger und bereits durchgeführter Prüfungen getroffen.

In Sachsen-Anhalt wurden bis Dezember 2003 50 Anlassprüfungen durchgeführt.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität

Seit dem Jahr 1998 finden Qualitätsprüfungen des MDK in Sachsen-Anhalt statt. Bis Dezember 2003 wurden insgesamt 780 Prüfungen durchgeführt, davon 413 in ambulanten Einrichtungen und 367 in stationären Einrichtungen.

Seit dem Jahr 2001 wird neben der Prüfung zur Durchführung von aktivierender Pflege der Schwerpunkt „Pflegedefizite“ abgeprüft.

Im Jahr 2003 wurde bei den Qualitätsprüfungen eine Reduzierung der Dekubitalulzera um 9 % gegenüber dem Vorjahr festgestellt. Auch hat sich die Wunddokumentation gegenüber den Vorjahren merklich verbessert.

Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass aufgrund der Beratung während der Qualitätsprüfungen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung deutliche Qualitätsverbesserungen beim Führen der Pflegedokumentation erzielt haben. Es zeigen sich jedoch weiterhin Defizite bei der Umsetzung des Pflegeprozesses und bei der Aktualisierung des pflegefachlichen Wissens durch Fortbildung. Ein äußerst heterogenes Qualitätsniveau zeigt sich in den Einrichtungen bei den Problembereichen Dekubitusprophylaxe und -therapie, bei der Erkennung von Kontrakturen sowie bei der Ernährung und der ausreichenden Versorgung mit Flüssigkeit. Auffällig ist, dass in vielen Einrichtungen die Ressourcen der Bewohner und Bewohnerinnen nicht erhalten oder aktiviert werden, sondern im Interesse eines reibungslosen und schnellen Arbeitsablaufs eine passivierende Pflege erfolgt.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Den Einrichtungsträgern ist jederzeit die Möglichkeit gegeben, mit dem MDK in Kontakt zu treten. Dies geschieht in regelmäßigen Abständen zu Fragen der Qualitätsentwicklung. Insgesamt ist festzustellen, dass sich das Qualitätsbewusstsein nach erfolgter Qualitätsprüfung durch den MDK verbessert hat.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

In den Qualitätsprüfungen wird weiterhin ein erheblicher Bedarf an Fort- und Weiterbildung für das Personal festgestellt. Auffällig ist inzwischen der Trend, eine einrichtungsübergreifende und professionsübergreifende Weiterbildung zu organisieren (Pflegefachkraft/Arzt, Krankenhaus/Altenpflegeheim). Hier wurde die Schnittstellenproblematik erkannt, so dass Qualitätsverbesserungen zu erwarten sind.

Beratung durch den MDK

Während der Qualitätsprüfungen erfährt die Einrichtung eine umfangreiche Beratung zu allen Bereichen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Diese Möglichkeit besteht für die Mitarbeiter und Träger auch nach Erhalt des Prüfberichtes.

MDK Schleswig-Holstein

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Nach einem Bericht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Schleswig-Holstein im Landespflegeausschuss im Oktober 1998 ist die Arbeitsgruppe Pflegequalität gegründet worden, an der in paritätischer Besetzung das Ministerium für Soziales Gesundheit und Verbraucherschutz (MSGV), gesetzliche und private Pflegekassen, Trägerverbände, Heimaufsicht, Landkreistag sowie Städtetag und der MDK vertreten sind. Es wurde ein Aktionsprogramm des Landespflegeausschusses aufgelegt, dass Maßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit der unterschiedlichen Akteure umfasste. Die Ergebnisse der Maßnahmen führten zur Entwicklung von verschiedenen Projekten, die durch die Pflegequalitätsoffensive der MSGV gefördert werden (z.B. PflegeNottelefon, PLAISIR in der Fassung des Kieler Modells, Beratungsprojekt im Anschluss an die Kurzprüfungen, Schulungen zu pflegerelevanten Themen, Selbstbewertung ambulanter Pflegedienste ProQua, trägerunabhängige Pflegeberatungsstellen auf Kreisebene, Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und ein Projekt zur Pflegeplanung/-dokumentation). Die Beteiligung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an Maßnahmen und Projekten des Aktionsprogramms und der MSGV-Pflegequalitätsoffensive ist bis auf die Kurzprüfungen freiwillig.

Besonderheiten

Der Landespflegeausschuss hat im April 1999 der ersten Fassung des Aktionsprogramms des Landespflegeausschusses zugestimmt, nach dem ab dem 01. Mai 1999 Kurzprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung unter Beteiligung der zuständigen Heimaufsichten, Gesundheitsämter und Sozialhilfeträger durchgeführt wurden. Jede vollstationäre Einrichtung, in der bis zum Projektbeginn noch keine Prüfung der Pflegequalität gemäß § 80 SGB XI durchgeführt worden war, wurde in dem Projektzeitraum nach einem mit der AG Pflegequalität erarbeiteten Erhebungsbogen eintägig geprüft. Insgesamt wurden 554 Kurzprüfungen durchgeführt. Dem Landespflegeausschuss wurden zwei Zwischenberichte und ein Abschlussbericht vorgelegt.

Im ambulanten Bereich lief im ersten Halbjahr 2003 das Projekt Selbstbewertung ambulanter Pflegedienste, an dem sich 274 von 430 Diensten beteiligt haben. Auf Grund dieser Projekte wurde auf die Durchführung von Stichprobenprüfungen in Schleswig-Holstein bisher verzichtet.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität

Eine Einschätzung der Entwicklung der Pflegequalität im Land Schleswig-Holstein kann nicht umfassend vorgenommen werden. Es sind ausschließlich anlassbezogene Prüfungen durchgeführt sowie deren Ergebnisse evaluiert worden. Einrichtungen, die durch ihre Qualitätsentwicklung und/oder die Teilnahme an Landesprojekten nachweisen konnten, wurden nicht geprüft. Für die anlassgeprüften und evaluierten vollstationären Einrichtungen lässt sich feststellen, dass eine positive Entwicklung in allen Qualitätsdimensionen stattgefunden hat.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Durch die seit 1998 regelmäßig stattfindende Berichterstattung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung wird das Aktionsprogramm des Landespflegeausschusses und die Maßnahmen der Pflegequalitätsoffensive des MSGV innerhalb der Arbeitsgruppe Pflegequalität regelmäßig aktualisiert. Die Ergebnisse der Qualitäts- und Kurzprüfungen waren Grundlage für die Aktualisierung und die Projektierung von zusätzlich Maßnahmen.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

Einrichtungen, in denen anlassbezogene Prüfungen und die Evaluation der Ergebnisse stattgefunden hat, kann nachgewiesen werden, dass es in allen Dimensionen der Qualität zu einer Qualitätsentwicklung/-verbesserung gekommen ist.

Beratung durch den MDK

Der Medizinische Dienst hat während und im Abschlussgespräch der Kurzprüfungen eine intensive Impulsberatung vorgenommen. Die Projekte der Pflegequalitätsoffensive des MSGV sind alle vom MDK aktiv als Beiratsmitglied und z.T. durch Übernahme von Projektaufgaben begleitet und/oder mit durchgeführt worden. Es finden regelmäßige Schulungen in den Weiterbildungskursen zur Leitenden Pflegefachkraft oder mit Lehrerinnen an Altenpflegeschulen statt. Auf Einladung wurde in den verschiedenen Landesgremien sowie Veranstaltungen referiert und diskutiert.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen im MDK

Nach dem Abschluss des Projektes ProQua werden die ambulanten Pflegedienste, die nicht am Projekt der Selbstbewertung teilgenommen haben, nach einer Stichprobenziehung geprüft. Die Arbeitsgruppe Pflegequalität hat ein "Handlungskonzept ambulante Pflege" erarbeitet, welches im Mai 2004 dem Landespflegeausschuss zur Verabschiedung vorgestellt werden soll.

MDK Thüringen

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Die Zusammenarbeit mit den Trägerverbänden gestaltet sich sehr konstruktiv. Kontakte bestehen zum einem im Rahmen der Qualitätsprüfungen, zum anderen durch Referententätigkeit bei Veranstaltungen der Verbände. Sach- und Fachdiskussionen sind jederzeit möglich.

Besonderheiten

In Thüringen wurden bisher keine vergleichenden Prüfungen durchgeführt. Prüfungen von Leistungen der häuslicher Krankenpflege werden nur bei Pflegebedürftigen durchgeführt, die auch Leistungen gemäß SGB XI erhalten. Monatlich finden Sitzungen der Arbeitsgruppe „Qualität in der Pflegeversicherung“ statt, an der Vertreter der Landesverbände der Pflegekassen, der Heimaufsichten des Landesamtes für Soziales und Familie und des MDK teilnehmen. Gegenstand dieser Beratungen sind sowohl gegenseitige Informationen über Ergebnisse als auch Abstimmungen über Schwerpunkte von Prüfungen.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität

Der MDK Thüringen e. V. führt seit Mitte 1997 Qualitätsprüfungen durch. Seit dieser Zeit ist zu erkennen, dass die Qualität in den Pflegeeinrichtungen eine stetige positive Entwicklung genommen hat. Diese Tendenz lässt sich unter anderem in der Anwendung einer prozessorientierten Pflegedokumentation aber auch in der Anwendung von sachgerechten Pflegetechniken und Methoden erkennen. Als Beispiel sei die Nutzung eines Assessments zur Ermittlung des Dekubitusrisikos genannt. Es wird deutlich, dass das Verständnis der Träger der Einrichtungen sowie der leitenden Mitarbeiter sowohl ambulanter als auch stationärer Pflegeeinrichtungen für qualitätssichernde und -erweiternde Maßnahmen im Laufe der Zeit gewachsen ist. Verbesserungspotentiale finden sich weiterhin in der professionellen Anwendung der prozessorientierten Pflegedokumentation, im Umgang mit besonderen Pflegesituationen, insbesondere in der Überprüfung externer Leistungserbringer und in der Arbeitsorganisation.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Seit der Einführung der Qualitätsprüfungen lässt sich eine deutliche Steigerung des Qualitätsbewusstseins sowohl bei den leitenden Mitarbeitern der Einrichtungen als auch bei deren Trägerverbänden erkennen. Pflegequalität ist inzwischen auch zu einem wichtigen Thema im Landespflegeausschuss und im Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit geworden.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

Wie bereits dargestellt, ist das Verständnis der Mitarbeiter und Trägerverbände hinsichtlich qualitätssichernder bzw. qualitätsentwickelnder Maßnahmen deutlich angestiegen. Mittlerweile werden in fast allen Qualitätsprüfungen in stationären Einrichtungen Qualitätsbeauftragte bzw. Qualitätsmanagementbeauftragte angetroffen. Insbesondere die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege haben mittlerweile Qualitätsmanagementhandbücher für ihre Einrichtungen entwickelt. Es ist zu beobachten, dass die Qualitätsbeauftragten der Einrichtungen inzwischen die Implementierung dieser Handbücher mit mehr oder weniger großem Erfolg initiiert haben. Als Ziel dieser Anstrengungen wird häufig eine prospektive Zertifizierung benannt. Qualitätszirkelarbeit findet sowohl in den Einrichtungen als auch über die Trägerverbände statt. Häufig ist allerdings festzustellen, dass das interne Qualitätsmanagement die Mitarbeiter in den Wohnbereichen nicht nachhaltig erreicht, sondern als Top-down-Ansatz empfunden wird. Diesbezüglich wird weiterhin Aufklärungsbedarf gesehen.

Beratung durch den MDK

Während der Qualitätsprüfungen werden intensive Impulsberatungen durch die Mitarbeiterinnen des MDK Thüringen e. V. gegeben. Dieser Ansatz wird von den Mitarbeitern der Einrichtungen als wünschenswert und positiv dargestellt.

Weiterhin betreibt das Fachreferat Pflegeversicherung der Hauptverwaltung des MDK Thüringen e. V. eine intensive Öffentlichkeitsarbeit. Es werden Vorträge und Referate sowohl im Rahmen des Studienganges „Pflegermanagement“ der Fachhochschule Jena sowie in der Landesärztekammer gehalten. Zusätzlich wurden durch Mitarbeiter des MDK in der Fachpresse Artikel veröffentlicht, z. B. in der Fachzeitschrift „Heilberufe“ sowie im „Thüringer Ärzteblatt“.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen im MDK

In der Regel werden Qualitätsprüfungen gemäß § 114 SGB XI in Thüringen angemeldet. Zukünftig sollen gemäß einer Absprache in der Arbeitsgruppe „Qualität in der Pflegeversicherung“ 25 % der Qualitätsprüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen unangemeldet durchgeführt werden. Dabei handelt es sich nicht um anlassbezogene Prüfungen. Die Landesverbände der Pflegekassen haben vielmehr den Wunsch, die Einrichtungen unvorbereitet zu überprüfen.

MDK Westfalen-Lippe

Der MDK Westfalen-Lippe führt seit 1997 regelmäßig Qualitätsprüfungen sowohl in ambulanten als auch in stationären Pflegeeinrichtungen durch. Im Jahr 2003 liegt der Anteil anlassbezogener Prüfungen bei 39 % gegenüber 61 % durchgeführter Stichprobenprüfungen und ist im Vergleich zum Jahr 2002 in etwa gleich geblieben. Die Zusammenarbeit mit den zuständigen Landesverbänden der Pflegekassen ist gut. Es finden zweimal jährlich Treffen der Landesverbände zur gemeinsamen Abstimmung im Hause des MDK Westfalen-Lippe statt.

Zusammenarbeit mit den Trägerverbänden

Die Zusammenarbeit mit den Trägerverbänden gestaltet sich seit 1997 überwiegend problemlos, lediglich mit einzelnen Trägerverbänden treten Unstimmigkeiten in der Kooperation auf.

Besonderheiten

Die Qualitätsprüfungen werden in der Regel im Vorfeld angemeldet. Dies gilt sowohl für Stichprobenprüfungen als auch für anlassbezogene Prüfungen. In Einzelfällen werden die Qualitätsprüfungen unangemeldet durchgeführt, das Gleiche gilt für nächtliche Prüfungen. Vergleichende Prüfungen oder Prüfungen der häuslichen Krankenpflege finden nicht statt.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Die Qualität in den Pflegeeinrichtungen hat sich, wenn auch langsam, entwickelt. Dies wird insbesondere an der Anzahl der formulierten Maßnahmen und Empfehlungen deutlich. Die angemessene Umsetzung der Maßnahmen und Empfehlungen ist einrichtungsabhängig.

Im Allgemeinen fällt es den meisten Pflegeeinrichtungen schwer, den Pflegeprozess in der Dokumentation für Außenstehende transparent darzustellen und mit entsprechenden Schulungen vorhandene Defizite aufzuarbeiten.

Überwiegend werden von den Einrichtungsvertretern die durchgeführten Qualitätsprüfungen als hilfreiches Instrument begrüßt, um so eine Ist-Analyse zu bekommen. In vielen Fällen werden die Prüfergebnisse genutzt, um zielorientiert Abläufe zu ändern und eine Qualitätsverbesserung zu erzielen.

Beratung durch den MDK

Der MDK Westfalen-Lippe berät im Rahmen der Qualitätsprüfungen die Pflegeeinrichtungen. Dabei werden von den Prüfern bei festgestellten Mängeln Hinweise auf mögliche Verbesserungen gegeben, die von den Pflegeeinrichtungen auch positiv aufgenommen werden. Zur Beratung gehört auch die Beantwortung von qualitätsbezogenen Fragestellungen der Landesverbände der Pflegekassen.

Der MDK Westfalen-Lippe beteiligt sich regelmäßig an Sitzungen der Heimaufsicht und referiert zu speziellen Themenbereichen bei Veranstaltungen von Trägerorganisationen und Verbänden.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen

Im Vergleich zum 1. Halbjahr 2003 ist die Anzahl der durchgeführten Qualitätsprüfungen im 1. Halbjahr 2004 um 5 % gesteigert worden. Die Entwicklung der Prüfungen für das 2. Halbjahr 2004 ist momentan noch nicht absehbar. Die nächste Sitzung mit den Landesverbänden der Pflegekassen bleibt abzuwarten.



Medizinischer Dienst der Spitzenverbände
der Krankenkassen e.V. (MDS)

Lützowstraße 53

45141 Essen

Telefon: 02 01/83 27-0 · Telefax: 02 01/83 27-100

E-Mail: office@mds-ev.de · Internet: www.mds-ev.org