

2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI

Qualität in der ambulanten und stationären Pflege



Herausgeber:
Medizinischer Dienst der Spitzenverbände
der Krankenkassen e.V.
Lützowstraße 53
45141 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de

Bearbeitung:
Jürgen Brüggemann
MDS (Leitung)

Dr. Hans Gerber
MDK Bayern

Dr. Friedrich Schwegler
MDK Nordrhein

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

Titelbild: Ute Grabowsky/photothek.net

Herstellung & Druck:
asmuth druck + crossmedia gmbh & co. kg
50829 Köln

August 2007

Vorwort

Die sich aus dem SGB XI ergebende Berichtspflicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) sieht eine Berichterstattung im Abstand von drei Jahren vor. Im November 2004 hatte der MDS den 1. Bericht nach § 118 Abs. 4 SGB XI veröffentlicht. Damit wurde auf der Datenbasis von jeweils ca. 800 Prüfungen in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen die bis dahin umfassendste Darstellung der Qualitätssituation in der Pflege vorgelegt.

Der nun fertiggestellte 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI setzt diese Berichterstattung auf einer nochmals deutlich erweiterten Datenbasis fort: In diesen Bericht fließen die Ergebnisse aus 3.736 Prüfungen in ambulanten Pflegediensten unter Einbeziehung von 14.925 Pflegebedürftigen und aus 4.217 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen unter Einbeziehung von 24.648 Bewohnern ein. Damit können die Ergebnisse aus über 31 % der zugelassenen ambulanten Pflegedienste und aus über 41 % der zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen dargestellt werden. Hierdurch wird Transparenz zur Qualität der Pflegeinfrastruktur in Deutschland gewährleistet.

Die Pflegeeinrichtungen haben in den zurückliegenden drei Jahren erkennbare Anstrengungen unternommen, um die Pflegequalität in den Pflegeeinrichtungen weiterzuentwickeln. Bei vielen Qualitätskriterien lassen sich Verbesserungen nachweisen. Ein Teil dieser Entwicklungen ist auch auf die Wirkung der Arbeit des MDK zurückzuführen. Der Bericht zeigt aber auch, dass die Pflege nach wie vor ein Qualitätsproblem hat, aus dem sich ein erheblicher Optimierungsbedarf in den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen ergibt.

Es wird deutlich, dass mit der aktuellen Umsetzung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements durch die Pflegeeinrichtungen und die externe Qualitätssicherung durch den MDK ein ausgewogenes Verhältnis von Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und Beratung sowie Kontrolle durch den MDK gefunden worden ist. Auf beide Ansätze, interne Verantwortung und externe Qualitätssicherung, kann nicht verzichtet werden.

Der vorliegende Bericht ist in Zusammenarbeit zwischen dem MDS und den MDK aus den Bundesländern entstanden. Allen Beteiligten aus der MDK-Gemeinschaft gilt unser besonderer Dank.

Essen, im August 2007

Vorsitzender des
MDS-Vorstandes



(Dieter F. Märtens)

Altern. Vorsitzender des
MDS-Vorstandes



(Dr. Volker Hansen)

Geschäftsführer des
MDS



(Dr. Peter Pick)

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	8
Abbildungsverzeichnis	11
Zusammenfassung.....	15
1. Einführung.....	24
1.1 Vorbemerkungen	24
1.2 Verfahren der Datenermittlung.....	25
1.3 Beratungsorientierter Prüfansatz.....	25
1.4 Prüfrechte und Prüfablauf	26
1.5 Profession und Qualifikation der MDK-Mitarbeiter	27
2. Geprüfte Pflegeeinrichtungen	29
2.1 Pflegeinfrastruktur	29
2.1.1 Ambulante Pflege	29
2.1.2 Stationäre Pflege.....	31
2.2 Prüfungen in ambulanten Pflegediensten.....	32
2.3 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen.....	34
2.4 Prüfungen in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen	36
3. Prüfungen und Ergebnisse ambulante Pflege.....	38
3.1 Prüffarten ambulante Pflege	38
3.2 Prüfungsdurchführung ambulante Pflege.....	39
3.3 Strukturdaten geprüfte ambulante Pflegeeinrichtungen	40
3.4 Ergebnisse zur Prozess- und Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege	42
3.4.1 Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung.....	43
3.4.2 Pflegezustand	44
3.4.3 Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses.....	45

3.5 Ergebnisse zur Struktur- und Prozessqualität in der ambulanten Pflege	49
3.5.1 Allgemeine Angaben.....	49
3.5.2 Pflegetheoretische Grundlagen	50
3.5.3 Aufbauorganisation Personal.....	51
3.5.4 Ablauforganisation.....	53
3.5.5 Qualitätsmanagement.....	53
3.5.6 Beratung.....	55
3.5.7 Pflegedokumentationssystem	55
4. Prüfungen und Ergebnisse stationäre Pflege.....	56
4.1 Prüffarten stationäre Pflege	56
4.2 Prüfungsdurchführung stationäre Pflege	57
4.3 Strukturdaten geprüfte stationäre Pflegeeinrichtungen	58
4.4 Ergebnisse zur Prozess- und Ergebnisqualität in der stationären Pflege.....	60
4.4.1 Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung.....	60
4.4.2 Pflegezustand	62
4.4.3 Freiheitseinschränkende Maßnahmen	62
4.4.4 Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses.....	63
4.5 Ergebnisse zur Struktur- und Prozessqualität in der stationären Pflege.....	68
4.5.1 Allgemeine Angaben.....	68
4.5.2 Pflegetheoretische Grundlagen	69
4.5.3 Aufbauorganisation Personal.....	70
4.5.4 Ablauforganisation.....	72
4.5.5 Qualitätsmanagement.....	73
4.5.6 Soziale Betreuung	75
4.5.7 Pflegedokumentationssystem	75

5. Schwerpunktthemen	76
5.1 Vergleich zwischen Pflegeeinrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement	76
5.2 Nutzenbewertung von Qualitätsprüfungen durch geprüfte Pflegeeinrichtungen – Befragungsergebnisse des MDK Nordrhein	79
5.3 Zusammenhang ausgewählter Kriterien der Struktur- und Prozessqualität mit der Qualität der pflegerischen Versorgung	91
Ausblick.....	96
Ein Beispiel aus der Prüfpraxis: Die Wirkung einer MDK-Qualitätsprüfung auf die Entwicklung der Pflegequalität einer stationären Pflegeeinrichtung	99
Kurzberichte der MDK	105
MDK Baden-Württemberg	105
MDK Bayern	108
MDK Berlin-Brandenburg	110
MDK im Lande Bremen	113
MDK in Hessen	117
MDK Mecklenburg-Vorpommern	119
MDK Niedersachsen	122
MDK Nord	126
MDK Nordrhein	128
MDK Rheinland-Pfalz	130
MDK im Saarland.....	133
MDK Sachsen	135
MDK Sachsen-Anhalt	137
MDK Thüringen	140
MDK Westfalen-Lippe	142
Knappschafft	143

Anhang	145
Tabellen – Ambulante Pflege	146
Abbildungen – Ambulante Pflege	149
Tabellen – Stationäre Pflege.....	167
Abbildungen – Stationäre Pflege.....	170
Tabellen – Schwerpunktthema 5.1	189
Abbildungen – Schwerpunktthema 5.1	190
Abbildungen – Schwerpunktthema 5.2	193
Tabellen – Schwerpunktthema 5.3.....	200
Abbildungen – Schwerpunktthema 5.3	202
Literatur.....	209

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Zugelassene ambulante Pflegedienste 2006	30
Tabelle 2:	Eckdaten ambulanter Pflegedienste 2005	30
Tabelle 3:	Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen 2006	31
Tabelle 4:	Eckdaten stationärer Pflegeeinrichtungen 2005	32
Tabelle 5:	Ambulante Pflege – Einzel- und Stichprobenprüfungen (ohne Mehrfach- und Doppelprüfungen) differenziert nach Bundesländern bis Ende 2006	33
Tabelle 6:	Ambulante Pflege – Prüfungen nach Prüffarten bis Ende 2006	33
Tabelle 7:	Stationäre Pflege – Einzel- und Stichprobenprüfungen (ohne Mehrfach- und Doppelprüfungen) differenziert nach Bundesländern bis Ende 2006	35
Tabelle 8:	Stationäre Pflege – Prüfungen nach Prüffarten bis Ende 2006	35
Tabelle 9:	Ambulante Pflege – Andere an der Prüfung Beteiligte 2004 - 1. HJ 2006	40
Tabelle 10:	Ambulante Pflege – Prüfungen nach Trägerart 2004 - 1. HJ 2006	40
Tabelle 11:	Stationäre Pflege – Andere an der Prüfung Beteiligte 2004 - 1. HJ 2006	58
Tabelle 12:	Stationäre Pflege – Anteile Prüfungen nach Trägerart 2004 - 1. HJ 2006	59
Tabelle 13:	Ambulante Pflege – Zufriedenheit	146
Tabelle 14:	Ambulante Pflege – Pflegezustand	146
Tabelle 15:	Ambulante Pflege – Pflegedokumentation und Pflegeprozess	146
Tabelle 16:	Ambulante Pflege – Prozess-/Ergebnisqualität	147
Tabelle 17:	Ambulante Pflege – Allgemeine Angaben	147
Tabelle 18:	Ambulante Pflege – Pflege theoretische Grundlagen	147
Tabelle 19:	Ambulante Pflege – Aufbauorganisation Personal	147
Tabelle 20:	Ambulante Pflege – Verantwortungswahrnehmung verantwortliche Pflegefachkraft	148

Tabelle 21:	Ambulante Pflege – Ablauforganisation	148
Tabelle 22:	Ambulante Pflege – Qualitätsmanagement	148
Tabelle 23:	Ambulante Pflege – Pflegeeinsätze	148
Tabelle 24:	Ambulante Pflege – Pflegedokumentationssystem	148
Tabelle 25:	Stationäre Pflege – Zufriedenheit	167
Tabelle 26:	Stationäre Pflege – Pflegezustand	167
Tabelle 27:	Stationäre Pflege – Freiheitseinschränkende Maßnahmen	167
Tabelle 28:	Stationäre Pflege – Pflegedokumentation und Pflegeprozess	167
Tabelle 29:	Stationäre Pflege – Prozess-/Ergebnisqualität	168
Tabelle 30:	Stationäre Pflege – Behandlungspflege und Umgang mit Medikamenten	168
Tabelle 31:	Stationäre Pflege – Allgemeine Angaben	168
Tabelle 32:	Stationäre Pflege – Pflege theoretische Grundlagen	168
Tabelle 33:	Stationäre Pflege – Aufbauorganisation Personal	168
Tabelle 34:	Stationäre Pflege – Verantwortungswahrnehmung verantwortliche Pflegefachkraft	169
Tabelle 35:	Stationäre Pflege – Ablauforganisation	169
Tabelle 36:	Stationäre Pflege – Qualitätsmanagement	169
Tabelle 37:	Stationäre Pflege – Soziale Betreuung	169
Tabelle 38:	Stationäre Pflege – Pflegedokumentationssystem	169
Tabelle 39:	Einrichtungen mit zertifiziertem Qualitätsmanagement 2004 - 1. HJ 2006	189
Tabelle 40:	Ambulante Pflege – Qualitätsprofil von Einrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement 2004 - 1. HJ 2006	189
Tabelle 41:	Stationäre Pflege – Qualitätsprofil von Einrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement 2004 - 1. HJ 2006	189
Tabelle 42:	Ergebnisse Versorgungsqualität (Dekubitusprophylaxe und -therapie sowie Ernährung und Flüssigkeitsversorgung)	200
Tabelle 43:	Stationäre Pflege – Dekubitusprophylaxe/-therapie 2. HJ 2003/1. HJ 2006 in Korrelation mit Vergleichskriterien	200

Tabelle 44:	Ambulante Pflege – Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sachgerecht in v. H. 2. HJ 2003/1. HJ 2006 in Korrelation mit Vergleichskriterien	200
Tabelle 45:	Stationäre Pflege – Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sachgerecht in v. H. 2. HJ 2003/1. HJ 2006 in Korrelation mit Vergleichskriterien	201
Tabelle 46:	Vergleichskriterien mit niedrigen Rängen.....	201
Tabelle 47:	Vergleichskriterien mit hohen Rängen	201

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Mitarbeiter der MDK nach Profession 2006	28
Abbildung 2:	Ambulante Pflege – Prüfungen nach Prüffarten	34
Abbildung 3:	Stationäre Pflege – Prüfungen nach Prüffarten bis Ende 2006	36
Abbildung 4:	Anteil geprüfter Pflegeeinrichtungen bis Ende 2006	37
Abbildung 5:	Prüfquoten (einschließlich Evaluation) 2006	37
Abbildung 6:	Ambulante Pflege – Prüffarten 2004 - 2006.....	39
Abbildung 7:	Ambulante Pflege – Prüfungen nach Trägerart 2004 – 1. HJ 2006.....	41
Abbildung 8:	Ambulante Pflege – Anteil Einrichtungen mit zertifiziertem Qualitätsmanagement 2004 – 1. HJ 2006.....	42
Abbildung 9:	Stationäre Pflege – Prüffarten 2004 - 1. HJ 2006	57
Abbildung 10:	Stationäre Pflege – Anteile Prüfungen nach Trägerart 2004 - 1. HJ 2006	59
Abbildung 11:	Stationäre Pflege – Anteile zertifizierte geprüfte Einrichtungen 2004 - 1. HJ 2006	60
Abbildung 12:	Ambulante Pflege – Zufriedenheit (Teil I).....	149
Abbildung 13:	Ambulante Pflege – Zufriedenheit (Teil II).....	150
Abbildung 14:	Ambulante Pflege – Zufriedenheit (Teil III).....	151
Abbildung 15:	Ambulante Pflege – Pflegezustand.....	152
Abbildung 16:	Ambulante Pflege – Pflegedokumentation und Pflegeprozess (Teil I)	153
Abbildung 17:	Ambulante Pflege – Pflegedokumentation und Pflegeprozess (Teil II)	154
Abbildung 18:	Ambulante Pflege – Pflegedokumentation und Pflegeprozess (Teil III).....	155
Abbildung 19:	Ambulante Pflege – Prozess-/Ergebnisqualität	156
Abbildung 20:	Ambulante Pflege – Allgemeine Angaben	157
Abbildung 21:	Ambulante Pflege – Pflege theoretische Grundlagen.....	158

Abbildung 22:	Ambulante Pflege – Aufbauorganisation Personal (Teil I).....	159
Abbildung 23:	Ambulante Pflege – Aufbauorganisation Personal (Teil II).....	160
Abbildung 24:	Ambulante Pflege – Verantwortungswahrnehmung verantwortliche Pflegefachkraft.....	161
Abbildung 25:	Ambulante Pflege – Ablauforganisation.....	162
Abbildung 26:	Ambulante Pflege – Qualitätsmanagement (Teil I).....	163
Abbildung 27:	Ambulante Pflege – Qualitätsmanagement (Teil II).....	164
Abbildung 28:	Ambulante Pflege – Pflegeeinsätze.....	165
Abbildung 29:	Ambulante Pflege – Pflegedokumentationssystem.....	166
Abbildung 30:	Stationäre Pflege – Zufriedenheit (Teil I).....	170
Abbildung 31:	Stationäre Pflege – Zufriedenheit (Teil II).....	171
Abbildung 32:	Stationäre Pflege – Pflegezustand.....	172
Abbildung 33:	Stationäre Pflege – Gesetzeskonformer Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen.....	173
Abbildung 34:	Stationäre Pflege – Pflegedokumentation und Pflegeprozess (Teil I).....	174
Abbildung 35:	Stationäre Pflege – Pflegedokumentation und Pflegeprozess (Teil II).....	175
Abbildung 36:	Stationäre Pflege – Pflegedokumentation und Pflegeprozess (Teil III).....	176
Abbildung 37:	Stationäre Pflege – Prozess-/Ergebnisqualität.....	177
Abbildung 38:	Stationäre Pflege – Behandlungspflege und Umgang mit Medikamenten.....	178
Abbildung 39:	Stationäre Pflege – Allgemeine Angaben.....	179
Abbildung 40:	Stationäre Pflege – Pflege theoretische Grundlagen.....	180
Abbildung 41:	Stationäre Pflege – Aufbauorganisation Personal (Teil I).....	181
Abbildung 42:	Stationäre Pflege – Aufbauorganisation Personal (Teil II).....	182
Abbildung 43:	Stationäre Pflege – Verantwortungswahrnehmung verantwortliche Pflegefachkraft.....	183
Abbildung 44:	Stationäre Pflege – Ablauforganisation.....	184
Abbildung 45:	Stationäre Pflege – Qualitätsmanagement (Teil I).....	185

Abbildung 46:	Stationäre Pflege – Qualitätsmanagement (Teil II).....	186
Abbildung 47:	Stationäre Pflege – Soziale Betreuung.....	187
Abbildung 48:	Stationäre Pflege – Pflegedokumentationssystem.....	188
Abbildung 49:	Einrichtungen mit zertifiziertem Qualitätsmanagement nach Prüforten 2004 - 1. HJ 2006.....	190
Abbildung 50:	Ambulante Pflege – Qualitätsprofil Einrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement 2004 - 1. HJ 2006.....	191
Abbildung 51:	Stationäre Pflege – Qualitätsprofil Einrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement 2004 - 1. HJ 2006.....	192
Abbildung 52:	Wie haben Sie die durchgeführte Prüfung insgesamt erlebt?.....	193
Abbildung 53:	War die Prüfung angemeldet?.....	194
Abbildung 54:	Das Einführungsgespräch war aus Ihrer Sicht	195
Abbildung 55:	Der Prüfungsverlauf war aus Ihrer Sicht	196
Abbildung 56:	Das Abschlussgespräch war aus Ihrer Sicht	197
Abbildung 57:	Die vorläufigen Empfehlungen waren aus Ihrer Sicht nachvollziehbar	198
Abbildung 58:	Der praktische Nutzen der Prüfung für die Qualitätssicherung in Ihrer Einrichtung war hoch	199
Abbildung 59:	Ergebnisse Dekubitusprophylaxe und -therapie sowie Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	202
Abbildung 60:	Stationäre Pflege – Dekubitusprophylaxe/-therapie sachgerecht in Korrelation mit Vergleichskriterien 1. HJ 2006	203
Abbildung 61:	Stationäre Pflege – Dekubitusprophylaxe/-therapie sachgerecht in Korrelation mit Vergleichskriterien 2. HJ 2003/1. HJ 2006.....	204
Abbildung 62:	Ambulante Pflege – Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sachgerecht in Korrelation mit Vergleichskriterien 1. HJ 2006	205
Abbildung 63:	Ambulante Pflege – Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sachgerecht in Korrelation mit Vergleichskriterien 2. HJ 2003/1. HJ 2006.....	206

Abbildung 64: Stationäre Pflege – Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sachgerecht in Korrelation mit Vergleichskriterien 1. HJ 2006	207
Abbildung 65: Stationäre Pflege – Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sachgerecht in Korrelation mit Vergleichskriterien 2. HJ 2003/1. HJ 2006.....	208

Zusammenfassung

Auf der Grundlage der in § 118 Abs. 4 SGB XI genannten Berichtspflicht wird hiermit zum zweiten Mal ein Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) vorgelegt. Aufgabe dieses Berichtes ist es, die ebenfalls auf der Grundlage des SGB XI zu erstellenden Berichte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) über die Qualität in der Pflege zusammenzufassen und durch eigene Erkenntnisse und Erfahrungen des MDS zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu ergänzen. Der Bericht ist den Spitzenverbänden der Pflegekassen sowie dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie den zuständigen Landesministerien vorzulegen.

Der Bericht bezieht sich auf den Berichtszeitraum 2004 – 2006. Für den aktuellen Bericht konnten Einzeldatensätze aus 3.736 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten unter Einbeziehung von 14.925 Pflegebedürftigen und aus 4.217 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen unter Einbeziehung von 24.648 Bewohnern ausgewertet werden. Das entspricht einem Anteil von 31,1 % aller zugelassenen Pflegedienste und einem Anteil von 41,6 % aller zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen. Beim 1. Bericht des MDS, der auf der Grundlage der Qualitätsprüfungen im 2. HJ 2003 erstellt worden ist, umfasste die Datenbasis einen Anteil von 7 % der zugelassenen Pflegedienste und von 8 % der zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen.

Bei den anlassbezogenen Einzelprüfungen, denen in der Regel eine Beschwerde zu Grunde liegt, kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Negativselektion von Pflegeeinrichtungen zustande kommt. Daher ist hinsichtlich der Frage der Repräsentativität der in diesem Bericht dargestellten Ergebnisse der Anteil der anlassbezogenen Prüfungen an den ausgewerteten Qualitätsprüfungen von Bedeutung. Dieser betrug im 1. Bericht des MDS noch 19,7 % bei den Pflegediensten und 30,6 % bei den stationären Pflegeeinrichtungen. Für den aktuellen Berichtszeitraum liegt dieser Anteil bei 18,8 % in der ambulanten Pflege und bei 23,7 % bei den Heimen. Insgesamt kann daher davon ausgegangen werden, dass die in diesem Bericht dargestellten Ergebnisse auf die Grundgesamtheit der zugelassenen Pflegeeinrichtungen übertragbar sind.

Durch sein breites Datenfundament ist dieser Bericht die umfassendste Informationsquelle zur Qualität der Pflegeinfrastruktur in Deutschland. Da diesem Bericht die gleichen Erhebungsinstrumente und Qualitätskriterien zu Grunde liegen wie dem 1. Bericht, kann erstmalig auch die Entwicklung der Pflegequalität im zeitlichen Verlauf dargestellt werden.

Die externe Qualitätssicherung des MDK soll die Pflegeeinrichtungen in ihrem Bemühen um den Aufbau und die Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements flankierend unterstützen. Entsprechend diesem Verständnis verfolgt der MDK einen beratungsorientierten Prüfansatz. Darüber

hinaus dient die Qualitätsprüfung auch der Funktion des Verbraucherschutzes. Diese Funktion kommt insbesondere in solchen Pflegeeinrichtungen zum Tragen, in denen gravierende Qualitätsdefizite zu Schädigungen von Versicherten führen können.

Der MDK setzte im Jahr 2006 175 Mitarbeiter bei den Qualitätsprüfungen ein, dabei handelt es sich mit 145 Mitarbeitern überwiegend um für die Aufgabe speziell qualifizierte Pflegefachkräfte.

Die Prüfquote hat sich auf einem hohen Niveau etabliert und lag im Jahr 2006 bei 18,5 % bundesweit (ambulant 13,5 %, stationär 24,4 %), wobei weiterhin regionale Unterschiede bestehen. In den meisten Bundesländern liegt der Schwerpunkt der Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Insgesamt werden mehr Qualitätsprüfungen in der stationären als in der ambulanten Pflege durchgeführt.

Von Beginn der Qualitätsprüfungen im Jahr 1996 bis Ende 2006 ist ein Anteil von etwa 72,8 % aller zugelassenen ambulanten (66,6 %) und stationären (80,2 %) Pflegeeinrichtungen mindestens einmal vom MDK geprüft worden.

Der Anteil der unangemeldeten Prüfungen betrug im Jahr 2006 bei den anlassbezogenen Qualitätsprüfungen – hier liegt meist eine Beschwerde zu Grunde – in der ambulanten Pflege 42,2 % und in der stationären Pflege 72,1 %. Bezogen auf alle Prüfarten betrug der Anteil der unangemeldeten Prüfungen in der ambulanten Pflege 10,5 % und in der stationären Pflege 56,0 %.

Im Vergleich zum 1. Bericht sind Verbesserungen in der Qualität der Pflege zu verzeichnen, allerdings zum Teil auf der Grundlage eines niedrigen Ausgangsniveaus. Die Prüfergebnisse des MDK belegen nach wie vor einen erheblichen Entwicklungsbedarf in der Qualität der Pflege.

Die eingetretenen Verbesserungen sind einerseits den Qualitätsbemühungen der Pflegeeinrichtungen zuzuschreiben, andererseits haben die Qualitätsprüfungen des MDK direkt und indirekt Einfluss auf die Qualitätsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen genommen. Die Entwicklungschancen für Pflegeeinrichtungen, die sich aus MDK-Prüfungen auf der Grundlage des beratungsorientierten Prüfansatzes ergeben, werden exemplarisch anhand eines Beispiels aus der Prüfpraxis in einer stationären Pflegeeinrichtung beschrieben (siehe Seite 99).

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden gesondert im Grafik- und Tabellenanhang für die Jahre 2004 – 2006 dargestellt. Damit ist es möglich, die Verläufe zwischen den Jahren abzubilden und Vergleiche zwischen dem 1. Bericht und den Ergebnissen dieses Berichtes zu ziehen. Aufgrund der Umstellung auf neue Prüfgrundlagen (Qualitätsprüfungs-Richtlinien, Erhebungsbogen und MDK-Anleitungen vom 10. November 2005) im Laufe des Jahres 2006 wurden für das Jahr 2006 die Daten aus dem ersten Halbjahr (1. HJ) einbezogen. Die im Text dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Ergebnisse der Prüfungen im 1. HJ 2006.

Grundlage der Bewertung bei der Ergebnisdarstellung einer angemessenen Versorgung in der Pflege sind die Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI sowie die MDK-Anleitungen zur Prüfung der Qualität, die sich auf den aktuellen Stand der Pflegekenntnisse beziehen. Davon abweichende geeignete Vorgehensweisen werden ebenfalls positiv berücksichtigt.

Ambulante Pflege

Im Jahr 2006 sind 1.614 Prüfungen in ambulanten Pflegediensten durchgeführt worden. Aufgrund der Umstellung auf neue Prüfgrundlagen im Jahre 2006 standen für diesen Bericht die Daten aus 601 Prüfungen des 1. HJ 2006 zur Verfügung.

Die Ermittlung der Ergebnisqualität erfolgt im Rahmen der Erhebung beim Pflegebedürftigen. Allein bei den 601 für das Jahr 2006 vorliegenden Einrichtungsergebnissen wurden 2.324 Pflegebedürftige besucht.

Bei den Qualitätsprüfungen des MDK stehen die fachlichen und objektiv beurteilbaren Aspekte der Qualität im Vordergrund. Daneben bieten die Ergebnisse aus der Befragung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen Informationen zu deren Zufriedenheit. Die Zufriedenheitswerte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bewegen sich mit jeweils über 90 % (z.B. Einhaltung der Einsatzzeiten 98,2 %, Einsatz eines überschaubaren Kreises von Mitarbeitern 97,3 %) weiterhin auf einem hohen Niveau. Ein leichter Rückgang ist lediglich bei der Frage zu verzeichnen, ob die vereinbarten Leistungen vom Pflegedienst durchgeführt worden sind (2. HJ 2003 93,0 %, 1. HJ 2006 92,2 %). Es ist darauf hinzuweisen, dass sich ältere Menschen bei Befragungen tendenziell überwiegend positiv äußern und dass aufgrund kognitiver Einschränkungen nur ein Teil der Pflegebedürftigen im Rahmen der Qualitätsprüfung befragt werden kann.

Die fachliche Bewertung der Versorgung im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität umfasst insbesondere die Erhebung des Pflegezustandes und den Umgang mit konkreten Pflegeproblemen.

Der Pflegezustand (z.B. Hautzustand, Mundzustand, Versorgung mit Sonden, Kathetern und Inkontinenzprodukten) war bei 94,3 % (2. HJ 2003 91,2 %) der in die Prüfung einbezogenen Personen angemessen, bei 5,7 % der besuchten Pflegebedürftigen ist ein unzureichender Pflegezustand festgestellt worden, der unmittelbar auf die Qualität der Versorgung durch den Pflegedienst zurückzuführen war. Auch bei einem angemessenen Pflegezustand können aber Defizite in der Prozessqualität vorliegen (z.B. bei der Dekubitusprophylaxe).

Bei den Qualitätskriterien, die sich mit konkreten Pflegeproblemen beschäftigen (Dekubitusprophylaxe, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Inkontinenzversorgung sowie Versorgung von Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen), bewegen sich die Pflegeeinrichtungen nach wie vor auf einem nicht zufriedenstellenden Niveau. Im Verlauf sind jedoch Verbesserungen zwischen 3,3 und 7,6 % im Vergleich zum 1. Bericht feststellbar. Im 1. HJ 2006 lag der Anteil der Personen mit einer

- angemessenen Dekubitusprophylaxe bei 57,6 % (2. HJ 2003 50,8 %), während bei 42,4 % Defizite festgestellt wurden
- angemessenen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung bei 70,4 % (2. HJ 2003 62,8 %), hingegen lagen bei 29,6 % Defizite vor
- angemessenen Inkontinenzversorgung bei 78,5 % (2. HJ 2003 75,2 %), bei 21,5 % fanden sich Defizite
- angemessenen Versorgung von Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen bei 73,9 % (2. HJ 2003 67,3 %), bei 26,1 % lagen hingegen Defizite vor.

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

Bei der Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation sind auf der Grundlage niedriger Ausgangsniveaus im ersten Berichtszeitraum Verbesserungen zu verzeichnen. Erheblicher Optimierungsbedarf besteht weiterhin bei entscheidenden Schritten des Pflegeprozesses: Eine individuelle Maßnahmenplanung ist bei 48,4 % (2. HJ 2003 45,9 %) der Pflegebedürftigen nachvollziehbar gewesen, eine Evaluation des Pflegeprozesses bei 49,7 % (2. HJ 2003 41,9 %). Situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen war bei 79,9 % (2. HJ 2003 66,3 %) der analysierten Pflegedokumentationen erkennbar. Das heißt, dass bei 1/5 der einbezogenen Personen z.B. bei Sturzereignissen oder anderen kritischen Situationen eine Ursachenanalyse oder eine Information an den Hausarzt nicht feststellbar war.

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

Der Bekanntheitsgrad der in den Pflegeeinrichtungen entwickelten Pflegekonzepte bei den Mitarbeitern gilt als Indikator für deren Umsetzung. Bei 59,0 % (2. HJ 2003 50,9 %) der Pflegeeinrichtungen waren die Pflegekonzepte den Mitarbeitern bekannt. Damit waren in vier von zehn ambulanten Pflegediensten den Mitarbeitern die konzeptionellen Grundlagen für ihre Arbeit nicht bekannt.

Die Wahrnehmung der Managementaufgaben durch die verantwortlichen Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflege zeigt kaum Verbesserungen:

- Die Verantwortungswahrnehmung für die Planung der Pflegeprozesse ist leicht rückläufig (2. HJ 2003 61,7 %, 1. HJ 2006 60,0 %)
- die Verantwortungswahrnehmung für die Führung der Pflegedokumentation stagniert (2. HJ 2003 60,4 %, 1. HJ 2006 60,5%)
- die Verantwortungswahrnehmung bei der Einsatzplanung ist rückläufig (2. HJ 2003 86,4 %, 1. HJ 2006 83,6%)
- die Verantwortungswahrnehmung für die Durchführung von Dienstbesprechungen hat sich leicht verbessert (2. HJ 2003 87,6 %, 1. HJ 2006 88,9%).

Die fachliche Überprüfung der Pflegekräfte durch geeignete Methoden (z.B. Pflegevisiten) wurde im Jahr 2006 lediglich bei 60,9 % (2. HJ 2003 51,8 %) gewährleistet. Ein qualifikationsgemäßer Einsatz der Pflegekräfte erfolgte bei 69,8 % (2. HJ 2003 68,2 %) der ambulanten Pflegedienste. In einem knappen Drittel der Pflegeeinrichtungen wurden Mitarbeiter mit Aufgaben betraut, für die sie nicht ausreichend qualifiziert waren.

Nach wie vor führen nur ca. 70,9 % (2. HJ 2003 71,0 %) der geprüften Pflegedienste interne Qualitätssicherungsmaßnahmen durch. Der Anteil der Pflegedienste, die ihre Fortbildungen auf der Grundlage eines Fortbildungsplanes durchführen, ist hingegen von 59,7% (2. HJ 2003) auf 77,2 % (1. HJ 2006) gestiegen.

Leichte Verbesserungen sind bei der Anwendung von Einarbeitungskonzepten zu verzeichnen (2. HJ 2003 60,0 %, 1. HJ 2006 64,7 %).

Deutlich häufiger als beim 1. Bericht wenden ambulante Pflegedienste Hygienestandards an (2. HJ 2003 51,2 %, 1. HJ 2006 72,4%). In über 1/4 aller ambulanten Pflegedienste werden Hygienestandards immer noch nicht umgesetzt.

Stationäre Pflege

Im Jahr 2006 sind 2.469 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt worden. Aufgrund der Umstellung auf neue Prüfgrundlagen im Jahre 2006 standen für diesen Bericht die Daten aus 718 Prüfungen des 1. HJ 2006 zur Verfügung. Durch die Beteiligung der Heimaufsicht, die im Vergleich zum 1. Bericht noch einmal erhöht werden konnte, wird der Zielsetzung des Pflegequalitätssicherungsgesetzes (PQsG) und des Heimgesetzes sowie den Wünschen der Pflegeeinrichtungen entsprochen, Doppelprüfungen möglichst zu vermeiden. In 54,5 % der Prüfungen des MDK war die Heimaufsicht beteiligt (2. HJ 2003 45,5 %).

Die Ermittlung der Ergebnisqualität erfolgt im Rahmen der Erhebung beim Bewohner. Allein bei den 718 für das Jahr 2006 vorliegenden Einrichtungsergebnissen wurden 4.309 Bewohner aufgesucht.

Bei den Qualitätsprüfungen des MDK stehen die fachlichen und objektiv beurteilbaren Aspekte der Qualität im Vordergrund. Daneben bieten die Ergebnisse aus der Befragung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen Informationen zu deren Zufriedenheit. Die Zufriedenheitswerte der auskunftsfähigen Bewohner bewegen sich mit jeweils über 90 % (z.B. Körperpflege entsprechend den Wünschen und Bedürfnissen erbracht 95,7 %, Abstand zwischen Mahlzeiten angemessen 94,5 %) weiterhin auf einem hohen Niveau. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich ältere Menschen bei Befragungen tendenziell überwiegend positiv äußern und dass aufgrund kognitiver Einschränkungen nur ein Teil der Bewohner im Rahmen der Qualitätsprüfung befragt werden kann.

Die fachliche Bewertung der Versorgung im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität umfasst insbesondere die Erhebung des Pflegezustandes und den Umgang mit konkreten Pflegeproblemen.

Der Pflegezustand (z.B. Hautzustand, Mundzustand, Versorgung mit Sonden, Kathetern und Inkontinenzprodukten) war bei 90,0 % (2. HJ 2003 82,6 %) der in die Prüfung einbezogenen Bewohner angemessen, bei jedem zehnten der aufgesuchten Bewohner ist ein unzureichender Pflegezustand festgestellt worden, der unmittelbar auf die Qualität der Versorgung durch die stationäre Pflegeeinrichtung zurückzuführen war. Auch bei einem angemessenen Pflegezustand können aber Defizite in der Prozessqualität vorliegen (z.B. bei der Dekubitusprophylaxe).

Der Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen war bei 93,5 % (2. HJ 2003 91,4 %) der Bewohner angemessen, bei 6,5 % der Bewohner entsprach der Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen nicht den gesetzlichen Anforderungen.

Bei den Qualitätskriterien, die sich mit konkreten Pflegeproblemen beschäftigen (Dekubitusprophylaxe, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Inkontinenzversorgung sowie Versorgung von Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen), bewegen sich die Pflegeeinrichtungen nach wie vor auf einem nicht zufriedenstellenden Niveau. Im Verlauf sind jedoch Verbesserungen zwischen 4,6 und 7,6 % im Vergleich zum 1. Bericht feststellbar. Im Jahr 2006 lag der Anteil der Personen mit einer

- angemessenen Dekubitusprophylaxe bei 64,5 % (2. HJ 2003 56,9 %), während bei 35,5 % Defizite festgestellt wurden
- angemessenen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung bei 65,6 % (2. HJ 2003 59,0 %), hingegen lagen bei 34,4 % Defizite vor
- angemessenen Inkontinenzversorgung bei 84,5 % (2. HJ 2003 79,9 %), bei 15,5 % fanden sich Defizite
- angemessenen Versorgung von Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen bei 69,7 % (2. HJ 2003 69,6 %), bei 30,3 % lagen hingegen Defizite vor.

Im Umgang mit Medikamenten zeigte sich eine vollständige und korrekte Dokumentation bei 94,1 % (2. HJ 2003 87,5 %) der Bewohner, die Bedarfsmedikation war bei 86,1 % (2. HJ 2003 78,2 %) der Bewohner nachvollziehbar und bei 92,2 % (2. HJ 2003 83,4 %) der Bewohner wurden die Medikamente nach der Pflegedokumentation gerichtet. Auch wenn diese Werte im Vergleich zum 1. Bericht verbessert werden konnten, besteht aufgrund der besonderen Gefahrenneigung weiterhin beim Umgang mit Medikamenten Optimierungsbedarf.

Die oben dargestellten Qualitätsdefizite weisen auf potentielle Gesundheitsgefährdungen der Pflegebedürftigen hin.

Bei der Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation sind auf der Grundlage niedriger Ausgangsniveaus Verbesserungen zu verzeichnen. Wenn in der stationären Pflege auch bessere Ergebnisse erreicht werden als in der ambulanten Pflege, so besteht auch hier weiterhin bei entscheidenden

Schritten des Pflegeprozesses erheblicher Optimierungsbedarf: Eine individuelle Maßnahmenplanung ist bei 56,8 % (2. HJ 2003 50,7 %) der Bewohner nachvollziehbar gewesen, eine Evaluation des Pflegeprozesses bei 63,5 % (2. HJ 2003 49,5 %). Situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen war bei 85,8 % (2. HJ 2003 72,3 %) der analysierten Pflegedokumentationen erkennbar. Das heißt, dass 14,2 % der einbezogenen Bewohner z.B. bei Sturzereignissen oder anderen kritischen Ereignissen eine Ursachenanalyse oder eine Information an den Hausarzt nicht feststellbar war.

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

Der Bekanntheitsgrad der in den Pflegeeinrichtungen entwickelten Pflegekonzepte bei den Mitarbeitern gilt als Indikator für deren Umsetzung. Bei 75,6 % (2. HJ 2003 58,0 %) der Pflegeeinrichtungen waren die Pflegekonzepte den Mitarbeitern bekannt. Damit waren in 1/4 der stationären Pflegeeinrichtungen den Mitarbeitern die konzeptionellen Grundlagen für ihre Arbeit nicht bekannt.

Die Wahrnehmung der Managementaufgaben durch die verantwortlichen Pflegefachkräfte in der stationären Pflege zeigt zwischen dem 2. HJ 2003 und dem 1. HJ 2006 Verbesserungen:

- Die Verantwortungswahrnehmung für die Planung der Pflegeprozesse stieg von 62,7 % auf 74,8 %
- die Verantwortungswahrnehmung für die Führung der Pflegedokumentation stieg von 62,7 % auf 74,4 %
- die Verantwortungswahrnehmung für die Dienstplanung erhöhte sich von 79,8 % auf 90,3 %
- die Verantwortungswahrnehmung für die Durchführung von Dienstbesprechungen erhöhte sich von 88,1 % auf 92,8 %.

In der stationären wie in der ambulanten Pflege zeigt sich, dass es den verantwortlichen Pflegekräften besser gelingt, entsprechende Regelungen für die Dienst- und Einsatzplanung sowie für die Durchführung von Besprechungen zu treffen, als notwendige Regelungen zur Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation.

Die fachliche Überprüfung der Pflegekräfte durch geeignete Methoden (z.B. Pflegevisiten) wurde im Jahr 2006 bei lediglich 65,9 % (2. HJ 2003 54,1 %) der stationären Pflegeeinrichtungen gewährleistet. Der qualifikationsgemäße Einsatz der Pflegekräfte erfolgte bei 76,6 % (2. HJ 2003 68,7 %) der stationären Pflegeeinrichtungen. In einem knappen Viertel der Pflegeeinrichtungen wurden hingegen Mitarbeiter mit Aufgaben betraut, für die sie nicht ausreichend qualifiziert waren.

Anders als in der ambulanten Pflege konnten sich die stationären Pflegeeinrichtungen bei der Durchführung interner Qualitätssicherungsmaßnahmen verbes-

sern. Inzwischen führen 89,6 % (2. HJ 2003 75,7 %) der stationären Pflegeeinrichtungen interne Qualitätssicherungsmaßnahmen durch.

Deutliche Verbesserungen sind bei der Anwendung von Einarbeitungskonzepten zu verzeichnen (2. HJ 2003 63,4 %, 1. HJ 2006 82,7 %). Ein knappes Fünftel der stationären Pflegeeinrichtungen setzt allerdings noch keine Einarbeitungskonzepte ein.

Der Anteil der stationären Pflegeeinrichtungen, die Hygienestandards umsetzen, ist in der Zeit vom 2. HJ 2003 (65,6 %) zum 1. HJ 2006 (85,1 %) deutlich angestiegen. In mehr als 10 % der stationären Pflegeeinrichtungen werden Hygienestandards noch nicht umgesetzt.

Die soziale Betreuung gehört zum gesetzlich vorgeschriebenen und vertraglich vereinbarten Leistungsumfang einer jeden Pflegeeinrichtung. Daher ist es verständlich, dass bei den Qualitätsprüfungen des MDK immerhin fast 4 % der stationären Pflegeeinrichtungen keine Angebote der sozialen Betreuung nachweisen können (96,1 % der stationären Pflegeeinrichtungen bieten Leistungen der sozialen Betreuung an) (2. HJ 2003 92,7 %). Bei 70,2 % (2. HJ 2003 66,7 %) der Pflegeeinrichtungen ist das Angebot der sozialen Betreuung auf die Bewohnerklientel ausgerichtet. In drei von zehn stationären Pflegeeinrichtungen ist dies noch nicht der Fall, so dass die Betreuungsangebote einen Teil der Bewohner nicht erreichen.

Schwerpunkthemen

Als Schwerpunkthemen finden sich in diesem Bericht ein „Vergleich zwischen Pflegeeinrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement“, eine „Nutzenbewertung von Qualitätsprüfungen durch geprüfte Pflegeeinrichtungen“ auf der Grundlage von Befragungsergebnissen des MDK Nordrhein sowie der „Zusammenhang ausgewählter Kriterien der Struktur- und Prozessqualität mit der Qualität der pflegerischen Versorgung“.

Vergleich zwischen Pflegeeinrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement

Von den in der Zeit zwischen 2004 und dem 1. HJ 2006 bundesweit geprüften Pflegeeinrichtungen hatten 3,8 % (140) der ambulanten Pflegedienste und 5,4 % (226) der stationären Pflegeeinrichtungen ein zertifiziertes Qualitätsmanagement. Die Prüfergebnisse dieser Pflegeeinrichtungen wurden einem Vergleich unterzogen mit den im gleichen Zeitraum geprüften Pflegeeinrichtungen ohne ein zertifiziertes Qualitätsmanagement. Dieser Vergleich hat ergeben, dass zertifizierte Pflegeeinrichtungen zwar in der Dokumentation des Qualitätsmanagements bessere Ergebnisse aufweisen, dass es den zertifizierten Pflegeeinrichtungen aber nicht gelungen ist, die Impulse der Zertifizierung für die Versorgungsqualität nutzbar zu machen. In der Versorgungsqualität weisen zertifizierte Pflegeeinrichtungen keine nennenswert besseren Ergebnisse auf.

Nutzenbewertung von Qualitätsprüfungen durch geprüfte Pflegeeinrichtungen

Qualitätsprüfungen stellen für zu prüfende Pflegeeinrichtungen einen Eingriff in den gewohnten Organisationsablauf dar, können ggf. die Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen nach sich ziehen und sind wegen der angestoßenen Veränderungsprozesse oftmals mit Unsicherheiten bei den verantwortlichen Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen verbunden. Trotz dieses Sachverhaltes zeigen die Ergebnisse einer Umfrage des MDK Nordrhein, dass die überwiegende Mehrheit (70 %) der Pflegeeinrichtungen, die sich an der Umfrage beteiligt haben, die Qualitätsprüfungen insgesamt positiv erlebt haben. Die meisten dieser Pflegeeinrichtungen stimmen der Aussage zu, dass die Qualitätsprüfungen des MDK einen hohen praktischen Nutzen (75 % trifft voll zu, 22 % trifft überwiegend zu) für die Qualitätssicherung der Pflegeeinrichtung haben. Dies sind Ergebnisse, die den MDK als externe Prüfinstitution mit seinem professionellen beratungsorientierten Prüfansatz bestätigen. Der MDK dokumentiert mit dieser Untersuchung, dass er mit den Pflegeeinrichtungen über die Qualitätsprüfungen in den Dialog tritt.

Zusammenhang ausgewählter Kriterien der Struktur- und Prozessqualität mit der Qualität der pflegerischen Versorgung

Am Beispiel der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sowie der Dekubitusprophylaxe konnte gezeigt werden, dass die Versorgungsqualität der Einrichtung in engem Zusammenhang mit den Fähigkeiten und Kompetenzen der verantwortlichen Pflegefachkraft steht. Unter adäquaten Rahmenbedingungen gelingt es gut qualifizierten verantwortlichen Pflegefachkräften, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement auf der Basis eines fachlich fundierten Pflegekonzeptes gemeinsam mit den Mitarbeitern umzusetzen und damit die Versorgungsqualität deutlich zu erhöhen. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass sich ein systematisches Qualitätsmanagement auszahlt. Die Implementation des Pflegekonzeptes in die tägliche Arbeit scheint eine wesentliche Voraussetzung für eine gute Versorgungsqualität zu sein. Ebenso bestätigen sich Instrumente wie Pflegevisiten als besonders geeignet. Z.B. ist in Pflegeeinrichtungen, die mit Pflegevisiten oder ähnlichen Instrumenten arbeiten, der Anteil der Bewohner mit einem angemessenen Umgang bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung mit 73,5 % um 25,4 % höher als in Pflegeeinrichtungen, in denen entsprechende Instrumente nicht zur Anwendung kommen (48,1 %). Gute fachliche Grundlagen, systematische Planung, eine einheitliche professionelle Haltung und eine gute Managementbegleitung sind Erfolgsfaktoren in modernen Pflegeorganisationen. Dass viele Pflegeeinrichtungen in der Umsetzung wichtiger Managementaufgaben Defizite aufweisen, deutet darauf hin, dass die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkräfte trotz der fast immer durchgeführten leitungsbezogenen Weiterbildung oft nicht ausreicht.

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 den §§ 112 ff 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 diesem Bericht zu Grunde liegenden Daten wurden bei Qualitätsprüfungen in den Jahren 2004 bis einschließlich dem 1. HJ 2006 erhoben. Um die Daten vergleichen zu können, wurden sie auf der Grundlage der bis Ende 2005 geltenden „MDK-Anleitungen zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI“ in der ambulanten und der stationären Pflege erhoben. Seit dem 01. Januar 2006 sind mit den „Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR“, den diesen Richtlinien als Anlage beigefügten „Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten und stationären Pflege“ sowie den mit diesen Prüfinstrumenten im direkten Zusammenhang stehenden „MDK-Anleitungen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten und stationären Pflege“ neue Prüfgrundlagen in Kraft getreten. Diese wurden im Laufe des Jahres 2006 sukzessive umgesetzt. Mit den Prüfinstrumenten liegt die „dritte Generation“ vor, bei der ein weiterer wesentlicher Schritt von der Strukturqualität in Richtung Prozess- und Ergebnisqualität gegangen worden ist.

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 (BMG) sowie den zuständigen Landesministerien vor. Dieser Bericht wird hiermit zum zweiten Mal 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 besteht nun erstmalig die Möglichkeit, vergleichende Analysen zwischen den Ergebnissen aus zwei Erhebungen durchzuführen und Trendaussagen zu treffen.

1.2 Verfahren der Datenermittlung

Für den hier vorliegenden 2. Bericht nach § 118 Abs. 4 SGB XI wurden für die Jahre 2004, 2005 und das 1. HJ 2006 Einzeldatensätze zu Qualitätsprüfungen in anonymisierter Form von den Gutachtern des MDK in einem Statistikbogen erfasst. Die Daten wurden auf der Grundlage der bis Ende 2005 gültigen 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 in den Jahren 2004 bis 2006 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 dem 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 die namentlich vom Gesetzgeber benannte externe Qualitätsprüfungsinstitution der Pflegekassen. Dies ist folgerichtig, da der MDK in der Lage ist, als anbieterunabhängige Prüf- und Beratungsinstitution tätig zu werden.

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 §§ 112 ff 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 Inkrafttreten 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.

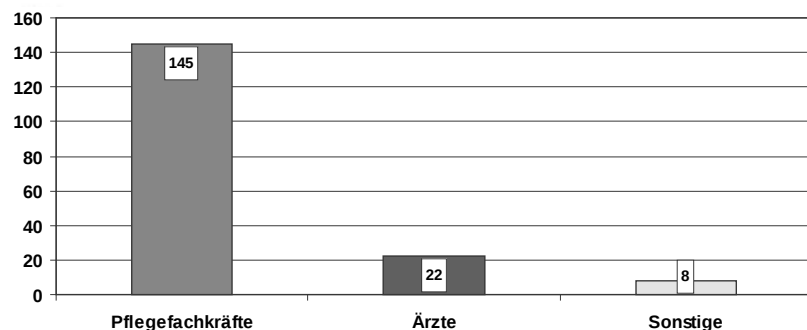
Der vom MDK u.a. an die Pflegeeinrichtung, die Landesverbände der Pflegekassen und die zuständigen Sozialhilfeträger versendete Prüfbericht enthält den Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung sowie ggf. Vorschläge für Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten. Wurden als Ergebnis der Prüfung Qualitätsmängel 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 Mängelbeseitigung zu überprüfen. Auch die Evaluationsprüfungen beinhalten in der Regel die umfassende Prüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Durch die Prüftätigkeit des MDK und seinen beratungsorientierten Prüfansatz sowie die vertraglichen Regelungen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Pflegeeinrichtungen 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 2006 waren beim MDK 175 Mitarbeiter mit Qualitätsprüfungen betraut. Im Vergleich zum Ende 2003 (182) hat damit die Anzahl der Mitarbeiter leicht abgenommen. Allerdings ist die Anzahl der Mitarbeiter, die ausschließlich bei Qualitätsprüfungen eingesetzt werden, im gleichen Zeitraum von 100 auf 128 gestiegen. Die MDK setzen für die Qualitätsprüfungen nach §§ 112 ff SGB XI überwiegend Pflegefachkräfte und zu einem geringeren Teil Ärzte ein, vereinzelt auch Mitarbeiter mit anderen Professionen.

Abbildung 1: Mitarbeiter der MDK nach Profession 2006



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, die 96 Teilnehmer zwischen 2002 und 2006 absolviert haben. Diese Angebote werden durch MDK-interne Angebote ergänzt, u.a. wurden auch von verschiedenen MDK in Zusammenarbeit mit externen Anbietern TQM-Auditoren qualifiziert.

2. Geprüfte Pflegeeinrichtungen

Die Aussagen in diesem Kapitel beziehen sich auf Daten zu allen im Berichtszeitraum 2004 bis 2006 durchgeführten Qualitätsprüfungen. Bei den Ergebnisdarstellungen in den darauf folgenden Kapiteln beziehen sich die Aussagen auf die Daten, für die auf Bundesebene Einzeldatensätze zur Verfügung gestellt worden sind.

Seit 1996 ist die Anzahl der Prüfaufträge nach und nach angestiegen. Dabei werden unterschiedliche Schwerpunktsetzungen der auftraggebenden Landesverbände deutlich. In den meisten Bundesländern wurde vorrangig die Qualität stationärer Pflegeeinrichtungen vor der Qualität ambulanter Pflegedienste 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.

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

Nach den statistischen Angaben der Spitzenverbände der Pflegekassen gab es im Jahr 2006 in Deutschland 11.997 zugelassene ambulante Pflegedienste. Auf der Grundlage der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes (hier wird von 10.977 ambulanten Pflegediensten im Jahr 2005 ausgegangen) für das Jahr 2005¹ befand sich die Mehrzahl der ambulanten Pflegedienste in privater Trägerschaft (57,6 %). Der Anteil der freigemeinnützigen Träger betrug 40,6 %. Öffentliche Träger hatten einen Anteil von lediglich 1,8 %. Bundesweit wurden im Jahr 2005 472.000 Leistungsempfänger der Pflegeversicherung durch ambulante Pflegedienste betreut. Durchschnittlich versorgten die ambulanten Pflegedienste 43 Personen, wobei die freigemeinnützigen Pflegedienste fast doppelt so viele Personen versorgten (58) wie die privaten Pflegedienste (32). Die Anzahl der Mitarbeiter betrug über 214.000, das entsprach einem Vollzeitäquivalent von ca. 140.000, der Anteil der Teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter betrug ca. 71 %.

¹ Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Tabelle 1: Zugelassene ambulante Pflegedienste 2006

Baden-Württemberg	1.170
Bayern	1.748
Berlin	443
Brandenburg	542
Bremen	116
Hamburg	346
Hessen	923
Mecklenburg-Vorpommern	405
Niedersachsen	1.080
Nordrhein	1.214
Rheinland-Pfalz	431
Saarland	128
Sachsen	974
Sachsen-Anhalt	526
Schleswig-Holstein	423
Thüringen	387
Westfalen-Lippe	1.141
Deutschland	11.997

Quelle: Spitzenverbände der Pflegekassen, Vertragsstatistik vom 01.10.2006

Tabelle 2: Eckdaten ambulanter Pflegedienste 2005

Trägerart	
- privat	47,6 %
- freigemeinnützig	40,6 %
- öffentlich	1,8 %
Leistungsempfänger ambulanter Pflegedienste gesamt	471.543
Durchschnittliche Anzahl versorgter Personen	
- gesamt	43
- Private Pflegedienste	32
- Freigemeinnützige Pflegedienste	58
Pflegestufenverteilung Leistungsempfänger	
- Stufe I	50,9 %
- Stufe II	36,7 %
- Stufe III	12,4 %
Anteil Pflegedienste mit Leistungsangebot häusliche Krankenpflege	97 %
Anzahl Mitarbeiter	
- gesamt	214.307
- Vollzeitäquivalent	140.000
- Anteil Teilzeitbeschäftigung	71 %

Quelle: Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

2.1.2 Stationäre Pflege

Im Jahr 2006 gab es in Deutschland 10.129 zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen. Auf der Grundlage der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes (hier wird von 10.424 stationären Pflegeheimen im Jahr 2005 ausgegangen) für das Jahr 2005² befand sich die Mehrzahl der stationären Pflegeheimen in freigemeinnütziger Trägerschaft (55,1 %). Der Anteil der privaten Heime betrug 38,1 %. Öffentliche Träger hatten einen Anteil von 6,8 %. Bundesweit wurden im Jahr 2005 677.000 Leistungsempfänger der Pflegeversicherung durch stationäre Pflegeheime betreut. Durchschnittlich versorgten die Heime 65 Personen, wobei die öffentlichen Pflegeheime mit durchschnittlich 80 Personen die größten Heime waren, gefolgt von den freigemeinnützigen stationären Pflegeeinrichtungen mit durchschnittlich 71 Bewohnern und den Heimen in privater Trägerschaft mit durchschnittlich 53 Bewohnern. Die Anzahl der Mitarbeiter betrug über 546.000, das entsprach einem Vollzeitäquivalent von ca. 405.000, der Anteil der Teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter lag mit ca. mit 54 % deutlich niedriger als in der ambulanten Pflege.

Tabelle 3: Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen 2006

Baden-Württemberg	1.237
Bayern	1.638
Berlin	277
Brandenburg	283
Bremen	91
Hamburg	153
Hessen	655
Mecklenburg-Vorpommern	216
Niedersachsen	1.300
Nordrhein	1.037
Rheinland-Pfalz	408
Saarland	135
Sachsen	554
Sachsen-Anhalt	363
Schleswig-Holstein	627
Thüringen	254
Westfalen-Lippe	901
Deutschland	10.129

Quelle: Spitzenverbände der Pflegekassen, Vertragsstatistik vom 01.10.2006

² Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Tabelle 4: Eckdaten stationärer Pflegeeinrichtungen 2005

Trägerart	
- privat	38,1 %
- freigemeinnützig	55,1 %
- öffentlich	6,8 %
Leistungsempfänger stationärer Pflegeeinrichtungen gesamt	677.000
Durchschnittliche Anzahl versorgter Personen	
- gesamt	65
- Private stationäre Pflegeeinrichtungen	53
- Freigemeinnützige stationäre Pflegeeinrichtungen	71
- Öffentliche stationäre Pflegeeinrichtungen	80
Pflegestufenverteilung Leistungsempfänger	
- Stufe I	34,2 %
- Stufe II	43,4 %
- Stufe III	20,9 %
- bisher ohne Zuordnung	1,6 %
Anzahl Mitarbeiter	
- gesamt	546.397
- Vollzeitäquivalent	405.000
- Anteil Teilzeitbeschäftigung	54 %

Quelle: Statistisches Bundesamt (2007), Pflegestatistik 2005.
Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

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 nach wie vor auf die ambulanten Pflegedienste gelegt. Bis Ende 2006 verfügte der MDK über Erfahrungen aus 14.432 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten.

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 im Jahr 1996 bis Ende 2006 von allen zugelassenen Pflegediensten ca. 66,6 % (7.996) mindestens einmal geprüft worden. Von sechs MDK wurden bis Ende 2006 alle ambulanten Pflegedienste mindestens einmal geprüft, allerdings haben auch sechs MDK noch weniger als 50 % aller in ihrem Zuständigkeitsbereich zugelassenen Pflegedienste geprüft. Bei fünf MDK liegt der Anteil der von einer Qualitätsprüfung erreichten Pflegedienste zwischen 50 und < 100 %. In der folgenden Tabelle ist die Anzahl der durchgeführten Erstprüfungen ohne Mehrfach- oder Doppelprüfungen angegeben.

Tabelle 5: Ambulante Pflege – Einzel- und Stichprobenprüfungen (ohne Mehrfach- und Doppelprüfungen) differenziert nach Bundesländern bis Ende 2006

Bundesland/MDK	bis Ende 2006 gesamt	Zugelassen (2006)
Baden-Württemberg	1.170	1.170
Bayern	1.748	1.748
Berlin	243	443
Brandenburg	432	542
Bremen	65	116
Hamburg	74	346
Hessen	342	923
Mecklenburg-Vorpommern	405	405
Niedersachsen	345	1.080
Nordrhein	908	1.214
Rheinland-Pfalz	398	431
Saarland	128	128
Sachsen	437	974
Sachsen-Anhalt	526	526
Schleswig-Holstein	66	423
Thüringen	387	387
Westfalen-Lippe	322	1.141
Deutschland	7.996	11.997

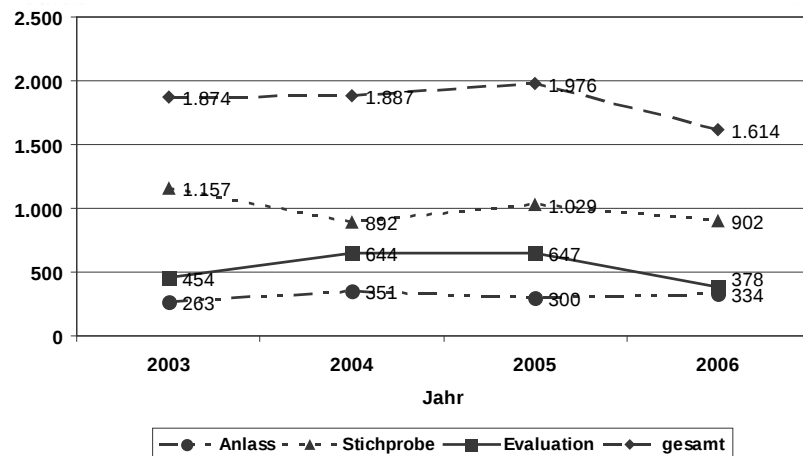
Gemessen an der Anzahl aller Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten im Jahr 2006 lag die Prüfquote auf Bundesebene bei ca. 13,5 %. Insgesamt hat der MDK im Jahr 2006 1.614 Prüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Im Vergleich zu den vergangenen Jahren ist damit die Gesamtzahl der jährlichen Prüfungen in ambulanten Pflegediensten leicht zurück gegangen.

Tabelle 6: Ambulante Pflege – Prüfungen nach Prüfarten bis Ende 2006

Prüfungsart	2003	2004	2005	2006
Anlass	263	351	300	334
Stichprobe	1.157	892	1.029	902
Evaluation	454	644	647	378
gesamt	1.874	1.887	1.976	1.614

Wie bereits im Jahr 2003 dominierten auch in den Jahren 2004 bis 2006 die Stichprobenprüfungen. Die Anteile der anlassbezogenen Prüfungen sowie der Evaluationsprüfungen sind im Jahr 2006 vergleichbar gewesen.

Abbildung 2: Ambulante Pflege – Prüfungen nach Prüfarten



2.3 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen

Nach wie vor liegt der Schwerpunkt der Qualitätsprüfungen bei den stationären Pflegeeinrichtungen. Bis Ende 2006 verfügte der MDK über Erfahrungen aus 18.121 Qualitätsprüfungen in 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 im Jahr 1996 bis Ende 2006 von allen zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen ca. 80,2 % (8.120) mindestens einmal geprüft worden. In der stationären Pflege haben in diesem Zeitraum bereits zehn MDK alle Pflegeheime in ihrem Zuständigkeitsbereich mindestens einmal geprüft. Lediglich zwei MDK haben weniger als 50 % aller Pflegeheime mindestens einmal geprüft. Bei fünf MDK liegt der Anteil der erreichten stationären Pflegeeinrichtungen zwischen < 100 % und 50 %. In der folgenden Tabelle ist die Anzahl aller durchgeführten Erstprüfungen ohne Mehrfach- bzw. Doppelprüfungen angegeben.

Tabelle 7: Stationäre Pflege – Einzel- und Stichprobenprüfungen (ohne Mehrfach- und Doppelprüfungen) differenziert nach Bundesländern bis Ende 2006

Bundesland/MDK	bis Ende 2006 gesamt	Zugelassen (2006)
Baden-Württemberg	216	1.237
Bayern	1.638	1.638
Berlin	277	277
Brandenburg	283	283
Bremen	91	91
Hamburg	125	153
Hessen	293	655
Mecklenburg-Vorpommern	216	216
Niedersachsen	1.300	1.300
Nordrhein	1.037	1.037
Rheinland-Pfalz	408	408
Saarland	85	135
Sachsen	546	554
Sachsen-Anhalt	363	363
Schleswig-Holstein	353	627
Thüringen	254	254
Westfalen-Lippe	635	901
Deutschland	8.120	10.129

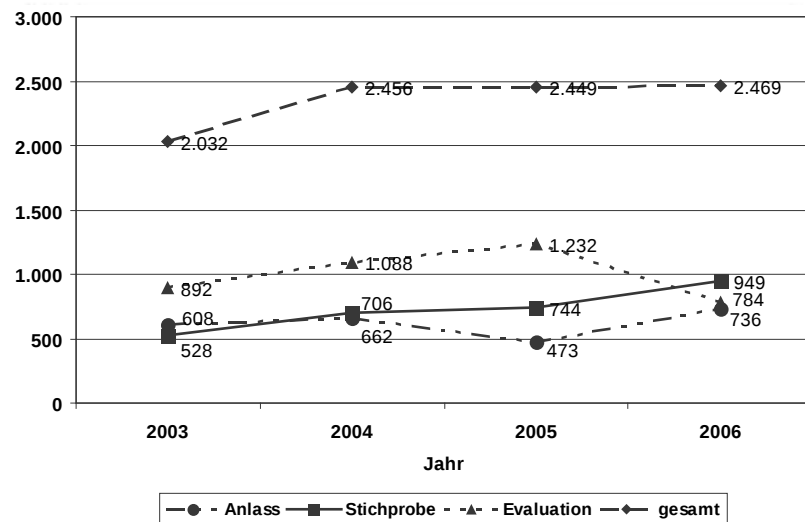
Gemessen an der Anzahl aller Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2006 lag die Prüfquote auf Bundesebene bei ca. 24,4 %. Insgesamt hat der MDK im Jahr 2006 2.469 Prüfungen durchgeführt. Im Vergleich zum Jahr 2003 ist bei den stationären Pflegeeinrichtungen somit noch einmal ein Anstieg der Prüfungen zu verzeichnen. In den Jahren 2004 – 2006 sind konstant über 2.400 Prüfungen in Heimen erfolgt.

Tabelle 8: Stationäre Pflege – Prüfungen nach Prüfarten bis Ende 2006

Prüfungsart	2003	2004	2005	2006
Anlass	608	662	473	736
Stichprobe	528	706	744	949
Evaluation	892	1.088	1.232	784
gesamt	2.032	2.456	2.449	2.469

Wie bereits im Jahr 2003 dominierten auch in den letzten drei Jahren die Stichprobenprüfungen im stationären Bereich. Anlassbezogene Einzelprüfungen und Evaluationsprüfungen wurden im Jahr 2006 etwa gleichhäufig durchgeführt. Der Anteil der Evaluationsprüfungen hat im Verlauf abgenommen.

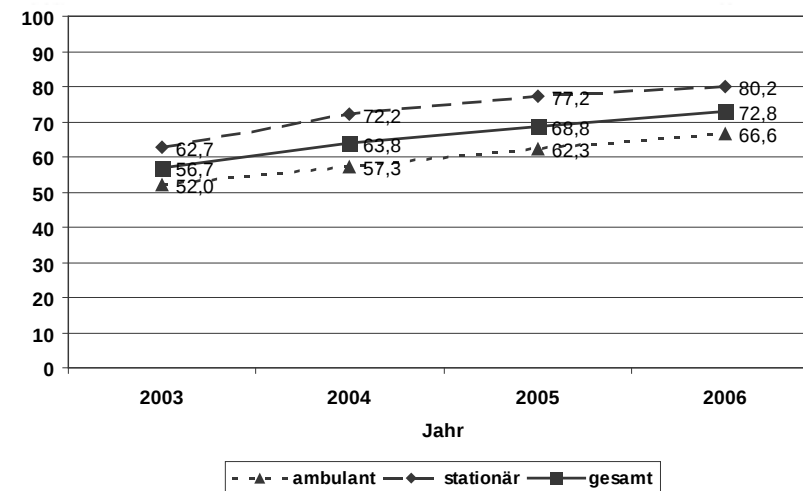
Abbildung 3: Stationäre Pflege – Prüfungen nach Prüfarten bis Ende 2006



2.4 Prüfungen in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen

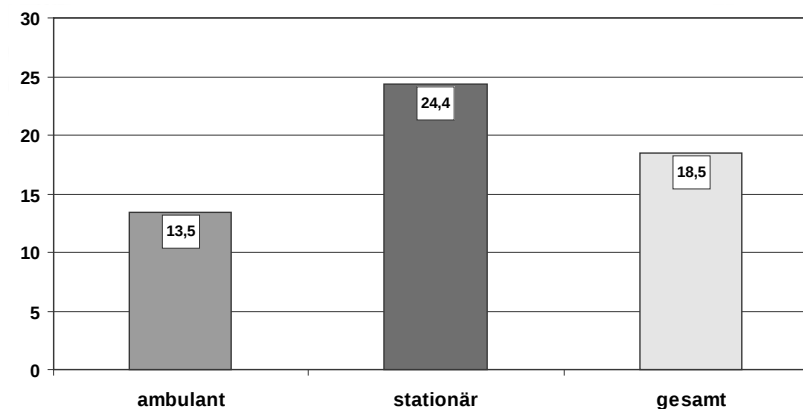
Von Beginn der Qualitätsprüfungen im Jahr 1996 bis Ende 2006 wurde in Deutschland ein Anteil von ca. 72,8 % (16.116) aller 22.126 zugelassenen ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen geprüft. Dabei blieben sowohl Doppel- und Mehrfachprüfungen in den einzelnen Bundesländern als auch Evaluationsprüfungen unberücksichtigt. Bis Ende 2006 verfügte der MDK über Erfahrungen aus insgesamt 32.553 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten (14.432) und stationären Pflegeeinrichtungen (18.121).

Abbildung 4: Anteil geprüfter Pflegeeinrichtungen in v. H. bis Ende 2006



Unter Berücksichtigung aller im ambulanten (1.614) und stationären (2.496) Bereich durchgeführten Erst- und Evaluationsprüfungen ergibt sich für das Jahr 2006 eine jährliche Prüfquote von ca. 18,5 %. Damit ist das in den Qualitätsprüfungsrichtlinien definierte anzustrebend Ziel einer Prüfquote von 20 % fast erreicht, wobei das Ziel für den ambulanten Bereich unter- und das Ziel für die stationären Pflegeeinrichtungen übererfüllt ist.

Abbildung 5: Prüfquoten (einschließlich Evaluation) in v. H. 2006



3. Prüfungen und Ergebnisse ambulante Pflege

Die folgenden Aussagen und Auswertungen beziehen sich auf die dem MDS in einem Meldeverfahren durch die MDK gemeldeten anonymisierten Einzeldatensätze aus den Jahren 2004, 2005 und dem 1. HJ 2006. Es liegen insgesamt Daten aus 3.736 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten vor, bei denen 14.925 Pflegebedürftige einbezogen werden konnten.

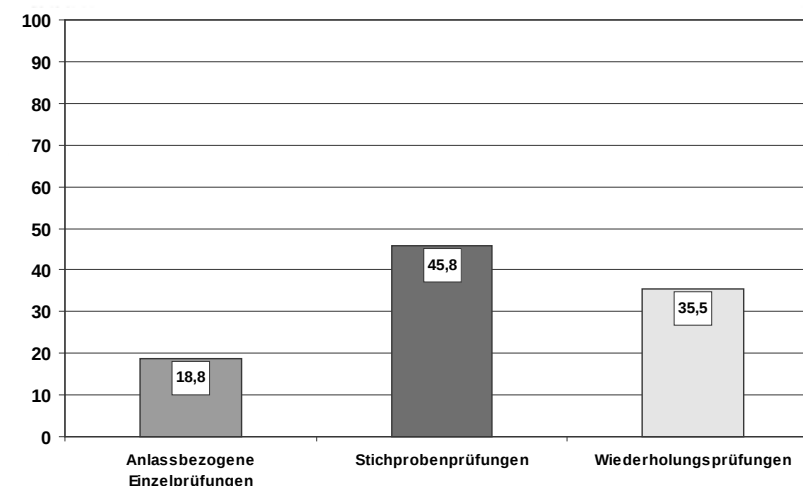
Bei der Ergebnisanalyse werden im Text Trendausprägungen zwischen den Ergebnissen aus der 2. Jahreshälfte 2003 (1. Bericht) und der 1. Jahreshälfte 2006 aufgezeigt. Die Daten aus der 1. Jahreshälfte 2006 basieren auf 601 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten, bei denen 2.324 Pflegebedürftige einbezogen werden konnten. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um Vergleiche zwischen den Zeiträumen 2003 und 2006 zu ermöglichen. Für das Jahr 2006 wurde die Datenbasis aufgrund der Umstellung auf neue Prüfgrundlagen auf das 1. HJ beschränkt. Ergebnisse aus den Jahren 2003 bis 2006 finden sich in den Tabellen- und Abbildungsanhängen, auf die im Text jeweils verwiesen wird. Hier können die Qualitätsentwicklungen jahresweise nachvollzogen werden.

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

Diesem Bericht liegen insgesamt Daten aus 3.736 Qualitätsprüfungen (2004 1.632, 2005 1.503, 1. HJ 2006 601) in ambulanten Pflegediensten zu Grunde. Davon entfallen 18,8 % auf anlassbezogene Einzelprüfungen, 45,4 % der Prüfungen waren Stichprobenprüfungen und 35,5 % der Prüfungen waren Evaluationsprüfungen. Im Vergleich zum 1. Bericht hatten demnach die anlassbezogenen Einzelprüfungen einen geringeren (2003 19,7 %), die Stichprobenprüfungen einen geringeren (2003 54,4 %) und die Evaluationsprüfungen einen höheren Anteil (2003 25,9 %) an den Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege.

Abbildung 6: Ambulante Pflege – Prüfarten in v. H. 2004 - 2006



Von den im Berichtszeitraum durchgeführten Qualitätsprüfungen sind mit 3.269 (87,5 %) die überwiegende Zahl der Prüfungen in ambulanten Pflegediensten angemeldet durchgeführt worden. Der Anteil der angemeldeten Prüfungen bei den anlassbezogenen Einzelprüfungen lag bei 67,0 %, bei Stichproben bei 96,0 % und bei Evaluationsprüfungen bei 87,5 %. Insgesamt wurden 12,5 % der Prüfungen unangemeldet durchgeführt.

3.2 Prüfungsdurchführung ambulante Pflege

Die Qualitätsprüfungen im ambulanten Bereich wurden in der Regel durch ein Prüftteam bestehend aus zwei Mitarbeitern (67,4 %) durchgeführt. Bei 27,8 % der Prüfungen war ein Gutachter und bei 4,8 % waren drei und mehr Gutachter tätig. Bei 85,6 % der Prüfungen bestanden die Gutachterteams ausschließlich aus Pflegefachkräften. Bezogen auf die Gesamtzahl der Prüfungen von 2004 bis Mitte 2006 in ambulanten Pflegediensten betrug die Prüfdauer in der Pflegeeinrichtung meist 1 (79,8 %) bis 2 (19,1 %) Tage, in Einzelfällen (1,0 %) auch länger. Die Dauer der Prüfungen in der ambulanten Pflege ist damit im Vergleich zum 1. Bericht weitgehend konstant geblieben.

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 prü-

fenden Einrichtung ist, an der Prüfung beteiligt werden. Ausgenommen ist eine Beteiligung dann, wenn diese zu einer Verzögerung der Prüfung führen würde. Bei 69,1 % der Prüfungen in ambulanten Pflegediensten waren 1. HJ 2006 keine weiteren Akteure beteiligt. Dieser Anteil hat im Vergleich zum 1. Bericht um etwa 6 % abgenommen. Vertreter der Pflegekassen waren bei 10,9 % beteiligt. Die Teilnahme von Vertretern der Trägerverbände hat leicht zugenommen und lag im Berichtszeitraum bei 11,8 %. Wie im 2. HJ 2003 beteiligten sich auch im aktuellen Berichtszeitraum Vertreter der Sozialhilfeträger (0,6 %) und der Gesundheitsämter (0,2 %) nur selten an den Prüfungen.

**Tabelle 9: Ambulante Pflege – Andere an der Prüfung Beteiligte
in v. H. 2004 - 1. HJ 2006**

keine weiteren Beteiligten	69,1
Pflegekasse	10,9
Sozialhilfeträger	0,6
Trägerverband	11,8
Gesundheitsamt	0,2
sonstige	10,4
<i>Mehrfachnennungen möglich</i>	

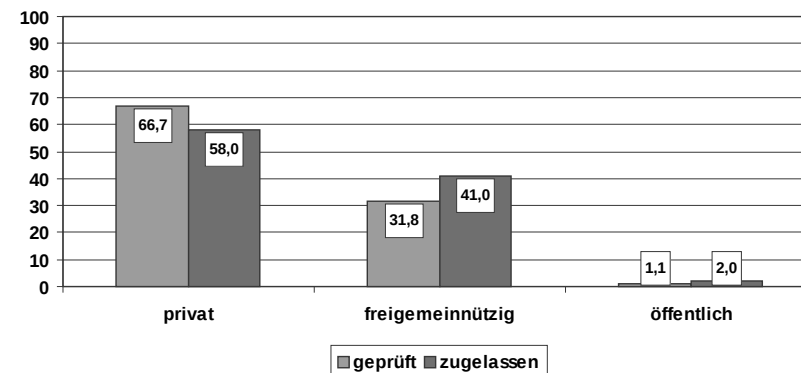
3.3 Strukturdaten geprüfte ambulante Pflegeeinrichtungen

Von den geprüften ambulanten Pflegediensten waren 2.491 (66,7 %) in privater, 1.186 (31,8 %) in freigemeinnütziger und 42 (1,1 %) in öffentlicher Trägerschaft. Damit entspricht die Verteilung der geprüften Pflegeeinrichtungen auf die verschiedenen Trägerarten in etwa der Verteilung der Grundgesamtheit der zugelassenen Pflegedienste.

**Tabelle 10: Ambulante Pflege – Prüfungen nach Trägerart
in v. H. 2004 - 1. HJ 2006**

	privat	freigemeinnützig	öffentlich
geprüft	66,7	31,8	1,1
zugelassen	58,0	41,0	2,0

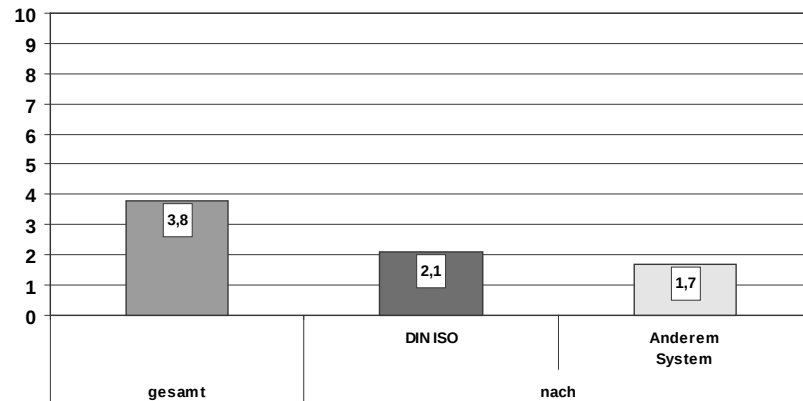
**Abbildung 7: Ambulante Pflege – Prüfungen nach Trägerart
in v. H. 2004 – 1. HJ 2006**



Von allen 3.736 ambulanten Pflegediensten, deren Ergebnisse in diesen Bericht einfließen, wurden fast 208.000 Pflegebedürftige betreut. Durchschnittlich wurden von einem geprüften ambulanten Pflegedienst 56 Personen betreut, dies entspricht in etwa der Größe der geprüften Pflegedienste aus dem 1. Bericht nach § 118 SGB XI (2. HJ 2003 61 Personen). Die durchschnittliche Anzahl der von einem Pflegedienst betreuten Versicherten lag laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2005 bei etwa 43 Personen. Im Schnitt lag der Anteil der im Rahmen der Qualitätsprüfungen bei den ambulanten Pflegediensten durch den MDK in die Prüfung einbezogenen Versicherten bei 7,2 %. Die Spannweite lag im 1. HJ 2006 zwischen 5,2 % (Nordrhein) und 13,4 % (Nord).

Von den geprüften ambulanten Pflegediensten verfügte ein Anteil von 3,8 % über ein zertifiziertes Qualitätsmanagement. Davon entfallen 78 (2,1 %) Zertifizierungen auf das DIN ISO-System und 62 (1,7 %) auf andere Zertifizierungssysteme. Der Gesamtanteil der erfassten zertifizierten ambulanten Pflegedienste liegt damit leicht unter dem, der in den 1. Bericht nach § 118 SGB XI einbezogen werden konnte (4,4 %), allerdings liegen aufgrund der höheren Absolutzahlen für den aktuellen Berichtszeitraum Daten aus 140 zertifizierten Pflegediensten vor, während im 1. Bericht lediglich Daten aus 35 Pflegediensten vorlagen. Diese Fallzahl ermöglicht eine differenzierte Auswertung der Ergebnisse in einem Schwerpunktthema.

**Abbildung 8: Ambulante Pflege –
Anteil Einrichtungen mit zertifiziertem Qualitätsmanagement
in v. H. 2004 – 1. HJ 2006**



3.4 Ergebnisse zur Prozess- und Ergebnisqualität in der ambulanten 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 bezieht 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 in diesen Bericht einbezogenen Qualitätsprüfungen durch den MDK 14.925 Pflegebedürftige in ihrer Wohnung besucht, davon 2.324 im 1. HJ 2006.

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. Befragungen der Versicherten zur Zufriedenheit sind aber nur bei einem Teil der Pflegebedürftigen möglich, da ein großer Teil der Pflegebedürftigen aufgrund der vorliegenden kognitiven Einschränkungen nicht in der Lage ist, Fragen zu beantworten. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass bei Zufriedenheitsbefragungen von älteren Menschen zur pflegerischen Versorgung meist sehr hohe Zustimmungs- und Zufriedenheitswerte ermittelt werden.³ Dies gilt auch für die Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen. Als Begründung für die hohen Zufriedenheitswerte bei der Befragung wird in der Literatur die Abhängigkeit der befragten Personen von der zu beurteilenden Institution angeführt. Auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht hat Auswirkungen auf das Maß der Kritikäußerung. Nicht zuletzt wird ein Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation (Kriegs- und Nachkriegsgeneration) und sehr positiven Befragungsergebnissen beschrieben.

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 den Befragungen im 1. HJ 2006 konnten je nach Frage bis zu 1.900 Personen einbezogen werden.

Im 1. HJ 2006 wurden bei der Leistungsplanung die Wünsche und Bedürfnisse fast immer (99,3 %) berücksichtigt. Auch wurde nach den Angaben der Versicherten bei 95,7 % ein Pflegevertrag abgeschlossen. Bei 92,2 % der Pflegebedürftigen wurden die vertraglich vereinbarten Leistungen durchgeführt. Dabei handelte es sich um den einzigen Wert bei der Zufriedenheitsbefragung, bei dem ein leichter Rückgang von einem bereits hohen Ausgangswert im 1. Bericht (93,0 %) zu verzeichnen war. Auch die vereinbarten Einsatzzeiten wurden nach Angaben der Pflegebedürftigen in 98,2 % der Fälle eingehalten. Nach Angaben der befragten Pflegebedürftigen wurde in 95,7 % der Fälle ein über-

³ Wingenfeld K (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Bielefeld.
Görres S (1999): Qualitätssicherung in Pflege und Medizin. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

schaubarer Kreis von Mitarbeitern eingesetzt. 97,3 % der Befragten gaben an, dass Motivation und Unterstützung durch aktivierende Pflege stattfand. Fast alle Versicherten (98,8 %) gaben an, dass die Körperpflege nach ihren individuellen Wünschen erbracht wird. Mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes waren 97,7 % der Befragten zufrieden. Allerdings traf diese Frage im 1. HJ 2006 nur bei 582 der Versicherten zu, da offensichtlich nur ein kleinerer Anteil der Versicherten diese Leistungen in Anspruch nimmt.

Damit sind die Ergebnisse der Befragung der Versicherten im Vergleich zum 1. Bericht weitgehend konstant geblieben oder haben sich noch minimal verbessert. Auf die Beschreibung von Trendaussagen zu den einzelnen Befragungsthemen kann daher bei den Ergebnissen der Zufriedenheitsbefragung verzichtet werden.

Siehe Anhang

- Tabellen – Ambulante Pflege, Tabelle 13, Seite 146
- Abbildungen – Ambulante Pflege, Abbildung 12, Seite 149; Abbildung 13, Seite 150; Abbildung 14, Seite 151

3.4.2 Pflegezustand

Der Pflegezustand des Versicherten wird durch die Gutachter 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, für das der Pflegedienst verantwortlich ist.

Bei 5,7 % der in die Prüfungen einbezogenen Pflegebedürftigen wurde ein unzureichender Pflegezustand festgestellt, der unmittelbar auf die Qualität der Versorgung durch den Pflegedienst zurück zu führen war. Bei 94,3 % der Personen war der Pflegezustand angemessen. Auch bei einem angemessenen Pflegezustand können aber Defizite in der Prozessqualität vorliegen (z.B. bei der Dekubitusprophylaxe).

Siehe Anhang

- Tabellen – Ambulante Pflege, Tabelle 14, Seite 146
- Abbildungen – Ambulante Pflege, Abbildung 15, Seite 152

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).

Insgesamt haben die ambulanten Pflegedienste bei der Pflegeplanung und Dokumentation erhebliche Qualitätsprobleme. Es zeigen sich zwar überwiegend leichte, bei einzelnen Kriterien auch deutlich positive Entwicklungen bei der Pflegedokumentation und der Umsetzung des Pflegeprozesses im Vergleich zu den Ergebnissen des 1. Berichtes. Dennoch zeigt sich auch bei den Ergebnissen im 1. HJ 2006 weiterhin ein deutliches Optimierungspotential, da die Ausgangswerte des ersten Berichtszeitraumes überwiegend unter 50 % lagen. Vor diesem Hintergrund hat die von der MDK-Gemeinschaft erarbeitete „Grundsatzstellungnahme Pflegeplanung und Dokumentation“ nach wie vor große Aktualität.⁴

⁴ MDS (2005): Grundsatzstellungnahme „Pflegeprozess und Dokumentation“. Essen.

Eine adäquate Pflegeanamnese/Informationssammlung war im 1. HJ 2006 bei 66,6 % der betreuten Pflegebedürftigen nachvollziehbar. Bei 33,4 % der Pflegebedürftigen fanden sich Defizite in der Pflegeanamnese/Informationssammlung.

Insbesondere bei der Pflegeplanung und Leistungserbringung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger sind Angaben zur Biographie besonders relevant. Entsprechende Angaben lagen im 1. HJ 2006 bei 53,7 % der Pflegebedürftigen vor. Bei 46,3 % lagen biografische Angaben nicht vor. Dabei ist zu beachten, dass das Kriterium durch den Gutachter auch als erfüllt angesehen wird, wenn die Pflegebedürftigen nicht bereit oder in der Lage sind, dem Pflegedienst gegenüber biografische Daten mitzuteilen und dies aus der Pflegedokumentation nachvollziehbar ist.

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 und Fähigkeiten erforderlich. Im 1. HJ 2006 lagen entsprechende Informationen bei 51,2 % der in die Prüfung einbezogenen Pflegedokumentationen vor. Bei 48,8 % der Pflegedokumentationen war dieses Kriterium nicht erfüllt.

Pflegeziele wurden bei 44,7 % der einbezogenen Pflegebedürftigen individuell festgelegt. Bei 53,3 % fanden sich keine individuellen Pflegeziele. Ohne individuelle Pflegeziele ist aber eine zielgerichtete und planvolle, an den individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen ausgerichtete Pflege kaum umsetzbar.

Bei der Planung der Pflegemaßnahmen in der ambulanten Pflege ist davon auszugehen, dass weiterhin häufig schematisch Pflegemaßnahmen oder abrechenbare Leistungskomplexe als Maßnahmen dokumentiert werden. Bei 48,4 % der Pflegedokumentationen wurden die Maßnahmen individuell auf den Pflegebedürftigen zugeschnitten geplant. In 51,6 % der Fälle wurden keine individuellen Pflegemaßnahmen geplant. 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 aufwendigen 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. Fehlen

diese Informationen, wird nicht erkennbar, ob der Pflegedienst sich einer ggf. drohenden Unterversorgung bewusst war. Im Fall einer drohenden oder eingetretenen Unterversorgung ist eine Informationsweitergabe an Dritte, z.B. den Hausarzt oder die Pflegekasse, erforderlich. Der Anteil der von geprüften Pflegediensten betreuten Personen, bei denen dieses Kriterium erfüllt ist, hat im Vergleich zum ersten Berichtszeitraum um mehr als 10 % zugenommen und lag im 1. HJ 2006 bei 56,9 %.

Der Pflegedienst ist verpflichtet, in den Bereichen, in denen er mit dem Pflegebedürftigen Leistungen vereinbart hat, ggf. erforderliche Prophylaxen durchzuführen. In den Fällen, in denen in der Pflegedokumentation keine Prophylaxen erwähnt worden sind, muss davon ausgegangen werden, dass diese nicht Gegenstand der Leistungserbringung durch den Pflegedienst waren. Damit ist die Gefahr vermeidbarer Schäden verbunden. Bei 53,0 % der Pflegebedürftigen waren erforderliche Prophylaxen in der Pflegeplanung erwähnt. Bei 47,0 % der Pflegebedürftigen fehlten solche Hinweise.

Bei 82,2 % der in die Prüfung einbezogenen Versicherten wurden die durchgeführten Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert. Bei 17,8 % bestanden Defizite in der Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen.

In den Pflegeberichten finden sich Angaben zu Veränderungen, Befindlichkeiten etc. Fehlen diese Angaben, wird der Pflegebericht in der Pflegedokumentation nicht als nachvollziehbare Verlaufsdarstellung und Informationsmedium genutzt. Bei 78,7 % der Pflegedokumentationen fanden sich regelmäßige Angaben. Bei 21,3 % der Versicherten wurde der Pflegebericht nicht nachvollziehbar als sinnvolle Verlaufsdarstellung genutzt. Im Vergleich zum 1. Bericht zeigt sich hier eine Verbesserung um 10,5 %.

Situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen war bei 79,9 % der analysierten Pflegedokumentationen erkennbar. Das heißt, dass bei 1/5 der einbezogenen Personen z.B. bei Sturzereignissen oder anderen kritischen Situationen eine Ursachenanalyse oder eine Information an den Hausarzt nicht feststellbar war.

Hinsichtlich der Evaluation des Pflegeprozesses ist im Vergleich zum Erhebungszeitraum 2003 eine Verbesserung erkennbar. Dennoch liegt der Anteil der entsprechend den MDK-Prüfkriterien evaluierten Pflegeplanungen noch knapp unter 50 % (49,7 %).

Siehe Anhang

- Tabellen – Ambulante Pflege, Tabelle 15, Seite 146
- Abbildungen – Ambulante Pflege, Abbildung 16, Seite 153; Abbildung 17, Seite 154; Abbildung 18, Seite 155

Bei den Qualitätskriterien, die der Ergebnisqualität zugeordnet werden können (Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Inkontinenzversorgung, Dekubitusprophylaxe, Versorgung von Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen) besteht in der ambulanten Pflege weiterhin erheblicher Verbesserungsbedarf. Allerdings sind leichte Verbesserungen zwischen dem 2. HJ 2003 und dem 1. HJ 2006 erkennbar. Die Veränderungen liegen zwischen 3,3 % und 7,6 %. Bei diesen Qualitätskriterien besteht zu Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst die Verpflichtung, den Hilfebedarf einzuschätzen und den Versicherten über erforderliche Maßnahmen zu beraten. Der Versicherte hat dann zu entscheiden, ob und welche Leistungen er in Anspruch nehmen möchte. Im weiteren Verlauf ist der Pflegedienst in der Verantwortung, relevante Veränderungen zu erkennen und ggf. erneut im Rahmen der Evaluation auf erforderliche Leistungen hinzuweisen. Die Beurteilung dieser Qualitätskriterien umfasst insbesondere die Informationserfassung und Risikerkennung, die Beratungsleistung sowie die Qualität der zwischen Pflegedienst und Versichertem vereinbarten Leistungen.

Liegen Qualitätsdefizite bei der Dekubitusprophylaxe vor, bedeutet dies 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. Trotz der erkennbaren Verbesserungen, besteht bei der Dekubitusprophylaxe weiterhin im Vergleich zu den anderen Ergebnisqualitätskriterien der größte Optimierungsbedarf. Bei 57,6 % der einbezogenen Versicherten war die Dekubitusprophylaxe angemessen. Bei 42,4 % lagen Qualitätsdefizite in der Prozess- und Ergebnisqualität vor.

Die festgestellten Mängeln bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sind nicht unbedingt gleichbedeutend mit einer bereits eingetretenen Unterernährung oder einer Dehydratation. Vielmehr ist in den meisten Fällen davon auszugehen, dass Risiken nicht erkannt, dass erforderliche Maßnahmen nicht ergriffen oder die Angehörigen nicht über bestehende Probleme informiert worden sind. Bei 70,4 % der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen war die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung angemessen, bei 29,6 % der aufgesuchten Pflegebedürftigen bestanden Qualitätsdefizite.

Festgestellte Qualitätsdefizite bei der Inkontinenzversorgung besagen u.a., dass vorhandene Fähigkeiten nicht erkannt wurden, dass mögliche Kontinenzförderung nicht angeboten wurde, dass der Einsatz von Inkontinenzhilfsmitteln oder die Ausführung der sonstigen Leistungen nicht sachgerecht war. Bei 78,5 % der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen war die Versorgung bei einer bestehenden Urininkontinenz angemessen, bei 21,5 % der Pflegebedürftigen wurden Qualitätsdefizite festgestellt.

Die bezüglich der Versorgung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger festgestellten Qualitätsdefizite bestanden u.a. darin, dass 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. Von den einbezogenen Pflegebedürftigen war bei 73,9 % die Versorgung angemessen, bei 22,1 % der Pflegebedürftigen waren Qualitätsmängel festzustellen.

Siehe Anhang

- Tabellen – Ambulante Pflege, Tabelle 16, Seite 147
- Abbildungen – Ambulante Pflege, Abbildung 19, Seite 156

3.5 Ergebnisse zur Struktur- und Prozessqualität in der ambulanten 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 beinhaltet Aspekte der Struktur- und Prozessqualität. Grundsätzlich 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.

Die Pflegedienste verfügen fast alle über Geschäftsräume (99,3 %) und die Räumlichkeiten boten die Möglichkeit, Teambesprechungen durchzuführen (98,9 %).

Bei der Aufbewahrung personenbezogener Unterlagen wurden bereits im 1. Bericht gute Ergebnisse erzielt. Diese konnten noch einmal leicht gesteigert werden, so dass auch hier bei der weit überwiegende Mehrzahl der Pflegedienste (93,9 %) ein angemessener Umgang bei den Prüfungen des MDK festgestellt werden konnte.

Um die Sicherheit der betreuten Versicherten gewährleisten zu können, sollten deren Wohnungsschlüssel in abschließbaren Schlüsselkästen oder an vergleichbar unzugänglichen Orten verwahrt werden. Dies erfolgt in 91,6 % der Pflegedienste nachvollziehbar sicher. Eine weitere Verbesserung in diesem Bereich ist notwendig.

Siehe Anhang

- Tabellen – Ambulante Pflege, Tabelle 17, Seite 147
- Abbildungen – Ambulante Pflege, Abbildung 20, Seite 157

3.5.2 Pflege theoretische Grundlagen

Leitbild und Konzept bilden für ambulante Pflegedienste die 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.

Die geprüften Pflegedienste können inzwischen fast alle ein Leitbild vorlegen (96,4 %). Auch Pflegekonzepte lagen deutlich häufiger vor (80,3 %) als in der Vergangenheit (2 HJ 2003 68,4 %).

Die Anforderungen an ein Pflegekonzept hatte ein Pflegedienst dann vollständig erfüllt, wenn folgende Inhalte vorhanden waren:

- das zu Grunde gelegte Pflegemodell
- das zu Grunde 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.

Leichte Verbesserungen sind bei der Umsetzung der Pflegekonzepte durch die Pflegedienste erreicht worden. 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. Es besteht weiterhin eine Diskrepanz zwischen Entwicklung und Implementation der Pflegekonzepte. Dabei 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. Bei 59,0 % der Pflegeeinrichtungen waren die Pflege-

konzepte den Mitarbeitern bekannt. Damit waren in vier von zehn ambulanten Pflegediensten den Mitarbeitern die konzeptionellen Grundlagen für ihre Arbeit nicht bekannt.

Siehe Anhang

- Tabellen – Ambulante Pflege, Tabelle 18, Seite 147
- Abbildungen – Ambulante Pflege,
- Abbildung 21, Seite 158

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.

Bei den hier zu prüfenden Strukturkriterien ist im Vergleich zum ohnehin schon vorhandenen hohen Niveau im 1. Bericht eine leicht positive Entwicklung zu verzeichnen. So war bei 98,4 % der ambulanten Pflegedienste eine verantwortliche Pflegefachkraft vorhanden, in 94,2 % lag eine formal ausreichende Qualifikation vor. Die Stelle der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft war in 96,7 % der geprüften ambulanten Pflegedienste besetzt. Bei diesen Kriterien handelt es sich allerdings um Anforderungen, die beim Abschluss eines Versorgungsvertrages immer erfüllt sein müssen (kurzfristige Besetzungslücken können z.B. bei Kündigungen der verantwortlichen Pflegefachkraft entstehen). Bei dem in diesem Bereich relevanten Organisationskriterium „Regelung von Verantwortung/Aufgabenzuordnung“ ist keine Entwicklung feststellbar, der Wert lag im 1. HJ 2006 bei 68,2 % (2. HJ 2003 68,1 %).

Bei 95,9 % wurde der Anteil der Pflegefachkräfte im 1. HJ 2006 durch die Gutachter des MDK aus fachlicher Perspektive als angemessen beurteilt.

Siehe Anhang

- Tabellen – Ambulante Pflege, Tabelle 19, Seite 147
- Abbildungen – Ambulante Pflege, Abbildung 22, Seite 159; Abbildung 23, Seite 160

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

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

Bei diesen Kriterien sind keine Entwicklung bzw. sogar Verschlechterungen erkennbar. Lediglich die Aufgabenwahrnehmung der verantwortlichen Pflegefachkraft bei der Organisation der Dienstbesprechungen konnte leicht verbessert werden. Der Anteil der Pflegedienste, in denen die verantwortliche Pflegefachkraft die Durchführung von Dienstbesprechungen nachvollziehbar geregelt hat, lag im 1. HJ 2006 bei 88,9 % der ambulanten Pflegedienste (2. HJ 2003 87,6 %). Die Verantwortungswahrnehmung für die Planung der Pflegeprozesse hat sich von 61,7 % (2. HJ 2003) auf 60,0 % verschlechtert, während die Verantwortungswahrnehmung für die Führung der Pflegedokumentation unverändert bei 60,5 % (2. HJ 2003 60,4 %) lag. Bei der Verantwortungswahrnehmung für die Organisation einer nachvollziehbaren Einsatzplanung hat sich eine Verschlechterung von 86,4 % (2. HJ 2003) auf 83,6 % ergeben. Bei der Betrachtung dieser Entwicklung ist fraglich, ob die formale Weiterbildung zur verantwortlichen Pflegefachkraft entsprechend den Mindestkriterien der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI für die ambulante Pflege in ausreichendem Maße die fachlichen und Managementgrundlagen vermittelt, die zur Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation in einem Pflegedienst erforderlich sind. Darüber hinaus stellt sich bei den ambulanten Pflegediensten die Frage, ob die verantwortlichen Pflegefachkräfte ausreichende Freiräume für ihre Managementaufgaben haben. Ein Vergleich mit der eher positiven Entwicklung in der stationären Pflege legt diese Schlüsse nahe.

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK zur Verantwortungswahrnehmung der verantwortlichen Pflegefachkraft verdeutlichen die Erforderlichkeit einer verbindlichen Anforderungsdefinition für die Managementqualifikationen der verantwortlichen Pflegefachkraft.

Siehe Anhang

- Tabellen – Ambulante Pflege, Tabelle 20, Seite 148
- Abbildungen – Ambulante Pflege, Abbildung 24, Seite 161

3.5.4 Ablauforganisation

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen wurde hinsichtlich der Ablauforganisation die fachliche Anleitung, Beratung und Überprüfung der Pflegekräfte, der qualifikationsgemäße Einsatz der Pflegekräfte sowie die Gewährleistung der ständigen Erreichbarkeit des Pflegedienstes untersucht.

Trotz der im Berichtszeitraum erreichten leichten Verbesserungen bestehen bei den Kriterien der Ablauforganisation weiterhin erhebliche Qualitätsprobleme.

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. Die fachliche Überprüfung von Pflegekräften ist eine der zentralen Steuerungsaufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft. Die Bedeutung dieser Aufgabe für die Qualität des Pflegedienstes steigt mit zunehmendem Anteil von Mitarbeitern mit geringeren Qualifikationen. Vor diesem Hintergrund ist zwar eine Verbesserung zu verzeichnen (1. HJ 2006 60,9 %), die aber wegen des niedrigen Ausgangswertes aus dem Erhebungszeitraum 2003 (51,8 %) sowie der vorhandenen Qualitätsdefizite bei der Ergebnisqualität unbefriedigend ist.

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). Der Anteil der ambulanten Pflegedienste, in denen die Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden, hat von 68,2 % (2. HJ 2003) auf 69,8 % leicht zugenommen.

Die ständige Erreichbarkeit des Pflegedienstes ist für die versorgten Versicherten ein sehr wesentliches Qualitätskriterium. Sie kann z.B. durch Rufbereitschaft, Anrufweiterschaltung, Mobiltelefon, Kooperationsvereinbarungen mit anderen Pflegediensten sichergestellt werden. Der Einsatz eines Anrufbeantworters reicht nicht aus. Mit 95,3 % der geprüften Pflegedienste war die Erreichbarkeit fast immer gewährleistet.

Siehe Anhang

- Tabellen – Ambulante Pflege, Tabelle 21, Seite 148
- Abbildungen – Ambulante Pflege, Abbildung 25, Seite 162

3.5.5 Qualitätsmanagement

Wichtige Elemente für das Qualitätsmanagement eines ambulanten Pflegedienstes sind u.a. interne Qualitätssicherungsmaßnahmen, 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 Qualitätshandbuchs, 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. Der Anteil der Pflegedienste, die entsprechende Maßnahmen durchgeführt haben, ist unverändert geblieben (2. HJ 2003 71,0 %, 1. HJ 2006 70,9 %). Obwohl die Pflegeeinrichtungen mit dem PQsG eine umfassende Verpflichtung zu einem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement haben, konnten somit kein Verbesserung bei den internen Qualitätssicherungsmaßnahmen festgestellt werden.

Bei der Planung und Durchführung der Fortbildungen sind Verbesserungen zu verzeichnen. Auswirkungen dieser Verbesserungen auf die Ergebnisqualität und den Pflegeprozess sind (noch) nicht erkennbar. Um solche Effekte erreichen zu können, ist es notwendig, die Fortbildungsplanung stärker auf den Bedarf bei den Mitarbeitern des Pflegedienstes auszurichten, die durchgeführten Fortbildungen zu evaluieren und die Fortbildung systematisch in das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement einzubinden. In 82,8 % der ambulanten Pflegedienste fanden Fortbildungen statt (2. HJ 2003 79,3 %). Ein Fortbildungsplan lag bei 77,2 % der ambulanten Pflegedienste vor (2. HJ 2003 59,7 %).

Die systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist erforderlich, um diesen die Abläufe und Standards des Pflegedienstes zu vermitteln und um möglichen Entwicklungsbedarf der Mitarbeiter frühzeitig erkennen und beheben zu können. Grundlage hierfür ist ein Einarbeitungskonzept. Bei der Anwendung von Einarbeitungskonzepten ist zwar eine Verbesserung erkennbar, der Anteil der Pflegedienste, die solche Konzepte anwenden lag im 1. HJ 2006 mit 64,7 % allerdings immer noch auf einem niedrigen Niveau (2. HJ 2003 60,0 %).

Bei der Anwendung von Hygieneplänen hat sich eine deutliche Verbesserung ergeben. Der Anteil der Pflegedienste, bei denen die Anwendung von Hygieneplänen nachvollziehbar war, ist von 51,2 % im 2. HJ 2003 auf 72,4 % angestiegen. Gleichwohl ist immer noch bei über 1/4 der ambulanten Pflegedienste die Anwendung von Hygieneplänen nicht umgesetzt.

Siehe Anhang

- Tabellen – Ambulante Pflege, Tabelle 22, Seite 148
- Abbildungen – Ambulante Pflege, Abbildung 26, Seite 163; Abbildung 27, Seite 164

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. Dieser Anforderung werden weiterhin fast alle Pflegedienste gerecht (2. HJ 2003 95,5 %, 1. HJ 2006 98,9 %).

Siehe Anhang

- Tabellen – Ambulante Pflege, Tabelle 23, Seite 148
- Abbildungen – Ambulante Pflege, Abbildung 28, Seite 165

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.

Ausgehend von einem bereits im Berichtszeitraum 2003 hohen Ausgangswert (93,9 %) haben im 1. HJ 2006 (95,6 %) fast alle Pflegedienste einheitliche Pflegedokumentationssysteme angewandt. Die Vollständigkeit der Pflegedokumentationssysteme hat im Vergleich zum ersten Berichtszeitraum leicht zugenommen (2. HJ 2003 77,7 %, 1. HJ 2006 81,6 %).

Siehe Anhang

- Tabellen – Ambulante Pflege, Tabelle 24, Seite 148
- Abbildungen – Ambulante Pflege, Abbildung 29, Seite 166

4. Prüfungen und Ergebnisse stationäre Pflege

Die folgenden Aussagen und Auswertungen beziehen sich auf die dem MDS in einem Meldeverfahren durch die MDK gemeldeten anonymisierten Einzeldaten-sätze aus den Jahren 2004, 2005 und dem 1. HJ 2006. Es liegen insgesamt Daten aus 4.217 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen vor, bei denen 24.648 Bewohner einbezogen werden konnten.

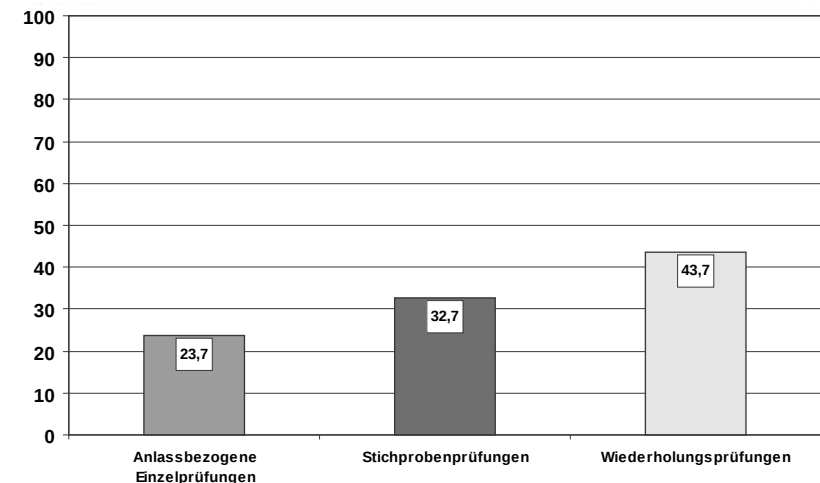
Bei der Ergebnisanalyse werden im Text Trendausprägung zwischen den Ergebnissen aus der 2. Jahreshälfte 2003 (1. Bericht) und der 1. Jahreshälfte 2006 aufgezeigt. Die Daten aus der 1. Jahreshälfte 2006 basieren auf 718 Qualitätsprüfungen in stationäre Pflegeeinrichtungen, bei denen 4.309 Bewohner einbezogen werden konnten. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um Vergleiche zwischen den Zeiträumen 2003 und 2006 zu ermöglichen. Für das Jahr 2006 wurde die Datenbasis aufgrund der Umstellung auf neue Prüfgrundlagen auf das 1. HJ beschränkt. Ergebnisse aus den Jahren 2003 bis 2006 finden sich in den Tabellen- und Abbildungsanhängen, auf die im Text jeweils verwiesen wird. Hier können die Qualitätsentwicklungen jahrweise nachvollzogen werden.

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

Diesem Bericht liegen insgesamt Daten aus 4.217 Qualitätsprüfungen (2004 1.665, 2005 1.834, 1. HJ 2006 718) zu Grunde. Davon entfallen knapp 23,7 % auf anlassbezogene Einzelprüfungen, 32,7 % der Prüfungen waren Stichprobenprüfungen und 43,7 % der Prüfungen waren Evaluationsprüfungen. Im Vergleich zum 1. Bericht hatten demnach die anlassbezogenen Einzelprüfungen einen geringeren (2. HJ 2003 30,6 %), die Stichprobenprüfungen einen höheren (2. HJ 2003 25,6 %) und die Evaluationsprüfungen einen unveränderten Anteil (2. HJ 2003 43,8 %) an den Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege.

Abbildung 9: Stationäre Pflege – Prüfarten in v. H. 2004 - 1. HJ 2006



Von den im Berichtszeitraum durchgeführten Qualitätsprüfungen im stationären Bereich ist mit 2.101 (49,8%) fast die Hälfte der Prüfungen angemeldet durchgeführt worden. Der Anteil der angemeldeten Prüfungen bei den anlassbezogenen Einzelprüfungen lag bei 34,2 %, bei Stichproben bei 72,1 % und bei den Evaluationsprüfungen bei 41,7 %. Insgesamt wurden 50,2 % der Prüfungen unangemeldet durchgeführt.

Von den 4.217 Prüfungen in der stationären Pflege fanden lediglich elf teilweise oder ganz in der Nacht (20:00 h – 8:00 h) statt. Dies entspricht einem Anteil von 0,3 %. Von den nächtlichen Prüfungen waren neun anlassbezogene Einzelprüfungen und zwei Evaluationsprüfungen. Demnach wird von dieser Prüfmöglichkeit wie bereits im ersten Berichtszeitraum nur in wenigen Einzelfällen Gebrauch gemacht.

4.2 Prüfungsdurchführung stationäre Pflege

Die Qualitätsprüfungen im stationären Bereich wurden in der Regel in einem Team von zwei Gutachtern durchgeführt. Bei 10,3 % der Prüfungen war ein Gutachter anwesend und bei 4,8 % waren drei oder mehr Gutachter beteiligt. Bei 73,3 % der Prüfungen bestand das Gutachterteam ausschließlich aus Pflegefachkräften. Bezogen auf die Gesamtzahl der Prüfungen von 2004 bis 1. HJ 2006 in stationären Pflegeeinrichtungen betrug die Prüfdauer in der Pflegeeinrichtung meist ein (76,0 %) bis zwei (21,1 %) Tage, in Einzelfällen (2,8 %) auch länger.

Nach § 114 Abs. 6 und § 117 Abs. 1 SGB XI können Vertreter anderer Institutionen an den Prüfungen beteiligt werden. Bei 32,9 % der Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen waren keine weiteren Akteure beteiligt. Der Anteil der Prüfungen unter Beteiligung der Heimaufsicht hat im Vergleich zum ersten Berichtszeitraum (2. HJ 2003 45,5 %) leicht zugenommen. Die Heimaufsicht war bei 48,4 % der Prüfungen beteiligt. Bei den Prüfungen im 1. HJ 2006 lag die Beteiligung der Heimaufsicht an den Qualitätsprüfungen des MDK bei 54,5 %. 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 (11,4 %), von Trägervereinigungen (16,1 %) und des Gesundheitsamtes (12,6 %) waren weniger häufig bei Prüfungen anwesend. Vertreter der Sozialhilfeträger (ca. 2,0 %) waren auch im aktuellen Berichtszeitraum an den Prüfungen im stationären Bereich nur selten präsent.

Tabelle 11: Stationäre Pflege – Andere an der Prüfung Beteiligte in v. H. 2004 - 1. HJ 2006

keine weiteren Beteiligten	32,9
Pflegekasse	11,4
Heimaufsicht	48,4
Sozialhilfeträger	2,0
Trägerverband	16,1
Gesundheitsamt	12,6
sonstige	7,3

Mehrfachnennungen möglich

4.3 Strukturdaten geprüfte stationäre Pflegeeinrichtungen

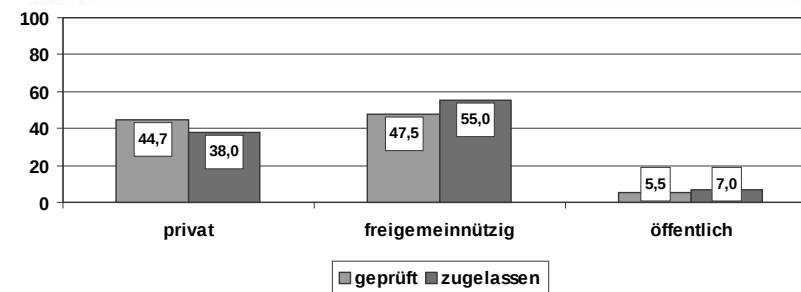
Bei den diesem Bericht zu Grunde liegenden 4.217 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen handelt es sich mit 3.945 Einrichtungen weit überwiegend um vollstationäre Pflegeeinrichtungen, 368 Prüfungen fanden in Einrichtungen statt, die auch oder ausschließlich Kurzzeitpflege anbieten und 156 Prüfungen fanden in teilstationären Pflegeeinrichtungen statt.

Von den geprüften stationären Pflegeeinrichtungen befanden sich 2.005 (47,5 %) in freigemeinnütziger, 1.883 (44,7 %) in privater und 232 (5,5 %) in öffentlicher Trägerschaft; bei 53 (1,3 %) stationären Pflegeeinrichtungen war die Trägerschaft nicht eindeutig zu ermitteln. Damit entspricht die Verteilung der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen auf die verschiedenen Trägerarten in etwa der Verteilung der Grundgesamtheit der zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen.

Tabelle 12: Stationäre Pflege – Anteile Prüfungen nach Trägerart in v. H. 2004 - 1. HJ 2006

	privat	freigemeinnützig	öffentlich
geprüft	44,7	47,5	5,5
zugelassen	38,0	55,0	7,0

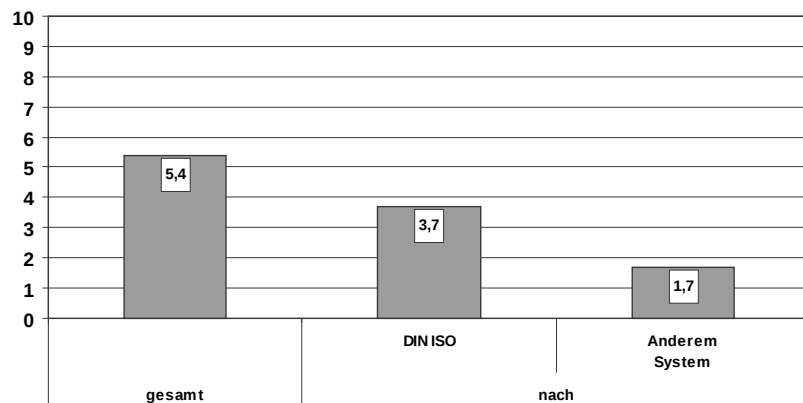
Abbildung 10: Stationäre Pflege – Anteile Prüfungen nach Trägerart in v. H. 2004 - 1. HJ 2006



Von den geprüften Pflegeheimen wurden im Durchschnitt 74 Personen versorgt. Damit ist die durchschnittliche Größe der geprüften Pflegeeinrichtungen im aktuellen Berichtszeitraum nahezu identisch mit der dem 1. Bericht zu Grunde liegenden Einrichtungsgröße (2. HJ 2003 76). Die durchschnittliche Anzahl der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen lag laut statistischem Bundesamt im Jahr 2005 bei etwa 65 Personen je Heim. Damit liegt die durchschnittliche Größe der geprüften Pflegeheime etwas über dem vom statischen Bundesamt für 2005 angegebenen Wert. Im Schnitt lag der Anteil der bei Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeheimen durch den MDK einbezogenen Versicherten im 1. HJ 2006 bei 8,2 %. Dabei ist nur eine geringe Spannweite zwischen 6,9 % (Nordrhein) und knapp 10,7 % (Thüringen) zu verzeichnen.

Von den geprüften Heimen verfügte ein Anteil von 5,4 % über eine Zertifizierung. Davon entfallen 154 (3,7 %) Zertifizierungen auf das DIN ISO-System und 72 (1,7 %) auf andere Zertifizierungssysteme. Der Anteil der geprüften zertifizierten stationären Pflegeeinrichtungen liegt damit leicht über dem der ambulanten Pflegedienste.

**Abbildung 11: Stationäre Pflege –
Anteile zertifizierte geprüfte Einrichtungen
in v. H. 2004 - 1. HJ 2006**



4.4 Ergebnisse zur Prozess- und Ergebnisqualität in der stationären 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 in diesen Bericht einbezogenen Qualitätsprüfungen durch den MDK 24.648 Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen besucht, davon 4.309 im 1. HJ 2006.

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. Häufig werden bei der Befragung auch Mitglieder des Heimbeirates einbezogen. Befragungen der Bewohner zur Zufriedenheit sind aber nur bei einem Teil der Bewohner möglich, da ein großer Teil der Bewohner aufgrund der vorliegenden kognitiven Einschränkungen nicht in der Lage ist, Fragen zu beantworten. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass bei Zufriedenheitsbefragungen von älteren Menschen zur pflegerischen Versorgung meist sehr hohe Zustimmungs- und Zufriedenheitswerte ermittelt werden.⁵ Dies gilt auch für die Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen des MDK, insbesondere in der stationären Pflege. Als Begründung für die hohen Zufriedenheitswerte bei der Befragung wird in der Literatur die Abhängigkeit der befragten Personen von der zu beurteilenden Institution angeführt. Auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht hat Auswirkungen auf das Maß der Kritikäußerung. Nicht zuletzt wird ein Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation (Kriegs- und Nachkriegsgeneration) und sehr positiven Befragungsergebnissen beschrieben.

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

Bei den Prüfungen im 1. HJ 2006 konnten je nach Frage bis zu 1.700 Personen einbezogen werden.

Nach deren Angaben wurden im 1. HJ 2006 bei der Leistungsplanung die Wünsche und Erwartungen zu 95,2 % berücksichtigt. 97,9 % der Befragten berichteten, dass Motivation und Unterstützung durch aktivierende Pflege stattfand. 95,7 % der Versicherten gaben an, dass die Körperpflege nach Ihren individuellen Wünschen erbracht wird. Den Abstand zwischen den Mahlzeiten beurteilten 94,5 % der befragten Bewohner als angemessen. Nach Ansicht der befragten Bewohner erhielten diese im 1. HJ 2006 in vollstationären Pflegeeinrichtungen in 97,2 % der Fälle ein angemessenes zuzahlungsfreies Angebot an Getränken.

Damit haben sich die Ergebnisse der Befragung der Bewohner im Vergleich zum 1. Bericht noch einmal leicht verbessert. Auf die Beschreibung von Trendaussagen wird aufgrund der insgesamt geringen Veränderungen verzichtet.

Siehe Anhang

- Tabellen – Stationäre Pflege, Tabelle 25, Seite 167
- Abbildungen – Stationäre Pflege, Abbildung 30, Seite 170; Abbildung 31, Seite 171

⁵ Wingenfeld K (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Bielefeld.
Görres S (1999): Qualitätssicherung in Pflege und Medizin. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

4.4.2 Pflegezustand

Der Pflegezustand des Bewohners wird durch die Gutachter 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 pflegefachlichen Maßnahmen eingeleitet, durchgeführt und dokumentiert wurden.

Bei jedem zehnten Bewohner wurde im 1. HJ 2006 ein unzureichender Pflegezustand festgestellt, der unmittelbar auf die Qualität der Versorgung durch die stationäre Pflegeeinrichtung zurück zu führen war. Bei 90,0 % der Personen war der Pflegezustand angemessen. Im Vergleich zum ersten Berichtszeitraum hat der Anteil der Personen mit einem angemessenen Pflegezustand um 7,4 % zugenommen. Auch bei einem angemessenen Pflegezustand können aber Defizite in der Prozessqualität vorliegen (z.B. bei der Dekubitusprophylaxe).

Siehe Anhang

- Tabellen – Stationäre Pflege, Tabelle 26, Seite 167
- Abbildungen – Stationäre Pflege, Abbildung 32, Seite 172

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 durch 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.

Im 1. HJ 2006 war der Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen bei 93,5 % der Bewohner angemessen und lag über dem Ausgangswert aus dem 2. HJ 2003 (91,4 %). Die Vorgehensweise bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen entsprach bei 6,5 % der betroffenen Bewohner im 1. HJ 2006 nicht den gesetzlichen Anforderungen.

Siehe Anhang

- Tabellen – Stationäre Pflege, Tabelle 27, Seite 167
- Abbildungen – Stationäre Pflege, Abbildung 33, Seite 173

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).

Insbesondere bei den zentralen Schritten des Pflegeprozesses sind in der stationären Pflege weiterhin erhebliche Qualitätsprobleme feststellbar. Bei der Hälfte der Kriterien zum Pflegeprozess und dessen Dokumentation zeigen sich aber auch deutliche positive Entwicklungen, bei der anderen Hälfte der Kriterien sind leichte positive Entwicklungen erkennbar. Vor dem Hintergrund dieser Befunde hat die von der MDK-Gemeinschaft erarbeitete Grundsatzstellungnahme „Pflegeprozess und Dokumentation“ nach wie vor große Aktualität.⁶

Eine adäquate Pflegeanamnese/Informationssammlung war im 1. HJ 2006 bei 75,4 % der betreuten Bewohner nachvollziehbar. Bei 24,6 % 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 73,3 % vor. Hier ist im Vergleich zum 1. Bericht eine Verbesserung von über 10 % eingetreten. Bei 26,7 % lagen keine aussagekräftigen Angaben zu den Bewohnern vor. Hier zeigt sich im Vergleich zur ambulanten Pflege (53,7 %) der größte Unterschied bei den Kriterien des Pflegeprozesses.

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 59,4 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner. Damit fehlte bei 40,6 % der Personen eine der wesentlichsten Grundlagen für eine zielgerichtete aktivierende Pflege. Dieses Kriterium sowie die Zielfestlegung und konkrete Maßnahmenplanung zeigen den größten Optimierungsbedarf. Die Wahrnehmung der Versicherten (Zufriedenheitsbefragung) und die fachliche Beurteilung weichen demnach deutlich voneinander ab.

Pflegeziele wurden für 48,4 % der in die Prüfung einbezogenen Versicherten individuell formuliert. Bei 51,6 % der Personen fanden sich keine individuellen Pflegeziele. Ohne individuelle Pflegeziele ist aber eine zielgerichtete und plan-

volle, an den individuellen Bedürfnissen des Bewohners ausgerichtete Pflege kaum umsetzbar.

Bei 56,8 % der betreuten Bewohner wurden individuelle Maßnahmen handlungsleitend geplant. Bei 43,2 % 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 aufwendigen 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.

Die Berücksichtigung der Prophylaxen in der Maßnahmenplanung weist eine Verbesserung von über 10 % im Vergleich zum 1. Bericht auf. Prophylaxen wurden bei der Maßnahmenplanung in 65,7 % der Fälle berücksichtigt. Bei 34,3 % der Bewohnern erfolgte keine angemessene Berücksichtigung der Prophylaxen bei der Planung. Bei diesen Fällen ist davon auszugehen, dass Prophylaxen nicht systematisch erbracht werden. Damit ist die Gefahr vermeidbarer Schäden verbunden.

Bei 85,9 % der in die Prüfung einbezogenen Versicherten wurden die durchgeführten Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert. Bei 14,1 % der Bewohner bestanden Defizite in der Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen.

In den Pflegeberichten fanden sich bei 89,4 % der Bewohner Angaben zu Veränderungen, Befindlichkeiten etc. Bei nur noch 10,6 % der Bewohner wurde der Pflegebericht in der Pflegedokumentation nicht nachvollziehbar als sinnvolle Verlaufsdarstellung und Informationsmedium genutzt. Es zeigt sich im Vergleich zum 1. Bericht eine Verbesserung um mehr als 10 %.

Situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen war in 85,8 % der analysierten Pflegedokumentationen aus den Pflegeberichten erkennbar. Das heißt, dass bei 14,2 % der einbezogenen Bewohner z.B. bei Sturzereignissen oder anderen kritischen Situationen 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 63,5 % der Pflegedokumentationen nachvollziehen. Bei 36,5 % der Pflegedokumentationen war dieses Kriterium nicht erfüllt. Die Evaluation der Pflege hat sich allerdings im Vergleich zum 1. Bericht um mehr als 10 % deutlich verbessert.

⁶ MDS (2005): Grundsatzstellungnahme „Pflegeprozess und Dokumentation“. Essen.

Siehe Anhang

- Tabellen – Stationäre Pflege, Tabelle 28, Seite 167
- Abbildungen – Stationäre Pflege, Abbildung 34, Seite 174; Abbildung 35, Seite 175; Abbildung 36, Seite 176

Weiterhin bestehen bei den Kriterien, die der Ergebnisqualität zugeordnet werden können, (Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Inkontinenzversorgung, Dekubitusprophylaxe und -therapie, Versorgung von Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen) erhebliche Qualitätsprobleme. Leichte Verbesserungen zwischen dem 2. HJ 2003 und dem 1. HJ 2006 sind allerdings erkennbar. Die Veränderungen liegen zwischen 4,6 und 7,6 %. Lediglich bei der Versorgung von gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Personen ist keine Veränderung eingetreten.

Bei 64,5 % der im 1. HJ 2006 besuchten Bewohner war eine den Anforderungen entsprechende Dekubitusprophylaxe oder Therapie erkennbar. Bei 35,5 % 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 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). Bei der Bewertung der Dekubitustherapie werden die Verantwortungsbereiche der ärztlichen und der pflegerischen Profession berücksichtigt. Die Verbesserungen deuten darauf hin, dass – nach einem mehrjährigen Prozess der Implementierung – der „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe“⁷ des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung in der Pflege sowie die parallel erarbeitete Grundsatzstellungnahme „Dekubitusprophylaxe und -therapie“⁸ allmählich Eingang in die Praxis findet.

Bei 65,6 % der im 1. HJ 2006 in die Prüfung eingezogenen Bewohner lagen bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung keine Qualitätsprobleme vor. Bei 34,4 % 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 Qualitätsprüfungen im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sowie die Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsver-

⁷ DNQP (2001): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe. Osnabrück.

⁸ MDS (2001): Grundsatzstellungnahme „Dekubitusprophylaxe und -therapie“. Essen.

sorgung älterer Menschen“ der MDK-Gemeinschaft haben den Verbesserungsprozess der Pflegeeinrichtungen unterstützt.⁹

Bei 84,5 % der einbezogenen Bewohner war die Inkontinenzversorgung angemessen. Bei 15,5 % der Personen wurden Qualitätsdefizite festgestellt.

Angemessen war die Versorgung bei Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen in 69,7 % der Fälle. Bei 30,3 % der Personen waren Qualitätsmängel festzustellen. Hier sind anders als bei den anderen ergebnisorientierten Werten keine Verbesserungen eingetreten. Aufgrund der Bedeutung der Thematik erarbeitet die MDK-Gemeinschaft derzeit eine Grundsatzstellungnahme zur „Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz“.

Siehe Anhang

- Tabellen – Stationäre Pflege, Tabelle 29, Seite 168
- Abbildungen – Stationäre Pflege, Abbildung 37, Seite 177

Im Rahmen der Qualitätsprüfung der Pflegedokumentation in stationären Pflegeeinrichtungen wird auch die Dokumentation behandlungspflegerischer Maßnahmen und der Medikamente 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. Bei allen Kriterien sind leichte Verbesserungen erkennbar.

Bei den in die Prüfung einbezogenen Bewohnern war die Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen im 1. HJ 2006 bei 86,5 % in der Pflegedokumentation nachvollziehbar. Es ist eine Verbesserung von fast 10 % eingetreten. Bei 13,5 % der Bewohner war die Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen nicht nachvollziehbar dokumentiert.

Vollständig und korrekt dokumentiert waren die Medikamente im 1. HJ 2006 bei 94,1 % der Bewohner. Aufgrund der hohen Bedeutung dieses Kriteriums zur Fehlervermeidung ist die hier zu verzeichnende Verbesserung (2. HJ 2003 87,5 %) und der hohe Zielerreichungsgrad erfreulich. Bei 5,9 % der Bewohner war die Medikamentendokumentation fehlerhaft.

Die Überprüfung der Bedarfsmedikation richtete sich 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

⁹ MDS (2003): Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“. Essen.

86,1 % der Bewohner. Das bedeutet, dass bei 13,9 % 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. Dies stellt ein deutliches Verbesserungspotential in der Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Ärzten dar. Da es sich bei Bedarfsmedikationen häufig um Psychopharmaka (insbesondere Sedativa) handelt, ist bemerkenswert, dass bei einem hohen Anteil von 83,2 % der in die Prüfung einbezogenen Bewohner Bedarfsmedikationen eingesetzt wurden.

Um Fehlerquellen bei der Verabreichung von Medikamenten und zugleich unnötige Schreiarbeit zu vermeiden, sollten Medikamente ausschließlich nach den Angaben in der Pflegedokumentation gerichtet werden. Bei der Verwendung von gesonderten Medikamentenlisten besteht die Gefahr von Übertragungsfehlern. Von den im 1. HJ 2006 einbezogenen Bewohnern wurden bei 92,2 % die Medikamente anhand der Pflegedokumentation gerichtet. Bei 7,8 % der Bewohner war dies nicht der Fall.

Siehe Anhang

- Tabellen – Stationäre Pflege, Tabelle 30, Seite 168
- Abbildungen – Stationäre Pflege, Abbildung 38, Seite 178

4.5 Ergebnisse zur Struktur- und Prozessqualität in der stationären 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 Selbstständigkeit und die Sicherheit des Bewohner unterstützen (§ 2 SGB XI). Hierbei spielen u.a. die folgenden Kriterien eine Rolle:

- stufenlose Eingänge
- Aufzüge mit behindertengerechten Bedienelementen
- Handläufe

- Haltegriffe im Sanitärbereich
- Behindertengerechtes Bad und WC auf jeder Etage
- Rufanlage
- höhenverstellbare Pflegebetten
- rutschfeste Fußböden
- Nachtbeleuchtung sowie
- allgemeine Orientierungshilfen (Hinweisschilder z.B. zu Speiseraum, WC).

Im 1. HJ 2006 wurden bei 81,3 % aller in die Prüfungen einbezogenen Pflegeeinrichtungen alle Kriterien zur räumlichen Ausstattung erfüllt. Zur Vermeidung von Doppelprüfungen wird die bauliche Ausstattung zukünftig durch die Heimaufsichten geprüft, der MDK führt keine systematische Prüfung dieser Kriterien mehr durch. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist dies zu berücksichtigen.

Siehe Anhang

- Tabellen – Stationäre Pflege, Tabelle 31, Seite 168
- Abbildungen – Stationäre Pflege, Abbildung 39, Seite 179

4.5.2 Pflege theoretische Grundlagen

Leitbild und Konzept bilden für stationäre Pflegeeinrichtungen die 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.

Die geprüften stationären Pflegeeinrichtungen können inzwischen fast alle ein Pflegeleitbild vorlegen (97,5 %). Auch verfügen 90,9 % der stationären Pflegeeinrichtungen über ein Pflegekonzept.

Die Anforderungen an ein Pflegekonzept hatte eine stationäre Pflegeeinrichtung dann vollständig erfüllt, wenn folgende Inhalte vorhanden waren:

- das zu Grunde gelegte Pflegemodell
- das zu Grunde 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.

Bei der Umsetzung des Pflegekonzeptes in die Praxis sind die größten Verbesserungen zu verzeichnen. 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. Es besteht weiterhin eine Diskrepanz zwischen Entwicklung und Implementation der Pflegekonzepte. Bei 75,6 % der Pflegeeinrichtungen waren die Pflegekonzepte den Mitarbeitern bekannt. Damit waren in 1/4 der stationären Pflegeeinrichtungen den Mitarbeitern die konzeptionellen Grundlagen für ihre Arbeit nicht bekannt. Es bestehen zwischen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erhebliche Unterschiede bei der Umsetzung des Pflegekonzeptes in die Pflegepraxis. In der ambulanten Pflege ist dieses Ziel erst bei 59,0 % der geprüften Pflegedienste erreicht. Damit hat sich die auch schon im 1. Bericht gezeigte Differenz zwischen der ambulanten und stationären Pflege weiter vergrößert.

Siehe Anhang

- Tabellen – Stationäre Pflege, Tabelle 32, Seite 168
- Abbildungen – Stationäre Pflege, Abbildung 40, Seite 180

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 Personalzusammensetzung 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.

Bei den hier zu prüfenden Strukturkriterien ist im Vergleich zum ohnehin schon vorhandenen überwiegend hohen Niveau im 1. Bericht eine leicht positive Entwicklung zu verzeichnen. So war bei 99,3 % der stationären Pflegeeinrichtungen eine verantwortliche Pflegefachkraft vorhanden, in 96,3 % lag eine

ausreichende formale Qualifikation vor. Die Stelle der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft war in 96,7 % der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen besetzt. Bei diesen Kriterien handelt es sich allerdings um Anforderungen, die beim Abschluss eines Versorgungsvertrages immer erfüllt sein müssen (kurzfristige Besetzungslücken können z.B. bei Kündigungen der verantwortlichen Pflegefachkraft entstehen). Bei dem in diesem Bereich relevanten Organisationskriterium „Regelung von Verantwortung/Aufgabenzuordnung“ ist jedoch nach wie vor ein großer Optimierungsbedarf vorhanden. In 70,8 % der im 1. HJ 2006 geprüften stationären Pflegeeinrichtungen waren entsprechende Regelungen getroffen (2. HJ 2003 64,0 %).

In 91,5 % der Pflegeeinrichtungen, die im 1. HJ 2006 geprüft wurden, wurde die Personalanzahl insgesamt als ausreichend beurteilt, bei 94,6 % der Pflegeeinrichtungen wurde der Anteil der Pflegefachkräfte im 1. HJ 2006 durch die Gutachter des MDK aus fachlicher Perspektive als angemessen beurteilt.

Siehe Anhang

- Tabellen – Stationäre Pflege, Tabelle 33, Seite 168
- Abbildungen – Stationäre Pflege, Abbildung 41, Seite 181; Abbildung 42, Seite 182

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

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

Bei diesen Kriterien sind – anders als in der ambulanten Pflege – überwiegend positive Entwicklungen erkennbar. Die Verantwortungswahrnehmung der verantwortlichen Pflegefachkraft für die Planung der Pflegeprozesse hat sich von 62,7 % (2. HJ 2003) auf 74,8 % verbessert (1. HJ 2006). Auch die Verantwortungswahrnehmung der verantwortlichen Pflegefachkraft für die Führung der Pflegedokumentation ist von 62,7 % auf 74,4 % angestiegen. Bei beiden Kriterien besteht in 1/4 der geprüften Pflegeeinrichtungen ein Verbesserungsbedarf. Im Vergleich dazu konnten deutlich bessere Ergebnisse bei der Dienstplanung und den Dienstbesprechungen festgestellt werden. In 90,3 % der im 1. HJ 2006 geprüften stationären Pflegeeinrichtungen ist die verantwortliche Pflegefachkraft ihrer organisatorischen Verantwortung für die Dienstplanung und in 92,8 % für die Durchführung von Dienstbesprechungen nachgekommen.

Bei dem Vergleich mit der ambulanten Pflege stellt sich die Frage, ob das Arbeitsfeld für verantwortliche Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflege nicht attraktiv genug ist und aus diesem Grund Pflegefachkräfte mit besseren Managementqualifikationen und -fähigkeiten eher Stellen in stationären Pflegeeinrichtungen bevorzugen.

Trotz der besseren Ergebnisse in der stationären Pflege ist weiterhin fraglich, ob die Weiterbildungen zur verantwortlichen Pflegefachkraft insgesamt in der Pflege in ausreichendem Maße die fachlichen und Managementgrundlagen vermitteln, die zur Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation in einem Pflegedienst erforderlich sind. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK zur Verantwortungswahrnehmung der verantwortlichen Pflegefachkraft verdeutlichen die Erforderlichkeit einer verbindlichen Anforderungsdefinition für die Managementqualifikationen der verantwortlichen Pflegefachkraft.

Siehe Anhang

- Tabellen – Stationäre Pflege, Tabelle 34, Seite 169
- Abbildungen – Stationäre Pflege, Abbildung 43, Seite 183

4.5.4 Ablauforganisation

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen wurden hinsichtlich der Ablauforganisation 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. Bei der Interpretation der hier dargestellten Kriterien ist zu berücksichtigen, dass in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche vertraglich definierte Personalanforderungen bestehen und dass diese bei der Qualitätsbeurteilung durch den MDK heranzuziehen sind.

Trotz der im Berichtszeitraum erreichten Verbesserungen bestehen bei den betreffenden Kriterien der Ablauforganisation weiterhin erhebliche Qualitätsprobleme.

Die fachliche Überprüfung der Pflegekräfte (Erfassung der Pflegequalität und deren Bewertung) ist durch geeignete Methoden (Pflegevisiten oder ähnliche Methoden) zu gewährleisten. Dies kann mitarbeiter- oder bewohnerorientiert umgesetzt werden. Die fachliche Überprüfung von Pflegekräften ist eine der zentralen Steuerungsaufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft. Die Bedeutung dieser Aufgabe steigt mit zunehmendem Anteil von Mitarbeitern mit geringeren Qualifikationen. Vor diesem Hintergrund ist zwar eine Verbesserung auf 65,9 % zu verzeichnen, die aber wegen des auch in der stationären Pflege niedrigen Ausgangswertes aus dem Erhebungszeitraum 2003 (54,1 %) sowie der vorhandenen Qualitätsdefizite bei der Ergebnisqualität unbefriedigend ist.

Ein Anteil von 34,1 % der geprüften Pflegeeinrichtungen wendet entsprechende Methoden noch nicht an.

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). Der Anteil der stationären Pflegeeinrichtungen, in denen die Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden, ist von 68,7 % (2. HJ 2003) auf 76,6 % der stationären Pflegeeinrichtungen gestiegen. In fast 1/4 der Pflegeeinrichtungen ist dies nicht sichergestellt gewesen.

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 90,7 % der stationären Pflegeeinrichtungen die nächtliche Versorgung als angemessen beurteilt (2. HJ 2003 83,6 %). Trotz der geringen Mindestanforderungen waren in fast 10 % 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 90,0 % der stationären Pflegeeinrichtungen im Vergleich zur Besetzung in der Woche angemessen. In 10 % 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.

Siehe Anhang

- Tabellen – Stationäre Pflege, Tabelle 35, Seite 169
- Abbildungen – Stationäre Pflege, Abbildung 44, Seite 184

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.

Bei allen Kriterien zum Qualitätsmanagement sind deutliche Verbesserungen im Vergleich zum 1. Bericht eingetreten. Hier bestehen zum Teil deutliche Unterschiede zur ambulanten Pflege.

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 Qualitätshandbuchs, 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. Im Gegensatz zu den ambulanten Pflegediensten, in denen bei diesem Kriterium keine Verbesserung feststellbar war, hat sich der Anteil der stationären Pflegeeinrichtungen, die interne Qualitätssicherungsmaßnahmen durchführen, von 75,7 % (2. HJ 2003) auf 89,6 % erhöht.

Pflegebezogene Fortbildung zum Erhalt und zur Aktualisierung des Fachwissens fanden mit 95,3 % in fast allen 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 90,4 % der stationären Pflegeeinrichtungen festgestellt werden (2. HJ 2003 68,9 %).

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 82,7 % 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 85,1 % der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen wurden entsprechende Regelungen nachweislich eingesetzt. Hier ist eine deutliche Verbesserung von fast 20 % eingetreten. Allerdings besteht bei der Anwendung von Hygienestandards noch in 14,9 % der Pflegeeinrichtungen Verbesserungsbedarf.

Siehe Anhang

- Tabellen – Stationäre Pflege, Tabelle 36, Seite 169
- Abbildungen – Stationäre Pflege, Abbildung 45, Seite 185; Abbildung 46, Seite 186

4.5.6 Soziale Betreuung

In den Qualitätsprüfungen wurde 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.

Das erreichte Qualitätsniveau ist weiterhin nicht zufriedenstellend, auch wenn bei allen einbezogenen Kriterien leichte Verbesserungen eingetreten sind.

Von den geprüften Pflegeeinrichtungen haben 96,1 % Leistungen der sozialen Betreuung angeboten. Dokumentiert wurden diese Leistungen in 69,4 % der Pflegeeinrichtungen. In 92,4 % der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen wurde den Bewohnern das Angebot der sozialen Betreuung in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht. Der größte Optimierungsbedarf besteht noch bei der Anpassung der Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnerstruktur. Während in 70,2 % (2. HJ 2003 66,7 %) der Pflegeeinrichtungen das Angebot der sozialen Betreuung auf die Bewohnerstruktur ausgerichtet war, bestehen bei 29,8 % der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen noch Verbesserungspotentiale. Das bedeutet, dass z.B. immobile Bewohner oder Bewohner mit dementiellen Erkrankungen kein Angebot an Leistungen der sozialen Betreuung erhielten.

Siehe Anhang

- Tabellen – Stationäre Pflege, Tabelle 37, Seite 169
- Abbildungen – Stationäre Pflege, Abbildung 47, Seite 187

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.

Ausgehend von bereits im Berichtszeitraum 2003 hohen Ausgangswerten (97,1 % / 89,3 %) verfügten im 1. HJ 2006 fast alle stationären Pflegeeinrichtungen über einheitliche (97,8 %) und vollständige (96,2 %) Pflegedokumentationssysteme.

Siehe Anhang

- Tabellen – Stationäre Pflege, Tabelle 38, Seite 169
- Abbildungen – Stationäre Pflege, Abbildung 48, Seite 188

5. Schwerpunktthemen

Im Folgenden werden drei Schwerpunktthemen dargestellt. Beim ersten Schwerpunktthema erfolgt ein „Vergleich zwischen Pflegeeinrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement“. Dabei soll analysiert werden, ob sich die Prüfergebnisse zwischen zertifizierten und nicht zertifizierten Pflegeeinrichtungen insbesondere im Bereich der Prozess- und der Ergebnisqualität unterscheiden.

Im Schwerpunktthema „Nutzenbewertung von Qualitätsprüfungen durch geprüfte Pflegeeinrichtungen“ auf der Grundlage von Befragungsergebnissen des MDK Nordrhein werden Einschätzungen geprüfter Pflegeeinrichtungen über die Qualität der MDK-Qualitätsprüfungen und deren Nutzen für das eigene Qualitätsmanagement beschrieben.

Im Schwerpunktthema „Zusammenhang ausgewählter Kriterien der Struktur- und Prozessqualität mit der Qualität der pflegerischen Versorgung“ wird am Beispiel der Dekubitusprophylaxe und der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung untersucht, ob und inwieweit gutes Management im Zusammenhang steht mit einer guten Versorgungsqualität.

5.1 Vergleich zwischen Pflegeeinrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement

Nach den im Rahmen der Selbstverwaltung durch Leistungserbringerverbände und Kostenträger gemeinsam vereinbarten Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität nach § 80 SGB XI sind die Träger der Pflegeeinrichtungen dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. Über diese vertraglich vereinbarte Selbstverpflichtung hinaus gehend hat der Gesetzgeber mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) die Pflegeeinrichtungen gesetzlich verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (§§ 72, 80 SGB XI). Eine Möglichkeit, den Aufbau eines solchen einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu unterstützen, besteht in der Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems der Pflegeeinrichtungen. Bei einer Zertifizierung handelt es sich um eine freiwillige externe Qualitätssicherungsmaßnahme.

Im SGB XI wird der Trägerverpflichtung für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität Priorität eingeräumt (§ 112 Abs. 1 SGB XI). Maßstäbe für die Beurteilung der eigenen Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für die Pflegeeinrichtungen verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 80 SGB XI sowie in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und in regelmäßigen Abständen die erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen (§ 112 Abs. 2 SGB XI). Diese Anforderung bezieht sich auf die Leistungs- und Qualitätsnachweise (LQN) nach § 113 SGB XI, die bekanntlich aufgrund einer fehlenden Rechtsverordnung nicht umgesetzt und vor dem Hintergrund der Entbürokratisierungsdiskussion in Frage gestellt werden. Einige Pflegeeinrichtungen haben durch Gütesiegel oder Zertifikate ihr Qualitätsmanagement inzwischen bewerten lassen. Gütesiegel und Zertifikate kommen dem Ansatz der Leistungs- und Qualitätsnachweise nahe. Der Unterschied der Zertifikate und Gütesiegel zu Leistungs- und Qualitätsnachweisen besteht darin, dass sie auf freiwilliger Basis und ohne eine einheitliche verpflichtende Grundlage erreicht werden können.

Neben die Trägerverpflichtung zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements und die Nachweispflicht der Qualität hat der Gesetzgeber die externe Qualitätssicherung durch den MDK gestellt. Freiwillige externe Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie z.B. Gütesiegel und Zertifikate, ersetzen nicht die externe Qualitätssicherung durch den MDK.

Für die Jahre 2004 bis 2006 liegen bundesweite statistische Daten aus 7.951 (3.736 ambulante Pflege, 4.217 stationäre Pflege) MDK-Qualitätsprüfungen vor. Von diesen geprüften Einrichtungen hatten zum Zeitpunkt der Prüfung 3,8 % (140) der ambulanten Pflegedienste und 5,4 % (226) der stationären Pflegeeinrichtungen ein zertifiziertes Qualitätsmanagement.

2,1 % der geprüften ambulanten und 3,7 % der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen verwendeten das Organisationsmodell der ISO-Norm für Aufbau und Zertifizierung ihres Qualitätsmanagementsystems. Bei dieser Norm stehen vor allem Vollständigkeit und Funktionsfähigkeit des implementierten Qualitätsmanagementsystems im Sinne der Prozesssteuerung im Vordergrund.

Siehe Anhang

- Tabellen – Schwerpunktthema 5.1, Tabelle 39, Seite 189
- Abbildungen – Schwerpunktthema 5.1, Abbildung 49, Seite 190

Bei fast allen Zertifikaten und Gütesiegeln in Deutschland orientiert sich die Prüfung der Ergebnisqualität in erster Linie an der persönlichen Befragung der Pflegebedürftigen zur Zufriedenheit.¹⁰ Diese Befragung schließt zwar eine „Inaugenscheinnahme“ des entsprechenden Pflegebedürftigen mit ein, ohne aber in der Tiefe eine Bewertung des Pflegezustandes aus pflegefachlicher Sicht

¹⁰ Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WidO) (Hrsg.) (2004): Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen – ein Marktüberblick. Band 51. Bonn.

vorzunehmen. Dabei erfolgt erfahrungsgemäß in der Regel kein Soll-Ist-Abgleich zwischen dem für den Pflegebedürftigen erforderlichen und fachlich angemessenen Pflege- und Betreuungsbedarf mit der tatsächlich erbrachten Pflegeleistung.

Auch aus methodischer Sicht ist die alleinige Befragung der Pflegebedürftigen als Grundlage zur Bewertung der Ergebnisqualität kritisch zu würdigen:

„Werden die wenigen Befunde zur Nutzer- und Patienteneinschätzung der pflegerischen ambulanten Versorgung zusammenfassend betrachtet, dann ist auffällig, dass sie überwiegend sehr zufrieden stellend ausfallen (Aust 1994; Schaeffer 2000; Knäppl 2000). Der Aussagewert dieser Befunde muss allerdings kritisch betrachtet werden. Es zeigt sich, dass allein Zufriedenheitsuntersuchungen in der pflegerischen Versorgung keine hinreichenden Aufschlüsse für die Qualitätsbeurteilung aus Patientensicht zulassen.“¹¹

Gemessen an den Kriterien der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität zeigen sich bei einem Vergleich zwischen Einrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement in der Struktur- und Prozessqualität zwar Unterschiede zugunsten der zertifizierten Einrichtungen. Jedoch fällt auf, dass sich die Qualitätsprofile der Einrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement bei den meisten relevanten Kriterien ähneln.

Zwar wurden bei bestimmten Kriterien bessere Ergebnisse erzielt (z.B. interne Qualitätssicherung durchgeführt: ambulant 13,0 %, stationär 14,4 %). Den Pflegeeinrichtungen mit einem zertifiziertem Qualitätsmanagement ist es dennoch nicht gelungen, nennenswert bessere Werte bei der Ergebnisqualität (Dekubitusprophylaxe, Ernährung, Umgang mit Inkontinenz, Umgang mit gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohnern, Pflegezustand) zu erreichen.

Teilweise zeigen die Ergebnisse – insbesondere in der ambulanten Pflege – im Vergleich zu den nicht zertifizierten Einrichtungen sogar eine schlechtere Versorgungsqualität auf. Beispielsweise liegt in der ambulanten Pflege die sachgerechte Ernährung und Flüssigkeitsversorgung ca. 10 % unter dem Niveau der nicht zertifizierten Pflegeeinrichtung. Auch bei der Dekubitusprophylaxe und -therapie sowie bei der Inkontinenzversorgung ist eine ähnliche Tendenz erkennbar.

Siehe Anhang

- Tabellen – Schwerpunktthema 5.1, Tabelle 40, Seite 189; Tabelle 41, Seite 189
- Abbildungen – Schwerpunktthema 5.1, Abbildung 50, Seite 191; Abbildung 51, Seite 192

¹¹ DZA (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin, S. 178.

Von den 366 Einrichtungen mit einem zertifiziertem Qualitätsmanagement waren trotz der Zertifizierung bei 27,6 % der ambulanten und 37,8 % der stationären Einrichtungen wiederholt Qualitätsprüfungen des MDK (Evaluationsprüfung) erforderlich.

Insgesamt betrachtet unterscheiden sich die Ergebnisse der MDK-Prüfungen von zertifizierten Pflegeeinrichtungen im Vergleich zu den nicht zertifizierten Pflegeeinrichtungen bei den entscheidenden Qualitätsparametern deutlich weniger positiv als erwartet. Dieser Befund ist insbesondere deswegen bemerkenswert, da große Erwartungen und großes Vertrauen in die Qualitätsverbesserung durch Zertifizierungen gesetzt werden.

Der häufig hergestellte kausale Zusammenhang, nach dem ein Zertifikat ein hohes Qualitätsniveau für die zu betreuenden Versicherten nach sich zieht, lässt sich aus den vorliegenden Daten nicht bestätigen.

Für das Zertifizierungsverfahren entsteht ein erheblicher finanzieller und personeller Aufwand mit in der Regel dreijährig stattfindenden Rezertifizierungsaudits und jährlichen Überwachungsaudits.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Zusammenspiel von interner Qualitätsverantwortung der Einrichtungsträger und verpflichtender externer Qualitätssicherung durch den MDK sinnvoll und unverzichtbar ist. Dies gilt sowohl für anlassbezogene Einzelprüfungen als auch für Stichprobenprüfungen. Die Notwendigkeit unabhängiger MDK-Prüfungen der Pflege und Versorgung der Versicherten besteht zumindest so lange, bis für die verschiedenen Zertifikate und Gütesiegel nachgewiesen ist, dass Pflegeeinrichtungen mit entsprechenden Qualitätsnachweisen, die von kommerziellen oder trägergestützten Unternehmen ausgestellt wurden, auf Dauer ein hohes Qualitätsniveau in der Ergebnisqualität gewährleisten.

5.2 Nutzenbewertung von Qualitätsprüfungen durch geprüfte Pflegeeinrichtungen – Befragungsergebnisse des MDK Nordrhein

Die Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems ist Aufgabe jeder Pflegeeinrichtung. Die Qualitätsprüfungen des MDK dienen der externen Qualitätssicherung der einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsysteme. Der MDK vertritt bei den Qualitätsprüfungen nach §§ 112 ff SGB XI einen beratungsorientierten Prüfansatz, mit dem Ziel, die Pflegeeinrichtungen in ihren Qualitätsbemühungen zu unterstützen. Den beratungsorientierten Prüfansatz hat der MDK bereits seit Beginn der Qualitätsprüfungen verfolgt. Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) wurde dieser Ansatz im § 112 Abs. 4 SGB XI auch durch den Gesetzgeber bestätigt. Demnach soll der MDK die Pflegeeinrichtungen im Rahmen seiner Möglichkeiten beraten, mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeein-

richtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken. Dem trägt der MDK bundesweit Rechnung, in dem die Beratung im Sinne einer Impulsberatung in die Qualitätsprüfungen nach §§ 112 ff SGB XI integriert ist. Einige MDK haben darüber hinaus Möglichkeiten geschaffen, weitergehende Beratungsangebote zu realisieren. Der beratungsorientierte Prüfansatz des MDK wird durch die seit dem 01. Januar 2006 geltenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien unterstützt.

Der beratungsorientierte Prüfansatz kann allerdings nur in einer Atmosphäre gegenseitiger Achtung und partnerschaftlicher Zusammenarbeit umgesetzt werden. Um eine solche Atmosphäre zu erreichen, werden bei den Qualitätsprüfungen des MDK Mitarbeiter eingesetzt, die sich durch eine hohe Fach- und Qualitätsmanagementkompetenz auszeichnen und die über die erforderlichen Kommunikationstechniken und -fähigkeiten verfügen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse einer durch den MDK Nordrhein durchgeführten Befragung von geprüften Pflegeeinrichtungen exemplarisch dargestellt.

Befragung des MDK Nordrhein vom November 2005 bis Januar 2006

Bei allen Bemühungen von Seiten des MDK zur Durchführung von effektiven, qualifizierten Qualitätsprüfungen einschließlich einer integrierten Impulsberatung darf nicht vergessen werden, dass eine Qualitätsprüfung eine Belastungssituation für die zu prüfende Einrichtung und ihre Mitarbeiter und nicht zuletzt auch für die in die Prüfung einzubeziehenden Versicherten darstellt. Der MDK ist daher durch ein angemessenes fachliches und kommunikatives Vorgehen bei der Prüfung bestrebt, für eine sachliche Prüfatmosfera zu sorgen und einen offenen und konstruktiven Zugang zu den Pflegeeinrichtungen zu finden. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die geprüften Pflegeeinrichtungen dargestellte Verbesserungsmöglichkeiten annehmen können und motiviert sind, die Verbesserungsmöglichkeiten umzusetzen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Wirkung die Qualitätsprüfungen bei den verantwortlichen Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen erzielen und welchen Nutzen die Mitarbeiter der geprüften Pflegeeinrichtungen den Qualitätsprüfungen für ihr Qualitätsmanagement und ihre praktische Arbeit beimessen.

Erstmals ist der MDK Nordrhein im Rahmen einer Befragung von geprüften Einrichtungen diesen Fragen nachgegangen. Dabei sollte ermittelt werden, wie von den geprüften Pflegeeinrichtungen eine Qualitätsprüfung nach §§ 112 ff SGB XI erlebt und wahrgenommen wird. Bei der Beurteilung der Befragungsergebnisse ist zu berücksichtigen, dass der MDK Nordrhein neben der prüfungs-immanenten Impulsberatung im Nachgang zur Prüfung gezielte Beratungsangebote unterbreitet, um die Pflegeeinrichtungen in der Umsetzung von Verbesserungspotentialen zu unterstützen.

Zur Durchführung der Befragung hat der MDK Nordrhein einen Fragebogen und ein Informationsschreiben (siehe Anlage) entwickelt sowie eine Verfahrensbeschreibung

für die Befragungsdurchführung festgelegt. Fragebogen und Verfahrensbeschreibung wurden mit den Selbstverwaltungsorganen und der Personalvertretung des MDK Nordrhein abgestimmt und konsentiert. Für die Befragung wurde festgelegt, dass jede im Zeitraum vom 01.11.2005 bis 31.01.2006 geprüfte Einrichtung einbezogen wird. Die betreffenden Qualitätsprüfungen in diesem Zeitraum wurden von 12 Gutachtern des MDK Nordrhein durchgeführt. Die geprüften Einrichtungen erhielten zum Ende der Qualitätsprüfung ein Informationsschreiben sowie den Fragebogen. Der ausgefüllte Fragebogen wurde von den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen per Post in einem verschlossenen Umschlag an den MDK Nordrhein zurückgesandt. Eine Anonymisierung war gewährleistet. Es bestand für die Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, von der Anonymisierung keinen Gebrauch zu machen.

Die Ergebnisse der Befragung wurden erstmalig auf der 42. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention am 28.09.2006 in Offenbach öffentlich vorgestellt.

Ergebnisse

Die Befragung erfolgte wie vorgesehen in der Zeit vom 01.11.2005 bis 31.01.2006. In diesem Zeitraum sind 136 Qualitätsprüfungen vom MDK Nordrhein durchgeführt worden. Darunter waren sechs unangemeldete Prüfungen (4 %). An alle geprüften Pflegeeinrichtungen wurden die Fragebögen verteilt. Der Rücklauf betrug mit 63 Fragebögen 46 %.

Die einzelnen Fragen des Fragebogens wurden wie folgt beantwortet:

1.) Wie haben Sie die durchgeführte Prüfung insgesamt erlebt?

Mit 70 % hat sich der überwiegende Teil der geprüften Einrichtungen insgesamt positiv über die Qualitätsprüfung durch den MDK Nordrhein geäußert. Lediglich 2 % haben einen negativen Eindruck von der Prüfung gewonnen, während 19 % der Antworten indifferent ausgefallen sind.

Siehe Anhang

- Abbildungen – Schwerpunktthema 5.2, Abbildung 52, Seite 193

2.) War die Prüfung angemeldet?

Von den zurück gesandten Fragebögen stammten 94 % (59) aus angemeldeten und 6 % (4) der Fragebögen aus unangemeldeten Prüfungen.

Siehe Anhang

- Abbildungen – Schwerpunktthema 5.2, Abbildung 53, Seite 194

3.) Das Einführungsgespräch war aus Ihrer Sicht ...

Das Einführungsgespräch, bei dem den Vertretern der Pflegeeinrichtung der Prüfauftrag, der Prüfablauf und die Prüfinhalte erläutert werden, wurde von den Befragungsteilnehmern zu 83 % als informativ, zu 87 % als strukturiert und zu 67 % als hilfreich wahrgenommen. Es wurde fast keine Kritik am Einführungsgespräch angegeben.

Siehe Anhang

- Abbildungen – Schwerpunktthema 5.2, Abbildung 54, Seite 195

4.) Der Prüfungsverlauf war aus Ihrer Sicht ...

Auch der Prüfungsverlauf wurde von den Befragungsteilnehmern weit überwiegend positiv beurteilt. Die Befragungsteilnehmer beurteilten den Prüfungsverlauf mehrheitlich als informativ (68 %), strukturiert (83 %) und hilfreich (76 %). Einige Befragungsteilnehmer konnten dieser Einschätzung überwiegend zustimmen (29 %, 11 %, 22 %), während auch hier kaum negative Beurteilungen abgegeben worden sind.

Siehe Anhang

- Abbildungen – Schwerpunktthema 5.2, Abbildung 55, Seite 196

5.) Das Abschlussgespräch war aus Ihrer Sicht ...

Im Abschlussgespräch wird den geprüften Pflegeeinrichtungen vom Prüfteam ein erstes Feedback über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen mitgeteilt und es wird der Pflegeeinrichtung dabei Gelegenheit gegeben, Stellung zu beziehen und Fragen zu klären. Von den befragten Pflegeeinrichtungen äußerte die überwiegende Mehrzahl volle Zustimmung darüber, dass das Abschlussgespräch informativ (80 %), strukturiert (80 %) und hilfreich (81 %) war. Weitere 18 % beurteilten das Abschlussgespräch als überwiegend informativ und hilfreich und für 16 % war das Abschlussgespräch überwiegend strukturiert. Auch bei dieser Frage fanden sich kaum unzufriedene Äußerungen.

Siehe Anhang

- Abbildungen – Schwerpunktthema 5.2, Abbildung 56, Seite 197

6.) Die vorläufigen Empfehlungen waren aus Ihrer Sicht nachvollziehbar

Auch der Frage nach der Nachvollziehbarkeit der vorläufigen Empfehlungen, die während der Qualitätsprüfungen des MDK Nordrhein ausgesprochen worden sind, wurde voll (66 %) bzw. überwiegend (33 %) zugestimmt.

Siehe Anhang

- Abbildungen – Schwerpunktthema 5.2, Abbildung 57, Seite 198

7.) Der praktische Nutzen der Prüfung für die Qualitätssicherung in Ihrer Einrichtung war hoch

Während lediglich 3 % der Befragungsteilnehmer den Qualitätsprüfungen des MDK Nordrhein einen hohen praktischen Nutzen eher nicht bestätigten („trifft weniger zu“), fiel die Beurteilung des praktischen Nutzens für die Pflegeeinrichtungen insgesamt sehr positiv aus. Die Befragungsteilnehmer bestätigten einen hohen praktischen Nutzen für die geprüften Pflegeeinrichtungen zu 22 % überwiegend und zu 75 % sogar voll.

Siehe Anhang

- Abbildungen – Schwerpunktthema 5.2, Abbildung 58, Seite 199

8.) Was hat Ihnen besonders gefallen oder Sie besonders gestört?

Es finden sich 49 Eintragungen, die unter die Rubrik „besonders gefallen“ subsumiert werden können. Zusammenfassend lassen sich die Aussagen wie folgt kategorisieren:

- „Die Prüfung wurde in einer angenehmen und ruhigen Atmosphäre durchgeführt.“
- „Die Gutachter waren im ganzen Verlauf der Prüfung sehr ruhig, sachlich und professionell. Dadurch wurde die Prüfungsangst genommen.“
- „Der beratungsorientierte Prüfungsansatz hat uns die notwendigen Impulse zur Weiterentwicklung gegeben.“
- „Besonders gut hat uns die Diskretion bei den Bewohnern gefallen.“
- Fünfmal wurde die Anonymität der Gutachter durch die Einrichtung aufgehoben und deren Prüftätigkeit besonders gelobt.

Es finden sich neun Eintragungen, die unter die Rubrik „Was hat Sie besonders gestört?“ subsumiert werden können:

- „Patienten Besuch, keine Wahrung der Intimsphäre, fehlte der Respekt, Ablauf beim Patienten sehr gehetzt.“
- „Termin kurz vor Weihnachten.“
- „Gestört hat aus unserer Sicht die körperliche Begutachtung der Bewohner.“
- „Die gesamte MDK-Prüfung wurde aus Sicht des Hauses umschattet durch eine massive negative Stimmung der MDK-Prüfer.“
- „Persönliches Auftreten einer Prüferin war nicht angemessen. Es war sehr von Ironie geprägt.“
- „Nichtaufgreifen eines Beschwerdealles, der Anlass für die Prüfung gewesen war.“
- „Termin am 11.11.2005.“ (Karnevalsauftakt)
- „Bei Bewohnervisite wurde nur der Tageseindruck zu Grunde gelegt; der bisherige Verlauf fand kaum Beachtung.“
- „Der Umgang vor Ort mit unseren Bewohnern wurde zum Teil als unangenehm empfunden.“

9.) Anmerkungen und Wünsche

In dieser Rubrik fanden sich elf Einträge:

- Viermal wurde eine bessere Abstimmung der MDK-Prüfungen mit den Prüfungen der Heimaufsichtsbehörden gewünscht
- Dreimal wurde eine Ausweitung der Beratungstätigkeit des MDK Nordrhein gewünscht
- „Mehr Zeit bei der Prüfung beim Patienten.“
- „Anschreiben mit dem genauen Verlauf der Prüfung und der Angabe der gewünschten Unterlagen.“
- „Machen Sie weiter wie bisher.“
- „Weiter so.“

Schlussfolgerungen

Die Befragung der Pflegeeinrichtungen erreichte eine hohe Rücklaufquote von 46 %. Die in der sozialwissenschaftlichen Literatur angegebenen Rücklaufquoten bei ähnlichen Befragungen zeigen ähnliche oder niedrigere Befragungsbeiträge. Die gute Rücklaufquote bei der Befragung durch den MDK Nordrhein deutet darauf hin, dass die Kundenorientierung des MDK bei den Pflegeeinrichtungen begrüßt wird. Durch die hohe Rücklaufquote erhalten die Ergebnisse der Befragung eine hohe Aussagekraft.

Die Aktivitäten des MDK Nordrhein zur Qualifizierung seiner Gutachter (TQM-Ausbildung für alle Gutachter, externe Supervision der Gutachter) sowie zur Strukturierung und Vereinheitlichung des Prüfablaufs (Erarbeitung und Implementierung von Standards für die einzelnen Schritte der Qualitätsprüfungen) zeigen Wirkung. Die Ausweitung des beratungsorientierten Ansatzes der Qualitätsprüfungen hat sich bewährt. Es ist mit wenigen Ausnahmen gelungen, eine sachliche, faire, von gegenseitigem Respekt getragene Prüfatmosphäre zu schaffen, die Beratungen durch den MDK Nordrhein möglich macht und von den Einrichtungen angenommen wird.

Bei gesonderter Sichtung der vier Fragebogen aus Einrichtungen, die unangemeldet geprüft wurden, zeigte sich, dass es den Gutachtern des MDK Nordrhein auch bei diesen Pflegeeinrichtungen gelungen ist, eine konstruktive und vertrauensvolle Prüfatmosphäre herzustellen. Die Antworten dieser vier Einrichtungen weichen nicht wesentlich von den Einrichtungen ab, die angemeldet geprüft worden sind. Dabei ist zu bedenken, dass diese Pflegeeinrichtungen aufgrund vorliegender Beschwerden einer unangemeldeten Prüfung unterzogen worden sind.

Stellungnahme zu den Ergebnissen der Rubrik „Was hat Sie besonders gestört?“

Der Schwerpunkt der Qualitätsprüfungen des MDK liegt, anders als bei anderen Prüfinstitutionen, im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität. Zur Umsetzung dieses bewusst gewählten Prüfungsschwerpunktes ist es unerlässlich, den körperlichen Zustands des Versicherten systematisch zu erfassen. Dennoch richten sich einige Kritikpunkte gegen die körperliche Inaugenscheinnahme der Versicherten. Zwar handelt es sich bei der Inaugenscheinnahme um einen Eingriff in den Intimbereich des Versicherten, allerdings erfolgt dies immer nur mit Zustimmung des Versicherten oder seines Betreuers.

Einige Kritikpunkte bezogen sich auf für die Einrichtung ungünstige Prüftermine. Die Pflegeeinrichtungen würden es präferieren, wenn z.B. in der Zeit vor Weihnachten, vor Ostern und Karnevalszeit und in Ferienzeiten keine Qualitätsprüfungen durchgeführt werden. Auf solche Wünsche der Pflegeeinrichtungen können die MDK jedoch nicht eingehen, weil dies aus sachlichen (anlassbezogene Prüfungen), organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen nicht realisierbar ist. In begründeten Einzelfällen kann die Terminlage der Einrichtung bei Prüfungen berücksichtigt werden. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle müssen die Qualitätsprüfungen jedoch zu dem vorgesehenen Termin durchgeführt werden. Grundsätzlich müssen Pflegeeinrichtungen jederzeit eine ange-

messene Versorgung gewährleisten und verantwortliche Ansprechpartner müssen jederzeit auch intern für die Pflegeeinrichtung verfügbar sein.

Auch wenn der MDK sehr großen Wert auf ein angemessenes Auftreten der Prüfmitarbeiter legt, kann es in Einzelfällen vorkommen, dass Konfliktsituationen nicht vollständig vermieden werden. Beschwerden hinsichtlich des Verhaltens von Gutachtern werden immer sehr ernst genommen. Im Rahmen der Befragung haben zwei Pflegeeinrichtungen entsprechende Kritik geäußert. Aufgrund der Anonymität der Befragung konnte diesen Beschwerden im Rahmen der Befragung allerdings nicht nachgegangen werden. Unabhängig von der Befragung durch den MDK Nordrhein wird jeder konkreten Beschwerde durch den MDK im Rahmen des Beschwerdemanagements nachgegangen.

Kritik hat sich auch darauf bezogen, dass lediglich auf der Basis einer Momentaufnahme eine Beurteilung der Pflegequalität stattfände. Diese Feststellung ist für sich gesehen zwar richtig, unterstreicht aber die Bedeutung einer sachgerechten Pflegedokumentation und Pflegeplanung. Je besser durch die Pflegeeinrichtungen die Pflegedokumentation und der Pflegeprozess umgesetzt wird, desto besser kann durch die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung und die Gutachter des MDK ein Verlauf nachvollzogen werden.

In einem Fall hat eine Pflegeeinrichtung Kritik daran geäußert, dass bei einer anlassbezogenen Einzelprüfung der der Prüfung zu Grunde liegende Beschwerdefall nicht einbezogen worden ist. Da in diesem Fall die Anonymisierung durch die Einrichtung aufgehoben worden ist, konnte der Fall nachrecherchiert werden. Den Gutachtern war der Beschwerdefall und der Pflegebedürftige bekannt, vom Betreuer wurde jedoch die Zustimmung zur Inaugenscheinnahme des Versicherten verweigert. Dies ist ein in der Praxis nicht selten vorkommender Sachverhalt, der bei den geprüften Einrichtungen Unverständnis hervorruft, von den Gutachtern des MDK jedoch nicht beeinflusst werden kann.

Eine verbesserte Kooperation der Qualitätsprüfungen des MDK mit der Heimaufsicht wurde in einigen Fällen eingefordert. Der MDK Nordrhein hat durch eine verbesserte Terminabstimmung und eine standardisierte Kommunikation und Information mit den Heimaufsichtsbehörden bereits maßgebliche Schritte zu einer besseren Verzahnung mit den Qualitätsprüfungen der Heimaufsichten unternommen. Hierdurch ist es zu einer insgesamt verbesserten Zusammenarbeit zwischen MDK und Heimaufsicht gekommen. Allerdings wird es auch in Zukunft nicht in allen Fällen möglich sein, zeitgleich Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen zu realisieren, z.B. wenn aufgrund von Beschwerden unverzüglich anlassbezogene Qualitätsprüfungen erforderlich sind.

Zusammenfassung

Obwohl Qualität und Wirksamkeit von Qualitätsprüfungen nach §§ 112 ff SGB XI von den beteiligten Einrichtungen und deren Trägervereinigungen bzw. Berufsverbänden unterschiedlich eingeschätzt werden, konnte durch die Befragung des MDK Nordrhein gezeigt werden, dass bei den Einrichtungsvertretern eine hohe Zufriedenheit mit den Qualitätsprüfungen des MDK besteht. Fast drei Viertel der Befragungsteilnehmer äußerten sich insgesamt positiv über die Qualitätsprüfungen des MDK Nordrhein. Etwa 4/5 der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen maßen den Qualitätsprüfungen des MDK Nordrhein einen großen Nutzen für das eigene Qualitätsmanagement bei. Dies sind Ergebnisse, die den MDK als externe Prüfinstitution mit seinem professionellen beratungsorientierten Prüfansatz bestätigen. Im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung müssen auch in Zukunft Maßnahmen unternommen und Entwicklungen aufgegriffen werden, um die Qualität der Qualitätsprüfungen aufrechtzuerhalten und weiter zu verbessern.

Nachfolgend sind der Fragebogen und die Information für die Pflegeeinrichtung abgebildet.

Fragebogen für die Pflegeeinrichtung

**Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI durch den MDK Nordrhein -
Fragebogen für die Pflegeeinrichtung**

VERTRAULICH
MDK Nordrhein
Referat Pflegeversicherung
Stressemannstr. 13 – 15
40210 Düsseldorf

1. Wie haben Sie die durchgeführte
Qualitätsprüfung insgesamt erlebt?

😊 😐 ☹️

2. War die Prüfung angemeldet?

Ja ☐ Nein ☐

3. Das Einführungsgespräch war
aus Ihrer Sicht ...

	trifft voll zu	trifft überwiegend zu	trifft weniger zu	trifft nicht zu
informell	☐	☐	☐	☐
strukturiert	☐	☐	☐	☐
hilfreich	☐	☐	☐	☐

4. Der Prüfungsverlauf war
aus Ihrer Sicht ...

	trifft voll zu	trifft überwiegend zu	trifft weniger zu	trifft nicht zu
informell	☐	☐	☐	☐
strukturiert	☐	☐	☐	☐
hilfreich	☐	☐	☐	☐

5. Das Abschlussgespräch war
aus Ihrer Sicht ...

	trifft voll zu	trifft überwiegend zu	trifft weniger zu	trifft nicht zu
informell	☐	☐	☐	☐
strukturiert	☐	☐	☐	☐
hilfreich	☐	☐	☐	☐

Qualitätsprüfung / Prüfung / Bewertung / Fragebogen (0000000) – MDK Nordrhein – Kundenbefragung 2025. Seite 1 von 2

6. Die vorläufigen Empfehlungen waren
aus Ihrer Sicht nachvollziehbar

trifft voll zu trifft überwiegend zu trifft weniger zu trifft nicht zu

☐ ☐ ☐ ☐

7. Der praktische Nutzen der Prüfung für
die Qualitätsicherung in Ihrer Einrichtung
war hoch

trifft voll zu trifft überwiegend zu trifft weniger zu trifft nicht zu

☐ ☐ ☐ ☐

8. Was hat Ihnen besonders gefallen oder Sie besonders gestört?

9. Anmerkungen und Wünsche:

Auf Wunsch besprechen wir Ihre Anliegen gerne auch persönlich mit Ihnen. Teilen Sie uns dazu einen
Ansprechpartner und Ihre Telefonnummer mit. Wir setzen uns schnellstmöglich mit Ihnen in Verbindung.

Ansprechpartner: _____ **Telefon:** _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Qualitätsprüfung / Prüfung / Bewertung / Fragebogen (0000000) – MDK Nordrhein – Kundenbefragung 2025. Seite 2 von 2

An die
Pflegeeinrichtungen

Heilbronner Dienst
der Krankenversicherung
Nordrhein

Ihre Meinung ist uns wichtig

Sehr geehrte Damen und Herren,

In Ihrem Hause wurde heute durch Mitarbeiter des MDK Nordrhein eine Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI durchgeführt.

Es ist uns wichtig zu erfahren, wie Sie die Prüfung erlebt haben. Lob oder Kritik - sagen Sie uns offen Ihre Meinung. Sie unterstützen damit unsere Bemühungen, die Qualität unserer Dienstleistung zu verbessern.

Wir freuen uns, wenn Sie sich ein wenig Zeit nehmen und die untenstehenden Fragen beantworten.

Selbstverständlich ist die Beantwortung freiwillig und kann anonym von Ihnen vorgenommen werden. Das Ergebnis hat keinen Einfluss auf den Prüfbericht.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen in beiliegendem Freiumschlag zurück.

Wir freuen uns über Ihre Rückmeldung und bedanken uns für Ihre Unterstützung.

Ihr MDK Nordrhein
Referat Pflegeversicherung

Qualitätsprüfung/Qualitätszertifikat 2006/07 - MDK Nordrhein - Kundenbezug 2006

5.3 Zusammenhang ausgewählter Kriterien der Struktur- und Prozessqualität mit der Qualität der pflegerischen Versorgung

Seit Beginn der MDK-Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen haben sich in der direkten pflegerischen Versorgung Handlungsfelder herauskristallisiert, bei denen ein hoher Optimierungsbedarf besteht. Zwar haben sich im Verlauf der Qualitätsüberprüfungen und der Ergebniserfassung bereits Verbesserungen eingestellt, allerdings besteht weiterhin bei wesentlichen Interventionsbereichen erheblicher Verbesserungsspielraum. Dabei sind vor allem die Themen relevant, die dem Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität zugeordnet werden können, denn diese wirken sich besonders auf die Gesundheit und die Lebensqualität der Versicherten aus. Zu diesen Themen gehören die Dekubitusprophylaxe und -therapie sowie die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung. Bei der Dekubitusprophylaxe und -therapie war die Versorgung im 2. HJ 2003 bei 56,9 % der einbezogenen Bewohner sachgerecht. Dieser Wert konnte bis zum 1. HJ 2006 auf 64,5 % der Bewohner erhöht werden. Wie beim 1. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI rangiert damit trotz der Verbesserungen auch in der 1. Jahreshälfte 2006 der Umgang mit der Dekubitusprophylaxe und -therapie im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität an erster Stelle der optimierungsbedürftigen Kriterien. Direkt gefolgt von der Dekubitusprophylaxe und -therapie fällt der Umgang mit der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung am zweithäufigsten als optimierungsbedürftiges Kriterium im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität auf. Bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sind die positiven Werte im gleichen Zeitraum in der ambulanten Pflege von 62,8 % auf 70,4 % gestiegen, während sich in der stationären Pflege die Ergebnisse von 59,0 % auf 65,6 % verändert haben.

Siehe Anhang

- Tabellen – Schwerpunktthema 5.3, Tabelle 42, Seite 200
- Abbildungen – Schwerpunktthema 5.3, Abbildung 59, Seite 202

Aufgrund des auch im Vergleich zu anderen Qualitätsparametern der Prozess- und Ergebnisqualität weiterhin hohen Optimierungsbedarfs sollen diese beiden Themen¹², wie bereits beim 1. Bericht nach § 114 Abs. 4 SGB XI, zu einem

¹² Aufgrund der unterschiedlichen leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen in der ambulanten und stationären Pflege können in der Analyse zur Dekubitusprophylaxe und -therapie nur die Daten aus der stationären Pflege einbezogen werden. Während die Dekubitustherapie in der stationären Pflege im Leistungsspektrum der Pflegeversicherung enthalten ist, ist sie in der ambulanten Pflege im Rahmen der Krankenversicherung Leistungsgegenstand der häuslichen Krankenpflege.

Schwerpunktthema gemacht werden und einer spezifischen Analyse unterzogen werden.

Der 1. Bericht hat in den Schwerpunktthemen Dekubitusprophylaxe und -therapie sowie Ernährung und Flüssigkeitsversorgung primär ermittelt, ob bessere Ergebnisse bei ausgewählten Struktur- und Prozessparametern in einem Zusammenhang stehen mit einer höheren Versorgungsqualität der Versicherten. Dieser Zusammenhang konnte im 1. Bericht nach § 118 Abs. 4 SGB XI bestätigt werden. Auf der Grundlage der Daten aus dem 2. HJ 2003 und dem 1. HJ 2006 soll im aktuellen Bericht der Schwerpunkt der Analyse darauf gerichtet werden, ob die für das 2. HJ 2003 festgestellten Zusammenhänge der Struktur- und Prozessparameter konstant sind und auch bei der Auswertung der Daten aus dem 1. HJ 2006 nachgewiesen werden können. Aufbauend auf den Ergebnissen dieser vergleichenden Analyse sollen Rahmenbedingungen für Pflegeeinrichtungen identifiziert werden, die sich fördernd auf eine gute pflegerische Versorgung am Beispiel der Dekubitusprophylaxe und -therapie und der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung auswirken können.

Siehe Anhang

- Tabellen – Schwerpunktthema 5.3, Tabelle 43, Seite 200; Tabelle 44, Seite 200; Tabelle 45, Seite 201

Der Grad der Erfüllung aller ausgewählter Kriterien der Struktur- und Prozessqualität korreliert mit der Qualität der pflegerischen Versorgung der Versicherten. Dies ergibt sich aus der Analyse der Daten aus den Jahren 2003 und 2006.

Aus der tabellarischen Zusammenstellung der Ergebnisse ist ersichtlich, dass die Erfüllung aller ausgewählten Kriterien der Struktur- und Prozessqualität sowohl beim Dekubitus als auch bei der Ernährung mit einer höheren Versorgungsqualität korreliert. Sind die Kriterien der Struktur- und Prozessqualität nicht erfüllt, ist der Anteil der Versicherten mit einer guten Versorgungsqualität bei der Dekubitusprophylaxe und -therapie stets niedriger. Dieser allgemeine Zusammenhang findet sich sowohl bei den Daten aus dem 2. HJ 2003 als auch bei den Daten aus dem 1. HJ 2006. Daraus kann zunächst allgemein geschlossen werden, dass Pflegeeinrichtungen mit einer insgesamt besseren Zielerreichung bei Struktur- und Prozesskriterien konstant bessere Ergebnisse in der Versorgungsqualität erreichen, als Pflegeeinrichtungen, die im Bereich der Struktur- und Prozessqualität Schwächen aufweisen.

Allerdings wird deutlich, dass die Ergebnisse der verschiedenen Struktur- und Prozesskriterien mit unterschiedlicher Stärke auf die Versorgungsqualität wirken.

Die Erfüllung der verschiedenen Kriterien der Struktur- und Prozessqualität korrelieren mit unterschiedlicher Intensität mit einer guten Versorgungsqualität. Es lassen sich Kriterien identifizieren, die besonders bedeutsam für eine gute pflegerische Versorgung sind.

Betrachtet man die Zusammenhänge der in die Analyse einbezogenen Struktur- und Prozesskriterien mit den Ergebnissen bei der Versorgungsqualität, so zeigen sich überwiegend – sowohl bei den beiden Versorgungsqualitätsparametern Dekubitus und Ernährung als auch zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten 2003 und 2006 – unterschiedlich starke Zusammenhänge.

Auf der einen Seite zeigen sich Qualitätskriterien, bei deren Erfüllung sich meist ein schwächerer Zusammenhang mit einer guten Versorgungsqualität zeigt. Als Beispiel sollen hierzu die Kriterien

- Finden Fortbildungen statt?
- Liegt ein Pflegekonzept vor?
- Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Verantwortung für die Durchführung regelmäßiger Dienstbesprechungen wahr?

herausgegriffen werden. Auf einer Rangliste der 11 ausgewählten Kriterien der Struktur- und Prozessqualität rangieren diese drei Kriterien stets auf niedrigeren Rängen.

Siehe Anhang

- Tabellen – Schwerpunktthema 5.3, Tabelle 46, Seite 201
- Abbildungen – Schwerpunktthema 5.3, Abbildung 60, Seite 203; Abbildung 61, Seite 204; Abbildung 62, Seite 205; Abbildung 63, Seite 206; Abbildung 64, Seite 207; Abbildung 65, Seite 208

Um diese niedrigen Ränge nachvollziehen zu können, ist es erforderlich die Kriterien inhaltlich zu betrachten. Zunächst sei darauf hingewiesen, dass es sich bei den Kriterien durchaus um sinnvolle Qualitätsparameter handelt, die allerdings im Zusammenhang mit anderen Kriterien stehen und für sich allein genommen keine ausgewiesene qualitätsstiftende Wirkung entfalten können. So ist mit der Frage nach der Durchführung von Fortbildungen noch nichts darüber ausgesagt, ob die Fortbildungen auf der Grundlage einer Fortbildungsplanung durchgeführt werden, nach der notwendige Fortbildungsthemen im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements für die verschiedenen Qualifikationsgruppen der pflegerischen Mitarbeiter angeboten werden. Ebenso verhält es sich mit der Frage nach dem Vorliegen eines Pflegekonzeptes. Ein Pflegekonzept vorzulegen, ist ein relativ leicht zu erfüllendes Strukturkriterium. Ob

dieses Konzept fachlich geeignet ist und vor allem auch in der Pflegeeinrichtung implementiert ist, ist mit dieser Frage nicht beantwortet. Auch die Verantwortungswahrnehmung der verantwortlichen Pflegefachkraft für die Durchführung regelmäßiger Dienstbesprechungen ist sicherlich einerseits ein wesentliches Qualitätskriterium, dass allerdings nur eingebettet in ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement Wirksamkeit auch für die Versorgungsqualität entfalten kann. Für sich allein genommen können die drei genannten Kriterien somit keine maßgebliche Wirkung für eine gute Versorgungsqualität erzielen.

Auf der anderen Seite lassen sich bei den beispielhaft ausgewählten Versorgungsqualitätsparametern sowohl für 2003 als auch für 2006 Kriterien aus dem Bereich der Struktur- und Prozessqualität identifizieren, deren Erfüllung häufiger mit einer hohen Versorgungsqualität verbunden ist. Hierzu zählen die folgenden Fragen:

- Wird die fachliche Überprüfung von Pflegehilfskräften sichergestellt?
- Wird das Pflegekonzept umgesetzt?
- Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre (organisatorische) Verantwortung zur fachgerechten Führung der Pflegedokumentation wahr?

Siehe Anhang

- Tabellen – Schwerpunktthema 5.3, Tabelle 47, Seite 201
- Abbildungen – Schwerpunktthema 5.3, Abbildung 60, Seite 203; Abbildung 61, Seite 204; Abbildung 62, Seite 205; Abbildung 63, Seite 206; Abbildung 64, Seite 207; Abbildung 65, Seite 208

Wie sich bereits auf der Grundlage der Daten aus dem 2. HJ 2003 angedeutet hat, erreichen die Pflegeeinrichtungen, die durch Pflegevisiten oder ähnliche Instrumente eine fachliche Überprüfung von Pflegekräften sicherstellen, häufig deutlich bessere Ergebnisse bei der Versorgungsqualität, als bei der Erfüllung anderer Parameter der Struktur- und Prozessqualität. Ebenso verhält es sich mit der Umsetzung des Pflegekonzeptes. Pflegeeinrichtungen in denen es der verantwortlichen Pflegefachkraft gelungen ist, ein Pflegekonzept zu entwickeln und dieses dann auch mit den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung umzusetzen, erreichen deutlich bessere Ergebnisse bei der Versorgungsqualität.

Es besteht kein monokausaler Zusammenhang zwischen einzelnen Kriterien der Prozess- und Ergebnisqualität und einer guten pflegerischen Versorgung, sondern die Umsetzung von aufeinander abgestimmten Maßnahmenbündeln im Rahmen eines qualifizierten Managements unter guten strukturellen Rahmenbedingungen bedingt insgesamt eine bessere Versorgungsqualität.

Auch wenn sich bei der vergleichenden Analyse zur Versorgungsqualität einzelne Parameter der Struktur- und Prozessqualität als besonders bedeutsam für eine gute Versorgungsqualität identifizieren lassen, kann daraus nicht der Schluss gezogen werden, dass ein monokausaler Zusammenhang zwischen diesen einzelnen Kriterien der Struktur- und Prozessqualität und der Versorgungsqualität besteht. Vielmehr ist davon auszugehen, dass in Pflegeeinrichtungen, die unter der Leitung einer fachlich gut qualifizierten verantwortlichen Pflegefachkraft stehen, die unter adäquaten Rahmenbedingungen ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement auf der Basis eines fachlich fundierten Pflegekonzeptes umsetzt, die Versorgungsqualität insgesamt deutlich höher ist, als in Pflegeeinrichtungen, in denen isolierte Maßnahmen meist lediglich unter formalen Gesichtspunkten umgesetzt werden. Die Ergebnisse der hier vorgenommenen Analyse sprechen dafür, dass sich ein systematisches Qualitätsmanagement auszahlt. Die Implementation des Pflegekonzeptes in die tägliche Arbeit scheint eine wesentliche Voraussetzung für eine gute Versorgungsqualität zu sein. Ebenso bestätigen sich Instrumente wie Pflegevisiten als besonders geeignet. Gute fachliche Grundlagen, systematische Planung, eine einheitliche professionelle Haltung und eine gute Managementbegleitung sind Erfolgsfaktoren in modernen Pflegeorganisationen.

Ausblick

Der 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI über die Qualität in der Pflege zeigt, dass die Pflegeeinrichtungen in den zurückliegenden drei Jahren erkennbare Anstrengungen unternommen haben, um die Pflegequalität in den Pflegeeinrichtungen weiterzuentwickeln. Bei vielen Qualitätskriterien lassen sich Verbesserungen nachweisen. Ein Teil dieser Entwicklungen ist auch auf die Wirkung der Arbeit des MDK zurückzuführen. Der Bericht zeigt aber auch, dass die Pflege nach wie vor ein Qualitätsproblem hat, aus dem sich ein erheblicher Optimierungsbedarf in den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen ergibt.

Den Pflegeeinrichtungen ist es vielfach noch nicht gelungen, ihre Verbesserungen in der Struktur- und Prozessqualität auch für die Ergebnisqualität gewinnbringend nutzbar zu machen. Insgesamt zeigt sich, dass auf das Zusammenspiel der internen Qualitätsverantwortung der Einrichtungsträger mit der externen Qualitätssicherung durch den MDK nicht verzichtet werden kann. Dies gilt auch für Pflegeeinrichtungen, in denen das Qualitätsmanagement durch Zertifizierungen oder Gütesiegel bestätigt worden ist.

Die Qualitätsprüfungen des MDK haben wesentlich zur Initiierung von Qualitätsverbesserungsprozessen bzw. zur Steigerung der Qualitätsbemühungen der Pflegeeinrichtungen beigetragen. Der Nutzen der Qualitätsprüfungen für die Qualitätsentwicklung wird auch von den Pflegeeinrichtungen selbst bestätigt. Dies geht aus der im Schwerpunktthema beschriebenen Befragung geprüfter Pflegeeinrichtungen durch den MDK Nordrhein hervor.

Allerdings wird es auch zukünftig Einzelfälle schlechter Qualität geben, die durch Qualitätsprüfungen nicht verhindert werden können. Um diese Einzelfälle so weitgehend wie möglich ausschließen zu können, ist es wichtig, dass die Prüfquoten des MDK auf einem möglichst hohen Niveau liegen. Als orientierende Zielgröße ist in den seit 01.01.2006 geltenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien eine jährliche Prüfquote von 20 % aller zugelassenen Pflegeeinrichtungen genannt worden. Diese Prüfquote ist mit 18,5 % im Bundesdurchschnitt zwar annähernd erreicht, allerdings bestehen weiterhin Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern.

Bei der Auswertung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen zeigt sich, dass gut qualifizierte verantwortliche Pflegefachkräfte durch ein sinnvolles und nicht nur formal dargestelltes Qualitätsmanagement unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen in der Pflege in der Lage sind, gute Ergebnisqualität zu erreichen.

Seit dem 01.01.2006 sind mit den Qualitätsprüfungs-Richtlinien einschließlich der als Anlage zugehörigen Erhebungsbogen und der damit eng verknüpften MDK-Anleitungen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI vom 10.11.2005 neue Prüfgrundlagen gültig. Diese Prüfgrundlagen werden flächendeckend etwa seit Mitte des Jahres 2006 durch die MDK umgesetzt. Dieser Umsetzung ist ein intensiver Implementierungsprozess vorangegangen.

Dabei wurden für die MDK Multiplikatorenseminare und Workshops durchgeführt. Der Fachöffentlichkeit wurden auf Informationsveranstaltungen auf regionaler, Landes- und Bundesebene durch Vertreter von MDK und MDS die neuen Prüfgrundlagen vorgestellt. Parallel dazu wurde eine Prüfsoftware entwickelt, mit deren Hilfe die Einheitlichkeit der Qualitätserhebung und Qualitätsbewertung gefördert wird und die gleichzeitig eine effiziente Prüfungsdurchführung und Prüfberichterstellung gewährleistet.

Während der hier vorliegende Bericht noch auf der Grundlage der MDK-Anleitungen zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der ambulanten und stationären Pflege aus dem Jahr 2000 erstellt worden ist, wird der in drei Jahren anstehende Bericht auf der Basis der oben genannten neuen Prüfgrundlagen erstellt werden. Damit wird einerseits eine weitere Schwerpunktverlagerung auf die Prozess- und Ergebnisqualität und andererseits eine differenziertere Datenerfassung möglich. Dabei wird auf eine Vergleichbarkeit der Datenbasis geachtet werden.

Bei den Prüfinhalten der neuen Prüfgrundlagen ist insbesondere im Bereich der Strukturqualität eine Abgrenzung zu Prüfinhalten anderer Prüfinstitutionen vorgenommen worden. Dies betrifft in erster Linie die Heimaufsichten. In der stationären Pflege wird mit den neuen Prüfgrundlagen auf die Bewertung baulicher Rahmenbedingungen, soweit es sich um Strukturqualität handelt, verzichtet. Auch die Heimmitwirkung und der Heimbeirat sind in den alleinigen Prüfkompetenzbereich der Heimaufsichten übergegangen. Weiterhin findet keine systematische Prüfung des Medikamentenmanagements mehr statt, sondern nur noch eine bewohnerbezogene Bewertung des Umgangs mit Medikamenten.

Weiterhin sind die Prüfinhalte an den aktuellen Stand des Wissens angepasst und um wesentliche Ergebniskriterien ergänzt worden. Angepasst an die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung wird u.a. die Umsetzung der Expertenstandards des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung in der Pflege bei den MDK-Prüfungen erfasst (Dekubitusprophylaxe, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Kontinenzförderung). Darüber hinaus werden u.a. die Kontrakturprophylaxe, die Anwendung von Methoden im Umgang mit Menschen mit Demenz sowie die Behandlungspflege verstärkt in die Prüfung einbezogen. In der stationären Pflege finden die Hauswirtschaft / Verpflegung sowie die soziale Betreuung entsprechend dem gesetzlichen Prüfauftrag des MDK bei den Prüfungen eine größere Berücksichtigung.

Neben der Verlagerung bei den Inhalten der Qualitätsprüfungen findet mit den neuen Prüfgrundlagen auch dadurch eine Stärkung der Ergebnisqualität statt, dass in die Prüfungen regelmäßig ein Anteil von 10 % der von den Pflegeeinrichtungen betreuten Pflegebedürftigen in die Prüfung einbezogen werden. Die durchschnittlichen Quoten lagen bisher bei 7,2 % in der ambulanten und 7,9 % in der stationären Pflege.

Durch die differenziertere Erfassung und Darstellung der Prüfkriterien im Prüfbericht wird die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Qualitätsprüfungen

erhöht. Die Pflegeeinrichtungen erhalten mit dem Prüfbericht eine differenzierte Darstellung der Qualitätssituation und können darauf aufbauend noch besser als bisher ihre Qualitätsverbesserungsprozesse umsetzen.

In der öffentlichen Debatte wird gerade auch im Hinblick auf die in den einzelnen Bundesländern geführten Diskussionen zur Entwicklung von Landesheimgesetzen die Frage nach der Angemessenheit von angemeldeten Prüfungen aufgeworfen. In der Öffentlichkeit wird kontrovers diskutiert, dass Prüfungen in Pflegeeinrichtungen oft nach vorheriger Anmeldung durchgeführt werden. Dieses Vorgehen bei den MDK-Prüfungen entspricht der gegenwärtigen Gesetzeslage. Es sollte geprüft werden, ob bei einer Reform der Pflegeversicherung die Kriterien für angemeldete und unangemeldete Prüfungen konkretisiert werden können.

Auf der Grundlage der derzeit gültigen gesetzlichen Bestimmungen ist es nicht möglich, Prüfergebnisse des MDK einrichtungsbezogen zu veröffentlichen. Im Rahmen einer Reform der Pflegeversicherung müssen daher die Weichen dafür gestellt werden, dass zukünftig die Prüfergebnisse des MDK aber auch der Heimaufsichten verpflichtend öffentlich zugänglich gemacht werden müssen. Damit können zwei Ziele erreicht werden:

1. Es kann eine Förderung der Transparenz für die potentiellen Kunden der Pflegeeinrichtungen erreicht werden. Den Versicherten wird damit die Möglichkeit eröffnet, sich bei der Entscheidung für eine Pflegeeinrichtung nicht nur an den Pflegesätzen und den Selbstkosten sondern auch an Qualitätskriterien zu orientieren.
2. Durch die Veröffentlichung von Prüfergebnissen können bisher ungenutzte Impulse für die Entwicklung eines Qualitätswettbewerbs zwischen Pflegeeinrichtungen genutzt werden.

Wenn Prüfergebnisse veröffentlicht werden, müssen diese laienverständlich und übersichtlich aufbereitet werden.

Die Prüfgrundlagen des MDK werden auch in Zukunft dynamisch an den aktuellen Stand des Wissens angepasst. Bei einer Weiterentwicklung der Prüfgrundlagen des MDK sollte überprüft werden, inwieweit die Lebensqualität von Menschen mit Demenz systematisch erfasst werden kann. Auf diese Thematik muss bei der Qualitätsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen zukünftig ein besonderes Augenmerk gelegt werden. Die MDK-Gemeinschaft wird diesen Prozess unterstützen und den aktuellen Stand des Wissens zum Umgang mit Demenz in einer Stellungnahme praxisgerecht aufbereiten und zur Verfügung stellen.

Von zunehmender Bedeutung für die Bewertung der Qualität der Pflege werden künftig Fragen der Rechte der Pflegebedürftigen sein. Wertvolle Anregungen hierzu bietet die von der Arbeitsgruppe IV des Runden Tisches Pflege erarbeitete und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie dem Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2007 herausgegebene „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“.

Ein Beispiel aus der Prüfpraxis: Die Wirkung einer MDK-Qualitätsprüfung auf die Entwicklung der Pflegequalität einer stationären Pflegeeinrichtung

Um die Impulswirkung einer MDK-Qualitätsprüfung für die Qualitätsentwicklung einer Pflegeeinrichtung verdeutlichen zu können, wird im Folgenden anhand eines realen Fallbeispiels aus der Prüfpraxis des MDK Berlin-Brandenburg die Entwicklung der Pflegequalität zwischen einer Stichprobenprüfung und einer Evaluationsprüfung dargestellt.

Es handelt sich bei dem Fallbeispiel um eine stationäre Pflegeeinrichtung mit 40 Wohnplätzen, 48 % der pflegebedürftigen Bewohner hatten die Pflegestufe III nach dem SGB XI.

Im Jahr 2005 wurde diese Pflegeeinrichtung erstmalig im Rahmen einer Stichprobenprüfung nach den §§ 112 ff SGB XI durch den MDK geprüft. Nach 13 Monaten erfolgte eine Evaluationsprüfung, bei der die Qualitätsentwicklung seit der Stichprobenprüfung erhoben worden ist.

Bei der Stichprobenprüfung im Jahr 2005 ergab sich im Bereich der Strukturqualität und in Teilen der Prozessqualität zunächst folgendes eher positive Bild:

- Bewohnerorientierte bauliche Gestaltung
- Leitbild und Konzept vorhanden
- QM-Aktivitäten auf Trägerebene
- Pflegemanagement formal gut qualifiziert
- gute Hilfsmittelausstattung
- freundliche Atmosphäre
- hohe Zufriedenheit kommunikationsfähiger Bewohner

Ein erhebliches Verbesserungspotential bestand hingegen insbesondere bei der:

- Einzelbetreuung für bettlägerige Bewohner
- Betreuung auch an Wochenenden
- Transparenz des Betreuungs-/ Beschäftigungsangebots für alle Bewohner
- zielgerichteten Nutzung von Pflegeanamesen
- Aktualisierung der Pflegeplanungen einschließlich konkreter Zielangaben und kontinuierlicher Nachweisführung im Pflegeprozess
- Evaluierung der Wirksamkeit der geplanten und durchgeführten Maßnahmen
- vollständigen Umsetzung des Bezugspflegekonzeptes
- Anpassung des Personaleinsatzes entsprechend dem hohen Hilfebedarf der Pflegebedürftigen
- kontinuierlichen Schulung und Anleitung aller Mitarbeiter zum Pflegeprozess, zur Erkennung und zum Umgang mit erkannten Risiken sowie zu aktuellen Pflegetechniken zur Förderung der Bewohnermobilität

Bei der Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität stellte der MDK im Zusammenhang mit den festgestellten Problemen in der Struktur- und Prozessebene erhebliche negative Auswirkungen auf die Pflege- und Betreuungsqualität der Bewohner fest. Während der ersten Qualitätsprüfung wurde deutlich, dass den Pflegenden und der verantwortlichen Pflegefachkraft die Versorgungssituation der Bewohner nicht bewusst waren und sie ursächliche Zusammenhänge nicht herstellen konnten. Die daraufhin erfolgte Beratung und die Anregungen des Prüfteams insbesondere zum Risikomanagement und zur Bezugspflege wurden positiv aufgenommen.

Die Bedeutung dieser Verbesserungspotentiale für die Gesundheit und Lebensqualität der betreuten Bewohner wird exemplarisch anhand der Situationsbeschreibung einer Bewohnerin erkennbar, bei der im Rahmen der Stichprobenprüfung durch den MDK die Prozess- und Ergebnisqualität erhoben worden ist. Die seit 1991 in der Pflegeeinrichtung lebende 69jährige Bewohnerin war in Pflegestufe III nach dem SGB XI eingestuft. In der Pflegedokumentation fanden sich u.a. folgende Diagnosen:

- Demenz
- Hirnorganisches Psychosyndrom
- Zustand nach apoplektischem Insult mit Hemiparese links
- Diabetes mellitus Typ II
- Osteoporose
- Zustand nach Femurfraktur
- Dauerkatheter wegen Dekubitus
- Multiple Dekubitalulcerationen
- Chronisch venöse Insuffizienz
- ausgeprägte Ulcerationen beider Unterschenkel
- Ausgeprägte Kontrakturen der unteren Extremitäten
- Chronische Dermatitis

Innerhalb des Zeitraumes von 13 Monaten bis zur Evaluationsprüfung durch den MDK konnte die Pflegeeinrichtung die Qualität der Versorgung bei dieser Bewohnerin erheblich verbessern. Dies wird anhand verschiedener Pflegeprobleme bei der oben genannten Bewohnerin deutlich.

Stichprobenprüfung	Folgeprüfung nach 13 Monaten
Laut Angaben ist der Dekubitus in der Pflegeeinrichtung entstanden. Die vorgelegten Nachweise belegten am Tag unregelmäßige Lagerungswechsel und nächtliche Lagerungspausen von bis zu 4 Stunden.	Inzwischen konnten die Decubitalulcerationen zur Abheilung gebracht werden.
Im Bereich des linken Armes sowie beider Knie- und Hüftgelenke bestanden schwere Beugekontrakturen. Konkrete Prophylaxen waren nicht geplant.	Der sachgerechte Umgang mit Kontrakturen ist nachvollziehbar. In der Pflegeplanung wurden Ressourcen und Probleme dargestellt. Konkrete Ziele und handlungsleitende Maßnahmen wurden geplant, die individuelle Anwendung eines entsprechenden Standards ist nachvollziehbar
Anhand des dokumentierten Pflegeprozesses ist erkennbar, dass die Bewohnerin vermehrt unter Appetitlosigkeit leidet und die Nahrungsaufnahme oft ablehnt. Die Pflegebedürftige befand sich zum Zeitpunkt der Qualitätsprüfung in einem reduzierten Ernährungszustand. In der Pflegedokumentation war vier Wochen vor dem Prüftermin ein Körpergewicht von 50 kg bei einer Körpergröße von 168 cm angegeben, dies entspricht einem BMI von 17,9 kg/m ² . Eine am Tag der Prüfung initiierte Gewichtskontrolle ergab eine weitere Gewichtsabnahme auf 48 kg mit einem BMI von 17 kg/m ² . Der individuelle Energiebedarf wurde nicht ermittelt. Nachweise über aufgenommene Nahrungs- und Flüssigkeitsmengen wurden geführt. Durch die Mitarbeiter der Küche wurden anhand der Nahrungsprotokolle die tgl. Kalorienmengen berechnet (durchschnittliche Kalorienzufuhr ca. 2000 kcal/Tag). Die vorhandenen Protokolle werden nicht systematisch zur Evaluation und zur erforderlichen Maßnahmenanpassung genutzt. Die Unterversorgung wurde nicht erkannt. Gewichtskontrollen erfolgten nicht zielgerichtet.	Die Ernährungssituation der Pflegebedürftigen konnte deutlich verbessert werden. Das aktuelle Körpergewicht beträgt 63 kg mit einem BMI von 22,3 kg/m ² . Anhand der Pflegedokumentation ist nachvollziehbar, dass das Körpergewicht der Pflegebedürftigen seit dem Zeitpunkt der Qualitätsprüfung kontinuierlich gesteigert werden konnte.
Die Bewohnerin zeigte bei Pflegeinterventionen verbale Schmerzáußerungen. Schmerzinterventionen erfolgten nicht.	Ein angemessenes Schmerzmanagement wird durchgeführt.
Nach den Angaben in der Pflegedokumentation hatte die Bewohnerin wegen des vorliegenden Dekubitus einen Dauerkatheter.	Der Katheter wurde nach ärztlicher Anordnung entfernt.

Die Verbesserungen bei den genannten Pflegeproblemen konnten durch die folgenden Veränderungen erreicht werden:

Der sachgerechte Umgang mit Dekubitusgefahr ist nachvollziehbar

- Es erfolgt regelmäßig eine Erhebung des Risikos.
- Ressourcen und Probleme mit ihren Ursachen wurden erkannt.
- Die Maßnahmen wurden konkret angegeben, die individuelle Anwendung eines entsprechenden Standards ist nachvollziehbar.
- Der Einsatz von Hilfsmitteln wurde geplant.
- Die Bewegungsnachweise belegen zweistündliche Lagerungswechsel entsprechend der Pflegeplanung.
- Evaluationen zur Auswertung des Zielerreichungsgrades und der Wirksamkeit der Maßnahmen wurden durchgeführt.
- Anhand der Wunddokumentation ist nachvollziehbar, dass die zum Zeitpunkt der Qualitätsprüfung bestehenden Dekubitalulcera abgeheilt sind.
- Eine akut entstandene Hautveränderung ist dokumentiert. Die Maßnahmenplanung wurde umgehend der Pflegesituation angepasst. Eine entsprechende Kommunikation mit dem Arzt ist nachvollziehbar erfolgt. Die Wundbehandlung erfolgt auf der Grundlage einer ärztlichen Anordnung.

Der sachgerechte Umgang mit Kontrakturen ist nachvollziehbar

- Im Pflegeprozess wurden Ressourcen und Probleme dargestellt.
- Konkrete Ziele und handlungsleitende Maßnahmen wurden geplant, die individuelle Anwendung eines entsprechenden Standards ist nachvollziehbar.

Der sachgerechte Umgang mit der Pflegesituation bei erheblicher Einschränkung in der selbstständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ist nachvollziehbar

- Eine systematische Risikoerkennung bzw. Einschätzung der Ernährungssituation ist nachvollziehbar.
- Ressourcen und Probleme mit ihren Ursachen wurden in der Pflegeplanung differenziert beschrieben. Lieblingsspeisen und -getränke sind benannt.
- Die geplanten Ziele sind konkret, z.B. soll der BMI möglichst gehalten werden. Der tägliche Kalorien- und Flüssigkeitsbedarf ist angegeben.
- Anhand der geplanten Maßnahmen ist ersichtlich, dass die Pflegebedürftige täglich drei Haupt- und drei Zwischenmahlzeiten erhält.
- Gewichtsverlaufskontrollen erfolgen regelmäßig und werden im Rahmen von Evaluationen ausgewertet.

- Im Rahmen einer internen Evaluation im Oktober 2005 wurde festgestellt, dass eine weitere differenzierte Nachweisführung wegen der verbesserten Ernährungssituation nicht mehr erforderlich war. Gewichtskontrollen erfolgen weiterhin in festgelegten Abständen und werden ausgewertet.

Der sachgerechte Umgang mit Schmerzen ist nachvollziehbar

- In der Pflegeplanung wurde berücksichtigt, dass die Pflegebedürftige Schmerzen bei der Erbringung der Pflegeleistungen äußert.
- Eine Kommunikation mit dem Arzt ist nachvollziehbar erfolgt.
- Entsprechende Maßnahmen wurden geplant. Die Pflegebedürftige erhält jeweils 30 Minuten vor der Erbringung der Pflegeleistungen eine ärztlich angeordnete Schmerzmedikation.

Der sachgerechte Umgang mit der Pflegesituation bei bestehender Inkontinenz ist nachvollziehbar

- Ressourcen und Probleme mit ihren Ursachen sowie entsprechende Ziele sind in der Pflegeplanung dargestellt.
- Die geplanten Maßnahmen sind handlungsleitend.
- In einer Evaluation am 14.02.06 ist nachvollziehbar, dass der Blasenverweilkatheter nach ärztlicher Anordnung entfernt wurde. Weiterführende Maßnahmen wie z. B. Bestimmung der Restharmenge in festgelegten Abständen wurden ärztlich angeordnet und werden durchgeführt.
- Der Pflegeverlauf ist nachvollziehbar.

Darüber hinaus hat sich auch der Umgang mit den gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen der Bewohnerin verbessert

- Biografische Angaben mit Hinweisen auf aktuelle Interessen und Möglichkeiten wurden erhoben und dokumentiert.
- Aktuelle Interessen und Möglichkeiten wurden in der Pflegeplanung berücksichtigt.
- Die Maßnahmenplanung ist handlungsleitend.
- Inhalte und Ergebnisse der Beschäftigungen sowie die Akzeptanz der Angebote werden dokumentiert und ausgewertet.

Fazit

Ausgehend von einer defizitgeprägten Situation bei der Stichprobenprüfung war bei der von den Landesverbänden der Pflegekassen in Auftrag gegebenen Wiederholungsprüfung nach 13 Monaten für den MDK erkennbar, dass sich die Pflegeeinrichtung in einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess begeben hat und durch Qualifizierungsmaßnahmen insbesondere im Bereich der aktuellen Pflegepraxis eine erhebliche Verbesserung erzielen konnte.

Neben einer personellen Erweiterung im Bereich der Hauswirtschaft und der Betreuung wurde die Dienstplanung in der Pflege nachvollziehbar angepasst und eine Rufbereitschaft eingerichtet.

Durch die Umsetzung des Bezugspflegesystems wurde der Verantwortungsbereich der Pflegefachkräfte gestärkt. Das Vertrauensverhältnis zwischen den Bewohnern, ihren Angehörigen/Betreuern und den Pflegekräften hat sich dadurch, nach internen Umfrageergebnissen des Trägers, merklich verbessert.

Von zentraler Bedeutung ist jedoch, dass sich die einzelnen Verbesserungsmaßnahmen positiv auf die Gesundheit und Lebensqualität der Bewohner ausgewirkt haben. Im Fall der hier dargestellten Pflegeeinrichtung wurden diese Qualitätsverbesserungen durch die Qualitätsprüfung des MDK initiiert.

Kurzberichte der MDK

MDK Baden-Württemberg

Mit dem Verwaltungsrat des MDK Baden-Württemberg haben die Landesverbände der Pflegekassen vereinbart, alle zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg innerhalb von drei Jahren zu prüfen. Im Jahr 2006 wurden insgesamt 278 ambulante Pflegeeinrichtungen geprüft. Es wurden 271 Vollprüfungen und 7 Teilprüfungen durchgeführt. Bei den Vollprüfungen wurden diejenigen Pflegeeinrichtungen priorisiert, bei denen im Jahre 2003 erstmals eine Qualitätsprüfung durchgeführt worden war, sowie Pflegeeinrichtungen, die bislang noch gar nicht geprüft wurden (Neugründung) und Einrichtungen, die einer intensiveren Beratung bei der Umsetzung der Qualitätsrichtlinien bedurften. Alle Aufträge für Teilprüfungen ergaben sich als Konsequenz aus den Anhörungen. Für jede Teilprüfung wurde ein separater Auftrag erteilt, in denen die Prüfungsinhalte jeweils konkret benannt wurden.

Gemäß den Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind weitergehende Vereinbarungen auf Landesebene möglich. Hierzu zählt in Baden-Württemberg seit vielen Jahren eine umfassende Leistungsprüfung für grund- und behandlungspflegerische Maßnahmen in ambulanten Pflegeeinrichtungen.

Pflegebedürftige Menschen in Baden-Württemberg erhalten eine gute ambulante Pflege. Entscheidende Faktoren hierfür sind eine qualifizierte, für Leitungsaufgaben freigestellte Pflegedienstleitung, ein hoher Anteil examinierter Pflegefachkräfte, weitere Maßnahmen zur Sicherstellung und kontinuierlichen Verbesserung der Pflegequalität und regelmäßige Prüfungen durch den MDK.

In Baden-Württemberg verfügen 90 % der Pflegedienstleitungen über eine Weiterbildungsqualifikation für die Leitung eines Pflegedienstes mit mindestens 460 Stunden. Ein großer Teil der Pflegedienstleitungen ist für Leitungsaufgaben ganz oder teilweise freigestellt und stellt durch die optimale Steuerung der Betriebsabläufe eine fach- und sachgerechte Betreuung und Versorgung der Pflegebedürftigen sicher.

In Baden-Württemberg sind 60 % der in der Grundpflege tätigen MitarbeiterInnen examinierte Pflegefachkräfte und 4 % der in der Hauswirtschaft tätigen MitarbeiterInnen sind ebenfalls Fachkräfte.

Die überwiegende Mehrzahl der ambulanten Pflegeeinrichtungen führt regelmäßige Dienstbesprechungen durch und dokumentiert sie in geeigneter Form. 85 % aller ambulanten Pflegeeinrichtungen verfügen über ein strukturiertes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter und fast ebenso viele Pflegeeinrichtungen haben weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen etabliert. Hierzu zählen u.a. Fallbesprechungen, bei denen im Team besondere Fragestellungen zur Pflege eines Menschen besprochen und dokumentiert werden (90 % aller Pflegeeinrichtungen). Pflegevisiten, ein wichtiges aber auch zeitaufwendiges Instrument der internen Qualitätssicherung, führen 2/3 aller geprüften Pflege-

einrichtungen durch. Dabei werden Pflegebedürftige und ihre Angehörigen gefragt, wie sie mit der Pflege zufrieden sind. Die verantwortliche Pflegefachkraft beobachtet ihre MitarbeiterInnen bei pflegerischen Maßnahmen und prüft, ob die Pflege fach- und sachgerecht durchgeführt wird. Weiterhin wird festgestellt, inwieweit die pflegerischen Maßnahmen dem aktuellen Hilfebedarf des Pflegebedürftigen entsprechen, oder ob andere Probleme hinzugekommen sind. Danach wird gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen besprochen, inwieweit die Pflege den neuen Erfordernissen angepasst werden muss.

85 % der geprüften Pflegeeinrichtungen führen regelmäßige Fortbildungen durch und dokumentieren sie in geeigneter Form. Für die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen sind regelmäßige Fortbildungen wichtig, da hierdurch sichergestellt wird, dass die Pflege nach dem anerkannten medizinisch-pflegerischen Wissensstand erbracht wird. Ein Qualitätssiegel für geprüfte Qualität haben bisher nur 7 % der ambulanten Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg erworben.

Im Rahmen des SGB XI haben Qualität und Qualitätssicherung einen hohen Stellenwert. Qualitätsentwicklungen brauchen eine offene, konstruktive Diskussion zwischen Pflegeeinrichtung und MDK-Gutachtern. Hierfür sind Qualitätsprüfungen mit beratungsorientiertem Prüfansatz richtungsweisend und zielführend.

Die Prüfungen erstrecken sich nicht nur auf die Qualität der Pflege, der Versorgungsabläufe und der Pflegeergebnisse, sondern auch auf die interne Qualitätssicherung. Im Rahmen des beratungsorientierten Prüfansatzes zeigen die Gutachter des MDK während der Prüfung Verbesserungspotentiale und Lösungsmöglichkeiten auf (Impulsberatung).

Bei der jetzt durchgeführten Überprüfung von 278 Pflegeeinrichtungen ist wiederum festzustellen, dass die Qualitätssicherung ein Prozess ist, der sich ständig dynamisch weiterentwickelt. Die Einrichtungen stellen im offenen Dialog mit den MDK-Gutachtern wesentlich differenziertere Fragen zur Qualität und Qualitätsentwicklung als in der Vergangenheit. Dies trifft insbesondere für Einrichtungen zu, in denen eine Kontinuität in der Leitungsbesetzung gegeben war, und die qualitätssichernde Maßnahmen durchgeführt haben. Einrichtungen, in denen ein Wechsel im Leitungsbereich stattgefunden hat, geht häufig grundlegendes Wissen über Qualitätssicherung und -weiterentwicklung verloren. Hier mussten die neuen MitarbeiterInnen häufig von vorne anfangen; daher ist bei diesen Einrichtungen ein tiefes Bedürfnis vorhanden, die verloren gegangenen Kompetenzen wieder zu erlangen.

Für viele Einrichtungen sind die Prüfungen durch den MDK Baden-Württemberg der Gradmesser für das Qualitätsniveau ihres Betriebes. Zwar kann Qualität nicht von außen in eine Einrichtung hineingeprüft werden – jedoch sind externe Prüfungen notwendig, um unabhängig von Anbieterinteressen die Qualität dauerhaft 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.

2006 hat der MDK Baden-Württemberg insgesamt 23 vollstationäre Pflegeeinrichtungen (0,02 % aller stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg) anlaßbezogen geprüft. 9 Qualitätsprüfungen wurden unangemeldet durchgeführt. Schwerpunktmäßig wurde bei allen Qualitätsprüfungen die Ergebnisqualität überprüft. Bei 8 der 23 geprüften vollstationären Pflegeeinrichtungen (35 %) wurde festgestellt, dass die Bewohner gut gepflegt werden. Ausreichend gepflegt werden die Bewohner von 6 Pflegeeinrichtungen (26 %) und mangelhaft gepflegt werden die Bewohner in 9 der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen (39 %).

MDK Bayern

Die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringerverbänden erfolgt in Bayern auf verschiedenen Ebenen. Die Mitarbeiter des MDK Bayern übernehmen Referate und beteiligen sich an Diskussionsrunden bei diversen regionalen und überregionalen Symposien und Treffen. Es findet eine intensive Zusammenarbeit in diversen Fachgruppen statt. Der MDK Bayern beteiligte sich u.a. an Arbeitsgruppen des Landespflegeausschusses (Demenz und Ernährung, Leitfaden zum „verantwortungsvollen Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege“) und der Landespflegesatzkommission (Weiterentwicklung und Konsentierung der Wirksamkeitsprüfung). Darüber hinaus wurden in Zusammenarbeit mit diversen Trägerverbänden im Jahr 2006 insgesamt 30 regional ausgerichtete Informationsveranstaltungen zu den Inhalten und zur Umsetzung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien durchgeführt.

Mit dem Ziel, die Qualität zu verbessern, hat die enge Zusammenarbeit mit allen an der Prüfung beteiligten Institutionen in Bayern hohe Priorität. Dies betrifft die terminliche Abstimmung von gemeinsamen unangemeldeten Prüfungen mit den Heimaufsichten wie auch die inhaltliche Zusammenarbeit im Rahmen der Prüfung. Beispielhaft dafür steht die im Jahr 2006 durchgeführte zeitgleiche Prüfung aller zehn Einrichtungen eines Trägers in Bayern.

Die anhaltende öffentliche Diskussion über die Qualität in der Pflege und die daraus hervorgegangenen unterschiedlichsten Initiativen von Politik, von gesellschaftlichen Institutionen, Trägern und Verbänden sowie Privatpersonen haben zu einer insgesamt positiven Entwicklung beigetragen. Vermehrt werden jetzt in der öffentlichen Diskussion „Best-Practice-Beispiele“ thematisiert. Einrichtungen reagieren auf die veränderten Ansprüche und Bedürfnisse und gehen neue Wege.

Diese Aufbruchstimmung wird, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, sichtbar bei der im Rahmen der Qualitätsprüfung festgestellten Ergebnisqualität. Im ambulanten Bereich sind in allen Ergebnisbereichen deutliche Qualitätsverbesserungen zu verzeichnen.

Im stationären Sektor sind Fortschritte in den Bereichen Dekubitusprophylaxe und Inkontinenzversorgung festzustellen. Im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsversorgung ist eine gewisse Stagnation eingetreten, während bei der Pflege von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen die Ergebnisse von 2006 ermutigend sind. Insbesondere in diesem Bereich hat der MDK Bayern durch die flächendeckend durchgeführten Konzeptprüfungen bei Einrichtungen, die ein spezialisiertes Angebot in diesem Bereich vorhalten, dazu beigetragen, neue Entwicklungen in die Einrichtungen hineinzutragen.

Die in den letzten Jahren flächendeckend durchgeführten Prüfungen zeigten in vielen Einrichtungen positive Effekte. Zunehmend konzentrieren sich daher die Prüfungen auf die Einrichtungen, in denen die Qualitätsentwicklung stagniert bzw. wo Qualitätseinbrüche festzustellen sind.

Die Zukunft der externen Qualitätssicherung sieht der MDK Bayern in der weiteren Konzentration auf Instrumente, die über eine vergleichbare Darstellung der Ergebnisqualität bei einer repräsentativen Bewohnerstichprobe den direkten Qualitätsvergleich zwischen den Pflegeeinrichtungen erlauben.

Auch im Hinblick auf die von den Bürgern zunehmend gewünschten „neuen Wohnformen“ ist die tatsächlich erbrachte fachlich qualifizierte und individuelle Pflege für den pflegebedürftigen Menschen das entscheidende Kriterium.

Die Veröffentlichung dieser Ergebnisse halten wir für den entscheidenden Schritt, von welchem zukünftig alle Interessenspartner profitieren werden: die Versicherten als Verbraucher, weil sie ihr Wahlrecht gut informiert ausüben können; die Pflegekassen, weil sie die Ihnen anvertrauten Beiträge nur für wirksam erbrachte Pflegeleistungen ausgeben dürfen; die Pflegeeinrichtungen, weil sie eine zuverlässige Standortbestimmung erhalten und mit guten Ergebnissen ihre Marktposition stärken können.

MDK Berlin-Brandenburg

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Seit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes hat der Kontakt zu den Trägerverbänden einen zunehmenden Stellenwert für den MDK Berlin-Brandenburg e.V. bekommen. Insbesondere mit dem Inkrafttreten der Qualitätsprüfungs-Richtlinien trug der MDK Berlin-Brandenburg e.V. dem steigenden Bedarf an Beratung dadurch Rechnung, dass er mehr als 20 Veranstaltungen zu den neuen Prüfgrundlagen durchführte.

Im Rahmen der AG § 20 HeimG wurden gemeinsam mit den Trägerverbänden 2005 die Schwerpunktthemen „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ und 2006 „Expertenstandard Schmerzmanagement“ diskutiert. Beispiele gelungener Implementierung aus der Sicht der Träger standen dabei im Vordergrund.

Besonderheiten

Seit mehreren Jahren ist eine Zunahme von Beschwerden von Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen, Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen festzustellen. Insbesondere in Berlin ist diese Zunahme deutlich und führte zu einer hohen Zahl von anlassbezogenen Qualitätsprüfungen. In der Regel werden anlassbezogene Prüfungen unangemeldet durchgeführt.

Mit dem Ziel, die Landesverbände der Pflegekassen in die Lage zu versetzen, bei der Feststellung von gravierenden Pflegemängeln unmittelbar zum Wohle ihrer Versicherten zu intervenieren, wurde ein gemeinsames Verfahren zur Sofortinformation festgelegt. Dadurch besteht die Möglichkeit, unmittelbar im Sinne einer Krisenintervention, die Einrichtungsleitung, die behandelnden Ärzte und die Angehörigen in die Problemlösung einzubeziehen.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität

Seit Jahren stellen die MDK-Prüfteams bei der Befragung der Pflegebedürftigen auch bei anlassbezogenen Prüfungen eine relativ hohe Zufriedenheit fest. Die fachliche Bewertung der Versorgung hingegen bestätigt diese hohen Zufriedenheitswerte nicht immer.

Im Jahr 2005 war der Pflegezustand der in die Stichprobe einbezogenen Pflegebedürftigen z.B. im stationären Bereich in Berlin bei immerhin ca. 27 % und in Brandenburg bei ca. 7 % der Personen unangemessen. Dieser auffällige Unterschied in der Pflegequalität kann darauf zurückzuführen sein, dass 2005 die Quote der anlassbezogenen Qualitätsprüfungen in Berlin fast achtmal so hoch war wie im Land Brandenburg.

Hervorzuheben ist, dass sich bei der pflegerischen Versorgung in den durch den MDK Berlin-Brandenburg e.V. geprüften Pflegeeinrichtungen insgesamt betrachtet mehrheitlich zwar noch keine für die Pflegebedürftigen gefährdenden Situationen eingestellt haben, aber potentielle Risiken bestehen.

Zu den erkannten Handlungsnotwendigkeiten wurden sowohl die Verantwortlichen der Pflegeeinrichtungen selbst beraten, als auch mit den Trägerverbänden kommuniziert. Nach wie vor fällt auf, dass die ermittelten Prüfergebnisse einer Einrichtung relativ selten synergetische Effekte auf die Qualität anderer Einrichtungen desselben Trägers hatten.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

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

Angemessene Pflege-/ und Betreuungsqualität ist möglich, das zeigen positive Beispiele. Dabei wurden u.a. vorangegangene Prüfungen von den Verantwortlichen der Pflegeeinrichtungen genutzt, die eigene Qualitätsentwicklung zu verstärken bzw. fortzuführen. Der positive Effekt der Qualitätsverbesserung wird immer dann deutlich erkennbar, wenn es den Leitungskräften gelingt, den Pflegeprozess aktiv im Pflege- und Betreuungsteam zu verankern sowie die zielgerichtete Steuerung aller Prozesse der Versorgung zu gewährleisten.

Insgesamt ist festzustellen, dass der jeweils in den Pflegeeinrichtungen vom MDK Berlin-Brandenburg e.V. angestoßene Qualitätsverbesserungsprozess in der Regel zum kurzfristigen Abstellen besonders gefährdender Pflegemängel sowie zu einer eher mittelfristigen Struktur- und Prozessveränderung in der gesamten Pflege und Betreuung führt.

Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Impulsberatung und Evaluation durch den MDK Berlin-Brandenburg e.V. zeigen u.a. folgende Punkte als Voraussetzung für positive Veränderungsprozesse auf:

- Die Leitung muss ihre Verantwortung wahrnehmen und Entscheidungen treffen
- Die Mitarbeiter übernehmen gleichermaßen Verantwortung für konzeptionelle Veränderungsprozesse und deren Umsetzung
- Alle Mitarbeiter benötigen dabei unterstützende Begleitung und zielgerichtete Fortbildung

Aus der Erfahrung langjähriger Prüftätigkeit ist für eine nachhaltig gute Versorgungsqualität ein mehrjähriger Veränderungsprozess auf allen Ebenen erforderlich.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

Es wird immer wieder deutlich, wie positiv sich ein aktives internes Qualitätsmanagement in der Pflegeeinrichtung auf die Entwicklung der Lebensqualität der Pflegebedürftigen und die Ergebnisqualität insgesamt auswirkt.

Die qualitativ erfolgreichen Pflegeeinrichtungen sind häufig daran zu erkennen, dass die aktive Selbstkontrolle im Sinne interner Audits im Vordergrund steht und nicht erst auf externe verpflichtende Qualitätskontrollen reagiert wird.

Unterschiedliche Assessmentmethoden werden zunehmend bei Qualitätszirkeln und internen Fortbildungsveranstaltungen von Pflegeeinrichtungen thematisiert.

Bei deren Implementierung im Pflegeprozess im Sinne der Risikoeinschätzung und der gezielten und geplanten Interventionen ist aber häufig noch ein erhebliches Verbesserungspotential zu erkennen.

Beratung durch den MDK

Die Pflegeversicherung bildet den inhaltlichen Schwerpunkt der externen Kommunikation des MDK Berlin-Brandenburg e.V. Die meisten externen Anfragen kommen von regionalen Tageszeitungen, elektronischen Massenmedien sowie Fachzeitschriften.

Auch bei Leistungserbringern nimmt man den MDK Berlin-Brandenburg e.V. zunehmend als kompetenten Ansprechpartner wahr. Die Nachfrage zur Referententätigkeit zu Themen der Pflege und der Pflegeversicherung hat stetig zugenommen und kam hauptsächlich von:

- Trägerverbänden von Pflegeeinrichtungen
- Trägern von Fort- und Weiterbildung (Ärztekammer, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Fachhochschulen etc.)
- Öffentlichen Verwaltungen (z.B. Verbraucherkonferenz, Gesundheitsausschuss).

Auch gerontopsychiatrische Verbände in Berlin laden regelmäßig Vertreter des MDK Berlin-Brandenburg e.V. zu ihren Informationsveranstaltungen ein, um Interessierte z.B. mit dem Prozedere des Qualitätssicherungsverfahrens vertraut zu machen.

Darüber hinaus war die Leitung des Teams „Externe Qualitätssicherung Pflege“ z.B. als Mitglied in der Arbeitsgruppe „Ältere Migranten und Pflege“ des Landespflegeausschusses Berlin sowie dem Modellprojekt „Gemeindeschwester“ im Land Brandenburg beratend tätig.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen

Die Qualitätsprüfungen des MDK Berlin-Brandenburg e.V. genießen hohe Akzeptanz. Sie werden weiterhin von den Pflegeeinrichtungen zur eigenen Standortbestimmung und zur Weiterentwicklung der Pflegequalität genutzt. In den schriftlichen Stellungnahmen der geprüften Pflegeeinrichtungen im Anschluss an Qualitätsprüfungen wird die Beratung des MDK Berlin-Brandenburg e.V. zunehmend als unterstützend und handlungsleitend gewertet.

Auch zukünftig wird es nicht möglich sein, Qualität in Pflegeeinrichtungen „hineinzuprüfen“. Deshalb beteiligt sich der MDK Berlin-Brandenburg e.V. neben den bereits genannten Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung auch an der Ausbildung von zukünftigem Führungsnachwuchs der Pflegeeinrichtungen aus Weiterbildungsstätten und Hochschulen. Der MDK Berlin-Brandenburg e.V. bietet seit mehreren Jahren zunehmend die Möglichkeit von Praktika und Hospitationen an. Die Mehrzahl dieser Bewerbungen kommt von Fachhochschulen (z. B. Bachelor of Nursing, Pflege/Pflegewissenschaft).

MDK im Lande Bremen

Zusammenarbeit mit den Trägerverbänden

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

Die Trägerverbände stellen vereinzelt auch Anfragen zu bestimmten fachbezogenen Themen. Bei der Entwicklung von Konzepten im Bereich Pflege/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 und dem BPA 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 vollstationäre Pflegeeinrichtungen) im Auftrag des Arbeitskreises der Pflegekassenverbände im Lande Bremen durchgeführt, wobei es sich dabei um Stichproben-, Evaluations- und Anlassprüfungen handelt. Im Lande Bremen wird nicht ausschließlich anlassbezogen geprüft. 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 ff SGB XI für den Bereich der Pflegeversicherung und einer auf der Grundlage des Vertrages nach § 132a SGB V für den Bereich der Häuslichen Pflege. Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz berechtigt den MDK, bei Qualitätsprüfungen auch die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V in die Qualitätsprüfung einzubeziehen. Bei Leistungsempfängern, die ausschließlich Leistungen im Bereich der Häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V erhalten, greift im Lande Bremen der Vertrag nach § 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 vom MDK 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 sich bereits in der Praxis bewährte Konzept zur „Intensiven Beschwerdebearbeitung (IBB)“ entwickelt. Dieses Konzept ermöglicht es, Einzelbeschwerden zu bearbeiten, ohne eine umfassende Anlassprüfung durchzuführen.

Bei den durchgeführten Qualitätsprüfungen erfolgt nach Absprache zwischen dem Arbeitskreis der Pflegekassenverbände im Lande Bremen und den Trägervereinigungen in der Regel seit dem Inkrafttreten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes keine vorherige Ankündigung mehr. Die Dauer der Qualitätsprüfung ist abhängig von der Größe der Einrichtung. In der Regel ist das Prüfteam (zwei Pflegefachkräfte, beide mit TQM-Auditoren-Qualifikation und pflegeorientiertem Studienabschluss) 1 bis 3 Tage in der Einrichtung.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität – ambulant und stationär

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 Kategorie 2 angetroffen, seltener solche der Kategorien 1, 3 und 4, wobei in den letzten Jahren eine deutlich positive Entwicklung zugunsten der Kategorien 1 und 2 stattgefunden hat.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Die Qualitätsprüfungen des MDK haben durch die beratungsorientierten Qualitätsprüfungen vor Ort und durch 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 Einrichtungen bzw. ihrer Träger, der Vertreter von verschiedenen Berufsverbänden sowie der Gutachter 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 für pflegerische Maßnahmen, auf der Grundlage neuester pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse, 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 Qualitätsprüfung ein dringender Handlungsbedarf aufgezeigt. Wird diesem nicht nachgekommen, zieht der Arbeitskreis der Pflegekassenverbände Konsequenzen bis hin zur Kündigung des Versorgungsvertrages.

Seit 1997 haben im ambulanten Bereich 16 und im stationären Bereich (vollstationäre und Kurzzeitpflege) 10 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.

Die meisten Einrichtungen können z.B. ein Pflegeleitbild und ein Pflegekonzept vorweisen, wobei es bei der Umsetzung der Pflegekonzepte noch Defizite gibt. Dies führt teilweise dazu, dass die Tagesstrukturierung anhand der organisatorischen Erfordernisse der Einrichtung und nicht nach den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gestaltet ist. Konzepte zur sozialen Betreuung bzw. zur hauswirtschaftlichen Versorgung sind noch selten vorzufinden und die Angebote gehen teilweise 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 den MDK-Gutachtern 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 übereinstimmenden Aussagen der verantwortlichen Kräfte der bereits geprüften Einrichtungen bzw. ihrer Träger sowie der teilweise anwesenden Vertreter der verschiedenen Berufsverbände bewährt. Werden bei den Besuchen der Pflegebedürftigen Defizite erkannt, werden sowohl vor Ort als auch 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 Einrichtungen 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 regionalen und überregionalen Fachveranstaltungen.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen

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

MDK in Hessen

Die Zusammenarbeit mit Trägerverbänden gestaltet sich in der Regel unproblematisch, gelegentlich gibt es Diskussionen zur Verhältnismässigkeit unangemeldeter Prüfungen. Bei Evaluationsprüfungen versuchen einzelne Vertreter der Trägerverbände, Prüfinhalte prinzipiell auf Defizite der vorangegangenen Prüfung zu reduzieren. In Einzelfällen verweigern Pflegeeinrichtungen die Herausgabe von Kopien aus Pflegedokumentationen zur Mitnahme für die Gutachter des MDK.

In Hessen werden weder Stichprobenprüfungen noch vergleichende Prüfungen beauftragt. Ausschliesslich Anlassprüfungen und hieraus resultierende Evaluationsprüfungen werden durchgeführt. Im ambulanten Bereich wird im Rahmen jeder Erstprüfung eine stichprobenartige Abrechnungsprüfung durchgeführt. Die Durchführung dieser Abrechnungsprüfung erfolgt durch sachverständige Mitarbeiter der Verbände der Pflegekassen.

Nach Einschätzung des MDK in Hessen ist in Teilbereichen eine Steigerung der Qualität in Hessen erkennbar, allerdings ist gleichzeitig eine Verschiebung der in früheren Jahren vorgefundenen Defizite im Bereich der Dekubitusprophylaxe/-therapie und der Ernährung hin zu vermehrten Defiziten im Bereich der Sozialen Betreuung zu verzeichnen. Auffallend ist die verbreitete Unkenntnis der „Nationalen Expertenstandards in der Pflege“.

Feststellbar ist, dass vom MDK geprüfte Einrichtungen durch die Prüfungen in der Regel einen Impuls zur Qualitätsverbesserung und -sicherung erhalten, der bei Evaluationsprüfungen meist zu einem besseren Prüfergebnis führt.

Nach unserer Einschätzung führt auch das blosse Vorhandensein des MDK als kompetente Prüfinstanz verbunden mit der Möglichkeit einer unangekündigten Prüfung bereits dazu, dass sich – zumindest engagierte Einrichtungsträger – vermehrt mit Fragen des Qualitätsmanagements und der Qualitätsverbesserung beschäftigen.

Insbesondere bei größeren Trägern sind inzwischen Strukturen des internen Qualitätsmanagements im Aufbau. Bei kleinen Einrichtung ist festzuhalten, dass hier meist punktuell Beratungsleistungen zu einzelnen Versorgungsbereichen eingekauft werden, eine Tendenz zur Einführung und Umsetzung umfassender QM-Systematiken ist nur in Einzelfällen nachvollziehbar gegeben.

Beratung zu Fragen der Qualitätssicherung in der Pflege wird durch den MDK in Hessen ausserhalb von Qualitätsprüfungen nur in geringem Umfang durchgeführt. Diese Beratung beschränkt sich in der Regel auf Vorträge bei Trägerverbänden und gebietskörperschaftlichen Arbeitskreisen zu Fragen der Begutachtungs- und Prüfungspraxis des MDK. Zusätzlich werden Fragen zu Einzelaspekten der Qualitätssicherung beantwortet, die uns per Mail erreichen.

Eine Ausweitung der Prüfquote im Sinne der QPR ist derzeit in Hessen nicht wahrscheinlich. Es ist davon auszugehen, dass weiterhin ausschliesslich Anlassprüfungen und Evaluationsprüfungen beauftragt werden. Aufgrund der Forde-

rungen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien mit differenzierter Erfassung von Qualitätskriterien unter Nutzung der neuen Prüfsoftware bleibt abzuwarten, ob die Anzahl der Prüfungen mit dem vorhandenen Personal im bisherigen Umfang aufrechterhalten werden kann.

MDK Mecklenburg-Vorpommern

Durch den MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V. (MDK M-V e.V.) wurden im Berichtszeitraum 2004 bis 2006 297 ambulante und 140 stationäre Qualitätsprüfungen nach §§ 112 ff SGB XI durchgeführt. Dabei wurde der Pflegezustand bei 1.684 Menschen geprüft und soweit möglich, ein ausführliches Gespräch mit ihnen geführt. In Mecklenburg-Vorpommern sind damit, von Ausnahmen abgesehen, alle 420 ambulanten und 185 stationären Pflegeeinrichtungen einmal auf die Qualität erbrachter Pflegeleistungen geprüft worden.

Die Prüfung erfolgte durch entsprechend qualifiziertes Personal, welches neben der pflegefachlichen Eignung auch eine zusätzliche Ausbildung zum TQM-Auditor bzw. EFQM-Assessor nachweist. Die von den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) und den Landesverbänden der Pflegekassen Mecklenburg-Vorpommerns angestrebte Prüffrequenz von mindestens 20 % der bestehenden Pflegeeinrichtungen konnte erbracht werden. Die Forderung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach größerer Konzentration auf die Prüfung der Ergebnisqualität machte die Schaffung eines weiteren Prüfteams erforderlich. Ab dem 01.12.2006 sind jetzt insgesamt sechs Gutachter in drei Teams tätig. Das wird die Flexibilität und die häufig erforderliche Zeitnähe durchzuführender Prüfungen erhöhen.

Derzeit bereitet sich der Fachbereich externe Qualitätsprüfung des MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V. auf eine Zertifizierung vor, um alle Prozesse besser reproduzierbar darstellen zu können und optimierte Arbeitsabläufe zu sichern.

Die Zusammenarbeit mit den Trägerverbänden gestaltete sich zunehmend konstruktiver, der MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V. wird dabei überwiegend als neuer Partner in der Pflege gesehen. Vertreter von Trägerorganisationen nahmen an Qualitätsprüfungen im ambulanten Bereich vereinzelt, im stationären Bereich überwiegend teil. Der MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V. und die Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtsverbände in Mecklenburg-Vorpommern sowie die Trägerorganisationen stehen in einem kontinuierlichen Informationsaustausch, was auch zur Verbesserung der Qualität in der Pflege in den Einrichtungen beitrug.

Wünsche nach Beratung sowie Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen wurden durch den MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V. – soweit möglich – realisiert, um den Dialog zu fördern und zielführend zu beeinflussen. Dies wirkte sich insgesamt positiv auf die Akzeptanz der Prüfberichte und die gegebenen Empfehlungen aus und reduzierte die Notwendigkeit der Teilnahme des MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V. an Anhörungsverfahren, was im vorangegangenen Berichtszeitraum noch relativ häufig war.

Ein besonderer Ausdruck der gewachsenen Bereitschaft der Einrichtungen, ihrer Trägerorganisationen und Verbände, mit dem MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V. konstruktiv zusammenzuarbeiten und sich neuen Qualitätsanforderungen zu stellen, zeigte sich bei der Einführung der neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Von den Trägern und Verbänden wurden insgesamt 18 Informati-

onsveranstaltungen mit über 1.000 Teilnehmern organisiert, auf dem auch 4 Vertreter des MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der Landesverbände der Pflegekassen Mecklenburg-Vorpommerns auftraten.

Qualitätsprüfungen im Land Mecklenburg-Vorpommern erfolgen nach quartalsweiser Auftragserteilung durch die Landesverbände der Pflegekassen, die Feinterminierung übernahm der MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V. Für den stationären Bereich geschah dies gemeinsam mit der Heimaufsicht.

Der Anteil unangemeldeter Prüfungen betrug im ambulanten Bereich 28,6 % und im stationären Bereich 25 %. Überwiegend handelte es sich um Nachprüfungen. In einigen ambulanten Pflegeeinrichtungen erfolgten auch Abrechnungsprüfungen unter Beteiligung eines Vertreters der Landesverbände der Pflegekassen. Stationäre Prüfungen wurden gemeinsam mit der Heimaufsicht bei klar abgegrenzten Prüfbereichen und gemeinsamen Berichten durchgeführt, was Doppelprüfungen vermied. Zunehmend beteiligten sich auch weitere Institutionen (wie Gesundheitsamt, Brandschutz etc.) an den Qualitätsprüfungen.

Der Versand der Prüfberichte an die Landesverbände der Pflegekassen erfolgte fristgemäß. Bei festgestellten gravierenden Defiziten bzw. bei fehlendem Personal ergingen unverzüglich Meldung und Berichtsversand an die Vertragspartner.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich der positive Trend in der Entwicklung der Pflegequalität fortgesetzt hat, bzw. konnten bereits vorhandene gute Ergebnisse weiter stabilisiert werden. So stieg der Anteil im sachgerechten Umgang mit Einschränkungen bei der selbstständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme beispielsweise im ambulanten Bereich von 58,3 % auf 84,7 %, im stationären Bereich von 89,6 % auf 95,2 %. Im sachgerechten Umgang mit der Pflegesituation Inkontinenz stabilisierte sich der Anteil ambulant bei 79,5 %, während er sich im stationären Bereich von 89,6 % auf 96,2 % erhöhte. Ähnlich zeigt sich das im Umgang mit gerontopsychiatrischer Beeinträchtigung. Dieser, besonders im stationären Bereich, erkennbare Verbesserungsprozess ist zweifelsfrei darauf zurückzuführen, dass die Einrichtungen, deren Träger und ihre Verbände die bei den Prüfungen gegebenen Hinweise und Empfehlungen mit großer Verantwortung stärker zielführend umsetzen.

Dennoch besteht im Land in einigen Teilbereichen und in vereinzelten Pflegeeinrichtungen durchaus Verbesserungs- bzw. Optimierungsbedarf, der aber bei Weitem nicht die Dimensionen aufweist, wie häufig in Medien skandalhaft dargestellt. So wird mit bestimmten Pflegesituationen, wie z.B. beim sachgerechten Umgang mit Einschränkungen in der selbstständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Dekubitusrisiken, Schmerzzuständen und der Inkontinenzversorgung noch nicht immer durchgängig vorschriftsmäßig umgegangen. Im Bereich der fachlichen Planung der Pflege kann noch nicht in jedem Fall eine nachvollziehbare Beschreibung der Prozesse festgestellt werden. Erfreulicherweise konnten Defizite im grundpflegerischen Bereich nur noch vereinzelt festgestellt werden, wenngleich auch hier jeder Fall einer zuviel ist. Vereinzelt

waren die Landesverbände der Pflegekassen im Ergebnis von Qualitätsprüfungen zu vertragsrechtlichen Konsequenzen gezwungen. So musste einer stationären Einrichtung und vier ambulanten Diensten der Versorgungsvertrag gekündigt werden, sechs Pflegedienste haben den Versorgungsvertrag von sich aus zurückgegeben. In einer Reihe von Fällen zeigten angedrohte Vertragskündigungen bei Nachprüfungen positive Wirkung.

Resümierend lässt sich aber grundsätzlich sagen, dass die Atmosphäre der Prüfungen überwiegend von Konstruktivität geprägt ist und Hinweise sowie Verbesserungsvorschläge seitens der Pflegeeinrichtungen verantwortungsbewusst aufgegriffen und umgesetzt werden. Die Qualitätsprüfungen im Land haben u.a. und vor allem dazu beigetragen, die Akzeptanz der Pflegedokumentation und ihre Bedeutung für die Gestaltung des Pflegeprozesses nach neuesten Erkenntnissen zu erhöhen. Sie wird jetzt in der Mehrzahl der Einrichtungen nicht mehr als notwendiges „Übel“, sondern als ein unverzichtbares Instrument der täglichen Arbeit gesehen und genutzt. Auch sind Pflegeprozesse in den Einrichtungen für Außenstehende zunehmend transparenter.

Die Mehrzahl der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen hat ein Qualitätsmanagement implementiert. So kann in der Regel ein Qualitätshandbuch, in dem alle relevanten Prozesse dokumentiert sind, vorgelegt werden. Bei der Umsetzung bestehen nach wie vor in Teilbereichen Unsicherheiten. Bei den Einrichtungen ist jedoch mehrheitlich feststellbar, dass sie innerhalb ihrer Trägerorganisationen in Qualitätszirkeln arbeiten und Mitarbeiter entsprechend schulen. Fortbildungen zu pflegerischen Themen sind nunmehr auf fast jedem Fortbildungsplan der Einrichtungen zu finden.

Ein wichtiges Element der Qualitätsprüfungen ist die Beratung, die einen hohen Stellenwert einnimmt. Deshalb erfolgten bei Qualitätsprüfungen verstärkt Impulsberatungen, bei denen Einrichtungsvertretern Vorschläge unterbreitet und Wege aufgezeigt wurden, die Qualität zu verbessern. Auf Anfrage werden Beratungen und Schulungen zur Pflegedokumentation durch den MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V. in den Pflegeeinrichtungen durchgeführt, an Diskussionsrunden etc. im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit beteiligt sich der MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V. Seitens des MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V. kann weiterhin sichergestellt werden, dass jährlich in ca. 20 % der Pflegeeinrichtungen eine Qualitätsprüfung erfolgt.

In Mecklenburg-Vorpommern wird seit dem 01.06.2006 die QPR vollständig umgesetzt. Neu eingestellte Mitarbeiter werden grundsätzlich zu Auditoren ausgebildet. Mit der Liga der Spitzenverbände sind nach Optimierung des EDV-Prüfprogramms und der Bewertungssystematik Gespräche über ein Pilotprojekt zu deren Anwendung vereinbart.

MDK Niedersachsen

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Die Zusammenarbeit mit den Trägerverbänden ist konstruktiv. Auf Anfrage beteiligen sich die Gutachter des MDK Niedersachsen an Informationsveranstaltungen der Trägerverbände und berichten dabei zum Beispiel über Grundsatzstellungen der MDK-Gemeinschaft oder die Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Auf Wunsch der Einrichtungsträger übermittelt der MDK Niedersachsen den Bericht aus einer Qualitätsprüfung an den Verband, bei dem der Träger organisiert ist. Im Jahr 2005 war dies bei etwa der Hälfte der in die Prüfungen einbezogenen Pflegeeinrichtungen, die in einem Verband organisiert sind, der Fall.

Besonderheiten

Initiiert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit entwickelten das Ministerium, die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen, die kommunalen Spitzenverbände und der MDK Niedersachsen auf Landesebene ein Modellprojekt zur Ausweitung der Zusammenarbeit zwischen Heimaufsichten und MDK Niedersachsen bei den Prüfungen der stationären Pflegeeinrichtungen. Die Trägerverbände waren eingeladen, sich an der Konzeption des Modellprojektes zu beteiligen.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität in den Jahren 2003 bis 2005¹³

Der MDK Niedersachsen wertet regelmäßig ausgewählte Items von vollständig durchgeführten Prüfungen aus, dies waren im Jahr 2005 im stationären Bereich rd. 190 Prüfungen und bei den ambulanten Diensten rd. 70 Prüfungen. Unter anderem werden in einem Längsschnitt die Ergebnisse der Vergleichsgruppen Anlass-, Wiederholungs- und Stichprobenprüfungen stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen gegenübergestellt. Die folgende Darstellung einiger der Auswertungsergebnisse bezieht sich jeweils zuerst auf die stationäre Pflege und im zweiten auf die ambulante Pflege.

Alten- und behindertengerechte Ausstattung bzw. Geschäftsräume

- Bei den stationären Einrichtungen wurde im Jahr 2005 bei fast allen Trägerarten und Einrichtungsgrößen mit durchschnittlich 54 % Erfüllungsgrad das beste Prüfergebnis seit 2003 festgestellt. Die Prüfung der alten- und behindertengerechten Ausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen wurde im Jahr 2005 letztmalig vom MDK systematisch erhoben, da diese Aufgabe in den alleinigen Kompetenzbereich der Heimaufsichten übergegangen ist.
- Ambulant verbesserten sich die Ergebnisse kontinuierlich. Waren 2003 rd. 68 % erfüllt, lag der Erfüllungsgrad im Jahr 2005 bereits bei rd. 84 %.

¹³ Die Auswertung 2006 lag zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes noch nicht vor.

Ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft bzw. Erreichbarkeit des Pflegedienstes

- Bei allen stationären Prüfarten ist eine kontinuierliche Verbesserung seit 2003 zu verzeichnen. Der Erfüllungsgrad im Jahr 2005 lag bei rd. 80 %.
- Ambulant sind die Ergebnisse mit einem Erfüllungsgrad von nahezu 100 % in den Jahren von 2003 bis 2005 stabil.

Pflegekonzept

- Stationär: Bei der Konzeption wurde eine kontinuierliche Verbesserung seit 2003 festgestellt. Im Jahr 2005 hatten rd. 93 % der Einrichtungen das Qualitätskriterium vollständig oder teilweise erfüllt.
- Trotz Schwankungen innerhalb der Prüfarten war bei insgesamt rd. 71 % der ambulanten Dienste im Jahr 2005 eine kontinuierliche Verbesserung zu verzeichnen. Bei 29 % der Einrichtungen basiert die Tätigkeit nicht auf einem Pflegekonzept.

Fortbildungsplan (Das Qualitätskriterium wurde im Jahr 2005 erstmals ausgewertet)

- Von den stationären Pflegeeinrichtungen verfügten im Jahr 2005 rd. 84 % der Einrichtungen über einen prospektiven Fortbildungsplan.
- 64 % der ambulanten Dienste organisierten im Jahr 2005 ihre Fortbildungen anhand eines prospektiven Fortbildungsplanes.

Dekubitusprophylaxe

- Fasst man die vollständige und teilweise Qualitätserfüllung zusammen, waren mit einem Erfüllungsgrad von 94 % im Jahresvergleich keine wesentlichen Veränderungen festzustellen. Im Jahr 2005 erlitten 6 % der Versicherten einen Dekubitus, bei dem von einer Sorgfaltspflichtverletzung der Pflegeeinrichtung ausgegangen werden musste.
- Im ambulanten Bereich lagen gleich bleibend gute Prüfergebnisse vor. Ein Versicherter war von einer anzunehmenden Sorgfaltspflichtverletzung bei der Dekubitusprophylaxe betroffen, dies entspricht 0,2 % der insgesamt in die ausgewerteten Prüfungen der ambulanten Dienste einbezogenen Versicherten. Allerdings ist eine Verschiebung von der vollständigen Qualitätserfüllung hin zur teilweisen Qualitätserfüllung (Versäumnisse in der Pflege, aber noch kein Dekubitus) zu verzeichnen.

Pflegemaßnahmen bei Ernährung mittels Sondenkost, z. B. Überwachung des Ernährungszustandes oder ggf. Ernährungsplan zur ergänzenden oralen Ernährung

- Bei diesem Qualitätskriterium ist im Längsschnittvergleich nach einer leichten Verbesserung im Jahr 2004 im Jahr 2005 eine geringe Negativentwicklung zu verzeichnen, die das schlechteste Ergebnis seit 2003 hervorbrachte. Im Jahr 2005 war die Pflege bei 1.166 Versicherten positiv. Bei der

Pflege von 116 Versicherten bestand Verbesserungspotential, sie erhielten 1.100 kcal ärztlich verordnete Sondenkost pro Tag oder weniger, ohne dass die Durchführung erforderlicher Pflegemaßnahmen nachvollziehbar war.

- Im Vergleich der Jahre 2003 bis 2004 lagen bei ambulanten Diensten keine nennenswerten Qualitätsunterschiede vor. Im Jahr 2005 ist eine leichte Verschlechterung zu verzeichnen. 12 Versicherte erhielten 1.100 kcal ärztlich verordnete Sondenkost pro Tag oder weniger und es waren keine notwendigen Pflegemaßnahmen zu verzeichnen.

Freiheitsentzug ohne Rechtfertigungsgrund

- Nach einer Verschlechterung im Jahr 2004 entsprachen die Ergebnisse im Jahr 2005 wieder annähernd den Ergebnissen aus dem Jahr 2003. Bei rd. 98 % der Versicherten wurde mit der Möglichkeit von freiheitsentziehenden Maßnahmen sachgerecht umgegangen (kein Freiheitsentzug oder im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten). Insgesamt 28 Versicherte waren von nicht legitimiertem Freiheitsentzug betroffen.
- Ambulant liegt ein konstantes Prüfergebnis vor. Von Freiheitsentzug ohne Legitimation waren drei von 377 Versicherten betroffen, dies entspricht 0,8 %. Rund 99 % der ambulanten Dienste sind sachgerecht mit der Möglichkeit von freiheitsentziehenden Maßnahmen umgegangen.

Medikation ohne entsprechende Grundlage (Auswertung stationär)

- Nennenswerte Änderungen im Jahresvergleich liegen nicht vor. Bei rd. 95 % der Versicherten wurde mit Medikamenten sachgerecht umgegangen. Von den nicht gerechtfertigten Medikamentengaben waren 59 Versicherte betroffen, davon waren jeweils rund die Hälfte rezeptpflichtige und nicht rezeptpflichtige Medikamente.

In Bezug auf die Trägerschaft und ob das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zertifiziert wurde, besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem strukturellen Merkmal und dem Qualitätsniveau einer Pflegeeinrichtung.

Unter dem Aspekt der Versorgungskapazität betrachtet sind Unterschiede bei den Prüfergebnissen festzustellen. Einrichtungen mit einer Versorgungskapazität unter 20 Plätzen erreichten bei der Struktur- und Prozessqualität ein schlechteres Qualitätsniveau als größere Einrichtungen. In der Ergebnisqualität war der Unterschied zwar nicht so offensichtlich, aber dennoch vorhanden. Insgesamt ist in den vergangenen Jahren bei den kleineinrichtungen jedoch eine positive Qualitätsentwicklung zu verzeichnen. Die Feststellung der Jahre 2003 und 2004, dass größere Einrichtungen zwar ein besseres Qualitätsergebnis aufwiesen, aber prozentual häufiger von Beschwerden betroffen waren als deren Marktanteil ist, traf im Jahr 2005 nicht mehr in der Deutlichkeit der vergangenen Jahre zu.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Mit begleitet durch den MDK Niedersachsen sind verschiedene Aktivitäten zu verzeichnen, gute Beispiele in der Pflege zu analysieren und die Einrichtungen, die ihr Engagement im Bereich des Qualitätsmanagements noch ausbauen möchten, darüber zu informieren.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

In Folgenden werden einige der einrichtungsinternen Aktivitäten genannt: Die Mehrzahl der Pflegeeinrichtungen in Niedersachsen sind bei einer Trägervereinigung organisiert. Die Trägervereinigungen beteiligen sich am Landespflegeausschuss (§ 92 SGB XI), dieser gibt Empfehlungen zur Entwicklung der Qualität ab, zum Beispiel zur Pflegedokumentation unter Berücksichtigung fachlicher und effizienzsteigernder Aspekte. Auf regionaler Ebene beteiligen sich die Vertreter von Pflegeeinrichtungen an den örtlichen Pflegekonferenzen (§ 5 Nds. Pflegegesetz) mit dem Ziel, über die pflegerische Versorgung, Versorgungsstrukturen und Leistungsangebote zu beraten. Eine weitere Beteiligung besteht bei regionalen Arbeitsgruppen, die den Arbeits- und Gesundheitsschutz der Pflegenden oder die Weiterentwicklung interner Qualitätsmanagementstrategien berücksichtigen. Nach Einschätzung des MDK Niedersachsen finden darüber hinaus insbesondere Aktivitäten im Zusammenhang mit der Implementierung der Kernaussagen der Expertenstandards statt.

Beratung durch den MDK

Beratung erfolgt als integraler Bestandteil der Qualitätsprüfungen. Darüber hinaus stehen die Gutachter des MDK Niedersachsen telefonisch für fachliche Fragen zur Verfügung.

Ein gemeinsames Projekt der Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen und des MDK Niedersachsen beschäftigt sich mit der Zusammenarbeit von Pflegeeinrichtungen, niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Mit Vertretern interessierter Pflegeeinrichtungen fanden Gespräche statt.

Ein weiteres Modellprojekt der Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen, des MDK Niedersachsen und einem Träger von 16 Pflegeeinrichtungen beschäftigt sich mit der Sturzprävention in stationären Pflegeeinrichtungen sowie der Häuslichkeit der Pflegekunden im ambulanten Bereich. Ziel ist die systematische Übertragung der gemeinsam gewonnenen Erkenntnisse.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen

In Niedersachsen sind rund 2.400 ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag zugelassen. Pro Jahr finden 400 bis 500 Qualitätsprüfungen statt, davon rd. 35 % Stichprobenprüfungen. Die Anzahl der Anlass- und Wiederholungsprüfungen entspricht jeweils dem Bedarf, eine Steigerung der Stichprobenprüfungen ist nicht vorgesehen.

MDK Nord

Zusammenarbeit mit den Trägerverbänden

Im Zusammenhang mit durchgeführten Qualitätsprüfungen arbeitet der MDK Nord mit den Trägerverbänden konstruktiv und kontinuierlich zusammen. Ergebnisse von Qualitätsprüfungen werden in konstruktiver Weise mit dem Ziel, die Pflegequalität im Bereich des MDK Nord zu steigern, erörtert. In Arbeitsgemeinschaften nach § 20 Heimgesetz und in der Arbeitsgruppe Pflegequalität findet ein kontinuierlicher Austausch statt.

Besonderheiten

Das Projekt der Selbstbewertung ambulanter Pflegedienste in Schleswig Holstein endete im November 2003. Im Anschluss daran wurde das Aktionsprogramm „Ambulante Pflege“ durch den Landespflegeausschuss beschlossen. Dieses Programm beinhaltet unter anderem folgende Schwerpunkte:

- Pflege veröffentlichen
- Beratung anbieten
- Qualität fördern
- Strukturen weiterentwickeln und vernetzen

Im Rahmen dieser Schwerpunkte sind unterschiedliche Projekte initiiert worden.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität

Feststellbar ist, dass bei den Einrichtungen nahezu durchgehend eine positive Grundeinstellung in Bezug auf Qualitätsfragen besteht. Somit ist eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität ein bewusstes Ziel der Pflegeeinrichtungen, an dem unter Berücksichtigung vorhandener Rahmenbedingungen gearbeitet wird.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Die Qualitätsprüfungen des MDK Nord werden beratungsorientiert durchgeführt und üben somit im Zusammenhang mit den in den Prüfberichten dargestellten Optimierungsbedarfen Einfluss auf die Qualitätsentwicklung aus. Im Zusammenwirken mit den Pflegekassen dienen die Empfehlungen der Prüfberichte als Grundlage für die Erstellung von Auflagenbescheiden, deren Umsetzungsstand im Rahmen von Evaluationsprüfungen ermittelt wird.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

Im Berichtszeitraum verbessert sich in den meisten Fällen die Qualität in den geprüften Einrichtungen kontinuierlich. Allerdings scheinen sich Entwicklungsschritte mittlerweile langsamer zu vollziehen. Die Verbesserung der Pflegequalität zeigt sich anhand der positiven Entwicklung im Bereich der Prozessqualität. Im Bereich der Ergebnisqualität ist ein Rückgang der Dekubitalulcerationen in Folge nicht sach- und fachgerechter Pflege als positive Entwicklung zu bewer-

ten. Daran wird deutlich, dass es gelungen ist, durch eine kontinuierliche Thematisierung dieses Risikos, die Pflegekräfte in hohem Maße für dieses Pflegeproblem zu sensibilisieren. Erfreulicher Weise können im Bereich der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung pflegeabhängiger Menschen sowohl ein gesteigertes Problembewusstsein der Pflegekräfte, als auch eine Verbesserung hinsichtlich der Planung und Durchführung von Maßnahmen festgestellt werden.

Obwohl eine Qualitätsentwicklung sichtbar wird, zeigen die Ergebnisse, dass zukünftig weitere Anstrengungen nötig sind, um die Pflege nach anerkanntem Kenntnisstand zu erreichen. Eine besondere Verantwortung tragen Aus- und Fortbildungsinstitute sowie die Träger der Einrichtungen.

Beratung durch den MDK

Beratungen durch den MDK fanden sowohl im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen für einzelne Pflegeeinrichtungen als auch für Trägerverbände statt. Im Rahmen des Projektes „Wir pflegen richtig sicher“ hat der MDK Nord Fortbildungen zu den Themen

- Pflegeprozess und Pflegedokumentation
- Pflegekonzept (Ziel, Inhalte, Erstellung)

durchgeführt.

Bei Trägerverbänden wurden Vorträge aufgrund der Qualitätsprüfungs-Richtlinien durchgeführt.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen

Mit den Landesverbänden der Pflegekassen wurde für das Jahr 2007 unter Berücksichtigung der Bedeutung der Entwicklung der Pflegequalität in den Einrichtungen eine Prüfquote von 10 % festgelegt.

MDK Nordrhein

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Mit den Trägerverbänden der freigemeinnützigen Pflegeeinrichtungen und den Verbänden der privaten Leistungsanbieter erfolgt ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch über gegenseitig interessierende Fragen. Im Jahr 2006 wurden die Trägerverbände und private Leistungserbringerverbände über die ab 01.01.2006 geltenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien und die damit verbundenen Erhebungsbogen zur Prüfung in der ambulanten und stationären Pflege informiert.

Besonderheiten

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen werden weiterhin Abrechnungsprüfungen durch die Mitarbeiter des MDK Nordrhein durchgeführt.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität – ambulant und stationär

Anhand der statistischen Auswertungen der Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen konnte gezeigt werden, dass die Qualität im Berichtszeitraum 2004 bis 2006 in den stationären Einrichtungen auf einem hohen Niveau stabil war. In ambulanten Einrichtungen stagnierte die Qualität im Berichtszeitraum auf einem niedrigeren Niveau als im stationären Bereich. Erst 2006 konnte auch im ambulanten Bereich ein Anstieg der Qualität festgestellt werden.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Durch den Vergleich der Prüfergebnisse von 100 stationären Pflegeeinrichtungen, die erstmals 2001 und dann erneut Ende 2003/Anfang 2004 besucht wurden, konnte gezeigt werden, dass die Qualität in den zweimal besuchten Einrichtungen deutlich besser war als in den Einrichtungen, die bis zu diesem Zeitpunkt nur einmal besucht wurden. Es konnte demnach ein Einfluss der Qualitätsprüfungen auf die Qualitätsentwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen nachgewiesen werden. Von einer analogen Wirkung in ambulanten Pflegeeinrichtungen ist auszugehen.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

Die einrichtungsinternen Qualitätsbemühungen haben im Berichtszeitraum 2004 bis 2006 weiter zugenommen, wobei eine große Anzahl von Einrichtungen die Prüfberichte des MDK Nordrhein als externe Qualitätskontrolle nutzt und damit die interne Qualität in ihren Einrichtungen steigert.

Beratung

Der MDK Nordrhein führt im Nachgang zu Qualitätsprüfungen eine umfangreiche Beratung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch.

Diese Form der Beratung hat sich als sehr gewinnbringend für die Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen erwiesen.

Der Öffentlichkeitsarbeit des MDK wird eine große Bedeutung beigemessen, die Anzahl der Informationsveranstaltungen hat im Berichtszeitraum deutlich zugenommen.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen

Der MDK Nordrhein wird in den Jahren 2007 und 2008 alle Anstrengungen unternehmen, um bis zum Ende dieses Zeitraums alle ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen einmal besucht zu haben. Der Schwerpunkt der Stichprobenprüfungen liegt dabei im ambulanten Bereich.

MDK Rheinland-Pfalz

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Es existieren seit 2002 Arbeitsgruppen des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGFF), in denen Trägerverbände (freigemeinnützige, BPA, ABVP etc.) und MDK gemeinsam mit den Landesverbänden der Pflegekassen Rheinland-Pfalz an Lösungen der Qualitätsprobleme arbeiten. Themen sind z.B. Bürokratieabbau im Bereich von Auflagen und Vorschriften, Genehmigungsverfahren von häuslicher Krankenpflege nach SGB V, Musterpflegedokumentation ambulant und stationär.

Seitens der Trägerverbände wird der MDK immer wieder angefragt zu Informationsveranstaltungen (z. B. zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien) oder zur Abstimmung von Prüfungsinhalten (z. B. Anforderungen an fachliche Überprüfung der Pflege oder der Mitarbeiter).

Besonderheiten

Seitens des MDK Rheinland-Pfalz werden ambulant und stationär sowohl Stichproben- als auch Evaluationsprüfungen durchgeführt. Dabei legen die Landesverbände der Pflegekassen einen erhöhten Wert auf die Durchführung von Evaluationsprüfungen, um den durch die Prüfung gesetzten Impuls zur Weiterentwicklung der Qualität in der Einrichtung nachhaltig zu begleiten. Der Effekt lässt sich insbesondere im Bereich der Struktur- und Prozessqualität belegen, wobei die Verbesserung in der Ergebnisqualität sehr unterschiedlich verläuft.

Vergleichende Prüfungen wurden 2002 zuletzt mit einer flächendeckenden Prüfung aller Pflegeeinrichtungen eines ländlichen Kreises und einer kreisfreien Stadt durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten keine gravierenden Unterschiede, die für oder gegen Einrichtungen einer Region sprachen. Seitens der Landesverbände der Pflegekassen wurden seither keine vergleichenden Prüfungen mehr in Auftrag gegeben.

Abrechnungsprüfungen wurden seitens der Landesverbände der Pflegekassen bisher nicht in Auftrag gegeben. Nach Einschätzung des MDK wären diese gerade im ambulanten Bereich teilweise durchaus sinnvoll. Hier weist der MDK immer wieder im Rahmen beobachteter Einzelfälle in den Qualitätsprüfungen auf Abrechnungsfehler und Vertragsverstöße seitens der Anbieter hin.

Einschätzung der Qualität – ambulant und stationär

Da der MDK Rheinland-Pfalz seit 2000 jährlich mit einem zusammenfassenden Qualitätsbericht gegenüber dem Landespflegeausschuss und der Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen berichtet, ist die Entwicklung seit nunmehr 7 Jahren im Fokus der Betrachtungen. Gerade im ambulanten Bereich ist eine flächendeckende Durchführung von Qualitätsprüfungen notwendig, da hier keine synergistischen Effekte durch andere Prüfinstitutionen (wie stationär z.B. durch die Heimaufsicht) bestehen und durch höhere Fluktuation der Einrichtungen der Markt sich schneller bewegt. Gerade kleine privat geführte

Einrichtungen sind dabei häufig nicht durch Verbände fachlich begleitet, sodass der fachliche Input fehlt und sich im Rahmen von Qualitätsprüfungen häufig massive Defizite durch Unkenntnis zeigen. Im Rahmen von Nachprüfungen kann häufig festgestellt werden, dass sich die Ergebnisse im Struktur- und Prozessbereich verbessern, während die Ergebnisse bei den Versicherten sich in deutlich geringerem Maße weiterentwickeln, auch entwickeln sich die Einrichtungen im Bereich arbeitsintensiver Felder nur zögerlich weiter (z.B. Pflegeprozessanwendung, fachliche Überprüfung der Pflege).

Die Ergebnisse der stationären Prüfungen zeigen ähnliche Verläufe, wobei sich hier seltener sehr schlechte Ergebnisse zu Strukturen und Prozessen finden, dennoch aber gerade im Ergebnisteil auch schlechte Resultate vorkommen. Insgesamt kann auch hier konstatiert werden, dass im Rahmen von Nachprüfungen häufig festgestellt wird, dass die Einrichtungen sich im Bereich der Struktur- und Prozessqualität weiterentwickeln, sich dieser Effekt aber nicht in gleichem Umfang auf die Ergebnisqualität durchschlägt.

Insgesamt finden sich in den letzten Jahren mit gleichbleibender Häufigkeit Defizite in der Versorgung der Pflegebedürftigen, wie z.B. fehlende oder unsachgemäße Dekubitusprophylaxe und andere Prophylaxen, mangelhafte Versorgung von Dekubitus, defizitärer Umgang mit Ernährungsproblemen oder dem Krankheitsbild Demenz.

Die kritischen Anmerkungen der Trägerverbände und Einrichtungen, dass schlechte Ergebnisse an den kleinen Stichproben und der Fokussierung des MDK auf spezielle Probleme (z. B. Dekubitus, PEG-Versorgung etc.) lägen, kann dahingehend begegnet werden, dass in 2006 trotz Steigerung der Quote der aufgesuchten Versicherten auf 11 %, Mängel in gleicher Häufigkeit festgestellt wurden.

Die Defizite in der Ergebnisqualität sind nach unserer Einschätzung u. a. auf den Einsatz ungeeigneten Personals zurückzuführen. Hier hat die Pflegedienstleitung eine ganz entscheidende Funktion in der Steuerung und Sicherung der Qualität. Die Mitarbeiter müssen entsprechend ausgebildet, nachqualifiziert und regelmäßig fachlich begleitet werden.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Seit 2001 gibt es regelmäßige Initiativen des Landespflegeausschusses und des MASGFF, die durch die jährliche Berichterstattung des MDK Rheinland-Pfalz angestoßen werden. Insbesondere konnte mit der Veröffentlichung von Einrichtungsbezogenen Qualitätsberichten (EQB) die Diskussion um Transparenz der Qualitätsprüfungsergebnisse angestoßen werden. Gute geprüfte Einrichtungen haben die Chancen genutzt und ihre Ergebnisse veröffentlicht.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

Ein Teil der Einrichtungen geht sehr offensiv mit den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen um und arbeitet sehr zielorientiert an der Abstellung aufgezeigter Mängel, so dass bei Evaluationsprüfungen deutliche Verbesserungen in allen

Bereichen festzustellen sind. Hilfreich ist hier neben dem beratungsorientierten Prüfansatz auch das Beratungsangebot, das häufig nach Prüfungen verstärkt in Anspruch genommen und von den Einrichtungen auch als hilfreich angesehen wird. Die Effekte dieser Maßnahmen sind im Rahmen der Nachprüfungen zu beobachten.

Beratungen durch den MDK Rheinland-Pfalz

Der MDK Rheinland-Pfalz verfolgt von Anbeginn seiner Prüftätigkeit an einen beratungsorientierten Prüfansatz. Ergänzend wurde 2002 ein prüfungsunabhängiges, für die Einrichtungen kostenloses, Beratungsangebot aufgebaut. In den Jahren 2004 - 2006 wurden rund 1200 Beratungen in halb- bis ganztägigen Veranstaltungen für die rheinland-pfälzischen Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Die Kundenbefragungen zeigen große Zufriedenheit mit den Beratungen, was sich in der regen Nachfrage und einem sehr hohen Anteil von Einrichtungen zeigt, die nach Abrufen eines Themas auch die anderen angebotenen Themen in Anspruch nehmen möchten. Mittlerweile bieten die drei Beratungskräfte, die alle über ein Pflegestudium und diverse Weiterbildungen in Qualitätsmanagement, DCM u.a. verfügen, 12 verschiedene Beratungsmodule an. Daneben veranstaltet der MDK Rheinland-Pfalz jährlich eine Informationsveranstaltung zum Thema Qualitätsprüfung und Beratung. Bei Neuerungen wie z.B. den neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien werden ebenfalls Informationsveranstaltungen – hier in Kooperation mit den Trägerverbänden – in allen Regionen des Landes angeboten.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen

Die Anforderungen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien bezüglich Prüffrequenz und Stichprobengröße der Versicherten werden seitens des MDK Rheinland-Pfalz seit Anfang 2006 umgesetzt, der im Anhang zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien enthaltene Fragenkatalog seit dem 01.01.2007. Ein wichtiger Aspekt ist die Schaffung von Transparenz bezüglich der Ergebnisse der Prüfungen, denn nur so können letztlich nachhaltige Veränderungen hin zur Verbesserung geschaffen werden, über die der Markt sich selbst regulieren kann. Die einrichtungsbezogenen Qualitätsberichte (EQB) des MDK Rheinland-Pfalz setzen hier wichtige Impulse, deren Wirkung leider noch durch die gesetzlichen Vorgaben limitiert ist.

Flankierend hierzu soll 2007 ein Zielvereinbarungsprozess zu anzustrebenden Qualitätsverbesserungen in die Wege geleitet werden, an dem das MASGFF, die Landesverbände der Pflegekassen, die Träger der Pflegeeinrichtungen und der MDK Rheinland-Pfalz beteiligt sind.

MDK im Saarland

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit Trägerverbänden gibt es im Saarland nicht. Allerdings sind saarländische Einrichtungen in der „Saarländischen Pflegegesellschaft“ vertreten. Der Austausch mit deren Vertretern findet regelmäßig im Rahmen des Landespflegeausschusses statt und bedarfsadaptiert bei besonderen Problemlagen.

Besonderheiten

Die Auswahl der zu prüfenden Einrichtungen und die Art der Prüfung bestimmen alleine die Landesverbände der Pflegekassen, diese entscheiden auch darüber, ob die Prüfung angemeldet oder unangemeldet stattfindet. Bisher fanden keine vergleichenden Prüfungen statt, auch keine reinen Abrechnungsprüfungen. Bei ernstzunehmenden Hinweisen auf schwerere Mängel wird die Prüfung üblicherweise gemeinsam mit der Heimaufsicht durchgeführt. Diese Zusammenarbeit funktioniert reibungslos. Neben dem MDK prüft im Saarland der Sozialmedizinische Dienst der Bundesknappschaft ebenfalls eine Vielzahl ambulanter und stationärer Einrichtungen.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität – ambulant und stationär

Insgesamt zeigt sich ambulant wie stationär, dass die Mehrzahl der Einrichtungen sich um Qualität bemühen. Hier sind auch überwiegend Fortschritte zu erkennen, wenngleich der Kostendruck auch in diesen Einrichtungen zu spüren ist. Im Gegensatz dazu ist bei den Einrichtungen, die in der Erst- und Zweitprüfung erhebliche Mängel aufgewiesen haben, keine Entwicklung zum Besseren zu erkennen, hier treten häufig neue Mängel hinzu. Auch Trägerwechsel können diese Situation nicht regelmäßig verbessern.

Viele der festgestellten Mängel stehen in engem Zusammenhang mit der unzureichenden Anleitung und Überprüfung der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen. Fachlich qualifizierte Pflegevisiten finden zu selten oder überhaupt nicht statt. Im ambulanten Bereich zeigen sich häufig Mängel in Form von Abrechnung nicht erbrachter Leistungen („Mobilisation“). Insgesamt ist eine richtungsweisende Besserung der Qualität im letzten Jahr nicht zu erkennen.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Per se können Qualitätsprüfungen des MDK über die Impulsberatung hinaus keine Qualitätsentwicklung bewirken. Dazu bedarf es weitergehender Maßnahmen der Landesverbände der Pflegekassen. Insgesamt ist davon auszugehen, dass eine ohne die Qualitätsprüfungen zu befürchtende Verschlechterung des Qualitätsniveaus verhindert werden konnte.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

S.O.

Beratung durch den MDK

Der MDK im Saarland führt im Rahmen der Qualitätsprüfungen eine Impulsberatung durch. Darüber hinaus stehen wir bei besonderen Problemlagen als Ansprechpartner zur Verfügung. In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium beteiligt sich der MDK im Saarland an öffentlichen Informationsveranstaltungen.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen

Es ist unter Berücksichtigung der Aussagen der Landesverbände der Pflegekassen für 2007 mit einem ähnlichen Auftragsniveau wie 2006 zu rechnen. Intern ist mittelfristig die Einbindung einer weiteren Pflegefachkraft in das Prüfgeschehen geplant.

MDK Sachsen

Zusammenarbeit mit den Trägerverbänden

Zu einem Kontakt mit den Trägerverbänden kommt es gelegentlich bei der Prüfung durch Anwesenheit entsprechender Vertreter des Trägers (ambulant häufiger als stationär) oder im Rahmen der Anhörung, so der MDK dazu mit eingeladen wird. Die meisten Anhörungen laufen jedoch ohne Beteiligung des MDK.

Besonderheiten

Gleichzeitig mit der Qualitätsprüfung werden von einem AOK-Sachverständigen bei drei bis vier Prüfungen in ambulanten Pflegediensten pro Monat Abrechnungsprüfungen durchgeführt. Die Protokolle dieser Abrechnungsprüfungen werden vom MDK gleichzeitig mit dem MDK Prüfbericht verschickt.

Es erfolgte bisher eine Abarbeitung von Zusatzfragen zu den eigentlichen Prüf-sachverhalten (z.B. zur Hilfsmittelversorgung, Psychopharmakaversorgung, Zusatzleistungen bei einzelnen Versicherten).

Bei Anlassprüfungen werden auch Sachverhalte zu verstorbenen Versicherten überprüft.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität

In den letzten Jahren konnte der MDK Sachsen eine positive Qualitätsentwicklung feststellen, die im stationären Bereich deutlicher zutage tritt. Diese bezieht sich vorwiegend auf das Qualitätsmanagement, die Pflegedokumentation u. Pflegeplanung, das Risikoassessment sowie die Arbeit mit Expertenstandards.

Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Der MDK Sachsen hat durch seine Arbeit (Prüfung, Beratung, Empfehlung) einen großen Einfluss auf die oben genannte Entwicklung.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

Bei den Pflegeeinrichtungen sind Bemühungen zum Qualitätsmanagement erkennbar. Insgesamt ist vermehrt die Erarbeitung von Konzepten, die Erstellung von Qualitätsmanagementhandbüchern, die Etablierung von Qualitätszirkeln insbesondere zur Standardentwicklung, die vermehrte Etablierung von Internen Qualitätskontrollen in Form von Audits und Pflegevisiten sowie gezieltere Fort- und Weiterbildungsstrategien zu verzeichnen.

Beratung durch den MDK

Beratungen führt der MDK Sachsen als Impulsberatungen (Prüfung, Prüfbericht, Anhörung) und mittels Öffentlichkeitsarbeit (Vortragstätigkeit) durch.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen

Im Jahr 2007 ist eine Verdopplung der Begutachtungszahlen auf 200 Prüfungen im Jahr vom Auftraggeber vorgesehen. Die Vorgaben der QPR (20 %) werden längerfristig angestrebt.

MDK Sachsen-Anhalt

Zusammenarbeit mit Trägerverbänden

Es findet eine regelmäßige Zusammenarbeit mit Trägerverbänden im Land Sachsen-Anhalt (Arbeitskreis Pflege – 1x im Quartal) statt. Die Zusammenarbeit erfolgt darüber hinaus in verschiedenen Fach- bzw. Arbeitsgruppen. Auch gemeinsame Informationsveranstaltungen, z.B. zur Umsetzung der Qualitätsprüfungsrichtlinien, wurden durchgeführt.

Besonderheiten

Einmal monatlich trifft sich das Qualitätsteam, bestehend aus Vertretern der einzelnen Pflegekassen, der Heimaufsicht und dem Sozialhilfeträger sowie dem MDK, zur Beratung einzelner Prüfergebnisse inkl. Durchführung von Anhörungen sowie zum fachlichen Austausch.

Seit dem Jahr 2006 wurde insbesondere durch einen Landesverband der Pflegekassen die Abrechnungsüberprüfung in Kombination mit der Qualitätsprüfung des MDK forciert.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität – stationär und ambulant

Auswertung stationär

Positiv zu verzeichnen ist, dass ein sehr hohes Qualitätsniveau bei den vorhandenen pflegetheoretischen Grundlagen im Land Sachsen-Anhalt bei Prüfungen ausgewiesen wurde. Bei der Umsetzung der pflegetheoretischen Grundlagen besteht weiterhin deutliches Verbesserungspotential. Im Bereich des Pflegemanagements/Pflegeprozesses liegen die Einrichtungen in Sachsen-Anhalt etwa im Bundesdurchschnitt. Auch in diesem Bereich bestehen noch Verbesserungsmöglichkeiten. Bei den Prüfungen werden auf hohem Niveau Angaben zum „Internen Qualitätsmanagement“ gemacht. Ein hohes Qualitätsniveau konnte in den Jahren 2004 bis 2006 im Bereich „Beratung und Zufriedenheit“ der pflegebedürftigen Heimbewohner festgestellt werden. Im Bereich der „Führung der Pflegedokumentation“ war in den Jahren 2004 bis 2006 Handlungsbedarf festzustellen, insbesondere im Bereich der Erstellung einer aussagefähigen Pflegeplanung. Eine positive Ausnahme zeigt jedoch die Berichtsführung in der Pflegedokumentation.

Auswertung ambulant

Die strukturellen Voraussetzungen im ambulanten Bereich, wie beispielsweise „Geschäftsräume vorhanden“, „Räumlichkeit und Ausstattung bieten Möglichkeiten zur Teambesprechung“ und „personenbezogene Unterlagen werden für Unbefugte unzugänglich aufbewahrt“, konnten im 1. HJ 2006 erstmalig in den genannten Bereichen zu 100 % erfüllt werden.

Im Bereich „Pflegemanagement/Aufbauorganisation Personal“ ist zum Teil noch erhebliches Verbesserungspotential erkennbar. So zum Beispiel im Bereich „Fachliche Überprüfung der Pflege gewährleistet“ und „Pflegefachkraft gemäß

ihrer Qualifikation eingesetzt“, wobei im Land Sachsen-Anhalt eine positive Tendenz erkennbar ist.

Im Bereich „Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung“ (ambulant) beim Pflegebedürftigen kann über die Jahre 2004 bis 2006 ein gutes Leistungsniveau nachgewiesen werden. Auffällig ist hier jedoch der Bereich „Die vertraglich vereinbarten Leistungen wurden durchgeführt“, welcher sich für das 1. HJ 2006 im Vergleich zum Vorjahr um 14 % verschlechtert hat.

Wie bereits im stationären Bereich zeigen sich auch bei der Führung der Pflegedokumentation und Umsetzung der Pflegeprozesse noch erhebliche Verbesserungspotentiale. Auffällig ist hier ein tendenzieller Rückgang bzw. sind kaum Qualitätsentwicklungen über die Jahre in den einzelnen Bereichen zu verzeichnen.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität – ambulant und stationär, einschließlich Einfluss der Qualitätsprüfung des MDK auf die Entwicklung der Qualität

In den Jahren 2004 bis 2006 wurden die strukturellen Voraussetzungen zur Führung einer vollstationären Pflegeeinrichtung bzw. zur Führung eines ambulanten Pflegedienstes deutlich verbessert. So waren „Verantwortungsbereiche, Aufgaben für Pflegeleitung“ im Jahr 2004 im Land Sachsen-Anhalt nur in 67,2 % der stationären Einrichtungen geregelt. Im Jahr 2006 konnten 88,6 % der geprüften vollstationären Einrichtungen eine Regelung nachweisen. Verbesserungen konnten in den Jahren 2004 bis 2006 auch in den Bereichen „Pflegemanagement“, „Beratung“ und „soziale Betreuung“ erzielt werden. So lag zum Beispiel der Bereich „Angebote, soziale Betreuung“ – auf die Bewohnerstruktur ausgerichtet – im Jahr 2004 noch bei 63,5 %, im Jahr 2006 bei 85,1 %. Der Bereich „Pflegerrelevante Beobachtungen, stationär“, „Pflegezustand angemessen“, konnte im Jahr 2004 nur bei 73,3 % der aufgesuchten Pflegebedürftigen mit „Ja“ beantwortet werden. Im Jahr 2006 waren es 88,0 %. Trotz der Qualitätssteigerung sieht der MDK Sachsen-Anhalt hier weiterhin kontinuierlichen Beratungsbedarf, insbesondere im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung.

Im Bereich „Versorgung bei gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen“ konnten bereits erhebliche Qualitätssteigerungen erreicht werden. Ursächlich wirkt hier zum Beispiel auch die Zusammenarbeit der Landesverbände der Pflegekassen mit dem MDK zur Konzeptprüfung und Zulassung von Leistungserbringern, die einen gesonderten Versorgungsvertrag für die Versorgung von Bewohnern mit nicht beeinflussbaren Demenzerkrankungen mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten beantragt haben.

Im Jahr 2004 wurde bei 74,6 % aller geprüften Pflegeeinrichtungen die Versorgung bei gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen als „sachgerecht“ eingeschätzt, bereits im Jahr 2005 bei 90,7 %, während es im 1. HJ 2006 um ca. 1 % wieder nachließ.

Positive Tendenzen sind im ambulanten Bereich für jeden Bereich der Struktur bzw. Aufbauorganisation Personal erkennbar. Auch hier können im Vergleich zum Jahr 2004 Verbesserungspotentiale im Bereich „Verantwortungsbereiche, Aufgaben für die Pflegeleitung verbindlich geregelt“, verzeichnet werden. Deutliches Verbesserungspotential besteht in den Bereichen „Fachgerechte Planung der Pflegeprozesse“ und „Fachgerechte Führung der Pflegedokumentation“.

Positive Ergebnisse konnten im Bereich „Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung, ambulant“ im Zeitraum 2004 bis 2006 in den Prüfungen durch Aussagen erfasst werden.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

Nach einer durchgeführten Qualitätsprüfung durch den MDK wird die geprüfte Einrichtung durch die Landesverbände der Pflegekassen aufgefordert, eine schriftliche Stellungnahme zum Prüfbericht abzugeben.

Nahezu 100 % der Stellungnahmen der Pflegeeinrichtungen beinhalten eine positive Rückmeldung zur durchgeführten Qualitätsprüfung und der darin stattgefundenen Beratung. Die durch den MDK gegebenen Empfehlungen werden laut Stellungnahme aufgegriffen und umgehend bzw. zu festgesetzten Fristen umgesetzt. Aus den Stellungnahmen geht hervor, dass der Prüfbericht des MDK als Qualitätsmaßstab in der Einrichtung und für Qualitätsentwicklungen in der Pflege gesehen wird. In der Stellungnahme werden von der Einrichtung konkrete Maßnahmen benannt, wie und bis wann, welche Empfehlungen in der Einrichtung umgesetzt werden sollen. Häufig wird nach der Prüfung vor Ort geäußert, dass man „betriebsblind“ gewesen sei.

Beratung durch den MDK

Die Beratung als „Impulsberatung“ findet während der Qualitätsprüfung statt. Regelmäßig sind diese Beratungen zu einzelnen Punkten auch sehr ausführlich. Zusätzlich fanden zu einzelnen Themenbereichen, z. B. Einführung der neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien, umfangreiche Veranstaltungen statt. Auf Anfrage werden von Mitarbeitern des MDK Vorträge bei einzelnen Bildungsträgern gehalten.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfung

Durch die Umsetzung der neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien, welche durch die 10 %-Bewohnerbefragung umfangreicher geworden ist, ist es dem MDK Sachsen-Anhalt derzeit nicht möglich, die hohe Prüfquote zu erreichen.

Ziel nach einer durchgeführten Qualitätsprüfung sollte sein, dass sich Qualitätsverbesserungen, insbesondere im Ergebnisbereich abzeichnen. Positive, strukturelle Voraussetzungen ziehen nicht zwingend Qualitätsverbesserungen nach sich. Wichtig ist die Umsetzung der strukturellen Voraussetzungen durch das Pflegepersonal der Pflegeeinrichtung selbst. Mit den neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien werden entsprechend des aktuellen Stands neue strukturelle Voraussetzungen gefordert. Die Motivation einer Einrichtung zur Umsetzung kann nur durch die Einrichtung selbst hervorgehen. Im Land Sachsen-Anhalt werden weiterhin intensive Gespräche mit den Landesverbänden der Pflegeeinrichtungen geführt.

MDK Thüringen

Die Zusammenarbeit mit den Trägerverbänden kann als positiv bewertet werden. Ein Ausdruck dessen ist, dass im Kontext mit der Einführung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien von Mitarbeiterinnen des MDK Thüringen e.V. zu Beginn des Jahres 2006 eine Reihe von Veranstaltungen der Verbände besucht wurden. Während dieser Veranstaltungen, in denen zu den Änderungen referiert wurde, konnten intensive Diskussionen mit den Vertretern der Einrichtungen geführt werden, die zu einem verbesserten Verständnis für die Intentionen der Qualitätsprüfungen beitrugen. Dieses Vorgehen und die Unterstützung durch die Verbände, zum Beispiel durch Schulungen und Beratungen der Einrichtungen, zeigte sich bei der Durchführung der Prüfungen hilfreich.

In Thüringen werden überwiegend Stichprobenprüfungen durchgeführt. Diese werden in der Regel angemeldet. Allerdings besteht die Besonderheit, dass 25 % der zu prüfenden stationären Einrichtungen unangemeldet geprüft werden. Vergleichende Prüfungen oder Abrechnungsprüfungen sind bisher in Thüringen nicht durchgeführt worden. Vereinzelt haben Vertreter der Landesverbände der Pflegekassen an Prüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen teilgenommen und zeitgleich Prüfungen zu Abrechnungsfragen vorgenommen.

Im ambulanten Bereich konnte bei der personellen Ausstattung der Dienste und der Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft bereits ein hohes Niveau erreicht werden, das im Berichtszeitraum gehalten werden konnte. Im Zusammenhang mit den konzeptionellen Grundlagen und der Aufgabenwahrnehmung der PDL ist in den Jahren 2004 bis 2006 eine deutlich positive Entwicklung festzustellen. Dies kann auch im Kontext mit der Durchführung von Maßnahmen der internen Qualitätssicherung resümiert werden. Darüber hinaus sind im Bereich der Ergebnisqualität deutliche Verbesserungen im Berichtszeitraum zu erkennen. Dies trifft sowohl auf die Umsetzung des Pflegeprozesses als auch auf den Umgang mit besonderen Pflegesituationen zu. Insgesamt kann im ambulanten Bereich eine positive Entwicklung konstatiert werden.

Bei den stationären Einrichtungen ist für die Jahre 2004 bis 2006 festzustellen, dass im Zusammenhang mit der personellen Ausstattung der Einrichtungen ein angemessenes Niveau erreicht wurde. Darüber hinaus kann festgestellt werden, dass der Anteil der Pflegefachkräfte auf einem guten Niveau ist. Hinsichtlich der Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft sind noch Reserven erkennbar. Hinsichtlich der Aufgabenwahrnehmung der PDL und der konzeptionellen Grundlagen können analog dem ambulanten Bereich positive Entwicklungen erkannt werden. Diese Wertung trifft weiterhin auf die Durchführung von Maßnahmen der internen Qualitätssicherung zu. Im Bereich der Ergebnisqualität können, sowohl bei der Umsetzung des Pflegeprozesses als auch beim sachgerechten Umgang mit besonderen Pflegesituationen, positive Entwicklungen erkannt werden. Insgesamt wird ebenfalls im stationären Bereich eine positive Qualitätsentwicklung deutlich.

Basierend auf den Darstellungen in den schriftlichen Stellungnahmen im Rahmen des Anhörungsverfahrens nach § 24 SGB X i. V. mit § 115 Abs. 2 SGB XI

und den Äußerungen der Vertreter der Einrichtungen und deren Trägerverbände kann davon ausgegangen werden, dass die Qualitätsprüfungen für die Qualitätsentwicklung eine bedeutende Rolle gespielt haben und sicher auch weiterhin spielen werden.

Grundsätzlich steht der MDK Thüringen e.V. allen Bemühungen der Einrichtungen zur Qualitätsentwicklung positiv gegenüber. Durch die Landesverbände der Pflegekassen ist ein Zertifizierungsverfahren initiiert worden, das von einigen Einrichtungen mit Erfolg absolviert worden ist. Darüber hinaus wird zurzeit von der Fachhochschule Jena gemeinsam mit den Leistungsträgern und den Leistungserbringern das Projekt „Optimierung der Darstellung des Pflegeprozesses in der Pflegedokumentation und Praxis“ durchgeführt. Hierbei kann der MDK Thüringen e.V. durch seine Beteiligung in der strategischen Lenkungsgruppe Impulse setzen. Erste Ergebnisse sind in einer Präsentation vorgestellt worden. Darüber hinaus ist im Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung des MDK Thüringen e.V. tätig, die die Rahmenbedingungen für die Weiterbildung der verantwortlichen Pflegefachkräfte optimieren soll.

Beratungen werden vom MDK Thüringen e. V. als Impulsberatungen während der Qualitätsprüfungen angeboten und durchgeführt. Des Weiteren sind im Rahmen des Anhörungsverfahrens Hinweise mit Beratungscharakter schriftlich formuliert worden. Darüber hinausgehende Beratungen können derzeit nicht angeboten werden.

Von den Landesverbänden der Pflegekassen werden die Qualitätsprüfungen als ein wichtiges Instrument zur Qualitätsentwicklung im Land angesehen. Daher werden pro Jahr 25 % der Einrichtungen, die über einen Versorgungsvertrag verfügen, geprüft. Diese Vorgabe wird auch nach Inkrafttreten der Qualitätsprüfungs-Richtlinien, die eine Prüfquote von 20 % empfehlen, beibehalten.

MDK Westfalen-Lippe

Zusammenarbeit mit den Trägerverbänden

Die Zusammenarbeit mit den Trägerverbänden hat sich deutlich gebessert, wesentliche Probleme sind im Berichtszeitraum nicht aufgetreten. Der Umgang miteinander ist mittlerweile kooperativ und kollegial. Auskünfte und Unterlagen werden bereitwillig zur Verfügung gestellt.

Besonderheiten

In Westfalen-Lippe konzentriert sich das Prüfgeschehen auf Stichprobenprüfungen sowie anlassbezogene Prüfungen. Bisher wurden keine Aufträge zu vergleichenden Prüfungen oder Abrechnungsprüfungen erteilt.

Einschätzung der Entwicklung der Qualität – ambulant und stationär – und Einfluss der Qualitätsprüfungen des MDK auf die Entwicklung der Qualität

Nach den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen des MDK Westfalen-Lippe scheint sich eher die Strukturqualität positiv zu entwickeln, vor allem in stationären Einrichtungen. Problematisch ist in vielen Einrichtungen weiterhin die Qualität im Bereich Pflegeprozess und Pflegedokumentation.

Defizite, die bei MDK-Prüfungen in einer Einrichtung aufgezeigt werden, führen bei manchen Trägerverbänden dazu, dass sie die erkannten Verbesserungspotentiale auch in ihren anderen Einrichtungen umsetzen.

Beurteilung einrichtungsinterner Qualitätsbemühungen

Die Qualitätsbemühungen der Trägerverbände sind unterschiedlich. Wir können die Tendenzen zwar nicht durch Zahlenmaterial untermauern, aber es ist erkennbar, dass sich die Einrichtungen vermehrt mit dem Qualitätsbegriff auseinandersetzen. Viele Einrichtungen haben sich bereits vor der Prüfung mit den neuen Prüfrichtlinien beschäftigt.

Beratung durch den MDK (Impulsberatung, Einrichtungsberatung, Öffentlichkeitsarbeit)

Im Rahmen jeder Prüfung findet eine ausführliche Impulsberatung der Einrichtung statt. Gelegentlich fragen Einrichtungen nach darüber hinausgehenden Beratungen zu Einzelproblemen. Öffentlichkeitsarbeit wird intensiv durchgeführt, insbesondere fanden im Hinblick auf die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien etliche Veranstaltungen statt.

Zukünftige Entwicklung der Qualitätsprüfungen

Mit der neuen Software zu den neuen Prüfrichtlinien wird die statistische Erfassung verbessert. Damit stehen in Zukunft differenziertere Daten zur Auswertung zur Verfügung.

Knappschaft

Bisher kann von einer guten Zusammenarbeit mit den Trägerverbänden gesprochen werden. Die Entwicklung der Qualität gestaltet sich sehr unterschiedlich. Zum einen haben sich Einrichtungen auf den Weg gemacht, um eine transparente Organisation zu gewährleisten, dies auch in Verbindung mit einer guten pflegerischen Qualität; zum anderen gibt es Einrichtungen, die noch sehr weit entfernt von einem Qualitätsmanagement agieren. Insgesamt kann aus unserer Sicht von einer allgemeinen Verbesserung der Qualität seit Durchführung der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI gesprochen werden.

Die Beratung durch den MDK sollte weiter ausgebaut werden, eine Begleitung vor Ort wäre sinnvoll.

Anhang

Tabellen – Ambulante Pflege

Tabelle 13: Ambulante Pflege – Zufriedenheit

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Erwartungen berücksichtigt	97,6	98,8	98,3	99,3
Pflegevertrag abgeschlossen	94,4	96,1	94,7	95,7
Leistungen durchgeführt	93,0	94,8	92,9	92,2
Einsatzzeiten eingehalten	96,8	97,9	97,6	98,2
die selben Mitarbeiter	92,9	95,8	94,6	95,7
Motivation zur aktivierenden Pflege	95,9	97,5	97,5	97,3
Leistungserbringung gemäß Wünschen	98,6	99,0	98,8	98,8
Zufriedenheit Hauswirtschaft	98,0	97,5	97,8	98,1
Erwartungen berücksichtigt	97,6	98,8	98,3	99,3

Tabelle 14: Ambulante Pflege – Pflegezustand

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Pflegezustand	91,2	93,4	93,3	94,3

Tabelle 15: Ambulante Pflege – Pflegedokumentation und Pflegeprozess

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Pflegeanamnese/Informationssammlung	61,6	71,4	67,8	66,6
Biografie	40,4	43,7	47,3	53,7
Differenzierte Aussagen zu Ressourcen/Fähigkeiten und Problemen/Defiziten	38,8	35,5	47,2	51,2
Individuelle Pflegeziele festgelegt	36,3	31,4	38,6	44,7
Individuelle Maßnahmen geplant	45,9	55,9	44,6	48,4
Dokumentiert, welche Maßnahmen durch andere Beteiligte erfolgen	43,7	39,2	49,9	56,9
Prophylaxen berücksichtigt	44,6	41,1	50,1	53,0
Durchgeführte Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert	77,7	81,6	81,6	82,2
regelmäßige Angaben im Bericht	68,2	74,9	74,6	78,7
Situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen	66,3	71,2	74,3	79,9
Überprüfung der Pflegeergebnisse und erforderliche Anpassung der Ziele und Maßnahmen	41,9	41,4	45,9	49,7

Tabelle 16: Ambulante Pflege – Prozess-/Ergebnisqualität

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Dekubitusprophylaxe und -therapie angemessen	50,8	52,3	54,1	57,6
Ernährung und Flüssigkeitsversorgung angemessen	62,8	65,5	64,9	70,4
Inkontinenzversorgung angemessen	75,2	73,3	76,0	78,5
Versorgung gerontopsychiatrisch Beeinträchtigter angemessen	67,3	66,9	65,1	73,9

Tabelle 17: Ambulante Pflege – Allgemeine Angaben

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Geschäftsräume vorhanden	98,5	99,4	99,3	99,3
Teambesprechungen möglich	97,9	97,9	98,7	98,9
Unterlagen unzugänglich	93,1	94,1	94,3	93,9
Schlüsselverwahrung sicher	83,6	86,4	89,1	91,6

Tabelle 18: Ambulante Pflege – Pflege theoretische Grundlagen

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Pflegeleitbild liegt vor	92,0	93,9	95,0	96,4
Pflegekonzept liegt vor	68,4	76,7	79,9	80,3
Pflegekonzept umgesetzt	50,9	60,7	60,3	59,0

Tabelle 19: Ambulante Pflege – Aufbauorganisation Personal

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
verantwortliche PFK vorhanden	97,7	98,6	98,5	98,4
verantwortliche PFK ausreichend qualifiziert	92,4	92,0	93,2	94,2
stellvertretende verantwortliche PFK vorhanden	95,7	95,8	96,0	96,7
Anteil PFK angemessen	94,2	93,8	95,3	95,9
Verantwortung/Aufgaben geregelt	68,1	70,0	66,0	68,2

Tabelle 20: Ambulante Pflege – Verantwortungswahrnehmung verantwortliche Pflegefachkraft

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Planung Pflegeprozesse	61,7	68,5	60,0	60,0
Führung Pflegedokumentation	60,4	66,3	60,2	60,5
Einsatzplanung	86,4	87,9	84,2	83,6
Dienstbesprechungen	87,6	88,5	86,8	88,9

Tabelle 21: Ambulante Pflege – Ablauforganisation

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Überprüfung gewährleistet	51,8	59,9	58,7	60,9
Einsatz gemäß Qualifikation	68,2	69,7	64,3	69,8
Erreichbarkeit gewährleistet	92,3	93,4	94,9	95,3

Tabelle 22: Ambulante Pflege – Qualitätsmanagement

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Interne QS durchgeführt	71,0	76,3	71,9	70,9
Fortbildung findet statt	79,3	82,7	80,1	82,8
Fortbildungsplan liegt vor	59,7	67,1	69,0	77,2
Einarbeitungskonzept angewandt	60,0	69,4	61,1	64,7
Anwendung Hygienestandard	51,2	63,7	66,9	72,4

Tabelle 23: Ambulante Pflege – Pflegeeinsätze

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Pflegeeinsätze durch Pflegefachkräfte	95,5	97,3	97,0	98,9

Tabelle 24: Ambulante Pflege – Pflegedokumentationssystem

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
einheitlich	93,9	93,9	93,9	95,6
vollständig	77,7	86,0	84,4	81,6

Abbildungen – Ambulante Pflege

Abbildung 12: Ambulante Pflege – Zufriedenheit (Teil I) in v. H.

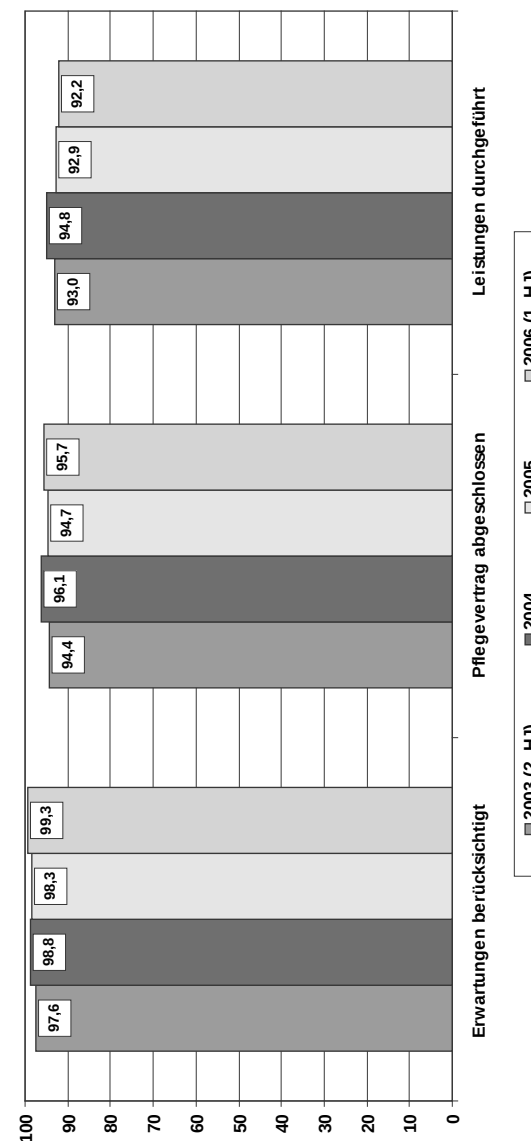


Abbildung 13: Ambulante Pflege – Zufriedenheit (Teil II) in v. H.

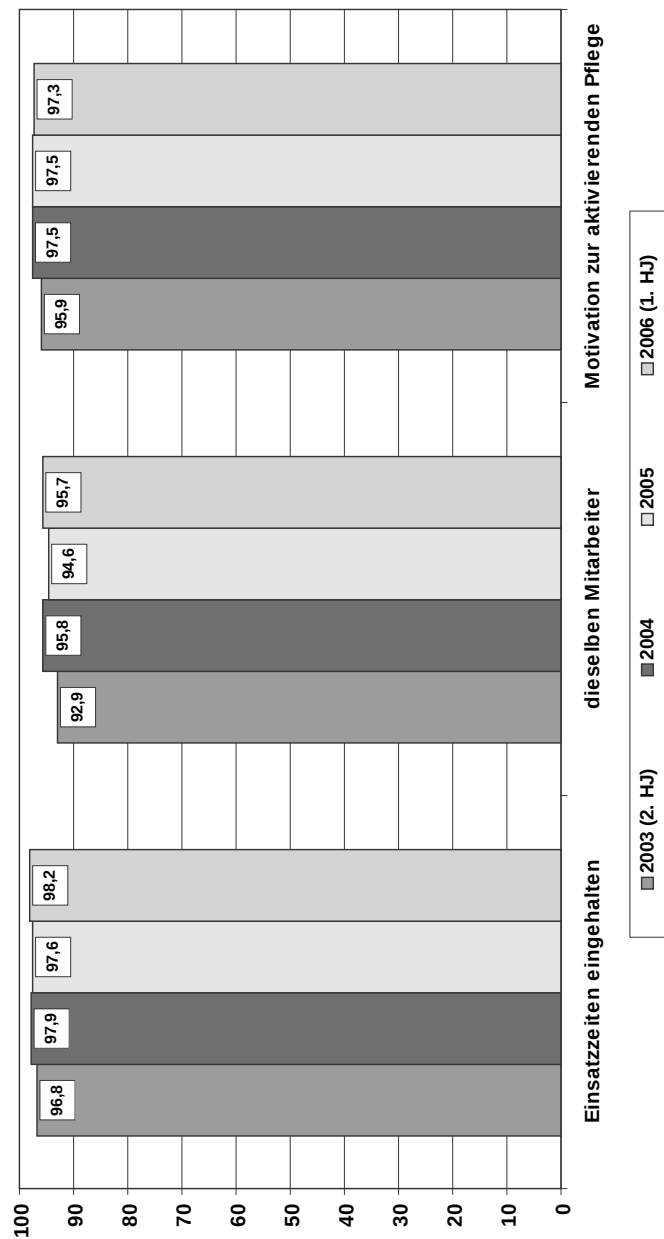


Abbildung 14: Ambulante Pflege – Zufriedenheit (Teil III) in v. H.

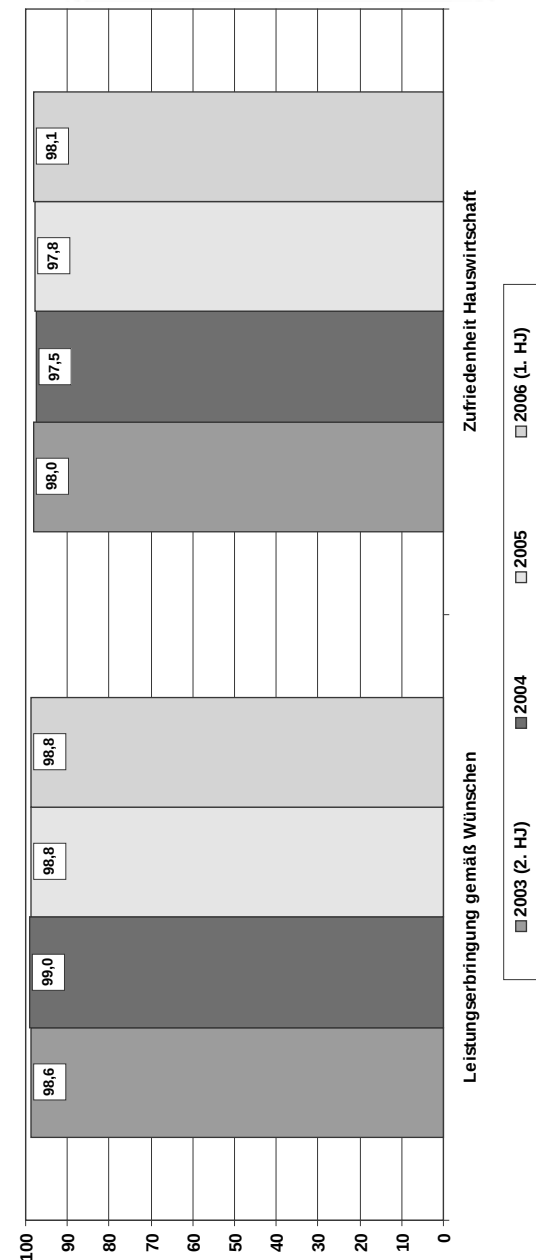


Abbildung 15: Ambulante Pflege – Pflegezustand in v. H.

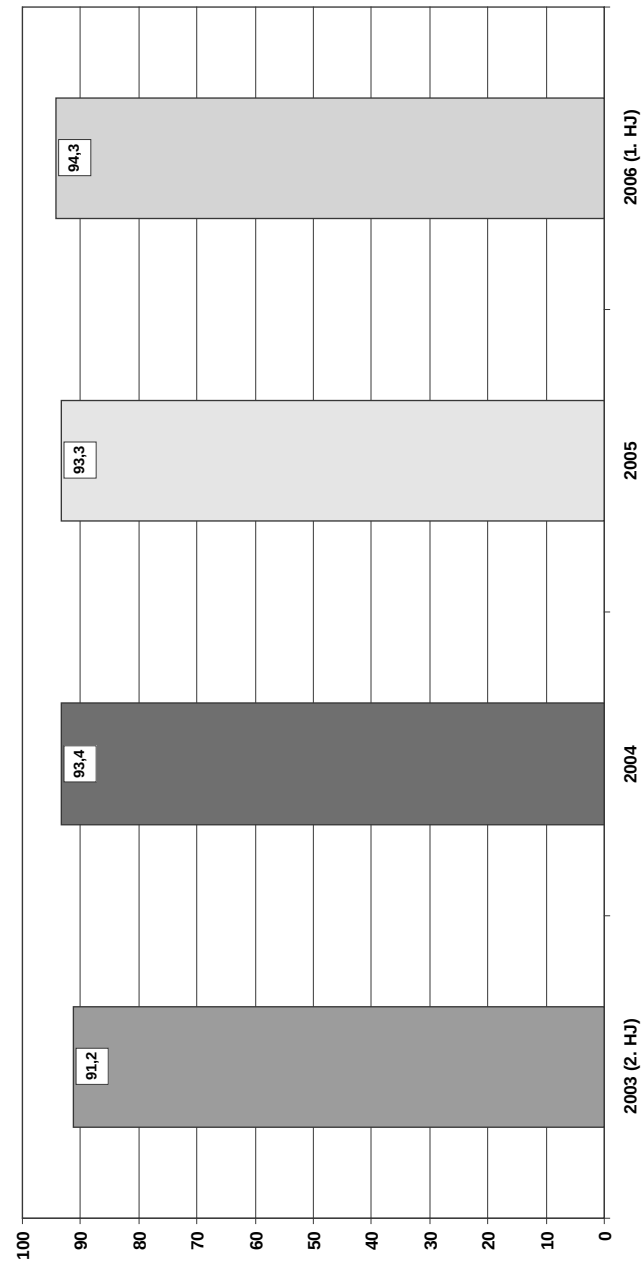


Abbildung 16: Ambulante Pflege – Pflegedokumentation und Pflegeprozess (Teil I) in v. H.

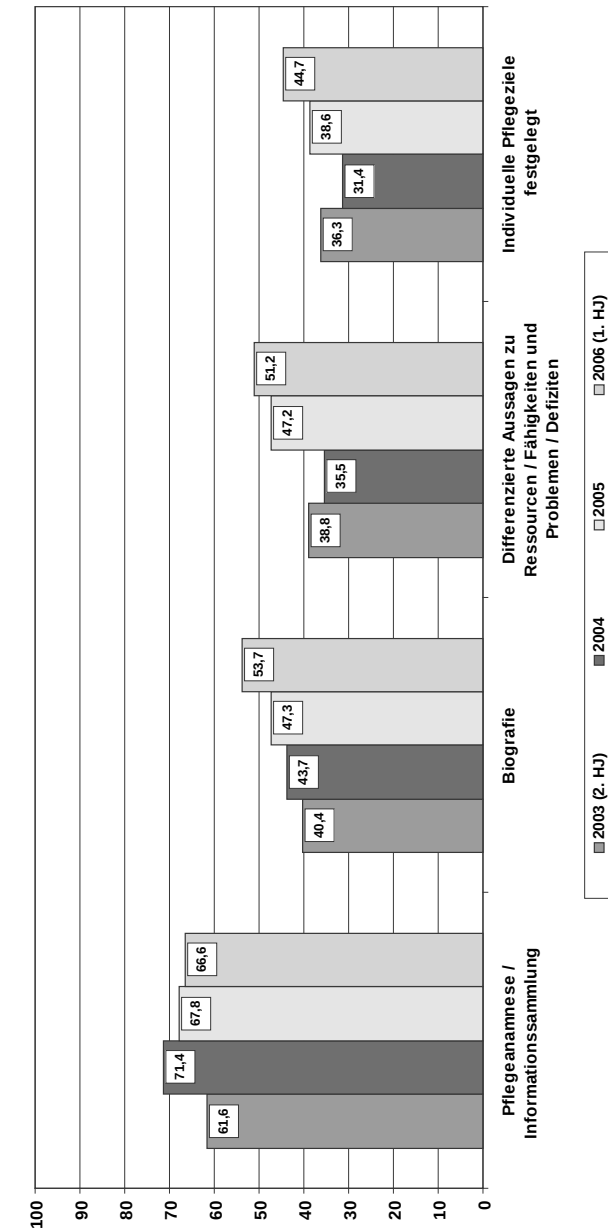


Abbildung 17: Ambulante Pflege –
Plegedokumentation und Pflegeprozess (Teil II) in v. H.

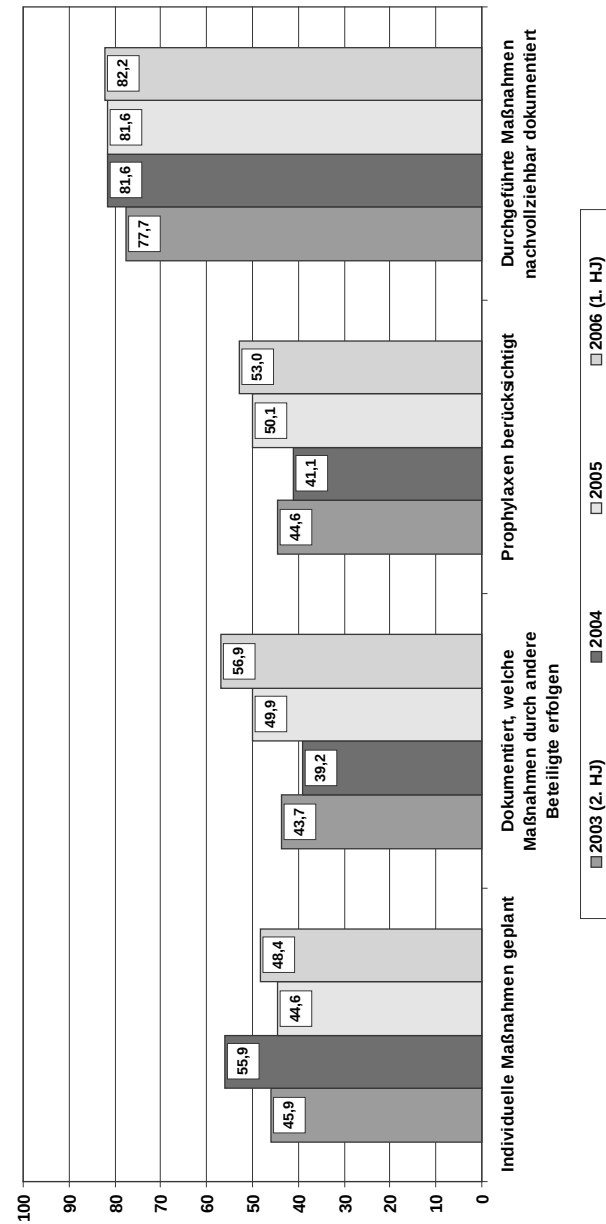


Abbildung 18: Ambulante Pflege –
Plegedokumentation und Pflegeprozess (Teil III) in v. H.

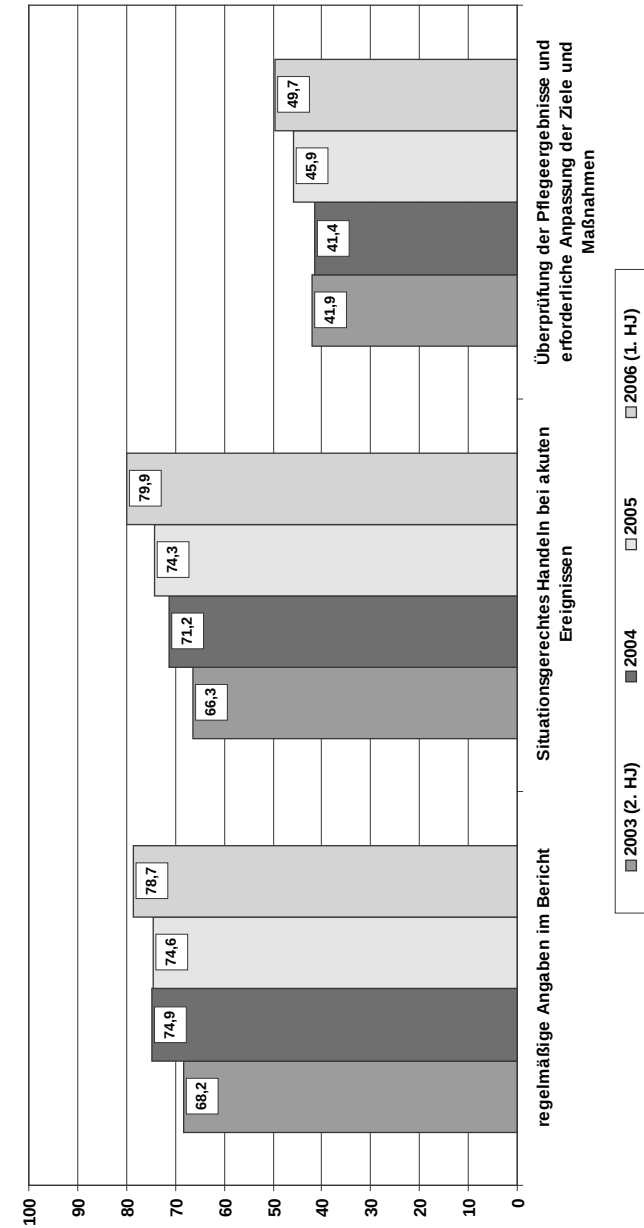


Abbildung 19: Ambulante Pflege – Prozess-/Ergebnisqualität in v. H.

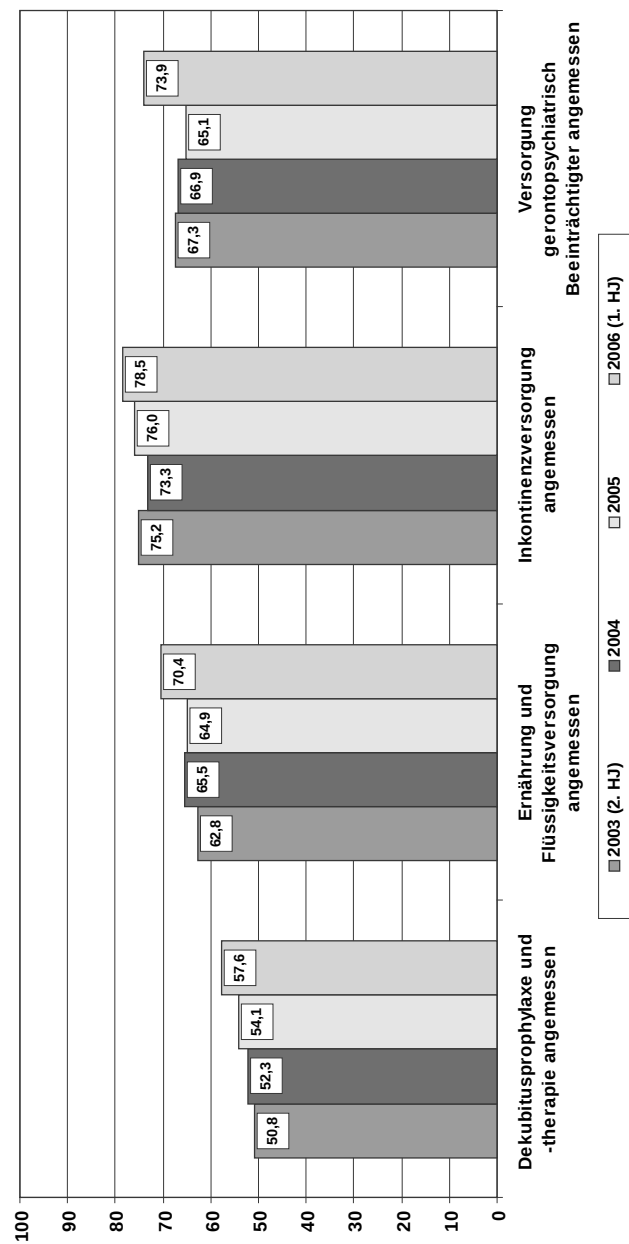


Abbildung 20: Ambulante Pflege – Allgemeine Angaben in v. H.

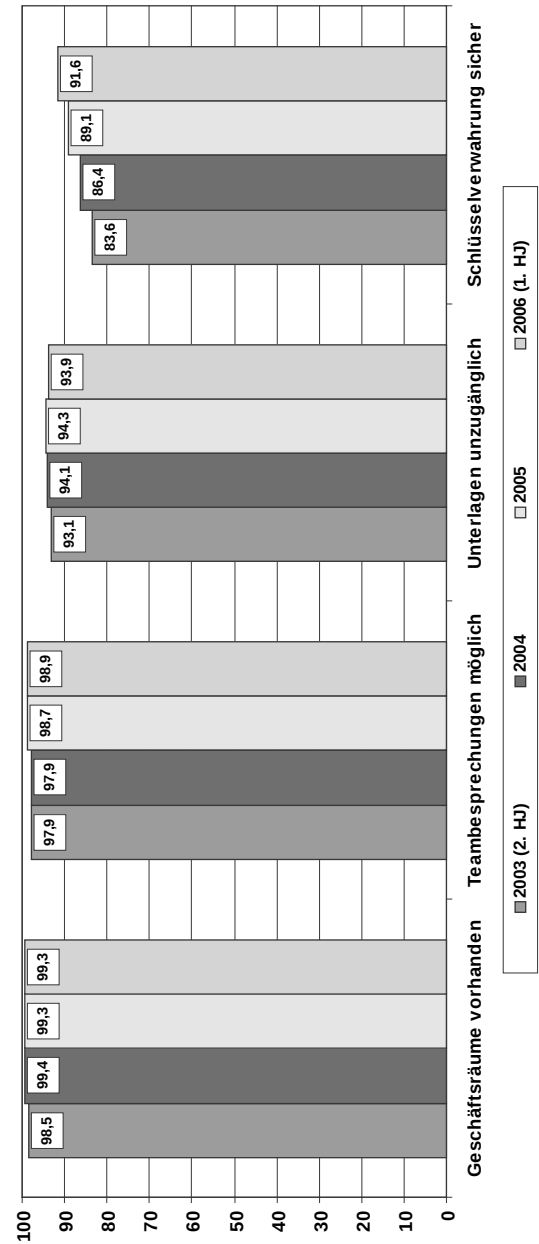


Abbildung 21: Ambulante Pflege – Pflege theoretische Grundlagen in v. H.

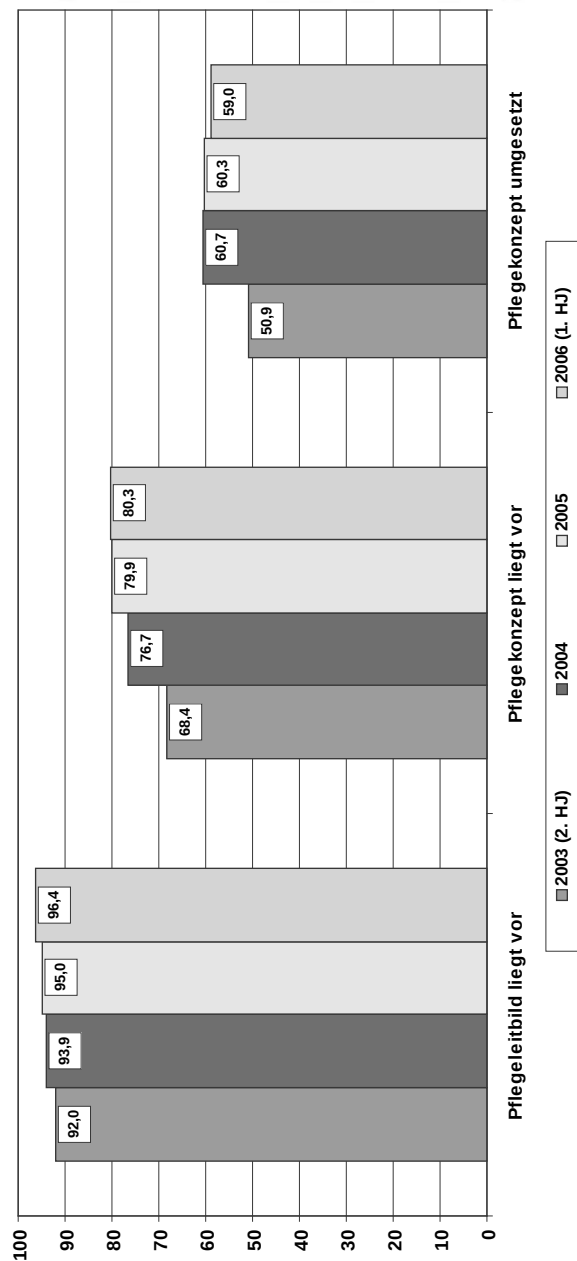


Abbildung 22: Ambulante Pflege – Aufbauorganisation Personal (Teil I) in v. H.

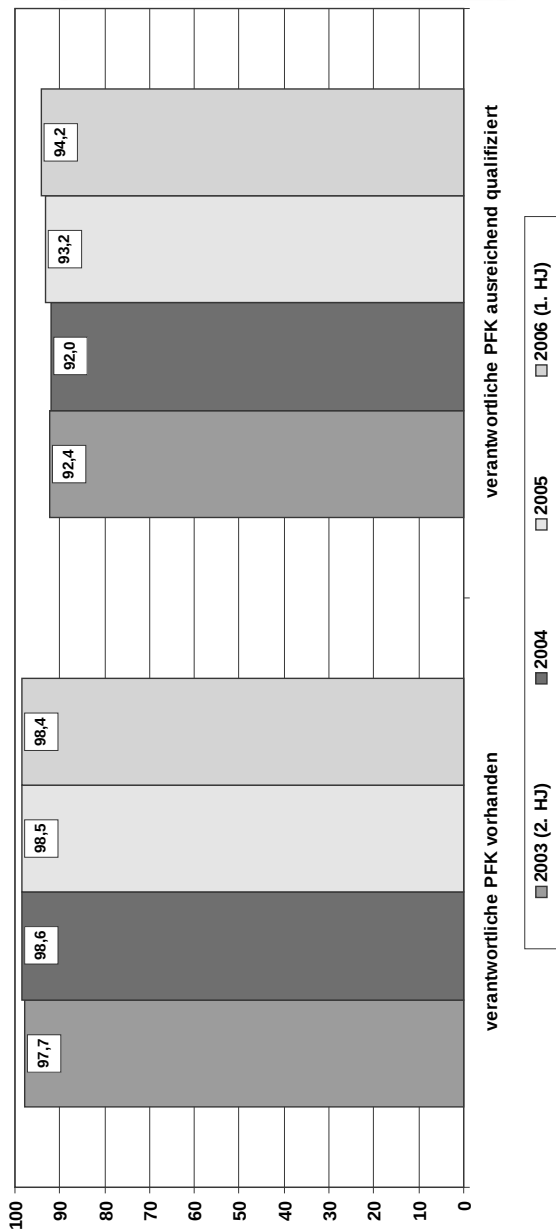


Abbildung 23: Ambulante Pflege –
Aufbauorganisation Personal (Teil II) in v. H.

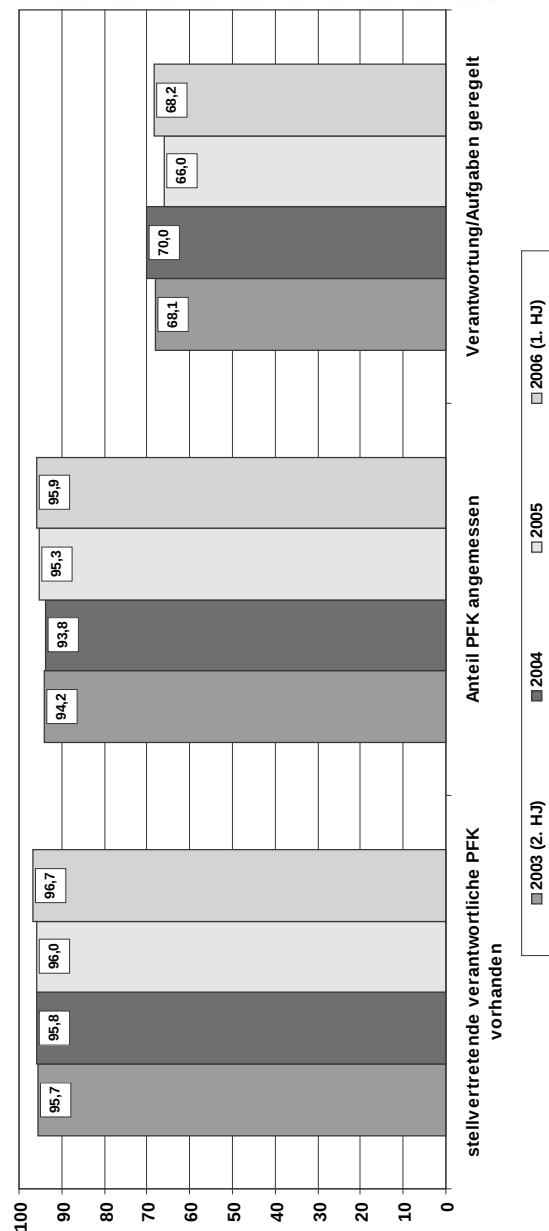


Abbildung 24: Ambulante Pflege –
Verantwortungswahrnehmung verantwortliche Pflegefachkraft in v. H.

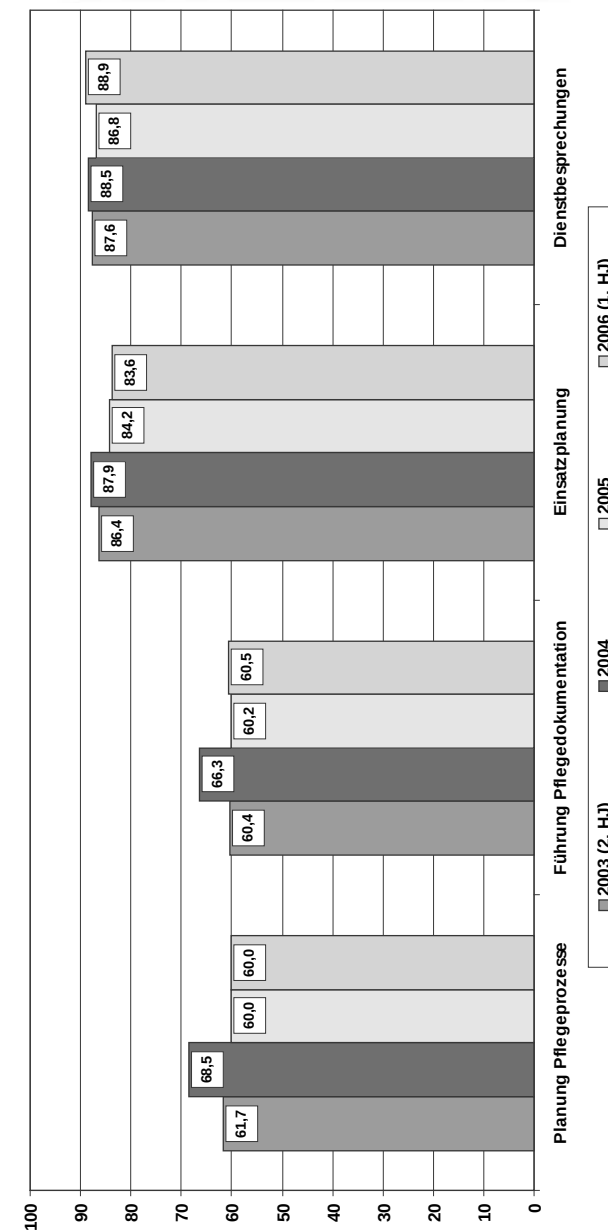


Abbildung 25: Ambulante Pflege – Ablauforganisation in v. H.

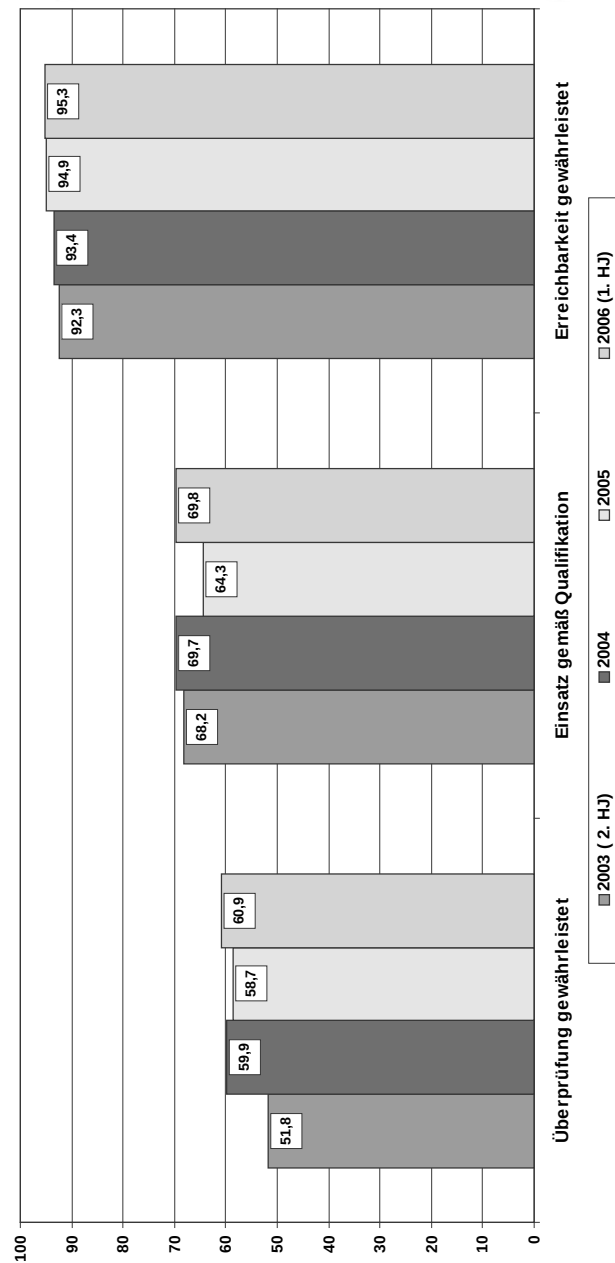


Abbildung 26: Ambulante Pflege – Qualitätsmanagement (Teil I) in v. H.

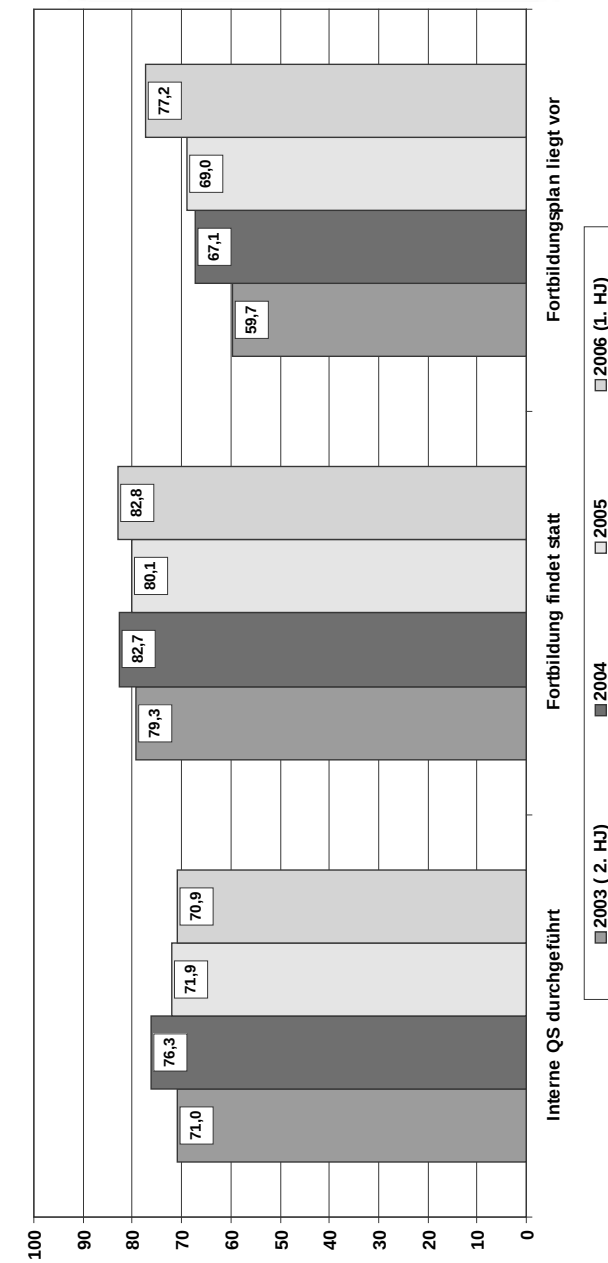


Abbildung 27: Ambulante Pflege – Qualitätsmanagement (Teil II) in v. H.

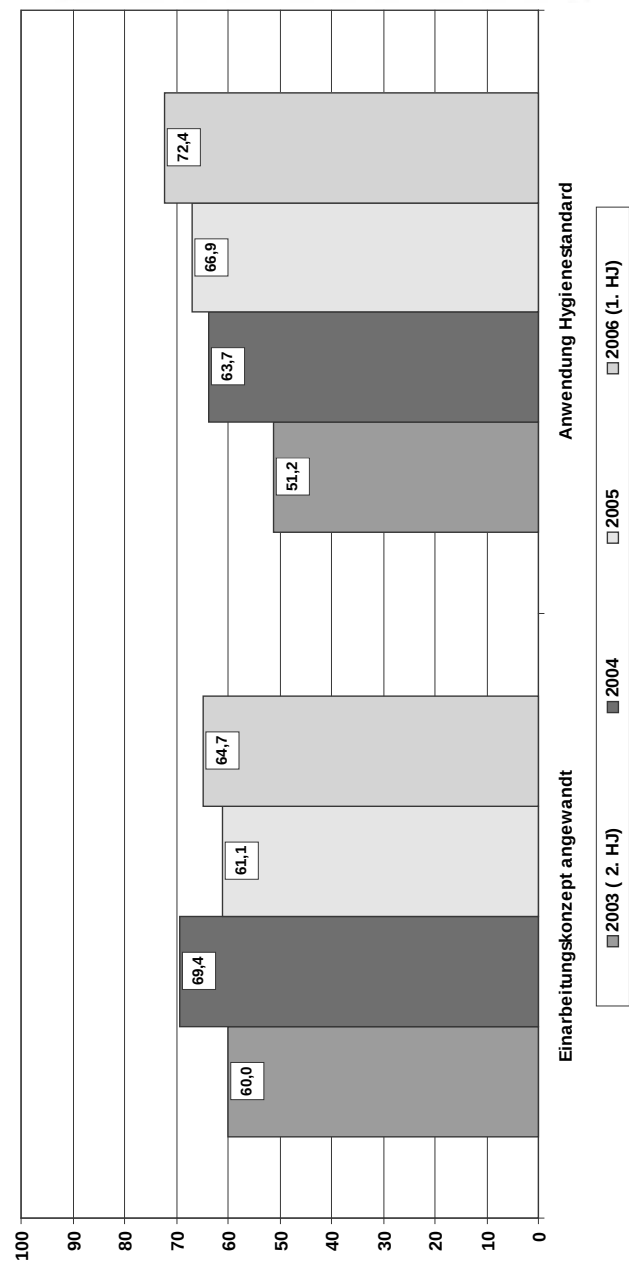


Abbildung 28: Ambulante Pflege – Pflegeeinsätze in v. H.

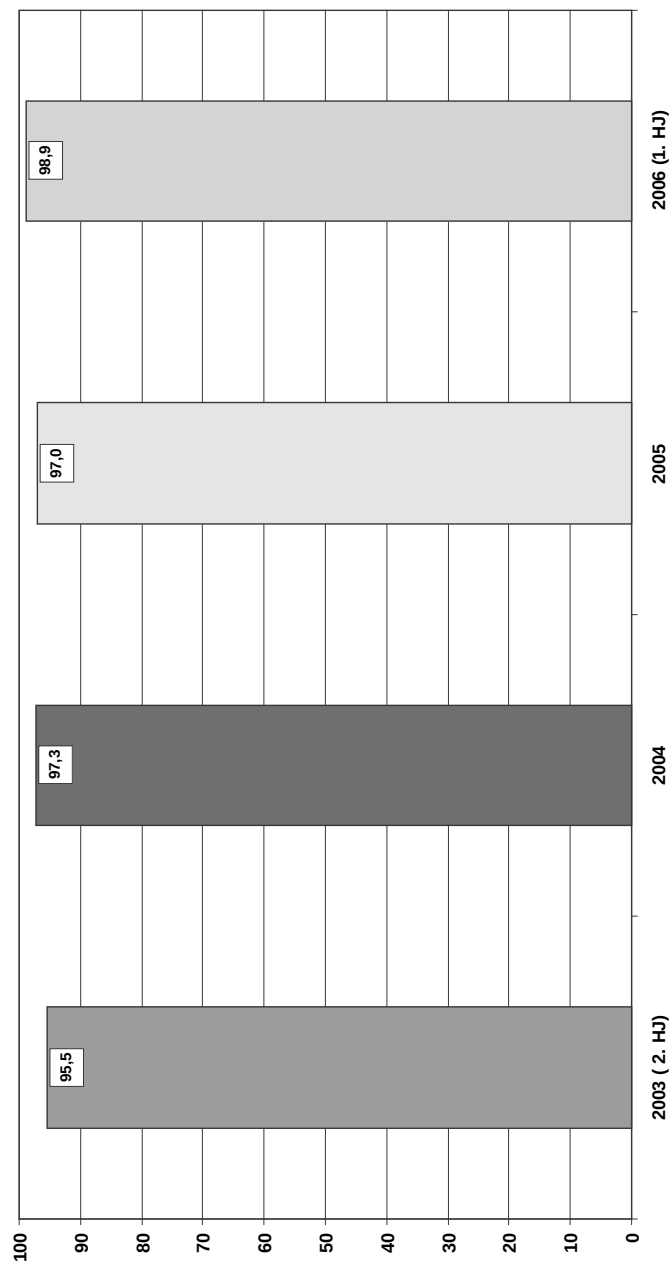
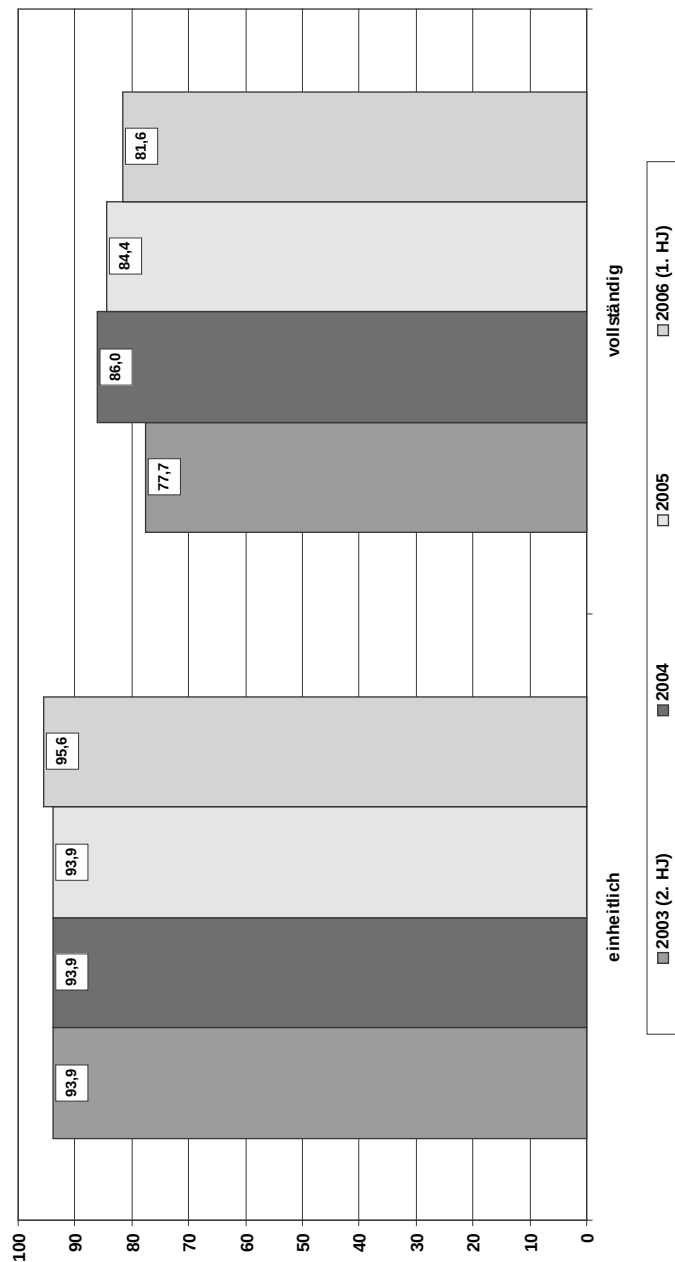


Abbildung 29: Ambulante Pflege – Pflegedokumentationssystem in v. H.



Tabellen – Stationäre Pflege

Tabelle 25: Stationäre Pflege – Zufriedenheit

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Erwartungen berücksichtigt	92,3	93,4	95,5	95,6
Motivation zur aktivierenden Pflege	92,3	92,9	95,2	97,9
Körperpflege gemäß Wünschen	95,0	95,6	96,3	95,7
Abstand Mahlzeiten angemessen	89,8	93,7	94,7	94,5
ausreichend zuzahlungsfreie Getränke	91,2	96,7	96,1	97,2

Tabelle 26: Stationäre Pflege – Pflegezustand

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Pflegezustand angemessen	82,6	84,2	87,1	90,0

Tabelle 27: Stationäre Pflege – Freiheitseinschränkende Maßnahmen

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Gesetzeskonformer Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen	91,4	90,1	90,5	93,5

Tabelle 28: Stationäre Pflege – Pflegedokumentation und Pflegeprozess

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Pflegeanamnese/Informationssammlung	71,9	76,1	76,8	75,4
Biografie	62,1	67,3	68,1	73,3
Differenzierte Aussagen zu Ressourcen/Fähigkeiten und Problemen/Defiziten	51,3	51,1	53,9	59,4
Individuelle Pflegeziele festgelegt	45,1	42,4	42,1	48,4
Individuelle Maßnahmen geplant	50,7	50,7	51,4	56,8
Prophylaxen berücksichtigt	54,3	57,7	60,0	65,7
Durchgeführte Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert	78,7	80,2	84,1	85,9
Regelmäßige Angaben im Bericht	77,8	81,5	85,3	89,4
Situationsgerechtes Handeln bei akuten Ereignissen	72,3	78,3	83,2	85,8
Überprüfung der Pflegeergebnisse und erforderliche Anpassung der Ziele und Maßnahmen	49,5	54,8	57,2	63,5

Tabelle 29: Stationäre Pflege – Prozess-/Ergebnisqualität

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Dekubitusprophylaxe und -therapie angemessen	56,9	58,4	59,0	64,5
Ernährung und Flüssigkeitsversorgung angemessen	59,0	63,7	63,7	65,6
Inkontinenzversorgung angemessen	79,9	80,9	81,1	84,5
Versorgung gerontopsychiatrisch Beeinträchtigter angemessen	69,6	68,1	64,3	69,7

Tabelle 30: Stationäre Pflege – Behandlungspflege und Umgang mit Medikamenten

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Delegation Behandlungspflege festgehalten	76,7	80,2	81,7	86,5
Medikamente dokumentiert	87,5	89,0	88,8	94,1
Bedarfsmedikation festgelegt	78,2	79,5	81,1	86,1
Medikamente anhand Dokumentation gerichtet	83,4	88,0	88,4	92,2

Tabelle 31: Stationäre Pflege – Allgemeine Angaben

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Alle Kriterien räumliche Ausstattung erfüllt	63,6	66,3	73,2	81,3

Tabelle 32: Stationäre Pflege – Pflege theoretische Grundlagen

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Pflegeleitbild liegt vor	93,6	95,6	96,6	97,5
Pflegekonzept liegt vor	83,1	84,3	89,6	90,9
Pflegekonzept umgesetzt	58,0	61,1	65,6	75,6

Tabelle 33: Stationäre Pflege – Aufbauorganisation Personal

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
verantwortliche PFK vorhanden	98,5	97,6	98,7	99,3
verantwortliche PFK ausreichend qualifiziert	91,0	92,5	95,0	96,3
stellvertretende verantwortliche PFK vorhanden	93,4	92,7	94,5	95,7
Personalanzahl ausreichend	81,7	86,6	89,0	91,5
Anteil PFK angemessen	83,4	88,0	91,4	94,6
Verantwortung/Aufgaben geregelt	64,0	64,3	67,1	70,8

Tabelle 34: Stationäre Pflege – Verantwortungswahrnehmung verantwortliche Pflegefachkraft

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Planung Pflegeprozesse	62,7	65,4	64,5	74,8
Führung Pflegedokumentation	62,7	64,6	66,2	74,4
Dienstplanung	79,8	81,7	84,7	90,3
Dienstbesprechungen	88,1	87,0	89,3	92,8

Tabelle 35: Stationäre Pflege – Ablauforganisation

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Überprüfung gewährleistet	54,1	61,3	64,1	65,9
Einsatz gemäß Qualifikation	68,7	72,9	76,0	76,6
Nächtliche Versorgung angemessen	83,6	83,6	86,6	90,7
Versorgung Wochenende angemessen	81,1	81,4	85,7	90,0

Tabelle 36: Stationäre Pflege – Qualitätsmanagement

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Interne QS durchgeführt	75,7	78,8	80,5	89,6
Fortbildung findet statt	85,0	89,2	92,2	95,3
Fortbildungsplan liegt vor	68,9	80,2	85,3	90,4
Einarbeitungskonzept angewandt	63,4	71,2	73,3	82,7
Anwendung Hygienestandard	65,6	73,7	75,7	85,1

Tabelle 37: Stationäre Pflege – Soziale Betreuung

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Leistungen angeboten	92,7	92,1	95,0	96,1
Durchführung dokumentiert	63,2	65,0	65,6	69,4
Zur Kenntnis gebracht	87,7	86,3	89,3	92,4
Auf Bewohnerstruktur ausgerichtet	66,7	63,1	64,1	70,2

Tabelle 38: Stationäre Pflege – Pflegedokumentationssystem

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
einheitlich	97,1	96,7	97,0	97,8
vollständig	89,3	91,9	92,8	96,2

Abbildungen – Stationäre Pflege

Abbildung 30: Stationäre Pflege – Zufriedenheit (Teil I) in v. H.

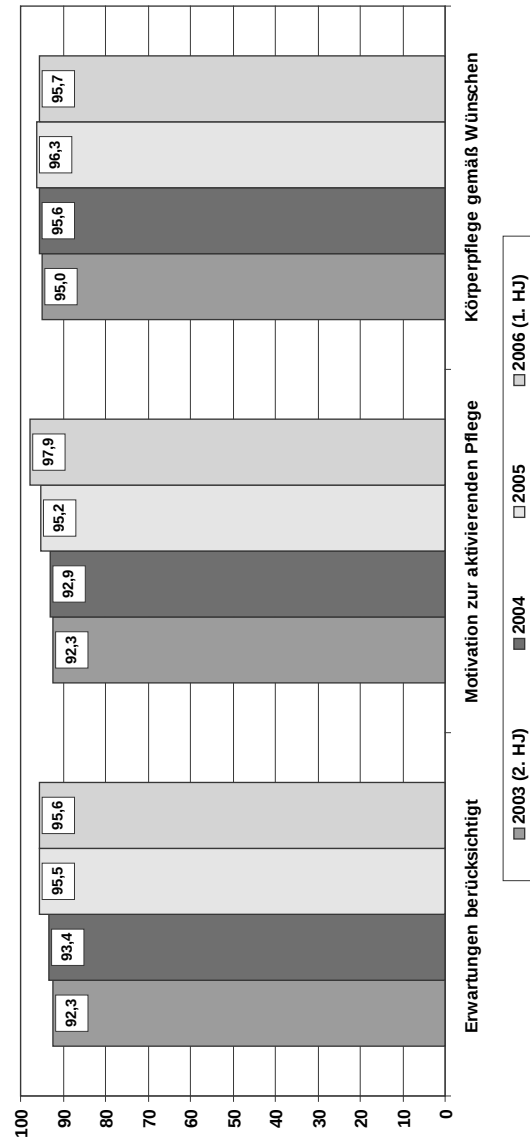


Abbildung 31: Stationäre Pflege – Zufriedenheit (Teil II) in v. H.

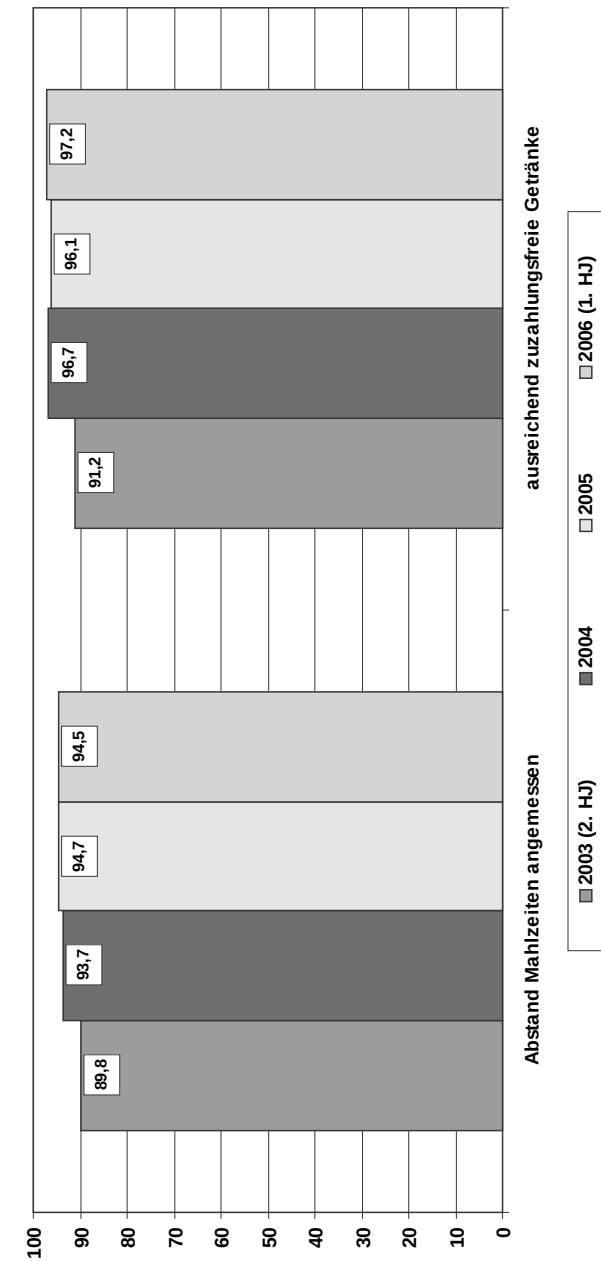


Abbildung 32: Stationäre Pflege – Pflegezustand in v. H.

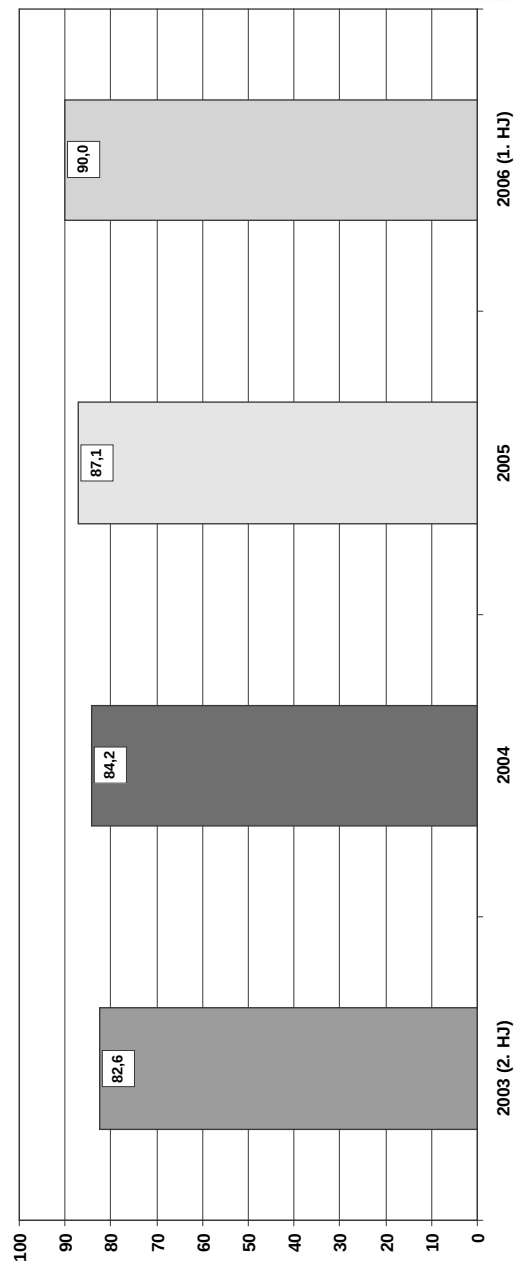


Abbildung 33: Stationäre Pflege – Gesetzeskonformer Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen in v. H.

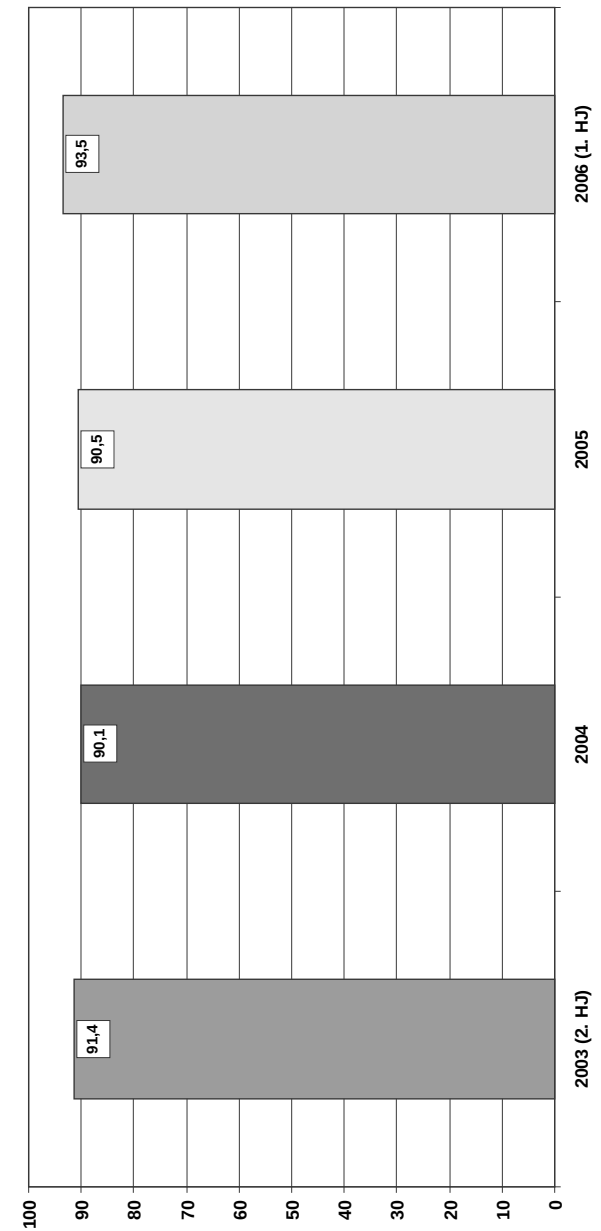


Abbildung 34: Stationäre Pflege –
Pflegedokumentation und Pflegeprozess (Teil I) in v. H.

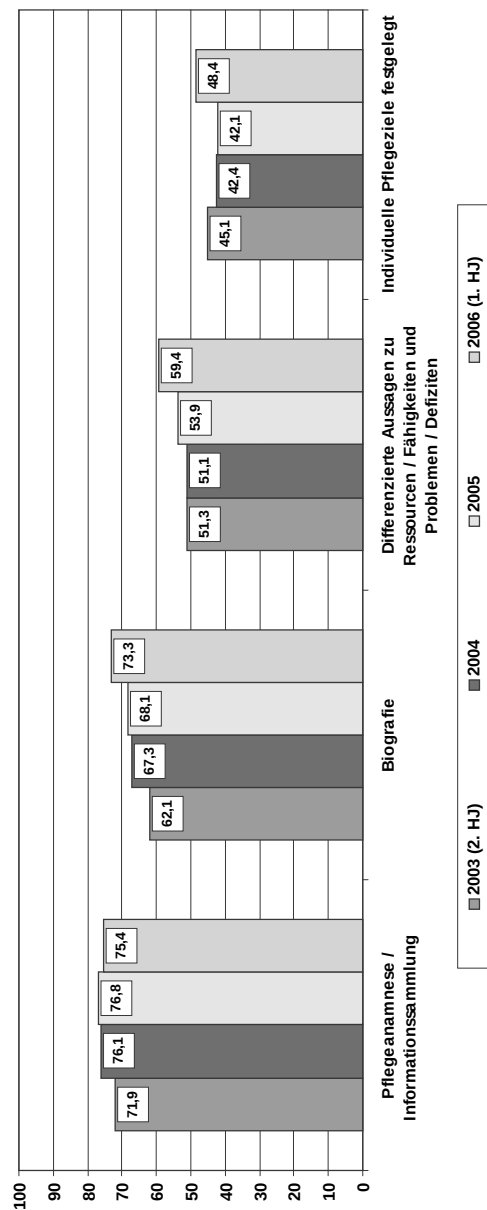


Abbildung 35: Stationäre Pflege –
Pflegedokumentation und Pflegeprozess (Teil II) in v. H.

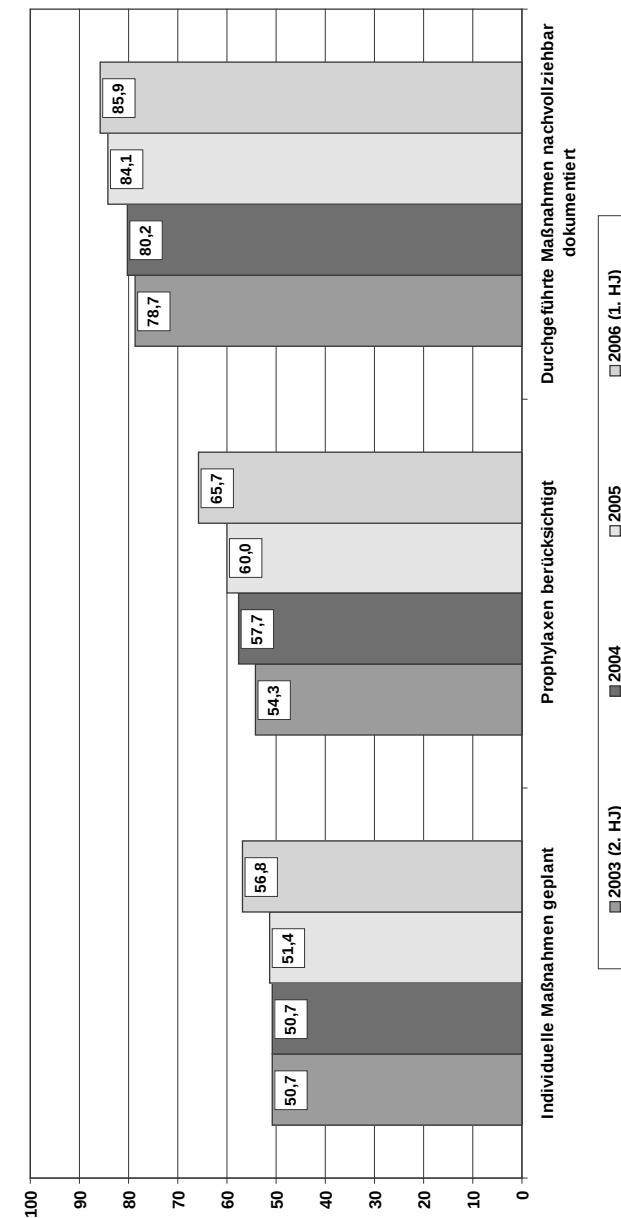


Abbildung 36: Stationäre Pflege –
Pflegedokumentation und Pflegeprozess (Teil III) in v. H.

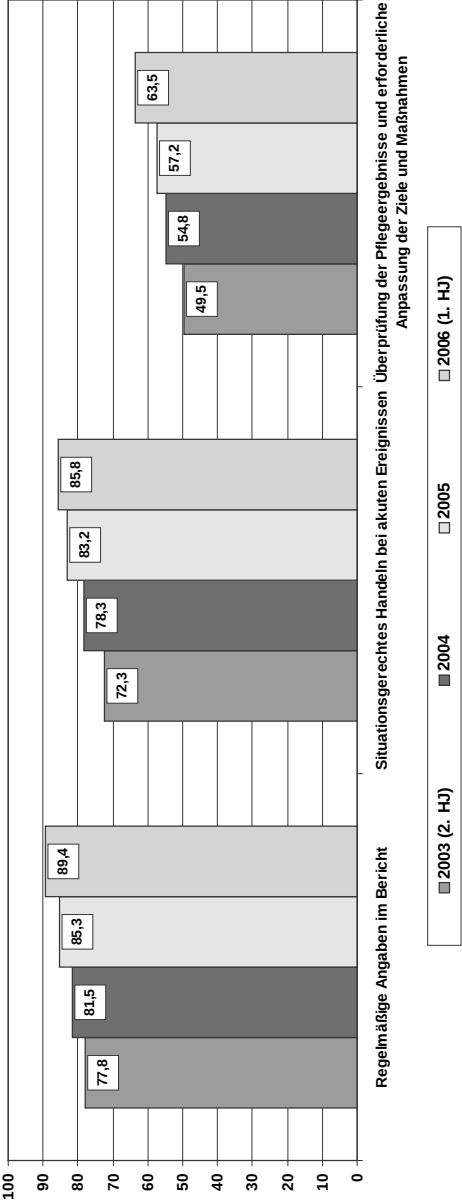


Abbildung 37: Stationäre Pflege – Prozess-/Ergebnisqualität in v. H.

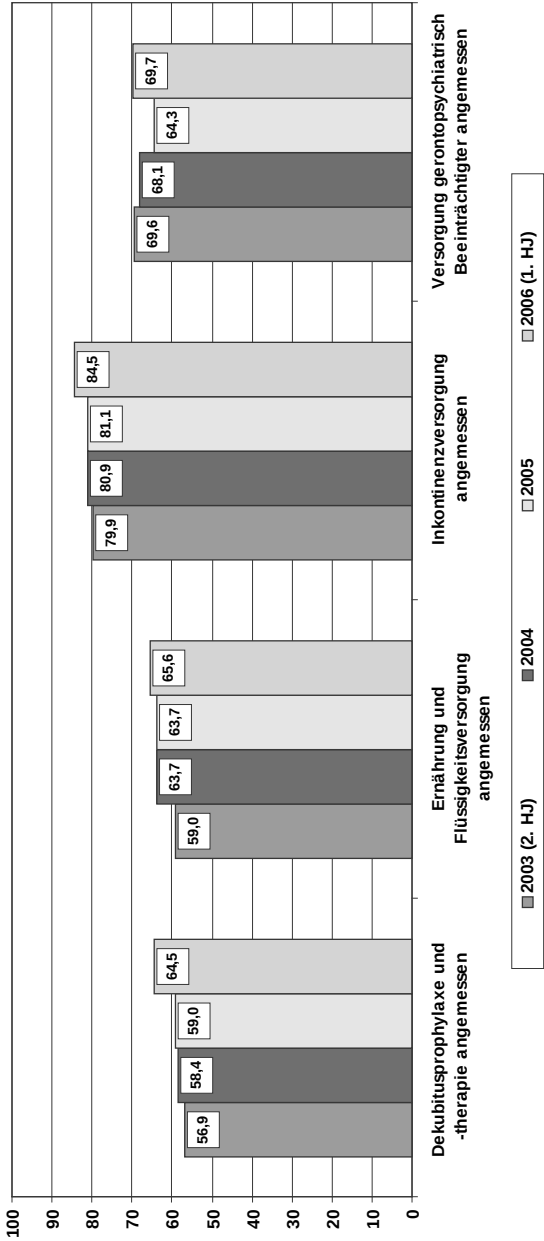


Abbildung 38: Stationäre Pflege –
Behandlungspflege und Umgang mit Medikamenten in v. H.

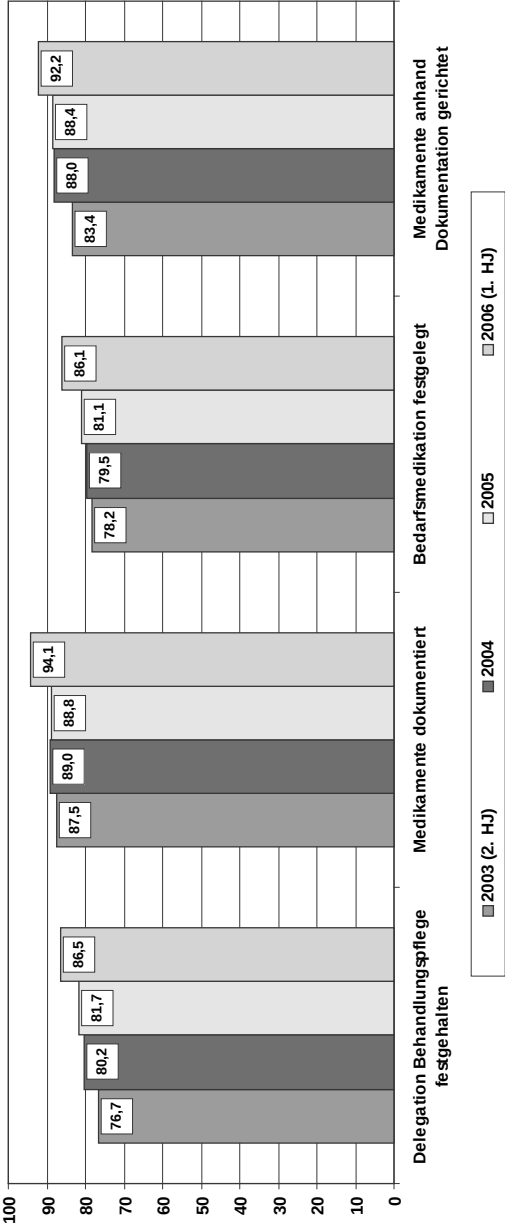


Abbildung 39: Stationäre Pflege – Allgemeine Angaben in v. H.

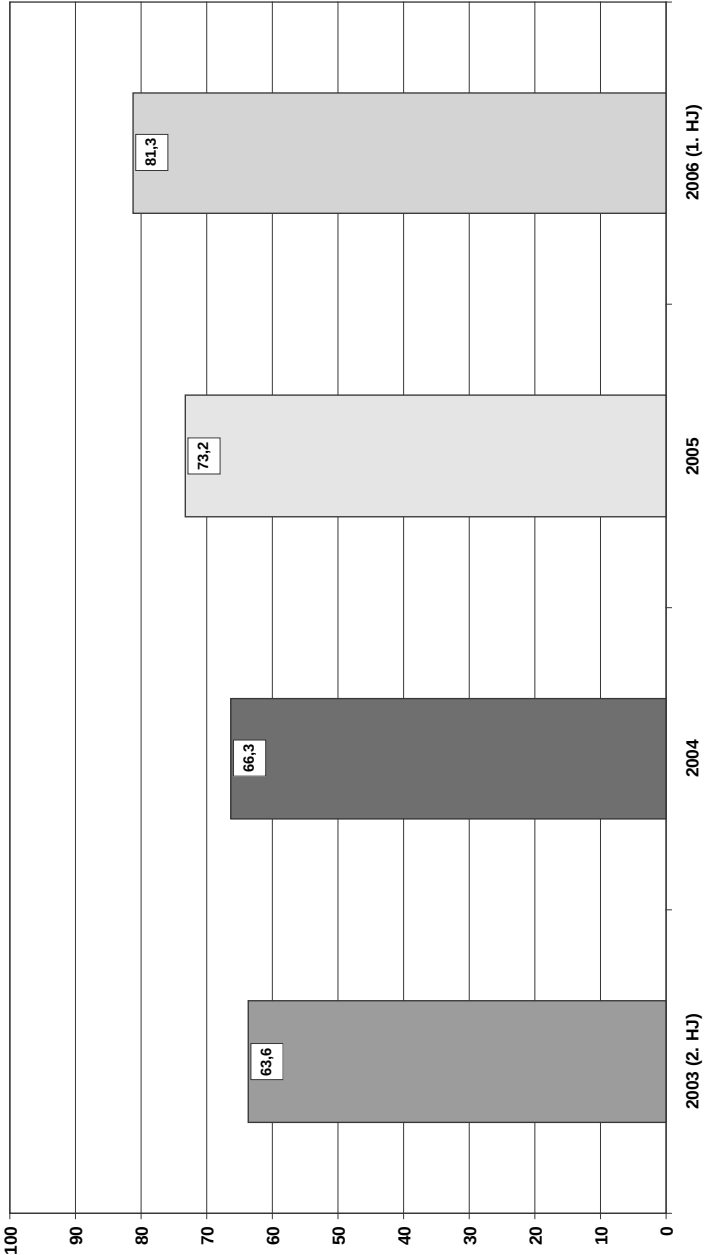


Abbildung 40: Stationäre Pflege – Pflege theoretische Grundlagen in v. H.

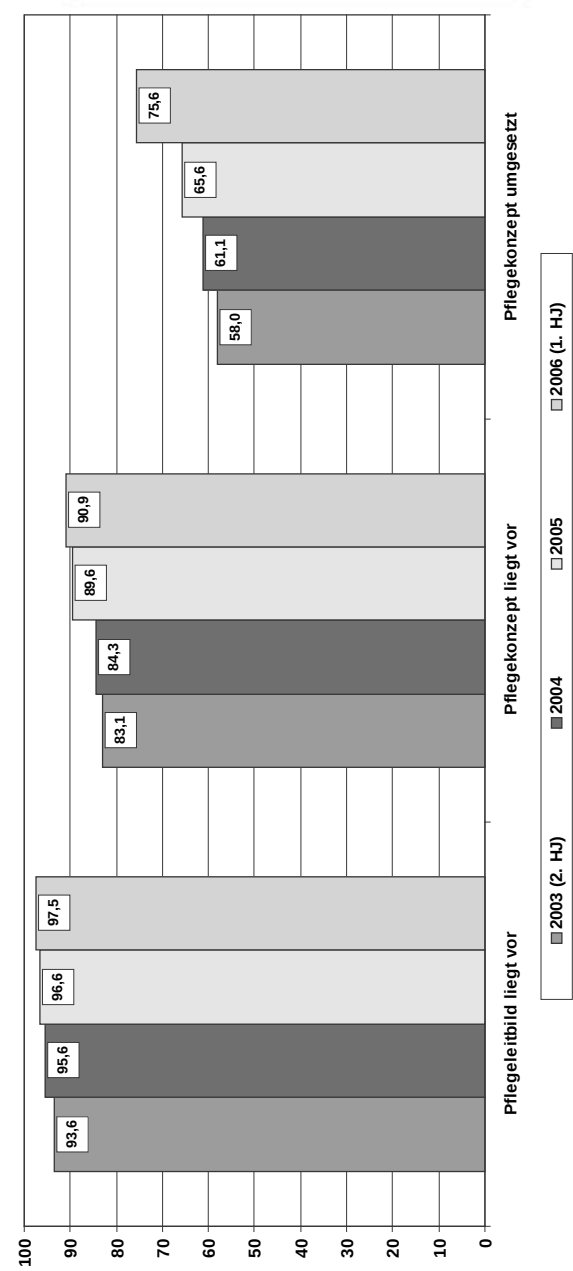


Abbildung 41: Stationäre Pflege – Aufbauorganisation Personal (Teil I) in v. H.

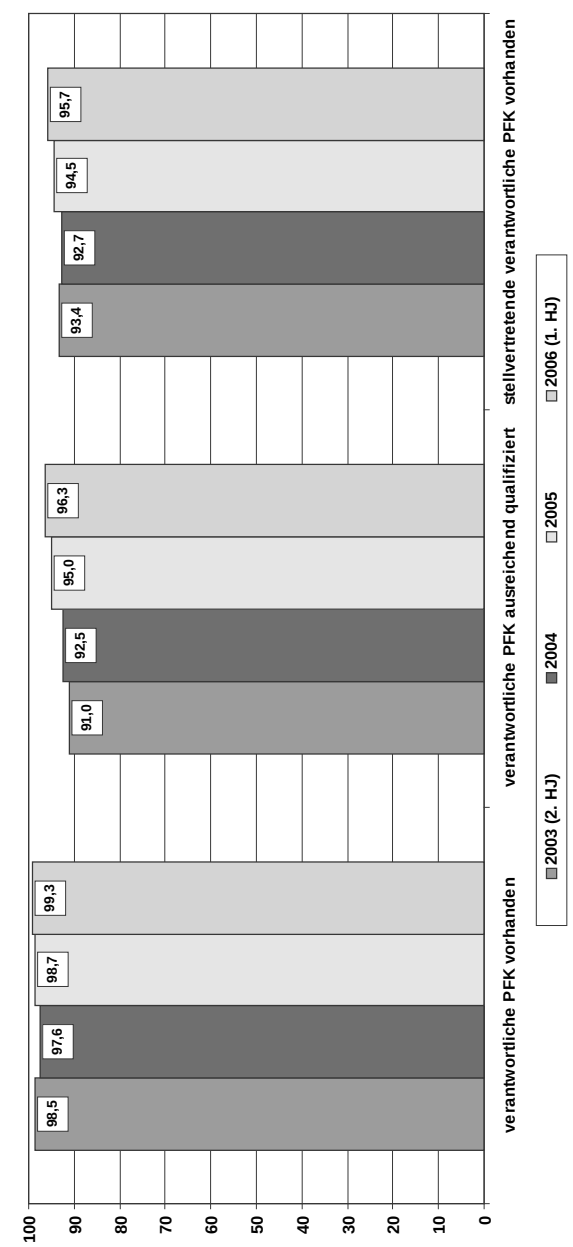


Abbildung 42: Stationäre Pflege – Aufbauorganisation Personal (Teil II) in v. H.

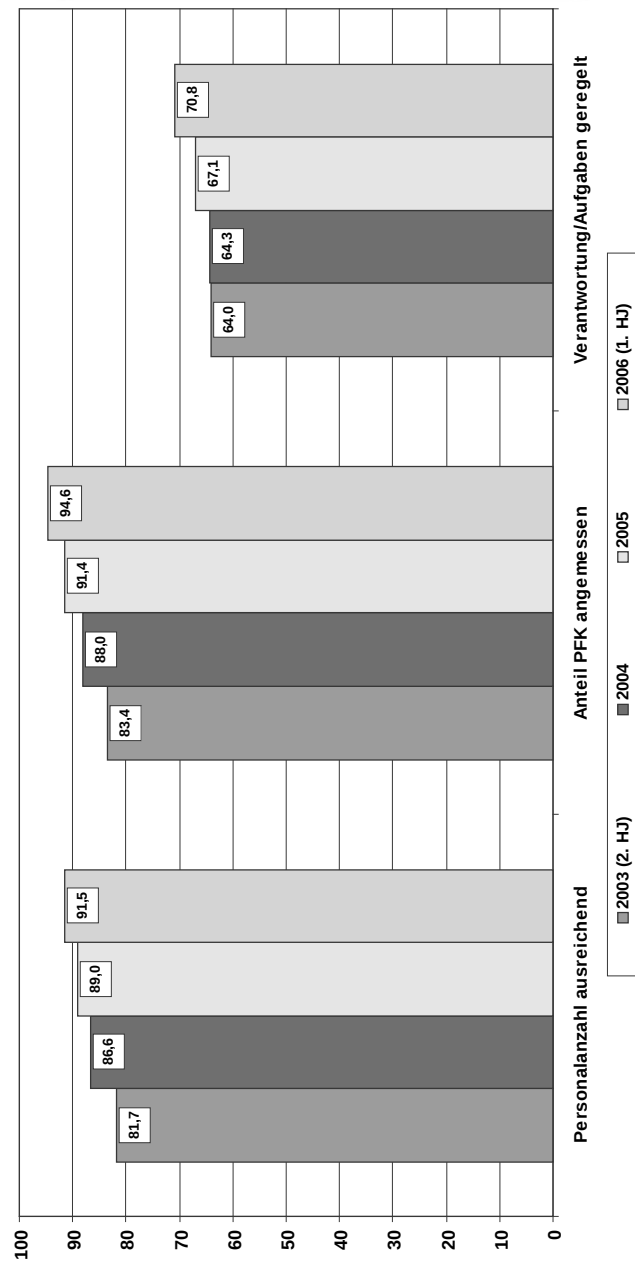


Abbildung 43: Stationäre Pflege – Verantwortungswahrnehmung verantwortliche Pflegefachkraft in v. H.

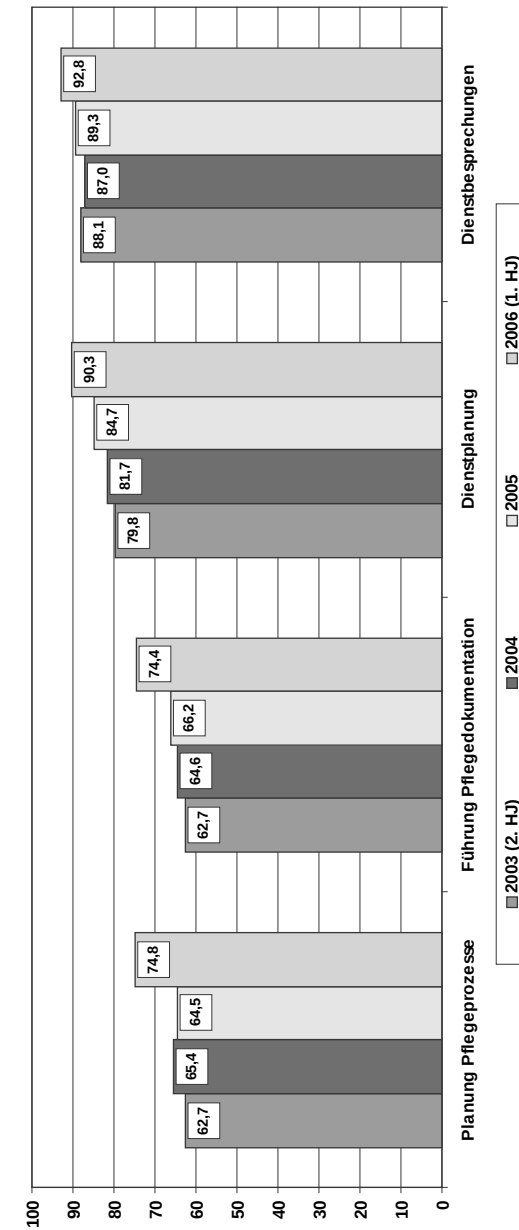


Abbildung 44: Stationäre Pflege – Ablauforganisation in v. H.

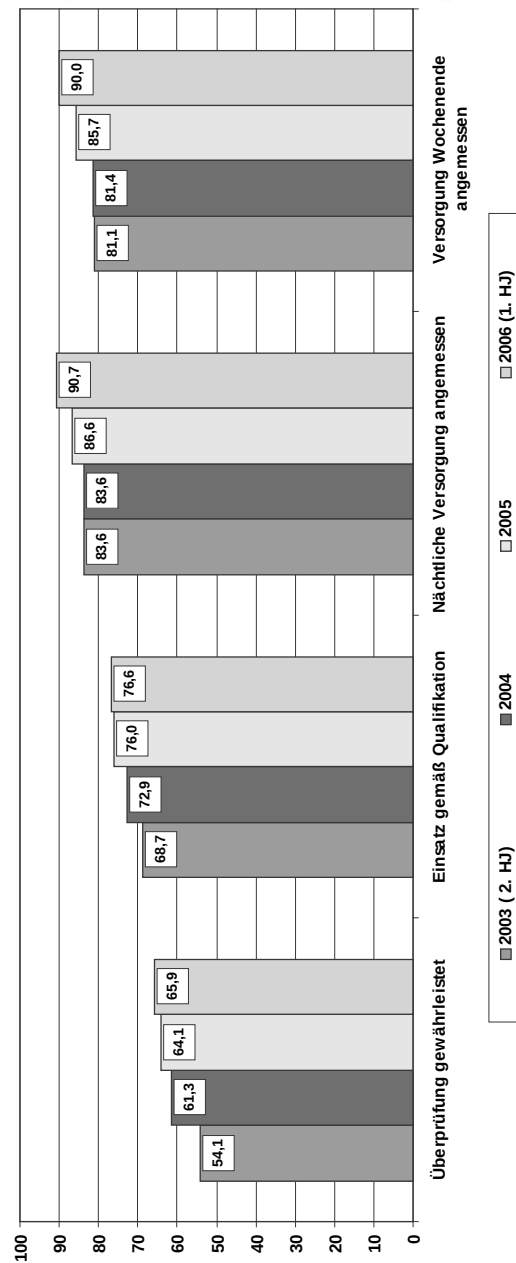


Abbildung 45: Stationäre Pflege – Qualitätsmanagement (Teil I) in v. H.

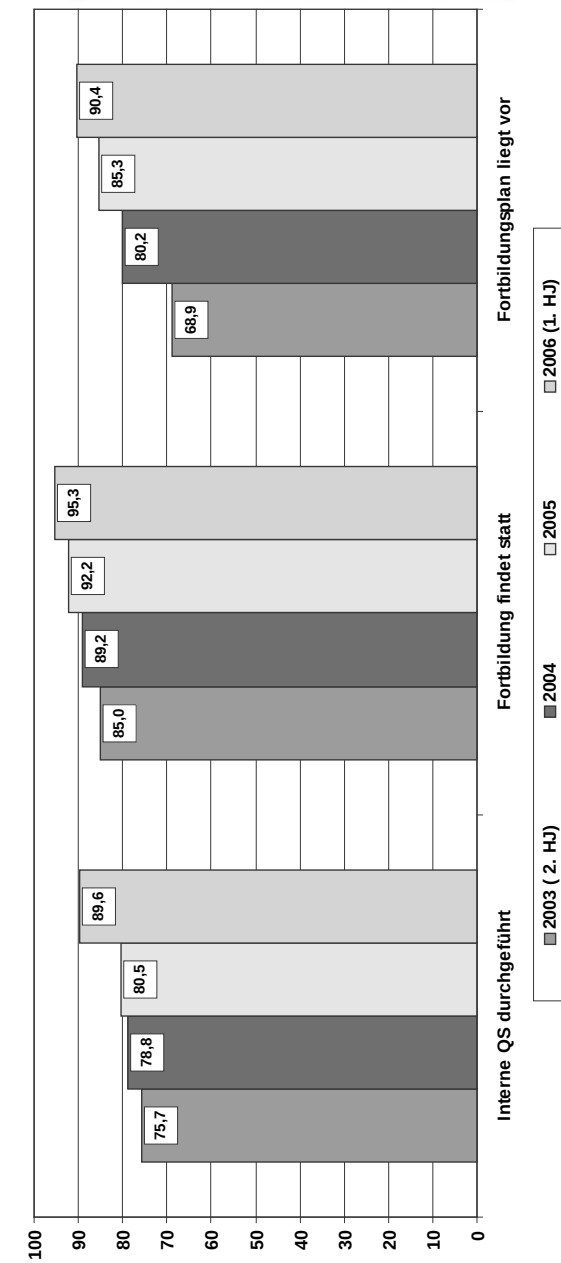


Abbildung 46: Stationäre Pflege – Qualitätsmanagement (Teil II) in v. H.

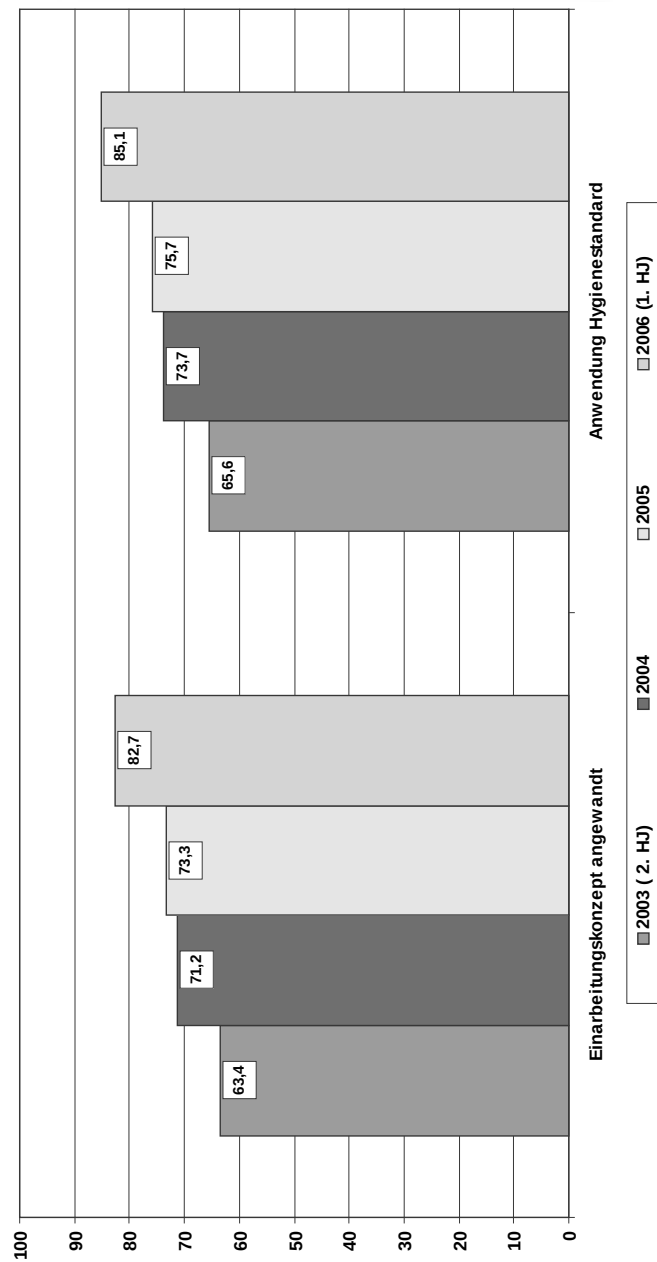


Abbildung 47: Stationäre Pflege – Soziale Betreuung in v. H.

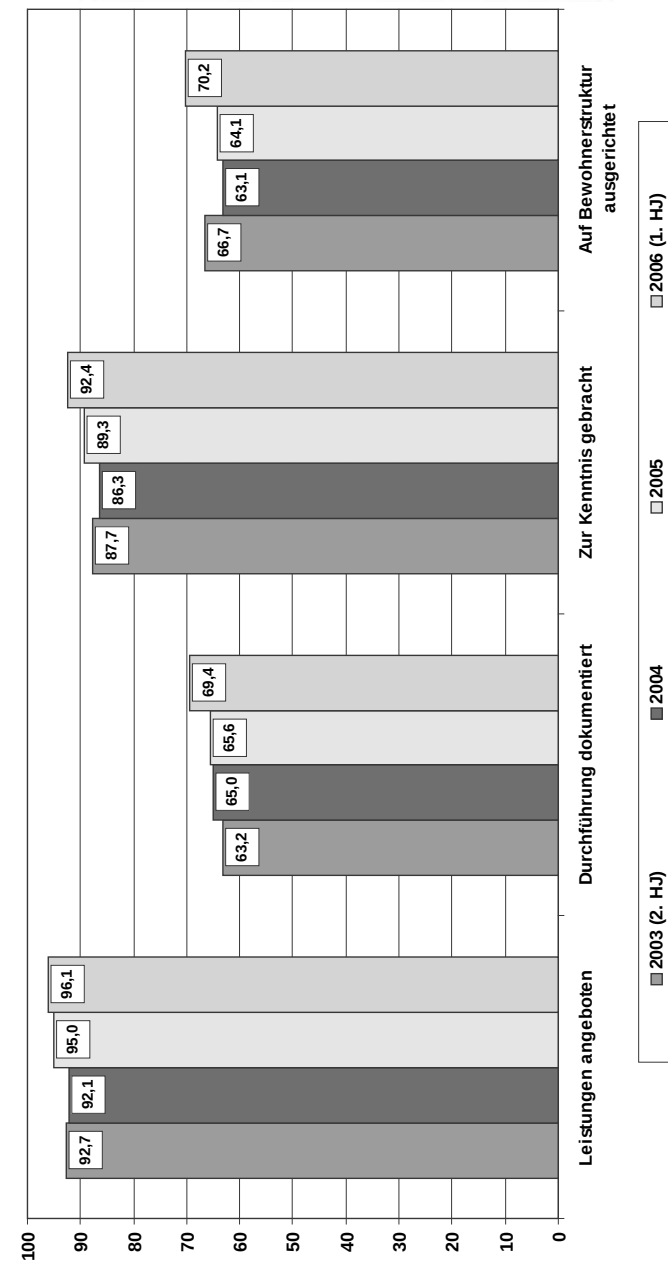
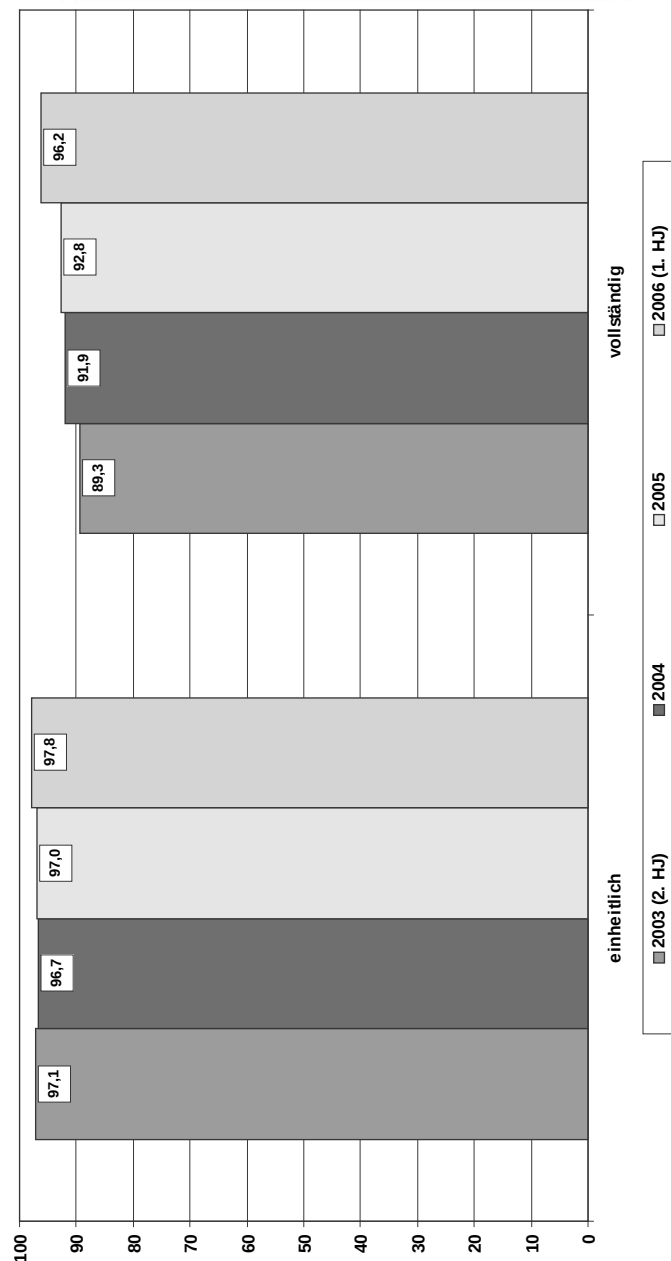


Abbildung 48: Stationäre Pflege – Pflegedokumentationssystem in v. H.



Tabellen – Schwerpunktthema 5.1

Tabelle 39: Einrichtungen mit zertifiziertem Qualitätsmanagement in v. H. 2004 - 1. HJ 2006

	zertifiziert			nicht zertifiziert
	gesamt	nach		
		DIN ISO	anderem System	
ambulant	3,8	2,1	1,7	96,2
stationär	5,4	3,7	1,7	94,6

Tabelle 40: Ambulante Pflege – Qualitätsprofil von Einrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement in v. H. 2004 - 1. HJ 2006

Erfüllte Qualitätsparameter	nicht zertifiziert	zertifiziert
Pflegeanamnese erstellt	68,8	78,4
Biographie berücksichtigt	46,9	52,1
Fähigkeiten/Defizite berücksichtigt	42,3	49,3
Individuelle Pflegeziele	36,2	38,8
Individuelle Pflegemaßnahmen	50,2	52,8
Prophylaxen berücksichtigt	46,5	48,4
Pflegeergebnisse überprüft u. angepasst	44,3	54,9
Interne QS durchgeführt	73,3	86,3
Dekubitusprophylaxe/-therapie angemessen	54,0	51,9
Ernährung, Flüssigkeitsversorgung angemessen	66,3	56,9
Inkontinenzversorgung angemessen	75,5	73,0
Gerontopsychiatrische Pflege angemessen	67,4	67,4
Pflegezustand angemessen	93,5	94,3

Tabelle 41: Stationäre Pflege – Qualitätsprofil von Einrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement in v. H. 2004 - 1. HJ 2006

Erfüllte Qualitätsparameter	nicht zertifiziert	zertifiziert
Pflegeanamnese erstellt	76,0	82,6
Biographie berücksichtigt	68,1	77,5
Fähigkeiten/Defizite berücksichtigt	53,6	55,0
Individuelle Pflegeziele	43,3	42,4
Individuelle Pflegemaßnahmen	51,7	56,1
Prophylaxen berücksichtigt	59,5	67,5
Pflegeergebnisse überprüft u. angepasst	56,8	63,4
Interne QS durchgeführt	80,3	94,7
Dekubitusprophylaxe/-therapie angemessen	59,4	64,3
Ernährung, Flüssigkeitsversorgung angemessen	64,0	64,6
Inkontinenzversorgung angemessen	81,8	79,2
Gerontopsychiatrische Pflege angemessen	66,6	68,6
Pflegezustand angemessen	86,3	88,6

Abbildungen – Schwerpunktthema 5.1

Abbildung 49: Einrichtungen mit zertifiziertem Qualitätsmanagement nach Prüffarten in v. H. 2004 - 1. HJ 2006

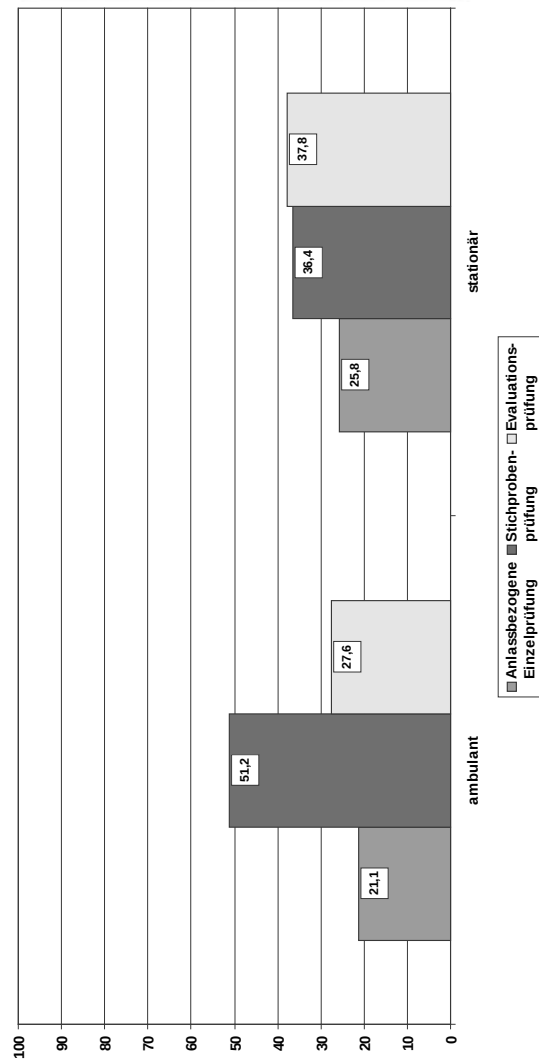


Abbildung 50: Ambulante Pflege – Qualitätsprofil Einrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement in v. H. 2004 - 1. HJ 2006

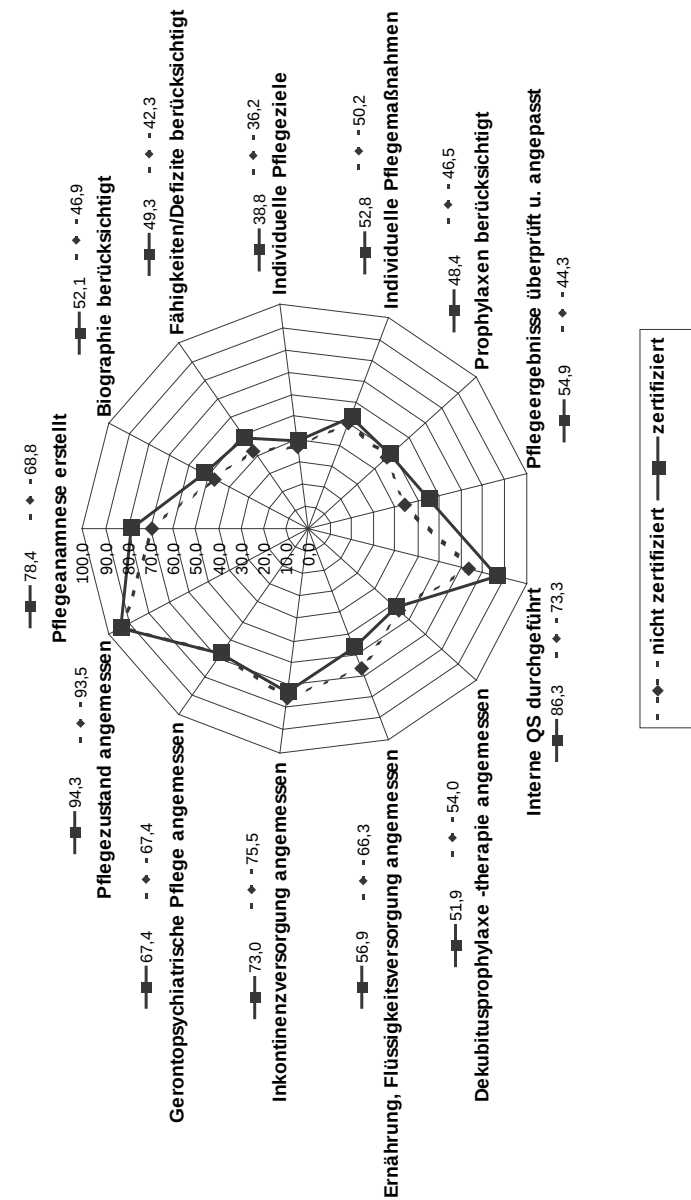
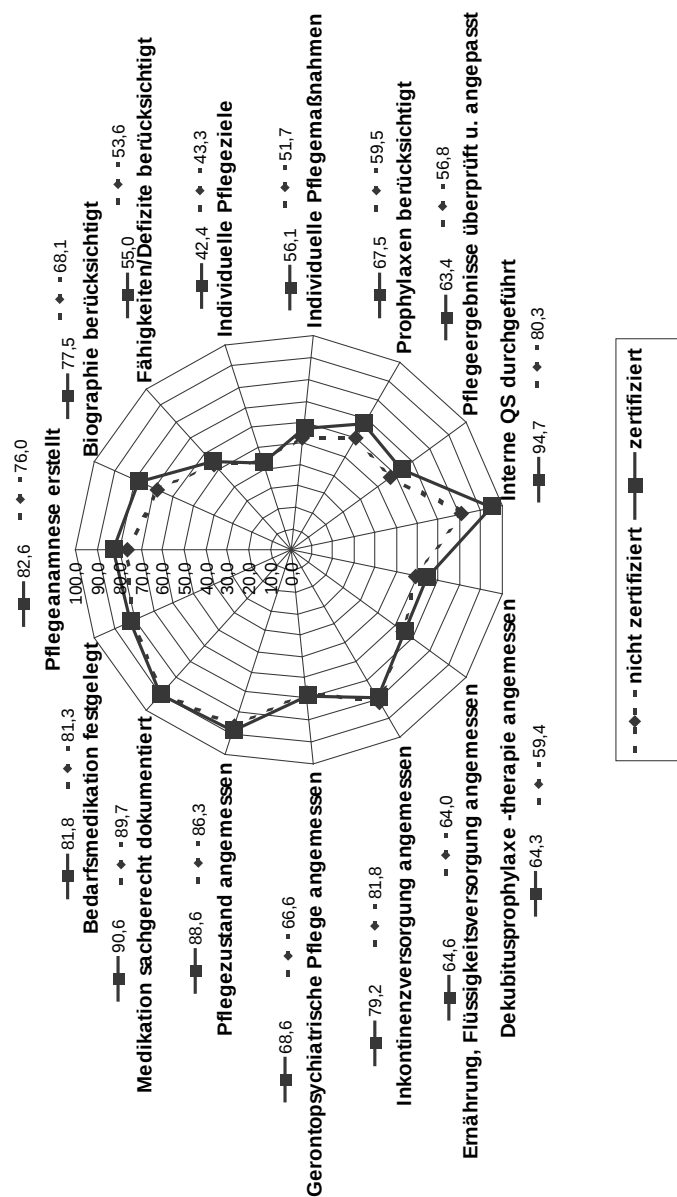


Abbildung 51: Stationäre Pflege – Qualitätsprofil Einrichtungen mit und ohne zertifiziertem Qualitätsmanagement in v. H. 2004 - 1. HJ 2006



Abbildungen – Schwerpunktthema 5.2

Abbildung 52: Wie haben Sie die durchgeführte Prüfung insgesamt erlebt?

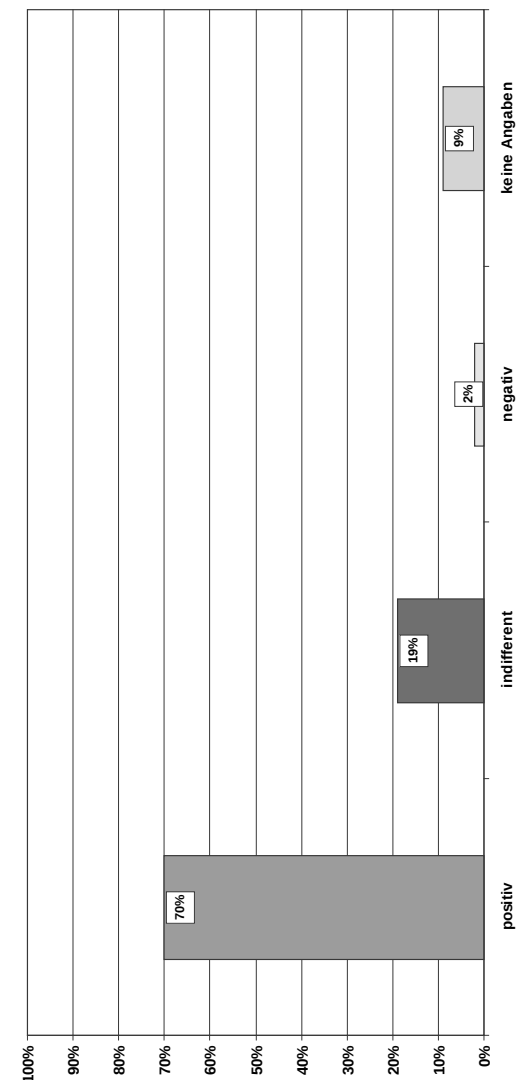


Abbildung 53: War die Prüfung angemeldet?

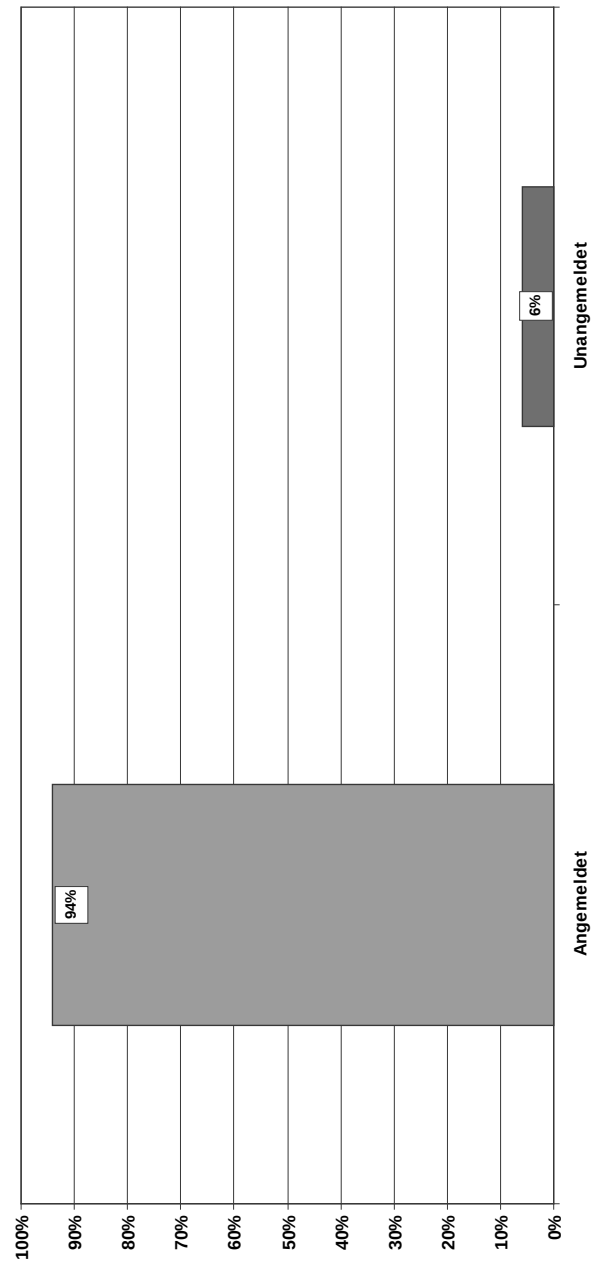


Abbildung 54: Das Einführungsgespräch war aus Ihrer Sicht ...

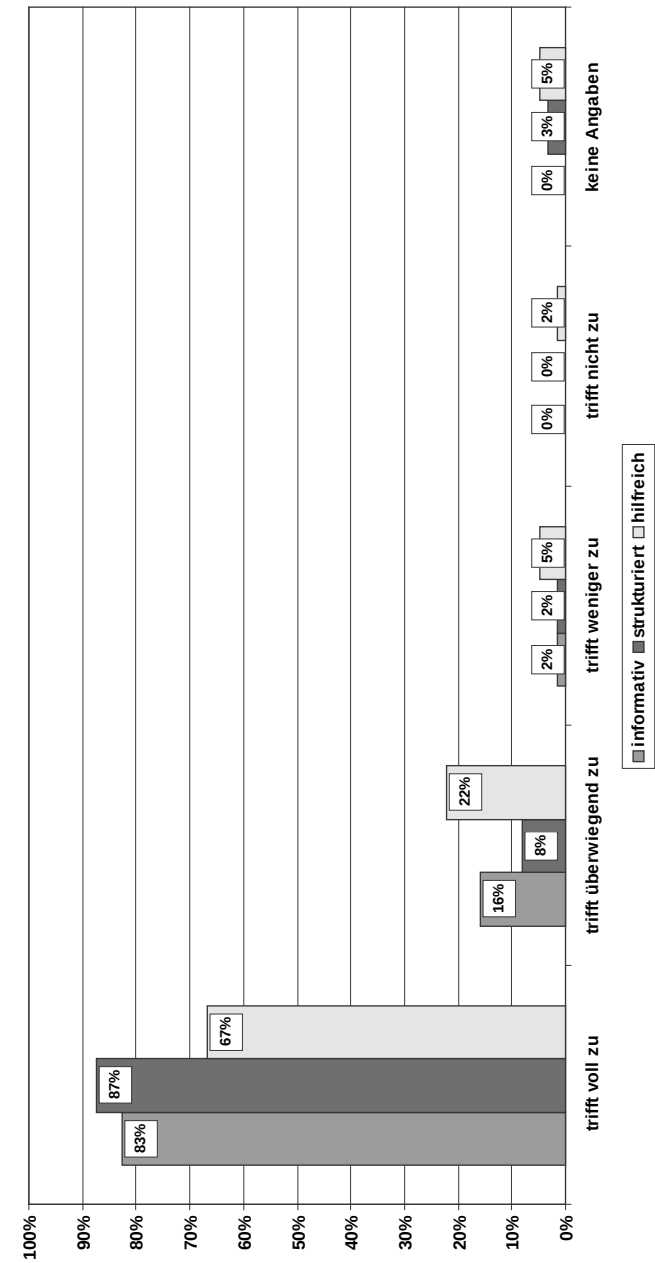


Abbildung 55: Der Prüfungsverlauf war aus Ihrer Sicht ...

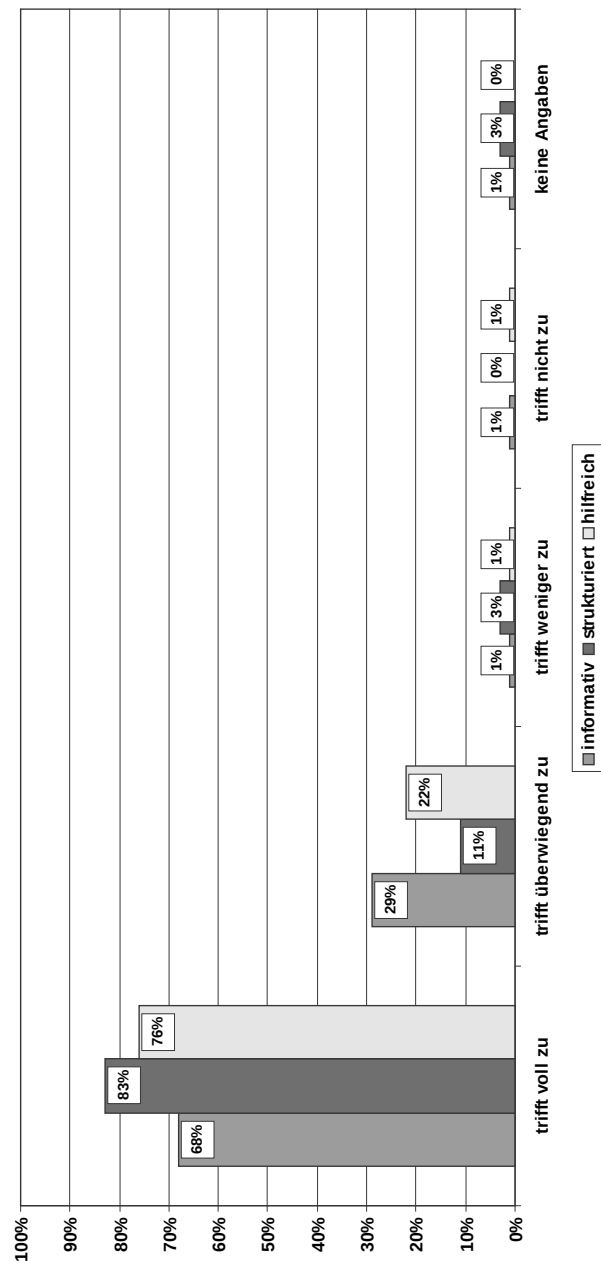


Abbildung 56: Das Abschlussgespräch war aus Ihrer Sicht ...

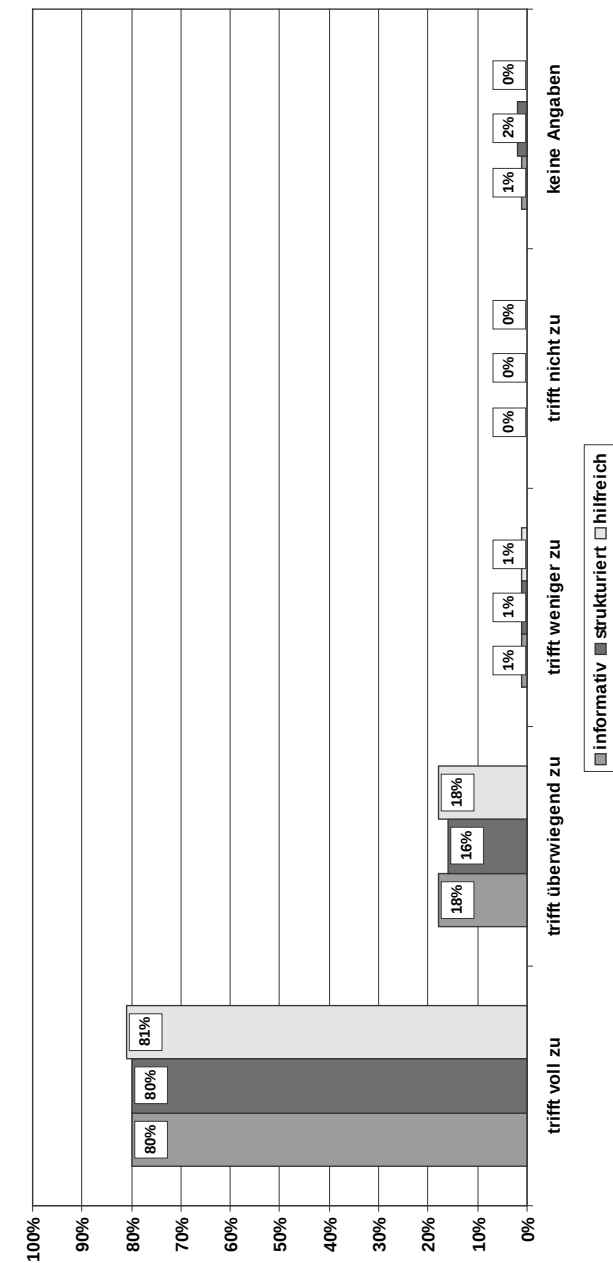


Abbildung 57: Die vorläufigen Empfehlungen waren aus Ihrer Sicht nachvollziehbar

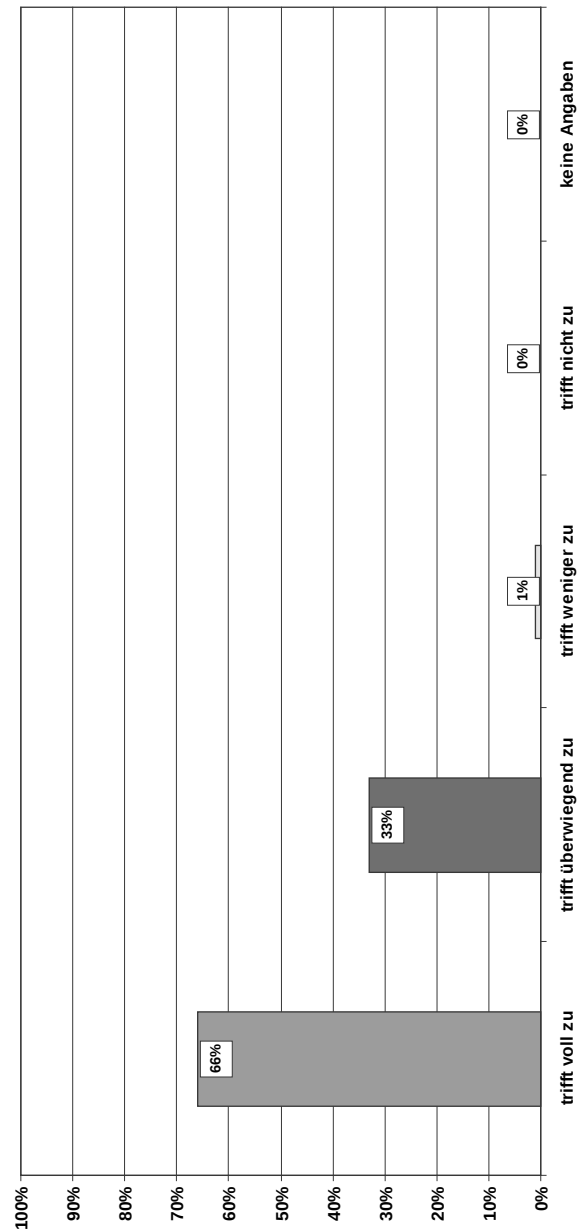
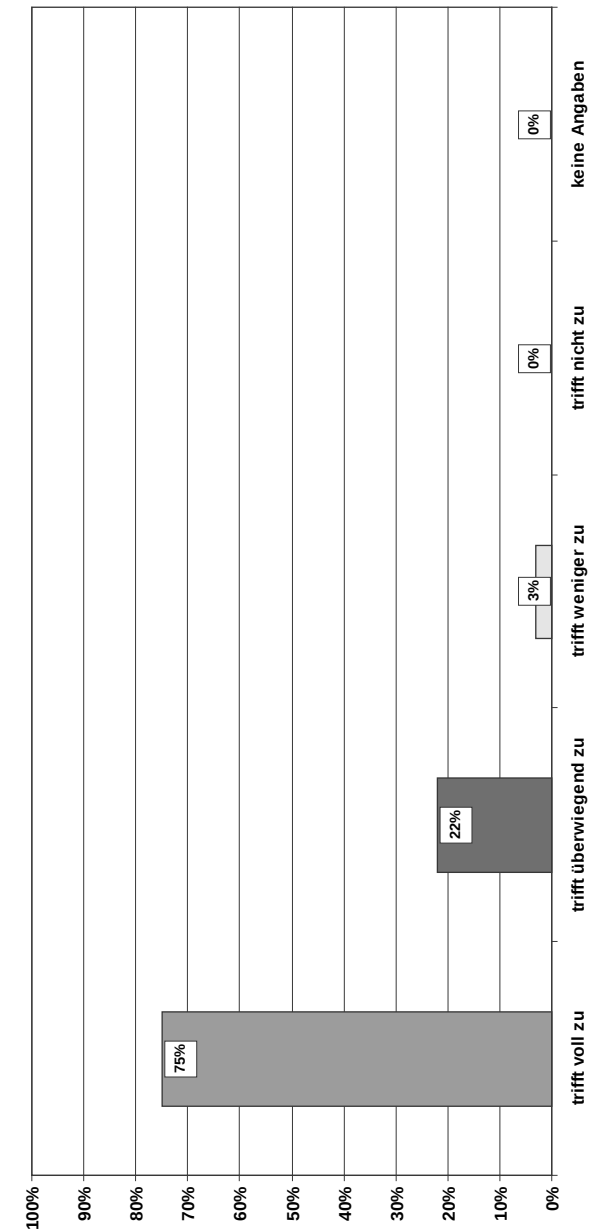


Abbildung 58: Der praktische Nutzen der Prüfung für die Qualitätssicherung in Ihrer Einrichtung war hoch



Tabellen – Schwerpunktthema 5.3

Tabelle 42: Ergebnisse Versorgungsqualität (Dekubitusprophylaxe und -therapie sowie Ernährung und Flüssigkeitsversorgung)

Anteil erfüllter Kriterien in v.H.				
Kriterium	2. HJ 2003	2004	2005	1. HJ 2006
Dekubitusprophylaxe und -therapie angemessen stationär	56,9	58,4	59,0	64,5
Ernährung und Flüssigkeitsversorgung angemessen ambulant	62,8	65,5	64,9	70,4
Ernährung und Flüssigkeitsversorgung angemessen stationär	59,0	63,7	63,7	65,6

Tabelle 43: Stationäre Pflege – Dekubitusprophylaxe/-therapie in v. H. 2. HJ 2003/1. HJ 2006 in Korrelation mit Vergleichskriterien

Vergleichskriterium	2. HJ 2003		1. HJ 2006	
	ja	nein	ja	nein
Pflegekonzept liegt vor	59,5	42,2	66,5	45,1
Pflegekonzept umgesetzt	68,1	40,1	71,3	43,6
Fachgerechte Planung	66,8	36,4	70,9	45,7
Fachgerechte Führung	67,6	35,4	70,7	46,9
Individuelle Einsatzplanung	61,3	37,4	67,8	35,6
Dienstbesprechungen	59,6	31,4	66,8	39,5
fachliche Überprüfung	69,9	38,8	73,4	45,9
Pflegekräfte gemäß Qualifikation eingesetzt	61,1	46,1	68,9	48,8
Maßnahmen interne QS durchgeführt	60,6	37,6	66,8	40,6
Fortbildungen finden statt	58,6	34,3	66,0	47,0
Einarbeitungskonzept	62,5	42,2	66,9	52,8

Tabelle 44: Ambulante Pflege – Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sachgerecht in v. H. 2. HJ 2003/1. HJ 2006 in Korrelation mit Vergleichskriterien

Vergleichskriterium	2. HJ 2003		1. HJ 2006	
	ja	nein	ja	nein
Pflegekonzept liegt vor	67,7	49,7	74,0	51,4
Pflegekonzept umgesetzt	75,3	47,9	80,5	53,5
Fachgerechte Planung	75,7	46,6	79,6	55,6
Fachgerechte Führung	76,6	46,6	78,7	56,5
Individuelle Einsatzplanung	65,4	48,0	74,1	52,2
Dienstbesprechungen	67,2	38,7	72,4	49,6
fachliche Überprüfung	78,3	46,8	79,3	56,4
Pflegekräfte gemäß Qualifikation eingesetzt	70,6	52,3	75,0	58,8
Maßnahmen interne QS durchgeführt	70,7	42,7	76,4	54,0
Fortbildungen finden statt	67,8	42,6	76,1	41,8
Einarbeitungskonzept	70,8	49,8	78,5	53,5

Tabelle 45: Stationäre Pflege – Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sachgerecht in v. H. 2. HJ 2003/1. HJ 2006 in Korrelation mit Vergleichskriterien

Vergleichskriterium	2. HJ 2003		1. HJ 2006	
	ja	nein	ja	nein
Pflegekonzept liegt vor	61,8	48,1	67,2	44,0
Pflegekonzept umgesetzt	66,9	49,8	71,7	47,6
Fachgerechte Planung	64,8	48,5	71,4	49,0
Fachgerechte Führung	65,7	46,9	71,6	49,1
Individuelle Einsatzplanung	61,9	48,6	68,5	40,2
Dienstbesprechungen	60,8	45,3	67,9	39,4
fachliche Überprüfung	70,2	44,6	73,5	48,1
Pflegekräfte gemäß Qualifikation eingesetzt	63,9	48,6	69,9	49,6
Maßnahmen interne QS durchgeführt	61,3	50,7	67,8	39,8
Fortbildungen finden statt	60,6	45,4	65,7	54,9
Einarbeitungskonzept	63,9	48,8	67,3	51,7

Tabelle 46: Vergleichskriterien mit niedrigen Rängen

Vergleichskriterium	Rang					
	Ernährung ambulant		Ernährung stationär		Dekubitus stationär	
	2. HJ 2003	1. HJ 2006	2. HJ 2003	1. HJ 2006	2. HJ 2003	1. HJ 2006
Fortbildungen finden statt	8	7	11	11	11	11
Pflegekonzept liegt vor	9	10	8	10	10	10
Dienstbesprechungen	10	11	10	7	9	9

Nähere Erläuterungen zu dieser Tabelle im Kapitel 5.3 Zusammenhang ausgewählter Kriterien der Struktur- und Prozessqualität mit der Qualität der pflegerischen Versorgung.

Tabelle 47: Vergleichskriterien mit hohen Rängen

Vergleichskriterium	Rang					
	Ernährung ambulant		Ernährung stationär		Dekubitus stationär	
	2. HJ 2003	1. HJ 2006	2. HJ 2003	1. HJ 2006	2. HJ 2003	1. HJ 2006
Fachliche Überprüfung	1	3	1	1	1	1
Pflegekonzept umgesetzt	4	1	2	2	2	2
fachgerechte Führung	2	4	3	3	3	4

Nähere Erläuterungen zu dieser Tabelle im Kapitel 5.3 Zusammenhang ausgewählter Kriterien der Struktur- und Prozessqualität mit der Qualität der pflegerischen Versorgung.

Abbildungen – Schwerpunktthema 5.3

Abbildung 59: Ergebnisse Dekubitusprophylaxe und -therapie sowie Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in v. H.

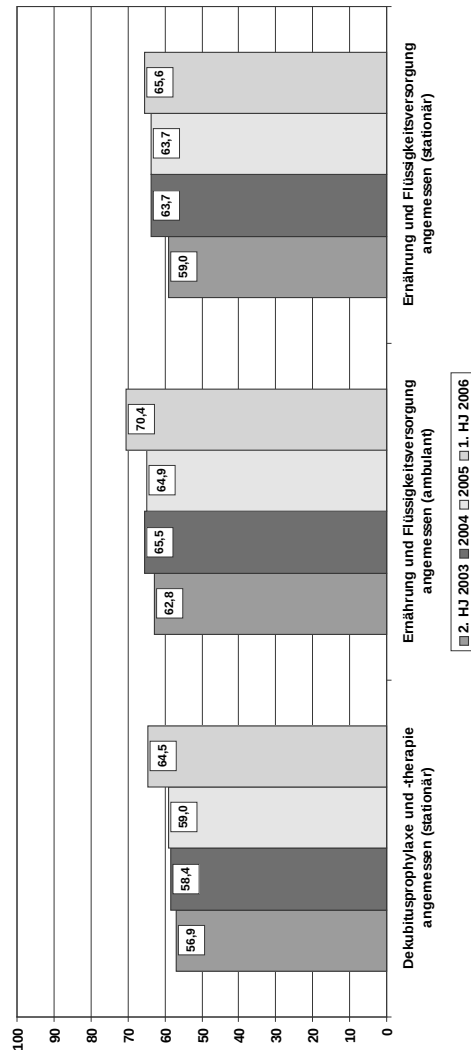


Abbildung 60: Stationäre Pflege – Dekubitusprophylaxe/-therapie sachgerecht in Korrelation mit Vergleichskriterien in v. H. 1. HJ 2006

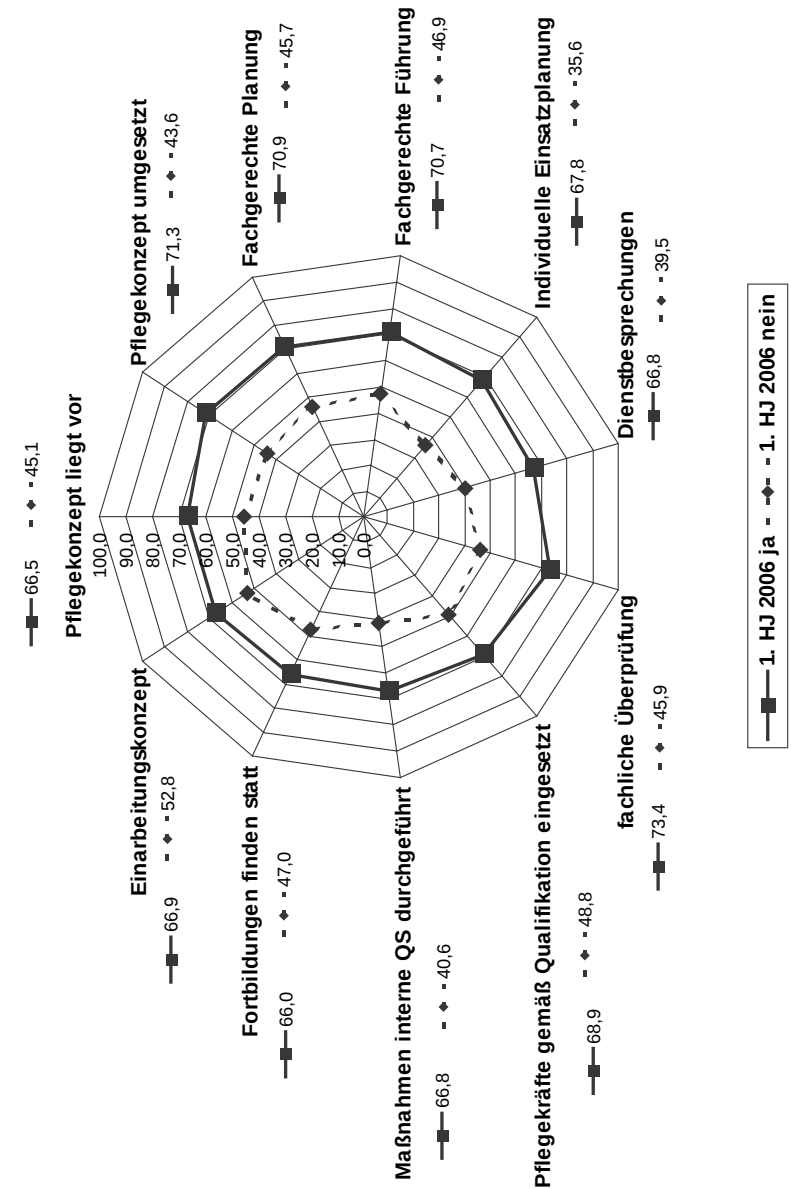


Abbildung 61: Stationäre Pflege – Dekubitusprophylaxe/-therapie sachgerecht in Korrelation mit Vergleichskriterien in v. H. 2. HJ 2003/1. HJ 2006

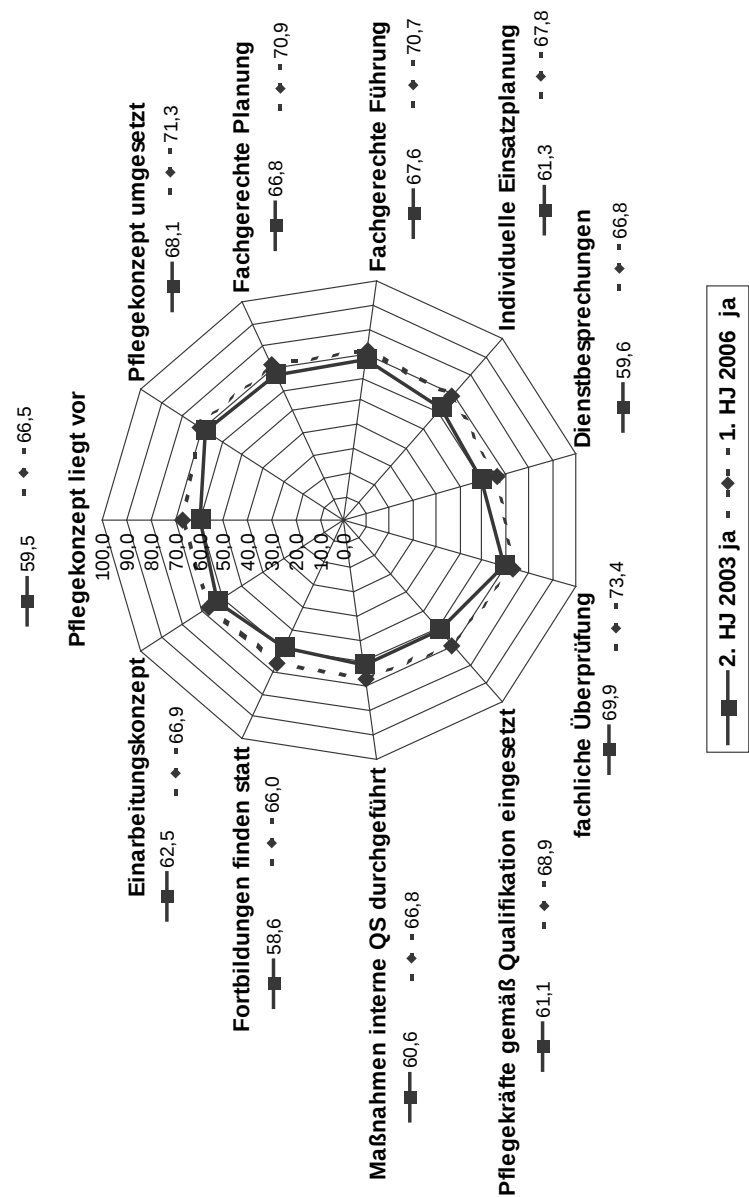


Abbildung 62: Ambulante Pflege – Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sachgerecht in Korrelation mit Vergleichskriterien in v. H. 1. HJ 2006

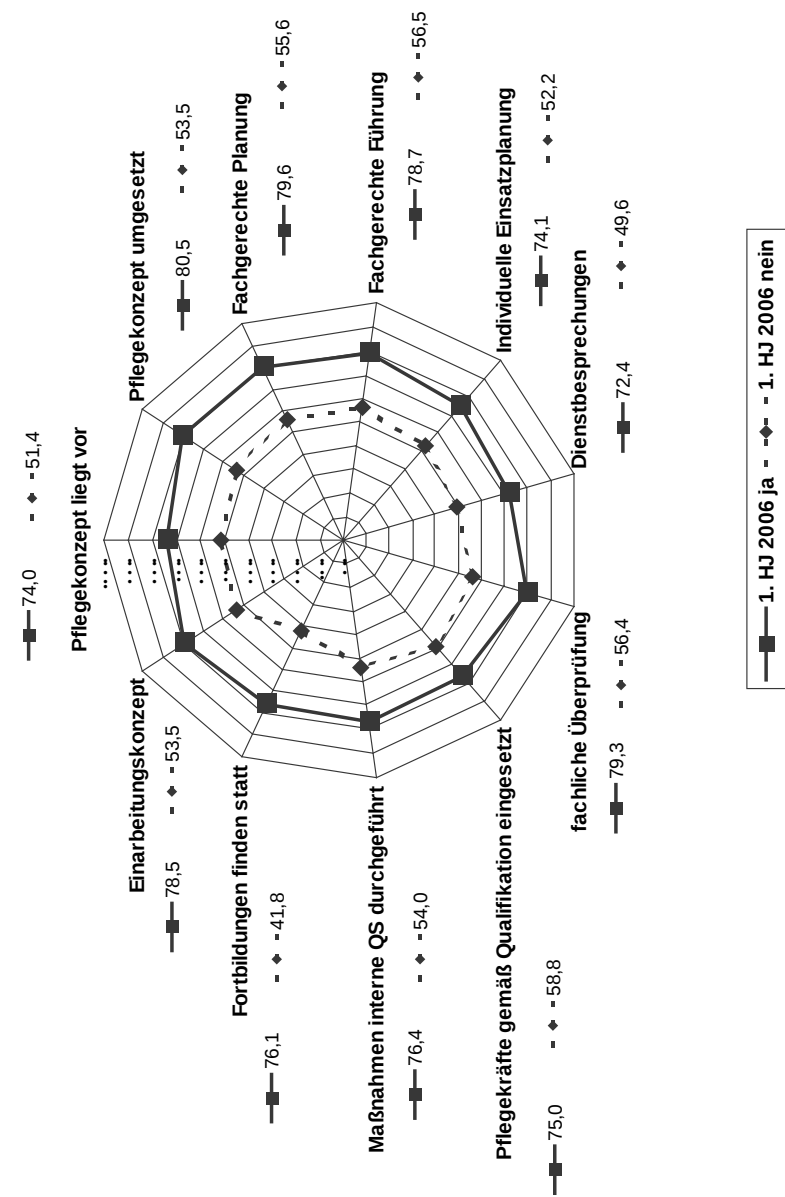


Abbildung 63: Ambulante Pflege – Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sachgerecht in Korrelation mit Vergleichskriterien in v. H. 2. HJ 2003/1. HJ 2006

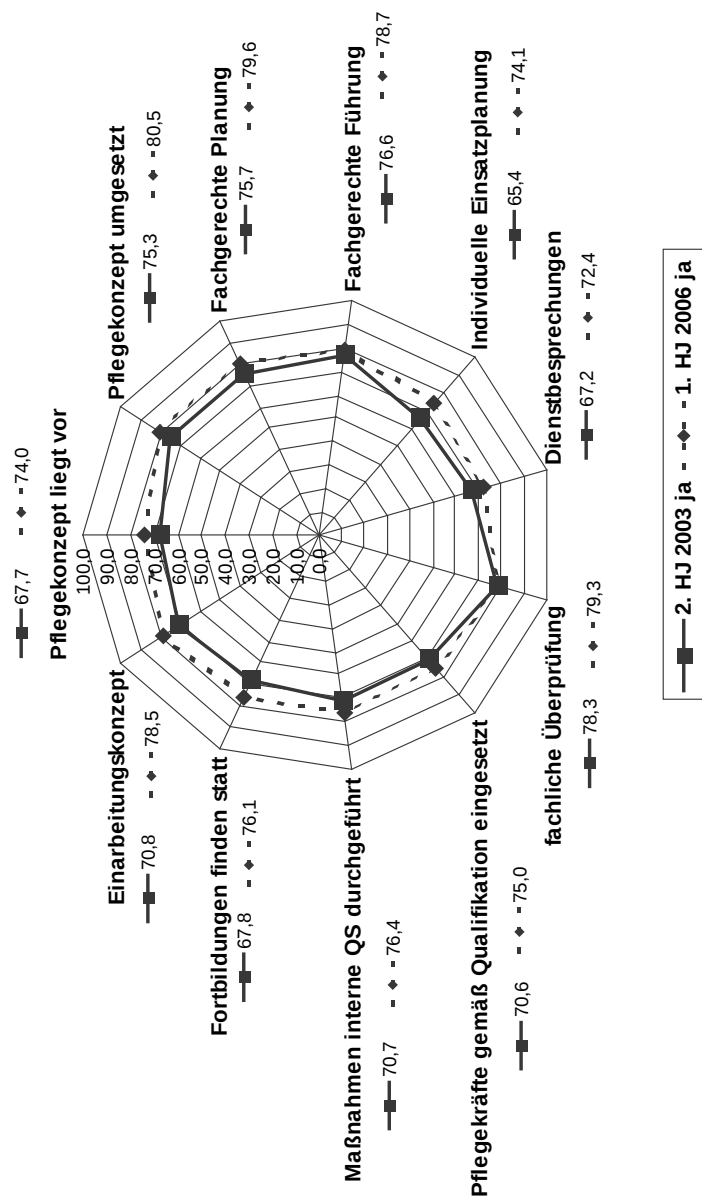


Abbildung 64: Stationäre Pflege – Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sachgerecht in Korrelation mit Vergleichskriterien in v. H. 1. HJ 2006

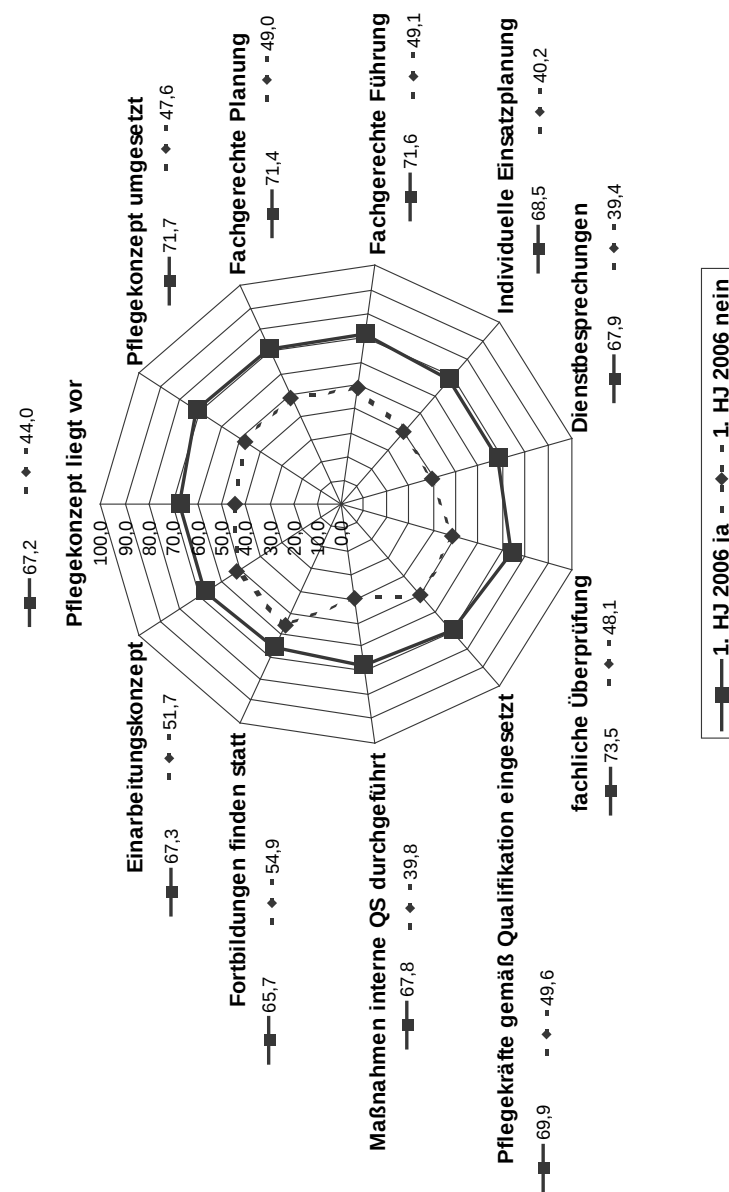
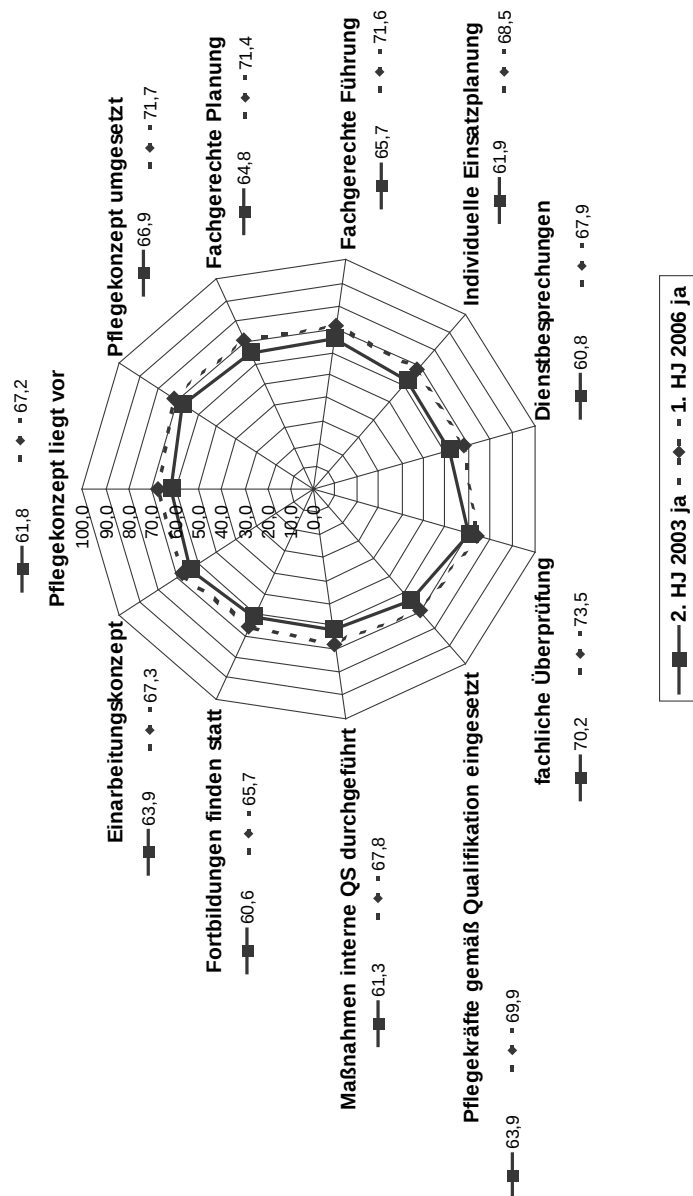


Abbildung 65: Stationäre Pflege – Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sachgerecht in Korrelation mit Vergleichskriterien in v. H. 2. HJ 2003/1. HJ 2006



Literatur

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2001): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe. Osnabrück.

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Berlin, S. 178.

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

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2005): Grundsatzstellungnahme „Pflegethema und Dokumentation“. Essen.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2001): Grundsatzstellungnahme „Dekubitusprophylaxe und -therapie“. Essen.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2003): Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“. Essen.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2004): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege – 1. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Essen.

Statistisches Bundesamt (2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

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

Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WidO) (Hrsg.) (2004): Qualitätssiegel und Zertifikate für Pflegeeinrichtungen – ein Marktüberblick. Band 51. Bonn.