

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

Qualität in der ambulanten und stationären Pflege



Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KöR)

Theodor-Althoff-Straße 47

D-45133 Essen

Telefon: 0201 8327-0

E-Mail: office@md-bund.de

Internet: www.md-bund.de

Titelfoto

© Medizinischer Dienst

Umschlaggestaltung & Satz

fountain studio, fountainstudio.de

Mai 2024

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

mit dem 7. Pflege-Qualitätsbericht blicken wir zurück auf die Corona-Pandemie und die Folgen für die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen. Grundlage des Berichts sind Daten aus den Qualitätsprüfungen des Jahres 2021, die der Medizinische Dienst und der Prüfdienst der privaten Krankenversicherung zum Teil nur sehr eingeschränkt durchführen konnten. Denn Pflegebedürftige und Hochaltrige hatten ein besonders großes Risiko für schwere Erkrankungen und mussten daher vor Infektionen besonders geschützt werden. Dies hatte oft Besuchsverbote und Quarantäne, und damit Einsamkeit zur Folge. Eine vergleichbare Gesundheitskrise hatte es in der Bundesrepublik Deutschland noch nicht gegeben.

Bei früheren Pflege-Qualitätsberichten wurden die Ergebnisse mit den Ergebnissen vorhergehender Berichte verglichen. Damit konnten Entwicklungen – oft im Sinne von Verbesserungen – aufgezeigt werden. Manchmal musste auch auf Schwachstellen und Qualitätsdefizite hingewiesen werden. Ein solcher Vergleich bietet sich für das Berichtsjahr 2021 nicht an, weil die Pflege unter den Bedingungen der Corona-Pandemie nicht mit der Zeit vor der Pandemie verglichen werden kann. Qualitätsprüfungen wurden zeitweise nahezu eingestellt, später war die Durchführung oft mit erheblichen Einschränkungen und Schwierigkeiten verbunden.

Der Bericht konzentriert sich im Wesentlichen auf eine Beschreibung der Herausforderungen während der Corona-Pandemie, auf die Anzahl der durchgeführten Qualitätsprüfungen und einen Ausblick auf die Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen. Im Anhang finden Sie die Prüfergebnisse in Tabellenform dargestellt.

Der folgende 8. Pflege-Qualitätsbericht wird zum Ende des Jahres 2024 erstellt. Dieser Bericht wird sich dann auf die Versorgung im Jahr 2023 beziehen, als die Corona-Pandemie nur noch wenige Auswirkungen hatte.

Essen im Mai 2024



Carola Engler

Stv. Vorstandsvorsitzende
Medizinischer Dienst Bund

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
1 Einführung.....	8
1.1 Vorbemerkung	9
1.2 Pflege und Qualitätsprüfungen während der Corona-Pandemie	10
1.3 Prüfrechte und Prüfablauf	14
1.4 Pflegeinfrastruktur	15
1.5 Datengrundlage	16
2 Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege	18
2.1 Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der stationären Pflege.....	19
2.2 Strukturdaten der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen	21
2.3 Ergebnisse in der stationären Pflege.....	21
2.4 Plausibilitätskontrolle.....	22
3 Qualitätsprüfungen in der Tagespflege	24
3.1 Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der Tagespflege	25
3.2 Strukturdaten der geprüften Tagespflegeeinrichtungen	27
3.3 Ergebnisse in der Tagespflege	27

4	Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege	28
4.1	Prüfarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der ambulanten Pflege	29
4.2	Strukturdaten der geprüften ambulanten Pflegedienste und der in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen	31
4.3	Ergebnisse in der ambulanten Pflege	33
4.4	Qualitätsprüfungen in der häuslichen Krankenpflege nach § 275b SGB V	33
5	Ausblick.....	34
5.1	Evaluation des Prüfverfahrens für die vollstationäre Pflege	35
5.2	Neues Prüfverfahren für die Tagespflege.....	35
5.3	Neues Prüfverfahren für die ambulanten Pflege	36
5.4	Qualitätsprüfungen in der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege	37
5.5	Herausforderungen in der Zukunft	38
	Literatur	40
	Tabellenanhang.....	42
	Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2021.....	43
	Qualitätsprüfungen in der Tagespflege 2021	52
	Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2021	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Stationäre Pflege – Anzahl vorliegender Datensätze 2021	19
Tabelle 2:	Stationäre Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarten	20
Tabelle 3:	Stationäre Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen	20
Tabelle 4:	Stationäre Pflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart	21
Tabelle 5:	Stationäre Pflege – Plausibilitätskontrolle.....	23
Tabelle 6:	Tagespflege – Anzahl vorliegender Datensätze 2021	25
Tabelle 7:	Tagespflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarten	25
Tabelle 8:	Tagespflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen	26
Tabelle 9:	Tagespflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart und Zertifizierung	27
Tabelle 10:	Ambulante Pflege – Anzahl vorliegender Datensätze 2021	29
Tabelle 11:	Tagespflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarten	29
Tabelle 12:	Ambulante Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen	30
Tabelle 13:	Ambulante Pflege – Geprüfte Pflegedienste nach Trägerart, Zertifizierung und Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie.....	31
Tabelle 14:	Versorgungssituation bei spezieller Krankenbeobachtung in geprüften Pflegediensten mit mindestens einer versorgten Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 „spezielle Krankenbeobachtung“ der HKP-Richtlinie	32

1 Einführung



1.1 Vorbemerkung

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

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

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

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

Der inzwischen zweijährlichen Berichtspflicht entsprechend wird dieser Bericht nun zum siebten Mal erstellt. Auf einen Vergleich der Prüfergebnisse zum vorangegangenen 6. Pflege-Qualitätsbericht wird verzichtet, da sich die Bedingun-

gen, unter denen die Pflege während der Corona-Pandemie durch die Pflegeeinrichtungen geleistet wurde, erheblich von denen der vorangegangenen Jahre unterschieden haben. Zudem konnten aufgrund der Pandemie deutlich weniger Qualitätsprüfungen als in den Jahren zuvor durchgeführt werden. Es gab einen höheren Anteil von Anlassprüfungen und es ist anzunehmen, dass sich aufgrund der Auswahl der geprüften Einrichtungen weitere Verzerrungen bei den Ergebnissen ergeben. Eine Übertragung der hier berichteten Ergebnisse auf alle Pflegeeinrichtungen ist aus methodischen Gründen also nicht geboten. Aus diesem Grund werden die Prüfergebnisse zu den einzelnen Qualitätsaspekten bzw. Qualitätskriterien in diesem Bericht nicht gesondert kommentiert.

1.2 Pflege und Qualitätsprüfungen während der Corona-Pandemie

Datengrundlage für diesen Bericht sind die im Jahr 2021 durchgeführten Qualitätsprüfungen. Im Jahr 2021 war die Gesellschaft durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie erheblichen Belastungen ausgesetzt. Dies gilt in besonderem Maße für die pflegebedürftigen Menschen, ihre An- und Zugehörigen sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen.

Menschen im Alter von 80 Jahren und älter oder mit bestehenden Vorerkrankungen, galten als Hauptrisikogruppen für eine COVID-19-Erkrankung mit schwerem oder tödlichem Krankheitsverlauf (Gaertner B et al. 2021). Ältere, pflegebedürftige und multimorbide Menschen gehörten somit zu der besonders vulnerablen Personengruppe, die ein erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe sowie ein erhöhtes Mortalitätsrisiko aufwies. Die meisten Todesfälle waren in der Altersgruppe der Menschen ab 80 Jahre zu verzeichnen. Bei alten und pflegebedürftigen Menschen, aber auch bei den Mitarbeitenden in der Pflege, war die Sorge vor einer Corona-Infektion daher weit verbreitet.

Zur Reduzierung des Infektionsrisikos wurden insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen sehr weitreichende Kontaktbeschränkungen umgesetzt. Besuche in stationären Pflegeeinrichtungen waren zeitweise gar nicht oder nur in Ausnahmefällen möglich. Auch in der häuslichen Pflege waren Kontakte erheblich reduziert. Eigentlich notwendige Leistungen von ambulanten Pflegediensten wurden aus Sorge vor Kontakten und dem damit einhergehenden Infektionsrisiko häufig nicht in Anspruch genommen.

Dies änderte sich erst schrittweise, nachdem zugelassene Impfstoffe gegen das SARS-CoV-2 Virus zur Verfügung standen und pflegebedürftigen Menschen, deren An- und Zugehörigen und den Mitarbeitenden in der Pflege mit Priorität Impfungen ermöglicht wurden. Die Impfungen schützten insbesondere vor schweren Krankheitsverläufen.

Wiederholt waren stationäre Pflegeeinrichtungen von zum Teil schweren Ausbruchsgeschehen betroffen, bei denen Bewohnerinnen und Bewohner an COVID-19 erkrankt sind. Die in diesem Zusammenhang ergriffenen Kontaktbeschränkungen führten für die pflegebedürftigen Menschen zu einer sozialen Isolation. Die Pflegeeinrichtungen bemühten sich nach Kräften, durch kreative Lösungen wie z. B. Videobesuche, Balkongespräche und durch besondere Angebote der Betreuung diese Auswirkungen der Corona-Pandemie zu kompensieren. Gleichzeitig mussten die Pflegeeinrichtungen selber erhebliche Herausforderungen bewältigen. Persönliche Schutzausrüstung für die Mitarbeitenden und die pflegebedürftigen musste beschafft werden. Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen waren einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt und fielen dementsprechend aus, was in zahlreichen Einrichtungen die ohnehin angespannte Personalsituation zusätzlich verschärfte. Ebenso führten pandemiebedingte Schließungen von Schulen und Kindertagesstätten zum Ausfall von Mitarbeitenden in der Pflege, weil die Betreuung von deren Kindern gewährleistet werden musste. Zudem wurde der Betrieb sehr vieler Tagespflegeeinrichtungen über längere Zeit eingestellt.

Während der Kontaktbeschränkungen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie leisteten die Medizinischen Dienste einen Beitrag zum Schutz des vulnerablen Personenkreises der pflegebedürftigen Menschen. Aufgrund der Ende 2020 stark gestiegenen Anzahl an Neuinfektionen mit dem SARS-CoV-2 Virus wurde in gemeinsamen Verlautbarungen des GKV-Spitzenverbandes und des damals noch Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (heute Medizinischer Dienst Bund) mit Zustimmung des PKV-Prüfdienstes sowie des Bundesministeriums für Gesundheit einvernehmlich vereinbart, bis Ende März 2021 keine Regelprüfungen in den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen durchzuführen.

Gleichzeitig haben die Medizinischen Dienste frühzeitig Maßnahmen zur direkten Unterstützung des Gesundheitswesens ergriffen. Mitarbeitende der Medizinischen Dienste haben den öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Bewältigung der Aufgaben im Kontext der Corona-Pandemie unterstützt, in Krisenstäben, Leitstellen und Ministerien konzeptionell und beratend mitgewirkt und auch bei Personalengpässen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser punktuell ausgeholfen. In den ersten Monaten des Jahres 2021 haben bis zu 280 Mitarbeitende

der Medizinischen Dienste, insbesondere Pflegefachkräfte, das Gesundheitswesen unterstützt. Gesetzlich abgesichert wurde diese Unterstützung durch das Dritte Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (3. COVIDSGAnpG) vom 18. November 2020, mit dem der § 275 Absatz 4b SGB V eingeführt worden ist. Demnach können, soweit die Erfüllung der dem Medizinischen Dienst gesetzlich obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt wird, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes auf Ersuchen insbesondere des öffentlichen Gesundheitsdienstes, eines zugelassenen Krankenhauses, eines vertragsärztlichen Leistungserbringers sowie einer zugelassenen Pflegeeinrichtung nach dem SGB XI befristet unterstützend tätig werden.

Der Gesetzgeber hatte dem GKV-Spitzenverband mit dem EpiLage-Fortgeltungsgesetz vom 29. März 2021 aufgetragen, im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit Regelungen nach § 114 Absatz 2a SGB XI zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen zu treffen. Übergeordnetes Ziel dieser Regelung war und ist der Schutz der Pflegebedürftigen, der Mitarbeitenden in den Einrichtungen und der Prüferinnen und Prüfer vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 sowie die Berücksichtigung der durch die Corona-Pandemie verursachten Belastungssituationen für die Pflegeeinrichtungen. Diese Regelungen wurden im Verlauf der Pandemie mehrfach an die aktuelle Situation angepasst. Die erste Regelung nach § 114 Absatz 2a SGB XI galt in der Zeit vom 15. April 2021 bis zum 24. Oktober 2021. Dort war u. a. festgelegt, dass die Prüferinnen und Prüfer während der gesamten Prüfung FFP2-Masken zu tragen hatten. Zudem mussten die Prüferinnen und Prüfer sich jeden Tag vor der Prüfung und an jedem Tag mit Versichertenkontakt mit einem Antigen-Schnell- oder -Selbst-Test testen.

In vollstationären Pflegeeinrichtungen, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner im Rahmen der Reihenimpfung ein Impfangebot gegen SARS-CoV-2 erhalten hatten (2. Dosis plus 14 Tage), konnten nach den Regelungen nach § 114 Absatz 2a SGB XI unabhängig von regionalen Inzidenzwerten Regelprüfungen stattfinden. In Einrichtungen, in denen noch keine Impfungen stattgefunden hatten, die aber in einer Region mit einer stabilen Inzidenz von höchstens 50 Neuinfektionen mit SARS-CoV-2 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern innerhalb der letzten sieben Tage vor Prüfbeginn lagen, konnten Regelprüfungen ebenfalls durchgeführt werden.

Grundsätzlich fanden keine Regelprüfungen in Einrichtungen mit einem Corona-Ausbruchsgeschehen oder dem Verdacht auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 statt (innerhalb der letzten 14 Tage mindestens ein bestätigter positiver Befund bei

Bewohnerinnen oder Bewohnern bzw. Mitarbeitenden, die in der unmittelbaren Versorgung dieser tätig sind/waren oder mindestens einem begründeten Verdacht (erfolgte Meldung an das Gesundheitsamt) auf eine Infektion mit SARS-CoV-2). Damit wurde bei der Durchführung von Regelprüfungen grundsätzlich eine Karenzzeit von 14 Tagen nach Ende des Ausbruchsgeschehens gewährleistet.

In ambulanten Pflegediensten konnten Regelprüfungen unabhängig von regionalen Inzidenzwerten durchgeführt werden, wenn von den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen bestätigt wurde, dass die Personen mit der höchsten und mit der hohen Priorität laut § 2 und § 3 der Corona-Impfverordnung ein Impfangebot erhalten hatten (2. Dosis plus 14 Tage).

In ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten in Regionen mit einer stabilen Inzidenz von höchstens 50 Neuinfektionen mit SARS-CoV-2 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner innerhalb der letzten sieben Tage vor Prüfbeginn konnten Regelprüfungen auch durchgeführt werden. Grundsätzlich fanden auch in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten mit Ausbruchsgeschehen keine Regelprüfungen statt.

Anlassprüfungen konnten während der gesamten Corona-Pandemie in allen Settings durchgeführt werden.

Ergänzend zu den Regelungen nach § 114 Absatz 2a SGB XI hatten die Medizinischen Dienste ein übergreifendes Hygienekonzept erstellt, das von den einzelnen Prüfdiensten unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten umgesetzt wurde.

Diese Rahmenbedingungen haben auf Seiten der Medizinischen Dienste zu erheblichen Zusatzaufwänden bei der Organisation und Durchführung der jeweiligen Prüfungen geführt. Es musste jeweils geklärt werden, ob die geplanten Prüfungen tatsächlich durchgeführt werden konnten. Zu diesem Zweck musste u. a. die Impfsituation in den Pflegeeinrichtungen vor der Prüfung ermittelt und es musste am Tag vor der Prüfung sowie nochmals am Prüfungstag selbst geklärt werden, ob ein Ausbruchsgeschehen in der Pflegeeinrichtung vorlag. Häufig mussten geplante Prüfungen aufgrund von Ausbruchsgeschehen verschoben oder bereits begonnene Prüfungen abgebrochen und – soweit möglich – andere Prüfungen ersatzweise geplant werden.

Mit dem EpiLage-Fortgeltungsgesetz wurde abweichend von der eigentlichen jährlichen Prüfpflicht das Ziel definiert, in der Zeit vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021 jede zugelassene Pflegeeinrichtung einmal zu prüfen, wenn die pandemische Lage dies zulässt. Im Nachhinein hat sich gezeigt, dass durch

die in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich ausgeprägte Pandemiesituation und immer wieder neu entstehende Infektions-Hotspots die Durchführung von Qualitätsprüfungen regional unterschiedlich und immer wieder wechselnd erheblich erschwert oder gar nicht möglich war: **Insgesamt kann konstatiert werden, dass im Jahr 2021 von den 11.358 zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen (Statistisches Bundesamt 2022b) 6.692 und damit 58,9 v. H. geprüft werden konnten. Von den 15.358 zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten (Statistisches Bundesamt 2022c) konnten im Jahr 2021 4.441 und damit 28,9 v. H. einer Qualitätsprüfung unterzogen werden.**

1.3 Prüfrechte und Prüfablauf

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

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

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

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

Das Nähere zum Prüfablauf sowie zu den Prüfinhalten für die vollstationären Pflegeeinrichtungen ergibt sich aus den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 114a Absatz 7 SGB XI über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die vollstationäre Pflege vom 17. Dezember 2018 (QPR vollstationär) (MDS und GKV-Spitzenverband 2019a). Diese Richtlinien sind am 01. November 2019 in Kraft getreten.

1.4 Pflegeinfrastruktur

Bevor über die Daten zu den Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste sowie des PKV-Prüfdienstes berichtet wird, sollen zunächst wesentliche Kennzahlen zur Pflegeinfrastruktur in Deutschland dargestellt werden, auf die sich die Daten der Qualitätsprüfungen beziehen. Zur Beschreibung der Pflegeinfrastruktur in Deutschland werden die Angaben aus der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2021 herangezogen.

1.4.1 Stationäre Pflege

Im Jahr 2021 gab es nach Angaben der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes 16.115 zugelassene teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Von diesen Einrichtungen waren 11.358 Einrichtungen der vollstationären Pflege. Die Mehrzahl der Einrichtungen war 2021 in freigemeinnütziger Trägerschaft (52,8 Prozent). Private Träger machten einen Anteil von 42,7 Prozent aus, der Anteil öffentlicher Träger lag bei 4,5 Prozent (Statistisches Bundesamt 2022b). Zum Stichtag 15.12.2021 wurden insgesamt 771.531 Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der vollstationären Pflege betreut. Im Mittel betreute eine stationäre Pflegeeinrichtung 58 Personen. Die privaten Träger betrieben mit durchschnittlich 54 versorgten Personen je Einrichtung durchschnittlich kleinere stationäre Pflegeeinrichtungen als freigemeinnützige Träger (durchschnittlich 60 versorgte Personen je Einrichtung) und öffentliche Träger (durchschnittlich 72 versorgte Personen je Einrichtung) (Statistisches Bundesamt 2022a).

1.4.2 Teilstationäre Pflege

Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes bestanden zum Stichtag 15.12.2021 5.878 teilstationäre Pflegeeinrichtungen mit 96.494 Plätzen (96.225 Tagespflege, 269 Nachtpflege). Daraus ergibt sich rechnerisch eine durchschnittliche Platzzahl von 16 Plätzen je teilstationärer Pflegeeinrichtung.

1.4.3 Ambulante Pflege

Im Jahr 2021 gab es nach Angaben der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes 15.376 zugelassene ambulante Pflege- und Betreuungsdienste¹. Die Mehrzahl dieser Pflegedienste befand sich im Jahr 2021 in privater Trägerschaft (67,8 Prozent). Der Anteil der freigemeinnützigen Träger lag bei 30,8 Prozent. In öffentlicher Trägerschaft befanden sich 1,3 Prozent der zugelassenen ambulanten Pflegedienste (Statistisches Bundesamt 2022c). Im Jahr 2021 haben alle zugelassenen ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste zusammen 1.046.798 Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung betreut. Dabei wurden durchschnittlich 68 Personen je ambulanten Pflegedienst versorgt, wobei die Pflegedienste in freigemeinnütziger Trägerschaft deutlich mehr Personen versorgt haben (97) als die privaten Pflegedienste (55). Pflegedienste in öffentlicher Trägerschaft versorgten im Schnitt 75 Personen (Statistisches Bundesamt 2022a).

1.5 Datengrundlage

Die für diesen Bericht vorliegenden Daten wurden auf der Grundlage der seit dem 1. Januar 2021 gültigen QPR Teil 1a – Ambulante Pflegedienste (MDS und GKV-Spitzenverband 2020a) und der seit dem 1. November 2019 geltenden QPR vollstationäre Pflege (MDS und GKV-Spitzenverband 2019a) erhoben. Die Prüfungen in Tagespflegeeinrichtungen erfolgten im Jahre 2021 noch anhand der QRP Teil 2 – stationäre Pflege (MDS und GKV-Spitzenverband 2016). Diese Prüfgrundlagen stehen auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes Bund unter www.md-bund.de als Download zur Verfügung.

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

-
- ¹ Während ambulante Pflegedienste bereits vor dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) aus Mai 2019 Betreuungsleistungen erbringen konnten, können seit dem TSVG auch ambulante Betreuungsdienste nach § 71 Absatz 1a SGB XI zugelassen werden. Diese dürfen nur pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung, jedoch keine körperbezogenen Pflegemaßnahmen nach § 36 SGB XI erbringen. In der Pflegestatistik für 2021 sind lediglich 64 reine ambulante Betreuungsdienste erfasst (Statistisches Bundesamt 2022a). Im 7. Pflege-Qualitätsbericht wird daher auf eine Ergebnisdarstellung für ambulante Betreuungsdiensten im Tabellenanhang verzichtet.
 - ² Aufgrund des MDK-Reformgesetzes neu: §53d Absatz 3 Nummer 7 SGB XI.
 - ³ Nach der Anhörungsfrist, die den Einrichtungen nach der Qualitätsprüfung zugesprochen wird, können die im Rahmen der Qualitätsprüfung erhobenen Daten statistisch weiterverarbeitet werden. Laut Statistik-Richtlinien ist die Lieferfrist für die Prüfdaten des vorangegangenen Jahres an den Medizinischen Dienst Bund auf Mitte Februar festgelegt. Da zu diesem Zeitpunkt aufgrund des beschriebenen Verfahrens noch nicht alle Prüfberichte aus dem Vorjahr freigegeben worden sind, kann ein Teil der Datensätze aus Qualitätsprüfungen, die gegen Ende des Jahres erfolgt sind, nicht an den Medizinischen Dienst Bund geliefert werden. Eine Nachlieferung bei der folgenden Jahreslieferung ist nicht vorgesehen.

2

Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege



In der stationären Pflege wurde zum 1. November 2019 ein neues Prüfkonzept eingeführt. Das Prüfverfahren wurde im 6. Pflege-Qualitätsbericht des MDS (MDS 2020) übersichtsartig dargestellt und kann der QPR vollstationäre Pflege (MDS und GKV-Spitzenverband 2019a) entnommen werden. Die Umsetzung dieses neuen Konzeptes kam im Jahr 2020 aufgrund der Corona-Pandemie nahezu zum Erliegen. Erst im Laufe des Jahr 2021 konnten in der stationären Pflege die Qualitätsprüfungen schrittweise wieder in größerem Umfang aufgenommen werden.

Für den Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis 31. Dezember 2021 liegen dem Medizinischen Dienst Bund Daten aus 6.692 Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Basis der neuen Prüfgrundlagen vor. Dabei wurde bei 57.934 Personen die Versorgungsqualität geprüft. Im Durchschnitt wurden damit im Jahr 2021 knapp neun versorgte Personen je stationärer Pflegeeinrichtung in die Prüfung einbezogen.

Tabelle 1:
Stationäre Pflege – Anzahl vorliegender Datensätze 2021

Durchgeführte Qualitätsprüfungen	6.692
Begutachtete Bewohnerinnen und Bewohner insgesamt	57.934
Durchschnittlich begutachtete Bewohnerinnen und Bewohner pro Einrichtung	8,7

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

Von den 6.692 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen, wurden mit 92,1 Prozent die meisten Prüfungen als Regelprüfungen durchgeführt. Anlassprüfungen aufgrund von Beschwerden erfolgten in 6,4 Prozent der Fälle, 1,5 Prozent waren Wiederholungsprüfungen. Während der Corona-Pandemie lag der Anteil der Anlassprüfungen damit doppelt so hoch wie 2019 (3,2 Prozent). Eine Ursache hierfür ist, dass Anlassprüfungen jederzeit durchgeführt werden konnten, während Regelprüfungen nur eingeschränkt möglich waren.

Tabelle 2:**Stationäre Pflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarten**

Geprüfte Einrichtungen	6.692	
davon	Anzahl	in Prozent
Regelprüfungen	6.163	92,1
Anlassprüfungen	426	6,4
Wiederholungsprüfungen	103	1,5

Nach § 114 Absatz 4 SGB XI besteht die Möglichkeit, Vertreterinnen und Vertreter anderer Institutionen an der Prüfung zu beteiligen. Die meisten Prüfungen (84,4 Prozent) wurden ohne Beteiligung weiterer Institutionen durchgeführt. Die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörden waren an 5,6 Prozent der Prüfungen beteiligt. Mitarbeitende von Trägerverbänden waren bei 5,5 Prozent der Prüfungen anwesend. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Institutionen (z. B. Gesundheitsamt) nahmen nur selten an den Prüfungen teil.

Tabelle 3:**Stationäre Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen**

Geprüfte Einrichtungen	6.692	
An der Prüfung beteiligte Institutionen*	Anzahl	in Prozent
keine	5.645	84,4
Pflegekasse	4	0,1
Sozialhilfeträger	0	0,0
nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	378	5,6
Gesundheitsamt	17	0,3
Trägerverband	371	5,5
Sonstige	344	5,1

*Mehrfachnennungen möglich

2.2 Strukturdaten der geprüften stationären Pflegeeinrichtungen

Nach den für 2021 vorliegenden Daten zu den geprüften vollstationären Pflegeeinrichtungen befanden sich 43,0 Prozent in privater, 53,0 Prozent in freigemeinnütziger und 3,4 Prozent in öffentlicher Trägerschaft.

Tabelle 4:

Stationäre Pflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart

Geprüfte Einrichtungen	6.692	
	Anzahl	in Prozent
privat	2.878	43,0
freigemeinnützig	3.546	53,0
öffentlich	225	3,4
nicht zu ermitteln	43	0,6

2.3 Ergebnisse in der stationären Pflege

Die vollständigen Ergebnisse der Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen können dem Tabellenanhang entnommen werden. Auf eine kommentierte Ergebnisdarstellung wird im 7. Pflege-Qualitätsbericht aufgrund der in Kapitel 1.1 Vorbemerkungen dargelegten Gründe verzichtet.

2.4 Plausibilitätskontrolle

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

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

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

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

katorenergebnisse insgesamt als unplausibel bzw. nicht ausreichend belastbar betrachtet und die Kennzahlen in der öffentlichen Qualitätsdarstellung für die betreffende Einrichtung nicht aufgeführt.

Aufgrund der geringen Fallzahl konnten im 6. Pflege-Qualitätsbericht des MDS (MDS 2020) noch keine Ergebnisse der Plausibilitätskontrolle dargestellt werden. Um einen ersten Eindruck zu erhalten, wie die Ergebnisse dieser Plausibilitätskontrollen im Jahr 2021 ausfielen, werden diese Ergebnisse daher hier beschrieben.

Die Plausibilitätskontrolle konnte in 5.403 vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden. Bei weniger als einem Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen, bei denen eine Plausibilitätskontrolle durchgeführt werden konnte, lagen entweder bei mindestens vier Themenbereichen oder beim Erhebungsreport ein kritischer Bereich vor. Bei zukünftigen Prüfungen hätte das die Herausnahme der Indikatordaten aus der Qualitätsdarstellung zur Folge.

Tabelle 5:
Stationäre Pflege – Plausibilitätskontrolle

Geprüfte Einrichtungen	5.403	
davon	Anzahl	in Prozent
Kritischer Bereich bei 4 und mehr Themenbereichen	8	0,15
Kritischer Bereich beim Erhebungsreport	45	0,83
Kritischer Bereich bei 4 und mehr Themenbereichen oder beim Erhebungsreport	53	0,98

3

Qualitätsprüfungen in der Tagespflege



Die nachfolgend dargestellten Angaben beziehen sich auf Einrichtungen der Tagespflege. Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes existierten Ende 2021 269 Nachtpflegeplätze, die sich auf sehr wenige Einrichtungen verteilt haben dürften. Aufgrund der Corona-Pandemie wurde der Betrieb sehr vieler Einrichtungen der Tagespflege zum Teil über längere Zeiträume eingestellt. Dies ist bei der Bewertung der Anzahl der durchgeführten Qualitätsprüfungen in Tagespflegeeinrichtungen zu beachten. Für den Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis 31. Dezember 2021 liegen dem Medizinischen Dienst Bund Daten aus 680 Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen in Einrichtungen der Tagespflege vor. Dabei wurde bei 3.251 Personen die Versorgungsqualität geprüft. Im Durchschnitt wurden damit im Jahr 2021 circa fünf Tagespflegegäste je Tagespflegeeinrichtung in die Prüfung einbezogen. Zu beachten ist dabei die durchschnittliche Anzahl von circa 16 Plätzen je Tagespflegeeinrichtungen, die nicht täglich vollständig belegt sind. Vor diesem Hintergrund war es häufig nicht möglich, die vorgesehene Personenstichprobe von neun Personen bei der Prüfung zu realisieren.

Table 6:
Tagespflege – Anzahl vorliegender Datensätze 2021

Durchgeführte Qualitätsprüfungen	680
Begutachtete Tagespflegegäste insgesamt	3.251
Durchschnittlich begutachtete Tagespflegegäste pro Einrichtung	4,8

3.1 Prüffarten und andere an der Prüfung beteiligte Institutionen in der Tagespflege

Von den 680 Prüfungen in Tagespflegeeinrichtungen, wurden mit 97,9 Prozent die meisten Prüfungen als Regelprüfungen durchgeführt. Anlassprüfungen aufgrund von Beschwerden erfolgten in 1,9 Prozent der Fälle und 0,1 Prozent waren Wiederholungsprüfungen.

Table 7:
Tagespflege – Qualitätsprüfungen nach Prüffarten

Geprüfte Einrichtungen	680	
	Anzahl	in Prozent
davon		
Regelprüfungen	666	97,9
Anlassprüfungen	13	1,9
Wiederholungsprüfungen	1	0,1

Es besteht nach § 114 Absatz 4 SGB XI die Möglichkeit, Vertreterinnen und Vertreter anderer Institutionen an der Prüfung zu beteiligen. Die meisten Prüfungen (95,0 Prozent) wurden ohne Beteiligung weiterer Institutionen durchgeführt. Die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörden waren an 0,9 Prozent der Prüfungen beteiligt. Mitarbeitende von Trägerverbänden waren bei 2,5 Prozent der Prüfungen anwesend.

Tabelle 8:

Tagespflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen

Geprüfte Einrichtungen	680	
	Anzahl	in Prozent
An der Prüfung beteiligte Institutionen*		
keine	646	95,0
Pflegekasse	0	0,0
Sozialhilfeträger	0	0,0
nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	6	0,9
Gesundheitsamt	0	0,0
Trägerverband	17	2,5
Sonstige	13	1,9

*Mehrfachnennungen möglich

3.2 Strukturdaten der geprüften Tagespflegeeinrichtungen

Nach den für 2021 vorliegenden Daten zu den geprüften Tagespflegeeinrichtungen befanden sich 41,8 Prozent in privater, 56,6 Prozent in freigemeinnütziger und 1,2 Prozent in öffentlicher Trägerschaft.

Tabelle 9:

Tagespflege – Geprüfte Einrichtungen nach Trägerart und Zertifizierung

Geprüfte Einrichtungen	680	
Trägerart	Anzahl	in Prozent
privat	284	41,8
freigemeinnützig	385	56,6
öffentlich	8	1,2
nicht zu ermitteln	3	0,4
Zertifizierte Einrichtungen	50	7,4

3.3 Ergebnisse in der Tagespflege

Die Prüfungen in Tagespflegeeinrichtungen erfolgten im Jahre 2021 noch anhand der QRP Teil 2 – stationäre Pflege (MDS und GKV-Spitzenverband 2016). Diese Prüfgrundlage war auf vollstationäre Pflegeeinrichtungen zugeschnitten und insbesondere hinsichtlich der einrichtungsbezogenen Prüfkriterien nur bedingt geeignet für Tagespflegeeinrichtungen. Daher werden im Tabellenanhang nur die personenbezogenen Prüfkriterien für die Tagespflege dargestellt. Für die Veröffentlichung von Prüfergebnissen nach § 115 Absatz 1a SGB XI für Einrichtungen der Tagespflege lag für das Jahr 2021 noch keine Qualitätsdarstellungsvereinbarung vor, so dass eine Veröffentlichung durch die Landesverbände der Pflegekassen noch nicht möglich war.

4 Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege



Für die ambulante Pflege liegen für 2021 Daten aus 4.441 Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen vor. Dabei wurde bei 29.174 versorgten Personen die Versorgungsqualität überprüft. Im Durchschnitt wurden damit im Jahr 2019 knapp sieben versorgte Personen pro Pflegedienst in die Prüfung einbezogen.

Tabelle 10:

Ambulante Pflege – Anzahl vorliegender Datensätze 2021

Durchgeführte Qualitätsprüfungen	4.441
Begutachtete Personen insgesamt	29.174
Durchschnittlich begutachtete Personen pro Pflegedienst	6,6

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

Von den 4.441 Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten erfolgte der weit überwiegende Anteil mit 90,2 Prozent als Regelprüfung. Der Anteil der Anlassprüfungen lag bei 9,2 Prozent, der der Wiederholungsprüfungen bei 0,6 Prozent. Während der Corona-Pandemie lag somit der Anteil der Anlassprüfungen um ein Mehrfaches höher als 2019 (2,6 Prozent). Eine Ursache hierfür ist, dass Anlassprüfungen jederzeit durchgeführt werden konnten, während Regelprüfungen nur eingeschränkt möglich waren.

Tabelle 11:

Tagespflege – Qualitätsprüfungen nach Prüfarten

Geprüfte Einrichtungen	4.441	
	Anzahl	in Prozent
davon		
Regelprüfungen	4.004	90,2
Anlassprüfungen	410	9,2
Wiederholungsprüfungen	27	0,6

Die meisten Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste durch den Medizinischen Dienst oder den PKV-Prüfdienst wurden ohne die Beteiligung anderer Institutionen durchgeführt (93,8 Prozent). Bei 2,0 Prozent der Prüfungen waren Mitarbeitende eines Trägerverbandes anwesend.

Tabelle 12:

Ambulante Pflege – Andere an der Prüfung beteiligte Institutionen

Geprüfte Einrichtungen	4.441	
An der Prüfung beteiligte Institutionen*	Anzahl	in Prozent
keine	4.166	93,8
Pflegekasse	2	0,0
Sozialhilfeträger	4	0,1
Gesundheitsamt	1	0,0
Trägerverband	90	2,0
Sonstige	183	4,1

*Mehrfachnennungen möglich

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

Von den im Jahr 2021 geprüften ambulanten Pflegediensten befanden sich 67,1 Prozent in privater, 31,8 Prozent in freigemeinnütziger und 0,8 Prozent in öffentlicher Trägerschaft. Von den geprüften ambulanten Pflegediensten verfügte ein Anteil von 3,4 Prozent über eine Zertifizierung, z. B. nach DIN EN ISO 9001:2015.

Tabelle 13:

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

Geprüfte Einrichtungen	4.441	
Trägerart	Anzahl	in Prozent
privat	2.978	67,1
freigemeinnützig	1.411	31,8
öffentlich	34	0,8
nicht zu ermitteln	18	0,4
Zertifizierte Einrichtungen	150	3,4
Mindestens eine versorgte Person mit spezieller Krankenbeobachtung	321	7,2

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege wurden in den Prüfgrundlagen für die ambulante Pflege seit 2017 spezifische Prüfkriterien für die Versorgung von Personen mit einem entsprechenden Unterstützungsbedarf in den Prüfkatalog aufgenommen. Diese bezogen sich auf die Leistung der speziellen Krankenbeobachtung gemäß Ziffer 24 der HKP-Richtlinie im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Diese Leistung ist inzwischen aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPReG) in einen neuen Leistungsanspruch nach § 37c SGB V überführt worden. 2021 wurde die Leistung der speziellen Krankenbeobachtung noch aufgrund § 37 SGB V von Leistungserbringern nach § 132a Absatz 4 SGB V erbracht.

Ambulante Pflegedienste, die die Leistung *spezielle Krankenbeobachtung* erbringen, haben sich häufig auf die Versorgung von Personen spezialisiert, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine sofortige pflegerische bzw. ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich werden kann

und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können. Dies betrifft insbesondere Personen, die erhebliche Einschränkungen bei der Atmung haben und daher auf Beatmung und engmaschige Überwachung angewiesen sind.

Insgesamt 7,2 Prozent der geprüften Pflegedienste gaben an, mindestens eine Person mit spezieller Krankenbeobachtung (Ziffer 24 der HKP-Richtlinie) zu versorgen. Für 321 Regelprüfungen liegen Angaben darüber vor, wie viele Personen in welchen Versorgungssettings eine spezielle Krankenbeobachtung erhalten haben. Demnach versorgten diese 321 Pflegedienste 1.741 Personen mit einem Bedarf an spezieller Krankenbeobachtung. Nach Angaben der Pflegedienste erfolgte die Versorgung bei den meisten Personen mit 55,9 Prozent in der eigenen Häuslichkeit, mit 41,5 Prozent in einer Wohngemeinschaft und mit 2,6 Prozent im betreuten Wohnen oder in sonstigen Wohnformen.

Tabelle 14:

Versorgungssituation bei spezieller Krankenbeobachtung in geprüften Pflegediensten mit mindestens einer versorgten Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie

Anzahl Pflegedienste mit mindestens einer versorgten Person mit spezieller Krankenbeobachtung *	321	
Versorgte Personen *	1.741	
Ort der Versorgung	Anzahl	in Prozent
in der eigenen Häuslichkeit	973	55,9
in einer Wohngemeinschaft	723	41,5
in betreutem Wohnen	29	1,7
Sonstige Wohnformen	16	0,9

*Regelprüfungen und nach Angaben der Pflegedienste

4.3 Ergebnisse in der ambulanten Pflege

Die vollständigen Ergebnisse der Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten können dem Tabellenanhang entnommen werden. Auf eine kommentierte Ergebnisdarstellung wird im 7. Pflege-Qualitätsbericht aufgrund der im Kapitel 1.1 Vorbemerkungen dargelegten Gründe verzichtet.

4.4 Qualitätsprüfungen in der häuslichen Krankenpflege nach § 275b SGB V

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

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

Nach den Informationen der Medizinischen Dienste haben diese im Jahr 2021 auf der Grundlage von Prüfaufträgen Qualitätsprüfungen bei diesen Leistungserbringern im einstelligen Bereich durchgeführt; eine Qualitätsberichterstattung erscheint hierfür aufgrund der geringen Anzahl nicht sinnvoll.

5

Ausblick



Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen aus dem Jahr 2023 werden gemäß § 114a Absatz 6 SGB XI bis Ende des Jahres 2024 im Rahmen des 8. Pflege-Qualitätsbericht veröffentlicht. Da sich die Situation hinsichtlich der Corona-Pandemie im Jahr 2023 weitgehend normalisiert hat, wird es im 8. Pflege-Qualitätsbericht wieder möglich sein, Aussagen zur Qualitätsentwicklung zu treffen.

5.1 Evaluation des Prüfverfahrens für die vollstationäre Pflege

Qualitätsindikatoren und ein neues Prüfverfahren für die vollstationäre Pflege werden seit Ende 2019 umgesetzt. Gemäß dem gesetzlichen Auftrag aus § 113b Absatz 4 Nummer 5 SGB XI ist die Umsetzung der Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung wissenschaftlich zu evaluieren und den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI sind Vorschläge zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu unterbreiten. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes wird vom Qualitätsausschuss Pflege die Ausschreibung für ein solches Projekt für die vollstationäre Pflege auf den Weg gebracht.

5.2 Neues Prüfverfahren für die Tagespflege

Seit dem Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 die Leistungen der Tagespflege zusätzlich zu ambulanten Sachleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen. Durch diese Maßnahme haben sich Angebot und Nachfrage in der Tagespflege deutlich erhöht. Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes hat sich die Zahl der Tagespflegeplätze seit 2009 vervielfacht (2009: circa 26.000 Plätze, 2021: ca. 96.200) (Statistisches Bundesamt 2011, 2022a).

Zum 1. Januar 2022 ist ein neues Prüfkonzept für die Tagespflege in Kraft getreten (MDS und GKV-Spitzenverband 2021). Das Konzept wurde im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege von Wingenfeld et al. (2018) entwickelt. Dieses Prüfkonzept ist angelehnt an die Systematik für die stationäre Pflege, berücksichtigt aber die Besonderheiten der Tagespflege. Aufgrund der speziellen Rahmenbedingungen in der Tagespflege ist es jedoch nicht möglich, die Indikatoren für die vollstationäre Pflege auf die Tagespflege zu übertragen, so dass für die Tagespflege keine Indikatoren zur Anwendung kommen. Das neue System für

die Tagespflege ermöglicht allerdings analog zur stationären Pflege auf der Grundlage der Prüfergebnisse von Medizinischem Dienst und PKV-Prüfdienst eine Qualitätsberichterstattung für die Verbraucherinnen und Verbraucher. Eine Berichterstattung für die Tagespflege auf Grundlage des neuen Prüfsystems wird im 8. Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes Bund erstmalig möglich sein.

5.3 Neues Prüfverfahren für die ambulanten Pflege

Bei den Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege steht eine weitreichende Veränderung noch bevor. Auch für die ambulante Pflege wurde im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege ein neues Prüfverfahren entwickelt. Die Entwicklung erfolgte durch die Hochschule Osnabrück und das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Das neue Prüfverfahren ist am 31. Dezember 2018 vorgelegt worden (Büscher A et al. 2018). Das Qualitätssystem orientiert sich am neuen stationären System, berücksichtigt jedoch die Besonderheiten des ambulanten Pflegesettings und umfasst eine neue Qualitätsprüfung und Qualitätsdarstellung. Auch für die ambulante Pflege werden im Abschlussbericht keine Indikatoren vorgeschlagen.

Vor der Einführung des neuen Prüfverfahrens hat der Gesetzgeber eine Pilotierung vorgesehen. Die Pilotierung des neuen Prüfverfahrens fand zwischen Juli 2019 und Mai 2020 statt (Haas et al. 2021). Auf der Grundlage der Pilotierungsergebnisse wurde das Prüfkonzept durch die Entwickler angepasst (Büscher et. al 2023). Zudem wurde eine weitere Pilotierung des Prüfkonzeptes für spezialisierte Pflegedienste (außerklinische Intensivpflege, psychiatrische häusliche Krankenpflege) in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse werden Mitte 2024 erwartet, so dass ab diesem Zeitpunkt die abschließenden Grundlagen für ein neues Prüfkonzept in der ambulanten Pflege vorliegen werden. Zur Umsetzung dieses Konzeptes sind die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI anzupassen, neue Qualitätsprüfungs-Richtlinien gemäß §§ 114 ff. SGB XI und schließlich eine neue Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a SGB XI für die ambulante Pflege zu erstellen. Das neue Prüfverfahren wird auch in der ambulanten Pflege neue Impulse für die Qualitätsentwicklung setzen.

5.4 Qualitätsprüfungen in der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege

Mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) wurden die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V überführt. Auf der Grundlage des GKV-IPReG wurden neue Rahmenempfehlungen nach § 132l Absatz 1 Satz 4 SGB V vereinbart, die am 1. Juli 2023 in Kraft getreten sind. Diese Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach § 132l Absatz 5 SGB V zugrunde zu legen. Bis zum 30. Juni 2024 sollen Leistungserbringer neue Versorgungsverträge nach § 132l SGB V mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schließen. Hieraus ergibt sich erneut ein Anpassungsbedarf für die QPR HKP. In Einrichtungen nach § 132a Absatz 4 SGB V und in Einrichtungen nach § 132l Absatz 5 SGB V sind Regelprüfungen durchzuführen, wenn diese keiner Prüfpflicht nach dem SGB XI unterliegen. Neu hingegen ist, dass für Einrichtungen nach § 132l Absatz 5 Nr. 1 (Wohneinheiten mit mindestens zwei Versicherten) oder Nummer 2 SGB V (stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI) durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen auch dann Regelprüfungen zu veranlassen sind, wenn diese einer Regelprüfung nach § 114 SGB XI unterliegen. In diesen Einrichtungen können zukünftig somit jährlich zwei Qualitätsprüfungen durchgeführt werden. Zum 1. Juli 2024 sollen die überarbeiteten Qualitätsprüfungs-Richtlinien als Richtlinien für die häusliche Krankenpflege und die außerklinische Intensivpflege (QPR-HKP und AKI) in Kraft treten.

5.5 Herausforderungen in der Zukunft

Die Corona-Pandemie hat in der Gesellschaft nachhaltige Spuren hinterlassen. Dies gilt im besonderen Maße für die älteren und unterstützungsbedürftigen Menschen, die Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen und die pflegerische Infrastruktur. Die akuten Auswirkungen der Corona-Pandemie sind inzwischen zwar weitgehend überwunden, jedoch sind weitere Herausforderungen zu verzeichnen, die zum Teil bereits vor der Corona-Pandemie bestanden und nun deutlicher zu Tage getreten sind. Zu nennen sind hier an erster Stelle der zunehmende Anteil pflegebedürftiger Personen auf der einen Seite und der Fachkräftemangel auf der anderen Seite. Pflegeheime können heute zum Teil Pflegeplätze nicht belegen, weil ihnen das zur Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner erforderliche Personal fehlt. Ambulante Pflegedienste müssen mitunter die Versorgung von neuen Pflegebedürftigen aus den gleichen Gründen ablehnen.

Zu den Kostensteigerungen durch die vorgenommenen Maßnahmen zur Dämpfung des Personalmangels in der Pflege addieren sich Kostensteigerungen der durch den Krieg Russlands gegen die Ukraine verursachten Inflation sowie Energiekostensteigerungen.

Und auch die klimatischen Veränderungen sind für die Pflege von hoher Relevanz, da diese bei der Gebäudestruktur perspektivisch Adaptionenmaßnahmen erforderlich machen und zu besonderen Anforderungen bei der pflegerischen Versorgung (z. B. Dehydratationsvermeidung) führen.

All dies sind Rahmenbedingungen, die die Qualitätsentwicklung in der Pflege beeinflussen und die es erforderlich machen, über das Qualitätssystem in der Pflege immer wieder neu nachzudenken. Das Ziel muss sein, die Pflege zukunfts-fest zu gestalten, damit sie den Herausforderungen der Zukunft gewachsen ist.

Literatur

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

Büscher A et al. (2023): *Anpassung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a SGB XI in der ambulanten Pflege.* Osnabrück, Bielefeld.

Gaertner B et. al. (2021): *Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review.* In: Journal of Health Monitoring, 4, 2021, S. 1–39.

Haas F et al. (2021): *Pilotierung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a SGB XI in der ambulanten Pflege.* Berlin.

MDS und GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2016): *Qualitätsprüfungs-Richtlinien, Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI. Teil 2 – stationäre Pflege.* Essen, Berlin.

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

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

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

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

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

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

Statistisches Bundesamt (2011): *Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.* Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2022a): *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.* 2021. O.O.

Statistisches Bundesamt (2022b): *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegeheime.* 2021. O.O.

Statistisches Bundesamt (2022c): *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste.* 2021. O.O.

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

Tabellenanhang



Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege 2021

Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

Geprüfte Einrichtungen		6.692	
		Anzahl	in Prozent
E 7.	an der Prüfung Beteiligte*		
	keine	5.645	84,4
	Pflegekasse	4	0,1
	Sozialhilfeträger	0	0,0
	nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	378	5,6
	Gesundheitsamt	17	0,3
	Trägerverband	371	5,5
	sonstige	344	5,1
F 1. – 3.	Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI		
	Regelprüfungen	6.163	92,1
	Anlassprüfungen	426	6,4
	Wiederholungsprüfungen	103	1,5
D 11.	Trägerart		
	privat	2.878	43,0
	freigemeinnützig	3.546	53,0
	öffentlich	225	3,4
	nicht zur ermitteln	43	0,6

*Mehrfachnennungen möglich

Allgemeine Angaben

Anzahl untersuchter Personen		57.934	
		Anzahl	in Prozent
B 4.	Alter		
	bis unter 20 Jahre	138	0,2
	20 bis unter 45 Jahre	425	0,7
	45 bis unter 65 Jahre	3.890	6,7
	65 bis unter 80 Jahre	11.792	20,4
	80 bis unter 90 Jahre	26.285	45,4
	90 Jahre und älter	15.404	26,6
B 10.	Pflegegrad		
	kein Pflegegrad	29	0,1
	Pflegegrad 1	369	0,6
	Pflegegrad 2	11.653	20,1
	Pflegegrad 3	23.051	39,8
	Pflegegrad 4	15.911	27,5
	Pflegegrad 5	6.921	11,9
B 11.	Gruppenzugehörigkeit der versorgten Person		
	Subgruppe A	13.667	23,6
	Subgruppe B	11.850	20,5
	Subgruppe C	12.792	22,1

Anzahl untersuchter Personen		57.934	
		Anzahl	in Prozent
1.2.2	Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme		
	Magensonde	14	0,0
	PEG-Sonde	1.423	2,5
	PEJ-Sonde	56	0,1
1.3	Nutzung von ...		
	Suprapubischem Katheter	1.871	3,2
	Transurethralem Katheter	4.085	7,1
	Inkontinenzprodukten		
	offene	42.126	72,7
	geschlossene	0	0,0
	Stoma	885	1,5
2.3	vorliegende Wunden – untersuchte Personen ...		
	mit Dekubitus	2.105	3,6
	mit Ulcus Cruris	583	1,0
	mit diabetischem Fußsyndrom	144	0,2
	mit sonstigen chronischen Wunden	964	1,7
	mit sonstigen nicht chronischen Wunden	2.122	3,7

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

Anzahl geprüfte versorgte Personen		57.934				
Qualitätsbereich 1 Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung		Kriterium relevant bei	(A) keine Auffälligkeiten	(B) Auffälligkeiten	(C) Defizit mit Risiko	(D) Defizit mit negativer Folge
1.1	Unterstützung im Bereich Mobilität	92,5	74,3	7,2	13,6	5,0
1.2	Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	69,2	84,5	4,2	7,8	3,4
1.3	Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	75,4	85,5	5,4	8,3	0,8
1.4	Unterstützung bei der Körperpflege	97,3	88,3	3,0	6,1	2,6
Qualitätsbereich 2 Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen		Kriterium relevant bei	(A) keine Auffälligkeiten	(B) Auffälligkeiten	(C) Defizit mit Risiko	(D) Defizit mit negativer Folge
2.1	Medikamentöse Therapie	98,3	78,9	3,5	11,1	6,4
2.2	Schmerzmanagement	46,5	79,6	5,3	12,2	2,8
2.3	Wundversorgung	11,1	68,3	2,9	15,8	13,0
2.4	Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen	5,3	88,0	2,0	6,6	3,5
Qualitätsbereich 3 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte		Kriterium relevant bei	(A) keine Auffälligkeiten	(B) Auffälligkeiten	(C) Defizit mit Risiko	(D) Defizit mit negativer Folge
3.1	Unterstützung bei der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung	45,0	89,0	4,6	5,5	0,9
3.2	Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation	76,4	93,0	1,6	3,9	1,5
3.3	Nächtliche Versorgung	68,8	86,9	2,1	8,9	2,1

Anzahl geprüfte versorgte Personen		57.934				
Qualitätsbereich 4 Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen		Kriterium relevant bei	(A) keine Auffällig- keiten	(B) Auffällig- keiten	(C) Defizit mit Risiko	(D) Defizit mit negativer Folge
4.1	Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug	34,7	90,0	1,6	6,7	1,7
4.2	Überleitung bei Krankenhausaufenthalten	17,5	87,7	1,5	8,3	2,5
4.3	Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen	20,3	81,6	3,4	12,9	2,1
4.4	Freiheitsentziehende Maßnahmen	5,7	90,6	1,7	4,9	2,8

Prüfung auf Einrichtungsebene – Qualitätsbereich 5 (Angaben in Prozent)

Geprüfte Einrichtungen		6.692
Qualitätsbereich 5 Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen		Anteil festgestellter Defizite
5.1	Abwehr von Risiken und Gefährdungen	60,1
5.2	Biografieorientierte Unterstützung	18,9
5.3	Einhaltung von Hygieneanforderungen	11,3
5.4	Hilfsmittelversorgung	12,8
5.5	Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit	16,8

Prüfung auf Einrichtungsebene – Qualitätsbereich 6 (Angaben in Prozent)

Geprüfte Einrichtungen		6.692	
Qualitätsbereich 6 Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement		Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
6.1	Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft		
6.1.1	Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung ?	100,0	97,7
6.1.2	Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?	100,0	96,0
6.1.3	Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	100,0	98,6
6.1.4	Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	100,0	95,9
6.1.5	Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?	100,0	95,7
6.1.6	Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?	100,0	89,1
6.1.7	Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen?	100,0	95,6
6.2	Begleitung sterbender Personen und ihrer Angehörigen*		
6.2.1	Liegt ein schriftliches Konzept für die Begleitung sterbender Personen und ihrer Angehörigen vor?	98,7	99,3
6.2.2	Gibt es Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z. B. Palliativdienste, Hospizinitiativen) und namentlich bekannte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Ansprechpartner für solche Einrichtungen?	98,7	84,6
6.2.3	Ist konzeptionell geregelt, dass die Wünsche der versorgten Person und der Angehörigen für den Fall einer gesundheitlichen Krise und des Versterbens erfasst werden?	98,7	95,1
6.2.4	Ist konzeptionell geregelt, dass Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sind und jederzeit verfügbar sind?	98,7	89,3
6.2.5	Ist konzeptionell geregelt, dass im Sterbefall eine direkte Information der Angehörigen entsprechend den von ihnen hinterlegten Wünschen erfolgt?	98,7	94,1

* entfällt bei Prüfungen von solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Geprüfte Einrichtungen		6.692	
Qualitätsbereich 6 Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement		Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
6.3	Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten		
6.3.1	Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	100,0	91,7
6.3.2	Werden Qualitätsdefizite systematisch bewertet und bei Bedarf bearbeitet?	96,8	89,4
6.3.3	Hat die Einrichtung geeignete Maßnahmen eingeleitet, um schlechte Versorgungsergebnisse (Qualitätsindikatoren) zu verbessern?	30,3	91,7
6.3.4	Werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert?	97,8	89,4
6.3.5	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	100,0	94,9

Plausibilitätsprüfung (Angaben in Prozent)

Anzahl geprüfter Einrichtungen	5.403		
	keine Auffälligkeiten	Auffälligkeiten festgestellt	kritischer Bereich
Auffälligkeiten im Erhebungsreport	95,6	3,6	0,8
Angaben zur Mobilität (1.1)	97,1	2,2	0,6
Angaben zu gravierenden Sturzfolgen (1.1)	98,6	1,2	0,2
Angaben zu Gewichtsverlust und zu den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen (1.2)	98,7	1,1	0,3
Angaben zur Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung (1.4)	97,3	2,0	0,7
Angaben zum Thema Schmerz (2.2)	89,4	7,2	3,4
Angaben zur Dekubitusentstehung (2.3)	98,5	1,4	0,1
Angaben zur Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (3.2)	96,5	2,9	0,6
Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2)	97,5	1,9	0,6
Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs (4.1)	98,7	1,2	0,1
Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2)	99,1	0,8	0,1
Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4)	99,5	0,5	0,0
Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4)	98,7	1,1	0,2

Qualitätsprüfungen in der Tagespflege 2021

Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

Geprüfte Einrichtungen		680	
		Anzahl	in Prozent
1.3g	an der Prüfung Beteiligte*		
	keine	646	95,0
	Pflegekasse	0	0,0
	Sozialhilfeträger	0	0,0
	nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	6	0,9
	Gesundheitsamt	0	0,0
	Trägerverband	17	2,5
	sonstige	13	1,9
1.4a – c	Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI		
	Regelprüfungen	666	97,9
	Anlassprüfungen	13	1,9
	Wiederholungsprüfungen	1	0,1
1.2j	Trägerart		
	privat	284	41,8
	freigemeinnützig	385	56,6
	öffentlich	8	1,2
	nicht zur ermitteln	3	0,4
1.2s	Zertifizierung		
	liegt vor	50	7,4
	liegt nicht vor	630	92,6
1.5	Plätze in der vollstationären Pflege (nur Regelprüfungen)		
	vorgehaltene Plätze	11.351	17,0
	belegte Plätze	11.808	17,7

*Mehrfachnennungen möglich

Allgemeine Angaben

Anzahl untersuchter Personen		3.251	
		Anzahl	in Prozent
9.2d	Alter		
	bis unter 20 Jahre	4	0,1
	20 bis unter 45 Jahre	4	0,1
	45 bis unter 65 Jahre	122	3,8
	65 bis unter 80 Jahre	762	23,4
	80 bis unter 90 Jahre	1.755	54,0
	90 Jahre und älter	604	18,6
9.2g	Pflegegrad		
	Pflegegrad 1	15	0,5
	Pflegegrad 2	804	24,7
	Pflegegrad 3	1.096	33,7
	Pflegegrad 4	1.072	33,0
	Pflegegrad 5	264	8,1
9.2h	demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen nach Angaben der Pflegeeinrichtung	1.682	51,7

Behandlungspflege

Anzahl untersuchter Personen		3.251	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
10.1/T22	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	1,7	100,0
10.2/T23	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	12,3	95,0
10.3/T24	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?	21,1	94,9
10.4/T25	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?	7,0	95,6
10.5/T26	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	21,7	97,6
10.6	Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?		
	akute Schmerzen	100,0	6,4
	chronische Schmerzen	100,0	26,1
10.7/T13	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	20,8	92,5
10.8/T14	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	1,0	100,0
10.9/T15	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?	4,9	95,0
10.10/T27	Sind die Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	0,4	92,9
10.11	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?	*0,0	0,0
10.12 vorliegende Wunden – untersuchte Personen ...		Anzahl	in Prozent
	mit Dekubitus	11	0,3
	mit Ulcus Cruris	3	0,1
	mit diabetischem Fußsyndrom	1	0,0
	mit sonstigen chronischen Wunden	5	0,2
	mit sonstigen nicht chronischen Wunden	3	0,1

*Das Kriterium betraf in einigen Fällen eine so geringe Zahl an Personen, dass deren Anteil aufgrund der Rundung auf eine Nachkommastelle mit 0,0 ausgewiesen wird

Anzahl untersuchter Personen		3.251	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
10.14/T3	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?	0,1	100,0
10.15/T5	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	0,1	50,0
10.16/T4	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?	0,1	50,0
10.17/T6	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?	0,1	50,0

Mobilität (Angaben in Prozent)

Anzahl untersuchter Personen		3.251	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
11.3	Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	100,0	64,7
11.4/T18	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	100,0	98,7
11.5/T19	Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	64,2	98,4
11.6	Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	100,0	11,1
11.7/T1	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?	100,0	99,0
11.8/T2	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	11,1	94,8

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Anzahl untersuchter Personen		3.251	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
12.1d	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten		
	zugenommen	252	7,8
	konstant	858	26,4
	relevante Abnahme	48	1,5
	kann nicht ermittelt werden	2.093	64,4
12.2a	Der Bewohner ist versorgt mit ...		
	Magensonde	0	0,0
	PEG-Sonde	11	0,3
	PEJ-Sonde	0	0,0
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
(Angaben in Prozent)			
12.3	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	100,0	30,7
12.4	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	100,0	33,8
12.5/T7	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	100,0	99,4
12.6/T10	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	100,0	99,5
12.7/T8	Werden bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	29,8	98,9
12.8/T11	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	33,1	99,0
12.9/T9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	100,0	99,9
12.10/T12	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	100,0	100,0
12.11/T28	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?	0,2	100,0

Harninkontinenz

Anzahl untersuchter Personen		3.251	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
13.1	Der Bewohner ist versorgt mit ...		
	13.1a Suprapubischem Katheter	78	2,4
	13.1b Transurethralem Katheter	82	2,5
	13.1c Inkontinenzprodukten	1.665	51,2
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
(Angaben in Prozent)			
13.2	Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	100,0	35,4
13.3/T16	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheeter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?	41,0	98,4
13.4/T17	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheeter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	34,9	98,8

Umgang mit Demenz (Angaben in Prozent)

Anzahl untersuchter Personen		3.251	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
14.1	Orientierung und Kommunikation		
	14.1a Sinnvolles Gespräch möglich	100,0	81,2
	14.1b nonverbale Kommunikation möglich	100,0	98,8
	14.1c Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	100,0	48,6
14.2/T33	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	50,9	99,4
14.3/T34	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?	45,9	99,9
14.4/T35	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	51,0	100,0
14.5/T40	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	50,9	99,6
14.6/T36	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	50,9	98,9

Körperpflege (Angaben in Prozent)

Anzahl untersuchter Personen		3.251	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
15.2/T29	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	5,6	100,0
15.4/T30	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	1,9	100,0

Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität (Angaben in Prozent)

Anzahl untersuchter Personen		3.251	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?	100,0	99,4
16.2/T21	Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	0,3	77,8
16.3/T20	Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?	0,2	75,0
16.4/T31	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	100,0	100,0
16.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	100,0	99,7
16.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	6,2	97,0

Struktur der befragten Tagespflegegäste

Anzahl befragter Personen		2.134	
		Anzahl	in Prozent
18.2d	Alter		
	bis unter 20 Jahre	5	0,2
	20 bis unter 45 Jahre	3	0,1
	45 bis unter 65 Jahre	75	3,5
	65 bis unter 80 Jahre	489	22,9
	80 bis unter 90 Jahre	1.160	54,4
	90 Jahre und älter	402	18,8
18.2e	Pflegegrad		
	Pflegegrad 1	13	0,6
	Pflegegrad 2	626	29,3
	Pflegegrad 3	782	36,6
	Pflegegrad 4	625	29,3
	Pflegegrad 5	88	4,1
18.2f	demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen nach Angaben der Pflegeeinrichtung	903	42,3

Befragung der Tagespflegegäste (Angaben in Prozent)

Anzahl befragter Personen		2.134					
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon beantwortet von	immer	häufig	gelegentlich	nie
18.3/T67	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?	100,0	99,7	99,6	0,4	0,0	0,0
18.4/T68	Nehmen sich die Mitarbeiter ausreichend Zeit für Sie?	99,3	92,2	98,9	1,0	0,2	0,0
18.5/T60	Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?	87,7	79,0	99,7	0,2	0,0	0,1
18.6/T61	Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?	100,0	7,3	98,7	0,0	1,3	0,0

Anzahl befragter Personen		2.134					
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon beantwortet von	immer	häufig	gelegentlich	nie
18.7/T62	Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	8,0	34,1	100,0	0,0	0,0	0,0
18.8/T63	Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?	7,3	37,8	100,0	0,0	0,0	0,0
18.9/T69	Fragen die Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	4,3	24,2	100,0	0,0	0,0	0,0
18.10/T70	Schmeckt Ihnen das Essen ?	99,7	98,5	92,2	6,2	1,3	0,3
18.11/T66	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?	95,2	78,0	94,9	0,9	0,3	3,9
18.12/T71	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?	99,6	88,6	99,4	0,6	0,1	0,0
18.13/T72	Bekommen Sie jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?	99,4	92,9	99,8	0,1	0,1	0,1
18.14/T73	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?	99,8	92,2	97,1	2,2	0,6	0,1
18.15/T74	Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht?	99,3	93,0	99,7	0,2	0,1	0,0
18.16/T75	Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können?	85,1	84,9	99,5	0,3	0,1	0,1
18.17/T76	Können Sie jederzeit Besuch empfangen, wann Sie wollen?	42,6	45,7	99,8	0,0	0,0	0,2
18.18/T85	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?	100,0	75,8	99,7	0,3	0,0	0,0
18.19/T77	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?	3,6	6,5	100,0	0,0	0,0	0,0
18.20/T64	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?	14,2	20,7	76,2	9,5	4,8	9,5

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege 2021

Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

Geprüfte Einrichtungen		4.441	
		Anzahl	in Prozent
1.3g	an der Prüfung Beteiligte*		
	keine	4.166	93,8
	Pflegekasse	2	0,0
	Sozialhilfeträger	4	0,1
	Gesundheitsamt	1	0,0
	Trägerverband	90	2,0
	sonstige	183	4,1
1.4a – c:	Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI		
	Regelprüfungen	4.004	90,2
	Anlassprüfungen	410	9,2
	Wiederholungsprüfungen	27	0,6
1.2j	Trägerart		
	privat	2.978	67,1
	freigemeinnützig	1.411	31,8
	öffentlich	34	0,8
	nicht zur ermitteln	18	0,4
1.2s:	Zertifizierung		
	liegt vor	150	3,4
	liegt nicht vor	4.291	96,6
1.2w:	Wird mindestens bei einer versorgten Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie durch den Pflegedienst erbracht?		
	ja	321	7,2
	nein	4.120	92,8

*Mehrfachnennungen möglich

Geprüfte Einrichtungen		4.441	
		Anzahl	in Prozent
1.5:	Versorgte Personen (nur Regelprüfungen)	479.024	
	davon Leistungsempfänger nach:		
	ausschließlich SGB XI	94.684	19,8
	ausschließlich SGB V	127.972	26,7
	SGB XI und SGB V	127.527	26,6
	sonstige	128.841	26,9

Allgemeine Angaben (Angaben in Prozent)

Geprüfte Einrichtungen		4.441	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
2.2/T27	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?	100,0	97,8
2.3/T26	Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?	100,0	97,1

Aufbauorganisation Personal (Angaben in Prozent)

Geprüfte Einrichtungen		4.441	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
3.1	Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?		
3.1b/T32	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?	100,0	97,6
3.1g/T33	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?	79,7	94,7

Ablauforganisation (Angaben in Prozent)

Geprüfte Einrichtungen		4.441	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
4.1	Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?		
	4.1a Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt	100,0	96,9
	4.1b personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt	100,0	98,3
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	88,6	84,3
4.4	Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?		
	4.4a dokumentenecht	100,0	96,3
	4.4b Soll-, Ist- und Ausfallzeiten	100,0	95,5
	4.4c Zeitpunkt der Gültigkeit	100,0	98,9
	4.4d vollständige Namen	100,0	97,5
	4.4e Qualifikation	100,0	93,4
	4.4f Umfang des Beschäftigungsverhältnisses	100,0	95,2
	4.4g Legende für Dienst- und Arbeitszeiten	100,0	96,2
	4.4h Datum	100,0	97,2
	4.4i Unterschrift der verantwortlichen Person	100,0	94,9
4.5	Liegen geeignete Einsatz-/Tourenpläne vor?		
	4.5a Datum der Gültigkeit	100,0	97,7
	4.5b tageszeitliche Zuordnung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu versorgten Personen	100,0	96,9
	4.5c Angabe der verantwortlichen Person	100,0	97,0
4.6/T34	Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?	100,0	95,4

Qualitätsmanagement (Angaben in Prozent)

Geprüfte Einrichtungen		4.441	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
5.1	Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?	100,0	93,8
5.2	Setzt der ambulante Pflegedienst die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?		
5.2a	Dekubitusprophylaxe	46,1	82,1
5.2b	Pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz	10,6	71,2
5.2c	Pflegerisches Schmerzmanagement – Chronischer Schmerz	21,9	75,2
5.2d	Sturzprophylaxe	50,7	84,0
5.2e	Kontinenzförderung	28,9	79,5
5.2f	Chronische Wunden	28,0	79,7
5.2g	Ernährungsmanagement	19,5	77,8
5.3	Liegt im Pflegedienst eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?		
5.3a	aktuell (umfasst alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die seit mehr als einer Woche beschäftigt sind)	100,0	93,7
5.3b	Nennung der Qualifikation	100,0	95,1
5.3c	Vor- und Zunamen	100,0	98,2
5.3d	Handzeichen übereinstimmend	100,0	94,7
5.4/T31	Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?	100,0	90,3
5.6/T29	Werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	100,0	86,3
5.7/T28	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?	100,0	97,3
5.8/T30	Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?	100,0	97,7

Hygiene (Angaben in Prozent)

Geprüfte Einrichtungen		4.441	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
6.1	Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement		
	6.1a Innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	100,0	94,9
	6.1b Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	100,0	96,7
	6.1c Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	100,0	86,7
	6.1d Innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt	100,0	91,8
	6.1e Alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	100,0	98,0
6.2	Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Institutes nachweislich bekannt?		
	6.2a Empfehlung zur Händehygiene bekannt	100,0	87,7
	6.2b Empfehlung zur Prävention und Kontrolle katheterassoziierter Harnwegsinfektionen bekannt	100,0	86,1
	6.2c Empfehlung zur Prävention der nosokomialen beatmungsassozierten Pneumonie bekannt	16,4	88,7
	6.2d Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen bekannt	100,0	87,1
	6.2e Empfehlung zur Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen	100,0	80,9
6.3	Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?		
	6.3a Handschuhe	100,0	99,8
	6.3b Händedesinfektionsmittel	100,0	99,6
	6.3c Schutzkleidung	100,0	99,2
6.4	Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	100,0	89,4

Angaben zur Prüfung und zum ambulanten Pflegedienst bei spezieller Krankenbeobachtung

geprüfte Pflegedienste, die mindestens eine Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie versorgen		321	
7.1.1	Versorgungssituation bei spezieller Krankenbeobachtung		
versorgte Personen mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie (nur Regelprüfungen)		1.741	
davon:		Anzahl	in Prozent
in der eigenen Häuslichkeit		973	55,9
in einer Wohngemeinschaft		723	41,5
in betreutem Wohnen		29	1,7
sonstige Wohnformen		16	0,9

Anforderungen an die Aufbauorganisation Personal bei spezieller Krankenbeobachtung

(Angaben in Prozent)

geprüfte Pflegedienste, die mindestens eine Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie versorgen		321	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
7.2.1	Die für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen verantwortliche Pflegefachkraft verfügt über folgende Qualifikationen:		
7.2.1a	Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger	89,7	97,6
7.2.1b	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut oder 2. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie-/ Intensivpflege oder 3. einschlägige Berufserfahrung über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder 4. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie oder 5. einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege über mindestens zwei Jahre hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre 6. sind die Voraussetzungen nach 3. oder 5. gegeben: Zusatzqualifikation (mind. 200 Zeitstunden, deren theoretische Inhalte sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften orientieren und die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) berücksichtigen, z. B. „Pflegeexpertin bzw. Pflegeexperte für außerklinische Beatmung“ / „Pflegeexpertin bzw. Pflegeexperte für pädiatrische außerklinische Intensivpflege“ 	88,2	90,5
7.2.2	Erfüllt in Fällen einer vorübergehenden Verhinderung der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. Fachbereichsleitung für die Versorgung von beatmungspflichtigen Personen die Stellvertretung die Anforderungen der Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 SGB V?	52,6	86,4
7.2.3	Die für die Versorgung von nichtbeatmungspflichtigen Personen verantwortliche Pflegefachkraft ist Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger?	60,4	96,4

geprüfte Pflegedienste, die mindestens eine Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie versorgen		321	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
7.2.4	Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei beatmeten versorgten Personen durchführen, verfügen über folgende Qualifikationen:		
7.2.4a	Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger	87,9	94,0
7.2.4b	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atmungstherapeutin bzw. Atmungstherapeut oder 2. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege oder 3. einschlägige Berufserfahrung im Beatmungsbereich über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahren oder 4. Fachgesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Fachgesundheits- und Krankenpfleger für pädiatrische Intensivpflege/Anästhesie oder 5. einschlägige Berufserfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege über mindestens ein Jahr hauptberuflich (mind. 19,25 Wochenstunden) innerhalb der letzten fünf Jahre oder 6. Zusatzqualifikation (mind. 120 Zeitstunden, deren theoretische Inhalte sich curricular an Weiterbildungen von Fachgesellschaften orientieren und die Besonderheiten für alle Altersgruppen (Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie) berücksichtigen, z. B. „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ / „Pflegefachkraft für außerklinische pädiatrische Beatmung“. 	87,9	77,0
7.2.4c	Neu eingesetzte Pflegefachkräfte ohne einschlägige Berufserfahrung sind zum Zeitpunkt der erstmaligen Übernahme der eigenverantwortlichen fachpflegerischen Versorgung bei einer Qualifizierungsmaßnahme angemeldet und wurden nicht länger als sechs Monate ohne Zusatzqualifikation eingesetzt	60,4	70,1
7.2.5	Die Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fachpflegerische Versorgung bei nichtbeatmeten versorgten Personen durchführen, sind Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin bzw. Altenpfleger?	82,2	92,8

Anforderungen an die Ablauforganisation bei spezieller Krankenbeobachtung

(Angaben in Prozent)

geprüfte Pflegedienste, die mindestens eine Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie versorgen		321	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
7.3.1	Sind geeignete Regelungen für ein Übernahmemanagement vorhanden?	100,0	73,5
7.3.2	Ist die pflegefachliche Begleitung der Mitarbeiter bei Übernahme einer Person mit spezieller Krankenbeobachtung geregelt und wird diese Regelung nachvollziehbar umgesetzt?		
	7.3.2a Regelung liegt vor	100,0	59,2
	7.3.2b Regelung umgesetzt	72,0	56,3

Anforderungen an das Qualitätsmanagement bei spezieller Krankenbeobachtung

(Angaben in Prozent)

geprüfte Pflegedienste, die mindestens eine Person mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie versorgen		321	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
7.4.1	Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?		
	7.4.1a Zielvorgaben im Konzept	100,0	88,2
	7.4.1b zeitliche Vorgaben im Konzept	100,0	86,6
	7.4.1c inhaltliche Vorgaben im Konzept	100,0	87,9
	7.4.1d Pflegefachkraft als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Konzept benannt	100,0	88,8
	7.4.1e Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Konzept	100,0	80,7
	7.4.1f Einarbeitungsbeurteilung im Konzept	100,0	86,9
	7.4.1g Konzept angewandt	95,3	79,7
7.4.2	Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen zum Notfallmanagement?	100,0	75,4
7.4.3	Bestehen Regelungen die sicherstellen, dass alle an spezifischen Medizinprodukten eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in deren Anwendung eingewiesen sind?	91,9	72,2
7.4.4	Hat jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter, die oder der im Bereich der Versorgung von beatmungspflichtigen Personen tätig ist, im vergangenen Kalenderjahr an einer spezifischen Fortbildung teilgenommen?	84,4	69,7

Allgemeine Angaben

Anzahl untersuchter Personen		29.174	
		Anzahl	in Prozent
8.2c	Alter		
	bis unter 20 Jahre	92	0,3
	20 bis unter 45 Jahre	201	0,7
	45 bis unter 65 Jahre	1.738	6,0
	65 bis unter 80 Jahre	6.155	21,1
	80 bis unter 90 Jahre	14.435	49,5
	90 Jahre und älter	6.553	22,5
8.2f	Pflegegrad		
	kein Pflegegrad	345	1,2
	Pflegegrad 1	87	0,3
	Pflegegrad 2	11.161	38,3
	Pflegegrad 3	10.791	37,0
	Pflegegrad 4	4.829	16,6
	Pflegegrad 5	1.961	6,7
8.2g:	ärztlich diagnostizierte gerontopsychiatrische Diagnose vorliegend	4.796	16,4
8.3	Orientierung und Kommunikation		
	Sinnvolles Gespräch möglich	25.281	86,7
	nonverbale Kommunikation möglich	28.340	97,1
	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	21.434	73,5

Behandlungspflege

Anzahl untersuchter Personen		20.925	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
9.1/T25	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar?	17,3	82,1
9.2	Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen?	0,1	76,2
9.3	Erfolgt die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes sachgerecht?	*0,0	75,0
9.4	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv/invasiv beatmeten Personen erfüllt?	*0,0	100,0
9.5	Werden bei beatmungspflichtigen Personen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?	*0,0	100,0
9.6	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	0,2	90,7
9.7/T21	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	0,4	92,0
9.8/T22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	6,8	95,0
9.9	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	0,2	96,1
9.10	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	0,4	94,1
9.11	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	*0,0	100,0
9.12	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	0,2	89,2
9.13	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	*0,0	100,0
9.14	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	–	–
9.15	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	*0,0	66,7
9.16/T19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	50,0	90,7

*Das Kriterium betraf in einigen Fällen eine so geringe Zahl an Personen, dass deren Anteil aufgrund der Rundung auf eine Nachkommastelle mit 0,0 ausgewiesen wird

Anzahl untersuchter Personen		20.925	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
9.17/T20	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	13,8	80,8
9.18	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	1,9	81,3
9.19/T23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	15,3	91,2
9.20	Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	0,1	100,0
9.21	Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen?	0,2	100,0
9.22	Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?		
	akute Schmerzen	100,0	2,7
	chronische Schmerzen	100,0	47,6
9.23	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerischen Schmerzmanagement?	20,1	71,2
9.24	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	0,3	58,6
9.25	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?	0,1	95,0
9.26	vorliegende Wunden – untersuchte Personen ...	Anzahl	in Prozent
	mit Dekubitus	886	4,2
	mit Ulcus Cruris	143	0,7
	mit diabetischem Fußsyndrom	711	3,4
	mit sonstigen chronischen Wunden	337	1,6
	mit sonstigen nicht chronischen Wunden	632	3,0

Anzahl untersuchter Personen		20.925	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
9.28	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?	12,3	93,1
9.29/T18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden/des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	12,5	82,1
9.30	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	12,5	83,5
9.31	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	12,0	91,0
9.32/T24	Sind Kompressionsstrümpfen/-verbände sachgerecht angelegt?	41,5	93,4
9.33	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?	*0,0	85,7
9.34	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	13,0	32,8
9.35	Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	9,7	12,2
9.36	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten?		
9.36a	Sturzrisiko	1,6	86,0
9.36b	Dekubitusrisiko	0,8	87,1
9.36c	Ernährungs- und Flüssigkeitsrisiko	0,5	91,7
9.36d	Inkontinenz	0,4	81,0
9.36e	Demenz	0,1	81,8
9.36f	Körperpflege	0,5	92,0

*Das Kriterium betraf in einigen Fällen eine so geringe Zahl an Personen, dass deren Anteil aufgrund der Rundung auf eine Nachkommastelle mit 0,0 ausgewiesen wird

Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung

Anzahl untersuchter Personen		595	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
10.3	Ist in der eigenen Häuslichkeit für den verordneten Zeitraum der speziellen Krankenbeobachtung ständig eine Pflegefachkraft anwesend?	54,5	91,4
10.4	Entspricht der Einsatz des Personals bei der versorgten Person in der Wohngemeinschaft den vertraglichen Vereinbarungen?	51,1	81,9
10.5	Verfügen alle Pflegefachkräfte, die eigenverantwortlich die fach-pflegerische Versorgung bei beatmeten versorgten Personen durchführen über eine entsprechende Zusatzqualifikation?	39,5	80,0
10.6	Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der nicht beatmeten Person mit Trachealkanüle die Ärztin oder der Arzt informiert?	14,3	90,6
10.7	Wird bei Vorliegen von Hinweisen auf eine klinische Verbesserung bei der beatmeten Person ein in der außerklinischen Beatmung erfahrene Ärztin oder erfahrener Arzt, das Beatmungs-/Weaningzentrum oder ein Krankenhaus informiert?	6,7	85,0
10.8/T25	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt nachvollziehbar?	79,0	83,4
10.9	Wird die spezielle Krankenbeobachtung sachgerecht durchgeführt?	97,8	78,5
10.10	Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?	38,0	74,8
10.11	Sind besondere Anforderungen an die Geräteausstattungen bei nicht invasiv / invasiv beatmeten Personen erfüllt?	38,7	92,2
10.12	Wird mit der Sauerstoffversorgung sachgerecht umgegangen?	64,4	84,3
10.13	Werden die notwendigen Maßnahmen aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) bei der versorgten Person vor Ort umgesetzt?	45,7	73,9
10.14	Ist in der Wohngemeinschaft sichergestellt, dass Alarmer jederzeit wahrgenommen werden können?	56,5	90,2
10.15	Wird mit dem Absaugen von versorgten Personen sachgerecht umgegangen?	93,1	86,6
10.16	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	3,5	81,0

Anzahl untersuchter Personen		595	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
10.17/T21	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	69,7	90,6
10.18/T22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	21,2	93,7
10.19	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	2,7	93,8
10.20	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	5,2	93,5
10.21	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	37,6	92,9
10.22	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	83,9	85,4
10.23	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	–	–
10.24	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	–	–
10.25	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	0,5	100,0
10.26/T19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	96,8	83,5
10.27/T20	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Verordnung?	90,3	78,2
10.28	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	5,0	83,3
10.29/T23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen die Ärztin oder der Arzt informiert?	26,9	91,9
10.30	Wird mit i. v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	0,5	100,0
10.31	Wird mit s. c. Infusionen sachgerecht umgegangen?	1,0	100,0
10.32	Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen?		
	akute Schmerzen	100,0	2,7
	chronische Schmerzen	100,0	29,4

Anzahl untersuchter Personen		595	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
10.33	Erhält die versorgte Person bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	36,3	76,4
10.34	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?	89,2	80,8
10.35	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?	0,3	100,0
10.36	vorliegende Wunden – untersuchte Personen ...	Anzahl	in Prozent
	mit Dekubitus	51	8,6
	mit Ulcus Cruris	58	9,7
	mit diabetischem Fußsyndrom	0	0,0
	mit sonstigen chronischen Wunden	16	2,7
	mit sonstigen nicht chronischen Wunden	15	2,5
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
10.38	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?	10,8	89,1
10.39/T18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden/des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	10,8	78,1
10.40	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	10,9	80,0
10.41	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?	10,1	86,7

Anzahl untersuchter Personen		595	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
10.42/T24	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	5,4	84,4
10.43	Wird mit der Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen?	0,3	100,0
10.44	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	4,7	89,3
10.45	Kann der Pflegedokumentation situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	1,5	100,0
10.46	Gibt es ein individuell angepasstes Notfallmanagement unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorgaben?	97,5	74,8
10.47	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten?		
	10.47a Sturzrisiko	0,5	100,0
	10.47b Dekubitusrisiko	1,7	80,0
	10.47c Ernährungs- und Flüssigkeitsrisiko	1,5	88,9
	10.47d Inkontinenz	1,3	100,0
	10.47e Demenz	-	-
	10.47f Körperpflege	0,7	100,0
10.48	Wenn ausnahmsweise vorübergehend neu eingesetzte Pflegefachkräfte ohne Berufserfahrung und Zusatzqualifikation gemäß Prüffrage 7.2.4c. bei beatmeten Personen eingesetzt werden:		
	10.48a Einsatz von max. einer Pflegefachkraft ohne Berufserfahrung und Zusatzqualifikation in einem Pflorgeteam	14,6	65,5
	10.48b Einsatz über max. sechs Monate	14,6	73,6

Mobilität (Angaben in Prozent)

Anzahl untersuchter Personen		27.358	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
11.3/T14	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?	91,6	92,6
11.4	Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	100,0	74,8
11.5	Werden bei versorgten Personen mit einem erhöhten Sturzrisiko versorgte Personen/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten?	74,0	86,3
11.6	Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	100,0	25,8
11.7	Werden versorgte Personen/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z. B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?	24,2	77,4
11.8/T12	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dies dann erfasst?	26,3	81,2
11.9/T13	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?	10,1	80,8

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Anzahl untersuchter Personen		27.358	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
12.1d	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten		
	zugenommen	972	3,6
	konstant	5.028	18,4
	relevante Abnahme	412	1,5
	kann nicht ermittelt werden	20.681	75,6
12.2a	Der Pflegebedürftige ist versorgt mit...		
	Magensonde	8	0,0
	PEG-Sonde	772	2,8
	PEJ-Sonde	42	0,2

Anzahl untersuchter Personen		27.358	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
		(Angaben in Prozent)	
12.3	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	100,0	38,5
12.4	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	100,0	33,4
12.5/T6	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigerigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?	17,3	84,9
12.6/T5	Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	9,8	85,5
12.7/T4	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	7,3	84,7
12.8/T9	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. seine Angehörigerigen im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?	17,6	83,2
12.9/T8	Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	11,6	85,2
12.10/T7	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?	7,8	83,5
12.11/T3	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	11,0	87,6

Ausscheidung

Anzahl untersuchter Personen		27.358	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
13.1	Der Bewohner ist versorgt mit ...		
	13.1a Suprapubischem Katheter	1.094	4,0
	13.1b Transurethralem Katheter	1.523	5,6
	13.1c Inkontinenzprodukten	16.893	61,7
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
(Angaben in Prozent)			
13.2	Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbstständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	100,0	49,1
13.3	Werden versorgte Personen/Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?	37,1	81,2
13.4/T10	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	38,2	85,7
13.5/T11	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?	38,3	89,4

Umgang mit Demenz (Angaben in Prozent)

Anzahl untersuchter Personen		27.358	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
14.1	Werden versorgte Personen/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?	13,2	76,8
14.2/T15	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?	16,5	91,0
14.3/T16	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?	13,3	79,7

Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität (Angaben in Prozent)

Anzahl untersuchter Personen		27.358	
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon Kriterium erfüllt
15.3/T1	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	98,8	93,0
15.4/T2	Ist die Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?	98,6	98,7
15.5/T17	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?	46,4	90,7
15.6	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	100,0	93,7
15.7	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	24,0	86,2

Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI

Anzahl untersuchter Personen		27.162	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.1.1	Liegt für den geprüften Abrechnungszeitraum ein gültiger Pflegevertrag vor?		
	ja	25.438	93,7
	nein	1.724	6,3
16.1.3	Anzahl Personen, bei denen Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden	26.154	96,3
16.1.5	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?		
	ja	24.596	94,0
	nein	1.511	5,8
	trifft nicht zu	47	0,2
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Leistung gar nicht erbracht	178	11,8
	Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht	172	11,4
	Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht	274	18,1
	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein	574	38,0
	Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein	284	18,8
	Fehlende Handzeichen	47	3,1
	Sonstiges	177	11,7

*Mehrfachnennungen möglich

Anzahl untersuchter Personen		27.162	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.1.6	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten körperbezogenen Pflegemaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?		
	ja	24.621	94,1
	nein	1.296	5,0
	trifft nicht zu	237	0,9
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Abrechnungsausschlüsse missachtet	105	8,1
	Leistung nicht vollständig erbracht	318	24,5
	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten missachtet	168	13,0
	Qualifikationsanforderungen unterlaufen	218	16,8
	Sonstiges	503	38,8
16.1.8	Anzahl Personen, bei denen Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden	4.405	16,2

*Mehrfachnennungen möglich

Anzahl untersuchter Personen		27.162	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.1.10	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?		
	ja	4.093	92,9
	nein	285	6,5
	trifft nicht zu	27	0,6
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Leistung gar nicht erbracht	25	8,8
	Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht	27	9,5
	Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht	15	5,3
	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein	76	26,7
	Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein	69	24,2
	Fehlende Handzeichen	6	2,1
	Sonstiges	141	49,5

*Mehrfachnennungen möglich

Anzahl untersuchter Personen		27.162	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.1.11	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?		
	ja	4.096	93,0
	nein	249	5,7
	trifft nicht zu	60	1,4
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Abrechnungsausschlüsse missachtet	29	11,2
	Leistung nicht vollständig erbracht	34	13,3
	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten missachtet	14	5,6
	Qualifikationsanforderungen unterlaufen	6	2,4
	Sonstiges	181	52,2
16.1.13	Anzahl Personen, bei denen Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden	9.642	35,5

*Mehrfachnennungen möglich

Anzahl untersuchter Personen		27.162	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.1.15	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?		
	ja	9.191	95,3
	nein	413	4,3
	trifft nicht zu	38	0,4
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Leistung gar nicht erbracht	24	5,8
	Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht	46	11,1
	Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht	9	2,2
	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein	216	52,3
	Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein	61	14,8
	Fehlende Handzeichen	18	4,4
	Sonstiges	51	12,3
16.1.16	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten Hilfen bei der Haushaltsführung im geprüften Abrechnungszeitraum vertragskonform in Rechnung gestellt worden sind?		
	ja	9.220	95,6
	nein	323	3,3
	trifft nicht zu	99	1,0
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Abrechnungsausschlüsse missachtet	41	12,7
	Leistung nicht vollständig erbracht	34	10,5
	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten missachtet	62	19,2
	Qualifikationsanforderungen unterlaufen	11	3,4
	Sonstiges	187	57,9

*Mehrfachnennungen möglich

Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

Anzahl untersuchter Personen		29.149	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.2.1	Welche Leistungen nach § 37 Absatz 1, Absatz 1a und Absatz 2 SGB V sind für den geprüften Abrechnungszeitraum verordnet und genehmigt worden?*		
	keine	8.086	27,7
	Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit	5	0,0
	Ausscheidungen	1	0,0
	Ernährung	1	0,0
	Körperpflege	2	0,0
	Hauswirtschaftliche Versorgung	3	0,0
	Absaugen	27	0,1
	Anleitung bei der Behandlungspflege	0	0,0
	Beatmungsgerät, Bedienung/Überwachung	7	0,0
	Blasenspülung	30	0,1
	Blutdruckmessung	103	0,4
	Blutzuckermessung	1.363	4,7
	Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung	45	0,2
	Drainagen, Überprüfen, Versorgen	23	0,1
	Einlauf/Klistier/Klysma und digitale Enddarmausräumung	65	0,2
	Flüssigkeitsbilanzierung	16	0,1
	Infusionen, i.v.	19	0,1
	Infusionen, s.c.	48	0,2
	Inhalation	49	0,2
	Injektionen	2.740	9,4
	Injektionen, Richten von	457	1,6
	Instillation	15	0,1

Anzahl untersuchter Personen		29.149	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
	Kälteträger, Auflegen von	1	0,0
	Katheter, Versorgung eines suprapubischen	166	0,6
	Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins	540	1,9
	Krankenbeobachtung, spezielle	497	1,7
	Magensonde, Legen und Wechseln	79	0,3
	Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Installationen, Inhalationen)	11.183	38,4
	Durchführung der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose	1.601	5,5
	Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei	201	0,7
	Psychiatrische Krankenpflege	34	0,1
	Stomabehandlung	25	0,1
	Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der Kanüle	65	0,2
	Venenkatheter, Pflege des zentralen	18	0,1
	Wundversorgung einer akuten Wunde	776	2,7
	Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	2.029	7,0
	An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes	7.320	25,1
	An- und Ablegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden zur unterstützenden Funktionssicherung der Gelenke z. B. bei Distorsion, Kontusion, Erguss	1.395	4,8

*Mehrfachnennungen möglich

Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

Anzahl untersuchter Personen		29.149	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
	Anzahl Personen, bei denen Leistungen nach § 37 Absatz 1, Absatz 1a und Absatz 2 SGB V für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden	14.906	51,1
16.2.3	Kann nachvollzogen werden, dass die in Rechnung gestellten behandlungspflegerischen Maßnahmen im geprüften Abrechnungszeitraum erbracht worden sind?		
	ja	14.146	94,9
	nein	642	4,3
	trifft nicht zu	118	0,8
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Leistung gar nicht erbracht	50	7,8
	Leistung häufiger in Rechnung gestellt, als erbracht	81	12,6
	Andere (ggf. teurere) Leistungen in Rechnung gestellt, als erbracht	24	3,7
	Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplan, Dienstplan stimmen nicht überein	415	64,6
	Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen stimmen nicht überein	33	5,1
	Fehlende Handzeichen	24	3,7
	Sonstiges	76	11,8

*Mehrfachnennungen möglich

Anzahl untersuchter Personen		29.149	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
16.2.4	Kann nachvollzogen werden, dass die erbrachten behandlungspflegerischen Maßnahmen vertragskonform und gemäß den HKP-Richtlinien in Rechnung gestellt worden sind und erforderlich waren?		
	ja	13.638	91,5
	nein	961	6,4
	trifft nicht zu	307	2,1
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Abrechnungsausschlüsse missachtet	29	3,0
	Leistung nicht vollständig erbracht	65	6,8
	Regelungen zu Hausbesuchspauschalen / Fahrtkosten missachtet	97	10,1
	Abschlagsregelungen bei zeitgleicher Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in einem Hausbesuch missachtet	21	2,2
	Qualifikationsanforderungen unterlaufen	547	56,9
	Leistung war nicht erforderlich	33	3,4
	Sonstiges	179	18,6

*Mehrfachnennungen möglich

Abrechnungsprüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V

Anzahl untersuchter Personen		29.149	
Frage	Kriterium	Anzahl	in Prozent
	Anzahl Personen, bei denen Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Absatz 1, Absatz 1a SGB V für den geprüften Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden	10	0,0
16.2.6	Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Absatz 1, Absatz 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind?		
	ja	5	50,0
	nein	0	0,0
	trifft nicht zu	5	50,0
	nicht nachvollziehbar, weil:*		
	Grundpflege nicht nachvollziehbar erbracht	0	0,0
	Grundpflege nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht	0	0,0
	Grundpflege parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht	0	0,0
	Hauswirtschaftliche Versorgung nicht nachvollziehbar erbracht	0	0,0
	Hauswirtschaftliche Versorgung nicht vertragskonform oder nicht gemäß HKP-Richtlinien erbracht	0	0,0
	Hauswirtschaftliche Versorgung parallel zu Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht	0	0,0
	Sonstiges	0	0,0

*Mehrfachnennungen möglich

Auffälligkeiten bei Abrechnungsprüfungen bei ambulanten Qualitätsprüfungen 2021

Geprüfte Pflegedienste	4.441	
Untersuchte Personen	29.149	
Anzahl Auffälligkeiten SGB XI + SGB V	Anzahl	in Prozent
0	2.402	54,1
1–5	1.146	25,8
6–10	507	11,4
> 10	386	8,7

Zufriedenheit des Leistungsbeziehers (Angaben in Prozent)

Anzahl befragter Personen		25.426					
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon beantwortet von	immer	häufig	gelegentlich	nie
18.1/T36	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?	100,0	47,0		ja: 90,1 nein: 9,9		
18.2/T35	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?	100,0	50,1		ja: 91,0 nein: 9,0		
18.3/T37	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?	100,0	87,8	96,0	2,6	1,1	0,3
18.4/T39	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?	100,0	96,0		ja: 93,0 nein: 7,0		
18.5/T40	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?	73,2	80,5	99,1	0,6	0,2	0,1
18.6/T42	Geben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?	100,0	79,6		ja: 93,7 nein: 6,3		
18.7/T45	Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter höflich und freundlich?	100,0	95,0	98,9	1,0	0,1	0,0
18.8/T41	Werden Sie von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	89,9	84,6	99,5	0,3	0,1	0,1

Anzahl befragter Personen		25.426					
Frage	Kriterium	Kriterium relevant bei	davon beantwortet von	immer	häufig	gelegentlich	nie
18.9/T38	Fragen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	45,5	78,2	99,8	0,2	0,1	0,0
18.10/T44	Respektieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre?	93,7	86,5	99,8	0,2	0,0	0,0
18.11/T46	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?	46,2	82,0	97,9	1,6	0,4	0,1
18.12/T43	Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?	16,6	47,0	83,4	7,1	4,3	5,2
18.13	Sind Sie mit der Erbringung der Leistungen durch den Pflegedienst grundsätzlich zufrieden?	100,0	36,4	98,9	0,6	0,5	0,0
18.14	Haben Sie Anregungen/Beschwerden/Informationen, die wir mit Ihrem Einverständnis an die Krankenkasse weitergeben sollen?	100,0	25,9		ja: 2,2 nein: 97,8		

Medizinischer Dienst Bund (KöR)

Theodor-Althoff-Straße 47

D-45133 Essen

Telefon: 0201 8327-0

E-Mail: office@md-bund.de

Internet: www.md-bund.de