



Medizinischer Dienst
Nordrhein

REPORT



Pflege-
qualitätsprüfungen
2021–2022



Inhaltsverzeichnis

Auf einen Blick	4
1 Einleitung	6
2 Zusammenfassung	7
3 Ergebnisse der Qualitätsprüfungen	9
3.1 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen	10
3.2 Qualitätsprüfungen bei ambulanten Pflegediensten	27
3.3 Qualitätsprüfungen in der außerklinischen Intensivpflege (AKI).....	46
4 Fazit und Ausblick	53
5 Zufriedenheit der Pflegedienstleister mit der Qualitätsprüfung	54
6 Anhang: Beschreibung der Prüfverfahren	56
Das Verfahren der Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen	56
Das Verfahren der Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen.....	62
Das Verfahren der Qualitätsprüfungen in ambulanten Intensivpflegeeinrichtungen	64

Auf einen Blick

Im Rahmen von mehr als
1.800 Qualitätsprüfungen
wurden rund
11.000 pflegebedürftige
Menschen besucht.

Rund **90 Prozent**
der Pflegedienstleister waren
mit der Durchführung der
Prüfung zufrieden.

Stationäre
Pflegeheime leisten vor
allem eine gute Grundpflege.

Verbesserungspotenzial zeigte sich
unter anderem bei der medikamentösen
Therapie und bei besonderen
medizinisch-pflegerischen
Bedarflagen.





**Ambulante Dienste
beraten sehr gut und er-
reichen sehr gute Ergebnisse
für die Unterstützung bei der
Körperpflege.**

Verbesserungspotenzial zeigte sich unter anderem bei der Kommunikation mit den behandelnden Ärzten und beim Schmerzmanagement.

Defizite
zeigten sich vor allem
**bei der außerklinischen
Intensivpflege,**
der zeitintensivsten Form
der ambulanten Pflege.

Die Qualität der Pflege
kann in Zukunft nur mit
**ausreichend Fachpersonal
und Hilfskräften**
sichergestellt werden.

Bei **fast einem Viertel**
der besuchten pflegebedürftigen
Menschen in der außerklinischen
Intensivpflege konnten die Dienste
**nicht garantieren, dass
Alarme immer wahr-
genommen werden.**

1 Einleitung

Mehr als fünf Millionen Menschen in Deutschland sind pflegebedürftig, rund 1,2 Millionen davon leben in Nordrhein-Westfalen. Sie vertrauen darauf, dass sie in Pflegeeinrichtungen und von ambulanten Diensten gut versorgt werden. Als verpflichtende Qualitätssicherung hat der Gesetzgeber festgelegt, dass der Medizinische Dienst stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste einmal im Jahr prüft. Ziel ist es, die Qualität der Versorgung und die Transparenz zu steigern.

Die Pflegeheime, Tagespflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste sollen aber auch beraten werden, wie die Pflege verbessert und wie Qualitätsmängeln vorgebeugt werden kann. In der hier vorliegenden Zusammenschau von Prüfergebnissen ergibt sich ein umfassendes Bild der pflegerischen Versorgung und ihrer Qualität in Nordrhein. Dazu sind neben der Auswertung von statistischen Daten und den verbindlichen Aspekten der Prüfrichtlinien auch die Erfahrungen der rund 70 Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes Nordrhein eingeflossen. Denn in ihrer täglichen Arbeit erhalten sie einen guten Einblick, wie es um die Versorgungsqualität vor Ort konkret steht. Die Erkenntnisse aus den Fallbesprechungen vor Ort und dem internen Qualitätsmanagement sind ebenfalls in die Bewertungen eingeflossen.

Die Daten spiegeln zudem die Pflegesituation während der Coronapandemie wider. Denn sie wurden in der Zeit zwischen Sommer 2021 und Sommer 2022 erhoben.

Die Qualitätsprüfungen in Tagespflegeeinrichtungen sind in diesem Report nicht berücksichtigt, da in dem Zeitraum eine neue Qualitätsprüfungsrichtlinie speziell für Tagespflegeeinrichtungen in Kraft getreten ist und Ergebnisse nach der alten und der neuen Richtlinie nicht vergleichbar sind.



2 Zusammenfassung

In der Coronapandemie sind Ungewissheit und Sorge um die Qualität der pflegerischen Versorgung enorm gewachsen. Zum einen war den Angehörigen der Zutritt zu stationären Einrichtungen verwehrt. Zum anderen waren zur Entlastung der Pflegenden und zum Infektionsschutz der Pflegebedürftigen die Qualitätsprüfungen lange Zeit ausgesetzt. Lediglich Anlassprüfungen fanden zu jeder Zeit statt.

Pflegeheime, Tagespflege und ambulante Dienste standen in der Coronapandemie vor enormen Herausforderungen. Dazu zählen die umfassenden Hygienemaßnahmen wie Maskenpflicht, Desinfektion, Kontaktbeschränkungen, Testungen, Personalausfälle, Arbeitsverdichtungen und immer wieder neue Infektions- und Gesetzeslagen.

Doch sowohl stationäre Einrichtungen als auch ambulante Dienste haben die Herausforderungen in der Pflege während der Pandemie gut gemeistert und die Anforderungen an die Qualität überwiegend erfüllt. Das jedenfalls ist das Ergebnis von insgesamt 1.841 Qualitätsprüfungen, die der Medizinische Dienst Nordrhein im Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis zum 30. Juni 2022 durchgeführt hat. Darunter waren 511 Prüfungen von stationären Einrichtungen und 982 von ambulanten Diensten, hiervon 42 außerklinische Intensivpflegedienste.

Die Prüfungen zeigen, dass die stationären Pflegeheime eine gute Grundpflege leisten. Dazu gehört die Unterstützung etwa bei der Körperpflege, bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung oder bei der Ausscheidung. Auch Gruppenangebote zur Beschäftigung und zur Tagesstrukturierung gibt es im ausreichenden Maße vor Ort. Positiv hervorzuheben ist zudem die Planung und Unterstützung rund um die Eingewöhnungsphase für die Bewohnerinnen und Bewohner nach ihrem Einzug.

Bei den Prüfungen der ambulanten Pflegedienste schneidet ebenfalls die Ergebnisqualität bei der Körperpflege sehr gut ab. In 99,8 Prozent der Fälle war die Körperpflege aus Sicht der Prüferinnen und Prüfer angemessen und entsprach den Wünschen der Pflegebedürftigen. Positiv bewertet werden auch die Beratungsleistungen der ambulanten Dienste. Dabei geht es um Informationsgespräche und Beratungen der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen etwa zum Thema Flüssigkeitsversorgung, Ernährung oder Umgang mit einer Demenzerkrankung.

Neben der grundsätzlich guten pflegerischen Versorgung in Pflegeheimen und durch ambulante Dienste zeigte sich aber auch Verbesserungspotenzial. Das war insbesondere dann der Fall, wenn ein höherer pflegerischer Aufwand oder höhere pflegfachliche Anforderungen für die Versorgung der Menschen notwendig waren. Konkret: Je mehr

Unterstützung ein pflegebedürftiger Mensch benötigte, je aufwendiger die Pflege war, desto schwieriger wurde es für einige stationäre und ambulante Einrichtungen, diesem gerecht zu werden.

Verbesserungspotenzial zeigte sich im stationären Bereich vor allem bei der Medikamentenversorgung. In mehr als 20 Prozent der Fälle gab es dort Auffälligkeiten. So waren zum Beispiel Medikamentenpläne nicht korrekt, Bewohnerinnen und Bewohner erhielten falsche oder gar keine Medikamente oder in falscher Dosierung.

Probleme bestanden zudem bei der Wundversorgung und bei der „Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen“. Hier geht es um schwer erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner, die zum Beispiel beatmet werden, mit einer Magensonde oder einem Stoma versorgt sind und bei denen eine hohe fachliche Expertise bei der Pflege gefragt ist. Bei knapp einem Viertel der besuchten Personen zeigten sich Auffälligkeiten. So war etwa das Personal nicht ausreichend qualifiziert, die Hygiene mangelhaft oder die Handhabung der notwendigen Hilfsmittel nicht sachgerecht.

In der ambulanten Versorgung bestehen Verbesserungsmöglichkeiten mit Blick auf den Kontakt mit der Ärztin und dem Arzt. Bei etwa einem Drittel der besuchten pflegebedürftigen Menschen wäre es aufgrund des gesundheitlichen Zustandes erforderlich gewesen, mit den behandelnden Medizinerinnen und Medizinern Kontakt aufzunehmen, doch es wurde versäumt. Ein weiterer Punkt war das Thema Schmerztherapie: Bei fast einem Drittel entsprach das pflegerische Schmerzmanagement nicht den fachlichen Anforderungen. Es lag zum Beispiel kein aktuell gültiger Schmerzmedikationsplan vor oder die Schmerzmittel wurden in einer anderen Dosierung gegeben als angeordnet.

Bei der zeitintensivsten Form der ambulanten Pflege zeigten sich schließlich auch die meisten Defizite: bei der außerklinischen Intensivpflege, kurz AKI. Schwerstpflegebedürftige Patientinnen und Patienten, die künstlich beatmet werden oder tracheotomiert sind, werden bei der AKI in der Regel von spezialisierten ambulanten Pflegediensten versorgt. Und eben diese Versorgung von Beatmungspatienten muss sich deutlich verbessern.

Insbesondere in Wohngemeinschaften stellten die Prüferinnen und Prüfer erhebliche Versorgungsprobleme fest. Vor allem fehlte es an spezialisierten Pflegefachkräften, die sich mit der Pflege von beatmeten und tracheotomierten Menschen auskennen. So waren zum Beispiel bei etwa 18 Prozent der besuchten Bewohnerinnen und Bewohner keine kontinuierliche Beobachtung und ständige Interventionsbereitschaft gewährleistet. Bei rund 40 Prozent wurde das Absaugen nicht korrekt durchgeführt. Vor allem die hygienischen Anforderungen wurden nicht eingehalten. Probleme gab es auch beim Schmerzmanagement. Irritierend ist der Befund, dass bei fast einem Viertel der Pflegebedürftigen nicht die Garantie bestand, dass Alarmer zu jeder Zeit wahrgenommen werden konnten.

3 Ergebnisse der Qualitätsprüfungen

Neben einem internen Qualitätsmanagement, das die stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste eigenständig durchführen, prüfen der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbands der Privaten Krankenversicherung die Pflegequalität auf der Grundlage verbindlicher Richtlinien.

Basis für die Prüfung der stationären Einrichtungen sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen nach § 114 SGB XI Vollstationäre Pflege“. Für die Prüfung der ambulanten Dienste gelten noch die sogenannten Qualitätsprüfungs-Richtlinien als Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff. SGB XI Teil 1a – Ambulante Pflegedienste. Eine neue Qualitätsprüfungs-Richtlinie wird aber zurzeit entwickelt.

In den Richtlinien sind Organisation und der Ablauf der Qualitätsprüfungen geregelt, sodass die Qualität der Pflegeeinrichtungen bundesweit nach einheitlichen Kriterien erfasst und bewertet wird.

Die Prüfungen finden in Abständen von ein bis zwei Jahren statt. Darüber hinaus sind auch Anlassprüfungen möglich, etwa nach einer Beschwerde. Bei den Prüfungen werden Strukturen und Prozesse in den Pflegediensten und Einrichtungen angesehen. Zudem werden pflegebedürftige Personen vor Ort besucht und befragt. Besonderes Augenmerk liegt hier auf der sogenannten Ergebnisqualität, das heißt die tatsächliche Pflege der pflegebedürftigen Person.

Details zum Prüfverfahren finden sich im Anhang. Im Folgenden werden die Ergebnisse aus der personenbezogenen Qualitätsprüfung vorgestellt.

Im Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis zum 30. Juni 2022 führte der Medizinische Dienst Nordrhein insgesamt 1.841 Qualitätsprüfungen durch. Darunter waren 511 Prüfungen von stationären Einrichtungen und 982 von ambulanten Diensten, hiervon 42 außerklinische Intensivpflegedienste. Hinzu kommen Prüfungen von Kurzzeit- und Tagespflege. In diesem Zeitraum haben insgesamt 94 Anlassprüfungen stattgefunden. Eine Anlassprüfung wird aus einem konkreten Grund durchgeführt, beispielsweise einer Beschwerde.

3.1 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen

3.2 Qualitätsprüfungen bei ambulanten Pflegediensten

3.3 Qualitätsprüfungen in der außerklinischen Intensivpflege (AKI)



3.1 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen

In 511 Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen wurden insgesamt 4.325 pflegebedürftige Menschen besucht. Die Auswertung der Prüfberichte zeigt: Stationäre Pflegeheime leisten vor allem eine gute Grundpflege, wie etwa die Unterstützung bei der Körperpflege, bei der Sinneswahrnehmung oder bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung.

Verbesserungspotenzial fand sich bei Leistungen, für die spezielles pflegerisches Fachwissen notwendig ist, wie zum Beispiel medikamentöse Therapie, Schmerzmanagement und Wundversorgung. Oder die einen hohen zeitlichen Aufwand in Anspruch nehmen, wie die Versorgung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen, also wenn Bewohnerinnen und Bewohner beispielsweise umfassend und rund um die Uhr medizinisch betreut werden müssen, weil sie zum Beispiel beatmet werden müssen.



Ergebnisse im Überblick

Pflegerische Leistung: Ergebnisse nach positiver Bewertung

(Angaben in %)



Anzahl der besuchten Personen



Ohne Defizit



Defizit mit Risiko negativer Folge



Defizit mit eingetretenen negativen Folgen

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

Im Qualitätsbereich 1 stehen bei der Prüfung die Aspekte Mobilität und Selbstversorgung im Fokus. Zur Selbstversorgung zählen neben Ernährung und Flüssigkeitsversorgung auch die Ausscheidung und die Körperpflege. Während die Grundpflege wie etwa Körperpflege oder die Unterstützung bei der Ausscheidung in den meisten Fällen gut bewertet wurde, sollte sich laut Prüfberichten die Unterstützung im Bereich Mobilität verbessern. Zudem bestand in 9 von 511 geprüften stationären Einrichtungen ein grundlegendes Problem in Sachen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung.

Stationäre Einrichtungen: Mobilität/Selbstversorgung

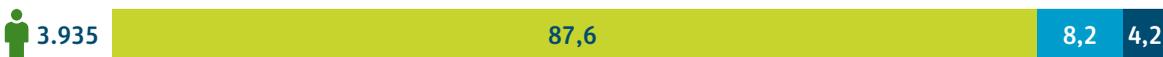
Pflegerische Leistung: Ergebnisse nach Anzahl der besuchten Personen

(Angaben in %)

Unterstützung bei der Körperpflege



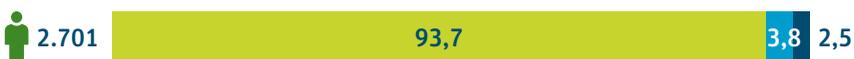
Unterstützung im Bereich der Mobilität



Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung



Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung



 Anteil Personen, bei denen keine Defizite festgestellt wurden (A- und B-Bewertung)

 Anteil Personen, bei denen Defizite festgestellt wurden – mit Risiko für negative Folgen (C-Bewertung)

 Anteil Personen, bei denen Defizite festgestellt wurden und negative Folgen eingetreten sind (D-Bewertung)

 Anzahl der besuchten Personen

Unterstützung im Bereich der Mobilität

Unterstützung bei der Mobilität kann zum einen bedeuten, dass die Bewohnerin oder der Bewohner den Positionswechsel im Bett nicht mehr selbstständig durchführen kann. Es kann aber auch bedeuten, dass sich eine Bewohnerin oder ein Bewohner nicht mehr selbstständig im Wohnbereich fortbewegen kann und deshalb auf Unterstützung angewiesen ist.

Bei der pflegerischen Unterstützung geht es aber nicht nur um den Erhalt der Mobilität, sondern im Besonderen auch um deren Förderung, also eine bedarfsgerechte Unterstützung bei Mobilitätsdefiziten. Daher wird im Rahmen der Prüfungen auch erfragt, ob die Pflegebedürftigen die Möglichkeit haben, sich im Freien aufzuhalten, oder ihnen Unterstützung bei Spaziergängen angeboten wird. Denn dies erhält oder fördert nachweislich die Mobilität.

Viele Bewohnerinnen und Bewohner benötigen Unterstützung in ihrer Mobilität, sodass dies bei 3.935 Personen geprüft werden konnte. Es zeigte sich, dass bei Menschen mit starken Einschränkungen die individuelle Förderung sowie der Erhalt der Mobilität Herausforderungen für einige Einrichtungen waren. In 321 Fällen wurde die Unterstützung im Bereich Mobilität mit C bewertet, das heißt, hier gab es Versorgungsrisiken. Es zeigten sich Mängel in der Pflegedokumentation, häufig war die Maßnahmenplanung nicht ausreichend. Es wurden Gesundheitsrisiken wie eine Sturzgefahr oder die Entstehung eines Dekubitus nicht gut eingeschätzt und präventive sowie individuelle Maßnahmen hätten besser geplant werden müssen. Auch hier zeigte sich: Je eingeschränkter die Mobilität, desto häufiger stellten Prüferinnen und Prüfer fest, dass die Pflegefachkräfte die Mobilitätseinschränkungen und die daraus resultierenden Gesundheitsrisiken nicht im erforderlichen Umfang einschätzten.

Bei 165 Bewohnerinnen und Bewohnern stellten die Prüfteams bereits negative Folgen fest, wie etwa Druckgeschwüre. In anderen Fällen waren die Bewohnerinnen und Bewohner gestürzt und die Einrichtung hatte anschließend keine geeigneten Maßnahmen zur Vermeidung weiterer Stürze ergriffen. Aufenthalte im Freien als unterstützende Maßnahme zur Mobilitätsförderung wurden in 43 Fällen gar nicht oder nur selten angeboten. Diese Defizite zeigten sich bereits in Qualitätsprüfungen vor Corona. Daher ist davon auszugehen, dass nicht nur personelle Engpässe die Ursache sind, sondern ein fehlendes Verständnis dafür, dass Aufenthalte im Freien zur Mobilitätsförderung beitragen.

Beispiele aus den Prüfungen:

- | Eine kognitiv eingeschränkte Person überschätzte die eigenen Fähigkeiten und fiel nachts wiederholt aus dem Bett. Die Einrichtung sorgte nicht für eine geeignete Sturzprophylaxe wie etwa ein Niederflurbett mit Sturzmatte.
- | Bei einem schon bestehenden Dekubitus am Steiß wurden keine druckentlastenden Maßnahmen wie zum Beispiel eine Antidekubitusmatratze und regelmäßiges Lagern geplant.
- | Ein erhöhtes Sturzrisiko wurde bei einer Person mit zunehmender Mobilitätsbeeinträchtigung nicht erkannt.

Unterstützung bei Kontinenzverlust/Kontinenzförderung

Hierunter fallen die konkreten pflegerischen Hilfen bei der Ausscheidung, aber auch Maßnahmen zur Förderung der Kontinenz. Die Unterstützung bei der Ausscheidung erweist sich in den Qualitätsprüfungen erfahrungsgemäß als unproblematisch. Beispielsweise werden in Pflegeheimen die Bewohnerinnen und Bewohner gut mit Inkontinenzmaterial versorgt oder bei Toilettengängen begleitet. Müssen Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Blasendauerkatheter versorgt werden, klappt auch dies gut.

Lediglich in 14 Fällen stellten die Prüfteams eine D-Bewertung fest, weil Toilettengänge nicht durchgeführt wurden oder Inkontinenzmaterial nicht gewechselt wurde. Häufiger wurde dagegen eine C-Bewertung festgestellt, und zwar in 174 Fällen von 3.046. Es wurden beispielsweise keine regelmäßigen Toilettengänge oder die erforderlichen Hilfestellungen hierfür geplant.

Unterstützung bei der Körperpflege

Jeder Mensch hat eigene Vorstellungen und Wünsche, wie die individuelle Körperpflege aussehen sollte. Das Bedürfnis muss von den Einrichtungen erkannt und bei notwendigem Unterstützungs- und Hilfebedarf mit geeigneten Maßnahmen geplant und durchgeführt werden. Dieser Aspekt wurde in den Prüfberichten überwiegend positiv bewertet, lediglich die Dokumentationen waren zum Teil unzureichend. So fanden sich die individuellen Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner in Bezug auf Körperpflege nicht in der Pflegedokumentation wieder. Dies könnte zur Folge haben, dass eine neue Pflegekraft nicht über die Wünsche der Bewohnerin oder des Bewohners Bescheid weiß.

Mündet dies darin, dass individuelle Wünsche regelmäßig missachtet werden, entspricht dies einer D-Bewertung. Doch so weit kam es in der Regel nicht. Die Wünsche wurden nicht notiert, aber meist doch vom Pflegepersonal berücksichtigt.

Folgerichtig gab es für diesen Versorgungsaspekt von 4.146 begutachteten Bewohnerinnen und Bewohnern bei nur 145 Personen eine C-Bewertung und lediglich bei 53 eine D-Bewertung.

Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

Dies wird in den Einrichtungen grundsätzlich gut umgesetzt. Nur bei 103 von 2.701 der besuchten Bewohnerinnen und Bewohnern wurden Defizite mit dem Risiko negativer Folgen festgestellt, dies sind gerade einmal vier Prozent. Unter anderem war hier bei den Pflegebedürftigen eine Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme erforderlich, sie wurde jedoch nicht geplant oder die individuellen Wünsche wurden nicht berücksichtigt. Bei 68 Personen wurde die Pflege mit einem D bewertet. Die Gründe waren ungewollte Gewichtsabnahmen oder die Wünsche der Bewohnerin oder des Bewohners wurden ignoriert.

Obwohl die Prüfungen bei der weit überwiegenden Mehrheit der Einrichtungen ein gutes Ergebnis zeigten, deckten sie auch Mängel in einzelnen Häusern auf. In 9 von 511 geprüften stationären Einrichtungen war von einem grundlegenden Problem auszugehen. Denn in diesen Einrichtungen wurden gleich bei mehreren Bewohnerinnen und Bewohnern relevante Defizite in der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung festgestellt.

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

Im Qualitätsbereich 2 zeigten sich insgesamt die meisten Auffälligkeiten. Bei der „Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ ergab sich bei folgenden pflegerischen Leistungen Verbesserungspotenzial: medikamentöse Therapie, Schmerzmanagement, Wundversorgung und besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen, also wenn Bewohnerinnen und Bewohner umfassend und rund um die Uhr medizinisch betreut werden müssen. Häufig müssen diese Bewohnerinnen und Bewohner beatmet und 24 Stunden überwacht werden.

Stationäre Einrichtungen: krankheits- und therapiebedingte Anforderungen

Pflegerische Leistung: Ergebnisse nach Anzahl der besuchten Personen

(Angaben in %)

Unterstützung bei medikamentöser Therapie



Unterstützung beim pflegerischen Schmerzmanagement



Unterstützung bei der Wundversorgung



Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen



- Anteil Personen, bei denen keine Defizite festgestellt wurden (A- und B-Bewertung)
- Anteil Personen, bei denen Defizite festgestellt wurden – mit Risiko für negative Folgen (C-Bewertung)
- Anteil Personen, bei denen Defizite festgestellt wurden und negative Folgen eingetreten sind (D-Bewertung)

Anzahl der besuchten Personen

Unterstützung bei medikamentöser Therapie

Die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Einrichtungen benötigt regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente. Häufig ist es den Betroffenen nicht mehr möglich, Medikamente selbstständig zu verwalten oder einzunehmen. Deshalb sind regelmäßige Besprechungen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sehr wichtig und gehören zu den Aufgaben der Pflegefachkräfte. Ebenso muss das Pflegepersonal über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten Bescheid wissen. Die Medikamente müssen richtig bereitgestellt und verabreicht werden.

Bei 4.230 Pflegebedürftigen wurde die medikamentöse Therapie überprüft und bei rund einem Fünftel wurden Defizite festgestellt. In 531 Fällen bestand ein Risiko für eine negative Folge (C-Bewertung). Gründe hierfür waren unter anderem eine unzureichende Dokumentation der ärztlichen Verordnung, eine inkorrekte Lagerung und Vorbereitung der Medikamente oder eine fehlende personenbezogene Beschriftung der Verpackung. In 344 Fällen waren bereits negative Folgen eingetreten (D-Bewertung). Bewohnerinnen oder Bewohner erhielten Medikamente entgegen der ärztlich angeordneten Dosierung, falsche oder gar keine Medikamente. Zudem fehlte es an der notwendigen Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme, sodass nicht sichergestellt werden konnte, ob die Bewohnerinnen oder Bewohner die Medikamente richtig eingenommen haben.

Stellen Gutachterinnen und Gutachter Fehler in der Verabreichung der Medikamente fest, beraten sie die Einrichtungen, wie sie ihre Abläufe optimieren könnten. Sie weisen zum Beispiel darauf hin, dass Apotheken Medikamente bereits verblistern können. Dabei werden die verordneten Medikamente der Pflegebedürftigen von der Apotheke nach Wochentagen und Tageszeiten sortiert und individuell verpackt. Immer mehr Einrichtungen nehmen dieses Angebot wahr, sodass Fehler bei der Medikamentengabe zwar rückläufig sind, aber aktuell immer noch bestehen.

Beispiele aus den Prüfungen:

Ein Arzt hatte eine halbe Tablette eines bestimmten harntreibenden Wirkstoffs verordnet, der bei erhöhtem Blutdruck und Wassereinlagerungen eingesetzt wird. Die Einrichtung hatte jedoch eine ganz andere Tablette verabreicht.

Mittags waren die Gutachterinnen und Gutachter zur sogenannten Inaugenscheinnahme auf den Zimmern der Bewohnerinnen und Bewohner und fanden Tabletten vor, die eigentlich schon morgens hätten verabreicht werden müssen.

Bei einem Diabetiker wurde Insulin nicht nach dem ärztlich verordneten Schema verabreicht.

Unterstützung beim pflegerischen Schmerzmanagement

Bewohnerinnen und Bewohner müssen bei ihrer Schmerzbewältigung umfassend unterstützt werden. Dies schließt die Zusammenarbeit mit der Ärztin oder dem Arzt und weiteren Therapeutinnen und Therapeuten ein. Auch die erforderliche Medikamentengabe oder weitere schmerzlindernde Maßnahmen wie beispielsweise Wärme- oder Kälteanwendungen fallen hierunter. Die Einrichtungen müssen die Schmerzen der Betroffenen systematisch erfassen, unter anderem mit Angaben zum Ort und zur Intensität des Schmerzes.

Die Prüfungen haben bei etwa jedem zehnten Schmerzpatienten ein Defizit festgestellt. Im überwiegenden Teil der Fälle waren die Schmerzen nicht richtig erfasst und keine geeigneten Maßnahmen eingeleitet worden. Zu oft wurden in den Pflegeeinrichtungen Schmerzmittel verabreicht, anstatt auf andere Maßnahmen zurückzugreifen. Diese alternativen Maßnahmen sind beispielsweise lokale Wärme- oder Kälteanwendungen, Stärkung des Selbstmanagements, emotionale Bewältigungsstrategien, Entspannungsübungen oder entlastende Lagerungen.

Bei 36 der überprüften Bewohnerinnen und Bewohner musste für den Versorgungsaspekt „Schmerzmanagement“ eine D-Bewertung festgestellt werden, weil Schmerzmedikamente nicht verabreicht wurden oder weil bei instabiler Schmerzsituation der notwendige Kontakt zu der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt nicht erfolgte.

Beispiele aus den Prüfungen:

Bei einer Person verschlechterte sich die Schmerzsituation und die Einrichtung reagierte auf diese Veränderung nicht, der Kontakt mit dem behandelnden Arzt blieb aus.

Bei einer Person mit deutlichen kognitiven Funktionseinschränkungen und damit verbundener eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit wurden die chronischen Schmerzen nicht erkannt. Die Gründe: der Einsatz eines falschen Assessments und eine fehlende pflegfachliche Einschätzung.

Unterstützung bei der Wundversorgung

Die Wundversorgung erfolgt aufgrund einer ärztlichen Anordnung. Denn unabhängig von Ursachen, wie beispielsweise Wunden nach operativen Eingriffen oder Druckgeschwüren (Dekubitalgeschwüre), müssen die pflegerischen Maßnahmen individuell für den Pflegebedürftigen geplant und ausgeführt werden. Bei insgesamt 484 Bewohnerinnen

und Bewohnern wurde der pflegerische Umgang mit einer Wunde geprüft. In 89 Fällen wurde die Wundversorgung als defizitär bewertet, das entspricht rund 18 Prozent. Hier von erfolgte 36-mal eine C-Bewertung. In diesen Fällen wurde beispielsweise die Veränderung der Wunde nicht mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt besprochen. Bei 53 Bewohnerinnen und Bewohnern wurden die Wunden gar nicht oder nur unzureichend versorgt (D-Bewertung).

Beispiele aus den Prüfungen:

Ein Prüfteam beobachtete bei einer sogenannten Inaugenscheinnahme, dass eine Wunde nicht unter den notwendigen hygienischen Standards versorgt wurde. Die Pflegefachkräfte verwendeten nicht steriles Verbandsmaterial und nicht sterile Scheren.

Ein bestehender Dekubitus wurde gar nicht versorgt.

Bei einer chronischen Wunde müssen sowohl Wundverlauf als auch Wundversorgung dokumentiert werden. Bei einer Person war diese Dokumentation lückenhaft, sodass sich kein konkreter Heilungsverlauf abbilden ließ.

Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Müssen Bewohnerinnen und Bewohner umfassend und rund um die Uhr medizinisch betreut werden, spricht man von besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen. Diese Bewohnerinnen und Bewohner sind schwerstpflegebedürftig, werden häufig beatmet und 24 Stunden überwacht. Auslöser können hier Unfälle sein, aber auch Nervenkrankungen wie ALS (amyotrophe Lateralsklerose), schwere Schädel-Hirn-Traumata oder ein schwerer Sauerstoffmangel nach einem Herzstillstand. Die Einrichtungen müssen in der Lage sein, ärztliche Verordnungen in Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Berufsgruppen zu planen und fachlich korrekt durchzuführen. Hierzu zählen etwa der fachgerechte Umgang mit einem Beatmungsgerät, das medizinische Absaugen von Nase, Mund, Rachen und gegebenenfalls der Lunge, der sichere Umgang mit einer Trachealkanüle, die Versorgung künstlicher Körperöffnungen (Stomata) und vieles mehr. Eine besondere fachliche Expertise für die Versorgung dieser Bewohnerinnen und Bewohner ist unentbehrlich.

Diese Versorgung findet zurzeit nur zu einem geringen Anteil in der stationären Pflege statt, sodass in den Qualitätsprüfungen auch nur 122 Personen begutachtet wurden, bei denen eine solche Bedarfslage bestand. Doch in diesem Bereich gibt es noch Entwicklungspotenzial. Bei den 122 Bewohnerinnen und Bewohnern wurden in 28 Fällen Defizite

festgestellt, also bei etwa jedem Vierten. Die Defizite waren vielfältig und reichten von unzureichend qualifiziertem Personal über eine nicht sachgerechte Handhabung erforderlicher Hilfsmittel und mangelhafter Hygiene etwa beim Absaugen bis hin zu einer fehlerhaften Beatmung mit schwerwiegenden gesundheitlichen Konsequenzen für die Bewohnerinnen und Bewohner. Bei 15 Personen waren bereits negative Folgen aufgetreten.

Beispiele aus den Prüfungen:

- | Bei einer Person, die rund um die Uhr beatmet werden musste, war das Ersatzgerät nicht einsatzbereit.
 - | Bei einer Person wurden die behandlungspflegerischen Maßnahmen, wie etwa das Absaugen, durch nicht qualifiziertes Personal durchgeführt.
 - | In einem Fall wurde das Absauggerät nicht nach den Vorgaben des Herstellers gereinigt.
-

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

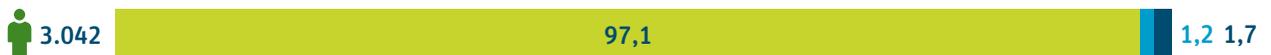
Die Pflegeheime leisten grundsätzlich gute Arbeit, wenn es um die Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte geht. Der Qualitätsbereich 3 erhält die besten Bewertungen. Dennoch zeigte sich eine Auffälligkeit, die in den Prüfungen durch viele gute Ergebnisse überlagert wurde: Angebote zur Beschäftigung und Tagesstrukturierung wurden zumeist als individuell und ausreichend bewertet, jedoch ging es hier um Gruppenangebote, von denen in der Regel die mobileren sowie die kognitiv nicht oder nur gering eingeschränkten Pflegebedürftigen profitierten. Für immobile und kognitiv stark eingeschränkte Bewohnerinnen und Bewohner mangelte es an adäquater Einzelbetreuung. Auch jüngeren Pflegebedürftigen wurde laut Gutachterinnen und Gutachtern zu wenig individuelle Freizeitgestaltung angeboten.

Stationäre Einrichtungen: Alltagsgestaltung/soziale Kontakte

Pflegerische Leistung: Ergebnisse nach Anzahl der besuchten Personen

(Angaben in %)

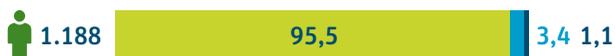
Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation



Unterstützung bei der nächtlichen Versorgung



Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung



-  Anteil Personen, bei denen keine Defizite festgestellt wurden (A- und B-Bewertung)
-  Anteil Personen, bei denen Defizite festgestellt wurden – mit Risiko für negative Folgen (C-Bewertung)
-  Anteil Personen, bei denen Defizite festgestellt wurden und negative Folgen eingetreten sind (D-Bewertung)

 Anzahl der besuchten Personen

Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

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

Die Angebote zur Beschäftigung und Tagesstrukturierung wurden vor Ort als individuell und ausreichend erlebt. Der Fokus lag jedoch häufig auf Gruppenangeboten. Die Gutachterinnen und Gutachter beobachteten, dass hiervon in der Regel die mobileren sowie die kognitiv nicht oder nur gering eingeschränkten Pflegebedürftigen profitierten. Die Einzelbetreuung der immobilen und kognitiv stark eingeschränkten Pflegebedürftigen wurde hingegen als verbesserungswürdig beurteilt. Auch jüngeren Pflegebedürftigen wird laut Gutachterinnen und Gutachter zu wenig individuelle Freizeitgestaltung angeboten.

Bei den Angeboten zur Tagesstrukturierung sowie den Hilfen bei der Beschäftigung und Kommunikation wurden insgesamt wenig Defizite festgestellt – bei weniger als drei Prozent. Lediglich bei 53 der 3.042 besuchten Bewohnerinnen und Bewohner wurde ein Defizit mit negativen Folgen festgestellt (D-Bewertung).

Unterstützung bei der Sinneswahrnehmung

Bei diesem Aspekt wird überprüft, ob Pflegebedürftige, die in ihrem Seh- und Hörvermögen beeinträchtigt sind, ausreichend Unterstützung erhalten. Denn können Bewohnerinnen oder Bewohner nicht gut sehen oder hören, ist auch ihre Teilhabe am sozialen Leben eingeschränkt. Die Planung und Durchführung geeigneter Maßnahmen durch die Einrichtung ist somit unumgänglich – dies können schon einfache Dinge sein, wie etwa auf das Brilleputzen oder Einsetzen der Hörgeräte zu achten. Anhand der Prüfberichte ist nachzuvollziehen, dass nur wenige Bewohnerinnen und Bewohner in diesem Bereich Unterstützung benötigen. Die Selbstständigkeit bleibt hier lange erhalten. Bei den festgestellten C-Defiziten konnten die Prüferinnen und Prüfer nicht nachvollziehen, ob die Einrichtungen das beeinträchtigte Seh- und Hörvermögen der betreuten Personen überprüft haben. Ein D-Defizit liegt zum Beispiel vor, wenn die Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer Sinneswahrnehmung beeinträchtigt sind und keine Unterstützung erhalten.

Nächtliche Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner

Die nächtliche Unterstützung ist vielfältig und herausfordernd zugleich. So braucht eine Bewohnerin vielleicht Hilfe bei Toilettengängen. Ein anderer Bewohner hat aufgrund seiner Demenz einen umgekehrten Tag-Nacht-Rhythmus und benötigt in der Nacht Aufmerksamkeit. Oder ein schwerstpflegebedürftiger, bettlägeriger Bewohner muss bis zu dreimal in der Nacht gelagert werden, da er seine Schlafposition nicht mehr selbstständig verändern kann.

Diese Herausforderung meistern die Einrichtungen in der Regel gut. Die nächtliche Unterstützung wurde jedoch nicht immer entsprechend dem individuellen Bedarf und den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner geplant. Bei rund zehn Prozent der Pflegebedürftigen war die Pflegedokumentation nicht regelhaft nachzuvollziehen oder fehlte ganz.

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

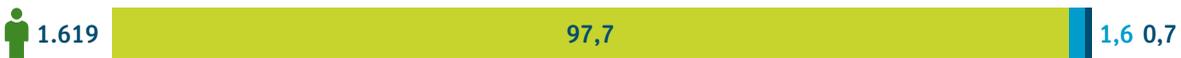
Wenn es um die Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen geht, schneiden die stationären Einrichtungen gut ab. In diesem Qualitätsbereich wird zum Beispiel überprüft, ob die Eingewöhnungsphase nach dem Einzug gut funktioniert. Oder ob die Pflegeheime Informationen von Krankenhäusern einholen und gegebenenfalls die Pflege anpassen, wenn die Bewohnerinnen und Bewohner von einem Klinikaufenthalt zurückkehren. Und nur bei Letzterem war ein punktueller Verbesserungsbedarf in diesem Qualitätsbereich zu erkennen.

Stationäre Einrichtungen: Bedarfs- und Versorgungssituationen

Pflegerische Leistung: Ergebnisse nach Anzahl der besuchten Personen

(Angaben in %)

Unterstützung bei der Eigewöhnungsphase nach dem Einzug



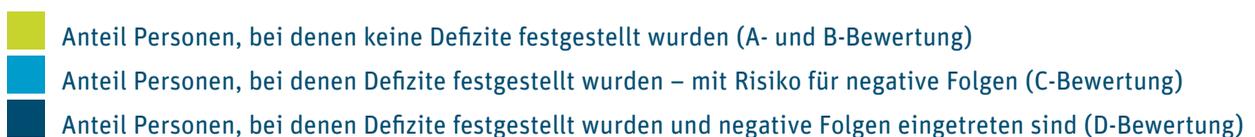
Unterstützung bei herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemen



Unterstützung bei der Überleitung nach Krankenhausaufenthalten



Unterstützung bei freiheitsentziehenden Maßnahmen



Unterstützung bei der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

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

In den Prüfberichten ist dieser Aspekt insgesamt sehr gut bewertet. Einzelne Defizite wurden nur festgestellt, wenn keine biografischen, pflegerischen und medizinischen Daten in den Integrationsgesprächen aufgenommen wurden oder nur ein Integrationsgespräch geführt wurde, ohne daraus weiteren Unterstützungsbedarf abzuleiten.

Unterstützung bei freiheitsentziehenden Maßnahmen

Im Bürgerlichen Gesetzbuch ist verankert, dass freiheitsentziehende Maßnahmen nur dann angewendet werden dürfen, wenn die Gefahr besteht, dass sich die Bewohnerinnen oder Bewohner selbst oder anderen erheblichen Schaden zufügen. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind nur solange zulässig, wie sie für das Wohl der Betreuten erforderlich sind und bedürfen der Einwilligung der versorgten Person oder einer richterlichen Genehmigung. Die Einrichtungen sind verpflichtet, nicht nur die genehmigten freiheitsentziehenden Maßnahmen fachgerecht anzuwenden, sondern auch stetig neu zu beurteilen, ob diese überhaupt noch notwendig und gerechtfertigt sind. Es muss geprüft werden, ob diese Maßnahmen ersetzt werden können.

Der Einsatz von Bettgittern stellt zum Beispiel eine freiheitsentziehende Maßnahme dar. An Pflegebetten können beidseitig Bettseitenteile hochgezogen werden, damit ein Herausstürzen aus dem Bett mit schwerwiegenden Verletzungen vermieden wird. Ist die Bewohnerin oder der Bewohner beispielsweise aufgrund einer Demenzerkrankung dieser Gefährdung ausgesetzt, können Bettgitter zum Einsatz kommen. Die Einrichtung muss jedoch überprüfen, ob nicht andere Maßnahmen, wie etwa Niederflurbetten, Sturzmatten oder Therapiedecken, sinnvoller sind.

Freiheitsentziehende Maßnahmen werden selten eingesetzt. Nur 117 Betroffene waren Teil der gesamten Prüfungen. Bei drei von ihnen wurden die freiheitsentziehenden Maßnahmen ohne erkennbaren Grund durchgeführt.

Unterstützung bei herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemen

Zu herausfordernd erlebten Verhaltensweisen zählen beispielsweise motorische Unruhe, ausgeprägte Ängste oder nächtliches Umherirren. Diese Verhaltensweisen können durch psychische oder kognitive Erkrankungen hervorgerufen werden. Sie belasten die Betroffenen häufig und können nicht selbstständig bewältigt werden. Die Einrichtungen unterstützen ihre Bewohnerinnen und Bewohner, indem sie versuchen, mögliche Risiken zu vermeiden, die Verhaltensauffälligkeiten einzugrenzen und das Wohlbefinden aktiv zu fördern. In den Prüfungen zeigt sich, dass die Einrichtungen dies weitgehend gut meistern. Nur bei einem geringen Prozentsatz der insgesamt 690 überprüften Bewohnerinnen und Bewohner wurden Gründe für psychische Verhaltensauffälligkeiten nicht erkannt. Auch wurde nicht immer erkannt, ob diese Verhaltensweise für die Bewohnerin oder den Bewohner eine Belastung darstellten. Bei etwa fünf Prozent der Betroffenen war die durchgeführte Maßnahme pflegerisch nicht angemessen. Beispielsweise erfolgte ausschließlich eine Aktivitätsbegrenzung. Eine erneute Bewertung der Maßnahmen fand jedoch nicht statt.

Unterstützung bei der Überleitung nach Krankenhausaufenthalten

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

Aus den Ergebnissen der Prüfungen war hier nur ein punktueller Verbesserungsbedarf ersichtlich: Insbesondere bei der Rückkehr aus dem Krankenhaus erfolgte die Überprüfung der Pflegemaßnahmen und sofern erforderlich eine Anpassung der erforderlichen pflegerischen Maßnahmen nicht durchgängig.

3.2 Qualitätsprüfungen bei ambulanten Pflegediensten

In 982 Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegediensten wurden insgesamt 6.261 pflegebedürftige Menschen besucht. Grundsätzlich ist die Qualität der Versorgung gut. Es zeigt sich aber auch hier: Je mehr Unterstützung ein Pflegebedürftiger benötigt, desto mehr Verbesserungspotenzial herrscht in der Versorgung.

Während die ambulanten Dienste die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sehr gut beraten und sehr gute Ergebnisse für die Unterstützung bei der Körperpflege erreichen, gab es Verbesserungspotenzial vor allem beim Kontakt mit dem behandelnden Arzt beziehungsweise der behandelnden Ärztin. Es wurde zwar notiert, wenn es einer pflegebedürftigen Person schlechter ging, aber es wurde versäumt, den Arzt zu informieren. Auch das Schmerzmanagement war verbesserungswürdig.

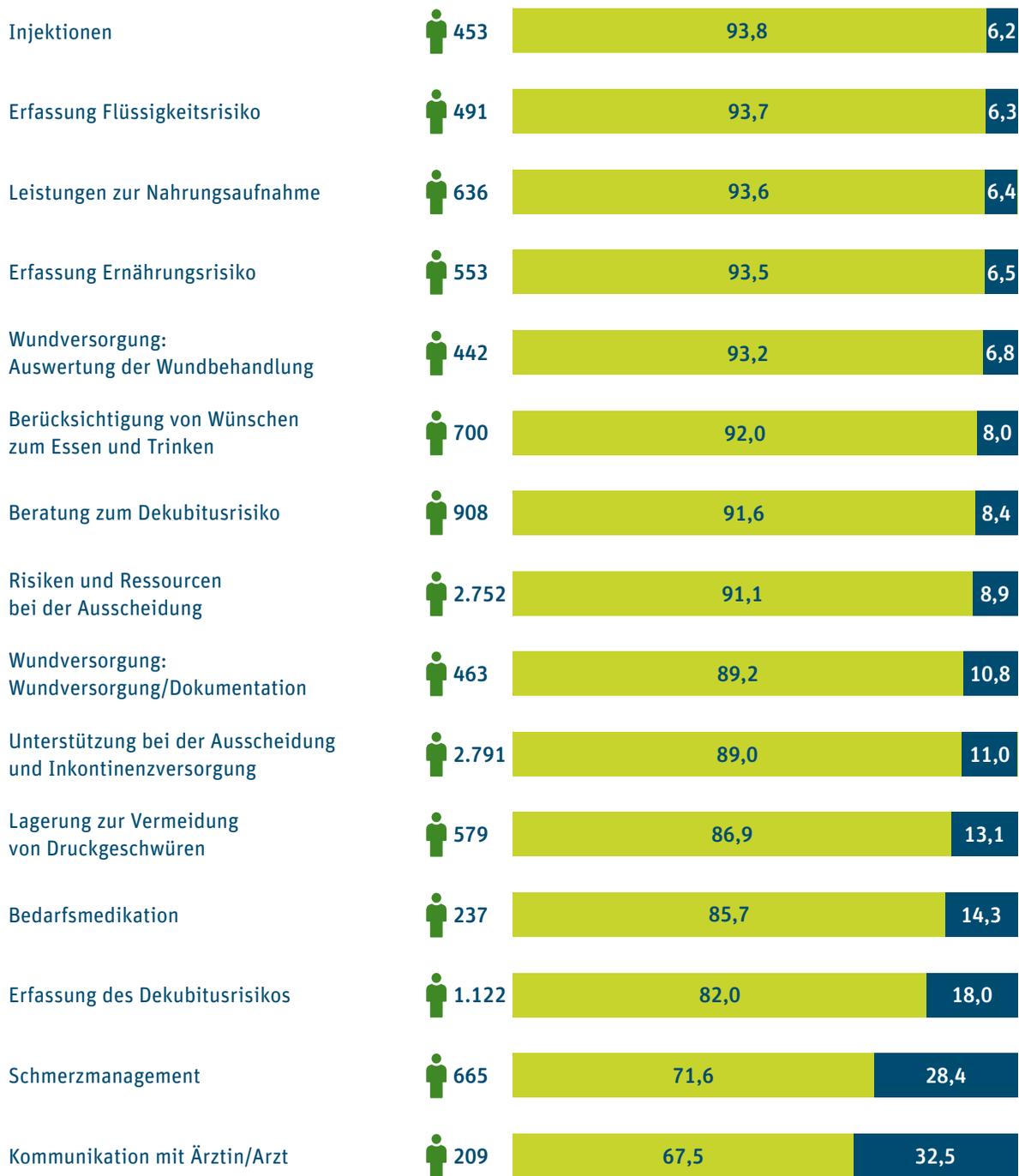


Ergebnisse im Überblick

Pflegerische Leistung: Ergebnisse nach positiver Bewertung

(Angaben in %)





Anzahl der besuchten Personen



Positive Bewertung



Negative Bewertung

Mobilität

Eine große Anzahl pflegebedürftiger Menschen ist in ihrer Mobilität eingeschränkt und benötigt in diesem Bereich Unterstützung oder auch Beratung von ambulanten Pflegediensten. Zum Bereich Mobilität zählen auch die Erfassung zum Dekubitusrisiko sowie die Vermeidung von Druckgeschwüren. Da die ambulanten Dienste nur begrenzte Einwirkungsmöglichkeiten haben, berücksichtigen die Gutachterinnen und Gutachter in ihrer Bewertung, dass die Pflegedienste nur eingeschränkt die Entstehung von Dekubitalgeschwüren verhindern können. Und dennoch fielen hier die Bewertungen schlechter aus als zum Beispiel bei den Leistungen zur Mobilität oder der Beratung zu Sturzrisiken, die die Pflegedienste sehr gut leisten.

Ambulante Dienste: Mobilität

Pflegerische Leistung: Ergebnisse nach Anzahl der besuchten Personen

(Angaben in %)

Leistungen zur Mobilität



Beratung zum Sturzrisiko



Erfassung des Dekubitusrisikos



Beratung zum Dekubitusrisiko



Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren



Leistungen zur Mobilität

Bei der Qualitätsprüfung wird bewertet, ob die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt werden. Darunter fallen zum Beispiel Hilfe beim Ein- und Ausstieg in die Badewanne. Diese Leistungen erbringen die ambulanten Dienste in der Regel gut. Von den 5.974 Personen, die eine Mobilitätsleistung beauftragt hatten, wurden 5.629 (94,2 Prozent) gut unterstützt. In nur 345 Fällen gab es eine negative Bewertung (5,8 Prozent).

Beratung zum Sturzrisiko

Auch die Beratung zur Vermeidung von Stürzen wird gut bewertet. Sie ist die am häufigsten erforderliche Beratungsleistung insgesamt. Denn viele pflegebedürftige Menschen haben einen unsicheren Gang, weil sie nicht mehr ausreichend Kraft haben oder unter Schwindel leiden. In diesen Fällen beraten die ambulanten Dienste zu Hilfsmitteln, wie etwa Rollatoren oder Gehstöcken. Eine gestörte Sehfähigkeit, die Einnahme von Medikamenten oder Stolperfallen in der Wohnung führen aber auch zu einem erhöhten Sturzrisiko. Die Aufgabe der Pflegedienste ist es, diese Risiken zu erkennen, die Pflegebedürftigen darauf aufmerksam zu machen und zu beraten. Konkret war dies 3.622-mal der Fall. Bei 3.422 Fällen (94,5 Prozent) wurde die Beratungsleistung positiv bewertet.

Beratung zum Dekubitusrisiko

Bei 908 der besuchten Menschen stellten die Prüferinnen und Prüfer ein erhöhtes Dekubitusrisiko fest. Dies besteht beispielsweise dann, wenn die Pflegebedürftigen den ganzen Tag im Sessel sitzen, ohne zwischendurch aufzustehen. Eine Beratung ist dann zwingend erforderlich. Zum einen müssen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen auf das Risiko an sich hingewiesen werden. Zum anderen sollen die ambulanten Dienste die versorgten Personen auf Hilfsmittel aufmerksam machen, die die Mobilität fördern oder mit denen ein Druckgeschwür vermieden werden kann, wie etwa ein Antidekubitus-sitzkissen. Im Gegensatz zur Beratung zum Sturzrisiko sehen die Gutachterinnen und Gutachter hier etwas mehr Verbesserungspotenzial: Diese Beratungsleistung wurde in 76 Fällen negativ bewertet, dies entspricht 8,4 Prozent.

Erfassung des Dekubitusrisikos

Die Prüferinnen und Prüfer bewerten auch die fachgerechte Erfassung des Dekubitusrisikos durch den ambulanten Pflegedienst. Laut Prüfberichten hätte bei 1.122 Pflegebedürftigen ein Dekubitusrisiko erfasst werden müssen. Bei mehr als 200 von ihnen (18 Prozent) erfolgte jedoch keine Erfassung des individuellen Dekubitusrisikos. Verbesserungspotenzial besteht vor allem bei der Dokumentation, insbesondere an welchen Hautarealen die Gefahr besteht, ein Druckgeschwür zu entwickeln.

Beispiele aus den Prüfungen:

- | Bei einer Person wurde das Dekubitusrisiko zwar erkannt, jedoch nicht vollständig in der Dokumentation erfasst. Es fehlten die Angaben zu den gefährdeten Stellen.
- | Bei einer Person wurde zwar das Dekubitusrisiko erkannt, die Prophylaxe jedoch nicht angepasst. Denn aus der Dokumentation war erkennbar, dass die Person in der Vergangenheit bereits einen Dekubitus am Gesäß gehabt hatte und nun ohne Antidekubitusstulzkissen in einem Rollstuhl saß.

Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren

Bei insgesamt 579 Personen war eine Unterstützung bei der Lagerung durch den Pflegedienst vereinbart, da sie sich nicht mehr ausreichend selbstständig bewegen können. Die Pflegekräfte nutzen dafür Hilfsmittel wie etwa Lagerungskissen, um so ein Druckgeschwür zu vermeiden. Bei 76 von 579 Personen, die diese Leistung vereinbart haben, konnten die ambulanten Pflegedienste die fachlichen Anforderungen nicht erfüllen, dies entspricht immerhin 13,1 Prozent.

Beispiele aus den Prüfungen:

- | Für eine vollständig immobile Person wurde ein Lagerungsplan erstellt. Laut diesem sollte die Person bei jedem Besuch des ambulanten Dienstes mobilisiert und gelagert werden. Doch dies ist nachweislich nicht durchgehend erfolgt.
 - | Bei einem bestehenden Dekubitus wurden bei einer versorgten Person keine druckentlastenden Maßnahmen eingeleitet.
-

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

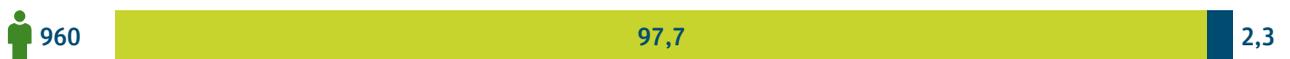
Die Unterstützung im Bereich „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ zählt zu den am besten bewerteten. Vor allem lieferten die Pflegedienste ausreichend Informationen zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, unterstützten die betreuten Personen aber auch gut beim Essen und Trinken.

Ambulante Dienste: Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

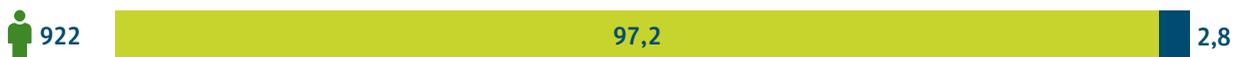
Pflegerische Leistung: Ergebnisse nach Anzahl der besuchten Personen

(Angaben in %)

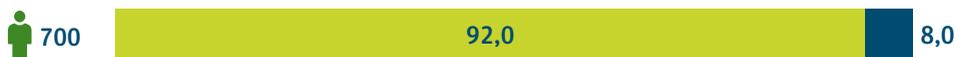
Informationen zur Flüssigkeitsversorgung



Informationen zur Ernährung



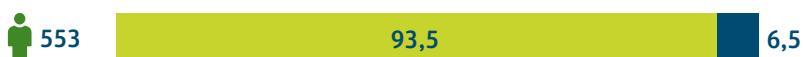
Berücksichtigung von Wünschen zum Essen und Trinken



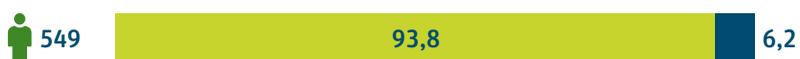
Leistungen zur Nahrungsaufnahme



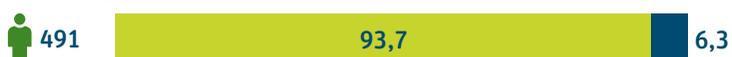
Erfassung Ernährungsrisiko



Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung



Erfassung Flüssigkeitsrisiko



Informationen und Erfassung zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Häufig sind pflegebedürftige Menschen nicht in der Lage, selbstständig zu essen und zu trinken. Eine mangelhafte Ernährung oder eine zu geringe Flüssigkeitsaufnahme können bei den Betroffenen schnell zu gesundheitlichen Problemen führen. Daher erhalten sie von den ambulanten Diensten die notwendigen Informationen über mögliche Risiken und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung. Die positiven Bewertungen liegen jeweils bei über 97 Prozent. Die Erfassung der entsprechenden Risiken wurde ähnlich positiv bewertet (jeweils über 93 Prozent).

Leistungen zur Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitsversorgung

Leistungen zur Flüssigkeitsversorgung können sowohl das Bereitstellen von Getränken als auch die Gabe von Flüssigkeit sein. Leistungen im Bereich der Ernährung sind zum Beispiel eine mundgerechte Zubereitung der Speisen oder Hilfe bei der Nahrungsaufnahme. Diese Leistungen wurden in der Regel positiv bewertet (jeweils über 93 Prozent).

Berücksichtigung von Wünschen zum Essen und Trinken

Wenn Leistungen zur Ernährung oder zur Flüssigkeitsversorgung vereinbart sind, überprüfen die Gutachterinnen und Gutachter, ob die individuellen Ess- und Trinkgewohnheiten der betreuten Person berücksichtigt werden. Denn die Pflegedienste müssen erfragen, welche Wünsche, Vorlieben, Abneigungen oder Gewohnheiten vorliegen, und dies berücksichtigen. Dies wird auch bewertet, wenn der ambulante Pflegedienst die Einkäufe übernimmt. Bei 644 von 700 pflegebedürftigen Menschen konnte nachvollzogen werden, dass der ambulante Pflegedienst die individuellen Wünsche berücksichtigt, lediglich bei 56 war dies nicht der Fall (8 Prozent).

Ausscheidung

Wenn es um die Unterstützung bei der Ausscheidung geht, schneiden die ambulanten Pflegedienste etwas schlechter ab. Während die Beratung zu dem Thema sehr gut ist, wurden mehr als zehn Prozent der Pflegebedürftigen nicht gut versorgt, wenn sie zum Beispiel Hilfe bei Toilettengängen oder beim Wechsel der Inkontinenzmaterialien benötigten.

Ambulante Dienste: Ausscheidung/Inkontinenz

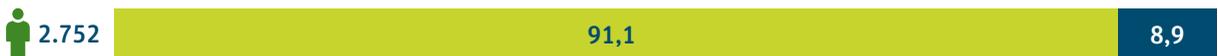
Pflegerische Leistung: Ergebnisse nach Anzahl der besuchten Personen

(Angaben in %)

Unterstützung bei der Ausscheidung und Inkontinenzversorgung



Risiken und Ressourcen bei der Ausscheidung



Beratung zu Inkontinenz



Beratung zu Inkontinenz

Bei rund 1.300 besuchten Personen war eine Beratung zu dem Thema Blasen- oder Darmschwäche erforderlich. Pflegebedürftige und Pflegende werden informiert, wie eine Verbesserung der individuellen Situation möglich ist, und werden auf geeignete Hilfsmittel hingewiesen wie etwa Einlagen oder eine Erhöhung des Toilettensitzes. Diesen Beratungsauftrag leisteten die ambulanten Dienste überdurchschnittlich gut und erhielten 98,4 Prozent positive Bewertungen.

Unterstützung bei der Ausscheidung und Inkontinenzversorgung

Sehr viele Pflegebedürftige mit Blasen- oder Darmschwäche benötigen Hilfe und vereinbaren entsprechende Unterstützungsleistungen. Das kann unter anderem die Unterstützung beim Toilettengang sein oder die Hilfe beim Wechsel von Inkontinenzmaterialien. Geprüft wird, ob die erforderlichen Leistungen entsprechend der Pflegeplanung erbracht werden. In 89 Prozent der Fälle erfüllten die ambulanten Pflegedienste diese Anforderungen, in elf Prozent wurden die Anforderungen nicht erfüllt. Es kam jedoch auch regelmäßig vor, dass notwendige Leistungen durchgeführt wurden, aber die Planungsdocumentation fehlte.

Beispiele aus den Prüfungen:

Bei einer inkontinenten Person war eine erforderliche Inkontinenzversorgung nicht geplant, aber der ambulante Dienst konnte nachweisen, dass er die Versorgung durchgeführt hat.

Eine Person benötigte eine Begleitung zur Toilette, Hilfe beim Hinsetzen und beim Wiederaufstehen sowie beim Richten der Bekleidung. Dieser Hilfebedarf war nicht dokumentiert. Die Hilfen wurden aber nach Angaben des ambulanten Dienstes und der versorgten Person regelmäßig durchgeführt.

Risiken und Ressourcen bei der Ausscheidung

Sind Leistungen im Bereich Ausscheidung vereinbart, wie etwa Unterstützung beim Wechsel der Inkontinenzmaterialien, müssen auch die Risiken und Ressourcen beschrieben werden. Hierbei geht es um die Einschätzung der individuellen Fähigkeiten der versorgten Person und um die pflegfachliche Einschätzung, inwieweit personelle Unterstützung im Bereich der Ausscheidung notwendig ist. Bei 2.752 pflegebedürftigen Personen war dies der Fall und bei fast jedem Zehnten erfolgte dies nicht fachgerecht.

Umgang mit Demenz

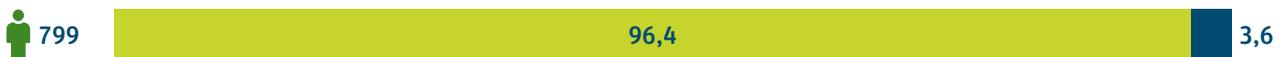
Das Thema Demenz wird immer dann betrachtet, wenn bei dem pflegebedürftigen Menschen eine entsprechende ärztliche Diagnose bekannt ist. Hier müssen die ambulanten Pflegedienste besondere Anforderungen im Rahmen der vereinbarten Leistung erfüllen. Bei Menschen mit Demenz ist die sogenannte biografieorientierte Pflege von besonderer Bedeutung. Denn jede Art von Veränderungen der gewohnten Routine stellt den Menschen mit Demenz vor besondere Herausforderungen. Bei zunehmendem Gedächtnisverlust gibt eine Struktur Sicherheit, damit es nicht zu Auffälligkeiten kommt – das können beispielsweise Blockaden, Ablehnungen oder motorische Unruhe sein. Der Umgang mit Menschen mit Demenz stellt oftmals für die Angehörigen eine besondere Herausforderung dar. Daher kommt der Beratung zu Risiken und den erforderlichen Maßnahmen, wie etwa zu adäquaten Beschäftigungsangeboten, ein hoher Stellenwert zu. Diese Herausforderungen meisterten die Pflegefachkräfte der ambulanten Dienste durchweg gut. In allen überprüften Aspekten lagen die positiven Bewertungen bei über 96 Prozent.

Ambulante Dienste: Umgang mit Demenz

Pflegerische Leistung: Ergebnisse nach Anzahl der besuchten Personen

(Angaben in %)

Beachtung von Besonderheiten bei der Leistungserbringung



Informationen zu Demenz



Beratung bei Demenz



 Anzahl der besuchten Personen

 Positive Bewertung
 Negative Bewertung

Beachtung von Besonderheiten bei der Leistungserbringung

Bei 799 der besuchten pflegebedürftigen Menschen lag eine gerontopsychiatrische Diagnose wie zum Beispiel Demenz vor. Es wird geprüft, ob die biografischen und andere Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet werden. Bei 770 (96,4 Prozent) der Menschen mit Demenz erfüllte der ambulante Pflegedienst die Anforderungen.

Beratung bei und Informationen zu Demenz

Bei 525 besuchten Personen stellten die Gutachterteams fest, dass eine Beratung zum Thema Demenz erforderlich ist, und in fast 97 Prozent der Fälle sind die ambulanten Pflegedienste dieser Aufgabe nachgekommen. Ähnlich gut ist das Ergebnis bei der Information zu Demenz: 694-mal hätten die Angehörigen detailliert über das Thema informiert werden müssen und 676-mal erfüllte der ambulante Pflegedienst diese Anforderung (97,4 Prozent).

Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Die am häufigsten vereinbarte und überprüfte Leistung war die Unterstützung bei der Körperpflege, und in diesem Bereich gab es nicht viel zu beanstanden. Auch setzt die überwiegende Mehrheit der ambulanten Dienste ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation ein.

Ambulante Dienste: Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Pflegerische Leistung: Ergebnisse nach Anzahl der besuchten Personen

(Angaben in %)

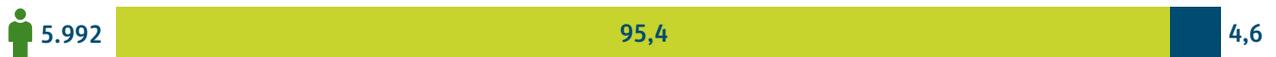
Einsatz von Mitarbeitenden entsprechend der Qualifikation



Durchführung Körperpflege



Wünsche zur Körperpflege



 Anzahl der besuchten Personen

 Positive Bewertung
 Negative Bewertung

Wünsche zur Körperpflege

Die Körperpflege beinhaltet eine Vielzahl von Leistungen, die sich im Umfang deutlich unterscheiden – angefangen vom Waschen des Rückens bis hin zur umfassenden Hilfe beim Duschen. Möglich ist aber auch, dass der pflegebedürftige Mensch vollständig im Bett gewaschen und angezogen wird. Zum Thema Körperpflege muss die Frage beantwortet werden, ob die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistung berücksichtigt werden. Bei 5.717 der 5.992 besuchten pflegebedürftigen Menschen hieß die Antwort „Ja“ (95,4 Prozent). Die Pflegekräfte haben die Wünsche erfasst und berücksichtigt.

Durchführung Körperpflege

Eine weitere Frage bezieht sich auf die Durchführung der Körperpflege: Ist diese im Rahmen der vereinbarten Leistung, bezogen auf die Einwirkungsmöglichkeiten, angemessen? Hier wird überprüft, ob der pflegerische Zustand angemessen ist, wenn der ambulante Pflegedienst die Körperpflege durchführt beziehungsweise unterstützt. Der Begriff „Einwirkungsmöglichkeiten“ stellt klar, dass hier das Selbstbestimmungsrecht des pflegebedürftigen Menschen Vorrang hat und sowohl die Pflegekräfte als auch die Gutachterinnen und Gutachter akzeptieren müssen, dass der pflegebedürftige Mensch seinen individuellen Anspruch an die Körperpflege selbst definiert. In diesem Punkt erzielten die ambulanten Dienste ein Topergebnis: In 99,8 Prozent der Fälle war die Körperpflege angemessen.

Einsatz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entsprechend der Qualifikation

Bei den ambulanten Qualitätsprüfungen wird zudem überprüft, ob die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden. Dies ist erforderlich, da nicht alle, die in der Pflege eingesetzt werden, ausgebildete Pflegefachkräfte sind. Bestimmte Leistungen können aber nur von qualifiziertem Pflegefachpersonal erbracht werden. Welche Qualifikation für bestimmte pflegerische Tätigkeiten erforderlich sind, wurde gesetzlich geregelt und in Verträgen mit den Krankenkassen beschrieben. Überprüft wird hierbei immer, ob die Tätigkeiten bei dem besuchten pflegebedürftigen Menschen durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der entsprechenden Qualifikation durchgeführt wurden. Dies war bei 98,4 Prozent der besuchten pflegebedürftigen Menschen der Fall.

Behandlungspflege

Zu den häufigsten behandlungspflegerischen Maßnahmen gehören das Bereitstellen und Verabreichen von Medikamenten sowie das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen. Es wird überprüft, ob die Pflegekräfte des ambulanten Dienstes die behandlungspflegerischen Maßnahmen fachgerecht, nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und auch entsprechend der ärztlichen Anordnung durchführen. In diesen Punkten haben die Prüfteams keine beziehungsweise nur wenige Auffälligkeiten festgestellt.

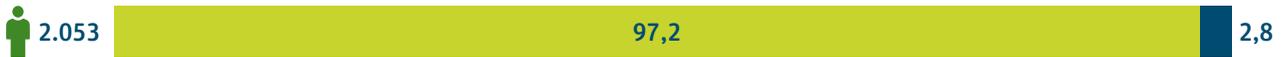
Anders bei der Wundbehandlung, dem Schmerzmanagement, bei der Bedarfsmedikation und der Kommunikation mit den behandelnden Medizinerinnen und Medizinern. Ursachen für die schlechteren Ergebnisse in diesen Bereichen lagen in einer verbesserungswürdigen Dokumentation. Schließlich sind gerade die Einschätzung der Situation und die entsprechende Dokumentation besonders wichtig. Denn anhand einer Dokumentation lässt sich sofort ein veränderter Gesundheitszustand erkennen, oder es kann beurteilt werden, ob eine Behandlung Wirkung zeigt. Wer Veränderungen zum Beispiel bei Schmerzen nicht erkennt, kann darauf auch nicht adäquat reagieren oder mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten in Kontakt treten.

Ambulante Dienste: Behandlungspflege

Pflegerische Leistung: Ergebnisse nach Anzahl der besuchten Personen

(Angaben in %)

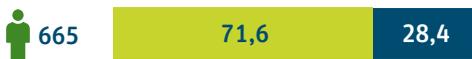
Kompressionsstrümpfe und -verbände



Medikamentenversorgung



Schmerzmanagement



Wundversorgung: Wundbehandlung



Wundversorgung: Wundversorgung/Dokumentation



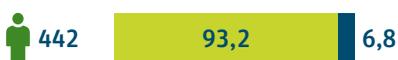
Wundversorgung: Ort und Zeitpunkt der Entstehung



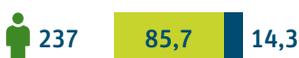
Medikamentenversorgung: Medikament injizieren



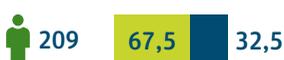
Wundversorgung: Auswertung der Wundbehandlung



Medikamentenversorgung: Bedarfsmedikation



Kommunikation mit Ärztin/Arzt



 Anzahl der besuchten Personen

 Positive Bewertung
 Negative Bewertung

Kompressionsstrümpfe und -verbände

Die häufigste geprüfte ärztlich angeordnete Behandlungspflege betrifft das An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe oder das An- und Ablegen der Kompressionsverbände. Dies ist zum Beispiel erforderlich, wenn Menschen an einer Erkrankung der Beinvenen leiden. Das Anziehen von Kompressionsstrümpfen birgt einige Gefahren. So können falsch angezogene Kompressionsstrümpfe beispielsweise Wunden oder Nervenschäden verursachen. Bei 2.053 pflegebedürftigen Menschen war ärztlich angeordnet, dass ein ambulanter Pflegedienst dies übernehmen soll. Bei 97,2 Prozent der pflegebedürftigen Menschen wurde diese Maßnahme korrekt durchgeführt.

Wundversorgung

Pflegebedürftige Menschen mit chronischen Wunden bedürfen einer besonderen pflegerischen Versorgung. Sie leiden häufig an Wundschmerzen und sind in der Lebensqualität eingeschränkt. Nicht selten ziehen sich die Betroffenen zurück und sind zunehmend sozial isoliert. Die Wundversorgung erfordert komplexes pflegerisches Fachwissen. Primäre Ziele sind die Wundheilung und die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen. Um dies zu erreichen, muss die Wunde korrekt beschrieben, beobachtet und versorgt werden. Denn nur anhand dieser Dokumentation kann beurteilt werden, ob die Wundbehandlung Wirkung zeigt. Zur bestmöglichen Versorgung ist ein enger Austausch aller Beteiligten erforderlich.

Im Rahmen der Qualitätsprüfung wurde die Wundversorgung bei 463 pflegebedürftigen Menschen überprüft, doch nicht alle Aspekte können für eine Beurteilung herangezogen werden. Ein Beispiel: Ist eine Wunde erst vor 24 Stunden entstanden, kann unter Umständen noch keine Verbesserung eingetreten sein. Die Wunde muss aber auf jeden Fall dem Pflegedienst bekannt und dokumentiert sein, auch eine Rücksprache mit dem Arzt und die Dokumentation des Beginns der Behandlung sind erforderlich. Deshalb muss die Wundversorgung differenzierter betrachtet werden.

So konnte die Frage, ob Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde oder des Dekubitus nachvollziehbar sind, nur 460-mal bewertet werden. Im überwiegenden Teil der Fälle konnte dies mit „Ja“ beantwortet werden. In Zahlen: 435-mal oder 94,6 Prozent. Auch die Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus erfolgte zum großen Teil nach aktuellem Stand der Wissenschaft (95,7 Prozent).

Die Frage „Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus ausgewertet und die Maßnahmen gegebenenfalls angepasst?“ wurde überwiegend mit „Ja“ beantwortet. In 412 von 442 Fällen erhielten die Pflegedienste eine positive Bewertung, dies entspricht 93,2 Prozent.

Etwas schlechter waren die ambulanten Dienste aufgestellt, wenn es darum ging, chronische Wunden oder ein Druckgeschwür differenziert zu dokumentieren. Dazu gehört, festzuhalten, wie die Wunde aktuell aussieht, ob sich der Wundzustand verbessert oder verschlechtert hat und wie die Größe, Lage oder Tiefe der Wunde sind. Bei jedem zehnten der 463 betreuten Pflegebedürftigen mit chronischer Wunde war dies mangelhaft (10,8 Prozent).

Medikamentenversorgung

Die zweithäufigste ärztlich angeordnete behandlungspflegerische Maßnahme ist die Gabe der Medikamente. Bei 1.932 pflegebedürftigen Menschen wurden ambulante Pflegedienste beauftragt, Medikamente zu verabreichen. Bei 1.835 besuchten pflegebedürftigen Menschen wurde kein Defizit festgestellt. Somit erfolgte in 95 Prozent der Fälle die Medikamentengabe fachgerecht entsprechend der ärztlichen Anordnung und war auch den fachlichen Anforderungen entsprechend dokumentiert. Bei fünf Prozent – also in 97 Fällen – war dies nicht der Fall. Bei insgesamt 237 pflegebedürftigen Menschen wurde auch der Umgang mit Bedarfsmedikation überprüft. Hier fiel die Bewertung schlechter aus. Bei 14,3 Prozent der besuchten pflegebedürftigen Menschen war der Umgang mit der Bedarfsmedikation nicht fachgerecht.

Bessere Ergebnisse erzielten die ambulanten Pflegedienste, wenn sie beauftragt wurden, ein Medikament zu injizieren – dies kann zum Beispiel die Insulinspritze bei Diabetes mellitus sein. Bei 453 pflegebedürftigen Menschen war ein ambulanter Pflegedienst beauftragt, ein Medikament zu injizieren. 425-mal (93,8 Prozent) erfolgte die Injektion fachgerecht. 28-mal (6,2 Prozent) war die Leistung defizitär.

Schmerzmanagement

Das pflegerische Schmerzmanagement wird nur dann überprüft, wenn der ambulante Pflegedienst eine Schmerztherapie auf ärztliche Anordnung durchführt. Dies war bei 665 pflegebedürftigen Menschen der Fall. Für Menschen mit akuten oder chronischen Schmerzen ist die fachgerechte Durchführung der Schmerztherapie besonders wichtig, denn der Erfolg trägt maßgeblich zur Lebensqualität bei. Dazu gehört nicht nur die korrekte Verabreichung des Schmerzmedikamentes zur richtigen Zeit und in der korrekten Dosierung, sondern auch die systematische Erfassung der Schmerzsituation. Hierzu müssen die Art der Schmerzen, ihr Zeitpunkt des Auftretens sowie die Schmerzintensität erfasst werden. Diese Schmerzerfassung ist ein wesentlicher Teil des pflegerischen Schmerzmanagements, denn es unterstützt die Ärztin oder den Arzt bei der Behandlung. Die Betroffenen können gezielt beraten werden, wie sich ihre Schmerzsituation verbessern lässt.

Bei den 665 überprüften Pflegebedürftigen entsprach bei fast einem Drittel das pflegerische Schmerzmanagement nicht den fachlichen Anforderungen.

Beispiele aus den Prüfungen:

Wie bei allen Medikamenten muss auch für die Schmerzmedikation ein Plan vorliegen, in dem verordnete Medikamente, Dosierungen und Zeitpunkt der Medikamentengabe notiert sind. Doch es lagen drei verschiedene Pläne bei einer Person vor. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes wussten nicht, welcher Plan aktuell war. In der Folge wurden Medikamente nicht nach der ärztlichen Verordnung oder in einer falschen Dosierung verabreicht.

Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt

Sollte sich der gesundheitliche Zustand des pflegebedürftigen Menschen verändern oder eine ärztlich angeordnete Maßnahme nicht zum gewünschten Erfolg führen, muss die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt darüber informiert werden. Auch soll Kontakt mit der Ärztin und dem Arzt aufgenommen werden, wenn die ärztlich angeordnete Maßnahme Erfolg zeigt, denn dann muss erörtert werden, ob die Maßnahme weiterhin durchgeführt werden soll oder ob Anpassungen in der Behandlung erforderlich sind.

Doch genau hier zeigten sich die meisten Defizite. Die Gutachterinnen und Gutachter stellten fest, dass bei 209 der besuchten pflegebedürftigen Menschen eine Rücksprache mit dem Arzt oder der Ärztin erforderlich gewesen wäre. Doch bei jedem Dritten wurde versäumt, mit den behandelnden Medizinerinnen und Mediziner Kontakt aufzunehmen.

3.3 Qualitätsprüfungen in der außerklinischen Intensivpflege (AKI)

Die außerklinische Intensivpflege ist eine besondere Form der ambulanten Pflege. Durch die Weiterentwicklung der Medizintechnik ist es in den vergangenen Jahren möglich geworden, dass auch Menschen mit schwersten Erkrankungen zu Hause oder in anderen ambulanten Wohnformen betreut werden können. Es geht dabei vor allem um schwerstpflegebedürftige Patientinnen und Patienten, die beispielsweise künstlich beatmet werden, tracheotomiert sind oder unter schweren Krampfanfällen leiden. Wurden sie früher überwiegend nur auf stationären Intensivstationen versorgt, so ist es heute mit der Unterstützung von spezialisierten Pflegefachkräften möglich, dass die Betroffenen in ganz unterschiedlichen Settings außerhalb der Klinik gepflegt, betreut und begleitet werden. Sie benötigen in der Regel rund um die Uhr eine Intensivpflege, denn bei ihnen besteht die Gefahr, dass jederzeit lebensbedrohliche Situationen eintreten können. Speziell ausgebildete Pflegefachkräfte müssen die Atem- und Herz-Kreislauf-Funktion überwachen oder Beatmungsgeräte sowie Inhalations- und Absauggeräte bedienen können.

Insgesamt konnten in dem Zeitraum 42 Qualitätsprüfungen in der außerklinischen Intensivpflege durchgeführt und dabei 62 Versicherte begutachtet werden. Das Ergebnis macht deutlich, dass dieser Pflegebereich deutliche Defizite aufweist. Zum einen ist die Zahl an qualifiziertem Pflegepersonal für die außerklinische Intensivpflege häufig nicht ausreichend. Zum anderen fallen insbesondere beim Umgang mit der Beatmung, der Sauerstoffversorgung, beim Absaugen oder bei der Inhalation Mängel auf. Bedenklich ist auch, dass bei etwa einem Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner in den Wohngemeinschaften nicht sichergestellt war, dass die Alarmer jederzeit funktionieren, wahrgenommen und darauf entsprechend reagiert wird.

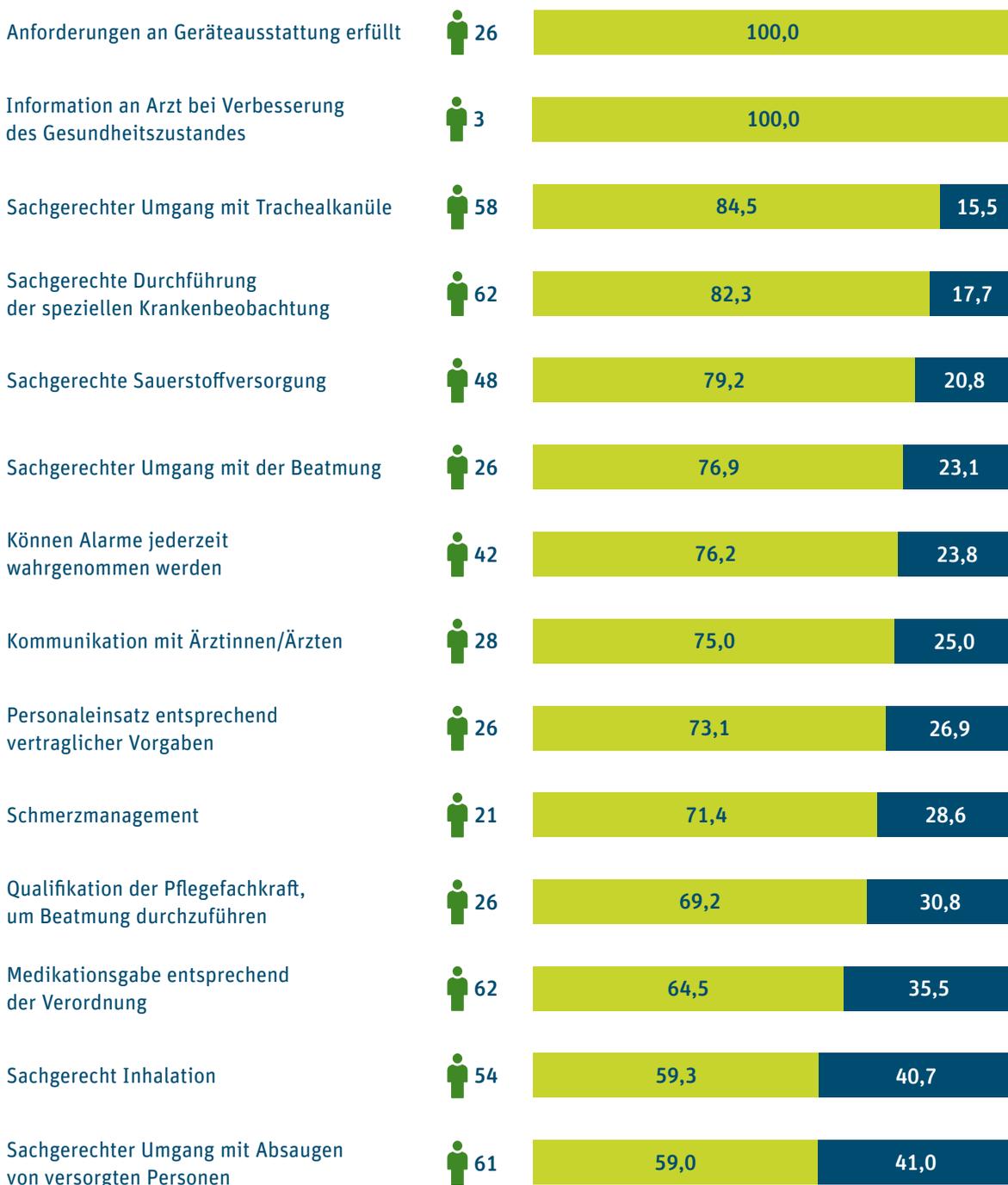


Die Ergebnisse aus den hier vorgestellten Qualitätsprüfungen beziehen sich auf ambulante Pflegedienste, die eine Intensivpflege außerhalb der Klinik durchführen. Hier geht es um die Prüfung der „speziellen Krankenbeobachtung“. Zu den Prüfungsthemen aus der üblichen ambulanten Pflege gibt es ein weiteres Kapitel. Die Leistung wird ärztlich verordnet bei Patientinnen und Patienten, bei denen es jederzeit zu einer lebensbedrohlichen Situation kommen kann und ein sofortiges Eingreifen notwendig ist.

Ergebnisse im Überblick

Pflegerische Leistung: Ergebnisse nach positiver Bewertung

(Angaben in %)



Anzahl der besuchten Personen



Anforderung erfüllt



Anforderung nicht erfüllt

Qualifikation der Pflegefachkräfte

In der ambulanten Intensivpflege werden schwerstpflegebedürftige Menschen versorgt, die häufig beatmet werden müssen. Ihre Betreuung erfordert ein hohes Fachwissen und die Kompetenz für ein sofortiges Eingreifen bei einer lebensbedrohlichen Situation.

Um eine gute und fachgerechte Pflege zu gewährleisten, ist eine enge Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen notwendig. Die Einrichtungen müssen einen Kooperationsvertrag mit einem Krankenhaus oder einem Facharzt für Intensivmedizin, Pulmologie oder einem Beatmungs- beziehungsweise Weaningzentrum (häufig einer speziellen Lungenfachklinik angeschlossen) abschließen, um den pflegebedürftigen Menschen umfassend betreuen zu können. Kontinuierliche Gesundheitskontrollen, Optimierungen der Beatmungstherapie und ein gutes Notfallmanagement sind wichtige Kernleistungen dieser Dienste.

Sowohl bei Patienten, die zu Hause leben, als auch in Wohngemeinschaften müssen immer ausreichend ausgebildete Pflegefachkräfte vor Ort sein. Bei den Prüfungen zeigte sich jedoch, dass nur bei 18 der 26 geprüften Patientinnen und Patienten, die beatmet wurden, die betreuenden Pflegekräfte über die erforderliche Erfahrung oder fachliche Zusatzqualifikation verfügten, um Pflege bei Beatmung durchzuführen. Bei acht der geprüften Pflegebedürftigen (30 Prozent) fehlte beim Pflegepersonal diese Qualifikation.

Darüber hinaus geht es auch darum, ob der Einsatz des Personals in Wohngemeinschaften entsprechend den vertraglich vereinbarten Regelungen erfolgt, also dass zum Beispiel eine qualifizierte Pflegefachkraft für einen oder zwei Bewohner verantwortlich ist. Bei fast einem Drittel der Pflegebedürftigen (7 von 26 Fällen) entsprach der Einsatz der Pflegefachkräfte nicht den vertraglichen Vorgaben der Krankenkasse.

Spezielle Krankenbeobachtung

Die spezielle Krankenbeobachtung ist eine Leistung, die ärztlich verordnet wird, vor allem für beatmete Patientinnen und Patienten, für Menschen mit einem Tracheostoma, die unvorhersehbar eine Absaugung von Bronchialsekreten benötigen, oder für Menschen mit schweren Krampfanfällen.

Folgende Anforderungen werden an diese Leistung gestellt: Die pflegebedürftigen Menschen müssen bis zu 24 Stunden am Tag kontinuierlich überwacht werden, da ständig lebensbedrohliche Situationen auftreten können. Die Pflegefachkraft muss immer in der Lage sein, mit notwendigen medizinisch-pflegerischen Maßnahmen eingreifen zu können. Vitalfunktionen müssen kontrolliert, bewertet und dokumentiert werden. Eine Pflegefachkraft muss permanent anwesend sein.

In 51 von 62 Fällen wurde die spezielle Krankenbeobachtung positiv, also ohne Defizite, bewertet. Bei elf (17,7 Prozent) pflegebedürftigen Menschen war jedoch keine kontinuierliche Beobachtung und ständige Interventionsbereitschaft gewährleistet. Die Vitalfunktionen wurden nicht ausreichend überwacht oder nicht dokumentiert und es wurden keine Verlaufskontrollen zu einer Veränderung des Gesundheitszustandes erhoben.

Trachealkanüle

In den Prüfungen waren insgesamt 58 pflegebedürftige Menschen mit einer Trachealkanüle versorgt. Sie wird eingesetzt, wenn über eine längere Zeit beatmet werden muss, schwere Schluckstörungen bestehen oder die Pflegebedürftigen an schwersten Erkrankungen leiden, beispielsweise chronischen Lungenerkrankungen mit globaler Atemschwäche oder Hirnbluten.

Geprüft werden der sachgerechte Umgang mit der Kanüle und die entsprechende Dokumentation. Bei 84,5 Prozent der Betroffenen waren die Anforderungen erfüllt. Bei neun (15,5 Prozent) Pflegebedürftigen fehlten die Angaben zur Indikation, zur Art und zum Typ der Trachealkanüle, oder der notwendige Wechsel der Trachealkanüle wurde nicht regelmäßig durchgeführt. Es wurden die hygienischen Vorschriften nicht eingehalten oder die notwendigen Hilfsmittel waren nicht vorhanden. Eine Reservekanüle für den Notfall in gleicher Größe fehlte ebenfalls.

Beatmung

Bei 20 von 26 pflegebedürftigen Menschen wurde in den Qualitätsprüfungen ein korrekter Umgang mit der Beatmung festgestellt. Bei sechs Pflegebedürftigen, also bei rund 23 Prozent, wurde die Beatmung jedoch nicht ordnungsgemäß ausgeführt. Hier waren vor allem die ärztlich verordneten Einstellungen des Beatmungsgerätes nicht korrekt oder notwendige Veränderungen wurden nicht übernommen. Die Kontrolle der Werte mindestens einmal pro Schicht oder Einsatz ist entweder nicht durchgeführt oder zumindest nicht dokumentiert worden.

Absaugen

Beatmete Menschen oder Menschen mit einer Atemschwäche müssen abgesaugt werden, da sie nicht in der Lage sind, Sekret aus der Luftröhre oder aus den Bronchien selbstständig abzuhusten. Doch das sachgerechte Absaugen ist für die ambulante Intensivpflege offenbar eine große Herausforderung.

Bei rund 40 Prozent (25 von 58 pflegebedürftigen Menschen) wurde das Absaugen nicht korrekt durchgeführt. Vor allem die hygienischen Anforderungen an das Absaugen oder an die Aufbereitung des Geräts wurden nicht eingehalten, der Absaugvorgang wurde nicht sachgerecht durchgeführt oder nicht dokumentiert.

Sauerstoffversorgung

Bei etwa jedem Fünften war die Versorgung mit Sauerstoff nicht sachgerecht. Das traf bei 10 von 48 pflegebedürftigen Menschen zu (20,8 Prozent). So war zum Beispiel nicht nachvollziehbar, wann die Funktionsprüfung des Sauerstoffgerätes erfolgt war, oder die hygienischen Anforderungen wurden nicht eingehalten. Vor allem entsprach die Gabe des Sauerstoffs häufig nicht den ärztlichen Anordnungen.

Inhalationen

Die Inhalation ist eine häufige Anwendung in der Intensivpflege. Sie muss bei tracheotomierten und beatmeten Menschen gerade im Hinblick auf die hygienischen Bedingungen sehr sorgsam durchgeführt werden. Bei 22 von 54 pflegebedürftigen Menschen, also bei rund 40 Prozent, wurde die ärztlich verordnete Inhalation jedoch nicht korrekt durchgeführt, oder es wurden hygienische Anforderungen an die Reinigung und Lagerung des Inhalationsgerätes nicht eingehalten. Oder aber das Inhalationsgerät wurde falsch an die Beatmung angeschlossen.

Verbesserung des Gesundheitszustandes

Verbessert sich der Zustand des pflegebedürftigen Menschen im Verlauf der pflegerischen Betreuung, müssen die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte informiert werden. Denn dann sollte geprüft werden, ob zum Beispiel eine Möglichkeit besteht, den Menschen von der Beatmung zu entwöhnen oder die Trachealkanüle zu entfernen. Im Rahmen der Prüfungen wurde bei drei Personen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes festgestellt, in allen Fällen hatte der Pflegedienst einen Arzt beziehungsweise eine Ärztin zu Rate gezogen.

Geräteausstattung

Die Geräteausstattung bei beatmeten Pflegebedürftigen muss vollständig sein. Hierzu zählen ein Beatmungsgerät sowie ein Ersatzgerät, Ersatzakkus, Hilfsmittel zur Beatmung in Reserve, ein Beatmungsbeutel (Ambubeutel), ein Absauggerät und ein zweites mobiles Absauggerät. Mängel wurden hier nicht festgestellt.

Alarmer wahrnehmen und reagieren

Es liegt auf der Hand, dass bei schwerstpflegebedürftigen Menschen, die jederzeit in lebensbedrohliche Situationen kommen können, das Alarmsystem zuverlässig funktionieren muss. Umso irritierender ist es, dass es bei fast einem Viertel der pflegebedürftigen Menschen (10 von 42) an der baulichen, technischen oder personellen Ausstattung fehlte, um zu jeder Zeit gewährleisten zu können, dass Alarmer wahrgenommen werden.

Beispiel aus den Prüfberichten:

Teilweise waren Alarmfunktionen an den Geräten ausgeschaltet oder keine Grenzwerte eingestellt. Es wurden aber einfach auch Türen geschlossen, und die Patienten waren nicht mehr zu hören.

Ärztliche Kommunikation

In der ambulanten Intensivpflege ist eine Kommunikation mit den Ärzten unerlässlich. Aufgrund der Schwere der Erkrankungen der pflegebedürftigen Menschen muss häufig eine Vielzahl an Medikamenten verabreicht werden. Auch das Schmerzmanagement ist ein wichtiger Baustein. Um ein vollständiges Bild zur medizinischen Behandlungspflege zu erhalten, werden diese Kriterien ebenfalls in diesem Bericht berücksichtigt.

Eine Kommunikation mit einer behandelnden Ärztin oder einem behandelnden Arzt muss dann erfolgen, wenn sich der Gesundheitszustand verändert, wenn es zu einer Notfallsituation kommt oder wenn die verordneten Leistungen nicht vollständig erbracht werden können. Bei 75 Prozent der Pflegebedürftigen war eine aktive ärztliche Kommunikation notwendig und wurde auch nachweislich durchgeführt. Dennoch zeigt sich hier eine Auffälligkeit: In den Prüfungen berichteten die Pflegedienste von großen Schwierigkeiten, Fachärztinnen oder Fachärzte zu organisieren, die sich um die Patientinnen und Patienten kümmern. Es gibt aktuell wenige Fachärztinnen oder Fachärzte für die außerklinische Intensivpflege. Dies betrifft insbesondere die Versorgung im ländlichen Raum. Hier sind die Anfahrtswege meist lang und auch die Kliniken liegen nicht in der unmittelbaren Umgebung.

Medikation

Die Prüfergebnisse zeigen für die ambulante Intensivpflege auch bei der Medikation Verbesserungspotenzial. In über 35 Prozent der Fälle entsprach die Medikation nicht der ärztlichen Verordnung.

So wurden Medikamente zum Beispiel nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung gegeben oder es wurde nicht entsprechend dokumentiert.

Beispiel aus den Prüfungen:

Medikamente wurden gemörsert und über die Magensonde verabreicht, obwohl das Medikament so nicht hätte verabreicht werden dürfen.

Das pflegerische Schmerzmanagement

Pflegebedürftige in der ambulanten Intensivpflege sind aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung häufig nicht in der Lage, sich über Schmerzen zu äußern. Daher müssen Schmerzausbrüche oftmals an Mimik und Gestik erkannt werden, an Unruhezuständen oder anderen nonverbalen Reaktionen. Mithilfe einer genauen und systematischen Krankenbeobachtung lässt sich erfassen, ob bei der Person chronische oder akute Schmerzen bestehen. Jedoch mangelte es bei 6 von 21 pflegebedürftigen Menschen (28,6 Prozent) an einer systematischen Schmerzeinschätzung.

4 Fazit und Ausblick

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes Nordrhein in stationären Einrichtungen und bei ambulanten Diensten, dass die grundpflegerische Versorgung zum allergrößten Teil gut aufgestellt ist. Die Probleme machen jedoch deutlich, dass die Qualität der Pflege in Zukunft nur sichergestellt werden kann, wenn das notwendige Fachpersonal und auch Hilfskräfte mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen. Eine große gesellschaftspolitische Herausforderung, die nicht allein die Organisationen und Einrichtungen der Pflege meistern können.

Für die ambulante Pflege wird es ein neues Prüfsystem und eine neue Prüfrichtlinie geben. Die Entwicklungsarbeit durch unabhängige Pflegewissenschaftler und auch ein umfassender Praxistest sind inzwischen abgeschlossen. Die neuen Qualitätsinstrumente werden derzeit noch überarbeitet. Wann die neue Qualitätsprüfungsrichtlinie in der ambulanten Pflege startet, steht noch nicht fest. Sicher ist, dass die Qualitätsprüfungen auch hier künftig stärker auf die Ergebnisqualität ausgerichtet sein werden.

Der Gesetzgeber hat mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) Regelungen auf den Weg gebracht, um die Versorgungssituation von Menschen mit einer Langzeitbeatmung zu verbessern. Seit 2023 werden diese Patientinnen und Patienten in Nordrhein einmal jährlich von Ärztinnen und Ärzten oder Pflegefachkräften begutachtet, die Versorgungsqualität wird geprüft und auch die Chancen für eine Rückkehr zum selbstständigen Atmen werden abgeklärt. Zudem ist nun auch für die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege eine besondere ärztliche Qualifikation erforderlich.

Die Ergebnisse zeigen, dass Qualitätsprüfungen wichtig sind. Sie bedeuten für die Einrichtungen aber auch Aufwand. Deshalb müssen stationäre Einrichtungen mit einer guten Qualität künftig nicht jährlich vom Medizinischen Dienst geprüft werden und werden so entlastet. Die Voraussetzungen für den Umstieg auf eine zweijährige Prüfung sind in der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund zur Verlängerung des Prüfrhythmus nach § 114c SGB 11 festgelegt.

5 Zufriedenheit der Pflegedienstleister mit der Qualitätsprüfung

Nach jeder Regelprüfung erhalten Pflegedienstleister einen Online-Fragebogen vom Medizinischen Dienst, indem sie ein Feedback zur Durchführung der Qualitätsprüfung und zum Prüfbericht geben können. Die Ergebnisse der über 1.000 eingegangenen Online-Fragebögen zeigen, dass die Pflegeeinrichtungen zufrieden mit der Arbeit der Prüferinnen und Prüfer des Medizinischen Dienstes Nordrhein sind.

Mit der Durchführung der Prüfung waren rund 90 Prozent sowohl der ambulanten als auch der stationären Pflegedienstleister zufrieden, 7 Prozent beziehungsweise 8 Prozent zeigten sich immerhin noch überwiegend zufrieden. Mit dem Prüfbericht waren rund 85 Prozent der Befragten zufrieden, 12 Prozent überwiegend zufrieden.

Besonders erfreulich ist, dass sich die Zufriedenheit in nahezu allen Bereichen im Vergleich zu den Vorjahren noch weiter verbessert hat. Dies trifft vor allem auf die Einschätzung der Pflegeeinrichtungen zum praktischen Nutzen der Prüfungen für die Qualitätsentwicklung und zum beratenden Ansatz der Prüfungen zu. Damit wird deutlich, dass die Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes Nordrhein zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung in der pflegerischen Versorgung beitragen und von den allermeisten Leistungsanbietern als wertvolle Unterstützung geschätzt werden.

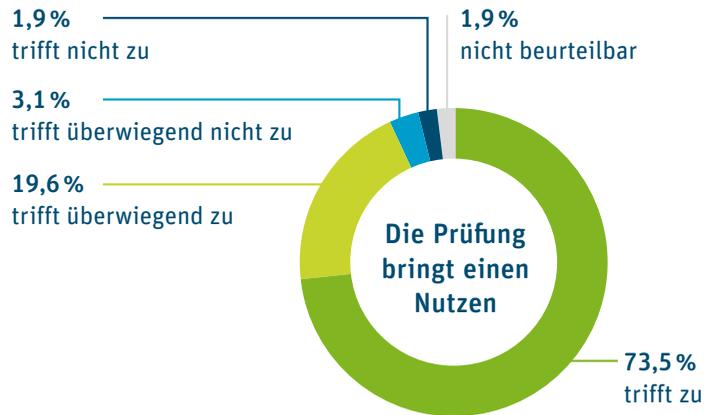
Die Rückmeldungen zu den Inhalten der Prüfberichte zeigen ebenfalls ein positives Bild, insbesondere bezüglich der Hinweise zu Verbesserungspotenzialen, die gegeben werden, der Übereinstimmung von Prüfung und Prüfbericht sowie der Sachlichkeit, Eindeutigkeit und Verständlichkeit der Aussagen.

Grundsätzlich ist eine sehr hohe Zufriedenheit mit den Pflegequalitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst Nordrhein bei den Leistungserbringern zu erkennen. Mögliche Verbesserungspotenziale werden jedoch auch deutlich. Dies betrifft unter anderem die Struktur des Prüfberichts. Der Medizinische Dienst Nordrhein wird sich zukünftig dafür einsetzen, dass die Qualitätsprüfungsrichtlinie hier angepasst und das Layout der Prüfberichte noch lesefreundlicher werden.

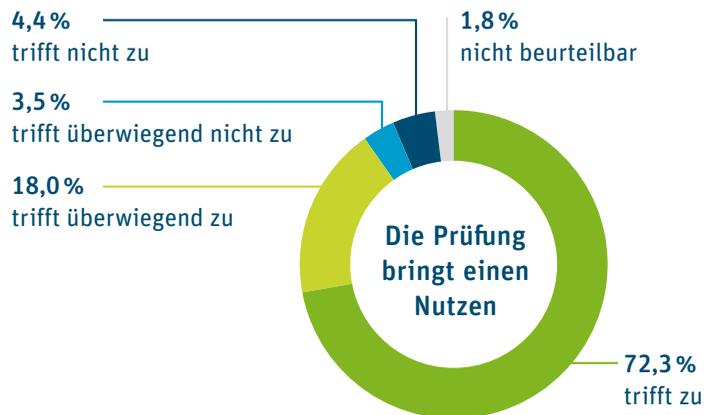
Weitere Verbesserungspotenziale wurden bereits unterjährig aufgegriffen, beispielsweise wurden die Selbstauskunftsbögen in beschreibbarer Form auf der Website des Medizinischen Dienstes Nordrhein zur Verfügung gestellt und darauf im Schreiben zur Ankündigung der Prüfung hingewiesen.

Praktischer Nutzen der Prüfung für die Qualitätsentwicklung

Stationäre Dienstleister



Ambulante Dienstleister



6 Anhang: Beschreibung der Prüfverfahren

Das Verfahren der Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen

Die Prüfung

In den vergangenen Jahren entwickelte sich ein reger Diskurs darüber, wie Pflegequalität gemessen wird und wie daraus eine Bewertung der Pflegeeinrichtungen erfolgen kann. Diese Diskussion war die Basis für das pflegewissenschaftlich neu entwickelte Qualitäts- und Prüfsystem der Pflegequalität in den stationären Pflegeeinrichtungen. Es setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

1. Die Erhebung von Indikatorendaten durch die Pflegeeinrichtungen
2. Die Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst beziehungsweise den Prüfdienst der privaten Krankenversicherung (Careproof)
3. Die Qualitätsdarstellung für die Verbraucherinnen und Verbraucher, also die Veröffentlichung von Indikatorenergebnissen, ausgewählten Prüfergebnissen des Medizinischen Dienstes und Angaben der Pflegeeinrichtungen zu ihrer Struktur

Die Organisation und der Ablauf der Qualitätsprüfungen sind durch die Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) stationär geregelt, sodass die Qualität der Pflegeeinrichtungen bundesweit nach einheitlichen Kriterien erfasst und bewertet wird.

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden veröffentlicht, damit die Pflegebedürftigen und deren Angehörige ein Bild über die Qualität der Pflegeeinrichtungen erhalten. Die Ergebnisse können somit auch als Entscheidungshilfe für die Auswahl eines Pflegeheimes dienen.

Der Medizinische Dienst Nordrhein überprüft grundsätzlich einmal jährlich alle stationären Einrichtungen in seinem Zuständigkeitsbereich. Die diesem Bericht zugrunde liegenden Abweichungen der Prüfzahlen sind durch die Coronapandemie begründet. Zum Schutz der besonders vulnerablen Gruppe der Pflegebedürftigen waren die Qualitätsprüfungen zeitweise ausgesetzt oder nur eingeschränkt möglich.

Der Fokus der Qualitätsprüfungen liegt auf der Ergebnisqualität, das heißt, wie gut die Pflegebedürftigen tatsächlich in den stationären Pflegeeinrichtungen versorgt sind.

Hierzu wird in jede Prüfung eine festgelegte Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern einbezogen. Diese Stichprobe umfasst regelhaft neun Bewohnerinnen und Bewohner. Um bei ihnen die Pflegequalität überprüfen zu können, werden folgende Informationsquellen genutzt:

1. Die sogenannte Inaugenscheinnahme

Hierzu findet ein Gespräch mit den Pflegebedürftigen statt. Es stehen deren Bedarf an Pflege und Betreuung als auch Wünsche und Bedürfnisse zu ihrer Versorgung im Vordergrund. Zudem erheben die Gutachterinnen und Gutachter einen pflegerischen Befund.

2. Das Fachgespräch

Um die Versorgungsqualität umfassend beurteilen zu können, stellen die Fachgespräche mit den Pflegefachkräften der Einrichtung einen weiteren wesentlichen Bestandteil der Qualitätsprüfung dar. In einem fachlichen Dialog bringen die Pflegefachkräfte der Einrichtungen ihre pflegefachlichen Kompetenzen und insbesondere das Wissen über den pflegebedürftigen Menschen ein.

3. Die Pflegedokumentation

Um ein stimmiges Gesamtbild zu erhalten, wird zudem die Pflegedokumentation der Bewohnerinnen und Bewohner der Stichprobe ausgewertet.

Anhand dieser drei Informationsquellen – Inaugenscheinnahme, Fachgespräch und Pflegedokumentation – können die Gutachterinnen und Gutachter die Ergebnisse der Pflegequalität überprüfen. Und zwar in folgenden vier Qualitätsbereichen:

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

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

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

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

Diese vier Bereiche umfassen insgesamt 16 Qualitätsaspekte, die wiederum jeweils verschiedene Themen umfassen. Mithilfe von Leitfragen nehmen die Gutachterinnen und Gutachter zu jedem Qualitätsaspekt eine Beurteilung der Versorgung vor.

Im Rahmen der Prüfung wird beurteilt, wie die Pflegebedürftigen der Stichprobe in diesen Bereichen von der Einrichtung unterstützt werden. Jeder Qualitätsaspekt wird einzeln bewertet und in eine von vier Kategorien (A bis D) eingestuft. Dabei wird beurteilt, ob es Defizite in der Versorgung gibt, inwiefern sich daraus Risiken für die Bewohnerin oder den Bewohner ergeben oder ob daraus bereits negative Folgen resultierten.

Die Bewertungen A bis D haben folgende Bedeutungen:

- A) Keine Auffälligkeiten oder Defizite
- B) Auffälligkeiten ohne Risiken oder negative Folgen für den Bewohner
- C) Defizit mit dem Risiko einer negativen Folge für den Bewohner
- D) Defizit mit einer eingetretenen negativen Folge für den Bewohner

Über alle pflegerischen Versorgungsaspekte hinweg kommt bei den festgestellten Defiziten mit Risiken für eine negative Folge (C-Bewertung) unter anderem der Pflegedokumentation eine entscheidende Rolle zu. Denn diese Art der Defizite zeigt sich in der Regel, wenn die Maßnahmenplanung, die Bedarfe und die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen nicht angemessen berücksichtigt werden oder wenn andere relevante Teile der Pflegedokumentation nicht den fachlichen Anforderungen entsprechen.

Die Einzelbewertungen der Kriterien für jeden einzelnen der 16 Qualitätsaspekte werden anschließend zusammengeführt und es erfolgt eine Gesamtbewertung der Einrichtung für den jeweiligen Qualitätsaspekt. Maßgeblich für die Gesamtbewertung des Qualitätsaspektes ist die Anzahl der C- beziehungsweise D-Defizite.

Bewertung auf Einrichtungsebene:

(von den Ergebnissen der bewohnerbezogenen Stichprobe leitet sich die Gesamtbewertung für jede Einrichtung ab)

Bewohnerebene 	A		B		C		D	
	Keine Auffälligkeiten oder Defizite		Auffälligkeiten ohne Risiko oder negative Folgen		Defizit mit Risiko negativer Folgen		Defizit mit eingetretenen negativen Folgen	
Anzahl der Fälle mit C- oder D-Wertung:	0–1	0	2–3	1	4	2–3	5+	4+
								
Einrichtungsebene (Qualitätsdarstellung) 	Keine oder geringe Qualitätsdefizite		Moderate Qualitätsdefizite		Erhebliche Qualitätsdefizite		Schwerwiegende Qualitätsdefizite	

Der Prüfbericht

Ein Bericht geht innerhalb von drei Wochen nach der Prüfung an die Pflegeeinrichtung und die Landesverbände der Pflegekassen sowie die zuständige Heimaufsicht. Der Prüfbericht stellt die Ergebnisse der externen Qualitätsprüfung, also der Prüfung durch den Medizinischen Dienst, und der internen Erhebung der Indikatorendaten durch die Einrichtung dar und fasst diese zusammen. Sofern durch den Medizinischen Dienst Qualitätsdefizite festgestellt wurden, werden konkrete Maßnahmen zur Beseitigung empfohlen.

Das Ergebnis

Die Versorgungsergebnisse der Einrichtungen werden für die Verbraucherinnen und Verbraucher aufbereitet. Die Ergebnisse stehen ihnen unter anderem im Internet, beispielsweise auf den Webseiten der Kranken- und Pflegekassen, zur Verfügung.

Die Erhebung der Indikatorendaten durch die Pflegeeinrichtungen

Ein weiteres Element des Qualitätssystems sind halbjährlich ermittelte Versorgungsergebnisse, die sogenannten Qualitätsindikatoren. Sie werden seit 2020 erhoben und sind Instrumente, mit denen die Ergebnisqualität der stationären Pflege gemessen und bewertet wird. Indikatoren sind Kennzahlen, die die Qualität widerspiegeln, wie beispielsweise die Entstehung von Druckgeschwüren. Diese Kennzahlen werden an eine zentrale Datenauswertungsstelle (DAS) übermittelt.^{1,2}

Das Ergebnis der Auswertung der Qualitätsindikatoren wird mit einer Punktzahl dargestellt:

- ○ ○ ○ ○ Die Ergebnisqualität liegt weit über dem Durchschnitt
- ● ○ ○ ○ Die Ergebnisqualität liegt leicht über dem Durchschnitt
- ● ● ○ ○ Die Ergebnisqualität liegt nahe beim Durchschnitt
- ● ● ● ○ Die Ergebnisqualität liegt leicht unter dem Durchschnitt
- ● ● ● ● Die Ergebnisqualität liegt weit unter dem Durchschnitt

1 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/qualitaet-und-transparenz-in-der-pflege.html>

2 <https://md-bund.de/themen/pflegequalitaet/qualitaetspruefungen.html>

In den Prüfungen des Medizinischen Dienstes werden die von der Einrichtung gemeldeten Daten auf Plausibilität geprüft.

Insgesamt umfasst das neue Qualitätssystem zehn Indikatoren:

- 1. Erhaltene Mobilität**
- 2. Erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen**
- 3. Erhaltene Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Lebensalltags**
- 4. Dekubitusentstehung**
- 5. Schwerwiegende Sturzfolgen**
- 6. Unbeabsichtigter Gewichtsverlust**
- 7. Durchführung eines Integrationsgesprächs**
- 8. Anwendung von Gurten**
- 9. Anwendung von Bettseitenteilen**
- 10. Aktualität der Schmerzeinschätzung**

Dabei werden einige dieser Qualitätsindikatoren für bestimmte Risikogruppen differenziert ausgewiesen, beispielsweise für Demenzpatienten.

Mithilfe der Indikatoren erhalten die Heime einen Überblick über ihren Qualitätsstatus. Die Indikatorenergebnisse der einzelnen Einrichtung werden mit den Indikatoren aller anderen Pflegeeinrichtungen in Deutschland verglichen. Die Ursachen für ein über- oder unterdurchschnittliches Ergebnis können aus dem Indikator nicht abgeleitet werden. Hingegen werden bei den Qualitätsprüfungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern der Stichprobe Aussagen zu den Gründen für die Situation getroffen.

Auf die Frage, welche für die Versorgung relevanten Themen in der Pflege und Betreuung insgesamt deutlich verbessert werden müssen, geben die Gutachterinnen und Gutachter am häufigsten die Pflegedokumentation an. Diese Angabe ist dahingehend als logisch konsequent zu betrachten, als dass professionelle Pflege sich durch eine gezielte Steuerung der Versorgung und Betreuung auszeichnet und qualitativ gute pflegerische Ergebnisse in einer adäquaten Risikoeinschätzung und dokumentierten Planung geeigneter pflegerischer Maßnahmen begründet sind.

Dies stellt ebenfalls einen Bewertungsgrundsatz in den aktuell gültigen Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die stationäre Langzeitpflege (QPR vollstationär) dar, wonach „die individuelle Maßnahmenplanung in jedem Fall schriftlich dokumentiert sein [muss und] eine lückenhafte Maßnahmenplanung als Defizit [...] zu werten ist.“³

3 Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege vom 17. Dezember 2018 (QPR vollstationär), S. 21.

Die Prüfberichte spiegeln diese Einschätzung wider. Über alle pflegerischen Versorgungsaspekte hinweg kommt bei den festgestellten Defiziten mit Risiken für eine negative Folge (C-Bewertung) der Pflegedokumentation eine entscheidende Rolle zu. In der Regel erfolgt eine C-Bewertung, wenn die Maßnahmenplanung die Bedarfe und die Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen nicht angemessen berücksichtigt oder wenn andere relevante Teile der Pflegedokumentation nicht den fachlichen Anforderungen entsprechen.

Das Verfahren der Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen

Die Prüfung

Die Qualitätsprüfung eines ambulanten Pflegedienstes wird nach einer grundsätzlich anderen Systematik vorgenommen als die Prüfung der Pflegeheime. Geprüft werden einzelne Kriterien eines umfangreichen Prüfkatalogs. Dabei wird zwischen zu veröffentlickenden und nicht zu veröffentlickenden Kriterien unterschieden. Für die Kriterien, deren Ergebnis veröffentlicht werden soll, sind die Gutachterinnen und Gutachter an eine festgelegte Ausfüllanleitung gebunden. Für die anderen Kriterien sind Erläuterungen zur Frage bindend. Alle Kriterien müssen ausschließlich mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden, sofern sie auf die besuchten Menschen zutreffen. Eine differenzierte Beurteilung analog zum stationären Bereich, bei dem eine mögliche Folge für den pflegebedürftigen Menschen eine Rolle spielt, erfolgt nicht.

In der Qualitätsprüfung eines ambulanten Pflegedienstes durch den Medizinischen Dienst wird zwischen der Strukturqualität, der Prozessqualität und der Ergebnisqualität unterschieden. Die Strukturqualität erfasst unter anderem die personelle Situation, das Qualitätsmanagement der Einrichtung, das Hygienemanagement, Datenschutzvereinbarungen und weitere prüfungsrelevante Inhalte. Des Weiteren wird die individuelle Versorgung der Pflegedürftigen beurteilt. Zusätzlich erfolgt eine Zufriedenheitsbefragung der pflegebedürftigen Menschen.

Insgesamt werden 46 Kriterien aus vier Qualitätsbereichen veröffentlicht:

1. **Pflegerische Leistungen (17 Kriterien)**
2. **Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (8 Kriterien)**
3. **Dienstleistung und Organisation (9 Kriterien)**
4. **Befragung der pflegebedürftigen Menschen (12 Kriterien)**

Spezielle Kriterien, zum Beispiel für die außerklinische Intensivversorgung, sind nicht inkludiert.

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfung basieren auf folgenden Informationen:

- **Auswertung der Dokumentation**
 - **Beobachtungen während der Prüfung**
 - **Inaugenscheinnahme der versorgten Person**
 - **Befragung der versorgten Person, ggf. auch der Angehörigen**
 - **Auskunft/Informationen/Darlegungen durch die begleitenden Mitarbeiter der Einrichtung**
-

Werden bei der Qualitätsprüfung Pflege- und/oder Dokumentationsmängel festgestellt, beraten die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes zu Verbesserungsmöglichkeiten und formulieren Maßnahmen zur Beseitigung der Mängel.

Der Prüfbericht

Der Medizinische Dienst erstellt innerhalb von drei Wochen nach Durchführung der Qualitätsprüfung einen Prüfbericht. Er ist Gegenstand und Ergebnis der Qualitätsprüfung; die in der Prüfung festgestellten Sachverhalte werden nachvollziehbar beschrieben sowie konkrete Empfehlungen des Medizinischen Dienstes zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten aufgelistet. Der Medizinische Dienst versendet den Prüfbericht an die Landesverbände der Pflegekassen, an den geprüften ambulanten Pflegedienst und an den zuständigen Sozialhilfeträger. Zur Beseitigung relevanter Mängel wird dem ambulanten Pflegedienst eine Frist durch die Landesverbände der Pflegekassen auferlegt.

Das Ergebnis

Gleichzeitig werden die nach den Pflege-Transparenzvereinbarungen für eine Veröffentlichung erforderlichen Daten durch den Medizinischen Dienst zur Verfügung gestellt. Diese Qualitätsdarstellung ist für die Verbraucherinnen und Verbraucher auf den Webseiten der Kranken- und Pflegekassen zugänglich.

Ein neues Qualitätssystem für die ambulante Pflege

Auch für die ambulante Pflege soll es ein neues Qualitätssystem geben. Die Entwicklungsarbeit durch unabhängige Pflegewissenschaftler und auch ein umfassender Praxistest (Pilotierung) sind inzwischen abgeschlossen. Die Ergebnisse des Praxistests bilden nun die Grundlage für eine Überarbeitung der neuen Qualitätsinstrumente. Nach deren Abschluss wird die Pflege-Selbstverwaltung den bundesweiten Start des neuen Qualitätssystems in der ambulanten Pflege einleiten. Wie in der stationären Pflege werden auch die Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege zukünftig stärker als bisher auf die Ergebnisqualität ausgerichtet sein.

Das Verfahren der Qualitätsprüfungen in ambulanten Intensivpflegeeinrichtungen

Die Prüfung

Die Prüfung für ambulante Intensivpflegedienste erfolgt analog der Prüfung eines ambulanten Pflegedienstes. Die Struktur- und Ergebnisqualität wird zu einem großen Teil übereinstimmend geprüft und abgebildet. In der ambulanten intensivmedizinischen Versorgung gibt es jedoch eine besondere Anforderung, hier die spezielle Krankenbeobachtung. Die schwerstpflegebedürftigen Menschen benötigen aufgrund ihrer Erkrankung und des damit verbundenen intensivmedizinischen Behandlungsbedarfs eine besondere fachliche Expertise und Qualifikation der eingesetzten Pflegefachkräfte.

Aus diesem Grund gibt es in der Qualitätsprüfungsrichtlinie (QPR) für die ambulante Intensivpflege die spezielle Krankenbeobachtung.

Die strukturellen Anforderungen an die spezielle Krankenbeobachtung

Die außerklinische ambulante Intensivpflege wird in der Regel von einer Ärztin oder einem Arzt als spezielle Krankenbeobachtung verordnet. Die strukturellen Anforderungen müssen dann von einem Pflegedienst erfüllt werden, wenn dieser mindestens eine Person mit Leistungen der „speziellen Krankenbeobachtung“ der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege (HKP-Richtlinie) versorgt. Die Verordnung erfolgt, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich ist und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.

Überprüft werden:

- die Versorgungssituation, also wie viele pflegebedürftige Menschen durch den ambulanten Pflegedienst versorgt werden,
 - die Anforderungen und die Zusammensetzung des Personals, denn es gelten bestimmte Voraussetzungen für den Einsatz des Personals bei der intensivmedizinischen Betreuung,
 - Regelungen zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter,
 - Fortbildungsangebote, das Notfallmanagement sowie Schulungen zum Notfall, die durch die Einrichtungen in regelmäßigen Abständen angeboten werden müssen,
 - die Anforderung zum Übernahmemanagement eines pflegebedürftigen Menschen und
 - die Einweisungen der Mitarbeitenden in die Geräte (Beatmung, Überwachung etc.).
-

Die Ergebnisqualität

In der Ergebnisqualität geht es um die tatsächlich erbrachte Pflege und hier im Besonderen um die damit verbundenen Anforderungen der speziellen Krankenbeobachtung. Die Beispiele der medizinischen Behandlungspflege und die Darstellung der Prüfergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die für diesen Bereich aussagekräftigen und ausschlaggebenden Prüffragen. Dies sind beispielsweise: Bestehen Kooperationsverträge mit Kliniken und Fachärzten? Ist der Einsatz des Personals den Bedarfen der pflegebedürftigen Menschen angepasst? Wird mit der Beatmung, der Überwachung und dem Absaugen sach- und fachgerecht umgegangen?

Im weiteren Verlauf wird das Kapitel der medizinischen Behandlungspflege in der ambulanten Intensivpflege mit Beispielen aus den Prüffragen verdeutlicht.

Die Stichprobe

In die Qualitätsprüfung wird eine bestimmte Anzahl an pflegebedürftigen Menschen einbezogen. Die Stichprobe ist durch die Richtlinie vorgegeben. So erfolgt z. B. in der ambulanten Pflege der Einbezug von acht Personen in die Qualitätsprüfung. Mit dem Einverständnis der Betroffenen werden der pflegerische Zustand und die Dokumentation überprüft. Aus den Vorgaben zur Stichprobe ergibt sich, warum in der ambulanten Intensivpflege insgesamt weniger Pflegebedürftige in die Stichprobe einbezogen werden.

- Die Stichprobenziehung erfolgt nach § 114 SGB XI.
- Per Zufallsauswahl werden acht pflegebedürftige Personen (ab Pflegegrad 2) mit mindestens einer körperbezogenen Pflegemaßnahme in die Leistungen einbezogen. Die Aufteilung ist vorgegeben: drei Personen mit Pflegegrad 2, drei Personen mit Pflegegrad 3 und zwei Personen mit Pflegegrad 4 oder 5.
In der ambulanten Intensivpflege handelt es sich überwiegend um Schwerstpflegebedürftige im Pflegegrad 4 oder 5, so verringert sich die Stichprobe bereits auf zwei Personen.
- Es gibt nur wenige ambulante Intensivpflegedienste, die keine körperbezogenen Leistungen anbieten. Hier besteht für die Gutachterinnen und Gutachter die Möglichkeit, acht Personen in die Stichprobe mit einzubeziehen, die nur in der medizinischen Behandlungspflege (§ 37 SGB V) versorgt werden.
- Im Kinderintensivbereich sind die pflegebedürftigen Kinder häufig innerhalb der Qualitätsprüfung in der Schule oder im Kindergarten. Auch Erwachsene, die in Werk-

stätten arbeiten, beeinträchtigen eine vollständige Stichprobe. Eine Prüfung ist hier nicht möglich.

- In der ambulanten Intensivpflege kann es immer wieder zu Veränderungen des Gesundheitszustandes kommen, sodass ein Besuch zur Qualitätsprüfung durch die Gutachterinnen und Gutachter nicht möglich ist.
 - Die Teilnahme an der Qualitätsprüfung ist freiwillig und obliegt der Entscheidung des pflegebedürftigen Menschen bzw. seines gesetzlichen Vertreters. Das Einverständnis wird aus verschiedensten Gründen nicht immer erteilt.
-

Impressum

Medizinischer Dienst Nordrhein

Berliner Allee 52
40212 Düsseldorf
Tel.: 0211 1382-0
www.md-nordrhein.de
E-Mail: info@md-nordrhein.de

Verantwortlich

Ulrike Kissels

Autoren

Michael Hüser
Sandra Leifer
Robert Pelzer
Marcus Winter

Redaktion

Dr. Barbara Marnach
Birgit Corsmeier

Gestaltung

fountain studio, fountainstudio.de

Druck

inpuncto:asmuth druck + medien gmbh
www.inpuncto-asmuth.de

