



## **Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)**

**zum Entwurf der**

### **Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes<sup>1</sup> über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) vom 11.10.2013**

#### **Vorbemerkung**

Die Änderung der QPR wurde aufgrund der Neufassung der Maßstäbe und Grundsätze (MuG) nach § 113 SGB XI in der ambulanten und in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011, den Änderungen im Pflege-Neuausrichtungsgesetz von 30.10.2012 und zuletzt durch die Entscheidung der Schiedsstelle nach § 113b SGB XI vom 6. September 2013 zur PTVS notwendig. Die MuG stellen eine der wesentlichen Grundlagen der QPR dar, von daher erfolgt die Anpassung der QPR an die Neufassung der MuG vom Oktober 2012 recht spät. Allerdings beziehen sich die wesentlichen Änderungen des vorliegenden QPR-Entwurfs mehrheitlich auf den Änderungsbedarf aus dem PNG sowie auf die Neufassung der PTVS. Die gesetzlichen Anpassungen sind vor allem:

- die Einführung der Befragung der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie der Pflegebedürftigen und Angehörigen als weitere Nachweisebenen bei der Beurteilung der Pflegequalität und die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen neben der Pflegedokumentation (§ 114a Abs. 3 SGB XI),
- die Neuregelung bei der Einwilligung der Pflegebedürftigen zur Einsichtnahme in deren Pflegedokumentation, zur Inaugenscheinnahme und Befragung. (§ 114a Abs. 3 und 3a SGB XI),
- die Einbeziehung des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen (PKV-Prüfdienste) bei 10% der zu prüfenden Pflegeeinrichtungen und -dienste (§ 114 Abs. 1 SGB XI),
- die Ankündigung der Qualitätsprüfung in ambulanten Pflegediensten am Tag zuvor (§ 114a Abs. 1 SGB XI),

---

<sup>1</sup> Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI

- die Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden (§ 114 Abs. 3 SGB XI).

Die Anpassungen der QPR aufgrund der Neufassung der PTVS umfassen vor allem:

- die Kriterien sowie die Anzahl der Kriterien,
- eine neue Reihenfolge der Kriterien im Qualitätsbereich 1,
- die Prüfstichprobe,
- die Bewertungssystematik,
- die Einführung der Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen und die Befragung der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie der Pflegebedürftigen und Angehörigen als weitere Nachweisebenen bei der Beurteilung der Pflegequalität neben der Pflegedokumentation,
- die Änderung und Konkretisierung der Ausfüllanleitung,
- die Übergangsregelungen bei der Veröffentlichung.

## **Beteiligungsverfahren und Unterlagen**

Im Rahmen des Beteiligungsverfahrens nach § 114a Abs. 7 Satz 2 SGB XI wurden mit dem Schreiben des GKV-Spitzenverbandes vom 11. Oktober 2013 folgende Unterlagen versandt:

- Richtlinienentwurf
- Anlage 1: Erhebungsbogen für die ambulante Pflege
- Anlage 3: Struktur und Inhalte des Prüfberichts für die ambulante Pflege
- Anlage 4: Erhebungsbogen für die stationäre Pflege
- Anlage 5: Prüfanleitung zum Erhebungsbogen für die stationäre Pflege (Prüfanleitung)
- Anlage 6: Struktur und Inhalte des Prüfberichts für die stationäre Pflege

Die BAGFW hatte in ihrer Stellungnahme zur QPR von 2009 bemängelt, dass die Prüfanleitung nicht Bestandteil des Stellungnahmeverfahrens war, die Unterlagen somit nicht vollständig vorlagen und eine abschließende Bewertung im Rahmen des Beteiligungsverfahrens nicht möglich war. Die BAGFW begrüßt, dass der GKV-Spitzenverband die Kritik von damals aufgenommen hat und im jetzigen Stellungnahmeverfahren die vollständigen Unterlagen zur Verfügung stellt.

## **Kernforderungen der BAGFW**

Bei der Bewertung der Neufassung der QPR ist vor allem zu berücksichtigen, inwieweit die Ursachen, die die Überarbeitung notwendig gemacht haben, umgesetzt sind sowie die Frage, welche Verbesserung mit der Überarbeitung im Vergleich zur bisherigen Version erreicht werden. Daher sind insbesondere folgende Aspekte zur Bewertung zu berücksichtigen:

1. die Konformität der QPR hinsichtlich gesetzlicher, leistungsrechtlicher, vertraglicher und fachlicher Grundlagen und Vorgaben;
2. die bundeseinheitliche Durchführung der Qualitätsprüfung mit einheitlichen Bewertungsvorgaben;
3. die Nachvollziehbarkeit der Prüfergebnisse, die der wirklichen Qualität der geprüften Einrichtung entsprechen;
4. der Beitrag zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie.

Bezogen auf diese vier Bewertungskriterien zur Neufassung der QPR erhebt die BAGFW die im Folgenden dargestellten Kernforderungen:

## **Zu 1.: Konformität der QPR hinsichtlich gesetzlicher, leistungsrechtlicher, vertraglicher und fachlicher Grundlagen und Vorgaben**

Die Konformität des Richtlinienentwurfs hat sich im Vergleich zur bestehenden QPR, insbesondere bezogen auf die PTVS, erhöht. Dennoch entspricht auch der Entwurf in der vorliegenden Form noch immer nicht allen gesetzlichen, leistungsrechtlichen, vertraglichen und fachlichen Vorgaben. Im Folgenden wird dargestellt, um welche Punkte es sich dabei handelt:

- **Ergebnisqualität**  
Nach § 114 Abs. 2 SGB XI erfasst die Regelprüfung „insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstreckt werden.“ Tatsächlich wird die QPR diesem Auftrag nicht gerecht. Selbst im Teil des Erhebungsbogens der Prüfanleitung (Anlage 1), der mit Prozess- und Ergebnisqualität überschrieben ist (ab Kapitel 9), finden sich tatsächlich kaum Fragen zur Ergebnisqualität im Sinne der gesetzlichen Definition. Diese wenigen Fragen werden dann i. d. R. auch nur als Informationsfragen erhoben und nicht einer Bewertung zugeführt (z. B. 12.1d stationär: Gewichtsverlauf). Stattdessen werden vor allem Teilschritte pflegerischer Versorgung erhoben und bewertet (Werden spezielle Risiken erfasst und entsprechende Maßnahmen durchgeführt etc.), was laut der Definition im SGB XI der Prozessqualität entspricht. In den Richtlinien fehlt also eine Konkretisierung der Prüffragen hinsichtlich der Ergebnisqualität, denn Ergebnisqualität ist nicht das Ergebnis der Dokumentation, sondern muss sich immer am Ergebnis des Pflegeprozesses und somit an dem gepflegten Menschen orientieren. Bei einer Überprüfung der Ergebnisqualität geht es somit um die Erfassung und Bewertung von objektiven Daten und Fakten. Diese Daten und Fakten müssen
  - auf den Nutzer / Gepflegten bezogen,
  - durch Pflege / Einrichtungen beeinflussbar sowie
  - valide und relevant für die Qualitätsmessung sein.

*Die Kriterien, die nachweislich, d. h. unter Berücksichtigung allgemein anerkannter wissenschaftlicher Erkenntnisse diese Vorgaben erfüllen, sind in den Erhebungsbögen entsprechend zu kennzeichnen und in einem eigenen Modul zusammenzufassen und bei einer Beschränkung der Prüfung auf die Aspekte der Ergebnisqualität heranzuziehen. Darüber hinaus sind kurzfristig die Weichen zu stellen, die Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege auf ein System von Qualitätsindikatoren umzustellen, wie in § 113 Abs. 1 Nr. 4 SGB XI vorgegeben und in den dazugehörigen Erläuterungen dieser Gesetzesänderungen durch das PNG näher konkretisiert.*

- § 11 SGB XI, Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI und qualitätsrelevante Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit der jeweiligen Einrichtung als Referenzrahmen der Prüfung.  
Für alle Pflegekassen und alle zugelassenen Einrichtungsträger normativ verbindlich sind die Vereinbarungen nach § 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI als auch die Landesrahmenverträge gem. § 75 SGB XI. Folglich müssen sich erstens alle weiteren Vereinbarungen, aber auch einseitige Richtlinien des SGB XI, denen die Träger der zugelassenen Einrichtungen unterworfen sind, in dem durch die Vereinbarung auf Bundesebene vorgegebenen Rahmen halten und dürfen diesen Vereinbarungen nicht widerstreiten. Soweit Verträge nach § 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI abschließend eine bestimmte qualitative Anforderung für notwendig hält, kann diese durch die entsprechende Pflege-Transparenzvereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI weder erweitert noch eingeschränkt werden, sondern diesen

Rahmen nur konkretisieren. Von selbst verstehen dürfte sich, dass sich die Qualitäts-Prüfrichtlinien gem. § 114a Abs. 7 SGB XI an diesem Rahmen ausrichten müssen.

Es obliegt also u. a. den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI, mit den Mitteln der untergesetzlichen Normsetzung nach § 113 Abs. 1 Satz 1, § 113a Abs. 1 Satz 4, § 115 Abs. 1a SGB XI den Qualitätsstandard der Pflege nach dem Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnis zu konkretisieren und zu gestalten. Die QPR können diese Ausgestaltungen ggf. weiter konkretisieren, dürfen sie aber inhaltlich nicht gegen diese Vereinbarungen ausweiten oder ihnen widerstreiten.

Des Weiteren sind die Träger der Einrichtungen verpflichtet, das zu erbringen, was in den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI bzw. in den Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI festgelegt wurde. Dies wird in der vorliegenden QPR an verschiedenen Stellen missachtet. Es werden an verschiedenen Stellen Anforderungen gemacht, die über die Vereinbarung nach § 113 SGB XI hinausgehen (z. B. QPR-Frage 2.2b zu abschließbaren Schubläden und Fächern) bzw. die die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI und die qualitätsrelevanten Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit der jeweiligen Einrichtung unberücksichtigt lassen.

*Die BAGFW fordert den GKV-SV auf, Erweiterungen der QPR, die gegen höherwertige Normen verstoßen, zurückzunehmen.*

▪ Umsetzung der PTVS

Hinsichtlich der Pflege-Transparenzvereinbarungen gab es bisher die größten Abweichungen in der QPR. Mit dem vorliegenden Entwurf sind diese Abweichungen deutlich reduziert worden. Dennoch sind nach wie vor Abweichungen vorhanden, die eine nicht konforme Umsetzung der PTVS in der QPR darstellen. Ein Großteil bezieht sich auf redaktionelle Fehler, die vermuten lassen, dass dem Entwurf der QPR entweder nicht die Beschlussfassung der PTVS der Schiedsstelle vorlag oder bei der Übertragung nicht sorgfältig gearbeitet wurde. So wird z. B. unter der QPR-Frage 8.1.b das PTVS-Kriterium 42 angeführt. Der Satz 2 der Ausfüllanleitung zum Kriterium 42 wurde fehlerhaft übertragen. Hier ist die Einsatzplanung zu streichen. Satz 2 muss richtiger Weise lauten: „Dies wird anhand der Konzeption und der ~~Einsatz~~-Angebotsplanung überprüft“.

Darüber hinaus gibt es noch Punkte, an denen der Entwurf der QPR die PTVS unzulässig erweitert, z. B. bei der Frage 5.5. der QPR, die der PTVS-Frage 32 entspricht. Diese PTVS-Frage erhält zusätzlich zur Ausfüllanleitung aus der Anlage 3 der PTVS Erläuterungen. Diese einseitige Ausweitung einer Vereinbarung ist absolut nicht hinnehmbar, da sie unzuverlässiger Weise über die in der PTVS vereinbarten Inhalte hinausgeht. In der dezidierten Stellungnahme zum Richtlinienentwurf und den Anlagen folgen weitere Hinweise zu den entsprechenden Stellen.

Letztlich muss aber auch die grundsätzliche Frage gestellt werden, ob und wie viele Prüfkriterien die QPR zusätzlich zur PTVS tatsächlich benötigt. Die Selbstverwaltung hat sich mit der PTVS auf die wesentlichen, fachlich notwendigen sowie möglichen Kriterien geeinigt bzw. wurden diese von der Schiedsstelle nach § 113b SGB XI festgesetzt. Insofern erschließt sich nicht, warum weitere -offensichtlich nicht wesentliche und notwendige Kriterien- zusätzlich geprüft werden sollen. Ausgenommen natürlich Bereiche die zusätzlich vom Gesetzgeber vorgesehen sind, wie z. B. die Umsetzung des § 87b SGB XI. Neben den nicht notwendigen Erweiterungen, gibt es aber auch andere Punkte aus der PTVS, die im QPR-Entwurf fehlen. Das sind vor allem die Regelungen aus dem Vorwort der Anlage 3 der PTVS:

- Werden Kriterien durch alternative fachlich gleichwertige Lösungen zur Ausfüllanleitung oder Meinung des Prüfenden erfüllt, sind diese Kriterien ebenfalls als vollständig erfüllt zu bewerten.

- Offensichtliche Ausnahmefehler in der Planung oder Dokumentation (z. B. fehlendes Handzeichen) führen nicht zu einer negativen Beurteilung des Kriteriums oder der Gesamtbeurteilung der stationären Pflegeeinrichtung.

Des Weiteren stehen einzelne Kriterien des QPR-Entwurfs im Widerspruch zu weiteren Vereinbarungen im o. g. Vorwort. Laut Vereinbarung dürfen seitens der stationären Pflegeeinrichtung nicht beeinflussbare Faktoren keine Auswirkungen auf die Bewertung haben und bei ärztlich angeordneten pflegerischen Leistungen sind die Anordnungsqualität sowie die Bewertung der Häufigkeit und Dauer der Anordnung nicht Gegenstand der Prüfung. Gegen diese vereinbarten Regeln verstößt z. B. die Frage 10.4 zur Bedarfsmedikation, mit welcher die Qualität der ärztlichen Verordnung geprüft und bewertet wird.

*Die BAGFW fordert den GKV-Spitzenverband auf, die Kriterien und Ausfüllanleitung der PTVS in der QPR eins zu eins umzusetzen.*

- **Ergänzung der Stichprobe**

Gemäß der QPR soll den Prüfern das Recht eingeräumt werden, individuell zu entscheiden, ob zusätzlich zur Stichprobenziehung nach § 115 Abs. 1a SGB XI weitere „schwere Fälle“ (ergänzt um Ernährungsdefizite) in die Prüfung einbezogen werden sollen, „bei konkreten und begründeten Anhaltspunkten (z. B. Beschwerden, Hinweise) für eine nicht fachgerechte Pflege. Nicht nachvollziehbar ist in diesem Zusammenhang auch die Aufzählung der „Anlässe“ und die Frage, wieso insbesondere die Kontrakturen in der Aufzählung verblieben sind, zumal diese aus der PTVS im Rahmen der Schiedsstellenentscheidung, wegen fehlender fachlicher Grundlagen für eine eindeutige Bewertung, herausgenommen wurden. Einerseits verständigt sich die Selbstverwaltung in der Pflege in der Schiedsstelle auf das Herausnehmen dieser Problematik und andererseits bleibt das Problem sozusagen auf indirektem Wege bestehen. Das ist nicht hinnehmbar. Klargestellt werden muss i. Ü., dass der MDK bzw. der Prüfdienst der PKV die Einrichtung nicht im Rahmen einer Regelprüfung aufsucht und diese bei Anhaltspunkten für eine nicht fachgerechte Pflege in eine Anlassprüfung wandelt, zumal die Durchführung letzterer voraussetzt, dass ein entsprechender Prüfauftrag der Pflegekassen ergangen ist. Im Rahmen der Vereinbarungen bzw. Schiedsstelle zu § 115 Abs.1a SGB XI wurde eine zufallsgesteuerte und nach Pflegestufen gewichtete Stichprobe zur Einbeziehung von Pflegebedürftigen in die MDK-/PKV-Prüfungen vereinbart. Dies vor dem Hintergrund, dass aus Einzelfällen abgeleitete, generalisierte Aussagen über die Qualität einer gesamten Einrichtung methodisch unzulässig sind. Insofern ist nicht nachzuvollziehen, warum in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien weiterhin die in den Pflege-Transparenzvereinbarungen beschlossene Stichprobenziehung wieder um eine Negativselektion ergänzt wird. Die zufallsgesteuerte und nach Pflegestufen gewichtete Stichprobe wurde in den Pflege-Transparenzvereinbarungen als aussagefähig und verallgemeinerbar anerkannt, im Rahmen der MDK-/PKV-Regelprüfung ist daher eine Ergänzung um eine zweite negativselektierte Stichprobe abzulehnen. Ggf. wären dabei nämlich Ungleichbehandlungen im Rahmen der Prüfungen nicht ausgeschlossen, die jedenfalls vermieden werden sollten. Entscheidend sind faire, verlässliche, einheitliche Prüfungen (s. a. Kernforderungen der BAGFW). Darüber hinaus erscheint die Prüfung zweier verschiedener Stichproben im Rahmen einer Prüfung als zu kompliziert in der Durchführung und Auswertung, die leicht zu ungewollten und unkontrollierbaren Mischstichproben führt. Es ist darüber hinaus zu befürchten, dass mit der zweiten Risikostichprobe eine methodisch unzulässige Vergleichsstichprobe zur methodisch hochwertigeren Stichprobe (weil verallgemeinerbar und vergleichbar) der Pflege-Transparenzvereinbarungen konstruiert wird, die in der Öffentlichkeit dazu genutzt werden könnte, die Vereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI ungerechtfertigt zu diskreditieren.

*Deshalb ist die Möglichkeit einer Ergänzung der Stichprobe aus den Richtlinien zu streichen. Das Fazit der dargestellten Stichprobenproblematik kann im Übrigen nur sein, zügig an einem Systemwechsel, hin zur Ergebnisqualität zu arbeiten und in diesem*

*Rahmen Vollerhebungen durch die Einrichtungen vornehmen zu lassen.*

- Stichprobe bei Tagespflege- und Kurzzeitpflegegästen  
Die neue Stichprobenziehung wurde im Rahmen der PTVS für die vollstationäre Pflege auf der Basis statistischer Berechnungen vereinbart. Diese neue Art der Stichprobenziehung wurde bisher weder für die teilstationäre noch die Kurzzeitpflege berechnet und auf die dortige Durchführbarkeit geprüft. Die Pflegestufe III ist in beiden Einrichtungsarten deutlich unterrepräsentiert, wie auch die Daten der Pflegestatistik 2011 zeigen. Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen in der Tagespflege mit Pflegestufe III liegt bei ca. 11% und in der Kurzzeitpflege bei nur ca. 7%. Darüber hinaus sind Tages- und Kurzzeitpflegen i. d. R. kleine Einrichtungen mit nur 10 bis 20 Plätzen sind. Laut Pflegestatistik 2011 haben 58,6% der Kurzzeitpflegeeinrichtungen 11 – 20 Plätze (bundesweit gibt es nur 25 Einrichtungen die mehr Plätze haben) und bei den Tagespflegeeinrichtungen sind es über 80%. Damit wird deutlich, dass die Stichprobe von drei pflegebedürftigen Personen der Pflegestufe III regelhaft nicht zu erfüllen sein wird. Hinzu kommt, die Unverhältnismäßigkeit. Bei einer Tagespflege mit 10 Gästen würden 90% von ihnen in die Stichprobe einbezogen, bei einer stationären Einrichtung mit 100 Plätzen entspricht die gleiche Zahl einer Quote von nur 9%. Zu bedenken ist, dass sich die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Prüfung analog darstellen. Eine Stichprobenbildung analog zum stationären Bereich ist aus unserer Sicht für die teilstationäre Pflege wie auch die Kurzzeitpflege nicht zu verantworten und völlig unverhältnismäßig.

*Die BAGFW fordert daher für die teilstationäre und Kurzzeitpflege bei der bisher vereinbarten Stichprobe (10% der Gäste, aber mindestens fünf und max. 15) zu bleiben bis ggf. neue, gesicherte Erkenntnisse zur Stichprobenbildung für Tages- und Kurzzeitpflege vorliegen.*

- Expertenstandards  
Beim DNQP handelt sich um einen bundesweiten Zusammenschluss von Fachexperten aus der Pflegewissenschaft und Pflegeberufsorganisationen, die sich mit dem Thema Qualitätsentwicklung auseinandersetzen. Bei den vorgelegten Standards handelt es sich um wissenschaftlich erarbeitete Standards der Pflege zu Pflegephänomenen mit gesellschaftspolitischer Bedeutung. Jedoch handelt es sich dabei nicht um eine Rechtsnorm oder um antizipierte Sachverständigengutachten mit verbindlicher Außenwirkung. Dem GKV-Spitzenverband steht daher keine Kompetenz zu, den Expertenstandard einseitig durch Einbeziehung in die QPR zur Rechtsnorm zu machen. Gerade für die Frage, ob ein Expertenstandard eingeführt bzw. weiterentwickelt werden soll, sieht § 113 a Abs. 1 Satz 4 SGB XI einen Beschluss der gemeinsamen Selbstverwaltung vor. Bei Nichtzustandekommen der Beschlüsse hat der Gesetzgeber den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung den Konflikt-schlichtungsmodus des § 113 a Abs. 1 Satz 5 SGB XI zur Seite gestellt und die Schiedsstelle gem. § 113 b SGB XI für zuständig erklärt. Dieser gesetzlich vorgesehene Weg wird verlassen, wenn die QPR die Standards des DNQP einseitig zum Maßstab der Qualitätsanforderungen erklären.

*Daher fordert die BAGFW, die Fragen zur Umsetzung von DNQP-Standards in der QPR zu streichen. (→ s. a. BAGFW-Stellungnahme zu Frage 5.2)*

- Fachlichkeit der QPR  
Der vorliegende Entwurf der QPR ist nicht immer auf dem aktuellsten fachlichen Stand. Dies betrifft sowohl einzelne Prüfkriterien als auch die Prüfanleitung. In der dezidierten Stellungnahme zum Richtlinien-text und den Anlagen nehmen wir an den entsprechenden Punkten jeweils dazu Stellung, insbesondere auch bei den Kriterien zum Thema „Kontrakturen“. Darüber hinaus gibt es aber übergeordnete Bereiche, zu denen die QPR nicht „State of the Art“ ist:

- Qualifikation der Prüfer  
Die Bezeichnung „Auditoren Ausbildung“ ist in der QPR fachlich nicht ausreichend definiert.

*Die Verbände der BAGFW halten für die Durchführung von Qualitätsprüfungen eine anerkannte zertifizierte Qualifikation im Bereich des Qualitätsmanagements (z. B. TQM-Auditor, alternativ QM Auditor EOQ) für die Prüferinnen und Prüfer für erforderlich. Damit wäre auch ausreichend definiert, wie und auf welche Weise die Qualifikation aufrechterhalten wird und welche Grundlagen für die Ausbildung gelten. Sofern mehrere Prüfer in einem Prüfteam tätig werden, muss mindestens die Leitung des Prüfteams diese Voraussetzungen erfüllen. Unabhängig davon müssen alle Prüfer über Grundlagen-Kompetenz und nicht nur über Kenntnisse im Qualitätsmanagement verfügen.*

- Tagespflege und Kurzzeitpflege als eigene Prüfbereiche  
In den Verhandlungen zu den Vereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI ist deutlich geworden, dass sich teilstationäre Angebote nicht mehr unter den stationären Angeboten subsumieren lassen, sondern ein anderes Leistungsspektrum haben als ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, denen gerecht zu werden ist. Dies ist vor allem am differierenden Setting dieser Angebote bzgl. der Ziele, der Inanspruchnahme der Leistungen sowie der Verweildauer auszurichten.

*Wir halten daher einen separaten Erhebungsbogen für die Tagespflege, aber auch die Kurzzeitpflege für zwingend erforderlich.*

## **Zu 2.: bundeseinheitliche Durchführung der Qualitätsprüfung mit einheitlichen Bewertungsvorgaben**

Laut des Vorworts der Anlage 3 zur PTVS soll die Ausfüllanleitung der PTVS „beschreiben, wann ein Kriterium durch den Prüfer als erfüllt oder nicht erfüllt zu bewerten ist. Sie zielt darauf ab, die Bewertungen der Prüfer zu standardisieren. Zu prüfen und zu bewerten sind die systematische und regelhafte Erfüllung der Kriterien.“ Gleiches muss auch für die QPR und die Prüfanleitung in der Anlage 5 zur QPR gelten. Tatsächlich wird die QPR an vielen Stellen dieser Anforderung jedoch nicht gerecht:

- Abschließender Charakter der PTVS  
Die Einheitlichkeit der Prüfung und der Umsetzung der Prüfungsrichtlinien ist die notwendige Voraussetzung für die Angemessenheit der Prüfung und die Vergleichbarkeit der Prüfergebnisse. Dies beinhaltet auch, dass die QPR einen abschließenden Charakter haben muss und die Prüfungen vor Ort in den Ländern nicht beliebig verändert und erweitert werden dürfen.

*Ein entsprechender Passus zum abschließenden Charakter der QPR ist daher an dieser Stelle aufzunehmen.*

- Undefinierte Begriffe  
Bereits in unserer Stellungnahmen vom 30.09.2005 und vom 25.09.2009 zur MDK-Prüfanleitung der Qualität nach § 114 SGB XI stellten wir fest, dass die Prüfanleitung eine Vielzahl undefinierter Begrifflichkeiten wie „gezielt“, „regelmäßig“, „ausreichend“, „situationsgerecht“, „sachgerecht“, „geeignet“ enthält. Diese Begriffe sind so unspezifisch, dass sie nicht als Bewertungsmaßstab für eine Prüfung dienen können. Sie eröffnen breite Interpretationsspielräume und bewirken, dass Einrichtungen subjektiven Bewertungen der Prüferinnen und Prüfer ausgesetzt sind.

*Aus Sicht der BAGFW sind die Fragen so zu formulieren, dass breite Interpretationsspielräume möglichst ausgeschlossen werden, wie dies auch im Vorwort der Anlage 3 zur PTVS deutlich wird: „Die vorliegende Ausfüllanleitung soll beschreiben, wann ein Kriterium durch den Prüfer als erfüllt oder nicht erfüllt zu bewerten ist. Sie zielt darauf ab, die Bewertungen der Prüfer zu standardisieren.“ Überall wo in den QPR-Fragen über die PTVS hinaus weiterhin unbestimmte Begriffe auftauchen, bedarf es daher einer Konkretisierung.*

- **Wiederholungsprüfungen**

Den versandten Unterlagen ist nicht zu entnehmen, aus welchem Anlass eine Wiederholungsprüfung angezeigt ist. Hier fehlt eine klare Definition. Diese Anlässe bzw. die Kriterien, die zu einer Wiederholungsprüfung führen, müssen klar definiert sein, damit die Einrichtungen hier nicht der Willkür von fortgesetzten Wiederholungsprüfungen, die sie jeweils selbst bezahlen müssen, ausgesetzt sind. Wiederholungsprüfungen können sich nur auf die zuvor bei der Regelprüfung beanstandeten Punkte beziehen, die im Bescheid der Pflegekassen festgehalten sind, wie dies auch für die einrichtungsbezogenen Kriterien im Entwurf jetzt neu aufgenommen ist. Dies ist auch ein Gebot der Wirtschaftlichkeit, da ansonsten innerhalb kurzer Zeiträume, die gleichen, unbeanstandeten Dinge zweimal abgeprüft werden würden.

*Bei einer Wiederholungsprüfung sind deshalb nach unserer Ansicht immer nur die Kriterien, welche die Pflege-Transparenzvereinbarung betreffen (vgl. § 115 Abs. 1a SGB XI) zu prüfen sowie die Themen aus dem Maßnahmenbescheid. Des Weiteren fehlt eine verbindliche Aussage, in welchem Zeitraum eine Wiederholungsprüfung durchzuführen ist. Es muss vermieden werden, dass durch eine ungebührliche Verzögerung einer von der Einrichtung veranlasste Wiederholungsprüfung eine jährlich durchzuführende Regelprüfung des MDK bzw. des Prüfdienst der PKV ersetzt wird.*

### **Zu 3.: Nachvollziehbarkeit und Repräsentativität der Prüfergebnisse**

Da die Prüfergebnisse sowohl in die Veröffentlichungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI einfließen als auch in die Berichterstattung zur Qualität der Pflege nach § 114a Abs. 6 SGB XI, dürfen die Prüfergebnisse nicht zufällige Einzelergebnisse widerspiegeln, sondern müssen die Qualität der Pflege der Pflegeeinrichtung in ihrer Gesamtheit repräsentieren. Darüber hinaus müssen die Ergebnisse und deren Zustandekommen über die Bewertung der Prüferinnen und Prüfer für Dritte (Bewohnerinnen und Bewohner, Pflegeeinrichtung etc.) jederzeit nachvollziehbar sein. Vor diesem Hintergrund ist es zu begrüßen, dass die QPR mit den Anlagen 3 und 6 jetzt erstmalig Struktur und Inhalte der Prüfberichte zu regeln versucht.

*Aus Sicht der BAGFW reicht dies jedoch noch nicht aus und es sind noch weitere Konkretisierungen vorzunehmen. (→ s. a. unsere dezidierte Stellungnahme zu den Anlagen 3 und 6 sowie zur QPR: 3. Prüfauftrag)*

### **Zu 4.: Beitrag zur Vereinfachung der Prüfung und Abbau von Bürokratie**

- Bundesweit gibt es derzeit verschiedene Bestrebungen, die Bürokratie in der Pflege abzubauen und die Anerkennung der Fachlichkeit von Pflegefachkräften zu stärken. Nicht zuletzt auch durch die Ombudsfrau für Bürokratieabbau in der Pflege im Bundesgesundheitsministerium (BMG). Neue Vereinbarungen und Richtlinien, wie auch die QPR, dürfen diesen laufenden Bestrebungen nicht zuwiderlaufen. Tatsächlich finden sich in dem vorliegenden Entwurf aber dennoch Bürokratie ausbauende Neureglungen, z. B. zum Thema „Expertenstandards“ oder „Risikoeinschätzung“.



*Alle Neuregelungen und Regelungsausweitungen des Entwurfs sind unter dem Fokus des Bürokratieaufwands auf den Prüfstand zu stellen und ggf. zu streichen oder zu überarbeiten.*

- **Fragen zur Risikoeinschätzung**

Die QPR enthält zu verschiedenen pflegerischen Problemen Fragen, z. B. „Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?“ und „Wurde bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxe gegen Stürze durchgeführt?“, die in der Regel so auch in der PTVS enthalten sind. Im Entwurf der QPR sind nun neu, zusätzlich zu den Fragen der Risikoeinschätzung und Prophylaxen, Zusatzfragen vorgeschaltet. Z. B. die Frage 11.4: Liegt ein Sturzrisiko vor? Neben den Antwortmöglichkeiten „Ja“ und „Nein“ wird zusätzlich erhoben, ob die Einschätzung von der Prüferin bzw. vom Prüfer oder von der Einrichtung übernommen wurde.

Diese neuen Zusatzfragen stellen unnötige Doppelungen zu den schon vorhandenen Fragen dar, in denen ein Pflegeproblem nochmals bewertet wird. Dies stellt nicht nur einen unnötigen Aufwand dar, sondern negiert auch pauschal die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung durch eine externe Momentaufnahme.

*Aus Sicht der BAGFW ist daher auf diese Zusatzfragen grundsätzlich zu verzichten und die Einschätzung der Pflegerisiken durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen prinzipiell zu übernehmen.*

Sollte die Prüferin bzw. der Prüfer im Einzelfall Zweifel an der Aktualität oder Richtigkeit einer Risikoeinschätzung haben, besteht bei den verbleibenden Fragen (z. B. bei „Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?“) noch immer die Möglichkeit, die Einschätzung zu hinterfragen. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVS vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung‘ protokolliert. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.“)

- **Reduzierung des Prüfauftrages**

Da der Prüfumfang in angemessener Weise verringert werden soll, wenn Prüfergebnisse der Heimaufsicht, gleichwertige Prüfungen etc. vorliegen, müssen die Prüfinhalte modular aufgebaut sein.

*Im Prüfauftrag muss also aus Sicht der BAGFW festgelegt sein, welche Module zu prüfen sind (und zu welchen bereits Erkenntnisse vorliegen). Dazu wäre die Prüfanleitung in Form von deutlich unterscheidbaren Modulen aufzubauen, die zwischen Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität unterscheiden.*

Im Folgenden nimmt die BAGFW zu einzelnen Punkten im Richtlinien text und in den Anlagen dezidiert Stellung:

## **Richtlinienentwurf des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR)**

### **Präambel**

#### **Präambel Abs. 2 PKV-Prüfdienst**

Den geänderten Prüfrechten und –aufgaben der MDK sowie der PKV-Prüfdienste wird im vorliegenden Entwurf hier und auch an anderen Stellen der QPR angemessen Rechnung getragen.

#### **Präambel Abs. 4 PTVA**

Es ist angemessen, dass für den Bereich der ambulanten Pflege die QPR erst nach einer evtl. Änderung der PTVA überarbeitet wird und die QPR bzw. die Ausfüllanleitung von 2009 somit indirekt weiter gilt.

*In der Präambel sollte jedoch noch ein Querverweis zu den Qualitätssicherungs-Richtlinien Qualitätsprüfung - QS-Ri QP vom 06.05.2013 erfolgen.*

### **3. Prüfauftrag**

#### **3. Abs. 2 Reduzierung des Prüfauftrages gemäß § 114 Abs. 2 SGB XI**

→ s. Kernforderungen der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und Abbau von Bürokratie

#### **3. Abs. 2 Prüfauftrag auch für Einrichtungen transparent machen**

In der Praxis hat sich bewährt, dass die Prüfer bei einer Anlassprüfung der Einrichtungen den Anlass nennen und zum Abschluss der Prüfung eine Aussage treffen, ob der Prüfanlass ausgeräumt ist. Es wäre für den grundsätzlichen Umgang mit der zu prüfenden Einrichtung wichtig, wenn diese Art des Vorgehens auch für alle anderen Prüfungen (Regelprüfung, Wiederholungsprüfung) in den Richtlinien beschrieben würde. Auch vor dem Hintergrund der gesetzlichen Regelung grundsätzlich unangemeldeter Prüfungen erscheint es nur angemessen, dass die Prüfer, unabhängig von der Art der Prüfung, den Prüfauftrag der Einrichtung vor Prüfungsbeginn schriftlich aushändigen.

*Dies wäre in den Richtlinien festzuhalten. (→ s. a. Kernforderungen der BAGFW zur Nachvollziehbarkeit und Repräsentativität der Prüfungen)*

#### **3. Abs. 3 Unterlagen zur Prüfung**

In Abs. 3 ist geregelt, dass die Pflegekassen dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst mit dem Prüfauftrag die erforderlichen Informationen und Unterlagen für die Qualitätsprüfung zur Verfügung stellen müssen. Neben dem eventuellen Maßnahmenbescheid nach § 115 Abs. 2 SGB XI sind dem MDK bzw. dem Prüfdienst der PKV weitere im Zusammenhang mit dem Maßnahmenbescheid von der Einrichtung an die Pflegekassen versandte Unterlagen von diesen zur Verfügung zu stellen.

*Die Aufzählung der Unterlagen wäre entsprechend zu erweitern.*

### **4. Prüfverständnis und Durchführung der Prüfung**

#### **4. Abs. 2 Ankündigung der Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege**

Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege sind neu am Tag zuvor anzukündigen. Für die Praktikabilität dieser Neuregelung soll in der QPR festgelegt werden, wie mit Werktagen nach Wochenend- und Feiertagen zu verfahren ist. Da an Wochenend- und Feiertagen häufig das Büro eines Pflegedienstes nicht besetzt ist, besteht die Gefahr, dass die Ankündigung die Leitung des Pflegedienstes nicht rechtzeitig erreicht und die Prüfer des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes am Prüfungstag ggf. vor verschlossenen Türen stehen.

*Die Anmeldung sollte daher am vorangehenden Arbeitstag zu üblichen Bürozeiten (bis 12.00 Uhr) erfolgen (s. a. Klie/Krahmer/Planholz: Sozialgesetzbuch XI – Lehr- und Praxiskommentar; 4. Aufl., 2014).*

#### **4. Abs. 1 Pflegefachliches Abschlussgespräch**

Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel. In der Vergangenheit stellten die Pflegeeinrichtungen oft eine Differenz zwischen der Prüfung und dem schriftlichen Prüfergebnis fest und konnten diese nicht nachvollziehen.

*In der Richtlinie ist deshalb festzulegen, dass ein Abschlussgespräch am Ende der Prüfung zwischen den Beteiligten über die Prüfung und das Prüfergebnis geführt und auch protokolliert wird. Es dürfen keine Kritikpunkte im Abschlussbericht erscheinen, die an dieser Stelle nicht angesprochen worden sind. Auch evtl. abweichende Einschätzungen zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung und der Prüfdienste müssen dabei als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert werden.*

Das pflegefachliche Abschlussgespräch ist darüber hinaus falsch im Text verortet, da es hier dem stationären Bereich zugeordnet ist. Das Abschlussgespräch muss aber in allen Einrichtungsarten durchgeführt werden.

*Das pflegefachliche Abschlussgespräch muss als eigener Absatz in § 4 für alle Einrichtungsarten aufgeführt werden.*

#### **4. Abs. 4 Informationsquellen/Nachweise**

Der Text entspricht hier weitestgehend dem Text des Vorworts der Anlage 3 (Ausfüllanleitung für Prüfer/-innen) der PTVS. Lediglich in Bezug auf die Anwesenheitspflicht eines Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung bei der Auswertung gibt es eine Ergänzung (Zeile 27 – 30), die die Auswertung ohne Mitarbeitende vorsieht, wenn die Einrichtung die Anwesenheit nicht gewährleisten kann.

*Diese Passage relativiert eine Regel der PTVS in der von der Schiedsstelle beschlossenen Fassung gleich, ist daher unzulässig und zu streichen. (→ s. a Kernforderungen der BAGFW zur Konformität der QPR)*

#### **4. Abs. 4 Anwesenheit einer Mitarbeiterin / eines Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung bei der Auswertung der Pflegedokumentation**

Grundsätzlich halten wir es für erforderlich, dass eine Bezugspflegefachkraft bei der Analyse der Dokumentation der betreffenden Pflegebedürftigen anwesend ist. Dies entspricht auch der Forderung der QPR in § 4 Abs. 1 Satz 4: „Dieser Prüfansatz setzt eine intensive Zusammenarbeit der Pflegeeinrichtung mit dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst voraus.“ Wie anders, als durch die Begleitung der Prüfung durch eine Fachkraft der Pflegeeinrichtung soll dies umgesetzt werden? Eine Prüfung ohne Begleitung läuft darüber hinaus Gefahr, dass es zu Missverständnissen und nachfolgenden Fehlinterpretationen kommt und widerspricht den Grundsätzen der Datentriangulation und der bundeseinheitlichen Durchführung der Prüfung.

*Die BAGFW fordert daher den Passus „Kann die Pflegeeinrichtung die Anwesenheit eines Mitarbeiters nicht gewährleisten, darf dies nicht zu Verzögerungen bei der Durchführung der Prüfung führen...“ zu streichen. Ggf. muss der Prüfablauf seitens der Prüferinnen und Prüfer so mit der Einrichtung so abgestimmt werden, dass die Anwesenheit möglich wird. Denn auch während externen Prüfungen muss die Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner Vorrang haben. (→ s. a Kernforderungen der BAGFW zur Konformität der QPR)*

*Darüber hinaus muss die Größe der Prüfteams angemessen sein und sich an der Größe der Einrichtung orientieren. Eine Festlegung einer maximalen Prüferanzahl wäre hier hilfreich.*

#### **4. Abs. 4. Personenbezogene Qualität**

Hier wird unter Satz 1 ausgeführt, dass die bei den per Zufall ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohnern die personenbezogene Qualität erhoben wird. Hier dürfte es sich um ein Missverständnis handeln. Unserer Auffassung nach kann hier nur die personenbezogene Pflegequalität gemeint sein.

*Dies ist zu korrigieren.*

#### **5. Eignung der Prüfer**

##### **5. Abs. 1 Prüfung ausschließlich durch Pflegefachkräfte**

Eine pflegefachliche Qualifikation von drei Jahren muss eine Grundvoraussetzung für die Prüfer von Pflegeeinrichtungen sein. Es ist nicht nachvollziehbar, warum Pflegeeinrichtungen sich von fremden Berufsgruppen überprüfen lassen sollen. Es wäre undenkbar, dass eine Pflegekraft z. B. einen Arzt oder eine Hausarztpraxis überprüft.

*Deshalb ist der Begriff „sollen“ hier zu streichen und mit einem „werden durchgeführt“ zu ersetzen.*

##### **5. Abs. 2 Qualifikation der Prüfer**

*Die Voraussetzung einer „umfassenden pflegefachlichen Kompetenz“ (übrigens auch ein undefinierter und unklarer Begriff) kann hier gestrichen werden, da in unserem Vorschlag zu Abs. 1 bereits klar gestellt wird, dass nur Pflegefachkräfte die Prüfung durchführen können.*

*Zudem müssen Prüfer die in widerspruchbehafteten Einstufungsfällen in der Einrichtung tätig sind, nicht gleichzeitig in dieser Einrichtung im Rahmen einer Regelprüfung tätig sein dürfen. Ein Rollenkonflikt ist hiermit auszuschließen.*

#### **6. Prüfinhalte und Umfang der Prüfung**

##### **6. Abs. 4 Unterschiedliche Prüfbereiche bei den verschiedenen Pflegeeinrichtungen**

*Bei der Aufzählung, worauf sich die Regelprüfung bezieht, wären bei den Spiegelstrichen „häusliche Betreuung“ (ambulanten Pflege) und „Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung“ (stationären Pflege) unseres Erachtens die entsprechenden Paragraphen, auf die hier Bezug genommen wird, zu ergänzen (§§ 124 und 87b SGB XI).*

*Auch wäre eine noch weitere getrennte Auflistung nach den Prüffeldern durchzuführen; nicht nur nach ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, sondern auch nach teilstationärer und Kurzzeitpflege. (→ s. a Kernforderungen der BAGFW zur Konformität der QPR)*

##### **6. Abs. 6 Basis der Prüfungen**

Hier wird fälschlich auf Expertenstandards allgemein Bezug genommen. Relevant sind hier jedoch ausschließlich die Expertenstandards nach § 113a SGB XI. (→ s. a Kernforderungen der BAGFW zur Konformität der QPR)

*Spiegelstrich 2 ist daher wie folgt zu ändern:*

*- „der Aktuelle Stand des Wissens insbesondere die Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege*

*Des Weiteren ist ein neuer Spiegelstrich einzuführen:*

*- die Expertenstandards nach § 113a SGB XI*

## **6. Abs. 7 Basis der Prüfungen**

Bei den Empfehlungen der Kommission zur Krankenhaushygiene und Infektionsprävention ist klarzustellen, dass es sich nicht um eine vollständige Übernahme und Anwendung handeln kann, sondern nur um die Anteile, die nach dem Gebot der Verhältnismäßigkeit auch in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen angewandt werden müssen.

## **6. Abs. 8 Rundungsregel**

Der letzte Absatz (Zeile 7- 10, Seite 9) ist missverständlich formuliert. Unserer Auffassung nach kann bei erforderlichen Rundungen nicht einfach zu Gunsten der höheren Pflegestufe aufgerundet und zu Lasten der niedrigen Pflegestufe abgerundet werden.

*Es ist statt dessen in Anwendung der Norm DIN 1333 abzurunden, wenn die Ziffer an der ersten wegfallenden Dezimalstelle eine 0,1,2,3 oder 4 ist und nur dann aufzurunden, wenn die Ziffer an der ersten wegfallenden Dezimalstelle eine 5,6,7,8 oder 9 ist.*

## **6. Abs. 8 und 9 Ergänzung der Stichprobe**

Der Richtlinienentwurf sieht eine Ausweitung der Stichprobe vor. Es wird zudem nicht klar und begründet, warum gerade diese Pflegesituationen speziell geprüft werden sollen. Zudem gibt es für einige der hier beschriebenen Erkrankungen zurzeit kein wissenschaftlich handhabbares und nachgewiesenes Verfahren zur Erhebung in der Pflege. Dies betrifft vor allem die Erhebung von Kontrakturen. Somit würde ein „sachgerechter Umgang“ bei einer Prüfung beurteilt, jedoch gäbe es keine gesicherte wissenschaftliche Grundlage dazu. Deshalb müsste allein schon das Thema „Kontrakturen“ bei der Überprüfung bis zu einer Lösung des Problems ausgeklammert werden, wie bei der Neufassung der PTVS vom 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 10.06.2013 bereits geschehen.

*Die entsprechenden Passagen ab „Ergeben sich bei einer Anlassprüfung weitere Hinweise...“ bis einschließlich des Satzes „Die Ergebnisse von Personen, die im Rahmen einer Anlassprüfung einbezogen worden sind, werden ausschließlich im Prüfbericht dargestellt.“ sind daher in den Absätzen 8 und 9 zu streichen. (→ s. a. Kernforderungen der BAGFW zur Konformität der QPR)*

## **6. Abs. 9 Keine Ergänzung der Stichprobe bei nicht auskunftsfähigen Bewohner/-innen**

Es ist unverständlich, warum der Entwurf vorsieht, dass keine ergänzende Einbeziehung von Bewohnerinnen und Bewohner erfolgt, wenn nicht alle Personen der Stichprobe aufgrund kognitiver oder anderer Ursachen, nicht auskunftsfähig sind. Bei der Prüfung ambulanter Dienste wird in diesen Fällen die Stichprobe sehr wohl ergänzt.

*Diese Regel muss auch bei der Prüfung stationärer Pflegeeinrichtungen angewandt werden.*

Gerade auch vor dem Hintergrund der sehr ausführlichen Erläuterungen zur sozialen Erwünschtheit von Antworten im Rahmen von Zufriedenheitsbefragungen, sollte ein großes Interesse bestehen, die Stichprobe möglichst auszuschöpfen, um weitere unnötige Verzerrungen der Ergebnisse zu verhindern.

## **7. Einwilligung**

### **7. Abs. 2**

Es wird im Entwurf klar formuliert, für welche Tätigkeiten eine Einwilligung erforderlich ist und von wem die Einwilligung erteilt werden muss. Dies entspricht den gesetzlichen Vorgaben in § 114a Abs. 2 und 3 SGB XI. Aus dem Wortlaut der Richtlinie lässt sich aber nicht erkennen, wer die Einwilligung einholen muss. Da aber der Prüfdienst bzw. seine Prüferinnen und Prüfer in den geschützten Rechtsbereich des pflegebedürftigen Menschen (z. B. durch Betreten seiner Wohnung, Einsicht in die Pflegeunterlagen und damit Eingriff in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung) eingreifen möchte, liegt es nahe, dass er sich um die da-

für erforderliche Genehmigung kümmert, um nicht in die Grundrechte der betroffenen Menschen einzugreifen. Zudem handelt es sich bei der QPR um Mindestanforderungen für die Prüfung, die durch den MDK bzw. den Prüfdienst des PKV-Verbandes erbracht werden. In § 114a Abs. 3a SGB XI bzw. in § 7 Abs. 2 der QPR wird hinsichtlich der Schriftform geregelt, dass eine Einwilligung in Textform (§ 126b BGB) erforderlich, aber auch ausreichend ist. Das bedeutet, die erforderliche Schriftform setzt keine eigenhändige Unterschrift voraus. Es genügt, wenn die Erklärung in einer Urkunde oder einer anderen zur dauerhaften Wiedergabe der Schriftzeichen geeigneten Weise wiedergegeben werden. Ausreichend sind daher z. B. auch eine E-Mail oder ein Computerfax. Die (fern-)mündlich erteilte Einwilligung schriftlich zu dokumentieren, ist dagegen nicht vorgesehen. Historisch wurde diese Änderung eingeführt, da vorher streitig war, ob § 67b Abs. 2 Satz 3 SGB X zur Anwendung kommt. Dies ist aber nicht der Fall.

*Die QPR ist hier hinsichtlich der Frage, wer die Einwilligung einholt, zu ergänzen, um klarzustellen, dass dies durch den MDK bzw. den Prüfdienst der PKV zu erfolgen hat.*

*Darüber hinaus ist regeln, dass der Pflegeeinrichtung die Einwilligung zu Kenntnis gegeben wird, damit für die Prüfung Klarheit besteht, welche Bewohnerinnen und Bewohner in die Stichprobe einbezogen werden können.*

## **8. Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden**

### **8. Abs. 1 und 2 Vermeidung von Doppelprüfungen**

Es fehlen nach wie vor klare Definitionen der Prüfaufgaben von nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Prüfungen nach § 114 SGB XI in Abgrenzung von einander. Solange es hier keine verbindlichen Vorgaben gibt, wer für welche Prüfbereiche zuständig ist, sind alle Appelle an die Absprachen und Zusammenarbeit vom „Goodwill“ einzelner Organisationen und Personen vor Ort abhängig und die Doppelprüfung gleicher Sachverhalte wird die Regel bleiben.

*Die Prüfbehörden sollten die Einrichtungen zu Beginn der Prüfung darauf hinweisen, wenn der Prüfumfang aufgrund bereits erfolgter Prüfungen anderer Prüfbehörden reduziert wird. Nur so kann die Pflegeeinrichtung ihr Recht geltend machen, dass von einer Verringerung der Prüfpflicht abgesehen wird.*

### **8. Abs. 2 Verringerung des Prüfumfangs**

*Die Art und Weise, wie der Prüfumfang verringert wird, darf nicht im Ermessen des einzelnen Prüfers vor Ort liegen, vielmehr muss im Prüfauftrag dezidiert dargelegt werden, um welche Punkte der Prüfauftrag genau verringert wird. Der Einrichtung ist dies vor der Prüfung zur Kenntnis zu geben werden (s. a. unsere Anmerkungen zu 3. Abs. 2).*

## **9. Prüfbericht**

### **9. Abs. 3 Struktur und Inhalte des Prüfberichts**

Die BAGFW begrüßt, dass nun erstmalig über diese Richtlinie mit den Anlagen 3 und 6 eine einheitliche und verbindliche Vorgabe für die Struktur und Inhalte der Prüfberichte vorgegeben werden. Eine dezidierte Stellungnahme dazu folgt in den Abschnitten zu den jeweiligen Anlagen.

## **11. Inkrafttreten**

Die QPR soll nach der Zeitplanung des GKV-SV Mitte Dezember 2013 dem BMG zur Genehmigung vorgelegt, dann veröffentlicht werden und zum 01.01.2014 in Kraft treten. Nach Auffassung der BAGFW müssen die Einrichtungen und Dienste einen angemessenen Zeitraum zur Verfügung haben, um die neue Fassung der QPR zur Kenntnis zu nehmen und sich auf das geänderte Prüfverfahren vorzubereiten. Dies ist nicht in den wenigen Arbeitstagen zwischen Weihnachten und Neujahr zu leisten.

*Deshalb fordert die BAGFW, dass in der QPR klargestellt wird, dass mit der Prüfung nach der neuen QPR frühestens zum 01.02.2014 begonnen wird.*

### **Anlage 1: Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege**

In der Anlage 1 wurden nur redaktionelle Anpassungen aufgrund von Gesetzesänderungen vorgenommen. Inhaltliche Änderungen sind nicht erfolgt.

### **Anlage 3: Struktur und Inhalte des Prüfberichtes für die ambulante Pflege**

s. Stellungnahme zu Anlage 6

### **Anlage 4: Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den § 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege**

Da die Kriterien der Anlage 4 auch Bestandteil der Prüfanleitung (Anlage 5) sind, wird im Folgenden zu beiden Anlagen gemeinsam Stellung genommen.

### **Anlage 5: Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege**

#### **1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung**

Zunächst ist festzustellen, dass alle Angaben unter 1. mit M/Info gekennzeichnet sind. Wenn die Angaben nur einen informativen Charakter haben, ist zu hinterfragen, warum sie dann darüber hinaus auch mit M gekennzeichnet sind, was den Hinweisen auf dem Deckblatt zufolge Mindestangabe bedeutet. Letztendlich soll in den Qualitätsprüfungen die Qualität der Leistungserbringung überprüft werden. Viele der abgefragten Angaben sind den Pflegekassen aus den Verträgen mit den Pflegeeinrichtungen und regelmäßig einzureichenden Strukturhebungsbögen bekannt. Auch ist in der QPR unter 3. Prüfauftrag Abs. 3 ausgeführt, dass dem MDK bzw. dem Prüfdienst der PKV mit dem Prüfauftrag die erforderlichen Informationen und Unterlagen für die Qualitätsprüfung, insbesondere Institutionskennzeichen, Versorgungsverträge, Strukturdaten, festgelegte Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI etc. von den Pflegekassen zur Verfügung gestellt werden.

*Insofern stellt sich die Frage, ob sich die umfangreichen Informationsfragen unter 1. nicht auf ein angemessenes Maß reduzieren ließen.*

#### **1.2 Daten zur Einrichtung**

Hier ist unter Buchstabe I die Einrichtungsart einzutragen, wobei zwischen stationär, teilstationär und Kurzzeitpflege unterschieden wird. Aus Sicht der BAGFW können teilstationäre Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege nicht einer Prüfung mit dem Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach § 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege unterzogen werden. So sind die Anforderungen an die Räumlichkeiten einer stationären und teilstationären Einrichtung oder auch die Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtungen im Rahmen der jeweils zeitlich begrenzten Aufenthalte begrenzt. Dieser Tatsache wurde bzw. wird sowohl bei den Vereinbarungen nach § 80 SGB XI bzw. § 113 SGB XI Rechnung getragen. Auch im Rahmen der Verhandlungen der Vereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI besteht Konsens über die Notwendigkeit eigenständiger Vereinbarungen für diese Bereiche.

*Von daher wird seitens der BAGFW gefordert, für die teilstationäre Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege gesonderte Erhebungsbögen zu erstellen. (→ s. a. Kernforderungen der BAGFW zur Konformität der QPR)*

Auch erschließt sich unter 1.2 Buchstabe s. nicht, welche Form der Zertifizierung hier gemeint ist. Es sollte bei dieser Fragestellung darauf abgestellt werden, ob eine gleichwertige Prüfung i. S. des § 114 Abs. 4 SGB XI vorliegt oder nicht.

*Dies wäre an dieser Stelle entsprechend zu präzisieren. Ansonsten wäre aus Sicht der BAGFW dieser Punkt entbehrlich.*

### **1.3 Daten zur Prüfung**

Leider erschließt sich aus der Formulierung „Ansprechpartner des MDK/PKV Prüfdienst“ weder, ob hier ein Ansprechpartner aus dem Pflegedienst für den MDK/PKV Prüfdienst einzutragen ist oder ein Ansprechpartner aus dem MDK/PKV Prüfdienst für den Pflegedienst, noch zu welchem Zweck diese Angabe aufgenommen wird.

*Dies wäre zu konkretisieren.*

### **1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI**

Die Formulierung im Erhebungsbogen unter 1.4 „Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI“ ist dem Hintergrund der früheren gesetzlichen Änderungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz nachvollziehbar. Unabhängig davon sei an dieser Stelle immer noch die Frage gestellt, ob es einer Differenzierung nach dem auslösenden Sachverhalt einer Anlassprüfung bedarf.

*Aus Sicht der BAGFW ist die Einrichtung über den Anlass unter Vorlage schriftlicher Dokumente zu informieren. Nur so ist es der Einrichtung möglich, sich adäquat mit dem Prüfanlass fachlich und inhaltlich auseinander zu setzen. Dies ist immer noch nicht klargestellt. (→ s. a. Kernforderungen der BAGFW zur Nachvollziehbarkeit und Repräsentativität der Prüfungen sowie 3. Abs. 2 Prüfauftrag auch für Einrichtungen transparent machen)*

### **1.5 Art der Einrichtung und Versorgungssituation**

Hier verweisen wir auf unsere obigen Ausführungen über die Notwendigkeit der Erstellung eigener Erhebungsbögen für den teilstationären Bereich und die Kurzzeitpflege.

*Der Begriff „vorgehaltene Plätze“ sollte durch „Plätze laut Versorgungsvertrag“ ersetzt werden.*

### **1.7 Nach Angabe der Pflegeeinrichtung Anzahl der Bewohner mit**

Die Zusammenstellung der genannten Diagnosen bzw. besonderen Pflegesituationen ist nicht nachvollziehbar und nicht vollständig. Uns erschließt sich auch der Mehrwert, der sich aus der quantitativen Aufstellung ergeben soll nicht. Des Weiteren ist nicht nachvollziehbar, warum diese Tabelle als Hintergrundinformation für die Beantwortung weiterer Prüffragen dient.

*Gerade vor dem Hintergrund einer Stichprobenprüfung der Bewohner, wie sie von der Schiedsstelle nach § 113b SGB XI in der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär festgelegt wurde, ist aus unserer Sicht der ganze Punkt entbehrlich. (→ Im Übrigen sei zu diesem Sachverhalt auch auf unsere einleitenden Ausführungen zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien verwiesen.)*



## **1.8 Ist ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart**

### **1.10 Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der Pflegeeinrichtung angeboten**

Laut QPR unter 3. Prüfauftrag Abs. 3 ist ausgeführt, dass dem MDK bzw. dem Prüfdienst der PKV mit dem Prüfauftrag die erforderlichen Informationen und Unterlagen für die Qualitätsprüfung, insbesondere Institutionskennzeichen, Versorgungsverträge, Strukturdaten und festgelegte Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI von den Pflegekassen zur Verfügung gestellt werden.

*Die Angaben unter 1.8 und 1.10 sind entbehrlich, da diese Informationen sowohl dem MDK/dem Prüfdienst der PKV als auch den Pflegekassen bereits vorliegen.*

### **1.9 Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden...**

Unter 1.9 wird abgefragt, ob die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt werden, wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden. Hier kann nur das abgeprüft werden, was vertraglich mit der Einrichtung vereinbart wurde.

*Unseres Erachtens muss bei jedem von den vier Items (a bis d) das Feld „trifft nicht zu“ ankreuzbar sein, wenn der entsprechende Inhalt vertraglich nicht vereinbart wurde.*

### **1.11 Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?**

Unter 1.11 wird erfragt, ob Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht werden und wenn ja, welche. Leider erschließt sich die Relevanz der Frage im Rahmen der Überprüfung der Qualität der Leistungen der Pflegeeinrichtung nicht, wenn sie doch für die Erbringung der Leistungen verantwortlich zeichnet. Lediglich bei der Wäscheversorgung und Hausreinigung wäre die Aufnahme der Angabe noch nachvollziehbar, weil hier für Leistungen, die nicht von der Einrichtung selbst erbracht werden, diverse Nachweise nicht zu führen sind (vgl. 3.1g), wobei man dieselbe Information durch Ankreuzen von t. n. z. erhält.

*Es sind die Items a) Grundpflege, b) Behandlungspflege, c) soziale Betreuung und d) Speisen- und Getränkeversorgung ersatzlos zu streichen.*

## **2. Allgemeine Angaben**

### **2.1 Defizite in der Ausstattung bei...**

Unter 2.1 werden diverse räumliche Ausstattungsmerkmale benannt, welche von den Mitarbeitern des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes dahingehend zu bewerten sind, ob hier Defizite bestehen. Zu prüfen und zu beurteilen sind, ob, um nur zwei Beispiele zu benennen, Handläufe in den Fluren oder Haltegriffe im Sanitärbereich vorhanden sind. Dies fällt in den originären Aufgabenbereich der heimrechtlichen Aufsichtsbehörden nach Landesrecht. Auch haben die Angaben nur informativen Charakter.

*Auf die Erfassung ist im Rahmen QPR-Prüfung als Beitrag zur Reduzierung von Doppelprüfungen zu verzichten.*

### **2.2 Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?**

Hier sind 3 Bewertungskriterien zusammengefasst. Die Kriterien unter den Buchstaben a. und c. sind aus der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS). Unter 2.2 Buchstabe b soll überprüft werden, ob den Bewohnern Schubläden und abschließbare Fächer zur Verfügung stehen. Dies widerspricht u. E. der Intention der Frage nach Ausrichtung der Gestaltung der Wohnräume nach Privatheit und Wohnlichkeit, insbesondere dem unter Buchstabe a. zu erfassenden Sachverhalt, ob die Gestaltung der Bewohnerzimmer z. B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich ist. Des Weiteren werden hier Anforderungen gemacht, die über die

Vereinbarung nach § 113 SGB XI bzw. die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI und die qualitätsrelevanten Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit der jeweiligen Einrichtung hinausgehen. (→ siehe Kernforderungen der BAGFW zur Konformität)

*Von daher ist 3.2 Buchstabe c. zu streichen.*

### **3. Aufbauorganisation Personal**

#### **3.4 Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft?**

#### **3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?**

Unklar ist die Interpretation der so genannten Informationsfragen 3.4 und 3.5. In der Prüfanleitung werden die Fragen damit begründet, dass ihre Beantwortung Hinweise darüber gibt, in welchem Umfang die verantwortliche Pflegefachkraft ihren Leitungsaufgaben nachkommen kann. Dies deutet darauf hin, dass aus Informationsfragen Bewertungen abgeleitet werden. Wie diese Bewertungen vorzunehmen sind, bleibt offen; das verführt zu willkürlichen Beurteilungen in Abhängigkeit von persönlichen Ansichten der jeweiligen Prüferinnen und Prüfer. Inwieweit eine verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig wird, hängt von vielen Faktoren ab, nicht zuletzt von der Größe der Einrichtung. Ob die verantwortliche Pflegefachkraft ihren Leitungsaufgaben nachkommt, zeigt sich an den Ergebnissen ihrer Arbeit und ist ausschließlich danach zu bewerten.

*Diese beiden Fragen sind ersatzlos zu streichen.*

### **3.8 Zusammensetzung Personal**

Hier soll eine sehr umfangreiche und detaillierte Tabelle im Erhebungsbogen einen Überblick über die Personalzusammensetzung in der Einrichtung geben. Es gibt keine gesetzliche oder vertragliche Grundlage, welche die Erhebung der gesamten Personalstruktur im Rahmen einer Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI in einer stationären Einrichtung rechtfertigen könnte. Eine Überprüfung der Fachkraftquote fällt in den originären Aufgabenbereich der heimrechtlichen Aufsichtsbehörden nach Landesrecht.

*Auf eine Erfassung der Zusammensetzung des Personals ist, auch vor dem Hintergrund des ausschließlich informativen Charakters der Frage, im Rahmen der QPR-Prüfung zu verzichten.*

## **4. Ablauforganisation**

### **4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?**

In den zwei Unterkriterien wird diese Frage konkretisiert, indem danach gefragt wird, ob die Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe einer Pflegefachkraft und die personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt ist. Auch wenn der Begriff Bezugspflege in der pflegewissenschaftlichen Literatur sehr unterschiedlich definiert wird, kann er u. E. nicht an der Frage festgemacht werden, ob die Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe einer Pflegefachkraft und die personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt sind. Auch liegt es, so wie die Frage formuliert ist, im Ermessen der Prüfer wie sie personelle Kontinuität definieren.

*Es sind die beiden Items inhaltlich neu zu formulieren.*

### **4.2 Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr?**

Hier werden sechs Bewertungskriterien zusammengefasst. Als ein Bewertungskriterium wird die Umsetzung des Pflegekonzeptes benannt (4.2 Buchstabe b.). Leider erschließt sich aus der Fragestellung nicht, wie der Nachweis geführt werden könnte und wann die Frage mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten ist. Diese Feststellung gilt im Übrigen für alle Bewertungskriterien, die unter der o. b. Frage zusammengefasst sind. So ist z. B. zu hinterfragen, ob die

verantwortliche Pflegefachkraft regelmäßig, im Übrigen ein unbestimmter Begriff, innerhalb des Pflegebereichs Dienstbesprechungen durchführt. Gerade in großen Einrichtungen werden solche Tätigkeiten von der verantwortlichen Pflegefachkraft punktuell wahrgenommen und ansonsten delegiert. Dies gilt im Übrigen auch für die Dienstplanung. Insofern hat die verantwortliche Pflegefachkraft auch in diesen Bereichen eher eine organisierende Funktion.

*In der Erläuterung ist klären, wann die Frage 4.2 b. mit ja oder nein zu beantworten ist. In der Frage 4.2.d. ist zu erfragen, ob es Regelungen zur Dienstplanung gibt. Analog dazu ist 4.2.e zu formulieren. Beides ist nicht nur durch die verantwortliche Pflegefachkraft selbst umzusetzen, sie kann dies auch delegieren.*

Unter Buchstabe f. wird abschließend noch erfragt, ob die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben hat. Auch hier ist nicht definiert, was in diesem Zusammenhang ausreichend heißt. Hier wird die subjektive Einschätzung des Prüfers als Maßstab herangezogen, indem bewertet wird, ob die Pflegefachkraft „ausreichende Zeit“ für ihre Aufgaben hat. Solche unklaren Kriterien, die auf der Basis subjektiver Bewertungen zu positiven oder negativen Urteilen führen, sind nicht hinnehmbar. Dies führt zu einer unterschiedlichen Bewertung und bildet keine Grundlage für ein objektives Erhebungsinstrument. Darüber hinaus gibt es hierzu in den Rahmenverträgen vorgegebene Personalschlüssel, die von dieser Frage berührt werden und die wirtschaftlichen Möglichkeiten der Einrichtungen betreffen. Letztlich liegt es im Verantwortungsbereich des Trägers der Einrichtung, die entsprechenden und ausreichenden Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Es kann nicht sein, dass die Ablauforganisation dann positive Wertung erfährt, wenn sie den subjektiven Vorstellungen des jeweiligen Prüfers bzw. der jeweiligen Prüferin entspricht.

*Frage 4.2 f ist ersatzlos zu streichen.*

#### **4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten ... gewährleistet?**

Dies soll auch anhand der Überprüfung von mitarbeiterbezogenen Pflegevisiten erfolgen. Pflegevisiten sind stets bewohnerbezogen und nicht mitarbeiterbezogen.

*Diese Frage ist zu streichen. Alternativ könnte in den Erläuterungen zur Prüffrage die „mitarbeiterbezogene Pflegevisite“ durch „Dokumente des Qualitätsmanagements“ ersetzt werden.*

#### **4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?**

Bei der Prüfung wird auch nach dem Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit) gefragt. Diese Frage ist für die Eignung der Dienstpläne irrelevant; es ist unklar, welchem Zweck sie dient. Dasselbe gilt für Soll-, Ist- und Ausfallzeiten. Es gehört jedenfalls nicht zu den Aufgaben des MDK bzw. des Prüfdienstes der PKV, die Einhaltung der Arbeitszeitbestimmungen zu überprüfen.

*Die Kriterien sind entsprechend zu streichen. Des Weiteren ist hier zu berücksichtigen, dass die Dienstpläne auch in elektronischer Form in der EDV geführt werden können.*

#### **4.5 Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat?**

Auch hier ist wieder festzustellen, dass es sich bei dem Begriff „adäquat“ um einen unbestimmten Begriff handelt, welcher dem Prüfer einen entsprechenden subjektiven Bewertungsspielraum einräumt. Es lässt außer Acht, dass das adäquat nicht im Ermessen des Prüfers liegt, sondern im Versorgungsvertrag festgelegt sein muss.

*Frage 4.5. ist neu zu formulieren (Entspricht die Personaleinsatzplanung dem Versorgungsvertrag?).*

## **5. Konzeptionelle Grundlagen (alt)**

Das bisherige Kapitel 5 „Konzeptionelle Grundlagen“ wurde bis auf die Frage 5.1 (diese wird nun unter 1.9 aufgeführt) gestrichen. Diese Streichung war längst hinfällig und ist uneingeschränkt zu begrüßen.

## **5. Qualitätsmanagement**

### **5.2 Sind die ... ausgewählten Expertenstandards vollständig ... implementiert?**

Unter 5.2 soll erhoben werden, ob zwei per Zufall ausgewählte Expertenstandards vollständig im internen Qualitätsmanagement implementiert sind. Die Nationalen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sind pflegfachliche Instrumente und keine Instrumente des Qualitätsmanagements (QM). Insofern geht nicht darum, ob die Instrumente als solche im QM verankert sind, sondern vielmehr darum, ob die Pflege nach den im Standard aufbereiteten aktuellen fachlichen Wissenstand erbracht wird. Ziel der Expertenstandards ist dabei den Pflegenden vor Ort ein Instrument an die Hand zu geben, mit deren Hilfe sie dies erreichen können. Ggf. ist dies aber auch durch andere Instrumente und Methoden zu erreichen. Ein Nachweis für die Wirksamkeit der Umsetzung von Expertenstandards fehlt bisher.

Zwar gibt das DNQP zu den Expertenstandards, wie in der Erläuterung der Prüffrage richtig dargestellt wird, Empfehlungen zur Implementierung von Expertenstandards, diese beruhen aber auf dem Vorgehen bei der modellhaften Implementierung im Rahmen der Standardentwicklung. Eine Eins-zu-eins-Übertragung dieser Methode ist gerade für kleine Einrichtungen und ambulante Dienste häufig nicht leistbar und es spricht nichts dagegen andere Formen der Implementierung zu wählen. Empfehlungen sind naturgemäß auch nicht bindend und deren Einhaltung kann damit nicht geprüft werden. Auch der verpflichtenden Umsetzung des Auditinstruments zu den jeweiligen Expertenstandards in jährlichem Turnus kann nicht zu gestimmt werden. Für diese Vorgabe fehlt jede fachliche Grundlage. Auch entspricht dies keiner Empfehlung des DNQP. Hier scheint vielmehr eine Verwechslung oder Vermischung zwischen den Auditinstrumenten des DNQP zu deren Standards sowie den internen Audits im Rahmen des internen QMs vorzuliegen. Letztere werden i. d. R. jährlich durchgeführt, haben aber mit Ersterem nichts zu tun.

*Diese Prüffrage ist weder rechtlich noch fachlich gedeckt und daher ersatzlos zu streichen. (→ s. a. Kernforderungen der BAGFW zur Konformität)*

### **5.3 Liegt ... eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?**

Gegen die Frage ist fachlich nichts einzuwenden.

*Unserer Auffassung nach sind in der Liste aber nur die Mitarbeitenden zu führen, die auch Eintragungen in die Pflegedokumentation machen. Die Erläuterungen sind dahingehend zu präzisieren.*

### **5.5 Werden Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?**

Die Frage 5.5. ist eine PTVS-Frage (Kriterium 32). Diese PTVS-Frage erhält aber zusätzlich zur Ausfüllanleitung aus der Anlage 3 der PTVS Erläuterungen.

*Diese Ausweitung ist ersatzlos zu streichen, da sie unzuverlässiger Weise über die in der PTVS vereinbarten Inhalte hinausgeht.*

## **6. Hygiene**

Die unter 6.2 bis 6.4. angeführten Prüfinhalte werden von den Gesundheitsämter bzw. den zuständigen Gesundheitsbehörden der Länder und in vielen Bundesländern auch noch von den jeweiligen nach den heimrechtlichen Vorschriften der Länder zuständigen Aufsichtsbe-

hörden geprüft, so dass es nicht nur zu Doppelprüfungen, sondern Mehrfachprüfungen der gleichen Prüfinhalte kommt.

*Die Fragen 6.2. bis 6.4. sind deshalb ersatzlos zu streichen.*

### **6.2 Gibt es in der stationären Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?**

Die hier angeführten sind inhaltlich kritisch zu bewerten Die Frage nach einem „angemessenen Hygienemanagement“ unter 6.2 ist durch keinerlei gesetzliche Vorgaben gestützt. Auch wird hier mit den Bewertungskriterien a. bis c. wieder eine unververtretbare Ausdifferenzierung des Sachverhaltes vorgenommen. Hier wäre ggf. u. E. eher auf die einschlägigen für stationäre Einrichtungen relevante Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert-Koch Institutes abzustellen. Unter dem Bewertungskriterium d. wird wiederum darauf abgestellt, ob die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen den Mitarbeitern bekannt sind. Wie bereits weiter oben ausgeführt, lässt sich nicht erschließen, wie der Nachweis zu führen ist. Im Übrigen verweisen wir auf unsere diesbezüglichen Ausführungen unter 1.5. Mit dem Bewertungskriterium e. soll unter 6.2 abschließend erfasst werden, ob alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel vorhanden sind. Auch hier wird nicht weiter ausgeführt, wie der Begriff „erforderlich“ zu bewerten ist.

*Diese Frage ist zu streichen, s. o.*

### **6.3 Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?**

Die Frage bietet mit den Fragen nach „ausreichend Handschuhe“, „ausreichend Händedesinfektionsmittel“ und „ausreichend Schutzkleidung“ wiederum viel subjektiven Bewertungsspielraum.

*Diese Frage ist zu streichen, s. o.*

### **6.4 Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechende Hygieneanforderungen vor?**

Auch hier ist in der Fragestellung wieder ein unbestimmter Begriff enthalten, so dass nicht klar wird, wie die Frage zu bewerten ist.

*Diese Frage ist zu streichen, s. o.*

## **7. Pflegedokumentationssystem (alt)**

Das bisherige Kapitel 7. „Pflegedokumentationssystem“ wurde gestrichen. Diese Streichung war längst hinfällig und ist uneingeschränkt zu begrüßen.

## **7. Verpflegung**

### **7.2 Wird in der stationären Pflegeeinrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten?**

Mit dem Item d. soll erhoben, ob es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen gibt.

*Gegen den Inhalt des Items ist nichts einzuwenden. Unserer Ansicht nach ist das Item jedoch systematisch der Frage 7.4. zuzuordnen.*

### **7.4 Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?**

Hier werden insgesamt 4 Bewertungskriterien zusammengefasst. Insbesondere in Hinblick auf das Bewertungskriterium a. stellt sich wiederum die Frage, welche Regelungen zur Vermeidung von Mangelernährung und Exsikkose aus Sicht des MDK bzw. des Prüfdienstes der

PKV „geeignet“ sind. Unabhängig davon ist zu hinterfragen, ob es sachdienlich ist, unter der Überschrift „Verpflegung“ das Vorhandensein von Regelungen zur Vermeidung von Mangelernährung und Exsikkose zu überprüfen.

*Diese Frage wäre aus unserer Sicht bei den jeweiligen Sachverhalten im Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner zu prüfen.*

## **8. Soziale Betreuung**

### **8.1 Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?**

Mit 8.1b wird das PTVS-Kriterium 42 (Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?) erhoben. Der Satz 2 der Ausfüllanleitung zum Kriterium 42 wurde fehlerhaft übertragen.

Hier ist die Einsatzplanung zu streichen. Satz 2 muss richtiger Weise lauten: *„Dies wird anhand der Konzeption und der ~~Einsatz-~~ Angebotsplanung überprüft“.*

*Dies ist umgehend zu korrigieren.*

### **8.2. Werden diese Angebote den Bewohner in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?**

*Hier sind unserer Auffassung nach in der Erläuterung zur Prüffrage 8.2 weitere Nachweisebenen zu berücksichtigen und zwar Auskunft/Information der Bewohner sowie Auskunft/Information/Darlegung (Darstellung und Begründung anhand des konkreten Lebenssachverhalts) durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.*

### **8.7 Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 87b SGB XI Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf vereinbart?**

Mit dem Item „Wenn ja in welchem Stellenumfang?“ steht nach unserer Auffassung das Item 8.8.a (Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt?) in einem Sachzusammenhang zu dem hier erhobenen Sachverhalt.

*Wir schlagen deshalb vor, das Item 8.8.a der Frage 8.7 als weiteres Item zuzuordnen.*

### **8.8 Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?**

Hier wird bei der Erläuterung zur Prüffrage 8.8a auf die Vergütungsvereinbarung/Pflegesatzvereinbarung der Einrichtungen verwiesen.

*Dieser Verweis muss auch in die Erläuterungen zu den Prüffragen 8.8b, 8.8c und 8.8d aufgenommen werden.*

Des Weiteren kann in landesspezifischen Rahmenvereinbarungen und in den einzelnen Vergütungsvereinbarung/Pflegesatzvereinbarungen der Einrichtungen auch von der Betreuungskräfte-Richtlinie Abweichendes vereinbart werden. Daneben sind Übergangsregelungen zu berücksichtigen.

*Auch diese Sachverhalte sind in die Erläuterungen zu den Prüffragen 8.8b, 8.8c und 8.8d aufzunehmen und bei der Prüfung dann vorrangig als Maßstab anzuwenden.*

## **Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner (Prozess- und Ergebnisqualität)**

Es wird auf unsere Ausführungen zur Ergebnisqualität bei den Kernforderungen der BAGFW verwiesen: Hier wird keine Ergebnisqualität geprüft.

*Der Titel des Erhebungsbogens ist deshalb in Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner (Struktur- und Prozessqualität) umzubenennen.*

Den Ausführungen zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner ist voranzustellen, dass eine angemessene Bewertung der Einrichtung nur dann möglich ist, wenn die Qualitätsprüfung auf die bei ihm erbrachten Leistungen eingegrenzt wird. In dem Entwurf der Prüfanleitung fehlt bei der Ist-Erhebung der Pflegesituation eine Eingrenzung auf die im Rahmen der Pflegeplanung mit dem Bewohner abgestimmten erforderlichen Leistungen bzw. auf die vom Arzt verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen und unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts des Bewohners.

### **10. Behandlungspflege**

#### **10.3 Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?**

Unter 10.3 soll das PTVS-Kriterium 3 erhoben werden. Hier wurde eine falsche Kriteriumsnummer übertragen. Es handelt sich hier aber um das Kriterium 24.

Außerdem ist in Satz 2 der Ausfüllanleitung die Aufzählung nicht mit Buchstaben gegliedert, sondern nur mit „bullet points“. Die Aufzählung muss richtiger Weise lauten:

- a) die Applikationsform
- b) den vollständigen Medikamentennamen oder Wirkstoff
- c) die Dosierung
- e) die Häufigkeit
- d) die tageszeitliche Zuordnung der Medikamentengabe

*Beides ist umgehend zu korrigieren.*

#### **10.4 Sind die Anforderungen zur Bedarfsmedikation vollständig erfüllt?**

Hierbei handelt es sich um eine Prüfung der ärztlichen Verordnung/ der ärztlichen Leistung. In der QPR sind aber die Mindestanforderungen für die Prüfung der durch Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität sowie für das Verfahren zur Durchführung von solchen Prüfungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung zu beschreiben. Die in der Frage 10.4. beschriebenen Inhalte zählen hierzu nicht.

*Folglich ist Frage 10.4 ersatzlos zu streichen ist, da es sich um eine Qualitätsprüfung der ärztlichen Leistungen handelt. Die Frage wäre ggf. im Rahmen einer Prüfung der Versorgungsqualität bei den Vertragsärzten zu stellen.*

#### **10.7 Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?**

Die Erläuterungen zu der Frage sind nicht „State of the Art“. Empfohlen wird die Anwendung der Wong-Baker-Skala. Im neuen Expertenstandard des DNQP zum chronischen Schmerz wird erläutert, dass diese Skala für Kinder im Alter von 9 Monaten bis 18 Jahren eingesetzt wird. Diese Altersgruppe zählt in der Regel nicht zu Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen.

*Die Wong-Baker-Skala ist ersatzlos zu streichen.*

Grundsätzlich macht es die Vielfalt an Skalen schwierig, eine eindeutig zu empfehlen. Es kann auch nicht handlungsleitend sein, dass in der Prüfung durch den Prüfer akute Schmerzen durch ein initiales Assessment ermittelt werden. Hier verkennt der Prüfer seine Rolle (→ s. a. Kernforderungen der BAGFW zum Abbau von Bürokratie). Die Abgrenzung von chroni-

schem und akutem Schmerz ist fachlich sehr schwierig. Es ist deshalb unserer Auffassung stark anzuzweifeln, dass dies von einem externen Prüfer im Rahmen von Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI geleistet werden kann.

*Die Frage ist aufgrund der fachlichen Mängel (Siehe auch Kernforderungen der BAGFW zur Konformität.), der Nichtleistbarkeit der Erhebung im Rahmen einer Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI und dem falschen Prüfverständnis und der Rollendiffussion des Prüfers (→ s. a. Kernforderungen der BAGFW zum Abbau von Bürokratie) ersatzlos zu streichen.*

### **10.9 Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?**

Hier wird das PTVS-Kriterium 14 erhoben. Der Satz 1 der Ausfüllanleitung zum Kriterium wurde fehlerhaft übertragen.

*Hier sind die Wörter „von Schmerzpatienten“ zu streichen. Satz 1 muss richtiger Weise lauten: „Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn erkennbar ist, dass aufgrund der Ergebnisse der Krankenbeobachtung ~~von Schmerzpatienten~~ oder der Schmerzeinschätzung bei Bewohnern mit Schmerzen der behandelnde Arzt im Bedarfsfall unverzüglich informiert wird, insbesondere dann, wenn durch die eingenommenen Medikamente keine ausreichende Minderung der Schmerzen erreicht wird.*

*Dies ist umgehend zu korrigieren.*

### **10.12 Ist der Umgang mit Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?**

Wie bereits vielfach ausgeführt, wird hier mit „sachgerecht“ wieder ein unbestimmter Begriff verwendet, der nicht eindeutig und einheitlich prüfbar ist.

*Die Frage ist zu streichen oder der Begriff „sachgerecht“ ist in den Erläuterungen eindeutig zu definieren. Weiterhin schlagen wir vor, in dieser Frage den fachlich richtigen Begriff „Tracheostoma“ statt „Trachealkanülen“ zu verwenden.*

## **11. Mobilität**

### **11.1 Bewohner angetroffen**

Zu welchem Zweck die Informationsfrage 11.1, ob der Pflegebedürftige liegend, sitzend, stehend, in Tageskleidung oder Nachtwäsche angetroffen wurde, dienen soll, bleibt unklar. In diesem Zusammenhang möchten wir nochmals auf die einleitenden Ausführungen zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner verweisen. Gleiches gilt auch für die Datenerhebung unter 11.2.

### **11.3 Liegt eine Kontraktur vor?**

In der PTVS sind die Kriterien zu Kontrakturen durch die Schiedsstelle aus der PTVS gestrichen worden, da der fachliche Erkenntnisstand zu dem Thema so wagen ist, dass keine eindeutige Beurteilung erfolgen kann. Gnass et al.<sup>2</sup> Haben eine systematische Analyse der verfügbaren Studien sowie der pflegfachlichen und medizinischen Literatur vorgenommen und gelangen zur Schlussfolgerung (S. 147ff.): „In nur 5 [scil: von 37] Studien wurde eine Kontraktur präzise definiert. Jedoch wichen diese Definitionen bezüglich der Merkmale zur Erfassung einer Kontraktur voneinander ab. In 31 Studien wurden vorwiegend diagnostische Kriterien angeführt... Schlussfolgerung: Die Mehrheit der kontrollierten Studien, die eine Kontraktur als Ergebnisparameter untersuchten, verwendeten keine präzise Definition. Diese Diversität von Definitionen und Erhebungsmerkmalen macht eine Vergleichbarkeit von präventiven und therapeutischen Therapieeffekten unmöglich. In diesem Zusammenhang erscheint es außerordentlich problematisch, den nicht definierten Zustand der Kontraktur im Rahmen von Qualitätssicherungsprogrammen nach § 113 SGB XI in Heimen zu erfassen.“

<sup>2</sup> Gnass et al.: Erworbene Kontrakturen der Gelenke im höheren Lebensalter (Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2010)



Auch die in der Prüfanleitung zitierte Studie von des BMG & BMFSFJ<sup>3</sup> kommt zu dem Schluss (S. 230): „Das Bestehen oder die Neuentstehung von Kontrakturen wird trotz der Wichtigkeit des Themas ausgesprochen selten als Indikator für die Qualität der Heimversorgung herangezogen.“

Aus dieser unsicheren fachlichen Grundlage, willkürlich eine mögliche Definition von Kontrakturen herauszusuchen und zur Grundlage einer Qualitätsprüfung zu machen, ist vollkommen unangemessen und macht jedes Prüfergebnis inhaltlich angreifbar.

*Das Kriterium ist ersatzlos zu streichen.*

#### 11.4 Liegt ein Sturzrisiko vor?

Hier soll der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu beziehen, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für ein Sturzrisiko bestehen. Diese Zusatzfragen stellen unnötige Doppelungen zu den schon vorhandenen Fragen dar, in denen ein Pflegeproblem nochmals bewertet wird. Dies stellt nicht nur einen unnötigen Aufwand dar, sondern negiert auch pauschal die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung durch eine externe Momentaufnahme.

*Aus Sicht der BAGFW ist daher auf diese Zusatzfragen grundsätzlich zu verzichten und die Einschätzung der Pflegerisiken durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen prinzipiell zu übernehmen.*

Sollte die Prüferin bzw. der Prüfer im Einzelfall Zweifel an der Aktualität oder Richtigkeit einer Risikoeinschätzung haben, besteht bei den verbleibenden Fragen (z. B. bei „Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?“) noch immer die Möglichkeit die Einschätzung zu hinterfragen. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVS vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung‘ protokolliert. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.“)

#### 11.7 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

Hier soll die Prüferin bzw. der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu beziehen, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für ein Dekubitusrisiko bestehen. Diese Zusatzfragen stellen unnötige Doppelungen zu den schon vorhandenen Fragen dar, in denen ein Pflegeproblem nochmals bewertet wird. Dies stellt nicht nur einen unnötigen Aufwand dar, sondern negiert auch pauschal die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung durch eine externe Momentaufnahme.

*Aus Sicht der BAGFW ist daher auf diese Zusatzfragen grundsätzlich zu verzichten und die Einschätzung der Pflegerisiken durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen prinzipiell zu übernehmen.*

Sollte die Prüferin bzw. der Prüfer im Einzelfall Zweifel an der Aktualität oder Richtigkeit einer Risikoeinschätzung haben, besteht bei den verbleibenden Fragen (z. B. bei „Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?“) noch immer die Möglichkeit die Einschätzung zu hinterfragen. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVS vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung

---

<sup>3</sup> BMG & BMFSFJ (Hg.): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der Stationären Altenhilfe (2011)

zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung‘ protokolliert. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.“)

### **11.9 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?**

Hier wird das PTVS-Kriterium 2 erhoben. Der Satz 1 der Ausfüllanleitung zum Kriterium wurde fehlerhaft übertragen.

*Hier sind die „ausreichende Flüssigkeits- und Eiweißzufuhr“ zu streichen sowie ein „und“ durch ein „sowie“ zu ersetzen.*

*Satz 1 muss richtiger Weise lauten: „*

*Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei dekubitusgefährdeten Bewohnern individuell angemessene Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe wie z.B.*

- *haut- und gewebeschonende Lagerung und Transfertechniken,*
- *Maßnahmen zur Bewegungsförderung,*
- ~~*ausreichende Flüssigkeits- und Eiweißzufuhr,*~~
- *ggf. Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich der Risiken und Maßnahmen*

*in der Pflegeplanung berücksichtigt sind sowie ~~und~~ die Durchführung in der Dokumentation und durch Inaugenscheinnahme erkennbar ist.*

*Beides ist umgehend zu korrigieren.*

### **11.10 Wenn der Prüfer abweichend von der Meinung der Pflegeeinrichtung begründet feststellt, dass ein Dekubitusrisiko vorliegt: Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?**

Frage 11.10. stellt die Dublette zur Frage 11.9 dar. Hier wird ein Pflegephänomen nochmals bewertet und nicht auf die Einschätzung und die Fachlichkeit der Pflegefachkräfte in der Einrichtung vertraut, sondern die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung ignoriert, negiert und entwertet durch eine externe Momentaufnahme. Zusätzlich wird in der Ausfüllanleitung auch die „ausreichende Flüssigkeits- und Eiweißzufuhr“ als angemessene Maßnahme benannt. Hierfür gibt es keine Evidenz. Diese wird auch im überarbeiteten „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ nicht mehr empfohlen.

*Das Kriterium ist ersatzlos zu streichen.*

### **11.11 Liegt ein Kontrakturrisiko vor?**

### **11.12 Wird das Individuelle Kontrakturrisiko erfasst?**

### **11.13 werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?**

Zur Grundproblematik haben wir bereits zu 11.3 „Liegt eine Kontraktur vor?“ Stellung genommen. Diese grundsätzlichen Bedenken gelten auch für die Kriterien 11.11 – 11.13. Zusätzlich sind auch hier die getroffenen Erläuterungen in der Prüfanleitung aus fachlicher Sicht äußerst zweifelhaft. Bei dem angeführten Zitat aus der Studie des BMG & BMFSFJ<sup>4</sup> „Nach Expertenmeinung kann das Auftreten von Kontrakturen bei Pflegebedürftigen durch Erhalt der Mobilität reduziert werden. In Fachbüchern und Orientierungshilfen werden außerdem gezielte Maßnahmen zur Kontrakturprophylaxe, z. B. das regelmäßige aktive oder passive Durchbewegen gefährdeter Gelenke oder ihre Lagerung in physiologischer Mittelstellung, empfohlen.“ fehlt der wichtige zweite Teil der Aussage: „Allerdings muss konstatiert werden, dass es für die Wirksamkeit dieser Maßnahmen wenig wissenschaftliche Evidenz gibt.“ (S. 230). Gerade für die Maßnahmen „passive Bewegungsübungen“ und Lagerungstechniken“ gibt es daraus starke fachliche Vorbehalte, ob die Maßnahmen nicht sogar kontraindiziert sind und mehr schaden als nutzen<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> BMG & BMFSFJ (Hg.): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung von Ergebnisqualität in der Stationären Altenhilfe (2011)

<sup>5</sup> z. B. Huhn: Praxisheft Kontrakturprophylaxe (2011)

*Die Kriterien 11.11 – 11.13 sind ersatzlos zu streichen.*

## **12. Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung**

### **12.1 Gewicht, Größe, ...**

Die regelmäßige und unbegründete Erhebung von Gewicht und Größe, wie unter 12.1a. abgebildet, ist abzulehnen. Die Bedeutung, die hier dem BMI zugemessen wird, entspricht keineswegs dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse.

Unabhängig davon ist sowohl bezogen auf Erfassung des BMI unter 12.1c. als auch auf die Erfassung des Gewichtsverlauf festzustellen, dass durch die Prüfpraxis indessen dahin geführt hat, dass in den Einrichtungen alle Bewohner regelmäßig gewogen werden, auch dann, wenn offensichtlich ist, dass keine Ernährungsprobleme vorliegen.

*Von daher sollte aus unserer Sicht die Prüfpraxis des MDK bzw. des Prüfdienstes der PKV an dieser Stelle eine Korrektur erfahren, da das unreflektierte, verpflichtende regelmäßige Wiegen aller Bewohnerinnen und Bewohnern aus unserer Sicht einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Bewohner darstellt und unnötig ist. Diesbezüglich sei auch nochmals auf unsere einleitenden Ausführungen zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner verwiesen.*

### **12.2 Der Bewohner ist versorgt mit...**

Auch für diese Datenerhebung gelten unsere Anmerkungen zu 12.1.

### **12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?**

Hier soll die Prüferin bzw. der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu beziehen, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung vorliegen. Diese Zusatzfragen stellen unnötige Doppelungen zu den schon vorhandenen Fragen dar, in denen ein Pflegeproblem nochmals bewertet wird. Dies stellt nicht nur einen unnötigen Aufwand dar, sondern negiert auch pauschal die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung durch eine externe Momentaufnahme.

*Aus Sicht der BAGFW ist daher auf diese Zusatzfragen grundsätzlich zu verzichten und die Einschätzung der Pflegerisiken durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen prinzipiell zu übernehmen.*

Sollte die Prüferin bzw. der Prüfer im Einzelfall Zweifel an der Aktualität oder Richtigkeit einer Risikoeinschätzung haben, besteht bei den verbleibenden Fragen (z. B. bei „Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?“) noch immer die Möglichkeit die Einschätzung zu hinterfragen. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVS vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung‘ protokolliert. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.“)

### **12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?**

Hier soll die Prüferin bzw. der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu beziehen, ob aus ihrer/seiner Sicht Anhaltspunkte Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung vorliegen. Diese Zusatzfragen stellen unnötige Doppelungen zu den schon vorhandenen Fragen dar, in denen ein Pflegeproblem nochmals bewertet wird. Dies stellt nicht nur einen unnötigen Aufwand dar, sondern negiert auch pauschal die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung durch eine externe Momentaufnahme.

*Aus Sicht der BAGFW ist daher auf diese Zusatzfragen grundsätzlich zu verzichten und die Einschätzung der Pflegerisiken durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen prinzipiell zu übernehmen.*

Sollte die Prüferin bzw. der Prüfer im Einzelfall Zweifel an der Aktualität oder Richtigkeit einer Risikoeinschätzung haben, besteht bei den verbleibenden Fragen (z. B. bei „Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?“) noch immer die Möglichkeit die Einschätzung zu hinterfragen. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVS vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung‘ protokolliert. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.“)

### **13. Harninkontinenz**

Bezüglich der Informationssammlung unter 13.1 und 13.2 verweisen wir auf die einleitenden Ausführungen zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner.

#### **13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?**

Hier soll der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu beziehen, ob aus seiner Sicht ob aus seiner Sicht Hilfebedarf bei Harninkontinenz vorliegt. Diese Zusatzfragen stellen unnötige Doppelungen zu den schon vorhandenen Fragen dar, in denen ein Pflegeproblem nochmals bewertet wird. Dies stellt nicht nur einen unnötigen Aufwand dar, sondern negiert auch pauschal die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung durch eine externe Momentaufnahme.

*Aus Sicht der BAGFW ist daher auf diese Zusatzfragen grundsätzlich zu verzichten und die Einschätzung der Pflegerisiken durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen prinzipiell zu übernehmen.*

Sollte die Prüferin bzw. der Prüfer im Einzelfall Zweifel an der Aktualität oder Richtigkeit einer Risikoeinschätzung haben, besteht bei den verbleibenden Fragen (z. B. bei „Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?“) noch immer die Möglichkeit die Einschätzung zu hinterfragen. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVS vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung‘ protokolliert. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.“)

### **14. Umgang mit Demenz**

#### **14.1 Orientierung und Kommunikation**

Bezüglich der Informationssammlung unter 14.1 verweisen wir zunächst auf die einleitenden Ausführungen zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner. Feststellungen zu Orientierung und Kommunikation nach Inaugenscheinnahme anhand von Aussagen unter 14.1, ob ein „sinnvolles Gespräch“, ob „nonverbale Kommunikation“ möglich und „Orientierung in allen Qualitäten vorhanden“ sei, sind anmaßend. Mit solchen Bewertungen überschreitet der MDK bzw. der Prüfdienst der PKV seine Kompetenz und verletzt Persönlichkeitsrechte pflegebedürftiger Menschen. In der Grundsatzstellungnahme des MDK zum Pflegeprozess und

zur Pflegedokumentation<sup>6</sup> wird unter dem Stichwort „Pflegedokumentation“ zu diesem Sachverhalt ausgeführt: „Bewertungen und Interpretationen von Angaben des Pflegebedürftigen oder der Bezugspersonen werden vermieden.“

*Diesem Grundsatz sollte auch im Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner Rechnung getragen werden.*

### **14.3 Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?**

Hier wird das PTVS-Kriterium 34 erhoben. Der letzte Satz der Ausfüllanleitung zum Kriterium wurde fehlerhaft übertragen.

*Hier sind beim ersten „bullet point“ im letzten Satz die Wörter „aus der Pflegedokumentation erkennbar ist, dass die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt wird“ zu streichen. Der letzte Satz muss richtiger Weise lauten:*

*„Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn*

- ~~aus der Pflegedokumentation erkennbar ist, dass die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt wird~~ beim Bewohner noch ausreichende kognitive Fähigkeiten vorhanden sind, um für die Planung der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen Vorlieben, Gewohnheiten, Wünsche und ggf. Abneigungen zum Ausdruck zu bringen.
- Keine Angehörigen oder andere Bezugspersonen erreichbar oder vorhanden sind bzw. die Einbeziehung ausdrücklich nicht erwünscht ist.

*Dies ist umgehend zu korrigieren.*

## **15. Körperpflege**

Bezüglich der Informationssammlung unter 15.1 und 15.3 verweisen wir auf die einleitenden Ausführungen zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner.

## **16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität**

Der Begriff Ergebnisqualität ist hier irreführend, da im Folgenden Struktur- und Prozessqualität abgefragt wird.

*Entsprechend ist die Überschrift zu ändern.*

### **16.1. Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?**

In den Einrichtungen wird dies teilweise von den Sozialen Diensten auf eigene Erhebungsbögen festgehalten. Diese sind nicht immer in Pflegedokumentation verortet.

*Deshalb empfehlen wir die Frage wie folgt zu formulieren: „Wird die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?“*

### **16.5 Sind die Mitarbeiter bei behandlungspflegerischen Maßnahmen entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?**

Hier kann unserer Ansicht nach die QPR keine berufsrechtlichen und/oder leistungsrechtlichen Setzungen vornehmen.

*Hier sind landesspezifische Regelungen und Vereinbarungen zum für die Behandlungspflege geeigneten Pflegepersonal zu berücksichtigen. Diese weichen durchaus stark von einander ab. Zum anderen ist darauf hinzuweisen, dass die Alten- und Krankenpflegehilfeausbildung seit einigen Jahren in die Länderzuständigkeit verlagert wurde und es hier eine Vielzahl an Pflegehilfsberufen gibt, die nicht die Berufsbezeichnung Alten- und Krankenpflegehilfe tragen*

---

<sup>6</sup> Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation: Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege (2005)

*und dennoch über formale Qualifikationen zur Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen verfügen.*

### **16.6 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?**

Hierbei handelt es sich wieder um eine Frage mit undefinierten Begriffen (akut, situationsgerecht). Dies bietet für die Prüferinnen und Prüfer zu viel Interpretationsspielraum. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVS vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung‘ protokolliert. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.“)

*Es sind die verschiedenen Nachweisebenen in die Erläuterung aufzunehmen, des Weiteren ist ein Hinweis auf entsprechenden Text des Vorworts der Anlage 3 der PTVS aufzunehmen.*

### **17. Sonstiges**

Da unter 17. Sonstiges keine Fragen o. ä. aufgeführt sind, bleibt offen, welche Informationen etc. festgehalten werden sollen. Dies widerspricht auch dem Erfordernis einer bundeseinheitlichen Qualitätsprüfung mit vergleichbaren Ergebnissen.

### **Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Befragung der Bewohner (S. 55ff.)**

#### **18. Befragung der Bewohner**

##### **Befragungsinstruktion für die stationäre Pflege**

Der Absatz 1 der Befragungsinstruktionen unterstellt, dass jede positive Aussage eines Bewohners bzw. einer Bewohnerin nicht der Wahrheit entspricht, sondern durch die Soziale Erwünschtheit verzerrt sei. Dies verkennt die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner und spricht ihnen die Kompetenz ab, über die Zufriedenheit mit der Lebenssituation und der Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung ein eigenes Urteil abgeben zu können.

*Wir empfehlen deshalb zwingend, den ersten Absatz abwägender zu formulieren.*

Es gibt Gründe, die die Anwesenheit einer vertrauten Mitarbeiterin / eines vertrauten Mitarbeiters der Pflegeeinrichtungen induzieren, so dass auch die Befragungsinstruktion „Grundsätzlich sollte die Befragung nicht in Anwesenheit eines Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung durchgeführt werden, es sei denn der Bewohner wünscht dies.“ fachlich falsch ist.

*Diese Instruktion muss relativierender dargestellt werden.*

### **Anlage 6: Struktur und Inhalte des Prüfberichtes für die stationäre Pflege**

Es ist zu begrüßen, dass in der QPR mit den Anlagen 3 und 6 erstmals Struktur und Inhalte der Prüfberichte geregelt werden. Wie bereits in dieser Stellungnahme zur QPR „Zu 3.: Nachvollziehbarkeit und Repräsentativität der Prüfergebnisse“ ausgeführt, fließen die Ergebnisse der Prüfungen in die Veröffentlichung nach § 115 Abs. 1a SGB XI ein als auch in die Berichterstattung zur Qualität der Pflege nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Darüber hinaus müssen die Ergebnisse und deren Zustandekommen über die Bewertung der Prüferinnen und Prüfer für Dritte (Bewohnerinnen und Bewohner, Pflegeeinrichtung etc.) jederzeit nachvollziehbar sein.

### **3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten**

Laut Anlage 3 bzw. Anlage 6 werden hier von den Prüfern zu den bestehenden Defiziten konkrete Maßnahmen zur Beseitigung empfohlen. Die Empfehlungen beschränken sich in der Praxis bei den Feststellungen im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität teilweise auf Standard-/Mustersätze. Diese sind zum einen von den Einrichtungen nicht immer nachvollziehbar, da sie sich nicht auf die konkrete Situation beziehen. Zum anderen können von den Einrichtungen und Diensten auf der Basis von Standard- und Mustersätzen häufig keine auf die konkrete Situation bezogenen Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden.

- *Die Empfehlungen zur Beseitigung der Qualitätsdefizite sind bezogen auf die konkreten Feststellungen und den jeweiligen Einzelfall bei den bewohnerbezogenen/ auf den pflegebedürftigen Menschen bezogenen Prüfungen zu formulieren.*

### **Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse bei Pflege-Transparenzkriterien**

Damit für die Einrichtungen und Dienste auch nachvollziehbar ist, welche Ergebnisse in den jeweiligen Pflege-Transparenzbericht einfließen, ist es erforderlich, ein zusätzliches Kapitel mit einer zusammenfassenden Darstellung der einrichtungsbezogenen und bewohnerbezogenen bzw. auf den pflegebedürftigen Menschen bezogenen Einzelkriterien anzufügen. Oder anders formuliert, es sind die Information des MDK/Prüfdienstes der PKV an die DCS auch zum Bestandteil der Anlagen 3 bzw. 6 zu machen.

- *Es ist ein zusätzliches Kapitel mit einer zusammenfassenden Darstellung und Übersicht der Ergebnisse zu den Pflege-Transparenzkriterien sowohl in der Anlage 3 als auch in der Anlage 6 einzuführen.*

Berlin, 08.11.2013