

Pilotierung der neuen ambulanten Qualitätsprüfung

Pilotierung der Instrumente und Verfahren für
Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die
Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI
in der ambulanten Pflege

STUDIEN
BERICHT

Pilotierung der neuen ambulanten Qualitätsprüfung

Pilotierung der Instrumente und Verfahren für
Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die
Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI
in der ambulanten Pflege

Friederike A. Haaß
Julian Rellecke
Elisabeth Beikirch
Hans-Dieter Nolting

Abschlussbericht über die reguläre Untersuchungsphase
für den Qualitätsausschuss Pflege

Berlin, Januar 2021

Autoren

Elisabeth Beikirch
Dr. Friederike A. Haaß
Hans-Dieter Nolting
Dr. Julian Rellecke
IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Inhalt

Inhalt	3
Zusammenfassung	18
1. Einleitung	20
1.1 Kontext	20
1.2 Anforderungen an das neue Instrument und Verfahren	21
1.3 Übersicht über das neue Instrument und Verfahren	22
1.3.1 Ablauf der Qualitätsprüfungen	22
1.3.2 Struktur des Prüfinstruments	24
1.3.3 Bewertungen	28
1.4 Fragestellungen der Pilotierung	30
1.4.1 Praktikabilität des neuen Instruments und Verfahrens	30
1.4.2 Überprüfung des Stichprobenverfahrens	30
1.4.3 Verteilung der Bewertungskategorien	30
1.4.4 Analyse von messtheoretischen Gütekriterien	31
1.4.5 Analyse von Prüfbereich 4	31
1.4.6 Praktikabilität für die spezialisierte ambulante Pflege	31
1.4.7 Eignung für das Verwaltungsverfahren	32
1.4.8 Eignung der Qualitätsdarstellung	32
1.5 Danksagung	33
2. Methodik	34
2.1 Übersicht über das Untersuchungsdesign	34
2.1.1 Teilstudien 1, 2 und 3	34
2.1.2 Pilotierungsgruppen I, II und III	35
2.2 Pilot-Prüfungen	36
2.2.1 Rekrutierung der Pflegedienste	36
2.2.2 Rekrutierung der Prüfer	39
2.2.3 Einweisungen und Schulungen	40
2.2.4 Ablauf der Pilot-Prüfungen	41
2.2.5 Pilot-Software	42
2.2.6 Befragung der Pflegedienste	44
2.2.7 Feedback-Veranstaltungen und Anpassungsworkshop	44
2.3 Befragung der Landesverbände der Pflegekassen	46
2.3.1 Rekrutierung der Teilnehmer	46
2.3.2 Ablauf der Befragung	46
2.4 Interviews mit Nutzern der Qualitätsdarstellung	47
2.4.1 Rekrutierung der Teilnehmer	47
2.4.2 Ablauf der Interviews	48
2.5 Datenauswertung	49
3. Ergebnisse	50
3.1 Anzahl und Art der durchgeführten Pilot-Prüfungen	50
3.2 Stichprobenverfahren	54
3.2.1 Erstellen der Liste der versorgten Personen	54

3.2.2	Vollständigkeit der Liste der versorgten Personen	62
3.2.3	Anzahl und Art der Personen in den Stichproben	78
3.2.4	Einhaltung des Stichprobenverfahrens	87
3.3	Verteilung der Qualitätsaspekte und Bewertungskategorien	103
3.3.1	Bereiche 1, 2 und 3	103
3.3.2	Bereich 5	124
3.4	Reliabilität der Prüfergebnisse	126
3.4.1	Übersicht über das Untersuchungsdesign	126
3.4.2	Bewertungswahrscheinlichkeiten in den Stichproben	129
3.4.3	Abweichungen in den Gesamtbewertungen	131
3.5	Objektivität der Prüfergebnisse	133
3.5.1	Übersicht über das Untersuchungsdesign	134
3.5.2	Übereinstimmung der geprüften Qualitätsaspekte	137
3.5.3	Übereinstimmung der Bewertungen	138
3.6	Praktikabilität aus Sicht der Prüfer	140
3.6.1	Ermittlung des Prüfumfangs	140
3.6.2	Informationserfassung	154
3.6.3	Schwierigkeit der Bewertung	160
3.6.4	Nachvollziehbarkeit der Qualitätsaspekte	185
3.6.5	Fachgespräch	186
3.6.6	Synthese	194
3.6.7	Abschlussgespräch	197
3.6.8	Zeitaufwand	200
3.6.9	Schulungen	213
3.6.10	Pilot-Software	217
3.7	Praktikabilität aus Sicht der Pflegedienste	222
3.7.1	Ermittlung des Prüfumfangs	222
3.7.2	Fachgespräch	228
3.7.3	Abschlussgespräch	235
3.7.4	Zeitumfang	239
3.7.5	Prüfbericht	240
3.7.6	Nachvollziehbarkeit der Bewertungen	242
3.7.7	Unterschiede zum bisherigen Prüfverfahren	248
3.7.8	Erfüllen der Anforderungen an das neue Prüfverfahren	251
3.8	Intensivpflegedienste	254
3.9	Psychiatrische Pflegedienste	258
3.10	Prüfbereich 4	261
3.10.1	Feststellung der Prüfrelevanz	261
3.10.2	Festgestellte Auffälligkeiten	264
3.10.3	Informationsquellen	269
3.10.4	Schwierigkeit der Feststellung von Auffälligkeiten	270
3.10.5	Einschätzungen der Prüfer zu möglichen Barrieren	272
3.10.6	Einschätzungen durch die Pflegedienste	276
3.11	Eignung für das Verwaltungsverfahren	280
3.11.1	Charakteristika der Befragungsteilnehmer	281

3.11.2	Beurteilung der Eignung insgesamt	282
3.11.3	Eignung für die Entscheidung über Maßnahmenbescheid	283
3.11.4	Eignung für das Erstellen eines Maßnahmenbescheids	289
3.11.5	Zeitaufwand	295
3.12	Eignung der Qualitätsdarstellung	300
3.12.1	Charakteristika der Interviewteilnehmer	300
3.12.2	Teilnahme am Hauptteil des Interviews	306
3.12.3	Gesamteinschätzung und Weiterempfehlung	306
3.12.4	Les- und Nachvollziehbarkeit	309
3.12.5	Verständlichkeit der Qualitätsdarstellung	310
3.12.6	Verständlichkeit der Methodik der Qualitätsbewertung	316
3.12.7	Eignung zur Auswahl eines Pflegedienstes	317
3.12.8	Eignung zum Vergleich von Pflegediensten	321
3.12.9	Wunsch nach weiteren Informationen über den Pflegedienst	327
4.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	328
4.1	Reliabilität	328
4.1.1	Empfehlung 1	329
4.1.2	Empfehlung 2	334
4.1.3	Empfehlung 3	334
4.2	Stichprobenverfahren	338
4.2.1	Empfehlung 4	339
4.2.2	Empfehlung 5	340
4.2.3	Empfehlung 6	341
4.3	Ermittlung des Prüfumfangs	342
4.3.1	Empfehlung 7	343
4.3.2	Empfehlung 8	345
4.4	Informationsquellen für die Prüfungen	345
4.4.1	Empfehlung 9	346
4.5	Vergeben der Bewertungen	348
4.5.1	Empfehlung 10	350
4.5.2	Empfehlung 11	351
4.5.3	Empfehlung 12	353
4.5.4	Empfehlung 13	355
4.5.5	Empfehlung 14	356
4.6	Ergänzung von Erläuterungen und Feldern	357
4.6.1	Empfehlung 15	357
4.7	Prüfbereich 4	362
4.7.1	Empfehlung 16	364
4.7.2	Empfehlung 17	364
4.8	Intensivpflegedienste	365
4.8.1	Empfehlung 18	367
4.8.2	Empfehlung 19	369
4.8.3	Empfehlung 20	370
4.8.4	Empfehlung 21	371
4.9	Psychiatrisch spezialisierte Pflegedienste	372

4.9.1	Empfehlung 22	373
4.9.2	Empfehlung 23	374
4.10	Verwaltungsverfahren	374
4.10.1	Empfehlung 24	375
4.11	Eignung der Qualitätsdarstellung	377
4.11.1	Empfehlung 25	378
4.12	Wechsel zu dem neuen Prüfverfahren	379
4.12.1	Empfehlung 26	379
5.	Anhang	381
A1	Vorschlag für ein modifiziertes Prüfverfahren sowie Auswirkungen auf die Qualitätsdarstellung	382
A2	Zusätzliche Daten zu Ermittlung des Prüfumfangs	402
A3	Zusätzliche Daten zu Schwierigkeit der Bewertung	412
A4	Fallbeispiele zur Begründung von D-Bewertungen	427
A5	Zusätzliche Daten zu Unterschieden bisheriges Prüfverfahren	434
A6	Zusätzliche Daten zu Anforderungen an das Prüfverfahren	435
A7	Beispielhafte Qualitätsdarstellungen	436
	Literaturverzeichnis	439
	Abbildungen	7
	Tabellen	11
	Abkürzungsverzeichnis	17

Zur besseren Lesbarkeit wird im Text auf die gleichzeitige Nennung weiblicher und männlicher Wortformen verzichtet. Angesprochen sind grundsätzlich alle Geschlechter, es sei denn es wird spezifisch auf bestimmte Geschlechter verwiesen.

Abbildungen

Abbildung 1:	Ablauf der Qualitätsprüfungen	23
Abbildung 2:	Beispielhaftes Bildschirmfoto der Pilot-Software	43
Abbildung 3:	Anteil der Personen ohne Zuordnung nach Gesamtzahl auf Liste	69
Abbildung 4:	Häufigkeiten der Stichprobengrößen nach Pilotierungsgruppe	83
Abbildung 5:	Häufigkeit der Stichprobengrößen nach Einrichtungstyp	84
Abbildung 6:	Abweichungen vom Stichprobenverfahren (Pilotierungsgruppe I)	95
Abbildung 7:	Anteil der personenbezogenen Prüfungen, in denen der jeweilige Qualitätsaspekt geprüft wurde (nach Pilotierungsgruppe)	105
Abbildung 8:	Prüfungsrelevante Qualitätsaspekte bei „anderen“ Personen	106
Abbildung 9:	Anteil der personenbezogenen Prüfungen, in denen der jeweilige Qualitätsaspekt geprüft wurde (nach Einrichtungstyp)	107
Abbildung 10:	Verteilung der Anzahl pro personenbezogene Prüfung geprüfter Qualitätsaspekte	109
Abbildung 11:	Verteilungen der Einzelbewertungen	111
Abbildung 12:	Verteilungen der Einzelbewertung für häufige Qualitätsaspekte (≥ 50)	113
Abbildung 13:	Anzahl Gesamtbewertungen pro Pflegedienst	115
Abbildung 14:	Anteil der Pflegedienste mit geprüften Qualitätsaspekten (gesamt)	117
Abbildung 15:	Anteil der Pflegedienste mit bestimmter Anzahl Einzelbewertungen pro Qualitätsaspekt (Pilotierungsgruppe I und III)	119
Abbildung 16:	Anteil der Pflegedienste mit bestimmter Anzahl Einzelbewertungen pro Qualitätsaspekt (Pilotierungsgruppe II)	121
Abbildung 17:	Schematische Darstellung der methodischen Vorgehensweise bei der Reliabilitätsanalyse	128
Abbildung 18:	Anteil der möglichen Stichproben, in denen ein Qualitätsaspekt eine Gesamtbewertung erhält	131
Abbildung 19:	Anteil der Gesamtbewertungen in den möglichen Stichproben unterteilt nach durchschnittlicher Abweichung vom Modus	133
Abbildung 20:	Schematische Darstellung der methodischen Vorgehensweise bei der Analyse der Objektivität der Prüfungsergebnisse	136

Abbildung 21:	Informationsquellen für die Bestimmung vereinbarter SGB XI-Leistungen	142
Abbildung 22:	Schwierigkeit Bestimmung prüfungsrelevanter Qualitätsaspekte	145
Abbildung 23:	Nutzung von Informationsquellen in Bereich 1	155
Abbildung 24:	Nutzung von Informationsquellen in Bereich 2	156
Abbildung 25:	Nutzung von Informationsquellen in Bereich 3	157
Abbildung 26:	Schwierigkeit der Bewertung der Qualitätsaspekte (Bereich 1-3)	163
Abbildung 27:	Schwierigkeit der Bewertung der Qualitätsaspekte (Bereich 5)	175
Abbildung 28:	Mittlere Klickhäufigkeit für Qualitätsaspekte (Leitfragen)	177
Abbildung 29:	Klickhäufigkeit Informationsboxen Qualitätsaspekte (Bewertung)	178
Abbildung 30:	Teilnehmer an Fachgesprächen	188
Abbildung 31:	Zeitpunkt des Fachgesprächs	189
Abbildung 32:	Kombination verschiedener Zeitpunkte des Fachgesprächs	190
Abbildung 33:	Bewertung der geführten Fachgespräche	192
Abbildung 34:	Gründe für fehlendes Fachgespräch	193
Abbildung 35:	Inhalte des Austauschs während der Synthese	194
Abbildung 36:	Schwierigkeiten bei der Zusammenführung und Erstellung eines vorläufigen Gesamtergebnisses	196
Abbildung 37:	Teilnehmer an Abschlussgespräch	197
Abbildung 38:	Häufigkeit von Inhalten des Abschlussgesprächs als Rangplätze	198
Abbildung 39:	Bewertung des Abschlussgesprächs	200
Abbildung 40:	Mittlerer Zeitaufwand pro Qualitätsaspekt in Minuten	208
Abbildung 41:	Zeitaufwand des neuen verglichen mit dem bisherigen Prüfaspect (Einschätzung der Prüfer)	210
Abbildung 42:	Zeitaufwand für Synthese- bzw. Abschlussgespräch im neuen verglichen mit bisherigem Prüfverfahren (Einschätzung der Prüfer)	212
Abbildung 43:	Bewertung der Schulung (Einschätzung der Prüfer)	213
Abbildung 44:	Bewertung der Schulung zur Vorbereitung auf Qualitätsaspekte	215

Abbildung 45:	Bewertung der Pilot-Software (Einschätzung der Prüfer)	218
Abbildung 46:	Schwierigkeit der Ermittlung prüfungsrelevanter Qualitätsaspekte	224
Abbildung 47:	Vergleich mit bisherigem Prüfverfahren bzgl. prüfbarer Aspekte	228
Abbildung 48:	Teilnehmer an Fachgesprächen	230
Abbildung 49:	Bewertung der Fachgespräche durch Pflegedienste	232
Abbildung 50:	Einschätzung des zeitlichen Umfangs der Inhalte des Abschlussgesprächs	236
Abbildung 51:	Bewertung der Abschlussgespräche durch Pflegedienste	237
Abbildung 52:	Bewertung der Abschlussgespräche im Rahmen des neuen verglichen mit dem bisherigen Prüfverfahren	239
Abbildung 53:	Einschätzung des zeitlichen Aufwands verglichen mit dem bisherigen Verfahren	240
Abbildung 54:	Bewertung des Prüfberichts durch Pflegedienste	241
Abbildung 55:	Nachvollziehbarkeit der Gesamtbewertungen der Qualitätsaspekte	246
Abbildung 56:	Vergleich des neuen mit dem bisherigen Prüfverfahren	251
Abbildung 57:	Erfüllen der Anforderungen an das neue Prüfverfahren	254
Abbildung 58:	Nutzung von Informationsquellen in Bereich 4	270
Abbildung 59:	Schwierigkeit der Feststellung von Auffälligkeiten in Bereich 4	271
Abbildung 60:	Bewertung der Bearbeitung des Qualitätsaspekts 4.1	274
Abbildung 61:	Bewertung der Bearbeitung des Qualitätsaspekts 4.2	276
Abbildung 62:	Schwierigkeiten bei den Qualitätsaspekten 4.1 und 4.2 aus Sicht der Pflegedienste	278
Abbildung 63:	Nachvollziehbarkeit der Prüfergebnisse in Bereich 4	279
Abbildung 64:	Kassenart der befragten Landesverbände der Pflegekassen	281
Abbildung 65:	Tätigkeitsregionen der Landesverbände der Pflegekassen	282
Abbildung 66:	Beurteilung der Eignung der Bewertungssystematik für das Verwaltungsverfahren; Vergleich der neuen mit bisheriger Bewertungssystematik	283
Abbildung 67:	Schwierigkeit der Entscheidung zur Erstellung eines Maßnahmenbescheids; Vergleich des neuen mit dem bisherigen Prüfbericht	284

Abbildung 68:	Eignung des Prüfberichts für die Entscheidung zur Erstellung eines Maßnahmenbescheids	286
Abbildung 69:	Schwierigkeit der Erstellung von Maßnahmen; Vergleich des neuen mit dem bisherigen Prüfbericht	289
Abbildung 70:	Informationsumfang zur Entwicklung von Maßnahmen; Vergleich des neuen mit dem bisherigen Prüfbericht	291
Abbildung 71:	Einschätzungen zur Erstellung des Maßnahmenbescheids auf Basis des neuen Prüfberichts	293
Abbildung 72:	Zeitlicher Aufwand zur Auswertung des Prüfberichts; Vergleich des neuen mit dem bisherigen Prüfbericht	296
Abbildung 73:	Zeitlicher Aufwand zur Erstellung des Maßnahmenbescheids; Vergleich des neuen mit dem bisherigen Prüfbericht	299
Abbildung 74:	Vergleich zweier beispielhafter Qualitätsdarstellungen	336
Abbildung 75:	Vorschlag: Umstellung der Gesamtbewertung eines Qualitätsaspekts auf Einzelbewertungen aus zwei aufeinanderfolgenden Prüfungen	384
Abbildung 76:	Vorgehen bei der Auswahl von Pflegebedürftigen für die personenbezogenen Prüfungen	390
Abbildung 77:	Verständlichkeit der Qualitätsaspekte (Bereiche 1 bis 3)	413
Abbildung 78:	Nachvollziehbarkeit der Bewertungsmaßstäbe (Bereiche 1 bis 3)	415
Abbildung 79:	Nützlichkeit der "Qualitätsaussage" und "Beschreibung" für die Nachvollziehbarkeit (Bereiche 1 bis 3)	417
Abbildung 80:	Nützlichkeit der „Leitfragen“ und „Ausfüllanleitung“ für die Nachvollziehbarkeit (Bereiche 1 bis 3)	419
Abbildung 81:	Nützlichkeit der „Hinweise zur Bewertung“ für die Nachvollziehbarkeit (Bereiche 1 bis 3)	421
Abbildung 82:	Verständlichkeit der Qualitätsaspekte (Bereich 4)	422
Abbildung 83:	Nachvollziehbarkeit der Bewertungsmaßstäbe (Bereich 4)	423
Abbildung 84:	Nützlichkeit der "Qualitätsaussage" und "Beschreibung" für die Nachvollziehbarkeit (Bereich 4)	424
Abbildung 85:	Nützlichkeit der „Leitfragen“ und „Ausfüllanleitung“ für die Nachvollziehbarkeit (Bereich 4)	425
Abbildung 86:	Nützlichkeit der Schulung zur Vorbereitung auf Qualitätsaspekte (Bereich 4)	426

Abbildung 87:	Vergleich des neuen mit dem bisherigen Prüfverfahren nach Pilotierungsgruppe	434
Abbildung 88:	Erfüllen der Anforderungen an das neue Prüfverfahren nach Pilotierungsgruppe	435
Tabellen		
Tabelle 1:	Stichprobenplan für Teilstudie 1	38
Tabelle 2:	Anzahl Pilot-Prüfungen und darin einbezogene Personen nach Pilotierungsgruppe	51
Tabelle 3:	Anzahl Pflegedienste nach Pilotierungsgruppe, Einrichtungstyp, Größe und Lage	52
Tabelle 4:	Anzahl Pflegedienste nach Region und Einrichtungstyp	53
Tabelle 5:	Anzahl Pflegedienste nach Region und Träger	53
Tabelle 6:	Anzahl in die Pilot-Prüfungen einbezogene Personen nach Region und Einrichtungstyp der Pflegedienste	54
Tabelle 7:	Zeitpunkt der Zusammenstellung der Informationen auf der Liste	55
Tabelle 8:	Genutzte Informationsquellen zur Listenerstellung	57
Tabelle 9:	Schwierigkeit der Ermittlung von Beeinträchtigungen	58
Tabelle 10:	Aktualisierung der Angaben zu Mobilität und Kognition	59
Tabelle 11:	Routinemäßige Ermittlung der Informationen	60
Tabelle 12:	Informationen auf der Liste	63
Tabelle 13:	Verfügbarkeit der Liste zur Stichprobenziehung	65
Tabelle 14:	Vollständigkeit der Liste	65
Tabelle 15:	Anzahl Pflegedienste gruppiert nach Anzahl der versorgten Personen auf der Liste	67
Tabelle 16:	Anzahl der versorgten Personen auf den Listen	67
Tabelle 17:	Mittlere Anzahl der Personen pro Gruppe auf den Listen	68
Tabelle 18:	Mittlere Anzahl der Personen pro Gruppe auf den Listen nach Einrichtungstyp (Pilotierungsgruppe I)	71
Tabelle 19:	Mittlere Anzahl der Personen auf der Liste mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen und Gruppenzugehörigkeit	72

Tabelle 20:	Mittlere Anzahl der Personen auf der Liste mit aufwändigeren/ risikobehafteten HKP-Leistungen und Gruppenzugehörigkeit nach Einrichtungstyp (Pilotierungsgruppe I)	73
Tabelle 21:	Anzahl der für die Ziehung der Stichprobe betrachteten Personen	79
Tabelle 22:	Anzahl der für die Ziehung der Stichprobe betrachteten Personen; nur Pflegedienste mit vollständigen Angaben	79
Tabelle 23:	Anzahl der Personen auf der Liste und für die Ziehung der Stichprobe betrachtet; nach Pilotierungsgruppe	81
Tabelle 24:	Anzahl der Personen auf der Liste und für die Ziehung der Stichprobe betrachtet; nach Einrichtungstyp	82
Tabelle 25:	Verteilung der Pflegegrade der Personen in den Stichproben	85
Tabelle 26:	Anzahl der Personen in den Stichproben mit Beeinträchtigungen und Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen	88
Tabelle 27:	Anzahl der Personen in den Stichproben mit Beeinträchtigungen und Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen nach Einrichtungstyp	89
Tabelle 28:	Mittlere Anzahl der Personen in den Stichproben mit Beeinträchtigungen und Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen nach Pilotierungsgruppe	93
Tabelle 29:	Mittlere Anzahl der Personen in Stichprobe mit Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen gekreuzt mit Gruppenzugehörigkeit nach Pilotierungsgruppe	94
Tabelle 30:	Mittlere Anzahl der Personen in den Stichproben mit Beeinträchtigungen und Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen nach Einrichtungstyp	98
Tabelle 31:	Mittlere Anzahl der Personen in Stichprobe mit Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen gekreuzt mit Gruppenzugehörigkeit nach Einrichtungstyp	101
Tabelle 32:	Mittlere Anzahl pro personenbezogene Prüfung geprüfter Qualitätsaspekte nach Pilotierungsgruppe	108
Tabelle 33:	Mittlere Anzahl pro personenbezogene Prüfung geprüfter Qualitätsaspekte nach Einrichtungstyp (Pilotierungsgruppe I)	108
Tabelle 34:	Häufigkeit der Einzelbewertungen von Qualitätsaspekten	110
Tabelle 35:	Anzahl D-Bewertungen je Qualitätsaspekt	112
Tabelle 36:	Häufigkeit von Einzelbewertungen schlechter als A nach Einrichtungstyp	114

Tabelle 37:	Durchschnittliche Anzahl pro Pflegedienst geprüfter Qualitätsaspekte nach Pilotierungsgruppe	114
Tabelle 38:	Durchschnittliche Anzahl pro Pflegedienst geprüfter Qualitätsaspekte nach Einrichtungstyp	115
Tabelle 39:	Anzahl Gesamtbewertungen pro Qualitätsaspekt	122
Tabelle 40:	Mindesthäufigkeiten der Gesamtbewertungen	123
Tabelle 41:	Mindesthäufigkeiten der Gesamtbewertungen nach Einrichtungstyp	124
Tabelle 42:	Verteilung der Antwortkategorien zu den Prüffragen in Bereich 5	125
Tabelle 43:	Ergebnisse der Objektivitätsanalyse	139
Tabelle 44:	Schwierigkeit der Ermittlung prüfungsrelevanter Qualitätsaspekte	144
Tabelle 45:	Schwierigkeit der Bewertung der Qualitätsaspekte (Bereich 1–3)	162
Tabelle 46:	Schwierigkeit der Bewertung der Qualitätsaspekte (Bereich 5)	175
Tabelle 47:	Aussprechen von Empfehlungen in Abhängigkeit der Bewertung	184
Tabelle 48:	Häufigkeit der Durchführung von Fachgesprächen	187
Tabelle 49:	Wunsch nach anderem Zeitpunkt des Fachgesprächs	190
Tabelle 50:	Schwierigkeit der Zusammenführung und Erstellung eines vorläufigen Gesamtergebnisses	195
Tabelle 51:	Dauer der Prüfung in Tagen	201
Tabelle 52:	Verhältnis von Prüfdauer in Tagen und Stichprobengröße	202
Tabelle 53:	Zeitaufwand zur Schaffung der Grundlage für und Durchführung der Stichprobenziehung (Einschätzung der Prüfer)	203
Tabelle 54:	Zeitaufwand des neuen verglichen mit dem bisherigen Stichprobenverfahren (Einschätzung der Prüfer)	205
Tabelle 55:	Zeitaufwand für den Hausbesuch in Minuten	206
Tabelle 56:	Zeitaufwand für den Hausbesuch nach Einrichtungstyp	206
Tabelle 57:	Zeitaufwand pro Qualitätsaspekt in Minuten	207
Tabelle 58:	Ähnliche Prüfthemen im neuen und bisherigen Prüfverfahren	209
Tabelle 59:	Zeitaufwand für Synthese- und Abschlussgespräch in Minuten nach Pilotierungsgruppe (Einschätzung der Prüfer)	211

Tabelle 60:	Zeitaufwand für Synthese- und Abschlussgespräch in Minuten nach Einrichtungstyp (Einschätzung der Prüfer)	211
Tabelle 61:	Bewertung der Schulung zur Vorbereitung auf Qualitätsaspekte	214
Tabelle 62:	Schwierigkeit der Ermittlung prüfungsrelevanter Qualitätsaspekte	223
Tabelle 63:	Bewertung ausschließlich aufgrund von Leistungsvereinbarungen	225
Tabelle 64:	Bewertung ausschließlich beeinflussbarer Aspekte	226
Tabelle 65:	Vergleich mit bisherigem Prüfverfahren bzgl. prüfbarer Aspekte	227
Tabelle 66:	Durchführung von Fachgesprächen	229
Tabelle 67:	Nachvollziehbarkeit der Gesamtbewertungen der Qualitätsaspekte (Bereich 1 und 2)	244
Tabelle 68:	Nachvollziehbarkeit der Gesamtbewertungen der Qualitätsaspekte (Bereich 3 und 5)	245
Tabelle 69:	Bewertung der Bearbeitung des Qualitätsaspekts 4.1	273
Tabelle 70:	Bewertung der Bearbeitung des Qualitätsaspekts 4.2	275
Tabelle 71:	Beratung zu den Qualitätsaspekten 4.1 und 4.2 aus Sicht der Pflegedienste	277
Tabelle 72:	Nachvollziehbarkeit der Prüfergebnisse in Bereich 4	279
Tabelle 73:	Eignung des Prüfberichts für die Entscheidung zur Erstellung eines Maßnahmenbescheids	285
Tabelle 74:	Einschätzungen zur Erstellung des Maßnahmenbescheids auf Basis des neuen Prüfberichts	292
Tabelle 75:	Verteilung der Pflegegrade der pflege-/hilfsbedürftigen Personen	301
Tabelle 76:	Hilfebedarfe der pflege- bzw. hilfsbedürftigen Personen	303
Tabelle 77:	Bereiche mit Unterstützung durch Pflegedienste	304
Tabelle 78:	Selbsteingeschätzter Kenntnisstand zur Pflegeversicherung	306
Tabelle 79:	Gesamteinschätzung der Qualitätsdarstellung	307
Tabelle 80:	Weiterempfehlung der Qualitätsdarstellung	308
Tabelle 81:	Verständlichkeit der Qualitätsaspekte	311
Tabelle 82:	Angabe von Verständnisschwierigkeiten nach Qualitätsaspekt	312

Tabelle 83:	Auseinandersetzung mit Erläuterungen zu Qualitätsaspekten	313
Tabelle 84:	Häufigkeit, mit der ein Qualitätsaspekt als am besten bewertet bezeichnet wurde (Bezug: Pflegedienst A)	314
Tabelle 85:	Verständlichkeit der Kennzeichnung mit „X“	315
Tabelle 86:	Verständlichkeit der Methodik	316
Tabelle 87:	Begründung der Entscheidung für bzw. gegen den Pflegedienst	318
Tabelle 88:	Wichtigste Qualitätsaspekte bei Auswahl eines Pflegedienstes	320
Tabelle 89:	Begründung der wichtigsten Qualitätsaspekte	321
Tabelle 90:	Angaben zur Präferenz zwischen zwei Pflegediensten (A und B)	322
Tabelle 91:	Begründung der Präferenz zwischen zwei Pflegediensten (A und B)	322
Tabelle 92:	Angabe schlechteste Qualität beim Vergleich dreier Pflegedienste	325
Tabelle 93:	Begründung zur Angabe der schlechtesten Qualität	326
Tabelle 94:	Ausschlaggebende Leistungsvereinbarungen nach SGB XI für geprüfte Qualitätsaspekte in Baden-Württemberg	402
Tabelle 95:	Ausschlaggebende Leistungsvereinbarungen nach SGB XI für geprüfte Qualitätsaspekte in Bayern (freie Wohlfahrtspflege)	403
Tabelle 96:	Ausschlaggebende Leistungsvereinbarungen nach SGB XI für geprüfte Qualitätsaspekte in Bayern (privat)	405
Tabelle 97:	Ausschlaggebende Leistungsvereinbarungen nach SGB XI für geprüfte Qualitätsaspekte in Berlin	406
Tabelle 98:	Ausschlaggebende Leistungsvereinbarungen nach SGB XI für geprüfte Qualitätsaspekte in Brandenburg (außer B.A.H.)	407
Tabelle 99:	Ausschlaggebende Leistungsvereinbarungen nach SGB XI für geprüfte Qualitätsaspekte in Brandenburg (B.A.H.)	408
Tabelle 100:	Ausschlaggebende Leistungsvereinbarungen nach SGB XI für geprüfte Qualitätsaspekte in Hessen	409
Tabelle 101:	Ausschlaggebende Leistungsvereinbarungen nach SGB XI für geprüfte Qualitätsaspekte in Nordrhein (Nordrhein-Westfalen)	410
Tabelle 102:	Verständlichkeit der Qualitätsaspekte (Bereiche 1 bis 3)	412
Tabelle 103:	Nachvollziehbarkeit der Bewertungsmaßstäbe (Bereiche 1 bis 3)	414

Tabelle 104:	Nützlichkeit der "Qualitätsaussage" und "Beschreibung" für die Nachvollziehbarkeit (Bereiche 1 bis 3)	416
Tabelle 105:	Nützlichkeit der „Leitfragen“ und „Ausfüllanleitung“ für die Nachvollziehbarkeit (Bereiche 1 bis 3)	418
Tabelle 106:	Nützlichkeit der „Hinweise zur Bewertung“ für die Nachvollziehbarkeit (Bereiche 1 bis 3)	420
Tabelle 107:	Verständlichkeit der Qualitätsaspekte (Bereich 4)	422
Tabelle 108:	Nachvollziehbarkeit der Bewertungsmaßstäbe (Bereich 4)	423
Tabelle 109:	Nützlichkeit der "Qualitätsaussage" und "Beschreibung" für die Nachvollziehbarkeit (Bereich 4)	424
Tabelle 110:	Nützlichkeit der „Leitfragen“ und „Ausfüllanleitung“ für die Nachvollziehbarkeit (Bereich 4)	425
Tabelle 111:	Nützlichkeit der Schulung zur Vorbereitung auf Qualitätsaspekte (Bereich 4)	426

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
Abs.	Absatz
HKP	Häusliche Krankenpflege
LVP	Landesverbände der Pflegekassen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
PD	Pflegedienst
PKV	Private Krankenversicherung
PSG	Pflegestärkungsgesetz
QPR	Qualitätsprüfungs-Richtlinien
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch

Zusammenfassung

Die im Qualitätsausschuss Pflege vertretenen Vertragsparteien sollen wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige beauftragen, um u. a. „die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege zu entwickeln, eine anschließende Pilotierung durchzuführen und einen Abschlussbericht [...] vorzulegen“ (§ 113b Abs. 4 Nr. 3 SGB XI). Der erste Teil dieses gesetzlichen Auftrags wurde 2018 mit der Vorlage des Abschlussberichts über die Entwicklung eines neuen Prüfverfahrens durch die Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften sowie das Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld abgeschlossen (Büscher *et al.*, 2018). Über den zweiten Teil des gesetzlichen Auftrags – die Pilotierung – berichtet der hiermit vorliegende Abschlussbericht des IGES Instituts.

Die Pilotierung des neuen Prüfverfahrens fand zwischen Juli 2019 und Mai 2020 statt und hatte zum Ziel, acht Fragestellungen zu untersuchen:

- ◆ Inwiefern ist das neue Prüfverfahren praktikabel?
- ◆ Inwiefern eignet sich das neue Stichprobenverfahren?
- ◆ Wie verteilen sich die Bewertungskategorien?
- ◆ Besitzt das Prüfinstrument eine ausreichende Reliabilität und Objektivität?
- ◆ Inwiefern können in Prüfbereich 4 substantielle Inhalte bearbeitet werden?
- ◆ Inwiefern ist das neue Prüfverfahren für Pflegedienste geeignet, die auf Intensivpflege bzw. psychiatrische häusliche Krankenpflege spezialisiert sind?
- ◆ Inwiefern eignet sich die neue Bewertungssystematik für die Aufgabenwahrnehmung durch die Landesverbände der Pflegekassen gemäß § 115 Abs. 1 SGB XI?
- ◆ Inwiefern eignet sich die neue Qualitätsdarstellung für die Auswahl eines Pflegedienstes durch pflegebedürftige Menschen bzw. ihre Angehörigen?

Das Untersuchungsdesign zur Beantwortung der Fragestellungen umfasste drei Teilstudien: (1) Qualitätsprüfungen auf Basis des neuen Prüfverfahrens bei 80 Pflegediensten („Pilot-Prüfungen“) einschließlich Befragungen der teilnehmenden Prüfer und Pflegedienste zu ihren Erfahrungen während der Pilot-Prüfungen, (2) eine Online-Befragung der Landesverbände der Pflegekassen und (3) Telefoninterviews mit potenziellen Nutzern der Qualitätsdarstellung. Die aus den Teilstudien gewonnenen Daten wertete IGES im Hinblick auf die acht Fragestellungen aus. Die vorläufigen Ergebnisse wurden in Feedback-Veranstaltungen mit den Prüfern und Pflegediensten diskutiert, um sie besser einordnen und ggf. vertiefen und ergänzen zu können. Aus den Ergebnissen leitete

IGES dann Empfehlungen für mögliche Verbesserungen des neuen Prüfverfahrens ab, die eine bessere Anwendbarkeit in der Fläche versprechen. Die Empfehlungen wurden im Rahmen eines Anpassungsworkshops u. a. mit den Entwicklern des neuen Prüfverfahrens diskutiert. Nunmehr obliegt es dem Qualitätsausschuss Pflege die Empfehlungen zu prüfen und die vorgeschlagenen Veränderungen – so von den Vertragsparteien gewünscht – umzusetzen.

Die Ergebnisse der Pilotierung zeigen, dass das neue Prüfverfahren grundsätzlich durchführbar ist. Allerdings zeigt sich auch, dass der Wechsel von dem bisherigen zu dem neuen Prüfverfahren eine große Herausforderung darstellen wird. Die Empfehlungen, die IGES auf Basis der Ergebnisse der Pilotierung entwickelte, lassen sich zwei Gruppen zuordnen: Zum einen Empfehlungen, die grundlegende Eigenschaften des neuen Instruments und Verfahrens betreffen. Zum anderen Empfehlungen, die technische Eigenschaften oder einzelne Aspekte betreffen.

In die erste Gruppe fallen insbesondere die Empfehlungen auf Basis der Ergebnisse zur Reliabilität und die Empfehlungen für den Wechsel zu dem neuen Prüfverfahren. Die Ergebnisse zur Reliabilität zeigen ein grundsätzliches Problem auf: Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Qualitätsaspekt bei einem Pflegedienst geprüft wird, ist bei vielen der in dem neuen Prüfinstrument vorgesehenen Qualitätsaspekte niedrig. Und wenn ein Qualitätsaspekt geprüft wird, beruht seine Gesamtbewertung häufig auf Beobachtungen bei nur wenigen in die Prüfung einbezogenen Kunden des Pflegedienstes. IGES unterbereitet einen Vorschlag, wie das Prüfverfahren modifiziert werden könnte, um dieses Problem zu mildern.

Auch die Empfehlungen für den Wechsel zu dem neuen Prüfverfahren weisen auf etwas Grundlegendes hin: Die Eingrenzung der Qualitätsprüfung auf Qualitätsaspekte, zu denen auch konkrete Leistungen des Pflegedienstes vereinbart sind, steht in einem gewissen Spannungsverhältnis zu dem durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff begründeten umfassenderen Verständnis von pflegerischen Aufgaben. Unseres Erachtens kann der Wechsel zu dem neuen Prüfverfahren nur gelingen, wenn sich alle Beteiligten dieser Spannungen bewusst sind und konstruktiv nach Lösungen für den Bereich der ambulanten Pflege als Ganzes und das ambulante Prüfverfahren im Speziellen suchen. Der von IGES unterbreitete Vorschlag für eine Modifikation des Prüfverfahrens leistet hier einen Beitrag.

Die Empfehlungen in der zweiten Gruppe betreffen technische Eigenschaften wie das Stichprobenverfahren oder einzelne Aspekte des Prüfinstruments wie die Feststellung des Prüfumfanges oder den Umgang mit Informationsquellen. Zum Teil können diese Empfehlungen durch einfache Änderungen oder zusätzliche Erläuterungen adressiert werden. Zum Teil bedarf es jedoch auch weitreichenderer Überarbeitungen, wie zum Beispiel bei dem Prüfverfahren für Intensivpflegedienste. Mehrere Empfehlungen weisen auch auf Themen hin, wie z. B. das Vergeben der Bewertungen, zu denen eine intensive Fortbildung der Prüfer stattfinden sollte.

1. Einleitung

Das vorliegende Dokument berichtet über die Pilotierung der neuen Qualitätsprüfung in der ambulanten Pflege (§ 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 SGB XI). Zunächst erfolgt eine Einleitung und Darstellung der Methodik der Pilotierung. Daran schließen sich die Ergebnisse an. Den Abschluss bilden Schlussfolgerungen und Empfehlungen. Ein Anhang enthält ergänzende Tabellen und Abbildungen.

In der Einleitung wird der Kontext der Pilotierung erläutert. Daran schließen sich die Anforderung an das neue Prüfverfahren an sowie eine Übersicht über das neue Instrument und Verfahren. Weiterhin werden die Fragestellungen der Pilotierung vorgestellt. Schließlich erfolgt eine Danksagung an die an der Pilotierung Beteiligten.

1.1 Kontext

Durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI aufgegeben, zentrale Grundlagen der Qualitätssicherung – insbesondere die Qualitätsprüfungen gem. § 114 ff SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 SGB XI – neu zu regeln bzw. zu vereinbaren. So sind die Maßstäbe und Grundsätze für die ambulante Pflege (neu) zu vereinbaren (§ 113 Abs. 1 Satz 4 SGB XI) und neue Richtlinien für die Durchführung der Qualitätsprüfungen (QPR) durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beschließen (§ 114a Abs. 7 Satz 3 SGB XI). Letztere sollen zusammen mit der ebenfalls neu zu fassenden Qualitätsdarstellungsvereinbarung in Kraft treten (§ 115 Abs. 1a Satz 10 SGB XI).

Die genannten Neuregelungen sollen die Ergebnisse von Entwicklungsaufträgen an wissenschaftliche Einrichtungen berücksichtigen, die die Vertragsparteien nach § 113 durch den Qualitätsausschuss nach § 113b mit Unterstützung seiner Geschäftsstelle (§ 113b Abs. 6) vergeben sollen. In Bezug auf die Qualitätsprüfung und -darstellung im Bereich der ambulanten Pflege sollen die beauftragten wissenschaftlichen Einrichtungen die Instrumente für die Prüfung der Qualität und für die Qualitätsberichterstattung entwickeln, sie anschließend pilotieren und einen Abschlussbericht vorlegen (§ 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 SGB XI).¹

Der Auftrag, das neue Instrument und Verfahren für die Qualitätsprüfung in der ambulanten Pflege sowie die neue Qualitätsdarstellung zu entwickeln, wurde an die Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften sowie das Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld vergeben. Am 20.08.2018 legten die Autoren ihren Abschlussbericht vor (Büscher *et al.*, 2018). Der Bericht beschreibt u. a. das neue Verfahren, nach dem die Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege durchgeführt werden sollen. Weiterhin enthält der

¹ Die beschriebenen gesetzlichen Aufträge sind mit Fristen versehen, die jedoch nicht eingehalten wurden und daher hier nicht weiter zitiert werden.

Abschlussbericht das Instrument, mit welchem die Qualität ambulanter Pflegedienste gemessen werden soll.

Den Auftrag für die Pilotierung des neuen Instruments und Verfahrens für die Qualitätsprüfung in der ambulanten Pflege sowie der neuen Qualitätsdarstellung hat der Qualitätsausschuss Pflege an IGES vergeben. Der vorliegende Bericht beschreibt die Methodik und Ergebnisse der Pilotierung. Weiterhin enthält er Empfehlungen für mögliche Weiterentwicklungen des neuen Instruments und Verfahrens sowie der Qualitätsdarstellung.

Die in diesem Bericht enthaltenen Ergebnisse wurden im Rahmen der „regulären“ Untersuchungsphase der Pilotierung gewonnen. Der Qualitätsausschuss Pflege kann weitere, optionale Untersuchungsphasen beauftragen, so Änderungen des Instruments und Verfahrens oder der Qualitätsdarstellung, die sich aus der regulären Untersuchungsphase ergeben, ebenfalls pilotiert werden sollen. Die Ergebnisse weiterer Untersuchungsphasen würden in einem eigenen Abschlussbericht dargestellt werden.

1.2 Anforderungen an das neue Instrument und Verfahren

Das neu zu entwickelnde Instrument und Verfahren der Qualitätsprüfung und -darstellung muss im Vergleich zum bisherigen Verfahren (QPR in der aktuell gelten Fassung: MDS, 2018a) sowohl inhaltlich als auch methodisch zusätzliche Anforderungen erfüllen:

- ◆ Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie damit in Verbindung stehende Änderungen des Leistungsrechts (§ 36 SGB XI) muss das inhaltliche Spektrum der Qualitätsprüfung und -darstellung erweitert werden.
- ◆ Der Qualitätsausschuss Pflege soll seine Aufgaben unter Einbindung fachwissenschaftlicher Expertise wahrnehmen (vgl. Gesetzesbegründung zum PSG II), d. h. das Verfahren und das Instrument zur Prüfung und Darstellung der Qualität sollen wissenschaftlichen Maßstäben genügen.
- ◆ Im Kontext der Entwicklung des Instruments der Qualitätsprüfung soll geprüft werden, inwieweit auch im Bereich der ambulanten Pflege ein ähnliches Verfahren realisierbar ist, wie es für den stationären Bereich in Bezug auf die Ergebnisqualität mit der Messung von Qualitätsindikatoren vorgesehen ist.

Dabei sind grundsätzlich die Besonderheiten der ambulanten häuslichen Pflege zu berücksichtigen, insbesondere der Einfluss des jeweiligen häuslichen Pflegearrangements und der im Einzelfall unterschiedliche Zuschnitt des vertraglich vereinbarten Leistungsumfangs (und damit auch des Verantwortungsumfangs) des ambulanten Dienstes.

Die Gewährleistung der genannten Anforderungen oblag primär den Entwicklern des neuen Prüfinstruments und -verfahrens.

1.3 Übersicht über das neue Instrument und Verfahren

Grundlage der Pilotierung bildet das neue Prüfinstrument und -verfahren, welches in dem Abschlussbericht „Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege“ beschrieben ist (Büscher *et al.*, 2018). Nachfolgend wird ein kurzer Überblick über das Prüfinstrument und -verfahren gegeben, insbesondere um Begrifflichkeiten zu erläutern, die für den vorliegenden Abschlussbericht über die Pilotierung genutzt werden. Um die Details des neuen Prüfverfahrens kennenzulernen, wird die Lektüre von Anhang 1 des Abschlussberichts über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens (ebenda) empfohlen.

1.3.1 Ablauf der Qualitätsprüfungen

Vor Beginn einer Qualitätsprüfung erstellt der Pflegedienst eine Liste, der von ihm nach SGB V oder SGB XI versorgten Kunden. Für jeden Kunden wird notiert, ob Einschränkungen der Mobilität und/oder der Kognition vorliegen und ob aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen erbracht werden. Das Vorgehen für die Feststellung von Einschränkungen der Mobilität und/oder Kognition wird im Abschlussbericht über die Entwicklung des Prüfverfahrens beschrieben (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 3). Aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen sind definiert als HKP-Ziffern 6, 8, 12, 24, 24a, 29, 30 oder 31 der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 4).

Die Prüfdienste kündigen die Qualitätsprüfung zwei Tage vor dem Prüftermin in der Zeit zwischen 12 und 18 Uhr an (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 3).

Der Ablauf am Tag der Prüfung ist in Abbildung 1 gezeigt (vgl. Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 12).² Nach Ankunft der Prüfer bei dem zu prüfenden Pflegedienst findet zunächst ein Einführungsgespräch statt. Danach teilen sich die Prüfer i. d. R. auf: Ein Prüfer erfasst die Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst und führt die **einrichtungsbezogene Prüfung** durch. Während der einrichtungsbezogenen Prüfung werden die Qualitätsaspekte in Prüfbereich 5 (vgl. Kapitel 1.3.2) bearbeitet. Der andere Prüfer³ zieht die Stichprobe der in die Prüfung einzubeziehenden Kunden des Pflegedienstes und holt die Einverständniserklärungen ein.

Im nächsten Schritt führen die Prüfer die **personenbezogenen Prüfungen** durch. Für die personenbezogenen Prüfungen suchen die Prüfer die in die Prüfung einbezogenen Kunden in der Häuslichkeit auf. Während der Qualitätsprüfung eines Pflegedienstes finden i. d. R. sechs bis neun personenbezogene Prüfungen statt, da laut dem Stichprobenverfahren sechs bis neun Kunden eines Pflegedienstes in

² Ggf. kann die Prüfung auch zwei Tage dauern.

³ An einer Qualitätsprüfung sind i. d. R. zwei Prüfer beteiligt. Ggf. können auch mehr Prüfer beteiligt sein.

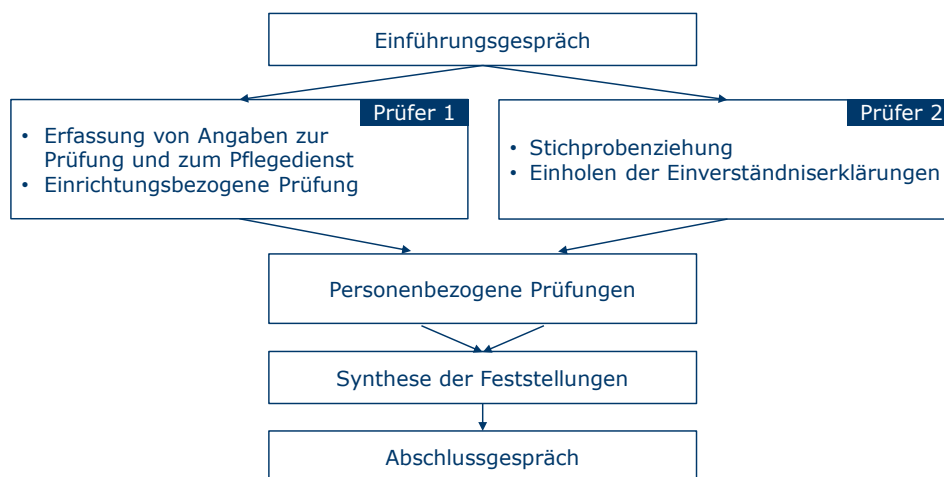
die Prüfung einbezogen werden sollen. Während einer personenbezogenen Prüfung bewertet ein Prüfer die Qualität der Pflege bei einem Kunden des Pflegedienstes. Dazu geht er wie folgt vor:

1. Klärung der Prüfbarkeit der einzelnen Qualitätsaspekte
2. Informationserfassung
3. Bearbeitung der Leitfragen
4. Bewertung und Beschreibung festgestellter Auffälligkeiten

Neben der Inaugenscheinnahme des und dem Gespräch mit dem Kunden, können weitere Informationsquellen für die Informationserfassung genutzt werden, z. B. das Gespräch mit den Angehörigen, die Einsicht in die Pflegedokumentation oder ein Fachgespräch mit Mitarbeitenden des Pflegedienstes (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 6).

Nach Abschluss der Hausbesuche kommen die Prüfer zusammen und stimmen sich untereinander ab (Synthese der Feststellungen). Danach findet das Abschlussgespräch zwischen den Prüfern und Mitarbeitenden des Pflegedienstes statt.

Abbildung 1: Ablauf der Qualitätsprüfungen



Quelle: IGES nach Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 12

Nach einer Qualitätsprüfung stellen die Prüfer den Prüfbericht fertig und übermitteln ihn an den geprüften Pflegedienst sowie an die Landesverbände der Pflegekassen. Um den Prüfbericht fertigzustellen, vervollständigt zunächst jeder Prüfer seine Angaben. Im Anschluss führt einer der Prüfer die Einzelbewertungen der an der Prüfung beteiligten Prüfer zusammen und ergänzt ggf. weitere Anmerkungen. Der Prüfer, der die Einzelbewertungen zusammenführt, wird im vorliegenden Abschlussbericht über die Pilotierung der **verantwortliche Prüfer** genannt.

1.3.2 Struktur des Prüfinstrumentes

Das Prüfinstrument, mit dem die Prüfer die Qualität eines Pflegedienstes bewerten, enthält fünf **Prüfbereiche** (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 5):

1. Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte
2. Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen
3. Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen
4. Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung
5. Einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte

Zusätzlich zu den fünf Prüfbereichen werden in einem allgemeinen Informationsteil Angaben erfasst, wie z. B. Name und Adresse des Pflegedienstes, Trägerart, Datum des Abschlusses des Versorgungsvertrags, Anzahl Mitarbeitende, Anzahl Kunden, besondere Versorgungssituationen.

Die Prüfbereiche 1 bis 4 werden im Rahmen der personenbezogenen Prüfungen bearbeitet. Der Prüfbereich 5 wird im Rahmen der einrichtungsbezogenen Prüfung bearbeitet.

Die fünf Prüfbereiche untergliedern sich in insgesamt 54 **Qualitätsaspekte**. Die Qualitätsaspekte je Prüfbereich sind:

Prüfbereich 1 (Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte)

- ◆ 1.1 Aufnahmemanagement
- ◆ 1.2 Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren
- ◆ 1.3 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation

Prüfbereich 2 (Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen)

- ◆ 2.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität
 - ◆ 2.2 Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition
 - ◆ 2.3 Unterstützung im Bereich der Kommunikation
 - ◆ 2.4 Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen
 - ◆ 2.5 Unterstützung bei der Körperpflege
 - ◆ 2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
 - ◆ 2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung
 - ◆ 2.8 Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens/ Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte
-

- ◆ 2.9 Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz
- ◆ 2.10 Anleitung/Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz
- ◆ 2.11 Schmerzmanagement

Prüfbereich 3 (Maßnahmen im Rahmen ärztlich verordneter Leistungen)

- ◆ 3.1 Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit (wird wie 2.9 und 2.10 geprüft)
 - ◆ 3.2 Ausscheidungen (wird wie 2.7 geprüft)
 - ◆ 3.3 Ernährung (wird wie 2.6 geprüft)
 - ◆ 3.4 Körperpflege (wird wie 2.5 geprüft)
 - ◆ 3.5 Hauswirtschaftliche Versorgung (wird nicht geprüft)
 - ◆ 3.6 Absaugen
 - ◆ 3.7 Anleitung bei der Behandlungspflege (wird wie 2.9 und 2.10 geprüft)
 - ◆ 3.8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung
 - ◆ 3.9 Blasenspülung
 - ◆ 3.10 Blutdruckmessung
 - ◆ 3.11 Blutzuckermessung
 - ◆ 3.12 Dekubitusbehandlung
 - ◆ 3.13 Drainagen, Überprüfen, Versorgen
 - ◆ 3.14 Einlauf / Klistier / Klysma / digitale Enddarmausräumung
 - ◆ 3.15 Flüssigkeitsbilanzierung
 - ◆ 3.16 Infusionen i.v
 - ◆ 3.16a Infusionen s.c.
 - ◆ 3.17 Inhalation
 - ◆ 3.18 Injektionen
 - ◆ 3.19 Injektion, Richten von
 - ◆ 3.20 Instillation
 - ◆ 3.21 Kälteträger, Auflegen von
 - ◆ 3.22 Katheter, Versorgung eines suprapubischen
 - ◆ 3.23 Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins
 - ◆ 3.24 Spezielle Krankenbeobachtung
-

- ◆ 3.24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten
- ◆ 3.25 Magensonde, Legen und Wechseln
- ◆ 3.26 Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)
- ◆ 3.26a Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose
- ◆ 3.27 Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei
- ◆ 3.27a Psychiatrische Krankenpflege (bezieht sich auf die HKP-Leistung „Psychiatrische Häusliche Krankenpflege“)
- ◆ 3.28 Stomabehandlung
- ◆ 3.29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der
- ◆ 3.30 Venenkatheter, Pflege des zentralen
- ◆ 3.31 Verbände

Prüfbereich 4 (Sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung)

- ◆ 4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen
- ◆ 4.2 Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung

Prüfbereich 5 (Einrichtungsbezogene Qualitätsaspekte)

- ◆ 5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten
- ◆ 5.2 Hygiene
- ◆ 5.3 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung

Die 35 Qualitätsaspekte in Prüfbereich 3 entsprechen den nach der HKP-Richtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019) verordnungsfähigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege. In den personenbezogenen Prüfungen wird jeder dieser Qualitätsaspekte einzeln bewertet – wie auch die Qualitätsaspekte in den Prüfbereichen 1 und 2. Bei der Berechnung der Gesamtbewertungen für den Pflegedienst (vgl. Kapitel 1.3.3) werden die Qualitätsaspekte in Prüfbereich 3 zum Teil zusammengefasst. Auf Einrichtungsebene ergeben sich daher fünf Qualitätsaspekte in Prüfbereich 5:

- ◆ 3a Medikamente (enthält 3.26 Medikamente [außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen])
 - ◆ 3b Wundversorgung (enthält 3.12 Dekubitusbehandlung, 3.28 Stomabehandlung und 3.31 Verbände)
 - ◆ 3c Spezielle Krankenbeobachtung (enthält 3.24 Krankenbeobachtung, spezielle)
-

- ◆ 3d Psychiatrische Krankenpflege (enthält 3.27a Psychiatrische Krankenpflege)
- ◆ 3e Sonstige HKP (enthält alle übrigen Qualitätsaspekte aus Prüfbereich 3)

In der Qualitätsdarstellung, die zur Information der Bürger veröffentlicht wird, sind 16 Qualitätsaspekte enthalten (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 6):

- ◆ 1. Aufnahmemanagement (entspricht 1.1)
- ◆ 2. Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren (entspricht 1.2)
- ◆ 3. Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer kritischen Pflegesituation (entspricht 1.3)
- ◆ 4. Unterstützung im Bereich der Mobilität (entspricht 2.1)
- ◆ 5. Unterstützung bei Beeinträchtigungen geistiger Fähigkeiten (entspricht 2.2)
- ◆ 6. Unterstützung im Bereich der Kommunikation (entspricht 2.3)
- ◆ 7. Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen (entspricht 2.4)
- ◆ 8. Unterstützung bei der Körperpflege (entspricht 2.5)
- ◆ 9. Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (entspricht 2.6)
- ◆ 10. Unterstützung bei der Ausscheidung (entspricht 2.7)
- ◆ 11. Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und Förderung sozialer Kontakte (entspricht 2.8)
- ◆ 12. Anleitung und Beratung von Angehörigen zur Verbesserung der Pflegekompetenz (entspricht 2.9)
- ◆ 13. Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz (entspricht 2.10)
- ◆ 14. Schmerzmanagement (entspricht 2.11)
- ◆ 15. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Medikamente (entspricht 3a)
- ◆ 16. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Wundversorgung (entspricht 3b)

Die Qualitätsaspekte 3c, 3d und 3e sowie die Qualitätsaspekte in den Prüfbereichen 4 und 5 sind für die Qualitätsdarstellung nicht vorgesehen.

Einer der Auslöser für die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens war die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch die Pflegestärkungsgesetze II und III, welche im Jahr 2017 in Kraft traten. Im Zuge der Einführung wandelte sich das Verständnis pflegerischer Aufgaben, wobei insbesondere die Versorgung von Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen (im Gegensatz zu körperlichen) mehr in den Fokus gerückt

wurde. Während vor 2017 Alltagsverrichtungen, wie z. B. Hilfen bei der Körperpflege, der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und der Ausscheidung, im Vordergrund standen, soll das Spektrum pflegerischer Hilfen durch das neue Pflegeverständnis ausgeweitet werden. Neu hinzukommen sollen z. B. Hilfen bei der Bewältigung der Folgen von Krankheit und funktionellen Beeinträchtigungen, Hilfen zum Erhalt und der Förderung der Selbstständigkeit sowie Aufklärung, Beratung und Anleitung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen (vgl. Wingenfeld & Büscher, 2017).

Vor diesem Hintergrund verwendet der vorliegende Abschlussbericht über die Pilotierung der neuen ambulanten Qualitätsprüfung die Begriffe „**klassische**“ **Qualitätsaspekte** und „**neuere**“ **Qualitätsaspekte**. Mit „klassischen“ Qualitätsaspekten sind solche gemeint, die auf bereits vor 2017 bestehende pflegerische Hilfen gemäß § 14 i. V. m. § 36 SGB XI zurückgehen und daher auch in den bisherigen Qualitätsprüfungen – wenn auch in anderer Art und Weise – geprüft wurden. Dies sind:

- ◆ 2.5 Unterstützung bei der Körperpflege
- ◆ 2.6 Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- ◆ 2.7 Unterstützung bei der Ausscheidung

Bei den übrigen Qualitätsaspekten in Bereich 2 handelt es sich um die „neueren“ Qualitätsaspekte, die erst mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbindlicher Bestandteil der pflegerischen Leistungen gemäß § 14 SGB XI i. V. m. § 36 SGB XI geworden sind.⁴ Allerdings ist zu beachten, dass die „klassischen“ Qualitätsaspekte zwar bereits länger etablierte Leistungen reflektieren, diese aber dennoch mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ebenfalls eine erweiterte und zum Teil veränderte Bedeutung erhalten haben, da der ehemalige enge Verrichtungsbezug aufgegeben wurde.

1.3.3 Bewertungen

In den Prüfbereichen 1, 2 und 3 werden in jeder personenbezogenen Prüfung die Qualitätsaspekte, die bei der in die Prüfung einbezogenen Person prüfungsrelevant sind, mit einer von vier Kategorien bewertet. Diese Bewertungen werden im Abschlussbericht über die Pilotierung **Einzelbewertungen** genannt. Die vier Kategorien für die Einzelbewertungen sind (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 9):

⁴ Das Thema Mobilität wird auch in den bisherigen QPR behandelt (MDS, 2018). Allerdings hat sich das Verständnis der relevanten pflegerischen Aufgaben relativ stark gewandelt. Insofern wird Qualitätsaspekt 2.1 hier eher den „neueren“ Qualitätsaspekten zugeordnet. Diese Zuordnung ist jedoch nicht eindeutig bzw. zeigt die fließenden Übergänge auf.

A – Keine Auffälligkeiten oder Defizite

B – Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen

C – Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

D – Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen

Wenn bei einem Pflegedienst zum Beispiel neun Kunden in die Prüfung einbezogen werden und bei jedem Kunden in der personenbezogenen Prüfung drei Qualitätsaspekte prüfungsrelevant sind, ergeben sich für diesen Pflegedienst 27 Einzelbewertungen ($9 * 3 = 27$).

Neben dem Ankreuzen der zutreffenden Bewertungskategorie verfassen die Prüfer für B-Bewertungen jeweils einen Freitext über die festgestellten Auffälligkeiten. Für C- und D-Bewertungen verfassen sie in Form von Freitexten Begründungen für die Einstufung eines Sachverhalts als ein Qualitätsdefizit. Die Begründungen müssen durch das Prüfverfahren vorgegebene Fragen beantworten (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 14).

Das Ergebnis der Prüfung soll die Qualität eines Pflegedienstes als Organisation widerspiegeln. Daher werden die Einzelbewertungen aus den personenbezogenen Prüfungen zusammengefasst (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 17). Die Zusammenfassung erfolgt für jeden Qualitätsaspekt in den Prüfbereichen 1, 2 und 3 einzeln. Die resultierenden Bewertungen der Qualitätsaspekte auf Ebene eines Pflegedienstes werden im Abschlussbericht über die Pilotierung **Gesamtbewertungen** genannt. In Prüfbereich 1 kann ein Pflegedienst bis zu drei Gesamtbewertungen erhalten, da bis zu drei Qualitätsaspekte prüfungsrelevant sein können; in Prüfbereich 2 sind es bis zu elf Gesamtbewertungen und in Prüfbereich 3 bis zu fünf (vgl. Kapitel 1.3.2). Eine weitere Zusammenfassung der Gesamtbewertungen erfolgt nicht; d. h. es gibt keine einzelne „Pflegernote“ für einen Pflegedienst als Ganzes, wie sie aus den bisherigen Qualitätsprüfungen resultierte.

Die Zusammenfassung der Einzelbewertungen zu Gesamtbewertungen erfolgt gemäß einem Algorithmus, der im Abschlussbericht über die Entwicklung des Prüfverfahrens enthalten ist (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 17). Die Gesamtbewertungen können eine von vier Kategorien annehmen:

- ◆ Keine oder geringe Qualitätsdefizite (■ ■ ■ ■)
- ◆ Moderate Qualitätsdefizite (■ ■ ■ □)
- ◆ Erhebliche Qualitätsdefizite (■ ■ □ □)
- ◆ Schwerwiegende Qualitätsdefizite (■ □ □ □)

Für die Qualitätsaspekte in den Prüfbereichen 4 und 5 werden keine A-, B-, C- oder D-Bewertungen vergeben. Folglich gibt es auch keine Gesamtbewertungen für die

Qualitätsaspekte in den Prüfbereichen 4 und 5. Stattdessen erfolgt für die Qualitätsaspekte in Prüfbereich 4 in jeder personenbezogenen Prüfung eine Beschreibung ggf. vorliegender Auffälligkeiten und die Prüfer beraten den Pflegedienst zu den festgestellten Auffälligkeiten (Büscher *et al.*, 2018, S. 72 und Anhang 2a, S. 39). Für die Qualitätsaspekte in Prüfbereich 5 beantworten die Prüfer während der einrichtungsbezogenen Prüfung Ja-/Nein-Fragen und notieren ggf. Erläuterungen (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 15).

1.4 Fragestellungen der Pilotierung

Die Pilotierung soll acht Fragestellungen beantworten, welche sich aus der Leistungsbeschreibung bzw. den Anregungen in dem Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens (Büscher *et al.*, 2018, S. 137) ergeben.

1.4.1 Praktikabilität des neuen Instruments und Verfahrens

Die erste im Rahmen der Pilotierung zu untersuchende Fragestellung betrifft die praktische Handhabbarkeit und Anwendung des neuen Instruments und Verfahrens. Entsprechend den Empfehlungen im Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens soll insbesondere geprüft werden, „inwieweit die Informationsgrundlagen, von denen das Vorgehen im neuen Prüfverfahren ausgeht, in der Praxis tatsächlich vorliegen“ (Büscher *et al.*, 2018, S. 137). Weiterhin soll die Praktikabilität bestimmter neuer Prüfungselemente, wie bspw. des Fachgesprächs, untersucht werden (ebenda). Auch der zeitliche Aufwand für die Prüfungen ist Gegenstand der Untersuchung. Rein formal sind ferner anhand der im Rahmen der Pilotierung gewonnenen Prüfungsdaten Aspekte wie die Vollständigkeit und Konsistenz der Daten zu prüfen.

1.4.2 Überprüfung des Stichprobenverfahrens

Der von den Verfahrensentwicklern vorgeschlagene Stichprobenumfang von i. d. R. neun Kunden eines Pflegedienstes kann sich, wie die Autoren selbst betonen, nicht auf eine empirisch-methodische Begründung stützen. Im Rahmen der Pilotierung soll daher untersucht werden, ob bei diesem Stichprobenumfang ein hinlänglich breites Spektrum der relevanten Qualitätsaspekte abgebildet wird bzw. ob eventuell auch eine kleinere Stichprobe ausreichend sein könnte. Unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität ist ferner zu prüfen, inwieweit das vorgesehene Verfahren zur Stichprobenziehung (auf Basis der von dem Dienst vorzuhaltenden Liste der nach SGB XI bzw. SGB V versorgten Personen) praktikabel ist bzw. wie oft auf das „Ersatzverfahren“ ausgewichen werden muss.

1.4.3 Verteilung der Bewertungskategorien

Im Rahmen eines Pretests wurde das Prüfverfahren mit zehn Pflegediensten und einem reduzierten Umfang von jeweils nur vier versorgten Personen je Pflegedienst erprobt (Büscher *et al.*, 2018, S. 112). Wie bei einer so kleinen und

darüber hinaus selektierten Stichprobe zu erwarten, konnte dabei nicht untersucht werden, inwieweit die Bewertungssystematik geeignet ist, das theoretische Spektrum unterschiedlicher Qualitätsniveaus zu erfassen bzw. abzubilden. In dem Pretest wurde insbesondere die (schlechte Qualität anzeigende) Einzelbewertung „D“ nicht beobachtet. Darüber hinaus konnten mehrere Qualitätsaspekte bei den zehn Pflegediensten bzw. 40 versorgten Personen nicht oder nur in sehr geringer Häufigkeit geprüft werden. Im Rahmen der Pilotierung sollen die entsprechenden Untersuchungen nachgeholt werden, um zu klären, „ob mit der vorgeschlagenen Bewertungssystematik ein Regelwerk vorliegt, das Qualitätsdefizite adäquat abbildet und Qualitätsunterschiede hinreichend sichtbar macht“ (Büscher *et al.*, 2018, S. 138). Dazu ist vor allem eine deutlich größere Stichprobe von Diensten und in die Prüfung einbezogenen Kunden erforderlich.

1.4.4 Analyse von messtheoretischen Gütekriterien

Da im Rahmen der Entwicklung des neuen Prüfinstruments und -verfahrens eine Überprüfung der Reliabilität und der Objektivität nicht durchgeführt wurde, sollten entsprechende Untersuchungen im Rahmen der Pilotierung erfolgen. Das Untersuchungsdesign hierzu wird in Kapitel 3.4 und 3.5 erläutert.

1.4.5 Analyse von Prüfbereich 4

Prüfbereich 4 des neuen Prüfinstruments erfasst unter der Überschrift „sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung“, Aspekte der Zusammenarbeit zwischen Pflegedienst und Angehörigen (Qualitätsaspekte 4.1) sowie zur Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung (Qualitätsaspekt 4.2). Die Prüfer sollen zu diesen beiden Qualitätsaspekten keine Bewertung vornehmen, sondern die leitenden Mitarbeitenden des Pflegedienstes zu ggf. festgestellten Auffälligkeiten beraten.

In der Pilotierung soll geprüft werden, inwieweit dieser Prüfbereich genutzt wird und wenn ja, ob substanzielle Inhalte und Problemanzeigen bearbeitet werden können. Die Untersuchung der Qualitätsaspekte 4.1 und 4.2 in der Pilotierung hat nur bei einer hinreichend großen Stichprobe von teilnehmenden Pflegediensten Aussicht auf Erfolg, da die fokussierten Sachverhalte entweder eine geringe Inzidenz aufweisen (Anzeichen von Gewalt etc.) oder sehr allgemein gehalten sind (Zusammenarbeit mit Angehörigen), so dass sich vermutlich erst in der Praxis herauskristallisieren wird, wann die Prüfer hier Eintragungen vornehmen werden.

1.4.6 Praktikabilität für die spezialisierte ambulante Pflege

Das neue Qualitätsprüfungsinstrument sieht für die HKP-Leistung „Spezielle Krankenbeobachtung“ (Anlage zur HKP-Richtlinie, Leistungsverzeichnis Nr. 24) – wie für andere HKP-Leistungen – einen Qualitätsaspekt in Prüfbereich 3 vor. Wenn dieser Qualitätsaspekt in einer personenbezogenen Prüfung geprüft wird, ist

vorgesehen, dass auch Qualitätsaspekte in Prüfbereich 2 geprüft werden. Diese Qualitätsaspekte sollen sich dabei allerdings nicht aus individuell vereinbarten Leistungen nach SGB XI ergeben, sondern sind „als ein mögliches Spektrum pflegerischer Aufgaben, die im Rahmen einer 24-Stunden-Versorgung notwendig werden können“ (Büscher *et al.*, 2018, S. 70) anzusehen. Als Teil der Prüfung ist somit im Einzelfall zu entscheiden, welche Qualitätsaspekte aus Prüfbereich 2 berücksichtigt werden sollen. Im Rahmen der Pilotierung war zu untersuchen, inwiefern diese Besonderheiten für Intensivpflegedienste praktikabel sind.

Mit Blick auf die HKP-Leistung „Psychiatrische Häusliche Krankenpflege“ konstatieren die Autoren des neuen Qualitätsprüfungsinstruments, dass ihr Vorschlag angesichts des festgestellten Mangels an Vorarbeiten und Anknüpfungspunkten „Pilotcharakter“ habe und fordern explizit, dass in die Pilotierung Personen einbezogen werden sollen, die die HKP-Leistung „Psychiatrische Häusliche Krankenpflege“ erhalten (Büscher *et al.*, 2018, S. 70). Das neue Prüfinstrument sieht für die HKP-Leistung „Psychiatrische Häusliche Krankenpflege“ (HKP-Leistungsverzeichnis Nr. 27a) – wie für andere HKP-Leistungen – einen Qualitätsaspekt in Prüfbereich 3 vor. Wenn dieser Qualitätsaspekt in einer personenbezogenen Prüfung geprüft wird, ist vorgesehen, dass auch die Qualitätsaspekte 2.2 „Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition“ und 2.4 „Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen“ geprüft werden.

1.4.7 Eignung für das Verwaltungsverfahren

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden in Form von Prüfberichten an die Landesverbände der Pflegekassen übermittelt (§ 115 Abs. 1 SGB XI). Auf Basis der Prüfberichte nehmen die Landesverbände ihre Aufgaben gemäß § 115 Abs. 2 SGB XI wahr. Falls bei einer Prüfung Qualitätsmängel festgestellt wurden, erfolgt eine Anhörung des Pflegedienstes (ggf. unter Beteiligung der relevanten Trägerorganisation und des zuständigen Trägers der Sozialhilfe) und das Erteilen eines Bescheids durch die Landesverbände der Pflegekassen. Der Bescheid enthält Maßnahmen, die zur Beseitigung der Qualitätsmängel zu ergreifen sind, sowie Fristen zu deren Umsetzung. Bei nicht-fristgerechter Umsetzung der Maßnahmen kann es in schwerwiegenden Fällen zur Kündigung des Versorgungsvertrags kommen.

In die Pilotierung ist eine Teilstudie eingebettet, die untersucht, inwiefern die Bewertungssystematik des neuen Instruments und Verfahrens für die Aufgabenwahrnehmung der Landesverbände der Pflegekassen nach § 115 Abs. 2 SGB XI geeignet ist. Hierzu wird eine Online-Befragung der Landesverbände der Pflegekassen durchgeführt.

1.4.8 Eignung der Qualitätsdarstellung

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden veröffentlicht (§ 115 Abs. 1a SGB XI), damit sich die Öffentlichkeit, insbesondere pflegebedürftige Personen und

ihre Angehörigen, über die Qualität von Pflegediensten informieren können und Vergleiche zwischen Pflegediensten anhand ihrer Qualität vornehmen können. Für die Veröffentlichung wurde im Rahmen der Entwicklung des neuen Instruments und Verfahrens eine Qualitätsdarstellung erarbeitet (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 6). In die Pilotierung ist eine Teilstudie eingebettet, die untersucht, inwiefern sich die Qualitätsdarstellung für die Auswahl eines Pflegedienstes durch i. d. R. ältere Personen bzw. ihre Angehörigen eignet. Hierzu werden Telefoninterviews mit potenziellen Nutzern der Qualitätsdarstellung geführt.

1.5 Danksagung

IGES dankt allen an der Pilotierung beteiligten Personen und Institutionen für ihr Engagement im Rahmen der Pilotierung und für die konstruktive Zusammenarbeit. Dank der Bereitschaft der Beteiligten, sich mit dem neuen Instrument und Verfahren auseinanderzusetzen und ihre Erfahrungen zu berichten, konnte der vom Gesetzgeber intendierte Effekt erzielt werden, die neue Qualitätsprüfung basierend auf Praxiserfahrungen weiterzuentwickeln, bevor sie in der Fläche zum Einsatz kommt.

Besonders hervorheben möchten wir die Prüfer sowie die Ansprechpersonen bei den Prüfdiensten, die die zusätzliche Herausforderung der Durchführung der Pilot-Prüfungen – u. a. parallel zur Einführung des neuen stationären Prüfinstruments – reibungslos bewerkstelligten. Weiterhin danken wir den Pflegediensten, die trotz der angespannten Situation in der Pflege bereit waren, extra Zeit und Energie in die Pilotierung zu investieren. Besonderer Dank geht auch an die Interviewteilnehmer, die ihre Einschätzungen zu der Qualitätsdarstellung teilten sowie an die Pflegedienste, die Pflegestützpunkte und das Sozialwerk Berlin e. V., die die Interviewteilnehmer rekrutierten. Schließlich danken wir den Bundes- und Landesverbänden der Pflegekassen für die Koordination bzw. Beantwortung der Befragung zur Bewertungssystematik des neuen ambulanten Prüfinstruments.

Weiterer Dank gilt unseren Kollegen, insbesondere Mayadi Mawela und Lisa Lellinger, die an der Durchführung der Telefoninterviews beteiligt waren, und Thorsten Tisch, der die Analysen zur Reliabilität und Objektivität durchführte.

2. Methodik

Das vorliegende Kapitel gibt zunächst einen Überblick über das Untersuchungsdesign für die Pilotierung. Im Anschluss wird die Methodik für die drei Teilstudien der Pilotierung vorgestellt.

2.1 Übersicht über das Untersuchungsdesign

Um die acht Fragestellungen der Pilotierung (Kapitel 1.4) zu beantworten, wurden drei Teilstudien durchgeführt:

- ◆ Teilstudie 1: Pilot-Prüfungen,
- ◆ Teilstudie 2: Befragung der Landesverbände der Pflegekassen,
- ◆ Teilstudie 3: Telefoninterviews mit Nutzern der Qualitätsdarstellung.

Grundlage für die Teilstudien ist das in Büscher *et al.*, 2018 beschriebene Instrument und Verfahren für ambulante Qualitätsprüfungen.

2.1.1 Teilstudien 1, 2 und 3

Im Rahmen von Teilstudie 1 führten Prüfer des MDK und des PKV-Prüfdiensts bei eigens für die Pilotierung rekrutierten Pflegediensten Prüfungen nach dem neuen Prüfverfahren durch. Dabei hat IGES zwei Sets von Daten erhoben: „Prüfungsdaten“, d. h. die Daten, die die Prüfer mit dem neuen Prüfinstrument dokumentieren, und „Bewertungsdaten“ aus Befragungen der Prüfer und der Pflegedienste zu ihren Erfahrungen während den Pilot-Prüfungen. Die Prüfungs- und Bewertungsdaten aus den Pilot-Prüfungen werden nachfolgend (Kapitel 3) genutzt, um die Fragestellungen eins bis sechs zu adressieren. Die Pilot-Prüfungen fanden in drei Gruppen von Pflegediensten statt (Pilotierungsgruppe I, II, und III), welche in Kapitel 2.1.2 näher erläutert werden.

In Teilstudie 2 waren die Landesverbände der Pflegekassen zu einer Online-Befragung eingeladen. Zu Beginn der Beantwortung des Fragebogens konnten die Landesverbände den neuen Prüfbericht herunterladen. Der Prüfbericht enthielt die Anleitungen für das neue Prüfverfahren sowie das Formular des neuen Prüfinstruments, das die Prüfer im Rahmen der Prüfungen ausfüllen. Auf Basis des Prüfberichts waren die Landesverbände aufgefordert, Fragen zur Eignung des Prüfberichts und insbesondere der Bewertungssystematik für die Entscheidung zur Erstellung eines Maßnahmenbescheids und für das Verfassen eines Maßnahmenbescheids zu beantworten. Die resultierenden „Nutzerdaten“ wertete IGES aus, um die Fragestellung sieben zu adressieren.

Für Teilstudie 3 führte IGES Telefoninterviews mit pflege-/hilfsbedürftigen Menschen bzw. ihren Angehörigen durch. Vor den Interviews erhielten die Interviewteilnehmer per Post beispielhafte Qualitätsdarstellungen für drei Pflegedienste und waren aufgefordert, sich anhand der Darstellungen über die Pflegedienste zu informieren und eine Auswahl eines ihnen zusagenden

Pflegedienstes zu treffen. Während des Interviews beantworteten die Interviewteilnehmer Fragen zu ihren Eindrücken von den Qualitätsdarstellungen und zu ihrer Auswahl eines der drei Pflegedienste. Die resultierenden „Nutzerdaten“ wertete IGES aus, um die Fragestellung acht zu adressieren.

2.1.2 Pilotierungsgruppen I, II und III

Das Untersuchungsdesign für Teilstudie 1 musste gewährleisten, dass eine genügend große Anzahl Prüfergebnisse für die Beantwortung der Fragestellungen eins, zwei, drei und fünf erzeugt wurde, dass die messtheoretischen Gütekriterien der Reliabilität und der Objektivität untersucht werden konnten und dass die Besonderheiten spezialisierter Pflegedienste Berücksichtigung fanden. Um dies zu erreichen, wurden die rekrutierten Pflegedienste in drei Gruppen eingeteilt:

Pilotierungsgruppe I (regulär): Die Gruppe umfasste 20 Pflegedienste mit allgemeinem Leistungsspektrum, 10 Pflegedienste mit intensivpflegerischer Spezialisierung und 10 Pflegedienste mit psychiatrischer Spezialisierung. In diesen insgesamt 40 Pflegediensten fanden die gemäß dem neuen Prüfverfahren regulär vorgesehenen Prüfungen statt. Die in Gruppe I gewonnenen Daten reflektieren also die Erfahrungen mit regulären Prüfungen (d. h. ohne besondere, nur durch die Pilotierung bedingte, Zusatzuntersuchungen). Dies war insbesondere für die Fragestellungen zur Praktikabilität wichtig. Die aus Pilotierungsgruppe I gewonnenen Prüfungs- und Bewertungsdaten wurden für die Beantwortung der Fragestellungen eins, zwei, drei, fünf und sechs verwendet.

Pilotierungsgruppe II (Reliabilität): In den 20 Pflegediensten dieser Gruppe wurden die besonderen Untersuchungen zur Reliabilität durchgeführt (Details der Methodik werden in Kapitel 3.4 dargestellt). Gleichzeitig lieferten die Pilot-Prüfungen in diesen Pflegediensten auch Daten für die Beantwortung der Fragestellungen eins, zwei, drei und fünf.

Pilotierungsgruppe III (Objektivität): In den 20 Pflegediensten dieser Gruppe wurden die besonderen Untersuchungen zur Objektivität durchgeführt (Details der Methodik werden in Kapitel 3.5 dargestellt). Gleichzeitig lieferten die Pilot-Prüfungen in diesen Pflegediensten auch Daten für die Beantwortung der Fragestellungen eins, zwei, drei und fünf.

In Bezug auf die Fragestellungen eins, zwei, drei und fünf war vor allem der Umfang der Stichprobe von Pflegediensten relevant, die in die Pilotierung eingeschlossen wurden: Eine ausreichende Datenbasis zur Beurteilung der o. g. Praktikabilitätsaspekte (Fragestellung eins) einschließlich der gewünschten Rückmeldungen der Prüfer zu Funktionalitätsaspekten bzw. entsprechenden Optimierungsmöglichkeiten (vgl. Büscher *et al.*, 2018, S. 137) erforderte eine hinreichend große Zahl von beteiligten Pflegediensten. Dies galt in noch stärkerem Maße für die Fragestellungen drei und fünf. In Bezug auf die Überprüfung des Stichprobenverfahrens (Fragestellung zwei) erforderte vor allem die Frage der Praktikabilität des Ziehungsverfahrens eine größere und hinsichtlich der Größe der Dienste heterogen zusammengesetzte Stichprobe. Zusätzlich zu unterschiedlich

großen Pflegediensten wurden auch Pflegedienste in unterschiedlicher Lage (städtisch, ländlich) sowie unterschiedlicher Träger (freigemeinnützig, privat, öffentlich) berücksichtigt, um die Heterogenität von Pflegediensten widerzuspiegeln. Da die Prüfungs- und Bewertungsdaten aller 80 an der Pilotierung teilnehmenden Pflegedienste für die Beantwortung der Fragestellungen eins, zwei, drei und fünf genutzt werden konnten, stand hierfür eine ausreichend große Stichprobe zur Verfügung.

Durch die beiden Substichproben von spezialisierten Pflegediensten – d. h. Pflegedienste mit einer intensivpflegerischen bzw. psychiatrisch-pflegerischen Spezialisierung – war zu erwarten, dass eine hinreichend große Zahl von versorgten Personen einbezogen werden konnte, die die HKP-Leistungen Nr. 24 bzw. Nr. 27a beziehen. In Bezug auf die Zahl der untersuchten Dienste ist ein Stichprobenumfang von jeweils 10 spezialisierten Pflegediensten aus unserer Sicht ausreichend, um die Praktikabilität des Qualitätsprüfungsinstruments in diesen beiden Arten von spezialisierten Diensten zu untersuchen.

Die spezialisierten Pflegedienste wurden alle der Pilotierungsgruppe I zugeordnet, weil hier die Fragestellungen eins, zwei, drei und fünf im Vordergrund standen, wogegen es nicht erforderlich war, die messtheoretischen Gütekriterien (Fragestellung vier) in den spezialisierten Diensten gesondert zu prüfen. Die in den Pilotierungsgruppen II bzw. III in Bezug auf Pflegedienste mit allgemeinem Leistungsspektrum gewonnenen Erkenntnisse zu den Aspekten der Objektivität bzw. Reliabilität können u. E. auf die spezialisierten Dienste übertragen werden, da sich die jeweiligen Prüfverfahren nicht grundsätzlich unterscheiden.

2.2 Pilot-Prüfungen

In Teilstudie 1 fanden die Pilot-Prüfungen statt. Nachfolgend wird das Vorgehen hierfür erläutert.

2.2.1 Rekrutierung der Pflegedienste

Die an der Pilotierung teilnehmenden Pflegedienste sollten ein möglichst breites Spektrum hinsichtlich folgender Merkmale darstellen, die vermutlich Einfluss auf den Aspekt der Praktikabilität/Handhabbarkeit haben:

- ◆ Größe des Pflegedienstes (Anzahl Kunden)
- ◆ Regionstyp (städtisch vs. ländlich)
- ◆ Trägerschaft (privat, freigemeinnützig, öffentlich)
- ◆ Bundesland

Darüber hinaus wurde zwischen Pflegediensten mit einem allgemeinen Leistungsspektrum bzw. einer der beiden Spezialisierungen (ambulante Intensivpflege, psychiatrische häusliche Krankenpflege) unterschieden.

Die Größe des Pflegedienstes und der Regionstyp sollten Berücksichtigung finden, da sie einen Einfluss auf die Praktikabilität des neuen Prüfverfahrens haben können (z. B. Handhabbarkeit des organisatorischen Aufwands in kleinen versus großen Pflegediensten; Anzahl Tage, die für die Prüfungen benötigt werden, wenn größere Distanzen, welche vornehmlich in ländlichen Regionen auftreten, zur Durchführung der Hausbesuche zurückgelegt werden müssen). Je nach Bundesland können die leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen (Rahmenverträge nach § 75 SGB XI) variieren, was u. a. Einfluss darauf hat, welche Leistungen mit den Kunden vertraglich vereinbart werden können. Sofern die entsprechenden Leistungen nicht vereinbart sind, kann der korrespondierende Qualitätsaspekt in der Qualitätsprüfung nicht berücksichtigt werden. Bezüglich der beiden Gruppen von spezialisierten Pflegediensten wurde auf eine zusätzliche Schichtung nach Größe und Regionstyp verzichtet. Auch diese Dienste sollten jedoch soweit möglich aus unterschiedlichen Bundesländern gewonnen werden.

Um die Kriterien in Bezug auf die Zusammensetzung der Pflegedienste zu berücksichtigen, wurde innerhalb jeder der drei Pilotierungsgruppen ein nach den Kriterien „allgemeines Leistungsspektrum/Spezialisierung“ sowie innerhalb der Schicht „allgemeines Leistungsspektrum“ nach den Kriterien kleiner/großer Dienst (150 oder weniger Kunden/mehr als 150 Kunden), städtisches/ländliches Einzugsgebiet (Selbstaussage der Pflegedienste zu ihrem Einzugsgebiet) und Trägerschaft ein geschichteter Stichprobenplan verfolgt (vgl. Tabelle 1). Darüber hinaus wurde eine Streuung der beteiligten Dienste über die fünf Regionen Baden-Württemberg, Bayern, Berlin-Brandenburg, Hessen und Nordrhein angestrebt. Der Stichprobenplan konnte weitgehend eingehalten werden (vgl. Kapitel 3.1).

Tabelle 1: Stichprobenplan für Teilstudie 1

Pilotierungsgruppe	Schicht 1: allgemeines/spezialisiertes Leistungsspektrum	Schicht 2: kleiner/ großer Pflegedienst	Schicht 3: ländliches/städtisches Einzugsgebiet	Anzahl in regulärer Untersuchungsphase
I (regulär)	allgemein	klein	städtisch	5
	allgemein	klein	ländlich	5
	allgemein	groß	städtisch	5
	allgemein	groß	ländlich	5
	intensiv	-	-	10
	psychiatrisch	-	-	10
II (Reliabilität)	allgemein	klein	städtisch	5
	allgemein	klein	ländlich	5
	allgemein	groß	städtisch	5
	allgemein	groß	ländlich	5
III (Objektivität)	allgemein	klein	städtisch	5
	allgemein	klein	ländlich	5
	allgemein	groß	städtisch	5
	allgemein	groß	ländlich	5
Gruppe I: 20+20	allgemein: 60	klein: 30	städtisch: 30	80
Gruppe II: 20	spezialisiert: 20	groß: 30	ländlich: 30	
Gruppe III: 20		(spezialisiert: 20)	(spezialisiert: 20)	

Quelle: IGES

Für die Gewinnung von teilnehmenden Pflegediensten wurden die im Qualitätsausschuss Pflege vertretenen Verbände der Pflegebranche um Unterstützung gebeten werden. Sie erstellten unter Mitwirkung weitere Verbände (z. B. auf Landesebene) jeweils eine Vorschlagsliste von Pflegediensten, die zu einer Teilnahme bereit waren. Die Vorschlagslisten enthielten insgesamt 249 Pflegedienste, davon 143 freigemeinnützige Pflegedienste, 2 öffentliche Pflegedienste und 104 private Pflegedienste. Unterteilt nach Art des Leistungsspektrums enthielten die Vorschlagslisten 218 Pflegedienste mit allgemeinem Leistungsspektrum, 14 Intensivpflegedienste und 17 psychiatrisch spezialisierte Pflegedienste. Da zunächst die geplante Anzahl von zehn psychiatrisch spezialisierten Pflegediensten nicht erreicht wurde, stellten Pflegekassen in den Pilot-Regionen (über den GKV-Spitzenverband) weitere 37 Vorschläge für psychiatrisch spezialisierte Pflegedienste zur Verfügung. Diese

überlappten z. T. mit den bereits von den Pflegeverbänden vorgeschlagenen Pflegediensten.

Aus den Vorschlaglisten wählte IGES zufällig, unter Berücksichtigung des Stichprobenplans, 80 Pflegedienste aus und lud sie zur Teilnahme ein. So ein Pflegedienst die Teilnahme ablehnte, wurde ein Ersatz gezogen bis alle 80 Pflegedienste rekrutiert waren. Die teilnehmenden Pflegedienste unterzeichneten eine Teilnahmeerklärung. Nach Zusage ihrer Teilnahme wurde den Pflegediensten mitgeteilt, ob sie Pilotierungsgruppe I, II, oder III zugeteilt waren. Die Rekrutierung der Pflegedienste fand im Zeitraum Juni bis August 2019 statt.

Wegen des im Zusammenhang mit der Pilotierung entstehenden Zusatzaufwands war u. U. mit einem Selbstselektionseffekt zu rechnen. Nach unserer Erwartung dürfte dieser dahingehend wirken, dass eher Dienste mit besonders gutem Qualitätsmanagement zu einer Teilnahme bereit waren. Um diesem Effekt entgegen zu wirken, erhielten die teilnehmenden Pflegedienste eine Aufwandsvergütung für die Teilnahme an der Pilotierung. Pflegedienste, die den aufwändigeren Untersuchungen in den Pilotierungsgruppen II und III zugeteilt wurden, erhielten eine höhere Aufwandsvergütung.

2.2.2 Rekrutierung der Prüfer

Zur Rekrutierung der Prüfer fragte der im Qualitätsausschuss Pflege vertretene Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung in den Pilot-Regionen Baden-Württemberg, Bayern, Berlin-Brandenburg, Hessen und Nordrhein sowie beim Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung an, ob eine Teilnahme möglich sei. Die MDKs und der PKV-Prüfdienst willigten ein und benannten eine Ansprechperson, welche die Rekrutierung der einzelnen Prüfer koordinierte. Die Zusammenarbeit zwischen den MDKs/PKV-Prüfdienst und IGES im Rahmen der Pilotierung wurde durch einen Vertrag geregelt. Zusätzlich unterzeichneten die teilnehmenden Prüfer eine Einwilligungserklärung.

Im Hinblick auf die Auswahl der Pilot-Prüfer galten folgende Kriterien:

- ◆ Die Prüfer sollten über hinreichende Vorerfahrungen mit den bisherigen Qualitätsprüfungen verfügen.
 - ◆ Jedes Prüferteam sollte im Rahmen der Pilotierung mehrere Prüfungen durchführen. Die Durchführung mehrerer Prüfungen war sinnvoll, um dem Prüferteam ein vollständigeres Bild von der Anwendung in unterschiedlichen Kontexten zu verschaffen.
 - ◆ Prüfer, die bereits an der Entwicklung des Instruments und Verfahrens beteiligt waren oder die in die Entwicklung bzw. Pilotierung des stationären Prüfverfahrens involviert waren, sollen nicht ausgewählt werden, d. h. die Pilot-Prüfer sollen gegenüber den neuen Qualitätsprüfungen naiv sein.
-

Das Untersuchungsdesign sieht in der Pilotierungsgruppe I Prüfungen bei 40 Pflegediensten und in den Pilotierungsgruppen II und III bei je 20 Pflegediensten vor. Da die Pflegedienste in Pilotierungsgruppe III von jeweils zwei Prüferteams besucht wurden, ergaben sich aus Prüfersicht $40 + 20 + 40 = 100$ Pilot-Prüfungen, die von je zwei Prüfern durchzuführen waren. Es wurde veranschlagt, dass jeder Prüfer fünf Pilot-Prüfungen durchführt. Somit wurden für die 100 Pilot-Prüfungen 40 Prüfer benötigt. Um im Fall von Krankheit einen Ersatz zu haben, wurden acht weitere Prüfer als „backup“ geschult.

Es wurde angestrebt, dass jeder Prüfer in gleicher Weise an den Pilot-Prüfungen beteiligt war, d. h. in zwei Pflegediensten in Pilotierungsgruppe I, einem Pflegedienst in Pilotierungsgruppe II sowie in zwei Pflegediensten in Pilotierungsgruppe III.

2.2.3 Einweisungen und Schulungen

Die Pflegedienste nahmen im September 2019 an einer eintägigen Einweisung teil. Es wurden vier Veranstaltungen angeboten, an denen jeweils ca. 20 Pflegedienste teilnahmen. Die Einweisung sollte die Pflegedienste auf die Teilnahme an der Pilot-Prüfung mit dem neuen Instrument und Verfahren für die Qualitätsprüfung in der ambulanten Pflege vorbereiten. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden in den Einweisungen folgende Inhalte vermittelt:

- ◆ Hintergrund zu dem neuen Instrument und Verfahren
- ◆ Übersicht über das neue Instrument und Verfahren
- ◆ Erstellen der Liste der versorgten Personen
- ◆ Ablauf einer Prüfung
- ◆ Ziele und Ablauf der Pilotierung
- ◆ Spezielle Aspekte des neuen Instruments und Verfahrens (z. B. Fachgespräch, spezialisierte Pflegedienste)

Im Vorfeld der Einweisung erhielten die Pflegedienste einen Foliensatz, der die Inhalte der Einweisung zusammenfasste. Weiterhin erhielten sie das Formular für den Prüfbericht, einschließlich aller Anleitungen für das neue Instrument und Verfahren. Das Formular wurde über die Pilot-Software (vgl. Kapitel 2.2.5) erstellt und enthielt somit alle Angaben, die den Prüfern während den Pilot-Prüfungen zur Verfügung standen.

Die Prüfer nahmen im September 2019 an einer zweitägigen Schulung teil. Es wurden zwei Veranstaltungen angeboten, an denen jeweils ca. 24 Prüfer teilnahmen. Ziel der Schulung war es, die Prüfer auf die Durchführung der Pilot-Prüfungen vorzubereiten. Dazu wurden folgende Inhalte vermittelt:

- ◆ Hintergrund zu dem neuen Instrument und Verfahren
 - ◆ Übersicht über das neue Instrument und Verfahren
-

- ◆ Einführung in die Pilot-Software
- ◆ Ablauf einer Prüfung
- ◆ Ziele und Ablauf der Pilotierung
- ◆ Fallbeispiel 1: Fokus Festlegung des Prüfumfangs
- ◆ Prüfbereich 5
- ◆ Fallbeispiel 2: Fokus Bewertungskategorien
- ◆ Fallbeispiel 3: Fokus Informationserfassung (einschl. Fachgespräch)
- ◆ Fallbeispiel 4: Fokus Beratung des Pflegedienstes
- ◆ Intensivpflege und psychiatrische häusliche Krankenpflege

Im Vorfeld der Schulung erhielten die Prüfer einen Foliensatz, der die Inhalte der Schulung zusammenfasste. Weiterhin erhielten sie das Formular des Prüfberichts einschließlich aller Anleitungen (s. o.).

Während der Schulung bearbeiteten die Prüfer vier Fallbeispiele. Die Referenten stellten jeweils eine Pflegesituation vor und moderierten anhand von Leitfragen eine Diskussion, wie die Prüfung in diesen Situationen ablaufen könnte. Dabei wurde der Fokus in jedem Fallbeispiel auf besondere Aspekte des neuen Instruments und Verfahrens gelegt: Festlegung des Prüfumfangs, Vergeben und Begründen der Bewertungen, Vorgehen bei der Informationserfassung (insbesondere Fachgespräch und Pflegedokumentation) sowie Beratung des Pflegedienstes (insbesondere in Zusammenhang mit Prüfbereich 4). Ziel war es, dass sich die Prüfer aktiv mit dem neuen Instrument und Verfahren auseinandersetzten und darüber das Verständnis für die Neuheiten gefördert wurde.

Während der Schulung erhielten die Prüfer auch die Laptops, die eigens für die Pilotierung zur Erfassung der Prüfungs- und Bewertungsdaten zur Verfügung gestellt wurden.

2.2.4 Ablauf der Pilot-Prüfungen

Die Pilot-Prüfungen fanden zwischen dem 01.10.2019 und dem 10.01.2020 statt. Sie folgten dem Verfahren, das im Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Instruments und Verfahrens (Büscher *et al.*, 2018) beschrieben ist.

Folgende Abweichung wurden bewusst für die Pilotierung vorgenommen:

- ◆ Die Ankündigung der Prüfungen fand zwischen 8 und 18 Uhr statt. Somit wurde beibehalten, dass einige der teilnehmenden MDKs bisher vormittags, andere nachmittags ankündigen.
 - ◆ Eine Ankündigung der Prüfung samstags oder sonntags fand nicht statt. Insofern wurden Prüfungen, die montags begannen, donnerstags
-

angekündigt; Prüfungen, die dienstags begannen, wurden freitags angekündigt.

- ◆ Im Rahmen der Pilot-Prüfungen fand keine Abrechnungsprüfung statt.
- ◆ Die Prüfberichte wurden von IGES erstellt und an die Pflegedienste gesendet. Eine Übermittlung an die Landesverbände der Pflegekassen fand nicht statt.

Die Prüfdienste legten die Termine für die Pilot-Prüfungen fest, stimmten die Dienstpläne der Prüfer ab und kündigten die Pilot-Prüfungen entsprechend den Vorgaben des neuen Verfahrens an. Bei der Terminfindung wurde darauf geachtet, dass die Pilot-Prüfungen soweit möglich nicht zu nah an den regulären Prüfungen stattfanden. In wenigen Fällen lehnte ein Pflegedienst die Prüfung ab und es wurde versucht, einen neuen Termin zu finden. In vier Fällen war es nicht möglich einen alternativen Termin zu finden bzw. der Pflegedienst lehnte dies ab, sodass diese vier Pilot-Prüfungen nicht stattfinden konnten (vgl. Kapitel 3.1).

2.2.5 Pilot-Software

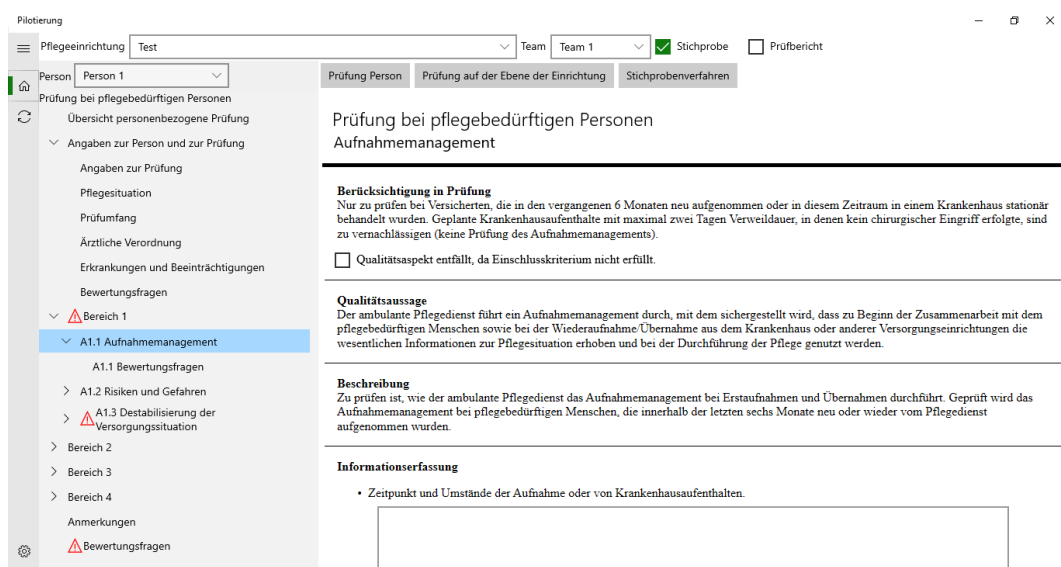
Die Prüfer dokumentierten die Prüfergebnisse in einer von IGES eigens für die Pilotierung entwickelten „Pilot-Software“. Die Pilot-Software enthielt Eingabefelder, über die die Informationen aus den Prüfungen, wie im Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens (Büscher *et al.*, 2018, Anhänge 2a, 2b, 4a und 5a) beschrieben, dokumentiert werden konnten (vgl. Abbildung 2). Die Ankreuz- und Freitextfelder wurden eins zu eins aus dem Abschlussbericht übernommen. Allerdings gab es zwei Ausnahmen:

- ◆ Es wurde ein Abschnitt mit einem Freitextfeld für Empfehlungen ergänzt. Der Abschlussbericht sieht vor, dass der Prüfbericht „Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten“ enthält (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 19), allerdings wird nicht spezifiziert, wo und wie die Empfehlungen zu dokumentieren sind. In der Pilot-Software wurde ein Abschnitt inklusive Freitextfeld mit dem Titel „Empfehlungen“ auf Ebene der einrichtungsbezogenen Prüfung eingefügt (mit folgender Instruktion auf der Übersichtseite zur einrichtungsbezogenen Prüfung: „In dem Abschnitt ‚Empfehlungen‘ verfasst der für die Fertigstellung des Prüfberichts verantwortliche Prüfer Empfehlungen, wie der Pflegedienst die Qualität seiner Leistungen weiterentwickeln kann. Analog zum bisherigen Prüfinstrument sollen konkrete Maßnahmen empfohlen werden. Diese sind mit differenzierten Fristvorschlägen zu hinterlegen. Dabei ist der Gefährdungsgrad der versorgten Personen zu berücksichtigen.“; über dem Freitextfeld erfolgte folgende Instruktion: „In nachfolgendem Feld verfasst der für die Fertigstellung des Prüfberichts verantwortliche Prüfer Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten“). Das Feld konnte ausschließlich vom verantwortlichen Prüfer bearbeitet werden.

- ◆ Die Prüfbögen für die Qualitätsaspekte 4.1 und 4.2 auf personenbezogener Ebene wurden jeweils um ein Ankreuzfeld „Qualitätsaspekt entfällt“ ergänzt (vgl. Kapitel 3.10.1).

Zusätzlich zu den Eingabefeldern enthielt die Pilot-Software alle Anleitungen aus dem Abschlussbericht. Zum Teil wurden diese direkt neben den Eingabefeldern angezeigt. Zum Teil konnten sie auf eigenen Seiten bzw. über Infoboxen aufgerufen werden. Um die Vollständigkeit der Angaben zu verbessern, wiesen rote Ausrufezeichen auf noch nicht vollständig bearbeitete Seiten hin.

Abbildung 2: Beispielhaftes Bildschirmfoto der Pilot-Software



Quelle: IGES

Die Pilot-Software beinhaltete den Algorithmus zur Berechnung der Gesamtbewertungen. D. h. nachdem die Prüfer die Bewertungen aus den personenbezogenen Prüfungen zusammengeführt hatten, wurde automatisch auf Ebene des Pflegedienstes die Gesamtbewertung je Qualitätsaspekt angezeigt. Auch die Begründungen zu den Einzelbewertungen wurden zusammengeführt, sodass die Prüfer einen Überblick über jeden Qualitätsaspekt erhalten konnten.

Neben den Prüfungsdaten wurden über die Pilot-Software auch die Bewertungsdaten der Prüfer erhoben. D. h. an bestimmten Stellen im Ablauf der Prüfungen waren die Prüfer über die Pilot-Software aufgefordert, Fragen zu ihren Erfahrungen in der jeweiligen Prüfsituation zu beantworten. Zum Beispiel wurde in jeder personenbezogenen Prüfung zu jedem prüfrelevanten Qualitätsaspekt erfragt, wie schwierig es war, die Bewertung zu vergeben. Der Vorteil dieser Art der Erhebung der Bewertungsdaten ist, dass sehr detaillierte Fragen zu spezifischen Abläufen in den Prüfungen gestellt werden konnten und die Antworten unmittelbar in der jeweiligen Prüfsituation gegeben wurden.

Eine weitere Funktion der Pilot-Software war die automatische Erfassung der Zeitdauer, wie lange die Eingabemasken geöffnet waren. Weiterhin wurde automatisch gezählt wie häufig die Infoboxen mit Anleitungen zu den Leitfragen bzw. mit Erläuterungen zu den Bewertungen geöffnet wurden. Aus diesen Daten konnten Rückschlüsse auf den Zeitaufwand bzw. auf den Schwierigkeitsgrad einzelner Qualitätsaspekte gezogen werden.

Die Pilot-Software wurde im Visual Studio als Universal Windows Platform (UWP) App entwickelt. Als Programmiersprache wurde C# eingesetzt und es wurde das Model View ViewModel (MVVM) Entwurfsmuster verwendet. Die Daten wurden unter der Verwendung des EntityFrameworks in einer lokalen und verschlüsselten NoSQL Datenbank gespeichert. Wenn die Prüfer eine Synchronisation ihrer Laptops veranlassten, wurden die Prüfungs- und Bewertungsdaten über eine WLAN-Verbindung per Hypertext Transfer Protocol Secure (https) auf einen Server von IGES übermittelt. Es wurde eine Web application programming interface (api) mit Authentifizierung angesprochen, d. h. die Daten wurden erst nach Anmeldung verschlüsselt übertragen. Die zum IGES übertragenen Daten wurden in Microsoft SQL-Server gespeichert.

2.2.6 Befragung der Pflegedienste

Die Pflegedienste berichteten von ihren Erfahrungen während den Pilot-Prüfungen über zwei Online-Fragebögen. Den ersten Online-Fragebogen beantworteten die Pflegedienste innerhalb von drei Tagen nach der Pilot-Prüfung. Er enthielt Fragen zum Stichprobenverfahren, zum Ablauf der personen- und einrichtungsbezogenen Prüfung sowie zum Abschlussgespräch. Den zweiten Online-Fragebogen beantworteten die Pflegedienste innerhalb einer Woche nach Erhalt des Prüfberichts aus der Pilot-Prüfung. Dieser Fragebogen behandelte die Inhalte des Prüfberichts sowie Einschätzungen zu den Unterschieden zwischen dem bisherigen und neuen Prüfverfahren. Auch eine abschließende Bewertung des neuen Instruments und Verfahrens wurde erfragt.

Die Online-Fragebögen wurden über die IGES Fragebogenplattform „Questionnaire“ umgesetzt. Während der Einweisung erhielt jeder Pflegedienst einen Zugangscode über den er seine Fragebögen aufrufen konnte. Der Zugangscode wurde auch zum Verschlüsseln der Prüfberichte genutzt, die IGES nach Fertigstellung durch die Prüfer an die Pflegedienste sendete. Die Zuordnung der Zugangscodes zu den Namen der Pflegedienste löschte IGES nach Aufbereitung der Daten, sodass die Auswertung anonym erfolgte.

2.2.7 Feedback-Veranstaltungen und Anpassungsworkshop

Im März 2020 waren die teilnehmenden Pflegedienste und Prüfer zu Feedback-Veranstaltungen eingeladen. IGES bot vier Veranstaltungen an, an denen Pflegedienste teilnahmen und zwei Veranstaltungen, an denen Prüfer teilnahmen. Ziel der Feedback-Veranstaltungen war es, ausgewählte Ergebnisse aus den Pilot-Prüfungen zu diskutieren, um die Ergebnisse zu konkretisieren, zu vertiefen und zu

ergänzen. Die Erkenntnisse aus den Feedback-Veranstaltungen nutzte IGES, um die Ergebnisse der Pilotierung zu interpretieren und Empfehlungen für mögliche Verbesserungen des neuen Prüfinstruments und -verfahrens vorzuschlagen.

Die Themen für die Feedback-Veranstaltungen mit den Pflegediensten waren:

- ◆ Stichprobenverfahren
- ◆ Feststellung des Prüfumfangs
- ◆ Fachgespräch
- ◆ Nachvollziehbarkeit der Bewertungen
- ◆ Prüfbereich 4
- ◆ Nützlichkeit für die Qualitätsentwicklung
- ◆ Spezialisierte Pflegedienste

Die Themen für die Feedback-Veranstaltungen mit den Prüfern waren:

- ◆ Stichprobenverfahren
- ◆ Feststellung des Prüfumfangs
- ◆ Fachgespräch
- ◆ Vergeben der Bewertungen
- ◆ Weiterbildung von Kollegen
- ◆ Prüfbereich 4
- ◆ Spezialisierte Pflegedienste

Zu jedem Thema stellten die Referenten ausgewählte Ergebnisse vor und moderierten im Anschluss eine Diskussion entlang von Leitfragen.

Im April 2020 fand ein „Anpassungsworkshop“ statt. Ziel des Workshops war es, eine fachlich begründete Entscheidungsvorlage im Hinblick auf den Anpassungsbedarf des neuen Instruments und Verfahrens zu entwickeln. An dem Workshop nahmen die Entwickler des neuen Instruments und Verfahrens teil, sechs Prüfer und sechs Mitarbeitende von Pflegediensten, die an der Pilotierung teilgenommen hatten, zwei Mitarbeitende der Geschäftsstelle des Qualitätsausschuss Pflege sowie Mitarbeitende von IGES.

Die Themen für den Workshop waren:

- ◆ Empfehlungen basierend auf den Ergebnissen zur Reliabilität
 - ◆ Empfehlungen zu einzelnen Aspekten des Prüfverfahrens
 - Stichprobenverfahren
 - Feststellung des Prüfumfangs
 - Informationsquellen
-

- Vergeben der Bewertungen
- Prüfbereich 4
- Erläuterungen, neue Felder
- ◆ Empfehlungen in Bezug auf spezialisierte Pflegedienste
- ◆ Empfehlungen in Bezug auf das Verwaltungsverfahren
- ◆ Empfehlungen für die Qualitätsdarstellung
- ◆ Empfehlungen für den Wechsel zu dem neuen Prüfverfahren

Zu jedem Thema präsentierte IGES vorläufige Empfehlungen. Im Anschluss moderierte IGES eine Diskussion mit dem Ziel, konkrete Vorschläge für Verbesserungen des neuen Instruments und Verfahrens zu entwickeln. Die Ergebnisse der Diskussion flossen in die Ausformulierung der Empfehlungen in dem vorliegenden Abschlussbericht über die Pilotierung ein.

2.3 Befragung der Landesverbände der Pflegekassen

Ziel der Teilstudie 2 war es zu ermitteln, ob die Bewertungssystematik des neuen Prüfinstruments für das Verwaltungsverfahren einschließlich der Erteilung von Maßnahmenbescheiden praktikabel ist. Hierzu befragte IGES die Landesverbände der Pflegekassen mittels eines Online-Fragebogens.

2.3.1 Rekrutierung der Teilnehmer

Die im Qualitätsausschuss Pflege vertretenen sechs Bundesverbände der Pflegekassen leiteten per E-Mail eine Einladung von IGES zu dem Online-Fragebogen an die Landesverbände der Pflegekassen weiter. Jeder Landesverband sollte einen Fragebogen beantworten.

In der Einladung wurde spezifiziert, dass der Online-Fragebogen von Mitarbeitenden der Landesverbände der Pflegekassen beantwortet werden sollte, die für die Aufgabenwahrnehmung nach § 115 Abs. 2 SGB XI verantwortlich sind. Es sollte sich um Personen handeln, die zum einen die Prozesse zur Auswertung der Prüfberichte und Erstellung von Maßnahmenbescheiden gut kennen und zum anderen auf der Management-Ebene mit der Steuerung der Prozesse vertraut sind. Die Beantwortung erfolgte anonym, d. h. die antwortende Person kann nicht identifiziert werden.

Die Einladung enthielt einen Link, über den der Online-Fragebogen geöffnet werden konnte.

2.3.2 Ablauf der Befragung

Zu Beginn des Online-Fragebogens konnten die Landesverbände eine leere Prüfberichtsvorlage für den neuen Prüfbericht herunterladen. Das Dokument

wurde aus der Pilot-Software (vgl. Kapitel 2.2.5) erstellt und enthielt somit alle Angaben, die den Prüfern während den Pilot-Prüfungen zur Verfügung standen.

Da das Layout und die Auswahl der Inhalte der Prüfberichte, die die Prüfdienste zukünftig an die Landesverbände der Pflegekassen übermitteln werden, zum Zeitpunkt der Pilotierung noch nicht definiert waren, wurde Teilstudie 2 auf Grundlage der Prüfergebnisse in Roh-Form durchgeführt.

Der Fragebogen bezog sich auf die Eignung des Prüfberichts und insbesondere der Bewertungssystematik in zwei Situationen im Verlauf des Verwaltungsverfahrens: Zum einen die Entscheidung, ob bei einer Qualitätsprüfung alles in Ordnung war oder ob eine Anhörung des Pflegedienstes und die Erstellung eines Maßnahmenbescheids eingeleitet werden sollen. Zum anderen die Formulierung der Maßnahmen in einem Maßnahmenbescheid.

Der Fragebogen umfasste elf Fragen; die reine Bearbeitungszeit der Fragen wurde auf circa 20 Minuten geschätzt. Die Befragung fand zwischen dem 22.10.2019 und dem 20.12.2019 statt. Der Online-Fragebogen wurde über die IGES Fragebogenplattform „Questionnaire“ umgesetzt.

2.4 Interviews mit Nutzern der Qualitätsdarstellung

Im Rahmen von Teilstudie 3 sollte ermittelt werden, inwieweit die Qualitätsdarstellung für potenzielle Nutzer geeignet ist, einen für sie passenden Pflegedienst auszuwählen. Zur Durchführung dieser Teilstudie erstellte IGES gemäß den Vorgaben aus dem Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 6) beispielhafte Qualitätsdarstellungen und führte Telefoninterviews zu diesen Qualitätsdarstellungen mit potenziellen Nutzern durch.

2.4.1 Rekrutierung der Teilnehmer

Die Interviews wurden mit zwei Gruppen von Personen geführt:

- ♦ Die erste Gruppe reflektierte den Umgang mit der Qualitätsdarstellung von pflegebedürftigen Personen bzw. ihren Angehörigen, die bereits Erfahrung mit einem Pflegedienst haben, aber evtl. einen Wechsel vorgenommen haben oder vornehmen möchten. Diese Gruppe wurde über sechs Pflegedienste rekrutiert, die auch an Teilstudie 1 der Pilotierung teilnahmen. Dabei sollte es sich um pflegebedürftige Personen handeln, die nicht in eine der Pilot-Prüfungen involviert waren.
- ♦ Die zweite Gruppe reflektierte den Umgang mit der Qualitätsdarstellung von Personen, die noch keine Erfahrung mit einem Pflegedienst haben, die sich aber vorstellen konnten, in Zukunft einen Pflegedienst in Anspruch zu nehmen. Diese Stichprobe wurde über sechs Pflegestützpunkte und das Sozialwerk Berlin e. V. rekrutiert und bestand aus i. d. R. älteren Personen bzw. ihren Angehörigen, die erstmalig vor der

Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und der Auswahl eines Pflegedienstes standen.

Für die Rekrutierung stellte IGES den Pflegediensten, Pflegestützpunkten und dem Sozialwerk Berlin e. V. ein Informationsschreiben einschließlich Einwilligungserklärung sowie vorfrankierte Rückumschläge zur Verfügung. Die Rekrutierenden sprachen mögliche Interviewteilnehmer an und händigten die Unterlagen aus. So sie zu einem Interview bereit waren, füllten die angesprochenen Personen die Einwilligungserklärung aus und sendeten sie an IGES zurück. IGES schickte dann ein Anschreiben mit dem Termin für das Interview sowie drei beispielhafte Qualitätsdarstellungen an die Interviewteilnehmer.

2.4.2 Ablauf der Interviews

In dem Anschreiben wurden die Interviewteilnehmer aufgefordert, die drei beispielhaften Qualitätsdarstellungen vor dem Interview anzuschauen und für sich zwei Fragestellungen zu beantworten:

1. Würden Sie sich wünschen, dass der Musterdienst A zu Ihnen kommt und Sie bzw. pflegebedürftige Angehörige versorgt? Was gefällt Ihnen an diesem Pflegedienst? Was gefällt Ihnen nicht?
2. Wenn Sie die „Übersicht der Bewertung durch die Qualitätsprüfer“ für die Musterdienste A, B und C vergleichen, welcher Pflegedienst hat aus Ihrer Sicht die beste Qualität? Welcher die schlechteste?

Das Anschreiben wies darauf hin, dass es keine richtigen oder falschen Antworten auf die Fragen gibt. Vielmehr ginge es um die Einschätzung der Interviewteilnehmer, welche IGES während des Telefoninterviews besprechen wollte.

Die Qualitätsdarstellungen waren so gestaltet, dass die „Musterdienste“ unterschiedliche Bewertungen für die einzelnen Qualitätsaspekte hatten, wobei überwiegend „keine oder geringe Qualitätsdefizite“ oder „moderate Qualitätsdefizite“ gezeigt wurden. „Erhebliche Qualitätsdefizite“ kamen selten vor, „schwerwiegende Qualitätsdefizite“ gar nicht. Musterdienst A hatte bei den körperbezogenen Qualitätsaspekten bessere Bewertungen, Musterdienst B bei den auf die Kognition bezogenen Qualitätsaspekten. Musterdienst C hatte vier „erhebliche Qualitätsdefizite“-Bewertungen im Vergleich zu einer bei Musterdienst A und zwei bei Musterdienst B.

Während des Interviews stellte der Interviewer zunächst ein paar Fragen zur Situation der Interviewteilnehmer. Danach wurden die Interviewteilnehmer aufgefordert, die Qualitätsdarstellung von Musterdienst A anzuschauen und es wurde erfragt, inwieweit die Informationen verstanden und wie sie bewertet wurden. Im nächsten Schritt wurden die Interviewteilnehmer aufgefordert, eine Auswahl zwischen Musterdienst A, B oder C zu treffen und zu beschreiben wie sie zu der Auswahl kamen. Abschließend wurde erhoben, inwieweit die Informationen

der Qualitätsdarstellungen für die Auswahlentscheidung als hilfreich angesehen wurden bzw. welche Änderungen oder Ergänzungen vorgeschlagen wurden.

Die Interviews dauerten im Durchschnitt 30 Minuten. Der Interviewer codierte die Antworten während des Telefoninterviews mittels eines zuvor definierten Fragebogens. Der Fragebogen wurde über die IGES Fragebogenplattform „Questionnaire“ umgesetzt.

2.5 Datenauswertung

Die Daten wurden aus einer SQL-Datenbank der Pilot-Software (vgl. Kapitel 2.2.5) bzw. der IGES Fragebogenplattform „Questionnaire“ automatisch in eine Access-Datenbank transferiert. Nach Export der Daten von Access nach Excel, wurden die Daten in SPSS (Version 20, Release 20.0.0.2) eingelesen und aufbereitet (v. a. Konsistenzprüfung, Festlegung des entsprechenden Datenniveaus).

Die Auswertung der Daten umfasste die Auszählung von Häufigkeiten bei nominalen Daten; bei metrischem Datenniveau erfolgte regulär die Errechnung von Mittelwert (M), Standardabweichung (SD) sowie minimalem Wert (Min) und maximalem Wert (Max); alternativ erfolgte die Berechnung des Medians (MDN) als Durchschnittswert und des 25. (Untergrenze) sowie 75. Perzentils (Obergrenze) als Maß der Streuung. Signifikanztests erfolgten bei nominalen Daten durch Chi²-Tests und bei metrischen Daten durch Varianzanalysen (ANOVA). Bei fehlender Homogenität der Varianzen wurde statt der ANOVA der robuste Test nach Welch gewählt. Paarweise Vergleiche erfolgten als Bonferroni-approximierte post-hoc Vergleiche. Bei fehlender Varianzhomogenität erfolgten multiple Vergleiche nach Games-Howell.

3. Ergebnisse

Das nachfolgende Kapitel enthält die Ergebnisse, die im Rahmen der Pilotierung gewonnen wurden, um die acht Fragestellungen der Pilotierung zu untersuchen. Die Kapitel 3.1 bis 3.10 enthalten die Ergebnisse aus den Pilot-Prüfungen (Teilstudie 1). In Kapitel 3.11 und 3.12 folgen die Ergebnisse aus Teilstudie 2 (Eignung für das Verwaltungsverfahren) und Teilstudie 3 (Eignung für die Auswahl eines Pflegedienstes).

3.1 Anzahl und Art der durchgeführten Pilot-Prüfungen

Die Prüfer führten während der Pilotierung bei 76 Pflegediensten Pilot-Prüfungen durch. Da je Pflegedienst eine Pilot-Prüfung durchgeführt wurde, entspricht die Anzahl Pilot-Prüfungen der Anzahl Pflegedienste. In die Pilot-Prüfungen bezogen die Prüfer 754 Kunden von Pflegediensten ein. Tabelle 2 zeigt die Anzahl der durchgeführten Pilot-Prüfungen getrennt nach Pilotierungsgruppe. Wie ersichtlich, konnte der Stichprobenplan in Bezug auf die Anzahl der Pflegedienste in den Pilotierungsgruppen weitgehend realisiert werden. Es ergibt sich lediglich eine Differenz von $n=4$ Einrichtungen im Vergleich zum ursprünglichen Stichprobenplan, da vier Pflegedienste kurzfristig aufgrund personeller Engpässe oder persönlicher Gründe die Teilnahme an der Pilot-Prüfung abgesagt hatten. Versuche die Pilot-Prüfung an einem alternativen Termin durchzuführen waren leider nicht erfolgreich.

Wie zu erwarten liefern Pilotierungsgruppe I und II eine in etwa doppelt so hohe Anzahl in die Prüfung einbezogener Personen wie Pilotierungsgruppe III (vgl. dritte Spalte: Anzahl einbezogener Personen). Dies liegt daran, dass in Pilotierungsgruppe I in etwa doppelt so viele Pflegedienste wie in Pilotierungsgruppe II und III einbezogen wurden und in Pilotierungsgruppe II im Hinblick auf die Prüfung des messtheoretischen Gütekriteriums der Reliabilität (vgl. Kapitel 3.4) die anvisierte Stichprobengröße verdoppelt wurde. In Pilotierungsgruppe III wurden zwar in etwa so viele Pflegedienste wie in Pilotierungsgruppe II einbezogen, allerdings unter Beibehaltung der gewöhnlichen Stichprobengröße von bis zu neun Personen, die doppelt geprüft werden sollten.

Aus dem unterschiedlichen Design der Pilotierungsgruppen ergeben sich unterschiedliche Funktionen der Prüfer. Regulär wurde eine in die Stichprobe eingeschlossene Person von einem Prüfer geprüft (entspricht „regulär“ in Tabelle 2). Die Rolle der Prüfer in den Pilotierungsgruppen I und II entspricht ausschließlich dieser Funktion. In Pilotierungsgruppe III – der Gruppe, in der das messtheoretische Gütekriterium der Objektivität untersucht wurde – ergeben sich durch die Schatten- bzw. Wiederholungsprüfungen die Funktionen „aktiv“ oder „beobachtend“ bzw. Durchführung der „ersten Prüfung“ oder „zweiten Prüfung“. Wie aus Tabelle 2 ersichtlich, konnte jede Person, die von einem Prüfer aktiv geprüft wurde, auch von einem beobachtenden Prüfer geprüft werden (Anzahl aktiv und beobachtend ist gleich). Bei den Wiederholungsprüfungen ergab sich allerdings die Situation, dass eine Person nur im Rahmen der ersten Prüfung

geprüft wurde, da sie für die Durchführung der zweiten Prüfung nicht mehr zur Verfügung stand. Daraus ergibt sich eine um $n = 1$ verringerte Anzahl der Personen in der zweiten gegenüber der ersten Prüfung (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Anzahl Pilot-Prüfungen und darin einbezogene Personen nach Pilotierungsgruppe

Gruppe	Pilot-Prüfungen gesamt	Anzahl einbezogener Personen	davon Personen mit Prüfung ...				
			regulär	aktiv	beob- achtend	erste Prüfung	zweite Prüfung
I	40	293	293	-	-	-	-
II	17	297	297	-	-	-	-
III	19	164	-	89	89	75	74
insg.	76	754	590	89	89	75	74

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Gruppe I: Design reguläre Prüfung (Praktikabilität); Gruppe II: Design mit Verdopplung der Stichprobe (Reliabilität); Gruppe III: Design mit Schatten- und Wiederholungsprüfung (Objektivität) mit aktiver und beobachtender Prüfung bzw. erster und zweiter Prüfung. Bei einer Person konnte die zweite Prüfung im Rahmen der Wiederholungsprüfung nicht durchgeführt werden, daher finden sich nur $n = 74$ statt 75 Personen.

Tabelle 3 zeigt den gesamten Stichprobenplan aufgeschlüsselt nach Pilotierungsgruppe, Einrichtungstyp und örtlicher Lage der Pflegedienste. Es ergeben sich nur kleinere Abweichungen zum ursprünglichen Stichprobenplan (erkennbar als $n < 5$ oder $n > 5$ bei den allgemeinen Pflegediensten), die v. a. durch die Absagen von vier allgemeinen Pflegediensten begründet sind. Zudem konnte ein Pflegedienst nicht eindeutig einer städtischen oder ländlichen Lage zugeordnet werden. Von den spezialisierten Pflegediensten (Intensivpflege, psychiatrische Pflege) konnten wie geplant jeweils $n = 10$ Einrichtungen eingeschlossen werden. Diese beiden Einrichtungstypen wurden planmäßig ausschließlich im Rahmen von Pilotierungsgruppe I in die Pilotierung eingeschlossen.

Tabelle 3: Anzahl Pflegedienste nach Pilotierungsgruppe, Einrichtungstyp, Größe und Lage

Pilotierungsgruppe	Schicht 1: Typ des PD	Schicht 2: Größe	Schicht 3: Lage	Gesamt (n)
I (regulär)	allgemein	klein	städtisch	6
	allgemein	klein	ländlich	4
	allgemein	groß	städtisch	4
	allgemein	groß	ländlich	5
	allgemein	groß	beides	1
	Intensiv	-	-	10
	Psychiatrisch	-	-	10
II (Reliabilität)	allgemein	klein	städtisch	4
	allgemein	klein	ländlich	4
	allgemein	groß	städtisch	4
	allgemein	groß	ländlich	5
III (Objektivität)	allgemein	klein	städtisch	5
	allgemein	klein	ländlich	5
	allgemein	groß	städtisch	4
	allgemein	groß	ländlich	5
Gruppe I: 20+20	allgemein: 56	klein: 28	städtisch: 27	76
Gruppe II: 17	spezialisiert: 20	groß: 28	ländlich: 28	
Gruppe III: 19		(spezialisiert: 20)	beides: 1	
			(spezialisiert: 20)	

Quelle: IGES

Anmerkung: Für Intensiv- und psychiatrische Pflegedienste wurde keine Schichtung nach Größe und Lage vorgenommen.

Tabelle 4 zeigt die Anzahl der Pflegedienste nach Einrichtungstyp und Region der teilnehmenden Prüfdienste. Allgemeine Pflegedienste konnten zu in etwa gleich hoher Anzahl aus den Regionen der fünf an der Pilotierung teilnehmenden Prüfdienste gewonnen werden. In der Stichprobe zeigen sowohl intensivpflegerische als auch psychiatrische Pflegedienste eine leicht erhöhte Konzentration in Berlin/Brandenburg. Psychiatrische Pflegedienste konnten allein in Baden-Württemberg, Berlin/Brandenburg und Nordrhein gewonnen werden. Dies lag u. a. daran, dass psychiatrisch spezialisierte Pflegedienste weder in den Kontaktlisten von Pflegekassen noch von Pflegeverbänden systematisch klassifiziert sind. Somit enthielten die Vorschlagslisten, die IGES von den

Pflegeverbänden und den Pflegekassen hierzu erhielt sehr unterschiedliche Nennungen in den Regionen.

Tabelle 4: Anzahl Pflegedienste nach Region und Einrichtungstyp

	Allgemein	Intensiv	Psychiatrisch	Gesamt
Baden-Württemberg	12	1	1	14
Bayern	11	2	-	13
Berlin/Brandenburg	11	4	6	21
Hessen	12	2	-	14
Nordrhein	10	1	3	14
insgesamt	56	10	10	76

Quelle: IGES

Anmerkung: „Intensiv“ entspricht Spezialisierung auf HKP-Leistung Nr. 24; „Psychiatrisch“ entspricht Spezialisierung auf HKP-Leistung Nr. 27a. „Intensiv“ und „Psychiatrisch“ stammen ausschließlich aus Pilotierungsgruppe I (insg. n = 20 PD). Lediglich „Allgemein“ enthält alle drei Pilotierungsgruppen (insg. n = 56 PD mit I: n = 20 PD; II: n = 17 PD; III: n = 19 PD).

Tabelle 5 zeigt die Anzahl der Pflegedienste nach Träger und Region der teilnehmenden Prüfdienste. Der Anteil freigemeinnütziger versus privater Pflegedienste je Region entspricht – wie laut dem Stichprobenplan vorgesehen – in etwa dem tatsächlichen Verhältnis der Träger laut Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt, 2018). Es konnte nur ein Pflegedienst in öffentlicher Trägerschaft in die Pilotierung einbezogen werden, da nur ein solcher Pflegedienst vorgeschlagen wurde.

Tabelle 5: Anzahl Pflegedienste nach Region und Träger

	freigemeinnützig	öffentlich	privat	Gesamt
Baden-Württemberg	7	-	7	14
Bayern	8	-	5	13
Berlin/Brandenburg	9	-	12	21
Hessen	5	1	8	14
Nordrhein	6	-	8	14
insgesamt	35	1	40	76

Quelle: IGES

Tabelle 6 zeigt die Anzahl der in den Pflegediensten in die Prüfung eingeschlossenen Kunden. Die Kunden aus allgemeinen Pflegediensten verteilen

sich gleichmäßig über die fünf Regionen. Für intensivpflegerische und psychiatrische Pflegedienste zeigt sich eine etwas erhöhte Konzentration von Kunden in Berlin/Brandenburg; dies reflektiert die höhere Anzahl spezialisierter Dienste aus dieser Region in der Stichprobe der Pflegedienste (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 6: Anzahl in die Pilot-Prüfungen einbezogene Personen nach Region und Einrichtungstyp der Pflegedienste

	Allgemein	Intensiv	Psychiatrisch	Gesamt
Baden-Württemberg	127	5	7	139
Bayern	115	15	-	130
Berlin/Brandenburg	124	30	50	204
Hessen	136	12	-	148
Nordrhein	110	9	14	133
insgesamt	612	71	71	754

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: „Intensiv“ (n = 71 Personen) und „Psychiatrisch“ (n = 71 Personen) stammen ausschließlich aus Pilotierungsgruppe I. Lediglich „Allgemein“ enthält alle drei Pilotierungsgruppen (insg. n = 612 Personen mit I: n = 151 Personen; II: n = 297 Personen; III: n = 164 Personen).

3.2 Stichprobenverfahren

Die Fragestellung zu dem Stichprobenverfahren (vgl. Kapitel 1.4.2) bezieht sich zum einen auf den Stichprobenumfang, zum anderen auf die Praktikabilität des Verfahrens mit dem die Stichproben generiert werden. Bezüglich der Praktikabilität sind insbesondere das Erstellen der Liste der versorgten Personen durch die Pflegedienste und die Ziehung der in die Prüfung einzubeziehenden Personen durch die Prüfer zu betrachten. Das Erstellen der Liste erfolgt vor der Qualitätsprüfung und erfordert eine Klassifizierung der Kunden eines Pflegedienstes nach Einschränkungen der Mobilität und/oder der Kognition sowie nach Bezug von aufwändigen HKP-Leistungen. Das Ziehen der Personen für die Stichprobe findet zu Beginn der Qualitätsprüfung statt und erfordert das Befolgen spezifischer Regeln für die Anzahl Personen mit Einschränkungen der Mobilität und/oder der Kognition bzw. mit Bezug aufwändiger HKP-Leistungen, die in die Stichprobe aufgenommen werden sollen.

Nachfolgend sind die Ergebnisse der Untersuchung des Stichprobenverfahrens dargestellt.

3.2.1 Erstellen der Liste der versorgten Personen

Angaben zur Erstellung der Liste wurden ausschließlich in der Online-Befragung der Pflegedienste erhoben, da diese in Vorbereitung auf die Prüfung erforderliche

Informationen zusammenzutragen und die Liste zu erstellen hatten. Die Prüfer waren an diesem Prozess nicht beteiligt.

Die Stichprobenziehung des neuen Prüfverfahrens erfolgt als geschichtete Stichprobenziehung, die – anders als bisher am Pflegegrad – an den Beeinträchtigungen der versorgten Personen in den Bereichen Mobilität und Kognition anknüpft. Dazu liefern die Pflegedienste zu Anfang der Prüfung eine Liste mit sämtlichen versorgten Personen, die für jede Person die Angabe enthält, ob eine Beeinträchtigung im Bereich der Mobilität und/oder Kognition vorliegt.

3.2.1.1 Zeitpunkt der Listenerstellung

In der Online-Befragung der Pflegedienste wurde erhoben, wann die für die Stichprobenziehung relevanten Informationen zu Beeinträchtigungen in den Bereichen der Mobilität und Kognition zusammengestellt wurden. Tabelle 7 zeigt die Angaben der Pflegedienste zum Zeitpunkt der Zusammenstellung der Information pro Merkmal (Beeinträchtigungen der Mobilität bzw. Kognition) sowie für beide Merkmale gemeinsam (letzte Spalte „insgesamt“ in Tabelle 7). Aus der gemeinsamen Betrachtung wird erkennbar, wann die Informationserhebung für die beiden relevanten Merkmale abgeschlossen wurde, z. B. ob beide Merkmale bereits vor der Prüfung erhoben wurden. Aus Tabelle 7 ist erkennbar, dass die Informationen von der Mehrheit der Pflegedienste (n = 67) ausschließlich vor der Prüfung zusammengetragen wurden, d. h. bei der Prüfung bereits vollständig vorlagen. Von einem geringen Anteil der Pflegedienste wird angegeben, dass Informationen zum Teil während der Prüfung erhoben wurden. Dies deckt sich auch mit Schilderungen der Pflegedienste und Prüfer in den Feedback-Veranstaltungen, wonach in manchen Fällen zu Beginn der Prüfung die Liste im Hinblick auf die Kriterien Mobilität und Kognition noch einmal gemeinsam überarbeitet wurde.

Tabelle 7: Zeitpunkt der Zusammenstellung der Informationen auf der Liste

Wann wurden die Angaben zusammengestellt?	Zu Mobilität		Zu kognitiven Fähigkeiten		Angaben zusammengestellt (insgesamt)	
	n	%	n	%	n	%
vor der Prüfung	67	88,2 %	70	92,1 %	67	88,2 %
zum Teil vor, zum Teil während der Prüfung	8	10,5 %	6	7,9 %	8	10,5 %
während der Prüfung	-	-	-	-	-	-
keine Angabe	1	1,3 %	-	-	1	1,3
insgesamt	76	100 %	76	100 %	76	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Spaltenprozent. Häufigkeit (n); Anteil (%).

3.2.1.2 Grundlagen für die Erstellung der Listen

Zur Ermittlung von Beeinträchtigungen in den Bereichen Mobilität und Kognition kommen unterschiedliche Informationsquellen in Betracht. In der Online-Befragung wurden die Pflegedienste gebeten, anzugeben, auf Grundlage welcher Informationsquellen Beeinträchtigungen in den beiden Bereichen ermittelt worden waren. Gemäß den Vorgaben des neuen Prüfverfahrens sollten die Angaben zur Mobilität und zu den kognitiven Fähigkeiten „nach Möglichkeit anhand einer aktuellen Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit dokumentiert werden. [...] Liegt das Gutachten nicht vor oder ist es älter als ein Jahr, nimmt der Pflegedienst selbst näherungsweise eine Erfassung der Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität und der kognitiven Fähigkeiten vor“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 4). Für diese näherungsweise Erfassung geben die Entwickler folgende Kriterien vor (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 4):

1. „Die Mobilität (Fortbewegung) gilt als beeinträchtigt, wenn der Versicherte aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen regelmäßig personelle Hilfe benötigt, um sicher eine Treppe hinauf- oder hinabzusteigen und um sich innerhalb der Wohnung fortbewegen zu können.
2. Kognitive Fähigkeiten: Beeinträchtigt = Es kommt regelmäßig zu Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, der zeitlichen und örtlichen Orientierung sowie der Personenerkennung“.

Tabelle 8 zeigt die Häufigkeiten der Angaben für die unterschiedlichen Informationsquellen. In fast allen Pflegediensten erfolgte die Ermittlung durch Einschätzung der Pflegekräfte („Beobachtungen der Pflegekräfte“). Auf die Begutachtungsergebnisse wurde in weniger als ein Drittel der Pflegedienste zurückgegriffen. In den Feedback-Veranstaltungen wurde dazu erläutert, dass die Gutachten i. d. R. den Pflegediensten nicht vorliegen, weshalb auf die Einschätzung durch Pflegekräfte ausgewichen werden musste.

Zur Ermittlung von Beeinträchtigungen im Bereich der Kognition wurden zudem auch relativ häufig ärztliche Diagnosen herangezogen (Tabelle 8). Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund demenzieller Erkrankungen zu verstehen, für die oftmals eine ärztliche Diagnose vorliegen sollte. Da von fast allen Pflegediensten aber auch angegeben wird, dass die Ermittlung durch Pflegekräfte erfolgt sei, scheint der Rückgriff auf ärztliche Diagnosen allein in vielen Pflegediensten für die Feststellung der kognitiven Beeinträchtigungen nicht ausreichend gewesen zu sein. Dass hier ärztliche Diagnosen nicht ausreichten, sondern durch Einschätzungen der Pflegekräfte ergänzt wurden, lässt sich zum einen durch einen gewissen Anteil der Kunden erklären, die zwar kognitive Defizite aufweisen, aber (noch) keine ärztliche Diagnose dazu erhalten haben. Zum anderen schilderten die Pflegedienste in den Feedback-Veranstaltungen, dass allein ärztliche Diagnosen, selbst wenn sie eindeutig mit Beeinträchtigungen kognitiver Fähigkeiten, wie etwa bei demenziellen Erkrankungen, einhergingen, nicht garantierten, dass auch dem vorgegebenen „strengerem“ Kriterium für Kognition (vgl. Punkt 2, S. 56) entsprochen wird. So könne durchaus jemand eine

demenzielle Diagnose haben, aber keine *gleichzeitige* Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses, der zeitlichen und örtlichen Orientierung sowie der Personenerkennung aufweisen, so wie es das Kriterium vorschreibt. Man sei davon ausgegangen, dass es das erklärte Ziel dieses Verfahrens sei, nur besonders beeinträchtigte Personen zu selektieren.

Tabelle 8: Genutzte Informationsquellen zur Listenerstellung

Anhand welcher Informationsquellen wurden die Angaben ermittelt? Für ...	Mobilität;		kognitive Fähigkeiten.	
	n	%	n	%
Begutachtungsergebnis Pflegebedürftigkeit	23	30,3 %	22	28,9 %
ärztliche Diagnosen	23	30,3 %	49	64,5 %
Beobachtung der Pflegekräfte	74	97,4 %	72	94,7 %
standardisierte Assessments	11	14,5 %	10	13,2 %
Sonstiges	2	2,6 %	1	1,3 %
keine Angabe	1	1,3 %	-	-
insgesamt	76	100 %	76	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Mehrfachnennung. Häufigkeit (n); Anteil (%) an n = 76. Sonstige Informationsquellen entsprechen „PC-Programm“ und „SIS [Strukturierte Informationssammlung]“.

3.2.1.3 Schwierigkeit der Ermittlung von Einschränkungen

Die Pflegedienste wurden in der Online-Befragung auch gebeten, anzugeben, wie schwer die Ermittlung der Angaben zu den Beeinträchtigungen in den Bereichen der Mobilität und Kognition gefallen ist. Dazu wurde eine 5-stufige Ratingskala von *sehr leicht* bis *sehr schwierig* verwendet. Tabelle 9 zeigt die Häufigkeiten der gewählten Antwortkategorien. Daraus ergibt sich, dass die Ermittlung der Beeinträchtigungen für die Liste von mehr als der Hälfte der Pflegedienste als mindestens *mäßig schwierig* empfunden wurde. Dies deckt sich mit Schilderungen in den Feedback-Veranstaltungen, wonach es zu Schwierigkeiten sowohl im Zusammenhang der Interpretation der Kriterien (gemäß Punkt 1 und 2, S. 56) als auch der Beschaffung der relevanten Informationen gekommen sei.

Tabelle 9: Schwierigkeit der Ermittlung von Beeinträchtigungen

Wie schwierig war es zu ermitteln, ob Beeinträchtigungen vorliegen? Bei ...	Mobilität;		kognitive Fähigkeiten.	
	n	%	n	%
sehr leicht	19	25,0 %	9	11,8 %
eher leicht	19	25,0 %	23	30,3 %
mäßig	21	27,6 %	16	21,1 %
eher schwierig	12	15,8 %	23	30,3 %
sehr schwierig	4	5,3 %	5	6,6 %
keine Angabe	1	1,3 %	-	-
insgesamt	76	100 %	76	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Spaltenprozent. Häufigkeit (n); Anteil (%).

So führten die Pflegedienste im Hinblick auf die Interpretation aus, dass aus der Formulierung der Kriterien nicht direkt ableitbar wäre, was „regelmäßige personelle Hilfe“ bedeute; z. B., ob diese bereits erforderlich sei, wenn man nur in bestimmten Situationen Unterstützung benötige, sich aber ansonsten relativ selbstständig in der Wohnung bewegen könne. Auch bliebe unklar, ob die Verwendung von „und“ und „sowie“ in den Formulierungen tatsächlich einem verbindenden Und entspräche, wodurch die Kriterien dann sehr streng formuliert wären, was wiederum zu Verunsicherungen bzgl. ihrer korrekten Anwendung führte.

Im Hinblick auf die Beschaffung der relevanten Informationen sei es insbesondere bei Personen, die ausschließlich mit Leistungen nach SGB V versorgt werden, zu Schwierigkeiten gekommen. Für diese Personengruppe erfolge keine mit SGB XI-Kunden vergleichbare Informationserhebung, so dass Informationen zu Beeinträchtigungen speziell im Bereich der Mobilität oder Kognition nicht derart explizit in zentralen Dokumentationen zu finden seien. Hier sei man zum Teil nur relativ aufwändig durch die Befragung einzelner Pflegekräfte, die die jeweilige versorgte Person am besten kannten, an die relevanten Informationen gelangt.

3.2.1.4 Häufigkeit der Aktualisierung

Da die Angaben zu Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität und Kognition einer möglichst aktuellen Einschätzung entsprechen sollten, wurden die Pflegedienste gebeten, anzugeben, wie häufig die Einschätzungen im Schnitt aktualisiert werden müssten, damit sie der aktuellen Pflegesituation entsprechen. Tabelle 10 zeigt die Angaben der Pflegedienste zur erforderlichen Aktualisierung. Jeweils ca. ein Drittel der Pflegedienste sehen es als erforderlich an, dass die Angaben „einmal pro Quartal“ bzw. „zwei Mal pro Jahr“ zu aktualisieren sind. Das

verbleibende Drittel verteilt sich relativ gleichmäßig auf die Angabe von „circa einmal im Monat“, „circa einmal pro Jahr“ und anlassbezogenen Aktualisierungen (entspricht „Sonstiges“ in Tabelle 10). Zwar machen die Entwickler keine explizite Vorgabe, wie oft die Angaben zu Mobilität und Kognition zu aktualisieren sind – aus der Vorgabe, dass bei einem Pflegegutachten älter als ein Jahr eine aktuellere näherungsweise Erfassung durch den Pflegedienst erfolgen soll, lässt sich aber ableiten, dass eine Aktualisierung mindestens einmal im Jahr erfolgen sollte. Demgegenüber meinen die meisten Pflegedienste aber, dass eine Aktualisierung nur einmal im Jahr nicht ausreichen würde und häufiger erfolgen sollte, um der aktuellen Pflegesituation zu entsprechen.

Tabelle 10: Aktualisierung der Angaben zu Mobilität und Kognition

Wie häufig müssen Angaben aktualisiert werden, damit sie der aktuellen Pflegesituation entsprechen?	Mobilität		Kognitive Fähigkeiten	
	n	%	n	%
circa einmal im Monat	13	17,1 %	6	7,9 %
circa einmal pro Quartal	25	32,9 %	28	36,8 %
circa zweimal pro Jahr	23	30,3 %	25	32,9 %
circa einmal pro Jahr	3	3,9 %	6	7,9 %
einmal zu Beginn der Pflege	-	-	1	1,3 %
Sonstiges	11	14,5 %	9	11,8 %
keine Angabe	1	1,3 %	1	1,3 %
insgesamt	76	100 %	76	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Spaltenprozent. Häufigkeit (n); Anteil (%). Sonstige Änderungen entsprechen „anlassbezogenen Aktualisierungen“.

3.2.1.5 Routinemäßige Ermittlung der benötigten Informationen

Um einzuschätzen, inwiefern Pflegedienste die Erfassung der für die Stichprobenziehung des neuen Prüfverfahrens erforderlichen Informationen ohnehin bereits regulär in ihre Prozesse integriert haben, wurde in der Online-Befragung gefragt, ob Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität und Kognition bereits routinemäßig erhoben und dokumentiert werden. Hier zeigt sich, dass die große Mehrheit der Pflegedienste solche Information bereits routinemäßig erfasst (ca. 80 %; vgl. Tabelle 11). Dies entspricht der Erwartung der Entwickler, „dass der Pflegedienst über die entsprechenden Informationen verfügt“; denn „wenn pflegebedürftige Menschen pflegerisch versorgt werden, so ist es von elementarer Bedeutung, ob in den Bereichen Mobilität und kognitive Fähigkeiten Beeinträchtigungen vorliegen“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 4).

Neben den Angaben zu Mobilität und Kognition erfordert die Liste zudem Angaben zum Bezug sog. aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen⁵. Hierzu wurden die Pflegedienste ebenfalls gebeten anzugeben, ob die Kategorisierung solcher HKP-Leistungen bereits routinemäßig erfolge. Dies wurde ebenso mehrheitlich bestätigt (Tabelle 11).

Tabelle 11: Routinemäßige Ermittlung der Informationen

Werden die Angaben schon routinemäßig erhoben?	Mobilität		Kognitive Fähigkeiten		Aufwändigere/risikobehaftete HKP	
	n	%	n	%	n	%
ja	61	80,3 %	60	78,9 %	52	68,4 %
nein	15	19,7 %	16	21,1 %	24	31,6 %
insgesamt	76	100 %	76	100 %	76	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Spaltenprozent. Häufigkeit (n); Anteil (%).

Dass trotz dieses hohen Anteils der Pflegedienste, bei denen die relevanten Informationen eigentlich bereits vorliegen, dennoch mehrheitlich angegeben wird, dass die Ermittlung der Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität und Kognition als mindestens *mäßig schwierig* empfunden wurde (vgl. Tabelle 9), erscheint zunächst widersprüchlich. Allerdings deuten die schon angeführten Schilderungen der Pflegedienste aus den Feedback-Veranstaltungen im Zusammenhang mit der Schwierigkeit der Ermittlung daraufhin (Tabelle 9, ferner auch Schilderungen zu den genutzten Informationsquellen in Tabelle 8), dass die formulierten Kriterien (gemäß Punkt 1 und 2, S. 56) nicht den Angaben entsprechen, die im Bereich der Mobilität und Kognition routinemäßig von den Pflegediensten bereits erhoben werden; und, dass die routinemäßige Erfassung nicht auf sämtliche versorgten Personen gleichermaßen zutrifft (bei Personen, die nur SGB V-Leistungen beziehen, findet die Erfassung nicht in vergleichbarem Umfang wie bei SGB XI-Kunden statt).

Solche Schilderungen widersprechen streng genommen der Annahme, dass die Informationen für die Liste den Pflegediensten bereits vorliegen. Da die Gutachten den Pflegediensten zumeist nicht vorliegen, die einrichtungsinterne, eigene Informationserfassung der Pflegedienste bislang nicht auf Grundlage der Vorgaben des Begutachtungsinstrumentes zu erfolgen hatte und auch der Wortlaut der für den ambulanten Bereich formulierten Kriterien (gemäß Punkt 1 und 2, S. 56), die

⁵ Darunter fallen Ziffer 6 Absaugen, Ziffer 8 Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts, Ziffer 12 Dekubitusbehandlung, Ziffer 24 Spezielle Krankenbeobachtung, Ziffer 24a Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten, Ziffer 29 Wechsel und Pflege der Trachealkanüle, Ziffer 30 Pflege des zentralen Venenkatheters, Ziffer 31 Verbände, Anlegen und Wechseln von Wundverbänden (bei chronischen Wunden, nicht Kompressionsstrümpfe und -verbände).

bei Fehlen der Gutachten anzuwenden sind, neu ist, erfordert die Liste von den Pflegediensten durchaus Angaben, die in dieser Form bislang nicht erforderlich waren. Die Angaben zu den Merkmalen auf der Liste erfordern so zumindest eine zusätzliche Beurteilung der bereits vorliegenden Informationen dahingehend, ob eine gemäß den Kriterien der Liste relevante Beeinträchtigung im Bereich der Mobilität und/oder Kognition vorliegt. Dies geht allein aus den bislang notwendigen und damit in jedem Fall vorliegenden Informationen nicht direkt hervor. Diese zusätzliche Beurteilung mag nun manchen Pflegediensten leichter fallen als anderen; sie wird aber erst durch die Erstellung der Liste notwendig und stellt somit eine zusätzliche Anforderung an die Dienste.

Ferner zeigen die Schilderungen zu den Schwierigkeiten bei der Interpretation der Kriterien auch, dass deren Formulierung (gemäß Punkt 1 und 2, S. 56) keine einheitliche Anwendung garantiert. Da die Beurteilung der Beeinträchtigungen für die Liste in Zukunft durch die Pflegedienste erfolgen wird, wäre im Sinne einer besseren Vergleichbarkeit und Transparenz zu fordern, dass die Kriterien für die Feststellung von relevanten Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität und Kognition so definiert werden, dass sie von Pflegediensten identisch verstanden und standardisiert angewendet und nicht unterschiedlich interpretiert werden können. Ob der Verzicht auf die Vorgabe eines strukturierten Assessments dabei zielführend ist, ist zu hinterfragen.

Bei einer strengen (wortwörtlichen) Auslegung der Formulierung des ersten Kriteriums (Beeinträchtigungen der Mobilität; vgl. S. 56) ergibt sich, dass Personen, die Mobilitätseinschränkungen durch Hilfsmittel kompensieren und bei der Fortbewegung in der Wohnung nicht auf fremde Hilfe angewiesen sind, grundsätzlich nicht als beeinträchtigt einzuschätzen sind. Beim Kriterium zur beeinträchtigen Kognition (vgl. S. 56) ist bei einer entsprechend wortwörtlichen Auslegung keine Person als kognitiv beeinträchtigt zu bewerten, die nicht gleichzeitig Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, der zeitlichen und örtlichen Orientierung sowie der Personenerkennung zeigt. In den Feedback-Veranstaltungen wurde von den Teilnehmern in Frage gestellt, wie sinnvoll es sei, solch strenge Kriterien anzuwenden, die auf einen erheblichen Anteil der Kunden der Pflegedienste nicht zuträfen. Diesem Standpunkt kann zwar entgegengehalten werden, dass es durchaus im Sinne eines Stichprobenverfahrens sein kann, besonders beeinträchtigte Personen zu selektieren. Zunächst scheint jedoch das vorrangige Ziel der formulierten Kriterien in einer vereinfachten Einschätzung von Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität und Kognition zu liegen, ohne dass ein strukturiertes Assessment erforderlich würde, nicht in der Selektion besonders stark beeinträchtigter Fälle. Daher sollte nochmals kritisch geprüft werden, ob die Kriterien beibehalten werden können. Dies auch vor dem Hintergrund, dass durchschnittlich mehr als die Hälfte der versorgten Personen von vornherein von der Stichprobenziehung ausgeschlossen wird (vgl. Tabelle 17).

Darüber hinaus ist anzumerken, dass sich die beiden für das ambulante Verfahren genannten Kriterien nur eingeschränkt mit den Vorgaben des Begutachtungsinstruments zur Beurteilung von Pflegebedürftigkeit in den

Bereichen Mobilität und Kognition decken. Eine Beeinträchtigung im Bereich der Mobilität wird im Begutachtungsinstrument nicht gleichermaßen auf die (selbstständige) Fortbewegung in der Häuslichkeit eingegrenzt und eine Beeinträchtigung im Bereich der Kognition erfordert nicht, dass Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, der zeitlichen und örtlichen Orientierung sowie der Personenerkennung *gleichzeitig* vorliegen. Da zumindest manche Prüfer vor oder parallel zur Pilotierung für das neue stationäre Prüfverfahren geschult wurden (vgl. Kapitel 3.6.9) und dieses u. a. eine Prüfung von Indikatoren auf Grundlage des Begutachtungsinstruments vorsieht, wurde in den Feedback-Veranstaltungen von einigen berichtet, dass sie in den Pilot-Prüfungen Schwierigkeiten gehabt hätten, die als unterschiedlich empfundenen Vorgaben für den stationären und ambulanten Bereich auseinander zu halten bzw. miteinander in Einklang zu bringen. Dies wurde auch als konkrete Erklärung dafür angeführt, dass es teilweise zu unterschiedlichen Ansichten der Prüfer und Pflegedienste gekommen sei, wie die Kriterien beeinträchtigter Mobilität und Kognition zu verstehen und anzuwenden seien. Andere Prüfer schilderten wiederum, dass es einigen Pflegediensten schwergefallen sei, die Kriterien selbst anzuwenden und man daher auf die Unterstützung der Prüfer bei der Einteilung der Liste vertraut habe.

3.2.2 Vollständigkeit der Liste der versorgten Personen

In Bezug auf die Vollständigkeit der Liste der versorgten Personen liegen sowohl Daten aus der Online-Befragung der Pflegedienste als auch aus den Bewertungsfragen, die die Prüfer beantworteten, vor.

3.2.2.1 Angaben der Pflegedienste zur Vollständigkeit

In der Online-Befragung der Pflegedienste wurde erhoben, inwiefern die für die Stichprobenziehung erstellte Liste die relevanten Angaben zu Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität bzw. Kognition und aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen enthielt. Tabelle 12 zeigt die Angaben der Pflegedienste für alle drei Merkmale getrennt sowie für alle drei Merkmale gemeinsam (letzte Spalte „insgesamt“ in Tabelle 12). Wie aus Tabelle 12 ersichtlich, wurden nach Angaben der Pflegedienste in nur $n = 2$ Einrichtungen Listen für die Stichprobenziehung genutzt, die nicht zu allen Merkmalen Informationen enthielten. Dabei handelt es sich um einen allgemeinen Pflegedienst ohne Angaben zu aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen und einen Pflegedienst mit psychiatrischer Spezialisierung ohne Angaben zu Beeinträchtigungen der Mobilität und aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen.

Beide Pflegedienste ohne vollständige Informationen auf den Listen geben an, dass sie einen nur kleinen Kundenkreis haben, so dass eine Unterteilung nach den Merkmalen nicht sinnvoll sei. Der psychiatrische Pflegedienst gibt zudem an, dass aufgrund der speziellen Zusammensetzung der versorgten Personen eine Unterteilung nach Mobilität, kognitiven Fähigkeiten und Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen nicht erforderlich sei. Der

allgemeine Pflegedienst gibt zudem an, dass es zeitlich nicht zu bewerkstelligen war, eine Liste mit den notwendigen Angaben zu erstellen.

Tabelle 12: Informationen auf der Liste

Waren die Angaben enthalten?	Mobilität		Kognitive Fähigkeiten		Aufwändigere/risikobehaftete HKP		Angaben enthalten (insgesamt)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ja	75	98,7	76	100 %	74	97,4	74	97,4
nein	1	1,3	-	-	2	2,6	2	2,6
insgesamt	76	100 %	76	100 %	76	100 %	76	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Spaltenprozent. Häufigkeit (n); Anteil (%).

Darüber hinaus wird in der Online-Befragung von n = 27 Pflegediensten die>Listenerstellung weiter kommentiert. Davon liefern n = 8 keine für die Weiterentwicklung des neuen Prüfverfahrens relevanten Hinweise [z. B. „trifft nicht zu“; „Änderungen zur Mobilität bzw. Kognitiven Fähigkeiten ergeben sich selbstverständlich aus der täglichen Beobachtung durch die jeweiligen Pflegekräfte vor Ort“; „Wir haben es als positiv empfunden, dass erklärt wurde wie die Zahlen im Einzelnen erhoben werden sollen [...]“]. Die übrigen n = 19 Kommentare enthalten Hinweise auf mögliche Schwierigkeiten bei der>Listenerstellung.

Am häufigsten wird angegeben (n = 12 Fälle), dass die Kriterien zur Feststellung von Beeinträchtigungen der Mobilität oder Kognition unklar waren bzw. als unpassend empfunden wurden [beispielhafte Zitate: „[...] unklare Definition bzgl. Einschränkung [...] APP Klienten (häufig ohne Einschränkungen) fallen raus“; „1. die Definition der Mobilität mit der Begrifflichkeit ‚benötigt personelle Hilfe‘ ist unklar. Z. B. Menschen, die selbständig im Rollstuhl sind, werden so nicht erfasst. 2. Feststellung der Einschränkung von Kognition muss ärztlich erfolgen. Tut es aber oft nicht, dadurch fallen viele Personen aus dem Prüfraster.“; „Die Definition der Mobilität bitte genauer definieren. Was heißt ‚personelle Hilfe‘? Muss die PFK bei der Mobilisation anwesend sein um bei Bedarf eingreifen zu können? Muss die PFK den Patienten bei der Mobilisation z. B. ‚am Arm halten‘, um dieses Kriterium ‚Mobilität‘ zu erfüllen?“; „Die Liste zur Kognition und Mobilisation war sehr schwierig zu erstellen, da die Definitionen die der Einschätzung zugrunde liegen nicht eindeutig waren für uns oder schwer richtig zu verstehen.“; „Einschätzung der Kognition war eher schwierig, da viele Patienten besonders Patienten mit psychiatrischer Krankheit nur eine leichte kognitive Störung haben z. B. in der Denkleistung.“; „[...] es hätte weitere Informationen zu den Auswahlkriterien geben müssen. Bei der Kognition reicht es nicht aus, das mangelnde Kurzzeitgedächtnis als Auswahlkriterium zu haben. Es gibt noch viel mehr Kriterien, die nicht nur das Kurzzeitgedächtnis betreffen, bzw. eine Einschränkung auch vorliegen kann, wenn das Kurzzeitgedächtnis noch vermeintlich intakt ist. [...]“; „Die Einschätzung zur

Mobilität war sehr schwierig. Laut [Vorgaben] sollen es Menschen sein, die auf ihren Beinen laufen können, jedoch nur in personeller Begleitung. Davon hätten wir nur einen gehabt (bei ca. 350 Kunden). Während der Prüfung haben wir vereinbart: bettlägerige Menschen und die, die einen Transfer benötigen, sich dann aber mit einem Hilfsmittel selbständig bewegen. [...]“.

In n = 6 Fällen weisen die Kommentare auf hohe Aufwände bei der Ermittlung der relevanten Merkmale für die Liste [Zitate: „Die Angaben sind zum Teil bei SGB V-Leistungen sehr schwer zu ermitteln. Z. B. bei 1x wöchentlich Medikamente richten ist dies beinahe unmöglich.“; „SGB V-Kunden mussten alle gesondert erfragt werden. Das nahm sehr viel Zeit in Anspruch. Sollte dieses Prüfinstrument beschlossen werden, muss der Programmanbieter diese Änderung einpflegen.“; „händische Zusammenstellung war aufwändig, Softwareunternehmen müssten [das] per Knopfdruck realisieren können, wenn QPR an den Start geht. Unsicherheiten bzgl. des Grades der Einschränkungen Kognition [...] Routinemäßig in SIS aber noch nicht in der Pflegesoftware“; „Leider wird dem Kunden nicht grundsätzlich das MDK Gutachten mit der Einstufung bzw. Höherstufung zugeschickt.“; „Unser Programm [...] wurde noch nicht den ‚neuen‘ Richtlinien angepasst, deshalb war es teilweise sehr schwierig die Angaben zur Mobilität und kognitiven Einschränkung vorzunehmen.“].

In n = 3 Fällen weisen die Kommentare auf Unklarheiten zu prüfrelevanten Leistungen [Zitate: „[...] Durch die Darstellung aller Kunden auf einer Liste kann es sein, dass ein Kunde, der sowohl Mobilitäts- als auch Kognitionseinschränkungen hat, gezogen wird, obwohl er nur SGB V-Leistungen hat.“; „Die Liste wurde wie vorgegeben vorbereitet. [...] Im Rahmen der Stichprobenziehung wurde als erstes erfragt, bei welchen Kunden Grundpflege geleistet wird und diese wurden vom Prüfer farblich markiert.“; „Unsicherheit SGB V, wer muss auf Liste (z. B. Med.-gabe mit Mob.-Einschränkung?) [...]“].

In n = 2 Fällen beschreiben die Pflegedienste Klärungsbedarf bzgl. des genauen Vorgehens bei der Stichprobenziehung, v. a. bei der Auswahl von Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen [Zitate: „Bei der Ziehung der HKP Patienten [lagen] verschiedene Informationen [bei] uns und den Prüferinnen [vor]. Ich habe es so verstanden das die HKP-Patienten dazu gezogen werden, wenn mit den gezogenen die Punkte auf der HKP-Liste wie z. B. Trachealkanüle oder Beatmung nicht abgedeckt sind.“; „[...] Bei der Ermittlung wurden sofort ‚Ersatzkunden‘ ausgewählt, bevor klar war, ob die Erstausswahl teilnimmt. Wegen fehlender Zustimmungen wurden mit hohem Aufwand fast alle Kunden der Liste abtelefoniert und damit war es eigentlich keine Stichprobe mehr. [...] [Wir] wurden [...] im Vorfeld nicht darüber informiert, dass bei fehlenden ‚HKP-Kunden‘ diese mit anderen Kunden aufgefüllt werden. In unserem Fall hätte die Stichprobe eigentlich 6 Kunden ergeben müssen, der Prüfer hat auf mindestens 9 gelenkt.“].

3.2.2.2 Angaben der Prüfer zur Vollständigkeit

Die Prüfer wurden anhand von Bewertungsfragen in der Pilot-Software ebenfalls um Angaben zur Liste der versorgten Personen gebeten. Zunächst ist festzustellen, dass den Prüfern am Tag der Pilot-Prüfung in aller Regel eine Liste von den Pflegediensten zur Verfügung gestellt werden konnte (Tabelle 13; für n = 2 Pflegedienste fehlt die Angabe).

Tabelle 13: Verfügbarkeit der Liste zur Stichprobenziehung

Konnte der Pflegedienst eine Liste der aktuell nach SGB XI oder SGB V versorgten Personen zur Verfügung stellen?	Häufigkeit (n)	Anteil (%)
Ja	74	97,4 %
Nein	-	-
keine Angabe	2	2,6 %
insgesamt	76	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Spaltenprozent

Tabelle 14 zeigt die Angaben der Prüfer zur Vollständigkeit der Liste im Hinblick auf Angaben zu Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität bzw. Kognition und zu aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen. Von den Prüfern wird für n = 60 Pflegedienste (79 %) angegeben, dass die Liste vollständig war und somit keine Ergänzung von Informationen *während* der Prüfung erforderlich war; bei n = 14 Pflegedienste wurde hingegen eine unvollständige Liste geliefert. Beim Vergleich mit den Angaben der Pflegedienste (Tabelle 12) wird erkennbar, dass von den Prüfern etwas seltener als von den Pflegediensten angegeben wurde, dass die Listen die erforderlichen Informationen enthielten (von den Pflegediensten wird dies in n = 67 Fällen angegeben).

Tabelle 14: Vollständigkeit der Liste

Vollständigkeit der Angaben zu ...	Mobilität		Kognitive Fähigkeiten		Aufwändigere/risikobehaftete HKP		Vollständigkeit der Angaben insgesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	68	89,5 %	68	89,5 %	63	82,9 %	60	78,9 %
Nein	6	7,9 %	6	7,9 %	11	14,5 %	14	18,4 %
keine Angabe	2	2,6 %	2	2,6 %	2	2,6 %	2	2,6 %
insgesamt	76	100 %	76	100 %	76	100 %	76	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Spaltenprozent

Die häufigere Angabe durch Pflegedienste, dass die Informationen auf der Liste enthalten waren, könnte damit zusammenhängen, dass die Frage nicht im Sinne der Vollständigkeit interpretiert wurde, sondern lediglich, ob generell Informationen zu den relevanten Merkmalen auf den Listen enthalten waren (Wortlaut der Frage in der Online-Befragung der Pflegedienste: „Waren die folgenden Angaben auf der Liste enthalten, die für die Stichprobenziehung genutzt wurde?“). Generell waren Informationen zu allen relevanten Merkmalen zwar so gut wie immer enthalten; gemäß den Angaben der Prüfer waren sie vermutlich aber nicht immer für alle Personen *vollständig* enthalten (vgl. Tabelle 14). Zudem hat sich gezeigt, dass in manchen Pflegediensten die Angaben auf den Listen zum Teil *während* der Prüfung ergänzt wurden (vgl. Tabelle 7). Es ist möglich, dass die Pflegedienste bei ihrer Angabe die Vollständigkeit der Liste nach erfolgter Ergänzung während der Prüfung im Sinn hatten, während Prüfer sich auf die ursprünglich durch Pflegedienste gelieferte Liste bezogen.

Bei $n = 12$ der insgesamt vierzehn Pflegedienste mit unvollständigen Listen konnten die fehlenden Informationen während der Prüfung ergänzt werden – damit erhöht sich die Anzahl der Einrichtungen mit vollständigen Informationen für die Stichprobenziehung auf $n = 72$ Pflegedienste ($n = 60$ Pflegedienste mit vollständigen Listen zzgl. $n = 12$ Pflegedienste für die die Informationen ergänzt werden konnten). Somit konnten nur bei $n = 2$ Pflegediensten die fehlenden Informationen nicht ergänzt werden. Für die meisten Pflegedienste, bei denen die fehlenden Informationen ergänzt wurden, wird angegeben, dass diese auf Grundlage der Einschätzung der Mitarbeitenden des Pflegedienstes bzw. der verantwortlichen Pflegefachkraft während der Prüfung ergänzt wurden ($n = 10$). Für jeweils $n = 1$ Pflegedienst wird angegeben, dass die Information anhand der Pflegedokumentation bzw. anhand sonstiger Dokumentationen, die der Pflegedienst zum Zweck des internen Qualitätsmanagements erstellt hat, ergänzt wurde. Dass die fehlenden Informationen während der Prüfung ergänzt wurden, deckt sich auch mit der Schilderung der Prüfer in den Feedback-Veranstaltungen, dass sich die Pflegedienste bei der Interpretation und Anwendung der Kriterien zur Bestimmung beeinträchtigter Mobilität und Kognition im Vorfeld der Prüfung zum Teil unsicher waren. Die Pflegedienste hätten daher bewusst bis zur Prüfung gewartet, um die Kriterien mit den Prüfern nochmals abzustimmen.

3.2.2.3 Anzahl Personen auf den Listen

Um eine Vorstellung davon zu erhalten, wie viele Personen insgesamt von den Pflegediensten versorgt werden, wurden die Prüfer gebeten zu jedem Pflegedienst anzugeben, wie viele Personen auf der Liste standen. Tabelle 15 zeigt die Angaben der Prüfer zur Anzahl der Personen auf den Listen. Insgesamt liegen Angaben für $n = 71$ Pflegedienste zur Gesamtzahl der Personen auf den Listen vor. Zur besseren Darstellung wurden Größenklassen gebildet. Die Verteilung der Pflegedienste über die Größenklassen fällt relativ gleichmäßig aus; dies hängt sicherlich auch damit zusammen, dass gemäß Stichprobenplan versucht wurde unterschiedlich große Einrichtungen möglichst gleichmäßig an der Pilotierung zu beteiligen (vgl. Tabelle

3). Lediglich besonders große Einrichtungen mit mehr als 200 versorgten Personen kommen etwas seltener vor.

Tabelle 15: Anzahl Pflegedienste gruppiert nach Anzahl der versorgten Personen auf der Liste

		Anzahl der versorgten Personen auf der Liste							
		bis 25	26-50	51-75	76-100	101-150	151-200	>200	Gesamt
n		12	7	10	14	12	11	5	71
%		15,8 %	9,2 %	13,2 %	18,4 %	15,8 %	14,5 %	6,6 %	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Anzahl der PD (n) und Zeilenprozent (%). Für n = 5 PD werden keine Angaben zur Gesamtzahl der versorgten Personen der Liste gemacht.

Tabelle 16 zeigt den Mittelwert der Gesamtzahl der Personen auf den Listen für insgesamt n = 71 Pflegedienste. Im Mittel wird angegeben, dass sich 102 versorgte Personen auf der Liste befinden (M = 101,8; SD = 82,0; Min = 1,0; Max = 456; n = 71). Dabei wird für Pflegedienste mit unvollständigen Listen durchschnittlich eine höhere Anzahl von Personen angegeben (M = 121,4; SD = 75,8; Min = 1; Max = 303; n = 14) als für Pflegedienste mit vollständigen Listen (M = 96,9; SD = 83,4; Min = 8; Max = 456; n = 57).

Tabelle 16: Anzahl der versorgten Personen auf den Listen

Information auf Listen	Summe	Anteil (%)	M	SD	Min	Max	n
unvollständig	1.699	23,5 %	121,4	75,8	1	303	14
vollständig	5.525	76,5 %	96,9	83,4	8	456	57
insgesamt	7.224	100 %	101,7	82,0	1	456	71

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Anteil (%) zeigt Spaltenprozent der Summe der Personen auf unvollständigen und vollständigen Listen. Für n = 5 PD werden keine Angaben zur Gesamtzahl der versorgten Personen der Liste gemacht.

3.2.2.4 Zugehörigkeit der Personen auf den Listen zu den Gruppen a bis c

Die Prüfer gaben außerdem an, wie viele Personen auf den Listen Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität bzw. Kognition zeigten. Aus der Kreuzung dieser beiden Eigenschaften ergibt sich die für die Stichprobenziehung relevante Einteilung der Personen in die folgenden Gruppen (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 12):

- ◆ Gruppe a: Mobilität und kognitive Fähigkeiten sind beide beeinträchtigt.

- ◆ Gruppe b: Mobilität ist beeinträchtigt, kognitive Fähigkeiten sind unbeeinträchtigt.
- ◆ Gruppe c: Mobilität ist unbeeinträchtigt, kognitive Fähigkeiten sind beeinträchtigt.

Tabelle 17 zeigt die Anteile der Personen in den drei Gruppen und deren durchschnittliche Anzahl auf den Listen (insgesamt liegen nur für n = 67 Pflegedienste vollständige Angaben zur Gesamtzahl sowie der Anzahl der Personen in den Gruppen vor).

Tabelle 17: Mittlere Anzahl der Personen pro Gruppe auf den Listen

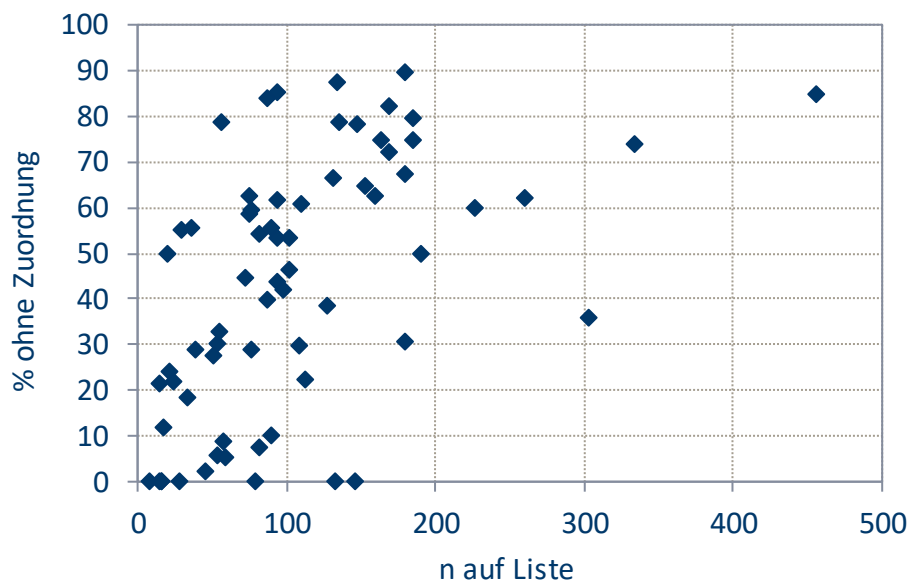
Anzahl Personen	Summe	Anteil (%)	M	SD	Min	Max	n (PD)
Gruppe a	1.089	15,2 %	16,3	16,5	0	90	67
Gruppe b	1.181	16,5 %	17,6	14,7	1	75	67
Gruppe c	997	13,9 %	14,9	14,5	0	63	67
Andere	3.889	54,3 %	58,0	67,3	0	386	67
insgesamt	7.156	100,0 %	106,8	81,7	8	456	67

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Gruppe a: Einschränkungen im Bereich der Mobilität und Kognition; Gruppe b: Einschränkungen ausschließlich im Bereich der Mobilität; Gruppe c: Einschränkungen ausschließlich im Bereich der Kognition; „andere“: keiner der Gruppen a bis c zugeordnet. Tabelle zeigt Anzahl ausschließlich für PD mit vollständigen Informationen zu versorgten Personen (Informationen mit der Liste geliefert oder während der Prüfung zusammengetragen; insg. n = 72 PD mit vollständigen Informationen auf Liste, davon fehlen für n = 5 PD Angaben zur Anzahl der versorgten Personen in den Gruppen a bis c).

Auffallend ist der hohe Anteil der Personen auf den Listen der Pflegedienste, die keiner der Gruppen a, b oder c zugeordnet werden (54,3 %). Nur n = 8 Pflegedienste ordneten alle Personen auf der Liste einer der Gruppen a, b oder c zu. Die übrigen Pflegedienste ordneten zwischen 2 Prozent (2,2 %) und 90 Prozent (89,44 %) der Personen keiner der Gruppen zu, wobei dies bei n = 28 Pflegediensten zwischen 2 und 50 Prozent und bei weiteren n = 31 Pflegediensten zwischen 51 und 90 Prozent der Personen auf der Liste betraf (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Anteil der Personen ohne Zuordnung nach Gesamtzahl auf Liste



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: X-Achse entspricht der Gesamtzahl der Personen auf der Liste (n). Y-Achse entspricht dem Anteil (%) der Personen ohne Zuordnung zu den Gruppen (a, b oder c) an sämtlichen Personen auf der Liste.

Entsprechend der Angaben der Prüfer zur Vollständigkeit der Listen kann die fehlende Zuordnung eines hohen Anteils der Personen zu den Gruppen a, b oder c allerdings nicht mit fehlenden Informationen erklärt werden (Anzahl der Einrichtungen mit vollständigen Informationen: $n = 72$; jeweils nur $n = 2$ Pflegedienste mit unvollständigen Information bzw. ohne Angaben zur Vollständigkeit der Liste). Um eine Erklärung für den unerwartet hohen Anteil der Personen auf den Listen zu finden, die weder eine Beeinträchtigung der Kognition noch der Mobilität zeigten, wurde dieser Befund in den Feedback-Veranstaltungen vertieft diskutiert. Der hohe Anteil stieß bei den Teilnehmern nicht auf Verwunderung.

Da den Pflegediensten zumeist keine aktuellen Begutachtungsergebnisse zur Pflegebedürftigkeit vorliegen, wurde die Einschätzung der Beeinträchtigungen für die Pilot-Prüfungen in aller Regel durch Mitarbeitende der Pflegedienste vorgenommen (vgl. Tabelle 8). Wie bereits dargestellt, kam es in diesem Zusammenhang zu Schwierigkeiten bei der Interpretation und Anwendung der vorgegebenen Kriterien (i. S. der Punkte 1 und 2 auf S. 56) zur Feststellung von Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität und Kognition (vgl. Tabelle 9). Werden die formulierten Kriterien wortwörtlich genommen, ergeben sich daraus relativ strenge Einschlusskriterien. Tatsächlich wurde berichtet, dass die vom Verfahren vorgegeben Kriterien für Beeinträchtigungen der Mobilität und Kognition derart streng seien, dass sie auf einen hohen Anteil der Kunden von ambulanten Pflegediensten nicht zuträfen.

In den Feedback-Veranstaltungen wurde dazu erörtert, dass ambulant versorgte Personen sich i. d. R. mit Hilfsmitteln selbstständig in ihrer Wohnung fortbewegen könnten. Auch da zumeist die Personen selbst zur Haus- /Wohnungstür kämen, um die Mitarbeitenden der Pflegedienste hineinzulassen, spräche dies für die noch erhaltene selbstständige Fortbewegung. Sollte diese nicht möglich sein, entspräche das fast einem Ausschlusskriterium für die Aufrechterhaltung der Versorgung in einem ambulanten Setting. In Bezug auf kognitive Beeinträchtigungen wurde berichtet, dass insbesondere aufgrund der Verbindung der genannten Charakteristika mit einem „und“ („Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, der zeitlichen *und* örtlichen Orientierung *sowie* der Personenerkennung“) das Kriterium auf einen nur geringen Anteil der versorgten Personen zuträfe.

Darüber hinaus wurde berichtet, dass es in den Pflegediensten einen hohen Anteil von Personen gebe, die lediglich HKP-Leistungen nach SGB V bezögen, ansonsten aber nicht pflegebedürftig seien. Hier wurden in den Feedback-Veranstaltungen sowohl Mischverhältnisse von 40 Prozent der Kunden ausschließlich mit Leistungen nach SGB V gegenüber 60 Prozent mit Leistungen nach SGB XI als auch anders herum genannt (60 Prozent ausschließlich mit Leistungen nach SGB V gegenüber 40 Prozent mit Leistungen nach SGB XI). Solche nicht pflegebedürftigen Personen würden oft keine persistierende Beeinträchtigung im Bereich der Mobilität oder Kognition zeigen, würden daher auch den Kriterien auf der Liste nicht entsprechen.

Tabelle 18 zeigt die mittlere Anzahl der Personen in den Gruppen a, b, c und ohne Zuordnung getrennt für die drei Einrichtungstypen (allgemein, intensiv, psychiatrisch). In ANOVAs (bei fehlender Homogenität der Varianzen robuster Test nach Welch) mit Einrichtungstyp als unabhängige Variable und der jeweiligen Anzahl der Personen je Gruppe als abhängige Variablen zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede ($p \geq .097$). Obwohl sich in den Anteilen und Mittelwerten unterschiedliche Gruppengrößen für die drei Einrichtungstypen abzeichnen, kann statistisch aufgrund der breiten Streuung der Gruppengrößen kein Unterschied festgestellt werden.

Tabelle 18: Mittlere Anzahl der Personen pro Gruppe auf den Listen nach Einrichtungstyp (Pilotierungsgruppe I)

	Gruppen	Summe	Anteil (%)	M	SD	Min	Max	n (PD)
Allgemein	Gruppe a	226	10,7 %	14,1	20,8	2	90	16
	Gruppe b	296	14,0 %	18,5	17,6	5	75	16
	Gruppe c	320	15,1 %	20,0	17,4	0	54	16
	andere	1272	60,2 %	79,5	96,1	0	386	16
	insgesamt	2114	100 %	132,1	114,2	14	456	16
Intensiv	Gruppe a	213	33,8 %	21,3	12,3	4	41	10
	Gruppe b	109	17,3 %	10,9	10,0	2	32	10
	Gruppe c	69	11,0 %	6,9	12,6	0	34	10
	andere	239	37,9 %	23,9	38,4	0	95	10
	insgesamt	630	100 %	63,0	64,1	8	190	10
Psychiatrisch	Gruppe a	197	23,5 %	21,9	26,5	6	87	9
	Gruppe b	107	12,8 %	11,9	10,5	1	35	9
	Gruppe c	90	10,7 %	10,0	8,2	3	25	9
	andere	444	53,0 %	49,3	58,4	0	161	9
	insgesamt	838	100 %	93,1	60,9	20	180	9

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Anteil (%) als Spaltenprozent. Tabelle berücksichtigt ausschließlich PD aus Pilotierungsgruppe I mit vollständigen Informationen zu versorgten Personen (Informationen mit der Liste geliefert oder während der Prüfung zusammengetragen).

Betrachtet man ausschließlich Pflegedienste mit vollständigen Informationen zu den versorgten Personen (mit der Liste geliefert oder während der Prüfung zusammengetragen), zu deren genauer Anzahl die Prüfer zudem vollständige Angaben machen (Angaben insgesamt und in den Gruppen a, b und c mit und ohne aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen), so beziehen insgesamt n = 600 Personen aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen (vgl. Tabelle 19). Dies entspricht einem Anteil von 10 Prozent mit dieser Art Leistung an allen versorgten Personen (n = 600, 9,8 % von insg. n = 6.114 Personen aus 57 Pflegediensten mit vollständigen Informationen auf der Liste, zu denen die Prüfer zudem vollständige Angaben zur Anzahl der Personen in den Gruppen machen; die Gesamtzahl von n = 7.156 Personen in Tabelle 17 berücksichtigt auch Fälle mit fehlenden Angaben der Prüfer zur Anzahl der Personen mit und ohne aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen).

Tabelle 19: Mittlere Anzahl der Personen auf der Liste mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen und Gruppenzugehörigkeit

Anzahl Personen	Summe	Anteil (%)	M	SD	Min	Max	n (PD)
insgesamt	600	100 %	10,5	11,1	0	59	57
davon in ...							
Gruppe a	214	35,7 %	3,8	7,3	0	41	57
Gruppe b	125	20,8 %	2,2	2,9	0	18	57
Gruppe c	32	5,3 %	0,6	1,0	0	5	57
andere	229	38,2 %	4,0	4,9	0	19	57

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Anteil (%) als Spaltenprozent. Tabelle berücksichtigt ausschließlich PD mit vollständigen Informationen zu versorgten Personen (Informationen mit der Liste geliefert oder während der Prüfung zusammengetragen; einschließlich vollständiger Angaben zur genauen Personenzahl mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen: n = 57 PD). Bezogen auf die Summe der Personen in diesen PD, entspricht n = 600 Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen einem Anteil von 10 Prozent.

Auffällig ist auch hier, dass mit fast 40 Prozent ein relativ hoher Anteil der Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen keiner der Gruppen a bis c zugeordnet ist (n = 229; 38,2 %). Insgesamt machen Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen aber einen nur geringen Anteil an sämtlichen Personen aus, für die keine Einschränkungen der Mobilität oder Kognition angegeben werden (n = 229 entsprechen 7 % von insg. 3.292 Personen aus 57 Pflegediensten mit vollständigen Informationen auf den Listen und vollständigen Angaben der Prüfer; die Anzahl von n = 3.899 Personen ohne Zuordnung zu den Gruppen a bis c aus 67 Pflegediensten in Tabelle 17 berücksichtigt auch Fälle mit fehlenden Angaben der Prüfer zur Anzahl der Personen mit und ohne aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen).

Wie Tabelle 20 zu entnehmen ist, stammen die meisten Personen ohne Zuordnung zu den Gruppen a bis c mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen vorrangig aus allgemeinen Pflegediensten. In spezialisierten Pflegediensten (intensiv, psychiatrisch) fallen sowohl der Anteil als auch die absolute und mittlere Anzahl der Personen ohne Zuordnung und mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen deutlich geringer aus. Insgesamt betrachtet gibt es insbesondere in psychiatrischen Pflegediensten nur sehr wenig Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen.

Tabelle 20: Mittlere Anzahl der Personen auf der Liste mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen und Gruppenzugehörigkeit nach Einrichtungstyp (Pilotierungsgruppe I)

	Anzahl Personen	Summe	Anteil (%)	M	SD	Min	Max	n (PD)
Allgemein	insgesamt	140	100 %	10,0	8,2	0	25	14
	davon in ...							
	Gruppe a	22	15,7 %	1,6	1,7	0	5	14
	Gruppe b	21	15,0 %	1,5	1,5	0	5	14
	Gruppe c	8	5,7 %	0,6	0,9	0	3	14
	andere	89	63,6 %	6,4	6,7	0	19	14
Intensiv	insgesamt	230	100 %	25,6	18,2	7	59	9
	davon in ...							
	Gruppe a	145	63,0 %	16,1	12,3	4	41	9
	Gruppe b	54	23,5 %	6,0	5,1	2	18	9
	Gruppe c	10	4,3 %	1,1	1,8	0	5	9
	andere	21	9,1 %	2,3	2,8	0	8	9
Psychiatrisch	insgesamt	22	100 %	3,1	2,0	0	6	7
	davon in ...							
	Gruppe a	7	31,8 %	1,0	1,4	0	4	7
	Gruppe b	5	22,7 %	0,7	1,1	0	3	7
	Gruppe c	2	9,1 %	0,3	0,5	0	1	7
	andere	8	36,4 %	1,1	1,1	0	3	7

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Anteil (%) als Spaltenprozent. Tabelle berücksichtigt ausschließlich PD aus Pilotierungsgruppe I mit vollständigen Informationen zu versorgten Personen. Bezogen auf die Summe der Personen in diesen PD, entspricht der Anteil der Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen 7,1 % in allgemeinen PD, 46,1 % in intensivpflegerischen PD und 4,4 % in psychiatrischen PD.

3.2.2.5 Anmerkungen der Prüfer

Darüber hinaus hatten die Prüfer auch die Möglichkeit weitere Anmerkungen zu ihren Erfahrungen mit der Liste während der Pilot-Prüfung in der Pilot-Software zu hinterlegen. Bei n = 29 Pflegediensten (38,2 % der insg. n = 76 teilnehmenden Pflegediensten) machten die Prüfer weitere Anmerkungen zur Liste der versorgten Personen. Davon liefern n = 8 keine für die Weiterentwicklung des neuen

Prüfverfahrens relevanten Hinweise [beispielhafte Zitate: „entfällt“; „keine“; „Der/die Gutachter/in hat im Rahmen der Prüfung die Bewertungsfragen nicht zeitnah beantwortet, im Nachgang konnte dies nicht mehr eruiert werden.“]. Hingegen weisen die verbleibenden n = 21 Anmerkungen auf Schwierigkeiten bei der Listenerstellung bzw. der Arbeit mit der Liste bei der Stichprobenziehung hin. In den 21 Anmerkungen werden folgende Themen angesprochen:

- ◆ Schwierigkeiten bei der Einschätzung von Einschränkungen der Mobilität und der kognitiven Fähigkeiten (n = 10 Anmerkungen)
- ◆ Unklarheiten bezüglich der bei der Listenerstellung zu berücksichtigenden Leistungen aus SGB V bzw. SGB XI (n = 10)
- ◆ Schwierigkeiten bei der Bestimmung aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen (n = 2)
- ◆ Unklarheiten bezüglich der bei der Listenerstellung zu berücksichtigenden weiteren Leistungen (n = 2)

Diese Anmerkungen werden in der Folge detaillierter betrachtet. Weiterhin werden Erkenntnisse aus den Feedback-Veranstaltungen berichtet, die zur Einordnung und Interpretation dieser Ergebnisse beitragen.

Bei zehn Pflegediensten wiesen die Prüfer auf Schwierigkeiten bei der Einschätzung von Einschränkungen der Mobilität bzw. der kognitiven Fähigkeiten und damit der Zuordnung der Personen zu den für die Stichprobenziehung erforderlichen Gruppen a, b und c hin. Insbesondere bei der Einschätzung der Mobilität seien die Kriterien den Beteiligten zum Teil unklar gewesen [beispielhafte Zitate: „Wenn eine Mobilitätseinschränkung durch ein Hilfsmittel kompensiert wird und kein personeller Hilfebedarf besteht, war nicht eindeutig, ob dann keine Mobilitätseinschränkung gemäß der Definition mehr vorliegt“; „Die Pflegeeinrichtung hatte alle Personen, die mit einem Hilfsmittel selbstständig gehen können nicht abschließend eingeordnet, da sie sich unsicher waren, ob dann eine Einschränkung der Mobilität vorlag.“]. Auch in den Feedback-Veranstaltungen wurde die Problematik erörtert, dass es mitunter schwer einzuschätzen gewesen sei, ab wann personelle Hilfe zur Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Mobilität – gemäß dem Kriterium (vgl. Kriterien auf S. 56) – als „regelmäßig“ einzuschätzen sei. So wurde beschrieben, dass sich eine Person mit Hilfsmitteln in ihrer Wohnung zwar durchaus selbstständig fortbewegen könne, dennoch eine Hilfestellung am Tag erforderlich sei, z. B. erstmaliges Bereitstellen des Rollators oder Heben in den Rollstuhl, um die Person in diesen Zustand zu versetzen. Ob in einem solchen Fall bereits von „regelmäßiger personeller Hilfe“ gesprochen werden könne, gehe nach Ansicht einiger Teilnehmer nicht aus der Formulierung des Kriteriums hervor.

In Bezug auf das Kriterium der Kognition wurde angemerkt, dass selbst bei Personen mit eindeutiger klinischer Diagnose einer demenziellen Erkrankung die Formulierung – nach der das Kurzzeitgedächtnis, die zeitliche und örtliche

Orientierung sowie die Personenerkennung *gleichzeitig* beeinträchtigt sein müssten (verbindendes „und“) – nur selten auf die versorgten Personen zuträfe.

Das Kriterium von Einschränkungen im Bereich der Kognition wurde in den Feedback-Veranstaltungen insbesondere auch im Zusammenhang mit psychiatrischen Patienten diskutiert. Die regelmäßige Störung von Kurzzeitgedächtnis, zeitlicher und örtlicher Orientierung sowie der Personenerkennung träfe auf einen Großteil der Kunden mit psychiatrischer Erkrankung nicht zu, ebenso wenig wie Beeinträchtigungen der Mobilität und der Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen, so dass dieser Personenkreis häufig keines der relevanten Kriterien auf der Liste erfülle. Dies wiederum verringert die Wahrscheinlichkeit, dass Kunden mit psychiatrischer Diagnose durch das Stichprobenverfahren ausgewählt werden (zumindest bei Pflegediensten, die gleichzeitig auch Personen mit Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität oder Kognition versorgen; vgl. Kapitel 3.2.3).

Darüber hinaus wurde in den Feedback-Veranstaltungen die Anwendung des Kriteriums der beeinträchtigten Kognition für eine weitere Personengruppe explizit als problematisch beschrieben: So kann bei bestimmten intensivpflegerisch versorgten Personen aufgrund eines weitgehenden Verlustes der Kontrolle über die körperlichen Funktionen (z. B. bei ALS-Patienten, die nur noch über die Bewegung der Augen kommunizieren) nur mit großer Unsicherheit eingeschätzt werden, ob kognitive Fähigkeiten beeinträchtigt sind oder nicht.

Zudem spiegeln die Anmerkungen der Prüfer in diesem Zusammenhang teilweise die Ansicht wider, dass die Einschätzung von Einschränkungen der Mobilität und Kognition für die Liste ausschließlich auf Grundlage systematischer Assessments und Pflegegutachten zu erfolgen habe, was von den Pflegediensten nicht immer befolgt worden sei [beispielhaftes Zitat: *„Die Einschätzung wurde zum Teil ‚nach Gefühl‘ bzw. eigenem Empfinden getroffen und nicht auf der Grundlage eines Assessments bzw. eines Pflegegutachtens. Das führte dazu, dass im Prüfverlauf mehrfach die ausgewählte Person ausgetauscht werden musste, da sich im Nachhinein herausstellte, dass keine Einschränkungen vorlagen.“*]. Tatsächlich ist im stationären Setting seit Oktober 2019 – mit Inkrafttreten der neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege – alle sechs Monate eine strukturierte Erhebung von Indikatoren zur Erfassung von Versorgungsergebnissen erforderlich. Diese Indikatoren sind auch Gegenstand der stationären Qualitätsprüfung und umfassen u. a. eine Beurteilung der erhaltenen Mobilität⁶ aller versorgten Personen. Die Erhebung der Indikatoren für Mobilität orientiert sich im Wesentlichen an den Vorgaben des Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit; nur, dass – anders als bei der Begutachtung – die Beurteilung durch die Pflegeeinrichtung erfolgt.

⁶ Anlage 2 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege.

Eine Erhebung von Indikatoren und damit verbundene strukturierte Assessments sind im Abschlussbericht über das neue Prüfverfahren für den ambulanten Bereich allerdings nicht vorgesehen. Assessments oder Begutachtungsergebnisse sollen vielmehr nur dann herangezogen werden, wenn diese dem Pflegedienst zum Zeitpunkt der Listenerstellung vorliegen. Die Entwickler führen aus, dass „der zusätzliche Aufwand, die Liste zu führen, sich entsprechend auf den Eintrag von Informationen [beschränkt], die dem Pflegedienst in Form des Begutachtungsergebnisses zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder [der] Informationssammlung bereits vorliegen müssten“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 4).

Soweit aber Informationen zu Einschränkungen im Bereich der Mobilität und Kognition nicht in Form von Gutachten oder strukturierten Assessments bereits vorliegen, soll im Rahmen des neuen ambulanten Prüfverfahrens kein zusätzlicher Aufwand für die Listenerstellung betrieben werden, indem die strukturierten Assessments von den Pflegediensten nachgeholt werden. Liegen *keine* Begutachtungsergebnisse vor, empfehlen die Entwickler eine Einschätzung der Beeinträchtigungen auf Grundlage der genannten Kriterien (vgl. S. 56). Demnach wäre im Rahmen der Listenerstellung – entgegen der Ansicht mancher Prüfer – die Einschätzung von Einschränkungen im Bereich der Mobilität und kognitiven Fähigkeiten durch eine Pflegefachkraft auch ohne weitere strukturierte Assessments durchaus im Sinne des neuen Prüfverfahrens für den ambulanten Bereich.

Eine weitere in der Befragung der Prüfer häufiger thematisierte Schwierigkeit waren prüfungsrelevante Leistungen, die die Aufnahme versorgter Personen in die Stichprobenziehung begründen (n = 10). Obwohl in den Schulungen der Prüfer und Einweisungen der Pflegedienste instruiert worden war, dass ausschließlich Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) und Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB XI) prüfungsrelevant sind – wobei Personen mit ausschließlichem Bezug sowohl der einen als auch der anderen Leistungsart auf die Liste und in die Stichprobenziehung aufzunehmen sind – kam es in den Pilot-Prüfungen teilweise zu unterschiedlichen Ansichten [beispielhafte Zitate aus der Pilot-Software: *„Die Liste der versorgten Personen sollte um die Angaben zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen ergänzt werden. Es erscheint wenig sinnvoll, Personen zu begutachten, welche zwar einer Subgruppe zugeordnet sind, tatsächlich aber nur Leistungen nach dem SGB V erhalten.“*; *„Sie [Pflegedienste] konnten sich nur nicht vorstellen, dass auch Klienten mit einer reinen SGB V-Leistung (nicht aufwändige gemeint) geprüft werden.“*; *„Im Verlauf der Prüfung wurde festgestellt, dass [...] Personen in der Stichprobe waren, wo der Pflegedienst ausschließlich Leistungen nach SGB V z. B. Medikamentengabe erbrachten. [...] So haben wir jetzt mehrere Personen in der Stichprobe, welche ausschließlich Leistungen nach SGB V bekommen. Hier herrschte auch seitens der Pflegeeinrichtung Unklarheit zur Aufstellung der Listen.“*; *„Während der Prüfung stellte sich heraus, dass auf der Liste nur Kunden mit körperbezogenen Pflegemaßnahmen stehen. Reine SGB V-*

Leistungen wurden nicht aufgeführt. Es war der Einrichtung nicht klar. Auf der Schulung kam dies offensichtlich nicht an bei den MA.“].

In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass das neue Prüfverfahren lediglich vorgibt, dass auf der Liste „nach dem SGB XI oder dem SGB V“ versorgte Personen aufzuführen sind (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 3). Weiterhin wird spezifiziert, dass die HKP-Leistung „Hauswirtschaftliche Versorgung“ im Rahmen der Qualitätsprüfung nicht geprüft wird (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 3, S. 19). Im Rahmen der Einweisungen und Schulungen kam die Frage auf, welche Leistungen genau Gegenstand der Prüfung seien. Es wurde entschieden, Leistungen gemäß § 36 SGB XI und § 37 SGB V als prüfungsrelevant zu berücksichtigen, wobei hauswirtschaftliche Leistungen gemäß diesen Paragraphen ausgeschlossen wurden. Auch Leistungen im Rahmen des § 45b SGB XI oder nach § 45 SGB XI wurden ausgeschlossen.

In den Feedback-Veranstaltungen wurde zudem von den Pflegediensten zu Protokoll gegeben, dass in manchen Prüfungen solche Personen, die ausschließlich Leistungen nach SGB V bezogen hätten, von vornherein von den Prüfern ausgeschlossen worden wären. Anders herum wurde auch von manchen Prüfern berichtet, dass einige Pflegedienste nicht gewusst hätten, dass auch Personen auf der Liste stehen sollten, die ausschließlich Leistungen nach SGB V beziehen, die nicht aufwändigeren/risikobehafteten Leistungen entsprechen. Manche Prüfer hätten wiederum fälschlicherweise gefordert, dass Personen mit Leistungen nach SGB V nur dann für die Stichprobenziehung in Frage kämen, wenn auch „Körperpflege“ bezogen würde. In einem Fall wurde berichtet, dass Prüfer die Kriterien für Beeinträchtigungen in den Bereichen Mobilität und Kognition an das Vorliegen eines Pflegegrades gekoppelt und die Liste während der Prüfung dementsprechend überarbeitet hätten. Solche nachträglichen Überarbeitungen der Liste könnten in letzter Konsequenz auch dazu geführt haben, dass sich die Listen zwischen den drei Einrichtungstypen (allgemein, intensiv, psychiatrisch) nicht mehr wesentlich voneinander unterscheiden (vgl. Tabelle 18).

Von zwei Prüfern wurde in der Pilot-Software außerdem erwähnt, dass es Schwierigkeiten bei der Bestimmung aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen gegeben habe [Zitate: *„Die HKP-Leistungen waren nur als Kreuzchen angegeben. Die Inhalte der Leistung mussten jedes Mal hinterfragt werden. Zum Teil wurden die Pflegefachkräfte angerufen, um zu klären, ob eine Wunde noch besteht oder um welche Wunde es sich handelt.“*; *„In der Liste waren unter der Spalte ‚HKP aufwändig‘ auch Dauerkatheterwechsel, PEG-Verbandswechsel und Wunden angegeben, die sich auf Nachfrage als nicht chronisch herausstellten.“*].

Zu einem psychiatrischen Pflegedienst wurde in der Pilot-Software angegeben, dass Personen mit ausschließlichem Bezug von ambulanter psychiatrischer Pflege (APP; entspricht HKP-Leistung gem. § 37 SGB V; Ziffer 27 gem. Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, 2019) bei der Stichprobenziehung nicht berücksichtigt werden konnten [Zitat: *„Der Pflegedienst ging davon aus, dass ausschließlich APP-Klienten in die Prüfung einbezogen werden und hatte nur für diese Personen eine*

Einteilung in Gruppen vorgenommen. Letztendlich konnte von diesen Personen jedoch niemand in die Stichprobe einbezogen werden, da der Pflegedienst für sie weder SGB XI noch SGB V-Leistungen erbringt (wenn erforderlich werden diese Leistungen durch andere Pflegedienste erbracht). Es werden ausschließlich APP-Leistungen erbracht.“]. In den Feedback-Veranstaltungen stellte sich heraus, dass dies damit zusammenhing, dass die Personen mit APP-Leistungen den Kriterien der Stichprobenziehung nicht entsprachen, d. h. weder Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität und Kognition zeigten noch aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen bezogen. Da von dem Pflegedienst aber auch Personen versorgt wurden, die diesen Kriterien entsprachen, wurde nur diese selektiert.

Neben Schwierigkeiten in Bezug auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) wurden in der Pilot-Software von einer geringeren Anzahl der Prüfer auch andere Leistungsträger thematisiert und inwiefern deren Leistungen prüfungsrelevant seien (n = 2; Zitate: „[...] Frage der Einrichtung: werden auch Personen mit BG-Leistung [Berufsgenossenschaft] geprüft, keine Finanzierung nach SGB XI und V?“; „[...] Behandlungspflege ausschließlich über andere Leistungsträger (Unfallopfer - es zahlen die Versicherungen des Verursachers und die Versicherung des Krankenhauses) - Kapitel 3 wurde dennoch bewertet.“).

3.2.3 Anzahl und Art der Personen in den Stichproben

Auf Grundlage der Liste der versorgten Personen wird unter Berücksichtigung der Schichtungskriterien (Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität bzw. Kognition; Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen) die Stichprobe für die personenbezogenen Prüfungen gezogen. Nachfolgend wird zunächst als ein Maß des Aufwands für das Stichprobenverfahren analysiert, wie viele Personen kontaktiert werden müssen, um die gewünschte Stichprobengröße zu erreichen. Danach wird die Größe der Stichproben dargestellt sowie die Verteilung der Pflegegrade, der in die Prüfungen einbezogenen Personen. Schließlich folgen Ergebnisse zu den Stichproben in psychiatrisch spezialisierten Pflegediensten.

3.2.3.1 Herleitung vollständiger und konsistenter Angaben für die Auswertung

Um den Verlauf der Stichprobenziehung nachvollziehen zu können, wurden die Prüfer gebeten anzugeben, wie viele Personen auf der Liste von vornherein ausgeschlossen oder nicht erreicht wurden, abgelehnt haben und final in die Stichprobe eingeschlossen werden konnten. Die Angaben der Prüfer dazu finden sich in Tabelle 21.

Tabelle 21: Anzahl der für die Ziehung der Stichprobe betrachteten Personen

Anzahl Personen	Summe	M	SD	Min	Max	n (PD)
insgesamt auf Liste; davon ...	7.224	101,7	82,0	1	456	71
ausgeschlossen	1.956	27,2	70,3	0	517	72
nicht erreicht	462	6,4	5,5	0	25	72
hat abgelehnt	266	3,7	3,8	0	19	72
eingeschlossen	754	9,9	4,5	2	18	76

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Wie aus Tabelle 21 ersichtlich liegen nicht für alle der insgesamt 76 Pflegediensten Angaben zur Gesamtzahl der Personen auf der Liste, der Anzahl der ausgeschlossenen, nicht erreichten bzw. ablehnenden Personen vor. Um die Werte direkt aufeinander beziehen zu können, werden in der Folge nur Einrichtungen betrachtet, für die vollständige Angaben in Bezug auf diese Größen vorliegen. Tabelle 22 zeigt die Anzahl der für die Zusammenstellung der Stichproben betrachteten Personen ausschließlich für Pflegedienste mit vollständigen Angaben.

Tabelle 22: Anzahl der für die Ziehung der Stichprobe betrachteten Personen; nur Pflegedienste mit vollständigen Angaben

Anzahl Personen	Summe	M	SD	Min	Max	n (PD)
insgesamt auf Liste; davon ...	6.064	104,6	87,8	1	456	58
ausgeschlossen	1.465	25,3	71,5	0	517	58
nicht erreicht	390	6,7	5,7	0	25	58
hat abgelehnt	212	3,7	3,5	0	15	58
eingeschlossen	578	10,0	4,7	2	18	58

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Tabelle berücksichtigt ausschließlich PD mit vollständigen zur Anzahl der Personen auf der Liste und der für die Zusammenstellung der Stichprobe betrachteten Personen (n = 58).

Obwohl nur Pflegedienste betrachtet werden, für die vollständige Angaben vorliegen, fällt in Tabelle 22 dennoch weiterhin auf, dass die Angaben zur Anzahl der Personen, die bei der Zusammenstellung der Stichprobenziehung in Betracht gezogen wurden („ausgeschlossen“, „nicht erreicht“, „abgelehnt“ oder „eingeschlossen“), nicht direkt mit den Angaben zur Anzahl der Personen auf der

Liste (erste Zeile) verglichen werden können. So fällt etwa das Maximum mit $n = 517$ Personen (2. Zeile), die von vornherein von der Stichprobenziehung ausgeschlossen wurden, höher aus als das Maximum der Gesamtzahl der Personen, die auf einer Liste standen (1. Zeile: $n = 456$). Das liegt wahrscheinlich daran, dass bei den Angaben zur Anzahl ausgeschlossener Personen mitunter auch Personen berücksichtigt wurden, die nicht mehr als zur finalen Liste zugehörig gezählt wurden, z. B. da sie bei der Listenerstellung von dem Pflegedienst oder den Prüfern von vornherein ausselektiert wurden (vgl. Kapitel 3.2.2). Da es zudem vorkam, dass die von den Pflegediensten gelieferte Liste während der Prüfungen gemeinsam mit den Prüfern überarbeitet wurde, ist nicht klar, auf welchen Status sich die Angaben der Prüfer beziehen (Originalfassung der Liste, die von dem Pflegedienst zur Verfügung gestellt wurde oder die während der Prüfung überarbeitete Fassung der Liste).

Als konsistent können die Angaben zu den Personen auf der *Liste* (n_L) und den bei der Zusammenstellung der Stichprobe *betrachteten* Personen (n_B : Summe ausgeschlossener, nicht erreichter, ablehnender und eingeschlossener Personen) nur erachtet werden, wenn deren Differenz nicht negativ ausfällt ($n_L - n_B \geq 0$). Dies trifft für $n = 53$ Pflegedienste zu. Tabelle 23 zeigt nochmals die Angaben zur Anzahl, diesmal ausschließlich für Pflegedienste mit konsistenten Angaben. Dadurch können die Anteile ausgeschlossener, nicht erreichter und ablehnender Personen an der Gesamtzahl der Personen auf den Listen direkt berechnet werden. Der Rekrutierungsaufwand, d. h. der Umfang kontaktierter Personen, um die anvisierte Stichprobe zu erreichen, ergibt sich aus der Summe nicht erreichter, ablehnender und eingeschlossener Personen. Dabei muss aber zwischen den drei Pilotierungsgruppen unterschieden werden, da sie mit einem jeweils anderen Stichprobendesign assoziiert sind.

3.2.3.2 Anteil der eingeschlossenen an den kontaktierten Personen

Insgesamt wurden 18 Prozent ($n = 1.088$; 18,4 %) der Personen auf den Listen kontaktiert (Summe der Anteile nicht erreichter, ablehnender Personen und eingeschlossener Personen), um die anvisierte Stichprobe zu realisieren. Durchschnittlich wurden 21 Personen pro Pflegedienst kontaktiert, um 10 Personen in die Stichprobe einzuschließen. Diese Zahlen berücksichtigen allerdings die Stichprobenziehung in allen drei Pilotierungsgruppen (I, II, III) gemeinsam. Für die Gruppen II und III wurde jedoch ein verändertes Stichproben- bzw. Prüfdesign realisiert, so dass lediglich die Ergebnisse aus Pilotierungsgruppe I herangezogen werden sollten, um den Rekrutierungsaufwand für das neue Prüfverfahren abzuschätzen (vgl. Tabelle 23). In Pilotierungsgruppe I wurden insgesamt 14 Prozent ($n = 397$; 13,9 %) der Personen auf der Liste kontaktiert, um die anvisierte Stichprobe zu realisieren. Im Durchschnitt wurden 15 Personen pro Pflegedienst kontaktiert, um 8 Personen in die Stichprobe einzuschließen (vgl. Tabelle 23). Damit müssen im Schnitt fast doppelt so viele Personen kontaktiert werden, wie in die Stichprobe eingeschlossen werden können.

Tabelle 23: Anzahl der Personen auf der Liste und für die Ziehung der Stichprobe betrachtet; nach Pilotierungsgruppe

	Anzahl Personen	Summe	Anteil (%)	M	SD	Min	Max	n (PD)
Total	insgesamt auf Liste; davon ...	5.928	100 %	111,8	88,0	8	456	53
	ausgeschlossen	907	15,3 %	17,1	29,5	0	129	53
	nicht erreicht	339	5,7 %	6,4	5,2	0	25	53
	hat abgelehnt	196	3,3 %	3,7	3,6	0	15	53
	eingeschlossen	553	9,3 %	10,4	4,5	3	18	53
Pilotierungsgruppe I	insgesamt auf Liste; davon ...	2.855	100 %	105,7	100,6	8	456	27
	ausgeschlossen	417	14,6 %	15,4	25,4	0	108	27
	nicht erreicht	117	4,1 %	4,3	3,3	0	12	27
	hat abgelehnt	71	2,5 %	2,6	2,7	0	10	27
	eingeschlossen	209	7,3 %	7,7	1,9	3	9	27
Pilotierungsgruppe II	insgesamt auf Liste; davon ...	1.924	100 %	137,4	80,3	29	334	14
	ausgeschlossen	349	18,1 %	24,9	44,1	0	129	14
	nicht erreicht	111	5,8 %	7,9	4,4	2	16	14
	hat abgelehnt	71	3,7 %	5,1	3,8	1	15	14
	eingeschlossen	243	12,6 %	17,4	1,3	14	18	14
Pilotierungsgruppe III	insgesamt auf Liste; davon ...	1.149	100 %	95,8	62,5	28	260	12
	ausgeschlossen	141	12,3 %	11,8	13,3	0	42	12
	nicht erreicht	111	9,7 %	9,3	7,6	0	25	12
	hat abgelehnt	54	4,7 %	4,5	4,4	0	13	12
	eingeschlossen	101	8,8 %	8,4	1,5	4	9	12

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Anteil (%) als Spaltenprozent. Tabelle berücksichtigt ausschließlich PD mit konsistenten Angaben zur Anzahl der Personen auf der Liste und der für die Zusammenstellung der Stichprobe betrachteten Personen (n = 53).

Tabelle 24 zeigt die Angaben zur Anzahl ausgeschlossener, nicht erreichter, ablehnender und eingeschlossener Personen getrennt für die drei Einrichtungstypen (allgemein, intensiv, psychiatrisch; nur Pflegedienste mit konsistenten und vollständigen Angaben in Pilotierungsgruppe I).

Tabelle 24: Anzahl der Personen auf der Liste und für die Ziehung der Stichprobe betrachtet; nach Einrichtungstyp

	Anzahl Personen	Summe	Anteil (%)	M	SD	Min	Max	n (PD)
Allgemein	insgesamt auf Liste; davon ...	1877	100 %	156,4	121,4	21	456	12
	ausgeschlossen	222	7,8 %	18,5	31,9	0	108	12
	nicht erreicht	52	1,8 %	4,3	3,5	0	12	12
	hat abgelehnt	36	1,3 %	3,0	2,8	0	8	12
	eingeschlossen	94	3,3 %	7,8	2,1	3	9	12
Intensiv	insgesamt auf Liste; davon ...	499	100 %	55,4	63,1	8	190	9
	ausgeschlossen	102	5,3 %	11,3	15,3	0	45	9
	nicht erreicht	34	1,8 %	3,8	3,7	0	12	9
	hat abgelehnt	20	1,0 %	2,2	3,3	0	10	9
	eingeschlossen	62	3,2 %	6,9	2,0	4	9	9
Psychiatrisch	insgesamt auf Liste; davon ...	479	100 %	79,8	47,8	33	135	6
	ausgeschlossen	93	8,1 %	15,5	26,4	0	69	6
	nicht erreicht	31	2,7 %	5,2	2,3	2	8	6
	hat abgelehnt	15	1,3 %	2,5	2,0	1	5	6
	eingeschlossen	53	4,6 %	8,8	0,4	8	9	6

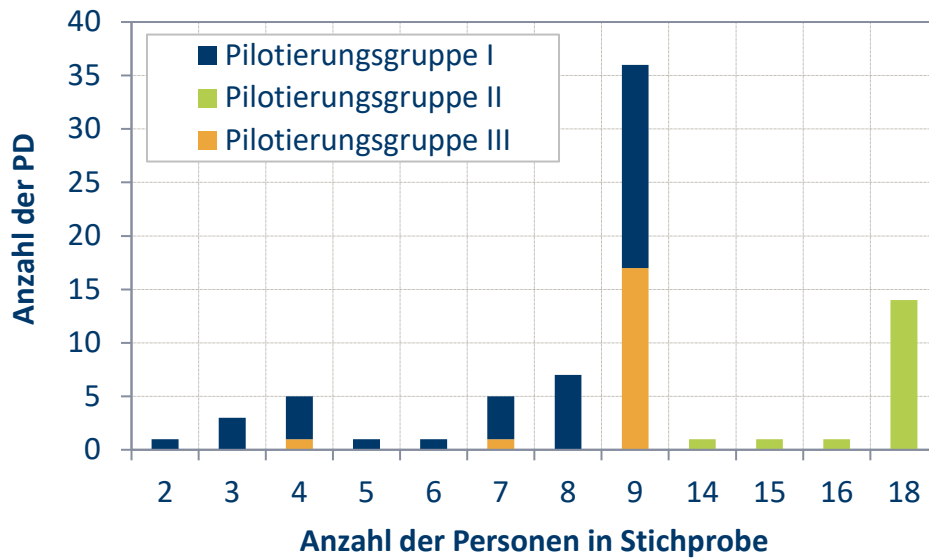
Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Anteil (%) als Spaltenprozent. Tabelle berücksichtigt ausschließlich PD in Pilotierungsgruppe I mit konsistenten Angaben zur Anzahl der Personen auf der Liste und der für die Zusammenstellung der Stichprobe betrachteten Personen.

3.2.3.3 Anzahl Personen in den Stichproben

Abbildung 4 zeigt die Häufigkeiten für verschiedene Stichprobengrößen nach Pilotierungsgruppe. In Pilotierungsgruppe I und III finden sich am häufigsten Stichprobengrößen von neun Personen (n = 19 Pflegedienste in Pilotierungsgruppe I; n = 17 Pflegedienste in Pilotierungsgruppe III). Kleinere Stichprobengrößen waren in Pilotierungsgruppe III selten (n = 2 Pflegedienste). In Pilotierungsgruppe I kamen kleinere Stichproben mit zwei bis acht Personen häufiger vor (n = 21 Pflegedienste). In Pilotierungsgruppe II beträgt die Stichprobengröße am häufigsten 18 Personen (n = 14 Pflegedienste), wie aufgrund des speziellen Untersuchungsdesigns zu erwarten.

Abbildung 4: Häufigkeiten der Stichprobengrößen nach Pilotierungsgruppe

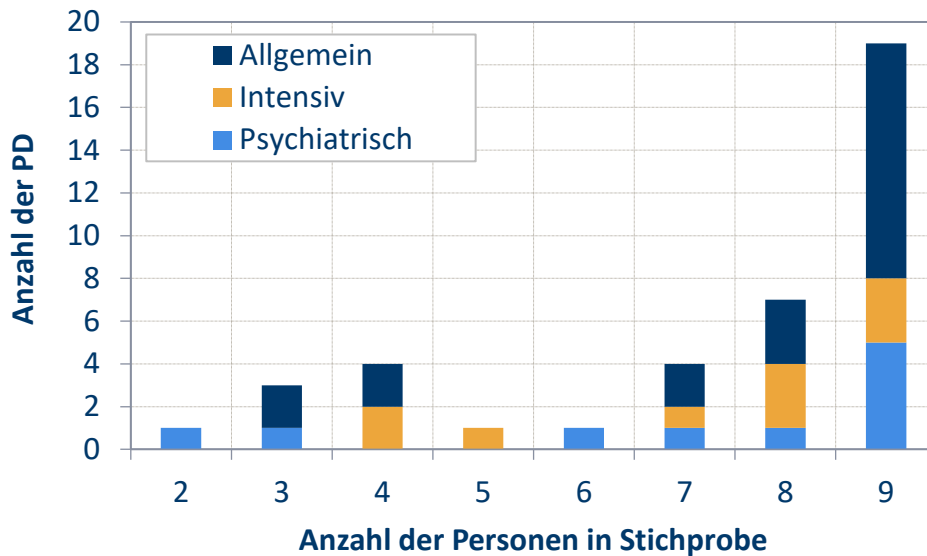


Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Abbildung zeigt Häufigkeitsverteilung der Stichprobengrößen für PD aus den Pilotierungsgruppen I, II und III.

Abbildung 5 zeigt die Häufigkeiten der verschiedenen Stichprobengrößen nach Einrichtungstyp (allgemein, intensiv, psychiatrisch) in Pilotierungsgruppe I. In allen drei Einrichtungstypen finden sich am häufigsten Stichprobengrößen von neun Personen ($n = 11$ PD in allgemein; $n = 3$ PD in intensiv; $n = 5$ PD in psychiatrisch). Insgesamt betrachtet, finden sich bei allgemeinen und psychiatrischen PD aber etwa genauso viele Einrichtungen mit Stichprobengrößen kleiner als neun Personen ($n = 9$ PD in allgemein; $n = 5$ in psychiatrisch). Hingegen zeigen bei intensivpflegerischen PD die meisten Einrichtungen eine Stichprobengröße kleiner neun Personen ($n = 7$ PD).

Abbildung 5: Häufigkeit der Stichprobengrößen nach Einrichtungstyp



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Abbildung zeigt Häufigkeitsverteilung der Stichprobengrößen für Pflegedienste (PD) der drei Einrichtungstypen (allgemein, intensiv, psychiatrisch) in Pilotierungsgruppe I.

3.2.3.4 Pflegegrad der Personen in den Stichproben

Wie bereits in Kapitel 3.2.2 dargelegt, treffen die Kriterien zu Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität bzw. Kognition auf einen erheblichen Anteil der Personen in den Pflegediensten nicht zu. Da das Stichprobenverfahren an den Kriterien Mobilität und Kognition greift (weitere Details zum Vorgehen in Kapitel 3.2.4), ließe sich die Anwendung solch strenger Kriterien theoretisch rechtfertigen, wenn man damit bezweckte im ambulanten Setting vorrangig besonders beeinträchtigte (hilfsbedürftige) Personen für die Prüfung auszuwählen. Personen ohne Beeinträchtigung in diesen Bereichen würden nicht bzw. weniger wahrscheinlich in die Stichprobe für die Prüfung gelangen. Es würde sich so auf Personen mit möglichst weitgehenden Hilfebedarfen konzentriert und Personen mit relativ geringen Hilfebedarfen, die kaum Unterstützung durch Pflegedienste benötigen, würden in den personenbezogenen Prüfungen eher nicht berücksichtigt.

Auch wenn die Selektion besonders beeinträchtigter Personen nicht das erklärte Ziel der für das neue Stichprobenverfahren formulierten Kriterien (i. S. v. Punkt 1 und 2, S. 56) war, lohnt sich ein Blick auf die Pflegegrade der in die Pilot-Prüfungen eingeschlossenen Personen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Schilderungen in den Feedback-Veranstaltungen, dass es sich um sehr strenge Kriterien beeinträchtigter Mobilität und Kognition handele, wäre zu erwarten, dass verstärkt höhere Pflegegrade (PG) in die Stichproben eingeschlossen wurden. Tabelle 25 zeigt die Verteilung der PG für die in die Stichproben eingeschlossenen

Personen; da in spezialisierten Pflegediensten mit besonderer Klientel zu rechnen ist, erfolgt die Betrachtung getrennt nach Einrichtungstyp.

Tabelle 25: Verteilung der Pflegegrade der Personen in den Stichproben

PG	Allgemein			Intensiv			Psychiatrisch			Pflegestatistik
	n	%	% ^g	n	%	% ^g	n	%	% ^g	%
1	3	2,0	2,1	1	1,4	1,4	1	1,4	1,5	4,5
2	47	31,1	33,6	2	2,8	2,9	22	31,0	33,3	47,7
3	48	31,8	34,3	9	12,7	13,0	23	32,4	34,8	29,5
4	19	12,6	13,6	18	25,4	26,1	15	21,1	22,7	13,2
5	23	15,2	16,4	39	54,9	56,5	5	7,0	7,6	5,0
ohne	11	7,3	-	2	2,8	-	5	7,0	-	-
insg.	151	100	100	71	100	100	71	100	100	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer; Statistisches Bundesamt, 2018

Anmerkung: Pflegegrad (PG); Anteil (%) als Spaltenprozent; Spaltenprozent für Personen mit gültigem PG (%^g). Tabelle berücksichtigt ausschließlich PD aus Pilotierungsgruppe I. Angaben aus Pflegestatistik beziehen sich auf „Pflegebedürftige zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste versorgt“.

Verglichen mit der Verteilung in der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt, 2018) befinden sich tatsächlich eher höhere PG in den Stichproben, die vermutlich aufgrund der „strengerer“ Kriterien verstärkt selektiert wurden. Dies ist insbesondere für allgemeine und psychiatrische Pflegedienste anzunehmen; bei Intensivpflegediensten könnte auch auf alle versorgten Personen bezogen eine von der Pflegestatistik abweichende Verteilung der Pflegegrade vorliegen.

3.2.3.5 Besonderheiten bei psychiatrischen Pflegediensten

Überraschenderweise unterscheiden sich die Verteilungen der Pflegegrade in den Stichproben nicht zwischen allgemeinen und psychiatrischen Pflegediensten (Chi²-Test: $p = ,420$). Der fehlende Unterschied zwischen beiden Einrichtungstypen ist insofern unerwartet, als dass in psychiatrischen Pflegediensten eher mit einer jüngeren Klientel zu rechnen gewesen wäre, die seltener pflegebedürftig i. S. v. SGB XI ist, aber aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung der Unterstützung bei Alltagsaktivitäten bedarf.

Allerdings haben bereits die Ausführungen in Kapitel 3.2.2 gezeigt, dass es durch das Stichprobenverfahren zu einem systematischen Ausschluss von psychiatrischen Patienten gekommen sein könnte. Auch in den Feedback-Veranstaltungen wurde von fast allen der anwesenden psychiatrischen Pflegedienste zu Protokoll gegeben, dass Personen mit „Psychiatrischer Häuslicher Krankenpflege“ (HKP-Ziffer 27a) systematisch von der Stichprobenziehung

ausgeschlossen worden wären. Nur einer der anwesenden psychiatrischen Pflegedienste gab an, dass bei der Stichprobenziehung regulär Personen mit „Psychiatrischer Häuslicher Krankenpflege“ (HKP-Ziffer 27a) eingeschlossen werden konnten. Zu dem systematischen Ausschluss scheint es – zumindest teilweise – aufgrund der häufigen Konstellation gekommen zu sein, dass APP-Kunden keines der für die Stichprobenziehung relevanten Merkmale erfüllten (vgl. Kapitel 3.2.2).

Da der Anteil ausgeschlossener Personen bei psychiatrischen Pflegediensten *nicht* höher ausfällt als bei den übrigen Pflegediensten (Tabelle 24), ist davon auszugehen, dass es nicht *per se* zu einem Ausschluss von APP-Kunden gekommen ist, sondern diese erst durch das Stichprobenverfahren systematisch benachteiligt wurden. Allerdings ist auch festzustellen, dass sich die letztendliche Zusammensetzung der Listen nicht signifikant zwischen den Einrichtungstypen unterscheidet (vgl. Tabelle 18), was mitunter damit zusammenhängen könnte, dass die Listen während der Prüfung überarbeitet und so die Einrichtungstypen einander angeglichen wurden.

So ist auch möglich, dass die *per se* ausgeschlossenen Personen mit „Psychiatrischer Häuslicher Krankenpflege“ von manchen Prüfern nicht zu den „ausgeschlossenen“ Personen auf der Liste gezählt wurden – gewissermaßen wurden diese Personen nicht erst bei der Stichprobenziehung ausgeschlossen, sondern bereits von der Liste ausgeschlossen. Zu den Ausgeschlossenen könnten von solchen Prüfern nur Personen auf der Liste gezählt worden sein, die zumindest eines der für die Stichprobenziehung relevanten Kriterien erfüllten (Beeinträchtigung der Mobilität oder Kognition bzw. Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen).

Im Resultat ist festzustellen, dass von den insgesamt $n = 71$ Personen, die in psychiatrischen Pflegediensten in die Pilot-Prüfung eingeschlossen wurden, nur insgesamt $n = 4$ Personen die HKP-Leistung „Psychiatrische Häusliche Krankenpflege“ (HKP-Ziffer 27a) beziehen (vgl. Kapitel 3.3.1, Abbildung 7). Aufgrund der bereits erwähnten Darstellung der Pflegedienste, dass die Kriterien beeinträchtigter Mobilität bzw. Kognition auf eine Vielzahl psychiatrischer Patienten in der ambulanten Versorgung nicht zutreffen (vgl. Kapitel 3.2.2), erscheint es plausibel anzunehmen, dass solche Personen bei dem Stichprobenverfahren tatsächlich benachteiligt wurden.

Da mit dem neuen Stichprobenverfahren vorrangig Personen ausgewählt werden, die erhebliche Beeinträchtigungen in der Mobilität oder Kognition aufweisen, würden diese in einem psychiatrischen Pflegedienst, der auch Personen mit Beeinträchtigungen in diesen Bereichen versorgt, gegenüber psychiatrischen Patienten ohne solche Beeinträchtigungen bevorzugt (vgl. Kapitel 3.2.4 für weitere Details). In der Tat wurde in den Feedback-Veranstaltungen von den meisten psychiatrischen Pflegediensten angegeben, dass sie neben psychiatrischen Patienten auch nicht-psychiatrisch erkrankte Personen versorgten. Dies deckt sich auch mit den Befunden zur Verteilung von Beeinträchtigungen (vgl. Tabelle 18) und

der Pflegegrade (vgl. Tabelle 25) in diesem Einrichtungstyp. Typische psychiatrische Patienten könnten daher leicht durch das Raster des neuen Stichprobenverfahrens gefallen sein.

Dieses den Vorgaben des neuen Stichprobenverfahrens entsprechende Vorgehen hat bei manchen psychiatrischen Pflegediensten – entsprechend ihrer Schilderungen in den Feedback-Veranstaltungen – den Eindruck erweckt, dass Kunden, die ausschließlich Leistungen der „Psychiatrischen Häuslichen Krankenpflege“ bezogen, von vornherein als nicht prüfungsrelevant betrachtet worden seien. Tatsächlich aber wurden sie aufgrund der Regeln der Stichprobenziehung nicht für die personenbezogene Prüfung ausgewählt. Die Vorgaben des Stichprobenverfahrens hätten in diesem Fall eine Prüfung der „Psychiatrischen Häuslichen Krankenpflege“ systematisch verhindert. Um einen Einschluss von psychiatrischen Patienten zu gewährleisten, müsste das Stichprobenverfahren insbesondere für psychiatrische Pflegedienste mit einer gemischten Kundschaft angepasst werden.

3.2.4 Einhaltung des Stichprobenverfahrens

Genauso wie für die Personen auf der Liste, war durch die Prüfer in der Pilot-Software auch anzugeben, wie die Merkmale (Beeinträchtigung der Mobilität bzw. Kognition; aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leisten) bei den Personen ausgeprägt waren, die final in die Stichprobe eingeschlossen wurden.

3.2.4.1 Zugehörigkeit der Personen in den Stichproben zu den Gruppen a bis c

Tabelle 26 zeigt die Anzahl der Personen in den Stichproben mit Beeinträchtigungen der Mobilität oder Kognition und dem Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen gemäß den Angaben der Prüfer. Die Zugehörigkeit zu den Gruppen a, b und c ergibt sich aus Kreuzung der beiden Eigenschaften Mobilität \times Kognition. Insgesamt betrachtet sind die Gruppen a und b in etwa gleich stark vertreten. Personen aus Gruppe c, die ausschließlich Beeinträchtigungen im Bereich der Kognition zeigen, sind etwas seltener vertreten. Dagegen sind sogar Personen ohne Zuordnung zu den Gruppen a bis c noch etwas häufiger vertreten. Die meisten Personen ohne Zuordnung sind aufgrund des Bezugs aufwändigerer/ risikobehafteter HKP-Leistungen in die Stichprobe gelangt.

Tabelle 26: Anzahl der Personen in den Stichproben mit Beeinträchtigungen und Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen

	Summe	Anteil (%)
^M Mobilität beeinträchtigt	361	47,9 %
^M Kognition beeinträchtigt	423	56,1 %
^M aufwändigere/risikobehaftete HKP	222	29,4 %
Gruppe a	223	29,6 %
Gruppe b	200	26,5 %
Gruppe c	138	18,3 %
ohne Gruppe	158	21,0 %
davon mit aufwändigerer/risikobehafteter HKP	131	17,4 %
davon ohne aufwändigere/risikobehaftete HKP	27	3,6 %
keine Information	35	4,6 %
davon ohne aufwändigere/risikobehaftete HKP	35	4,6 %
Insgesamt	754	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: ^M Mehrfachnennung (d. h. Anteile addieren sich nicht zu 100 Prozent). Übrige Anteile (%) als Spaltenprozent. Personen „ohne Gruppe“ sind keiner der Gruppen a bis c zugeordnet (für sie wurde weder eine Beeinträchtigung der Mobilität noch der Kognition angegeben). „Keine Information“ entspricht Personen, für die Angaben zu Mobilität und Kognition fehlen.

Tabelle 27 zeigt die Anzahl der Personen mit Beeinträchtigungen der Mobilität bzw. Kognition und dem Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen getrennt für die drei Einrichtungstypen (allgemein, intensiv, psychiatrisch). Wie aus der Tabelle ersichtlich, unterscheiden sich die Anteile der verschiedenen Gruppen in den Stichproben nicht wesentlich zwischen den allgemeinen und psychiatrischen Pflegediensten. Dies ist ein weiterer Hinweis darauf, dass in psychiatrischen Pflegediensten dieselbe oder zumindest eine sehr ähnliche Personengruppe wie in allgemeinen Pflegediensten geprüft wurde – wahrscheinlich da psychiatrische Patienten bzw. Personen mit Bezug „Psychiatrischer Häuslicher Krankenpflege“ von der Stichprobenziehung systematisch benachteiligt wurden (vgl. Kapitel 3.2.3).

In den Stichproben der Pflegedienste mit intensivpflegerischer Spezialisierung findet sich hingegen ein höherer Anteil für Personen aus Gruppe a (Mobilität und Kognition beeinträchtigt), dafür aber deutlich geringere Anteile für Personen aus Gruppe c (lediglich Kognition beeinträchtigt) und Personen ohne Gruppenzugehörigkeit. Dies reflektiert den für intensivpflegerische Pflegedienste feststellbaren relativ geringen Anteil von Personen, die ausschließlich

Beeinträchtigungen der Kognition zeigen (vgl. Gruppe c in Tabelle 18 – wenngleich dort in Bezug auf die mittlere Anzahl der Personen kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den drei Einrichtungstypen festzustellen ist: $p = ,097$). Zudem befinden sich in intensivpflegerischen Pflegediensten anteilig vergleichsweise wenig Personen ohne Beeinträchtigungen in den Bereichen Mobilität und/oder Kognition, was der Spezialisierung dieses Einrichtungstyps auf stärker beeinträchtigte Menschen entspricht.

Wie Tabelle 27 ebenfalls entnommen werden kann, wurden in intensivpflegerischen Pflegediensten aber nicht ausschließlich Personen in die Prüfung einbezogen, die aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen beziehen. Der Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen trifft lediglich auf 83 Prozent der Personen in den Stichproben aus intensivpflegerischen Pflegediensten zu; dies deckt sich auch mit dem Befund, dass lediglich 79 Prozent der Personen in den Stichproben aus intensivpflegerischen Pflegediensten die HKP-Leistung „Spezielle Krankenbeobachtung“ beziehen (vgl. Kapitel 3.3.1.1, Abbildung 7).

Tabelle 27: Anzahl der Personen in den Stichproben mit Beeinträchtigungen und Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen nach Einrichtungstyp

	Allgemein		Intensiv		Psychiatrisch	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%
^M Mobilität beeinträchtigt	76	50,3 %	46	64,8 %	33	46,5 %
^M Kognition beeinträchtigt	86	57,0 %	61	85,9 %	41	57,7 %
^M aufwändigere/risikobehaftete HKP	46	30,5 %	59	83,1 %	13	18,3 %
Gruppe a	48	31,8 %	41	57,7 %	23	32,4 %
Gruppe b	38	25,2 %	20	28,2 %	18	25,4 %
Gruppe c	28	18,5 %	5	7,0 %	10	14,1 %
ohne Gruppe	35	23,2 %	3	4,2 %	16	22,5 %
davon mit aufw./risikob. HKP	34	22,5 %	3	4,2 %	11	15,5 %
davon ohne aufw./risikob. HKP	1	0,7 %	0	-	5	7,0 %
keine Information	2	1,3 %	2	2,8 %	4	5,6 %
davon ohne aufw./risikob. HKP	2	1,3 %	2	2,8 %	4	5,6 %
Insgesamt	151	100 %	71	100 %	71	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Tabelle berücksichtigt ausschließlich Summe der Personen (Σ) aus PD in Pilotierungsgruppe I. ^M Mehrfachnennung (d. h. Anteile, %, addieren sich nicht zu 100 Prozent). Übrige Anteile (%) als Spaltenprozent. Personen „ohne Gruppe“ sind keiner der Gruppen a bis c zugeordnet. „Keine Information“ entspricht Personen, für die Angaben zu Mobilität und Kognition fehlen.

3.2.4.2 Hintergrund – Regeln für die Stichprobenziehung

Das Stichprobendesign des neuen Prüfverfahrens sieht regulär zunächst eine Zufallsauswahl von jeweils zwei Personen aus den Gruppen a, b und c vor. Soweit diese Anzahl pro Gruppe aufgrund einer zu geringen Gruppengröße auf den Listen oder aufgrund von Absagen nicht realisiert werden kann, werden Ersatzregeln angewendet. Die Ersatzregeln lauten:

- ◆ c ersatzweise für a;
- ◆ a ersatzweise für c;
- ◆ c ersatzweise für b.

In einem zweiten Schritt werden aus den verbleibenden Personen bis zu drei Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen gezogen. D. h. die Stichprobe kann, je nach Verfügbarkeit von Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen, sechs bis neun Personen umfassen.

Falls ein Pflegedienst keine geeignete Liste mit den erforderlichen Informationen zur Gruppenzugehörigkeit (a, b, c, Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen) vorlegen kann, soll auf eine einfache Zufallsauswahl von neun Personen ausgewichen werden: „Kann die Einrichtung keine geeignete Liste zur Verfügung stellen, legt der Prüfdienst auf der Basis der vorliegenden Informationen eine Zufallsstichprobe fest“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 5).

Die Entwickler machen keine Angabe dazu, wie die Stichprobenziehung zu erfolgen hat, wenn zwar ausreichend Personen auf den Listen stehen, zu denen auch *sämtliche Informationen* vorliegen, aber eine Stichprobe von insgesamt sechs Personen aus den Gruppen a bis c selbst unter Anwendung der Ersatzregeln nicht erreicht werden kann. Das ist der Fall, wenn es zu wenig versorgte Personen in den entsprechenden Gruppen gibt, d. h. keine der (verbleibenden) Personen den Gruppen a, b oder c bzw. bei Anwendung der Ersatzregeln den Gruppen a und c zuzuordnen ist. Wie bereits erwähnt, gibt es durchaus einen versorgten Personenkreis der – insbesondere bei einer strengen Auslegung der formulierten Kriterien (i. S. v. Punkt 1 und 2 auf S. 56) – keine Beeinträchtigung im Bereich der Mobilität oder Kognition aufweist.

Im Rahmen der Pilotierung wurde die Ausweichregel zur einfachen Zufallsauswahl daher verallgemeinert und kam auch dann zur Anwendung, wenn zwar eine Liste mit vollständigen Informationen vorlag, aber eine Stichprobe von sechs Personen aus den Gruppen a bis c nicht realisiert werden konnte. In diesem Fall sollten zunächst bis zu drei Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen

eingeschlossen werden. Danach sollte auf eine einfache Zufallsauswahl ausgewichen und solange Personen gezogen werden, bis eine Stichprobengröße von insgesamt neun erreicht wurde. Für die Pilotierungsgruppe II galt diese Ausweichregel analog, allerdings mit einer verdoppelten Zielgröße, d. h., bis zu sechs Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen und einer Gesamtstichprobengröße von achtzehn Personen.

3.2.4.3 Ergebnisse für Pilotierungsgruppe I

Da in den Pilotierungsgruppen II und III ein verändertes Stichprobendesign umgesetzt wurde, wird zunächst nur Pilotierungsgruppe I betrachtet, um die Umsetzbarkeit des regulären Stichprobenverfahrens des neuen Prüfverfahrens zu analysieren. Eine Darstellung getrennt nach Pilotierungsgruppe (I, II, III) findet sich in Tabelle 28. In Pilotierungsgruppe I wird im Gesamtmittel eine Stichprobengröße von insgesamt sieben Personen erreicht ($M = 7,3$; vgl. Tabelle 28). Die Mittelwerte für die Gruppen a bis c deuten darauf hin, dass die primär intendierte Besetzung mit jeweils zwei Personen aus den Gruppen a, b und c – wie vom regulären Stichprobenverfahren vorgeschrieben – nicht immer erreicht wurde. Durchschnittlich wurden drei Personen aus Gruppe a ($M = 2,8$) und nur eine Person aus Gruppe c ($M = 1,1$) eingeschlossen; daraus folgt, dass die Ersatzregel „a ersatzweise für c“ häufig zur Anwendung kam. Die im Mittel zwei eingeschlossenen Personen aus Gruppe b ($M = 1,9$) entsprechen hingegen den Erwartungen, ohne Anwendung von Ersatzregeln.

In den Stichproben der Pilotierungsgruppe I befinden sich durchschnittlich drei Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen ($M = 3,0$). Darunter befindet sich durchschnittlich eine Person ($M = 1,2$), für die weder eine Beeinträchtigung der Mobilität noch der Kognition angegeben wird (vgl. Tabelle 29). Diese Personengruppe stellt so hauptsächlich die im Durchschnitt einmal eingeschlossene Person ohne Zuordnung zu den Gruppen a bis c ($M = 1,4$; vgl. Tabelle 28). Die übrigen Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen sind hingegen den Gruppen a bis c hinzuzurechnen, da sie parallel Beeinträchtigungen der Mobilität und/oder Kognition aufweisen.

In Anteilen ausgedrückt: Von den insgesamt 40 Pflegediensten in der Pilotierungsgruppe I erreicht die Mehrheit ($n = 28$; 70 %) die anvisierte Stichprobengröße von (mindestens) sechs Personen aus den Gruppen a bis c ($n = 15$, 75 % der allgemeinen Pflegedienste; $n = 7$, 70 % der intensivpflegerischen Pflegedienste; $n = 6$, 60 % der psychiatrischen Pflegedienste). Bei etwas weniger als ein Drittel der Pflegedienste ($n = 12$; 30 %) wurden weniger als sechs Personen aus den Gruppen a bis c eingeschlossen ($n = 5$, 25 % der allgemeinen Pflegedienste; $n = 3$, 30 % der intensivpflegerischen Pflegedienste; $n = 4$, 40 % der psychiatrischen Pflegedienste). Bei all diesen Diensten führte selbst das Ausweichen auf die Zufallsauswahl nicht zur anvisierten Stichprobengröße von insgesamt neun Personen, da bei allen Einrichtungen die Stichprobe weiterhin

kleiner als neun ausfällt (im Mittel wurden nur sieben Personen eingeschlossen; vgl. Tabelle 28).

Bei insgesamt $n = 9$ Pflegediensten wurden exakt drei Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen eingeschlossen (22,5 %; alles allgemeine Pflegedienste); bei $n = 18$ (45 %), d. h. in den meisten Pflegediensten, wurden weniger als drei Personen mit dieser Leistungsart eingeschlossen (betrifft $n = 8$ allgemeine und $n = 10$ psychiatrische Pflegedienste); und bei insgesamt $n = 13$ Pflegediensten (32,5 %) wurden sogar mehr als drei Personen mit dieser Leistungsart eingeschlossen (betrifft $n = 10$ intensivpflegerische und $n = 3$ allgemeine Pflegedienste). Bei Letzteren handelt es sich in den meisten Fällen ($n = 10$) um Pflegedienste, für die (mindestens) sechs Personen aus den Gruppen a bis c eingeschlossen werden konnten (betrifft $n = 7$ intensivpflegerische und $n = 3$ allgemeine Pflegedienste).

Die stärkere Besetzung von > 3 Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen liegt so in den meisten Fällen vermutlich daran, dass diese Personen bei der Ziehung aus den Gruppen a bis c bereits mitgezogen wurden (dies ist aufgrund der besonderen Klientel bei intensivpflegerischen Pflegediensten die Regel). Bei nur drei Pflegediensten mit einer Anzahl > 3 Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen wurde die Stichprobengröße von (mindestens) 6 Personen aus den Gruppen a bis c hingegen nicht erreicht und auch die dann anvisierte Stichprobengröße von neun durch Zufallsauswahl konnte nicht erreicht werden (betrifft ausschließlich intensivpflegerische Pflegedienste). Hier ist anzunehmen, dass die stärkere Besetzung mit Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten Leistungen im Zuge der Ausweichregel zur Zufallsauswahl zustande kam, nachdem die anvisierte Stichprobengröße von sechs Personen aus den Gruppen a bis c nicht erreicht werden konnte.

Tabelle 28: Mittlere Anzahl der Personen in den Stichproben mit Beeinträchtigungen und Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen nach Pilotierungsgruppe

	Summe	Anteil (%)	M	SD	Min	Max	n (PD)	
Total	293	100 %	7,3	2,2	2	9	40	
Pilotierungsgruppe I	^M beeintr. Mobilität	155	52,9 %	3,9	1,6	0	7	40
	^M beeintr. Kognition	188	64,2 %	4,7	2,0	0	9	40
	^M aufw./risikob. HKP	118	40,3 %	3,0	2,3	0	9	40
	Gruppe a	112	38,2 %	2,8	1,6	0	7	40
	Gruppe b	76	25,9 %	1,9	0,8	0	4	40
	Gruppe c	43	14,7 %	1,1	1,0	0	3	40
	ohne Gruppe	54	18,4 %	1,4	1,2	0	4	40
	keine Information	8	2,7 %	0,2	0,5	0	2	40
Total	297	100 %	17,5	1,2	14	18	17	
Pilotierungsgruppe II	^M beeintr. Mobilität	134	45,1 %	7,9	1,6	5	12	17
	^M beeintr. Kognition	157	52,9 %	9,2	2,8	3	13	17
	^M aufw./risikob. HKP	66	22,2 %	3,9	2,2	0	6	17
	Gruppe a	75	25,3 %	4,4	1,1	2	7	17
	Gruppe b	82	27,6 %	4,8	2,2	0	9	17
	Gruppe c	59	19,9 %	3,5	1,5	0	6	17
	ohne Gruppe	64	21,5 %	3,8	3,2	0	13	17
	keine Information	17	5,7 %	1,0	1,9	0	6	17
Total	164	100 %	8,6	1,2	4	9	19	
Pilotierungsgruppe III	^M beeintr. Mobilität	72	43,9 %	3,8	1,5	0	7	19
	^M beeintr. Kognition	78	47,6 %	4,1	1,8	0	8	19
	^M aufw./risikob. HKP	38	23,2 %	2,0	1,4	0	4	19
	Gruppe a	36	22,0 %	1,9	1,2	0	4	19
	Gruppe b	42	25,6 %	2,2	1,0	0	5	19
	Gruppe c	36	22,0 %	1,9	1,2	0	4	19
	ohne Gruppe	40	24,4 %	2,1	1,4	0	4	19
	keine Information	10	6,1 %	0,5	2,1	0	9	19

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Abkürzungen: Einschränkungen der Mobilität (beeintr. Mobilität); Einschränkungen der Kognition (beeintr. Kognition); aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen (aufw./risikob. HKP).^M Mehrfachnennung (d. h. Anteile addieren sich nicht zu 100 Prozent). Übrige Anteile (%) als Spaltenprozent. Personen „ohne Gruppe“ sind keiner der Gruppen a bis c zugeordnet (für sie wurde weder eine Beeinträchtigung der Mobilität noch der Kognition angegeben). „Keine Information“ entspricht Personen, für die Angaben zu Mobilität und Kognition fehlen.

Tabelle 29: Mittlere Anzahl der Personen in Stichprobe mit Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen gekreuzt mit Gruppenzugehörigkeit nach Pilotierungsgruppe

		Summe	Anteil (%)	M	SD	Min	Max	n (PD)
Pilotierungsgruppe I	insgesamt	118	100 %	3,0	2,3	0	9	40
	Gruppe a	51	43,2 %	1,3	1,9	0	7	40
	Gruppe b	18	15,3 %	0,5	0,9	0	3	40
	Gruppe c	1	0,8 %	0,0	0,2	0	1	40
	ohne Gruppe	48	40,7 %	1,2	1,1	0	3	40
Pilotierungsgruppe II	insgesamt	66	100 %	3,9	2,2	0	6	17
	Gruppe a	4	6,1 %	0,2	0,6	0	2	17
	Gruppe b	8	12,1 %	0,5	0,9	0	3	17
	Gruppe c	3	4,5 %	0,2	0,5	0	2	17
	ohne Gruppe	51	77,3 %	3,0	2,2	0	6	17
Pilotierungsgruppe III	insgesamt	38	100 %	2,0	1,4	0	4	19
	Gruppe a	3	7,9 %	0,2	0,4	0	1	19
	Gruppe b	3	7,9 %	0,2	0,7	0	3	19
	Gruppe c	0	0,0 %	0,0	0,0	0	0	19
	ohne Gruppe	32	84,2 %	1,7	1,4	0	3	19

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

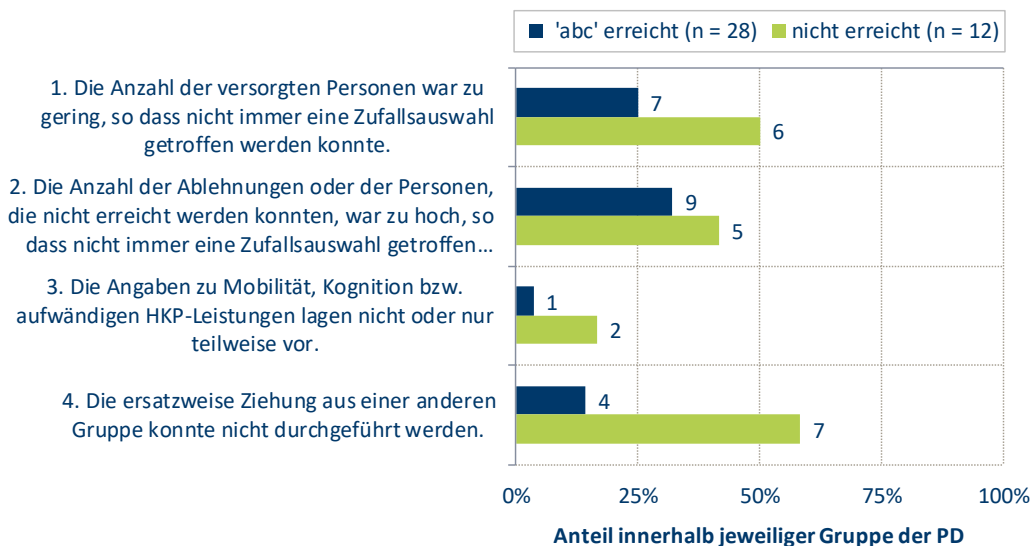
Anmerkung: Anteile (%) als Spaltenprozent. Anteil der Personen aus den Gruppen a, b und c an allen Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen in den Pilotierungsgruppen I bis III. Personen „ohne Gruppe“ sind keiner der Gruppen a bis c zugeordnet (für sie wurde weder eine Beeinträchtigung der Mobilität noch der Kognition angegeben).

Bei den insgesamt n = 12 Pflegediensten, bei denen die Stichprobe von sechs Personen aus den Gruppen a bis c unterschritten wurde, wird für die meisten Pflegedienste (n = 7; 58,3 %) angegeben (Abbildung 6), dass die Ersatzregeln nicht angewendet werden konnten, dicht gefolgt von der Angabe bei n = 6 Pflegediensten (50 %), dass die Anzahl der versorgten Personen zu gering war, so

dass die Stichprobe nicht wie geplant zusammengestellt werden konnte. Dies unterstreicht nochmals die Notwendigkeit, dass für den Fall, wenn die Gruppen insgesamt zu klein sind und auch die Ersatzregeln nicht angewendet werden können, eine Ausweichregel für die Stichprobenziehung definiert werden muss (vgl. Kapitel 3.2.4.2). Für $n = 5$ Pflegedienste (41,7 %) wird angegeben, dass die Anzahl der Ablehnungen oder der Personen, die nicht erreicht werden konnten, zu hoch war, so dass nicht immer eine Zufallsauswahl getroffen werden konnte. Nur für $n = 2$ Pflegedienste (16,7 %) wird angegeben, dass die Angaben zu Mobilität, Kognition bzw. aufwändigen HKP-Leistungen nicht oder nur teilweise vorlagen.

Für Pflegedienste, bei denen die Zielgröße von sechs Personen aus den Gruppen a bis c erreicht wurde, treffen die genannten Gründe für Abweichungen vom Stichprobenverfahren ebenfalls zu (Abbildung 6).

Abbildung 6: Abweichungen vom Stichprobenverfahren (Pilotierungsgruppe I)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Abbildungen zeigt Angaben zu PD in Pilotierungsgruppe I (insg. $n = 40$) unterschieden danach, ob (mindestens) sechs Personen aus den Gruppen a bis c in die Stichprobe eingeschlossen werden konnten („abc erreicht“) oder nicht („nicht erreicht“).

3.2.4.4 Ergebnisse für Pilotierungsgruppe II

In der Folge wird auch Pilotierungsgruppe II betrachtet, da diese Auskunft über die Grenzen des neuen Verfahrens der Stichprobenziehung geben kann. In der Pilotierungsgruppe II sollte die Anzahl der Personen in jeder Gruppe verdoppelt werden. Regulär entspricht dies jeweils vier Personen aus den Gruppen a, b und c und sechs Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen. Auch in Pilotierungsgruppe II wird die anvisierte Anzahl von insgesamt (mindestens) zwölf Personen aus den Gruppen a bis c mehrheitlich erreicht ($n = 15$; 88,2 %). Bei den

verbleibenden zwei Pflegedienste wird die Gruppengröße aus a bis c nicht erreicht; in einem Pflegedienst kann aber durch Anwendung der Ausweichregeln eine Stichprobengröße von 18 Personen realisiert werden.

Tabelle 28 ist zu entnehmen, dass auch in Pilotierungsgruppe II die Ersatzregel „a ersatzweise für c“ häufiger zur Anwendung kam: Im Mittel zeigt sich eine Person mehr für Gruppe a ($M = 4,4$) als für Gruppe c ($M = 3,5$). Die durchschnittlich höchste Personenzahl zeigt sich allerdings für Gruppe b ($M = 4,8$). Zudem findet sich in Pilotierungsgruppe II eine nennenswerte Anzahl von Personen, die keiner der Gruppen a bis c zugeordnet werden können ($M = 3,8$; vgl. Tabelle 28). In den meisten Fällen beziehen diese Personen zwar aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen (vgl. Tabelle 29), allerdings liegt die Personenzahl ohne Zuordnung insgesamt noch um eins höher ($M = 3,8$). Darüber hinaus wird durchschnittlich auch eine Person eingeschlossen, deren Gruppenzugehörigkeit zu a bis c aufgrund fehlender Information nicht geklärt werden konnte ($M = 1,0$; vgl. Tabelle 28). Die Mittelwerte für Personen aus Gruppe b und ohne Zuordnung sind deshalb so erwähnenswert, da sie nicht die vom regulären Verfahren vorgeschriebene Ersatzregel reflektieren, sondern nur durch ein Ausweichen auf eine einfache Zufallsauswahl zu erklären sind.

Da sich in den Stichproben der Pilotierungsgruppe II häufiger Personen finden, die keiner Ersatzregel bzw. keiner der Gruppen a bis c zuzuordnen sind und auch keine aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen beziehen, spricht dies dafür, dass dort die Ausweichregel auf die Zufallsauswahl häufiger zur Anwendung kam. Die verfügbare Anzahl von mit dem Stichprobenverfahren kompatiblen Personen wurde wahrscheinlich eher ausgeschöpft als in dem regulären Stichprobenverfahren mit nur neun Personen (Pilotierungsgruppe I; ferner auch Pilotierungsgruppe III). Da es sich bei Personen ohne Zuordnung und bei Personen der Gruppe b um die mengenmäßig größten Gruppen in den Pflegediensten handelt (vgl. Tabelle 17), werden diese bei der einfachen Zufallsauswahl auch häufiger ausgewählt. Eine häufigere Anwendung der Ausweichregel (Zufallsauswahl) in der Pilotierungsgruppe II erklärt somit sowohl den gehäuften Einschluss von Personen ohne Zuordnung als auch von Personen aus Gruppe b.

Die Zusammensetzung der Stichproben in der Pilotierungsgruppe II verweist so auf die begrenzte Anzahl von Personen auf den Listen der Pflegedienste, die für das vorgeschlagene Auswahlschema Mobilität \times Kognition in Frage kommt. Soll eine Stichprobe von mehr als neun Personen gezogen werden, muss eher auf eine Zufallsauswahl ausgewichen werden. Die geplante Stichprobenziehung nach dem Auswahlschema Mobilität \times Kognition wird letztlich auch dadurch erschwert, dass etwas mehr als die Hälfte der Personen auf den Listen (54,3 %) keiner der Gruppen a bis c zuzuordnen sind (vgl. Tabelle 17). In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass in Pilotierungsgruppe II insgesamt nur für $n = 2$ Pflegedienste angegeben wird, dass Angaben zu Mobilität, Kognition bzw. aufwändigen HKP-Leistungen nicht oder nur teilweise vorlagen (in beiden Fällen wurde dennoch die anvisierte Stichprobengröße von [mindestens] zwölf Personen aus den Gruppen a bis c erreicht). Damit erklären sich die Abweichungen von der primär intendierten

Zusammensetzung der Stichprobe i. d. R. weniger durch fehlende Information zu den versorgten Personen auf den Listen als vielmehr durch die tatsächliche Zusammensetzung der Population der versorgten Personen und ihrer Einordnung entlang der Kriterien Mobilität und Kognition.

3.2.4.5 Besonderheiten bei Intensivpflegediensten

Tabelle 30 zeigt nochmals die mittlere Anzahl eingeschlossener Personen aus den Gruppen a bis c bzw. ohne Gruppenzugehörigkeit und mit Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen, diesmal getrennt für die drei Einrichtungstypen (allgemein, intensiv, psychiatrisch; ausschließlich Pilotierungsgruppe I). Der Tabelle ist zu entnehmen, dass die Gesamtgröße der Stichproben in den drei Einrichtungstypen durchschnittlich etwa gleich groß ausfällt; obwohl in Pflegediensten mit Spezialisierung (intensiv, psychiatrisch) im Schnitt eine Person weniger eingeschlossen wird als in allgemeinen Pflegediensten, zeigt sich diesbezüglich kein statistisch signifikanter Unterschied (ANOVA: $p = ,823$).

Allerdings ergeben sich zwischen den Einrichtungstypen signifikante Unterschiede in der Zusammensetzung der Stichproben im Hinblick auf den Anteil der Personen mit kognitiven Einschränkungen (Gruppe c) [ANOVA: $F(2, 37) = 4,0$, $p < ,05$] mit einem höheren Anteil in intensivpflegerischen als in allgemeinen Pflegediensten (Bonferroni-approximierter post-hoc Vergleich: $p < ,05$); im Hinblick auf den Anteil der Personen mit Beeinträchtigungen der Mobilität und Kognition (Gruppe a) [$F(2, 37) = 5,1$, $p < ,05$] mit einem höheren Anteil in intensivpflegerischen als in allgemeinen und psychiatrischen Pflegediensten (Bonferroni-approximierte post-hoc Vergleiche: $p < ,05$); im Hinblick auf den Anteil der Personen ohne Zugehörigkeit zu den Gruppen a bis c (anstatt ANOVA wurde bei fehlender Homogenität der Varianzen der robuste Test nach Welch berechnet: $p < ,001$) mit höheren Anteilen in allgemeinen und psychiatrischen als in intensivpflegerischen Pflegediensten (multiple Vergleiche nach Games-Howell bei fehlender Varianzhomogenität: $p < ,05$); sowie im Hinblick auf den Anteil der Personen mit Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen (Welch: $p < ,001$) mit einem höheren Anteil in intensivpflegerischen als in allgemeinen und psychiatrischen Pflegediensten (Games-Howell: $p < ,001$).

Tabelle 30: Mittlere Anzahl der Personen in den Stichproben mit Beeinträchtigungen und Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen nach Einrichtungstyp

	Summe	Anteil (%)	M	SD	Min	Max	n (PD)	
Total	151	100 %	7,6	2,2	3	9	20	
Allgemein	^M beeintr. Mobilität	76	50,3 %	3,8	1,2	0	5	20
	^M beeintr. Kognition	86	57,0 %	4,3	1,6	1	7	20
	^M aufw./risikob. HKP	46	30,5 %	2,3	1,4	0	4	20
	Gruppe a	48	31,8 %	2,4	1,3	0	5	20
	Gruppe b	38	25,2 %	1,9	0,6	0	3	20
	Gruppe c	28	18,5 %	1,4	0,9	0	3	20
	ohne Gruppe	35	23,2 %	1,8	1,1	0	3	20
	keine Information	2	1,3 %	0,1	0,3	0	1	20
Total	71	100 %	7,1	2,0	4	9	10	
Intensiv	^M beeintr. Mobilität	46	64,8 %	4,6	1,8	2	7	10
	^M beeintr. Kognition	61	85,9 %	6,1	1,9	4	9	10
	^M aufw./risikob. HKP	59	83,1 %	5,9	2,0	4	9	10
	Gruppe a	41	57,7 %	4,1	1,9	2	7	10
	Gruppe b	20	28,2 %	2,0	,9	1	4	10
	Gruppe c	5	7,0 %	0,5	,8	0	2	10
	ohne Gruppe	3	4,2 %	0,3	,5	0	1	10
keine Information	2	2,8 %	0,2	0,6	0	2	10	
Total	71	100 %	7,1	2,6	2	9	10	
Psychiatrisch	^M beeintr. Mobilität	33	46,5 %	3,3	1,9	0	6	10
	^M beeintr. Kognition	41	57,7 %	4,1	2,2	0	7	10
	^M aufw./risikob. HKP	13	18,3 %	1,3	0,9	0	2	10
	Gruppe a	23	32,4 %	2,3	1,4	0	4	10
	Gruppe b	18	25,4 %	1,8	0,9	0	3	10
	Gruppe c	10	14,1 %	1,0	0,9	0	2	10
	ohne Gruppe	16	22,5 %	1,6	1,2	0	4	10
keine Information	4	5,6 %	0,4	0,7	0	2	10	

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Abkürzungen: Einschränkungen der Mobilität (beeintr. Mobilität); Einschränkungen der Kognition (beeintr. Kognition); aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen (aufw./risikob. HKP).^M Mehrfachnennung (d. h. Anteile addieren sich nicht zu 100 Prozent). Übrige Anteile (%) als Spaltenprozent. Tabelle enthält ausschließlich Angaben zu PD aus Pilotierungsgruppe I.

Wie bereits erwähnt zeichnen sich intensivpflegerische Pflegedienste durch eine stärker beeinträchtigte Klientel aus, was sich schließlich auch in der Zusammensetzung der Stichproben zeigt: Es befinden sich mehr Personen mit Beeinträchtigungen sowohl im Bereich der Mobilität als auch der Kognition in den Stichproben (Gruppe a), dafür aber weniger Personen mit Beeinträchtigungen ausschließlich im Bereich der Kognition (Gruppe c wurde offenbar häufiger durch Gruppe a ersetzt) und weniger Personen ohne Zuordnung (Personen ohne Beeinträchtigung in den Bereichen Mobilität und Kognition kommen in intensivpflegerischen Pflegediensten nur selten vor). Zudem beziehen die meisten Personen in den Stichproben intensivpflegerischer Pflegedienste aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen, was sich durch die Spezialisierung dieses Einrichtungstyps erklärt.

Dagegen ergeben sich für allgemeine und psychiatrische Pflegedienste keine Unterschiede in Bezug auf die durchschnittliche Zusammensetzung der Stichproben (vgl. Tabelle 30). In beiden Einrichtungstypen wurden deutlich häufiger als in intensivpflegerischen Pflegediensten, Personen eingeschlossen, die weder eine Beeinträchtigung im Bereich der Mobilität noch der Kognition zeigen (Personen ohne Gruppenzugehörigkeit: $M = 1,8$ bzw. $1,6$ vs. $0,3$; vgl. Tabelle 30); davon erhalten die meisten aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen (vgl. Tabelle 31). Personen ohne Gruppenzugehörigkeit scheinen in diesen beiden Einrichtungstypen v. a. durch den zweiten Schritt der Stichprobenziehung in die Stichprobe gelangt zu sein, in dem zusätzlich bis zu drei Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen aus den verbliebenen Personen gezogen werden. Da aber eine Stichprobe von drei Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen im Mittel nicht erreicht wird (allgemeine Pflegedienste: $M = 2,3$; psychiatrische Pflegedienste: $M = 1,3$; vgl. Tabelle 30) und Tabelle 20 zeigt, dass es im Durchschnitt nur wenig Personen mit dieser Leistungsart in allgemeinen und psychiatrischen Pflegediensten gibt, ist davon auszugehen, dass eine Prüfung von drei Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen in den meisten Pflegediensten (ohne intensivpflegerische Spezialisierung) nicht möglich ist.

Anders herum führt das reguläre Stichprobenverfahren in intensivpflegerischen Pflegediensten dazu, dass, wenn bereits sechs Personen mit zumeist aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen (i. d. R. HKP-Ziffer 24 „Spezielle Krankenbeobachtung“) im Rahmen der Ziehung aus den Gruppe a bis c in die Stichprobe eingeschlossen wurden, im zweiten Schritt aus den verbleibenden Personen zusätzlich bis zu drei weitere Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen gezogen werden müssen. Das kann im Extremfall

dazu führen, dass neun Personen mit „Spezieller Krankenbeobachtung“ in die Stichprobe eingeschlossen werden und von den Prüfern zu besuchen sind. In den Feedback-Veranstaltungen wurde dies von den Prüfern als kaum realisierbar dargestellt. Dazu trügen einerseits die Distanzen bei, die zwischen den einzelnen Kunden zurückzulegen seien, andererseits erfordere die „Spezielle Krankenbeobachtung“ eine deutlich umfangreichere Prüfung (vgl. Tabelle 56).

Das Stichprobenverfahren sollte daher – neben dem bereits erwähnten Anpassungsbedarf für psychiatrische Pflegedienste (Kapitel 3.2.3) – auch in Bezug auf intensivpflegerische Pflegedienste angepasst werden. Die Ergebnisse zur Zusammensetzung der Stichproben zeigen, dass eine Stichprobe von neun Personen sich in nur wenigen intensivpflegerischen Pflegediensten realisieren ließ, obwohl durchaus genügend Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen vorhanden gewesen wären (vgl. Tabelle 30 und Tabelle 20). Insgesamt wurde in nur $n = 3$ intensivpflegerischen Pflegediensten eine Stichprobe von neun Personen realisiert, alle anderen zeigen einen geringeren Stichprobenumfang. Zudem sind im Gesamtmittel der intensivpflegerischen Pflegedienste nur sechs Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen in die Stichprobe aufgenommen worden, was eine realistische Obergrenze prüfbarer Personen mit „Spezieller Krankenbeobachtung“ signalisieren könnte. Auch in den Feedback-Veranstaltungen wurden sechs Personen mit intensivpflegerischen Leistungen von den Prüfern als noch realistisch prüfbare Anzahl gewertet.

Tabelle 31: Mittlere Anzahl der Personen in Stichprobe mit Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen gekreuzt mit Gruppenzugehörigkeit nach Einrichtungstyp

	Summe	Anteil (%)	M	SD	Min	Max	n (PD)	
Allgemein	insgesamt	46	100 %	2,3	1,4	0	4	20
	Gruppe a	10	21,7 %	0,5	0,9	0	3	20
	Gruppe b	2	4,3 %	0,1	0,3	0	1	20
	Gruppe c	0	-	-	-	-	-	20
	ohne Gruppe	34	73,9 %	1,7	1,2	0	3	20
Intensiv	insgesamt	59	100 %	5,9	2,0	4	9	10
	Gruppe a	39	66,1 %	3,9	2,1	1	7	10
	Gruppe b	16	27,1 %	1,6	1,1	0	3	10
	Gruppe c	1	1,7 %	0,1	0,3	0	1	10
	ohne Gruppe	3	5,1 %	0,3	0,5	0	1	10
Psychiatrisch	insgesamt	13	18,3 %	1,3	0,9	0	2	10
	Gruppe a	2	15,4 %	0,2	0,4	0	1	10
	Gruppe b	0	-	-	-	-	-	10
	Gruppe c	0	-	-	-	-	-	10
	ohne Gruppe	11	84,6 %	1,1	0,9	0	2	10

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Anteile (%) als Spaltenprozent. Anteil der Personen aus den Gruppen a, b und c an allen Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen in den drei Einrichtungstypen (allgemein, intensiv, psychiatrisch). Personen „ohne Gruppe“ sind keiner der Gruppen a bis c zugeordnet. Tabelle enthält ausschließlich Angaben zu PD aus Pilotierungsgruppe I.

3.2.4.6 Anmerkungen der Prüfer

In der Pilot-Software hatten die Prüfer die Möglichkeit zusätzliche Anmerkungen zu ihren Erfahrungen mit dem neuen Stichprobenverfahren als Freitext zu dokumentieren. Insgesamt werden zu n = 29 Pflegediensten Anmerkungen zum Stichprobenverfahren gemacht. Etwa die Hälfte davon entspricht Anmerkungen (n = 16), die keine für die Weiterentwicklung des neuen Prüfverfahrens relevanten Hinweise liefern [beispielhafte Zitate: „Das Stichprobenverfahren und die Telefonate nehmen meistens sehr viel Zeit in Anspruch.“; „[...] Es ist festzustellen, dass bei Festlegung der Stichprobe Zählrichtung von oben Seite 1 beginnend die versorgten Personen auf den letzten 4 Seiten überhaupt keine Berücksichtigung fanden. [...] Hier stellt sich die Frage ob eine freiwählbare Zählrichtung, wie bisher in Betracht gezogen werden kann?“; „Der/die Gutachter/in hat im Rahmen der

Prüfung die Bewertungsfragen nicht zeitnah beantwortet, im Nachgang konnte dies nicht mehr eruiert werden.“; „Beim Einholen der Einverständnisse hat nicht ausschließlich der Prüfer die Einverständnisse eingeholt [...] Es war festzustellen, dass die versorgten Person sehr misstrauisch waren, wenn ausschließlich der Prüfer das Einverständnis einholen wollte.“; „Die Stichprobenziehung erfolgte in dieser Prüfung außerordentlich unkompliziert. Es gab nur wenige Ablehnungen und die Pflegeeinrichtung war sehr kooperativ. Die Liste war sehr übersichtlich und es gab kaum Abstimmungsbedarf.“].

Die übrigen n = 13 Anmerkungen liefern jedoch Hinweise auf etwaige Schwierigkeiten des neuen Stichprobenverfahrens und decken sich im Wesentlichen mit den bereits berichteten Problemen. Aus den Anmerkungen gehen wiederholt Unsicherheiten hervor, wie die Kriterien zur Bestimmung von Beeinträchtigungen der Mobilität und Kognition zu interpretieren und anzuwenden sind (n = 4). Auch Unklarheiten darüber, welche Leistungen prüfungsrelevant seien und welche Personen daher auf die Liste gehörten, werden abermals zum Ausdruck gebracht (n = 5).

Darüber hinaus wird angemerkt, dass das Stichprobenverfahren mit seinen Ersatz- und Ausweichregeln teilweise sehr komplex bzw. noch unzureichend geregelt sei (n = 4) [Zitate: „Bei Abweichungen der Basisstichprobe erscheint das Verfahren komplex, die Gefahr/das Risiko von Formfehlern steigt hiermit an.“; „Der Wechsel in eine andere Gruppe war teilweise schwierig und es musste auf die allgemeine Liste ausgewichen werden. Viele versorgte Personen, welche ausschließlich SGB V-Leistungen erhalten, konnten [wir] nicht erreichen“; „Laut Einrichtungsvertreter sollen bei Intensivdiensten nur sechs Personen gezogen werden [...] Bei einer vollen Stichprobe von neun Personen hätten wir wesentlich länger gebraucht [...]“; „Wird die Stichprobe aus den Gruppen nicht erfüllt, ist das Verfahren zur Ziehung von versorgten Personen bis zum Erreichen der Stichprobengröße nicht eindeutig geregelt [...]“].

Der letzte Kommentar veranschaulicht, dass bislang nicht eindeutig geklärt ist, welches Stichprobenverfahren anzuwenden ist, falls das reguläre Auswahlverfahren mit seinen resultierenden Gruppen a, b und c nicht angewendet werden kann – die Ausweichregel zur einfachen Zufallsauswahl war schließlich erst nachträglich im Rahmen der Pilotierung eingeführt worden. Außerdem wird in den Kommentaren nochmals deutlich, dass das reguläre Stichprobenverfahren für spezialisierte Pflegedienste weniger geeignet zu sein scheint. Dagegen entspricht die Aussage, in intensivpflegerischen Diensten müssten nur sechs statt neun Personen in die Prüfung einbezogen werden, *keiner* Regel, sondern wahrscheinlich einem Missverständnis der Vorgabe, dass eine Stichprobe von sechs Personen ausreicht, soweit keine Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen mehr auf der Liste verbleiben. Dies unterstreicht nochmals die Komplexität des neuen Stichprobenverfahrens.

3.3 Verteilung der Qualitätsaspekte und Bewertungskategorien

Im Folgenden werden die Häufigkeiten der im Rahmen der Pilotierung geprüften Qualitätsaspekte und deren Bewertungen dargestellt. Dabei erfolgt zunächst die Darstellung für die Prüfbereiche 1, 2 und 3, welche Gegenstand der personenbezogenen Prüfungen sind. Danach werden die Ergebnisse für Prüfbereich 5 berichtet, der sich mit strukturellen Qualitätsaspekten auf Einrichtungsebene befasst. Prüfbereich 4 findet keine Berücksichtigung, da hier keine Bewertungen vergeben werden. Die Häufigkeit der Qualitätsaspekte in Prüfbereich 4 wird in Kapitel 3.10 behandelt.

3.3.1 Bereiche 1, 2 und 3

In den Bereichen 1, 2 und 3 werden zunächst Einzelbewertungen für die Qualitätsaspekte vergeben, die bei den in die Prüfung einbezogenen Personen relevant sind. Aus den Einzelbewertungen werden dann Gesamtbewertungen auf Ebene des Pflegedienstes berechnet (vgl. Kapitel 1.3). Nachfolgend werden daher zunächst die Ergebnisse für die Einzelbewertungen in den personenbezogenen Prüfungen, dann für die Gesamtbewertungen auf Ebene der Pflegedienste dargestellt.

3.3.1.1 Häufigkeit der Qualitätsaspekte in den personenbezogenen Prüfungen

Abbildung 7 zeigt die Häufigkeit mit denen die Qualitätsaspekte in den Pilot-Prüfungen bei insgesamt $n = 754$ Personen, unterteilt nach Pilotierungsgruppe, geprüft wurden. Aus Pilotierungsgruppe III, in der Personen zwei Mal geprüft wurden, werden dabei nur Angaben der Prüfer berücksichtigt, die während der Schattenprüfung aktive Prüfer waren bzw. die erste Prüfung der Wiederholungsprüfungen durchgeführt haben.

Der sowohl in Bereich 1 als auch insgesamt am häufigsten geprüfte Qualitätsaspekt ist 1.2 „Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren“. Offenbar handelt es sich nach Ansicht der Prüfer um einen in aller Regel zu prüfenden Qualitätsaspekt, da er in so gut wie allen personenbezogenen Prüfungen geprüft wurde (90,3 % von $n = 754$). Dies reflektiert auch die Einschätzung der Prüfer in den Feedback-Veranstaltungen: Da im ambulanten Bereich i. d. R. immer nur ein Teil der Versorgung durch Pflegedienste geleistet wird und der andere Teil durch weitere Pflegepersonen wie z. B. pflegende Angehörige übernommen wird, muss der Pflegedienst durch entsprechende Beratung auf eine Verringerung von Risiken und Gefahren hinwirken, auch in Bereichen, zu denen keine Leistungsvereinbarung vorliegt und in denen die Versorgung durch jemand anderes erfolgt.

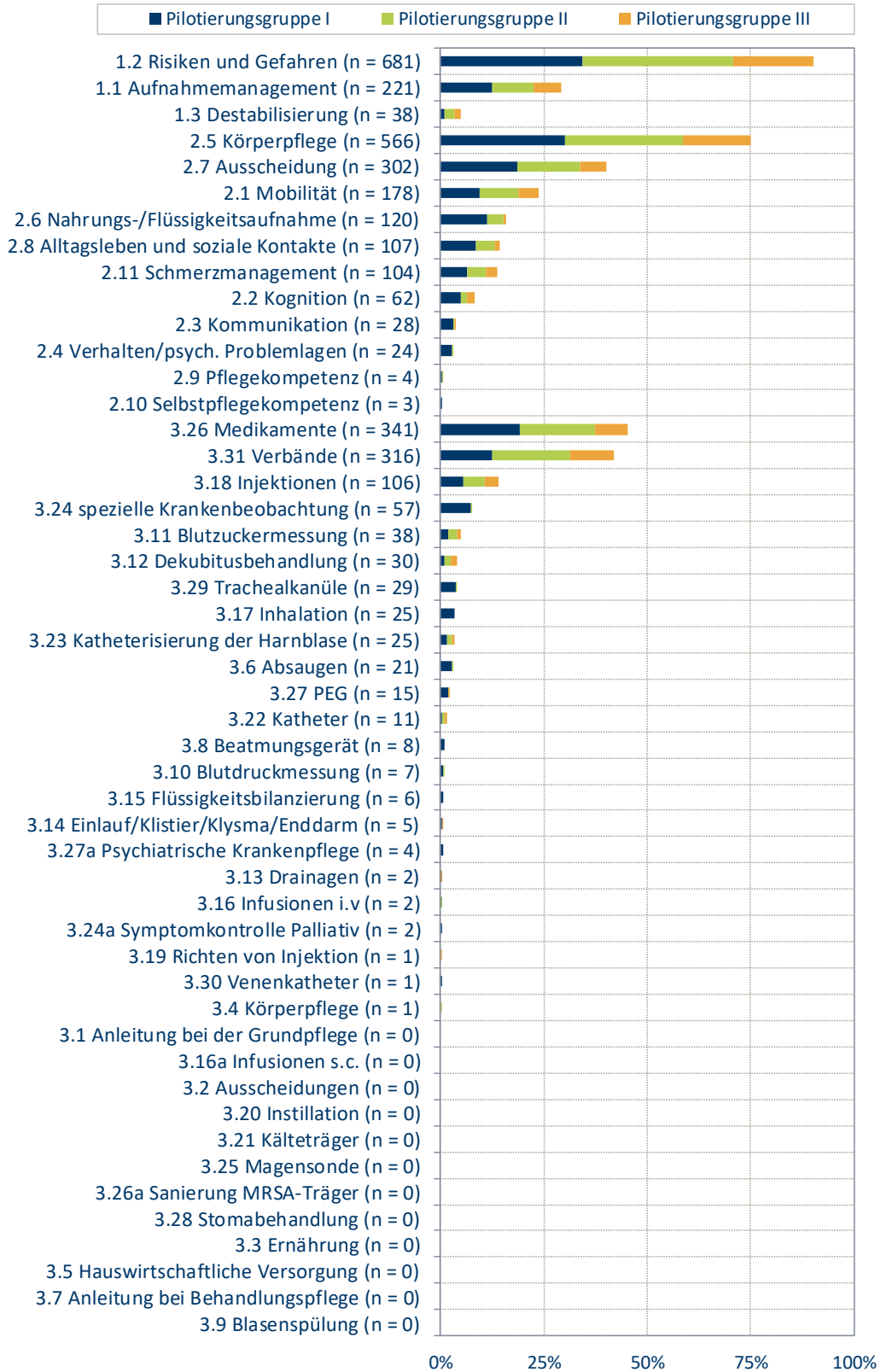
Der am zweithäufigsten geprüfte Qualitätsaspekt mit 75 Prozent der personenbezogenen Prüfungen ist 2.5 „Unterstützung bei der Körperpflege“ aus Bereich 2. An dritter Stelle steht mit 45 Prozent 3.26 „Medikamente“ aus dem Bereich 3. Dabei wurde bei etwas mehr als der Hälfte der personenbezogenen

Prüfungen, in denen Körperpflege geprüft wurde, auch die Medikamentengabe geprüft (n = 294 von n = 566; 51,9 %). Eine typische versorgte Person aus der Stichprobe der Pilot-Prüfungen bezieht also Leistungen der Körperpflege (vorrangig SGB XI) und Medikamentengabe (HKP-Nr. 26).

Wie aus Abbildung 7 ersichtlich, wurde der Qualitätsaspekt 3.27a „Psychiatrische Krankenpflege“ in nur insgesamt n = 4 personenbezogenen Prüfungen geprüft; diese fanden sämtlich bei Pflegediensten mit einer psychiatrischen Spezialisierung (insg. n = 10 Pflegedienste) statt. Insgesamt entfallen n = 71 personenbezogene Prüfungen auf solche Pflegedienste, d. h. nur 6 Prozent (5,6 %) der in diesen Pflegediensten in die Prüfung einbezogenen Personen beziehen die HKP-Leistung Nummer 27a „Psychiatrische Krankenpflege“.

Auf den Qualitätsaspekt 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ entfallen insgesamt n = 57 personenbezogene Prüfungen; diese fanden fast ausschließlich bei Pflegediensten mit einer Spezialisierung auf Intensivpflege statt, nur eine fand bei einem allgemeinen Pflegedienst ohne Spezialisierung statt. Insgesamt entfallen n = 71 personenbezogene Prüfungen auf intensivpflegerische Pflegedienste, d. h. knapp 80 Prozent (78,9 %) der in diesen Pflegediensten in die Prüfung einbezogenen Personen beziehen die HKP-Leistung „Spezielle Krankenbeobachtung“.

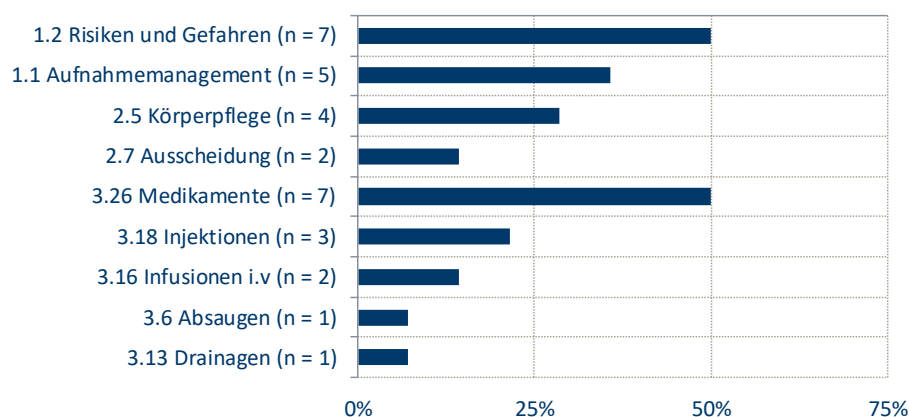
Abbildung 7: Anteil der personenbezogenen Prüfungen, in denen der jeweilige Qualitätsaspekt geprüft wurde (nach Pilotierungsgruppe)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer
 Anmerkung: Absteigend sortiert nach häufigsten Qualitätsaspekten innerhalb der Bereiche 1 bis 3. Prozentangaben entsprechen Anteil an insgesamt n = 754 personenbezogenen Prüfungen mit n = 293 aus 40 PD in Pilotierungsgruppe I, n = 297 aus 17 PD in Gruppe II und n = 164 aus 19 PD in Gruppe III.

Bei „anderen“ Personen, die weder den Gruppen a, b oder c zugeordnet sind, noch aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen beziehen (n = 14), wurden folgende Qualitätsaspekte als prüfungsrelevant ausgewählt (Abbildung 8):

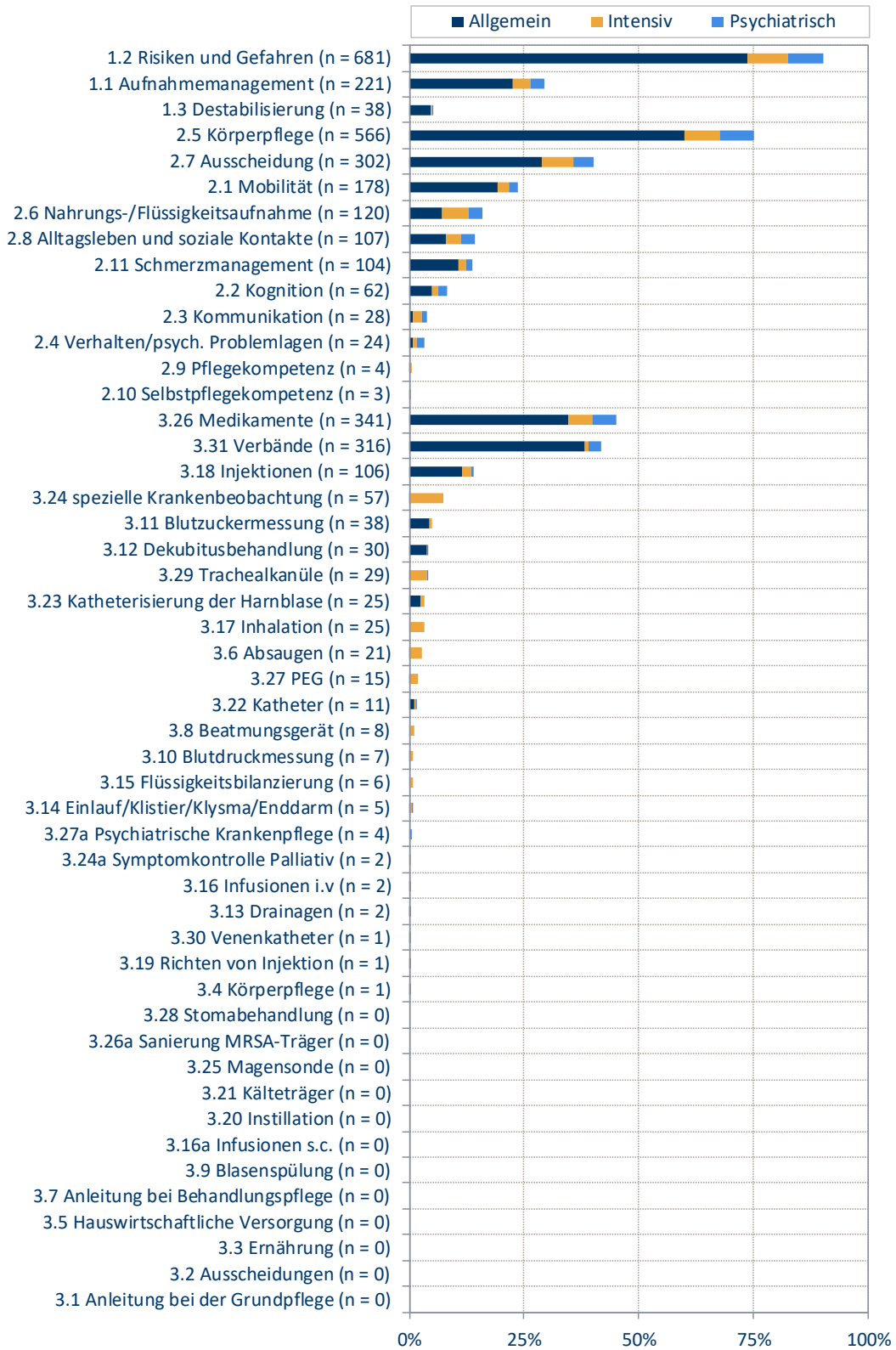
Abbildung 8: Prüfungsrelevante Qualitätsaspekte bei „anderen“ Personen



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer
 Anmerkung: Absteigend sortiert nach häufigsten Qualitätsaspekten innerhalb der Bereiche 1 bis 3. Abbildung zeigt Häufigkeiten geprüfter Qualitätsaspekte für Personen, die weder den Gruppen a, b oder c zugeordnet sind noch aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen beziehen (insgesamt n = 14).

Abbildung 9 zeigt die Häufigkeiten der geprüften Qualitätsaspekte getrennt nach Einrichtungstyp. Wie aus Abbildung 9 ersichtlich, wurde 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ fast ausschließlich bei intensivpflegerischen Pflegediensten geprüft (nur eine Person stammt aus einem allgemeinen Pflegedienst). Außerdem wurden 3.15 „Flüssigkeitsbilanzierung“, 3.8 „Beatmungsgerät“ und 3.17 „Inhalation“ ausschließlich bei diesem Einrichtungstyp geprüft. Hingegen wurde 3.27a „Psychiatrische Krankenpflege“ und 3.24a „Symptomkontrolle bei Palliativ-Patienten“ ausschließlich bei psychiatrischen Pflegediensten geprüft. Für beides ist eine nur geringe Anzahl von Prüfungen festzustellen (3.27a: n = 4; 3.24a: n = 2). In Bezug auf 3.27a „Psychiatrische Krankenpflege“ widerspricht dies der Erwartung, da Pflegedienste mit psychiatrischer Spezialisierung extra in das Stichprobendesign aufgenommen worden waren, um das neue Prüfverfahren gesondert in Bezug auf psychiatrische häusliche Krankenpflege zu pilotieren. Dass insgesamt nur vier Personen mit der HKP-Ziffer 27a in die Stichproben eingeschlossen wurden, liegt – wie in Kapitel 3.2 dargelegt – sehr wahrscheinlich an einer systematischen Benachteiligung dieser Personengruppe bei der Stichprobenziehung.

Abbildung 9: Anteil der personenbezogenen Prüfungen, in denen der jeweilige Qualitätsaspekt geprüft wurde (nach Einrichtungstyp)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Absteigend sortiert nach häufigsten Qualitätsaspekten innerhalb der Bereiche 1 bis 3. Prozentangaben entsprechen Anteil an insgesamt $n = 293$ betrachteten personenbezogenen Prüfungen aus 40 PD in Pilotierungsgruppe I.

Tabelle 32 zeigt die Anzahl der Qualitätsaspekte, die durchschnittlich in einer personenbezogenen Prüfung geprüft wurden. Insgesamt wurden in $n = 754$ personenbezogenen Prüfungen $n = 3.491$ Qualitätsaspekte geprüft; das entspricht im Mittel fünf Qualitätsaspekten pro personenbezogene Prüfung.

Tabelle 32: Mittlere Anzahl pro personenbezogene Prüfung geprüfter Qualitätsaspekte nach Pilotierungsgruppe

	Summe	M	SD	Min	Max	n
insgesamt	3.491	4,6	2,5	1	18	754
Pilotierungsgruppe I	1.574	5,4	3,0	1	18	293
Pilotierungsgruppe II	1.256	4,2	1,9	1	10	297
Pilotierungsgruppe III	661	4,0	1,8	1	10	164

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Tabelle 33 zeigt die mittlere Anzahl pro personenbezogene Prüfung geprüfter Qualitätsaspekte getrennt nach Einrichtungstyp (nur für Pilotierungsgruppe I). Es findet sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den drei Einrichtungstypen (robuster Test nach Welch: $p < ,001$), der auf einen Unterschied zwischen intensivpflegerischen gegenüber allgemeinen und psychiatrischen Pflegediensten zurückgeht (multiple Vergleiche nach Games-Howell: $p < ,000$), während sich die beiden zuletzt genannten nicht voneinander unterscheiden ($p = ,205$). Wie aus Tabelle 33 ersichtlich, wurden in intensivpflegerischen Pflegediensten im Mittel mehr Qualitätsaspekte pro personenbezogene Prüfung geprüft als in allgemeinen und psychiatrischen Pflegediensten. Das hängt mit der besonderen Vorgabe für die „Spezielle Krankenbeobachtung“ zusammen, dass sämtliche Qualitätsaspekte in Bereich 2 zu prüfen sind, die Aufgaben entsprechen, die im Rahmen einer 24-Stunden-Versorgung anfallen können.

Tabelle 33: Mittlere Anzahl pro personenbezogene Prüfung geprüfter Qualitätsaspekte nach Einrichtungstyp (Pilotierungsgruppe I)

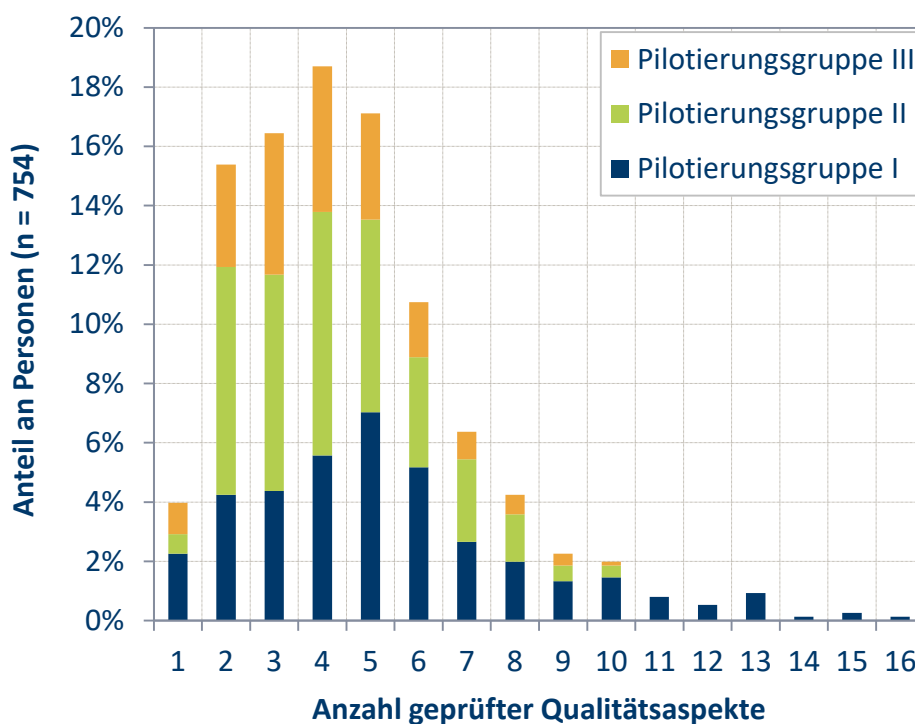
	Summe	M	SD	Min	Max	n
Insgesamt	1.574	5,4	3,0	1	18	293
Allgemein	650	4,3	2,0	1,	11	151
Intensiv	576	8,1	3,6	1	18	71
Psychiatrisch	348	4,9	2,6	1	11	71

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Tabelle berücksichtigt ausschließlich PD aus Pilotierungsgruppe I.

Abbildung 10 veranschaulicht die Verteilung der pro personenbezogene Prüfung geprüften Qualitätsaspekte. Der Gipfel der Verteilung liegt entsprechend dem Mittelwert (vgl. Tabelle 32) bei vier geprüften Qualitätsaspekten. Bei der großen Mehrheit der personenbezogenen Prüfungen wurden zwischen zwei und sechs Qualitätsaspekte geprüft (78,4%). Bei nur sehr wenig personenbezogenen Prüfungen wurde lediglich ein Qualitätsaspekt geprüft (4 %); in etwa bei jeder fünften personenbezogenen Prüfung wurden mehr als sechs Qualitätsaspekte geprüft (17,6 %).

Abbildung 10: Verteilung der Anzahl pro personenbezogene Prüfung geprüfter Qualitätsaspekte



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Geprüfte Qualitätsaspekte stammen aus n = 754 personenbezogenen Prüfungen mit n = 293 in Pilotierungsgruppe I, n = 297 in Pilotierungsgruppe II und n = 164 in Pilotierungsgruppe III.

3.3.1.2 Verteilung der Einzelbewertungen je Qualitätsaspekt

Tabelle 34 zeigt die Häufigkeit der Einzelbewertungen über alle Qualitätsaspekte. Wie unschwer zu erkennen ist, entfällt die große Mehrheit aller Einzelbewertungen auf „A“ (Keine Auffälligkeiten oder Defizite). Die nächst häufige Bewertung entspricht „B“ (Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen

für den pflegebedürftigen Menschen erwarten lassen) mit 11 %. C-Bewertungen sind seltener (7 %) und D-Bewertungen kommen nur in wenigen Fällen vor (2 %). „C“ steht dabei für „Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen“ und „D“ für „Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen“.

Tabelle 34: Häufigkeit der Einzelbewertungen von Qualitätsaspekten

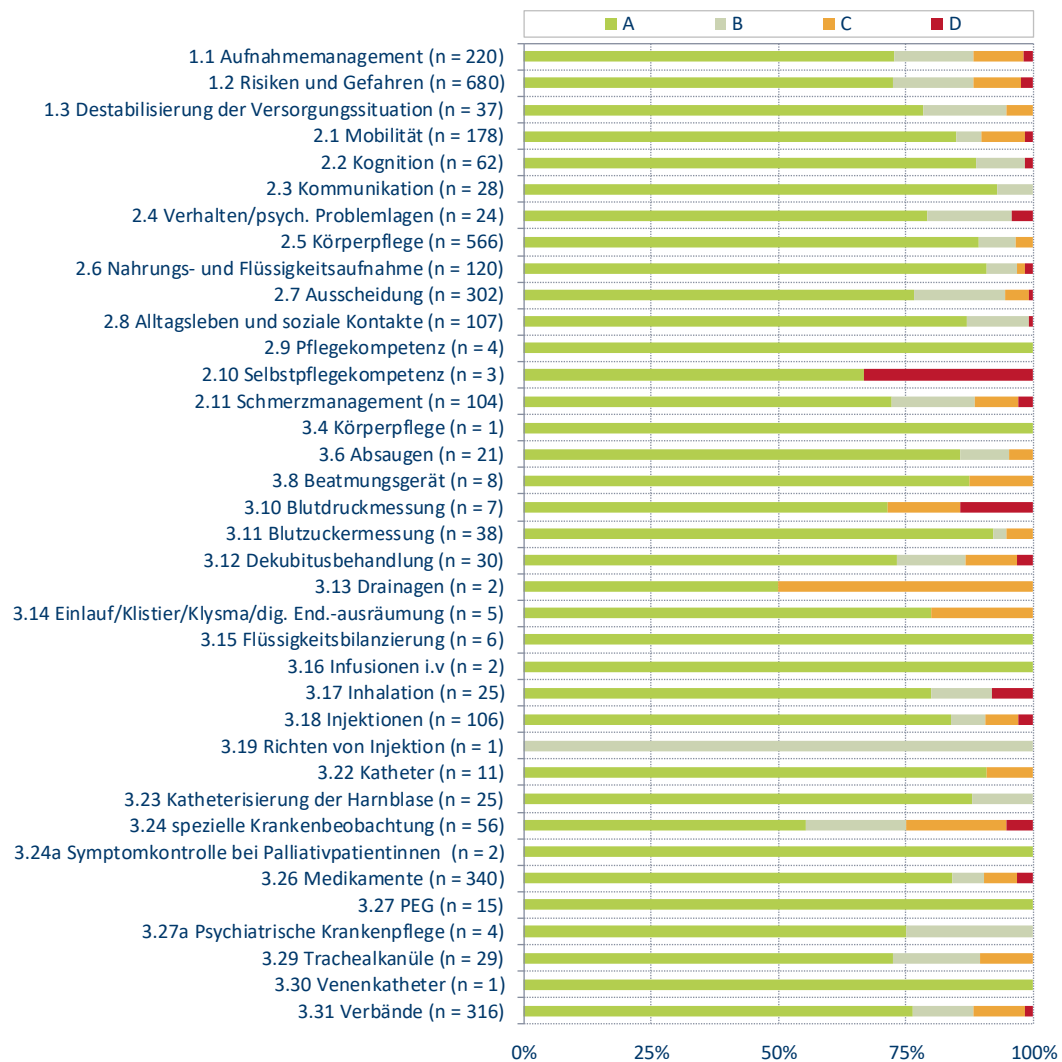
Bewertung	Anzahl (n)	Anteil (%)
A	2.795	80,2 %
B	397	11,4 %
C	233	6,7 %
D	61	1,7 %
insgesamt	3.486	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Differenz von n = 3.486 Einzelbewertungen (insgesamt) zu insgesamt n = 3.491 prüfungsrelevanten Qualitätsaspekten (vgl. Tabelle 32) ergibt sich dadurch, dass bei einer Person fünf prüfungsrelevante Qualitätsaspekte nicht abschließend bewertet werden konnten, da die Prüfung vorzeitig abgebrochen wurde (betrifft: 1.1 Aufnahmemanagement, 1.2 Risiken und Gefahren, 1.3 Destabilisierung der Versorgungssituation, 3.24 Spezielle Krankenbeobachtung, 3.26 Medikamente).

Abbildung 11 zeigt die Verteilung der Einzelbewertungen A bis D pro Qualitätsaspekt. Auch bezogen auf die einzelnen Qualitätsaspekte zeigt sich, dass jeweils überwiegend A-Bewertungen vergeben wurden.

Abbildung 11: Verteilungen der Einzelbewertungen



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Geprüfte Qualitätsaspekte stammen aus n = 754 personenbezogenen Prüfungen. Abbildung zeigt nur Qualitätsaspekte, die bei mindestens einer Person prüfungsrelevant waren. Prozentangaben entsprechen Anteil an sämtlichen Bewertungen, die auf den Qualitätsaspekt entfallen.

D-Bewertungen kommen ausschließlich bei den in Tabelle 35 gezeigten Qualitätsaspekten vor.

Tabelle 35: Anzahl D-Bewertungen je Qualitätsaspekt

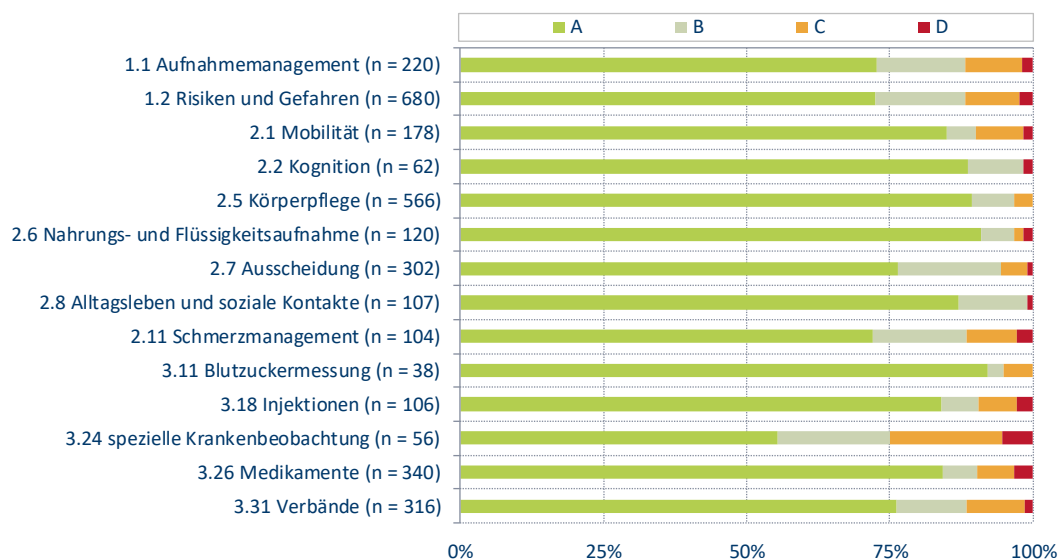
Qualitätsaspekt	Anzahl D-Bewertungen (n)	Anteil D-Bewertungen
1.1 Aufnahmemanagement	4	1,8 %
1.2 Risiken und Gefahren	16	2,4 %
2.1 Mobilität	3	1,7 %
2.2 Kognition	1	1,6 %
2.4 Verhaltensauffälligkeiten und psych. Problemlagen	1	4,2 %
2.6 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	2	1,7 %
2.7 Ausscheidung	3	1,0 %
2.8 Alltagsleben und soziale Kontakte	1	0,9 %
2.10 Selbstpflegekompetenz	1	33,3 %
2.11 Schmerzmanagement	3	2,9 %
3.10 Blutdruckmessung	1	14,3 %
3.12 Dekubitusbehandlung	1	3,3 %
3.17 Inhalation	2	8,0 %
3.18 Injektionen	3	2,8 %
3.24 Spezielle Krankenbeobachtung	3	5,4 %
3.26 Medikamente	11	3,2 %
3.31 Verbände	5	1,6 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Absolut betrachtet treten D-Bewertungen zwar am häufigsten bei 1.2 „Risiken und Gefahren“ und 3.26 „Medikamente“ auf. Da diese Qualitätsaspekte mit am häufigsten geprüft wurden, sind allerdings die Anteile der D-Bewertungen an allen Prüfungen des jeweiligen Qualitätsaspekts informativer. Es finden sich nur wenig Qualitätsaspekte, bei denen der Anteil der D-Bewertungen an allen Prüfungen drei Prozent überschreitet (nur bei 2.4, 2.10, 3.10, 3.12, 3.17, 3.24, 3.26). Dabei handelt es sich jedoch – außer bei 3.26 „Medikamente“ und 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“, die bei 45 Prozent (3.26: n = 341 an 754) bzw. 8 Prozent (3.24: 56 an 754) aller personenbezogenen Prüfungen geprüft wurden – um nur sehr selten geprüfte Qualitätsaspekte (2.4: 3,2 %; 2.10: 0,4 %; 3.10: 0,9 %; 3.12: 4 %; 3.17: 3,3 %). Zur besseren Übersichtlichkeit zeigt Abbildung 12 nochmals die

Verteilung der Bewertungskategorien ausschließlich für häufiger geprüfte Qualitätsaspekte.

Abbildung 12: Verteilungen der Einzelbewertung für häufige Qualitätsaspekte (≥ 50)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Abbildung zeigt nur Qualitätsaspekte, die bei mindestens 45 Personen prüfungsrelevant waren. Prozentangaben entsprechen Anteil an sämtlichen Bewertungen, die auf den Qualitätsaspekt entfallen.

Die Häufung von D-Bewertungen ist v. a. bei Qualitätsaspekt 3.24 bemerkenswert, da hier eine ausreichend hohe Fallzahl vorliegt, die einen reinen Zufallsbefund unwahrscheinlich macht, und auch B- und C-Bewertungen bei diesem Qualitätsaspekt besonders häufig auftreten. A-Bewertungen kommen im Vergleich zu den anderen Qualitätsaspekten mit einem Anteil von ,nur‘ 55,4 Prozent deutlich seltener vor.

Wenn man zwischen den Pflegediensten vergleicht, bei wie vielen Personen über alle Qualitätsaspekte hinweg eine Bewertung schlechter als A vergeben wurde, zeigt sich, dass bei Intensivpflegediensten bei einem größeren Anteil der Personen B-, C- oder D-Bewertungen vergeben werden: Wie Tabelle 36 zeigt, sind Einzelbewertungen schlechter als „A“ mit 63 Prozent bei Intensivpflegediensten signifikant häufiger als bei allgemeinen (42 Prozent) bzw. psychiatrisch spezialisierten (45 Prozent) Pflegediensten [χ^2 -Test: $\chi^2(2, n = 292) = 8,3, p < ,05$].

Tabelle 36: Häufigkeit von Einzelbewertungen schlechter als A nach Einrichtungstyp

	ausschließlich A-Bewertungen		auch andere Bewertungen		Total	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
Allgemein	87	57,6 %	64	42,4 %	151	100 %
Intensiv	26	37,1 %	44	62,9 %	70	100 %
Psychiatrisch	39	54,9 %	32	45,1 %	71	100 %
Insgesamt	152	52,1 %	140	47,9 %	292	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Zeilenprozent. Tabelle berücksichtigt ausschließlich Personen aus PD in Pilotierungsgruppe I. Differenz von n = 292 Personen mit Bewertung (insgesamt) zu insgesamt n = 293 Personen in Pilotierungsgruppe I (vgl. Tabelle 2) ergibt sich dadurch, dass bei einer Person die Qualitätsaspekte nicht abschließend bewertet werden konnten, da die Prüfung vorzeitig abgebrochen wurde.

3.3.1.3 Häufigkeit der Qualitätsaspekte auf Einrichtungsebene

Insgesamt wurden bei den n = 76 an der Pilotierung teilnehmenden Pflegediensten n = 738 Qualitätsaspekte geprüft; das entspricht im Mittel 10 Qualitätsaspekten pro Pflegedienst (vgl. Tabelle 37). Dabei zeigen die drei Pilotierungsgruppen vergleichbare Mittelwerte. Ein Mittelwert von knapp 10 geprüften Qualitätsaspekten bedeutet, dass Pflegedienste zu durchschnittlich etwas mehr als der Hälfte der insgesamt neunzehn Qualitätsaspekte in den Prüfbereichen 1 bis 3 auf Einrichtungsebene geprüft wurden (vgl. Kapitel 1.3).

Tabelle 37: Durchschnittliche Anzahl pro Pflegedienst geprüfter Qualitätsaspekte nach Pilotierungsgruppe

	Summe	M	SD	Min	Max	n
insgesamt	738	9,7	2,3	3	14	76
Pilotierungsgruppe I	384	9,6	2,7	3	14	40
Pilotierungsgruppe II	181	10,6	1,5	8	14	17
Pilotierungsgruppe III	173	9,1	1,7	5	13	19

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Tabelle 38 zeigt die durchschnittliche Anzahl pro Pflegedienst geprüfter Qualitätsaspekte getrennt für die drei Einrichtungstypen (allgemein, intensiv, psychiatrisch). Wie aus der Tabelle ersichtlich, liegen die Mittelwerte nah beieinander, ohne signifikanten Unterschied zwischen den Einrichtungstypen (robuster Test nach Welch: $p = ,303$). Zwar hatte sich gezeigt, dass in

personenbezogenen Prüfungen in intensivpflegerischen Pflegediensten durchschnittlich mehr Qualitätsaspekte geprüft wurden (vgl. Tabelle 33); dies hat aber offensichtlich nur geringe Auswirkungen auf die Anzahl der geprüften Qualitätsaspekte auf Einrichtungsebene.

Tabelle 38: Durchschnittliche Anzahl pro Pflegedienst geprüfter Qualitätsaspekte nach Einrichtungstyp

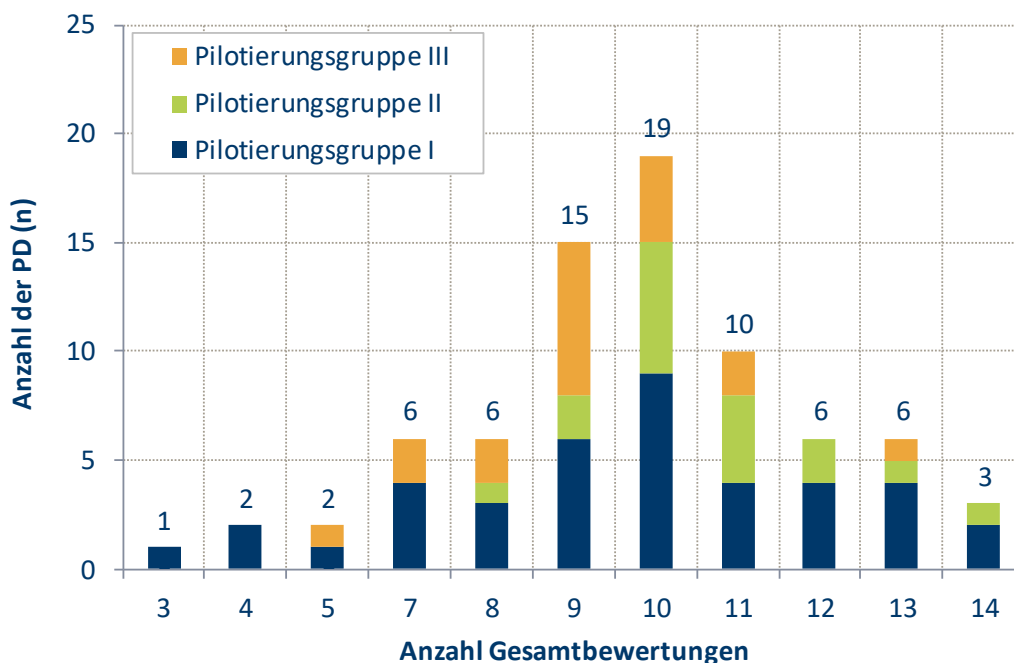
	Summe	M	SD	Min	Max	n
insgesamt	384	9,6	2,7	3	14	40
Allgemein	181	9,1	1,8	5	13	20
Intensiv	107	10,7	2,9	4	14	10
Psychiatrisch	96	9,6	3,7	3	13	10

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Tabelle berücksichtigt ausschließlich PD aus Pilotierungsgruppe I.

Abbildung 13 veranschaulicht die Verteilung der Anzahl pro Pflegedienst geprüfter Qualitätsaspekte. Entsprechend dem Mittelwert liegt der Verteilungsgipfel bei zehn geprüften Qualitätsaspekten.

Abbildung 13: Anzahl Gesamtbewertungen pro Pflegedienst

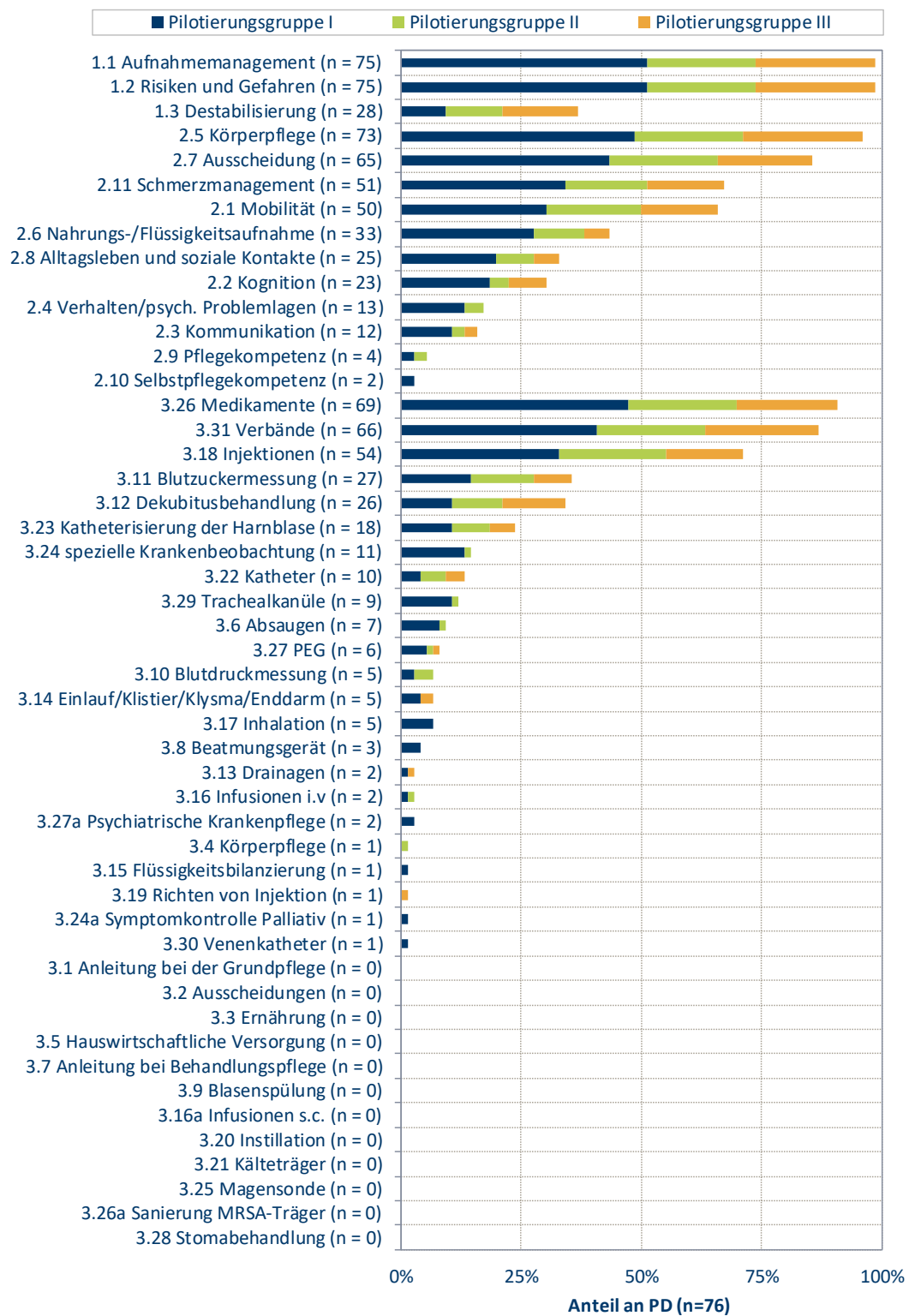


Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Gesamtbewertungen stammen aus insgesamt n = 76 PD mit n = 40 PD in Pilotierungsgruppe I, n = 17 PD in Pilotierungsgruppe II und n = 19 PD in Pilotierungsgruppe III.

Abbildung 14 zeigt den Anteil der Pflegedienste (an insgesamt n = 76), bei denen die einzelnen Qualitätsaspekte geprüft wurden (unterteilt nach Pilotierungsgruppe). Zu den am häufigsten geprüften Qualitätsaspekten zählen demnach 1.1 „Aufnahmemanagement“, 1.2 „Risiken und Gefahren“, 2.5 „Körperpflege“, 3.26 „Medikamente“, 3.31 „Verbände“, 2.7 „Ausscheidungen“, die bei ca. 90 Prozent oder mehr der Pflegedienste geprüft wurden. Dies entspricht dem Befund in Abbildung 7, wonach diese Qualitätsaspekte auch in den personenbezogenen Prüfungen am häufigsten geprüft wurden. Beim Vergleich mit Abbildung 7 wird aber auch deutlich, dass die Anteile der personenbezogenen Prüfungen, in denen diese Qualitätsaspekte geprüft wurden, deutlich geringer ausfallen als die Anteile der Pflegedienste, bei denen diese Qualitätsaspekte geprüft wurden. Mit Ausnahme von Qualitätsaspekten 1.2 und 2.5 konnten die Qualitätsaspekte nur in weniger als der Hälfte der personenbezogenen Prüfungen geprüft werden. Dies weist bereits daraufhin, dass die auf Einrichtungsebene ausgewiesenen Gesamtbewertungen für die Qualitätsaspekte auf eine relativ geringe Anzahl von Einzelbewertungen zurückgehen.

Abbildung 14: Anteil der Pflegedienste mit geprüften Qualitätsaspekten (gesamt)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Abbildung enthält Angaben aus sämtlichen Pilotierungsgruppen; insgesamt n = 754 Personen aus n = 76 PD.

3.3.1.4 Anzahl Einzelbewertungen für die Berechnung der Gesamtbewertungen

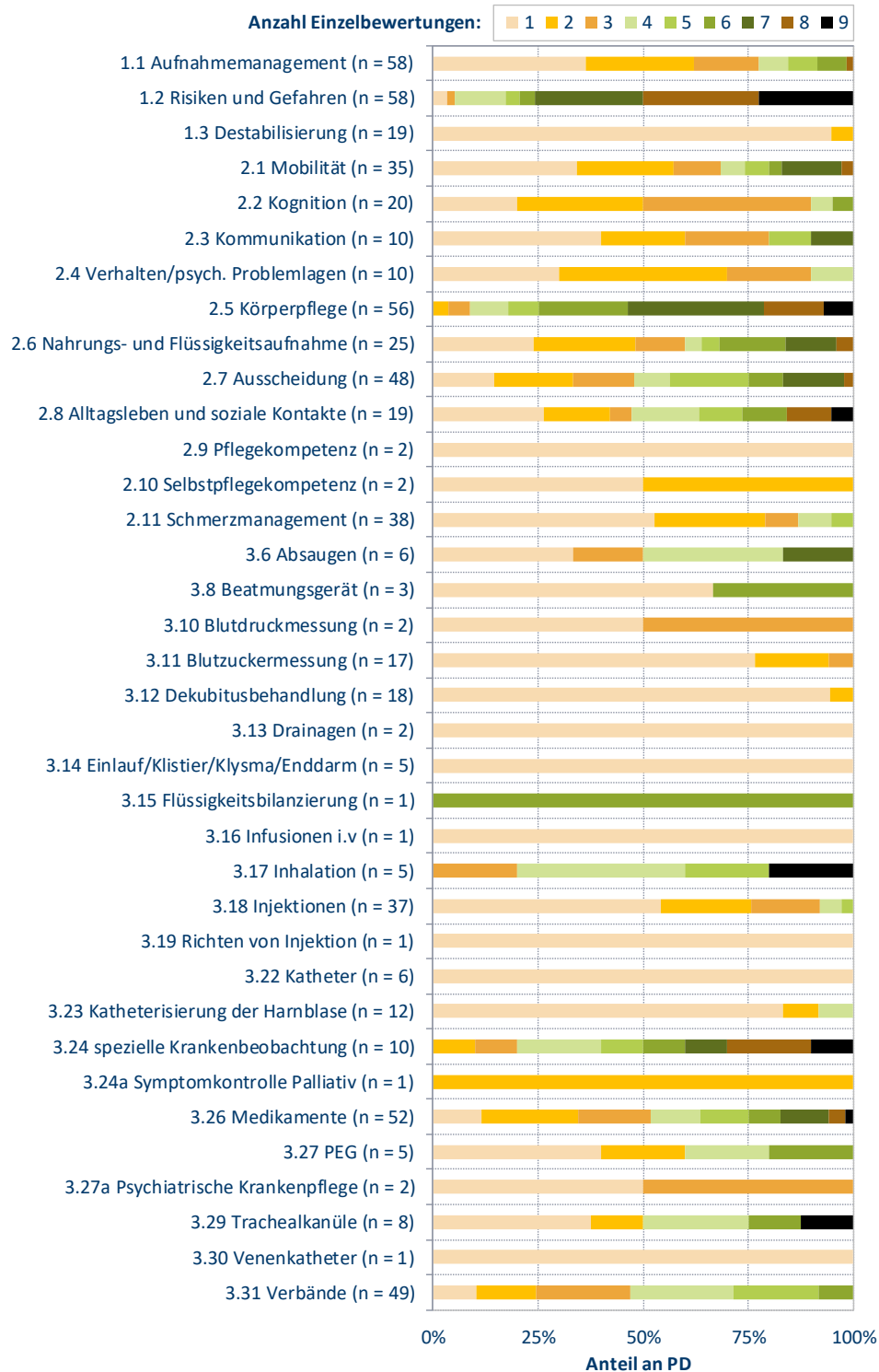
Vergleicht man die Anteile der Pflegedienste in Abbildung 14 mit den Anteilen der personenbezogenen Prüfungen, bei denen die Qualitätsaspekte geprüft wurden (Abbildung 7), fällt auf, dass bei einigen Qualitätsaspekten ein relativ hoher Anteil geprüfter Pflegedienste auf einen nur relativ geringen Anteil personenbezogener Prüfungen zurückgeht:

- ◆ So wurde 1.1 „Aufnahmemanagement“ in nur 29 Prozent der personenbezogenen Prüfungen, aber bei 99 Prozent aller Pflegedienste geprüft;
- ◆ 1.2 „Destabilisierung der Versorgungssituation“ wurde in nur 5 Prozent der personenbezogenen Prüfungen, aber bei 37 Prozent der Pflegedienste geprüft;
- ◆ 2.1 „Unterstützung im Bereich der Mobilität“ wurde in 34 Prozent der personenbezogenen Prüfungen, aber bei 66 Prozent der Pflegedienste geprüft;
- ◆ 2.7 „Unterstützung bei der Ausscheidung“ wurde in 40 Prozent der personenbezogenen Prüfungen, aber bei 85 Prozent der Pflegedienste geprüft;
- ◆ 2.11 „Schmerzmanagement“ wurde in 14 Prozent der personenbezogenen Prüfungen, aber bei 67 Prozent aller Pflegedienste geprüft;
- ◆ 3.18 „Injektionen“ wurde in 14 Prozent der personenbezogenen Prüfungen, aber bei 71 Prozent der Pflegedienste geprüft.

Dies deutet daraufhin, dass die Gesamtbewertungen für die Qualitätsaspekte teilweise auf einer nur geringen Anzahl Einzelbewertungen beruhen.

Abbildung 15 und Abbildung 16 zeigen je Qualitätsaspekt die Anzahl Einzelbewertungen, auf denen die Berechnung der Gesamtbewertung des jeweiligen Qualitätsaspekts beruht. Da in Pilotierungsgruppe II eine größere Stichprobe umgesetzt werden musste, erfolgt die Darstellung getrennt für Pilotierungsgruppe I und III einerseits (Abbildung 15) und Pilotierungsgruppe II andererseits (Abbildung 16). Abbildung 15 zeigt z. B., dass 1.1 „Aufnahmemanagement“ bei $n = 58$ Pflegediensten geprüft wurde. Bei $n = 36$ (62 %) dieser Pflegedienste beruht die Gesamtbewertung für Qualitätsaspekt 1.1 auf nur ein oder zwei Einzelbewertungen, d. h. „Aufnahmemanagement wurde in nur ein oder zwei personenbezogenen Prüfungen geprüft.

Abbildung 15: Anteil der Pflegedienste mit bestimmter Anzahl Einzelbewertungen pro Qualitätsaspekt (Pilotierungsgruppe I und III)

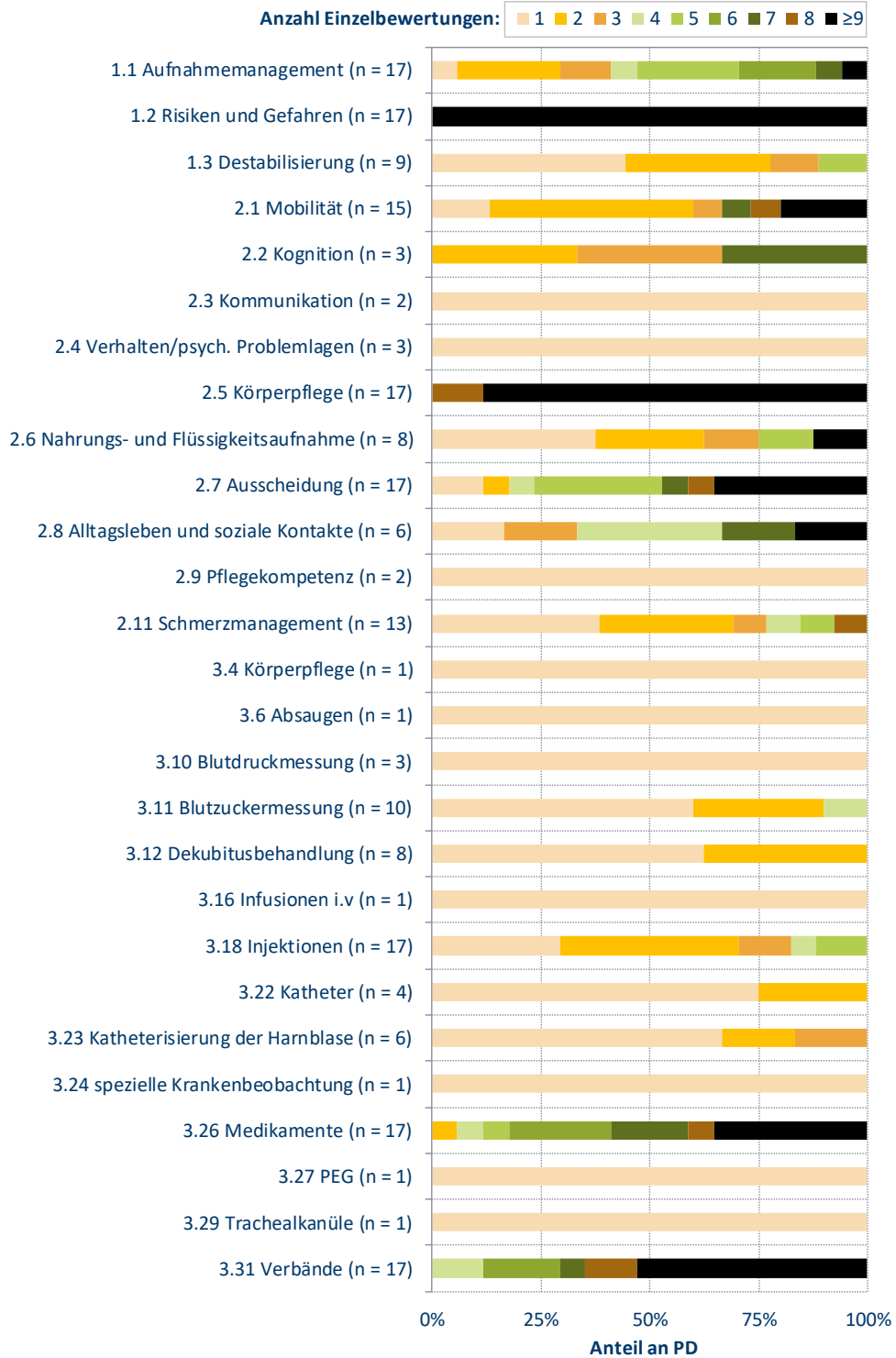


Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Abbildung enthält Angaben zu PD aus Pilotierungsgruppen I (n = 40 PD) und III (n = 19 PD), bei denen der Qualitätsaspekt in mindestens einer personenbezogenen Prüfung geprüft wurde (insgesamt n = 59 PD).

Da sich im Mittel acht Personen in den Stichproben befinden (Pilotierungsgruppe I; vgl. Tabelle 23), kann angenommen werden, dass im Durchschnitt vier Personen der Hälfte der pro Pflegedienst in die Prüfung eingeschlossenen Personen entsprechen. Vor diesem Hintergrund gibt es nur wenig Qualitätsaspekte, die mehrheitlich in mindestens der Hälfte der personenbezogenen Prüfungen pro Pflegedienst geprüft werden konnten: 1.2 „Reaktion auf und Erfassung von Risiken und Gefahren“, 2.5 „Unterstützung der Körperpflege“, 2.7 „Unterstützung der Ausscheidung“, 2.8 „Unterstützung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ und 3.31 „Verbände“. Darüber hinaus wurden auch die Qualitätsaspekte 3.15 „Flüssigkeitsbilanzierung“, 3.17 „Inhalationen“ und 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ im Mittel bei mindestens der Hälfte der Stichprobe geprüft, dies allerdings bei einer nur geringen Anzahl der Pflegedienste. Das hängt damit zusammen, dass diese Qualitätsaspekte fast ausschließlich bei intensivpflegerischen Pflegediensten geprüft wurden (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 16: Anteil der Pflegedienste mit bestimmter Anzahl Einzelbewertungen pro Qualitätsaspekt (Pilotierungsgruppe II)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer
 Anmerkung: Abbildung enthält Angaben zu PD aus Pilotierungsgruppen II (n = 17 PD), bei denen der Qualitätsaspekt in mindestens einer personenbezogenen Prüfung geprüft wurde.

3.3.1.5 Verteilung der Gesamtbewertungen je Qualitätsaspekt

Tabelle 39 zeigt die Häufigkeiten der Gesamtbewertungen (vgl. Kapitel 1.3.3) pro Qualitätsaspekt. Über sämtliche Qualitätsaspekte betrachtet, entfallen die meisten Gesamtbewertungen auf ■■■■ (87 %).

Tabelle 39: Anzahl Gesamtbewertungen pro Qualitätsaspekt

	■■■■	■■■□	■■□□	■□□□	Total
1.1 Aufnahmemanagement	68	4	1	1	74
1.2 Risiken & Gefahren	50	18	5	2	75
1.3 Destabilisierung	27	-	-	-	27
2.1 Mobilität	44	4	2	-	50
2.2 Kognition	22	1	-	-	23
2.3 Kommunikation	12	-	-	-	12
2.4 Verhaltensauffälligkeiten	12	1	-	-	13
2.5 Körperpflege	68	5	-	-	73
2.6 Nahrungs-/Flüssigkeitsaufn.	31	2	-	-	33
2.7 Ausscheidung	59	5	1	-	65
2.8 Alltagsleben, soziale Kontakte	24	1	-	-	25
2.9 Pflegekompetenz	4	-	-	-	4
2.10 Selbstpflegekompetenz	1	1	-	-	2
2.11 Schmerzmanagement	47	3	1	-	51
3a Medikamente	56	11	1	1	69
3b Wundversorgung	52	12	3	-	67
3c Spezielle Krankenbeobachtung	6	2	2	1	11
3d Psychiatrische Krankenpflege	2	-	-	-	2
3e Sonstige HKP	56	5	1	-	62
Anzahl insgesamt	641	75	17	5	738
Prozent an Gesamtbewertungen	86,9 %	10,2 %	2,3 %	1 %	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: ■■■■ Keine oder geringe Qualitätsdefizite;
 ■■■□ Moderate Qualitätsdefizite;
 ■■□□ Erhebliche Qualitätsdefizite;
 ■□□□ schwerwiegende Qualitätsdefizite

Gesamtbewertungen stammen aus insgesamt n = 76 PD mit 40 PD in Pilotierungsgruppe I, 17 PD in Pilotierungsgruppe II und 19 PD in Pilotierungsgruppe III. „3b Wundversorgung“ umfasst die Qualitätsaspekte 3.12, 3.28 und 3.31; „3e Sonstige HKP-Leistungen“ umfasst sämtliche Qualitätsaspekte in Bereich 3 außer 3.5, 3.12, 3.24, 3.26, 3.28, 3.31 und 3.27a.

Tabelle 40 zeigt die Häufigkeiten, mit denen die Bewertungskategorien mindestens einmal auftreten. Von insgesamt n = 76 Pflegediensten erhielten 34 (44,7 %) ausschließlich ■■■■-Bewertungen; 29 (38,2 %) erhielten mindestens eine ■■■□-Bewertung (jedoch keine ■■□□- oder ■□□□-Bewertung); 10 (13,2 %) erhielten mindestens eine ■■□□-Bewertung (aber keine ■□□□-Bewertung); 3 erhielten mindestens eine ■□□□-Bewertung (jeweils zwei Dienste mit solch einer Bewertung bei einem Qualitätsaspekt; ein Dienst mit solch einer Bewertung bei drei Qualitätsaspekten).

Tabelle 40: Mindesthäufigkeiten der Gesamtbewertungen

	Häufigkeit (n)	Anteil (%)
nur ■■■■	34	44,7 %
mindestens ein ■■■□	29	38,2 %
mindestens ein ■■□□	10	13,2 %
mindestens ein ■□□□	3	3,9 %
insgesamt	76	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: ■■■■ Keine oder geringe Qualitätsdefizite;
 ■■■□ Moderate Qualitätsdefizite;
 ■■□□ Erhebliche Qualitätsdefizite;
 ■□□□ schwerwiegende Qualitätsdefizite

Tabelle 41 zeigt die Häufigkeiten des Auftretens der Bewertungskategorien getrennt nach Einrichtungstyp (nur Pilotierungsgruppe I). Daraus wird ersichtlich, dass knapp die Hälfte der allgemeinen und psychiatrischen Pflegedienste in allen geprüften Qualitätsaspekten ausschließlich die beste Bewertung (■■■■) erhalten haben, während es bei intensivpflegerischen weniger als ein Drittel sind. Rechnet man auch die moderaten Qualitätsdefizite hinzu, haben 85 bzw. 90 Prozent der allgemeinen und psychiatrischen Pflegedienste im schlimmsten Fall ■■■□-Bewertungen erhalten; bei intensivpflegerischen Pflegediensten sind es hingegen nur 60 Prozent. Dafür kommen schlechtere Bewertungen vermehrt bzw. ausschließlich bei intensivpflegerischen Pflegediensten vor. Dies reflektiert den bereits auf Personenebene festgestellten Befund, dass Einzelbewertungen bei intensivpflegerischen Pflegediensten signifikant häufiger schlechter als A ausfallen als in den anderen beiden Einrichtungstypen (vgl. Tabelle 36).

Tabelle 41: Mindesthäufigkeiten der Gesamtbewertungen nach Einrichtungstyp

	Allgemein		Intensiv		Psychiatrisch	
	n	%	n	%	n	%
nur ■■■■	11	55,0 %	3	30,0 %	5	50,0 %
mindestens ein ■■■□	6	30,0 %	3	30,0 %	4	40,0 %
mindestens ein ■■□□	3	15,0 %	2	20,0 %	1	10,0 %
mindestens ein ■□□□	-		2	20,0 %	-	
insgesamt	20	100 %	10	100 %	10	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Anzahl (n) der PD und Spaltenprozent (%). Tabelle berücksichtigt ausschließlich PD aus Pilotierungsgruppe I.

Auch aufgrund dieser Auffälligkeiten wurde in den Feedback-Veranstaltungen die Bewertung von Qualitätsaspekten in den intensivpflegerischen Pflegediensten aufgegriffen und vertieft diskutiert. Die Prüfer erläuterten in diesem Zusammenhang, dass mit dem neuen Prüfverfahren nicht mehr bloß zu prüfen sei, ob einzelne Kriterien erfüllt sind oder nicht, sondern in der Gesamtschau über eine zusammenfassende Bewertung für den Qualitätsaspekt bei der in die Prüfung einbezogenen Person zu entscheiden sei (personenbezogene Prüfung: A-, B-, C- oder D-Bewertung). Zwar erfordere das neue Prüfverfahren hinsichtlich jedes Qualitätsaspekts die Einschätzung des Prüfers, wie verschiedene Informationen bei einer Person zu einer zusammenfassenden Bewertung zu verdichten seien – die Verdichtung führe bei der „Speziellen Krankenbeobachtung“ aber dazu, dass selbst schon bei vereinzelt Abweichungen eine insgesamt schlechtere Bewertung vergeben werden müsse. Dies führe bei der „Speziellen Krankenbeobachtung“ schneller zu einer schlechteren Bewertung als bei anderen Qualitätsaspekten (vgl. Kapitel 3.6.3).

3.3.2 Bereich 5

Die Qualitätsaspekte in Bereich 5 folgen einer anderen Bewertungssystematik als Bereich 1, 2 und 3. Während in Bereich 1, 2 und 3 die Bewertung der Qualitätsaspekte auf einer mehrstufigen Beurteilungsskala (A bis D) erfolgt, enthalten die drei Qualitätsaspekte in Bereich 5 thematisch entsprechende Prüffragen mit dichotomem Antwortformat (Ja/Nein).

Tabelle 42 zeigt die Antworten der Prüfer auf die Prüffragen der drei Qualitätsaspekte. Die meisten Fragen werden für mehr als 90 Prozent der Pflegedienste mit *Ja* beantwortet (entspricht Erfüllung der entsprechenden Qualitätsanforderung). Lediglich für Prüffrage Nr. 6 des Qualitätsaspekts 5.3 ergibt sich eine Zustimmung in nur 88 Prozent der Fälle.

Tabelle 42: Verteilung der Antwortkategorien zu den Prüffragen in Bereich 5

	ja	nein	t. n. z.	k. A.
5.1 Qualitätsmanagement: 1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	70 92,1 %	5 6,6 %	-	1 1,3 %
5.1 Qualitätsmanagement: 2. Werden geeignete Maßnahmen eingeleitet, um identifizierte Qualitätsprobleme zu beheben?	70 92,1 %	4 5,3 %	1 1,3 %	1 1,3 %
5.1 Qualitätsmanagement: 3. Nutzt die Einrichtung Instrumente wie Expertenstandards, Leitlinien oder ggf. andere bei der Behebung von Qualitätsdefiziten?	73 96,1 %	2 2,6 %	-	1 1,3 %
5.1 Qualitätsmanagement: 4. Sind die Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	74 97,4 %	1 1,3 %	-	1 1,3 %
5.2 Hygiene: 1. Liegen Verfahrensanweisungen vor, die sowohl die notwendige Basishygiene als auch die aufgrund einer individuellen Risikobewertung notwendigen Hygienemaßnahmen berücksichtigen?	71 93,4 %	4 5,3 %	-	1 1,3 %
5.2 Hygiene: 2. Entsprechen die Verfahrensweisen den gesetzlichen Anforderungen und fachlichen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention?	70 92,1 %	5 6,6 %	-	1 1,3 %
5.2 Hygiene: 3. Stehen die notwendigen Hilfsmittel zur Umsetzung der hygienischen Anforderungen zur Verfügung (z. B. Desinfektionsmittel, Handschuhe, Schutzkleidung)?	74 97,4 %	1 1,3 %	-	1 1,3 %
5.2 Hygiene: 4. Wird die Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensweisen regelmäßig überprüft?	71 93,4 %	4 5,3 %	-	1 1,3 %
5.3 Qualifikation: 1. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung?	75 98,7 %	-	-	1 1,3 %
5.3 Qualifikation: 2. Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?	74 97,4 %	1 1,3 %	-	1 1,3 %
5.3 Qualifikation: 3. Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	72 94,7 %	3 3,9 %	-	1 1,3 %
5.3 Qualifikation: 4. Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	73 96,1 %	2 2,6 %	-	1 1,3 %
5.3 Qualifikation: 5. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?	74 97,4 %	1 1,3 %	-	1 1,3 %
5.3 Qualifikation: 6. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft im Rahmen ihrer Möglichkeiten für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?	67 88,2 %	8 10,5 %	-	1 1,3 %
Qualifikation: 7. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen, die beim jeweiligen Versicherten zu beachten sind?	73 96,1 %	2 2,6 %	-	1 1,3 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Zeilenprozent, t. n. z. = trifft nicht zu, k. A. = keine Angabe

3.4 Reliabilität der Prüfergebnisse

Die Reliabilität der Prüfergebnisse wurde mittels eines speziellen Untersuchungsdesigns analysiert, welches nachfolgend erklärt wird. Daran schließen sich die Ergebnisse aus der Analyse der Reliabilität an.

3.4.1 Übersicht über das Untersuchungsdesign

Die Überprüfung der Reliabilität des Prüfverfahrens ist von besonderer Bedeutung: Das Prüfungsergebnis eines Pflegedienstes in den Bereichen 1, 2 und 3 gründet auf einer Stichprobe von im Regelfall sechs bis neun versorgten Personen. Diesem Vorgehen liegt die im Bereich des Qualitätsmanagements anerkannte Theorie zugrunde, dass sich eine gute/schlechte Qualität der Organisation (hier des Pflegedienstes) mehr oder weniger durchgängig auf alle ihre Arbeitsergebnisse (hier: die Versorgung der Kunden) auswirkt. Mit einem geeigneten Prüfverfahren kann daher die Qualität der Organisation anhand der Untersuchung einer Stichprobe von Arbeitsergebnissen festgestellt werden. Dabei spielt der Umfang der Stichprobe eine wichtige Rolle: Je kleiner die Stichprobe, umso stärker können Zufallseinflüsse das Ergebnis beeinflussen, mit der Folge, dass die „wirkliche“ Qualität der Organisation nicht richtig gemessen wird.

Das Prüfverfahren wäre umso mehr als reliabel anzusehen, wenn bei der Untersuchung von einer gegebenen Stichprobe die gleichen Gesamtbewertungen resultierten wie bei der Untersuchung von einer anderen Stichprobe versorgter Personen desselben Pflegedienstes. Ähnliches gilt auch für die Beurteilung einrichtungsbezogener Qualitätsaspekte in Bereich 5. Auch hier wird unterstellt, dass in einer Prüfung gewonnene Informationen die Qualität der Organisation spiegeln – und nicht die Tagesform der Gesprächspartner.

Aufgrund des Ablaufs des Prüfverfahrens, kann es in den Prüfbereichen 1, 2 und 3 aus zwei Gründen zu Abweichungen in den Gesamtbewertungen für einen Pflegedienst kommen:

1. Die Qualitätsaspekte der Bereiche 2 und 3 sind bei einzelnen versorgten Personen nur prüfbar, wenn entsprechende Leistungen des Pflegedienstes vertraglich vereinbart (Bereich 2) bzw. ärztlich verordnet sind (Bereich 3). In Bereich 1 ist durch den Prüfer zu ermitteln, inwiefern die unabhängig von vereinbarten oder verordneten Leistungen zu prüfenden Qualitätsaspekte prüfungsrelevant sind. Dies führt in der Konsequenz dazu, dass bei einem gegebenen Stichprobenumfang von i. d. R. sechs bis neun versorgten Personen manche Qualitätsaspekte nicht bei allen Personen – oder im Extremfall auch bei niemandem – geprüft werden können. Zieht man eine weitere Stichprobe von sechs bis neun versorgten Personen, so ist zu erwarten, dass sich ein anderes Muster von vertraglich vereinbarten bzw. ärztlich verordneten Leistungen ergibt, so dass auch die Prüfbarkeit der Qualitätsaspekte bzw. die jeweilige Personenzahl, bei denen ein Aspekt prüfbar ist, zwischen den Stichproben variieren werden. Insofern kann die Heterogenität der Versorgungskonstellationen dazu führen, dass die

Gesamtbewertungen, die ein Pflegedienst auf Grundlage einer Stichprobe erhält, von denen abweichen, die er auf Grundlage einer anderen Stichprobe erhält.

2. Die Gesamtbewertung für einen Qualitätsaspekt wird aus den Einzelbewertungen errechnet. Zieht man eine Stichprobe von i. d. R. sechs bis neun Personen ergibt sich eine bestimmte Verteilung der Einzelbewertungen für z. B. Qualitätsaspekt 1.1 und damit entsprechend des Algorithmus für die Berechnung der Gesamtbewertungen eine bestimmte Gesamtbewertung für Qualitätsaspekt 1.1. Zieht man eine weitere Stichprobe von i. d. R. sechs bis neun Personen, so ist zu erwarten, dass die Verteilung der Einzelbewertungen für Qualitätsaspekt 1.1. anders ausfällt und somit eine andere Gesamtbewertung resultieren kann (vorausgesetzt Qualitätsaspekt 1.1 ist in der zweiten Stichprobe vertreten, vgl. (1) oben). Insofern können Unterschiede in den Einzelbewertungen, die für einen Qualitätsaspekt in verschiedenen Stichprobe vertreten sind, zu Abweichungen in der Gesamtbewertung für diesen Qualitätsaspekt führen.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich für die Reliabilitätsanalyse zwei Fragestellungen:

- ◆ Inwiefern werden im Rahmen der Qualitätsprüfung eines Pflegedienstes in unterschiedlichen Stichproben dieselben Qualitätsaspekte bewertet?
- ◆ Inwiefern erhält ein Pflegedienst bei unterschiedlichen Stichproben dieselbe Gesamtbewertung je Qualitätsaspekt?

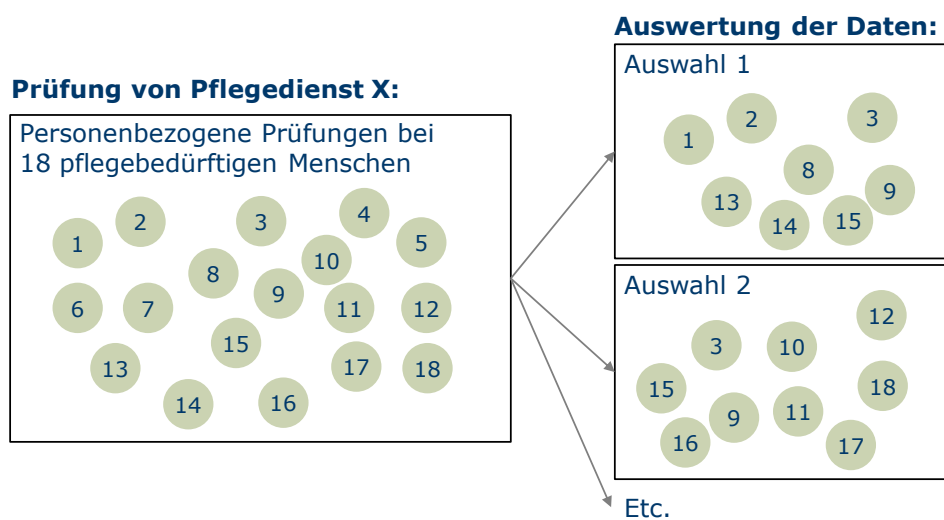
Um diese Fragestellungen zu beantworten, würde idealerweise bei mehreren Pflegediensten eine Vollerhebung der Qualität der Versorgung bei allen Kunden erfolgen. Damit wäre für diese Pflegedienste die Verteilung der Einzelbewertungen in der Grundgesamtheit bekannt und es ließe sich bestimmen, mit welcher Wahrscheinlichkeit die einzelnen Qualitätsaspekte in den möglichen Stichproben vertreten sind und mit welcher Wahrscheinlichkeit dieselben Gesamtbewertungen resultieren. Vollerhebungen sind jedoch aus Praktikabilitätsgründen nicht durchführbar. Ersatzweise kann auch eine größere Teilgruppe von Kunden eines Pflegedienstes genutzt werden, um die Reliabilität der Gesamtbewertungen näherungsweise abzuschätzen.

Daher wurde bei den Pflegediensten in Pilotierungsgruppe II (vgl. Kapitel 2.1.2) die Stichprobengröße verdoppelt, d. h. es wurden bis zu 18 anstelle von bis zu 9 versorgten Personen in die Prüfungen einbezogen. Die Anzahl Personen wurde verdoppelt, indem die durch das Stichprobenverfahren vorgegebenen Fallzahlen je Merkmalskombination (Mobilität, Kognition, aufwändigere/ risikobehaftete HKP) verdoppelt wurden. Sofern für eine gegebene Kombination nicht genügend teilnahmebereite versorgte Personen vorhanden waren, wurden die vorgegebenen Ersatz- bzw. Ausweichregeln angewandt (vgl. Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 12).

Diese Stichproben mit einem Umfang von bis zu 18 Kunden fungierten als ein „Pool“, mit dem im Rahmen der Auswertung rechnerisch ermittelt wurde, welche Stichproben von bis zu neun Kunden für jeden der Pflegedienste gebildet werden können (unter Berücksichtigung der Regeln für das Stichprobenverfahren) und welche Ziehungswahrscheinlichkeiten diese Stichproben aufweisen. Aufgrund der überlappenden Strata und der Ersatzregeln, falls die erforderliche Fallzahl innerhalb einer Schicht nicht erreicht werden kann, erfolgte die Bestimmung der Anzahl aller möglichen Stichproben unter Berücksichtigung der Ziehungsreihenfolge unter Anwendung des vorgesehenen Stichprobenverfahrens. Im nächsten Schritt der Reliabilitätsanalyse werden die Gesamtbewertungen in den so gebildeten möglichen Stichproben für jeden der Pflegedienste verglichen.

Eine schematische Darstellung der methodischen Vorgehensweise ist in Abbildung 17 dargestellt.

Abbildung 17: Schematische Darstellung der methodischen Vorgehensweise bei der Reliabilitätsanalyse



Quelle: IGES

Für die Analysen der Reliabilität stehen die Ergebnisse von 17 Pflegediensten aus Pilotierungsgruppe II zur Verfügung, bei denen zwischen 14 und 18 versorgte Personen in die Prüfungen einbezogen werden konnten (vgl. Kapitel 3.2.4.3). Diese 14 bis 18 versorgten Personen bilden jeweils den oben erwähnten Pool.

Unter Anwendung des vorgesehenen Stichprobenverfahrens kann aus dem Pool eine je nach Pflegedienst unterschiedliche Anzahl von Stichproben mit einem Umfang von sechs bis neun versorgten Personen gezogen werden. Der Umfang der Stichprobe hängt letztlich davon ab, wie viele Personen mit aufwändigen HKP-Leistungen in dem Pool des jeweiligen Pflegedienstes sind und in welchem Schritt

des Stichprobenverfahrens diese gezogen werden. Die maximale Anzahl möglicher Stichproben für einen der 17 Pflegedienste aus Pilotierungsgruppe II liegt unter Berücksichtigung der Ziehungsreihenfolge bei 730.000 Stichproben. Die minimale Anzahl möglicher Stichproben für einen der Pflegedienste beträgt 720 Stichproben. Der Median liegt bei 170.000 Stichproben.

3.4.2 Bewertungswahrscheinlichkeiten in den Stichproben

Bei den 17 Pflegediensten liegen über alle möglichen Stichproben betrachtet für insgesamt 16 Qualitätsaspekte Gesamtbewertungen vor, so dass für diese Qualitätsaspekte Aussagen zur Reliabilität der Prüfungsergebnisse getroffen werden können. Von den 16 Qualitätsaspekten sind drei Qualitätsaspekte dem Bereich 1 zugeordnet, zehn Qualitätsaspekte dem Bereich 2 und drei Qualitätsaspekte (Medikamente, Wundversorgung, Sonstige HKP) dem Bereich 3. Der Qualitätsaspekt 2.10 „Selbstpflegekompetenz“ aus dem Bereich 2 sowie die Qualitätsaspekte 3c „Spezielle Krankenbeobachtung“ und 3d „Psychiatrische Krankenpflege“ aus dem Bereich 3 waren in keiner der Prüfungen in Pilotierungsgruppe II prüfungsrelevant und konnten daher in der Analyse nicht berücksichtigt werden.

In Abbildung 18 ist für die 17 im Rahmen der Reliabilitätsanalyse berücksichtigten Pflegedienste für jeden Qualitätsaspekt der Anteil der möglichen Stichproben dargestellt, in denen der jeweilige Qualitätsaspekt eine Gesamtbewertung erhält. Der Anteil der möglichen Stichproben, in denen ein Qualitätsaspekt bewertet wird, kann als die Wahrscheinlichkeit interpretiert werden, dass der Qualitätsaspekt bei einem Pflegedienst bewertet wird (Bewertungswahrscheinlichkeit). In der Abbildung ist die Bewertungswahrscheinlichkeit für jeden Qualitätsaspekt und für jeden der 17 Pflegedienste durch ein „x“ gekennzeichnet.

Auf Ebene der einzelnen Pflegedienste ist eine Bewertungswahrscheinlichkeit von (nahe) 0 oder (nahe) 100 Prozent insofern nicht problematisch, als dass die Bewertung bzw. Nicht-Bewertung eine geringe Stichprobenvarianz aufweist, d. h. in den meisten Stichproben eines Pflegedienstes ist der Qualitätsaspekt entweder prüfungsrelevant oder nicht. Problematisch ist es dagegen, wenn die Bewertungswahrscheinlichkeit für einen Qualitätsaspekt im mittleren Bereich liegt: Je nach Zusammensetzung der Stichprobe wird dieser Qualitätsaspekt bewertet oder nicht. Bei einer Bewertungswahrscheinlichkeit von 50 Prozent tritt der Extremfall auf, dass in der Hälfte der Stichproben eine Gesamtbewertung des Qualitätsaspekts erfolgt, in der anderen Hälfte nicht.

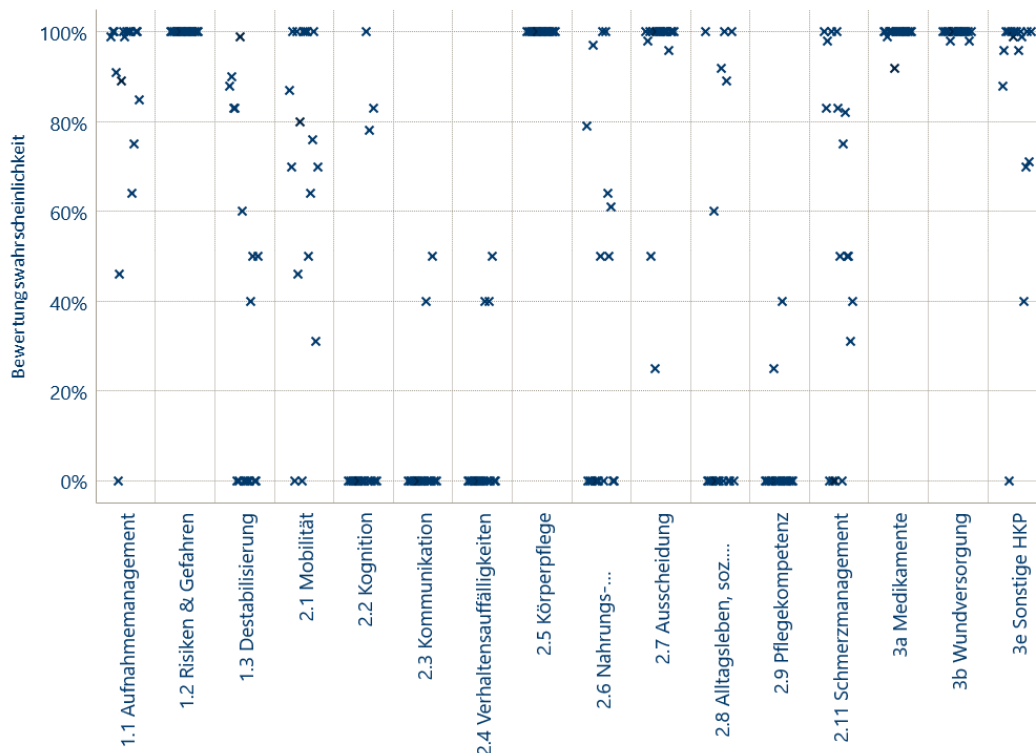
Im Hinblick auf die Reliabilität des Prüfverfahrens ist es folglich problematisch, wenn sich die Bewertungswahrscheinlichkeit für einen Qualitätsaspekt bei relativ vielen Pflegediensten im mittleren Bereich bewegt. Dies würde bedeuten, dass bei relativ vielen Pflegediensten die Prüfung des Qualitätsaspekts stark von der Realisierung der jeweiligen Stichprobe abhängt. Dadurch, dass die Prüfung des Qualitätsaspekts bei relativ vielen Pflegediensten stark von der zufällig gezogenen Stichprobe abhängt, kann der Qualitätsaspekt nicht verlässlich geprüft werden.

Aus Abbildung 18 ist ersichtlich, dass die Bewertungswahrscheinlichkeit bei relativ vielen Pflegediensten im mittleren Bereich liegt, d. h. die Frage, ob ein Qualitätsaspekt bewertet wird, bei relativ vielen Pflegediensten davon abhängt, welche Stichprobenzusammensetzung realisiert wird. Lediglich bei vier Qualitätsaspekten (1.2 „Risiken und Gefahren“, 2.5 „Körperpflege“, 3a „Medikamente“ und 3b „Wundversorgung“) ergeben sich bei den 17 Pflegediensten in (fast) allen möglichen Stichproben Gesamtbewertungen, d. h. die Bewertungswahrscheinlichkeit beträgt (nahe) 100 Prozent. Bei den übrigen Qualitätsaspekten liegt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Pflegedienst eine Gesamtbewertung erhält, zwischen 0 und 100 Prozent.

Nimmt man zum Beispiel an, dass eine Bewertungswahrscheinlichkeit zwischen 20 und 80 Prozent im Hinblick auf die Reliabilität der Bewertungen nicht akzeptabel ist, da die Durchführung einer Bewertung in diesem Bereich zu stark von der Zusammensetzung der realisierten Stichprobe abhängen würde, so fallen – mit Ausnahme der o. g. Qualitätsaspekte – je Qualitätsaspekt etwa 10 bis 40 Prozent der Pflegedienste in die Gruppe mit einer nicht akzeptablen Bewertungswahrscheinlichkeit. Für den Qualitätsaspekt 2.1 „Mobilität“ liegt die Bewertungswahrscheinlichkeit beispielsweise bei acht der 17 Pflegedienste zwischen 31 und 80 Prozent.

Bei drei Qualitätsaspekten (Kommunikation, Verhaltensauffälligkeiten und Pflegekompetenz) ist die Verteilung der Bewertungswahrscheinlichkeit dadurch gekennzeichnet, dass bei der überwiegenden Mehrzahl der Pflegedienste keine Bewertung möglich war (Bewertungswahrscheinlichkeit 0 %), und die wenigen Pflegedienste, bei denen eine Bewertung in einzelnen Stichproben möglich war, eine Bewertungswahrscheinlichkeit zwischen 20 und 60 Prozent aufweisen. Dies bedeutet, dass bei keinem der Pflegedienste für diese Qualitätsaspekte zuverlässig eine Bewertung erfolgte.

Abbildung 18: Anteil der möglichen Stichproben, in denen ein Qualitätsaspekt eine Gesamtbewertung erhält



Quelle: IGES

Anmerkungen: Die Angaben beruhen auf n = 17 PD, für die für insgesamt 16 Qualitätsaspekte Gesamtbewertungen vorliegen.

3.4.3 Abweichungen in den Gesamtbewertungen

In Abbildung 19 ist die Verteilung der Gesamtbewertungen für jeden Qualitätsaspekt ersichtlich. Die Darstellung zeigt für jeden Qualitätsaspekt, mit welcher (bedingten) Wahrscheinlichkeit eine Gesamtbewertung, die sich aus einer der Stichproben für einen Pflegedienst ergibt, vom Modus⁷ der Gesamtbewertungen über alle möglichen Stichprobenrealisierungen dieses Pflegedienstes durchschnittlich abweicht. Dabei werden nur Stichproben berücksichtigt, bei denen eine Bewertung des jeweiligen Qualitätsaspektes möglich war.

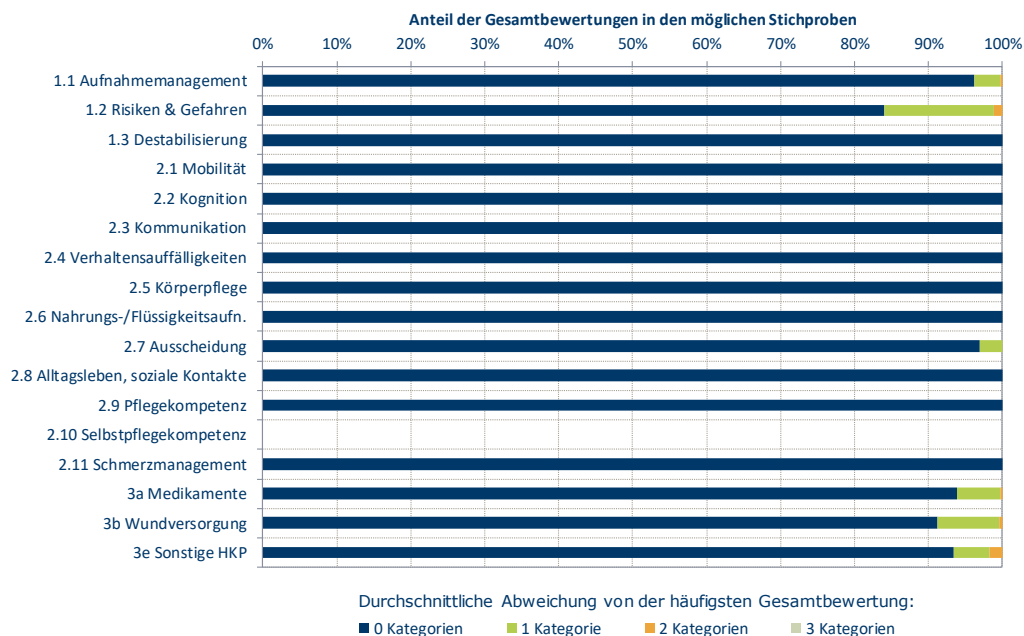
Aus der Darstellung ist ersichtlich, dass die Gesamtbewertungen durchschnittlich eine nur geringe Varianz aufweisen. Für 10 der 16 untersuchten Qualitätsaspekte ergibt sich in allen Stichproben der 17 Pflegedienste jeweils dieselbe

⁷ Der Modus ist der am häufigsten auftretende Wert in einer Verteilung.

Gesamtbewertung. Die Gesamtbewertung ist in allen diesen Fällen *keine oder geringe Qualitätsdefizite* (■■■■).

Bei den übrigen sechs Qualitätsaspekten (1.1 „Aufnahmemanagement“, 1.2 „Risiken und Gefahren“, 2.7 „Ausscheidung“, 3a „Medikamente“, 3b „Wundversorgung“ und 3e „Sonstige HKP-Leistungen“) variiert die Gesamtbewertung bei manchen Pflegediensten in Abhängigkeit von der realisierten Stichprobe. Im Durchschnitt über alle 17 Pflegedienste ergibt sich in 84 Prozent (Risiken und Gefahren) bis 97 Prozent (Ausscheidung) der Stichproben dieselbe Gesamtbewertung für den jeweiligen Qualitätsaspekt. Die Gesamtbewertung für den jeweiligen Qualitätsaspekt ist in fast allen diesen Stichproben *keine oder geringe Qualitätsdefizite* (■■■■). Für durchschnittlich 3 bis 15 Prozent der Stichproben ergibt sich eine Bewertungsabweichung von einer Bewertungskategorie im Vergleich zur häufigsten Gesamtbewertung des jeweiligen Qualitätsaspekts bei einem Pflegedienst. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich hierbei um eine Abweichung zwischen ■■■■□ und ■■■■. Bei fünf Qualitätsaspekten ergeben sich auch Bewertungsabweichungen von zwei Bewertungskategorien im Vergleich zur häufigsten Gesamtbewertung des jeweiligen Qualitätsaspekts bei einem Pflegedienst. Betroffen sind durchschnittlich 0,2 Prozent (Aufnahmemanagement, Medikamente) bis 1,7 Prozent (Sonstige HKP-Leistungen) der möglichen Stichproben. Es treten sowohl Abweichungen zwischen ■□□□ und ■■■■□ als auch zwischen ■■□□ und ■■■■ auf. Eine Abweichung von drei Bewertungskategorien (Abweichung zwischen ■□□□ und ■■■■) liegt in keiner Stichprobe der 17 berücksichtigten Pflegedienste vor.

Abbildung 19: Anteil der Gesamtbewertungen in den möglichen Stichproben unterteilt nach durchschnittlicher Abweichung vom Modus



Quelle: IGES

Anmerkungen: Die Angaben beruhen auf n = 17 PD, für die für insgesamt 16 Qualitätsaspekte Gesamtbewertungen vorliegen.

Ziel der Untersuchung der Reliabilität war es zu prüfen, inwiefern in unterschiedlichen Stichproben desselben Pflegedienstes dieselben Qualitätsaspekte bewertet werden und inwiefern aus den unterschiedlichen Stichproben dieselbe Gesamtbewertung je Qualitätsaspekt resultiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Antwort auf die erste Frage – ob ein Qualitätsaspekt überhaupt geprüft wird – bei relativ vielen Pflegediensten davon abhängt, welche Stichprobenzusammensetzung realisiert wird. D. h. je nachdem welche Personen zufälligerweise (entsprechend den Regeln des Stichprobenverfahrens) in die Prüfung einbezogen werden, erhält der Pflegedienst Gesamtbewertungen für unterschiedliche Qualitätsaspekte. Die Ergebnisse in Bezug auf die zweite Frage zeigen, dass die Gesamtbewertungen, die aus unterschiedlichen Stichproben resultieren, gut übereinstimmen (so für denselben Qualitätsaspekt in mehreren Stichproben eine Gesamtbewertung erfolgt). Allerdings gibt es kaum Variation zwischen den Gesamtbewertungen, sodass kaum Unterschiede auftreten können.

3.5 Objektivität der Prüfergebnisse

Auch die Objektivität der Prüfergebnisse wurde mittels eines speziellen Untersuchungsdesigns analysiert, das nachfolgend erklärt wird. Daran schließen sich die Ergebnisse aus der Analyse der Objektivität an.

3.5.1 Übersicht über das Untersuchungsdesign

Unter dem messtheoretischen Gütekriterium der Objektivität ist zu verstehen, dass die Ergebnisse, die das Verfahren der Qualitätsprüfung liefert, idealerweise ausschließlich durch den Untersuchungsgegenstand (d. h. den Pflegedienst bzw. die Versorgung seiner Kunden) determiniert werden und von der die Prüfung durchführenden Person (sowie ggf. weiteren zufälligen Umständen und Randbedingungen) weitestgehend unabhängig sind. Inwieweit ein Verfahren objektiv ist, lässt sich z. B. daran messen, ob zwei Prüfer bei Anwendung des Verfahrens auf den gleichen Untersuchungsgegenstand (und bei ansonsten konstanten Randbedingungen) zum gleichen Ergebnis kommen (Interrater-Übereinstimmung). Hinweise im Abschlussbericht über die Entwicklung des Prüfverfahrens (Büscher *et al.*, 2018, S. 138) deuten darauf hin, dass die Entwickler bezüglich dieses Aspekts selbst mögliche Probleme sehen: „Es ist bekannt und im Rahmen von Projekten auch hinlänglich deutlich geworden, dass Prüfer und Prüfdienste auch in vermeintlich klaren Versorgungskonstellationen zum Teil recht unterschiedlich vorgehen, zum Teil auch unterschiedlich urteilen. Im Rahmen der Pilotierung muss in Betracht gezogen werden, dass abweichende Beurteilungen auf systematische Unterschiede im Vorgehen zurückzuführen sind“ (ebenda, S. 138).

Eine Aufgabe im Rahmen der Pilotierung war es daher zu zeigen, ob solche Phänomene der Abhängigkeit des Prüfungsergebnisses von individuellen Vorgehensweisen oder „Prüfstilen“ der Prüfer tatsächlich auftreten und wie stark ihr Einfluss auf die Ergebnisse ist. Sollte dies tatsächlich der Fall sein, so wären Modifikationen des Verfahrens erforderlich, z. B. im Sinne einer Einschränkung der Spielräume bei der Vorgehensweise der Prüfer (z. B. durch genauere Verfahrensanweisungen zur Prüfungsdurchführung).

Die Objektivität des neuen Prüfinstruments wurde auf zwei Weisen untersucht: zum einen durch „Schattenprüfungen“, zum anderen durch „Wiederholungsprüfungen“. Beide Arten von Prüfungen wurden bei den Pflegediensten in Pilotierungsgruppe III durchgeführt (vgl. Kapitel 2.1.2). Bei der einen Hälfte der Stichprobe der versorgten Personen je Pflegedienst fanden Schattenprüfungen statt, bei der anderen Hälfte Wiederholungsprüfungen. In beiden Objektivitätsuntersuchungen erfolgten Vergleiche durch Berechnung der Interrater-Übereinstimmung.

Schattenprüfungen

Die Schattenprüfungen wurden nicht wie reguläre Prüfungen durch einen Prüfer durchgeführt, sondern durch zwei Prüfer. Dabei war einer der Prüfer der „aktive Prüfer“ und der andere fungierte als „Schattenprüfer“. Die aktiven Prüfer gingen wie bei einer regulären Prüfung vor – sie steuerten die Prüfung, erfragten Informationen, führten Fachgespräche und nahmen Bewertungen vor. Die Schattenprüfer verfolgten die Prüfung passiv, d. h. sie griffen nicht steuernd ein, stellten keine Fragen und nahmen basierend auf den ihnen aufgrund des Vorgehens der aktiven Prüfer zur Verfügung stehenden Informationen

Bewertungen vor. Dabei sollte zwischen den aktiven Prüfern und den Schattenprüfern kein Austausch stattfinden, sie sollten also unabhängige Bewertungen abgeben.

Dieses Untersuchungskonzept von synchron durch einen zweiten inaktiven Prüfer begleiteten Prüfungen zielt vor allem darauf ab, zu untersuchen, ob die Bewertung der im Rahmen einer Prüfung generierten Informationen – sei es durch Einsichtnahme in die Pflegedokumentation, Inaugenscheinnahme, ein Fachgespräch mit den Pflegenden oder durch Befragen der versorgten Personen und deren Angehörigen – einheitlich, d. h. unabhängig von der Person des Prüfers erfolgt. Zugespitzt formuliert, geht es darum, inwieweit unterschiedliche Prüfer aus den bei einer versorgten Person gesammelten Informationen zu einer (möglichst) identischen Entscheidung gelangen, welche Qualitätsaspekte prüfungsrelevant sind und wie diese anhand der vier Bewertungskategorien zu bewerten sind. Der methodische Ansatz der Schattenprüfungen fokussiert also mögliche Objektivitätsprobleme, die aus den Interpretationsspielräumen der Prüfer bei der Bewertung der vorliegenden Informationen resultieren können.

Bei dem methodischen Ansatz der Schattenprüfungen muss ein weiteres potenzielles Objektivitätsproblem außer Betracht bleiben, welches der Abschlussbericht über das neue Prüfverfahren explizit anspricht – nämlich unterschiedliche Bewertungen, die aus Variationen in der Vorgehensweise der Prüfer resultieren (z. B. Auswahl oder Reihenfolge der genutzten Informationsquellen) (Büscher *et al.*, 2018, S. 138). Bei den Schattenprüfungen legt der aktive Prüfer die Vorgehensweise für beide Prüfer fest und beide Prüfer nutzen die so gewonnenen Informationen für eine eigene Urteilsbildung. Die Vorgehensweise ist so für beide Prüfer identisch und unterschiedliche Prüfergebnisse können nur auf eine unterschiedliche Bewertung identischer Informationen, nicht aber unterschiedliche Vorgehensweisen zurückgeführt werden.

Wiederholungsprüfungen

Die Frage nach dem Einfluss unterschiedlicher Vorgehensweisen der Prüfer auf die Bewertungen der einzelnen Qualitätsaspekte wurde durch die Wiederholungsprüfungen adressiert. Bei den Wiederholungsprüfungen wurde dieselbe versorgte Person sequentiell von zwei Prüfern besucht. Die beiden Besuche fanden am selben Tag oder an unterschiedlichen Tagen (in der Regel an zwei aufeinanderfolgenden Tagen) statt. Die Prüfer führten unabhängig voneinander die Prüfungen bei der versorgten Person durch und gaben unabhängig voneinander ihre Bewertungen für die Qualitätsaspekte ab.

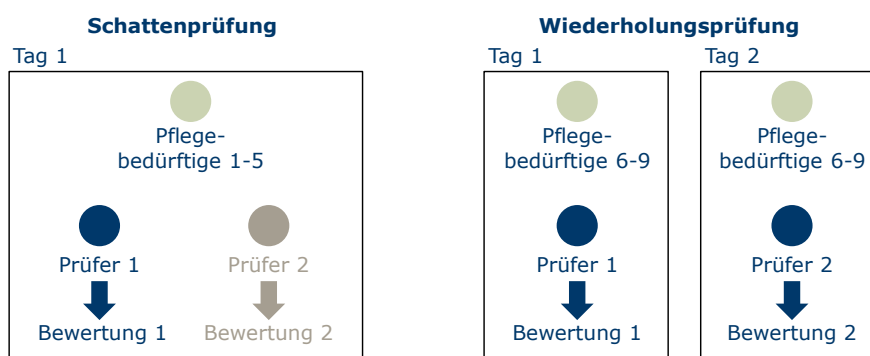
Eine Voraussetzung für die Beurteilung der Objektivität anhand der Wiederholungsprüfungen ist das Vorliegen von Objektivität in den Schattenprüfungen. Sofern eine hinreichende Übereinstimmung bereits in den Schattenprüfungen nicht erreicht wird, kann auf der Grundlage der Ergebnisse der Wiederholungsprüfungen nicht bewertet werden, ob eine fehlende

Übereinstimmung aus der Vergabe unterschiedlicher Bewertungen oder einer unterschiedlichen Entscheidungsgrundlage resultiert.

Es ist zu beachten, dass bei einer Wiederholung der personenbezogenen Prüfung vor allem bei den beteiligten Pflegekräften, mit denen das Fachgespräch zum zweiten Mal geführt wird – aber eventuell auch bei den versorgten Personen und Angehörigen – mit Übungseffekten zu rechnen ist. Darüber hinaus ist auch mit weiteren tages- bzw. tageszeitabhängigen Schwankungen der Verfassung der an der Prüfung beteiligten Personen zu rechnen. Bei der Auswertung der Daten kann nicht eindeutig zwischen Abweichungen unterschieden werden, die auf Übungseffekte oder sonstige Kontextvariablen zurückgehen und solchen, die als Untersuchereffekte (z. B. wegen unterschiedlicher Vorgehensweisen) zu werten sind.

Eine schematische Darstellung der methodischen Vorgehensweise ist in Abbildung 20 dargestellt.

Abbildung 20: Schematische Darstellung der methodischen Vorgehensweise bei der Analyse der Objektivität der Prüfungsergebnisse



Quelle: IGES

Die Bewertung der Objektivität erfolgt anhand von zwei für beide Arten von wiederholten Prüfungen durchgeführten Analysen:

- ◆ Bestimmung der Wahrscheinlichkeit, mit der ein Qualitätsaspekt bei derselben Person von zwei Prüfern übereinstimmend als prüfungsrelevant festgestellt wurde.
- ◆ Für Qualitätsaspekte, die von beiden Prüfern bewertet wurden: Bestimmung des Kennwerts „Krippendorffs alpha“ als Maß für die Übereinstimmung zwischen unabhängigen Einzelbewertungen.

Diese Vorgehensweise trägt dem Umstand Rechnung, dass das Bewertungsverfahren implizit zweistufig erfolgt. Im ersten Schritt stellen die Prüfer fest, ob ein Qualitätsaspekt bei der in die Prüfung einbezogenen Person

prüfungsrelevant ist. Sofern ein Qualitätsaspekt als prüfungsrelevant erachtet wird, erfolgt im zweiten Schritt die Bewertung des Qualitätsaspekts. Für die Bewertung der Objektivität der Prüfungsergebnisse sind beide Schritte im Bewertungsverfahren gleichermaßen bedeutsam.

Die Berechnung des Ausmaßes der Übereinstimmung nach „Krippendorffs alpha“ (Krippendorff, 2004a) erfolgt auf Grundlage von Einzelbewertungen, bei denen beide Prüfer bei einer Person zu der Einschätzung gelangt sind, dass der jeweilige Qualitätsaspekt prüfungsrelevant ist. „Krippendorffs alpha“ nimmt Werte zwischen -1 und $+1$ an, wobei der Wert $+1$ perfekte Übereinstimmung indiziert und der Wert 0 zufällige Übereinstimmung. Negative Werte weisen auf einen negativen Zusammenhang zwischen den Bewertungen hin, d. h. eine systematisch auftretende Nicht-Übereinstimmung der Bewertungen.

„Krippendorffs alpha“ reflektiert den Grad der tatsächlichen Übereinstimmung zwischen den Bewertungen in Relation zur erwarteten Übereinstimmung zwischen den Bewertungen, wenn die Bewertungen unter Berücksichtigung der „wahren“ Verteilung der Bewertungskategorien zufällig vergeben worden wären. Je höher der Grad der tatsächlichen Übereinstimmung in Relation zur erwarteten Übereinstimmung, desto höher fällt der Wert der Maßzahl „alpha“ aus. Als Schwellenwert für einen hohen Grad der Übereinstimmung empfiehlt Krippendorff einen Wert von $0,8$ oder höher. Bei einem „alpha“ zwischen $0,66$ und $0,8$ ist die Übereinstimmung im jeweiligen Kontext zu interpretieren und zu entscheiden, ob der Grad der Übereinstimmung ausreichend ist. Werte unter $0,66$ deuten auf eine nicht-ausreichende Übereinstimmung hin (Krippendorff, 2004b).

3.5.2 Übereinstimmung der geprüften Qualitätsaspekte

Für die Analysen der Objektivität stehen die Ergebnisse von 19 Pflegediensten zur Verfügung, bei denen jeweils zwischen 4 und 9 Personen in die Prüfung einbezogen wurden. Insgesamt nahmen 163 versorgte Personen an diesen Prüfungen teil, davon entfallen 89 Personen auf Schattenprüfungen und 74 Personen auf Wiederholungsprüfungen.

Bei den 19 Pflegediensten wurden 6 bzw. 7 Qualitätsaspekte in einer hinreichend großen Anzahl von personenbezogenen Prüfungen bewertet, so dass für diese Qualitätsaspekte Aussagen zur Übereinstimmung bei der Ermittlung prüfungsrelevanter Qualitätsaspekte getroffen werden können. Die Anzahl von personenbezogenen Prüfungen wurde als hinreichend hoch erachtet, wenn zu einem Qualitätsaspekt für mindestens 25 versorgte Personen jeweils eine Bewertung durch einen Prüfer (N1) bzw. durch beide Prüfer (N2) vorlag. Dabei wird anhand der N1-Daten die Objektivität der Ermittlung prüfungsrelevanter Qualitätsaspekte gemessen; anhand der N2-Daten wird die Objektivität der Vergabe von Bewertungskategorien gemessen.

Bei den Qualitätsaspekten, für die unter diesen Voraussetzungen eine Messung der Objektivität der Prüfungsrelevanz (N1) möglich war, handelt es sich um 1.1 „Aufnahmemanagement“, 1.2 „Risiken und Gefahren“, 2.1 „Mobilität“,

2.5 „Körperpflege“, 3a „Medikamente“ und 3b „Wundversorgung“. Bei den Wiederholungsprüfungen konnte darüber hinaus die Objektivität bei dem Qualitätsaspekt 2.7 „Ausscheidung“ ermittelt werden.

Die Ergebnisse der Analysen zur Objektivität sind in Tabelle 43 dargestellt. Bei den Qualitätsaspekten 1.2 „Risiken und Gefahren“, 2.5 „Körperpflege“, 3a „Medikamente“ und 3b „Wundversorgung“ besteht ein relativ hoher Grad der Übereinstimmung zwischen den Prüfern in der Beurteilung der Prüfungsrelevanz. Sowohl in den Schattenprüfungen als auch in den Wiederholungsprüfungen stimmt bei mehr als 90 Prozent der Prüfungen, in denen der eine Prüfer den Qualitätsaspekt für prüfungsrelevant hielt, auch der zweite Prüfer zu, dass der Qualitätsaspekt prüfungsrelevant war. Auch beim Qualitätsaspekt 2.7 „Ausscheidung“, der aufgrund zu geringer Häufigkeit in den Schattenprüfungen nur im Rahmen der Wiederholungsprüfungen analysiert werden konnte, beträgt die Wahrscheinlichkeit der Übereinstimmung bei der Einschätzung der Prüfungsrelevanz ca. 90 Prozent.

Für den Qualitätsaspekt 1.1 „Aufnahmemanagement“ fällt die Übereinstimmung in der Frage der Prüfungsrelevanz mit 76 Prozent (Schattenprüfungen) bzw. 72 Prozent (Wiederholungsprüfungen) deutlich geringer aus. Für den Qualitätsaspekt 2.1 „Mobilität“ beträgt die Wahrscheinlichkeit der Übereinstimmung lediglich 23 Prozent (Schattenprüfungen) bzw. 31 Prozent (Wiederholungsprüfungen). Anders ausgedrückt, der Qualitätsaspekt 2.1 „Mobilität“ wurde im Rahmen der Wiederholungsprüfungen bei insgesamt 39 versorgten Personen von mindestens einem Prüfer für prüfungsrelevant erachtet. Bei nur zwölf dieser Personen, hat auch der andere Prüfer den Qualitätsaspekt Mobilität bewertet. Bei den übrigen 27 Personen hat entweder der Erstprüfer oder der Zweitprüfer Mobilität für nicht prüfungsrelevant erachtet, während der andere Prüfer den Qualitätsaspekt bewertet hat.

3.5.3 Übereinstimmung der Bewertungen

Für die Analyse der Übereinstimmung der Bewertungen liegt für fünf Qualitätsaspekte eine hinreichende Fallzahl vor, um den Grad der Übereinstimmung bestimmen zu können (N2). Die Fallzahl zur Bestimmung des Grades der Übereinstimmung bei einem Qualitätsaspekt wird als hinreichend erachtet, wenn aus mindestens 25 personenbezogenen Prüfungen von beiden Prüfern Einzelbewertungen vorliegen und der Qualitätsaspekt demnach von beiden Prüfern als prüfungsrelevant erachtet wurde.

In den Schattenprüfungen wird lediglich für den Qualitätsaspekt 3b „Wundversorgung“ mit $\alpha = 0,68$ ein Grad der Übereinstimmung erreicht, der unter Vorbehalt gerade noch als akzeptabel bewertet werden könnte. Dagegen beläuft sich „Krippendorff's alpha“ für die Qualitätsaspekte 1.1 „Aufnahmemanagement“, 1.2 „Risiken und Gefahren“, 2.5 „Körperpflege“ und 3a „Medikamente“ auf Werte zwischen 0,40 und 0,61. Für diese Qualitätsaspekte

weisen die Einzelbewertungen somit keinen akzeptablen Grad der Übereinstimmung auf.

In den Wiederholungsprüfungen liegt „Krippendorff's alpha“ für die fünf Qualitätsaspekte 1.2 „Risiken und Gefahren“, 2.5 „Körperpflege“, 2.7 „Ausscheidungen“, 3a „Medikamente“ und 3b „Wundversorgung“ vor. Der Grad der Übereinstimmung beläuft sich auf Werte zwischen 0,21 und 0,57. Der Grad der Übereinstimmung liegt damit bei allen Qualitätsaspekten, die zur Analyse der Objektivität der Bewertungen im Rahmen der Wiederholungsprüfungen berücksichtigt werden konnten, unterhalb des Schwellenwertes von 0,66. Somit weisen die Einzelbewertungen für diese Qualitätsaspekte keinen akzeptablen Grad der Übereinstimmung auf.

Beispielsweise wurde der Qualitätsaspekt 1.2 „Risiken und Gefahren“ im Rahmen der Wiederholungsprüfungen bei 72 Personen von mindestens einem Prüfer als prüfungsrelevant erachtet. Bei 65 Personen (90 %) bestand hinsichtlich der Prüfungsrelevanz Übereinstimmung zwischen den Prüfern. Die Einzelbewertungen der 65 Personen zeigen eine Übereinstimmung von $\alpha = 0,42$. Vereinfacht formuliert, kann dieses Ergebnis wie folgt interpretiert werden: Die beobachtete Übereinstimmung zwischen den Prüfern wäre auch erreicht worden, wenn nur 27 Personen (42 % von 65 Personen) tatsächlich durch die Prüfer besucht und mit dem Prüfungsinstrument korrekt bewertet worden wären, und den übrigen 38 Personen zufällige Bewertungen entsprechend der Verteilung der Bewertungskategorien zugeteilt worden wären, ohne diese Personen tatsächlich in die Prüfung einzubeziehen. Somit ist das Ergebnis der Qualitätsprüfungen kaum besser als was durch Zufall erreicht werden könnte.

Tabelle 43: Ergebnisse der Objektivitätsanalyse

Qualitätsaspekt	Schattenprüfungen				Wiederholungsprüfungen			
	N1	p	N2	α	N1	p	N2	α
1.1 Aufnahme-management	33	76 %	25	0,40	29	72 %		
1.2 Risiken und Gefahren	84	92 %	77	0,61	72	90 %	65	0,42
2.1 Mobilität	30	23 %			39	31 %		
2.5 Körperpflege	61	100 %	61	0,55	62	94 %	58	0,57
2.7 Ausscheidung					29	86 %	25	0,38
3.26 Medikamente	28	96 %	27	0,55	30	90 %	27	0,21
3.31 Verbände	46	93 %	43	0,68	38	87 %	33	0,37

Quelle: IGES

Anmerkung: N1: Anzahl personenbezogene Prüfungen mit mindestens einer Bewertung; p: Anteil der personenbezogenen Prüfungen mit mindestens einer Bewertung, in denen beide Prüfer eine Bewertung vornahmen; N2: Anzahl personenbezogene Prüfungen mit zwei Bewertungen ($= N1 * p$); α : Krippendorff's alpha; Leere Zellen: Es liegt keine hinreichend hohe Anzahl von Beobachtungen vor, daher werden die Ergebnisse nicht ausgewiesen.

Mit den Analysen zur Objektivität wurde untersucht, inwiefern ein Qualitätsaspekt bei derselben Person von zwei Prüfern übereinstimmend als prüfungsrelevant festgestellt wurde und inwiefern unabhängige Einzelbewertungen von zwei Prüfern bei derselben Person übereinstimmen. Bei der Feststellung der Prüfrelevanz stimmten die Prüfer bei einigen Qualitätsaspekten relativ gut überein, bei anderen Qualitätsaspekten war die Übereinstimmung weniger gut. Es zeichnet sich ab, dass die Übereinstimmung vornehmlich bei den „neueren“ Qualitätsaspekten weniger gut war, allerdings lag nur für einen Teil der Qualitätsaspekte eine ausreichende Anzahl an Bewertungen vor, um sie in der Analyse zu berücksichtigen. Die Übereinstimmung der Einzelbewertungen war – gemessen mittels „Krippendorffs alpha“ als Maß für den Grad der Übereinstimmung – nicht akzeptabel, d. h. die Übereinstimmung war kaum besser als per Zufall zu erwarten gewesen wäre.

3.6 Praktikabilität aus Sicht der Prüfer

Ein wichtiges Ziel der Befragung der Prüfer anhand der Bewertungsfragen in der Pilot-Software war die Überprüfung der Praktikabilität oder Anwendbarkeit des neuen Prüfverfahrens. Auch die Ergebnisse zum Stichprobenverfahren (vgl. Kapitel 3.2) lassen sich bereits im Sinne der Praktikabilität des neuen Verfahrens verstehen. Im Folgenden geht es um die Praktikabilität der weiteren Schritte des Verfahrens, die nach der Stichprobenziehung folgen.

3.6.1 Ermittlung des Prüfungsumfanges

„Die Prüfung folgt dem Grundsatz, dass Qualitätsaspekte, die außerhalb der Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes liegen, keiner Qualitätsbeurteilung unterzogen werden. Das bedeutet, dass die in den Bereichen 2 und 3 aufgeführten Qualitätsaspekte nur dann in die Prüfung einzubeziehen sind, wenn sie Bestandteil des durch einen Vertrag geregelten Auftrags des Pflegedienstes oder im Rahmen einer ärztlichen Verordnung relevant sind“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 76).

Wie aus diesem Zitat hervorgeht, müssen vor Beginn der personenbezogenen Prüfung die prüfungsrelevanten Qualitätsaspekte bestimmt werden. Die Bestimmung prüfungsrelevanter Qualitätsaspekte erfordert als erstes eine Ermittlung vereinbarter Leistungen gemäß SGB XI (Bereich 2) und verordneter Leistungen gemäß SGB V (Bereich 3)⁸. Diese Leistungen sind von den Prüfern dann

⁸ Im Rahmen der Pilotierung wurde instruiert, sich ausschließlich auf Leistungen im Rahmen des § 36 SGB XI und § 37 SGB V zu beschränken.

in zu prüfende Qualitätsaspekte zu übersetzen. Ferner ist auch für die unabhängig von vereinbarten oder verordneten Leistungen zu prüfenden Qualitätsaspekte in Bereich 1 zu bestimmen, ob sie Gegenstand der Prüfung sind.

Für SGB V-Leistungen (Bereich 3) ergeben sich die prüfungsrelevanten Qualitätsaspekte unmittelbar aus der ärztlichen Verordnung von Leistungen gemäß Häuslicher Krankenpflege-Richtlinie. Dies entspricht einer einfachen Zuordnung der bundesweit gültigen HKP-Ziffer zu einem gleichnamigen Qualitätsaspekt. Die Qualitätsaspekte in Bereich 2 zeigen dagegen eine andere Systematik als die SGB XI-Leistungen, die laut den Rahmenverträgen für die ambulante Pflege vereinbart werden können. Die möglichen SGB XI-Leistungen unterscheiden sich zudem zwischen und innerhalb der Bundesländer. Die Ermittlung prüfungsrelevanter Qualitätsaspekte in Bereich 2 erfordert so eine komplexere Entscheidung der Prüfer, inwiefern sich die nach SGB XI vereinbarten Leistungen in prüfungsrelevante Qualitätsaspekte übersetzen lassen. Inwiefern Qualitätsaspekte in Bereich 1 prüfungsrelevant sind, ergibt sich oftmals erst im Verlauf der personenbezogenen Prüfung, wenn die Prüfer die jeweilige Versorgungssituation kennengelernt haben.

3.6.1.1 Genutzte Informationsquellen

Da bei SGB XI-Leistungen die Ermittlung prüfungsrelevanter Qualitätsaspekte in Bereich 2 auf Grundlage von Leistungsvereinbarungen zu erfolgen hat, ist von unmittelbarem Interesse, anhand welcher Informationsquellen solche Vereinbarungen ermittelt werden. Die Prüfer wurden deshalb bei SGB XI-Leistungen gebeten in der Pilot-Software anzugeben, welche Informationsquellen zur Ermittlung prüfungsrelevanter Qualitätsaspekte herangezogen wurden.

In insgesamt $n = 812$ Fällen (88,5 % von insg. $n = 917$)⁹ machen die Prüfer Angaben zu den Informationsquellen, die für die Bestimmung des Prüfumfangs genutzt wurden. In $n = 101$ Fällen wird angegeben, dass keine relevanten SGB XI-Leistungen vereinbart waren (z. B., wenn nur Leistungen gem. SGB V erbracht wurden), weshalb sich die Angabe von Informationsquellen erübrigt (entspricht 11,0 % der insg. $n = 917$ Fälle); zu $n = 4$ Fällen werden keine Angaben gemacht.

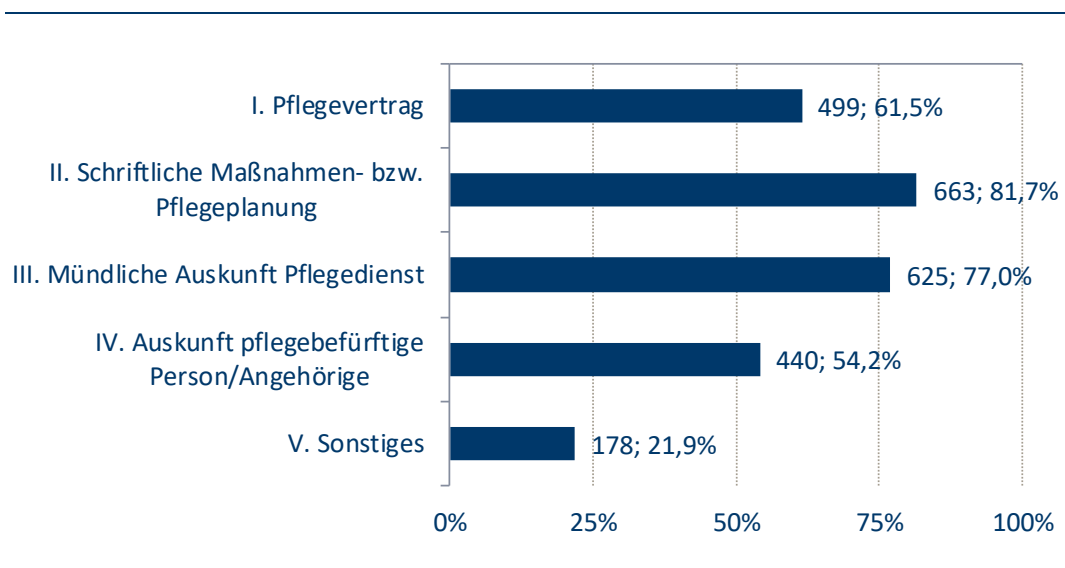
Abbildung 21 zeigt die Angaben der Prüfer zu den Informationsquellen, die zur Bestimmung vereinbarter SGB XI-Leistungen herangezogen wurden. Am häufigsten wurde die schriftliche Maßnahmen- bzw. Pflegeplanung herangezogen ($n = 663$; 82 % der insg. 812 Fälle), dicht gefolgt von der mündlichen Auskunft der

⁹ Ein Fall entspricht i. d. R. einer versorgten Person; nur in Pilotierungsgruppe III liefert eine Person zwei Fälle, da sie wiederholt in die Prüfung einbezogen wurde. Diese Auswertung berücksichtigt Angaben sämtlicher Prüfer, d. h. auch derjenigen mit „passiver“ Rolle während der Schattenprüfungen bzw. Durchführung der zweiten Prüfung im Rahmen von Wiederholungsprüfungen. Auswertungen in vorherigen Kapiteln zu insgesamt $n = 754$ in die Prüfungen einbezogenen Personen berücksichtigen ausschließlich Angaben der „aktiven“ bzw. „ersten“ Prüfer in Pilotierungsgruppe III. Durch die Berücksichtigung sämtlicher Prüfer auch in Pilotierungsgruppe III erhöht sich die Fallzahl auf insgesamt $n = 917$.

Mitarbeiter des Pflegedienstes bzw. der verantwortlichen Pflegefachkraft (n = 625; 77 %); an dritter Stelle folgt der Pflegevertrag (n = 499, 62 %). Am seltensten, aber immer noch in knapp mehr als der Hälfte der Fälle, wird die Auskunft der pflegebedürftigen Personen bzw. der Angehörigen genannt (n = 440; 54 %). Es findet sich zudem ein nennenswerter Anteil sonstiger Nennungen (n = 178; 22 %); hier werden v. a. Leistungsnachweise (n = 138) und Kostenvoranschläge (n = 38), seltener auch die für die Stichprobenziehung vorgelegte Liste (n = 3) genannt (Mehrfachnennung).

Die häufige Nutzung der schriftlichen Maßnahmen- und Pflegeplanung und die vergleichsweise seltenere Nutzung des Pflegevertrags lässt vermuten, dass ein detaillierter Blick in die individuelle Pflegedokumentation erforderlich ist, um die prüfungsrelevanten Qualitätsaspekte bei vereinbarten Leistungen gemäß SGB XI vollständig zu bestimmen. Dies wird insbesondere auch durch die unterschiedliche Systematik der Vergütungsvereinbarungen und der Qualitätsaspekte des neuen Prüfverfahrens erforderlich, da allein aus vereinbarten Leistungskomplexen oder Zeitvergütungen nicht immer direkt ersichtlich ist, welche Leistungsinhalte sich dahinter verbergen.

Abbildung 21: Informationsquellen für die Bestimmung vereinbarter SGB XI-Leistungen



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Mehrfachnennung. Prozent beziehen sich auf insgesamt n = 812 Fälle.

Bei manchen SGB XI-Leistungen wird die Ermittlung der prüfungsrelevanten Qualitätsaspekte in Bereich 2 dennoch vergleichsweise leicht ausfallen: So ist klar, dass unabhängig davon, ob Leistungskomplexe „Erweiterte große Körperpflege“, „Haarewaschen“ oder „Ganzkörperwäsche“ heißen, hier Qualitätsaspekt 2.5 „Unterstützung bei der Körperpflege“ zu prüfen ist.

Bei anderen Qualitätsaspekten in Bereich 2 ist die Zuordnung weniger eindeutig – dies betrifft zum einen „neuere“ Leistungen, die erst im Zuge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingeführt wurden und bislang weniger detailliert in den Vergütungsvereinbarungen verankert sind (vgl. Kapitel 1.3.2); zum anderen auch Zeitvergütungen, wie z. B. „Zeitvergütung Grundpflege“ oder „Zeitvergütung Betreuungsleistungen“. Zwar wird schon aus der teilweisen Verwendung von inzwischen überholten Begrifflichkeiten („Grundpflege“) in den Vergütungsvereinbarungen deutlich, dass diese nicht immer mit dem geltenden Leistungsrecht aufgeschlossen haben, so dass hier in naher Zukunft mit Anpassungen zu rechnen ist. Aber selbst bei einer Anpassung der Begrifflichkeiten und Leistungsinhalte an das geltende Leistungsrecht wird voraussichtlich das Problem bestehen bleiben, dass aus der Leistungsvereinbarung über eine pauschale Zeitvergütung nicht direkt erkennbar ist, welche Leistungsinhalte genau vereinbart und realisiert werden und welche Qualitätsaspekte somit zu prüfen sind. In den Feedback-Veranstaltungen wurde von den Prüfern beschrieben, dass sie bei Zeitvergütungen im Fachgespräch kleinschrittig klären mussten, was inhaltlich im Rahmen dieser Leistung umgesetzt wird.

3.6.1.2 Schwierigkeit der Ermittlung des Prüfumfangs in Prüfbereich 2

Bei der Untersuchung der Schwierigkeit der Ermittlung des Prüfumfangs standen aus den oben genannten Gründen zunächst die Qualitätsaspekte in Prüfbereich 2 im Fokus. Es zeigte sich jedoch, dass auch in den Prüfbereichen 1 und 3 Herausforderungen bei der Ermittlung des Prüfumfangs entstanden. Diese werden daher nachfolgend ebenso berichtet. Zunächst liegt der Fokus jedoch auf Prüfbereich 2.

Tabelle 44 und Abbildung 22 zeigen die Einschätzungen der Prüfer, wie schwierig es für sie war zu bestimmen, ob die Qualitätsaspekte prüfungsrelevant waren. Dies wurde ausschließlich in Bezug auf die „neueren“ Qualitätsaspekte in Bereich 2 erhoben, die sich auf Leistungen beziehen, die erst mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbindlicher Bestandteil pflegerischer Aufgaben in der ambulanten pflegerischen Versorgung geworden sind. „Klassische“ Leistungsinhalte (2.5 „Unterstützung bei der Körperpflege“; 2.6 „Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“; 2.7 „Unterstützung bei der Ausscheidung“), die bereits früher Bestandteil der damaligen „Grundpflege“ waren, bleiben unberücksichtigt, da sich ihre Zuordnung zu prüfungsrelevanten Qualitätsaspekten relativ einfach und unmittelbar aus bereits vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs etablierten Leistungsinhalten (i. d. R. in der Form von Leistungskomplexen) ergibt.

Tabelle 44: Schwierigkeit der Ermittlung prüfungsrelevanter Qualitätsaspekte

	sehr leicht	eher leicht	mäßig	eher schwierig	sehr schwierig	nicht relevant
2.1 Mobilität	117 12,8 %	195 21,3 %	63 6,9 %	36 3,9 %	16 1,8 %	487 53,3 %
2.2 Kognition	67 7,3 %	126 13,8 %	51 5,6 %	19 2,1 %	12 1,3 %	639 69,9 %
2.3 Kommunikation	53 5,8 %	100 10,9 %	32 3,5 %	12 1,3 %	3 ,3 %	714 78,1 %
2.4 Verhalten und psychische Problemlagen	63 6,9 %	58 6,3 %	26 2,8 %	14 1,5 %	9 1,0 %	744 81,4 %
2.8 Alltagsleben und soziale Kontakte	61 6,7 %	106 11,6 %	40 4,4 %	30 3,3 %	18 2,0 %	659 72,1 %
2.9 Pflegekompetenz	66 7,2 %	83 9,1 %	24 2,6 %	13 1,4 %	2 ,2 %	726 79,4 %
2.10 Selbstpflegekompetenz	60 6,6 %	73 8,0 %	19 2,1 %	18 2,0 %	7 ,8 %	737 80,6 %
2.11 Schmerzmanagement	127 13,9 %	85 9,3 %	21 2,3 %	14 1,5 %	4 0,4 %	663 72,5 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

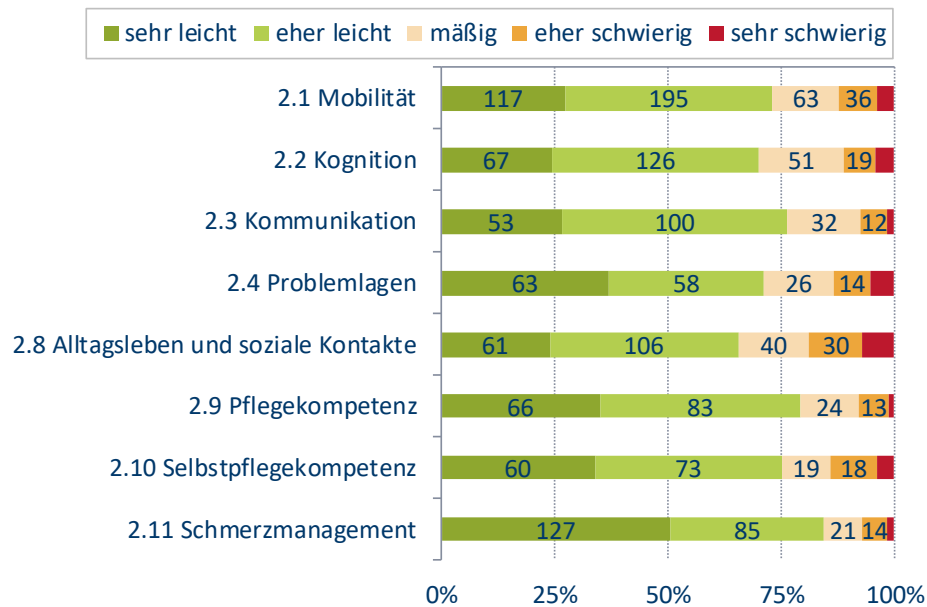
Anmerkung: Häufigkeiten und Zeilenprozent. Insgesamt erfolgen Angaben zu n = 914 Fällen; in n = 3 Fällen werden keine Angaben gemacht. In den Pilotierungsgruppen I und II entfällt auf jede personenbezogene Prüfung regulär eine Angabe je Qualitätsaspekt; in Pilotierungsgruppe III entfallen auf jede personenbezogene Prüfung regulär zwei Angaben je Qualitätsaspekt.

In den meisten Fällen wird angegeben, dass die in Frage stehenden „neueren“ Qualitätsaspekte (2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.8, 2.9, 2.10, 2.11) *nicht* relevant waren (vgl. Tabelle 44). Dies entspricht dem Befund in Kapitel 3.3.1 (vgl. Abbildung 7), dass diese „neueren“ Qualitätsaspekte nur vergleichsweise selten geprüft wurden. Auch in den Feedback-Veranstaltungen wurde von den Prüfern erläutert, dass sich vielerorts entsprechende Leistungen nicht in den Rahmenverträgen bzw. Vergütungsvereinbarungen finden ließen, so dass solche Leistungen derzeit noch als „visionär“ zu bezeichnen wären. Am seltensten findet sich die Angabe „nicht relevant“ noch für 2.1 „Unterstützung im Bereich der Mobilität“ (53 %); dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Prüfer diesen Qualitätsaspekt auch dann als prüfungsrelevant angaben, wenn eine Unterstützung der Mobilität ausschließlich im Rahmen anderer „klassischer“ Leistungen zur Körperpflege, Ernährung oder Ausscheidung stattgefunden hat (siehe unten).

Am schwierigsten empfinden die Prüfer es zu entscheiden, ob die Qualitätsaspekte 2.8 „Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte“, 2.2 „Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition“ und 2.4 „Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten

und psychischen Problemlagen“ prüfungsrelevant sind; hier wird in jeweils ca. ein Drittel der Fälle (2.8: n = 88; 34,5 %; 2.2: n = 82; 29,8 %; 2.4: n = 49; 28,8 %) die Schwierigkeit als mindestens *mäßig* bewertet (vgl. Abbildung 22; hier werden nur Fälle betrachtet, in denen Qualitätsaspekte nicht als irrelevant bewertet wurden).

Abbildung 22: Schwierigkeit Bestimmung prüfungsrelevanter Qualitätsaspekte



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Prozent beziehen sich auf Fälle mit gültigen Angaben; Antwortkategorie „nicht relevant“ ist dabei nicht enthalten.

Die Qualitätsaspekte 2.2, 2.4 und 2.8 lassen sich insbesondere auf „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ beziehen, die mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs regulärer Bestandteil der pflegerischen Sachleistung (§ 36 SGB XI) geworden sind. Auf vertragsrechtlicher Ebene entspricht diesen Qualitätsaspekten allerdings in den meisten Vergütungsvereinbarungen nur ein allgemein gefasster Leistungskomplex „(pflegerische) Betreuungsmaßnahmen“ und/oder eine inhaltlich deckungsgleiche Zeitvergütung „Betreuungsleistungen“. In den Feedback-Veranstaltungen gaben die Prüfer daher zu Bedenken, dass es durchaus fraglich wäre, ob in dem derzeit gültigen vertragsrechtlichen Rahmen bei der Vereinbarung von Leistungskomplexen bzw. Zeitvergütungen zu Betreuungsleistungen etwas Anderes als der Qualitätsaspekt 2.8 geprüft werden könne („Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens sowie bei der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte“). Grundsätzlich ist es auch hier möglich die Bestimmung prüfungsrelevanter Qualitätsaspekte auf den Maßnahmenplan zu stützen, wenn Leistungskomplexe bzw. Zeitvergütungen inhaltlich zu unterdefiniert ausfallen. Hier wurde jedoch gerade in Bezug auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen berichtet, dass auch der Maßnahmenplan oftmals zu wenig ausdifferenziert sei, um daraus belastbare Informationen zu

prüfungsrelevanten Qualitätsaspekten zu ziehen (vgl. Ergebnisse zur Schwierigkeit der Bewertung in Kapitel 3.6.3).

Dabei stellt sich nicht nur in Bezug auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen die Frage, wie vereinbarte Leistungen im Sinne der Qualitätsaspekte in Bereich 2 zu identifizieren sind, wenn die Vergütungsvereinbarungen (noch) nicht entsprechend ausdifferenziert sind (und es bei Zeitvergütung vermutlich auch nie sein werden). Diese Schwierigkeiten bestehen durchaus auch bei Qualitätsaspekten, die eher körperbezogenen Pflegemaßnahmen hinzuzurechnen sind, aber nicht als eigener Leistungskomplex (bzw. Zeitvergütung) in den Vergütungsvereinbarungen verankert sind. So ist bei den Qualitätsaspekten 2.1 „Unterstützung im Bereich der Mobilität“, 2.9 „Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz“ sowie 2.10 „Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz“ ebenso fraglich, in welcher Form eine Leistungsvereinbarung – in Ermangelung entsprechender eindeutiger Leistungskomplexe und Zeitvergütungen – vorliegen muss, damit diese Qualitätsaspekte geprüft werden können.

Gemäß der „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (Wingenfeld & Büscher, 2017) wäre eine Prüfung eines gegebenen Qualitätsaspekts nur angebracht, insofern zielgerichtete, *abgrenzbare* und auf längere Zeit angelegte Hilfen mit entsprechendem Inhalt *vereinbart* wurden. In dieser Prüflogik wäre beispielsweise der Qualitätsaspekt 2.1 nur dann Prüfungsgegenstand, wenn Leistungen vereinbart wurden, die *primär* der Unterstützung der Mobilität dienen, d. h. deren vorrangiges Ziel eine Förderung der allgemeinen Mobilität und nicht nur die Förderung notwendiger Bewegungen zur Körperpflege ist. Daher entspricht eine Unterstützung der Mobilität, die allein im Rahmen der Körperpflege stattfindet und an die Ausführung dieser Alltagsverrichtung gebunden ist, noch keiner abgrenzbaren Leistung zur Unterstützung und Förderung der Mobilität, womit auch Qualitätsaspekt 2.1 kein unmittelbarer Prüfungsgegenstand sein sollte. Diese Vorgabe findet sich allerdings in dem neuen Prüfverfahren nirgendwo explizit.

In Rücksprache mit den Entwicklern wurde den Prüfern in den Schulungen zwar eindeutig kommuniziert, dass als Voraussetzung zur Prüfung von SGB XI-Leistungen eine vereinbarte, *abgrenzbare* Leistung vorzuliegen hat. Inwiefern aber solche abgrenzbaren Leistungen, die nicht bereits aus den Vergütungsvereinbarungen ersichtlich sind, in der Praxis bestimmt werden können, bleibt unklar. Dies wird zum einen – wie bereits erwähnt – vom Detaillierungsgrad der Informationsquellen abhängen: Der Maßnahmenplan wird i. d. R. deutlich detaillierter ausfallen als der Pflegevertrag und liefert vermutlich belastbarere Information als mündliche Auskünfte; ob er damit aber detailliert genug ausfällt, um daraus immer zweifelsfrei alle zu prüfenden Qualitätsaspekte abzuleiten, bleibt zu hinterfragen.

Zum anderen hängt die Identifikation abgrenzbarer Leistungen entscheidend von der Interpretation der sie konstituierenden Merkmale ab: Ab wann Aspekte pflegerischen Handelns zu abgrenzbaren Leistungen und damit zu prüfungsrelevanten Qualitätsaspekten in Bereich 2 werden, ist in dem Abschlussbericht über das neue Prüfverfahren nicht eindeutig geregelt, außer, dass eine Leistungsvereinbarung vorzuliegen hat. Wie genau diese aussieht, wird jedoch nicht definiert, was in den Pilot-Prüfungen zu Problemen bei der Ermittlung prüfungsrelevanter Qualitätsaspekte führte. Im Extremfall kann es dazu kommen, dass ein Prüfer sämtliche pflegerischen Handlungen, die bei der Umsetzung eines Leistungskomplexes, z. B. im Bereich Körperpflege (z. B. „Große Körperpflege“) realisiert werden, ausschließlich unter dem Qualitätsaspekt 2.5 „Unterstützung bei der Körperpflege“ betrachtet und bewertet, während ein anderer Prüfer anhand des Maßnahmenplans bei derselben Person Anlässe sieht, noch weitere Qualitätsaspekte, wie z. B. 2.1 „Unterstützung im Bereich der Mobilität“ oder 2.2 „Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition“ zu prüfen.

Hier sollten klare Regelungen gefunden werden, welche Merkmale genau eine abgrenzbare Leistung konstituieren, damit nicht derselbe Sachverhalt (dieselbe Leistung) zur Prüfung unterschiedlicher Qualitätsaspekte führt. Eine Möglichkeit wäre zwar zu fordern, dass Qualitätsaspekte nur durch inhaltlich entsprechende Leistungskomplexe bzw. Zeitvergütungen ausgelöst werden können. Diesem Vorschlag begegneten die Prüfer in den Feedback-Veranstaltungen allerdings mit der Einschätzung, dass dadurch die Prüft Themen zu stark eingeschränkt würden. Allerdings läuft man durch die völlige Loslösung von den Vergütungsvereinbarungen Gefahr, dass Qualitätsaspekte mitgeprüft werden, für die dem Zweck nach eigentlich keine expliziten Leistungsvereinbarungen vorliegen (können). Da die Vergütungsvereinbarungen den Zweck der Handlung i. d. R. bereits vorgeben, sich dabei aber insbesondere auf Körperpflege, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und Ausscheidung – im Bereich pflegerischer Betreuungsmaßnahmen auf Alltagsleben und soziale Kontakte, ferner auch Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen – beschränken, ist fraglich, wo in den bestehenden Vergütungsvereinbarungen insbesondere Leistungen zu verorten wären, deren primärer Zweck die Unterstützung der Mobilität, der Kognition, der Kommunikation oder der (Selbst-) Pflegekompetenz ist. Auch beinhaltet der Grundsatz abgrenzbarer Leistungen, dass diese nicht im Rahmen anderer Leistungen, die vorrangig einem anderen Zweck dienen, „nebenbei“ erbracht werden können (Wingenfeld & Büscher, 2017). Demnach wären viele der Qualitätsaspekte des neuen Prüfverfahrens vor dem Hintergrund der bestehenden Vergütungsvereinbarungen eigentlich nicht oder zumindest kaum prüfbar.

3.6.1.3 Analyse prüfungsauslösender Leistungskomplexe bzw. Zeitvergütungen

Das Fehlen eindeutiger Kriterien zur Abgrenzung vereinbarter Leistungen wird dazu beigetragen haben, dass die Zuordnung vereinbarter Leistungen in Form von Leistungskomplexen bzw. Zeitvergütungen zu den Qualitätsaspekten teilweise fragwürdig ausfällt. Tabelle 94 bis Tabelle 101 in Anhang A2 zeigen die Angaben

der Prüfer zu den vereinbarten Leistungen gemäß den Vergütungsvereinbarungen aus den fünf beteiligten Bundesländern und die jeweils zugeordneten Qualitätsaspekte (für die Tabellen wurden Angaben sämtlicher Prüfer berücksichtigt; vgl. Erläuterungen in Fußnote 9, S. 141).

Eine fragwürdige Zuordnung von Leistungskomplexen bzw. Zeitvergütungen zeigt sich insbesondere bei den Qualitätsaspekten 2.1 „Unterstützung im Bereich der Mobilität“ und 2.2 „Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition“. Wie aus den Tabellen ersichtlich, wurde Qualitätsaspekt 2.1 „Unterstützung im Bereich der Mobilität“ ...

- ◆ in Baden-Württemberg insbesondere bei LK-1 „Große Körperpflege“,
- ◆ in Bayern insbesondere beim „Stundensatz körperbezogene Pflegemaßnahmen“,
- ◆ in Berlin insbesondere bei dem LK-5 „Lagern/Betten“,
- ◆ in Brandenburg insbesondere bei LK-2 „Große Körperpflege“ und LK-1 „Kleine Körperpflege“ bzw. LK-5 „Aufsuchen und Verlassen des Bettes“ und LK-6 „Lagern/ Mobilisierung“,
- ◆ in Hessen insbesondere bei LK-9 „Aufstehen Zubettgehen“ und LK-2 „Große Körperpflege“ und
- ◆ in Nordrhein insbesondere bei LK-1 „Ganzwaschung“, LK-3 „Ausscheidungen“ sowie LK-4 „Selbstständige Nahrungsaufnahme“ geprüft.

Der Qualitätsaspekt 2.2 „Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition“ wurde ...

- ◆ in Baden-Württemberg ebenfalls insbesondere bei LK-1 „Große Körperpflege“,
- ◆ in Berlin vorrangig bei LK-19 „Versorgung und Betreuung in Wohngemeinschaften von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5“ und
- ◆ in Brandenburg vorrangig bei LK-2 „Große Körperpflege“ geprüft.
- ◆ In Bayern, Hessen und Nordrhein wurde der Qualitätsaspekt 2.2 hingegen selten bis gar nicht geprüft.

Für die genannten Zuordnungen ist schwer ersichtlich, inwiefern Unterstützung der Mobilität (2.1) oder Kognition (2.2) im Rahmen von Leistungen die vorrangig der Unterstützung bei der Körperpflege dienen (außer evtl. LK-19 „Versorgung und Betreuung in Wohngemeinschaften von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5“) als abgrenzbare eigene Leistungen auszumachen sind. In den Feedback-Veranstaltungen wurde daher bei den Prüfern nachgefragt, wie sich die Zuordnungen zu den Qualitätsaspekten 2.1 und 2.2 erklären ließen – ob z. B. aufgrund genauerer Vereinbarungen im Maßnahmenplan von eigenständigen, abgrenzbaren Leistungen ausgegangen werden konnte.

In den Feedback-Veranstaltungen wurde von den Prüfern erklärt, dass eine Förderung von Selbstständigkeitsressourcen – sowohl im Bereich der Mobilität als auch kognitiver Fähigkeiten – aus „ganzheitlicher Sicht“ immer notwendiger Bestandteil pflegerischen Handelns sein sollte. So sei z. B. bei der Unterstützung der Körperpflege immer auch die Unterstützung und Förderung der Mobilität maßgeblich. Auch erfordere die Körperpflege häufig einen Transfer, eine Mobilisierung oder Lagerung der versorgten Person, um diese an den Ort der Körperpflege bzw. in die erforderliche Position und wieder zurück zu führen. Parallel würden geistige Ressourcen, etwa durch die Führung von Gesprächen gefördert; auch eine kleinschrittige Anleitung zur Körperpflege entspräche einer typischen Unterstützung bei Personen mit kognitiven Einschränkungen. In solch einer Situation sei es schwierig zu bestimmen, wann im Rahmen der Körperpflege erbrachte pflegerische Handlungen die Prüfung der Qualitätsaspekte 2.1 oder 2.2 begründeten und wann sie nur als Bestandteil der Körperpflege zu betrachten seien.

Manche Prüfer gaben in diesem Zusammenhang an, dass sie den Qualitätsaspekt 2.1 „Unterstützung im Bereich der Mobilität“ grundsätzlich mitgeprüft hätten, wenn Leistungen zur Körperpflege vereinbart worden waren; dies erfordere zum einen die erwähnte ganzheitliche Sicht, nach der die Förderung der Mobilität zur Körperpflege dazu gehöre, zum anderen aber auch die Landesrahmenverträge, nach denen die Mobilität auch das Bewegen im Zusammenhang mit den Verrichtungen der Körperpflege umfasse. Andere beschrieben ihr Vorgehen als zurückhaltender und gaben an, 2.1 nur dann geprüft zu haben, wenn im Rahmen der Körperpflege konkrete Vereinbarungen zur Förderung der Mobilität getroffen bzw. bestimmte therapeutische Techniken angewendet worden waren (z. B. Lagerung nach Bobath) – wenngleich solche Konstellationen nur sehr selten vorgekommen seien.

Selbst wenn die erste Schilderung der Prüfer, dass Unterstützung der Mobilität immer Teil der Körperpflege und daher bei der Vereinbarung von Leistungen zur Körperpflege stets mit zu prüfen sei, der Forderung nach einer abgrenzbaren Leistung nicht standhält, wird durch die Gegenüberstellung der Beiträge das Spannungsfeld deutlich, in dem sich die Prüfer bei der Ermittlung des Prüfumfanges im ambulanten Bereich bewegen: Einerseits soll die Pflege – auch nach Maßgabe des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – „ganzheitlich“ in den Blick genommen werden; andererseits soll nur das geprüft werden, wozu es auch eine Vereinbarung gibt, was wiederum von den geltenden Landesrahmenverträgen und Vergütungsvereinbarungen (bzw. dem Detaillierungsgrad des Maßnahmenplans) abhängt. Dabei scheint der Grundgedanke „abgrenzbarer Leistungen“ der „ganzheitlichen“ Sicht der Prüfer entgegenzustehen, da sie bestimmte pflegerische Handlungen, die ihrem fachlichen Verständnis nach notwendigerweise immer dazu gehörten, nicht bewerten dürften, wenn dafür keine explizite, zweckgebundene Vereinbarung vorliege. Hier müssen Wege gefunden werden, wie mit dem zukünftigen ambulanten Prüfverfahren vermieden werden kann, dass eine „ganzheitliche Sicht“ der Prüfer dazu führt, dass Qualitätsaspekte geprüft

werden, zu denen dem Zweck nach keine konkret vereinbarten, abgrenzbaren Leistungen vorliegen und die folglich außerhalb des Verantwortungsbereichs des Pflegedienstes liegen.

3.6.1.4 Prüfumfang in Prüfbereich 1

Der Anspruch der „ganzheitlichen Sicht“ lässt sich vermutlich leichter auf den stationären Bereich anwenden, da dort die gesamte pflegerische Versorgung in der Verantwortung der Einrichtung liegt. Im ambulanten Bereich jedoch können Leistungen, die nicht vereinbart sind, aus einer fachlichen Perspektive aber durchaus angebracht wären, den Pflegediensten nicht als Versäumnis angelastet werden. Nach Schilderung der Prüfer in den Feedback-Veranstaltungen konnte die „ganzheitliche Sicht“ grundsätzlich dennoch beibehalten werden, indem Leistungen, die nicht vereinbart waren, im Prinzip aber angemessen gewesen wären, als Beratungsthema in Bereich 1 geprüft wurden („Wenn die Leistung nicht erbracht wird, muss der Pflegedienst zumindest dazu beraten haben“; „In diesen Bereich [1.2] kann man so gut wie alles schieben und bewerten, egal was vereinbart wurde“). Prinzipiell kann so, unter Rückgriff auf Bereich 1, die Prüfung von Qualitätsaspekten legitimiert werden, zu denen keinerlei Leistungsvereinbarungen vorliegen.

Die Schwierigkeit der Abgrenzung der verschiedenen Qualitätsaspekte zeigt sich somit allerdings nicht mehr nur innerhalb von Prüfbereich 2, d. h. in Bezug auf vereinbarte Leistungen. Die Abgrenzungsproblematik besteht auch in Bezug auf unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte in Bereich 1, insbesondere für Qualitätsaspekt 1.2 „Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren“. Dieser Qualitätsaspekt erfordert, dass „der Pflegedienst [...] im Rahmen seiner Möglichkeiten und der mit dem Pflegehaushalt bestehenden vertraglichen Vereinbarungen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse aufgrund bestehender Risiken und Gefahren [beiträgt]“. Im Hinblick auf die Berücksichtigung von Risiken finden sich jedoch auch in den meisten Qualitätsaspekten des Bereichs 2 entsprechende Leitfragen, die dieses Thema dort bereits *explizit* zum Prüfungsgegenstand machen:

- ◆ 2.1 Wurden die vorliegenden Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Einschätzung gesundheitlicher Risiken berücksichtigt?
 - ◆ 2.2 Liegt eine aktuelle, zutreffende Einschätzung der kognitiven Beeinträchtigungen und ihrer Konsequenzen für den Lebensalltag vor?
 - ◆ 2.4 Erfolgt eine systematische Erfassung der Verhaltensweisen des pflegebedürftigen Menschen sowie eine Beurteilung, inwieweit diese Verhaltensweisen ein Gefährdungspotenzial aufweisen oder aus anderen Gründen einen Bedarf auslösen?
 - ◆ 2.5 Werden Auffälligkeiten des Hautzustands bei der Durchführung der Körperpflege und ggf. der Beratung der Angehörigen berücksichtigt [z. B. Dekubitusrisiko]?
-

- ◆ 2.6 Ist die Ernährungssituation inkl. Flüssigkeitsversorgung des pflegebedürftigen Menschen fachgerecht erfasst worden? Werden etwaige Risiken für eine Mangelernährung berücksichtigt?

Selbst ohne solch explizite Leitfragen zu Risiken stellt sich generell die Frage, wie der Qualitätsaspekt 1.2 „Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren“ von allen weiteren Qualitätsaspekten zu trennen ist, wenn deren Bewertung ebenfalls immer die Einschätzung der Prüfer erfordert, inwiefern *Risiken* für die versorgte Person *eingetreten* sind. Ohne eindeutige Vorgaben liegt es allein im Ermessen des Prüfers, ob dasselbe Defizit in mehreren Qualitätsaspekten aufgeführt wird und so ggf. mehrere „schlechte“ Bewertungen vergeben werden oder, ob ein gegebenes Defizit nur innerhalb eines Qualitätsaspekts bewertet wird.

Generell ist zu konstatieren, dass in dem neuen Prüfverfahren für die Qualitätsaspekte 1.2. „Risiken und Gefahren“ und 1.3 „Destabilisierung der Versorgungssituation“ nicht klar definiert wird, wann sie zu prüfen sind. Es wäre plausibel anzunehmen, dass beide Qualitätsaspekte grundsätzlich bei jeder Person zu prüfen sind; dies widerspricht jedoch der Vorgabe des Prüfbogens, wonach der Prüfer bei allen drei Qualitätsaspekten in Prüfbereich 1 die Möglichkeit hat, anzugeben, dass der jeweilige Qualitätsaspekt entfällt (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 2a, S. 5, 7, 9). Wann genau dies der Fall ist, wird aber für 1.2 und 1.3 nicht definiert.

Die Daten zur Häufigkeit der geprüften Qualitätsaspekte zeigen nun, dass 1.2 „Risiken und Gefahren“ in fast allen personenbezogenen Prüfungen geprüft wurde; dagegen wurde 1.3 „Destabilisierung der Versorgungssituation“ nur in wenigen Fällen geprüft (vgl. Abbildung 7). Dies legt nahe, dass zumindest 1.2 i. d. R. in jedem Fall geprüft werden kann/sollte, während von den Prüfern für 1.3 implizite Kriterien genutzt wurden, um zu entscheiden, wann dieser Qualitätsaspekt prüfungsrelevant ist. Besser sollten hier aber explizite Kriterien an die Hand gegeben werden, in welchen Situationen diese Qualitätsaspekte zu prüfen sind. Dies sollte auch zu einer besseren Abgrenzbarkeit der Qualitätsaspekte in Bereich 1 zu Bereich 2 beitragen. So kann auch vermieden werden, dass derselbe Sachverhalt unter verschiedenen Qualitätsaspekten wiederholt geprüft und bewertet wird. Darüber hinaus ist festzustellen, dass Bereich 1 derzeit lediglich die Überschrift „Unabhängig von vereinbarten Leistungen zu prüfende Aspekte“ trägt (Büscher *et. al.*, 2018, z. B. S. 71). Hier sollten der Vollständigkeit halber auch SGB V-Leistungen (Bereich 3) mitgedacht werden, so dass Bereich 1 mit „Unabhängig von vereinbarten oder verordneten Leistungen zu prüfende Aspekte“ überschrieben werden sollte.

3.6.1.5 Prüfumfang bei Schmerzmanagement

Wie eingangs erläutert, bestehen für Qualitätsaspekte in Bereich 3 zwar keine vergleichbaren Schwierigkeiten bei der Ermittlung des Prüfumfanges, da sich deren Prüfungsrelevanz unmittelbar aus der ärztlichen Verordnung ergibt. Dennoch sind

im Rahmen der Pilotierung auch im Hinblick auf manche ärztlich verordneten Leistungen Schwierigkeiten bei der Bestimmung des Prüfumfanges aufgetreten.

Dies betrifft zum einen den Qualitätsaspekt 2.11 „Schmerzmanagement“. Dieser ist zwar Bereich 2 zugeordnet, erfordert jedoch eine ärztliche Verordnung zur medikamentösen Schmerzbehandlung im Rahmen der HKP-Leistung „Medikamente“ gemäß Ziffer 26 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie. Da diese Leistung *per se* kein umfassendes Schmerzmanagement beinhaltet, muss darüber hinaus eine Vereinbarung vorliegen, dass der Pflegedienst Leistungen zum Schmerzmanagement erbringen soll. Dies ist grundsätzlich aber nur möglich, wenn parallel Leistungen gemäß SGB XI bezogen werden – daher auch die Einordnung des Qualitätsaspekts 2.11 „Schmerzmanagement“ in Bereich 2 statt Bereich 3. Die vorhergehende Diskussion hat jedoch bereits gezeigt, dass für einige Qualitätsaspekte (noch) keine expliziten Leistungskomplexe bzw. Zeitvergütungen in den Vergütungsvereinbarungen vorliegen. Dies trifft auch auf Schmerzmanagement zu, womit fraglich erscheint, wie vor dem Hintergrund der bestehenden Vergütungsvereinbarungen der Qualitätsaspekt 2.11 in den Pilot-Prüfungen geprüft werden konnte (insgesamt bei n = 104 Personen; vgl. Abbildung 7).

In dem Prüfbogen für „Schmerzmanagement“ findet sich der Hinweis: „Das Schmerzmanagement ist zu prüfen, wenn der Pflegedienst im Rahmen einer ärztlichen Verordnung zur Schmerzbehandlung tätig wird“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 2a, S. 31). Diese Formulierung ist nicht eindeutig, da es weder eine verordnungsfähige Leistung mit der Bezeichnung „Schmerzbehandlung“ gibt, noch daraus hervorgeht, dass grundsätzlich auch eine vereinbarte Leistung zum Schmerzmanagement vorliegen muss, damit der Qualitätsaspekt 2.11 geprüft werden darf. Da von den insgesamt n = 104 Personen, bei denen Schmerzmanagement geprüft wurde (vgl. Abbildung 7), bei n = 100 Personen auch der Qualitätsaspekt 3.26 „Medikamente“ gemäß der verordneten HKP-Ziffer 26 geprüft wurde, interpretierten die Prüfer das Prüfkriterium offenbar so, dass eine ärztliche Verordnung zur Gabe von Schmerzmedikation ausreichte, um den Qualitätsaspekt 2.11 zu prüfen.

3.6.1.6 Prüfumfang bei Spezieller Krankenbeobachtung

Schwierigkeiten bei der Bestimmung prüfungsrelevanter Leistungen ergaben sich auch im Zusammenhang mit Qualitätsaspekt 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“. Wie in Kapitel 3.3.1.1 berichtet, wurde dieser Qualitätsaspekt mit einer Ausnahme ausschließlich bei intensivpflegerischen Pflegediensten geprüft. Für versorgte Personen dieses Einrichtungstyps hat sich zudem gezeigt, dass bei ihnen durchschnittlich mehr Qualitätsaspekte geprüft wurden als bei Personen aus allgemeinen oder psychiatrischen Pflegediensten (vgl. Tabelle 33). Dies hängt mit der Besonderheit der intensivpflegerischen Versorgung zusammen, wonach sämtliche Leistungen, die im Rahmen einer 24-Stunden-Pflege anfallen können, auch durch entsprechende Qualitätsaspekte abzubilden sind.

Dies umfasst insbesondere Qualitätsaspekte in Bereich 2. Die Entwickler schreiben dazu: „Die Aufgaben des Prüfbereichs 2 wären jedoch nicht als individuell vereinbarte Leistungen anzusehen, sondern als ein mögliches Spektrum pflegerischer Aufgaben, die im Rahmen einer 24-Stunden-Versorgung notwendig werden können“ (Büscher *et al.*, 2019, S. 69).

In den Feedback-Veranstaltungen wurde von den Prüfern dazu beschrieben, dass es hier aufgrund der fehlenden expliziten Leistungsvereinbarung schwierig gewesen wäre die Aufgaben der Pflegedienste genau zu bestimmen und die prüfungsrelevanten Qualitätsaspekte zu definieren. Insbesondere bei Pauschalverträgen sei dies schwierig, da das gesamte Versorgungsgeschehen weder in Form vereinbarter Leistungen fixiert werde noch aus der ärztlichen Verordnung ersichtlich sei; daher fehle eine eindeutige Prüfgrundlage, die alle Leistungen im Rahmen einer 24-Stunden Intensivpflege umfasse. In einigen Fällen hätten hier grundsätzlich 2.5 „Körperpflege“, 2.6 „Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“ und 2.7 „Ausscheidung“ geprüft werden können; was darüber hinaus anfele, sei aber schwierig zu ermitteln gewesen, auch da die Pflegedienste viel aus Kulanz erbrächten und man dabei schlecht dieselben Maßstäbe wie bei vereinbarten/verordneten Leistungen anlegen könne. Ein besonderer Fall zeigte sich bei intensivpflegerisch versorgten Kindern: Hier sei es auch für 2.5., 2.6 und 2.7 schwierig gewesen, den Prüfumfang festzustellen, da die Eltern i. d. R. einen erheblichen Teil der Versorgung übernehmen. So konnte nur in Gesprächen aufwändig eruiert werden, welche Leistungen regelhaft durch die Pflegedienste erbracht werden. Die Prüfer wünschten sich hier, dass genauer vordefiniert würde, welche Qualitätsaspekte in welcher Situation grundsätzlich zu prüfen seien.

Das Problem der Bestimmung prüfungsrelevanter Qualitätsaspekte bei „Spezieller Krankenbeobachtung“ beschränkt sich jedoch nicht allein auf Bereich 2. Auch bei Leistungen der Behandlungspflege (Bereich 3) sei aus der ärztlichen Verordnung nicht immer ersichtlich, welche Leistungen konkret von den Diensten übernommen werden. Zwar könne dies im Fachgespräch geklärt werden. Bei dem neuen Prüfverfahren stelle sich aber dennoch grundsätzlich die Frage, unter welchem Qualitätsaspekt verschiedene Leistungen der Behandlungspflege, die im Rahmen einer 24-Stundenpflege erbracht werden, zu prüfen seien – ob sie alle unter 3.24 oder in Ergänzung auch unter weiteren Qualitätsaspekten des Bereichs 3 zu fassen sind. Hier ist insbesondere in Bezug auf das Absaugen und die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräts klarzustellen, ob die entsprechenden Prüfgegenstände ausschließlich unter 3.24 oder (auch) unter 3.6 „Absaugen“ und 3.8 „Beatmungsgerät“ zu prüfen sind. Dieses Problem ist hier besonders offensichtlich, da „Absaugen“ und „Beatmung“ explizit auch in den Erläuterungen zu den Leitfragen unter 3.24 auftauchen.

Allerdings ist grundsätzlich für alle Leistungen der Behandlungspflege, die im Rahmen einer 24-Stundenpflege anfallen, zu konstatieren, dass im neuen Prüfverfahren nicht klargestellt wird, unter welchen Qualitätsaspekten diese zu prüfen sind. So wurden im Rahmen der Pilotierung bei Personen mit „Spezieller

Krankenbeobachtung“ die Qualitätsaspekte 3.6 „Absaugen“ (33,3 % der insg. n = 57 Personen), 3.8 „Beatmungsgerät“ (14,0 %), 3.17 „Inhalation“ (43,9 %), 3.18 „Injektionen“ (22,8 %), 3.26 „Medikamente“ (49,1 %), 3.27 „Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)“ (22,8 %) und 3.29 „Trachealkanüle“ (45,6 %) bei einem nennenswerten Anteil geprüft; hier stellt sich jedoch einerseits die Frage, ob damit ausschließlich Leistungen gemeint sind, für die eine separate Verordnung vorlag oder ob die Prüfer hier die prüfungsrelevanten Qualitätsaspekte selbst definiert haben. Da andererseits die HKP-Ziffer 24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ gemäß der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie ohnehin bereits die „kontinuierliche Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinisch-pflegerischen Maßnahmen“ umfasst (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019, S. 28), bleibt im Prüfverfahren unklar, ob ausschließlich unter 3.24 geprüft werden soll oder, ob die Prüfung in Abhängigkeit der konkreten Inhalte der Behandlungspflege auf weitere Qualitätsaspekte in Bereich 3 auszuweiten ist.

3.6.2 Informationserfassung

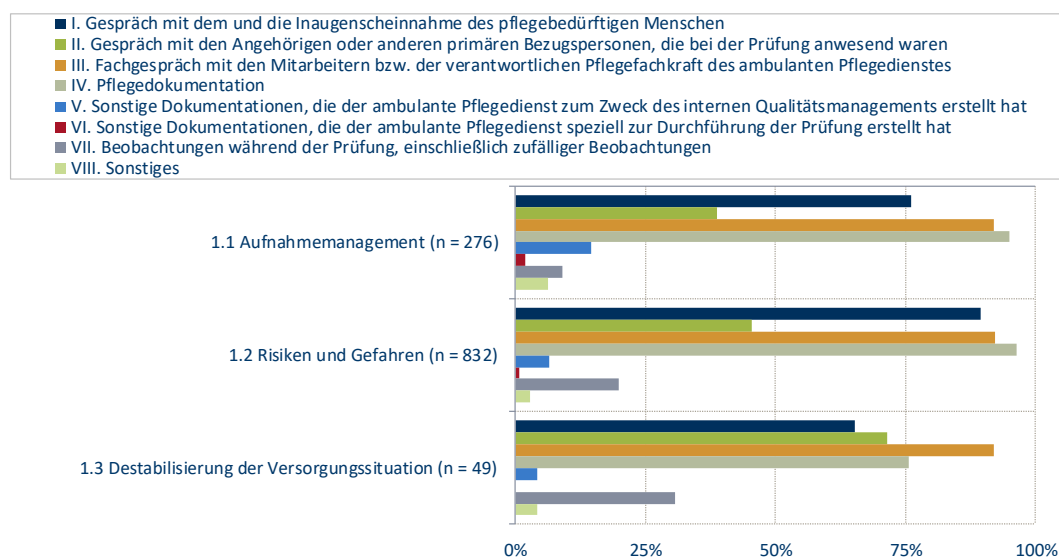
Die Entwickler nennen in dem Abschlussbericht über das neue Prüfverfahren mehrere Informationsquellen, deren sich Prüfer während der Prüfungen bedienen können. Die Nutzung unterschiedlicher Informationsquellen ist auch insofern relevant, als dass C- und D-Bewertungen nicht allein mit der Pflegedokumentation zu begründen, sondern durch mindestens eine weitere Quelle zu belegen sind (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 7). „Die Prüfer entscheiden, welche Informationsquellen zur Bearbeitung der prüfrelevanten Leitfragen genutzt werden. Vorgaben zur Einhaltung einer festen Reihenfolge oder eine unterschiedliche Wertigkeit existieren nicht“ (ebenda, 2018, Anhang 1, S. 6). „Die Reihenfolge, in der die verschiedenen Informationsquellen genutzt werden, und den Zeitpunkt, von dem an eine ausreichende Information vorliegt und keine weiteren Informationsquellen verwendet werden, legt der Prüfer selbst fest“ (ebenda, Anhang 1, S. 7).

Während der Pilot-Prüfungen wurden die Prüfer gebeten, Angaben zu den genutzten Informationsquellen in der Pilot-Software zu hinterlegen. Die Angaben pro Qualitätsaspekt erfolgten für jede in die Prüfung einbezogene Person einzeln. Abbildung 23 zeigt die Angaben zu den Informationsquellen, die für die Bearbeitung der Qualitätsaspekte in Bereich 1 genutzt wurden; Abbildung 24 für die Qualitätsaspekte in Bereich 2 und Abbildung 25 für die Qualitätsaspekte in Bereich 3. Die Angaben stammen aus insgesamt n = 917 Prüfungssituationen, wobei eine Prüfungssituation in den meisten Fällen auf eine in die Prüfung einbezogene Person entfällt (n = 297 Prüfsituationen, d. h. Personen in Pilotierungsgruppe I und n = 237 in Pilotierungsgruppe II); nur in Pilotierungsgruppe III wurden Personen i. d. R. zwei Mal in die Prüfung einbezogen und liefern so regulär zwei Prüfsituationen (n = 327 Prüfsituationen in Pilotierungsgruppe III, die sich auf n = 164 Personen verteilen).

Wie aus Abbildung 23 bis Abbildung 25 ersichtlich, sind die Pflegedokumentation und das Fachgespräch bei den meisten Qualitätsaspekten die beiden am häufigsten genutzten Informationsquellen. Bei den meisten Qualitätsaspekten wird die Pflegedokumentation etwas häufiger genutzt als das Fachgespräch; nur bei 1.3 „Destabilisierung der Versorgungssituation“, 2.4 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ und 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ wird das Fachgespräch etwas häufiger genannt als die Pflegedokumentation.

An dritter Stelle folgt das Gespräch mit dem und die Inaugenscheinnahme des pflegebedürftigen Menschen. Nur bei den Qualitätsaspekten 2.9 „Pflegekompetenz“, 2.10 „Selbstpflegekompetenz“ und 2.11 „Schmerzmanagement“ nimmt das Gespräch bzw. die Inaugenscheinnahme sogar den ersten oder zweiten Platz der am häufigsten genutzten Informationsquellen ein.

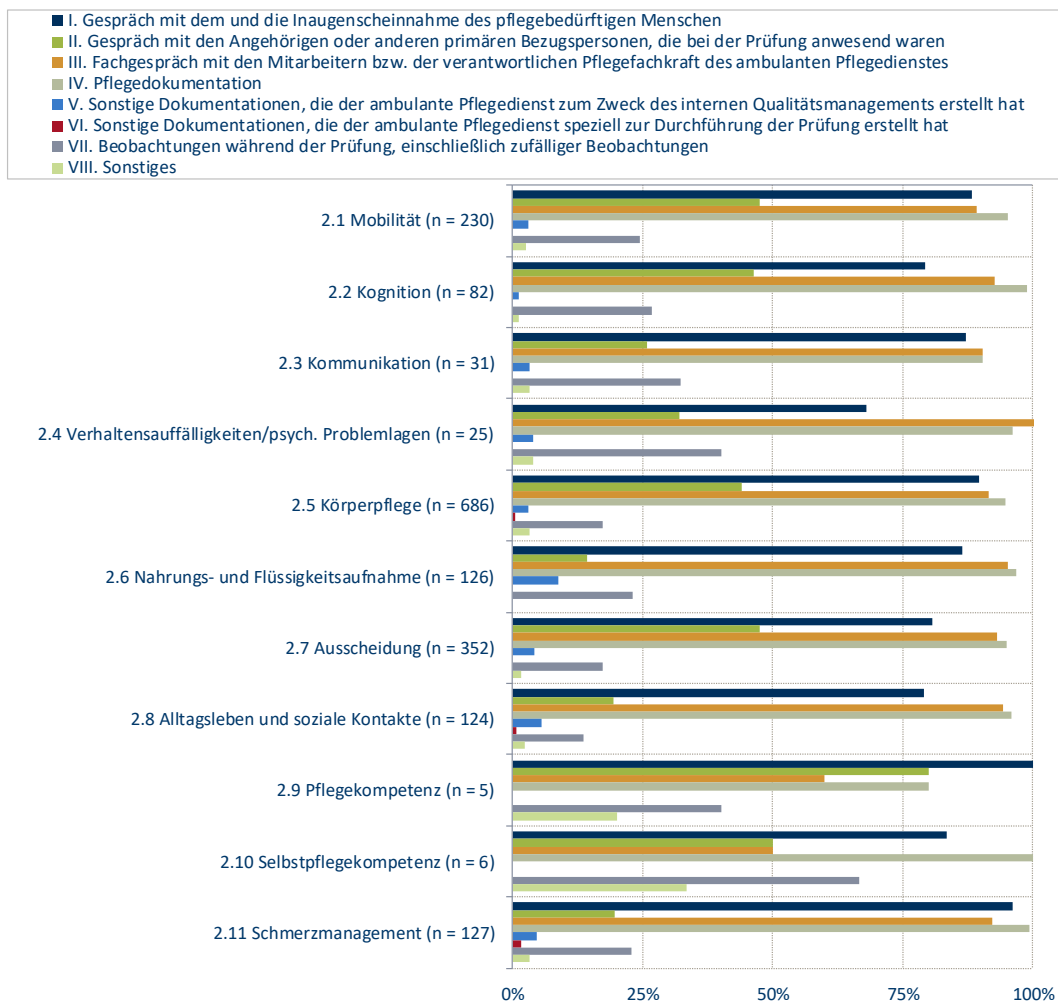
Abbildung 23: Nutzung von Informationsquellen in Bereich 1



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Abbildung zeigt Häufigkeit der Nennung von Informationsquellen als Prozent an sämtlichen Fällen mit gültigen Angaben zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt. Angaben stammen aus insgesamt n = 917 Prüfsituationen (n = 293 in Pilotierungsgruppe I, n = 297 in Pilotierungsgruppe II und n = 327 in Pilotierungsgruppe III).

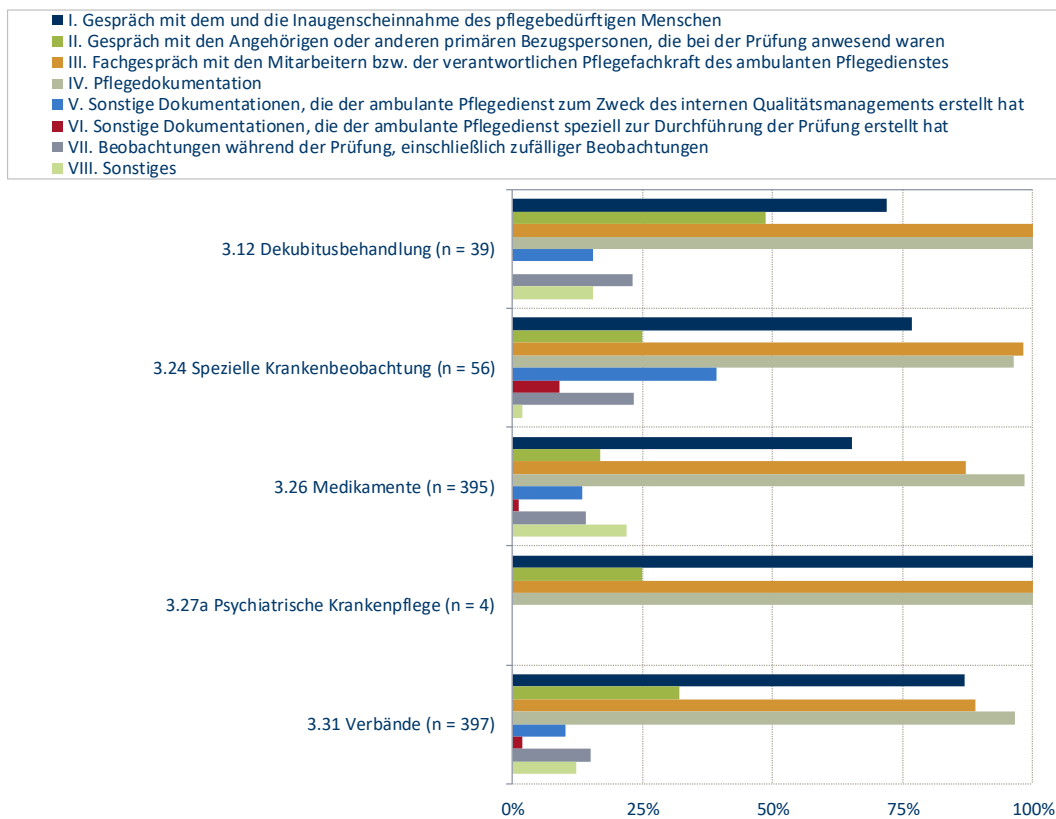
Abbildung 24: Nutzung von Informationsquellen in Bereich 2



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Abbildung zeigt Häufigkeit der Nennung von Informationsquellen als Prozent an sämtlichen Fällen mit gültigen Angaben zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt. Angaben stammen aus insgesamt n = 917 Prüfsituationen (n = 293 in Pilotierungsgruppe I, n = 297 in Pilotierungsgruppe II und n = 327 in Pilotierungsgruppe III).

Abbildung 25: Nutzung von Informationsquellen in Bereich 3



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Abbildung zeigt Häufigkeit der Nennung von Informationsquellen als Prozent an sämtlichen Fällen mit gültigen Angaben zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt. Angaben stammen aus insgesamt n = 917 Prüfsituationen (n = 293 in Pilotierungsgruppe I, n = 297 in Pilotierungsgruppe II und n = 327 in Pilotierungsgruppe III). Die Nutzung von Informationsquellen wurde nur für HKP-Leistungen erfragt, deren Bewertung in die geplante Qualitätsdarstellung einfließt. Zusätzlich wurde zu 3.24 und 3.27a gefragt.

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass die Pflegedokumentation und das Fachgespräch in etwa gleich häufig genutzt wurden und so durchaus als gleichwertig betrachtet werden können. Der erklärte Grundsatz des neuen Prüfverfahrens, dass „eine einseitig auf die Dokumentation ausgerichtete Prüfung zu vermeiden [ist]“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 7) und „dem Fachgespräch [...] ein hoher Stellenwert [zukommt]“ (ebenda, S. 79) und „soweit nicht anders vermerkt, die fachlich schlüssige, mündliche Darstellung der Versorgung, der Bedarfskonstellation und anderer Sachverhalte [...] einen ebenso hohen Stellenwert wie die schriftliche Dokumentation [hat]“ (ebenda, Anhang 1, S. 7), ist mit den Daten der Pilot-Prüfungen kompatibel.

Soweit aber der Anspruch erhoben wird, dass das Fachgespräch die Pflegedokumentation als wichtigste Informationsquelle ablöse, findet sich dafür keine Bestätigung in den Daten. So kann dem noch weitergehenden Anspruch,

dass „[...] die Prüfung der Dokumentation gegenüber der Inaugenscheinnahme des pflegebedürftigen Menschen, dem Fachgespräch mit der Leitung und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes und dem Gespräch mit Pflegebedürftigen und Angehörigen *deutlich in den Hintergrund* treten [soll], ohne jedoch vollständig abgeschafft zu werden“ (Büscher *et al.*, 2018, S. 65), nicht entsprochen werden – soweit diese Aussage wortwörtlich so interpretiert wird, dass die Pflegedokumentation allen weiteren Informationsquellen hintanzustellen ist.

Der Eindruck, dass Informationen aus Fachgesprächen insgesamt zu priorisieren sind und nur zweitrangig die Pflegedokumentation zu berücksichtigen ist bzw. auf diese ausgewichen wird, wird auch durch weitere Aussagen im Abschlussbericht verstärkt (ebenda, S. 79: „Sind keine entsprechend informierten Mitarbeiter verfügbar und kann auch das Leitungspersonal, das eine Prüfung in der Regel begleitet, keine Auskunft geben, sollten vorrangig die Pflegedokumentation sowie die Aussagen des pflegebedürftigen Menschen und ggf. seiner Angehörigen genutzt werden, um die erforderlichen Feststellungen zu treffen“). Kurz darauf findet sich jedoch wieder der Hinweis, dass Fachgespräch und Pflegedokumentation als *gleichrangig* zu betrachten sind (ebenda, S. 80: „Zwar wurden den Auskünften der Vertreter der Einrichtungen auch bisher eine gewisse Bedeutung zugeschrieben, sie blieben jedoch eine Ergänzung und waren den Informationen aus der Pflegedokumentation nicht gleichgestellt“).

Die Interpretation der Vorrangigkeit des Fachgesprächs stünde auch in Widerspruch zu der eingangs genannten Erklärung aus dem Abschlussbericht, dass es *keinerlei* Vorgaben zur unterschiedlichen Wertigkeit der Informationsquellen gebe. Der Interpretation wird im Abschlussbericht zudem auch im Zusammenhang der genaueren Erläuterung des Stellenwertes der unterschiedlichen Informationsquellen direkt widersprochen (Büscher *et al.*, 2018, S. 79: „Aussagen, die in sich nicht stimmig sind oder im Widerspruch zu anderen Informationen stehen, sind [nicht] nutzbar. [...] [Es] ist [...] zu betonen, dass der Prüfer ausdrücklich angewiesen ist, die Aussagen der Mitarbeiter im Gesamtkontext seiner Feststellungen zu betrachten und sie kritisch im Hinblick auf Plausibilität zu bewerten“; S. 93: „Der Prüfer sollte sich ein eigenes Bild [...] machen und Angaben der Mitarbeiter des Pflegedienstes gedanklich stets daraufhin überprüfen, ob sie sich zu einem fachlich stimmigen Gesamtbild zusammenfügen“). Demnach wäre die Information aus dem Fachgespräch stets dahingehend zu prüfen, ob sie im Gesamtkontext, d. h. v. a. gemeinsam mit weiteren Informationsquellen, ein stimmiges Bild ergibt – nach dieser Lesart sind so Angaben im Fachgespräch stets anhand weiterer Informationsquellen zu verifizieren.

Insgesamt scheint so der Abschlussbericht in Bezug auf die Wertigkeit der verschiedenen Informationsquellen ambivalent, da sich sowohl Hinweise auf eine Gleichrangigkeit insbesondere von Fachgespräch und Pflegedokumentation als auch Hinweise auf eine unterschiedliche Wertigkeit der Informationsquellen, mit einer Priorisierung des Fachgesprächs, finden lassen. Dadurch bedingt, könnte im

Vorfeld die (falsche) Erwartung geweckt werden, dass fortan das Fachgespräch als alleinige Informationsquelle für die Prüfung ausreiche.

So berichteten auch manche Prüfer in den Feedback-Veranstaltungen, dass die Pflegedienste teilweise große Erwartungen an die Rolle des Fachgesprächs gehabt hätten, die dann aber in den Pilot-Prüfungen enttäuscht wurden. Diese Enttäuschung war nicht darauf zurückzuführen, dass das neue Prüfverfahren – trotz des Fokus auf das Fachgespräch – weiterhin ein Mindestmaß an Pflegedokumentation in Form des aktuellen individuellen Maßnahmenplans erfordert, sondern entsprach einer allgemeineren Enttäuschung über den Umfang der Fachgespräche. Die Enttäuschung erklärt sich v. a. vor dem Hintergrund der Schilderung mancher Prüfer in den Feedback-Veranstaltungen, dass sie als Grundlage der Prüfung weiterhin primär auf die Pflegedokumentation zurückgegriffen und das Fachgespräch nur in Ergänzung, z. B. bei Unklarheiten gesucht hätten. Manche Prüfer gaben in diesem Zusammenhang auch zu bedenken, dass sich ihnen ohnehin nicht erschließe, warum das Fachgespräch im neuen Verfahren derart „hochgehoben“ würde, wo es doch eigentlich „nichts Neues“ sei, da bereits „seit Jahren“ ein Beratungsansatz gefahren würde. Solche Schilderungen stellen zunächst einmal in Frage, dass sich die Bedeutsamkeit der verschiedenen Informationsquellen – mit einer größeren Bedeutung des Fachgesprächs – mit dem neuen Prüfverfahren verändert hat.

Dieser Position wurde vonseiten anderer Prüfer aber entgegengehalten, dass sie mit dem neuen Prüfverfahren doch erstmals die Möglichkeit erhielten, das Fachgespräch „äquivalent“ zur Pflegedokumentation zu nutzen bis hin zur Schilderung, dass man die Pflegedokumentation nun endlich zur Seite legen könne, um sich die Situation allein im Fachgespräch schildern zu lassen – demgegenüber erfordere das bisherige Verfahren immer wieder den Rückgriff auf die Pflegedokumentation. Zudem begünstige die Bewertungssystematik, nach der durch die Prüfer keine dichotomen Ja-Nein-Entscheidungen mehr getroffen werden müssen, eine vertiefte Auseinandersetzung im Fachgespräch.

Andere Prüfer wiederum schilderten, dass sie zwar hohen Wert auf das Fachgespräch gelegt hätten, die Situation für manche Pflegedienste aber ungewohnt gewesen sei und nicht immer die richtigen Ansprechpartner zur Verfügung gestellt wurden, so dass die Prüfer „nach altem Schema“ mit den Pflegedokumentationen „allein gelassen“ wurden. Auch hätten einige Pflegedienste zunächst verhalten auf das Fachgespräch reagiert und befürchtet, sie könnten etwas Falsches sagen. Wenn das neue Prüfverfahren aber zum Regelverfahren werde, rechne man damit, dass die Pflegedienste sich besser darauf einstellen und die richtigen Ansprechpartner zur Verfügung werden stellen können.

Solche Schilderungen reflektieren durchaus eine Veränderung des Stellenwertes der verschiedenen Informationsquellen, mit einer größeren Bedeutung des Fachgesprächs im Rahmen des neuen Prüfverfahrens. Da aber die Auswahl der Informationsquellen im Endeffekt im Ermessen der Prüfer liegt, entspricht sowohl

ein Vorgehen, das die Pflegedokumentation als Ausgangspunkt der Prüfung nimmt, als auch ein Vorgehen, bei dem primär auf das Fachgespräch fokussiert wird, gleichermaßen den Vorgaben des neuen Prüfverfahrens. Mit dem neuen Prüfverfahren wird aber die Möglichkeit eröffnet, das Fachgespräch als weitestgehend primäre Informationsquelle zu nutzen – inwiefern von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, liegt allerdings im Ermessen des Prüfers.

An dieser Stelle stellt sich dann allerdings die Frage, wie ausgeschlossen werden kann, dass die Auswahl und Vertiefung von Informationsquellen nicht bloß von einer mehr oder weniger ausgeprägten Präferenz der Prüfer abhängt, sondern fachlich bzw. situativ eindeutig begründet werden kann, so dass verschiedene Prüfer zu demselben Ergebnis gelangen. Ansonsten liefe man mit dem neuen Prüfverfahren u. U. Gefahr, dass Prüfer aufgrund einer Tendenz zu bestimmten Informationsquellen zu unterschiedlichen Einschätzungen von Qualitätsaspekten gelangen könnten – z. B. ein Prüfer sieht in der fehlenden Dokumentation eine Auffälligkeit, etwa, dass bestimmte Risiken durch den Pflegedienst nicht erkannt wurden, während einem anderen Prüfer die schlüssige Darstellung im Fachgespräch genügt. Damit könnte derselbe Sachverhalt von dem einen Prüfer mindestens mit B, wenn nicht gar C bewertet werden, während ein anderer Prüfer aufgrund der schlüssigen Erläuterungen im Fachgespräch ein A vergeben würde (vgl. Kapitel 3.5 und Kapitel 3.7.6).

Im Abschlussbericht wird angemerkt, dass „der Ermessensspielraum der Prüfer [...] nicht mit einer willkürlichen Vorgehensweise verwechselt werden [darf]. Eigenes Ermessen bedeutet, einen Freiraum bei der Art und Reihenfolge der Informationsquellen [...] zu haben. Verschiedene Gründe können dafür sprechen, einzelne Informationsquellen in unterschiedlicher Reihenfolge und Intensität zu nutzen“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 7). Die Ergebnisse der Pilotierung zeigen die Gefahren und möglichen negativen Konsequenzen auf, die sich aus diesem Ansatz ergeben, der nicht genau definiert, welche (fachlichen) Gründe für welche Informationsquellen in welcher Intensität und Reihenfolge sprechen und wie diese im Sinne eines Entscheidungsbaums zu nutzen sind, um ein möglichst vergleichbares Vorgehen der Prüfer bei der Informationserfassung zu gewährleisten.

3.6.3 Schwierigkeit der Bewertung

Nach der Ermittlung des Prüfumfangs und der Sammlung von Informationen bewerten die Prüfer die prüfrelevanten Qualitätsaspekte. In den Prüfbereichen 1, 2 und 3 gelangen sie in jeder personenbezogenen Prüfung durch die Beantwortung von Leitfragen zu einer A-, B-, C- oder D-Bewertung der einzelnen Qualitätsaspekte. In Prüfbereich 5 beantworten die Prüfer je Qualitätsaspekt mehrere Ja-/Nein-Fragen. In Prüfbereich 4 erfolgt keine Bewertung, daher wird dieser Prüfbereich hier nicht weiter behandelt.

In den Pilot-Prüfungen wurden die Prüfer gebeten bei jeder Bewertung eines Qualitätsaspekts anzugeben, wie schwer ihnen diese Bewertung gefallen ist.

Nachfolgend werden diese Ergebnisse berichtet, zunächst für die Prüfbereiche 1 bis 3, danach für Prüfbereich 5. Zusätzlich zu den Einschätzungen der Prüfer bezüglich der Schwierigkeit der Bewertung wurde auch erfasst, wie häufig die Prüfer auf Erläuterungen bzw. Anleitungen zu den einzelnen Qualitätsaspekten zurückgriffen. Aus diesen Daten können indirekt Rückschlüsse auf die Schwierigkeit der Bewertung gezogen werden. Diese Ergebnisse werden in Kapitel 3.6.3.6 berichtet.

3.6.3.1 Übersicht der Ergebnisse für die Prüfbereiche 1, 2 und 3

Tabelle 45 und Abbildung 26 zeigen die Angaben der Prüfer zur empfundenen Schwierigkeit der Bewertung pro Qualitätsaspekt. Die Angaben stammen aus insgesamt $n = 917$ Prüfungssituationen, wobei eine Prüfungssituation in den meisten Fällen auf eine in die Prüfung einbezogene Person entfällt – außer in Pilotierungsgruppe III, in der jede Person regulär zwei Prüfsituationen liefert ($n = 297$ Prüfsituationen in Pilotierungsgruppe I; $n = 237$ in Pilotierungsgruppe II; $n = 327$ in Pilotierungsgruppe III; vgl. Fußnote 9, S. 141). Während Tabelle 45 auch fehlende Angaben berücksichtigt, zeigt Abbildung 26 ausschließlich gültige Angaben zur Schwierigkeit der Bewertung.

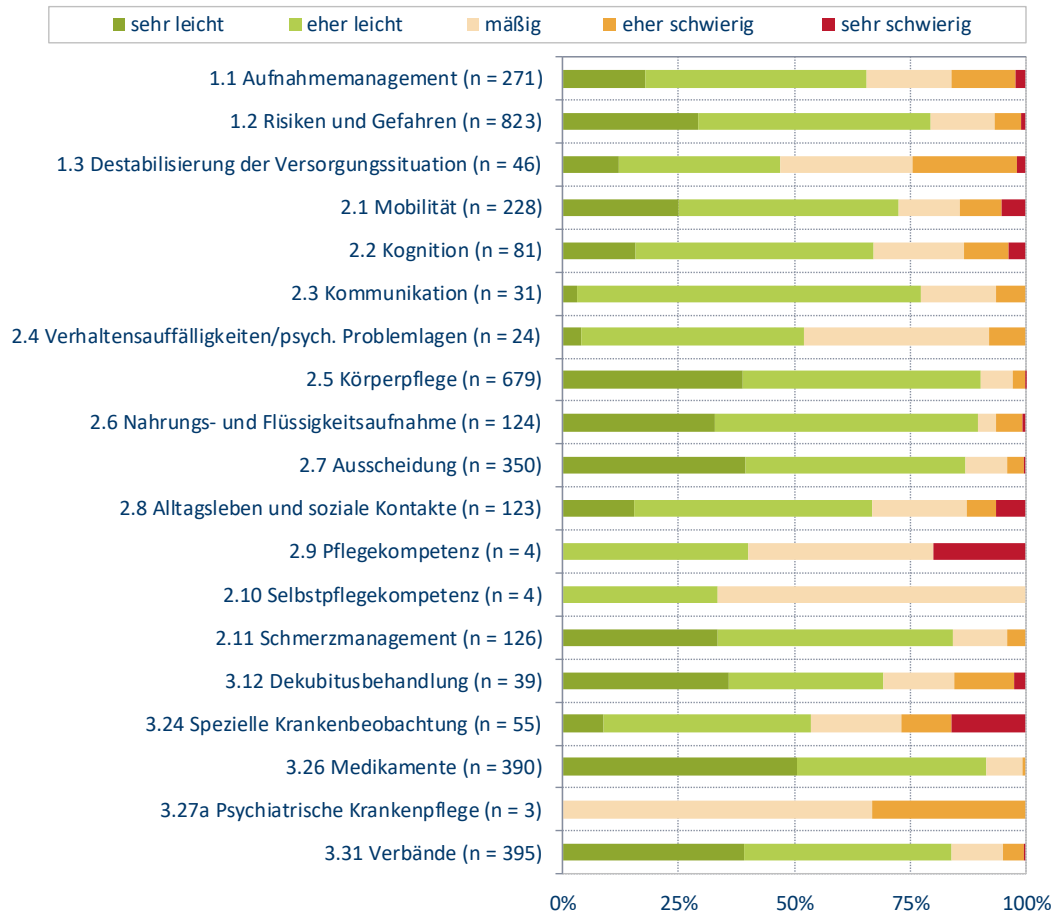
Tabelle 45: Schwierigkeit der Bewertung der Qualitätsaspekte (Bereich 1–3)

	sehr leicht	eher leicht	mäßig	eher schwierig	sehr schwierig	Angabe fehlt
1.1 Aufnahmemanagement	49	131	50	38	6	5
1.2 Risiken und Gefahren	242	413	114	49	8	9
1.3 Destabilisierung	6	17	14	11	1	3
2.1 Mobilität	57	109	30	21	12	2
2.2 Kognition	13	42	16	8	3	1
2.3 Kommunikation	1	23	5	2	0	0
2.4 Verhalten/psych. Probleml.	1	12	10	2	0	1
2.5 Körperpflege	265	350	46	18	2	6
2.6 Nahrungs-/Flüssigkeitsaufn.	41	71	5	7	1	2
2.7 Ausscheidung	139	166	32	12	2	2
2.8 Alltagsleben, soziale Kontakte	19	64	25	8	8	1
2.9 Pflegekompetenz	0	2	2	0	1	1
2.10 Selbstpflegekompetenz	0	2	4	0	0	2
2.11 Schmerzmanagement	42	64	15	5	0	1
3.12 Dekubitusbehandlung	14	13	6	5	1	0
3.24 Spez. Krankenbeobachtung	5	25	11	6	9	1
3.26 Medikamente	198	161	30	3	0	5
3.27a Psych. Krankenpflege	0	0	2	1	0	1
3.31 Verbände	155	176	45	17	2	2

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Angaben stammen aus insgesamt n = 917 Prüfsituationen (n = 293 in Pilotierungsgruppe I, n = 297 in Pilotierungsgruppe II und n = 327 in Pilotierungsgruppe III; Tabelle berücksichtigt Angaben sämtlicher Prüfer, d. h. auch derjenigen mit „passiver“ Rolle während der Schattenprüfungen bzw. Durchführung der zweiten Prüfung im Rahmen von Wiederholungsprüfungen). Die Schwierigkeit der Bewertung wurde in Bereich 3 nur für HKP-Leistungen erfragt, deren Bewertung in die Qualitätsdarstellung einfließt. Zusätzlich wurden 3.24 und 3.27a bewertet.

Abbildung 26: Schwierigkeit der Bewertung der Qualitätsaspekte (Bereich 1-3)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Abbildung zeigt Häufigkeit der Angaben zur Schwierigkeit an sämtlichen Fällen mit gültigen Angaben zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt. Angaben stammen aus insgesamt n = 917 Prüfsituationen (n = 293 in Pilotierungsgruppe I, n = 297 in Pilotierungsgruppe II und n = 327 in Pilotierungsgruppe III; Tabelle berücksichtigt Angaben sämtlicher Prüfer, d. h. auch derjenigen mit „passiver“ Rolle während der Schattenprüfungen bzw. Durchführung der zweiten Prüfung im Rahmen von Wiederholungsprüfungen). Die Schwierigkeit der Bewertung wurde in Bereich 3 nur für HKP-Leistungen erfragt, deren Bewertung in die Qualitätsdarstellung einfließt. Zusätzlich wurden 3.24 und 3.27a bewertet.

3.6.3.2 Qualitätsaspekte mit geringerer Schwierigkeit der Bewertung

Wie aus Abbildung 26 ersichtlich, fiel die Bewertung häufig geprüfter Qualitätsaspekte leichter als die Bewertung selten geprüfter Qualitätsaspekte. So wurde die Bewertung bei den häufig geprüften Qualitätsaspekten 1.2 „Risiken und Gefahren“ (insgesamt n = 823 Prüfsituationen), 2.5 Körperpflege (insgesamt n = 679), 2.6 „Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“ (insgesamt n = 124), 2.7 „Ausscheidung“ (insgesamt n = 350), 2.11 „Schmerzmanagement“ (insgesamt n = 126), 3.26 „Medikamente“ (insgesamt n = 390) und 3.31 „Verbände“

(insgesamt n = 395) in ca. 80 bis 90 Prozent der Prüfsituationen als *eher leicht* oder *sehr leicht* empfunden.

Dabei beziehen sich diese relativ häufig geprüften Qualitätsaspekte aus Bereich 2 auf „klassische“ pflegerische Leistungen, die bereits vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs regulärer Bestandteil der pflegerischen Aufgaben waren und somit auch Teil der bisherigen ambulanten QPR (MDS, 2018a) sind. Der fast in jedem Fall geprüfte und auch als relativ leicht zu bewerten empfundene Qualitätsaspekt 1.2 „Risiken und Gefahren“ aus Bereich 1 zeigt ebenfalls eine hohe Ähnlichkeit zu bereits bekannten Themen der bisherigen QPR, nämlich der Beratung von versorgten Personen/Pflegepersonen durch Pflegedienste im Hinblick auf etwaige Risiken. Auch die häufigsten Qualitätsaspekte aus Bereich 3 dürften sich durch eine hohe Bekanntheit aus bisherigen Prüfungen auszeichnen. Dem ist auch der eigentlich Bereich 2 zugeordnete Qualitätsaspekt 2.11 „Schmerzmanagement“ hinzuzurechnen, der „wenn der Pflegedienst im Rahmen einer ärztlichen Verordnung zur Schmerzbehandlung tätig wird“ zu prüfen ist (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 2a, S. 31)¹⁰. Bei sämtlichen Qualitätsaspekten, bei denen die Bewertung besonders häufig als leicht empfunden wurde, ist so anzunehmen, dass die Prüfer umfangreichere Erfahrungen mit denselben oder zumindest eng verwandten Prüfinhalten auf das neue Prüfverfahren übertragen konnten. Das erklärt, warum gerade bei länger etablierten (bekannten) Prüfthemen die Bewertung besonders leicht fiel.

Von der Übertragung eingeübter Muster unberührt bleibt zunächst die Frage, ob die Übertragbarkeit der auf Grundlage der bisherigen QPR eingeübten Prüfgegenstände und Bewertungsmaßstäbe auf das neue Prüfverfahren überhaupt gegeben ist. Ein Vergleich der Leitfragen des neuen Prüfverfahrens mit dem Fragenkatalog der bisherigen QPR zeigt aber, dass zumindest bei den Themen „Körperpflege“, „Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“, „Ausscheidung“ und „Beratung zu Risiken“ inhaltlich vergleichbare Prüfthemen gegeben sind. Auch für die beiden meist geprüften HKP-Leistungen „Medikamente“ (einschließlich „Schmerzmanagement“) und „Verbände“ findet sich inhaltlich eine hohe Übereinstimmung zwischen den bisherigen QPR und dem neuen Prüfverfahren. Neu wäre für die Prüfer bei diesen bereits aus bisherigen Prüfungen bekannten Prüfthemen lediglich, dass Bewertungen nicht mehr in Form mehrerer dichotomer Ja-Nein-Kriterien anzugeben sind, sondern eine zusammenfassende Bewertung auf einer mehrstufigen Skala (A-B-C-D) erfolgt. Die Umstellung von einem

¹⁰ In der Pilotierung wurde der Qualitätsaspekt 2.11 „Schmerzmanagement“ insgesamt in n = 104 personenbezogenen Prüfungen geprüft (vgl. Abbildung 7; die höhere Gesamtzahl in Abbildung 26 kommt durch Doppelprüfungen in Pilotierungsgruppe III zustande); n = 100 dieser in die Prüfungen einbezogenen Personen erhielten die HKP-Leistung Nr. 26 „Medikamente“. Es ist so davon auszugehen, dass „Schmerzmanagement“ in der Pilotierung in aller Regel im Rahmen einer ärztlichen Verordnung zur Medikamentengabe geprüft wurde. Dabei sind allerdings die Ausführungen in Kapitel 3.6.1 zu berücksichtigen, wonach fraglich ist, inwiefern 2.11 vor dem Hintergrund der bestehenden Vergütungsvereinbarungen geprüft werden konnte.

Verfahren mit mehreren dichotomen Bewertungskriterien auf ein Verfahren mit einer zusammenfassenden Bewertung auf einer mehrstufigen Skala wurde von den Prüfern in den Feedback-Veranstaltungen zwar zunächst als ungewohnt beschrieben, habe aber nach eigener Einschätzung die Schwierigkeit der Bewertung *per se* nicht erhöht – dies deckt sich auch damit, dass bei bereits länger etablierten Prüfthemen die Schwierigkeit der Bewertung als leicht empfunden wurde (Abbildung 26). Das mag sich allerdings ändern, wenn – wie im nächsten Kapitel dargestellt – „neuere“ Prüfthemen hinzukommen, zu denen bisher vergleichsweise wenig Erfahrungen gesammelt wurden.

3.6.3.3 Qualitätsaspekte mit größerer Schwierigkeit der Bewertung

Wie in Abbildung 26 nachvollzogen werden kann, werden Bewertungen eher selten geprüfter Qualitätsaspekte häufiger als schwierig empfunden. So kommt die Angabe mindestens als *mäßig schwierig* empfundener Bewertungen bei den seltener geprüften Qualitätsaspekten 3.27a „Psychiatrische Krankenpflege“ (insgesamt n = 3 Prüfsituationen), 2.10 „Selbstpflegekompetenz“ (insgesamt n = 4), 2.9 „Pflegekompetenz“ (insgesamt n = 4) und 1.3 „Destabilisierung der Versorgungssituation“ (insgesamt n = 46) in mehr als der Hälfte der Prüfsituationen und damit am häufigsten vor. Dabei handelt es sich ausschließlich um Prüfthemen, die in den bisherigen QPR (MDS, 2018a) nicht auftauchen und entsprechend neu für die Prüfer sein sollten. Hier ist allerdings zu beachten, dass im Rahmen der Pilot-Prüfungen manche der Qualitätsaspekte zu selten geprüft wurden, um daraus verallgemeinerbare Erkenntnisse abzuleiten (betrifft 3.27a, 2.9. und 2.10).

Bei 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ (insgesamt n = 55) kommt eine mindestens als *mäßig schwierig* empfundene Bewertung in fast der Hälfte der Prüfsituationen vor. Zählt man nur Bewertungen, die als mindestens *eher schwierig* empfunden wurden, so bilden 3.27a „Psychiatrische Krankenpflege“ (n = 3), 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ (n = 55), 1.3 „Destabilisierung der Versorgungssituation“ (n = 46), und 2.9 „Pflegekompetenz“ (n = 4) die Qualitätsaspekte mit den als am schwierigsten empfundenen Bewertungen. Diese als besonders schwierig empfundenen Qualitätsaspekte entsprechen allerdings nicht unbedingt neuen Prüfthemen.

Nachfolgend werden mögliche Gründe für die Schwierigkeit der Bewertung von „Spezieller Krankenbeobachtung“ und „Destabilisierung der Versorgungssituation“ dargestellt.

Spezielle Krankenbeobachtung

Qualitätsaspekt 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ ist ein Prüfthema, das umfänglich bereits in den bisherigen QPR berücksichtigt wird (MDS, 2018a, S. 39 und 52). Allerdings unterscheiden sich die bisherigen QPR und das neue Prüfverfahren in Bezug auf dieses Prüfthema erheblich voneinander. Sowohl in den Schulungen als auch den Feedback-Veranstaltungen wurde von den Prüfern zu Protokoll gegeben, dass die Prüfung der „Speziellen Krankenbeobachtung“ mit den

Vorgaben des neuen Verfahrens „einen deutlichen Rückschritt“ zum bisherigen Verfahren bedeuten würde. Die Öffnung des Verfahrens unter Aufgabe eines ausdifferenzierten Fragenkatalogs mit dichotomen Kriterien, hin zu einer nur geringen Anzahl mehr oder weniger offen formulierter, weniger detaillierter Leitfragen, bei denen es stark im Ermessen der Prüfer liegt, welche konkreten Aspekte darunter zu subsumieren sind, wurde – in klarer Abgrenzung zu anderen Leistungen bzw. Qualitätsaspekten – für die Leistung der „Speziellen Krankenbeobachtung“ als unangemessen empfunden. Eine solche Öffnung des Verfahrens sei bei anderen Leistungen vertretbar, bei der „Speziellen Krankenbeobachtung“ aber „nicht zielführend“.

Für die Prüfung der „Speziellen Krankenbeobachtung“ – einer Leistung von der das Leben der Versorgten abhängt – bedürfe es klarer Kriterien, die keinerlei Spielraum für Interpretation ließen. Die bisherigen QPR lieferten dazu bereits einen fundierten und detaillierten Kriterienkatalog, der in Anlehnung an die „S2k-Leitlinie – Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“ entwickelt wurde (MDS, 2018a, S. 51 ff.). Dieses auf Stand des aktuellen Wissens entwickelte „bessere“ Verfahren, das 2018 Eingang in die QPR gefunden hat, durch ein nach ihrer Einschätzung weniger präzises Verfahren zu ersetzen, sahen die Prüfer in den Feedback-Veranstaltungen als erhebliches Problem an.

Die Verdichtung der Prüfung der „Speziellen Krankenbeobachtung“ auf nur vier Leitfragen könne der Komplexität der Leistung nicht gerecht werden. Eine umfängliche und damit verantwortbare Bearbeitung des Qualitätsaspekts 3.24 sahen die Prüfer in den Pilot-Prüfungen nur gewährleistet, indem der umfängliche Kriterienkatalog zur „Speziellen Krankenbeobachtung“ aus den bisherigen QPR zur Grundlage genommen und auf die vier Leitfragen des neuen Verfahrens zurück projiziert wurde. Diese Einschätzung erfolgte trotz der detaillierten Ausfüllanleitung zur „Speziellen Krankenbeobachtung“ des neuen Prüfverfahrens, die die Leitfragen genauer ausdifferenziert und einen ähnlich hohen Detaillierungsgrad wie die bisherigen QPR zeigen (vgl. Büscher *et al.*, 2018, Anhang 4b); evtl. wurde diese Ausdifferenzierung jedoch als nicht verbindlich genug empfunden. Auch fehle nach Einschätzungen der Prüfer in dem neuen Prüfverfahren der strukturelle Teil zur Prüfung der Intensivpflege aus den bisherigen QPR (MDS, 2018a, S. 39 ff.). Durch den Rückgriff auf die bisherigen QPR seien die Prüfer bei der Prüfung der „Speziellen Krankenbeobachtung“ in der Pilotierung aber im Wesentlichen genauso vorgegangen, wie bei einer Prüfung mit dem bisherigen Instrument. Dieses Vorgehen wurde in den Feedback-Veranstaltungen von sämtlichen Prüfern, die diese Leistung im Rahmen der Pilotierung geprüft hatten, zu Protokoll gegeben.

Zudem sei bei der „Speziellen Krankenbeobachtung“ nicht nur die Verdichtung von Prüfkriterien auf lediglich vier Leitfragen problematisch. Darüber hinaus müssten die Prüfkriterien noch zu einer zusammenfassenden Bewertung verdichtet werden. Auch diese Verdichtung in Form der A-, B-, C- oder D-Bewertung würde der Komplexität der Leistung nicht gerecht. Zwar erfordere das neue Prüfverfahren

bei jedem Qualitätsaspekt die Einschätzung des Prüfers, wie verschiedene Beobachtungen während der Prüfung zu einer Bewertung zusammenzufassen seien – allerdings stoße dieses Vorgehen bei der „Speziellen Krankenbeobachtung“ an seine Grenzen und liefere eine zu wenig differenzierte Darstellung der Qualität. Die Verdichtung zu einer einzigen Bewertung wäre bei anderen Leistungen annehmbar und wurde dort auch nicht als übermäßiges Problem beschrieben; bei der „Speziellen Krankenbeobachtung“ sei dieses Bewertungsschema aufgrund der Vielschichtigkeit der Leistung aber unangemessen.

Intensivpflegerische Pflegedienste erhielten dadurch „eher eine schlechte Bewertung“ (dies deckt sich auch mit dem Befund in Kapitel 3.3.1, vgl. Tabelle 36), was die Prüfer in den Feedback-Veranstaltungen als „nicht gerecht“ zu Protokoll gaben. Die Prüfer sahen sich bei einer überlebenswichtigen Leistung wie der „Speziellen Krankenbeobachtung“ aufgrund der Bewertungssystematik schon bei kleineren Abweichungen gezwungen, mit C oder D zu bewerten, obwohl dies ihrer Meinung nach die Qualität eigentlich nicht adäquat widerspiegele. So wurde auch berichtet, dass mitunter die Prüfer in den Prüfsituationen den Pflegediensten mitteilten, dass die intensivpflegerische Versorgung von einer hohen Qualität zeuge, dies aber im Prüfbericht letztendlich nicht in einer entsprechend „guten“ Bewertung ausgedrückt werden konnte. Nach Auffassung der Prüfer sollte daher die Bewertung der „Speziellen Krankenbeobachtung“ anhand mehrerer Kriterien „entzerrt“ werden und nicht anhand einer zusammenfassenden Bewertung erfolgen.

Destabilisierung der Versorgungssituation

Der Qualitätsaspekt 1.3 „Destabilisierung der Versorgungssituation“ findet sich noch nicht als eigenständiges Prüfthema in den bisherigen QPR (MDS, 2018a). Er ist, wenn überhaupt, in anderen Prüfthemen ansatzweise angelegt (z. B. Beratung über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen bei Demenz; QPR Teil 1, ambulante Pflege, Anlage 1, S. 51). Die Prüfer nannten in den Feedback-Veranstaltungen allerdings nicht den Neuigkeitswert dieses Prüfthemas, der zu Schwierigkeiten bei der Bewertung des Qualitätsaspekts geführt habe, sondern beschrieben, dass es hier nicht immer leicht gefallen sei zu bestimmen, welche Sachverhalte noch im Verantwortungsbereich der Pflegedienste gelegen hätten. Man stoße hier auch mitunter an sensible Themen, deren Zusammenhänge sich nicht immer von allen einsehbar in der Pflegedokumentation bei den pflegebedürftigen Personen darstellen ließen. Das Fachgespräch habe deshalb zwar eine große Rolle gespielt, um die Situation aufzuklären und die Zuständigkeiten der Pflegedienste zu umreißen – insgesamt sei es aber schwierig gewesen die Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegedienste einzuschätzen.

Darüber hinaus wurde in den Feedback-Veranstaltungen von den Prüfern zu bedenken gegeben, dass bei dem Qualitätsaspekt 1.3 unklar sei, was bei Feststellung einer drohenden Destabilisierung weitere Aufgabe der Prüfdienste sei. Selbst wenn man zu der Feststellung gelange, dass der Pflegedienst alles in

seiner Macht Stehende getan habe, um auf eine Verbesserung der Situation hinzuwirken, dies aber z. B. an der Ablehnung der versorgten Personen bzw. der Angehörigen scheitere, sei nicht hinreichend geklärt, welche Bewertung man für eine weiterhin fachlich nicht vertretbare Versorgungssituation vergeben sollte. Hier wünschten sich die Prüfer auch Rechtssicherheit, dass der Qualitätsaspekt selbst dann noch mit A bewertet werden kann, wenn die faktische Versorgungssituation trotz angemessener Reaktionen des Pflegedienstes fachlich unangemessen ist – ohne dass es den Prüfern zum Vorwurf gemacht werden kann, man habe eine drohende Destabilisierung während der Prüfung nicht erkannt.

3.6.3.4 Qualitätsaspekte mit mittlerer Schwierigkeit der Bewertung

Bei 1.1 „Aufnahmemanagement“ (insgesamt n = 271), 2.1 „Mobilität“ (insgesamt n = 228), 2.2 „Kognition“ (n = 81), 2.8 „Alltagsleben und soziale Kontakte“ (insgesamt n = 123) und 3.12 „Dekubitusbehandlung“ (insgesamt n = 39) kommt eine mindestens als *mäßig schwierig* empfundene Bewertung in ca. ein Drittel der Prüfsituationen und damit relativ häufig vor. Bei all diesen Qualitätsaspekten lassen sich ähnliche Prüfthemen in den bisherigen QPR ausmachen, allerdings fällt der genaue Prüfgegenstand und/oder -umfang nicht direkt vergleichbar aus.

Nachfolgend werden mögliche Gründe für die Schwierigkeit der Bewertung dieser Qualitätsaspekte aufgeführt, die sich vor allem aus den Feedback-Workshops ergeben haben.

Aufnahmemanagement

In dem neuen Prüfverfahren wird Aufnahmemanagement geprüft, wenn die in eine personenbezogene Prüfung einbezogene Person „in den vergangenen 6 Monaten neu aufgenommen oder in diesem Zeitraum in einem Krankenhaus stationär behandelt wurde“¹¹ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 2a, S. 5). In den bisherigen ambulanten QPR (MDS, 2018a) wird ein Aufnahmemanagement nur in Bezug auf intensivpflegerische Patienten mit „Spezieller Krankenbeobachtung“ und dort nur einmalig auf struktureller und nicht individuell bei jeder personenbezogenen Prüfung einzeln erhoben (QPR Teil 1, ambulante Pflege, Anlage 2, S 109). Die bis zum 31.10.2019 gültigen stationären QPR sehen eine Prüfung von Aufnahmemanagement auf individueller Ebene bei allen in die Prüfung einbezogenen Personen vor, wenngleich beschränkt auf eine Erfassung des „Ernährungsrisikos“ und des „Risikos bei der Flüssigkeitsversorgung“ bei Aufnahme (MDS, 2018b, S. 105). Die Prüfer sind also mit dem Thema Aufnahmemanagement, wenn auch in anderen Kontexten, vertraut. Die Schwierigkeiten bei der Bewertung des Aufnahmemanagements im Rahmen des neuen ambulanten Prüfverfahrens sind daher wahrscheinlich nicht auf den Neuigkeitswert dieses Prüfthemas *per se* zurückzuführen.

¹¹ Weiter: „Geplante Krankenhausaufenthalte mit maximal zwei Tagen Verweildauer, in denen kein chirurgischer Eingriff erfolgte, sind zu vernachlässigen (keine Prüfung des Aufnahmemanagements)“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 2a, S. 5).

Laut der Prüfer in den Feedback-Veranstaltungen hat sich das Hauptproblem in den Pilot-Prüfungen dadurch ergeben, dass dem Aufnahmemanagement direkt keine vergütungsfähige Leistung zugeordnet ist. Zwar gebe es bei Personen mit Bezug von SGB XI-Leistungen eine Erstgesprächspauschale; diese Finanzierungsmöglichkeit treffe allerdings bei Personen, die ausschließlich HKP-Leistungen nach § 37 SGB V beziehen, nicht zu. So seien Schwierigkeiten bei der Bewertung des Aufnahmemanagements auch verstärkt bei dieser Personengruppe zu Tage getreten. Die Prüfer hätten – in Einklang mit dem neuen Prüfverfahren – den Anspruch erhoben, dass auch bei Personen nur mit SGB V-Leistungen ein Aufnahmemanagement „nachvollziehbar“ zu sein habe. Unter „nachvollziehbar“ verstanden die Prüfer v. a. eine entsprechende Fixierung in der Pflegedokumentation. Dem sei von den Pflegediensten entgegengehalten worden, dass es sich beim (Erst-) Aufnahmegespräch bei reinen SGB V-Patienten um keine vergütungsrelevante Leistung handele, sie daher auch nicht in gleichem Umfang wie bei SGB XI-Kunden verlangt werden könne. Der Einstieg bzw. die Wiederaufnahme des Pflegeprozesses mit einer vollumfänglichen Erfassung gesundheits- und pflegerelevanter Informationen bzw. deren Veränderung seit Krankenhausaufenthalt sei nur im Rahmen der Langzeitpflege nach SGB XI angelegt; im Bereich der reinen SGB V-Leistungen habe dies hingegen keine vergleichbare Grundlage. Da auch die Pflegedokumentation diesem Prozess folge, wäre bei reinen SGB V-Patienten dementsprechend keine Dokumentation des (Erst-) Aufnahmegesprächs zu erwarten.

Die Prüfer gaben zwar an, dass sie unter Anerkennung solch unterschiedlicher Voraussetzungen durchaus versucht hätten nicht bei jeder versorgten Person dieselben Maßstäbe anzulegen – selbst bei SGB XI-Kunden könne nicht immer erwartet werden, dass ein umfängliches Aufnahmemanagement bei jeder Person wiederholt würde, wenn sie für nur etwas mehr als zwei Tage im Krankenhaus gewesen sei. Allerdings wird die Möglichkeiten für solche Relativierungen dadurch begrenzt, dass das neue Prüfverfahren vorsieht, dass Aufnahmemanagement unabhängig von vereinbarten oder verordneten Leistungen auf Personenebene zu prüfen ist. Ein Mindestmaß an nachvollziehbarem Aufnahmemanagement wurde deshalb von den Prüfern bei *jeder* Person in den Pilot-Prüfungen gefordert, die neu aufgenommen oder nach einem Krankenhausaufenthalt wiederaufgenommen wurde. Dass gemäß den Vorgaben des neuen Prüfverfahrens Aufnahmemanagement auf Personenebene nachvollzogen werden muss – wobei die meisten Prüfer die Nachvollziehbarkeit von einem Mindestmaß schriftlicher Dokumentation abhängig zu machen scheinen – aber die Pflegedienste hierfür bei reinen SGB V-Patienten keine vertrags- oder leistungsrechtliche Grundlage sahen, hat zu Verunsicherungen auch bei der Bewertung dieses Qualitätsaspekts geführt.

Leistungen der häuslichen Krankenpflege enthalten durchaus sog. „pflegerische Prophylaxen [...] in dem Umfang, wie sie zur Wirksamkeit der verordneten Leistungen notwendig sind, auch wenn die Häufigkeit, in der sie nach Maßgabe der individuellen Pflegesituation erbracht werden müssen, von der Frequenz der verordneten Pflegeleistungen abweicht“ (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie,

2019, S. 13, 17). Ein zumindest kurzes (Erst-) Aufnahmegespräch, um über etwaige Risiken im Bilde zu sein bzw. sich zu vergewissern, dass sich seit einem Krankenhausaufenthalt nichts verändert habe, kann auf Grundlage des geltenden Leistungsrechts also durchaus auch bei reinen SGB V-Patienten gefordert werden, selbst wenn es in der Verordnung nicht auftaucht. Allerdings lässt sich der genaue Umfang des Aufnahmemanagements, wie es bei reinen SGB V-Patienten zu fordern wäre, daraus noch nicht ableiten; aus den Vorgaben geht z. B. keine Verpflichtung zur schriftlichen Dokumentation hervor. Aus Sicht der Prüfer sei zu hinterfragen, inwiefern Aufnahmemanagement bei Personen, die ausschließlich SGB V-Leistungen beziehen, zu prüfen ist.

Es ist zu beachten, dass Kunden, die ausschließlich SGB V-Leistungen beziehen, regelmäßig in die Prüfungen einbezogen werden: Im Rahmen der Pilotierung waren es ca. 28 Prozent der 754 in die Prüfungen einbezogenen Personen.¹² Somit treten die oben beschriebenen Schwierigkeiten bei der Bewertung von Qualitätsaspekt 1.1 (und wie in Kapitel 3.7.1 dargestellt auch Qualitätsaspekt 1.2) nicht nur in vereinzelt Fällen auf.

Schwierigkeiten bei der Prüfung des Aufnahmemanagements waren aber nicht allein auf Personen mit ausschließlichem Bezug von SGB V-Leistungen beschränkt. So wurde in den Feedback-Veranstaltungen von den Prüfern generell angeführt, dass die Leitfragen zum Aufnahmemanagement die Praxis nicht immer adäquat widerspiegeln. Die Leitfragen fokussierten zu sehr auf Aspekte, die nach Ansicht der Prüfer durch Pflegedienste nicht immer zu beeinflussen seien. So komme es gerade im ambulanten Bereich häufig zu relativ kurzfristigen Aufnahmen. Zudem sei bekannt, dass der Informationsfluss zwischen Krankenhäusern und Pflegediensten nicht immer reibungslos funktioniere. Vor diesem Hintergrund sei die Erwartung, die realistisch an das Aufnahmemanagement der Pflegedienste gestellt werden könne, zu relativieren. Zwar setzen die Entwickler voraus, dass die Prüfer die Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes bei jeder Beurteilung berücksichtigen (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 9). Die Prüfer schilderten jedoch, dass es zum einen schwierig gewesen sei zu definieren, wo der Zuständigkeitsbereich des Pflegedienstes ende und die Zuständigkeit anderer Akteure, v. a. von Krankenhäusern oder Ärzten anfangen. Zum anderen seien die Leitfragen nicht auf Situationen angelegt, in denen den Umständen entsprechend ein nur eingeschränktes Aufnahmemanagement möglich war. Die Leitfragen müssten nach Ansicht der Prüfer angepasst werden, um auch besonderen Situationen, wie z. B. kurzfristigen Aufnahmen oder fehlender Information durch andere Akteure, besser gerecht zu werden.

Mobilität und Kognition

Die Themen Mobilität und Kognition kommen auch in den bisherigen ambulanten QPR (MDS, 2018a) vor. Allerdings sind hier deutliche Unterschiede zwischen dem

¹² Der Anteil wurde basierend auf der Anzahl Personen geschätzt, für die kein Qualitätsaspekt in Prüfbereich 2 prüfungsrelevant war (n = 164) oder für die nur aufgrund einer HKP-Leistung ein Qualitätsaspekt in Prüfbereich 2 prüfungsrelevant war (n = 47).

Verständnis der beiden Prüfthemen in den bisherigen QPR und dem neuen Prüfverfahren festzustellen, so dass eine Berufung auf die bisherige Prüferfahrung eher zu Missverständnissen geführt haben wird (vgl. Kapitel 3.6.1).

Obwohl die Überschrift des Themas in Bezug auf Mobilität nahezu identisch ausfällt (vgl. MDS, 2018a, S. 59: „11. Mobilität“), muss hier inhaltlich-konzeptuell der Begriff in den bisherigen QPR vom Begriff im neuen Prüfverfahren unterschieden werden. Während im Rahmen der damaligen Grundpflege eine Unterstützung der Mobilität nur im Zusammenhang des Verrichtungsbezugs zu verstehen war – d. h. Mobilität wurde im Rahmen alltäglicher Verrichtungen, vorrangig in Zusammenhang der Körperpflege unterstützt – verändert sich dieses Verständnis mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff dahingehend, dass die Mobilität nun genereller im Sinne einer Förderung der Eigenaktivität bzw. Selbständigkeit zu unterstützen ist (vgl. Wingefeld & Büscher, 2017, S. 9 ff.). Durch die Aufgabe des engen Verrichtungsbezugs sind Leistungen zur Unterstützung der Mobilität nicht mehr an Alltagsverrichtungen gekoppelt, sondern als eigenständige zielgerichtete Leistungen davon abzugrenzen. Eine Unterstützung der „Mobilität“ i. S. einer Unterstützung der Bewegung, die z. B. immer nur im Zusammenhang der Körperpflege erfolgt, entspricht streng genommen nur einer Unterstützung bei der Körperpflege (selbstverständlich unter Berücksichtigung der generellen Handlungsorientierung zum Erhalt und der Förderung von Selbständigkeit). Nun hat dieses veränderte Verständnis bereits im Zusammenhang der Ermittlung des Prüfungsumfanges zu Schwierigkeiten geführt (vgl. Kapitel 3.6.1). Es ist nachvollziehbar, dass diese Abgrenzungsproblematik genuiner Leistungen zur Mobilität auch die Bewertung dieses Qualitätsaspekts erschwert hat, insbesondere da eine Abgrenzung der Unterstützung im Bereich der Mobilität von anderen Leistungen bislang nicht erforderlich war.

Leistungen zur Unterstützung der Kognition waren vor dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, unter dem Begriff der Grundpflege – der nur Unterstützungen im Bereich der Körperpflege, Ernährung und Mobilität kannte – kein expliziter Bestandteil der pflegerischen Aufgaben im ambulanten Bereich. Erst durch die Aufnahme pflegerischer Betreuungsmaßnahmen in den Sachleistungsanspruch, bilden sie eine mögliche Leistung im Rahmen des § 36 SGB XI¹³.

In den bisherigen QPR (MDS, 2018a) finden sich dennoch Prüfthemen, die den Umgang mit Menschen mit beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten aufgreifen – wohl auch, da solche Beeinträchtigungen weitreichende Konsequenzen für alle Bereiche des täglichen Lebens einschließlich des Pflegealltags haben (in den bisherigen ambulanten QPR erfolgt dies unter „Umgang mit Demenz; vgl. QPR

¹³ Seit Januar 2013 konnten Betreuungsleistungen im Rahmen des Sachleistungsanspruchs über die „Übergangsregelung häusliche Betreuung“ gem. des damaligen § 124 SGB XI bezogen werden. Aber erst mit Inkrafttreten des PSG II im Januar 2017 und der damit einhergehenden Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurden „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ regulär in den § 36 SGB XI integriert.

Teil 1, ambulante Pflege, Anlage 1, S. 65). In den bisherigen ambulanten QPR wird die Unterstützung kognitiv beeinträchtigter Personen (Menschen mit demenziellen Erkrankungen) allerdings ausschließlich in Bezug auf die Berücksichtigung von kognitiven Beeinträchtigungen bei der Leistungserbringung, den Risiken sowie der Beratung und Information der Betroffenen bzw. Pflegepersonen geprüft. Damit findet Unterstützung der Kognition immer nur eingebettet in andere Leistungen statt und ist nicht als abgrenzbare, eigenständige Leistung konzipiert. Das ändert sich mit dem neuen Prüfverfahren, führt aber zu einer ähnlichen Abgrenzungsproblematik wie bei Mobilität (vgl. Kapitel 3.6.1). So kam es wahrscheinlich zu Schwierigkeiten bei der Bewertung dieses Qualitätsaspekts, insbesondere, da eine Abgrenzung von anderen Leistungen bislang nicht erforderlich war.

Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

Leistungen zum Qualitätsaspekt 2.8 „Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte“ wurden ebenfalls erst mit Einführung pflegerischer Betreuungsmaßnahmen zu einer möglichen Sachleistung im ambulanten Bereich. Die inhaltliche Auseinandersetzung der Prüfer mit dieser Leistungsart im Rahmen einer ambulanten Prüfung wird zum ersten Mal bei der Pilotierung erfolgt sein, da – anders als für Unterstützungen zur Kognition (s. o.) – die bisherigen ambulanten QPR (MDS, 2018a) keine Kriterien zur Prüfung solcher Leistungen enthalten. Dennoch ist auch hier wenig wahrscheinlich, dass die Bewertung dieses Qualitätsaspekts aufgrund seines Neuigkeitswerts als schwierig empfunden wurde, da davon auszugehen ist, dass die inhaltliche Auseinandersetzung mit einer analogen Leistung bereits bei Prüfungen im stationären Bereich erfolgt ist. Im stationären Setting sind „zusätzliche Betreuung und Aktivierung“ im Sinne des § 43b SGB XI bereits länger fester Bestandteil der pflegerischen Versorgung und auch die bis zum 31.10.2019 gültigen stationären QPR enthielten dazu Prüffragen auf Personenebene (MDS, 2018b, S. 49). Diese Prüffragen zielen vorrangig auf die Dokumentation „geeigneter Freizeit-/Beschäftigungsangebote“.

Wie bereits im Zusammenhang mit der Ermittlung des Prüfumfangs erwähnt, fällt die Maßnahmenplanung für pflegerische Betreuungsmaßnahmen im ambulanten Bereich oftmals weniger differenziert aus (vgl. Kapitel 3.6.1). In den Feedback-Veranstaltungen beschrieben die Prüfer dazu, dass die Pflegedienste, in Einklang mit den Wünschen der Kunden, jeden Tag neu vereinbarten, was gemacht wird. In solch einer Situation sei es kaum möglich, einen differenzierten Maßnahmenplan zu erstellen. Es wurde der Standpunkt vertreten, dass in Bezug auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen nicht dieselben Anforderungen an eine Pflegedokumentation, insbesondere die Maßnahmenplanung, bestünden wie bei körperbezogenen Pflegemaßnahmen¹⁴.

¹⁴ Diese Position rührt vermutlich aus einer Zeit, in der Betreuungsleistungen aus der Regelleistung gemäß § 36 SGB XI zunächst ausgegliedert waren (damaliger § 124 SGB XI in der bis zum 01.01.2017 gültigen Fassung). Diese Position ist spätestens seit Aufnahme der

Damit würde aber eine entscheidende Dokumentation nicht eingefordert, für deren Fehlen die Bewertungssystematik des neuen Prüfverfahrens bereits eine Bewertung als Defizit vorsieht (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 2a, S. 26: „Defizit mit Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen. Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise eine Tagesstrukturierung erarbeitet, aber nicht schriftlich fixiert wurde“). Eine fehlende schriftlich fixierte Tagesstrukturierung unter Qualitätsaspekt 2.8 käme einer fehlenden Maßnahmenplanung gleich, die im Rahmen des neuen Prüfverfahrens mit mindestens C zu bewerten wäre (ebenda, S. 129: „[...] das Fehlen einer Maßnahmenplanung [...] [wäre] den Regularien des Instruments zufolge immer als Risiko des Eintretens negativer Folgen zu werten [...]“). Die Bewertungsmaßstäbe des neuen Verfahrens stünden so mit dem (Miss-) Verständnis der Dokumentationspflichten bei pflegerischen Betreuungsmaßnahmen in Konflikt. Vor diesem Hintergrund erscheint auch die als schwierig empfundene Bewertung dieses Qualitätsaspekts nachvollziehbar.

Dekubitusbehandlung

Bei Qualitätsaspekt 3.12 „Dekubitusbehandlung“ kann ausgeschlossen werden, dass eine Abgrenzungsproblematik (wie bei Mobilität und Kognition) oder ein Missverständnis der Dokumentationspflichten (wie bei pflegerischen Betreuungsmaßnahmen) die Bewertung erschwert haben. Da es sich bei der Dekubitusbehandlung um eine ärztlich verordnete Leistung mit eindeutigen Dokumentationspflichten¹⁵ handelt, unterscheidet sich der Prüfungsgegenstand des neuen Prüfverfahrens hier nur unwesentlich von dem analogen Prüfungsthema in den bisherigen ambulanten QPR (MDS, 2018a). Allerdings erfordern die bisherigen QPR lediglich die Angabe, ob die Leistung bzw. ihre Dokumentation in einer bestimmten Weise durchgeführt wird oder nicht. Im neuen Prüfverfahren muss auch abgewogen werden, inwiefern für die versorgte Person ein Risiko oder eine negative Folge durch eine Handlung oder Unterlassung eingetreten ist. Diese Einschätzung wird bei einem Dekubitus, der bereits einer körperlichen Schädigung entspricht und auch direkte Folge einer unangemessenen Versorgung sein kann, schwerer fallen als bei anderen Qualitätsaspekten.

Dieser letzte Punkt verweist auch darauf, dass die Herausforderungen bei der Umstellung von einem Prüfsystem mit mehreren dichotomen Prüfkriterien auf ein Prüfsystem mit einer zusammenfassenden Bewertung auf einer mehrstufigen Skala generell nicht unterschätzt werden sollte. Zwar führt aus Sicht der Prüfer diese Umstellung *per se* noch zu keiner erhöhten Schwierigkeit bei der Bewertung.

pflegerischen Betreuungsmaßnahmen in die reguläre Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) unhaltbar. Für pflegerische Betreuungsmaßnahmen gelten dieselben Qualitätsanforderungen im Sinne der Pflegprozessdarstellung wie für körperbezogene Pflegemaßnahmen.

¹⁵ Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, Stand 20. Juni 2019, S. 20: „Bei der Verordnung ist der Dekubitus [...] sowie die bereits vorhandene technische Ausstattung zur Druckentlastung zu beschreiben. Im Pflegeprotokoll sind der Lagerungszeitpunkt, die Lagerungsposition sowie die durchgeführte Wundbehandlung zu dokumentieren“.

Allerdings garantiert eine als gering empfundene Schwierigkeit noch lange keine hohe Objektivität der Bewertungen. Dies zeigt sich zum einen in der ermittelten, relativ geringen messtheoretischen Objektivität der Bewertungen (vgl. Kapitel 3.5). Zum anderen gaben die Prüfer in den Feedback-Veranstaltungen zu Protokoll, dass die neue Bewertungssystematik aufgrund fehlender Erfahrungen sehr wahrscheinlich zu unterschiedlichen Bewertungen derselben Sachverhalte durch verschiedene Prüfer geführt habe („es ist sicher zu Bewertungen gekommen, die ein anderer Prüfer anders bewertet hätte“). Zwar sei man sich als Prüfer seiner Bewertung sicher gewesen und hätte sich damit entsprechend „leicht getan“; rückblickend habe man aber feststellen müssen, dass man dabei nicht immer „korrekt“ bewertet habe, da man sich zu sehr darauf verlassen habe die Prüfgegenstände und Bewertungssystematik des neuen Verfahrens bereits ausreichend zu beherrschen (vgl. Kapitel 3.6.9).

3.6.3.5 Prüfbereich 5

Tabelle 46 und Abbildung 27 zeigen die Angaben der Prüfer zur Schwierigkeit der Bewertung der Qualitätsaspekte in Bereich 5 (einrichtungsbezogene Prüfung). Während Tabelle 46 auch fehlende Angaben der Prüfer berücksichtigt, zeigt Abbildung 27 ausschließlich gültige Angaben zur Schwierigkeit der Bewertung der Qualitätsaspekte. In Bereich 5 ist zu berücksichtigen, dass die Bewertung nicht anhand einer zusammenfassenden Bewertung auf einer mehrstufigen Skala, sondern anhand getrennter Prüffragen mit dichotomem Bewertungsformat (ja/nein) erfolgt.

Bei Qualitätsaspekt 5.1 empfindet mehr als ein Drittel der Prüfer (37,8 %) die Bewertung der Prüffragen als mindestens *mäßig schwierig*. Dies bildet so den Qualitätsaspekt, der in Bereich 5 als am schwierigsten zu bewerten empfunden wurde. Bei den Qualitätsaspekten 5.2 und 5.3 wird seltener als in 5.1, verglichen miteinander aber in etwa gleich häufig angegeben, dass die Bewertung der Prüffragen als mindestens *mäßig schwierig* empfunden wurde (16,2 % bzw. 18,9 %). Die Angaben für Qualitätsaspekt 5.1 könnten damit zusammenhängen, dass die aktuell geltenden strukturellen Anforderungen an Pflegedienste gemäß den Maßnahmen und Grundsätzen in der ambulanten Pflege¹⁶ relativ umfangreich ausfallen, wenn man sie mit der Anzahl der Prüffragen zu diesem Thema im neuen Prüfverfahren vergleicht (das neue Prüfverfahren enthält hierzu lediglich vier Prüffragen). Den Prüfern fiel es hier vermutlich schwerer als bei den anderen strukturellen Qualitätsaspekten in Bereich 5, ihnen bekannte Kriterien der Strukturqualität mit der übersichtlichen Anzahl an Prüffragen in Einklang zu bringen.

¹⁶ Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011.

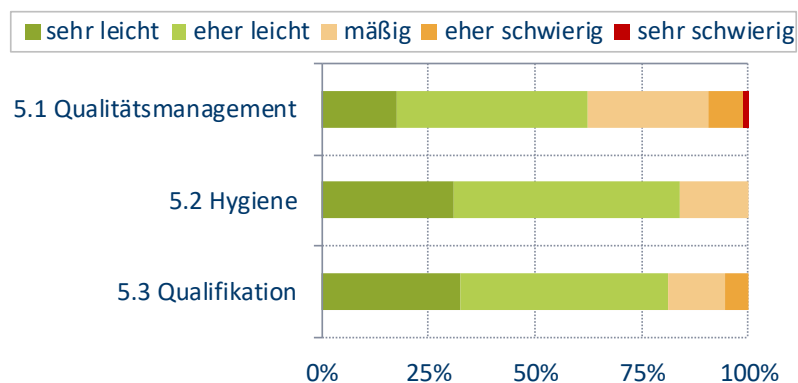
Tabelle 46: Schwierigkeit der Bewertung der Qualitätsaspekte (Bereich 5)

	sehr leicht	eher leicht	mäßig	eher schwierig	sehr schwierig	Angabe fehlt
5.1 Qualitätsmanagement	13	33	21	6	1	2
5.2 Hygiene	23	39	12	-	-	2
5.3 Qualifikation	24	36	10	4	-	2

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Tabelle bezieht sich auf insgesamt n = 76 PD.

Abbildung 27: Schwierigkeit der Bewertung der Qualitätsaspekte (Bereich 5)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Tabelle bezieht sich auf insgesamt n = 74 PD.

3.6.3.6 Analyse der Klickhäufigkeiten

Die Angaben der Prüfer zur Schwierigkeit der Bewertung spiegeln sich auch in performativen Daten wider, die zusätzlich zu den direkten Angaben der Prüfer erhoben wurden. Neben der Einschätzung der Schwierigkeit der Bewertung durch die Prüfer wurde die Klickhäufigkeit registriert, mit der die Informationsboxen genutzt wurden, die in der Pilot-Software neben den Leitfragen und den Bewertungen jedes Qualitätsaspekts platziert waren. Durch Klicken auf einen Button (i) neben den Leitfragen bzw. der Bewertung ließen sich Informationsboxen öffnen, die die Ausfüllanleitung zur Prüfung des jeweiligen Qualitätsaspekts bzw. die Hinweise zur Bewertung enthielten (Ausfüllanleitungen gemäß Büscher *et al.*, 2018, Anhang 3, 4b, 5b; Hinweise zur Bewertung gemäß Büscher *et al.*, 2018, Anhang 2a, 4a, 5a). Die Klicks auf die Informationsboxen wurden registriert. Bei der Interpretation der Klickhäufigkeit wird angenommen, dass die Informationsboxen umso häufiger genutzt werden, je schwieriger die Bewertung eines Qualitätsaspekts ausfällt. Bei schwierig zu bewertenden Qualitätsaspekten würden die Prüfer häufiger die Informationsboxen öffnen, um nachzulesen, wie das Prüfthema und dessen Bewertung genau zu verstehen sind.

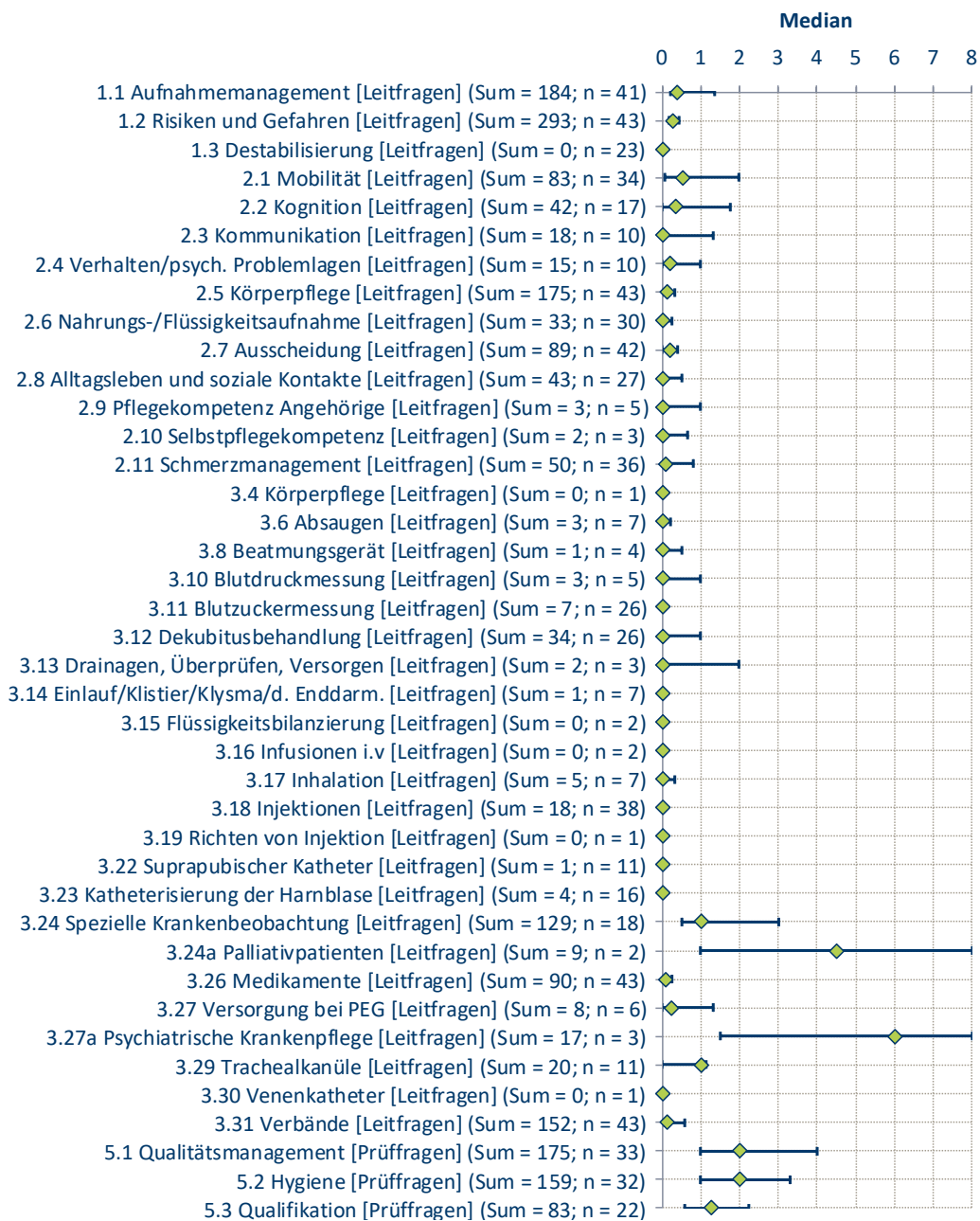
Zur Berechnung der mittleren Klickhäufigkeit wurde pro Prüfer die Anzahl der Klicks auf die Informationsboxen für jeden Qualitätsaspekt ausgezählt. Sodann wurde die Häufigkeit ausgezählt, mit der die Qualitätsaspekte von jedem Prüfer (insgesamt $n = 44$ Prüfer) geprüft wurden. Für jeden Prüfer wurde pro Qualitätsaspekt die Anzahl der Klicks durch die Häufigkeit geteilt, mit der der jeweilige Qualitätsaspekt durch den Prüfer geprüft wurde (Gewichtung). Die so gewichteten Klickhäufigkeiten wurden für jeden Qualitätsaspekt getrennt über sämtliche Prüfer gemittelt, die den jeweiligen Qualitätsaspekt geprüft hatten. Abbildung 78 und Abbildung 79 zeigen die so ermittelten mittleren Klickhäufigkeiten als Median pro Qualitätsaspekt für die Informationsboxen zu den Leitfragen (Abbildung 78) bzw. zur Bewertung (Abbildung 79).

Insgesamt zeigt sich, dass die Informationsboxen im Durchschnitt kaum genutzt wurden. Die meisten Informationsboxen wurden im Durchschnitt weniger als einmal pro Prüfung genutzt. Lediglich die Informationsboxen zu den Leitfragen für 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“, 3.24a „Symptomkontrolle bei Palliativpatienten“, 3.27a „Psychiatrische Krankenpflege“ und sämtliche Qualitätsaspekte in Bereich 5 zeigen eine Klickhäufigkeit von durchschnittlich mindestens einmal pro Prüfung (Abbildung 78). Dabei wurden 3.27 und 3.24a insgesamt nur selten und von wenigen Prüfern geprüft (3.27: Summe von 17 Klicks verteilt sich auf $n = 3$ Prüfer; 3.24a: Summe von 9 Klicks bei $n = 2$ Prüfern).

Die Daten zur Klickhäufigkeit in Bereich 1 bis 3 spiegeln die Angaben der Prüfer zur empfundenen Schwierigkeit der Bewertungen so lediglich in Bezug auf 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ und 3.27a „Psychiatrische Krankenpflege“ wider. Hier kam es in Einklang mit der häufigeren Angabe, dass die Bewertung dieser Qualitätsaspekte als schwierig empfunden wurden (vgl. Abbildung 26), häufiger zu einer Nutzung der Informationsboxen, um sich im Hinblick auf Prüfgegenstand und Bewertungsmaßstäbe nochmals zu vergewissern. Aufgrund der geringen Fallzahl sollte jedoch von einer Verallgemeinerung der Ergebnisse abgesehen werden.

Aufgrund der insgesamt festzustellenden gering ausgeprägten Nutzung der Informationsboxen wurde in den Feedback-Veranstaltungen bei den Prüfern nachgefragt, warum die hinterlegten Ausfüllanleitungen nicht genutzt worden waren. Die Prüfer gaben zu Protokoll, dass ihnen der Umgang mit der Pilot-Software auf den Laptops zu unhandlich gewesen wäre und sie stattdessen während der Prüfungen einen Ausdruck der Qualitätsaspekte genutzt hätten. IGES hatte dazu ein Dokument geliefert, das allerdings nicht die Ausfüllanleitungen zu den einzelnen Qualitätsaspekten, sondern nur deren Qualitätsaussagen, Beschreibungen und Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung enthielt. Soweit nicht die Ausfüllanleitung bzw. die Hinweise zur Bewertung aus dem Abschlussbericht genutzt wurden (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 2a, 3, 4a, 4b, 5a und 5b), ist deshalb darauf zu vertrauen, dass sich die Prüfer im Vorfeld der Prüfungen mit den Qualitätsaspekten des neuen Prüfverfahrens und deren Bewertungssystematik ausgiebig auseinandergesetzt hatten, um sie adäquat prüfen und bewerten zu können.

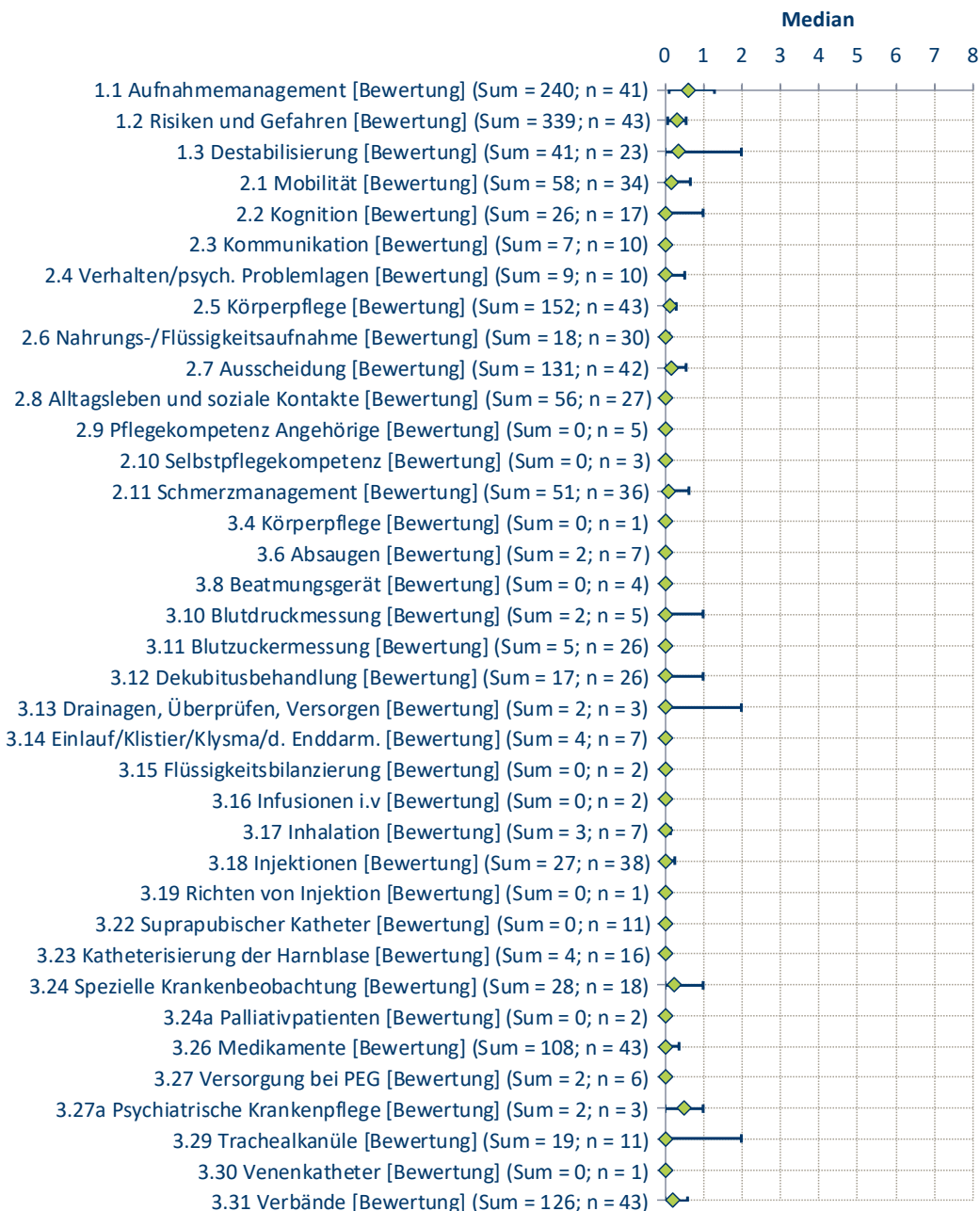
Abbildung 28: Mittlere Klickhäufigkeit für Qualitätsaspekte (Leitfragen)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Sortiert nach Bereichen. X-Achse zeigt den Median über alle Pilotierungsgruppen sowie das 25. (Untergrenze) und 75. Perzentil (Obergrenze) der Klickhäufigkeit (Klicken auf Informationsbox zu den Leitfragen der Qualitätsaspekte; in Bereich 5 „Prüffragen“). In Ergänzung die Summe (Sum; Summe der Klicks über alle Prüfer) und die Anzahl der Prüfer mit gültigen Angaben (n). Für die Berechnung des Medians wurde pro Prüfer die Klickhäufigkeit mit der Anzahl der Prüfungen des jeweiligen Qualitätsaspekts gewichtet. Insgesamt n = 44 Prüfer.

Abbildung 29: Klickhäufigkeit Informationsboxen Qualitätsaspekte (Bewertung)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Sortiert nach Bereichen. X-Achse zeigt den Median über alle Pilotierungsgruppen sowie das 25. (Untergrenze) und 75. Perzentil (Obergrenze) der Klickhäufigkeit (Klicken auf Informationsbox zur Bewertung der Qualitätsaspekte). In Ergänzung die Summe (Sum; Summe der Klicks über alle Prüfer) und die Anzahl der Prüfer mit gültigen Angaben (n). Für die Berechnung des Medians wurde pro Prüfer die Klickhäufigkeit mit der Anzahl der Prüfungen des jeweiligen Qualitätsaspekts gewichtet. Insgesamt n = 44 Prüfer.

3.6.3.7 Begründung der Bewertung

Wenn für einen Qualitätsaspekt eine C- oder D-Bewertung vergeben wird, so ist dies zu begründen: „Kommt der Prüfer zur Beurteilung C oder zur Beurteilung D, so hat er diese Beurteilung zu begründen und die Sachverhalte, aus denen er die Beurteilung im Einzelnen abgeleitet hat, anzugeben bzw. im Prüfbogen zu dokumentieren.“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 14). Die Begründung soll nach den folgenden Regeln erfolgen (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 14-15):

„Die Begründung umfasst im Falle der Beurteilung C Antworten zu den folgenden Fragen:

- ◆ Worin genau besteht das Risiko für das Eintreten negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen?
- ◆ Durch welche Handlungen oder Unterlassungen ist das Risiko entstanden? Beziehungsweise: Welche Handlungen als Reaktion auf ein bestehendes Risiko wären erforderlich gewesen, wurden aber nicht durchgeführt?
- ◆ Aus welchem Sachverhalten folgert der Prüfer, dass ein Risiko entstanden ist bzw. auf ein bestehendes Risiko nicht adäquat reagiert wurde?
- ◆ Mit Hilfe welcher Informationsquellen hat der Prüfer diese Feststellungen getroffen? Im Falle der Unterlassung einer Handlung genügt es nicht, auf einen fehlenden Durchführungsnachweis in der Pflegedokumentation zu verweisen. Vielmehr muss der Prüfer das Fehlen eines Durchführungsnachweises durch eine weitere Information verifizieren (z. B. Auskunft der Mitarbeiter oder Inaugenscheinnahme).

Die Begründung umfasst im Falle der Beurteilung D Antworten zu den folgenden Fragen:

- ◆ Worin genau bestehen die negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen, die durch das Handeln oder eine Unterlassung der Mitarbeiter der Einrichtung entstanden sind?
- ◆ Durch welche Handlungen oder Unterlassungen sind die negativen Folgen entstanden?
- ◆ Aus welchem Sachverhalten folgert der Prüfer, dass eine negative Folge eingetreten ist?
- ◆ Mit Hilfe welcher Informationsquellen hat der Prüfer diese Feststellungen getroffen? Im Falle der Unterlassung einer Handlung genügt es auch in diesem Fall nicht, auf einen fehlenden Durchführungsnachweis in der Pflegedokumentation zu verweisen. Vielmehr muss der Prüfer das Fehlen eines Durchführungsnachweises durch eine weitere Information verifizieren (z. B. Auskunft der Mitarbeiter oder Inaugenscheinnahme)“.

Für die Begründung von D-Bewertungen wird zusätzlich die folgende Regel aufgestellt (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 11): „Eine D-Bewertung für fehlende

Bedarfs- oder Bedürfnisgerechtigkeit darf nicht allein auf der Grundlage einer fehlenden Information in der Pflegedokumentation vergeben werden. Auch eine isolierte Aussage des Pflegebedürftigen, die nicht durch weitere Feststellungen verifiziert werden kann, reicht nicht aus. Fehlt beispielsweise ein Durchführungsnachweis, so genügt dies allein nicht, um eine nicht bedarfsgerechte Versorgung nachzuweisen. Es kann sich auch um ein systematisches Dokumentationsdefizit handeln. Bei einer D-Bewertung, die vergeben werden soll, weil nach den Feststellungen des Prüfers erforderliche Maßnahmen nicht durchgeführt wurden, müssen neben fehlenden Dokumentationseinträgen zum Nachweis daher weitere Feststellungen getroffen werden“.

Darüber hinaus gelten die für die Verwendung von Informationsquellen aufgestellten Grundsätze (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 7):

- ◆ „Eine einseitig auf die Dokumentation ausgerichtete Prüfung ist zu vermeiden. Liegen Hinweise auf ein Qualitätsdefizit vor, so genügt nicht allein das Fehlen von Einträgen in der Pflegedokumentation, um den Nachweis zu führen. Vielmehr muss mindestens eine weitere Informationsquelle entsprechende Hinweise geben (Beispiel: Die Pflegedokumentation enthält keine Hinweise auf die individuellen Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen und auch die Mitarbeiter können keine nachvollziehbaren Angaben dazu machen).
- ◆ Die individuelle Maßnahmenplanung muss beim betreffenden Qualitätsaspekt stets vollständig in schriftlicher Form vorliegen. Anderenfalls wäre bei personellem Wechsel nicht sichergestellt, dass eine auf den Bedarf zugeschnittene Maßnahmenplanung auch tatsächlich umgesetzt wird. Das Wissen bzw. die Auskunft der Mitarbeiter über geplante Maßnahmen ist keine gleichwertige Information.
- ◆ Es kann weitere Ausnahmen geben. Diese sind als explizite Hinweise auf Dokumentationsanforderungen bei einigen Qualitätsaspekten im Manual aufgeführt.“

Im Falle von C- oder D-Bewertungen werden somit detaillierte Einträge in den Freitextfeldern zur Informationserfassung und Begründung der Bewertung erforderlich (vgl. Büscher *et al.*, 2018, S. 93-94).

Um einen Eindruck zu gewinnen, inwiefern die Prüfer die Regeln zur Begründung von C- und D-Bewertungen berücksichtigten (Einhaltung der Grundsätze; Beantwortung der vier Fragen), wurden die Einträge in den Freitextfeldern zur Informationserfassung und Begründung gesichtet. Die sich daraus ergebenden Beobachtungen werden nachfolgend dargestellt.¹⁷ Zur Illustration der Beobachtungen finden sich im Anhang zwölf Fallbeispiele. Diese enthalten die

¹⁷ Eine vollständige Analyse aller gelieferten Freitexte im Hinblick auf die Einhaltung der vom neuen Prüfverfahren vorgegebenen Regeln lässt sich an dieser Stelle nicht darstellen.

Einträge aus den Freitextfeldern zur Informationserfassung und zur Begründung, die bei Vergabe einer D-Bewertungen für den Qualitätsaspekt 1.2 „Risiken und Gefahren“ verfasst wurden. Der Qualitätsaspekt 1.2 wurde ausgewählt, da er insgesamt am häufigsten geprüft wurde und die höchste Anzahl von D-Bewertungen zeigt (vgl. Tabelle 35). Die Fallbeispiele enthalten die Freitexte zu sämtlichen D-Bewertungen für den Qualitätsaspekt 1.2 (insg. n = 16; vgl. Tabelle 35) – mit der Einschränkung, dass, wenn mehrere D-Bewertungen von demselben Prüfer stammen, lediglich der Eintrag zur numerisch ersten Person gezeigt wird (wurde beispielsweise von demselben Prüfer bei Person-Nr. 2 und Nr. 5 eine D-Bewertung vergeben, so wird nur der Eintrag zu Person-Nr. 2 gezeigt). Auf diese Weise werden insgesamt zwölf Fallbeispiele gezeigt, die jeweils von unterschiedlichen Prüfern stammen (vgl. Anhang A4).

Wie aus den Fallbeispielen ersichtlich, kann anhand der verfassten Freitexte nur schwierig nachvollzogen werden, dass die Regeln bzw. Grundsätze zur Begründung von Defiziten eingehalten wurden. Zum einen lässt der Aufbau der verfassten Texte keine eindeutige Strukturierung entlang der für die Begründung zu beantwortenden vier Fragen erkennen. Zum anderen geht aus den Freitexten nicht immer eindeutig hervor, welche Informationsquellen zur Begründung des Qualitätsdefizits genutzt werden, trotz der Vorgabe, dass D-Bewertungen nicht allein auf Grundlage der Pflegedokumentation bzw. bei fehlender Bedarfs- oder Bedürfnisgerechtigkeit nicht allein auf Grundlage von Aussagen versorgter Personen geschlussfolgert werden dürfen. Die Nutzung verschiedener Informationsquellen kann anhand der Freitexte häufig nur vermutet werden. Weiterhin fällt auf, dass in den Feldern für die Informationserfassung und die Begründung häufig Texte wiederholt werden und somit der Unterschied zwischen den Feldern verschwimmt.

Etwaige Schwierigkeiten bei der Begründung von Bewertungen müssen vor dem Hintergrund möglicher Unklarheiten des neuen Prüfverfahrens analysiert werden. Aus den Regeln über die bei C- und D-Bewertungen anzuführenden Informationsquellen geht nicht klar hervor, ob generell zwei Informationsquellen herangezogen werden müssen, um eine C- oder D-Bewertung zu begründen oder, ob dies tatsächlich nur für die explizit beschriebenen besonderen zwei Situationen gilt – nämlich, wenn eine C- oder D-Bewertung zunächst aus der Pflegedokumentation geschlussfolgert wird bzw., wenn eine D-Bewertung aus der Aussage der pflegebedürftigen Person geschlussfolgert wird. Auch bleibt unklar, ob die isolierte Aussage einer versorgten Person nur im Rahmen von D-Bewertungen bei fehlender Bedarfs-/Bedürfnisgerechtigkeit nicht ausreichend ist oder, ob dies auch für C-Bewertungen und auch im Rahmen anderer Zusammenhänge gilt (z. B. bei fehlender Berücksichtigung offenkundiger Risiken).

Soweit nicht generell zwei Informationsquellen eingefordert werden, sondern nur bei bestimmten Informationsquellen (Pflegedokumentation, Aussage der versorgten Person), würde dies dem Grundsatz widersprechen, dass keine unterschiedliche Wertigkeit unterschiedlicher Informationsquellen existiere (Büscher *et al.*, 2018, S. 78; vgl. Kapitel 3.6.2). Wenn eine C- oder D-Bewertung z. B.

allein aus der Aussage einer Pflegekraft geschlussfolgert werden kann, jedoch nicht allein aus der Pflegedokumentation, scheint letztere eine geringere Wertigkeit zu haben. Wenn keine unterschiedliche Wertigkeit vorliegt, könnte z. B. generell gefordert werden, dass zwei Informationsquellen herangezogen werden müssen, um eine C- oder D-Bewertung zu begründen.

Eine weitere Unklarheit besteht im Hinblick auf das Fehlen einer Maßnahmenplanung. Die eingangs genannten Grundsätze zur Verwendung der Informationsquellen weisen darauf hin, dass die individuelle Maßnahmenplanung immer vollständig in schriftlicher Form vorliegen muss (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 7). Die Verfahrensbeschreibung spezifiziert allerdings nicht, welche Bewertung für einen fehlenden Maßnahmenplan zu vergeben ist. Lediglich im Kontext der Ergebnisse des Pretests wird erwähnt, dass für eine fehlende Maßnahmenplanung eine C-Bewertung vorgesehen ist (ebenda, S. 129: „Manche Einträge in den Prüfbögen deuten auch darauf hin, dass es sich eher um Flüchtigkeitsfehler [...] und nicht um einen inhaltlichen Fehler handelt. [...] So wurde in einem Fall das Fehlen einer Maßnahmenplanung lediglich als Auffälligkeit bewertet, während es den Regularien des Instruments zufolge immer als Risiko des Eintretens negativer Folgen zu werten wäre.“).

3.6.3.8 Ableiten von Empfehlungen

Der Prüfbericht soll gemäß den Vorgaben des neuen Prüfverfahrens auch „Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten“ enthalten (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 19). Dazu wurde in der Pilot-Software auf Ebene der einrichtungsbezogenen Prüfung ein neuer Abschnitt inklusive Freitextfeld mit dem Titel „Empfehlungen“ eingefügt. Das Feld war vom verantwortlichen Prüfer zu bearbeiten (vgl. Kapitel 2.2.5).

In $n = 45$ der insgesamt $n = 76$ Prüfberichte aus der Pilotierung (59,2 %) enthält das Freitextfeld für Empfehlungen einen Text der Prüfer. Davon entsprechen die Einträge in zwei Fällen allerdings keinen Empfehlungen [Zitate: „keine“; „Stärken“], d. h. es gibt insg. $n = 43$ Prüfberichte (56,6 %) mit Empfehlungen. Die Empfehlungen zielen auf die folgenden Themen (Mehrfachnennung möglich):

- ◆ Pflegeprozess ($n = 39$ Pflegedienste), wie z. B. Informationserfassung, Maßnahmenplanung, Evaluation, Umsetzung von Expertenstandards, Implementierung eines Aufnahmemanagements [beispielhafte Zitate: „[...] Die Evaluation der Pflegeprozesse sollte weiter, konsequent anhand des PDCA-Zyklus ausgebaut werden, beispielsweise in Form strukturierter Pflegevisiten sowie standardisierter und nachvollziehbarer Beratungsgespräche.“; „[...] Geeignete Maßnahmen müssen im Rahmen der Maßnahmenplanung berücksichtigt und durchgeführt werden.“; „[...] Eine den Risiken entsprechende Beratung ist durchzuführen und zu dokumentieren. [...]“];
- ◆ Festhalten in Pflegedokumentation ($n = 27$ Pflegedienste), insbesondere zu 1.2. „Risiken und Gefahren“ und 1.3 „Destabilisierung der

Versorgungssituation“ [beispielhafte Zitate: „[...] Es wurde im Rahmen des Abschlussgespräches bereits darauf hingewiesen, dass der Pflegedienst die Risiken und Gefahren der Pflegebedürftigen sowie die durchzuführenden Maßnahmen und erforderlichen Beratungen insgesamt vollständiger in der Pflegedokumentation darstellen sollte [...]“; „[...] Grundsätzlich sollten aus Sicht der Gutachter Hinweise oder Beratungen bei einer erkennbaren Destabilisierung der Versorgungssituation schriftlich verzeichnet werden. Zeichnet sich eine destabilisierende Situation im häuslichen Umfeld ab, muss diese zuverlässig erkannt und thematisiert werden. [...]“];

- ◆ Strukturqualität (n = 16), v. a. Verantwortlichkeiten, Qualifikation der Mitarbeiter, Einhaltung vertraglicher Vereinbarungen [beispielhafte Zitate: „Festlegung von Controlling-Instrumenten: bspw. Festlegung von verbindlichen Verantwortlichkeiten [...] - Strukturiertes Vorgehen bei der Überarbeitung des vorhandenen Qualitätshandbuches: Festlegung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten, thematische Planung der Qualitätszirkel nach Prioritäten, verbindliche Festlegungen zum Umgang mit dem Strukturmodell [...]“; „[...] Der Pflegedienstleitung muss ausreichend Zeit für ihre Aufgaben zur Verfügung stehen [...]“; „[...] Die Qualifikationsanforderungen an geeignete Pflegekräfte sind entsprechend dem geltenden Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V sowie der vorliegenden Ergänzungsvereinbarungen zu erfüllen. [...]“];
- ◆ fachlicher Austausch und interne Schulungen bzw. Fort-/Weiterbildungen zu bestimmten Themen (n = 14 Pflegedienste) [beispielhafte Zitate: „- Durchführung von Fallbesprechungen – Schulungen zu den Expertenstandards [...]“; „[...] Die Inhalte der jeweils aktuellen Fassungen der für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts müssen vorliegen und den Mitarbeitern nachweislich bekannt gegeben sein. Es wird empfohlen, eine Zusammenfassung der Inhalte in den Schulungen zu vermitteln und die entsprechenden Empfehlungen ergänzend zur Einsicht vorzuhalten. Die Kenntnisnahme muss dokumentiert sein.“];
- ◆ SGB V-Leistungen (n = 30) – in den meisten Empfehlungen werden Abweichungen in Bezug auf SGB V-Leistungen aufgegriffen; viele der oberen Themen sind so auf SGB V-Leistungen zu beziehen (z. B. Umsetzung von Qualitätsvorgaben gemäß der Qualitätsaspekte 1.1 bis 1.3 wird auch bei Personen gefordert, die ausschließlich SGB V-Leistungen erhalten); Kommunikation/Absprache mit dem Arzt muss kontinuierlich erfolgen; unsachgemäße Lagerung von Verbandsmitteln; Nichteinhalten der Hygienevorschriften [beispielhafte Zitate: „[...] Durchführung von ärztlich, verordneten SGB V-Leistungen und bei Abweichungen nachweisliches Gespräch mit dem behandelndem Arzt. [...]“; „Die Risikoeinschätzung bei ausschließlich SGB V versorgten Personen wird nicht durchgeführt. Entsprechende nachvollziehbare Beratungen zu den

Risiken sind nicht durchgeführt worden. [...]“; „Die Pflegeeinrichtung hat bei der Wundversorgung die hygienischen Anforderungen zu berücksichtigen. Hierzu ist es erforderlich, das Anbruchs- oder Verbrauchsdatum bei Medizinprodukten mit begrenzter Haltbarkeit nachvollziehbar auszuweisen. [...]“.

Wie Tabelle 47 entnommen werden kann, zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Aussprache von Empfehlungen in Form eines Eintrags in dem vorgesehenen Freitextfeld und den für die Einrichtung vergebenen Gesamtbewertungen: Die Prüfer verfassten für die Mehrheit der Pflegedienste, die mindestens eine ■■■■□-, ■■■□□- oder ■□□□-Bewertung erhielten Empfehlungen in dem Freitextfeld. Für Pflegedienste, die nur ■■■■-Bewertungen erhielten, taten sie dies in nur ca. ein Drittel der Fälle.

Tabelle 47: Aussprechen von Empfehlungen in Abhängigkeit der Bewertung

	mit Empfehlung		ohne Empfehlung	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
alles ■■■■	11	32,4 %	23	67,6 %
mindestens ein ■■■■□	22	75,9 %	7	24,1 %
mindestens ein ■■■□□	8	80,0 %	2	20,0 %
mindestens ein ■□□□	2	66,7 %	1	33,3 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Zeilenprozent (%). Häufigkeit (n) der Angabe von Empfehlungen im Freitextfeld in Abhängigkeit der Gesamtbewertungen der Einrichtungen.

Trotz des Zusammenhangs zwischen schlechteren Gesamtbewertungen und der Aussprache von Empfehlungen in dem vorgesehenen Freitextfeld geht die Feststellung von Qualitätsdefiziten nicht immer mit der Aussprache von Empfehlungen (im vorgesehenen Freitextfeld) einher. Eine mögliche Interpretation ist, dass sich Empfehlungen bereits aus der Feststellung der Qualitätsdefizite ergeben können – denn mit deren Feststellung ist immer auch die Empfehlung verbunden, sie zu beheben – und daher evtl. nicht separat dokumentiert wurden. Konsistent damit finden sich einige Eintragungen im Freitextfeld für Empfehlungen, bei denen die Qualitätsaussage eines in Frage stehenden Qualitätsaspekts in das Freitextfeld kopiert wurde (n = 6). Auch in Fällen, ohne eine offensichtliche Übertragung, finden sich Paraphrasierungen von Qualitätsvorgaben bzw. Auffälligkeiten/Defiziten.

Der Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens (Büscher *et al.*, 2018) spezifiziert nicht, was die Prüfer als „Empfehlungen“ dokumentieren sollen. Für die Pilotierung wurde in Anlehnung an die bisherigen QPR (MDS, 2018a, S. 190) vorgegeben, dass konkrete Maßnahmen zu empfehlen sind. Eventuell ist es jedoch Aufgabe der Landesverbände der Pflegekassen, nicht der Prüfer, die

Maßnahmen zu formulieren (vgl. Kapitel 3.11). Um die Aufgabenwahrnehmung der Landesverbände der Pflegekassen effizient gestalten zu können, wird es wichtig sein, die Nutzung des Felds für „Empfehlungen“ (sowie der Felder für die Begründung von C- und D-Bewertungen) zwischen Landesverbänden und Prüfdiensten abzustimmen.

3.6.4 Nachvollziehbarkeit der Qualitätsaspekte

Neben der Einschätzung der Schwierigkeit der Bewertungen wurden die Prüfer auch zur Nachvollziehbarkeit der Qualitätsaspekte befragt. Hier wurde anhand von Bewertungsfragen in der Pilot-Software erhoben, inwiefern die Qualitätsaspekte, deren Beschreibungen, Leitfragen und Bewertungsmaßstäbe für die Prüfer nachvollziehbar waren. Dies entspricht den folgenden Bewertungsfragen in der Pilot-Software:

- ◆ War im Rahmen der aktuellen Prüfung insgesamt klar, was bei diesem Qualitätsaspekt zu prüfen ist?
- ◆ War im Rahmen der aktuellen Prüfung insgesamt klar, wie die Bewertungsmaßstäbe für diesen Qualitätsaspekt sind?
- ◆ Haben die "Qualitätsaussage" und die "Beschreibung" im Rahmen der aktuellen Prüfung zur Nachvollziehbarkeit dieses Qualitätsaspekts beigetragen?
- ◆ Haben die "Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung" und die "Ausfüllanleitung zu den Leitfragen" im Rahmen der aktuellen Prüfung zur Nachvollziehbarkeit dieses Qualitätsaspekts beigetragen?
- ◆ Haben die "Hinweise zur Bewertung" im Rahmen der aktuellen Prüfung zur Nachvollziehbarkeit dieses Qualitätsaspekts beigetragen?

Die Angaben der Prüfer zu diesen Bewertungsfragen (vgl. Tabelle 102 bis Tabelle 106 bzw. Abbildung 77 bis Abbildung 81 im Anhang A3) reflektieren im Wesentlichen die Angaben zur Schwierigkeit der Bewertungen (vgl. Kapitel 3.6.4, insbesondere Abbildung 26):

In Bereich 1 wird die geringste Nachvollziehbarkeit für Qualitätsaspekt 1.3 „Destabilisierung der Versorgungssituation“ angegeben (vgl. Anhang A3, Abbildung 77 bis Abbildung 79). Dieser Qualitätsaspekt entspricht im Vergleich zu den anderen beiden Qualitätsaspekten in Bereich 1 einem relativ neuen Prüfthema. Auch die Ausfüllanleitung (vgl. Anhang A3, Abbildung 80 und Abbildung 81) wird bei 1.3 als weniger hilfreich empfunden als bei 1.1 „Aufnahmemanagement“ und 1.2 „Risiken und Gefahren“.

Auch in Bereich 2 werden die „neueren“ Qualitätsaspekte [entspricht: 2.1 „Mobilität“, 2.2 „Kognition“, 2.3 „Kommunikation“, 2.4 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“, 2.8 „Alltagsleben und soziale Kontakte“, 2.9 „Pflegekompetenz“, 2.10 „Selbstpflegekompetenz“] als weniger nachvollziehbar im Hinblick auf Prüfgegenstand und Bewertungsmaßstäbe

beschrieben als „klassische“ Qualitätsaspekte, die auch bereits Bestandteil der bisherigen ambulanten QPR sind [2.5 „Körperpflege“, 2.6 „Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“, 2.7 „Ausscheidung“] (vgl. Anhang A3, Abbildung 77 bis Abbildung 79); auch die Ausfüllanleitungen haben hier weniger zur Nachvollziehbarkeit der „neueren“ als der „klassischen“ Qualitätsaspekte beigetragen (vgl. Anhang A3, Abbildung 80 und Abbildung 81).

In Bereich 3 wurde die Nachvollziehbarkeit nur für Qualitätsaspekte erfragt, die Teil der Gesamtbewertungen auf Einrichtungsebene sind sowie für 3.24a und 3.27. Hier wird in Einklang mit den Angaben der Prüfer zur Schwierigkeit der Bewertungen und der höheren Klickhäufigkeit auf die Informationsboxen angegeben, dass „Spezielle Krankenbeobachtung“ und „Psychiatrische Krankenpflege“ weniger nachvollziehbar im Hinblick auf Prüfgegenstand und Bewertungsmaßstäbe sind als andere Qualitätsaspekte aus Bereich 3 (betrifft nur solche, die unter „3a Medikamente“ und „3b Wundversorgung“ fallen; vgl. Anhang A3, Abbildung 77 bis Abbildung 79); auch die Ausfüllanleitungen wurden in Bezug auf die beiden Prüfthemen „Spezielle Krankenbeobachtung“ und „Psychiatrische Krankenpflege“ als weniger hilfreich empfunden (vgl. Anhang A3, Abbildung 80 und Abbildung 81). Bei Letzterem ist aber die geringe Fallzahl von Prüfungen zu berücksichtigen, so dass von einer Verallgemeinerung der Befunde abgesehen werden sollte.

3.6.5 Fachgespräch

Wie bereits in Kapitel 3.6.2 dargelegt, kommt dem Fachgespräch im Rahmen des neuen Prüfverfahrens eine besondere Bedeutung zu. Um die Bedeutung des Fachgesprächs in den Pilot-Prüfungen zu ermitteln, wurden die Prüfer bei jeder personenbezogenen Prüfung gebeten, in der Pilot-Software zu hinterlegen, ob ein Fachgespräch stattgefunden hatte. Tabelle 48 zeigt die Häufigkeit der Angaben der Prüfer zu insgesamt $n = 754$ personenbezogenen Prüfungen in den Pilotierungsgruppen I bis III. Wie ersichtlich, wurde in fast allen personenbezogenen Prüfungen ein Fachgespräch geführt; die Angabe, dass kein Fachgespräch geführt wurde, findet sich nur in wenigen Ausnahmefällen. Dabei unterscheiden sich die Angaben der Prüfer nicht nennenswert zwischen den Pilotierungsgruppen I bis III.

Tabelle 48: Häufigkeit der Durchführung von Fachgesprächen

	Total		Gruppe I		Gruppe II		Gruppe III	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	730	96,8 %	288	98,3 %	285	96 %	157	95,7 %
Nein	21	2,8 %	4	1,4 %	12	4 %	5	3 %
keine Angabe	3	0,4 %	1	0,3 %	-	-	2	1,2 %
insgesamt	754	100 %	293	100 %	297	100 %	164	100 %

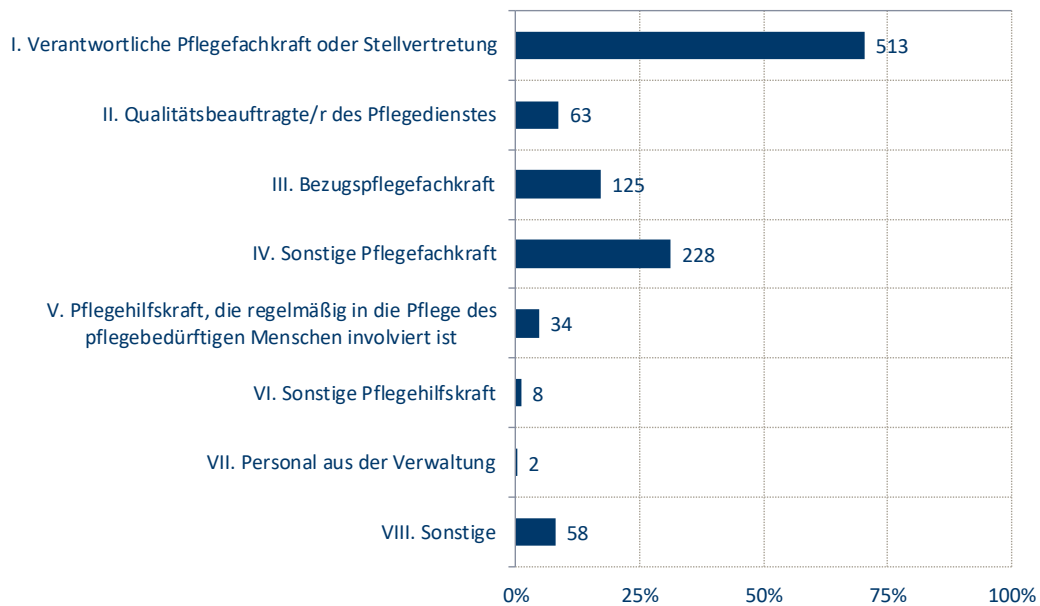
Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Spaltenprozent (%). Häufigkeit (n) der Durchführung von Fachgesprächen für sämtliche personenbezogene Prüfungen und unterteilt nach Pilotierungsgruppe (Gruppe) I, II und III.

3.6.5.1 Teilnehmer am Fachgespräch

Soweit ein Fachgespräch stattfand, wurden die Prüfer auch gebeten für jede personenbezogene Prüfung anzugeben, wer an dem Fachgespräch teilnahm. Abbildung 30 zeigt die Angaben der Prüfer zu den Teilnehmern der Fachgespräche (Mehrfachnennung möglich, daher addieren sich die Angaben zu mehr als 100 %). In fast drei Viertel der personenbezogenen Prüfungen wird angegeben, dass die verantwortliche Pflegefachkraft oder ihre Stellvertretung an den Fachgesprächen teilgenommen hat (70,3 % der insg. n = 730 Fälle mit Fachgespräch). Die nächst häufigere Nennung entfällt auf „sonstige Pflegefachkräfte“ (31,2 %). Demgegenüber wurden „Bezugspflegefachkräfte“ vergleichsweise selten genannt (17,1 %).

Abbildung 30: Teilnehmer an Fachgesprächen



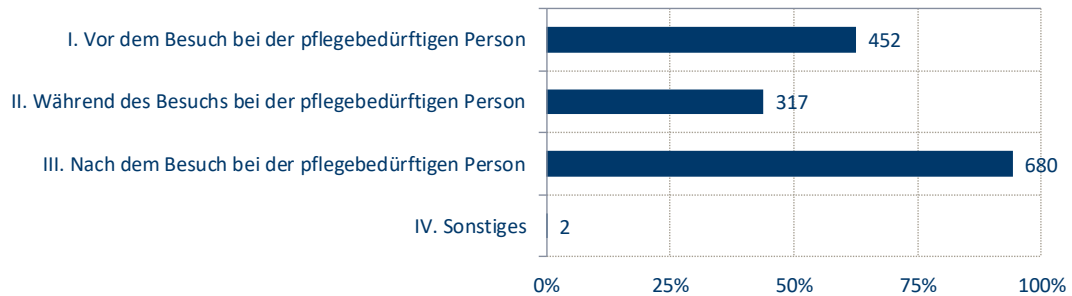
Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Mehrfachnennung. Prozent beziehen sich auf insgesamt $n = 730$ personenbezogene Prüfungen, in denen ein Fachgespräch geführt wurde und gültige Angaben zu den Teilnehmern am Fachgespräch gemacht werden. Kategorie „Sonstige“ entspricht folgenden Nennungen: 24-Stunden-Betreuungskraft, Abteilungsleitung, Angehörige, Auszubildende/r, (Fach-) Bereichsleitung, Geschäftsführung, Gesellschafter/in, Praxisanleiter/in, Inhaber/in, Logopäde/in, Teamleitung.

3.6.5.2 Zeitpunkt des Fachgesprächs

Abbildung 31 zeigt die Angaben der Prüfer zum Zeitpunkt des Fachgesprächs (aufgrund von Mehrfachnennung addieren sich die Angaben zu mehr als 100 %). In der großen Mehrheit der Fälle wird angegeben, dass das Fachgespräch nach dem Besuch bei der versorgten Person stattgefunden habe. Darauf entfallen bereits 94 Prozent der Fälle. In mehr als der Hälfte der Fälle (62,2 %) wird aber auch angegeben, dass das Fachgespräch vor dem Besuch stattgefunden habe. In immer noch mehr als ein Drittel der Fälle wird angegeben, dass das Fachgespräch während des Besuchs bei der versorgten Person stattgefunden habe (43,9 %). Daraus ergibt sich, dass die meisten Fachgespräche vor und nach dem Besuch stattgefunden haben, gefolgt von Fachgesprächen, die während und nach dem Besuch stattfanden. Allerdings sind auch Kombinationen aus allen drei Zeitpunkten (vor, während und nach) denkbar.

Abbildung 31: Zeitpunkt des Fachgesprächs

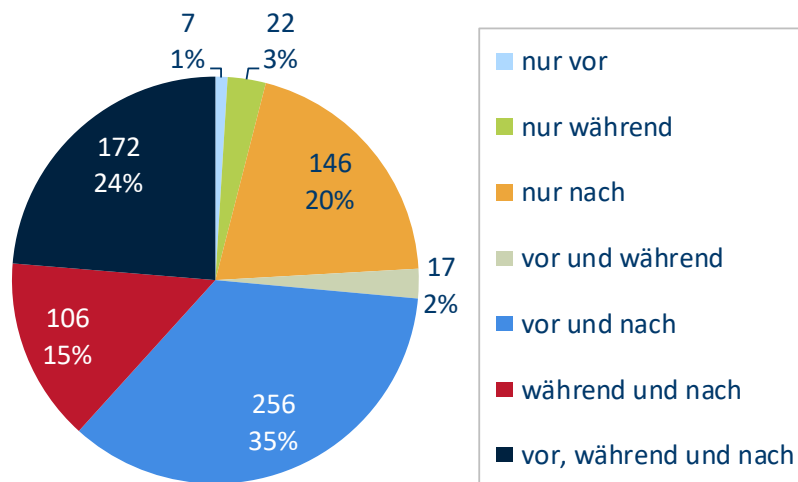


Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Mehrfachnennung. Prozent beziehen sich auf insgesamt $n = 726$ personenbezogene Prüfungen, zu denen ein Fachgespräch geführt wurde und gültige Angaben zum Zeitpunkt des Fachgesprächs gemacht werden. Sonstige Nennungen (IV.) entfallen auf „Abschlussgespräch“.

Abbildung 32 zeigt die Auszählung für alle möglichen Kombinationen der Zeitpunkte des Fachgesprächs. In den meisten Fällen tritt eine Kombination unterschiedlicher Zeitpunkte auf (in insg. 75,9 % der Fälle). Am häufigsten ist die Kombination eines Zeitpunkts vor und nach dem Hausbesuch (35,3 %), gefolgt von der Dreifachkombination „vor, während und nach“ (23,7 %). Die Kombination während und nach dem Hausbesuch kommt dagegen vergleichsweise selten vor (14,6 %). Demgegenüber kommt noch die Angabe, dass das Fachgespräch ausschließlich nach dem Hausbesuch geführt worden wäre, häufiger vor (20,1 %). Fachgespräche, die ausschließlich vor den oder während der Hausbesuche stattfanden, kommen nur sehr selten vor. Insgesamt wurde in nur knapp ein Viertel der Fälle (24,1 %) das Fachgespräch zu ausschließlich einem Zeitpunkt geführt.

Abbildung 32: Kombination verschiedener Zeitpunkte des Fachgesprächs



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Prozent beziehen sich auf insgesamt n = 726 personenbezogene Prüfungen, in denen ein Fachgespräch geführt wurde und gültige Angaben zum Zeitpunkt des Fachgesprächs gemacht werden. Sonstige Nennungen zu „Abschlussgespräch“ werden wie Fälle „nach dem Besuch bei der versorgten Person“ behandelt.

Um einzuschätzen, zu welchem Zeitpunkt das Fachgespräch idealerweise stattfinden sollte, wurden die Prüfer gebeten, anzugeben, ob es besser gewesen wäre das Fachgespräch zu einem anderen Zeitpunkt zu führen als im Rahmen der Prüfung umgesetzt werden konnte. Die Angaben dazu finden sich in Tabelle 49. In nur sehr wenigen Fällen wird angegeben, dass ein anderer Zeitpunkt besser gewesen wäre. Dabei handelt es sich vorrangig um Fälle, bei denen das Fachgespräch ausschließlich nach dem Hausbesuch geführt wurde (n = 11 der insg. n = 25 Fälle); die übrigen Fälle verteilen sich auf Situationen, bei denen das Fachgespräch *nur während* (n = 2), *vor und nach* (n = 4), *während und nach* (n = 6) bzw. *vor, während und nach Hausbesuch* (n = 2; entspricht streng genommen einer nicht plausiblen Angabe) geführt wurde.

Tabelle 49: Wunsch nach anderem Zeitpunkt des Fachgesprächs

Wäre es besser gewesen, das Fachgespräch zu einem anderen Zeitpunkt durchzuführen?	Häufigkeit (n)	Anteil (%)
Ja	25	3,4 %
Nein	696	95,3 %
keine Angabe	9	1,2 %
insgesamt	730	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Spaltenprozent. Tabelle berücksichtigt Angaben zu insgesamt n = 730 personenbezogenen Prüfungen, in denen ein Fachgespräch geführt wurde.

Von den Prüfern, die angeben, dass ein anderer Zeitpunkt besser für das Fachgespräch gewesen wäre, machen n = 18 Angaben zum gewünschten Zeitpunkt. Die meisten davon geben an, dass ein Zeitpunkt nach dem Besuch bei der versorgten Person besser gewesen wäre (n = 9), dicht gefolgt von der Angabe, dass ein Fachgespräch vor dem Besuch besser gewesen wäre (n = 8); weniger Prüfer gaben an (n = 5), dass ein Fachgespräch während des Besuchs bei der versorgten Person besser gewesen wäre.

Aufgrund der insgesamt geringen Fallzahl ist aber festzustellen, dass die Prüfer i. d. R. das Fachgespräch zu einem aus ihrer Sicht passenden Zeitpunkt führen konnten. Aus den Ergebnissen lässt sich pauschal kein einzelner idealer Zeitpunkt ableiten, zu dem das Fachgespräch stattfinden sollte. Es ist eher festzustellen, dass die Möglichkeit das Fachgespräch im Verlauf der personenbezogenen Prüfung wiederholt nutzen zu können, von den Prüfern positiv gesehen wird. Eine kontinuierliche Begleitung der personenbezogenen Prüfung durch eine fachlich auskunftsfähige Person erscheint daher wünschenswert, um das Fachgespräch den Erfordernissen der Situation entsprechend flexibel nutzen zu können. Dem konnte in den meisten personenbezogenen Prüfungen entsprochen werden.

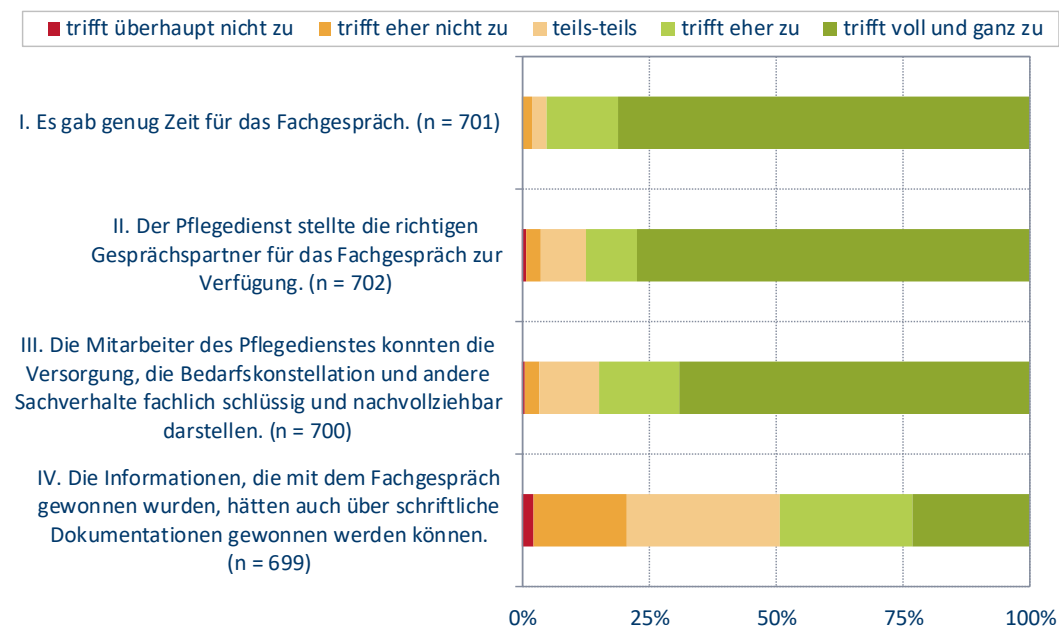
3.6.5.3 Qualität des Fachgesprächs

Neben dem Zeitpunkt hatten die Prüfer noch weitere Aspekte der Fachgespräche zu beurteilen. Dazu wurden vier Aussagen zur Qualität des Fachgesprächs formuliert. Die Prüfer hatten auf einer fünfstufigen Rating-Skala zu beurteilen (*trifft überhaupt nicht zu bis trifft voll und ganz zu*) inwiefern I. genügend Zeit für das Fachgespräch zur Verfügung stand, II. die richtigen Ansprechpartner vom Pflegedienst zur Verfügung gestellt werden konnten, III. ob diese die Bedarfskonstellation und andere Sachverhalte schlüssig darstellen konnten und, IV. ob durch das Fachgespräch Informationen gewonnen wurden, die allein aus der Pflegedokumentation nicht ersichtlich gewesen wären. Abbildung 33 zeigt die Angaben der Prüfer zu den vier Aussagen.

Bei den ersten drei Aussagen sind hohe Zustimmungswerte festzustellen (in mindestens 85 % der Fälle wird *eher* oder *voll und ganz* zugestimmt). Lediglich Aussage IV wird nur in der Hälfte der Fälle (50,8 %) in einem positiven Sinne beurteilt (hier entspricht eine stärkere Ablehnung der Aussage einer positiveren Beurteilung des Fachgesprächs). In der anderen Hälfte der Fälle sind die Prüfer der Ansicht, dass das Fachgespräch keine neuen Informationen zu Tage gefördert habe, sondern alle relevanten Informationen allein aus der Pflegedokumentation ersichtlich gewesen wären. Hier scheint der zusätzliche Erkenntnisgewinn durch die Führung von Fachgesprächen zunächst fragwürdig. Es ist allerdings denkbar, dass die Pflegedienste aufgrund der nach wie vor geltenden Anforderungen der bisherigen ambulanten QPR (MDS, 2018a) zurzeit mehr dokumentieren als für das neue Prüfverfahren *per se* erforderlich wäre. So sich die Pflegedienste an die

Erfordernisse des neuen Prüfverfahrens anpassen – das die mündliche Auskunft auf annähernd dieselbe Stufe hebt wie die schriftliche Dokumentation (vgl. Kapitel 3.6.2) – könnten in Zukunft die Fachgespräche häufiger relevante Informationen zu Tage fördern, die aus der Pflegedokumentation allein noch nicht ersichtlich sind. Dies setzt allerdings voraus, dass Sachverhalte durch die Schilderungen einer informierten Pflegekraft glaubhaft nachvollzogen werden können und, dass die Prüfer diese rein mündliche Auskunft als ausreichenden Beleg akzeptieren. In den Feedback-Veranstaltungen gab es zur „Nachvollziehbarkeit“ allerdings unterschiedliche Standpunkte der Prüfer, wonach manche Prüfer diese stark von der schriftlichen Dokumentation abhängig machten (vgl. Kapitel 3.6.2).

Abbildung 33: Bewertung der geführten Fachgespräche



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

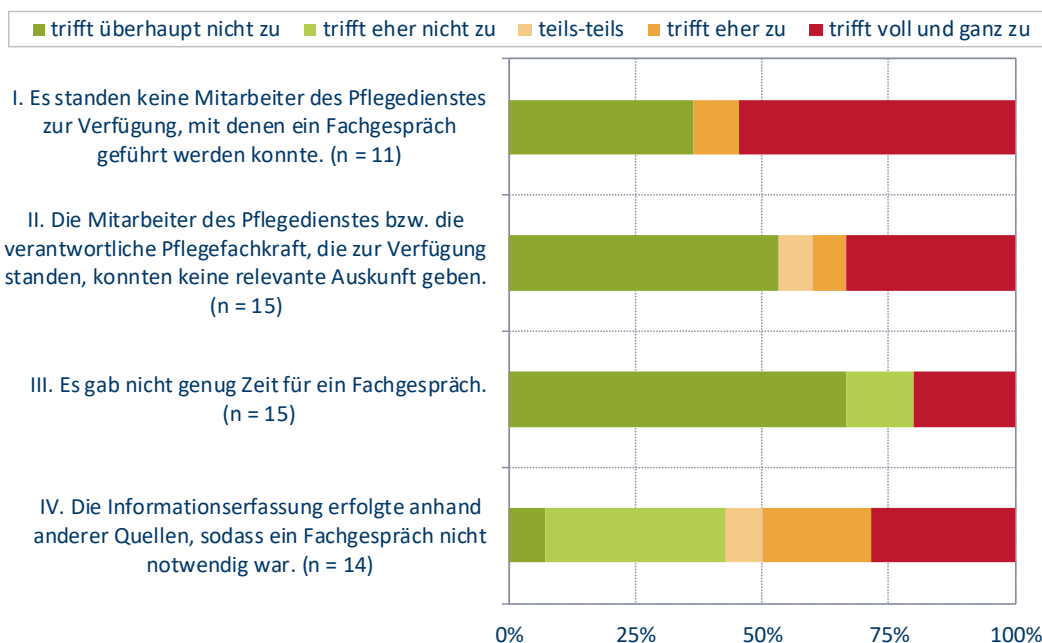
Anmerkung: Prozent entspricht Anteil an personenbezogenen Prüfungen (n), während denen ein Fachgespräch geführt wurde und mit gültigen Angaben bei der jeweiligen Aussage I. bis V.

Der Befund, dass i. d. R. die richtigen Ansprechpartner zur Verfügung gestellt werden konnten (Aussage II in Abbildung 33), erscheint vor dem Hintergrund der Angaben zu den Teilnehmern an den Fachgesprächen (vgl. Abbildung 30) nahe zu legen, dass nicht zwingend die Bezugspflegekraft am Fachgespräch teilzunehmen braucht. Die Erforderlichkeit die Bezugspflegekraft einzubeziehen richtet sich im Einzelfall danach, zu welchem Umfang Sachverhalte bereits aus der Pflegedokumentation ersichtlich sind oder andere am Fachgespräch teilnehmende Pflegekräfte bzw. die verantwortliche Pflegefachkraft auskunftsfähig sind. Bei einer relativ lückenlos geführten Pflegedokumentation und einer informierten weiteren Pflegefachkraft wird der Rückgriff auf die Bezugspflegekraft zur Klärung von Sachverhalten kaum erforderlich sein. In den Feedback-Veranstaltungen wurden

dennoch Situationen geschildert, in denen der Input der Bezugspflegekraft zur abschließenden Klärung von Sachverhalten wichtig gewesen sei. Da sich gewisse „Lücken“ in der Dokumentation kaum werden vermeiden lassen, scheint es generell empfehlenswert, wenn Bezugspflegekräfte bei Bedarf zum Fachgespräch hinzugezogen werden können. Da sich keine durchgehende Anwesenheit aller Bezugspflegekräfte realisieren lassen wird, kann zumindest die Möglichkeit einer partiellen Einbindung (z. B. auch telefonisch) hilfreich sein.

Soweit kein Fachgespräch stattfand, waren die Prüfer angehalten die Gründe dafür anzugeben. Entsprechend Tabelle 48 war dies bei lediglich $n = 21$ der insgesamt $n = 754$ personenbezogenen Prüfungen erforderlich. Abbildung 34 zeigt die gültigen Angaben der Prüfer zu den Gründen der fehlenden Fachgespräche. Dabei fällt die Gesamtzahl der Angaben zu den Gründen fehlender Fachgespräche geringer aus als die Anzahl der Fälle ohne Fachgespräch, da nicht alle Prüfer Angaben zu den Gründen machten.

Abbildung 34: Gründe für fehlendes Fachgespräch



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Prozent entspricht Anteil an personenbezogenen Prüfungen (n), in denen *kein* Fachgespräch geführt wurde und mit gültigen Angaben bei der jeweiligen Aussage I. bis V.

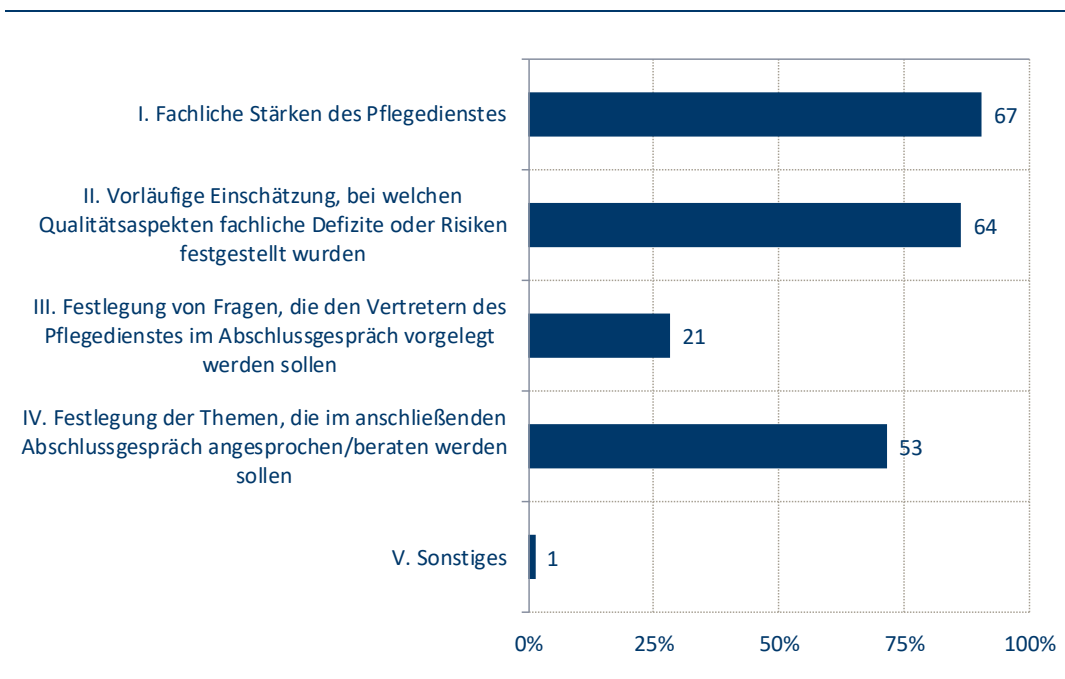
Der Grund mit der stärksten Zustimmung der Prüfer entfällt auf die Aussage, dass keine geeigneten Mitarbeiter der Pflegedienste für ein Fachgespräch zur Verfügung standen (Aussage I), dicht gefolgt von der Aussage, dass die Informationserfassung anhand anderer Quellen erfolgt sei, so dass ein Fachgespräch nicht notwendig gewesen sei (Aussage IV). Die beiden Aussagen kennzeichnen gewissermaßen zwei Extrempole: Fachgespräche haben einerseits

ausgehend vom Pflegedienst nicht stattgefunden, da nicht die richtigen Ansprechpartner zur Verfügung gestellt werden konnten; andererseits haben sie ausgehend von den Prüfern nicht stattgefunden, die ihre Prüfung v. a. an der Pflegedokumentation ausrichteten. Dies deckt sich auch mit den Schilderungen der Prüfer in den Feedback-Veranstaltungen, wonach sowohl berichtet wurde, dass die Pflegedienste die Prüfer mit der Dokumentation „allein gelassen“ hätten als auch, dass Prüfer hauptsächlich die Pflegedokumentation für die Prüfung herangezogen und Mitarbeitende des Pflegedienstes bzw. die verantwortliche Pflegefachkraft nur bei Unklarheiten dazu geholt hätten. In Anbetracht der geringen Fallzahl der Prüfungen, in denen kein Fachgespräch geführt wurde, ist aber in aller Regel davon auszugehen, dass Fachgespräche geführt wurden. Das bedeutet nicht, dass den teilweise hohen Erwartungen mancher Pflegedienste an das Fachgespräch immer entsprochen wurde (vgl. Kapitel 3.6.2 und 3.7.2).

3.6.6 Synthese

Nach Abschluss der personenbezogenen und der einrichtungbezogenen Prüfung(en), erfolgt eine vorläufige Feststellung der Gesamtergebnisse im Prüfteam, ohne Beteiligung des Pflegedienstes. Für den Austausch im Prüfteam kommen unterschiedliche Inhalte in Betracht. Der verantwortliche Prüfer (vgl. Kapitel 1.3.1) wurde gebeten in der Pilot-Software zu hinterlegen, worüber sich die Prüfer während des Synthesegesprächs austauschten. Abbildung 35 zeigt die Häufigkeiten der Angabe verschiedener Gesprächsinhalte.

Abbildung 35: Inhalte des Austauschs während der Synthese



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Prozent entspricht Anteil an PD mit gültigen Angaben zu Themen des Synthesegesprächs (n = 74).

Am häufigsten wird angegeben, dass es im Synthesegespräch um die fachlichen Stärken (I.: für 90,5 % der insg. n = 76 Pflegedienste angegeben) und die vorläufige Einschätzung von Qualitätsdefiziten ging (II.: 86,5 %). Auch wird relativ häufig angegeben, dass die Themen für das Abschlussgespräch vorbereitet wurden (IV.: 71,6 %). Um offene Fragen, die im Abschlussgespräch noch einmal angesprochen werden sollten, um sie abschließend zu klären, ging es im Synthesegespräch vergleichsweise selten (III.: 28,4 %).

Die Prüfer waren auch aufgefordert anzugeben, wie schwer ihnen die vorläufige Zusammenfassung der Befunde zu einem Gesamtergebnis gefallen sei. Tabelle 50 zeigt die Einschätzungen der verantwortlichen Prüfer zur Schwierigkeit der Zusammenführung der Bewertung. In den meisten Prüfungen fiel die Zusammenführung den Prüfern leicht (Angabe von *sehr leicht* und *eher leicht*: 65,8 % der insg. n = 76 Pflegedienste). In immerhin einem knappen Drittel der Fälle wird die Zusammenführung aber als mindestens *mäßig schwierig* beschrieben. Aufgrund des in Kapitel 3.6.3 dargestellten Befunds, dass die Verdichtung von Bewertungen insbesondere bei der speziellen Krankbeobachtung mit Schwierigkeiten assoziiert war, werden die drei Einrichtungstypen (allgemein, intensiv, psychiatrisch) in Tabelle 50 getrennt ausgewiesen. Die Sinnhaftigkeit der Bildung von Spaltenprozent erscheint aufgrund der geringen Anzahl der Einrichtungen zwar fraglich und die Verallgemeinerbarkeit ist aufgrund der geringen Anzahl eingeschränkt; die Verteilungen der Angaben deuten aber an, dass die Zusammenführung zu einem vorläufigen Gesamtergebnis bei intensivpflegerischen Pflegediensten häufiger als schwierig empfunden worden sein könnte.

Tabelle 50: Schwierigkeit der Zusammenführung und Erstellung eines vorläufigen Gesamtergebnisses

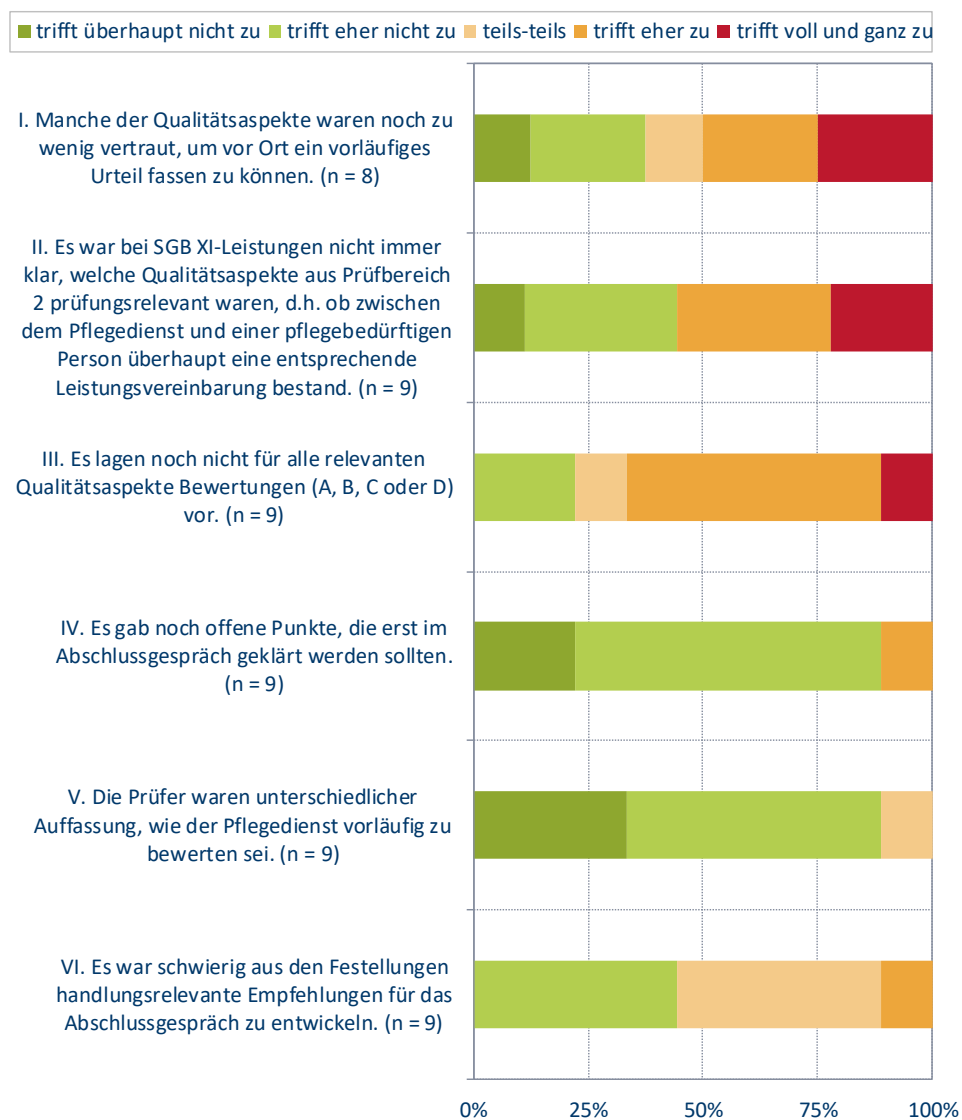
	Gesamt		Allgemein		Intensiv		Psychiatrisch	
	n	%	n	%	n	%	n	%
sehr leicht	13	17,1 %	10	17,9 %	2	20,0 %	1	10,0 %
eher leicht	37	48,7 %	28	50,0 %	5	50,0 %	4	40,0 %
mäßig	15	19,7 %	11	19,6 %	-	-	4	40,0 %
eher schwierig	6	7,9 %	4	7,1 %	2	20,0 %	-	-
sehr schwierig	3	3,9 %	1	1,8 %	1	10,0 %	1	10,0 %
keine Angabe	2	2,6 %	2	3,6 %	-	-	-	-
insgesamt	76	100 %	56	100 %	10	100 %	10	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Soweit die Zusammenführung als *eher schwierig* oder *sehr schwierig* bewertet wurde, sollten auch die Gründe dafür angegeben werden. Da dies allerdings auf eine

nur geringe Anzahl der Pilot-Prüfungen zutrifft (insg. $n = 9$), beziehen sich auch die Angaben zur Begründung der Schwierigkeiten beim Synthesegespräch auf wenig Fallzahlen (vgl. Abbildung 36). Die stärkste Zustimmung erfährt die Aussage, dass noch nicht für alle Qualitätsaspekte Bewertungen vorlagen (Aussage III), dicht gefolgt von der Aussage, dass manche Qualitätsaspekte noch zu wenig vertraut waren, um vor Ort ein vorläufiges Urteil fassen zu können (Aussage I). In etwa der Hälfte der schwierigen Fälle wird angegeben, dass zum Zeitpunkt des Synthesegesprächs noch nicht klar war, welche Qualitätsaspekte in Bereich 2 prüfungsrelevant waren (Aussage II). Die Angabe noch zu klärender Punkte (Aussage IV) oder, dass Prüfer unterschiedlicher Meinung waren, findet sich vergleichsweise selten.

Abbildung 36: Schwierigkeiten bei der Zusammenführung und Erstellung eines vorläufigen Gesamtergebnisses



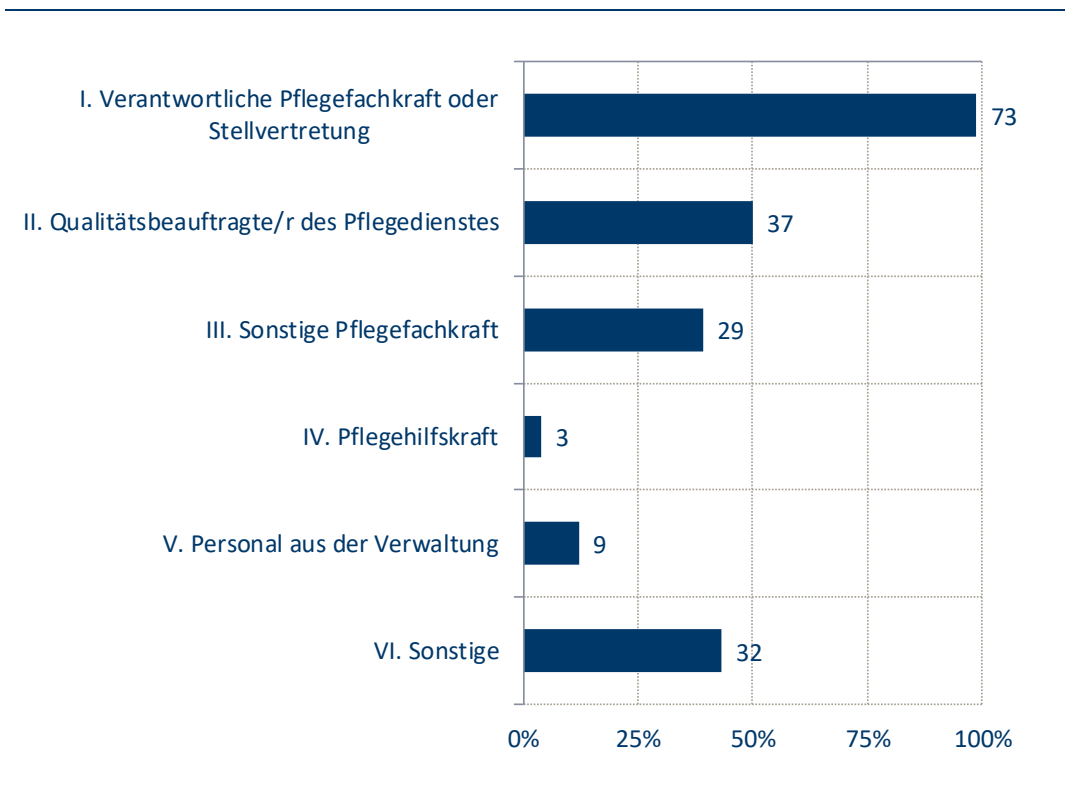
Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Prozent entspricht Anteil an PD (n), bei denen die Synthese als schwierig eingeschätzt wurde (insgesamt n = 9 PD; vgl. Tabelle 50) und zu denen gültige Angaben zu den Aussagen I. bis VI. gemacht werden.

3.6.7 Abschlussgespräch

Nach dem Synthesegespräch kommen das Prüfteam und der Pflegedienst zum Abschlussgespräch zusammen und besprechen die vorläufigen Ergebnisse der Prüfung. Die Prüfer wurden gebeten in der Pilot-Software zu hinterlegen, wer am Abschlussgespräch teilnahm. Abbildung 37 zeigt die Häufigkeiten der Angabe verschiedener Teilnehmer. In so gut wie allen Abschlussgesprächen war die verantwortliche Pflegefachkraft oder ihre Stellvertretung anwesend. In etwa der Hälfte der Prüfungen war auch ein Qualitätsbeauftragter des Pflegedienstes anwesend.

Abbildung 37: Teilnehmer an Abschlussgespräch



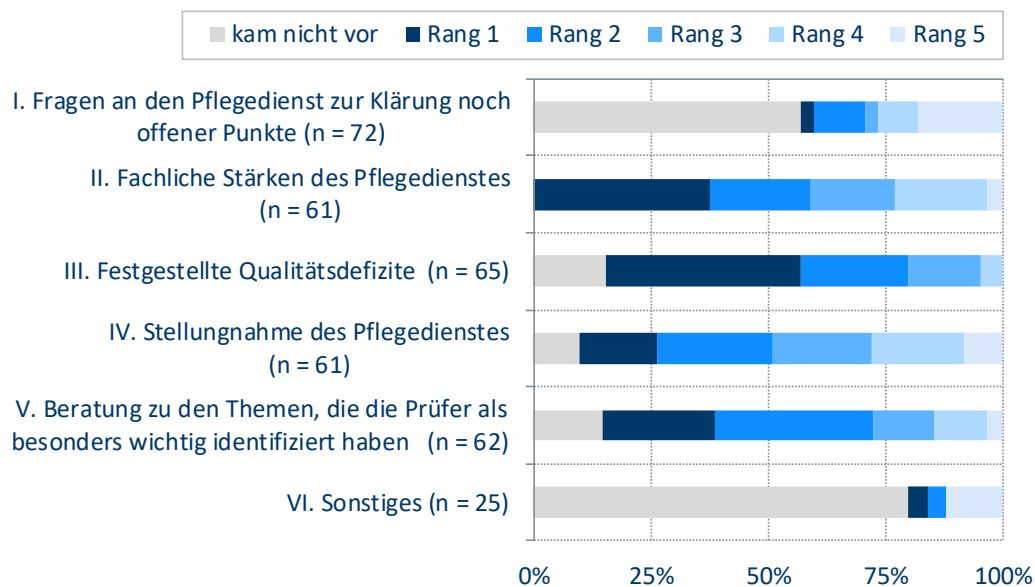
Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Prozent entspricht Anteil an PD mit gültigen Angaben zu Teilnehmern am Abschlussgespräch (n = 74). Kategorie „Sonstige“ entspricht folgender Nennung: Abteilungsleitung, Bezugspflegekräfte, Leitung Hauswirtschaft, Dienststellenleitung, Einrichtungsleitung, Fachbereichsleitung, Geschäftsführung, Teamleitung, Inhaber/in, Praktikanten, Pflegedirektion, QMB des Trägers, stellvertretende Sachgebietsleitung, Vertreter/in des Trägerverbandes.

Darüber hinaus machten die Prüfer Angaben zu den Inhalten des Abschlussgesprächs. Um die relative Bedeutung unterschiedlicher Inhalte zu erfassen, wurden die Prüfer gebeten Rangplätze für eine Liste möglicher Inhalte zu vergeben. Inhalte mit dem größten zeitlichen Anteil am Abschlussgespräch erhielten den Rangplatz 1; Inhalte mit dem zweitgrößten Anteil den Rangplatz 2 usw. Verschiedene Inhalte mit demselben zeitlichen Anteil erhielten denselben Rangplatz. Das Ergebnis dieser Rangplatzvergabe ist in Abbildung 38 dargestellt.

Die höchsten Rangplätze erzielen „fachliche Stärken des Pflegedienstes“ (II.) und „festgestellte Qualitätsdefizite“ (III.), d. h. hier wurden von den Prüfern am häufigsten die vorderen Rangplätze vergeben. Danach folgen die Beratung zu relevanten Themen (V.) und die Stellungnahme des Pflegedienstes (IV.). Fragen zur Klärung noch offener Punkte erhalten – soweit sie vorkamen – eher hintere Rangplätze. Die Rangplatzvergabe zu den Inhalten des Abschlussgesprächs reflektiert so die Angaben zu den Inhalten des Synthesegesprächs (vgl. Abbildung 35). Im Zusammenhang der Synthese und des Abschlussgesprächs spielen so Stärken der Pflegedienste und festgestellte Qualitätsdefizite die größte Rolle, gefolgt von der Beratung der Pflegedienste durch die Prüfer. Die Klärung noch offener Punkte erfolgt zu diesem Zeitpunkt nur noch vergleichsweise selten. Häufiger geht es darum, der Stellungnahme des Pflegedienstes Raum zu geben.

Abbildung 38: Häufigkeit von Inhalten des Abschlussgesprächs als Rangplätze

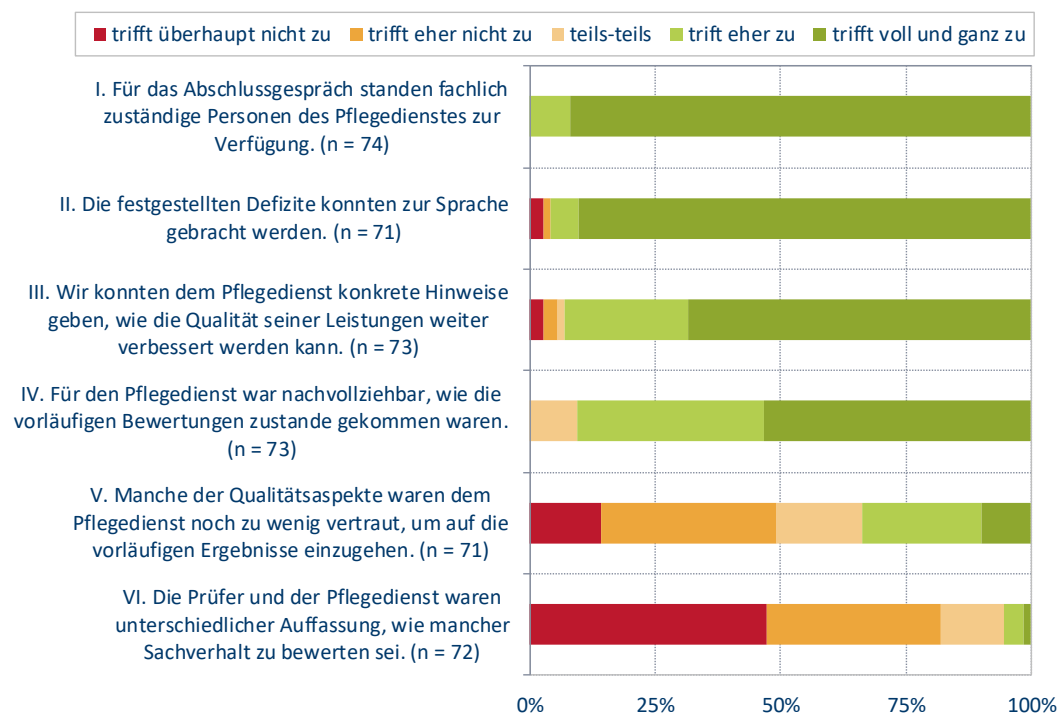


Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Prozent beziehen sich auf Anteile an allen Nennungen pro Inhalt I. bis VI. Für jeden Inhalt war von den Prüfern ein Rang zu vergeben, wobei der häufigste Inhalt den Rangplatz 1, der zweithäufigste Inhalte den Rangplatz 2 usw. erhielt. Angaben beziehen sich auf insgesamt n = 72 PD, d. h. für vier PD fehlen die Angaben zu Inhalten des Abschlussgesprächs. Sonstige Inhalte entsprechen: fachliche Diskussion zu Bewertungen, Austausch zur Pilotierung bzw. zum neuen Prüfverfahren oder zur bisherigen Prüfnorm, gemeinsame Erarbeitung von Lösungen hinsichtlich Defiziten, Stellungnahme von Verbandsvertretern.

Zur Einschätzung der Qualität des Abschlussgesprächs wurden sechs Aussagen formuliert, für die die verantwortlichen Prüfer (vgl. Kapitel 1.3.1) für jeden Pflegedienst anzugeben hatten, inwiefern sie auf das dortige Abschlussgespräch zutrafen. Abbildung 39 zeigt die Angaben der Prüfer zu den sechs Aussagen. Daraus ergibt sich, dass i. d. R. die fachlich zuständige Person für das Abschlussgespräch zur Verfügung gestellt werden konnte (Aussage I), festgestellte Defizite im Abschlussgespräch zur Sprache gebracht werden konnten (Aussage II), den Pflegediensten konkrete Hinweise gegeben werden konnten, wie die Qualität weiter verbessert werden kann (Aussage III), für den Pflegedienst nachvollziehbar war, wie die Bewertungen zustande gekommen waren (Aussage IV) und Prüfer und Pflegedienste ähnlicher Auffassung waren, wie die Sachverhalte zu bewerten waren (Aussage VI). Lediglich die Angabe für etwa die Hälfte der Pflegedienste, dass diese mit manchen Qualitätsaspekten noch zu wenig vertraut waren, um auf die vorläufigen Ergebnisse eingehen zu können (Aussage V), deutet auf ein Verbesserungspotenzial.

Abbildung 39: Bewertung des Abschlussgesprächs



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Prozent entspricht Anteil an PD (n) mit gültigen Angaben in den jeweiligen Aussagen I. bis V.

3.6.8 Zeitaufwand

Um den Zeitaufwand für die Qualitätsprüfungen nach dem neuen Verfahren zu untersuchen, wurde ausgewertet, wie viele die Tage die Prüfungen dauerten. Weiterhin wurden die Einschätzungen der Prüfer zur Dauer einzelner Schritte der Prüfungen analysiert.

3.6.8.1 Dauer Prüfungen

Der Zeitaufwand der Prüfung in Tagen ergibt sich aus dem Datum des ersten und des letzten Tages der Prüfung. Tabelle 51 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Tage getrennt nach Pilotierungsgruppe. Da in Pilotierungsgruppe II (Verdopplung der Stichprobe) und III (Schatten-/Wiederholungsprüfungen) ein verändertes Stichprobendesign realisiert wurde, liefert Pilotierungsgruppe I die beste Schätzung der durchschnittlichen Dauer der Prüfung in Tagen für das neue Prüfverfahren. Im Durchschnitt wurden in Pilotierungsgruppe I zwei Tage für die Durchführung der Pilot-Prüfungen gebraucht. Wie zu erwarten, dauerte es in den Pilotierungsgruppen II und III aufgrund des veränderten Stichprobendesigns im Durchschnitt etwa einen Tag länger.

Tabelle 51: Dauer der Prüfung in Tagen

	Summe	M	SD	Min	Max	n
Pilotierungsgruppe I	51	2,0	0,2	1	2	26
Pilotierungsgruppe II	41	3,2	0,6	2	4	13
Pilotierungsgruppe III	44	2,8	0,4	2	3	16
insgesamt	136	2,5	0,6	1	4	55

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Aus der Anzahl der gültigen Fälle (n) ist ersichtlich, dass für einen relativ hohen Anteil der PD (von insg. n = 76) keine Angaben zur Dauer der Prüfung vorliegen. Dies hängt damit zusammen, dass in der Pilot-Software der aktuelle Tag voreingestellt angezeigt wird, so dass die Prüfer sich selten veranlasst sahen, das aktuelle Datum einzustellen. Soweit jedoch die Einstellung nicht aktiv durch die Prüfer erfolgte, wurde kein Datum an die Datenbank übermittelt.

In Pilotierungsgruppe I wurde bei den meisten Pflegediensten die Prüfung nach zwei Tagen abgeschlossen; nur bei einem Pflegedienst wurde sie bereits nach einem Tag abgeschlossen – obwohl auch hier eine Stichprobengröße von neun Personen realisiert wurde. In Pilotierungsgruppe III (Schatten-/Wiederholungsprüfung) wurde die Prüfung in den meisten Fällen nach drei Tagen abgeschlossen, nur in vier Fällen bereits nach zwei Tagen. In Pilotierungsgruppe II (Verdopplung der Stichprobe) wurde die Prüfung in den meisten Fällen nach drei Tagen abgeschlossen; in nur einem Fall kam es zu einem Abschluss nach zwei Tagen – allerdings wurden hier nur 16 statt 18 Personen in die Stichprobe eingeschlossen – und in drei Fällen wurde die Prüfung sogar erst nach vier Tagen abgeschlossen. Damit hat die Prüfung in Pilotierungsgruppe I i. d. R. zwei Tage, in Pilotierungsgruppe III i. d. R. drei Tage und niemals länger und in Pilotierungsgruppe II i. d. R. drei Tage, manchmal aber auch vier Tage in Anspruch genommen. Tabelle 52 veranschaulicht das Verhältnis der Prüfdauer in Tagen und der Anzahl Personen in den Stichproben in den Pilotierungsgruppen I bis III (je größer die Stichprobe, desto mehr Einrichtungen zeigen eine höhere Prüfdauer in Tagen – dies ist leicht an der Konzentration der Pflegedienste in der Diagonalen der Tabelle zu erkennen).

Tabelle 52: Verhältnis von Prüfdauer in Tagen und Stichprobengröße

Stichproben- größe	Prüfdauer in Tagen nach Pilotierungsgruppe						
	Pilotierungs- gruppe I		Pilotierungs- gruppe III		Pilotierungs- gruppe II		
	1 (n)	2 (n)	2 (n)	3 (n)	2 (n)	3 (n)	4 (n)
3	-	2	-	-	-	-	-
4	-	2	1	-	-	-	-
7	-	2	1	-	-	-	-
8	-	5	-	-	-	-	-
9	1	14	2	12	-	-	-
14	-	-	-	-	-	1	-
15	-	-	-	-	-	1	-
16	-	-	-	-	1	-	-
18	-	-	-	-	-	7	3

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Anzahl der Pflegedienste (n) mit entsprechender Prüfdauer in Tagen und Stichprobengröße in den drei Pilotierungsgruppen. Tabelle berücksichtigt n = 26 PD in Pilotierungsgruppe I, n = 13 PD in Pilotierungsgruppe II und n = 16 PD in Pilotierungsgruppe III.

Die Dauer der Prüfung in Tagen liefert nur eine grobe Schätzung des tatsächlichen Zeitaufwandes. Da die maximale Anzahl der Tage für die Pilot-Prüfungen von den Prüfdiensten i. d. R. vorgegeben war (maximal 2 Tage für Pilotierungsgruppe I und maximal 4 Tage für Pilotierungsgruppe II und III), sagt die Anzahl der Tage wenig darüber aus, wie viel Zeit tatsächlich während der Prüfungen investiert wurde. Die Prüfer wurden deshalb auch gebeten für jede Prüfung direkt anzugeben, wie viel Zeit in Minuten investiert worden war.

3.6.8.2 Dauer der Stichprobenziehung

Tabelle 53 zeigt die mittlere Anzahl der Minuten, die für die Schaffung der Grundlage für die Stichprobenziehung benötigt wurde („Minuten für Grundlage“), getrennt nach Pilotierungsgruppe. Mit der Grundlage für die Stichprobenziehung ist die Fertigstellung der Liste gemeint, so dass sie für das Stichprobenverfahren genutzt werden konnte (vgl. Kapitel 3.2.1). Die Zeit, die zur Schaffung der Grundlage für die Stichprobenziehung benötigt wurde liegt im Durchschnitt bei ca. einer Dreiviertelstunde und unterscheidet sich nicht zwischen den drei Pilotierungsgruppen (ANOVA: $p=0.761$).

Allerdings zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den drei Pilotierungsgruppen bzgl. der Zeit, die für die Stichprobenziehung benötigt wurde, d. h. der Zeit von Beginn der Auswahl der Personen für die Stichprobe bis zum Abschluss des Einholens der Einverständniserklärungen („Minuten für Stichprobenziehung“ in Tabelle 53) [$F(2, 71) = 20,6, p < ,001$], mit einer durchschnittlich höheren Minutenzahl in Pilotierungsgruppe II als Pilotierungsgruppe I und III (Bonferroni-approximierte post hoc Vergleiche: $p < ,01$). Im Gesamtmittel wird für die Stichprobenziehung etwas mehr als anderthalb Stunden benötigt. Dabei wird in Pilotierungsgruppe I im Mittel ca. eine Stunde und zwanzig Minuten benötigt; in Pilotierungsgruppe III werden ca. 1,5 Stunden benötigt; in Pilotierungsgruppe II werden im Mittel ca. 2,5 Stunden – fast doppelt so viel wie in Pilotierungsgruppe I – benötigt. Dieser Unterschied entspricht der doppelten Anzahl der Personen, die in Pilotierungsgruppe II kontaktiert werden mussten.

Tabelle 53: Zeitaufwand zur Schaffung der Grundlage für und Durchführung der Stichprobenziehung (Einschätzung der Prüfer)

		M	SD	Min	Max	n
insg.	Minuten für Grundlage	43,7	56,0	0	360	74
	Minuten für Stichprobenziehung	104,6	46,3	10	220	74
I	Minuten für Grundlage	48,1	70,1	0	360	39
	Minuten für Stichprobenziehung	84,1	34,5	10	180	40
II	Minuten für Grundlage	40,9	37,5	10	135	17
	Minuten für Stichprobenziehung	155,0	40,2	75	220	16
III	Minuten für Grundlage	36,8	32,7	10	120	18
	Minuten für Stichprobenziehung	105,1	40,7	45	220	18

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Mittelwert für alle PD (insg.) und unterteilt nach Pilotierungsgruppe I, II und III. Für $n = 2$ PD fehlen die Angaben. „Minuten für Grundlage“ entspricht Angaben zur Frage „Wie viele Minuten wurden im Rahmen der aktuellen Prüfung investiert, um die Grundlage für die Ziehung der Stichprobe zu schaffen?“; „Minuten für Stichprobenziehung“ entspricht Angaben zur Frage „Im Rahmen der aktuellen Prüfung, wie viele Minuten dauerte die Stichprobenziehung, d. h. vom Beginn der Auswahl der Personen für die Stichprobe bis zum Abschluss des Einholens der Einverständnisse?“.

Das Muster, dass nur ein Unterschied bzgl. der Stichprobenziehung nicht aber bzgl. der Schaffung ihrer Grundlage zu verzeichnen ist, ist plausibel, da die Zeit, die zur Schaffung der Grundlage benötigt wird, im Wesentlichen von der Vollständigkeit der am Tag der Prüfung gelieferten Liste abhängt; dabei ist nicht anzunehmen, dass sich die Vorbereitung systematisch zwischen den drei Pilotierungsgruppen unterscheidet – folglich findet sich auch kein Unterschied in Bezug auf die

benötigte Zeit zur Schaffung der Grundlage. Dagegen nimmt die Stichprobenziehung in Pilotierungsgruppe II mehr Zeit ein, da die doppelte Stichprobengröße wie in Pilotierungsgruppe I und III zu realisieren war.

Bei dem Maximalwert von 360 Minuten zur Schaffung der Grundlage für die Stichprobenziehung (Zeile 1 in Tabelle 53) erscheint fraglich, ob damit wirklich die Zeit gemeint ist, die *während* der Prüfung investiert wurde. Der Prüfer, der diesen Wert angibt, kommentiert gleichzeitig, dass „zwei Mitarbeiter des Pflegedienstes jeweils drei Stunden beschäftigt [waren]“. Dies kann so interpretiert werden, dass der Prüfer hier die Zeit zur Erstellung der Liste vor der Prüfung berücksichtigt hat. Der nächst höhere Wert liegt erst bei 180 Minuten, somit kann der Maximalwert von 360 als Ausreißer betrachtet werden. Ohne Berücksichtigung dieses Maximalwerts liegt der Mittelwert bei $M = 39,4$ ($SD = 42,1$; $Min = 0$; $Max = 180$; $n = 73$).

Die Prüfer sollten auch einschätzen wie viel Zeit das Stichprobenverfahren des neuen verglichen mit dem bisherigen Prüfverfahren in Anspruch nimmt. Tabelle 54 zeigt die Angaben der Prüfer zum Vergleich des Zeitaufwandes des neuen verglichen mit dem bisherigen Stichprobenverfahrens. In 40 Prozent der Prüfungen wurde von den Prüfern angegeben, dass der zeitliche Aufwand des neuen Stichprobenverfahrens genauso ausfällt wie für das bisherige Stichprobenverfahren. In etwas mehr als der Hälfte der Prüfungen wird jedoch angegeben, dass der Zeitaufwand für das neue Verfahren höher ausfällt (*höher* und *deutlich höher*: 56,6 %). Um auszuschließen, dass die Einschätzung des erhöhten zeitlichen Aufwandes für das Stichprobenverfahren nicht auf Pflegedienste aus Pilotierungsgruppe II (Verdopplung der Stichprobe) zurückgeht, zeigt Tabelle 54 die Angaben zudem getrennt nach Pilotierungsgruppe. Dabei findet sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den drei Pilotierungsgruppen hinsichtlich der Angabe eines höheren zeitlichen Umfangs (Chi²-Test mit Zusammenfassung der Kategorien *deutlich geringer*, *geringer* und *genauso wie früher* vs. *höher* und *deutlich höher*: $p = ,366$).

Tabelle 54: Zeitaufwand des neuen verglichen mit dem bisherigen Stichprobenverfahren (Einschätzung der Prüfer)

	Gesamt		Pilotierungsgruppe I		Pilotierungsgruppe II		Pilotierungsgruppe III	
	n	%	n	%	n	%	n	%
deutlich geringer	1	1,3 %	1	2,5 %	-	-	-	-
geringer	-	-	-	-	-	-	-	-
genauso wie früher	30	39,5 %	18	45 %	7	41,2 %	5	26,3 %
höher	30	39,5 %	15	37,5 %	6	35,3 %	9	47,4 %
deutlich höher	13	17,1 %	6	15 %	3	17,6 %	4	21,1 %
keine Angabe	2	2,6 %	-	-	1	5,9 %	1	5,3 %
gesamt	76	100 %	40	100 %	17	100 %	19	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Häufigkeit (n) und Spaltenprozent (%).

Bei der Interpretation der Angaben zum Mehraufwand muss bedacht werden, dass die Prüfer zuvor keine bis wenig Erfahrung mit dem neuen Stichprobenverfahren hatten, so dass die Einschätzung des höheren zeitlichen Aufwands möglicherweise auch dadurch beeinflusst sein könnte, dass die Umsetzung eines neuen Verfahrens gerade anfangs mehr Zeit in Anspruch nehmen wird als ein bereits bekanntes Verfahren. Die Erfassung der für die Stichprobenziehung erforderlichen Merkmale „Beeinträchtigungen der Mobilität bzw. Kognition“ ist tatsächlich eine zusätzliche Anforderung, die erst durch das neue Prüfverfahren erforderlich wird (vgl. Kapitel 3.2.1). Daher wäre zumindest aufseiten der Pflegedienste mit einem höheren zeitlichen Aufwand zu rechnen.

3.6.8.3 Dauer der Hausbesuche

Genauso wie für das Stichprobenverfahren, wurden die Prüfer auch nach der investierten Zeit in Minuten für jeden Hausbesuch gefragt. Tabelle 55 zeigt die mittlere Dauer der Hausbesuche in Minuten, auch getrennt für die drei Pilotierungsgruppen. Im Gesamtmittel wurde auf einen Hausbesuch eine halbe Stunde verwendet; dabei unterscheiden sich die Angaben für die drei Pilotierungsgruppen nicht voneinander (Welch-Test: $p = ,227$).

Tabelle 55: Zeitaufwand für den Hausbesuch in Minuten

	M	SD	Min	Max	n
insgesamt	30,9	19,5	5	180	752
I	32,3	24,6	5	180	291
II	30,3	16,4	5	120	297
III	29,3	13,1	8	90	164

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Mittelwert für alle PD (insgesamt) und pro Pilotierungsgruppe. Für zwei Hausbesuche fehlen die Angaben.

Wie bereits in Kapitel 3.2.4 dargestellt, ist v. a. in intensivpflegerischen Pflegediensten mit einem erhöhten Zeitaufwand bei Hausbesuchen zu rechnen. Tabelle 56 zeigt die Mittelwerte für den zeitlichen Aufwand der Hausbesuche in Minuten bei den drei Einrichtungstypen (nur Pilotierungsgruppe I). Dabei zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied (robuster Test nach Welch: $p = ,000$) mit höherem Zeitaufwand für Hausbesuche bei intensivpflegerischen Pflegediensten als bei allgemeinen und psychiatrischen Pflegediensten (multiple Vergleiche nach Games-Howell: $p = ,000$), während sich allgemeine und psychiatrische Pflegedienste nicht voneinander unterscheiden ($p = ,998$).

Tabelle 56: Zeitaufwand für den Hausbesuch nach Einrichtungstyp

	M	SD	Min	Max	n
insgesamt	32,3	24,6	5	180	291
Allgemein	27,0	10,4	5	70	151
Intensiv	49,6	42,5	15	180	69
Psychiatrisch	26,9	11,8	15	90	71

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Mittelwerte unterteilt nach Einrichtungstyp (nur Pilotierungsgruppe I). In zwei Fällen fehlen die Angaben.

3.6.8.4 Dauer der Prüfung einzelner Qualitätsaspekte

Zusätzlich zur Angabe, wie viel Zeit insgesamt in die Hausbesuche investiert wurde, wurden die Prüfer gebeten, anzugeben, wie lang die Prüfung der bei einem Pflegedienst geprüften einzelnen Qualitätsaspekte in Anspruch genommen hat. Die Angabe erfolgte durch den verantwortlichen Prüfer (vgl. Kapitel 1.3.1) auf Einrichtungsebene am Ende der Prüfung, d. h. nicht für jede in die Prüfung einbezogene Person einzeln. Daher wurde diese Zeitangabe nur für Qualitätsaspekte erhoben, die Teil der Gesamtbewertungen auf Einrichtungsebene sind. Tabelle 57 zeigt die Mittelwerte des angegebenen

Zeitaufwandes in Minuten. Die unterschiedliche Fallzahl (n) geht hauptsächlich auf unterschiedliche Häufigkeiten der Qualitätsaspekte in den Prüfungen zurück (vgl. Spalte „Total“ in Tabelle 39 abzüglich Fälle mit fehlenden Zeitangaben). Wie aus Tabelle 57 ersichtlich, liegen die Mittelwerte für die Qualitätsaspekte mit einer durchschnittlichen Prüfdauer von i. d. R. 10 bis 20 Minuten relativ nah beieinander.

Tabelle 57: Zeitaufwand pro Qualitätsaspekt in Minuten

	M	SD	Min	Max	n
1.1 Aufnahmemanagement	14,8	12,6	2	90	68
1.2 Risiken und Gefahren	19,7	13,9	2	90	73
1.3 Destabilisierung der Versorgungssituation	13,6	10,2	2	40	25
2.1 Mobilität	17,8	13,0	2	60	45
2.2 Kognition	13,9	6,1	3	20	22
2.3 Kommunikation	13,2	8,3	3	30	12
2.4 Verhaltensauffälligkeiten/psych. Problemlagen	18,6	8,1	5	30	13
2.5 Körperpflege	13,4	10,5	2	60	70
2.6 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	14,6	8,8	3	40	32
2.7 Ausscheidung	12,6	8,9	2	45	62
2.8 Alltagsleben und soziale Kontakte	16,6	9,4	2	40	25
2.9 Pflegekompetenz	10,5	6,1	2	15	4
2.10 Selbstpflegekompetenz	15,0	0,0	15	15	2
2.11 Schmerzmanagement	12,3	6,6	2	30	47
3a Medikamente	13,2	9,1	2	60	65
3b Wundversorgung	17,5	10,1	2	60	64
3c Spezielle Krankenbeobachtung	45,7	28,5	20	120	11
3d Psychiatrische Krankenpflege	37,5	10,6	30	45	2

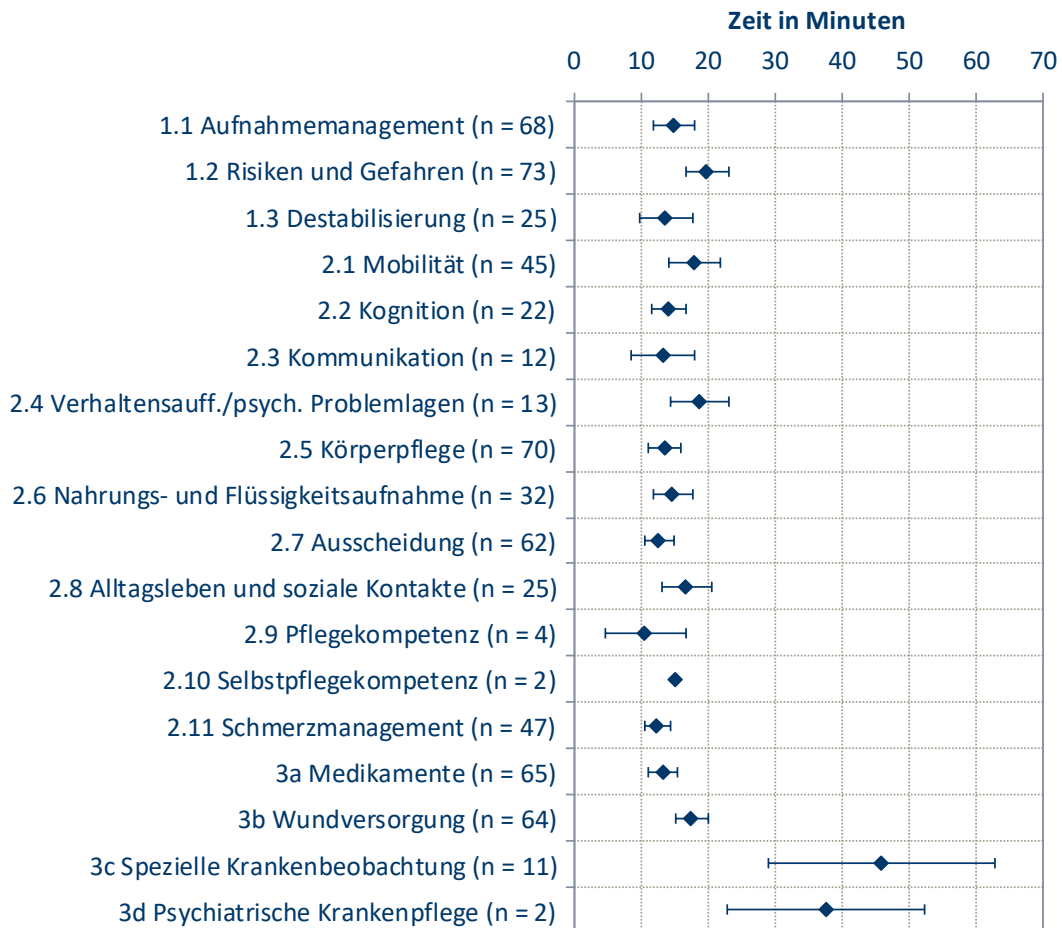
Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Mittelwerte pro Qualitätsaspekt über sämtliche PD mit Angaben zu diesem Qualitätsaspekt.

Abbildung 40 veranschaulicht die ähnliche Prüfdauer der meisten Qualitätsaspekte. Lediglich für „Spezielle Krankenbeobachtung“ und „Psychiatrische Krankenpflege“ zeigt sich eine im Mittel längere Dauer. Die durchschnittlich längere Prüfdauer bei „Spezieller Krankenbeobachtung“ und „Psychiatrischer Krankenpflege“ ist auch mit dem Befund der höheren Schwierigkeit bei der Bearbeitung dieser beiden Qualitätsaspekte konsistent (vgl. Kapitel 3.6.3). Dabei muss allerdings die teilweise geringe Fallzahl beachtet

werden, weshalb die Befunde insbesondere für „Psychiatrische Krankenpflege“ nicht verallgemeinerbar sind.

Abbildung 40: Mittlerer Zeitaufwand pro Qualitätsaspekt in Minuten



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Abbildung zeigt Mittelwert \pm Konfidenzintervall pro Qualitätsaspekt.

Wie in Kapitel 3.6.3 dargelegt, ähneln gewisse Qualitätsaspekte manchen Prüfthemen der bisherigen ambulanten QPR (MDS, 2018a). Tabelle 64 zeigt die Zuordnung der Qualitätsaspekte des neuen Prüfverfahrens zu ähnlichen Prüfthemen in den bisherigen QPR.

Die Prüfer wurden in der Pilot-Software unter Verweis auf die verwandten Prüfthemen des bisherigen Verfahren gebeten einzuschätzen, wie hoch der zeitliche Aufwand für die Qualitätsaspekte mit dem neuen verglichen mit dem bisherigen Prüfverfahren im Durchschnitt ausfallen werden. Dazu erfolgte eine Einschätzung anhand einer fünfstufigen Rating-Skala von *deutlich geringer* bis *deutlich höher*.

Tabelle 58: Ähnliche Prüfthemen im neuen und bisherigen Prüfverfahren

Qualitätsaspekt gem. neuem Prüfverfahren	Prüfthema gem. ambulanter QPR (Anlage 1)
2.1 Mobilität	11. Mobilität (S. 60 ff.)
2.1 Kognition	14. Umgang mit Demenz (S. 65)
2.5 Körperpflege	15. Körperpflege (S. 66 ff.)
2.6 Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme	12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung (S. 62 ff.)
2.7 Ausscheidung	13. Ausscheidung (S. 64 ff.)
2.11 Schmermanagement	5. Qualitätsmanagement (S. 35, Fragen 5.2b-c); 9. Behandlungspflege (S. 48, Fragen 9.22-9.23); 10. Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung (S. 56, Fragen 10.32-10.33)
3a Medikamente	9. Behandlungspflege (S. 47, Fragen 9.16-9.17)
3b Wundversorgung	9. Behandlungspflege (S. 49 ff., Fragen 9.26-9.31)
3c Spezielle Krankenbeobachtung	7. Strukturelle Anforderungen an die spezielle Krankenbeobachtung (S. 39 ff.); 10. Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung (S. 52 ff.)

Quelle: Büscher *et al.*, 2018; MDS, 2018a

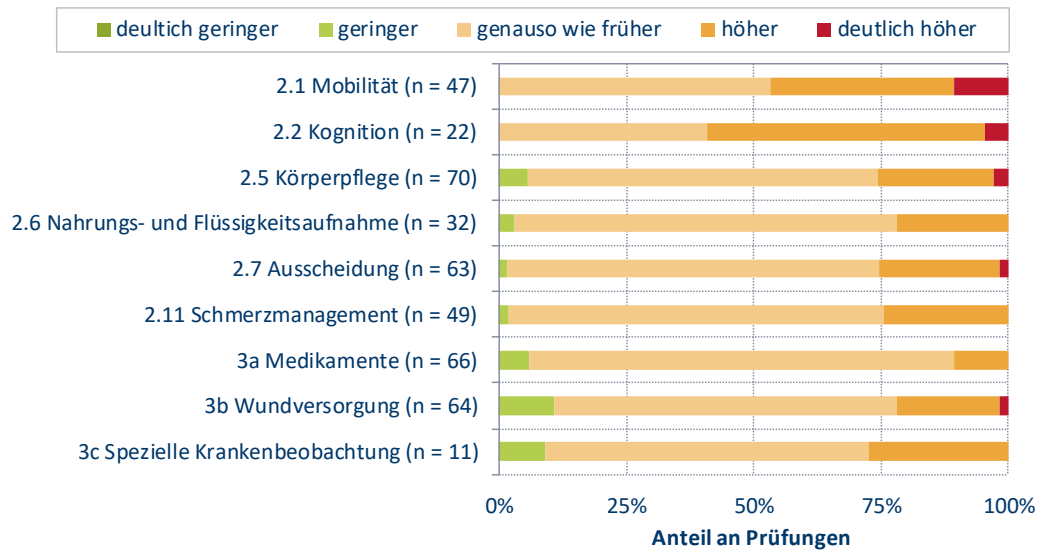
Anmerkung: Seitenzahlen beziehen sich auf MDS, 2018a.

Abbildung 41 zeigt die Angaben der Prüfer zum Vergleich der geschätzten Zeitaufwände zwischen dem neuen und dem bisherigen Prüfverfahren pro Qualitätsaspekt. Für die meisten Qualitätsaspekte wird angegeben, dass die Prüfung mit dem neuen Prüfverfahren genauso viel Zeit einnehmen wird wie mit dem bisherigen Prüfverfahren. Lediglich für die Qualitätsaspekte 2.1 „Mobilität“ und 2.2 „Kognition“ wird in ca. der Hälfte der Fälle angegeben, dass der Aufwand mit dem neuen Prüfverfahren höher ausfallen wird.

Dies ist insofern nachvollziehbar, da das neue Prüfverfahren erstmals die Unterstützung der Mobilität bzw. bei beeinträchtigter Kognition als eigenständige Leistungen abbildet. Hingegen waren in den bisherigen ambulanten QPR solche Leistungen immer nur eingebettet in andere Leistungen prüfbar – entsprechend wird mit den bisherigen QPR dazu weniger geprüft als mit dem neuen Prüfverfahren (vgl. die Ergebnisse zur Abgrenzung verschiedener Leistungen in Kapitel 3.6.1). Dem Inhalt nach sind die Leistungen gemäß den Qualitätsaspekten 2.1 und 2.2 zu den „neueren“ pflegerischen Aufgaben im Zuge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu zählen. Dagegen entsprechen den übrigen Qualitätsaspekten eher „klassische“ Leistungen, die bereits vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Bestandteil des Sachleistungsanspruchs gem. SGB XI bzw. der häuslichen Krankenpflege gem. SGB V waren und eine

größere Ähnlichkeit zu den Prüffthemen des bisherigen Prüfverfahrens aufweisen; daher wird auch deren zeitlicher Aufwand ähnlich eingeschätzt.

Abbildung 41: Zeitaufwand des neuen verglichen mit dem bisherigen Prüfaspect (Einschätzung der Prüfer)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf den Vergleich des Zeitaufwandes für den jeweiligen Qualitätsaspekt im neuen Prüfverfahren bei einem PD (pro PD eine Prüfung) verglichen mit verwandten Prüfaspecten im bisherigen Verfahren. Die Angaben erfolgten durch die verantwortlichen Prüfer auf Einrichtungsebene (insg. n = 76 PD).

3.6.8.5 Dauer von Synthese und Abschlussgespräch

Die verantwortlichen Prüfer wurden auch gebeten Angaben zur Dauer des Synthese- bzw. Abschlussgesprächs in Minuten zu machen. Tabelle 59 zeigt die mittlere Dauer der beiden Gesprächsarten. Sowohl das Synthese- als auch das Abschlussgespräch dauerten im Durchschnitt jeweils ca. eine halbe Stunde; dabei unterscheidet sich die Dauer nicht zwischen den drei Pilotierungsgruppen (ANOVA: $p = ,138$ bzw. $,902$; Tabelle 59). Tabelle 60 zeigt die Dauer der beiden Gesprächsarten getrennt nach Einrichtungstyp (allgemeine, intensivpflegerische und psychiatrische Pflegedienste in Pilotierungsgruppe I). Auch hier findet sich kein Unterschied zwischen den drei Einrichtungstypen ($p = ,486$ bzw. $,507$).

Tabelle 59: Zeitaufwand für Synthese- und Abschlussgespräch in Minuten nach Pilotierungsgruppe (Einschätzung der Prüfer)

		M	SD	Min	Max	n
Gesamt	Synthesegespräch	26,8	14,6	5	90	74
	Abschlussgespräch	32,0	14,3	10	75	74
Pilotierungsgruppe I	Synthesegespräch	25,4	13,8	5	60	39
	Abschlussgespräch	32,6	13,8	10	70	39
Pilotierungsgruppe II	Synthesegespräch	32,9	19,6	10	90	17
	Abschlussgespräch	32,1	15,3	10	60	17
Pilotierungsgruppe III	Synthesegespräch	24,2	8,8	10	40	18
	Abschlussgespräch	30,7	15,0	10	75	18

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Mittelwert über alle PD sowie unterteilt nach Pilotierungsgruppe. In zwei Fällen fehlen die Angaben.

Tabelle 60: Zeitaufwand für Synthese- und Abschlussgespräch in Minuten nach Einrichtungstyp (Einschätzung der Prüfer)

		M	SD	Min	Max	n
Gesamt	Synthesegespräch	25,4	13,8	5	60	39
	Abschlussgespräch	32,6	13,8	10	70	39
Allgemein	Synthesegespräch	22,6	11,2	5	45	19
	Abschlussgespräch	30,8	14,6	10	70	19
Intensiv	Synthesegespräch	28,5	18,4	10	60	10
	Abschlussgespräch	37,0	14,4	15	60	10
Psychiatrisch	Synthesegespräch	27,5	13,6	10	60	10
	Abschlussgespräch	31,5	11,8	15	50	10

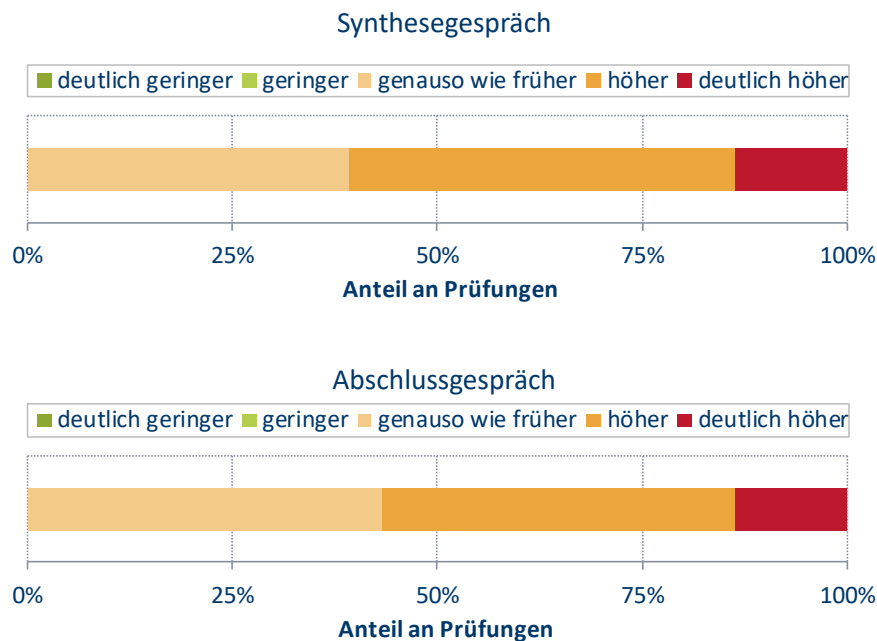
Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Mittelwert über alle PD in Pilotierungsgruppe I sowie unterteilt nach Einrichtungstyp. In einem Fall fehlen die Angaben.

Die Prüfer schätzten ebenfalls den zeitlichen Aufwand des Synthese- bzw. Abschlussgesprächs im Rahmen des neuen verglichen mit dem bisherigen Prüfverfahren. Dazu wurde wieder eine fünfstufige Ratingskala von *deutlich geringer* bis *deutlich höher* genutzt. Abbildung 42 zeigt die Verteilungen der Angaben der Prüfer zu den beiden Gesprächsarten. Die Angaben fallen für beide Gesprächsarten sehr ähnlich aus. Um die 40 Prozent sehen, dass der zeitliche Umfang von Synthese- bzw. Abschlussgespräch mit dem neuen Prüfverfahren

genauso ausfallen wird wie mit dem bisherigen Prüfverfahren. Damit wird aber in etwas mehr als der Hälfte der Fälle angegeben, dass Synthese- und Abschlussgespräch im Rahmen des neuen Prüfverfahrens mehr Zeit in Anspruch nehmen werden als mit dem bisherigen Prüfverfahren.

Abbildung 42: Zeitaufwand für Synthese- bzw. Abschlussgespräch im neuen verglichen mit bisherigem Prüfverfahren (Einschätzung der Prüfer)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Angaben erfolgen zu n = 74 Prüfungen (PD); für jeweils zwei PD fehlen Angaben.

Da sich auch in Bezug auf einzelne Prüfthemen bereits Hinweise ergeben haben, dass die Prüfung mit dem neuen Verfahren mehr Zeit in Anspruch nehmen wird (Abbildung 41), erscheint es plausibel, dass die Prüfer auch für die Besprechung der Prüfergebnisse annehmen, mehr Zeit zu benötigen. Dabei ist jedoch nicht auszuschließen, dass die Einschätzung der Prüfer zur Prüfdauer durch den Neuigkeitswert mancher Prüfthemen beeinflusst wurde; so ist durchaus möglich, dass insbesondere „neuere“ Prüfthemen (v. a. Qualitätsaspekt 2.1, 2.2), aufgrund der bisher geringeren Erfahrung der Prüfer und Pflegedienste mit diesen Themen, mehr Zeit in Anspruch genommen haben. Mit zunehmender Erfahrung und Übung wäre anzunehmen, dass anfängliche Mehraufwände für zunächst ungewohnte Prüfthemen mit der Zeit abnehmen. Allerdings muss auch berücksichtigt werden, dass das neue Prüfverfahren durch seine enge Orientierung am neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und der damit einhergehenden Erweiterung des Spektrums pflegerischer Leistungen tatsächlich mehr Prüfthemen – zumindest auf Ebene der personenbezogenen Prüfung – enthält als das bisherige Prüfverfahren. So ist davon auszugehen, dass der Zeitumfang der Prüfung (inkl. Synthese-/

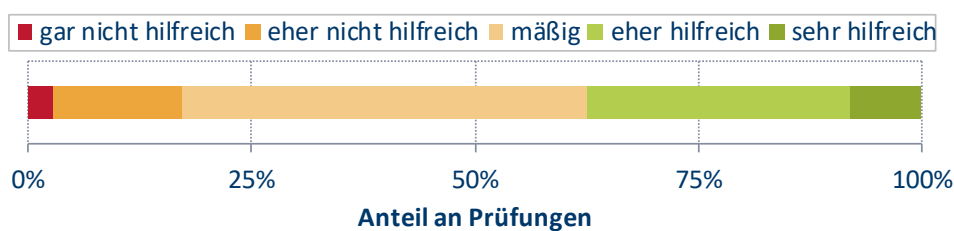
Abschlussgespräch) mit der Anzahl der geprüften Qualitätsaspekte, d. h. der Bandbreite der bei einem Pflegedienst bezogenen Leistungen, zunimmt.

3.6.9 Schulungen

Zur Vorbereitung auf die Pilot-Prüfungen mit dem neuen ambulanten Prüfverfahren erhielten die Prüfer im September 2019 eine zweitägige Schulung (vgl. Kapitel 2.2.3). Da die Schulung der Prüfer zu den neuen stationären QPR – die im wesentlichen dieselben Qualitätsaspekte wie das neue ambulante Prüfverfahren enthalten – zu einem nachgelagerten Zeitpunkt¹⁸ erfolgte, ist davon auszugehen, dass eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Qualitätsaspekten im Rahmen einer Schulung erstmalig in der Pilotierung zum ambulanten neuen Prüfverfahren erfolgte.

Die verantwortlichen Prüfer (vgl. Kapitel 1.3.1) wurden gebeten auf einer fünfstufigen Skala von *gar nicht hilfreich* bis *sehr hilfreich* einzuschätzen, wie hilfreich sie die Schulung in Vorbereitung auf die Pilot-Prüfungen mit dem neuen ambulanten Prüfverfahren empfunden hatten. Die Antworten der Prüfer auf diese Frage sind in Abbildung 43 dargestellt. Demnach empfanden knapp 40 Prozent (36,8 %) die Schulung als *eher hilfreich* bzw. *sehr hilfreich*. Knapp 45 Prozent (44,7 %) geben an, dass die Schulung *mäßig* hilfreich gewesen sei. In 17 (17,1 %) Prozent der Fälle wurde die Schulung als *eher nicht hilfreich* oder *gar nicht hilfreich* empfunden (in einem Fall fehlen die Angaben; 1,3 %).

Abbildung 43: Bewertung der Schulung (Einschätzung der Prüfer)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Angaben erfolgen zu n = 75 Prüfungen (PD); für einen PD fehlen Angaben zur Bewertung der Schulung.

Um genauer zu differenzieren, welche Qualitätsaspekte einen Schulungsbedarf hatten, der über den vorgesehenen zweitägigen Rahmen der Schulung hinausging, wurden die Prüfer auch gebeten für jeden Qualitätsaspekt einzeln anzugeben, inwiefern die Schulung bei der Vorbereitung hilfreich war. Die Einschätzung der

¹⁸ Zeitpunkte für Schulungstermine zu den neuen stationären QPR: Berlin/Brandenburg: Oktober 2019; Baden-Württemberg: Januar 2020; Bayern: November 2019; Hessen: Oktober 2019; Nordrhein: Oktober-Dezember 2019; PKV-Prüfdienst: September 2019 oder früher.

Prüfer pro Qualitätsaspekt sind Tabelle 61 und Abbildung 44 zu entnehmen. Während Tabelle 61 auch die fehlenden Angaben der Prüfer berücksichtigt, zeigt Abbildung 44 die Verteilungen ausschließlich der gültigen Angaben.

Tabelle 61: Bewertung der Schulung zur Vorbereitung auf Qualitätsaspekte

	überhaupt nicht	eher nicht	teils-teils	eher ja	ja, voll und ganz	nicht beantwortbar	fehlende Angaben	Total
1.1 Aufnahmemanagement	3	21	21	24	10	1	5	85
1.2 Risiken und Gefahren	3	15	25	28	11	1	4	87
1.3 Destabilisierung der Versorgungssituation	1	6	13	6	4	1	2	33
2.1 Mobilität	3	9	20	11	8	2	5	58
2.2 Kognition	1	4	4	4	7	-	4	24
2.3 Kommunikation	1	4	1	5	1	-	-	12
2.4 Verhalten/psych. Problemlagen	-	4	4	3	2	-	1	14
2.5 Körperpflege	1	8	17	25	28	1	4	84
2.6 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	-	5	6	10	11	1	4	37
2.7 Ausscheidung	2	9	12	23	23	3	4	76
2.8 Alltagsleben und soziale Kontakte	2	9	7	4	4	-	1	27
2.9 Pflegekompetenz	-	-	4	-	-	-	-	4
2.10 Selbstpflegekompetenz	-	-	2	-	-	-	-	2
2.11 Schmerzmanagement	2	13	8	13	15	5	4	60
3a Medikamente	3	13	17	18	21	4	5	81
3b Wundversorgung	2	16	19	13	19	4	4	77
3c Spezielle Krankenbeobachtung	5	1	4	-	3	1	-	14
3d Psychiatrische Krankenpflege	-	2	-	-	-	-	1	3

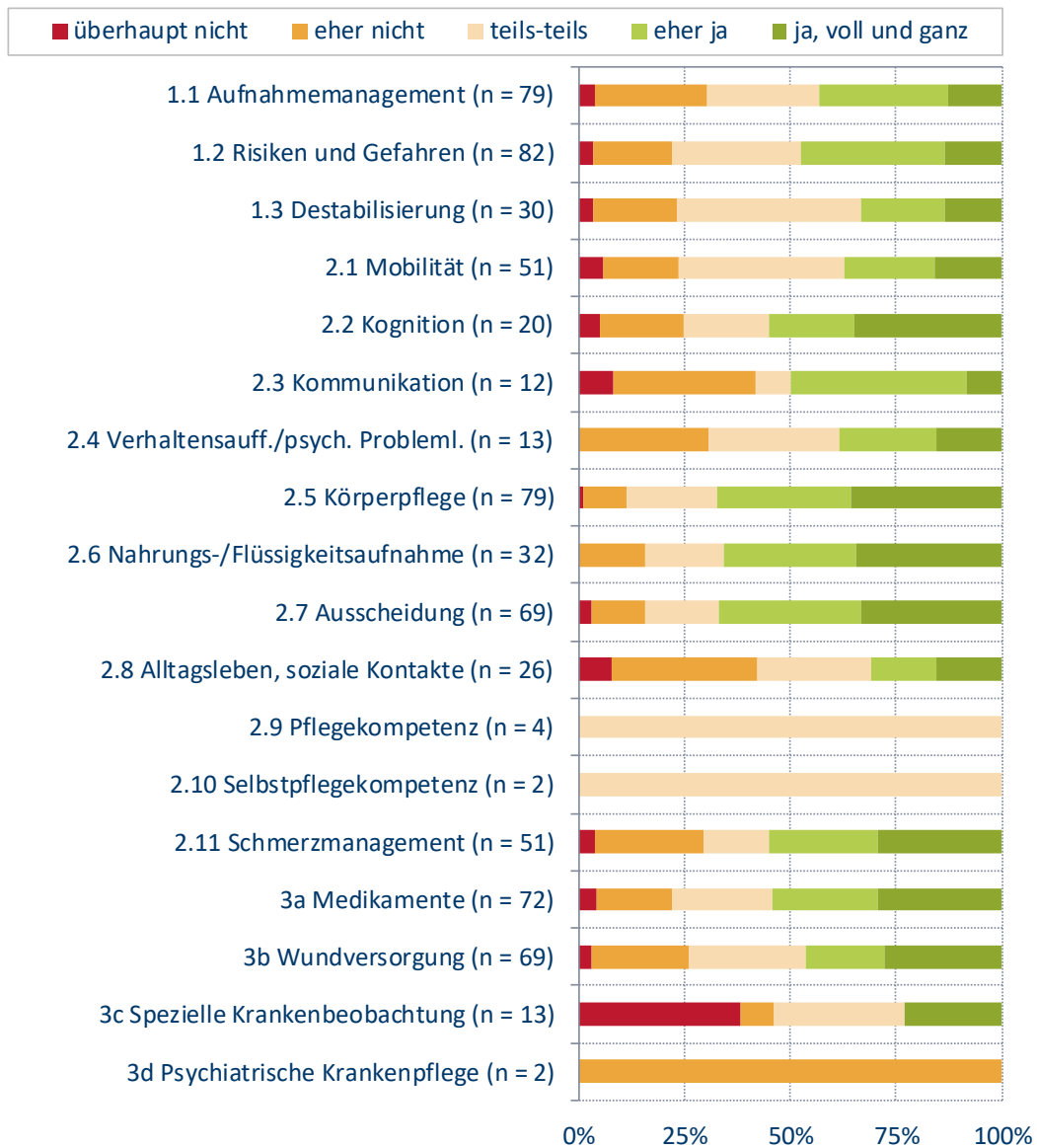
Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „Im Kontext der aktuellen Prüfung, war die Schulung zur Vorbereitung auf diesen Qualitätsaspekt hilfreich?“. Angaben beziehen sich auf insgesamt n = 76 PD. Zu manchen PD liegen Angaben mehrerer Prüfer vor. Insgesamt erfolgen Angaben durch n = 88 Prüfer (n = 64 PD mit Angaben durch einen Prüfer und n = 12 PD mit Angaben durch zwei Prüfer).

Wie in Abbildung 44 zu erkennen ist, wurde die Schulung in Bezug auf die Qualitätsaspekte 2.5 „Körperpflege“, 2.6. „Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“

und 2.7. „Ausscheidung“ als am hilfreichsten bewertet. Da diese Qualitätsaspekte in der Schulung jedoch nicht den größten Anteil einnahmen, sind die Angaben der Prüfer eher so zu interpretieren, dass der relativ geringe Schulungsumfang einem relativ geringen Schulungsbedarf der Prüfer zu diesen Qualitätsaspekten entsprochen hat.

Abbildung 44: Bewertung der Schulung zur Vorbereitung auf Qualitätsaspekte



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „Im Kontext der aktuellen Prüfung, war die Schulung zur Vorbereitung auf diesen Qualitätsaspekt hilfreich?“. Angaben beziehen sich auf insgesamt n = 76 PD und stammen von n = 88 Prüfern. Die Abbildung berücksichtigt nur gültige Angaben zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt.

Bei den übrigen Qualitätsaspekten gibt es dagegen einen Schulungsbedarf, der häufiger über das, was im Rahmen einer zweitägigen Schulung bewerkstelligt werden konnte, hinausgeht. Dabei handelt es sich bei den Qualitätsaspekten mit eher geringem Schulungsbedarf um „klassische“ Leistungen, die bereits vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Bestandteil der pflegerischen Aufgaben waren. Dagegen entspricht der Großteil der Qualitätsaspekte mit höherem Schulungsbedarf eher „neueren“ Leistungen. Die Angaben der Prüfer deuten so daraufhin, dass insbesondere in Bezug auf solche Qualitätsaspekte ein höherer Schulungsbedarf besteht, die Leistungen reflektieren, die erst mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs regulärer Bestandteil pflegerischer Aufgaben geworden sind. Dies ist insofern nachvollziehbar, als dass für Prüfthemen, die auch in den bisherigen ambulanten QPR (MDS, 2018a) noch nicht berücksichtigt sind, deutlich weniger Prüferfahrungen bei den Prüfern vorliegen werden als für „klassische“, bereits länger etablierte Prüfthemen.

Darüber hinaus hatten die Prüfer auch Gelegenheit eigene Verbesserungsvorschläge für zukünftige Schulungen zu formulieren und diese in der Pilot-Software zu dokumentieren. Von den insgesamt $n = 76$ Prüfungen (Pflegediensten) wurden in 46 Fällen Hinweise von den verantwortlichen Prüfern gegeben, wie die Schulung verbessert werden könnte.

Am häufigsten wird ein stärkerer Praxisbezug in Form umfangreicherer gemeinsamer Übungen oder Simulationen von Prüfungen gewünscht ($n = 19$; beispielhafte Zitate: *„Eine Gruppen-Fachdiskussion über beispielhafte Bewertungen wäre für die Durchführung der Prüfung aufschlussreich gewesen“*; *„Anhand eines Beispiels, eine Prüfung vollständig simulieren.“*; *„Mehr Fallbeispiele lösen wäre ggf. hilfreich gewesen.“*; *„Praxisbezug war deutlich zu kurz. Insgesamt zu wenig Zeit für die einzelnen Punkte. Schulung war mit zwei Tagen für Inhalt und EDV deutlich zu kurz.“*; *„Vertiefte Schulung der einzelnen Bereiche. Anhand von Beispielen. Eine Prüfung gemeinsam mit Leben füllen.“*]. Aus diesen Kommentaren geht teilweise bereits hervor, dass der zeitliche Rahmen der Schulung häufig als zu eng empfunden wurde: Insgesamt wird zu $n = 18$ Prüfungen kritisch angemerkt, dass die Schulung mit zwei Tagen einen zu geringen zeitlichen Umfang hatte, um umfänglich auf die Prüfung vorzubereiten [beispielhafte Zitate: *„2 Tage waren für die Masse an Inhalten zu wenig.“*; *„Die Schulung war insgesamt mit zwei Tagen viel zu kurz. Die Verknüpfung der technischen und fachlich inhaltlichen Informationen war nicht hilfreich. Die einzelnen Qualitätsaspekte wurden nur angerissen ohne eine tiefergehende inhaltliche Vertiefung.“*; *„Es wäre ein dritter Schulungstag erforderlich gewesen.“*].

Weitere Verbesserungsvorschläge können ebenfalls vor dem Hintergrund des eng bemessenen zeitlichen Rahmens der Schulung verstanden werden: So wird in $n = 16$ Fällen angegeben, dass sämtliche oder zumindest mehr Qualitätsaspekte in der Schulung hätten ausführlich thematisiert werden sollen [beispielhafte Zitate: *„Alle Bereiche sollten thematisiert werden. Die Inhalte sollten systematisch und verständlich erklärt werden“*; *„Der gesamte Teil der Strukturprüfung wurde in der Schulung nicht angesprochen.“*; *„[...] Es wären noch mehr Fallbeispiele und*

Erläuterungen zu den Themenfeldern ‚Kognition‘, ‚Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen‘ sowie ‚Alltagsleben und soziale Kontakte‘ hilfreich gewesen.“; „In Bezug auf intensivpflichtige/ beatmungspflichtige Personen wurde in der Schulung nicht ausreichend dargelegt, welche Qualitätsaspekte genau zu prüfen sind.“]. In der Tat konnten aufgrund des engen zeitlichen Rahmens nicht sämtliche Qualitätsaspekte umfänglich und detailliert besprochen werden, sondern es wurden nur einzelne Qualitätsaspekte exemplarisch vertieft – dies führte offenbar bei manchen Prüfern zu der Wahrnehmung, dass bestimmte Prüfungsteile gar nicht angesprochen worden seien (vgl. v. a. letztes Zitat).

In n = 8 Fällen wird angemerkt, dass das Stichprobenverfahren detaillierter hätte besprochen und eingeübt werden sollen [beispielhafte Zitate: *„Eine ausführlichere Erklärung der Stichprobenziehung unter Anwendung der Ersatzregeln wäre hilfreich gewesen.“; „Für mich besteht ein Verbesserungsbedarf bei der Zuordnung von versorgten Personen zu den Subgruppen und hier genau für die Frage, was bedeutet ‚erhebliche Beeinträchtigung der Mobilität‘.“; „[...] beispielhafte Stichprobenerhebung. Hier gab es unterschiedliche Sichtweisen zwischen den Prüfern und den Einrichtungsvertretern. Nach Angabe der Einrichtungsvertreter sei im Rahmen der Schulung geäußert worden, dass nur sechs Personen in die Stichprobe einbezogen werden, wenn in den Gruppen A, B und C bereits die aufwändigen HKP-Leistungen abgebildet sind.“]. Dies verweist wiederholt auf die bereits in Kapitel 3.2 im Detail dargestellten Schwierigkeiten bei der Anwendung des neuen Stichprobenverfahrens. Obwohl Prüfer und Pflegedienste in den Schulungs- bzw. Einweisungsveranstaltungen dieselbe Information erhielten, wurde diese doch – zumindest teilweise – unterschiedlich verstanden (es wurde nicht mitgeteilt, dass nur sechs Personen in die Stichproben einzuschließen wären, wenn Personen mit aufwändigeren HKP-Leistungen bereits unter Personen aus den Gruppen a, b und c sind). Solch unterschiedliches Verständnis bis hin zu eindeutigen Missverständnissen gehen vermutlich auf die Fülle an Informationen und die Komplexität des Vorgehens zurück, die in dem zeitlich eng gefassten Rahmen der Schulungs- bzw. Einweisungsveranstaltungen vermittelt und nachvollzogen werden mussten.*

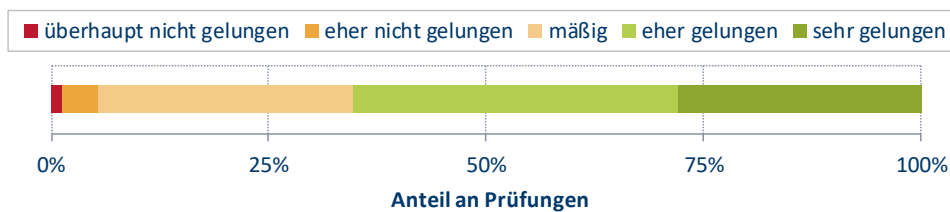
3.6.10 Pilot-Software

Im Rahmen der Pilotierung wurde erstmals eine technische Umsetzung des neuen Prüfverfahrens realisiert. Um mögliche Hinweise für zukünftige Software-Lösungen zu erhalten, wurden die Prüfer gebeten einzuschätzen, wie gelungen sie die Umsetzung in der Pilot-Software insgesamt fanden und, ob sie Verbesserungsvorschläge für zukünftige Software-Lösungen hätten. Die Angaben wurden von den verantwortlichen Prüfern (vgl. Kapitel 1.3.1) für jede Prüfung separat erhoben, so dass sich insgesamt n = 76 Situationen (Fälle) ergeben, in denen Angaben gemacht werden konnten.

Abbildung 45 zeigt die Angaben der Prüfer zur Bewertung der Pilot-Software auf einer fünfstufigen Rating-Skala von *überhaupt nicht gelungen* bis *sehr gelungen*.

Wie zu erkennen ist, wurde die Pilot-Software in der Mehrheit der Fälle als *eher gelungen* oder *sehr gelungen* bewertet (64,5 %). Etwas weniger als ein Drittel beurteilen die Pilot-Software als *mäßig* gelungen (28,9 %). Die Angabe, dass die Pilot-Software *eher nicht gelungen* oder *überhaupt nicht gelungen* sei, findet sich nur in einer kleinen Minderheit der Fälle (5,3 %).

Abbildung 45: Bewertung der Pilot-Software (Einschätzung der Prüfer)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Angaben erfolgen zu n = 75 Prüfungen (PD); für eine Prüfung fehlen Angaben zur Bewertung der Schulung.

In n = 38 Fällen geben die Prüfer Hinweise auf mögliche Schwachstellen bzw. Verbesserungspotenziale der Pilot-Software. Am häufigsten wird angegeben, dass Schrift, Textfelder oder Laptops zu klein gewesen seien bzw. die Pilot-Software visuell zu unübersichtlich gewesen sei¹⁹ (n = 18) [beispielhafte Zitate: „Die Eingaben in die Textfelder sind sehr zeitaufwendig aufgrund zu kleiner Textfelder ohne Zoom-Möglichkeit. Dadurch ergibt sich ein erhöhter Zeitaufwand im Rahmen der Nacharbeit [...]“; „größere Schrift - Anordnung der Items übersichtlicher gestalten“; „Die Textfelder sind teilweise zu klein, beziehungsweise müssten sich diese automatisch anpassen.“; „[...] Die Schriftgröße ist zu klein, die Tastatur des Laptops ebenso [...]“; „[...] Die Baustruktur ist zum Teil verwirrend, hier sollten zur besseren Übersicht, auf welcher Ebene man sich befindet unterschiedliche Aufzählungszeichen verwendet werden. Die nicht zu bearbeitenden Textfelder lassen sich sehr schlecht lesen (schlechte Graustufenfarbe). Zusammenfassung sollte besser gegliedert visualisiert sein.“].

In n = 14 Fällen erfolgen Kommentare, die eher auf mögliche Kritikpunkte am Instrument als Unzulänglichkeiten der technischen Umsetzung hinweisen [beispielhafte Zitate: „[...] nochmal überdenken bitte, ob inhaltlich im Bereich 1.2 tatsächlich bei allen versorgten Personen (die nur mit HKP) der Bereich zu prüfen ist [...]“; „Besondere Bedarfskonstellationen (z. B. Ernährungszustand) werden nicht abgebildet, wenn keine Leistungen vereinbart sind.“; „Der gesamte Bereich für Personen mit Ziffer 24 der HKP-Richtlinie wird in der Pilot-Software nicht ausreichend berücksichtigt. Die Anforderungen für beatmungspflichtige Personen, welche derzeit zu beachten sind (Kapitel 10 und Kapitel 7) wird in der Pilotsoftware

¹⁹ Die Pilot-Software befand sich auf einem Laptop mit einem Bildschirm von 29 cm Durchmesser; bei einer Skalierung des Bildschirms auf 100 % entspricht das einer Schriftgröße in der Pilot-Software von mindestens 12 pt.

nicht vollständig abgebildet.“; „[...] Der Bereich der außerklinischen Intensivpflege erscheint stark unterrepräsentiert [...]. Das komplette Kapitel 10 der aktuellen Prüfstruktur findet nur unzureichend Beachtung. [...]“; „[...] Schwierig war für den [...] Prüfer die Kategorisierung nach C oder D-Bewertung, da die Anleitung hierzu keine konkreten Angaben macht. Schwierig ist die Aufnahme jeder einzelnen ärztlichen Verordnung, hier sollte es die Möglichkeit geben die Verordnungen alle an einer zentralen Stelle aufzunehmen und danach die einzelnen Bereiche (z. B. Medikamente, Injektion oder Verbände) zu beschreiben. Weiterhin bestand die Schwierigkeit zur Bewertung des Aufnahmemanagements, da die Einrichtung hierzu keine Verfahrensweisung hat. Nach Angaben der Einrichtungsvertreter ist dies nicht Bestandteil der Vergütung und wird somit nicht oder nur unzureichend durchgeführt. Das hat die Prüfer verunsichert und die Bewertung etwas erschwert. [...]“; „[...] Viele [...] Auffälligkeiten müssen [...] per Hand erfasst werden. [...]“; „Zur Beschreibung der Mobilität könnte ein Verfahren wie stationär genutzt werden, da die Beschreibung im Freitext zeitaufwändig ist. Im Bereich der Ernährung wird nicht mehr nach dem Ernährungszustand gefragt. In der Stichprobe befanden sich Menschen mit Unter- und Übergewicht. Eine Darstellung, wie bisher, erscheint wichtig. Entsprechend des Expertenstandard, soll die Einrichtung regelmäßige Aussagen hierzu treffen. Wenn dieser nicht mehr erfragt und bewertet wird, besteht die Gefahr, dass diese Basisinformationen vielleicht gar nicht mehr erhoben werden.“].

In n = 12 Fällen wird angegeben, dass es der Übersichtlichkeit zuträglich gewesen wäre, wenn die Prüfer die Möglichkeit gehabt hätten, sich die Angaben zu einer Prüfung in einer Art Gesamtschau anzusehen [beispielhafte Zitate: „[...] Eine sinnvolle Lösungsmöglichkeit wäre hier die selbständige Erstellung einer PDF-Datei des Prüfberichtes gewesen, um den Aufwand im Rahmen der Eingaben und Nacharbeit zu verringern. [...]“; „Vorschaubericht erstellen - die Korrektur, vor allem des Berichts des Teammitgliedes, wäre somit erleichtert bzw. erst möglich [...] es sollte über eine Offline-Version hierzu nachgedacht werden (Daten mit USB-Stick an den Prüfer, der für den Bericht zuständig ist, weiterleiten für das Abschlussgespräch) [...]“; „[...] Möglichkeit zur Erstellung einer PDF des Prüfberichtes um den Bericht im Gesamten besser hinsichtlich der Richtigkeit der getätigten Eingaben überprüfen zu können [...]“; „[...] Es gibt nicht die Möglichkeit im PC-Programm den Prüfbericht in einer komplett Ansicht darzustellen, man muss immer wieder in die einzelnen Abschnitte zurück gehen, um festzustellen, ob die getroffenen Aussagen plausibel sind. [...]“; „Es wäre wünschenswert, wenn sich die einzelnen Ergebnisbögen nach dem Ausfüllen in einer Art ‚Fließtext‘ darstellen ließen, dies würde einen deutlich besseren Überblick ermöglichen und sich ggf. bedingende Qualitätsdefizite könnten besser und schneller erkannt werden. [...]“]. Tatsächlich enthielt die Software keine solche Gesamtansicht, z. B. in Form einer (vorläufigen) Berichtsfunktion. Eine Berichtsfunktion wurde nur außerhalb der Pilot-Software für die Erstellung der Prüfberichte bei IGES implementiert. Da die Erstellung und der Versand der Prüfberichte im Rahmen der Pilotierung durch IGES übernommen wurde, sah man zum Zeitpunkt der Software-Entwicklung keinen Anlass auch den Prüfern eine solche Funktion zur Verfügung zu stellen. Auch wurde

aus datenschutzrechtlichen Gründen bewusst darauf verzichtet, dass die Prüfer sich ein eigenes Ausgabedokument erstellen.

In $n = 7$ Fällen verweisen die Kommentare auf kleinere ergonomische Schwierigkeiten der Pilot-Software [beispielhafte Zitate: „[...] Wenn der Personenbogen später noch einmal geöffnet wird, erscheint unter ‚Angaben zur Prüfung, Datum des Hausbesuches‘ das tagesaktuelle Datum, d. h. das ursprüngliche Datum wird überschrieben. [...]“; „[fehlende] Möglichkeit einen falsch angelegten Personenbogen zu löschen“; „Die Möglichkeit, aktiv zu speichern. Schwierig finde ich, dass sich die Pflegeeinrichtung nicht automatisch speichert nach der letzten Bearbeitung. So muss die gewünschte Pflegeeinrichtung nach jeder Synchronisation aus dem Auswahlfeld neu angeklickt werden.“; „In der Software passiert es in der Prüfungssituation leicht, dass eine andere Person im oberen Feld angeklickt ist. Da die Software nicht auf den Beginn der geprüften Person zurückklickt, sondern in dem Bereich der letzten bearbeiteten Person bleibt, kommt es leicht zu Falscheintragungen.“]. Diese Kommentare hängen weniger mit Fehlern (bugs) der technischen Umsetzung zusammen als mit einer geringeren Nutzerfreundlichkeit bzw. fehlenden Nutzereinsicht: So wurde das Datum nicht automatisch überschrieben, sondern wurde immer dann auf das tagesaktuelle Datum gesetzt, wenn die Prüfer das Datum zuvor nicht aktiv ausgewählt hatten. Die Prüfer hatten zudem keine Möglichkeit eine Person selbst zu löschen; eine Löschung konnte nur durch IGES vorgenommen werden. Dies hatte den Grund, dass unnötige Datenverluste durch versehentliche Löschung vermieden werden sollten. Eine aktive Speicherung der Daten entfiel, da Einträge in der Software automatisch gespeichert wurden; solange man die App geöffnet und den Laptop im Standby Modus hielt (kein Schließen der App, kein Herunterfahren, sondern einfaches Zuklappen des Laptops) wurde weiterhin dieselbe Einrichtung angezeigt, an der man zuletzt gearbeitet hatte.

In $n = 7$ Fällen deuten die Kommentare auf Missverständnisse der Prüfer von Anweisungen im Rahmen der Pilotierung, sind so nicht als Mängel der technischen Umsetzung zu werten [beispielhafte Zitate: „[...] Dass die Personen bereits im Vorfeld den Prüfern zugeordnet werden müssen, empfinde ich als nicht so gelungen. Diese verbindliche Zuordnung stellt eine potenzielle Fehlerquelle dar, die vermeidbar wäre, wenn eine ‚freie Wahl‘ möglich wäre (so wie bisher). [...]“; „In der Software wäre ein Textfeld für persönliche Notizen unter den einzelnen Qualitätsaspekten hilfreich, um die Inhalte der geführten Gespräche [...] zu vermerken.“; „[...] die Darstellung ist insgesamt unübersichtlich - wobei ich denke, es ist besser, wenn die Bewertungsfragen wegfallen [...]“; „Große technische Schwierigkeiten. Bei der Synchronisierung konnte ich als aktiver Prüfer die Ergebnisse der Schatten- und Wiederholungsprüfer einsehen. Dafür nicht die Ergebnisse meiner aktiven Prüfpartnerin.“]. Missverständnisse bestanden in Bezug auf diese beispielhaften Kommentare dahingehend, dass Prüfer den Personen nicht fest zugewiesen werden mussten (es war lediglich darauf zu achten, dass in den Schatten- und Wiederholungsprüfungen die zugewiesenen Nummern der Personen eine eindeutige Zuordnung der Einträge zu denselben versorgten

Personen erlaubten); dass nicht immer verstanden wurde, dass das Feld „Informationserfassung“ für Notizen aus Gesprächen genutzt werden kann bzw. sollte; dass die Bewertungsfragen nicht Teil des regulären Prüfverfahrens sind; und dass die richtigen Teams durch alle Teamkollegen ausgewählt sein müssen, damit die Angaben dem verantwortlichen Prüfer korrekt angezeigt werden (Team 1: aktiver Prüfer; Erstprüfer; Team 2: Schattenprüfer; Zweit-/Wiederholungsprüfer).

Weitere Kommentare verweisen auf Spezifika im Rahmen der Pilotierung (n = 6), die ebenfalls nicht als Mängel der technischen Umsetzung zu werten sind [beispielhafte Zitate: „[...] Empfehlung von Maßnahmen sollte für alle Prüfer möglich [sein]. Nicht nur für den Prüfer, der für den Prüfbericht verantwortlich ist [...]“; „[...] Es wäre sinnvoll gewesen, wenn der Prüfer, der nicht für den Gesamtbericht verantwortlich ist, selbständig Empfehlungen zu festgestellten Qualitätsdefiziten tätigen könnte, damit die Individualität der gutachterlichen Bewertung und Empfehlung nicht verloren geht“; „Auf Ebene der personenbezogenen Prüfung (Prüfumfang) wäre es aus Verständnisgründen besser, wenn hier EDV-technisch eine Eingabemöglichkeit vorhanden wäre. Denn wenn die Leistungskomplexe SGB XI eingegeben werden könnten, die zur weiteren Bearbeitung des Bereichs 2 genutzt werden, kann der Gegenleser direkt abgleichen, ob eine Bearbeitung im richtigen Themenfeld erfolgt ist.“]. Die Entwicklung und Dokumentation von Empfehlungen sind laut Abschlussbericht zwar Bestandteil des Prüfberichts, es wird aber nicht definiert, an welcher Stelle des neuen Verfahrens sie zu formulieren und zu dokumentieren sind (Büscher et al., 2018, Anhang 1, S. 19). In die Pilot-Software wurde ein Feld für Empfehlungen eingefügt, das auf Einrichtungsebene durch den verantwortlichen Prüfer auszufüllen war – diese Lösung wird von einigen Prüfern bemängelt. Bezüglich der Dokumentation vereinbarter Leistungen für den Bereich 2 (i. d. R. Leistungskomplexe) sieht das Prüfinstrument dies nicht vor; diese Abfrage wurde im Rahmen der Pilotierung als Bewertungsfrage eingebaut, damit analysiert werden kann, welche Leistungsvereinbarung die Prüfung welches Qualitätsaspekts auslöst (vgl. Kapitel 3.6.1).

In n = 6 Fällen wird angeregt, dass Textbausteine oder Ausfüllhilfen die Arbeit mit der Software erleichtern würden [beispielhafte Zitate: „Anlegen von Textbausteinen leider nicht möglich. [...] Informationssammlungs-/ Erläuterungsfelder zu den einzelnen Themen: hier wären Ausfüllhilfen sehr hilfreich [...]“; „Die Anleitung bzw. der Demo-Prüfbericht war nicht immer hilfreich, da nicht klar war wie der Prüfbericht vom Aufbau her aussehen kann/soll.“; „Beispiel eines komplett ausgefüllten Bogens auf Basis eines Fallbeispiels, um eine doppelte Dokumentation innerhalb der Freitextfelder zu vermeiden.“].

In n = 4 Fällen wird kritisch angemerkt, dass mit Zuweisung der Prüferrolle eine Einschränkung der in der Pilot-Software einsehbaren Bereiche erfolge [beispielhafte Zitate: „Das Einsehen der Stichprobe sollte auch für den Prüfer ersichtlich sein, der für den Prüfbericht verantwortlich ist.“; „[...] Der Hauptprüfer hat keine Möglichkeit z. B. Rechtschreibfehler des Mitprüfers zu korrigieren. [...]“].

Zu diesen Kommentaren sind auch solche hinzuzuzählen, die bemängeln, dass Empfehlungen nur durch den verantwortlichen Prüfer verfasst werden können.

3.7 Praktikabilität aus Sicht der Pflegedienste

In Ergänzung der Perspektive der Prüfer, wurden auch die Pflegedienste zur Praktikabilität des neuen Prüfverfahrens befragt. Die Befragung erfolgte in Form zweier Online-Fragebögen, wobei der erste Fragebogen direkt nach Abschluss der Pilot-Prüfung beantwortet wurde und der zweite Fragebogen nach Erhalt des Prüfberichts.

Die von den Pflegediensten zu bewertenden Aspekte der Praktikabilität entsprechen einem Auszug aus denen, die auch von den Prüfern bewertet wurden. Da bestimmte Sachverhalte allerdings nur aus Sicht der Prüfer zu beurteilen sind, ergibt sich für die Pflegedienste insgesamt eine etwas geringere Anzahl zu bewertender Praktikabilitätsaspekte.

Die beiden Online-Fragebögen wurden von allen Pflegediensten beantwortet, die an einer Pilot-Prüfung teilnahmen (n = 76), d. h. der Rücklauf betrug 100 Prozent.

3.7.1 Ermittlung des Prüfumfangs

Die Pflegedienste wurden nach ihrer Einschätzung gefragt, wie schwierig es war festzustellen, welche Qualitätsaspekte in Prüfbereich 2 zu prüfen waren. Ferner beurteilen die Pflegedienste, ob bei der Feststellung des Prüfumfangs zwei Grundsätze der Qualitätsprüfung in der ambulanten Pflege berücksichtigt wurden. Diese lauten:

- I. Im Rahmen der personenbezogenen Prüfung sind bei SGB XI-Leistungen nur Aspekte zu bewerten, die tatsächlich Teil einer Leistungsvereinbarung sind.
- II. Im Rahmen der personenbezogenen Prüfung sind nur Aspekte zu bewerten, die tatsächlich durch den Pflegedienst beeinflusst werden können.

3.7.1.1 Schwierigkeit der Ermittlung des Prüfumfangs in Prüfbereich 2

Den Pflegediensten wurde in der ersten Online-Befragung eine Liste sämtlicher Qualitätsaspekte in Bereich 2 gezeigt. Zu jedem der Qualitätsaspekte war anzugeben, als wie schwer es der Pflegedienst in der Pilot-Prüfung erlebt hatte, zu bestimmen, ob zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt Leistungen nach SGB XI vereinbart waren. Die Angaben der Pflegedienste sind Tabelle 62 und Abbildung 46 zu entnehmen. Während Tabelle 62 auch Fälle mit fehlenden Angaben bzw. der Angabe „nicht relevant“ berücksichtigt (schließlich kann es sein, dass ein Qualitätsaspekt bei einer Prüfung nicht vorkam), zeigt Abbildung 46 nur die gültigen Angaben auf einer fünfstufigen Rating-Skala von *sehr leicht* bis *sehr schwierig*.

Für die Qualitätsaspekte 2.3 „Kommunikation“, 2.4 „Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen“, 2.6 „Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“, 2.8 „Alltagsleben und soziale Kontakte“, 2.9 „Pflegekompetenz“ und 2.10 „Selbstpflegekompetenz“ findet sich relativ häufig die Angabe, dass sie „nicht relevant“ gewesen seien. Diese Angaben zeigen relativ gute Übereinstimmung mit den Prüfungsdaten (vgl. Abbildung 14), wonach die genannten Qualitätsaspekte den am seltensten geprüften Qualitätsaspekten in Bereich 2 entsprechen.

Tabelle 62: Schwierigkeit der Ermittlung prüfungsrelevanter Qualitätsaspekte

	sehr leicht	eher leicht	mäßig	eher schwierig	sehr schwierig	nicht relevant	weiß nicht
	n	n	n	n	n	n	n
	%	%	%	%	%	%	%
2.1 Mobilität	18 23,7 %	33 43,4 %	11 14,5 %	5 6,6 %	4 5,3 %	5 6,6 %	-
2.2 Kognition	11 14,5 %	26 34,2 %	20 26,3 %	9 11,8 %	3 3,9 %	7 9,2 %	-
2.3 Kommunikation	15 19,7 %	27 35,5 %	9 11,8 %	10 13,2 %	2 2,6 %	11 14,5 %	2 2,6 %
2.4 Verhalten/psych. Problemlagen	13 17,1 %	11 14,5 %	14 18,4 %	11 14,5 %	6 7,9 %	20 26,3 %	1 1,3 %
2.5 Körperpflege	44 57,9 %	25 32,9 %	5 6,6 %	0 0,0 %	0 0,0 %	2 2,6 %	-
2.6 Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme	29 38,2 %	24 31,6 %	8 10,5 %	3 3,9 %	2 2,6 %	10 13,2 %	-
2.7 Ausscheidung	30 39,5 %	28 36,8 %	7 9,2 %	6 7,9 %	2 2,6 %	3 3,9 %	-
2.8 Alltagsleben und soziale Kontakte	12 15,8 %	17 22,4 %	17 22,4 %	10 13,2 %	6 7,9 %	14 18,4 %	-
2.9 Pflegekompetenz	10 13,2 %	25 32,9 %	13 17,1 %	14 18,4 %	4 5,3 %	10 13,2 %	-
2.10 Selbstpflegekompetenz	10 13,2 %	20 26,3 %	19 25,0 %	14 18,4 %	4 5,3 %	9 11,8 %	-
2.11 Schmerzmanagement	25 32,9 %	23 30,3 %	17 22,4 %	6 7,9 %	1 1,3 %	4 5,3 %	-

Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

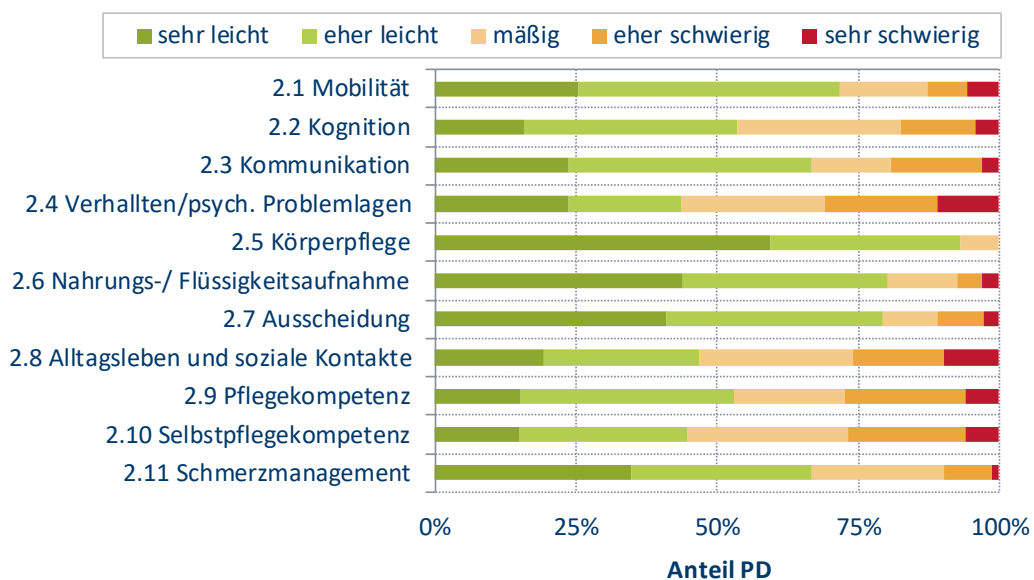
Anmerkung: Zeilenprozent. Häufigkeit (n); Anteil (%).

Aus der Verteilung der Antworten der Pflegedienste in Abbildung 46 ist ersichtlich, dass die „klassischen“ Qualitätsaspekte 2.5, 2.6 und 2.7 aus Sicht der Pflegedienste nur selten mit Schwierigkeiten bei der Bestimmung prüfrelevanter Leistungen

einhergingen. Nach Einschätzung der Pflegedienste ergaben sich die größten Schwierigkeiten bei 2.2 „Kognition“, 2.4 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“, 2.8 „Alltagsleben und soziale Kontakte“, 2.9 „Pflegekompetenz“ und 2.10 „Selbstpflegekompetenz“. Die häufige Nennung von 2.2, 2.4 und 2.8 entspricht auch der Angaben der Prüfer, dass es bei diesen Qualitätsaspekten mit am schwierigsten war zu bestimmen, ob eine vereinbarte Leistung vorlag (vgl. Kapitel 3.6.1, Abbildung 22).

Die beiden Qualitätsaspekte 2.9 und 2.10 zur (Selbst-) Pflegekompetenz wurden von den Prüfern in Zusammenhang der Ermittlung prüfrelevanter Leistungen allerdings nicht zu den schwierigsten gezählt. Es finden sich bei den Prüfern jedoch Hinweise auf Schwierigkeiten bei der Bewertung (Kapitel 3.6.3, Abbildung 26) und Nachvollziehbarkeit dieser Qualitätsaspekte (Kapitel 3.6.4). Zwar wurden die Qualitätsaspekte 2.9 und 2.10 nur sehr selten geprüft (bei nur $n = 4$ bzw. $n = 3$ Personen und $n = 4$ bzw. $n = 2$ Pflegediensten, vgl. Abbildung 7 und Abbildung 14); in den wenigen Fällen aber, in denen sie geprüft wurden, wurde von den Prüfern häufig angegeben, dass die Bewertung als mindestens *mäßig schwierig* empfunden wurde (vgl. Abbildung 26) bzw. die Qualitätsaspekte nur eingeschränkt nachvollzogen werden konnten (vgl. Abbildung 77 bis Abbildung 81). Es ist anzunehmen, dass bei der Bewertung durch die Pflegedienste ähnliche Probleme bei der Nachvollziehbarkeit der Qualitätsaspekte im Vordergrund standen.

Abbildung 46: Schwierigkeit der Ermittlung prüfungsrelevanter Qualitätsaspekte



Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Anteil (%) an PD mit gültigen Angaben (ohne *weiß nicht*).

3.7.1.2 Einhaltung der Grundsätze der Prüfungen

Die Pflegedienste wurden gebeten einzuschätzen, inwiefern bei der Prüfung von SGB XI-Leistungen dem Grundsatz gefolgt wurde, dass die in Bereich 2 aufgeführten Qualitätsaspekte nur dann in die Prüfung einbezogen wurden, wenn sie Bestandteil des durch einen Vertrag geregelten Auftrags des Pflegedienstes waren (vgl. Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 6). Tabelle 63 zeigt die Einschätzungen der Pflegedienste zu dieser Frage (Wortlaut in Online-Befragung: „Sind Ihrer Meinung nach im Rahmen der aktuellen personenbezogenen Prüfung bei SGB XI-Leistungen mit dem neuen Prüfverfahren ausschließlich Aspekte bewertet worden, die Gegenstand einer Leistungsvereinbarung waren?“).

Etwas mehr als die Hälfte der Pflegedienste gibt an, dass diesem Grundsatz entsprochen werden konnte. Ein immer noch beachtlicher Anteil von 40 Prozent meint allerdings, dass dies nicht immer der Fall gewesen sei.

Tabelle 63: Bewertung ausschließlich aufgrund von Leistungsvereinbarungen

	Häufigkeit (n)	Anteil (%)
ja	40	52,6 %
nein	30	39,5 %
nicht relevant	4	5,3 %
weiß nicht	2	2,6 %
insgesamt	76	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Spaltenprozent. Antworten auf Frage: Sind Ihrer Meinung nach im Rahmen der aktuellen personenbezogenen Prüfung bei SGB XI-Leistungen mit dem neuen Prüfverfahren ausschließlich Aspekte bewertet worden, die Gegenstand einer Leistungsvereinbarung waren?

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Frage, inwiefern dem Grundsatz gefolgt wurde, dass ausschließlich Qualitätsaspekte bei der Prüfung berücksichtigt wurden, die innerhalb der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegedienste liegen (vgl. Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 8-9). Tabelle 64 zeigt die Antworten der Pflegedienste auf diese Frage (Wortlaut in Online-Befragung: „Sind Ihrer Meinung nach im Rahmen der aktuellen personenbezogenen Prüfung mit dem neuen Prüfverfahren ausschließlich Aspekte bewertet worden, die eindeutig durch Sie als Pflegedienst beeinflussbar sind?“). Hier sind es ebenfalls 40 Prozent, die verneinen, dass diesem Grundsatz immer gefolgt wurde.

Tabelle 64: Bewertung ausschließlich beeinflussbarer Aspekte

	Häufigkeit (n)	Anteil (%)
ja	41	53,9 %
nein	30	39,5 %
weiß nicht	5	6,6 %
insgesamt	76	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Spaltenprozent. Antworten auf Frage: Sind Ihrer Meinung nach im Rahmen der aktuellen personenbezogenen Prüfung mit dem neuen Prüfverfahren ausschließlich Aspekte bewertet worden, die eindeutig durch Sie als Pflegedienst beeinflussbar sind?

In den Feedback-Veranstaltungen wurden die Pflegedienste gebeten nochmals Stellung zu beziehen, wie sie zu der Einschätzung gelangt waren, dass den beiden Grundsätzen – 1. Vorliegen von Leistungsvereinbarungen bei SGB XI-Leistungen und 2. Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten – nicht immer entsprochen werden konnte. Die Diskussionen dazu kreisten allerdings um Bereich 1, der unabhängig von vereinbarten (und verordneten) Leistungen zu prüfende Aspekte umfasst. Für den Bereich 1 ist der erste Grundsatz (Leistungsvereinbarung bei SGB XI-Leistungen) streng genommen unerheblich. Dass er dennoch von den Pflegediensten auch auf Bereich 1 angewendet wurde, folgt einer ähnlichen Argumentation, wie sie bereits von den Prüfern skizziert wurde, wonach übergeordnete Qualitätsaspekte aus Bereich 1 bei Personen, die ausschließlich SGB V-Leistungen bei der Einrichtung beziehen, nicht in gleicher Weise geprüft werden können wie bei Personen, die (auch) SGB XI-Leistungen beziehen (vgl. Kapitel 3.6.3).

Die Diskussion der Pflegedienste in diesem Zusammenhang fokussierte insbesondere auf die Qualitätsaspekte 1.1. „Aufnahmemanagement“ und 1.2 „Risiken und Gefahren“. Nach Aussage der Pflegedienste sei eine „SGB XI-Beratung“ nicht Teil der ärztlichen Verordnung und könne daher bei reinen SGB V-Kunden unter den Qualitätsaspekten 1.1 und 1.2 nicht in gleichem Umfang eingefordert werden wie bei SGB XI-Kunden. Soweit sich die Diskussion auch außerhalb des Bezugs reiner SGB V-Leistungen bewegte, schilderten die Pflegedienste, dass manche Prüfer moniert hätten, dass erfolgte Beratungen aus der Dokumentation nicht nachvollziehbar gewesen wären. Hier habe den Prüfern allein die mündliche Aussage der Pflegedienste nicht immer gereicht.

Die Pflegedienste sollten zudem einschätzen, inwiefern die Einhaltung der Grundsätze mit dem neuen Prüfverfahren schwerer oder leichter fällt als mit dem bisherigen Prüfverfahren. Dies sollte eine bessere Einschätzung ermöglichen, ob es sich um ein spezielles Problem des neuen Verfahrens oder evtl. um ein allgemeineres Problem ambulanter Prüfungen handelt – schließlich kann im ambulanten Bereich grundsätzlich nicht von einem „Vollversorgungsauftrag“

ausgegangen werden, was generell zu Schwierigkeiten bei der Bestimmung des Verantwortungsbereichs von Pflegediensten führen kann.

Tabelle 65 und Abbildung 47 zeigen die Angaben der Pflegedienste zum Vergleich des neuen und bisherigen Prüfverfahrens in Bezug auf die beiden Grundsätze – I. im Rahmen der personenbezogenen Prüfung bei SGB XI-Leistungen nur Aspekte zu bewerten, die tatsächlich Teil einer Leistungsvereinbarung sind und II. im Rahmen der personenbezogenen Prüfung nur Aspekte zu bewerten, die tatsächlich durch den Pflegedienst beeinflusst werden können. Während Tabelle 65 auch Angaben von *weiß nicht* berücksichtigt, zeigt Abbildung 47 nur die Angaben auf einer fünfstufigen Ratingskala von *deutlich leichter* bis *deutlich schwerer*.

Wie aus Abbildung 47 ersichtlich sind immerhin ein Drittel der Pflegedienste der Ansicht, dass dem ersten Grundsatz (I: Leistungsvereinbarung bei SGB XI-Leistung) mit dem neuen Verfahren leichter entsprochen werden kann (Angabe von *deutlich leichter* und *eher leichter*: 34,2%). Bei dem zweiten Grundsatz (II: Einflussmöglichkeiten der Pflegedienste) sind es sogar etwas mehr als 40 Prozent (44,9%). Zudem schätzen ein Viertel (I. Grundsatz) bzw. ein Drittel der Pflegedienste (II. Grundsatz) die Schwierigkeit der Einhaltung der Grundsätze mit dem neuen und bisherigen Verfahren als gleich ein (*genauso schwierig*: 42,5% bzw. 31,9%).

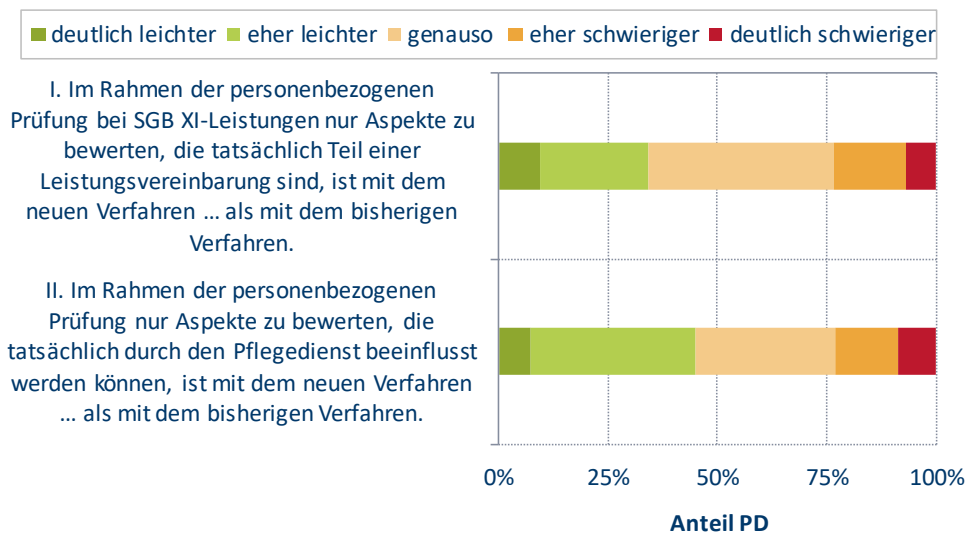
Tabelle 65: Vergleich mit bisherigem Prüfverfahren bzgl. prüfbarer Aspekte

Ist bei neuem verglichen mit dem bisherigen Verfahren ...	deutlich leichter	eher leichter	genauso	eher schwieriger	deutlich schwieriger	weiß nicht
	n %	n %	n %	n %	n %	n %
I. Aspekt ist Teil der Vereinbarung	7 9,2 %	18 23,7 %	31 40,8 %	12 15,8 %	5 6,6 %	3 3,9 %
II. Aspekt ist beeinflussbar	5 6,6 %	26 34,2 %	22 28,9 %	10 13,2 %	6 7,9 %	7 9,2 %

Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Zeilenprozent. Häufigkeit (n); Anteil (%). Grundsatz I: Im Rahmen der personenbezogenen Prüfung bei SGB XI-Leistungen nur Aspekte zu bewerten, die tatsächlich Teil einer Leistungsvereinbarung sind; Grundsatz II: Im Rahmen der personenbezogenen Prüfung nur Aspekte zu bewerten, die tatsächlich durch den Pflegedienst beeinflusst werden können.

Abbildung 47: Vergleich mit bisherigem Prüfverfahren bzgl. prüfbarer Aspekte



Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Anteil (%) an insgesamt n = 73 (I. Grundsatz) bzw. 69 (II. Grundsatz) PD.

In der Mehrheit der Fälle ergibt sich so kein Hinweis darauf, dass es mit dem neuen Verfahren schwieriger sein wird als mit dem bisherigen Prüfverfahren, den beiden Grundsätzen zu entsprechen (Angabe von *deutlich leichter*, *eher leichter* und *genauso*: 76,7 % bzw. 76,8 %). Nur jeweils knapp ein Viertel der Pflegedienste schätzen, dass die Einhaltung der beiden Grundsätze mit dem neuen Prüfverfahren schwieriger sein wird (*eher schwieriger* und *deutlich schwieriger*: 23,3 % bzw. 23,2 %). Die Angaben der Pflegedienste weisen so eher daraufhin, dass es bei Prüfungen im ambulanten Bereich generell problematisch sein kann, die beiden Grundsätze – I. Leistungsvereinbarungen bei SGB XI-Leistungen und II. Einflussmöglichkeiten des Pflegedienstes – einzuhalten.

3.7.2 Fachgespräch

Das Fachgespräch wurde im Rahmen der Pilotierung speziell beleuchtet. Dazu wurden auch die Pflegedienste zu den Teilnehmern an dem Fachgespräch und zur Qualität des Fachgesprächs befragt. Die analogen Auskünfte seitens der Prüfer sind in Kapitel 3.6.5 enthalten.

3.7.2.1 Teilnehmer am Fachgespräch

Ebenso wie die Prüfer wurden auch die Pflegedienste gebeten anzugeben, ob Fachgespräche im Rahmen der Pilot-Prüfungen geführt wurden. Die Angabe erfolgte jedoch nicht für jede personenbezogene Prüfung einzeln, sondern nur einmalig auf Einrichtungsebene. Tabelle 66 zeigt die Angaben der Pflegedienste zur Durchführung von Fachgesprächen. In der großen Mehrheit der Fälle wird angegeben, dass Fachgespräche geführt wurden (95 %). Nur in Ausnahmefällen

wird berichtet, dass dies nicht der Fall gewesen sei ($n = 3$; 4 %). Die Angaben der Pflegedienste stehen so in Einklang mit den Angaben der Prüfern, wonach in den meisten personenbezogenen Prüfungen Fachgespräche geführt wurden (vgl. Tabelle 48: 97 %).

Tabelle 66: Durchführung von Fachgesprächen

	Häufigkeit (n)	Anteil (%)
ja	72	94,7 %
nein	3	3,9 %
weiß nicht	1	1,3 %
insgesamt	76	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

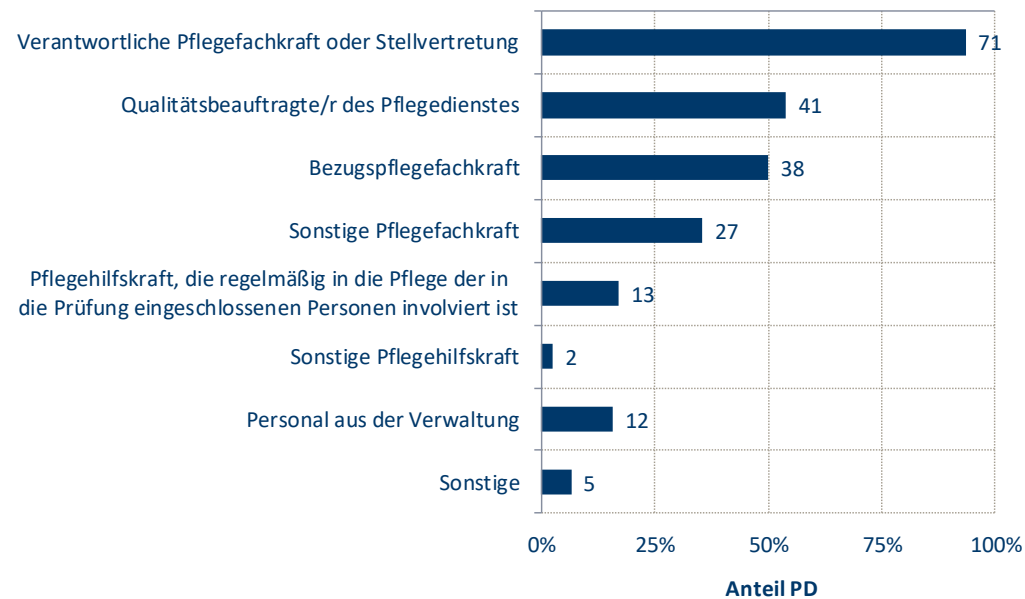
Anmerkung: Spaltenprozent

Die Angaben der Pflegedienste zu den Teilnehmern an den Fachgesprächen (Abbildung 48) decken sich allerdings nur grob mit den Angaben der Prüfer (vgl. Abbildung 30). Zwar geben auch die Pflegedienste am häufigsten an, dass die verantwortliche Pflegefachkraft bzw. ihre Stellvertretung an den Fachgesprächen teilgenommen haben (93,4 %). Allerdings erscheint die Rolle der Qualitätsbeauftragten und Bezugspflegekräfte nach Angaben der Pflegedienste prominenter: Während die Prüfer in nur 9 Prozent der Fälle angeben, dass Qualitätsbeauftragte an dem Fachgespräch teilgenommen haben (vgl. Abbildung 30), wird dies von mehr als der Hälfte der Pflegedienste angegeben (Abbildung 48: 53,9 %). Ähnlich verhält es sich bei den Bezugspflegekräften, die von den Prüfern in nur 17 Prozent der personenbezogenen Prüfungen als Teilnehmer am Fachgespräch genannt werden (vgl. Abbildung 30), wohingegen die Hälfte der Pflegedienste angibt, dass diese Personengruppe an Fachgesprächen teilgenommen hat (Abbildung 48: 50,0 %).

Die unterschiedlichen Anteile können nur zum Teil mit der unterschiedlichen Prozentuierung – bei Prüfern bezogen auf einzelne personenbezogene Prüfungen, bei Pflegediensten bezogen auf die gesamte Pilot-Prüfung – erklärt werden. Bezieht man auch die Angaben der Prüfer auf Einrichtungsebene, ergeben sich folgende Häufigkeiten: Verantwortliche Pflegefachkraft/Stellvertretung 99 %; Qualitätsbeauftragte/r des Pflegedienstes 26 %; Bezugspflegefachkraft 47 %; sonstige Pflegefachkraft 63 %; Pflegehilfskraft, die regelmäßig in die Pflege der in die Prüfung einbezogenen Person involviert ist 16 %; sonstige Pflegehilfskraft 8 %; Personal aus der Verwaltung 3 %. Damit entspricht der Anteil der Einrichtungen, in denen nach Angabe der Prüfer Bezugspflegekräfte an Fachgesprächen teilgenommen haben (47 % der Pflegedienste), in etwa dem Anteil gemäß den Angaben der Pflegedienste (50 % der Pflegedienste). Für die Qualitätsbeauftragten als Teilnehmer am Fachgespräch bleibt jedoch ein nennenswerter Unterschied zwischen Prüfern und Pflegediensten (Teilnahme dieser Personengruppe an

Fachgespräch in 26 % vs. 54 % der Einrichtungen). Ähnlich zeigt sich auch für das Personal aus der Verwaltung eine häufigere Angabe durch Pflegedienste als durch Prüfer (3 % vs. 16 %). Hingegen werden „sonstige Pflegefachkräfte“ von den Pflegediensten deutlich seltener angegeben als von den Prüfern (63 % vs. 36 %).

Abbildung 48: Teilnehmer an Fachgesprächen



Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Prozent bezieht sich auf insgesamt n = 72 PD, in denen Fachgespräche geführt wurden. Sonstige Nennungen entfallen auf „Bereichsleitung“ und „Geschäftsführung“.

Zur Interpretation dieser unterschiedlichen Angaben zu den Teilnehmern am Fachgespräch erscheint es unwahrscheinlich, dass die Prüfer die Qualitätsbeauftragten und das Personal aus der Verwaltung häufiger mit „sonstigen Pflegefachkräften“ verwechselt haben und so unterschiedliche Häufigkeiten in den Angaben der Prüfer und Pflegedienste zustande gekommen sind. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass der recht weit gefasste Begriff des Fachgesprächs dazu geführt hat, dass Prüfer und Pflegedienste unterschiedliche Prüfungsanteile hierunter verstanden haben. So entsprechen die Angaben der Pflegedienste zur Teilnahme von Qualitätsbeauftragten, sonstigen Pflegefachkräften und Personal aus der Verwaltung an Fachgesprächen besser den Angaben der Prüfer zu Teilnehmern an Abschlussgesprächen (vgl. Abbildung 37: „Qualitätsbeauftragte/r des Pflegedienstes“ 50,0 %; „Sonstige Pflegefachkraft“ 39,2 %; „Personal aus der Verwaltung“ 12,2 %) als deren Angaben zu Teilnehmern am Fachgespräch. Möglicherweise wurden von den Pflegediensten auch Gesprächsanteile auf Einrichtungsebene zum Fachgespräch hinzugezählt, während Prüfer das Fachgespräch ausschließlich auf die einzelnen personenbezogenen Prüfungen bezogen haben.

In den Feedback-Veranstaltungen zeigten sich einige der teilnehmenden Pflegedienste enttäuscht darüber, dass die Prüfer die Möglichkeit zur Führung eines Fachgesprächs mit der Bezugspflegekraft nicht immer genutzt hätten. Manche Pflegedienste hatten ihre Pflegekräfte extra darauf hingewiesen, sich am Tage der Prüfung bereit zu halten; sofern die Bezugspflegekräfte persönlich nicht anwesend sein konnten, hätten sie sich telefonisch bereitgehalten. Zu ihrer Verwunderung, hätten die Prüfer von dieser Möglichkeit dann aber keinen Gebrauch gemacht. So hätten nach Meinung mancher Pflegedienste, die Bezugspflegekräfte sogar noch stärker in die Fachgespräche eingebunden werden können. Der Wunsch der Pflegedienste nach einer stärkeren Einbindung der Bezugspflegekräfte muss allerdings an der Notwendigkeit relativiert werden, ob neben den primären Ansprechpartnern am Prüfungstag tatsächlich weitere Personen hinzugezogen werden müssen. Solange sich die Fragen der Prüfer im Fachgespräch mit der Pflegedienstleitung klären lassen, besteht kein Anlass noch weitere Ansprechpartner hinzuzuziehen. Nur wenn sich durch das Gespräch mit der Bezugspflegekraft ein anderweitig ungeklärter Sachverhalt klären ließe und sich dadurch im Extremfall eine schlechtere Bewertung vermeiden ließe, erscheint ihre Einbindung notwendig.

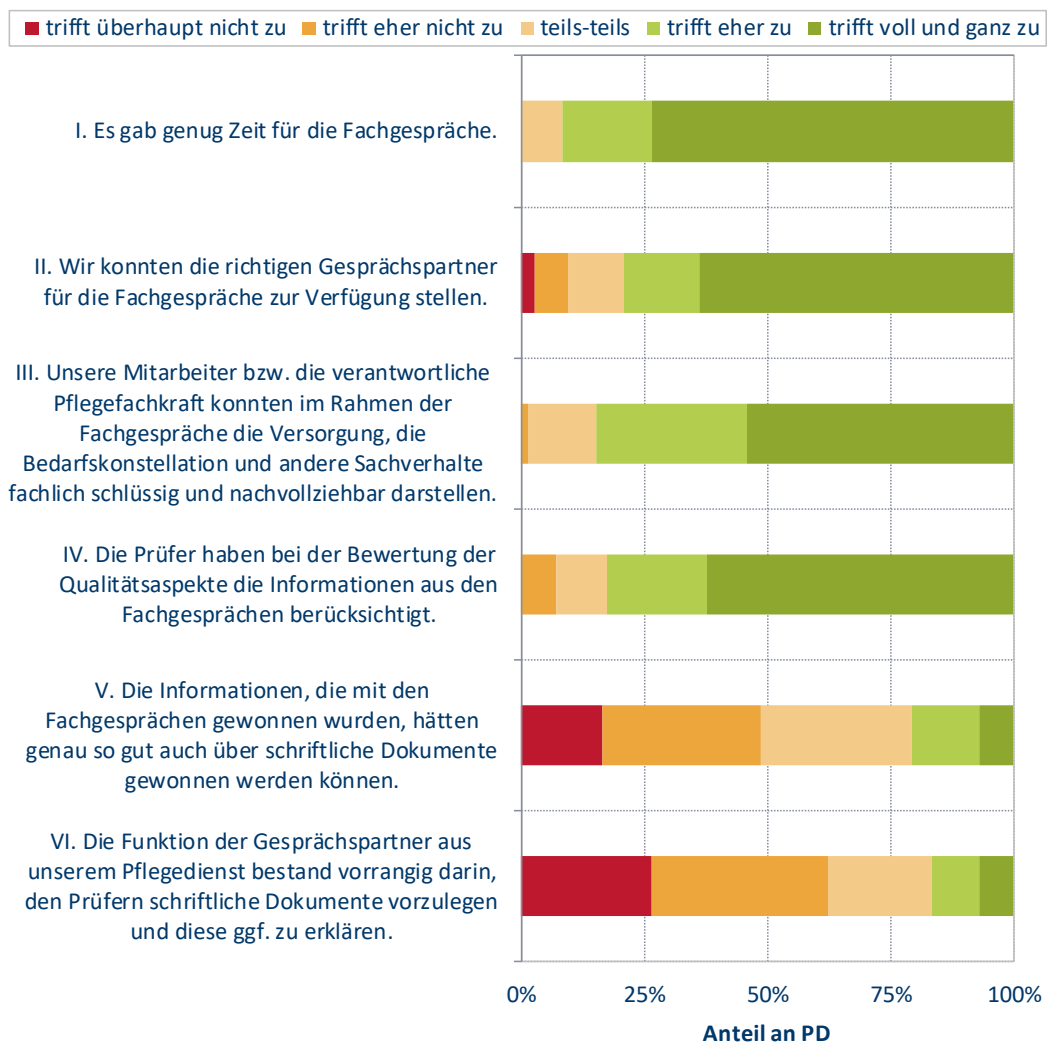
3.7.2.2 Qualität des Fachgesprächs

Die Pflegedienste wurden genauso wie die Prüfer um eine Einschätzung der Qualität der Fachgespräche gebeten. Hierbei wurden dieselben vier Aussagen verwendet wie bereits für die Prüfer (I. genügend Zeit für das Fachgespräch, II. Verfügbarkeit der richtigen Ansprechpartner, III. schlüssige Darstellung der Bedarfskonstellationen und anderer Sachverhalte durch den Pflegedienst, IV. durch das Fachgespräch wurden Informationen gewonnen, die allein aus der Pflegedokumentation nicht ersichtlich gewesen wären; vgl. Kapitel 3.6.5, Abbildung 33), allerdings ergänzt um zwei weitere Aussagen (V. „Die Prüfer haben bei der Bewertung der Qualitätsaspekte die Informationen aus den Fachgesprächen berücksichtigt“; VI. „Die Funktion der Gesprächspartner aus unserem Pflegedienst bestand vorrangig darin, den Prüfern schriftliche Dokumente vorzulegen und diese ggf. zu erklären“). Die beiden neuen Aussagen fokussieren noch stärker auf die Wahrnehmung der Pflegedienste bezüglich ihrer Rolle beim Fachgespräch und, ob ihrem Eindruck nach die Inhalte des Fachgesprächs in die Bewertung einfließen.

Abbildung 49 zeigt die Angaben der Pflegedienste zu den sechs Aussagen. Die ersten vier Aussagen wurden von der großen Mehrheit der Pflegedienste in einem positiven Sinne beurteilt, d. h. mindestens 80 Prozent stimmen den Aussagen zu (*trifft eher zu* und *trifft voll und ganz zu*: I.: 91,7 %; II.: 79,2 % III.: 84,7 % IV.: 82,6 %). Bei den Aussagen V. und VI. fallen die positiven Bewertungen hingegen seltener aus (*invers kodierte Items*; *trifft eher nicht zu* und *trifft überhaupt nicht zu*: V. 48,6 %; VI. 62,5 %), d. h. die Hälfte der Pflegedienste meint, dass die im Fachgespräch vermittelten Informationen zumindest teilweise genauso gut der Pflegedokumentation hätten entnommen werden können (V.) und ca. 40 Prozent

empfanden, dass ihre primäre Rolle während der Prüfung zumindest teilweise nur darin bestand, den Prüfern schriftliche Dokumente vorzulegen und diese ggf. zu erklären (VI.). Wie bereits im Zusammenhang der Bewertung der Fachgespräche durch die Prüfer erläutert (vgl. Kapitel 3.6.5), drückt die Angabe, dass die Informationen genauso gut aus der schriftlichen Dokumentation hätte gewonnen werden können, nicht zwangsläufig die Redundanz des Fachgesprächs aus, sondern möglicherweise eher die Tendenz der Pflegedienste, aufgrund ihrer Erfahrung mit dokumentationsbasierten Prüfungen im Rahmen der bisherigen QPR (MDS, 2018a), mehr zu dokumentieren als aufgrund des neuen Prüfverfahrens *per se* erforderlich wäre.

Abbildung 49: Bewertung der Fachgespräche durch Pflegedienste



Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Prozent entspricht Anteil an PD, in denen Fachgespräche geführt wurden, mit gültigen Angaben zur jeweiligen Aussage (I. - III. und V. - VI.: n = 72 PD; VI.: n = 69 PD).

Dagegen wäre die Zustimmung zur Aussage, dass die primäre Rolle des Pflegedienstes während der Prüfung darin bestand, Pflegedokumentationen vorzulegen und zu erläutern, schon eher als Abwertung des intendierten Fachgesprächs zu interpretieren. Zwar geben nur 17 Prozent der Pflegedienste an, dass sie dieser Aussage zustimmen (*trifft eher zu* und *trifft voll und ganz zu*: 16,7 %). Darüber hinaus kann aber auch bereits die Angabe, dass man dieser Aussage nur teilweise (*teils-teils*) zustimme, nicht vollständig vor dem Hintergrund relativiert werden, dass auch in dem neuen Prüfverfahren die Pflegedokumentation, insbesondere im Zusammenhang der Maßnahmenplanung, weiterhin wichtig bleibt. Auch die ‚nur‘ teilweise Zustimmung zu einer Aussage, die die *vorrangige* Rolle des Pflegedienstes auf die Vorlage und Erklärung der Pflegedokumentation reduziert, legt nahe, dass zumindest in manchen Prüfungen eine starke Fokussierung auf die Pflegedokumentation stattgefunden hat, die über das vom neuen Verfahren (und auch den Pflegediensten) als notwendig erachtete Mindestmaß hinausging. Dies deckt sich auch mit den Rückmeldungen der Prüfer in den Feedback-Veranstaltungen (vgl. Kapitel 3.6.2), wonach manche zu Protokoll gaben, dass die Pflegedokumentation weiterhin als Grundlage der Prüfung genutzt und das Fachgespräch nur in Ergänzung gesucht worden wäre, wenn Zusammenhänge aus der Dokumentation allein nicht ersichtlich gewesen wären.

Soweit die Pflegedienste angegeben hatten, dass keine Fachgespräche geführt wurden, wurden sie auch gebeten zu erläutern, warum dies der Fall war. Insgesamt geben aber nur $n = 3$ Pflegedienste an, dass keine Fachgespräche geführt wurden (Tabelle 66). Davon wird von $n = 2$ Pflegediensten angegeben, dass die Informationserfassung anhand anderer Quellen erfolgte, sodass ein Fachgespräch nicht notwendig war; von einem Pflegedienst wird nur angegeben, dass die „Prüfung ‚gefühlte‘ genauso [verlief], wie [...] nach aktuellen QPR“.

Darüber hinaus hatten die Pflegedienste in der Online-Befragung die Möglichkeit, weitere Anmerkungen zu ihren Erfahrungen mit dem Fachgespräch als Freitext zu verfassen. Von insgesamt $n = 24$ Pflegediensten wurden kritische Kommentare verfasst. Davon wird in $n = 12$ Fällen zu Bedenken gegeben, dass sich die Bereitstellung passenden Personals für die Fachgespräche nur schwierig realisieren ließe [beispielhafte Zitate: *„Aufgrund von Fortbildung, Urlaub und Krankheit war es zur Vorbereitung der Prüfung schwierig, die benötigten Pflegefachkräfte zur Verfügung zu stellen und aus den alltäglichen Versorgungsmöglichkeiten herauszunehmen. Dies insbesondere deshalb, da die Prüfung auf jeden Fall 2 Tage geplant war und auch durchgeführt wurde. Der pflegfachliche Austausch konnte nur deshalb gewährleistet werden, weil die interne Qualitätsbeauftragte ihren Urlaub unterbrochen hatte. [...]“*; *„Bezugspflegekräfte sind langfristig in Touren verplant und können in der ambulanten Pflege nicht einfach zur Prüfung herangezogen werden.“*; *„Die richtigen Gesprächspartner zur Verfügung zu stellen, ist eine Herausforderung, da die betreffenden Mitarbeiter nicht immer erreichbar sind.“*; *„Eine Prüfung über zwei Tage ist für einen ambulanten Dienst eher schwierig, da die Pflegekräfte nach der Tour warten müssten, bis der entsprechende Patient geprüft wird und ein Fachgespräch stattfinden soll. Die*

Pflegefachkräfte stehen mittags nicht mehr zur Verfügung, da die Touren beendet sind und sie nicht unnötig und zeitlich nicht absehbar auf ein Fachgespräch warten können. Die für ein Fachgespräch notwendigen Fachkräfte können also nicht über den gesamten Zeitraum der Prüfung zur Verfügung stehen.“].

In n = 9 Fällen wird angemerkt, dass die Prüfung der schriftlichen Dokumentation mindestens genauso wichtig war wie die mündliche Auskunft im Fachgespräch; in den meisten dieser Fälle wird sogar angegeben, dass der Nachweis in der schriftlichen Dokumentation notwendigerweise vorgelegt werden musste und von den Prüfern als wichtiger erachtet wurde als die mündliche Auskunft des Pflegepersonals [beispielhafte Zitate: „Alle mündlich gemachten Aussagen mussten schriftlich, also durch vorhandene Dokumentation belegt werden.“; „Bei der [...] Prüfung wurden die Möglichkeiten des Fachgesprächs nicht ausreichend genutzt, es wurden nicht mehrere Informationsquellen abgefragt, die angebotenen Informationsquellen wurden nicht bereitwillig anerkannt. [...] Immer wieder wurden schriftliche Nachweise eingefordert. Das Angebot des Pflegedienstes andere Informationsquellen zu nutzen wurde nur Verhalten entgegengenommen. [...]“; „Fachgespräche wurden geführt, jedoch hatte ich das Gefühl, dass die mündliche Darstellung nicht denselben Stellenwert wie die schriftliche hat, denn die Prüfer wollten alles dokumentiert sehen.“; „Gewichtung des Fachgesprächs genau wie vorher auch, da habe ich keinen Unterschied empfunden.“; „nach wie vor, was nicht geschrieben steht wurde nicht erbracht“. Der Aufwand der schriftlichen Dokumentation scheint auf keinen Fall weniger, sondern mehr zu werden.“].

In den Feedback-Veranstaltungen äußerten manche der Pflegedienste ihre Enttäuschung darüber, dass sie im Hinblick auf die Bedeutung der Pflegedokumentation relativ zum Fachgespräch eigentlich kaum eine Veränderung zu Prüfungen mit den bisherigen QPR verspürt hätten (vgl. Kapitel 3.6.2). Da aber sowohl ein eher dokumentenorientierter als auch ein eher gesprächsorientierter Prüfstil mit dem neuen Prüfverfahren grundsätzlich kompatibel sind, scheint es ratsam im Vorfeld eindeutiger zu kommunizieren, dass das neue Prüfverfahren zwar zur Nutzung des Fachgesprächs als primäres Medium der Informationsermittlung ermuntert, dies aber nicht fest vorschreibt. In manchen Prüfungszusammenhängen wird sogar explizit ein Nachweis in der Pflegedokumentation gefordert (vgl. Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 7: „Die individuelle Maßnahmenplanung muss beim betreffenden Qualitätsaspekt stets vollständig in schriftlicher Form vorliegen. [...] Es kann weitere Ausnahmen geben. Diese sind als explizite Hinweise auf Dokumentationsanforderungen bei einigen Qualitätsaspekten [...] aufgeführt“). Während das neue Prüfverfahren in Bezug auf die Bedeutung der Pflegedokumentation in diesen besonderen Zusammenhängen recht eindeutig ausfällt, finden sich ansonsten auch Aussagen zum Vorrang des Fachgesprächs (vgl. Kapitel 3.6.2 für eine detaillierte Darstellung). Diese könnten bei den Pflegediensten tatsächlich falsche Erwartungen geweckt haben, dass fortan die Prüfung hauptsächlich in Form eines Fachgesprächs stattfindet.

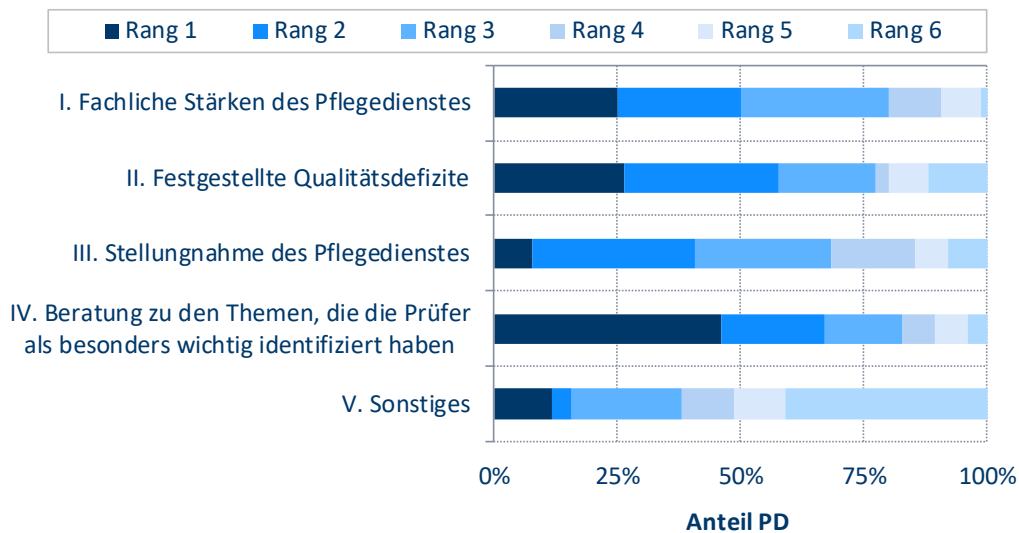
In n = 4 Fällen werden vereinzelt weitere, während des Fachgesprächs festgestellte Schwierigkeiten genannt [Zitate: „Im Rahmen der Prüfung und des Gesprächs war es schwierig die zu prüfenden Leistungen festzulegen, da wir [...] stundenbasiert Leistungen vereinbaren, erbringen und abrechnen. [...] Somit war es für die Prüfer schwer bis unmöglich zu entscheiden was genau beim Kunden geprüft und bewertet werden kann. Ein Großteil unserer Leistungen im Bereich der Betreuung wird auch mit dem neuen Prüfverfahren aktuell nicht abgebildet.“; „In Bezug auf die Bewertung, ob Aspekte, die außerhalb des pflegerischen Auftrages waren durch den Pflegedienst beraten werden sollen/müssen, bestand Dissens mit den Prüfern. Die Prüfer konnten ihr umfassendes Verständnis von Beratung und Verantwortlichkeit des Pflegedienstes, das eher dem Verständnis einer stationären Versorgung entsprach, nach unserer Auffassung nicht schlüssig darstellen und begründen.“; „Die Fragen nach Unterstützung bei der Mobilität, Kognition, Alltagsgestaltung etc. konnten nicht bewertet werden, da es hierzu in Berlin keine Leistungskomplexe gibt. Warum diese Fragen gestellt werden, ist mir unverständlich.“; „Die Rückmeldung der Pflegefachkräfte war, dass das Fachgespräch "nicht auf Augenhöhe" geführt wurde.“].

3.7.3 Abschlussgespräch

Die Pflegedienste wurden analog zu den Prüfern zu ihren Erfahrungen mit dem Abschlussgespräch im Rahmen der Pilot-Prüfung befragt. Zunächst sollten mögliche Inhalte des Abschlussgesprächs auch von den Pflegediensten in eine Rangfolge gebracht werden, wobei der Inhalt mit dem größten Anteil am Abschlussgespräch den 1. Rangplatz erhielt, der Inhalt mit dem zweitgrößten Anteil den 2. Rangplatz usw. (vgl. Kapitel 3.6.7, Abbildung 38). Abbildung 50 zeigt das Ergebnis der Rangplatzvergabe der Pflegedienste für die verschiedenen Inhalte des Abschlussgesprächs.

Anders als bei den Angaben der Prüfer steht bei den Angaben der Pflegedienste die Beratung stärker im Vordergrund: Während die Beratung bei den Prüfern in nur 24 Prozent der Fälle den ersten Rangplatz erhielt, vergaben die Pflegedienste in 46 Prozent der Fälle den ersten Rangplatz. Dieses Thema nahm nach Ansicht der Pflegedienste so den höchsten Anteil des Abschlussgesprächs ein, gefolgt von festgestellten Qualitätsdefiziten und fachlichen Stärken des Pflegedienstes. Dabei ist auch die Reihenfolge der letztgenannten beiden Themen bei den Pflegediensten gegenüber den Prüfern vertauscht: Die Defizite haben nach Meinung der Pflegedienste einen etwas größeren Anteil an den Fachgesprächen eingenommen als nach Einschätzung der Prüfer.

Abbildung 50: Einschätzung des zeitlichen Umfangs der Inhalte des Abschlussgesprächs



Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Anteil (%) an insgesamt n = 76 PD. Der geschätzte zeitliche Umfang von Inhalten als Rangplätze. Inhalte mit dem größten zeitlichen Umfang erhielten Rangplatz 1, mit dem zweitgrößten Umfang Rangplatz 2 usw.

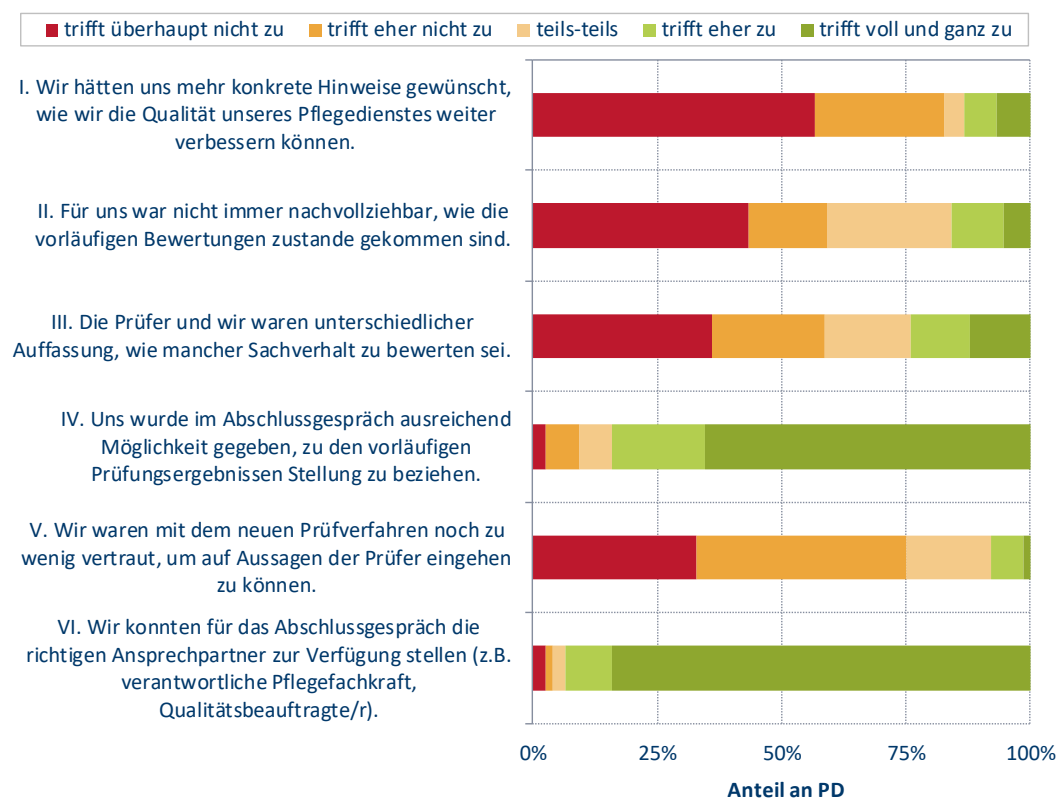
Die unterschiedlichen Einschätzungen der Anteile der Themen am Fachgespräch durch Prüfer und Pflegedienste lässt sich am einfachsten mit einer unterschiedlichen Wahrnehmung der beiden Akteure begründen. Da Pflegedienste letztlich die Prüflinge sind, ist bei ihnen davon auszugehen, dass die Feststellung von Qualitätsdefiziten besonders stark mit Aufmerksamkeit belegt wird. Das liegt an der generellen Tendenz der menschlichen Wahrnehmung, insbesondere negativ konnotierte Ereignisse verstärkt zu verarbeiten. Dabei dürfte nur schwer von der Hand zu weisen sein, dass das Ergebnis von Qualitätsprüfungen externer Prüfdienste, aufgrund der möglichen weitreichenden negativen Konsequenzen, für Vertreter der Pflegedienste häufig emotional besetzt ist; dagegen könnten Prüfer eine mehr neutrale und ausgewogenere Sicht auf festgestellte Stärken und Defizite haben, da sie von den Konsequenzen der Prüfung persönlich nicht derart betroffen sind wie die Vertreter der Pflegedienste.

Allerdings legt die bei den Pflegediensten vorzufindende häufigere Vergabe des 1. Rangplatzes für die Beratung durch die Prüfer nahe, dass es nicht allein um die unterschiedliche Wahrnehmung negativer Ereignisse (Feststellung von Defiziten) im Sinne von Auffälligkeiten/Defiziten geht. Die grundsätzlich verschiedene Rollenverteilung der Prüfer und Vertreter der Pflegedienste im Rahmen einer Prüfung beeinflusst sehr wahrscheinlich auch auf einer allgemeineren Ebene, wie Gesprächsinhalte wahrgenommen werden. So kann die Besprechung desselben Sachverhalts von den Prüfern noch als Darstellung faktischer Stärken bzw. Defizite

gemeint sein, von den Pflegediensten aber bereits als Beratung/Belehrung interpretiert werden.

Genauso wie die Prüfer wurden auch die Pflegedienste um eine Einschätzung der Qualität des Abschlussgesprächs gebeten. Dazu wurden dieselben Aussagen wie bei den Prüfern verwendet (vgl. Kapitel 3.6.5, Abbildung 39), lediglich die Formulierung wurde der Perspektive der Pflegedienste angepasst. Abbildung 51 zeigt die Angaben der Pflegedienste zu den insgesamt sechs Aussagen auf einer fünfstufigen Ratingskala (*trifft überhaupt nicht zu bis trifft voll und ganz zu*).

Abbildung 51: Bewertung der Abschlussgespräche durch Pflegedienste



Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Prozent entspricht Anteil an PD mit gültigen Angaben zur jeweiligen Aussage (I. - II. und V. - VI.: n = 76 PD; III.-IV.: n = 75 PD).

Die Pflegedienste geben mehrheitlich an, dass sie sich nicht mehr konkrete Hinweise zur weiteren Qualitätsverbesserung gewünscht hätten (I. *trifft überhaupt nicht zu* und *trifft eher nicht zu*: 82,9 %), ihnen genug Möglichkeit gegeben wurde, Stellung zu beziehen (IV. *trifft eher zu* und *trifft voll und ganz zu*: 84 %), dass sie mit den Qualitätsaspekten nicht zu wenig vertraut gewesen seien (V. *trifft überhaupt nicht zu* und *trifft eher nicht zu*: 75 %) und sie die richtigen Ansprechpartner für das Abschlussgespräch zur Verfügung stellen konnten (VI. *trifft eher zu* und *trifft voll und ganz zu*: 93,4 %). Diese Angaben entsprechen im Wesentlichen auch der Einschätzung der Prüfer (vgl. Abbildung 39).

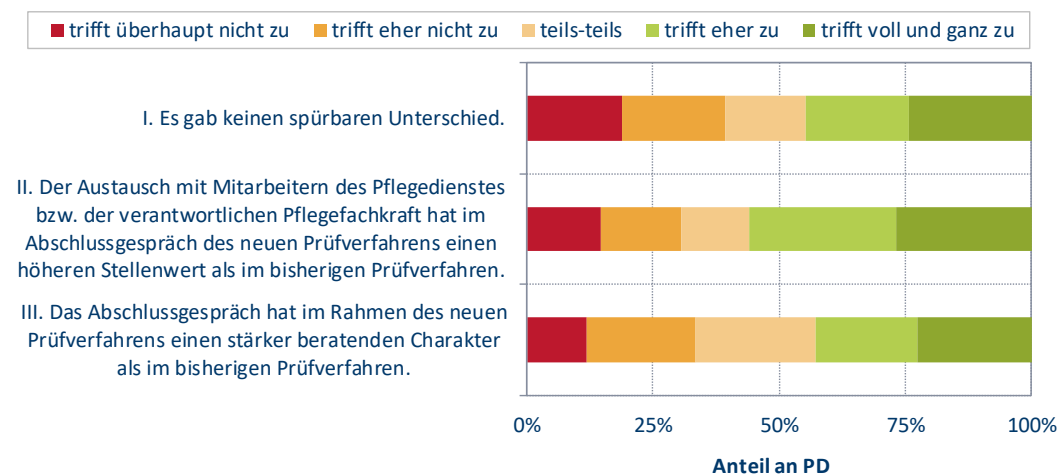
Dagegen wird von einem nennenswerten Anteil der Pflegedienste angegeben, dass für sie (zumindest teilweise) nicht immer nachvollziehbar war, wie die vorläufigen Bewertungen der Prüfer zustande gekommen waren (II. *teils-teils, trifft eher zu* und *trifft voll und ganz zu*: 40,8 %). Ähnlich häufig wird von den Pflegediensten auch angegeben, dass sie und die Prüfer unterschiedlicher Ansicht waren, wie mancher Sachverhalt zu bewerten war (III.: 41,3 %). Hingegen wurden diese Aussagen von den Prüfern in nur 10 Prozent bzw. 18 Prozent der Fälle bestätigt (vgl. Abbildung 39). Stattdessen sahen die Prüfer häufiger, dass Pflegedienste mit einigen der Qualitätsaspekte noch nicht ausreichend vertraut waren, um dazu im Abschlussgespräch Stellung zu beziehen (50,7 %; vgl. Abbildung 39). Auch diese unterschiedlichen Einschätzungen der Prüfer und Pflegedienste können mit verschiedenen voreingestellten Wahrnehmungen der beiden Akteure erklärt werden.

Weiterhin weisen die Angaben der Prüfer einen nennenswerten Anteil Fälle aus, in denen die Bewertung von den Prüfern als mindestens *mäßig schwierig* empfunden wurde (Kapitel 3.6.3, Abbildung 26). Es ist plausibel anzunehmen, dass sich diese Schwierigkeiten auf die Nachvollziehbarkeit der Bewertungen aus Perspektive der Pflegedienste ausgewirkt haben. Zudem belegen die Rückmeldungen der Prüfer und Pflegedienste in den Feedback-Veranstaltungen, dass es bei bestimmten Prüfthemen gehäuft zu unterschiedlichen Ansichten der Prüfer und Pflegedienste gekommen ist (hier insbesondere Prüfumfang und Bewertung von Qualitätsaspekten in Bereich 1 bei Personen, die ausschließlich SGB V-Leistungen bei dem Pflegedienst beziehen; vgl. Kapitel 3.6.3). So ist einerseits möglich, dass bei Vertretern der Pflegedienste Meinungsverschiedenheiten aufgrund ihrer persönlichen Betroffenheit verstärkt in Erinnerung geblieben sind; andererseits kann es auch sein, dass die Vertreter der Pflegedienste nicht jeder Meinungsverschiedenheit Ausdruck verliehen haben. Beides würde im Endeffekt dazu beitragen, dass Prüfer weniger Meinungsverschiedenheiten wahrnehmen als Vertreter der Pflegedienste.

Um zu ermitteln inwiefern das neue Prüfverfahren zu einer veränderten Gesprächsatmosphäre beigetragen haben könnte (stärker beratungsorientierter Prüfansatz, Fokussierung auf den fachlichen Austausch), wurden die Pflegedienste gebeten das Abschlussgespräch im Rahmen der Pilot-Prüfung anhand von drei Aussagen mit dem bisherigen Prüfverfahren zu vergleichen. Das Ergebnis dieses Vergleichs ist in Abbildung 52 dargestellt. Demnach geben 40 Prozent der Pflegedienste an, dass für sie insgesamt kein Unterschied (I. *trifft überhaupt nicht zu* und *trifft eher nicht zu*: 39,2 %) zum bisherigen Prüfverfahren festzustellen war. Jeweils ca. ein Drittel widerspricht den Aussagen, dass der fachliche Austausch einen höheren Stellenwert im Rahmen des neuen Prüfverfahrens (der Pilot-Prüfung) eingenommen hat (II. *trifft überhaupt nicht zu* und *trifft eher nicht zu*: 30,7 %) bzw. ein stärker beratender Charakter feststellbar war (III.: 33,3 %). Insgesamt wurde so von 30 bis 40 Prozent der Pflegedienste kein Unterschied des Abschlussgesprächs im Rahmen der Pilotierung verglichen mit dem bisherigen

Prüfverfahren festgestellt. Ein spürbarer Unterschied zum bisherigen Verfahren war somit wahrscheinlich auch vom einzelnen Prüfer bzw. Prüfteam abhängig.

Abbildung 52: Bewertung der Abschlussgespräche im Rahmen des neuen verglichen mit dem bisherigen Prüfverfahren



Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Prozent entspricht Anteil an PD mit gültigen Angaben zur jeweiligen Aussage (I.: n = 74 PD; II., III.: n = 75 PD).

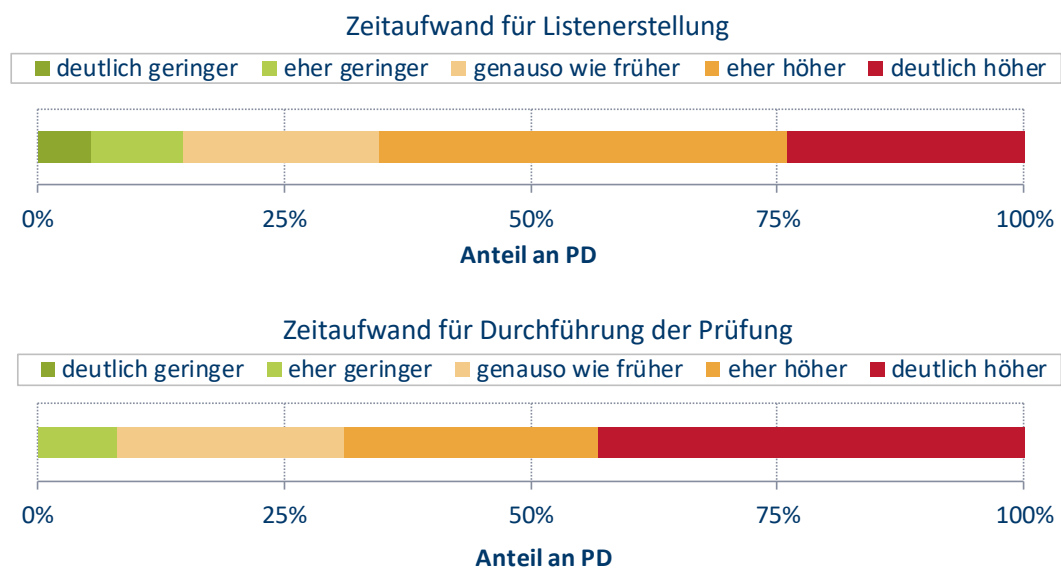
3.7.4 Zeitumfang

In Ergänzung zu den Angaben der Prüfer wurde auch bei den Pflegediensten eine Einschätzung des zeitlichen Aufwands für die Prüfung erhoben. Während bei den Prüfern der zeitliche Aufwand relativ detailliert erhoben wurde (vgl. Kapitel 3.6.8), wurden die Pflegedienste nur um einen Vergleich des zeitlichen Aufwandes zwischen dem neuen und bisherigen Prüfverfahren im Hinblick auf die Listenerstellung und die Durchführung der Prüfung insgesamt gebeten. Da die Pflegedienste für die Listenerstellung zuständig waren, kann diesbezüglich der Vergleich mit dem bisherigen Verfahren sinnvoll nur durch die Pflegedienste erfolgen. Zudem sagt die Einschätzung der Prüfer zum zeitlichen Umfang der Prüfung primär nur etwas über den eigenen zeitlichen Aufwand aus, nicht den der Pflegedienste; deshalb wurden die Pflegedienste nach ihrer eigenen Einschätzung des Gesamtaufwandes relativ zum bisherigen Verfahren gebeten.

Abbildung 53 zeigt die Angaben der Pflegedienste zum Vergleich des neuen mit dem bisherigen Prüfverfahren bzgl. des zeitlichen Aufwands für die Listenerstellung und die Durchführung der gesamten Prüfung. Von der Mehrheit der Pflegedienste wird angegeben, dass die Erstellung der Liste und die Durchführung der Prüfung mit dem neuen Verfahren länger dauern wird als mit dem bisherigen Verfahren (*eher höher* und *deutlich höher*: 65,3 % und 68,9 %).

Die Angaben zum Mehraufwand können zum Teil damit relativiert werden, dass Pflegedienste zuvor keine bis wenig Erfahrung mit dem neuen Stichprobenverfahren und dem neuen Prüfverfahren hatten, so dass die Einschätzung des höheren zeitlichen Aufwands möglicherweise auch dadurch beeinflusst sein könnte, dass die Umsetzung eines neuen Verfahrens gerade anfangs mehr Zeit in Anspruch nimmt als ein bereits bekanntes Verfahren. Allerdings ist vor dem Hintergrund, dass das neue Stichprobenverfahren die zusätzliche Erhebung oder zumindest schriftliche Fixierung von Merkmalen erfordert (relevante Beeinträchtigungen der Mobilität bzw. Kognition; vgl. Kapitel 3.2.1) und die Informationserfassung des neuen Prüfverfahren auf einen verstärkten fachlichen Austausch fokussiert, auch zukünftig eher mit einer Zunahme des zeitlichen Aufwandes für Pflegedienste zu rechnen.

Abbildung 53: Einschätzung des zeitlichen Aufwands verglichen mit dem bisherigen Verfahren



Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Prozent entspricht Anteil an PD mit gültigen Angaben (n = 75 bzw. n = 74 PD).

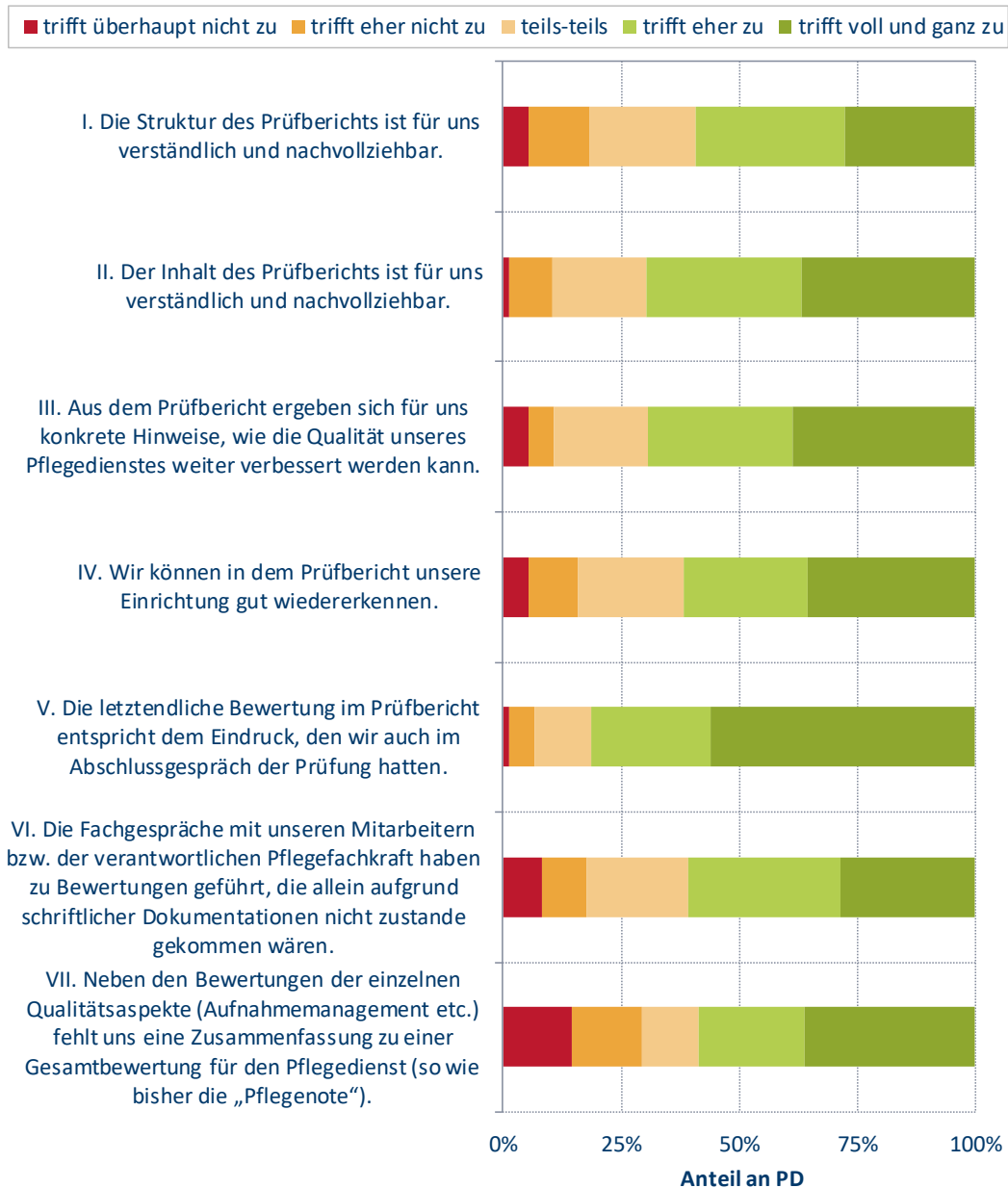
3.7.5 Prüfbericht

Nach Abschluss der Pilot-Prüfung und Übermittlung der Daten an IGES wurden dort die Prüfberichte erstellt und per E-Mail als verschlüsselte PDF-Datei an die Pflegedienste gesendet. Mit dem Prüfbericht erhielten die Pflegedienste auch die Einladung zur Teilnahme an der zweiten Online-Befragung, die hauptsächlich auf die Praktikabilität des Prüfberichts fokussierte.

Die Befragung enthielt sieben Items zur Bewertung des Prüfberichts aus Perspektive der Pflegedienste. Die Items entsprachen sieben Aussagen, für die auf einer fünfstufigen Skala zu beurteilen war, inwiefern sie aus Sicht des

Pflegedienstes zutreffen (*trifft überhaupt nicht zu bis trifft voll und ganz zu*).
Abbildung 54 zeigt die Angaben der Pflegedienste zu den sieben Aussagen.

Abbildung 54: Bewertung des Prüfberichts durch Pflegedienste



Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Prozent entspricht Anteil an PD mit gültigen Angaben zur jeweiligen Aussage (I., II., IV.: n = 76 PD; II., III., V, VII.: n = 75 PD; VI: n = 74 PD).

Für sämtliche Aussagen findet sich eine mehrheitliche Zustimmung der Pflegedienste. Die höchste Zustimmung erfährt die Aussage, dass die letztendliche Bewertung im Prüfbericht auch dem Eindruck entspricht, den der Pflegedienst

bereits im Abschlussgespräch hatte (V. *trifft eher zu* und *trifft voll und ganz zu*: 81,3 %), gefolgt von den Aussagen, dass der Inhalt des Prüfberichts für den Pflegedienst verständlich und nachvollziehbar ist (II.: 69,7 %) und sich aus dem Prüfbericht konkrete Hinweise ergeben, wie die Qualität des Pflegedienstes weiter verbessert werden kann (III.: 69,3 %). Den geringsten Zuspruch erfahren die beiden Aussagen, dass man sich neben der Bewertung der einzelnen Qualitätsaspekte auch eine Zusammenfassung zu einer einzelnen Gesamtbewertung für den Pflegedienst insgesamt gewünscht habe (VII.: 58,7 %) bzw., dass die Struktur des Prüfberichts für den Pflegedienst verständlich und nachvollziehbar ist (I.: 59,2 %).

3.7.6 Nachvollziehbarkeit der Bewertungen

Mit dem Prüfbericht erhielten die Pflegedienste die Gesamtbewertungen für die geprüften Qualitätsaspekte. In der Online-Befragung wurden die Pflegedienste gebeten, zu jedem Qualitätsaspekt anzugeben, wie nachvollziehbar für sie die Gesamtbewertungen waren.

Tabelle 67, Tabelle 68 und Abbildung 55 zeigen die Angaben der Pflegedienste zur Nachvollziehbarkeit der Gesamtbewertungen in Bereich 2 bzw. Bereich 3 und 5. Während Tabelle 67 (Bereich 2) und Tabelle 68 (Bereich 3 und 5) auch Angaben von *weiß nicht/trifft nicht zu* [Qualitätsaspekt wurde nicht geprüft] berücksichtigen, werden in Abbildung 55 ausschließlich gültige Angaben zur Nachvollziehbarkeit dargestellt (gemeinsame Darstellung für Bereich 2, 3 und 5). Beim Vergleich mit der Anzahl der Pflegedienste, die pro Qualitätsaspekt geprüft wurden (Abbildung 14), fällt auf, dass für die meisten Qualitätsaspekte mehr Einschätzungen abgegeben wurden als aufgrund der tatsächlichen Prüfhäufigkeit zu erwarten wäre; z. B. wurde 2.6 „Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“ bei nur $n = 33$ Pflegediensten geprüft (vgl. Abbildung 14), aber fast doppelt so viele Pflegedienste ($n = 63$) beantworteten die Frage nach der Nachvollziehbarkeit dieses Qualitätsaspekts (Tabelle 67). Damit bleibt unklar, worauf sich ein erheblicher Anteil der Pflegedienste mit den Einschätzungen zur Nachvollziehbarkeit bezieht. Möglich ist, dass die generelle Nachvollziehbarkeit der Qualitätsaspekte beurteilt wird, nicht deren tatsächliche Gesamtbewertungen im Prüfbericht.

Zur Darstellung nur gültiger Angaben in Abbildung 55 werden ausschließlich Pflegedienste berücksichtigt, die tatsächlich zu dem jeweiligen Qualitätsaspekte geprüft wurden (eine Korrektur ist nur für Bereich 2 und 3 erforderlich, da zu den Qualitätsaspekten in Bereich 5 sämtliche Pflegedienste geprüft wurden). Allerdings ist aufgrund der insgesamt hohen Anteile der Pflegedienste, die die Nachvollziehbarkeit beurteilen, obwohl sie zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt nicht geprüft wurden, fraglich, ob die tatsächlich geprüften Pflegedienste bei der Beurteilung der Nachvollziehbarkeit anders vorgegangen sind als die „ungeprüften“ Pflegedienste; d. h. es wurde möglicherweise auch von den tatsächlich zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt geprüften Pflegediensten nicht die

Nachvollziehbarkeit der Gesamtbewertungen beurteilt, sondern die Nachvollziehbarkeit des Qualitätsaspekts an sich.

Unter den häufig geprüften Qualitätsaspekten geben die Pflegedienste am seltensten für 1.2 „Risiken und Gefahren“ und 1.3 „Destabilisierung der Versorgungssituation“ an, dass für sie die Bewertung gut nachvollziehbar ist: ca. die Hälfte der Pflegedienste ist der Meinung, dass die Gesamtbewertungen dieser beiden Qualitätsaspekte nur teilweise (*teils-teils*) oder *nicht nachvollziehbar* sind (1.2: 45,3 %; 1.3: 53,8 %).

Ansonsten wird noch für die Qualitätsaspekte 2.9 „Pflegekompetenz“ und 3c „Spezielle Krankenbeobachtung“ relativ häufig angegeben, dass die Bewertungen nur teilweise (*teils-teils*) oder *nicht nachvollziehbar* sind (75,0 % bzw. 50,0 %). 2.9 ist jedoch insgesamt nur selten geprüft worden, weshalb von einer Verallgemeinerung des Befunds abgesehen werden sollte.

Darüber hinaus ist erwähnenswert, dass immerhin etwa ein Drittel der Pflegedienste bei 2.1 „Mobilität“ (32,7 %), 2.3 „Kommunikation“ (33,3 %), 2.4 „Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen“ (30,0 %) und 2.8 „Alltagsleben und soziale Kontakte“ (34,8 %) angeben, dass sie die Gesamtbewertungen nur teilweise oder nicht nachvollziehen können. Dabei sind allerdings wieder geringe Fallzahlen für 2.3 und 2.4 zu berücksichtigen.

Tabelle 67: Nachvollziehbarkeit der Gesamtbewertungen der Qualitätsaspekte (Bereich 1 und 2)

	gut nach- vollzieh- bar (n; %)	teils nach- vollzieh- bar (n; %)	nicht nach- vollzieh- bar (n; %)	weiß nicht/ trifft nicht zu (n; %)
1.1 Aufnahmemanagement	60 78,9 %	11 14,5 %	3 3,9 %	2 2,6 %
1.2 Risiken und Gefahren	42 55,3 %	29 38,2 %	5 6,6 %	-
1.3 Destabilisierung der Versorgungssituation	33 43,4 %	25 32,9 %	5 6,6 %	13 17,1 %
2.1 Mobilität	44 57,9 %	18 23,7 %	4 5,3 %	10 13,2 %
2.2 Kognition	45 59,2 %	17 22,4 %	2 2,6 %	12 15,8 %
2.3 Kommunikation	47 61,8 %	12 15,8 %	2 2,6 %	15 19,7 %
2.4 Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen	37 48,7 %	15 19,7 %	6 7,9 %	18 23,7 %
2.5 Körperpflege	64 84,2 %	6 7,9 %	1 1,3 %	5 6,6 %
2.6 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	51 67,1 %	9 11,8 %	3 3,9 %	13 17,1 %
2.7 Ausscheidung	54 71,1 %	12 15,8 %	3 3,9 %	7 9,2 %
2.8 Alltagsleben und soziale Kontakte	42 55,3 %	14 18,4 %	8 10,5 %	12 15,8 %
2.9 Pflegekompetenz	39 51,3 %	16 21,1 %	4 5,3 %	17 22,4 %
2.10 Selbstpflegekompetenz	37 48,7 %	15 19,7 %	5 6,6 %	19 25,0 %
2.11 Schmerzmanagement	55 72,4 %	15 19,7 %	-	6 7,9 %

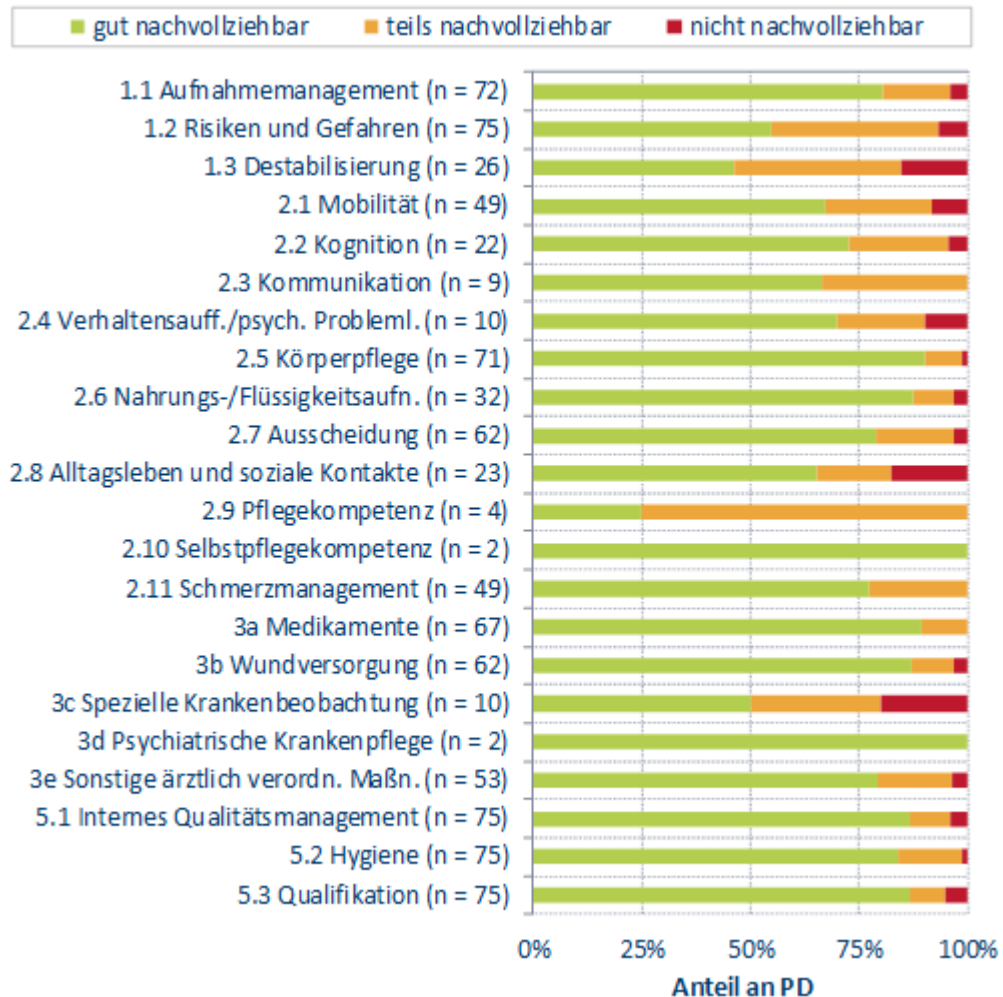
Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Tabelle 68: Nachvollziehbarkeit der Gesamtbewertungen der Qualitätsaspekte (Bereich 3 und 5)

	gut nach- vollzieh- bar (n; %)	teils nach- vollzieh- bar (n; %)	nicht nach- vollzieh- bar (n; %)	weiß nicht/ trifft nicht zu (n; %)
3b Wundversorgung	58 76,3 %	7 9,2 %	2 2,6 %	9 11,8 %
3c Spezielle Krankenbeobachtung	23 30,3 %	11 14,5 %	3 3,9 %	39 51,3 %
3d Psychiatrische Krankenpflege	19 25,0 %	9 11,8 %	-	48 63,2 %
3e Sonstige ärztlich verordnete Maßnahmen	48 63,2 %	12 15,8 %	4 5,3 %	12 15,8 %
5.1 Internes Qualitätsmanagement und Behebung von Qualitätsdefiziten	65 85,5 %	7 9,2 %	3 3,9 %	1 1,3 %
5.2 Hygiene	63 82,9 %	11 14,5 %	1 1,3 %	1 1,3 %
5.3 Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung durch Pflegedienstleitung	65 85,5 %	6 7,9 %	4 5,3 %	1 1,3 %

Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Abbildung 55: Nachvollziehbarkeit der Gesamtbewertungen der Qualitätsaspekte



Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Anteil an PD bezieht sich auf Einrichtungen mit gültigen Angaben (ohne *weiß nicht/ trifft nicht zu*), die tatsächlich zu dem Qualitätsaspekt geprüft wurden.

Für die Qualitätsaspekte, deren Gesamtbewertungen von den Pflegediensten häufiger als *nicht nachvollziehbar* beschrieben wird, ist bereits bei der Darstellung der Befunde aus der Befragung der Prüfer auf mögliche Schwierigkeiten hingewiesen worden:

- ♦ Für die Qualitätsaspekte aus Bereich 1 bleibt unklar, wann genau diese zu prüfen sind (insbesondere 1.2 „Risiken und Gefahren“ und 1.3 „Destabilisierung der Versorgungssituation“; vgl. Kapitel 3.6.1). Zudem kann durch inhaltliche Überlappungen bei den Themen „Beratung“ und „Risikoeinschätzung“ zwischen Bereich 1 und Bereich 2, zum einen derselbe Sachverhalt unter verschiedenen Qualitätsaspekten wiederholt bewertet werden, so dass mehrere Bewertungen durch nur

einen Sachverhalt produziert werden. Zum anderen kann unter Rückgriff auf Bereich 1, die Prüfung von Qualitätsaspekten aus Bereich 2 legitimiert werden, zu denen zwar keinerlei Leistungsvereinbarungen vorliegen, die nach Ansicht der Prüfer als Leistung aber angemessen wären und zu denen daher mindestens beraten werden sollte (vgl. Ergebnisse zur Abgrenzungsproblematik in Kapitel 3.6.1).

- ◆ Für Bereich 1 ergibt sich außerdem die Schwierigkeit, dass bei Personen, die ausschließlich Leistungen gem. SGB V beziehen, nicht dieselben Maßstäbe angelegt werden können wie bei Personen, die (auch) SGB XI-Leistungen beziehen. Während die Prüfer in den Feedback-Veranstaltungen dieses Problem besonders in Bezug auf 1.1 „Aufnahmemanagement“ herausstellten, sahen die Pflegedienste dasselbe Problem auch bei 1.2 „Risiken und Gefahren“.
- ◆ Für die „Spezielle Krankenbeobachtung“ ist nach Ansicht der Prüfer die Darstellung der Qualität anhand eine Verdichtung auf nur vier Leitfragen und einer zusammenfassenden Bewertung auf einer vierstufigen Skala ungeeignet (vgl. Kapitel 3.6.3). Auch die intensivpflegerischen Pflegedienste schilderten in den Feedback-Veranstaltungen ihre Irritation darüber, dass während den Prüfungen von den Prüfern eine hohe Qualität zurückgespiegelt worden wäre, die sich dann im Prüfbericht aber nicht in Form entsprechender Gesamtbewertungen ausgedrückt habe.
- ◆ Die Qualitätsaspekte 2.1, 2.3, 2.4, 2.8 und 2.9 entsprechen dem Inhalt nach „neueren“ Leistungen, die erst mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Bestandteil der pflegerischen Aufgaben geworden sind. Dazu finden sich auch bei den Prüfern Hinweise auf Schwierigkeiten bei der Ermittlung der Prüfungsrelevanz (vgl. Ergebnisse zur Abgrenzungsproblematik in Kapitel 3.6.1), der Bewertung (Kapitel 3.6.3, Abbildung 19) und Nachvollziehbarkeit (Kapitel 3.6.4).

Vor diesem Hintergrund erscheint es unmittelbar plausibel, dass auch die Pflegedienste die (Gesamtbewertungen der) genannten Qualitätsaspekte für weniger nachvollziehbar hielten.

Sofern die Schwierigkeiten der oben dargestellten Punkte mit unklaren Vorgaben des neuen Prüfverfahrens zusammenhängen, wird dies zu einer größeren Abhängigkeit der Prüfergebnisse vom einzelnen Prüfer führen, da bei fehlenden Vorgaben die Prüfer nach eigenem Ermessen selbst über das Vorgehen zu entscheiden haben (vgl. Kapitel 3.5). Diese Abhängigkeit der Prüfergebnisse vom einzelnen Prüfer wurde auch von den Pflegediensten wahrgenommen und in den Feedback-Veranstaltungen berichtet. Insbesondere Pflegedienste aus Pilotierungsgruppe III (Schatten- und Wiederholungsprüfungen) schilderten, dass es aus der Rückmeldung verschiedener Prüfer zu denselben Personen offensichtlich wurde, dass sie zu unterschiedlichen Prüfergebnissen und Qualitätsbewertungen gekommen waren. Dies bestätige nach Meinung der

Pflegedienste die hohe Abhängigkeit der Prüfergebnisse vom individuell unterschiedlichen Vorgehen der einzelnen Prüfer.

3.7.7 Unterschiede zum bisherigen Prüfverfahren

Neben der Einschätzung von Unterschieden zwischen dem neuen und bisherigen Prüfverfahren im Hinblick auf den zeitlichen Umfang (Kapitel 3.7.4) und die Gesprächsatmosphäre (Kapitel 3.7.3, Abbildung 52), wurden die Pflegedienste auch zu möglichen Unterschieden befragt, die erhofften Verbesserungen durch das neue Prüfverfahren entsprechen.

Dazu wurden neun Aussagen formuliert, die das bisherige und neue Prüfverfahren miteinander vergleichen. Die Pflegedienste hatten anzugeben, inwiefern sie den Aussagen zustimmen (fünfstufige Ratingskala von *trifft überhaupt nicht zu* bis *trifft voll und ganz zu*). Die Aussagen und die Angaben der Pflegedienste finden sich in Abbildung 56.

Die Aussagen, die am häufigsten in einem positiven Sinne beurteilt werden, d. h. im Sinne eine Verbesserung des neuen gegenüber dem bisherigen Verfahren, entsprechen der Angabe, dass ...

- ◆ das Ergebnis der Prüfung entscheidender als bisher davon abhängt, dass die richtigen Ansprechpartner (z. B. Bezugspflegekraft) zur Verfügung stehen (IV. *teils-teils, trifft eher zu* und *trifft voll und ganz zu*: 85,3 %);
- ◆ das Gespräch mit Mitarbeitern bzw. der verantwortlichen Pflegefachkraft des Pflegedienstes einen höheren Stellenwert hat als bisher (II. *teils-teils, trifft eher zu* und *trifft voll und ganz zu*: 85,3 %);
- ◆ die letztendliche Qualität der Pflege, die beim Kunden ankommt, besser erfasst wird als bisher (V. *teils-teils, trifft eher zu* und *trifft voll und ganz zu*: 78,1 %);
- ◆ es einen spürbaren Unterschied des neuen zum bisherigen Prüfverfahren gab (I. *trifft überhaupt nicht zu, trifft eher nicht zu* und *teils-teils*: 77,3 %).

Damit haben nur ca. 15 bis 20 Prozent keinen Unterschied zum bisherigen Prüfverfahren wahrgenommen. Diese Unterschiede machen sich insbesondere in Form eines höheren Stellenwertes des Fachgesprächs und eines stärkeren Einflusses des (richtigen) Ansprechpartners beim Pflegedienst auf die Prüfergebnisse bemerkbar.

Etwas weniger, wenngleich immer noch mehrheitliche Zustimmung erfahren die Aussagen, dass ...

- ◆ der voraussichtliche Beitrag zur Verbesserung der Qualität in der Pflege in der Einrichtung mit dem neuen Prüfverfahren höher sein wird als mit dem bisherigen Prüfverfahren (VII. *teils-teils, trifft eher zu* und *trifft voll und ganz zu*: 54,9 %);

- ◆ sich aus dem neuen Prüfverfahren mehr konkrete Hinweise als aus dem bisherigen Prüfverfahren ergeben, wie die Qualität des Pflegedienstes weiter verbessert werden kann (IX. *teils-teils, trifft eher zu und trifft voll und ganz zu*: 67,6 %).

Aussagen, die von den Pflegediensten vergleichsweise selten bestätigt werden, entsprechen der Angabe, dass ...

- ◆ Personal mit anderer Qualifizierung zur Verfügung gestellt werden muss als bisher (VI. *teils-teils, trifft eher zu und trifft voll und ganz zu*: 31,1 %);
- ◆ mehr Personal zur Verfügung gestellt werden muss als bisher (VII. *teils-teils, trifft eher zu und trifft voll und ganz zu*: 47,3 %);
- ◆ die Prüfung schriftlicher Dokumente einen geringeren Stellenwert hat als bisher (III. *teils-teils, trifft eher zu und trifft voll und ganz zu*: 48,6 %).

Diese Einschätzungen reflektieren die Angabe, dass die Fachgespräche i. d. R. mit der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. ihrer Stellvertretung geführt wurden (vgl. Abbildung 30 und Abbildung 48), die auch bei Prüfungen mit dem bisherigen Prüfverfahren die hauptsächlichen Ansprechpartner sein sollten. Da gleichzeitig angegeben wird, dass i. d. R. die richtigen Ansprechpartner beim Pflegedienst zur Verfügung standen (vgl. Abbildung 33 und Abbildung 49), lässt sich daraus zunächst kein Grund ableiten, warum für das neue Prüfverfahren anderes oder mehr Personal zur Verfügung gestellt werden sollte als für das bisherige Prüfverfahren. Dass dennoch von der Hälfte der Pflegedienste angegeben wird, dass mehr Personal zur Verfügung gestellt werden muss als bisher, könnte mit der (partiellen) Einbindung von Bezugspflegekräften zusammenhängen (die allerdings nicht die gesamte Prüfung begleiten müssen; vgl. Kapitel 3.6.5).

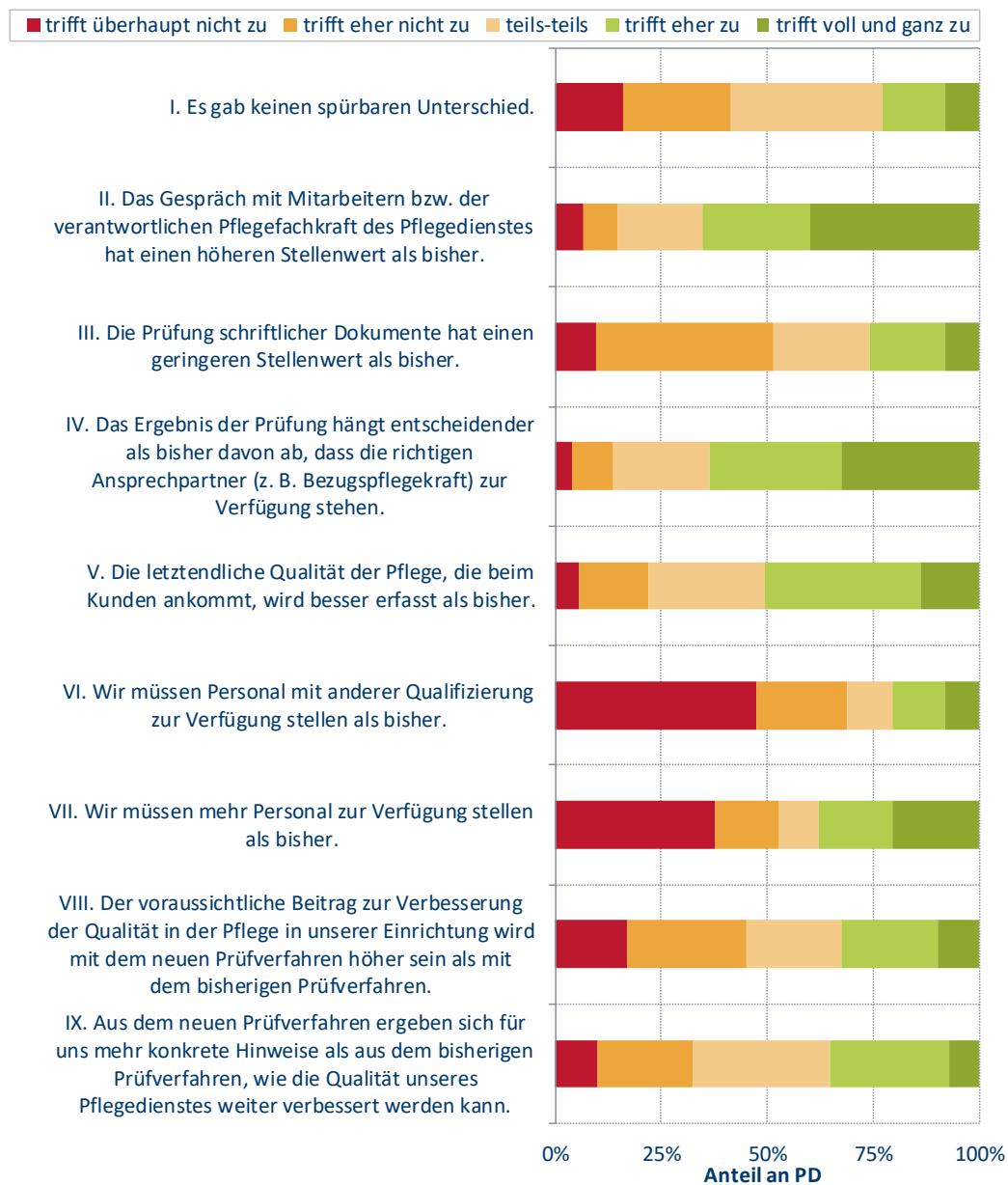
Bemerkenswert ist, dass trotz der großen Mehrheit, die eine Veränderung gegenüber dem bisherigen Verfahren in Form eines höheren Stellenwertes des Fachgesprächs wahrnimmt, dennoch immerhin die Hälfte der Pflegedienste der Meinung ist, dass die Pflegedokumentation keinen geringeren Stellenwert hat als bisher. Dies ist konsistent mit der Angabe mancher Prüfer, dass sie sich bei der Prüfung primär an der Pflegedokumentation orientiert und das Fachgespräch nur bei Zusammenhängen gesucht hätten, die nicht direkt aus der Dokumentation ersichtlich waren (vgl. Kapitel 3.6.5). Dies mag bei vielen Pflegediensten den Eindruck erweckt haben, dass die Pflegedokumentation weiterhin einen genauso hohen Stellenwert besitzt wie bisher. Da die andere Hälfte der Pflegedienste hier jedoch andere Erfahrungen gemacht hat, war der Stellenwert der Pflegedokumentation wahrscheinlich vom Vorgehen des einzelnen Prüfers abhängig. Da dennoch die meisten Pflegedienste eine größere Bedeutung des Fachgesprächs sehen, konnte offenbar selbst bei einem eher dokumentationsorientierten Prüf-Stil Einfluss auf die letztendliche Qualitätsbewertung im Fachgespräch genommen werden.

Legt man strengere Maßstäbe an und zählt die Angabe von *teils-teils* nicht bereits zu einer Beurteilung im positiven Sinne – da sich feststellbare Veränderungen im

Vergleich zum bisherigen Verfahren mit fehlenden Veränderungen die Waage halten – so muss konstatiert werden, dass die Pflegedienste Sachverhalte, bei denen Verbesserungen erhofft waren, eher zurückhaltend bewerten (maximale Zustimmungswerte für Aussagen I., II., IV. und V. dann nur noch bei 41,3 %-65,3 %; mittlere Zustimmungswerte für Aussagen VII., VIII. und IX. bei 32,4 % bis 37,8 %; geringste Zustimmungswerte für Aussagen III. und VI. bei 25,7 % und 20,3 %).

Aufgrund des spezifischen Designs in den Pilotierungsgruppen II und III, das von den regulären Vorgaben des neuen Prüfverfahrens abweicht, wurden die Angaben zu den Unterschieden zum bisherigen Prüfverfahren auch getrennt nach Pilotierungsgruppe betrachtet (vgl. Anhang A5, Abbildung 87). Hier hätte es sein können, dass das spezifische Design in den Pilotierungsgruppen II und III häufiger als in Pilotierungsgruppe I (reguläres Verfahren) dazu geführt hat, dass ein Unterschied zum bisherigen Prüfverfahren vermutet wurde. Wie Abbildung 87 entnommen werden kann, antworten die Pflegedienste der drei Pilotierungsgruppen aber recht ähnlich.

Abbildung 56: Vergleich des neuen mit dem bisherigen Prüfverfahren



Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Prozent entspricht Anteil an PD mit gültigen Angaben zur jeweiligen Aussage (I., II.: n = 75 PD; III., IV., VI., VII.: n = 74 PD; V.: n = 73 PD; VIII., IX.: n = 71 PD).

3.7.8 Erfüllen der Anforderungen an das neue Prüfverfahren

Der Abschlussbericht für das neue Prüfverfahren (Büscher *et al.*, 2018) beschreibt bestimmte Anforderungen, die das neue Prüfverfahren erfüllen soll. Davon ausgehend wurden acht Aussagen formuliert, zu denen die Pflegedienste in der Online-Befragung ihre Zustimmung mittels fünfstufiger Ratingskala (*trifft*

überhaupt nicht zu bis trifft voll und ganz zu)angaben. Die Aussagen und Angaben der Pflegedienste finden sich in Abbildung 57.

Den meisten Aussagen wird in der Mehrheit der Fälle zumindest teilweise zugestimmt (I.-V., VII.-VIII. *teils-teils, trifft eher zu und trifft voll und ganz zu*: mind. 74,6 % bis max. 89,6 %). Lediglich der Aussage, dass der zeitliche Umfang der Prüfung mit dem neuen und bisherigen Verfahren vergleichbar ausfällt, wird mehrheitlich widersprochen (VI. *trifft überhaupt nicht zu und trifft eher nicht zu*: 67,6 %). Dies reflektiert die bereits dargestellten Befunde zum erhöhten Zeitaufwand, der sowohl von den Prüfern als auch von den Vertretern der Pflegedienste mit dem neuen Prüfverfahren erwartet wird (vgl. Kapitel 3.6.8: Tabelle 54, Abbildung 41 und Abbildung 42; Kapitel 3.7.4).

Legt man strengere Maßstäbe an und zählt die Angabe von *teils-teils* nicht bereits zu einer Beurteilung im positiven Sinne – da sich Zustimmung zur und Ablehnung der Aussage die Waage halten – so muss insgesamt konstatiert werden, dass die Pflegedienste das Erfüllen der Anforderungen an das neue Prüfverfahren eher zurückhaltend bewerten (Zustimmungswerte bei 48,0 %-77,6 %; für VI. sogar nur bei 25,4 %).

Die größte Zustimmung findet sich bei dieser Betrachtung für die Aussage, dass das neue Prüfverfahren mit größerem Gestaltungsspielraum und größerer Verantwortung für die Prüfer einhergeht (IV. *trifft eher zu und trifft voll und ganz zu*: 77,6 %), gefolgt von mehrheitlicher Zustimmung bei den Aussagen, dass das neue Prüfverfahren einen genaueren Blick auf die Ergebnisqualität erfordert (II.: 62,7 %), das Wohlergehen des pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellt (VII.: 64,9 %), sichtbar macht inwieweit Risiken oder negative Folgen für pflegebedürftige Menschen entstanden sind (VIII. 60,6 %) und mit größerem Gestaltungsspielraum/Verantwortung für Pflegedienste einhergeht (V.: 59,2 %).

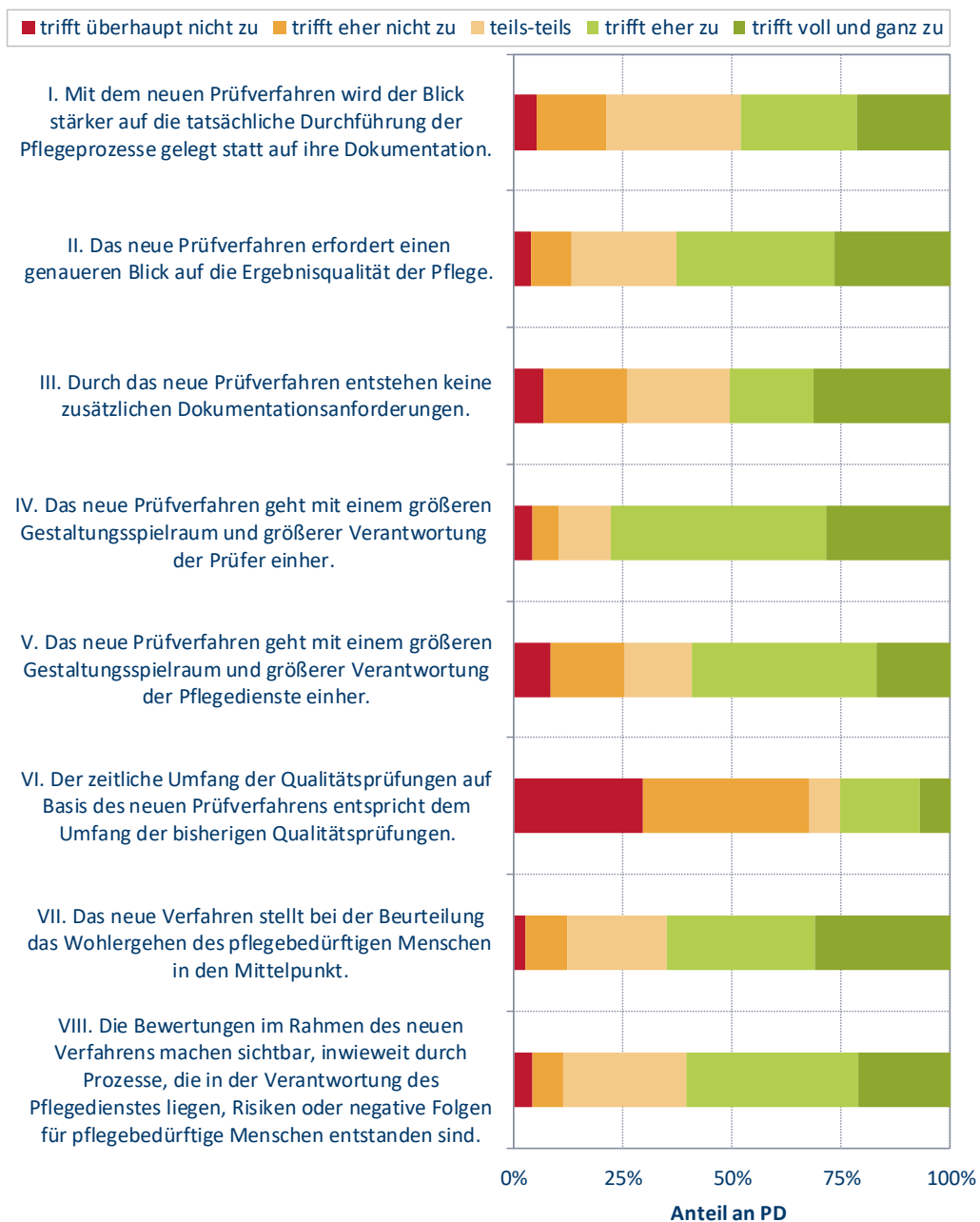
Nur noch etwa die Hälfte der Pflegedienste stimmt zu, dass mit dem neuen Prüfverfahren der Blick stärker auf die tatsächliche Durchführung der Pflegeprozesse statt auf die Dokumentation gerichtet wird (I.: 48,0 %) und keine zusätzlichen Dokumentationsanforderungen entstehen (III.: 50,7 %). Der kritische Blick der Pflegedienste auf den Stellenwert der Dokumentation reflektiert zum einen den bereits dargestellten Befund, dass manche Prüfer in den Pilot-Prüfungen weiterhin einen stark dokumentationsorientierten Prüf-Stil anwandten (vgl. Kapitel 3.6.2, 3.6.5, 3.7.2 und 3.7.7). Zum anderen sehen die Pflegedienste aber offensichtlich auch *zusätzliche* Dokumentationsanforderungen, die sogar über die des bisherigen Prüfverfahrens hinausgehen.

Dies erscheint insbesondere vor dem Hintergrund der Erfassung oder zumindest schriftlichen Fixierung der für die Stichprobenziehung relevanten Merkmale (relevante Beeinträchtigungen der Mobilität bzw. Kognition) nachvollziehbar, welche erst durch das neue Prüfverfahren erforderlich wird (vgl. Kapitel 3.2.1). Daher wäre allein durch das neue Stichprobenverfahren mit einem höheren zeitlichen Aufwand aufseiten der Pflegedienste zu rechnen (vgl. Kapitel 3.6.8 und 3.7.4).

Zudem wurden bei Personen, die ausschließlich SGB V-Leistungen bezogen, ähnliche Beratungen und Risikoeinschätzungen gefordert wie bei SGB XI-Kunden, da das Prüfverfahren nicht explizit zwischen diesen Personengruppen unterscheidet (vgl. Kapitel 3.6.3 und 3.7.6). Ferner zeichnet sich das neue Prüfverfahren durch eine generelle Reduktion des strukturellen Prüfteils (Bereich 5) zugunsten einer Ausweitung der personenbezogenen Prüfung aus. So wird aber mancher Sachverhalt, der zuvor nur einmalig auf struktureller Einrichtungsebene geprüft wurde, nun bei jeder Person einzeln geprüft (dies ist der Fall bei „Übernahmemanagement“ [fällt im neuen Prüfverfahren unter 1.1 „Aufnahmemanagement“], vgl. MDS, 2018a, S. 41, und „Umgang mit Notfällen [...] z. B. bei Sturz, Entgleisung von Körperfunktionen“ [fällt beim neuen Verfahren unter 1.2 „Risiken und Gefahren“], vgl. ebenda, S. 36 und 42). Bei einem dokumentationsorientierten Prüf-Stil führt dies jedoch dazu, dass bei jeder Person, auch bei reinen SGB V-Kunden, eine entsprechende Dokumentation über diese Sachverhalte eingefordert wird. Vor diesem Hintergrund ist es wenig verwunderlich, dass von vielen Pflegediensten zusätzliche Dokumentationsanforderungen aufgrund des neuen Prüfverfahrens befürchtet werden.

Aufgrund der unterschiedlichen Designs in den Pilotierungsgruppen, wurden die Angaben zum Erfüllen der Anforderungen an das neue Prüfverfahren auch getrennt nach Pilotierungsgruppe betrachtet (vgl. Anhang A6, Abbildung 88). Hier hätte es sein können, dass die drei Pilotierungsgruppen aufgrund des jeweils anderen Designs auch das Erfüllen der Anforderungen an das neue Verfahren unterschiedlich eingeschätzten. Wie Abbildung 88 entnommen werden kann, antworten die Pflegedienste der drei Pilotierungsgruppen aber recht ähnlich.

Abbildung 57: Erfüllen der Anforderungen an das neue Prüfverfahren



Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Prozent entspricht Anteil an PD mit gültigen Angaben zur jeweiligen Aussage (I., II.: n = 75 PD; VII: n = 74 PD; III.: n = 73 PD; V, VI, VIII: n = 71; IV: n = 67).

3.8 Intensivpflegedienste

Formal unterscheidet sich das Prüfverfahren bei Intensivpflegediensten nicht von dem Verfahren bei anderen Pflegediensten. Allerdings handelt es sich bei Intensivpflegediensten um einen Einrichtungstyp, der schwerpunktmäßig die HKP-Leistung „Spezielle Krankenbeobachtung“ (HKP-Ziffer Nr. 24) erbringt. Dieser

Leistung entspricht in Prüfbereich 3 der gleichnamige Qualitätsaspekt 3.24. Wenn dieser Qualitätsaspekt in einer personenbezogenen Prüfung geprüft wird, ist vorgesehen, dass auch Qualitätsaspekte in Prüfbereich 2 geprüft werden. Diese Qualitätsaspekte sollen sich dabei allerdings nicht aus individuell vereinbarten Leistungen nach SGB XI ergeben, sondern sind „als ein mögliches Spektrum pflegerischer Aufgaben, die im Rahmen einer 24-Stunden-Versorgung notwendig werden können“ (Büscher *et al.*, 2018, S. 70) anzusehen. Als Teil der Prüfung ist somit im Einzelfall zu entscheiden, welche Qualitätsaspekte aus Prüfbereich 2 berücksichtigt werden sollen. Im Rahmen der Pilotierung war zu untersuchen, inwiefern diese Besonderheiten für Intensivpflegedienste praktikabel sind.

Die Ergebnisse der Pilotierung zu Intensivpflegediensten sind bereits in den vorhergehenden Kapiteln berichtet worden. An dieser Stelle erfolgt nur eine Zusammenfassung der Ergebnisse mit Verweis auf die entsprechenden Kapitel, in denen sie detailliert dargestellt werden (Kapitelnummer gefolgt von Befund):

Einschluss von Einrichtungen in die Pilotierung

- 3.1 Intensivpflegerische Pflegedienste wurden wie geplant mit $n = 10$ Einrichtungen in Pilotierungsgruppe I eingeschlossen.

Charakteristika der versorgten Personen

- 3.2.2 In intensivpflegerischen Pflegediensten finden sich versorgte
3.2.3 Personen mit stärkeren Beeinträchtigungen als in allgemeinen und
3.2.4 psychiatrischen Pflegediensten (weniger Personen auf der Liste, die keine Beeinträchtigung der Mobilität oder Kognition zeigen; mehr Personen mit höheren Pflegegraden in den Stichproben; höherer Anteil Gruppe a [Mobilität und Kognition beeinträchtigt], dafür aber deutlich geringere Anteile für Personen aus Gruppe c [lediglich Kognition beeinträchtigt] sowie Personen ohne Gruppenzugehörigkeit in den Stichproben).
- 3.2.4.1 83 Prozent der Personen in den Stichproben aus intensivpflegerischen
3.3.1.1 Pflegediensten beziehen aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen (zum Vergleich, allgemeine Pflegedienste: 31 %; psychiatrische Pflegedienste: 18 %). 79 Prozent der Personen in den Stichproben aus intensivpflegerischen Pflegediensten beziehen die HKP-Leistung Nr. 24 „Spezielle Krankenbeobachtung“; außerhalb der Intensivpflegedienste findet sich nur eine weitere Person mit dieser Leistung in einem allgemeinen Pflegedienst.

Einhaltung des Stichprobenverfahrens

- 3.2.4.3 Die anvisierte Stichprobengröße von (mindestens) sechs Personen aus den Gruppen a bis c wurde in 70 Prozent der intensivpflegerischen Pflegedienste erreicht.
- 3.2.4.5 Die Gesamtgröße der Stichproben in den drei Einrichtungstypen fällt durchschnittlich etwa gleich groß aus; obwohl in intensivpflegerischen

Pflegediensten im Schnitt eine Person weniger als in allgemeinen Pflegediensten eingeschlossen wird. Im Gesamtmittel wurden sechs Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen in die Stichproben der intensivpflegerischen Pflegedienste aufgenommen.

Zeitlicher Aufwand

- 3.2.4.5 Das reguläre Stichprobenverfahren führt in intensivpflegerischen Pflegediensten dazu, dass bis zu neun Personen mit „Spezieller Krankenbeobachtung“ in die Stichprobe eingeschlossen werden. Dies wurde von den Prüfern als kaum realisierbar eingeschätzt, da einerseits am Prüftag große Distanzen zwischen den versorgten Personen zu überwinden seien, und andererseits die „Spezielle Krankenbeobachtung“ eine deutlich umfangreichere Prüfung erfordere.

Auch die Ergebnisse zur Zusammensetzung der Stichproben zeigen, dass eine Stichprobe von neun Personen sich in nur wenigen intensivpflegerischen Pflegediensten realisieren ließ. In nur $n = 3$ intensivpflegerischen Pflegediensten wurde eine Stichprobe von neun Personen realisiert, alle anderen zeigen einen geringeren Stichprobenumfang.

Eine Stichprobe von sechs Personen mit „Spezieller Krankenbeobachtung“ wurde von den Prüfern als realistische Obergrenze gewertet.

- 3.2.4 In intensivpflegerischen Pflegediensten ist mit einem erhöhten
3.6.8.3 Zeitaufwand für die Hausbesuche zu rechnen. Die Daten zeigen, dass ein Hausbesuch bei intensivpflegerischen Pflegediensten im Durchschnitt 20 Minuten länger dauert als bei allgemeinen und psychiatrischen Pflegediensten.
- 3.6.8.4 Für den Qualitätsaspekt 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ schätzen die Prüfer im Vergleich zu den anderen Qualitätsaspekten eine im Mittel höhere zeitliche Dauer.

Prüfergebnisse

- 3.3.1.1 In intensivpflegerischen Pflegediensten wurden im Mittel mehr Qualitätsaspekte pro personenbezogene Prüfung geprüft als in allgemeinen und psychiatrischen Pflegediensten ($M = 8$ vs. $M = 4$ bzw. $M = 5$). Das hängt vermutlich mit der besonderen Vorgabe für die „Spezielle Krankenbeobachtung“ zusammen, wonach sämtliche Qualitätsaspekte in Bereich 2 zu prüfen sind, die Aufgaben entsprechen, die im Rahmen einer 24-Stunden-Versorgung anfallen.
- 3.3.1.2 Der Qualitätsaspekt 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ erhält im Vergleich zu anderen Qualitätsaspekten häufiger eine schlechte Bewertung.
-

Wenn man zwischen den Pflegediensten vergleicht, bei wie vielen Personen über alle Qualitätsaspekte hinweg eine Bewertung schlechter als A vergeben wurde, zeigt sich, dass dies mit 63 Prozent der Personen in intensivpflegerischen Pflegediensten signifikant häufiger vorkam als bei allgemeinen (42 %) bzw. psychiatrischen Pflegediensten (45 %).

- 3.3.1.5 Intensivpflegerische Pflegedienste erhalten auch auf Einrichtungsebene häufiger schlechtere Bewertungen als die anderen Pflegedienste (allgemein, psychiatrisch). Dies reflektiert den bereits auf Personenebene festgestellten Befund, dass Einzelbewertungen auf Personenebene bei intensivpflegerischen Pflegediensten signifikant schlechter ausfallen als in den anderen beiden Einrichtungstypen.

Ermittlung des Prüfumfangs

- 3.6.1.6 Die Ermittlung des Prüfumfangs erwies sich als Herausforderung, da explizite Leistungsvereinbarungen nicht das gesamte Versorgungsgeschehen abbilden und aus ärztlichen Verordnungen oftmals keine genauen Leistungsinhalte ersichtlich sind. Hier konnte nur in Gesprächen mit dem Pflegedienst aufwändig eruiert werden, welche Leistungen regelhaft durch Mitarbeiter erbracht werden. Die Prüfer wünschten sich, dass genauer vordefiniert würde, welche Qualitätsaspekte in welcher Situation grundsätzlich zu prüfen seien.
- 3.6.1.6 Für alle Leistungen der Behandlungspflege, die im Rahmen einer 24-Stundenpflege anfallen können, ist festzustellen, dass im neuen Prüfverfahren nicht geregelt ist, unter welchen Qualitätsaspekten diese zu prüfen sind – es bleibt unklar, ob ausschließlich unter 3.24 geprüft werden soll oder, ob die Prüfung in Abhängigkeit der konkreten Inhalte der Behandlungspflege auf weitere Qualitätsaspekte in Bereich 3 auszudehnen ist.

Schwierigkeit der Bewertung

- 3.6.3.3 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ zählt zu den Qualitätsaspekten mit der als am schwierigsten empfundenen Bewertung.
- 3.6.3.3 Die Prüfer gaben zu bedenken, dass die Prüfung der „Speziellen Krankenbeobachtung“ mit den Vorgaben des neuen Verfahrens „einen deutlichen Rückschritt“ zum bisherigen Verfahren bedeuten würde. Eine verantwortbare Bearbeitung des Qualitätsaspekts 3.24 sahen die Prüfer nur gewährleistet, indem die bisherigen QPR zur Grundlage genommen wurde. Durch den Rückgriff auf die bisherigen QPR sind die Prüfer bei der Prüfung der „Speziellen Krankenbeobachtung“ in der Pilotierung aber im Wesentlichen

genauso vorgegangen, wie bei einer Prüfung mit dem bisherigen Instrument.

- 3.6.3.3 Die Verdichtung der Prüfergebnisse zu einer A-, B-, C- oder D-Bewertung wird nach Ansicht der Prüfer der Komplexität der Leistung 3.24 nicht gerecht. Die Darstellung der Qualität anhand einer Verdichtung auf nur vier Leitfragen und einer zusammenfassenden Bewertung auf einer vierstufigen Skala ist für 3.24 ungeeignet.

Die Tendenz zu schlechteren Bewertungen bei 3.24 und sich der daraus ergebenden schlechteren Bewertung von Intensivpflegediensten wurde von den Prüfern so erklärt, dass bei einer überlebenswichtigen Leistung wie der „Speziellen Krankenbeobachtung“ die Verdichtung der Prüfergebnisse auf Personenebene schon bei kleineren Abweichungen zu einer insgesamt schlechteren Bewertung führt – obwohl dies nach Ansicht der Prüfer die Qualität nicht adäquat widerspiegeln. Nach Auffassung der Prüfer sollte die Bewertung der „Speziellen Krankenbeobachtung“ anhand mehrerer Kriterien entzerrt werden und nicht anhand einer zusammenfassenden Bewertung erfolgen.

- 3.6.6 Die Zusammenführung der Ergebnisse zu einem vorläufigen Gesamtergebnis im Synthesegespräch wurde von den Prüfern bei intensivpflegerischen Pflegediensten tendenziell als schwieriger als bei den andere Pflegediensten (allgemein, psychiatrisch) empfunden.
- 3.6.3.6 Die Daten zur Klickhäufigkeit auf die Ausfüllanleitung zu 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ in der Pilot-Software spiegeln die subjektiv von den Prüfern empfundene erhöhte Schwierigkeit dieses Qualitätsaspekts wider.
- 3.6.4 Auch die Angaben der Prüfer zur Nachvollziehbarkeit weisen darauf hin, dass der Qualitätsaspekt 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ weniger nachvollziehbar ist im Hinblick auf Prüfgegenstand und Bewertungsmaßstäbe als andere Qualitätsaspekte aus Bereich 3; auch die Ausfüllanleitungen wurden in Bezug auf das Prüfthema „Spezielle Krankenbeobachtung“ als weniger hilfreich empfunden.

3.9 Psychiatrische Pflegedienste

Formal unterscheidet sich das Prüfverfahren bei psychiatrischen Pflegediensten nicht von dem Verfahren bei anderen Pflegediensten. Allerdings handelt es sich bei psychiatrischen Pflegediensten um einen Einrichtungstyp, der schwerpunktmäßig die HKP-Leistung „Psychiatrische Häusliche Krankenpflege“ (HKP-Ziffer Nr. 27a) erbringt. Das neue Prüfinstrument sieht für diese HKP-Leistung – wie für andere HKP-Leistungen – einen Qualitätsaspekt in Prüfbereich 3 vor. Wenn dieser Qualitätsaspekt in einer personenbezogenen Prüfung geprüft wird, sollen auch die Qualitätsaspekte 2.2 „Unterstützung bei beeinträchtigter

Kognition“ und 2.4 „Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen“ geprüft werden, unabhängig davon, ob hierfür Leistungen nach SGB XI vereinbart wurden. Ansonsten sollen die Qualitätsaspekte in den fünf Prüfbereichen bei psychiatrischen Pflegediensten genauso geprüft werden wie bei anderen Pflegediensten.

Mit Blick auf die psychiatrische häusliche Krankenpflege konstatieren die Autoren des neuen Prüfverfahrens, dass ihr Vorschlag angesichts des festgestellten Mangels an Vorarbeiten und Anknüpfungspunkten „Pilotcharakter“ habe und fordern explizit, dass in die Pilotierung Personen einbezogen werden sollen, die die HKP-Leistung „Psychiatrische Häusliche Krankenpflege“ erhalten (Büscher *et al.*, 2018, S. 70).

Die Pilotierungsergebnisse zu den psychiatrischen Pflegediensten sind bereits in den vorhergehenden Kapiteln berichtet worden. An dieser Stelle erfolgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse unter Verweis auf die entsprechenden Kapitel, in denen sie detailliert dargestellt werden (Kapitelnummer gefolgt von Befund):

Einschluss von Einrichtungen in die Pilotierung

- 3.1 Psychiatrische Pflegedienste wurden wie geplant mit n = 10 Einrichtungen in die Pilotierungsgruppe I eingeschlossen.

Die Identifikation entsprechender Pflegedienste erwies sich als schwierig, da psychiatrisch spezialisierte Pflegedienste weder von Pflegekassen noch von Pflegeverbänden systematisch klassifiziert werden.

Charakteristika der versorgten Personen

- 3.2.3.4 Von den meisten psychiatrischen Pflegediensten wurde angegeben, dass sie neben psychiatrischen Patienten auch nicht-psychiatrisch erkrankte Personen versorgen.
- 3.2.2.4 Insgesamt betrachtet gab es in psychiatrischen Pflegediensten nur sehr wenig Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen (4 % der Personen auf der Liste der versorgten Personen).
- 3.2.2.5 Die für die Stichprobenziehung formulierten Merkmale der eingeschränkten Mobilität und Kognition wurden für psychiatrische Pflegedienste als unpassend empfunden, da typische psychiatrische Patienten diesen Kriterien häufig nicht entsprechen. Die Anwendung dieser Kriterien führt deshalb zu einer systematischen Benachteiligung dieser Personengruppe bei der Stichprobenziehung.
- 3.2.3.4 Die Vorgaben des Stichprobenverfahrens haben eine Prüfung der
- 3.3.1.1 „Psychiatrischen Häuslichen Krankenpflege“ systematisch verhindert. Um einen Einschluss von psychiatrischen Patienten zu gewährleisten, müsste das Stichprobenverfahren insbesondere für psychiatrische Pflegedienste mit einer gemischten Kundschaft angepasst werden.
-

Im Resultat beziehen von den insgesamt n = 71 Personen, die aus n = 10 psychiatrischen Pflegediensten in die Pilot-Prüfung eingeschlossen wurden, nur insgesamt n = 4 Personen aus n = 2 Pflegediensten die Leistung „Psychiatrische Häusliche Krankenpflege“ (HKP-Ziffer 27a).

- 3.2.4.1 Die Stichproben in psychiatrischen Pflegediensten unterscheiden sich
 3.2.4.5 im Hinblick auf die Merkmale Mobilität und kognitive Fähigkeiten nicht wesentlich von den Stichproben aus allgemeinen Pflegediensten. Dies weist darauf hin, dass in psychiatrischen Pflegediensten eine sehr ähnliche Personengruppe wie in allgemeinen Pflegediensten geprüft wurde – sehr wahrscheinlich da psychiatrische Patienten bzw. Personen mit Bezug „Psychiatrischer Häuslicher Krankenpflege“ von der Stichprobenziehung systematisch benachteiligt wurden.
- 3.2.3.3 Verglichen mit der Verteilung in der Pflegestatistik (Statistisches
 3.2.3.4 Bundesamt, 2018) befinden sich in den Stichproben der psychiatrischen Pflegedienste eher höhere Pflegegrade. Dabei unterscheiden sich die Verteilungen der Pflegegrade nicht zwischen den Stichproben aus allgemeinen und psychiatrischen Pflegediensten. Der fehlende Unterschied zwischen beiden Einrichtungstypen ist insofern unerwartet, als dass in psychiatrischen Pflegediensten eher mit einer jüngeren, seltener pflegebedürftigen Klientel zu rechnen wäre.

Einhaltung des Stichprobenverfahrens

- 3.2.4.3 Die anvisierte Stichprobengröße von (mindestens) sechs Personen aus den Gruppen a bis c wurde bei 60 Prozent der psychiatrischen Pflegedienste erreicht.
- 3.2.4.3 In sämtlichen psychiatrischen Pflegediensten wurden weniger als
 3.2.4.5 n = 3 Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen eingeschlossen.

Da es im Durchschnitt nur wenig Personen mit dieser Leistungsart in psychiatrischen Pflegediensten gibt, ist davon auszugehen, dass eine Prüfung von drei Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen in diesen Pflegediensten nicht möglich ist.

- 3.2.4.5 In psychiatrischen Pflegediensten wird im Schnitt eine Person weniger eingeschlossen als in allgemeinen Pflegediensten.

Zeitlicher Aufwand

- 3.6.8.4 Für den Qualitätsaspekt 2.27a „Psychiatrische Krankenpflege“ schätzen die Prüfer im Vergleich zu den anderen Qualitätsaspekten eine im Mittel höhere zeitliche Dauer (aber geringe Fallzahl n = 4 beachten).

Schwierigkeit der Bewertung

- 3.6.3.3 3.27a „Psychiatrische Krankenpflege“ zählt zu den Qualitätsaspekten mit der als am schwierigsten empfundenen Bewertung. Allerdings muss aufgrund der äußerst geringen Fallzahl (n = 4) von einer Verallgemeinerung des Befundes abgesehen werden.
- 3.6.3.6 Auch die erhöhte Klickhäufigkeit auf die Ausfüllanleitung in der Pilot-Software stützen die Einschätzung einer erhöhten Schwierigkeit des Qualitätsaspekts 3.27a.
- 3.6.4 Auch die Angaben der Prüfer zur Nachvollziehbarkeit weisen darauf hin, dass der Qualitätsaspekt 3.27a „Psychiatrische Krankenpflege“ weniger nachvollziehbar ist im Hinblick auf Prüfgegenstand und Bewertungsmaßstäbe als andere Qualitätsaspekte aus Bereich 3; auch die Ausfüllanleitungen wurden als weniger hilfreich empfunden.

3.10 Prüfbereich 4

Prüfbereich 4 erfasst unter der Überschrift „sonstige Qualitätsaspekte in der personenbezogenen Prüfung“, Aspekte der Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Pflegedienst und Angehörigen (Qualitätsaspekt 4.1 „Zusammenarbeit mit Angehörigen“) sowie das Vorgehen bei Anzeichen auf Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung oder Missbrauch (Qualitätsaspekt 4.2 „Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung“). Die Prüfer sollen für diese beiden Qualitätsaspekte keine Bewertung vornehmen, sondern den leitenden Mitarbeitenden des Pflegedienstes ggf. festgestellte Auffälligkeiten oder Defizite im Rahmen einer Beratung erläutern (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 2a, S. 39).

In der Pilotierung wurde untersucht, inwieweit die Qualitätsaspekte 4.1 und 4.2 genutzt wurden und wenn ja, ob substanzielle Inhalte und Problemanzeigen bearbeitet werden konnten.

3.10.1 Feststellung der Prüfrelevanz

Die Prüfbögen für die Qualitätsaspekte 4.1 und 4.2 enthalten, neben der Qualitätsaussage, der Beschreibung und den Leitfragen, jeweils ein Freitextfeld mit dem Titel „Auffälligkeiten“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 2a, S. 39-40). In der Pilot-Software wurde ein Auswahlfeld für „Qualitätsaspekt entfällt“ ergänzt. Die Formulierung „Qualitätsaspekt entfällt“ wurde dabei in Anlehnung an die Formulierung auf den Prüfbögen für Bereich 1 gewählt, wo „entfällt“ angekreuzt wird, wenn ein Qualitätsaspekt nicht prüfungsrelevant ist. Ziel war es dabei, das Leerlassen des Freitextfelds „Auffälligkeiten“ interpretieren zu können. Ein leeres Freitextfeld kann in diesem Fall nicht eindeutig interpretiert werden, da es zwei Gründe gibt, das Feld leer zu lassen:

- ◆ Es wäre zu erwarten, dass das Freitextfeld leer gelassen wird, wenn der Qualitätsaspekt nicht prüfungsrelevant war. Für Qualitätsaspekt 4.1 hängt die Prüfbarkeit davon ab, ob es Angehörige gibt, die in die Versorgung involviert sind. Auch für Qualitätsaspekt 4.2 ist i. d. R. davon auszugehen, dass Gewalt, Vernachlässigung oder Unterversorgung weitere in die Pflege involvierte Personen erfordern, von denen entsprechende Impulse ausgehen bzw. gegen die sie sich richten können (z. B. im Fall von Gewalt gegen pflegende Angehörige). Zwar sind auch Konstellationen denkbar, bei denen sich entsprechende Impulse ausschließlich gegen die eigene Person richten (z. B. Autoaggression, Vernachlässigung von sich selbst) ohne, dass zwangsläufig weitere Personen involviert sind. Dabei dürfte es sich aber eher um Ausnahmen handeln.
- ◆ Der Begriff „Auffälligkeiten“ ist im Kontext des Prüfverfahrens negativ konnotiert. Somit wäre zu erwarten, dass das Freitextfeld leer gelassen wird, wenn keine negativen Beobachtungen gemacht wurden, d. h. keine Auffälligkeiten festgestellt wurden.

3.10.1.1 Qualitätsaspekt 4.1

Qualitätsaspekt 4.1 „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ wurde in $n = 217$ personenbezogenen Prüfungen geprüft, d. h. „Qualitätsaspekt entfällt“ wurde nicht ausgewählt (28,8 % von $n = 754$). Auf Einrichtungsebene verteilen sich die $n = 217$ Fälle, in denen 4.1 geprüft wurde, auf $n = 57$ Pflegedienste (75 % von insg. $n = 76$).

Da diese Fallzahl im Verhältnis zur Anzahl personenbezogener Prüfungen relativ gering erschien, wurden die Prüfer in den Feedback-Veranstaltungen gebeten, zu beschreiben wie sie beim Befüllen der Pilot-Software vorgegangen waren. Möglich war, dass das Auswahlfeld („Qualitätsaspekt entfällt“) – anders als intendiert – im Sinne einer Ergebnisdarstellung interpretiert worden war, so dass der Qualitätsaspekt durchaus Prüfgegenstand war, bei fehlenden Auffälligkeiten aber eine entsprechende Darstellung/Verschriftlichung „entfiel“. In den Feedback-Veranstaltungen beschrieben die Prüfer jedoch, dass sie das Auswahlfeld für 4.1 wie intendiert verstanden und genutzt hatten. Darüber hinaus gaben sowohl Prüfer als auch Pflegedienste in den Feedback-Veranstaltungen zu Protokoll, dass ein Anteil von ein Drittel der personenbezogenen Prüfungen, bei dem der Qualitätsaspekt 4.1 aufgrund der Einbindung von Angehörigen geprüft wurde, realistisch sei.

In diesem Zusammenhang wurde in den Feedback-Veranstaltungen auch diskutiert, dass nicht eindeutig definiert sei, zu welchem Grad Angehörige in die Pflege involviert sein müssten, so dass 4.1 prüfungsrelevant wird bzw. sinnvoll geprüft werden kann. Hier wünschten sich die Prüfer eine eindeutigeren Vorgabe. Manche der Prüfer beschrieben auch, dass sie diesen Qualitätsaspekt nicht bearbeitet hätten, soweit keine Angehörigen bei den Prüfungen anwesend waren. Vor dem Hintergrund dieser Schilderungen ist es plausibel anzunehmen, dass der

Anteil der Personen mit Angehörigen, die in *irgendeiner* Form in die Pflege involviert sind, in Wahrheit höher liegt als 29 Prozent.

3.10.1.2 Qualitätsaspekt 4.2

Qualitätsaspekt 4.2. „Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung“ wurde in $n = 11$ personenbezogenen Prüfungen geprüft, d. h. „Qualitätsaspekt entfällt“ wurde in diesen Fällen nicht angekreuzt (1,5 % von $n = 754$). Auf Einrichtungsebene verteilen sich die $n = 11$ Fälle auf $n = 10$ Pflegedienste (13,2 % von insgesamt $n = 76$ Pflegediensten).

In den Feedback-Veranstaltungen beschrieben die Prüfer zu Qualitätsaspekt 4.2 – anders als zu 4.1 –, dass das Auswahlfeld „Qualitätsaspekt entfällt“ von ihnen im Sinne fehlender Auffälligkeiten interpretiert wurde, d. h., dass es von ihnen angekreuzt wurde, soweit keine Auffälligkeiten festgestellt wurden. Es ist daher davon auszugehen, dass 4.2 in wesentlich mehr personenbezogenen Prüfungen geprüft wurde als aus den Angaben in der Pilot-Software hervorgeht.

Die Angaben der Prüfer zeugen also von einer unterschiedlichen impliziten Prüflogik bei 4.1 und 4.2: Während bei 4.1 auch die Feststellung fehlender Hinweise auf Auffälligkeiten als Prüfergebnis gewertet und entsprechend dokumentiert wurde, wurde 4.2 nur dann als prüfungsrelevant gewertet und entsprechend dokumentiert, wenn Hinweise auf Auffälligkeiten durch die Prüfer festgestellt wurden.

Über den Grund dieser unterschiedlichen Prüflogik in 4.1 und 4.2 lässt sich spekulieren, nahe liegt aber, dass die Konnotation des jeweiligen Prüfthemas hier eine Rolle spielt. Die Zusammenarbeit mit Angehörigen scheint in beide Richtungen als relevantes Prüfthema aufgefasst zu werden, d. h. sowohl, wenn diese gut funktioniert und es im Ergebnis keine negativen Auffälligkeiten zu berichten gibt als auch, wenn diese nicht funktioniert und durch Auffälligkeiten i. S. v. Problemen geprägt ist. Gewalt, Vernachlässigung und Unterversorgung hingegen scheinen nur in eine Richtung interpretiert zu werden, nämlich, wenn für die Versorgungssituation relevante zwischenmenschliche Beziehungen durch negative Auffälligkeiten geprägt sind. Dies führt dazu, dass 4.2 nur dann als Prüfthema gewertet wird, wenn es entsprechende Hinweise auf negative Auffälligkeiten gibt, während 4.1 auch dann als Prüfthema gewertet wird, wenn es keine Hinweise auf negative Auffälligkeiten gibt.

Eine weitere Möglichkeit die geringeren Fallzahlen unter 4.2 zu erklären, wäre gewesen, dass dieses sensible Thema in den Prüfungen häufiger vermieden wurde. Dies wurde in den Feedback-Veranstaltungen von den Prüfern aber verneint und deckte sich auch nicht mit den Schilderungen der Pflegedienste.

Dabei handelt es sich allerdings lediglich um post-hoc Interpretationen zu den impliziten Annahmen der Prüfer während der Prüfungen. Grundsätzlich wird in dem neuen Prüfverfahren nicht eindeutig definiert, wann 4.1 oder 4.2 zu prüfen sind (vgl. Büscher *et al.*, 2018, Anhang 3, S. 34-35). Die Benennung des

Freitextfeldes mit „Auffälligkeiten“ und dessen negative Konnotation legen bei beiden Qualitätsaspekten eine Prüflöge nahe, wie sie von den Prüfern bei 4.2 implizit gewählt wurde – der Qualitätsaspekt würde nur dann geprüft, wenn es Hinweise auf (negative) Auffälligkeiten gibt. Dann wäre aber die Feststellung fehlender Auffälligkeiten kein Prüfergebnis und im Prüfbogen nicht von der Situation zu unterscheiden, in der es keine weiteren in die Pflege involvierten Personen gibt und der Qualitätsaspekt *a priori* nicht geprüft werden kann. Solange es keine eindeutigen Kriterien für die Prüfungsrelevanz der Qualitätsaspekte 4.1 und 4.2 gibt, bleibt ohne genauere Erläuterungen der Prüfer im Freitext unklar, nach welchen impliziten Kriterien die Prüfer letztlich über die Prüfungsrelevanz entschieden haben und wie der Begriff „Auffälligkeiten“ von ihnen interpretiert wurde. Es bleibt so letztlich auch unklar, wie leere Freitextfelder oder das angekreuzte Auswahlfeld („Qualitätsaspekt entfällt“) zu interpretieren sind.

Auf eine ähnliche Problematik ist bereits im Zusammenhang der Ermittlung des Prüfumfanges bei den Qualitätsaspekten 1.2 „Risiko und Gefahren“ und 1.3 „Destabilisierung der Versorgungssituation“ (vgl. Kapitel 3.6.1) hingewiesen worden. Auch dort fehlen klare Kriterien, wann diese Qualitätsaspekte zu prüfen sind. Das Fehlen klarer Kriterien kann – wie für Qualitätsaspekt 4.2 in der Pilotierung geschehen – dazu führen, dass Qualitätsaspekte nur dann als prüfungsrelevant erachtet werden und Eingang in den Prüfbericht finden, wenn der Prüfer konkrete Hinweise auf problematische Versorgungssituationen wahrnimmt. Dabei kann aber auch das Fehlen von Hinweisen auf problematische Versorgungssituationen bereits ein Arbeitsergebnis des Pflegedienstes sein; nur ergibt sich für den Prüfer aus der sich ihm darstellenden Situation kein Anlass danach zu fragen.

Dadurch können aber bedeutsame qualitativ hochwertige Arbeitsergebnisse der Pflegedienste zugunsten problematischer Versorgungssituationen systematisch vernachlässigt werden. Hier mag man der Meinung sein, dass es bei der Qualitätsprüfung v. a. darum gehe, mögliche Probleme (Bereich 4) oder Defizite (alle anderen Bereiche) aufzuzeigen und auf deren Behebung hinzuwirken, hochwertige Arbeitsergebnisse daher vernachlässigbar seien. Dies wäre aber weder mit dem Anspruch einer aussagekräftigen Qualitätsprüfung noch mit dem Grundsatz eines wertschätzenden Prüfverfahrens vereinbar. Eindeutige Kriterien, die die Prüfung der Qualitätsaspekte auslösen würden gewährleisten, dass die Qualitätsaspekte in Bereich 1 und Bereich 4 aus vergleichbaren Anlässen geprüft werden, weniger aufgrund subjektiver Eindrücke der Prüfer. Dies würde auch eine bessere Vergleichbarkeit der Prüfergebnisse unterschiedlicher Prüfer bei unterschiedlichen Pflegediensten mit sich bringen (vgl. Kapitel 3.5).

3.10.2 Festgestellte Auffälligkeiten

In den $n = 217$ bzw. $n = 11$ personenbezogenen Prüfungen, in denen für Qualitätsaspekt 4.1 bzw. 4.2 Eintragungen in das Feld „Auffälligkeiten“ erfolgten, wurden die Texte ausgewertet.

3.10.2.1 Qualitätsaspekt 4.1

Die Angaben in dem Freitextfeld für Qualitätsaspekt 4.1 deuten in $n = 194$ personenbezogenen Prüfungen (89,4 % von $n = 217$) darauf hin, dass keine negativen Auffälligkeiten zu berichten waren – hier wurde das Freitextfeld leer gelassen, explizit erwähnt, dass keine Auffälligkeiten vorlagen oder aber angegeben, dass mit Angehörigen Gespräche geführt und Vereinbarungen getroffen wurden bzw. auf ihre Wünsche zur Gestaltung der Pflegesituation eingegangen worden war [beispielhafte Zitate: *„Absprachen im Bereich der Grund- und Behandlungspflege sind in vorgelegter Pflegedokumentation regelhaft nachvollziehbar.“*; *„Absprachen mit dem Pflegedienst funktionieren nach Angabe der versorgten Person [...] sehr gut und es seien feste Vereinbarungen zur gemeinsamen Gestaltung der Pflegesituation getroffen worden. Wünsche der versorgten Person werden nach Angabe gut berücksichtigt.“*; *„Anzeichen der Überforderung der pflegenden Angehörigen wurden erkannt, Beratung durchgeführt. Entlastung angeboten, Kontakte zu unterstützenden Organisationen vermittelt (24 Stunden Pflegekraft).“*; *„Aus den Fachgesprächen konnte eine kontinuierliche Kommunikation mit den Angehörigen und dem Pflegedienst nachvollzogen werden. Die soziale Betreuung ist auf die Situation der Klientin abgestimmt. Wünsche und Bedürfnisse der Klientin wurden berücksichtigt.“*].

Diese Einträge decken sich im Wesentlichen mit den Befunden aus dem Pretest des neuen Verfahrens, wonach „beim Großteil der Fälle [...] keine Auffälligkeiten festgestellt [wurden]“ und „zum Teil [...] die Prüfer die Freitextfelder in den Prüfbögen [nutzen], um positive Rückmeldungen der Angehörigen oder eine Zusammenfassung der Unterstützungsformen der Angehörigen zu dokumentieren“ (Büscher *et al.*, 2018, S. 126).

In $n = 23$ Fällen (10,6 % von $n = 217$) werden im Freitextfeld negative Auffälligkeiten beschrieben; diese Fälle verteilen sich auf $n = 15$ Pflegedienste (19,7 % von insg. $n = 76$).

In $n = 11$ dieser Fälle (5,1 % von $n = 217$) wird vorrangig bemängelt, dass Aspekte der Zusammenarbeit mit Angehörigen sich nicht in der Pflegedokumentation wiederfanden²⁰ [beispielhafte Zitate: *„Aus der eingesehen Dokumentation sind keine Gespräche mit den Angehörigen dokumentiert.“*; *„[...] In der Pflegedokumentation sind die Gespräche nicht hinterlegt. Die Gestaltung der Pflegesituation die mit den Angehörigen nach Angaben erfolgt ist, ist nicht im Maßnahmenplan hinterlegt.“*; *„Eine Beratung durch den Pflegedienst wurde durch Angehörige bestätigt, diese Beratungen werden jedoch nicht transparent und nachvollziehbar dargestellt.“*].

In $n = 5$ Fällen (2,3 % von $n = 217$) werden mögliche Versäumnisse der Pflegedienste in der Zusammenarbeit mit Angehörigen thematisiert [Zitate: *„Die*

²⁰ Das bedeutet nicht, dass unter den Fällen „ohne Auffälligkeiten“ nicht auch PD sein können, bei denen ebenfalls keine Dokumentation darüber vorliegt – es lag im Ermessen des Prüfers zu entscheiden, ob er fehlende schriftliche Dokumentationen als Auffälligkeit bewertet.

Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist [...] noch zu optimieren. Die drohende Destabilisierung war im Pflegedienst nicht bekannt [...]; „Es wurde empfohlen [...] ein Gespräch zur Ernährungssituation zu führen, bzw. eine Abstimmung zu erreichen [...]. Häufig kommt es dazu, dass die versorgte Person Lebensmittel erhält, welche ihr nicht bekommen. [...]“; „Gespräche über die Pflegesituation wurden nicht geführt. Vereinbarungen zur Gestaltung der Pflegesituation wurden nicht getroffen.“; „In der Pflegedokumentation findet sich ein Eintrag [...], dass der [Angehörige] über den ‚aktuellen Zustand informiert‘ wurde [...]. Unklar bleibt, wie sich der ‚aktuelle Zustand‘ zu diesem Zeitpunkt darstellte. [...]“; „[...] Die Pflegeperson hätte sich nach ca. 8 Wochen nochmal eine Kontaktaufnahme seitens des Pflegedienstes gewünscht, um eventuell vorhandene Fragen und Probleme zeitnah stellen und lösen zu können.“].

Die hier beschriebenen „Auffälligkeiten“ decken sich im Wesentlichen mit den Feststellungen der Prüfer im Rahmen des Pretests des neuen Instruments: „In vier Fällen wurden Auffälligkeiten aufgezeigt, die aber weniger die eigentlich erwarteten Themen berührten. Angesprochen wurden vielmehr: die fehlende Beratung/Information der Angehörigen zu bestehenden Risiken (eigentlich Qualitätsaspekt 1.2), die Dokumentation der vom Pflegedienst geleisteten Beratung der Angehörigen (zwei Mal) und die fehlende Dokumentation der Vereinbarung mit den Angehörigen zur Erbringung bestimmter Serviceleistungen durch den Pflegedienst“ (Büscher *et al.*, 2018, S. 126). Diese Punkte entsprechen allerdings nach Ansicht der Entwickler nicht dem eigentlich in Bereich 4 intendierten Gegenstand der Prüfung: „Auffälligkeiten im Sinne des Instrumentariums wurden nicht erfasst“ (ebenda, S. 126). Auch der Fokus auf die Pflegedokumentation ist – insbesondere im Zusammenhang mit Prüfbereich 4 – kritisch zu sehen.

In n = 7 Fällen (3,2 % von n = 217) wurden unter 4.1 Sachverhalte berichtet, die als „Auffälligkeiten“ im intendierten Sinne verstanden werden könnten: Hier wird berichtet, dass der Pflegedienst auf Widerstände bei den Angehörigen bzw. den versorgten Personen stößt [beispielhafte Zitate: „Ausscheidung in der Nacht auf einen Toilettenstuhl wird abgelehnt (Urineimer wird nicht adäquat genutzt) [...]“; „Der Pflegedienst berichtet, dass der [Ehepartner] teilweise schwierig im Umgang ist, und dem was er an Gesprächen zulassen möchte. Er hat seine eigenen Vorstellungen [...]“; „Die Gespräche mit der Angehörigen sind dokumentiert zur defizitären Pflegesituation. [...] Derzeit werden Angebote seitens des Pflegedienstes zur Verbesserung der Situation familiär abgelehnt [...]“].

3.10.2.2 Qualitätsaspekt 4.2

Bei den insgesamt n = 11 Personen, zu denen Auffälligkeiten unter 4.2 berichtet werden, werden in n = 4 Fällen Situationen beschrieben, die auf das Risiko einer Unterversorgung deuten; dabei wird in den meisten Fällen eine zunehmende Verschärfung des Risikos befürchtet, was als drohende Destabilisierung der Versorgungssituation gewertet wird [Zitate: „Die versorgte Person hatte nicht

genug Geld um sich Lebensmittel einzukaufen. Der bevollmächtigte Angehörige befürchtete, dass das Geld ausschließlich für Alkohol- und Zigaretteinkäufe eingesetzt wird. [...]“; „Die zunehmende Notwendigkeit der Versorgung wurde seitens der Einrichtung wahrgenommen, dokumentiert und entsprechende Gespräche mit der Angehörigen geführt, Angebote unterbreitet.“; „Erhöhter Hilfebedarf bei sich verändernder Pflegesituation. Im Gespräch stellen die Einrichtungsvertreter dar, dass sie die Angehörigen bereits mehrfach darauf angesprochen hätten, ob eine ambulante Versorgung für die versorgte Person noch die richtige Art der Versorgung sei. Aktuell sei die Versorgung sichergestellt, allerdings werde man bei zu erwartendem progredientem Abbau der körperlichen und geistigen Fähigkeiten der versorgten Person einen engeren Austausch mit den Angehörigen suchen.“; „Es besteht die Gefahr einer Unterversorgung des Versicherten. Sollte [der Ehepartner] weiter dekompensieren, ist die Pflege und Betreuung nicht mehr sichergestellt. Nach Angaben [des Ehepartners] wären die [weiteren] Angehörigen [...] eher destruktiv als stabilisierend oder unterstützend für die Versorgung. [...]“.

Unter 4.2 werden aber nicht ausschließlich Auffälligkeiten beschrieben, die im Sinne einer Destabilisierung der Versorgungssituation zu deuten wären. In n = 5 Fällen werden Verdachtsmomente oder die Anwendung von Gewalt geschildert [beispielhafte Zitate: „Der [Angehörige] der versorgten Person reagierte beim Hausbesuch gegenüber der versorgten Person verbal aggressiv, weil sie ein auf dem Tisch stehendes Glas Wasser unbeabsichtigt umgestoßen hat.“; „[...] Die versorgte Person besucht [den Ehepartner] oft und immer wieder kommt es zu verbalen bis hin zu körperlichen Auseinandersetzungen zwischen den beiden [...]“; „[...] Die Pflegefachkraft berichtet, dass es vor ungefähr drei Jahren einen konkreten Hinweis auf Gewaltanwendung des pflegenden Angehörigen [...] gegeben habe. [...]“]. In jeweils n = 1 Fällen werden unter diesem Qualitätsaspekt Unmutsäußerungen [Zitat: „[...] die versorgte Person [äußert] neuerdings verbal Unmut [...]“] bzw. Hinweise auf Suizidgedanken beschrieben [Zitat: „[...] Der Versicherte berichtet am Prüftag von zurückliegenden suizidalen Absichten. [...] Rein von der Bewertung könnte dieser Punkt sowohl unter Risiken und Gefahren fallen als auch unter den Punkt Gewalt. Hier nämlich der Gewalt an sich selbst. Auch die Zusammenarbeit mit den Angehörigen wäre hier ein Aspekt.“].

Der letzte Kommentar ist besonders aufschlussreich. Zum einen deutet er auf den bereits eingangs formulierten Unterschied zwischen 4.1 und 4.2, dass 4.2 nicht unbedingt weitere Personen voraussetzt, die in die Pflege und Betreuung eingebunden sind, damit dieser Qualitätsaspekt prüfungsrelevant wird („Gewalt an sich selbst“). Zum anderen rückt der Kommentar Bereich 4 inhaltlich in direkte Nähe zu Bereich 1.

Auch in den Feedback-Veranstaltungen wurde deutlich, dass Bereich 4 nicht nur formal – aufgrund der Vorgabe unabhängig von vereinbarten oder verordneten Leistungen geprüft zu werden – eine gewisse Nähe zu Bereich 1 zeigt, sondern assoziierte Prüfthemen wurden auch inhaltlich von den Beteiligten in einen unmittelbaren Zusammenhang gestellt. Insbesondere zum Qualitätsaspekt

1.3 „Destabilisierung der Versorgungssituation“ sahen die Prüfer und Pflegedienste eine große inhaltliche Nähe und in den Feedback-Veranstaltungen wurden unter 1.3 und 4.2 im Wesentlichen dieselben problematischen Versorgungssituationen beschrieben. Dies deckt sich auch mit manchen der beschriebenen Auffälligkeiten im Freitextfeld von 4.2.

Für Qualitätsaspekt 4.1 blieb unklar, wie er sich von Qualitätsaspekten in Bereich 1 und 2 abgrenze, bei denen die Einbindung von Angehörigen eine Rolle spielt. Dies betrifft fast alle Qualitätsaspekte in den Bereichen 1 und 2: Bei den Qualitätsaspekten 1.1, 1.2, 1.3, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5 und 2.8 wird die Einbindung der Angehörigen in den Leitfragen für die personenbezogene Prüfung explizit erwähnt (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 2a). Für 2.6 und 2.7 wird das Thema Angehörige in den Ausfüllanleitungen erwähnt (ebenda, Anhang 3). Der Qualitätsaspekt 2.9 behandelt Leistungen zur Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger.

In den Feedback-Veranstaltungen wurde von den Prüfern das Bedürfnis geäußert, dass kritische oder problematische Versorgungssituationen selbst dann festgehalten werden müssten, wenn die Prüfung ergeben habe, dass der Pflegedienst alles in seiner Verantwortung Stehende und gemäß seinen Einflussmöglichkeiten unternommen habe, um dieser Situation entgegen zu wirken bzw. diese zu verbessern (vgl. Kapitel 3.6.3.3). In solchen Fällen wären die Qualitätsaspekte des Bereichs 1 zwar mit „A – keine Auffälligkeiten“ zu bewerten, die Prüfer befürchteten aber, dass dadurch der falsche Eindruck entstehen könne, dass sie mit einer fachlich inakzeptablen Versorgungssituation einverstanden wären (auch müsste formal bei einer A-Bewertung die Versorgungssituation nicht näher beschrieben werden). Hier könnte Bereich 4 Abhilfe schaffen, da Prüfer durch ihn die Möglichkeit erhalten, problematische Versorgungssituationen nochmals aufzugreifen. Während es in Bereich 1 immer um die Bewertung der Angemessenheit der Reaktion des Pflegedienstes im Rahmen seiner Verantwortung und Einflussmöglichkeiten geht, können in Bereich 4 Versorgungssituationen thematisiert werden, die trotz der angemessenen Reaktion des Pflegedienstes problematisch bzw. defizitär bleiben. Inwiefern eine solche Nutzung von Prüfbereich 4 intendiert ist, ist dem neuen Prüfverfahren jedoch nicht zu entnehmen.

Unabhängig von der Abgrenzungsproblematik wurde in den Feedback-Veranstaltungen sowohl von den Pflegediensten als auch den Prüfern angezweifelt, ob die Qualitätsprüfungen einen geeigneten Rahmen lieferten, um zu den in Bereich 4 angesprochenen Themen effektiv beraten zu können. Die Prüfer hatten teilweise den Eindruck gewonnen, dass die Pflegedienste die Situation besser einschätzen konnten als sie. In der Prüfsituation habe man häufig nur einen Konsens erzielen können, dass ein bestimmtes Problem vorlag – zu einer Lösung sei man aber nicht unbedingt gelangt. Die bloße Feststellung von Problemen entspräche allerdings nicht dem Anspruch einer Beratung, die auch zu der Lösung von Problemen beitragen soll.

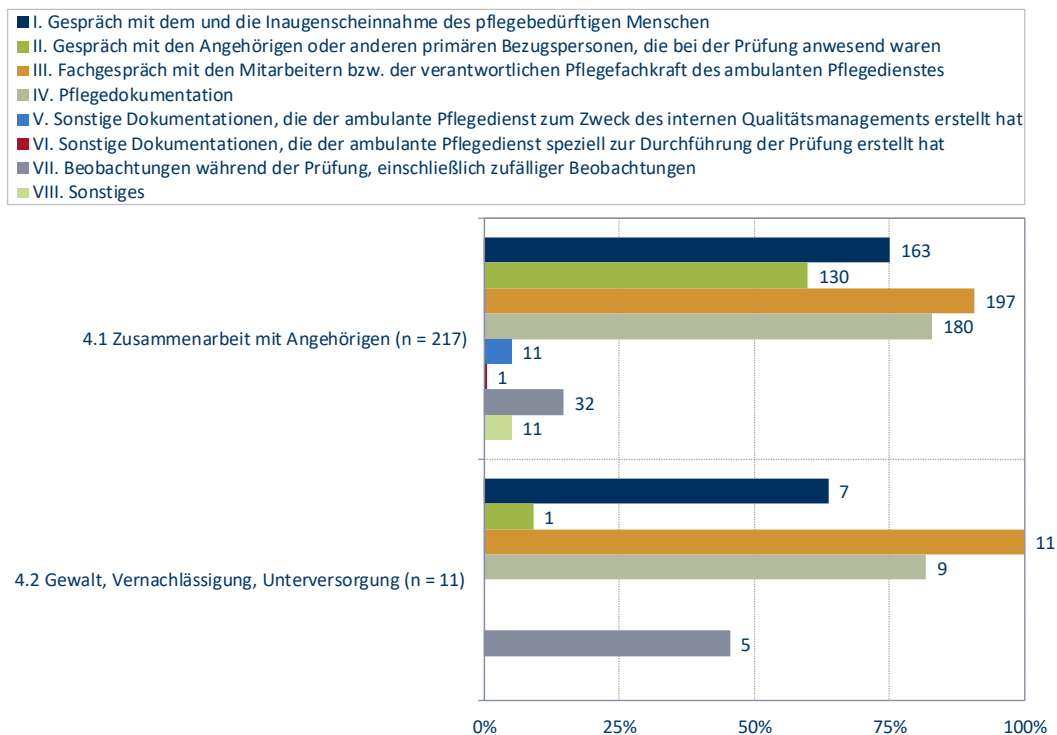
3.10.3 Informationsquellen

Wie auch für die anderen Qualitätsaspekte (vgl. Kapitel 3.6.2) wurden die Prüfer gebeten anzugeben, welche Informationsquellen sie bei der Bearbeitung der Qualitätsaspekte in Bereich 4 genutzt hatten.

Abbildung 58 zeigt die Angaben der Prüfer zu den genutzten Informationsquellen in Bereich 4. Aufgrund der geringen Fallzahl unter 4.2 liegen nur wenige Angaben zu den dort genutzten Informationsquellen vor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass 4.2 deutlich häufiger geprüft wurde als von den Prüfern in der Pilot-Software nachvollziehbar hinterlegt wurde (vgl. Kapitel 3.10.2). Daher liefern die Angaben zu 4.2 ein nur unvollständiges Bild, welche Informationsquellen von den Prüfern genutzt wurden, um zu prüfen, ob es Anzeichen auf Gewalt, Vernachlässigung und Unterversorgung gab. Für 4.1 liegt indes eine deutlich höhere Fallzahl vor, da hier die Prüfer die Feststellung fehlender Auffälligkeiten als Ergebnis der Prüfung werteten und entsprechend dokumentierten. Dadurch kann ein vollständigeres Bild des Vorgehens der Prüfer gezeichnet werden.

Wie bereits für die Qualitätsaspekte in den Bereichen 1 bis 3 (vgl. Abbildung 23, Abbildung 24, Abbildung 25), ist auch für Bereich 4 festzustellen, dass die am häufigsten genutzten Informationsquellen das Fachgespräch (III.), die Pflegedokumentation (IV.) und das Gespräch mit dem bzw. die Inaugenscheinnahme des pflegebedürftigen Menschen (I.) sind. Bei 4.1 „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ findet sich, ähnlich wie bei 1.3 „Destabilisierung der Versorgungssituation“ (vgl. Abbildung 23), zudem relativ häufig die Angabe des Gesprächs mit den Angehörigen oder anderen primären Bezugspersonen (II. in Abbildung 58) – was in Anbetracht des Prüftemas zu erwarten wäre. Bei 4.2 „Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung“ findet sich relativ häufig die Angabe eigener Beobachtungen der Prüfer während der Prüfung (VII. in Abbildung 58). Dies deckt sich auch mit den Schilderungen der Prüfer und Pflegedienste in den Feedback-Veranstaltungen, wonach es als unpassend empfunden wurde, wenn Themen unter 4.2 von den Prüfern im Gespräch mit den Angehörigen angesprochen worden wären.

Abbildung 58: Nutzung von Informationsquellen in Bereich 4



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Abbildung zeigt Häufigkeit der Nennung von Informationsquellen als Prozent an sämtlichen Fällen mit gültigen Angaben zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt.

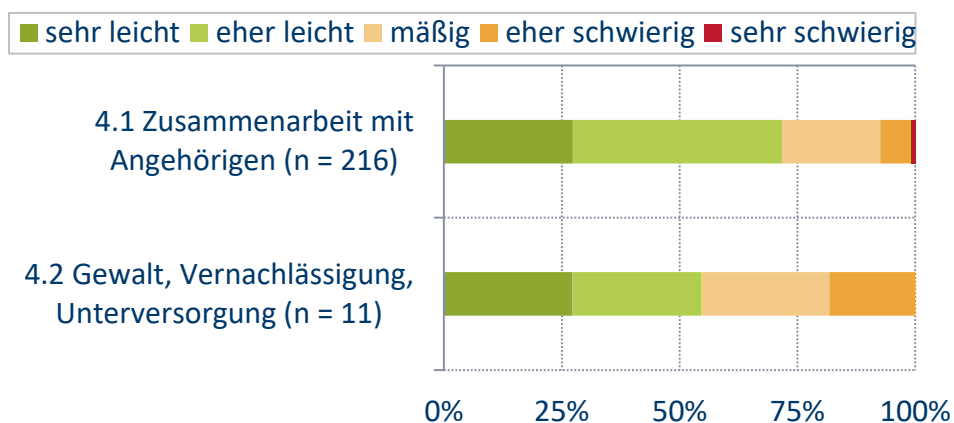
3.10.4 Schwierigkeit der Feststellung von Auffälligkeiten

Analog der Befragung bei den anderen Qualitätsaspekten, wurden die Prüfer bei den Qualitätsaspekten 4.1 und 4.2 gebeten anzugeben, wie schwierig sie die Beurteilung empfanden. Im Unterschied zu den Qualitätsaspekten in den Bereichen 1 bis 3 wurde in Bereich 4 aber nach der Schwierigkeit der Feststellung von Auffälligkeiten statt nach der Schwierigkeit der Bewertung gefragt. Wie bereits bei den Angaben zu den genutzten Informationsquellen finden sich auch bei den Angaben zur Schwierigkeit der Feststellung von Auffälligkeiten deutlich höhere Fallzahlen unter 4.1 als unter 4.2, da die Prüfer das Fehlen von Auffälligkeiten bei 4.1 als Prüfergebnis werteten, bei 4.2 aber als fehlende Prüfvoraussetzung. Daher liefern die Angaben unter 4.2 ein nur unvollständiges Bild zur Schwierigkeit der Feststellung von Anzeichen auf Gewalt, Vernachlässigung und Unterversorgung. Für 4.1 liegt indes eine deutlich höhere Fallzahl vor. Dadurch kann ein vollständigeres Bild zu der empfundenen Schwierigkeit bei der Feststellung von Auffälligkeiten gezeichnet werden.

Abbildung 59 zeigt die Angaben der Prüfer zur Schwierigkeit der Feststellung von Auffälligkeiten in Bereich 4 auf einer fünfstufigen Ratingskala (von *sehr leicht* bis *sehr schwierig*). Bei 4.1 wurde es in ca. ein Drittel der Fälle als mindestens *mäßig*

schwierig empfunden (*mäßig, eher schwierig* und *sehr schwierig*: 28,2 %), bei 4.2 sind es fast die Hälfte (45,5 %) mit dieser Angabe. Der Unterschied in der Einschätzung für die beiden Qualitätsaspekte könnte ein Hinweis auf die Sensibilität der mit 4.2 geprüften Themen sein, durch die es sich schwieriger gestalten könnte Informationen zu sammeln (vgl. Kapitel 3.6.3.3 zu Qualitätsaspekt 1.3 „Destabilisierung“). Allerdings sollte der Unterschied aufgrund der geringen Fallzahl mit Vorsicht interpretiert werden.

Abbildung 59: Schwierigkeit der Feststellung von Auffälligkeiten in Bereich 4



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Abbildung zeigt Häufigkeit der Angaben zur Schwierigkeit an sämtlichen Fällen mit gültigen Angaben zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt. Von den insg. n = 217 Fällen unter 4.1 ist einer mit fehlenden Angaben zur Schwierigkeit.

Verglichen mit den Qualitätsaspekten in den Bereichen 1 bis 3 (vgl. Abbildung 26 und Abbildung 27), ähneln die Angaben in Bereich 4 den Angaben zu den eher schwieriger zu bewertenden Qualitätsaspekten in Bereich 1 (insbesondere 1.3 „Destabilisierung“; vgl. Kapitel 3.6.3.3) und den „neueren“ (im Gegensatz zu „klassischen“) Qualitätsaspekten in Bereich 2 (vgl. Kapitel 3.6.3.4). Auch die Angaben der Prüfer zur Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Qualitätsaspekte (vgl. Anhang A3, Tabelle 107 und Abbildung 82, Tabelle 108 und Abbildung 83) sowie zur Nützlichkeit der Ausfüllanleitungen (Tabelle 109 und Abbildung 84, Tabelle 110 und Abbildung 85) deuten auf eine erhöhte Schwierigkeit bei der Bearbeitung des Bereichs 4; auch hier finden sich ähnliche Einschätzungen wie bereits für den Qualitätsaspekt 1.3 „Destabilisierung“ und die „neueren“ Qualitätsaspekte in Bereich 2 (vgl. Anhang A3, Abbildung 77 bis Abbildung 81).

Auch die Einschätzungen der Prüfer, inwieweit die Schulung bei der Vorbereitung auf die Qualitätsaspekte in Bereich 4 geholfen hat, deuten auf eine erhöhte Schwierigkeit, da der Schulungsbedarf häufig über das, was im Rahmen einer zweitägigen Schulung bewerkstelligt werden konnte, hinausgeht (vgl. Anhang A3, Tabelle 111 und Abbildung 86). Hierin ähnelt Bereich 4 den eher „neueren“

Qualitätsaspekten in Bereich 2. Die Angaben der Prüfer deuten so daraufhin, dass insbesondere bei solchen Aspekten eine höhere Schwierigkeit und ein entsprechend höherer Schulungsbedarf bestehen, die auf pflegerisches Handeln abzielen, das erst mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs regulärer Bestandteil pflegerischer Aufgaben geworden bzw. stärker in den Fokus gerückt ist. Dies ist insofern nachvollziehbar, als dass für solche „neueren“ Prüfthemen deutlich weniger Prüferfahrungen bei den Prüfern vorliegen als für bereits länger etablierte Prüfthemen (vgl. Kapitel 3.6.3 und 3.6.9).

3.10.5 Einschätzungen der Prüfer zu möglichen Barrieren

Aufgrund der sensiblen Thematik wurden die Prüfer zu möglichen Barrieren befragt, die sie während der Bearbeitung des Bereichs 4 wahrgenommen haben. Dazu wurden fünf Aussagen zu möglichen Problemen formuliert, für die die Prüfer auf einer fünfstufigen Ratingskala zu beurteilen hatten, inwiefern sie zuträfen (*trifft überhaupt nicht zu bis trifft voll und ganz zu*). Die Beurteilungen wurden pro Prüfung erhoben, d. h. die Angaben erfolgten in Bezug auf die gesamte Prüfung bei einem Pflegedienst und nicht für jede in die Prüfung einbezogene Person einzeln. Tabelle 69 und Abbildung 60 bzw. Tabelle 70 und Abbildung 61 zeigen die Angaben der Prüfer für 4.1 „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ bzw. 4.2 „Gewalt, Vernachlässigung und Unterversorgung“. Während die Tabellen auch fehlende Angaben berücksichtigen, zeigen die Abbildungen nur gültige Angaben der Prüfer. Die Angaben zu 4.1 beziehen sich auf insgesamt $n = 57$ Pflegedienste; die Angaben zu 4.2 auf insgesamt $n = 10$ Pflegedienste (vgl. Kapitel 3.10.1). Allerdings liegen nicht für jeden Pflegedienst Angaben vor (entspricht fehlenden Angaben in Tabelle 69 und Tabelle 70); dafür liegen aus manchen Pflegediensten Angaben mehrerer Prüfer vor, daher addiert sich die Gesamtzahl der Angaben auf eine Zahl größer 57 bzw. 10. Bei 4.2 ist wieder die insgesamt geringe Fallzahl zu berücksichtigen, so dass die Verallgemeinerbarkeit der Aussagen fraglich ist.

Wie aus Abbildung 60 und Abbildung 61 ersichtlich, wird in ca. der Hälfte der Fälle angegeben, dass zumindest teilweise nicht alle relevanten Informationen zusammengetragen werden konnten (*teils-teils, trifft eher zu und trifft voll und ganz zu* bei Aussage I: 4.1 mit 45,1 %; 4.2 mit 45,5 %). Die häufige Zustimmung zu dieser Aussage könnte damit zusammenhängen, dass die Prüfer die Pflegedokumentation häufig als Informationsquelle nutzen (vgl. Abbildung 58), diese jedoch zu den relevanten, ggf. sensiblen Themen weniger aufschlussreich sein dürfte. Relevante Informationen können vermutlich eher im Fachgespräch erfragt werden oder evtl. einer nur für die Mitarbeitenden des Pflegedienstes geführten Dokumentation entnommen werden. Ein weiterer Grund für die häufige Zustimmung könnte daher rühren, dass im ambulanten Sektor kein vollumfänglicher Versorgungsauftrag besteht, sondern Pflegedienste die versorgte Person i. d. R. nur für einen gewissen Zeitausschnitt sehen. Daher werden sich manche Sachverhalte der Wahrnehmung der Pflegedienste entziehen und es werden nicht immer sämtliche relevanten Informationen zu pflegerelevanten zwischenmenschlichen Beziehungen der versorgten Personen vorliegen. In den

Feedback-Veranstaltungen beschrieben die Prüfer es als schwierig, sich innerhalb des relativ kurzen Zeitfensters während einer Prüfung ein vollständiges Bild von der Situation machen zu können. Vor diesem Hintergrund ist wohl häufig der Eindruck entstanden, dass nicht alle relevanten Informationen zusammengetragen werden konnten.

Seltener wird hingegen angegeben, dass beobachtete Auffälligkeiten gegenüber den Pflegediensten nicht immer zur Sprache gebracht wurden, da sie ohnehin außerhalb ihrer Einwirkungsmöglichkeiten lagen (Aussage II: 4.1 mit 20,8 %; 4.2 mit 10,0 %) und, dass Fragen an die versorgten Personen bzw. deren Angehörige zu diesem Thema vermieden wurden, da sie unangemessen gewesen wären (Aussage III: 4.1 mit 18,9 %; 4.2 mit 22,2 %).

Bei den Aussagen I. bis III. fallen die Angaben zu 4.1 und 4.2 relativ ähnlich aus. Deutlichere Unterschiede finden sich dagegen bei den Aussagen, dass versorgte Personen bzw. deren Angehörige zu dem Thema nur ungern Auskunft geben wollten (Aussage IV: 4.1 mit 13,7 % vs. 4.2 mit 50,0 %) bzw., dass sie darauf emotional reagierten (Aussage V: 4.1 mit 32,1 % vs. 4.2 mit 44,4 %), mit häufigerer Bestätigung der Aussagen bei 4.2 als 4.1. Dies deutet auf eine mögliche höhere Sensibilität der Thematik bei 4.2 als 4.1, allerdings bei einer sehr geringen Fallzahl für die Ergebnisse zu 4.2.

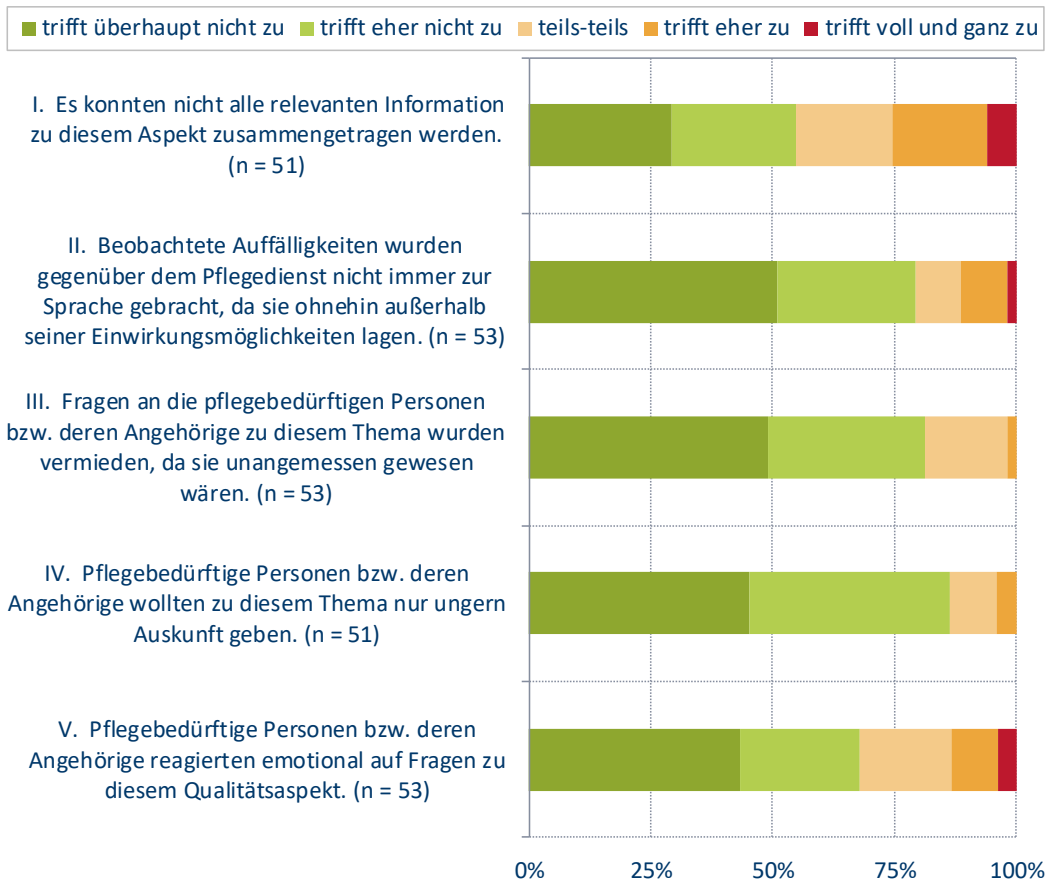
Tabelle 69: Bewertung der Bearbeitung des Qualitätsaspekts 4.1

	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	teils-teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	fehlende Angaben	Total
I.	15 (23,1 %)	13 (20 %)	10 (15,4 %)	10 (15,4 %)	3 (4,6 %)	14 (21,5 %)	65 (100 %)
II.	27 (41,5 %)	15 (23,1 %)	5 (7,7 %)	5 (7,7 %)	1 (1,5 %)	12 (18,5 %)	65 (100 %)
III.	26 (40 %)	17 (26,2 %)	9 (13,8 %)	1 (1,5 %)	-	12 (18,5 %)	65 (100 %)
IV.	23 (35,4 %)	21 (32,3 %)	5 (7,7 %)	2 (3,1 %)	-	14 (21,5 %)	65 (100 %)
V.	23 (35,4 %)	13 (20 %)	10 (15,4 %)	5 (7,7 %)	2 (3,1 %)	12 (18,5 %)	65 (100 %)

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Zu manchen PD liegen Angaben mehrerer Prüfer vor. Die Tabelle bezieht sich auf insgesamt n = 65 Prüfer aus insgesamt n = 57 PD, in denen der Qualitätsaspekt 4.1 bearbeitet wurde. Für den Wortlaut der Aussagen I. bis V. vgl. Abbildung 60.

Abbildung 60: Bewertung der Bearbeitung des Qualitätsaspekts 4.1



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Die Abbildung berücksichtigt nur gültige Angaben zu Qualitätsaspekt 4.1.

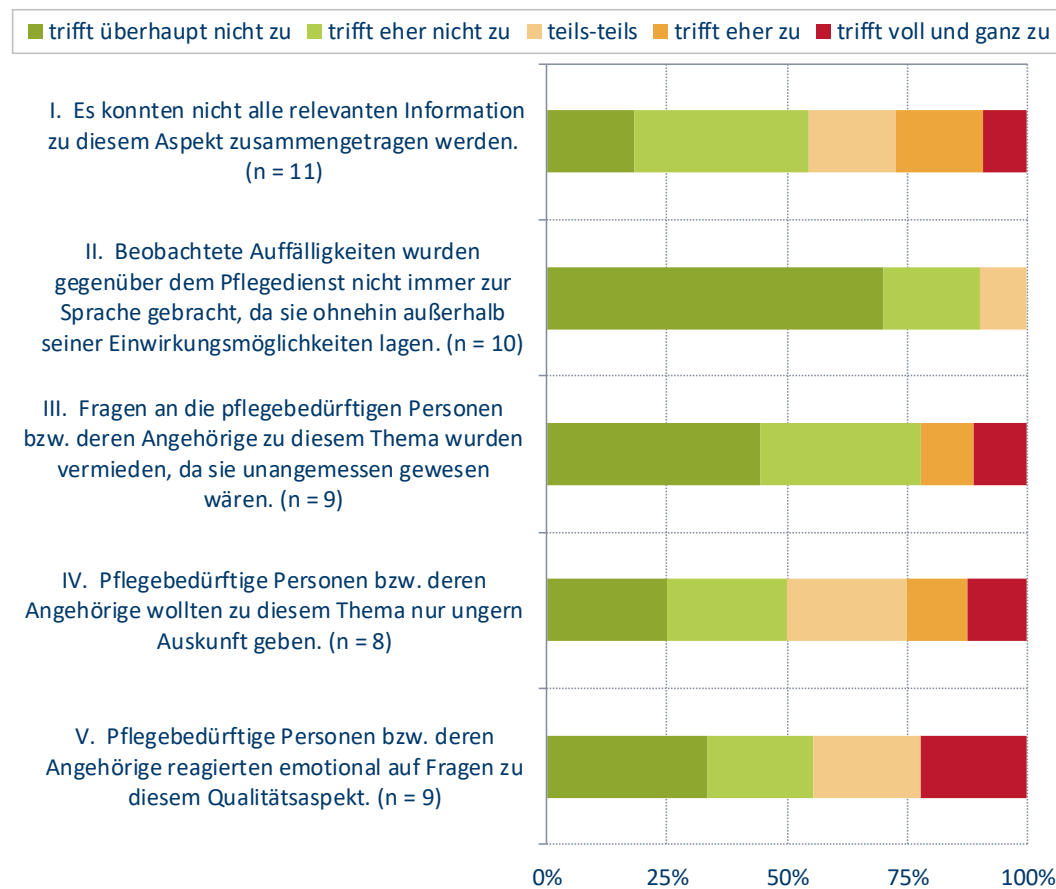
Tabelle 70: Bewertung der Bearbeitung des Qualitätsaspekts 4.2

	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	teils-teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	fehlende Angaben	Total
I.	2 (16,7 %)	4 (33,3 %)	2 (16,7 %)	2 (16,7 %)	1 (8,3 %)	1 (8,3 %)	12 (100 %)
II.	7 (58,3 %)	2 (16,7 %)	1 (8,3 %)	-	-	2 (16,7 %)	12 (100 %)
III.	4 (33,3 %)	3 (25 %)	-	1 (8,3 %)	1 (8,3 %)	3 (25 %)	12 (100 %)
IV.	2 (16,7 %)	2 (16,7 %)	2 (16,7 %)	1 (8,3 %)	1 (8,3 %)	4 (33,3 %)	12 (100 %)
V.	3 (25 %)	2 (16,7 %)	2 (16,7 %)	-	2 (16,7 %)	3 (25 %)	12 (100 %)

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Zu manchen PD liegen Angaben mehrerer Prüfer vor. Es erfolgen Angaben durch n = 12 Prüfer zu insgesamt n = 10 PD mit Bewertung des Qualitätsaspekts 4.2. Für den Wortlaut der Aussagen I. bis V. vgl. Abbildung 61.

Abbildung 61: Bewertung der Bearbeitung des Qualitätsaspekts 4.2



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Die Abbildung berücksichtigt nur gültige Angaben zu Qualitätsaspekt 4.2.

3.10.6 Einschätzungen durch die Pflegedienste

In Ergänzung der Perspektive der Prüfer wurden auch die Pflegedienste um ihre Einschätzungen gebeten, wie sie die Bearbeitung des Bereichs 4 in den Pilot-Prüfungen erlebt hatten. Allerdings erfolgte die Befragung hier weniger detailliert, ohne eine Unterscheidung zwischen Qualitätsaspekt 4.1 und 4.2 – zumindest in den Online-Befragungen. In den Feedback-Veranstaltungen bestand die Möglichkeit einer differenzierteren Betrachtung, bei der zwischen den beiden Qualitätsaspekten in Bereich 4 unterschieden wurde.

Tabelle 71 zeigt die Angaben der Pflegedienste, ob ihrer Meinung nach Bereich 4 bei ihnen Gegenstand der Pilot-Prüfung war („Fand im Rahmen der aktuellen Prüfung eine Beratung zu den Qualitätsaspekten in Bereich 4, d. h. ‚Zusammenarbeit mit Angehörigen‘ bzw. ‚Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung‘ statt?“). Dies wird von n = 34 Pflegediensten bejaht, n = 36 verneinen es, die übrigen Pflegedienste machten keine Angabe.

Tabelle 71: Beratung zu den Qualitätsaspekten 4.1 und 4.2 aus Sicht der Pflegedienste

	Anzahl (n)	Anteil (%)
ja	34	44,7 %
nein	36	47,4 %
fehlende Angaben	6	7,9 %
insgesamt	76	100 %

Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

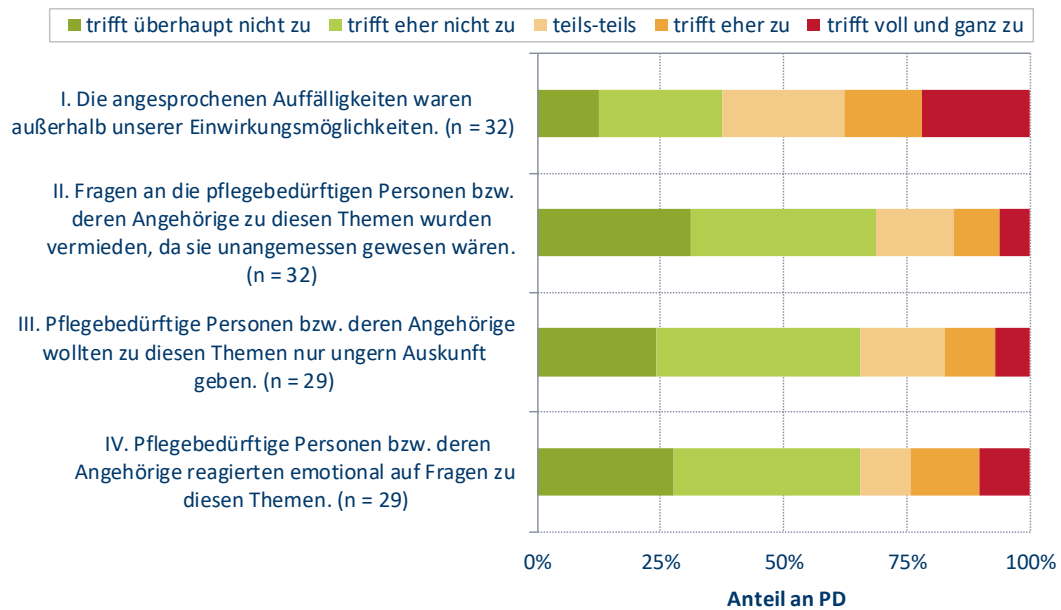
Die Anzahl der Pflegedienste, die meinen zu den Themen in Prüfbereich 4 beraten worden zu sein, liegt damit über der Anzahl Pflegedienste, für die die Prüfer negative Auffälligkeiten feststellten (n = 15 Pflegedienste für 4.1 und n = 10 Pflegedienste für 4.2 [vgl. Kapitel 3.10.2], wobei für n = 5 dieser Pflegedienste sowohl für 4.1 als auch 4.2 negative Auffälligkeiten dokumentiert wurden). Gleichzeitig liegt die Anzahl der Pflegedienste, die angeben beraten worden zu sein, unter der Anzahl Pflegedienste, für die die Prüfer angaben, dass Qualitätsaspekt 4.1 prüfungsrelevant war (n = 57 Pflegedienste, vgl. Kapitel 3.10.2).

Diese Diskrepanz könnte darauf zurückzuführen sein, dass in manchen, aber nicht allen Fällen, in denen Qualitätsaspekt 4.1 prüfungsrelevant war, jedoch keine negativen Auffälligkeiten festgestellt wurden, eine Beratung stattfand. Die Ergebnisse können jedoch auch so interpretiert werden, dass es für die Pflegedienste nicht eindeutig war, ob eine Beratung zu Prüfbereich 4 stattfand.

3.10.6.1 Barrieren bei der Bearbeitung

Genauso wie die Prüfer wurden auch die Pflegedienste zu möglichen Barrieren befragt, die sie während der Bearbeitung von Bereich 4 wahrgenommen haben. Dabei wurden dieselben Aussagen dargeboten wie bereits in der Befragung der Prüfer (nur die Aussage zur Vollständigkeit der zusammengetragenen Informationen wurde bei den Pflegediensten nicht erhoben). Die Angaben der Pflegedienste zu diesen Aussagen sind in Abbildung 62 dargestellt.

Abbildung 62: Schwierigkeiten bei den Qualitätsaspekten 4.1 und 4.2 aus Sicht der Pflegedienste



Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Die Abbildung berücksichtigt nur PD, in denen Qualitätsaspekt 4.1 oder 4.2 geprüft wurden, mit gültigen Angaben zu den jeweiligen Aussagen (insgesamt n = 34 PD, in denen nach Auskunft der Einrichtungen 4.1 oder 4.2 geprüft wurden; davon in I., II.: n = 32 PD; III., IV.: n = 29 PD).

Der deutlichste Unterschied zu den Angaben der Prüfer, findet sich bei der Zustimmung der Pflegedienste zu der Aussage, dass die angesprochenen Auffälligkeiten außerhalb ihrer Einwirkungsmöglichkeiten gelegen hätten. Dies bestätigten in der Befragung der Prüfer nur maximal 21 Prozent (vgl. Abbildung 60 und Abbildung 61), wohingegen dies in der Befragung der Pflegedienste 63 Prozent bestätigten. Bereits im Kapitel zur Ermittlung des Prüfumfangs aus Perspektive der Pflegedienste (Kapitel 3.7.1.2) wurde dargelegt, dass aus Sicht der Pflegedienste in den Pilot-Prüfungen häufig nicht dem Grundsatz entsprochen wurde, ausschließlich Qualitätsaspekte in die Prüfung einzubeziehen, die Bestandteil des durch einen Vertrag geregelten Auftrags des Pflegedienstes waren. Dies spiegelt sich auch in einer teils geringen Nachvollziehbarkeit der Bewertungen aus Sicht der Pflegedienste wider (vgl. Kapitel 3.7.6). Auch in den Feedback-Veranstaltungen entstand insgesamt der Eindruck, dass Prüfer und Pflegedienste relativ häufig unterschiedlicher Meinung waren, was die Einflussmöglichkeiten bzw. Verantwortlichkeiten der Pflegedienste anbelangt.

Die Angaben der Pflegedienste zu den verbleibenden Aussagen (II. bis IV., Abbildung 62) ähneln stärker den Angaben der Prüfer (vgl. Abbildung 60 und Abbildung 61), wobei die Zustimmungswerte der Pflegedienste sich zwischen denen der Prüfer für die Aussagen bei 4.1 einerseits und 4.2 andererseits

ansiedeln. Da in der Online-Befragung der Pflegedienste keine Differenzierung der Aussagen zwischen 4.1 und 4.2 erfolgte, sind Zustimmungswerte im Mittelfeld des weniger sensiblen Beratungsthemas 4.1 und des sensibleren Beratungsthemas 4.2 erwartungsgemäß. Lediglich bei der Aussage, dass Fragen an die versorgten Personen bzw. deren Angehörige vermieden wurden, da sie unangemessen gewesen wären, finden sich etwas höhere Zustimmungswerte bei den Pflegediensten (*teils-teils, trifft eher zu und trifft voll und ganz zu* bei II. in Abbildung 62: 31,3 %) als bei Prüfern (dort maximal 22 %; vgl. III. in Abbildung 61). Dies deckt sich mit vereinzelt Schilderungen der Pflegedienste in den Feedback-Veranstaltungen, dass manche Prüfer eine gewisse Zurückhaltung bei diesen Themen gezeigt hätten.

3.10.6.2 Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse

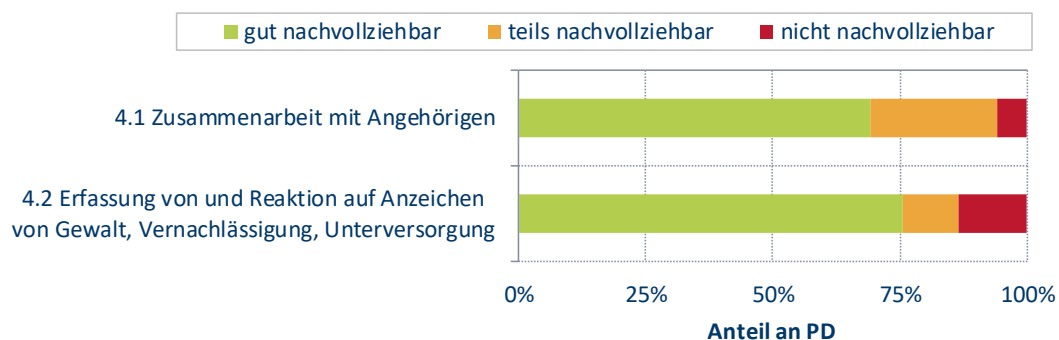
Analog zu den Qualitätsaspekten in den Bereichen 1 bis 3 (vgl. Abbildung 55), wurden die Pflegedienste zur Nachvollziehbarkeit der Prüfergebnisse in Bereich 4 gefragt. Die Angaben der Pflegedienste zur Nachvollziehbarkeit in Bereich 4 finden sich in Tabelle 72 und Abbildung 63. Während Tabelle 72 auch die Angaben von *weiß nicht/trifft nicht zu* berücksichtigt, zeigt Abbildung 63 die Verteilung ausschließlich für gültige Angaben.

Tabelle 72: Nachvollziehbarkeit der Prüfergebnisse in Bereich 4

	gut nachvollziehbar (n; %)	teils nachvollziehbar (n; %)	nicht nachvollziehbar (n; %)	weiß nicht/ trifft nicht zu (n; %)
4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen	47 61,8 %	17 22,4 %	4 5,3 %	8 10,5 %
4.2 Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung	28 36,8 %	4 5,3 %	5 6,6 %	39 51,3 %

Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Abbildung 63: Nachvollziehbarkeit der Prüfergebnisse in Bereich 4



Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste

Anmerkung: Anteil an PD bezieht sich auf Einrichtungen mit gültigen Angaben (ohne *weiß nicht/ trifft nicht zu*).

Die Anzahl der Fälle mit *weiß nicht/trifft nicht zu* ist für Qualitätsaspekt 4.2 deutlich höher als für 4.1. Dies ist in Einklang mit dem Ergebnis, dass die Prüfer für 4.2 seltener Auffälligkeiten feststellten als für 4.1 (vgl. Kapitel 3.10.1) und insofern weniger Pflegedienste Prüfergebnisse zu 4.2 erhielten. Dennoch liegt die Anzahl der Einrichtungen mit gültigen Angaben zu 4.2 (n = 37) deutlich höher als die Anzahl der Einrichtungen, auf die sich die Angaben der Prüfer zu Auffälligkeiten unter 4.2 beziehen (n = 10 Pflegedienste in Kapitel 3.10.2). Dasselbe ist auch für 4.1 festzustellen (n = 68 gegenüber n = 57 Pflegedienste in Kapitel 3.10.2), wenngleich die Differenz nicht so groß ausfällt.

Die Diskrepanz könnte sich daraus ergeben, dass die Angaben der Prüfer auf Personenebene erhoben wurden, während die Angaben der Pflegedienste allgemein für die gesamte Prüfung bzw. den Prüfbericht erhoben wurden. Es ist denkbar, dass die Themen unter 4.1 und 4.2 allgemein angesprochen wurden, ohne dass eine Feststellung von Auffälligkeiten bei einzelnen in die Prüfung einbezogenen Personen erfolgte. Weiterhin dokumentierten die Prüfer den Qualitätsaspekt 4.2 als „entfällt“, wenn keine Auffälligkeiten festgestellt wurden (vgl. Kapitel 3.10.1). Es ist jedoch anzunehmen, dass der Qualitätsaspekt häufiger prüfungsrelevant war und möglicherweise im Gespräch mit dem Pflegedienst angesprochen wurde. Eventuell beziehen sich die Angaben der Pflegedienste auf die im Rahmen solcher Gespräche erzielten Ergebnisse.

Die Diskrepanz zwischen der Anzahl Pflegedienste, die glauben Prüfergebnisse zu Bereich 4 erhalten zu haben, und der Anzahl Prüfungen, für die Auffälligkeiten in Bereich 4 dokumentiert wurden, kann jedoch auch so interpretiert werden, dass es für die Pflegedienste nicht immer ersichtlich war, ob Prüfbereich 4 tatsächlich Gegenstand einer Prüfung war oder nicht (vgl. die Ergebnisse eingangs in Kapitel 3.10.6).

Wie aus Abbildung 63 ersichtlich, empfinden ein Viertel bis ca. ein Drittel der Pflegedienste die Prüfergebnisse in Bereich 4 als nur *teilweise nachvollziehbar* bzw. *nicht nachvollziehbar* (4.1: 30,9 %; 4.2: 24,3 %). Damit fallen die Angaben der Pflegedienste zur Nachvollziehbarkeit der Prüfergebnisse in Bereich 4 ähnlich aus wie ihre Angaben zur Nachvollziehbarkeit der Bewertungen bei den „neueren“ Qualitätsaspekten in Bereich 2 (vgl. Abbildung 55).

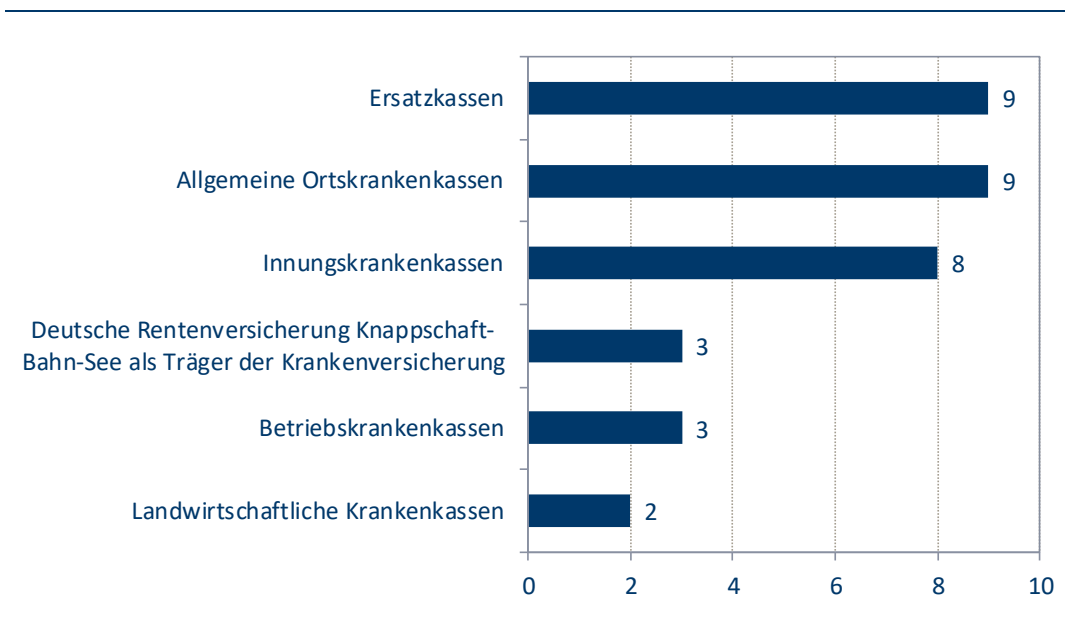
3.11 Eignung für das Verwaltungsverfahren

Im Rahmen der Pilotierung wurden die Landesverbände der Pflegekassen (LVP) zur Eignung der neuen Bewertungssystematik für das Verwaltungsverfahren, einschließlich der Erstellung von Maßnahmenbescheiden, befragt (vgl. Kapitel 1.4.7 und 2.3). Die an der Befragung teilnehmenden LVP werden im ersten Schritt charakterisiert, um danach die Ergebnisse der Befragung in vier weiteren Kapiteln vorzustellen.

3.11.1 Charakteristika der Befragungsteilnehmer

An der Erhebung haben insgesamt $n = 34$ LVP teilgenommen, darunter neun Landesverbände der Allgemeinen Ortskassen, neun der Ersatzkassen, acht der Innungskrankenkassen, drei der Betriebskrankenkassen, drei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung und zwei der Landwirtschaftlichen Krankenkassen (vgl. Abbildung 64).

Abbildung 64: Kassenart der befragten Landesverbände der Pflegekassen

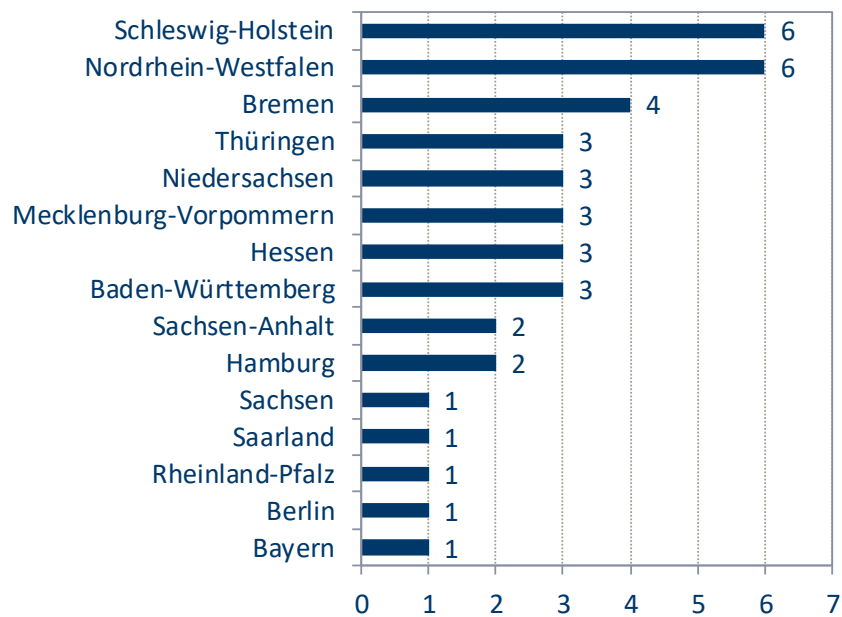


Quelle: IGES, Landesverbände der Pflegekassen

Anmerkung: Anzahl teilnehmender LVP (insg. $n = 34$) nach Kassenart.

Neben der Kassenart wurden die LVP gebeten, anzugeben, in welchen Bundesländern sie tätig sind (Mehrfachauswahl). In Brandenburg ist laut den Angaben keiner der teilnehmenden LVP tätig; hingegen haben in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein die meisten LVP ihr Tätigkeitsgebiet ($n = 6$). In sieben Bundesländern sind jeweils zwischen zwei bis vier der teilnehmenden Landesverbände tätig (Bremen $n = 4$; Baden-Württemberg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Thüringen jeweils $n = 3$; Hamburg und Sachsen-Anhalt jeweils $n = 2$). In Bayern, Berlin, Sachsen-Anhalt, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen sind jeweils einer der teilnehmenden Landesverbände tätig. Die Häufigkeiten der Tätigkeitsregionen der LVP nach Bundesland sind in Abbildung 65 dargestellt.

Abbildung 65: Tätigkeitsregionen der Landesverbände der Pflegekassen



Quelle: IGES, Landesverbände der Pflegekassen

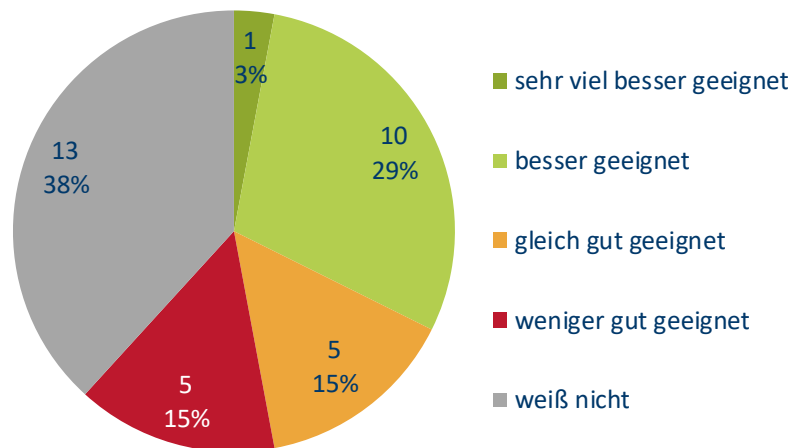
Anmerkung: Mehrfachauswahl. Insgesamt teilgenommen haben n = 34 LVP.

Die Ergebnisse zur Eignung der Bewertungssystematik für das Verwaltungsverfahren beruhen demnach auf Angaben von LVP aller Kassenarten, die in allen Bundesländern außer Brandenburg tätig sind.

3.11.2 Beurteilung der Eignung insgesamt

Abbildung 66 zeigt die Angaben der LVP zur Eignung der neuen Bewertungssystematik für das Verwaltungsverfahren insgesamt. Dabei sollte die neue Bewertungssystematik mit der bisherigen verglichen werden. Knapp die Hälfte der LVP schätzen die neue im Vergleich zur bisherigen Bewertungssystematik als mindestens gleich gut geeignet ein (n = 1, 2,9 % *sehr viel besser geeignet*; n = 10, 29,4 % *besser geeignet*; n = 5, 14,7 % *gleich gut geeignet*). Nur wenige der LVP (n = 5; 14,9 %) schätzen die neue Bewertungssystematik als weniger gut geeignet ein. Allerdings macht mehr als ein Drittel der LVP keine Angabe (n = 13, 38,2 %), welche Bewertungssystematik für das Verwaltungsverfahren besser geeignet ist.

Abbildung 66: Beurteilung der Eignung der Bewertungssystematik für das Verwaltungsverfahren; Vergleich der neuen mit bisheriger Bewertungssystematik



Quelle: IGES, Landesverbände der Pflegekassen

Anmerkung: Prozent entspricht Anteil der LVP (n = 34). Angaben zur Frage „Insgesamt gesehen, wie beurteilen Sie die Eignung der Bewertungssystematik des Instruments der Qualitätsprüfung für das Verwaltungsverfahren?“.

Der relativ hohe Anteil derer, die die Eignung der neuen Bewertungssystematik nicht einschätzen können, deutet darauf hin, dass bei einem nennenswerten Anteil der LVP die Auseinandersetzung mit dem neuen Prüfverfahren noch nicht abgeschlossen ist.

In den zusätzlichen Anmerkungen im Fragebogen vermerken acht LVP, dass eine Beurteilung erst nach der Anwendung möglich sei und ein LVP, dass sich die bisherige und neue Bewertungssystematik im gesamten nicht vergleichen lassen. Diese Freitexte reflektieren so die häufig fehlenden Angaben der LVP zur Eignung der neuen Bewertungssystematik für das Verwaltungsverfahren.

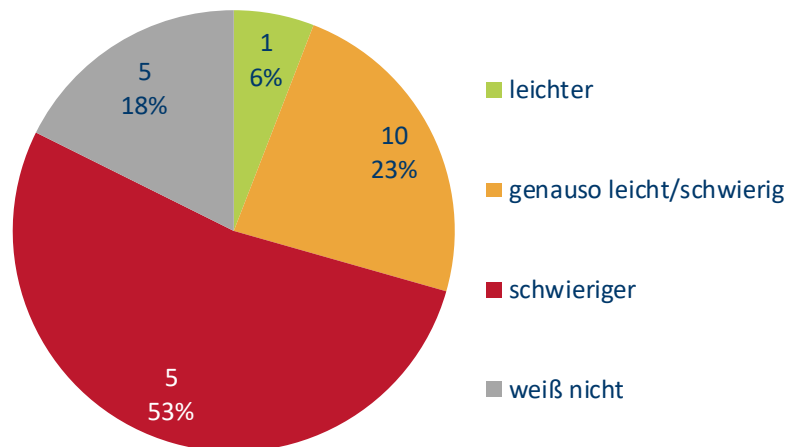
3.11.3 Eignung für die Entscheidung über Maßnahmenbescheid

Die Entscheidung, ob eine Anhörung des Pflegedienstes und die Erstellung eines Maßnahmenbescheides eingeleitet werden sollen, wird auf Basis des Prüfberichts getroffen. Die LVP wurden gebeten einzuschätzen, wie schwierig es sein wird, auf Grundlage des neuen Prüfberichts zu entscheiden, ob ein Maßnahmenbescheid zu erstellen ist. Dazu war ein Vergleich mit dem bisherigen Prüfverfahren anzustellen.

Etwas mehr als die Hälfte der teilnehmenden LVP (n = 18, 52,9 %) erwartet, dass es in Zukunft schwerer sein wird, diese Entscheidung zu treffen (Abbildung 67). Etwa ein Viertel sind der Ansicht, dass es *genauso leicht/schwierig* sein wird wie bisher. Hingegen ist nur eine Minderheit der LVP (n = 2, 5,9 %) der Meinung, dass die Entscheidungsfindung in Zukunft leichter sein wird. Wieder erfolgt von einem

nennenswerten Anteil der LVP keine Angabe zur Eignung der neuen Bewertungssystematik (*weiß nicht* in Abbildung 67: n = 5, 17,6 %).

Abbildung 67: Schwierigkeit der Entscheidung zur Erstellung eines Maßnahmenbescheids; Vergleich des neuen mit dem bisherigen Prüfbericht



Quelle: IGES, Landesverbände der Pflegekassen

Anmerkung: Prozentanteil an allen teilnehmenden LVP (insg. n = 34). Angaben zur Frage: „Bitte schätzen Sie ein, wie leicht es sein wird, auf Basis des neuen Prüfberichts zu entscheiden, ob eine Anhörung des Pflegedienstes und Erstellung eines Maßnahmenbescheids eingeleitet werden sollen. Stellen Sie dabei einen Vergleich zu dem bisherigen Prüfbericht an“.

Als Begründung für eine schwerere Entscheidungsfindung führen die LVP in n = 13, d. h. den meisten Fällen (von insg. n = 18 mit Angabe *schwieriger*) an, dass dem Prüfbericht eine Übersicht bzw. standardisierte Zusammenfassung fehle. In n = 5 Fällen wird angemerkt, dass derzeit die Übung bzw. eine Einarbeitung der Mitarbeiter fehle. Die letztgenannten Begründungen deuten darauf hin, dass mit einer schwierigeren Entscheidung zur Erstellung eines Maßnahmenbescheids kurz nach Einführung des neuen Verfahrens zu rechnen ist, diese mit zunehmender Erfahrung/Übung aber abnehmen sollte.

Außerdem gibt ein LVP an, dass er die Bewertungssystematik wenig aussagekräftig findet, da die verwendeten Definitionen für *keine oder geringe Qualitätsdefizite* dennoch schwerwiegende Folgen für die einzelne versorgte Person bedeuten können [Zitat: „Definition ‚zu vernachlässigendes Problem‘ oder ‚singuläres Qualitätsproblem in einem Einzelfall‘ kann ggfs. schwerwiegende Folgen für einen Pflegebedürftigen haben.“].

Ein weiterer LVP merkt an, dass im Prüfbericht das Kapitel zur Abrechnungsprüfung fehle (diese war nicht Teil der Pilotierung, vgl. Kapitel 2.2.4), genauso wie detailliertere administrative Angaben zu den Pflegediensten (diese wurden im Rahmen der Pilotierung aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht erhoben).

Zur genaueren Analyse der Schwierigkeiten bei der Entscheidung über die Erstellung eines Maßnahmenbescheids wurden die LVP gebeten, anzugeben, inwiefern sie mit sechs Aussagen zur Handhabbarkeit des neuen Prüfberichts übereinstimmen. Dazu wurde eine fünfstufige Ratingskala genutzt (*trifft voll und ganz zu* bis *trifft überhaupt nicht zu*). Die Angaben der LVP zu den Aussagen sind in Tabelle 73 und Abbildung 68 dargestellt. Während Tabelle 73 auch Fälle mit fehlenden Angaben (Angabe von *weiß nicht*) berücksichtigt, zeigt Abbildung 68 die Verteilung ausschließlich gültiger Angaben.

Tabelle 73: Eignung des Prüfberichts für die Entscheidung zur Erstellung eines Maßnahmenbescheids

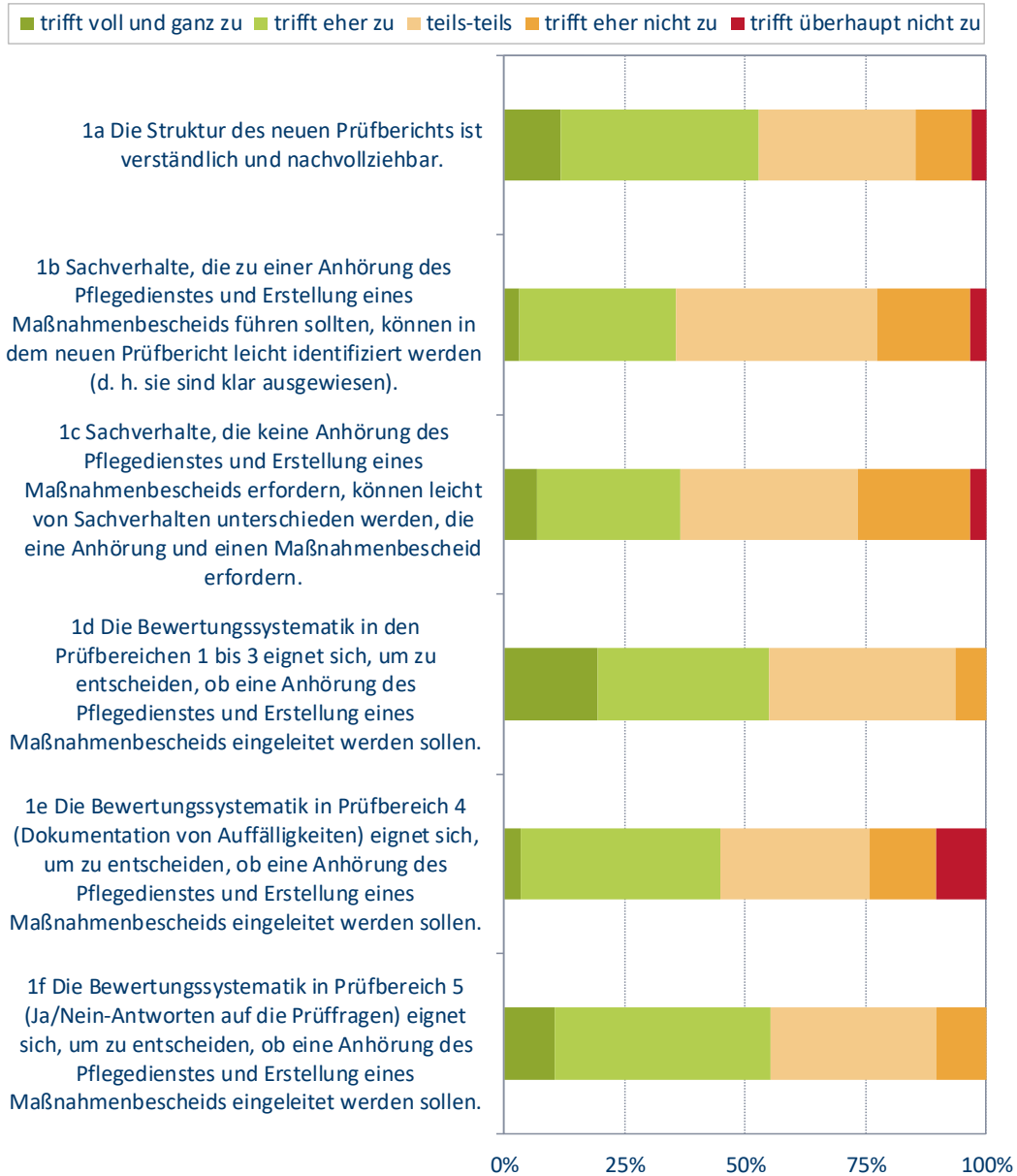
	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	teils-teils	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	weiß nicht
1a	4 (11,7 %)	14 (41,1 %)	11 (32,3 %)	4 (11,7 %)	1 (2,9 %)	0 (-)
1b	1 (2,9 %)	10 (29,4 %)	13 (38,2 %)	6 (17,6 %)	1 (2,9 %)	3 (8,8 %)
1c	2 (5,9 %)	9 (26,5 %)	11 (32,4 %)	7 (20,6 %)	1 (2,9 %)	4 (11,8 %)
1d	6 (17,6 %)	11 (32,4 %)	12 (35,3 %)	2 (5,9 %)	0 (-)	3 (8,8 %)
1e	1 (2,9 %)	12 (35,3 %)	9 (26,5 %)	4 (11,8 %)	3 (8,8 %)	5 (14,7 %)
1f	3 (8,8 %)	13 (38,2 %)	10 (29,4 %)	3 (8,8 %)	0 (-)	5 (14,7 %)

Quelle: IGES, Landesverbände der Pflegekassen

Anmerkung: Häufigkeiten und Zeilenprozent. Insgesamt nahmen n = 34 LVP teil. Wortlaut der Aussagen 1a bis 1f findet sich in Abbildung 68. Antworten beziehen sich auf die übergeordnete Frage „Bitte bewerten Sie, inwiefern die folgenden Aussagen auf den neuen Prüfbericht zutreffen. Dazu stellen Sie sich bitte vor, dass Sie auf Grundlage des neuen Prüfberichts die Entscheidung treffen müssen, ob eine Anhörung des Pflegedienstes und Erstellung eines Maßnahmenbescheids eingeleitet werden sollen“.

Wie aus Abbildung 68 ersichtlich, wurden die Aussagen zur Handhabbarkeit des neuen Prüfberichts von einem bedeutsamen Anteil der befragten LVP eher negativ bewertet, d. h. abgelehnt (Angabe von *trifft eher nicht zu* oder *trifft überhaupt nicht zu*: min. 6,5 % bis max. 26,7 %) bzw. zumindest teilweise in Frage gestellt (*teils-teils*: min. 31,0 % bis max. 41,9 %). Der Prüfbericht wird in der zur Verfügung gestellten Form von nur maximal 55 Prozent der befragten LVP als geeignet empfunden, um zu entscheiden, ob eine Anhörung des Pflegedienstes und die Erstellung eines Maßnahmenbescheids eingeleitet werden (entspricht Angabe von *trifft voll und ganz zu* oder *trifft eher zu* bei Aussage 1d mit 54,8 % und 1f mit 55,2 %).

Abbildung 68: Eignung des Prüfberichts für die Entscheidung zur Erstellung eines Maßnahmenbescheids



Quelle: IGES, Landesverbände der Pflegekassen

Anmerkung: Anteil (%) an n = 34 (1a), n = 31 (1b), n = 30 (1c), n = 31 (1d), n = 29 (1e), n = 29 (1f).

Die besten Bewertungen finden sich für Aussagen, die die Eignung der Bewertungssystematik in den Bereichen 1 bis 3 (1d) und 5 (1f) betreffen. Hier gibt etwas mehr als die Hälfte der befragten LVP (55 %) an, dass der Prüfbericht für die Entscheidung über die Erstellung eines Maßnahmenbescheids geeignet ist. Damit wird die Eignung des Prüfberichts für die Entscheidung aber von mindestens 45 Prozent der Befragten kritisch gesehen.

Ähnlich fällt die Bewertung der Aussage (1a) aus, ob die Struktur des Prüfberichts verständlich und nachvollziehbar ist, was von der Hälfte der befragten LVP bestätigt wird (*trifft voll und ganz zu* oder *trifft eher zu*: n = 18, 52,9 %); d. h. auch hier sieht etwa die Hälfte der LVP die Eignung des Prüfberichts für die Entscheidung zur Erstellung eines Maßnahmenbescheides kritisch (*teils-teils*, *trifft eher nicht zu* oder *trifft überhaupt nicht zu*: n = 16, 47,1 %).

Die schlechteste Bewertung erfährt die Aussage, dass Sachverhalte, die zu einer Anhörung des Pflegedienstes und Erstellung eines Maßnahmenbescheides führen (1b) bzw. nicht führen (1c) in dem Prüfbericht leicht zu identifizieren sind; hier findet sich eine mehrheitlich kritische Bewertung des Prüfberichts (Angaben von *teils-teils*, *trifft eher nicht zu* oder *trifft überhaupt nicht zu* bei 1b: n = 20, 64,5 %; 1c: n = 19; 63,3 %). Diese Angaben reflektieren auch den bereits dargestellten Befund, dass die Annahme, dass die Entscheidung über die Erstellung eines Maßnahmenbescheids in Zukunft schwieriger ausfallen wird (vgl. Abbildung 67), zumeist mit einer fehlenden Übersicht bzw. standardisierten Zusammenfassung der Prüfergebnisse begründet wird.

Ähnlich negativ fällt auch die Bewertung der Aussage (1e) zur Eignung der Bewertungssystematik in Bereich 4 aus (Angaben von *teils-teils*, *trifft eher nicht zu* oder *trifft überhaupt nicht zu*: n = 16, 55,2 %). Dies könnte reflektieren, dass in Bereich 4 keine Bewertung der Qualität von Pflegediensten, sondern nur eine Beratung erfolgt und somit die LVP keinen Handlungsbedarf gemäß § 115 Abs. 2 SGB XI sahen.

Soweit die Aussagen 1d bis 1f von den LVP nicht bestätigt wurden (Angabe von *trifft überhaupt nicht zu* und *trifft eher nicht zu*), wurden die Befragten gebeten Gründe für ihre Angabe anzuführen. Dies betrifft insgesamt n = 9 LVP, die bei mindestens einer der Aussagen 1d bis 1f negative Angaben tätigten.

Davon werden in insgesamt vier Fällen die negativen Angaben damit begründet, dass der vorliegende Prüfbericht zu unkonkret sei, um daraus eine genaue Einschätzung abzuleiten [beispielhafte Zitate: „*Bisher liegt nur ein Musterprüfbericht vor, auf dessen Basis dieser Fragebogen beantwortet werden soll. Der Musterprüfbericht lässt zwar den Aufbau und die geplanten Fragen erkennen, aber nicht konkrete Antwortoptionen [...]. Da gerade diese individuellen Antworten und Beschreibungen der identifizierten Mängel eine große Bedeutung haben [...], ist insgesamt eine Beurteilung des neuen Prüfverfahrens mit den bereitgestellten Unterlagen kaum fundiert möglich.*“; „*Die Bewertungssystematik bewegt sich eher an der Oberfläche ohne ins Detail zu gehen. Detaillierte Beschreibung erachten wir als sinnvoller und zielführender.*“]. Damit würden aber einige der negativen Aussagen weniger auf die neue Bewertungssystematik als vielmehr das Befragungsdesign abzielen. Offenbar fiel es einigen Befragten schwer von der leeren Prüfberichtsvorlage soweit zu abstrahieren, dass damit die Eignung der neuen Bewertungssystematik für das Verwaltungsverfahren beurteilt werden kann. Warum mit dieser Begründung dennoch die Eignung der Bewertungssystematik angezweifelt wird, geht aus den Kommentaren nicht direkt

hervor (nur einer dieser Fälle nennt auch weitere Gründe). Eigentlich hätte in solchen Fällen angegeben werden müssen, dass eine Einschätzung nicht möglich ist, da der vorgelegte Prüfbericht dazu nicht ausreicht (Angabe von *weiß nicht*).

Die Begründung eines weiteren LVP gibt jedoch einen Hinweis, warum bestimmte Schwierigkeiten der neuen Bewertungssystematik bei Vorlage einer leeren Prüfberichtsvorlage offensichtlich werden [Zitat: *„Aus der Bewertungssystematik für die Bereiche 1-3 geht nicht eindeutig hervor bei welcher Schwere von Qualitätsdefiziten bei wieviel Pflegebedürftigen eine Maßnahme aufzuerlegen ist (keine/ geringe/ schwerwiegende). Es stellt sich die Frage, ob ein entsprechendes Defizit zwingenderweise eine Empfehlung einer Maßnahme zur Folge hat.“*]. In der Tat wird nur im Prüfbericht des bisherigen Verfahrens von den Prüfern explizit angegeben, ob sie eine Empfehlung aussprechen (indiziert durch das Ankreuzfeld „E.“); ein solches Ankreuzfeld ist für den Prüfbericht des neuen Verfahrens bislang nicht vorgesehen. So kann evtl. erst anhand der konkreten Angaben der Prüfer entschieden werden, ob die Erstellung eines Maßnahmenbescheids erforderlich ist. Da dieses Problem allerdings nicht von allen LVP gleichermaßen gesehen wird, könnten mancherorts evtl. bereits Lösungen zum neuen Prüfverfahren erarbeitet worden sein (z. B. Maßnahmenbescheid erfolgt bei mindestens „erheblichen Qualitätsdefiziten“). Vor diesem Hintergrund erscheint ein Dialog der LVP empfehlenswert, um formal einheitliche Kriterien bei der Entscheidung über die Erstellung eines Maßnahmenbescheids zu finden.

In drei Fällen wird angeführt, dass der Prüfbericht zu unübersichtlich sei und daher eine entsprechend negative Beurteilung der Aussagen 1d bis 1f vorgenommen wurde [Zitate: *„[...] Zudem scheint eine schnelle, evtl. tabellarische Übersicht über die erzielten Bewertungsergebnisse bisher nicht vorgesehen zu sein; auch eine Nummerierung der Kapitel, evtl. verbunden mit entsprechenden Kopfzeilen, um eine Orientierung im Prüfbericht zu erleichtern fehlt bisher.“*; *„[...] Verbesserungswürdig ist alles was der Übersichtlichkeit auf einen Blick dient.“*; *„Damit man sich einen schnellen Überblick verschaffen kann, wäre es Hilfreich wenn direkt zu Beginn des Prüfberichtes eine kurze Übersicht der Mängel dargestellt würde. Außerdem wäre es hilfreich, wenn die Mängel durchnummeriert würden, um Missverständnisse während der Bearbeitung zu minimieren.“*]. Auch diese Ausführungen lassen sich so interpretieren, dass zur effektiven Arbeit der LVP mit den neuen Prüfberichten eine standardisierte Zusammenfassung der Prüfergebnisse fehlt, an denen die Kriterien zur Entscheidung über die Erstellung eines Maßnahmenbescheids angelegt werden können.

In einem Fall wird angemerkt, dass Bereich 4 keine Relevanz für die Entscheidung über einen Maßnahmenbescheid besitzt und daher die entsprechende Aussage (1e) negativ zu bewerten ist [Zitat: *„Für die Entscheidungsfindung sind vorrangig die Qualitätsbereiche 1-3 ausschlaggebend. Da im Qualitätsbereich 4 durch die Prüfer keine Bewertung, sondern lediglich eine Beratung und Dokumentation von Hinweisen erfolgen soll, werden die Qualitätsaspekte in diesem Bereich eher nachrangig betrachtet werden und nicht darüber entscheiden können, ob eine*

Anhörung des Pflegedienstes und Erstellung eines Maßnahmenbescheides eingeleitet werden sollen.“].

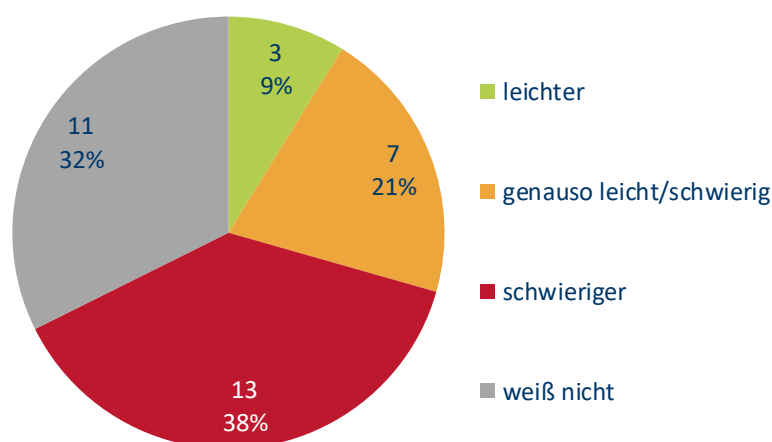
Zusammenfassend ist festzustellen, dass einige LVP die Eignung der neuen Bewertungssystematik bzw. des neuen Prüfberichts für die Entscheidung zur Erstellung eines Maßnahmenbescheids als eingeschränkt beurteilen, da der zur Verfügung gestellte (vorläufige) Prüfbericht zu unübersichtlich sei. Weiterhin zeichnet sich ab, dass ein Teil der LVP erwartet, nur anhand der konkreten Texte in den Prüfberichten, nicht anhand der Bewertungskategorien, eine Entscheidung treffen zu können.

3.11.4 Eignung für das Erstellen eines Maßnahmenbescheids

Nachdem die Entscheidung über die Erstellung eines Maßnahmenbescheids erfolgt ist, sind von den LVP Maßnahmen zu entwickeln, die der Beseitigung der festgestellten Qualitätsdefizite dienen. Die LVP wurden gebeten einzuschätzen, wie schwierig es sein wird, solche Maßnahmen auf Grundlage des Prüfberichts des neuen Prüfverfahrens zu entwickeln. Dazu war wieder ein Vergleich mit dem bisherigen Prüfverfahren anzustellen.

Abbildung 69 zeigt die Antworten der LVP auf diese Frage. Am häufigsten findet sich die Einschätzung, dass es mit dem neuen Prüfbericht schwieriger sein wird Maßnahmen zu entwickeln (n = 13, 38,2 %). Nur eine Minderheit der LVP (n = 3, 8,8 %) ist der Meinung, dass die Entwicklung von Maßnahmen mit dem neuen Prüfbericht leichter sein wird. Etwas weniger als ein Viertel (n = 7, 20,6 %) der LVP erwartet keine Änderungen. Wieder kann ein nennenswert hoher Anteil der befragten LVP keine Angaben zu der Frage machen (n = 11, 32 %).

Abbildung 69: Schwierigkeit der Erstellung von Maßnahmen; Vergleich des neuen mit dem bisherigen Prüfbericht



Quelle: IGES, Landesverbände der Pflegekassen

Anmerkung: Prozentanteil an allen teilnehmenden LVP (insg. n = 34). Antworten auf die Frage „Bitte schätzen Sie ein, wie leicht es sein wird, auf Basis des neuen Prüfberichts Maßnahmen zu entwickeln, die dem Pflegedienst in einem Maßnahmenbescheid mitgeteilt werden. Stellen Sie dabei einen Vergleich zu dem bisherigen Prüfbericht an“.

Soweit die Einschätzung erfolgte, dass die Entwicklung von Maßnahmen mit dem neuen Prüfverfahren schwieriger sein würde, wurden die Befragten auch gebeten ihre Angabe zu begründen. Da in nur insgesamt n = 13 Fällen eine entsprechende Angabe erfolgte, ist die Fallzahl mit weiteren Begründungen entsprechend begrenzt.

In den meisten dieser Fälle (n = 9) wurde erklärt, dass die Schwierigkeit der Formulierung von Maßnahmen auf Grundlage des neuen Prüfberichts erhöht sein würde, da sich dieser insgesamt durch eine deutlich geringere Standardisierung auszeichne und die Auseinandersetzung mit individuellen Defiziten und individuell formulierten Defizitbeschreibungen erfordere [beispielhafte Zitate: *„Jedes Defizit bzw. Risiko für negative Folgen bei den einbezogenen versorgten Personen stellt auf eine ganz individuelle Feststellung gutachterlicherseits ab, nach jetziger Kenntnislage wird jede Maßnahme für den Einzelfall abgeleitet werden müssen. Es wird insbesondere an der gutachterlichen Darstellung des Mangels sowie der Empfehlung zur Beseitigung hängen, wie eindeutig und zügig Maßnahmen abgeleitet werden können.“*; *„Da die Prüffragen noch ausgeprägter als bisher die individuelle Pflegesituation abbilden, wird eine standardisierte Bearbeitung sowohl für die Prüfdienste als auch für uns weniger gegeben sein. Insofern müsste auch die Maßnahmenentwicklung individueller erfolgen.“*; *„Die Ableitung rechtssicherer Maßnahmen auf der Basis individueller Defizitbeschreibungen [...] ist als schwieriger und aufwendiger anzunehmen.“*; *„Die Maßnahmen wurden bisher immer aus den [Prüfberichten] übernommen. Das ging leicht und schnell. Hier ist nicht erkennbar, ob das künftig auch der Fall sein wird oder ob man die Maßnahmen umformulieren oder neu formulieren muss. Falls das der Fall sein sollte, ist hier mit einem zeitlichen Mehraufwand zu rechnen.“*].

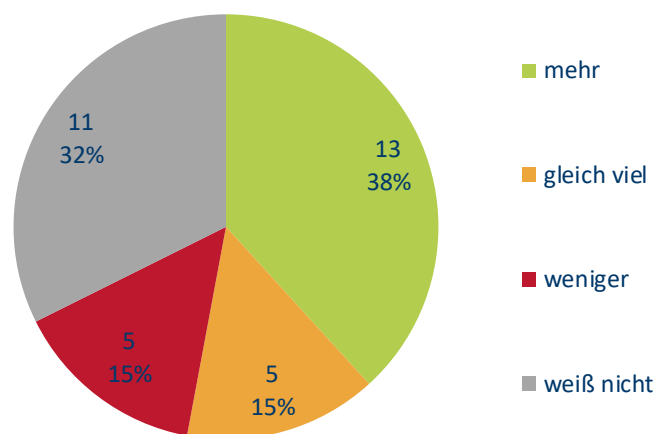
In zwei weiteren Fällen wird auf Begründungen zur Schwierigkeit bei der Entscheidung über die Erstellung eines Maßnahmenbescheids verwiesen, die genauso auch für die Begründung der Schwierigkeit bei der Formulierung von Maßnahmen gelten würden (vgl. Kapitel 3.11.3). Da es bei diesen Schwierigkeiten im Wesentlichen ebenfalls um die fehlende Standardisierung der Prüfergebnisse ging, können diese Angaben zu den oberen noch hinzugerechnet werden. So wären es n = 11 der insgesamt n = 13 Fälle, die die erhöhte Schwierigkeit bei der Entwicklung von Maßnahmen mit der geringeren Standardisierung des Prüfberichts begründen. In den verbleibenden zwei Fällen der insgesamt n = 13 wird keine Begründung angegeben, warum die Entwicklung von Maßnahmen mit dem neuen Prüfbericht schwieriger ausfallen würde.

Bei dem neuen Verfahren hängt somit nach Einschätzung der LVP die Entwicklung von Maßnahmen aus dem Prüfbericht stärker von der individuellen Darstellung der Defizite durch die Prüfer ab. Durch den stärkeren Fokus des neuen Verfahrens auf

die Ergebnisqualität bei einzelnen versorgten Personen müssten die Maßnahmen zudem auf Einzelfallebene formuliert werden. Vor diesem Hintergrund sei mit einer Zunahme der Schwierigkeit bei der Entwicklung von Maßnahmen zu rechnen.

Die LVP wurden zudem gebeten einzuschätzen, wie hoch der Informationsumfang des neuen verglichen mit dem bisherigen Prüfbericht ausfallen wird, um geeignete Maßnahmen zu entwickeln. Die Angaben der LVP zu dieser Frage sind in Abbildung 70 dargestellt. Am häufigsten wird angegeben, dass der Informationsumfang des neuen Prüfberichts für die Entwicklung geeigneter Maßnahmen höher ausfalle ($n = 13$, 38,2 %). Die häufige Einschätzung, dass der neue im Vergleich zum bisherigen Prüfbericht mehr Informationen enthält, unterstützt die Darstellungen der Befragten, dass die Entwicklung von Maßnahmen aus dem neuen Prüfbericht eine detaillierte Auseinandersetzung mit individuellen Defizitschilderungen erfordere. Demgegenüber schätzen fast ein Drittel der LVP, dass der Informationsumfang zur Entwicklung geeigneter Maßnahmen genauso hoch oder geringer ausfalle als der des bisherigen Prüfberichts (Abbildung 70: $n = 10$, 29,4 %). Wieder können ein Drittel der Befragten keine Angabe zu der Frage machen ($n = 11$, 32,4 %).

Abbildung 70: Informationsumfang zur Entwicklung von Maßnahmen; Vergleich des neuen mit dem bisherigen Prüfbericht



Quelle: IGES, Landesverbände der Pflegekassen

Anmerkung: Prozentanteil an allen teilnehmenden LVP (insg. $n = 34$). Antworten auf die Frage: „Bitte schätzen Sie ein, wie viele nützliche Informationen der neue Prüfbericht enthält, die der Entwicklung von Maßnahmen zugrunde gelegt werden können. Stellen Sie dabei einen Vergleich zu dem bisherigen Prüfbericht an“.

Soweit angegeben wurde, dass der Informationsumfang geringer ausfalle, wurden die Befragten gebeten anzugeben, welche Informationen ihnen fehlten. Da nur $n = 5$ eine entsprechende Angabe machten, liegen nur wenige Hinweise auf

fehlende Informationen vor. Hier wird i. d. R. angegeben, dass wichtige Strukturdaten im Prüfbericht fehlten (z. B. „Personelle Ausstattung“, „Struktur der Mitarbeiter“, „IK-Nummer“, „Angaben des Trägers“, „Auflistung vertraglicher Grundlagen“). Dabei erschließt sich nicht immer, welche Bewandnis diese Angaben für die Entwicklung geeigneter Maßnahmen haben. Es scheint sich eher um administrative Angaben zum Pflegedienst zu handeln, die in zukünftigen Prüfberichten enthalten sein werden, allerdings im Rahmen der Pilotierung keine Relevanz hatten und daher nicht erhoben wurden.

Zur weiteren Analyse der Eignung des neuen Prüfberichts für die Erstellung des Maßnahmenbescheids, hatten die LVP für drei Aussagen anzugeben, inwiefern sie diesen zustimmten. Die Aussagen beziehen sich auf verschiedene Aspekte der Handhabbarkeit des Prüfberichts bei der Erstellung von Maßnahmenbescheiden und waren anhand einer fünfstufigen Ratingskala zu bewerten (*trifft voll und ganz zu bis trifft überhaupt nicht zu*). Die Antworten sind in Tabelle 74 und Abbildung 71 dargestellt. Während Tabelle 74 auch Fälle mit fehlenden Angaben (Angabe von *weiß nicht*) berücksichtigt, sind in Abbildung 71 nur Fälle mit gültigen Angaben auf der Ratingskala dargestellt.

Wie aus Abbildung 71 ersichtlich, wurden die Aussagen mehrheitlich bestätigt (Angabe von *trifft voll und ganz zu* oder *trifft eher zu*: mindestens 58 %). Eine besonders hohe Zustimmung erfährt die Aussage (4c), dass der Prüfbericht genügend Beschreibungen der zu adressierenden Sachverhalte vorsieht, um davon ausgehend konkrete Maßnahmen zu formulieren (Angabe von *trifft voll und ganz zu* oder *trifft eher zu*: n = 15, 71,4 %).

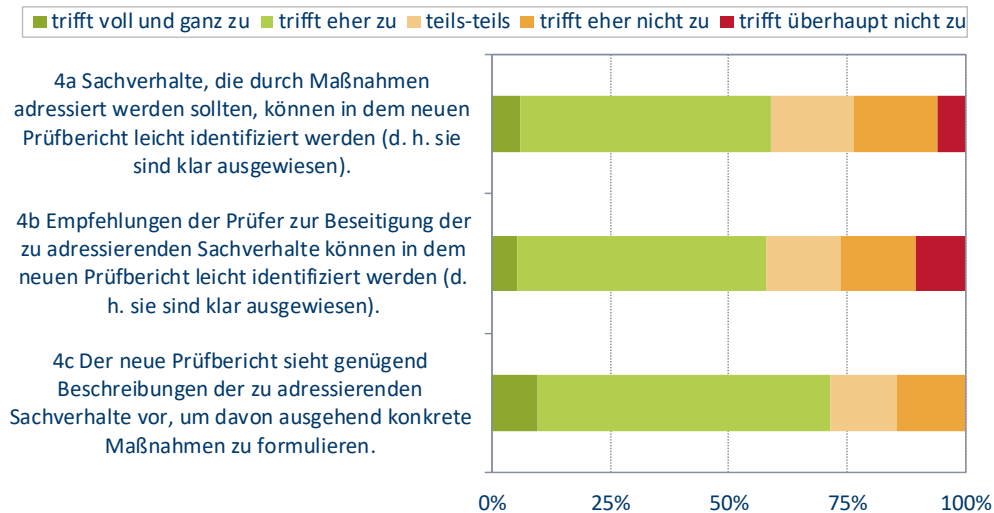
Tabelle 74: Einschätzungen zur Erstellung des Maßnahmenbescheids auf Basis des neuen Prüfberichts

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	teils-teils	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	weiß nicht
4a	1 (2,9 %)	9 (26,5 %)	9 (26,5 %)	3 (8,8 %)	1 (2,9 %)	11 (32,4 %)
4b	1 (2,9 %)	10 (29,4 %)	8 (23,5 %)	3 (8,8 %)	2 (5,9 %)	10 (29,4 %)
4c	2 (5,9 %)	13 (38,2 %)	7 (20,6 %)	3 (8,8 %)	0 (-)	9 (26,5 %)

Quelle: IGES, Landesverbände der Pflegekassen

Anmerkung: Häufigkeiten und Zeilenprozent (%); Antworten der LVP auf die Aussagen 4a bis 4c (insg. n = 34). Wortlaut der Aussagen 4a bis 4c findet sich in Abbildung 71. Antworten beziehen sich auf die übergeordnete Frage „Bitte bewerten Sie, inwiefern die folgenden Aussagen auf den neuen Prüfbericht zutreffen. Dazu stellen Sie sich bitte vor, dass Sie auf Basis des neuen Prüfberichts Maßnahmen entwickeln müssen, die dem Pflegedienst in einem Maßnahmenbescheid mitgeteilt werden“.

Abbildung 71: Einschätzungen zur Erstellung des Maßnahmenbescheids auf Basis des neuen Prüfberichts



Quelle: IGES, Landesverbände der Pflegekassen

Anmerkung: Häufigkeiten und Zeilenprozent. Antworten der LVP (n = 34) Antworten auf die Frage „Bitte bewerten Sie, inwiefern die folgenden Aussagen auf den neuen Prüfbericht zutreffen. Dazu stellen Sie sich bitte vor, dass Sie auf Basis des neuen Prüfberichts Maßnahmen entwickeln müssen, die dem Pflegedienst in einem Maßnahmenbescheid mitgeteilt werden“.

Soweit die Aussage (4c) abgelehnt wurde (Angabe von *trifft eher nicht zu* oder *trifft überhaupt nicht zu*), wurden die Befragten gebeten anzugeben, an welcher Stelle Beschreibungen noch zu ergänzen wären. Da die Angabe allerdings nur relativ selten erfolgte (n = 3, 8,8 %), wurde nur in wenigen Fällen nach Ergänzungsvorschlägen gefragt. Aus den Freitexten geht allerdings nicht hervor, dass es den Befragten an ausreichenden Möglichkeiten zur Beschreibungen zu adressierender Sachverhalte im Prüfbericht fehlte. Stattdessen fehlten ihnen konkrete Beschreibungen von Sachverhalten, damit sie eine Einschätzung der in Frage stehenden Aussage (4c) vornehmen können (Zitate: „Die Stellen für die Beschreibungen und Empfehlungen sind im Demoprüfbericht vorhanden. Eine weitergehende Aussage zu diesem Themenbereich kann erst getroffen werden, wenn ein Prüfbericht vorliegt, der auch authentische Beschreibungen und Maßnahmenempfehlungen enthält.“; „Eindeutig zuordenbare Beschreibungen bzw. Empfehlung zu den visitierten Pflegebedürftigen. Ausschlaggebendes Kriterium ist die Beschreibung des Sachverhaltes, Empfehlung des einzelnen Prüfers.“; „Eine Beurteilung der Beschreibungen bzw. Empfehlungen und der Möglichkeit, daraus resultierend Maßnahmen abzuleiten und zu formulieren, ist auf der Basis des vorliegenden Musterprüfberichtes nicht möglich, denn diese sind dort nicht Bestandteil! Es ist nur ersichtlich, an welchen Stellen im Prüfbericht diese erscheinen werden.“].

Diese Ausführungen verweisen auf die bereits dargestellte Problematik, dass es manchen der Befragten schwer fiel eine Einschätzung der Eignung des neuen Prüfberichts auf Grundlage einer leeren Prüfberichtsvorlage vorzunehmen. Dass in den beschriebenen Fällen dennoch eine Beurteilung der Aussage (4c) erfolgte – statt der Angabe, dies nicht beantworten zu können (Angabe von *weiß nicht*) – unterstreicht, wie sehr nach Einschätzung der Befragten die konkreten Inhalte des Prüfberichts mit seiner Eignung für die Erstellung eines Maßnahmenbescheids verknüpft sind.

Geringere Zustimmungswerte als bei der Aussage zum ausreichenden Informationsumfang (4c: ausreichende Beschreibungen zu adressierender Sachverhalte) finden sich bei den anderen beiden Aussagen, dass (4a) Sachverhalte und (4b) Empfehlungen in dem neuen Prüfbericht leicht zu identifizieren sind. Zwar werden auch diese Aussagen mehrheitlich bestätigt (4a: n = 10, 58,8 %; 4b: n = 15, 57,9 %); allerdings werden von einem nennenswerten Anteil der Befragten Probleme gesehen (*teils-teils, trifft eher nicht zu oder trifft überhaupt nicht zu* bei 4a: n = 7, 41,2 %; bei 4b: n = 6, 42,1 %; klare Ablehnung anhand *trifft eher nicht zu oder trifft überhaupt nicht zu* bei 4a: n = 4, 23,5 %; bei 4b: n = 5, 26,3 %).

Die häufige Einschätzung, dass der Prüfbericht genügend Beschreibungen zu adressierender Sachverhalte enthalte (4c), deckt sich mit der Angabe der LVP, dass der Informationsumfang des neuen Prüfberichts größer ausfällt als der des bisherigen Prüfberichts (vgl. Abbildung 70). Die geringere Zustimmung bei den anderen beiden Aussagen (4a, 4b) deutet jedoch an, dass dieser höhere Informationsumfang nicht unbedingt mit einer leichteren Identifizierbarkeit für die Erstellung eines Maßnahmenbescheids relevanter Elemente (4a: zu adressierender Sachverhalte; 4b: Empfehlungen der Prüfer) einhergeht.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die LVP einen größeren Informationsumfang durch den neuen Prüfbericht erwarten, der für die Formulierung geeigneter Maßnahmen genutzt werden kann. Dieser höhere Informationsumfang geht aber voraussichtlich mit höherem Aufwand bei der Identifikation zu adressierender Sachverhalte und darauf abzielender Empfehlungen der Prüfer einher, die von den LVP aus individuellen Freitexten herausgelesen werden müssen. Aufgrund der erforderlichen Auseinandersetzung mit individuellen Freitexten wird von den LVP erwartet, dass die Erstellung der Maßnahmenbescheide schwieriger ausfallen wird.

Auffällig sind bei den drei Aussagen (4a bis 4c) zur Handhabbarkeit wieder die relativ hohen Anteile der Fälle, in denen keine Einschätzung abgegeben wurde (Angabe von *weiß nicht*: 26,5 % bis 32,4 %; vgl. Tabelle 74). Auch bei allen anderen Fragen an die LVP zur Beurteilung der Eignung der neuen Bewertungssystematik zeigte sich durchgehend ein auffällig hoher Anteil, der keine Einschätzung abgab (Angabe von *weiß nicht*: min. 15 % bis max. 38 % der Befragten; vgl. Abbildung 66, Abbildung 67, Abbildung 69 und Abbildung 70). Vor dem Hintergrund der im Detail

dargestellten Befunde aus der Befragung der LVP ließen sich diese Fälle wie folgt interpretieren:

Einem erheblichen Anteil der Befragten scheint es nicht möglich gewesen zu sein, von der (leeren) Prüfberichtsvorlage soweit zu abstrahieren, dass eine Einschätzung der Eignung des neuen Prüfverfahrens für das Verwaltungsverfahren möglich wurde. Eine sinnvolle Einschätzung der Eignung des neuen Prüfverfahrens wäre nach Ansicht dieser Gruppe vermutlich nur dann möglich, wenn konkrete Beschreibungen von Defiziten vorgelegt worden wären. Dies erscheint insofern nachvollziehbar, als dass der neue Prüfbericht formal keine Kriterien enthält, die einen Maßnahmenbescheid auslösen. Bei einigen der Befragten scheint dies zu der Einschätzung zu führen, dass die Auslösung eines Maßnahmenbescheids allein von den konkreten Beschreibungen im Prüfbericht abhängt.

Von einer Prüfberichtsvorlage mit konkreten Beispielen für Beschreibungen wurde in der Befragung allerdings abgesehen, da keine Einschätzung der spezifischen Eignung konkreter Beschreibungen, sondern der allgemeinen Eignung der neuen Bewertungssystematik erfragt werden sollte. Indem nun aber konkrete Beschreibungen in der Prüfberichtsvorlage nicht enthalten waren, fiel es einigen Befragten schwer einzuschätzen, inwiefern die neue Bewertungssystematik und das Verwaltungsverfahren miteinander kompatibel sind, da der Prüfbericht (noch) keine formalen Kriterien enthält, die die nächsten Schritte im Verwaltungsverfahren (Anhörung, Maßnahmenbescheid) auslösen (ein formales Kriterium wäre z. B., „eine Bewertung mit mindestens ‚erheblichen Qualitätsdefiziten‘ löst einen Maßnahmenbescheid aus“). Demgegenüber enthielt der bisherige Prüfbericht mit dem Ankreuzfeld („E.“) einen eindeutigen und leicht zu identifizierenden Hinweis, der auch in einer leeren Prüfberichtsvorlage zu erkennen gewesen wäre. Wenn einige LVP anhand einer leeren Prüfberichtsvorlage nicht in der Lage waren, eine Einschätzung der Eignung vorzunehmen, so verweist dies darauf, wie sehr aus ihrer Sicht die Eignung der neuen Bewertungssystematik für das Verwaltungsverfahren von konkreten Inhalten des Prüfberichts, d. h. den Ausführungen der Prüfer abhängt. Ein effektives Arbeiten mit dem Prüfbericht hänge so mehr denn je von der Handhabbarkeit der Freitexte der Prüfer ab.

3.11.5 Zeitaufwand

Die LVP wurden auch gebeten einzuschätzen, wie sich der Zeitaufwand für das Verwaltungsverfahren ändern würde. Es wurde wieder zwischen der Entscheidung zur Erstellung eines Maßnahmenbescheids und dem eigentlichen Verfassen des Maßnahmenbescheids unterschieden.

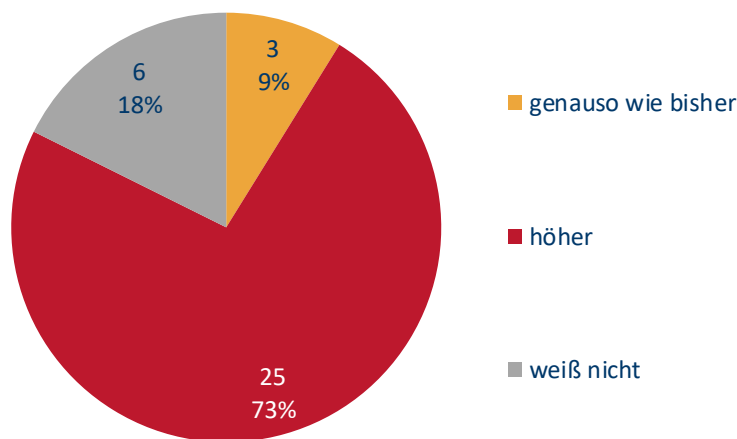
3.11.5.1 Zeitaufwand für Entscheidung über Maßnahmenbescheid

Die LVP wurden gebeten anzugeben, für wie hoch sie den zeitlichen Aufwand einschätzten, der für die Auswertung des Prüfberichts in Vorbereitung auf die Anhörung des Pflegedienstes und die Erstellung des Maßnahmenbescheids

benötigt wird. Hier war wieder ein Vergleich des neuen mit dem bisherigen Prüfbericht vorzunehmen.

Die Antworten der LVP auf diese Frage sind in Abbildung 72 dargestellt. Verglichen mit dem zeitlichen Aufwand zur Auswertung des alten Prüfberichts erwartet die große Mehrheit der LVP (n = 25, 73,5 %) bei dem neuen Prüfbericht einen höheren zeitlichen Aufwand. Nur eine Minderheit schätzt den zeitlichen Aufwand genauso hoch wie bisher ein (n = 3, 8,8 %). Auch hier gibt es wieder einen nennenswerten Anteil, der keine Einschätzung angibt (Angabe von *weiß nicht*: n = 6, 17,6 %).

Abbildung 72: Zeitlicher Aufwand zur Auswertung des Prüfberichts; Vergleich des neuen mit dem bisherigen Prüfbericht



Quelle: IGES, Landesverband der Pflegekassen

Anmerkung: Prozentanteil an allen teilnehmenden LVP (insg. n = 34). Antworten auf die Frage „Bitte schätzen Sie ein, wie hoch der zeitliche Aufwand durchschnittlich ausfallen wird, um den neuen Prüfbericht in Vorbereitung auf die Anhörung des Pflegedienstes und die Erstellung des Maßnahmenbescheids auszuwerten. Stellen Sie dabei einen Vergleich zu dem bisherigen Prüfbericht an“.

Soweit von den Befragten angegeben wurde, dass der zeitliche Aufwand für die Auswertung des Prüfberichts höher eingeschätzt wurde, war diese Angabe zu begründen. Als Grund für den erhöhten Zeitaufwand zur Auswertung des neuen Prüfberichts werden am häufigsten ...

- ♦ die fehlende strukturierte Zusammenfassung der Prüfergebnisse (n = 15) [beispielhafte Zitate: „[...] Eine Zusammenfassung der Bewertung inkl. Maßnahmenempfehlungen und Angabe der Prüfnummer des Versicherten ist im Bericht nicht zu finden [...]“; „Erhöhte Sucharbeit wegen fehlender Übersicht der Auffälligkeiten und der Qualitätsdefizite [...]“; „unübersichtlicher wg. fehlender Zusammenfassung in tabellarischer Form analog Zusammenfassung der personenbezogenen Versorgung stationär.“, „Anhand des Maßnahmenkataloges und des Tableaus ‚Zusatzinfos‘ hat man [im bisherigen Prüfbericht] auf einen Blick

gesehen, wie viele Maßnahmen wie oft vertreten waren.“; „Es fehlt im Musterprüfbericht der schnelle Überblick über die Gesamtheit der Defizite – eine Beurteilung erfordert voraussichtlich eine Sichtung des Berichts einschließlich der einzelnen Anlagen zur personenbezogenen Prüfung inklusive einer ‚Auszählung‘ der Gesamtzahl von kritischen C- und D-Beurteilungen [...].“]

- ◆ und die erforderliche vertiefte inhaltliche Analyse der Darstellungen der Prüfer genannt (n = 11) [beispielhafte Zitate: „[...] anstelle bisheriger Ja/Nein-Fragen Bewertung von Volltext erforderlich.“; „[...] Die Prüfer haben die Möglichkeit nunmehr viel Freitext zu formulieren, so dass der Prüfbericht umfangreicher werden wird.“; „Bislang war (neben bestimmten ‚KO-Kriterien‘) auch die reine Anzahl der Maßnahmen entscheidend dafür, ob eine Anhörung stattfindet oder ob darauf verzichtet wird. Hier sind nun alle Bereiche explizit hinsichtlich der Kategorien einzuschätzen.“; „Da die Prüffragen noch ausgeprägter als bisher die individuelle Pflegesituation abbilden, wird eine standardisierte Bearbeitung sowohl für die Prüfdienste als auch für uns weniger gegeben sein. Es ist davon auszugehen, dass weniger mit Mustertextbausteinen gearbeitet werden kann als bisher, was zu einem deutlich höheren Bearbeitungsaufwand führen wird.“; „[...] [Es] ist anzunehmen, dass die individuell formulierten Defizitbeschreibungen stark differieren werden und deren Erfassung somit zeitaufwendiger ist.“; „Prüfbericht voraussichtlich umfangreicher, Defizite individueller beschrieben/ggfs. Sichtung der Defizite umfangreicher.“].

Dabei kann der erste Punkt redaktionell gelöst werden, indem eine Übersichtstabelle der festgestellten Defizite dem Prüfbericht beigelegt wird. Der zweite Punkt betrifft jedoch den Kern der neuen Bewertungssystematik, wonach sich die letztliche Bewertung von Qualitätsdefiziten aus der individuellen Begründung der Prüfer ergibt. Auch die Übersichtstabelle wird so letztlich individuelle Beschreibungen von Defiziten enthalten. Soweit für den Verwaltungsprozess die konkreten Defizite für die Entwicklung von Maßnahmen nachvollzogen werden müssen, wäre hier durch die erforderliche inhaltliche Analyse der individuellen Darstellungen der Prüfer tatsächlich mit Zusatzaufwänden zu rechnen. Soweit festgestellte Defizite auf Ebene der Qualitätsaspekte aber in einen standardisierten Katalog von Maßnahmen übersetzt werden können, könnte der Aufwand reduziert werden, da keine vertiefte inhaltliche Analyse erforderlich wird, sondern lediglich eine regelhafte Zuordnung einer Standard-Maßnahme zu einem wie auch immer gearteten Defizit bei einem gegebenen Qualitätsaspekt. Solange es aber (noch) keinen Katalog für eine regelhafte Übersetzung in Maßnahmen gibt, muss die Entwicklung von Maßnahmen (vorerst) aus den individuellen Beschreibungen der Prüfer erfolgen.

Des Weiteren findet sich auch die Begründung, dass der zeitliche Aufwand höher ausfallen wird, da die Navigation in dem neuen Prüfbericht erschwert ist (n = 6) – auch dies ist letztlich mehr eine redaktionelle Frage als eine Frage der neuen

Bewertungssystematik [beispielhafte Zitate: „[...] Inhaltsverzeichnis und Nummerierungen der Kapitel fehlen.“; „Erhöhte Sucharbeit wegen fehlender Nummerierung der Prüfkapitel [...]“; „[...] fehlende durchgehende Nummerierung der visitierten Pflegebedürftigen im gesamten Bericht (Nummerierung der einzelnen Aspekte mit Querverweis.“; „[...] bisher fehlende Nummerierung erschwert Sichtung des Prüfberichts deutlich (redaktionell Anpassung erforderlich).“].

In einigen Fällen wird nochmals die Schwierigkeit betont, eine Einschätzung der Eignung der neuen Bewertungssystematik auf Grundlage einer leeren Prüfberichtsvorlage vorzunehmen (n = 5) [Zitate: „[...] Aufgrund des Musters ist die Bearbeitung noch nicht eindeutig erkennbar. Ein ausgefüllter Beispielmusterbericht liegt noch nicht vor, daher ist die Ansicht zu abstrakt. [...]“; „Auf Grundlage des Beispielberichtes ist bisher nicht ableitbar, in welcher Form die Ergebnisse dargestellt werden. [...]“; „Aufgrund fehlender Eintragungen (Echtbericht) erschwert/eingeschränkt beurteilbar [...]“; „[...] Der hier zu beurteilende Demoprüfbericht weist leider keine Inhalte auf, was die gesamte Beurteilung wesentlich erschwert. [...]“; „Weil der Prüfbericht unübersichtlicher und noch nicht ausgefüllt ist.“].

Die Begründungen in zwei Fällen deuten darauf hin, dass sich die Zeitaufwände für die Auswertung des neuen Prüfberichts mit zunehmender Übung den Aufwänden für die Auswertung des bisherigen Prüfberichts annähern könnten [Zitate: „Zumindest anfangs wird [der Zeitaufwand] höher sein.“; „Zumindest zu Beginn, bis man sich an das neue System gewöhnt hat.“]. Ansonsten lassen sich keine Hinweise darauf finden. In einem Fall wird explizit der Zeitaufwand für die Auswertung des neuen Prüfberichts sogar als drei Mal so hoch wie für die Auswertung des bisherigen Prüfberichts eingeschätzt [Zitat: „[...] Nach erster Schätzung wird der Arbeitsaufwand sich allerdings mindestens verdreifachen (60 Minuten anstatt 20 Minuten Bearbeitungszeit).“].

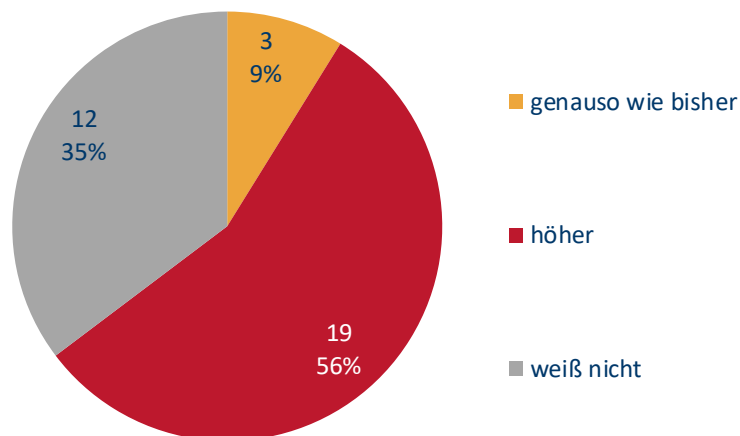
3.11.5.2 Zeitaufwand für Erstellen eines Maßnahmenbescheids

Die LVP wurden zudem gebeten, den zeitlichen Aufwand für die Erstellung des Maßnahmenbescheids auf Grundlage der neuen Bewertungssystematik bzw. des neuen Prüfberichts einzuschätzen. Hierbei sollte wieder ein Vergleich mit dem bisherigen Prüfbericht vorgenommen werden.

Die Angaben der LVP dazu sind in Abbildung 73 dargestellt. Auch hier geht die Mehrheit der Befragten von einem höheren zeitlichen Aufwand bei dem neuen gegenüber dem bisherigen Prüfbericht aus (n = 19, 55,95 %) – wenngleich die Mehrheit nicht ebenso deutlich ausfällt wie bei der Einschätzung des Zeitaufwandes für die Auswertung des Prüfberichts. Dafür fällt der Anteil der Befragten, die keine Einschätzung des zeitlichen Aufwandes für die Erstellung des Maßnahmenbescheids vornehmen können, doppelt so hoch aus (*weiß nicht*: n = 12, 35,3 %) wie bei der Frage nach dem Aufwand für die Auswertung (vgl.

Abbildung 72: n = 6, 17,6 %). Nur eine Minderheit ist der Ansicht, dass der zeitliche Aufwand in mit dem neuen Prüfbericht genauso wie bisher ausfällt (n = 3, 8,8 %).

Abbildung 73: Zeitlicher Aufwand zur Erstellung des Maßnahmenbescheids; Vergleich des neuen mit dem bisherigen Prüfbericht



Quelle: IGES, Landesverbände der Pflegekassen

Anmerkung: Prozentanteil an allen teilnehmenden LVP (insg. n = 34). Antworten auf die Frage „Bitte schätzen Sie ein, wie hoch der zeitliche Aufwand zur Erstellung des Maßnahmenbescheids auf Basis des neuen Prüfberichts durchschnittlich ausfallen wird. Stellen Sie dabei einen Vergleich zur Erstellung des Maßnahmenbescheids auf Basis des bisherigen Prüfberichts an“.

Soweit von den Befragten ein höherer zeitlicher Aufwand für die Erstellung des Maßnahmenbescheids auf Grundlage des neuen Prüfberichts angegeben wurde, war diese Angabe wieder zu begründen. Die Begründungen sind weitestgehend identisch mit den Begründungen zum erhöhten zeitlichen Aufwand bei der Auswertung des Prüfberichts (fehlende strukturierte Zusammenfassung, erforderliche vertiefte inhaltliche Analyse der Darstellungen der Prüfer, erschwerte Navigation/unübersichtliche Struktur) – ein weiterer Hinweis, dass der erhöhte zeitliche Aufwand v. a. in der Auswertung des Prüfberichts, weniger in der Erstellung des Maßnahmenbescheids gesehen wird. Ergänzend findet sich in einem Fall ein Hinweis, der so interpretiert werden könnte, dass der zeitliche Aufwand insbesondere zu Anfang erhöht sein wird, wenn eine standardisierte Zuordnung von Maßnahmen zu Defiziten erst noch entwickelt werden muss [Zitat: „Weil die Entwicklung des Musters noch Zeit in Anspruch nimmt und dieser ggf. mehr Inhalte haben wird, sodass die Bearbeitung damit länger dauern wird.“].

Die Angaben zum erhöhten zeitlichen Aufwand und dessen Begründung sind konsistent mit den Angaben zur erhöhten Schwierigkeit der Arbeit mit der neuen Bewertungssystematik bzw. dem neuen Prüfbericht im Rahmen des Verfahrens (vgl. Kapitel 3.11.3, Abbildung 67 bzw. Kapitel 3.11.4, Abbildung 69). Insgesamt werden von den LVP erhöhte Zeitaufwände für das

Verwaltungsverfahren erwartet, da die neue Bewertungssystematik eine aufwändigere inhaltliche Analyse von individuellen, bislang wenig standardisierten Darstellungen der Prüfer erfordere. Die Aufwände, die sich aus dem neuen Prüfverfahren ergeben, können voraussichtlich durch bestimmte redaktionelle Verbesserungen im Prüfbericht etwas reduziert werden; allerdings ergibt sich der erwartete Zusatzaufwand vorrangig aus der Individualität der freitextlichen Darstellungen der Prüfer. Je mehr Standardisierung hier zulässig ist und erzielt werden kann, desto leichter würde den LVP die Arbeit mit der neuen Bewertungssystematik bzw. dem neuen Prüfbericht fallen.

3.12 Eignung der Qualitätsdarstellung

Zur Einschätzung der Eignung der Qualitätsdarstellung wurden Telefoninterviews mit pflegebedürftigen Menschen geführt, die einen Pflegedienst in Anspruch nehmen, und mit Menschen, die sich vorstellen konnten, in Zukunft einen Pflegedienst zu nutzen (vgl. Kapitel 2.4). IGES sandte den Interviewteilnehmern beispielhafte Qualitätsdarstellungen für drei fiktive Pflegedienste zu (Pflegedienst A, B und C). Die Qualitätsdarstellungen entsprachen den Vorgaben in Anhang 6 des Abschlussberichts über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens (Büscher *et al.*, 2018). Das Dokument für Pflegedienst A enthielt exemplarisch sämtliche Seiten der Qualitätsdarstellung, d. h. neben einer Übersicht der Bewertung durch die Qualitätsprüfer auch Informationen über den Pflegedienst (ebenda, Anhang 6, S. 3-4) und Erläuterungen zur Bewertung durch die Qualitätsprüfer (ebenda, S. 5-11). Die Dokumente für die Pflegedienste B und C umfassten jeweils lediglich die Übersicht der Bewertung durch die Qualitätsprüfer.

Die Qualitätsdarstellung für Pflegedienst A enthielt bessere Bewertungen bei Qualitätsaspekten, die typischen Unterstützungsbedarfen bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen entsprechen (2.2 „Kognition“, 2.4 „Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen“, 2.8 „Alltagsleben und soziale Kontakte“). Hingegen umfasste die Qualitätsdarstellung für Pflegedienst B bessere Bewertungen bei Qualitätsaspekten, die typischen Unterstützungsbedarfen bei Personen mit Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität entsprechen (2.1 „Mobilität“). Darüber hinaus war Pflegedienst A über alle dargestellten Qualitätsaspekte hinweg betrachtet etwas besser als Pflegedienst B (Pflegedienst B zeigte „erhebliche Qualitätsdefizite“ bei zwei Qualitätsaspekten; Pflegedienst A lediglich bei einem). Pflegedienst C zeigte dagegen die insgesamt schlechteste Qualitätsbewertung („erhebliche Qualitätsdefizite“ bei vier Qualitätsaspekten) und war bei keinem der dargestellten Qualitätsaspekte besser als Pflegedienst A oder B. Die verwendeten Seiten mit der „Übersicht der Bewertung durch die Qualitätsprüfer“ sind in Anhang A7 gezeigt.

3.12.1 Charakteristika der Interviewteilnehmer

Insgesamt konnten telefonische Interviews mit $n = 50$ Personen geführt werden. Zwanzig der Telefonate wurden mit einer pflege- bzw. hilfsbedürftigen Person

geführt (n = 20; 40,0 %); etwas mehr als die Hälfte der Telefonate wurden mit einer anderen Person geführt (n = 30; 60,0 %), davon in den meisten Fällen mit einer verwandten Person (n = 17) oder dem (Ehe-) Partner (n = 9) einer pflege- bzw. hilfsbedürftigen Person. In vier Fällen wurde das Gespräch mit einer sonstigen Person geführt (z. B. sonstige Betreuungs-/Pflegeperson, Freund, Bekannter oder Nachbar einer pflege-/hilfsbedürftigen Person).

Das Alter der pflege-/hilfsbedürftigen Person beträgt im Mittel 78 Jahre (M = 77,7; SD = 12,2; Min = 31; Max = 96; n = 44). Die weiteren Personen (i. d. R. Angehörige) sind im Mittel 62 Jahre alt, d. h. ca. 15 Jahre jünger als die pflege-/hilfsbedürftigen Personen (M = 62,0; SD = 16,7; Min = 35; Max = 91; n = 29).

In der Mehrheit der Fälle liegt bei den pflege-/hilfsbedürftigen Personen ein Pflegegrad (PG) vor (n = 41; 82,0 %). Nur in sieben Fällen wird dies verneint (n = 7; 14,0 %). In zwei Fällen kann der Interviewteilnehmer dazu keine Angabe machen (n = 2; 4,0 %). In den meisten Fällen nutzt die pflege- bzw. hilfsbedürftige Person bereits einen Pflegedienst (n = 35; 70,0 %).

Tabelle 75 zeigt die Verteilung der PG für die pflege-/hilfsbedürftigen Personen aus den Nutzerinterviews. Die Verteilung wird sowohl für die gesamte Stichprobe als auch ausschließlich für solche pflege-/hilfsbedürftigen Personen gezeigt, die bereits einen Pflegedienst nutzen. Wie daraus ersichtlich, unterscheiden sich die Verteilungen in der Gesamtstichprobe und der Gruppe der Personen mit Pflegedienst kaum voneinander. Beim Vergleich der Verteilung mit der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt, 2018) fällt jedoch auf, dass in der Stichprobe übermäßig viele Personen mit PG 3, dafür weniger Personen mit PG 2 vertreten sind, d. h. es gibt eine Tendenz zur Beteiligung eher höherer PG.

Tabelle 75: Verteilung der Pflegegrade der pflege-/hilfsbedürftigen Personen

	Total			Personen mit PD			Pflege- statistik
	n	%	% ^g	N	%	% ^g	
PG 1	4	8,0 %	10,5 %	2	5,7 %	6,5 %	4,5 %
PG 2	9	18,0 %	23,7 %	9	25,7 %	29,0 %	47,7 %
PG 3	18	36,0 %	47,4 %	15	42,9 %	48,4 %	29,5 %
PG 4	4	8,0 %	10,5 %	3	8,6 %	9,7 %	13,2 %
PG 5	3	6,0 %	7,9 %	2	5,7 %	6,5 %	5,0 %
ohne Angabe	3	10,0 %	-	4	11,4 %	-	-
ohne PG	7	14,0 %	-	0	-	-	-
Gesamt	50	100 %	100 %	35	100 %	100 %	100 %

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern; Statistisches Bundesamt, 2018

Anmerkung: Pflegegrad (PG), Anzahl (n), Spaltenprozent (%), gültige Spaltenprozent für Personen mit PG (%^B). „Total“ berücksichtigt sämtliche pflege-/hilfsbedürftigen Personen aus den Interviews; „Personen mit PD“ entspricht nur solchen, die bereits einen PD nutzen. Angaben aus Pflegestatistik beziehen sich auf „Pflegebedürftige zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste versorgt“.

In den Interviews wurden die befragten Personen gebeten, anzugeben, in welchen Bereichen bei der pflege- bzw. hilfsbedürftigen Person ein Hilfebedarf besteht. Die Abfrage der Bereiche des Hilfebedarfs folgt im Wesentlichen den fünf bzw. sechs Modulen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs gem. § 14 SGB XI Abs. 2, allerdings wurde der Bereich der Selbstversorgung in zwei Kategorien abgefragt („Essen und Trinken“; „Körperpflege“) und der Bereich der hauswirtschaftlichen Unterstützung zusätzlich erhoben.

Tabelle 76 zeigt wie häufig ein Unterstützungsbedarf der pflege-/hilfsbedürftigen Person in den verschiedenen Bereiche angegeben wird. In der Mehrheit der Fälle und damit am häufigsten wird ein Hilfebedarf im Bereich der Körperpflege, bei medizinischen oder therapeutischen Erforderlichkeiten und bei der Haushaltsführung angegeben. Immerhin in der Hälfte der Fälle besteht ein Hilfebedarf bei der Gestaltung des Alltagslebens und der Förderung sozialer Kontakte. In den übrigen Bereichen besteht in nur ein Viertel bis maximal ein Drittel der Fälle ein Hilfebedarf.

Tabelle 76: Hilfebedarfe der pflege- bzw. hilfsbedürftigen Personen

	Gesamt		Personen mit Pflegedienst	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (% ^{PD})
Hilfebedarfe: Hilfe beim Essen und Trinken, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung	13	26,0 %	9	25,7 %
Hilfebedarfe: Hilfe bei der Körperpflege wie Waschen, Duschen, Baden, Rasieren, Mund- und Zahnpflege, Kämmen	34	68,0 %	26	74,3 %
Hilfebedarfe: Hilfe beim Toilettengang	15	30,0 %	10	28,6 %
Hilfebedarfe: Hilfe bei der Fortbewegung, Sitzen, Gehen, Stehen, Lagerung, Bewegungsübungen	21	42,0 %	17	48,6 %
Hilfebedarfe: Aktivierung und Förderung geistiger und kommunikativer Fähigkeiten (z. B. Gedächtnistraining, Biographiearbeit, Einbindung in Gespräche)	17	34,0 %	10	28,6 %
Hilfebedarfe: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und Förderung sozialer Kontakte (z. B. Spaziergang, Begleitung zu Veranstaltungen, zu Bekannten/Verwandten, zum Arzt, zu Behörden)	27	54,0 %	17	48,6 %
Hilfebedarfe: Unterstützung bei medizinischen oder therapeutischen Erfordernissen (ärztliche Verordnungen)	37	74,0 %	28	80,0 %
Hilfebedarfe: Unterstützung bei der Haushaltsführung (z. B. Wohnung reinigen, Betten machen, Wäsche waschen, Einkaufen, Kochen)	32	64,0 %	22	62,9 %

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Prozent (%) für Gesamt beziehen sich auf insgesamt n = 50. Prozent für Personen mit Pflegedienst (%^{PD}) beziehen sich auf n = 35.

Wie bereits erwähnt, nutzt die pflege-/hilfsbedürftige Person in der Mehrheit der Fälle bereits einen Pflegedienst (*ja*: n = 35; 70,0 %; *nein*: n = 15; 30,0 %). In den meisten dieser Fälle wird der Pflegedienst bereits mehr als ein Jahr genutzt (n = 22; 62,9 %); in ein Viertel der Fälle drei Monate bis ein Jahr (n = 8; 22,9 %) und in nur einem Fall weniger als drei Monate (n = 1; 2,9 %); in vier Fällen können die Interviewteilnehmer dazu keine Angabe machen (n = 4; 11,4 %).

Die Interviewteilnehmer wurden gebeten für Personen, die bereits Pflegedienste nutzen, anzugeben, in welchen Bereichen die Pflegedienste Unterstützung leisten. Dazu wurde dieselbe Liste wie für die Angabe des Hilfebedarfs verwendet. Tabelle 77 zeigt die Häufigkeit der Angaben für die verschiedenen Bereiche.

Tabelle 77: Bereiche mit Unterstützung durch Pflegedienste

	Anzahl	%
Hilfebedarfe: Hilfe beim Essen und Trinken, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung	6	17,1 %
Hilfebedarfe: Hilfe bei der Körperpflege wie Waschen, Duschen, Baden, Rasieren, Mund- und Zahnpflege, Kämmen	21	60,0 %
Hilfebedarfe: Hilfe beim Toilettengang	8	22,9 %
Hilfebedarfe: Hilfe bei der Fortbewegung, Sitzen, Gehen, Stehen, Lagerung, Bewegungsübungen	12	34,3 %
Hilfebedarfe: Aktivierung und Förderung geistiger und kommunikativer Fähigkeiten (z. B. Gedächtnistraining, Biographiearbeit, Einbindung in Gespräche)	5	14,3 %
Hilfebedarfe: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und Förderung sozialer Kontakte (z. B. Spaziergang, Begleitung zu Veranstaltungen, zu Bekannten/Verwandten, zum Arzt, zu Behörden)	8	22,9 %
Hilfebedarfe: Unterstützung bei medizinischen oder therapeutischen Erforderlichkeiten (ärztliche Verordnungen)	22	62,9 %
Hilfebedarfe: Unterstützung bei der Haushaltsführung (z. B. Wohnung reinigen, Betten machen, Wäsche waschen, Einkaufen, Kochen)	10	28,6 %

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Prozent (%) beziehen sich auf insgesamt n = 35 Fälle, in denen bereits ein Pflegedienst genutzt wird.

In der Mehrheit der Fälle und damit am häufigsten wird angegeben, dass der Pflegedienst Unterstützung im Bereich medizinischer und therapeutischer Erforderlichkeiten und im Bereich der Körperpflege leistet. Alle weiteren Bereiche werden in nur weniger als ein Viertel bis maximal ein Drittel der Fälle genannt (Anteile beziehen sich auf n = 35 mit Nutzung von Pflegediensten). Die Bereiche, in denen die Pflegedienste unterstützen, reflektieren so die mehrheitlich angegebenen Hilfebedarfe für die pflege-/hilfsbedürftigen Personen (vgl. Tabelle 76). Lediglich im Bereich der Haushaltsführung findet sich ein deutlich geringerer Anteil mit Unterstützung durch einen Pflegedienst als mit Hilfebedarf. Aber auch insgesamt betrachtet, liegen in den Bereichen die Anteile mit Hilfebedarf höher als mit Unterstützung durch einen Pflegedienst. Hier ist davon auszugehen, dass ein gewisser Anteil des Hilfebedarfes durch andere Personen im Umfeld der pflege- bzw. hilfsbedürftigen Personen übernommen wird.

Die Interviewteilnehmer wurden gebeten einzuschätzen, wie gut sie sich mit dem Thema „Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung“ auskennen. Diese Einschätzung bezog sich explizit nur auf den Interviewteilnehmer, nicht auf die pflege- bzw. hilfsbedürftige Person (soweit das Interview mit einer weiteren Person

geführt wurde). Dadurch wird kontrolliert, inwiefern an den Interviews Personen mit einem gewissen Kenntnisstand teilgenommen haben. Tabelle 78 (linker Teil „Total“) zeigt die Angaben der Interviewteilnehmer zu ihrem selbsteingeschätzten Kenntnisstand. Die Angaben verteilen sich in etwa gleichmäßig von eher gering bis gut ausgeprägt; es gibt eine leichte Tendenz, dass vermehrt Personen mit einer selbsteingeschätzten „guten“ Kenntnis an den Interviews teilgenommen haben (40 %).

Zusätzlich zum Kenntnisstand interessierte auch, ob sich die Interviewteilnehmer bereits mit den sog. Pflegenoten, als derzeit gültiges System zur Veröffentlichung der Qualitätsdarstellungen, auseinandergesetzt haben. Hier gab mit ein Viertel der Befragten allerdings nur eine Minderheit an, sich damit bereits auseinandergesetzt zu haben (n = 13; 26,0 %); die meisten Interviewteilnehmer verneinten dies (n = 24; 48,0 %); dazu findet sich ein relativ hoher Anteil der Befragten, die diese Frage nicht beantworten können (n = 13; 26 %). Da diese Befragten nicht in der Lage waren, auf die Frage zu antworten, wird angenommen, dass auch hiervon die meisten sich mit den Pflegenoten noch nicht auseinandergesetzt haben – ansonsten wäre davon auszugehen, dass sie sich daran erinnerten. Insgesamt betrachtet wurden die Telefoninterviews so nicht übermäßig mit Personen geführt, die sich besonders gut im Bereich der Qualitätsprüfung und Qualitätsdarstellung in der Pflege auskennen.

Tabelle 78 zeigt auch den Anteil derer, die sich mit den Pflegenoten bereits auseinandergesetzt haben, in Abhängigkeit des selbsteinschätzten Kenntnisstandes zur Pflegeversicherung (rechter Teil „Erfahrung mit Pflegenoten“). Zwar ist der Anteil derer, die sich bereits die Pflegenoten angeschaut haben, unter denen erhöht, die angeben sich mit dem Thema Pflegeversicherung gut auszukennen (45 % gegenüber 26 % insgesamt), dennoch hat auch in dieser Gruppe die Mehrheit sich noch nicht mit den Pflegenoten auseinandergesetzt; auch wird von der Gruppe mit geringem Kenntnisstand häufiger angegeben, sich die Pflegenoten angeschaut zu haben (20 %), als von Personen mit mittelmäßigem Kenntnisstand (8 %). Es ergibt sich so kein klarer Zusammenhang zwischen selbsteingeschätztem Kenntnisstand zur Pflegeversicherung und der Auseinandersetzung mit Pflegenoten.

Tabelle 78: Selbsteingeschätzter Kenntnisstand zur Pflegeversicherung

	Total		Erfahrung mit Pflegenoten	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (% ^P)
eher wenig	15	30,0 %	3	20,0 %
mittelmäßig	13	26,0 %	1	7,7 %
gut	20	40,0 %	9	45,0 %
keine Angabe	2	4,0 %	0	-
Gesamt	50	100 %	13	26,0 %

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Links Anteil in Spaltenprozent (%). Rechts Anteil mit Erfahrung mit Pflegenoten (%^P), entspricht Anteil an Personen mit entsprechendem Kenntnisstand, die sich bereits die Pflegenoten angeschaut haben.

3.12.2 Teilnahme am Hauptteil des Interviews

Nach Abschluss der Erhebung personenbezogener Angaben, begann der Hauptteil des Interviews. In diesem sollte erfasst werden, inwiefern die Qualitätsdarstellung von Nutzern verstanden und sinnvoll für Vergleiche zwischen und die Auswahl von Pflegediensten genutzt werden kann.

Zur Fortführung des Interviews war es erforderlich, dass dem Interviewteilnehmer die Unterlagen mit den beispielhaften Qualitätsdarstellungen vorlagen, die IGES im Vorfeld auf dem Postweg zugesandt hatte.

Bei den meisten Teilnehmern lagen die Unterlagen beim Telefontermin vor (n = 49); nur bei einer Person lagen die Unterlagen nicht vor. Da diese Person Unmut äußerte und im Kontakt schwierig war, wurde das Telefoninterview bereits nach dem allgemeinen Teil zu den Personenangaben abgebrochen und auf eine erneute Übersendung der Unterlagen wurde verzichtet.

Die meisten Interviewteilnehmer hatten sich die Unterlagen vor dem Telefonat bereits angesehen (n = 46). In der Folge werden ausschließlich Fälle berücksichtigt, bei denen die Unterlagen zum Zeitpunkt des Telefonats vorlagen (n = 49).

3.12.3 Gesamteinschätzung und Weiterempfehlung

Die Interviewteilnehmer wurden gebeten anzugeben, für wie hilfreich sie die Qualitätsdarstellung insgesamt erachteten. Dazu wurde eine Schulnotenskala von 1 (*sehr gut*) bis 6 (*ungenügend*) genutzt. Tabelle 79 zeigt die Angaben der Interviewteilnehmer auf der Schulnotenskala. Die Mehrheit der Befragten findet die Qualitätsdarstellung hilfreich, da sie eine Schulnote zwischen *sehr gut* und *gut* vergeben (n = 31; 75,6 %; rechte Spalte *Gültiger Anteil* in Tabelle 79). Ein Viertel der Befragten bewertet mit Note *befriedigend* oder schlechter (n = 10; 24,4 %).

Dabei kommt eine Bewertung mit einer schlechteren Note als *ausreichend* nur sehr selten vor (n = 1; 2,4 %).

Diese Darstellung bezieht sich ausschließlich auf Interviewteilnehmer mit gültigen Angaben (rechte Spalte *Gültiger Anteil* in Tabelle 79). Es gibt allerdings einen nennenswerten Anteil der Befragten, der keine Angaben dazu machen kann, wie hilfreich die Qualitätsdarstellung einzuschätzen ist (n = 8; 16,3 %; mittlere Spalte *Anteil* in Tabelle 79).

Tabelle 79: Gesamteinschätzung der Qualitätsdarstellung

	Anzahl (n)	Anteil (%)	Gültiger Anteil (% ^g)
sehr gut	6	12,2 %	14,6 %
gut	25	51,0 %	61,0 %
befriedigend	7	14,3 %	17,1 %
ausreichend	2	4,1 %	4,9 %
mangelhaft	0	-	-
ungenügend	1	2,0 %	2,4 %
keine Angabe	8	16,3 %	-
Gesamt	49	100 %	-

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Spaltenprozent. Anteil (%) bezieht sich auf insgesamt n = 49 Interviewteilnehmer. Gültiger Anteil (%^g) bezieht sich auf Personen mit gültigen Angaben dazu, als wie hilfreich sie die Qualitätsdarstellung auf einer Schulnotenskala von 1 (*sehr gut*) bis 6 (*ungenügend*) einschätzen.

Zudem wurden die Interviewteilnehmer gebeten anzugeben, ob sie Freunden oder Bekannten weiterempfehlen würden, sich die Qualitätsdarstellung anzusehen. Dazu wurde eine sechsstufige Ratingskala von 1 (*auf jeden Fall*) bis 6 (*gar nicht*) verwendet. Die Angaben der Interviewteilnehmer zur Weiterempfehlung sind in Tabelle 80 dargestellt. Die Mehrheit der Befragten würde Freunden oder Bekannten sehr wahrscheinlich empfehlen, sich die Qualitätsdarstellung anzuschauen (Angaben von 1 oder 2: n = 27; 77,1 %; rechte Spalte *Gültiger Anteil* in Tabelle 80). Etwa ein Viertel schätzen diese Wahrscheinlichkeit eher geringer ein (Angaben von 3 bis 6: n = 8; 22,9 %).

Betrachtet man darüber hinaus auch hier wieder den Anteil derer, die keine Angabe zu dieser Frage machen können, so betrifft dies ein Drittel der Interviewteilnehmer (n = 14; 28,6 %; mittlere Spalte *Anteil* in Tabelle 80). Da eine Weiterempfehlung durch Interviewteilnehmer, die keine Angabe hierzu machen können, eher unwahrscheinlich erscheint, können diese Personen auch zu der Gruppe gezählt werden, die die Qualitätsdarstellung eher nicht weiterempfehlen werden. Somit wäre bei 45 Prozent der Interviewteilnehmer damit zu rechnen,

dass sie die Qualitätsdarstellung eher nicht weiterempfehlen würden (mittlere Spalte *Anteil* in Tabelle 80, Angabe von 3 bis 6 oder *keine Angabe*: n = 22; 44,9 %).

Tabelle 80: Weiterempfehlung der Qualitätsdarstellung

	Anzahl (n)	Anteil (%)	Gültiger Anteil (%g)
1 (auf jeden Fall)	14	28,6 %	40,0
2	13	26,5 %	37,1
3	4	8,2 %	11,4
4	3	6,1 %	8,6
5	0	-	-
6 (gar nicht)	1	2,0 %	2,9
keine Angabe	14	28,6 %	-
Gesamt	49	100 %	-

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Spaltenprozent. Anteil (%) bezieht sich auf insgesamt n = 49 Interviewteilnehmer. Gültiger Anteil (%^g) bezieht sich auf Personen mit gültigen Angaben dazu, ob sie die Qualitätsdarstellung weiterempfehlen würden, auf einer Skala von 1 (*auf jeden Fall*) bis 6 (*gar nicht*).

Die Interviewteilnehmer wurden zudem gefragt, ob sie weitere Anmerkungen zu der Qualitätsdarstellung hätten. Aus den Anmerkungen von ca. der Hälfte der Interviewteilnehmer ergeben sich keine Verbesserungsvorschläge für die Qualitätsdarstellung (n = 26) [Beispielhafte Zitate: „*keine weiteren Anmerkungen*“; „*Nein. Alles OK.*“; „*Es ist alles sehr übersichtlich und verständlich dargestellt.*“].

Dagegen führt in etwa die andere Hälfte der Interviewteilnehmer Kritikpunkte bzw. Verbesserungsvorschläge für die Qualitätsdarstellung an (n = 23). Von den meisten dieser Interviewteilnehmer werden Vorschläge zur Verbesserung der Nachvollziehbarkeit bzw. Übersichtlichkeit der Qualitätsdarstellung gemacht, die teilweise auch methodische Aspekte und nicht nur Fragen der Darstellung tangieren (n = 10) [beispielhafte Zitate: „*[...] Eine Darstellung anhand von sechs statt vier Bewertungsstufen wäre vermutlich besser, um auch Abstufungen dazwischen besser zu erfassen. [...] Evtl. wäre eine individualisierte, reduzierte Darstellung sinnvoll; dann muss man nicht den gesamten Fragebogen lesen.*“; „*Ich finde es schade, dass selbst die höchste Bewertung, vier volle Kästchen, noch immer geringe Defizite ausweist. Ich würde es gut finden, wenn die vollen Kästchen sozusagen 100 Prozent entsprechen würden.*“; „*Es ist immer stark von der Stichprobe von Patienten und dem Zeitintervall abhängig; ich würde mich daher nie auf die Bewertung verlassen.*“; „*[...] Ein Verbesserungsvorschlag wäre, dass die Qualitätsaspekte in Schwerpunkte unterteilt werden. [...]*“; „*Es wäre mir lieber, wenn man fünf Kästchen hat, da man daran besser erkennen kann, ob die Qualität gut ist [...]*“; „*Es wäre sinnvoller und übersichtlicher, wenn man die Übersichten auf*

ein Blatt drucken würde, damit man direkt vergleichen kann und nicht immer umblättern muss.“].

Ebenfalls häufig wird angemerkt, dass man sich noch mehr Informationen wünsche bzw. bestimmte Aspekte zusätzlich erhoben und dargestellt werden müssten (n = 8) [beispielhafte Zitate: *„Die Qualitätsaspekte könnten noch etwas mehr ausgeführt werden z. B. Was fällt alles unter Körperpflege?“; „[...] Menschlichkeit müsste definitiv geprüft werden und die Auswahl des Pflegepersonals ist zu undeutlich und sollte aufgenommen werden.“; „Es ist wichtig zu wissen, ob die examinierten Pflegekräfte ein hohes Fachwissen haben. Wie ist die Qualifikation? Wird sie regelmäßig geprüft? Dies ist wichtig für die Qualität der Pflegedienste.“; „[...] Ich wünsche mir auch eine genaue Definition von ‚Bewegungseinschränkung‘ und ‚Kommunikation‘.“; „[...] Die Bezeichnung ‚Moderate Qualitätsdefizite‘ finde ich ein bisschen ungenau. Es wäre hilfreich, wenn man Beispiele dafür hinzufügte.“].*

Relativ häufig wird noch angemerkt, dass die Darstellung zu kompliziert sei, insbesondere für pflegebedürftige Personen mit entsprechenden Einschränkungen (n = 6) [beispielhafte Zitate: *„Das ist viel zu kompliziert. Habe ich alles nicht verstanden. Zu viele Kästchen, zu viele Informationen, zu viele Blätter, zu unübersichtlich strukturiert.“; „Dokument enthält für den Normalverbraucher wahrscheinlich schon zu viel Information [...]“; „Jemand, der durch Demenz o. Ä. eingeschränkt ist, wird eventuell Probleme mit der Übersicht haben.“; „Ich habe wenig Ahnung von Pflege, deshalb konnte ich mit den Qualitätsaspekten nicht so viel anfangen.“].*

Genauso häufig wird angegeben, dass die Qualitätsdarstellung irrelevant sei, da die Auswahl von Pflegediensten oftmals nach anderen Kriterien zu erfolgen habe (n = 6) [beispielhafte Zitate: *„Es ist ein beschränktes Angebot auf dem Land, wir haben nicht die gleichen Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Pflegediensten vor Ort wie in der Stadt, daher ist die Bewertung der Pflegedienste eher zweitrangig.“; „Es ist die Frage mit dem Personalnotstand, man weiß nie, ob die sich noch halten können, ob sie dann nicht irgendwelchen Kunden absagen müssen. Es kann passieren, dass die dann irgendwann ausfallen und wir uns dann was Neues suchen müssen.“; „[...] kann man sich [zwar] wie bei einem Reiseanbieter informieren. Allerdings muss man derzeit den Pflegedienst nehmen, der Zeit hat.“].*

3.12.4 Les- und Nachvollziehbarkeit

Um sicherzustellen, dass die Interviewteilnehmer anhand der zugesandten Qualitätsdarstellungen sinnvoll Vergleiche zwischen Pflegediensten vornehmen konnten, wurde zunächst überprüft, ob der Text der Qualitätsdarstellungen gut zu lesen war (dies wurde exemplarisch anhand des Dokuments für Pflegedienst A nachvollzogen; daraus wurde die Übersichtstabelle mit den Bewertungen für alle Qualitätsaspekte genutzt). Die Interviewteilnehmer bestätigten in aller Regel, dass der Text der Übersichtstabelle gut zu lesen war (n = 47; 95,9 %). Danach wurde

erhoben, ob die Übersichtstabelle als übersichtlich und nachvollziehbar empfunden wurde, was ebenfalls von den meisten Interviewteilnehmern bestätigt wurde (*Ja*: n = 43; 87,8 %; *Nein*: n = 4; 8,2 %; *Weiß nicht/keine Antwort*: n = 2; 4,1 %). Die n = 4 Personen, die die Darstellung nicht nachvollziehbar fanden, gaben an, dass sie es grundsätzlich schwierig fanden, zu verstehen, was dargestellt ist.

Bei insgesamt zwei Personen konnten auf die beiden Fragen zur Les- und Nachvollziehbarkeit aufgrund der Verfassung der Interviewteilnehmer keine Antworten erzielt werden. Eine dieser Personen brach das Interview bald nach Beginn des Hauptteils ab. Diese Person bleibt bei den weiteren Auswertungen unberücksichtigt (es verbleiben n = 48 Personen für weitere Auswertungen).

Genauso wie für den Text der Übersichtstabelle wurde auch nach der Les- und Nachvollziehbarkeit des Textes der „Informationen über den Pflegedienst“ gefragt. Eine gute Lesbarkeit wurde auch hier von der Mehrheit der Interviewteilnehmer bestätigt (n = 45; 93,8 % von insg. n = 48). Die meisten Teilnehmer hielten die Darstellung der „Information über den Pflegedienst“ zudem für übersichtlich und nachvollziehbar (*Ja*: n = 39; 81,3 %; *Nein*: n = 4; 8,3 %; *keine Angabe*: n = 5; 10,4 %). Von den insgesamt n = 4 Personen, die die Darstellung für nicht nachvollziehbar hielten, gaben wieder drei Personen an, dass sie nicht verstanden, was dargestellt war und eine Person gab an, dass zu viel Informationen dargestellt wären.

3.12.5 Verständlichkeit der Qualitätsdarstellung

Die Verständlichkeit der Qualitätsdarstellung wurde untersucht, indem die Interviewteilnehmer zur Verständlichkeit der Namen der Qualitätsaspekte, der Erläuterungen, der Bewertungskategorien und des „X“ für nicht-geprüfte Qualitätsaspekte befragt wurden.

3.12.5.1 Verständlichkeit der Namen der Qualitätsaspekte

Zur Erfassung der Verständlichkeit der Qualitätsdarstellung aus Nutzersicht wurden die Interviewteilnehmer zunächst gefragt, ob sie sich unter jedem der dargestellten Qualitätsaspekte allgemein etwas vorstellen konnten. Die Antworten der Interviewteilnehmer auf diese Frage finden sich in Tabelle 81. Demnach gibt die Mehrheit der Befragten an, sich unter allen Qualitätsaspekten etwas vorstellen zu können (n = 31; 64,6 %). Fast ein Viertel der Befragten geben aber an, sich darunter nur teilweise etwas vorstellen zu können (n = 3; 22,9 %); zusammen mit den Personen, die dies generell verneinen (n = 3; 6,3 %), sind es immerhin fast ein Drittel der Befragten, die sich nicht unter jedem Qualitätsaspekt etwas vorstellen können (29,2 %).

Auch hier gibt es wieder einige Personen, die auf die Frage keine Antwort geben konnten (n = 3; 6,3 %). Bei diesen Personen war es nicht möglich eine Antwort zu erhalten, da sie die Frage nicht verstanden oder „danebenredeten“. Dieses Antwortverhalten kann ebenfalls so interpretiert werden, dass ihnen die

inhaltliche Bedeutung der Qualitätsaspekte nicht hinreichend klar war. Diese Personen können so ebenfalls zu den Personen gezählt werden, die Schwierigkeiten bei dem Verständnis der Qualitätsaspekte hatten (n = 17; 34,4 %).

Tabelle 81: Verständlichkeit der Qualitätsaspekte

	Anzahl (n)	Anteil (%)	Gültiger Anteil (% ^g)
Ja	31	64,6 %	68,9
Teilweise	11	22,9 %	24,4
Nein	3	6,3 %	6,7
keine Angabe	3	6,3 %	-
Gesamt	48	100 %	-

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Spaltenprozent. Anteil (%) bezieht sich auf insgesamt n = 48 Interviewteilnehmer. Gültiger Anteil (%^g) bezieht sich auf Personen mit gültigen Angaben dazu, ob sie die Qualitätsaspekte nachvollziehbar fanden.

Die Interviewteilnehmer, die angaben, sich nicht unter jedem Qualitätsaspekt etwas vorstellen zu können (n = 14, 29,2 %), wurden auch gebeten, anzugeben, bei welchen Qualitätsaspekten diese Schwierigkeit auftrat. Tabelle 82 zeigt die Häufigkeiten der Angabe der verschiedenen Qualitätsaspekte. Am häufigsten wird angegeben, dass die Verständnisschwierigkeiten bei den Qualitätsaspekten 1.1 „Aufnahmemanagement“ (entspricht 1. in Tabelle 82) und 1.2 „Risiken und Gefahren“ (entspricht 2. in Tabelle 82) aufgetreten seien; gefolgt von der Angabe der Qualitätsaspekte 1.3 „Destabilisierung der Versorgungssituation“ (entspricht 3. Tabelle 82) und 2.10 „Selbstpflegekompetenz (entspricht 13 in Tabelle 82). Bei den übrigen Qualitätsaspekten findet sich diese Angabe in nur weniger als ein Drittel der Fälle.

Für einige dieser Qualitätsaspekte gibt es auch in den Befragungen der Prüfer und Pflegedienste bereits Hinweise auf Schwierigkeiten bzgl. der Nachvollziehbarkeit, insbesondere in Bereich 1 (vgl. Abbildung 26 und Abbildung 55). Allerdings wird aufgrund der sehr geringen Fallzahlen (Tabelle 82) von einer Interpretation des Befundmusters in der Befragung der Nutzer abgesehen.

Tabelle 82: Angabe von Verständnisschwierigkeiten nach Qualitätsaspekt

Qualitätsaspekt gem. Qualitätsdarstellung	Anzahl (n)	Anteil (%)
1. Aufnahmemanagement	6	42,9 %
2. Erfassung und Reaktion auf Risiken und Gefahren	6	42,9 %
3. Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer kritischen Pflegesituation	5	35,7 %
4. Unterstützung im Bereich der Mobilität	3	21,4 %
5. Unterstützung bei Beeinträchtigung geistiger Fähigkeiten	2	14,3 %
6. Unterstützung im Bereich der Kommunikation	3	21,4 %
7. Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen	2	14,3 %
8. Unterstützung bei der Körperpflege	2	14,3 %
9. Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	2	14,3 %
10. Unterstützung bei der Ausscheidung	2	14,3 %
11. Unterstützung bei der Gestaltung des Arbeitslebens und Förderung sozialer Kontakte	2	14,3 %
12. Anleitung und Beratung von Angehörigen zur Verbesserung der Pflegekompetenz	4	28,6 %
13. Anleitung und Beratung der pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz	5	35,7 %
14. Schmerzmanagement	4	28,6 %
15. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Medikamente	4	28,6 %
16. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Wundversorgung	3	21,4 %

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Anteil (%) bezieht sich auf insgesamt n = 14 Interviewteilnehmer, die angeben sich nicht unter jedem Qualitätsaspekt etwas vorstellen zu können.

3.12.5.2 Verständlichkeit der Erläuterungen

Das Dokument für den Pflegedienst A enthielt neben der Übersichtstabelle mit den Bewertungen aller Qualitätsaspekte auch die Kapitel „Information über den Pflegedienst“ und „Erläuterungen zur Bewertung der Qualitätsprüfer“. Diese boten den Interviewteilnehmern weitere Detailinformation zum allgemeinen Vorgehen bei den Prüfungen und der Bewertung sowie zu den einzelnen Qualitätsaspekten. Die Angaben der Interviewteilnehmer zu der Frage, ob sie die Erläuterungen zu den einzelnen Qualitätsaspekten gelesen hatten, finden sich in Tabelle 83.

Die meisten Teilnehmer geben an, sich vorher die Erläuterungen zu den Qualitätsaspekten – zumindest teilweise – durchgelesen zu haben (n = 39; 81,3 %);

nur wenige Personen verneinen dies ($n = 6$; 12,5 %). Darüber hinaus können drei Personen keine Angabe zu dieser Frage machen ($n = 3$; 6,3 %).

Die meisten Interviewteilnehmer, die die Erläuterungen zu den Qualitätsaspekten gelesen haben, geben an, dass diese ihnen weitergeholfen haben, die Qualitätsaspekte besser zu verstehen (*Ja*: $n = 31$; 83,3 % von insg. $n = 32$; *Teilweise*: $n = 5$; 13,5 %); nur wenige Interviewteilnehmer verneinen dies (*Nein*: $n = 1$; 2,7 %).

Tabelle 83: Auseinandersetzung mit Erläuterungen zu Qualitätsaspekten

	Anzahl (n)	Anteil (%)	Gültiger Anteil (%g)
Ja	32	66,7 %	71,1 %
Teilweise	7	14,6 %	13,3 %
Nein	6	12,5 %	13,3 %
keine Angabe	3	6,3 %	-
Gesamt	48	100 %	-

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Spaltenprozent. Anteil (%) bezieht sich auf insgesamt $n = 48$ Interviewteilnehmer. Gültiger Anteil (%^g) bezieht sich auf Personen mit gültigen Angaben dazu, ob sie die Erläuterungen zu den Qualitätsaspekten gelesen haben.

3.12.5.3 Verständlichkeit der Bewertungskategorien

Als erste objektive Überprüfung, dass die Qualitätsdarstellung auch auf performativer Ebene adäquat genutzt werden kann, wurde – in Ergänzung zu rein subjektiven Parametern der Verständlichkeit bzw. Nachvollziehbarkeit (vgl. Kapitel 3.12.3, 3.12.4 und 3.12.5) – erfasst, ob die Interviewteilnehmer die Darstellung der Bewertungsskala korrekt verstanden hatten (■ ■ ■ ■: *Keine oder geringe Qualitätsdefizite*; ■ ■ ■ □: *Moderate Qualitätsdefizite*; ■ ■ □ □: *Erhebliche Qualitätsdefizite*; ■ □ □ □: *Schwerwiegende Qualitätsdefizite*). Dafür wurde wieder die Qualitätsdarstellung für Pflegedienst A herangezogen. Die Interviewteilnehmer wurden gebeten, alle Qualitätsaspekte zu benennen, die in der Qualitätsdarstellung die beste Bewertung (■ ■ ■ ■) zeigten. Tabelle 84 zeigt die Häufigkeiten der Angabe der verschiedenen Qualitätsaspekte; korrekte Antworten sind entsprechend gekennzeichnet. Wie aus Tabelle 84 ersichtlich, werden die Qualitätsaspekte mit der besten Bewertung von der großen Mehrheit der Befragten korrekt benannt (mind. 79,2 % von insg. $n = 48$). Falsche Antworten werden in maximal vier Prozent der Fälle gegeben (max. $n = 2$; 4,2 %).

Über alle Qualitätsaspekte betrachtet, geben 69 Prozent der Interviewteilnehmer sämtliche korrekten Antworten (alle sieben Qualitätsaspekte mit bester Bewertung werden genannt: $n = 33$; 68,8 %); $n = 6$ Personen (12,5 %) geben keine einzige korrekte Antwort; dazwischen liegen Personen, die zwischen drei und sechs korrekte Qualitätsaspekte nennen ($n = 9$; 18,8 %). Andersherum betrachtet, geben

nur zwei Person falsche Antworten ($n = 2$; 4,2 %), wobei in einem Fall ein Qualitätsaspekt und im anderen Fall vier Qualitätsaspekte genannt werden, die nicht die beste Bewertung (■■■■) zeigen; zugleich geben diese Personen jeweils vier korrekte Antworten (vier Qualitätsaspekte mit bester Bewertung).

Tabelle 84: Häufigkeit, mit der ein Qualitätsaspekt als am besten bewertet bezeichnet wurde (Bezug: Pflegedienst A)

Qualitätsaspekt gem. Qualitätsdarstellung	Anzahl (n)	Anteil (%)
1. Aufnahmemanagement	2	4,2 %
2. Erfassung und Reaktion auf Risiken und Gefahren [korrekt]	39	81,3 %
3. Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer kritischen Pflegesituation [korrekt]	41	85,4 %
4. Unterstützung im Bereich der Mobilität	1	2,1 %
5. Unterstützung bei Beeinträchtigung geistiger Fähigkeiten [korrekt]	38	79,2 %
6. Unterstützung im Bereich der Kommunikation	1	2,1 %
7. Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen [korrekt]	38	79,2 %
8. Unterstützung bei der Körperpflege [korrekt]	41	85,4 %
9. Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme [korrekt]	39	81,3 %
10. Unterstützung bei der Ausscheidung	0	-
11. Unterstützung bei der Gestaltung des Arbeitslebens und Förderung sozialer Kontakte [korrekt]	40	83,3 %
12. Anleitung und Beratung von Angehörigen zur Verbesserung der Pflegekompetenz	0	-
13. Anleitung und Beratung der pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz	1	2,1 %
14. Schmerzmanagement	0	-
15. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Medikamente	0	-
16. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Wundversorgung	0	-

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Anteil (%) bezieht sich auf insgesamt $n = 48$ Interviewteilnehmer. Angabe, dass der entsprechende Qualitätsaspekt bei dem fiktiven Pflegedienst A am besten bewertet wurde. Korrekte Antworten sind gekennzeichnet [korrekt].

Insgesamt ist so bei mindestens 13 Prozent (12,5 %) der Interviewteilnehmer davon auszugehen, dass die Bewertungsskala der Qualitätsdarstellung nicht adäquat verstanden wurde, da kein einziger Qualitätsaspekt mit bester Bewertung

korrekt erkannt bzw. benannt wird. Fast 20 Prozent der Interviewteilnehmer (18,8 %) geben nicht alle korrekten Antworten, d. h. nennen nur einen Teil der Qualitätsaspekte mit bester Bewertung. Da sie aber in nur wenigen Fällen falsche Antworten geben (4,2 %), ist bei ihnen i. d. R. nicht davon auszugehen, dass die Bewertungsskala generell nicht verstanden wurde. Vielmehr ist anzunehmen, dass manche der relevanten Qualitätsaspekte übersehen oder die Aufgabe nicht im Sinne einer vollständigen Aufzählung aller Qualitätsaspekte mit bester Bewertung verstanden wurde.

3.12.5.4 Verständlichkeit des „X“ für nicht-geprüfte Qualitätsaspekte

In der Qualitätsdarstellung enthalten nur solche Qualitätsaspekte eine Bewertung auf der Bewertungsskala, die anhand der Stichprobe geprüft werden konnten. Nicht prüfbare Qualitätsaspekte werden in der Qualitätsdarstellung mit einem „X“ gekennzeichnet, welches auch in einer Legende unterhalb der Übersichtstabelle mit „konnte nicht geprüft werden“ erläutert wird. Für ein korrektes Verständnis der Qualitätsdarstellung ist so, neben der korrekten Dekodierung der Bewertungsskala, auch erforderlich die Kennzeichnung mit „X“ richtig zu verstehen. Um dies zu überprüfen, wurden die Interviewteilnehmer gebeten, anzugeben, was die Kennzeichnung mit „X“ bedeute.

Die Mehrheit gibt hier (zumindest formal) die korrekte Antwort, dass „X“ bedeute, dass der betroffene Qualitätsaspekt nicht geprüft werden konnte (Tabelle 85: n = 32; 66,7 % von insg. n = 48). Jeweils acht Personen geben entweder eine falsche Antwort oder können die Frage nicht beantworten (je n = 8; 16,7 %). Bei Personen, die die Frage nicht beantworten können, wurde während der Interviews zumeist der Eindruck gewonnen, dass die Frage inhaltlich nicht nachvollzogen werden konnte. Bei diesen Personen wird daher angenommen, dass sie auch die schriftliche Erläuterung zu „X“ nicht adäquat verstanden hatten. Insgesamt hätte dann ein Drittel (33,3 %) der Befragten die Kennzeichnung mit „X“ nicht korrekt verstanden.

Tabelle 85: Verständlichkeit der Kennzeichnung mit „X“

	Anzahl (n)	Anteil (%)	Gültiger Anteil (% ^g)
Korrekte Antwort	32	66,7 %	80,0 %
Falsche Antwort	8	16,7 %	20,0 %
keine Angabe	8	16,7 %	-
Gesamt	48	100 %	-

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Spaltenprozent. Anteil (%) bezieht sich auf insgesamt n = 48 Interviewteilnehmer. Gültiger Anteil (%^g) bezieht sich auf Personen mit gültigen Angaben dazu, was die Kennzeichnung mit „X“ bedeutet.

Darüber hinaus bedeutet allein die formal richtige Antwort („der Qualitätsaspekt konnte nicht geprüft werden“) noch nicht, dass dessen inhaltliche Bedeutung in Gänze nachvollzogen wurde. Um die richtige Antwort zu geben, konnten die Interviewteilnehmer diese auch einfach aus der Legende unterhalb der Übersichtstabelle ablesen, ohne sie inhaltlich nachzuvollziehen. Im weiteren Verlauf der Interviews stellte sich nämlich heraus, dass einige der Interviewteilnehmer zwar die formal richtige Antwort gegeben hatten, das „X“ aber so interpretierten, dass die entsprechende Leistung von dem dargestellten Pflegedienst nicht angeboten werde und daher nicht geprüft worden sei. Dies entspricht zwar zunächst der formal richtigen Antwort, aber einer falschen Interpretation des Grundes für die Kennzeichnung mit „X“. Es ist daher davon auszugehen, dass der Anteil derer, die die Qualitätsdarstellung nicht vollständig richtig verstanden hatten, noch höher als ein Drittel liegt.

3.12.6 Verständlichkeit der Methodik der Qualitätsbewertung

Die „Erläuterungen zur Bewertung der Qualitätsprüfer“ enthalten neben den detaillierteren Erläuterungen für die einzelnen Qualitätsaspekte auch eine allgemeine Information, wie die Bewertungen der Pflegedienste zustande kommen. Dadurch soll Nutzern die Möglichkeit gegeben werden, die Methodik der Qualitätsprüfungen nachzuvollziehen. Diese allgemeine Information war bei den Telefoninterviews ebenfalls im Dokument für Pflegedienst A enthalten.

Die Interviewteilnehmer wurden gefragt, ob sie sich aufgrund der gelieferten Information ausreichend über die Methodik der Qualitätsprüfungen informiert fühlten. Dies wurde von der Mehrheit der Befragten bejaht (*Ja*: $n = 33$; 68,8 %). Sechs Teilnehmer gaben an, dass sie sich nur teilweise informiert fühlten (*Teils-teils*: $n = 12,5$ %) und eine Person fühlte sich nicht ausreichend informiert (*Nein*: $n = 1$; 2,1 %). Hinzu kommen acht Personen, die auf diese Frage keine Antwort geben konnten ($n = 8$; 16,7 %).

Tabelle 86: Verständlichkeit der Methodik

	Anzahl (n)	Anteil (%)	Gültiger Anteil (% ^g)
Ja	33	68,8 %	82,5 %
Teils-teils	6	12,5 %	15,0 %
Nein	1	2,1 %	2,5 %
keine Angabe	8	16,7 %	-
Gesamt	48	100 %	-

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Spaltenprozent. Anteil (%) bezieht sich auf insgesamt $n = 48$ Interviewteilnehmer. Gültiger Anteil (%^g) bezieht sich auf Personen mit gültigen Angaben, ob sie sich über die Methodik der Qualitätsprüfungen ausreichend informiert fühlen (Wortlaut der Frage: „Fühlen Sie sich ausreichend darüber informiert, wie die Bewertung der Pflegedienste vorgenommen wird?“).

Interviewteilnehmer, die sich nicht ausreichend über die Methodik der Qualitätsprüfung informiert fühlten (Angabe von *Teils-teils* oder *Nein*), wurden auch gebeten, anzugeben, wozu genau sie sich mehr Information wünschten. Von den insgesamt sieben Personen, die sich nicht ausreichend informiert fühlten, geben zwei an, dass sie sich mehr Details zum genauen Ablauf der Prüfung wünschen [Zitate: „*Ich würde mir wünschen, nachvollziehen zu können, wie die Prüfung explizit vorgenommen wurde. Also detaillierter.*“; „*Wer genau wird befragt? Wie wird getestet bzw. bewertet? Zeitraum? Wie läuft das Verfahren ab? Also den Hintergrund genauer beschreiben vor allem ausführlicher.*“]. Zwei Personen üben generelle Kritik an der Methodik, ohne anzugeben, wozu sie sich mehr Informationen wünschen [Zitate: „*Die Bewertung legt den Fokus auf das Qualitätsmanagement statt auf den Menschen. Daher bitte den Fokus auf den Menschen legen.*“; „*Ich finde die Stichprobe zu klein und wünsche mir eine größere, damit man ein [...] Ergebnis erzielen kann.*“]. Eine Person äußert die Erwartung, dass eigentlich mehr Ergebnisse dargestellt werden müssten [Zitat: „*Ich kann die Prüfung nicht ganz nachvollziehen, da es mir einfach zu wenig Punkte sind, die geprüft werden. Ich wünsche mir mehr Information.*“]. Eine Person fehlt eine genaue Erklärung, warum manche Qualitätsaspekte nicht geprüft werden konnten; zudem sei der Unterschied zwischen „Unterstützung bei Beeinträchtigungen geistiger Fähigkeiten“ und „Unterstützung im Bereich der Kommunikation nicht klar [Zitat: „*warum manches nicht geprüft werden konnte, geht nicht eindeutig aus dem Dokument hervor. [...] Unterstützung bei ‚Beeinträchtigung geistiger Fähigkeiten‘ und ‚Unterstützung im Bereich der Kommunikation‘ sollten detaillierter ausgeführt werden – die beiden Punkte hören sich derzeit noch sehr ähnlich an.*“].

3.12.7 Eignung zur Auswahl eines Pflegedienstes

Um die Relevanz der Qualitätsdarstellung für die Entscheidungsfindung bei der Auswahl eines Pflegedienstes zu analysieren, wurden die Interviewteilnehmer gebeten, anzugeben, ob sie sich in ihrem konkreten Fall wünschen würden, dass der exemplarisch dargestellte Pflegedienst (A) die Pflege übernimmt; die Entscheidung war dann zu begründen. So die Interviewteilnehmer bei der Begründung Bezug auf die Bewertungsergebnisse in der Qualitätsdarstellung nehmen, wäre von einer Relevanz dieser für die Entscheidungsfindung auszugehen; soweit andere Gründe angeführt werden, die nichts mit der Qualitätsdarstellung zu tun haben, spielt diese bei der Entscheidungsfindung offenbar eine untergeordnete Rolle.

Die meisten Interviewteilnehmer geben an, dass sie sich in ihrem konkreten Fall die Übernahme der Pflege durch den exemplarisch dargestellten Pflegedienst (A) wünschen würden (n= 31; 64,6 %). Nur etwa 20 Prozent der Befragten geben an, dass sie sich dies nicht wünschen würden (n = 9; 18,8 %). Hinzu kommen acht Personen, die zu der Frage keine Angabe machen können (n = 8, 16,7 %).

Die Aussagen, mit denen die Teilnehmer ihre Entscheidung (*Ja/Nein*) begründeten, sind in Tabelle 87 dargestellt. Demnach nehmen die meisten Interviewteilnehmer bei der Begründung ihrer Entscheidung Bezug auf die dargestellten Prüfergebnisse (bei *Ja*, d. h. Entscheidung für den Pflegedienst: 58 % bestätigen Aussage I. „Der Pflegedienst hat insgesamt eine gute Qualität“; 52 % bestätigen Aussage II. „Der Pflegedienst hat zu den Qualitätsaspekten, die mir wichtig sind, eine gute Qualität“; bei *Nein*, d. h. Entscheidung gegen den Pflegedienst: 56 % bestätigen Aussage II. „Der Pflegedienst hat zu den Qualitätsaspekten, die mir wichtig sind, keine gute Qualität.“).

Darüber hinaus findet sich auch relativ häufig die Angabe sonstiger Gründe, die insbesondere bei Begründungen gegen den Pflegedienst (*Nein* in Tabelle 87) ins Gewicht fallen. Bei diesen sonstigen Begründungen wird i. d. R. nicht auf die Prüfergebnisse in der vorliegenden Qualitätsdarstellung eingegangen [beispielhafte Zitate: „*Es kommt darauf an, wie das Aufnahmegespräch verläuft und wie die Pflegepersonen auftreten.*“; „*Ja, warum nicht?*“; „*Ich habe schon einen Pflegedienst mit dem ich mehr als zufrieden bin.*“; „*Ich möchte die Pflege so lange es geht selber übernehmen.*“]. In nur zwei Fällen entsprechen die sonstigen Gründe Aussagen, in denen die Entscheidung mit den dargestellten Prüfergebnissen begründet wird, ohne, dass die Angaben bereits den Aussagen I. bis III. in Tabelle 87 zuzuordnen wären. In einem dieser Fälle wird geschildert, dass man sich gegen den dargestellten Pflegedienst entscheiden würde, da wichtige Qualitätsaspekte dort nicht geprüft wurden [Zitat: „*Die mir wichtigsten Punkte 14, 15, 16 wurden nicht geprüft.*“]; in dem anderen Fall wird angegeben, dass man sich gegen den dargestellten Pflegedienst entscheiden würde, da man anzweifle, dass er das passende Leistungsangebot vorhalte [Zitat: „*Dieser Pflegedienst scheint für meine Mutter nicht das richtige Angebot zu haben.*“]. Diese Ausführungen verdeutlichen, dass auch fehlende Prüfergebnisse (mit „X“ gekennzeichnete, nicht bewertete Qualitätsaspekte) von den Nutzern bei der Entscheidung für oder gegen einen Pflegedienst genutzt wurden; dabei ist allerdings die Interpretation der fehlenden Prüfergebnisse nicht immer korrekt.

Tabelle 87: Begründung der Entscheidung für bzw. gegen den Pflegedienst

Würden Sie sich wünschen, dass dieser Pflegedienst die Pflege übernimmt?				
Begründung	Ja (n = 31)		Nein (n = 9)	
	n	Anteil	n	Anteil
I. insgesamt gute/schlechte Qualität	18	58,1 %	0	-
II. ist bei mir wichtigen Qualitätsaspekten gut/schlecht	16	51,6 %	5	55,6 %
III. Informationen zu PD sagen mir zu/nicht zu	1	3,2 %	0	-
IV. Prüfergebnis für mich nicht relevant	0	-	1	11,1 %
V. Sonstige Gründe	5	16,1 %	6	66,7 %

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Mehrfachnennung. Anzahl (n); Prozent (%) entspricht Anteil an n = 31 bzw. n = 9. Begründungen enthalten von Interviewteilnehmern hervorgebrachte Gründe, warum sie sich wünschen, dass der exemplarisch dargestellte Pflegedienst die Pflege übernimmt (Ja-Spalten) bzw. nicht übernimmt (Nein-Spalten).

Insgesamt betrachtet, wird von der Mehrheit der Interviewteilnehmer, die Entscheidung für (*Ja* in Tabelle 87) bzw. gegen den Pflegedienst (*Nein* in Tabelle 87) plausibel mit der Qualitätsdarstellung begründet (n = 32; 80,0 % von insg. n = 40 Personen mit gültigen Angaben). Von n = 8 Interviewteilnehmern (20,0 %) werden hingegen ausschließlich Gründe angeführt, die nichts mit der Qualitätsdarstellung zu tun haben. Bei dieser Gruppe ist so davon auszugehen, dass die Qualitätsdarstellung keine Relevanz bei der Entscheidung für oder gegen einen Pflegedienst hat. Hinzu kommen die acht Personen, die (nach Sichtung der Qualitätsdarstellung) nicht angeben konnten, ob sie sich für oder gegen den vorliegenden Pflegedienst (A) entscheiden würden. Insgesamt ist so davon auszugehen, dass bei einem Drittel der Interviewteilnehmer (n = 16; 33,3 %) die Qualitätsdarstellung ohne Bedeutung für die Auswahl eines Pflegedienstes wäre.

Unabhängig davon, ob die Interviewteilnehmer sich bei der Begründung zur Auswahl des Pflegedienstes (A) auf die Qualitätsdarstellung bezogen hatten oder nicht, wurden alle Teilnehmer gebeten, anzugeben, welche Qualitätsaspekte bei der Auswahl eines Pflegedienstes die wichtigsten für sie sind. Tabelle 88 zeigt die Angaben der Interviewteilnehmer zu den wichtigsten Qualitätsaspekten.

Die wichtigsten Qualitätsaspekte sind 2.5 „Körperpflege“ (entspricht 8. in Tabelle 88: von 45 % der Befragten als wichtigster Aspekt angegeben), 2.1 „Mobilität“ (entspricht 4. in Tabelle 88: 33 %) und 2.8 „Alltagsleben und soziale Kontakte“ (entspricht 11. in Tabelle 88: 31 %), die jeweils von ein Drittel der Befragten als die wichtigsten Qualitätsaspekte genannt werden. Die übrigen Qualitätsaspekte werden mit Anteilen zwischen 8 und 25 % genannt. Zehn Interviewteilnehmer können keine Angaben zu den für sie wichtigsten Qualitätsaspekten machen (n = 10, 20,8 %).

Soweit von den Interviewteilnehmern die für sie wichtigsten Qualitätsaspekte benannt werden konnten, wurde gefragt, warum diese bei der Auswahl eines Pflegedienstes so wichtig wären. Die Angaben der Interviewteilnehmer zu den Gründen sind in Tabelle 89 dargestellt. Am häufigsten wird die Angabe der wichtigsten Qualitätsaspekte damit begründet, dass in diesem Bereich der Unterstützungsbedarf liege (45 %) bzw., dass sie für die Qualität insgesamt sprächen (42 %). Demnach sprechen aus Sicht der Interviewteilnehmer v. a. die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.5 „Körperpflege“ (entspricht 8. in Tabelle 88), 2.1 „Mobilität“ (entspricht 4. in Tabelle 88) und 2.8 „Alltagsleben und soziale Kontakte“ (entspricht 11. in Tabelle 88) für die Gesamtqualität der Pflegedienste.

Tabelle 88: Wichtigste Qualitätsaspekte bei Auswahl eines Pflegedienstes

Qualitätsaspekt gem. Qualitätsdarstellung	Anzahl (n)	Anteil (%)
1. Aufnahmemanagement	4	8,3 %
2. Erfassung und Reaktion auf Risiken und Gefahren	10	20,8 %
3. Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer kritischen Pflegesituation	10	20,8 %
4. Unterstützung im Bereich der Mobilität	16	33,3 %
5. Unterstützung bei Beeinträchtigung geistiger Fähigkeiten	10	20,8 %
6. Unterstützung im Bereich der Kommunikation	6	12,5 %
7. Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen	12	25,0 %
8. Unterstützung bei der Körperpflege	17	35,4 %
9. Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	11	22,9 %
10. Unterstützung bei der Ausscheidung	12	25,0 %
11. Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und Förderung sozialer Kontakte	15	31,3 %
12. Anleitung und Beratung von Angehörigen zur Verbesserung der Pflegekompetenz	8	16,7 %
13. Anleitung und Beratung der pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz	7	14,6 %
14. Schmerzmanagement	6	12,5 %
15. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Medikamente	10	20,8 %
16. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Wundversorgung	6	12,5 %
Weiß nicht/keine Antwort	10	20,8 %

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Anteil (%) bezieht sich auf insgesamt n = 48 Interviewteilnehmer. Angabe, dass der entsprechende Qualitätsaspekt bei der Auswahl eines Pflegedienstes am wichtigsten ist.

Tabelle 89: Begründung der wichtigsten Qualitätsaspekte

	Anzahl (n)	Anteil (%)
Weil die hilfsbedürftige Person Leistungen bezieht, die zu diesen Aspekten gehören.	9	23,7 %
Weil die hilfsbedürftige Person in diesen Bereichen Unterstützung benötigt.	17	44,7 %
Weil diese Aspekte für die Qualität insgesamt sprechen.	16	42,1 %
Weil der dargestellte Pflegedienst [Musterdienst A] hier besonders gut ist.	2	5,3 %

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Anteil (%) bezieht sich auf insgesamt n = 38 Interviewteilnehmer, die Angaben zu den wichtigsten Qualitätsaspekten machten.

3.12.8 Eignung zum Vergleich von Pflegediensten

Nachdem das Verständnis der Qualitätsdarstellung aus Nutzerperspektive zunächst nur im Hinblick auf die Darstellung für einen einzelnen Pflegedienst analysiert wurde, wurde in einem nächsten Schritt überprüft, ob mehrere Pflegedienste anhand ihrer Qualitätsdarstellungen von den Nutzern sinnvoll verglichen werden können. Dies entspricht einer komplexeren Anforderung, deren erfolgreiche Umsetzung das Verständnis der Qualitätsdarstellung auf Ebene einzelner Pflegedienste voraussetzt.

3.12.8.1 Auswahl eines von zwei Pflegediensten

Für den Vergleich wurden die Übersichtstabellen mit den Prüfergebnissen für die drei fiktiven Pflegedienste nebeneinander gelegt. Zunächst wurden die Interviewteilnehmer gebeten, anzugeben, welchen der beiden Pflegedienste A und B sie vorziehen würden, wenn sie sich zwischen beiden zu entscheiden hätten. Wie bereits eingangs erwähnt, unterschieden sich die beiden Pflegedienste vorrangig darin, dass Pflegedienst A bessere Bewertungen bei Qualitätsaspekten zeigte, die eher Hilfebedarfen von Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen entsprechen, während Pflegedienst B bessere Bewertungen bei Qualitätsaspekten zeigte, die eher Hilfebedarfen von Personen mit Beeinträchtigungen im Bereich der Mobilität entsprechen. Dabei zeigte, insgesamt betrachtet, Pflegedienst A aber etwas bessere Bewertungen als Pflegedienst B.

Die Angaben der Interviewteilnehmer zur Präferenz zwischen den beiden Pflegediensten (A und B) sind in Tabelle 90 dargestellt. Die meisten Interviewteilnehmer geben eine Präferenz für Pflegedienst A an (n = 22; 45,8 %); nur eine Minderheit entscheidet sich für Pflegedienst B (n = 5; 10,4 %); noch weniger Personen geben an, dass sie Pflegedienst A und B gleichermaßen präferieren (n = 3; 6,3 %). Fast 40 Prozent der Interviewteilnehmer können jedoch

keine Angabe zur Präferenz beim Vergleich der beiden Pflegedienste machen (n = 18; 37,5 %).

Tabelle 90: Angaben zur Präferenz zwischen zwei Pflegediensten (A und B)

Angabe zur Präferenz	Anzahl (n)	Anteil (%)	Gültiger Anteil (% ^g)
Pflegedienst A	22	45,8 %	73,3 %
Pflegedienst B	5	10,4 %	16,7 %
beide gleichermaßen	3	6,3 %	10,0 %
keine Angabe	18	37,5 %	-
Gesamt	48	100 %	-

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Spaltenprozent. Anteil (%) bezieht sich auf insgesamt n = 48 Interviewteilnehmer. Gültiger Anteil (%^g) bezieht sich auf Personen mit gültigen Angaben zur Präferenz zwischen zwei fiktiven Pflegediensten (A und B); dabei zeigte die Qualitätsdarstellung für A insgesamt etwas bessere Prüfergebnisse.

Die Begründungen der Interviewteilnehmer für ihre Präferenz zwischen den beiden Pflegediensten (A und B) sind in Tabelle 91 dargestellt.

Tabelle 91: Begründung der Präferenz zwischen zwei Pflegediensten (A und B)

	Pflegedienst A (n = 22)		Pflegedienst B (n = 5)	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
Der Pflegedienst hat bei den meisten Qualitätsaspekten eine gute Qualität.	10	45,5 %	1	20,0 %
Der Pflegedienst hat bei den Qualitätsaspekten, die mir wichtig sind, eine gute Qualität.	16	72,7 %	3	60,0 %
Der Pflegedienst hat zu bestimmten Qualitätsaspekten eine gute Qualität und diese Qualitätsaspekte sind für die Gesamtqualität entscheidend.	1	4,5 %	0	-
Den Pflegedienst hatte ich vorher schon ausgewählt.	4	18,2 %	0	-
Sonstige Gründe	3	13,6 %	1	20,0 %

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Mehrfachauswahl. Anteil (%) bezieht sich auf n = 22 bzw. n = 5 Interviewteilnehmer, die eine Präferenz für Pflegedienst A bzw. B angeben.

Die meisten Interviewteilnehmer mit einer Präferenz für Pflegedienst A begründen diese damit, dass er zu den Qualitätsaspekten eine gute Qualität zeige, die den Befragten wichtig sind (n = 16; 72,7 % der insg. n = 22). Davon geben tatsächlich

fast alle Interviewteilnehmer (n = 14) Qualitätsaspekte als für sie am wichtigsten an (vgl. Tabelle 88), bei denen Dienst A besser ist als Dienst B (betrifft folgende Qualitätsaspekte bzw. Punkte der Qualitätsdarstellung: 2.2 „Kognition“ bzw. Punkt 5; 2.4 „Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen“ bzw. Punkt 7; 2.6 „Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme“ bzw. Punkt 9; 2.8 „Alltagsleben und soziale Kontakte“ bzw. Punkt 11). Zur Begründung der Präferenz für Pflegedienst A folgt an zweiter Stelle die Angabe, dass er bei den meisten Qualitätsaspekten eine gute Qualität zeige (n = 12; 54,5 % der insg. n = 22). Zudem finden sich unter den drei Fällen mit sonstigen Gründen (n = 3; 13,6 %) zwei Fälle, die ihre Präferenz für Dienst A damit begründen, dass Pflegedienst B zu bestimmten Qualitätsaspekten nicht geprüft wurde, die dem Interviewteilnehmer aber wichtig seien. Darüber hinaus gibt ein Teilnehmer an, dass Pflegedienst A bei Qualitätsaspekten eine bessere Bewertung zeige, die für die Gesamtqualität entscheidend sind; dieser Teilnehmer nennt auch tatsächlich solche Qualitätsaspekte als für sich am wichtigsten (vgl. Tabelle 88) und aussagekräftigsten (vgl. Tabelle 89), bei denen Pflegedienst A besser abschneidet als Pflegedienst B. Alle diese Angaben entsprechen plausiblen Begründungen, die sich aus dem Vergleich der beiden vorliegenden Qualitätsdarstellungen (A und B) ableiten.

Lediglich in vier Fällen erfolgt die Angabe, dass man sich Pflegedienst A schon vorher ausgesucht habe und ihn daher präferiere (n = 4; 18,2 %); in einem Fall wird als sonstiger Grund angegeben, dass man sich zwar für A entschieden habe, eine Entscheidung aber eigentlich erst nach dem Gespräch mit der Pflegedienstleitung möglich sei. Diese Angaben beinhalten keinen Vergleich der beiden Qualitätsdarstellungen, d. h. die Darstellung der Prüfergebnisse ist bei der Begründung der Entscheidung irrelevant. Aufgrund von Mehrfachnennung ist es jedoch möglich, dass Personen mit solchen Angaben dennoch auch plausible Begründungen auf Grundlage der Qualitätsdarstellung machten. Zählt man die Anzahl der Personen, die ihre Präferenz für Pflegedienst A mit mindestens einem Argument begründen, das sich plausibel aus dem Vergleich der beiden Qualitätsdarstellungen ergibt, so berücksichtigen insgesamt n = 20 (90,9 % von insg. n = 22) Interviewteilnehmer die Prüfergebnisse bei ihrer Entscheidung für Pflegedienst A.

Auch die Wahl von Pflegedienst B wird am häufigsten mit der Aussage begründet, dass er bei Punkten eine gute Qualität zeige, die den Befragten besonders wichtig sind (n = 3; 60,0 % von insg. n = 5). Alle diese Personen geben tatsächlich Qualitätsaspekte als am wichtigsten an (vgl. Tabelle 88), bei denen Dienst B besser ist als Dienst A (betrifft folgende Qualitätsaspekte bzw. Punkte der Qualitätsdarstellung: 2.1 „Mobilität“ bzw. Punkt 4; 2.9 „Pflegekompetenz“ bzw. Punkt 12; 2.10 „Selbstpflegekompetenz“ bzw. Punkt 13). Eine Person gibt als sonstigen Grund an, dass sie B bevorzuge, da dort ein wichtiger Qualitätsaspekt geprüft wurde, der bei A nicht geprüft wurde (n = 1; 20,0 %). All diese Begründungen der Präferenz für B sind plausibel aus dem Vergleich der beiden Qualitätsdarstellungen abgeleitet.

Nur bei einer Person ist die Angabe zur Präferenz für Pflegedienst B nicht auf einen plausiblen Vergleich der beiden Qualitätsdarstellungen zurückzuführen, da fälschlicherweise angegeben wird, dass Dienst B bei den meisten Qualitätsaspekten eine gute Qualität zeige ($n = 1$; 20,0 % von insg. $n = 5$). Zählt man auch hier die die Anzahl der Personen, die ihre Präferenz für Pflegedienst B mit mindestens einem Argument begründen, das sich plausibel aus dem Vergleich der beiden Qualitätsdarstellungen ergibt, so berücksichtigen insgesamt $n = 4$ (80,9 % von insg. $n = 5$) Interviewteilnehmer die Prüfergebnisse bei ihrer Entscheidung für Pflegedienst B.

Insgesamt betrachtet, kann die Information zu den Pflegediensten von der Hälfte der Interviewteilnehmer konsistent genutzt werden, um sich zwischen zwei Pflegediensten zu entscheiden ($n = 24$; 50,0 % von insg. $n = 48$: Präferenz für A wird mit der besseren Qualität bei den meisten Qualitätsaspekten begründet oder mit Qualitätsaspekten begründet, bei denen A besser abschneidet und die von der Person als die wichtigsten bzw. aussagkräftigsten angegeben werden; Präferenz für B wird mit Qualitätsaspekten begründet, bei denen B besser abschneidet und die von der Person als die wichtigsten angegeben wurden). Von dem verbleibenden Anteil wird die Information in der Qualitätsdarstellung nicht bzw. nicht adäquat genutzt, da entweder keine Angabe zur Präferenz erfolgt ($n = 18$), keiner der beiden Pflegedienste bevorzugt wird ($n = 3$) oder die Präferenz nicht plausibel mit der Qualitätsdarstellung begründet wird (bei A: $n = 2$; bei B: $n = 1$). Insgesamt ist so davon auszugehen, dass bei der Hälfte der Interviewteilnehmer ($n = 24$; 50,0 %) die Qualitätsdarstellung ohne Bedeutung für die Entscheidung zwischen zwei Pflegediensten wäre.

3.12.8.2 Identifikation des „schlechtesten“ von drei Pflegediensten

Nach dem Vergleich zwischen zwei Pflegediensten (A und B) wurde ein dritter fiktiver Pflegedienst (C) hinzugenommen. Die Interviewteilnehmer wurden nun gebeten, anzugeben, welcher der drei Pflegedienst aus ihrer Sicht die schlechteste Qualität zeigte und wie sie diese Auswahl entsprechend begründeten. Dabei zeichnete sich Pflegedienst C, wie eingangs erwähnt, gegenüber den anderen beiden Pflegediensten (A und B) durch insgesamt schlechtere Qualitätsbewertungen aus. Zudem zeigte Pflegedienst C bei keinem einzigen Qualitätsaspekt eine bessere Bewertung als einer der anderen beiden Pflegedienste A und B. Somit war Pflegedienst C entsprechend der Qualitätsdarstellungen eindeutig als der Pflegedienst mit der schlechtesten Qualität zu bewerten.

Die Angaben der Interviewteilnehmer zum Pflegedienst mit der schlechtesten Qualität bei einem Vergleich der drei Pflegedienste (A, B, C) findet sich in Tabelle 92. Die meisten Interviewteilnehmer erkennen Pflegedienst C als denjenigen mit der insgesamt schlechtesten Qualität ($n = 31$; 64,6 %). Insgesamt neun Personen machen jedoch Angaben, die sich nicht mit den Prüfergebnissen der Qualitätsdarstellungen decken ($n = 9$; 18,8 %); dies entspricht einer Person, die

Pflegedienst A als denjenigen mit der schlechtesten Qualität nennt und acht Personen, die sonstige Antworten geben [beispielhafte Zitate: „A und B sind beide nicht so gut.“; „Alle Pflegedienste sind einigermaßen gleich gut.“; „B und C haben für die Person eine gleich schlechte Qualität.“]. Hinzu kommen acht weitere Personen, die keine Angabe zu dieser Frage machen (i. d. R., da sie die Frage nicht verstanden oder danebenredeten: n = 8; 16,7 %). Zählt man Personen ohne Angaben und Personen mit den Qualitätsdarstellungen widersprechenden Angaben, zusammen, so sind es insgesamt ein Drittel der Interviewteilnehmer (n = 17; 35,4 %), die die Qualitätsdarstellung für die Bestimmung des Pflegedienstes mit der schlechtesten Qualität nicht nutzen (können).

Tabelle 92: Angabe schlechteste Qualität beim Vergleich dreier Pflegedienste

	Anzahl (n)	Anteil (%)	Gültiger Anteil (% ^g)
Pflegedienst A	1	2,1 %	2,5 %
Pflegedienst B	0	-	-
Pflegedienst C	31	64,6 %	77,5 %
Sonstige Angaben	8	16,7 %	20,0 %
keine Angabe	8	16,7 %	-
Gesamt	48	100 %	-

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Spaltenprozent. Anteil (%) bezieht sich auf insgesamt n = 48 Interviewteilnehmer. Gültiger Anteil (%^g) bezieht sich auf Personen mit gültigen Angaben zum Pflegedienst mit der schlechtesten Qualität (drei fiktive Pflegedienste A, B und C); dabei zeigte die Qualitätsdarstellung für C die schlechteren Prüfergebnisse.

Tabelle 93 zeigt die Begründungen der Interviewteilnehmer zur Angabe von Pflegedienst C als Dienst mit der schlechtesten Bewertung. Von den meisten Personen wird diese Angabe damit begründet, dass Pflegedienst C in den wenigsten Qualitätsaspekten eine gute Qualität zeige (n = 23 von insg. 31; 74,2 %). Einige Personen begründen ihre Angabe damit, dass Pflegedienst C in den Qualitätsaspekten, die den Befragten wichtig sind, keine gute Qualität zeige (n = 13; 41,9 %) bzw., dass er zu bestimmten Qualitätsaspekten eine schlechte zeige, die für die Gesamtqualität entscheidend sind (n = 3; 9,7 %).

Tabelle 93: Begründung zur Angabe der schlechtesten Qualität

	Anzahl (n)	Anteil (%)
Der Pflegedienst hat bei den wenigsten Qualitätsaspekten eine gute Qualität.	23	74,2 %
Der Pflegedienst hat bei den Qualitätsaspekten, die mir wichtig sind, keine gute Qualität.	13	41,9 %
Der Pflegedienst hat zu bestimmten Qualitätsaspekten eine schlechte Qualität und diese Qualitätsaspekte sind für die Gesamtqualität entscheidend.	3	9,7 %

Quelle: IGES; Telefoninterviews mit Nutzern

Anmerkung: Mehrfachauswahl. Anteil (%) bezieht sich auf n = 31 Interviewteilnehmer, die angeben, dass Pflegedienst C die schlechteste Qualität zeige.

Tatsächlich zeigt Pflegedienst C lediglich bei den Qualitätsaspekten 2.6 „Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“ (Punkt 9 in der Qualitätsdarstellung) und 2.10 „Selbstpflegekompetenz“ (Punkt 13) eine schlechtere Qualität als A und B – bei den anderen Qualitätsaspekten zeigt er eine Qualität, die mindestens bei einem der anderen beiden Dienste (A oder B) genauso auftritt. Die Qualitätsaspekte mit einer schlechteren Bewertung bei C als bei A und B (2.6 bzw. 9.; 2.10 bzw. 13.) werden allerdings in nur n = 10 Fällen, in denen angegeben wird, dass Dienst C bei wichtigen Qualitätsaspekten schlechter sei, auch tatsächlich als wichtigste Qualitätsaspekte genannt (vgl. Tabelle 88 i. V. m. Tabelle 89). D. h. von den insgesamt n = 13 Personen (Tabelle 93), die angeben, dass Pflegedienst C die schlechteste Qualität zeige, da er bei wichtigen Qualitätsaspekten eine schlechtere Bewertung habe, liefern n = 3 keine Begründung, die sich mit der Qualitätsdarstellung bzw. dessen Beurteilung durch die Interviewteilnehmer deckt. Genauso liefern von den n = 3 Fällen, in denen angegeben wird, dass Dienst C bei aussagekräftigen Qualitätsaspekten schlechter abschneide, n = 2 Fälle keine mit der Qualitätsdarstellung bzw. dessen Beurteilung konsistente Begründung.

Zählt man sämtliche Personen zusammen, die mindestens eine plausible Begründung nennen, die sich sowohl mit der Qualitätsdarstellung als auch der Beurteilung des Interviewteilnehmers zu den wichtigsten bzw. aussagekräftigsten Qualitätsaspekten deckt, so sind dies insgesamt n = 27 Personen (56,3 % von insg. n = 48: Angabe von C als Pflegedienst mit der schlechtesten Qualität wird mit der schlechteren Qualität bei den meisten Qualitätsaspekten begründet oder mit Qualitätsaspekten begründet, bei denen C schlechter abschneidet als A und B – entspricht 2.6 bzw. 9. oder 2.10 bzw. 13. – und die von dem Interviewteilnehmer als die wichtigsten bzw. aussagekräftigsten Qualitätsaspekte angegeben werden). Insgesamt betrachtet, wird die Qualitätsdarstellung zu den Pflegediensten so von etwas mehr als der Hälfte der Interviewteilnehmer konsistent genutzt, um den Pflegedienst mit der schlechtesten Qualität unter insgesamt drei Pflegediensten zu identifizieren. Von dem verbleibenden Anteil (n = 21; 43,8 %) wird die Information

in der Qualitätsdarstellung nicht bzw. nicht adäquat genutzt, um den schlechtesten Pflegedienst zu identifizieren, da entweder keine Angabe zum Dienst mit der schlechtesten Qualität erfolgt (n = 8) oder die Angabe nicht plausibel mit den Qualitätsdarstellungen begründet wird (n = 13).

3.12.9 Wunsch nach weiteren Informationen über den Pflegedienst

Die Interviewteilnehmer hatten die Möglichkeit eigene Vorschläge zu machen, welche Informationen in der Qualitätsdarstellung für Pflegedienste noch enthalten sein sollten, in der zur Verfügung gestellten Darstellung aber fehlten. Von n = 9 Interviewteilnehmern wurde angegeben, dass sie sich noch weitere Informationen in der Qualitätsdarstellung wünschten (*Ja*: n = 9; 18,8 %; *Nein*: n = 35; 72,9 %; *keine Angabe*: n = 4; 8,3 %).

Die meisten Interviewteilnehmer wünschten sich weitere Informationen zu den angebotenen Leistungen der Pflegedienste (n = 4) [beispielhafte Zitate: „*Ich würde gerne wissen, wie viele Personen welche Leistungen erhalten. [...]*“; „*Was kann man sich explizit unter dem Nachtdienst vorstellen? Hier fehlt eine genaue Beschreibung. [...]*“], gefolgt von der Angabe, sich mehr Informationen über das Personal der Pflegedienste zu wünschen (n = 3) [beispielhafte Zitate: „*Auswahl des Personals und ob das Personal auf Toleranz, Geduld und Empathie geprüft wird [...]*“; „*Ich finde es wichtig zu erfahren, ob gewährleistet ist, dass immer der gleiche Pfleger zu der pflegebedürftigen Person kommt.*“]. In zwei Fällen werden Hinweise auf weitere Referenzen gewünscht (n = 2) [Zitate: „*Außendarstellung des Pflegedienstes, z. B. über Internetseite.*“; „*Wie oft wurde der Pflegedienst empfohlen?*“].

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Übergreifendes Ziel der Pilotierung des neuen Prüfinstruments und -verfahrens für die ambulante Pflege ist es, Empfehlungen für mögliche Weiterentwicklungen auszusprechen und dem Qualitätsausschuss Pflege zur Entscheidung vorzulegen. So hat der Qualitätsausschuss Pflege bereits vor Einführung des neuen Instruments und Verfahrens die Möglichkeit Verbesserungen vorzunehmen und ein möglichst reibungsloses Ausrollen in der Fläche zuwege zu bringen.

Die nachfolgenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen entwickelte IGES auf Basis der Auswertungen der Prüfungs-, Bewertungs- und Nutzerdaten aus der Pilotierung sowie klärender bzw. vertiefender Diskussionen in den Feedback-Veranstaltungen mit den Prüfern sowie Mitarbeitenden der Pflegedienste. Weiterhin wurden die Empfehlungen im Rahmen des Anpassungsworkshops mit den Entwicklern des neuen Instruments und Verfahrens, sechs Mitarbeitenden von Pflegediensten und sechs Prüfern diskutiert und die Ergebnisse der Diskussion in die Empfehlungen aufgenommen. Zusätzlich nahm die Geschäftsstelle des Qualitätsausschuss Pflege mit zwei Personen an dem Workshop teil.

Die Empfehlungen lassen sich zwölf Themen zuordnen. Zu jedem Thema werden nachfolgend zunächst die Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der Pilotierung zusammengefasst. Daran schließen sich die Empfehlungen an.

Mit Blick auf das künftige Verfahren der Qualitätsprüfung kann jede Empfehlung vom Qualitätsausschuss Pflege einzeln geprüft und bewertet werden, inwieweit sie bei einer eventuellen Verfahrensmodifikation berücksichtigt werden soll. Mehrere Empfehlungen, die insbesondere die methodisch-technische Gestaltung des Verfahrens betreffen, stehen jedoch in einem Zusammenhang bzw. lassen sich zu einem umfassenderen Vorschlag für ein modifiziertes Prüfungsverfahren zusammenfassen. In Anhang A1 wird ein solcher Vorschlag dargestellt, der mehrere Einzelempfehlungen – insbesondere die Empfehlungen 1, 3, 4 bis 7 sowie 26 – aufgreift. Durch die Form der Darstellung soll ein konkreteres Bild der von IGES empfohlenen Verfahrensmodifikationen vermittelt werden. Dieser Verfahrensvorschlag bezieht sich wohlgerneht nur auf einen Teil der Empfehlungen. Ferner lassen sich durch den Vorschlag die in der Pilotierung identifizierten Probleme nicht vollständig beheben, aber mit der Realisierung wäre aus unserer Sicht sowohl eine Verbesserung der Praktikabilität, als auch der methodischen Qualität des Verfahrens verbunden.

4.1 Reliabilität

Die Bewertung der Qualitätsaspekte in den Prüfbereichen 1 bis 3 erfolgt auf Basis einer Stichprobe von in die Prüfung einbezogenen Kunden des Pflegedienstes. Dieses Vorgehen basiert auf der Annahme, dass sich die bei einer Stichprobe festgestellte Qualität der Versorgung auf die Qualität des Pflegedienstes als Ganzes verallgemeinern lässt. Inwiefern diese Annahme zutrifft wurde durch die Untersuchung der Reliabilität des neuen Verfahrens überprüft (vgl. Kapitel 3.4).

Aus der Untersuchung der Reliabilität ergeben sich zwei wichtige Ergebnisse (vgl. Kapitel 3.4.2 und 3.4.3): (1) Ob ein Qualitätsaspekt überhaupt bewertet wird, hängt bei einem relativ hohen Anteil der Pflegedienste davon ab, welche Stichprobenzusammensetzung realisiert wird. (2) Die Gesamtbewertungen, die ein Pflegedienst auf Basis unterschiedlicher Stichproben erhält, weisen eine geringe Varianz auf (soweit eine Bewertung des jeweiligen Qualitätsaspektes möglich ist). Letzteres Ergebnis ist jedoch vornehmlich dadurch bedingt, dass die meisten Einzelbewertungen im Rahmen der Pilotierung „Keine Auffälligkeiten“ (A) sind (vgl. Kapitel 3.3.1.2).

Die Ergebnisse zur Verteilung der Bewertungskategorien (vgl. Kapitel 3.3.1) weisen in eine ähnliche Richtung: Die Wahrscheinlichkeit, überhaupt bei einem Pflegedienst geprüft zu werden, ist für relativ viele Qualitätsaspekte gering. Qualitätsaspekte, die geprüft werden, kommen häufig in nur wenigen personenbezogenen Prüfungen bei dem jeweiligen Pflegedienst vor.

Somit lässt das Prüfverfahren in Bezug auf die Replizierbarkeit von Prüfergebnissen (Wahrscheinlichkeit, dass dieselben Qualitätsaspekte geprüft werden), zu wünschen übrig. In Bezug auf die Unabhängigkeit der Gesamtbewertungen der einzelnen Qualitätsaspekte von der jeweils realisierten Stichprobe kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse (fast keine Unterschiede in der Ausprägung der Einzelbewertungen der Qualitätsaspekte) keine abschließende Aussage getroffen werden.

Nachfolgend werden drei Empfehlungen vorgestellt, die sich aus diesen Schlussfolgerungen ergeben.

4.1.1 Empfehlung 1

Es sollten Möglichkeiten in Erwägung gezogen werden, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass mehr Qualitätsaspekte je Pflegedienst geprüft werden und dass die geprüften Qualitätsaspekte in mehr personenbezogenen Prüfungen vorkommen. Dazu gehören z. B. das Erreichen des vorgesehenen Stichprobenumfangs, eine geschichtete Stichprobe oder eine Reduktion der Anzahl Qualitätsaspekte.

Die Ergebnisse zur Reliabilität (Kapitel 3.4) und zur Verteilung der Bewertungskategorien in den Prüfbereichen 1 bis 3 (Kapitel 3.3.1) weisen auf ein grundsätzliches Problem des neuen Prüfverfahrens hin: Die meisten zu prüfenden Qualitätsaspekte kommen bei einzelnen pflegebedürftigen Personen selten vor. Da aus praktischen Gründen nur eine begrenzte Anzahl von Personen in die Prüfungen einbezogen werden kann, ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Qualitätsaspekte überhaupt geprüft werden, niedrig. Und wenn sie geprüft werden, beruhen die Gesamtbewertungen häufig auf wenigen Einzelbewertungen.

Das neue Prüfverfahren versucht diesem Problem z. B. durch das Stichprobenverfahren zu begegnen. Das Stichprobenverfahren soll durch die Auswahl von

Personen mit Einschränkungen der Mobilität und/oder Kognition bzw. Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen dazu führen, dass Personen mit unterschiedlichen Versorgungskonstellationen in die Prüfungen einbezogen werden, sodass zu erwarten ist, dass ein breites Spektrum unterschiedlicher Qualitätsaspekte prüfungsrelevant ist. Bei vier Personen (zwei aus Gruppe a, zwei aus Gruppe b) wäre zu erwarten, dass Qualitätsaspekte prüfungsrelevant sind, die sich vornehmlich auf Leistungen bei Einschränkungen der Mobilität beziehen; Qualitätsaspekte, die sich vornehmlich auf Leistungen bei Einschränkungen der Kognition beziehen, wären ebenfalls bei vier Personen (zwei aus Gruppe a, zwei aus Gruppe c) zu erwarten. In der Pilotierung zeigt sich jedoch, dass durch dieses Vorgehen nicht die gewünschte „Verbreiterung“ des Spektrums geprüfter Qualitätsaspekte stattfand (vgl. Kapitel 3.3.1 und 3.4).

Die Seltenheit der Qualitätsaspekte ist z. T. darauf zurückzuführen, dass zu den „neueren“ Qualitätsaspekten (vgl. Kapitel 1.3.2) bisher kaum explizite Leistungen in den Vergütungsvereinbarungen vorgesehen sind. Somit konnten entsprechende Leistungen nicht vereinbart und die Qualitätsaspekte nicht geprüft werden. Unter der Annahme, dass relevante Leistungen zukünftig in den Vergütungsvereinbarungen enthalten sind und von pflegebedürftigen Personen nachgefragt werden, wäre zu erwarten, dass die betroffenen Qualitätsaspekte in Zukunft häufiger vorkommen.

Allerdings kommen auch die Qualitätsaspekte „Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“ sowie „Unterstützung bei der Ausscheidung“ selten vor: Ersterer wurde bei ca. 40 Prozent der Pflegedienste geprüft und ca. 60 Prozent der Gesamtbewertungen beruhen auf nur ein bis drei Einzelbewertungen; der Qualitätsaspekt „Ausscheidung“ wurde zwar bei ca. 80 Prozent der Pflegedienste geprüft, jedoch beruhen ca. 50 Prozent der Gesamtbewertungen auf nur ein bis drei Einzelbewertungen. Da diese Qualitätsaspekte durch „klassische“ Leistungen ausgelöst werden, die seit langem vereinbart werden können, lassen die Ergebnisse Zweifel aufkommen, inwiefern zukünftig einzelne Qualitätsaspekte häufiger bzw. insgesamt mehr Qualitätsaspekte geprüft werden können.

Das neue Prüfverfahren begegnet der Herausforderung aufgrund der Seltenheit von Qualitätsaspekten auch durch den Algorithmus zur Berechnung der Gesamtbewertungen: Qualitätsaspekte, für die nur eine Einzelbewertung vorliegt, können als schlechteste Gesamtbewertung „moderate Qualitätsdefizite“ erhalten. Eine schlechtere Gesamtbewertung ist nicht möglich. Für Qualitätsaspekte mit zwei Einzelbewertungen ist die schlechteste Gesamtbewertung „erhebliche Qualitätsdefizite“. Die Gesamtbewertung „schwerwiegende Qualitätsdefizite“ kann auf Basis von zwei Einzelbewertungen nicht vergeben werden. Somit werden Pflegedienste quasi vor schlechten Gesamtbewertungen auf Basis weniger Einzelbeobachtungen „geschützt“.²¹

²¹ Es sei angemerkt, dass bei Gesamtbewertungen, die auf nur drei bis fünf Einzelbewertungen beruhen, besondere Regeln gelten, sodass hier bei zwei oder mehr Personen festgestellte Defizite stärker ins Gewicht fallen als bei größeren Stichproben. Die Begründung für dieses

Inwieweit die eingesetzten Mittel ausreichen, die Herausforderung aufgrund der Seltenheit von Qualitätsaspekten zu adressieren, ist schwer zu entscheiden. Letztlich wird das Problem nicht behoben werden können, da es aus der grundsätzlich zu begrüßenden Entscheidung für den Versuch, stärker auf die Messung der Ergebnisqualität zu fokussieren (im Gegensatz zur Struktur- und Prozessqualität), entsteht. Die Messung von Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege unterliegt jedoch praktischen Einschränkungen, da für die Pflegedienste – anders als im stationären Bereich – kein Vollversorgungsauftrag besteht.

Nachfolgend werden drei Wege skizziert, die zu einer Verbesserung des Prüfverfahrens in Bezug auf die Reliabilität führen würden.

Erreichen des vorgesehenen Stichprobenumfangs

Eine Möglichkeit, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit mehr Qualitätsaspekte je Pflegedienst prüfen zu können, ist, sicherzustellen, dass der vorgesehene Stichprobenumfang von sechs bis neun Personen tatsächlich erreicht wird. Im Rahmen der Pilotierung wurden bei 12 von 40 Pflegediensten in Pilotierungsgruppe I (30 %, vgl. Kapitel 3.2.4.3) weniger als sechs Personen aus den Gruppen a, b oder c in die Stichprobe eingeschlossen. Durch die Ausweichregel hätte hier ein Auffüllen auf sechs Personen stattfinden sollen. Es ist zu vermuten, dass dies nicht geschah, weil die Ausweichregel nicht hinreichend bekannt war, weniger, weil tatsächlich keine weiteren Personen zur Verfügung standen. Damit wäre zu erwarten, dass noch Potenzial besteht mehr Personen in die Prüfungen einzubeziehen und damit möglicherweise mehr Qualitätsaspekte je Pflegedienst zu prüfen bzw. mehr personenbezogene Prüfungen je Qualitätsaspekte durchzuführen.

Die Anzahl der Personen, die in die Prüfungen einbezogen werden, könnte prinzipiell weiter erhöht werden, indem die Stichproben immer auf neun Personen aufgefüllt werden. Eine entsprechende Regel könnte in das Stichprobenverfahren aufgenommen werden. Eine Möglichkeit für die neue Regel wäre, dass die Stichprobe mit zufällig ausgewählten Personen, die SGB XI-Leistungen beziehen, aufgefüllt wird, wenn nach den bisherigen Regeln weniger als neun Personen eingeschlossen werden. Durch den Fokus auf Personen, die SGB XI-Leistungen beziehen, würde die Regel unterstützen, dass mehr unterschiedliche Qualitätsaspekte in Prüfbereich 2 geprüft werden bzw. ein gegebener Qualitätsaspekt in mehr personenbezogenen Prüfungen berücksichtigt wird. Im Rahmen der Pilotierung bezogen ca. 30 Prozent der Personen in den Stichproben ausschließlich SGB V-Leistungen, sodass Qualitätsaspekte in Prüfbereich 2 nicht relevant waren (vgl. Kapitel 3.6.3.4). Durch eine Verringerung dieses Anteils, könnten Qualitätsaspekte in Prüfbereich 2 mehr Berücksichtigung finden.

Die Durchführung von neun personenbezogenen Prüfungen sollte grundsätzlich praktikabel sein, insbesondere, wenn sich die Prüfungen über zwei Tage

Vorgehen legt der Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens dar (Büscher *et al.*, 2018, S. 89).

erstrecken, wie für das neue Prüfverfahren angedacht (Büscher *et al.*, 2018, S. 66). Im Rahmen der Pilotierung dauerten die Prüfungen in Pilotierungsgruppe I zwei Tage (Kapitel 3.6.8.1) und bei ca. der Hälfte der Pflegedienste wurden neun personenbezogene Prüfungen durchgeführt (bezogen auf Pilotierungsgruppe I, Kapitel 3.2.3.3).

An dieser Stelle sei vermerkt, dass die Frage, ob eine kleinere Stichprobe ausreichend sein könnte (vgl. Kapitel 1.4.2), verneint werden kann. Eine Verkleinerung der Stichprobe würde die Problematik der Seltenheit der Qualitätsaspekte verschärfen und wäre daher kontraproduktiv. Allerdings bilden Intensivpflegedienste hier eine Ausnahme, wie in Kapitel 3.2.4.5 erläutert und in Empfehlung 19 aufgegriffen.

Geschichtete Stichprobe

Ein weiteres Problem, dessen Adressierung die Reliabilität möglicherweise weiter verbessern würde, ist die Berechnung von Gesamtbewertungen basierend auf wenigen Einzelbewertungen. Hier könnte z. B. durch eine nach Qualitätsaspekten geschichtete Stichprobenauswahl oder eine gezielte Prüfung lediglich der häufigsten Qualitätsaspekte eine Verbesserung erreicht werden.

Für eine nach Qualitätsaspekten geschichtete Stichprobe würde zu Beginn der Prüfung eine Auswahl von Qualitätsaspekten festgelegt, die in der jeweiligen Prüfung geprüft werden. Dann würde eine Stichprobe gezogen, die für jeden der festgelegten Qualitätsaspekte eine Mindestanzahl von Personen enthält, bei denen der betreffende Qualitätsaspekt auch tatsächlich geprüft werden kann, weil entsprechende Leistungen des Pflegedienstes vereinbart sind. Damit würde sichergestellt, dass für die geprüften Qualitätsaspekte jeweils eine Mindestanzahl von Personen in die Prüfungen einbezogen wird.

Bei der Festlegung der Mindestzahl einbezogener Personen müsste berücksichtigt werden, dass es einerseits wünschenswert ist möglichst viele Personen je Qualitätsaspekt in die Prüfung einzubeziehen, andererseits die Stichprobe nicht zu groß werden darf, um den Aufwand der Prüfung angemessen zu halten. Ähnliche Überlegungen gelten für die Festlegung der Anzahl der Qualitätsaspekte, die je Prüfung ausgewählt werden. Einerseits ist es wünschenswert möglichst viele Qualitätsaspekte zu prüfen, andererseits erfordert jeder zusätzliche Qualitätsaspekt ggf. die Einbeziehung weiterer Personen in die Prüfung. Um für die Anzahl zu prüfender Qualitätsaspekte und die Mindestanzahl Personen realistische Werte festlegen zu können, wäre es notwendig zu ermitteln, wie häufig welche Qualitätsaspekte geprüft werden können. Hier können die Ergebnisse der Pilotierung erste Anhaltspunkte geben (vgl. Kapitel 3.3). Jedoch ist zu erwarten, dass die Häufigkeiten in Zukunft anders ausfallen werden: Zum einen wurden im Rahmen der Pilotierung zum Teil fragwürdige Entscheidungen bezüglich des Prüfungsumfanges getroffen (vgl. Kapitel 3.6.1); zum anderen werden überarbeitete Leistungsvereinbarungen in Zukunft ein anderes Leistungs- und damit möglicherweise auch Prüfspektrum erlauben.

Das Ziehen einer nach Qualitätsaspekten geschichteten Stichprobe setzt voraus, dass zu Beginn der Prüfung für alle versorgten Personen festgestellt werden kann, welche Qualitätsaspekte bei ihnen prüfungsrelevant sind. Dies könnte zum Beispiel über eine eindeutige Zuordnung zwischen abgerechneten Leistungen und Qualitätsaspekten erreicht werden. Ein solches Vorgehen hätte den zusätzlichen Vorteil, dass die im Zusammenhang mit der Ermittlung des Prüfungsumfanges in Prüfbereich 2 beschriebenen Herausforderungen (vgl. Kapitel 3.6.1.2 und 3.6.1.3), adressiert werden könnten. Die Pflegedienste müssten also eine Liste der versorgten Personen vorhalten, in der die bei den einzelnen Personen erbrachten Leistungen vermerkt sind. Nach Festlegung der zu prüfenden Qualitätsaspekte würden die Personen identifiziert, bei denen die festgelegten Qualitätsaspekte geprüft werden können. Um die Stichprobe möglichst klein zu halten, könnten zunächst Personen ausgewählt werden, bei denen möglichst viele der festgelegten Qualitätsaspekte prüfungsrelevant sind. Im weiteren Verlauf der Stichprobenziehung würden dann gezielt Personen gezogen, bei denen die noch nicht ausreichend besetzten Qualitätsaspekte prüfungsrelevant sind.

Prüfung der häufigsten Qualitätsaspekte

Eine zweite Option die Anzahl der Einzelbewertungen je Gesamtbewertung zu erhöhen wäre, die geprüften Qualitätsaspekte auf solche zu beschränken, die bei (fast) jeder versorgten Person prüfungsrelevant sind. Basierend auf den Ergebnissen der Pilotierung wären dies Qualitätsaspekt 2.5 „Körperpflege“ sowie 1.2 „Risiken und Gefahren“; ggf. noch 3.26 „Medikamente“ und 3.12 „Dekubitusbehandlung“/ 3.28 „Stomabehandlung“/ 3.31 „Verbände“ (letztere werden auf Einrichtungsebene zu 3b „Wundversorgung“ zusammengefasst). Wie oben angemerkt sind die Ergebnisse der Pilotierung in Bezug auf die Häufigkeit der geprüften Qualitätsaspekte als vorläufig zu betrachten. Daher sollte überprüft werden, welche Qualitätsaspekte in Zukunft bei (fast) jeder Person prüfungsrelevant sind. Dies kann sich auch mit der Zeit ändern, sodass evtl. weitere Qualitätsaspekte bei (fast) jeder Person vorkommen und dann in die Prüfungen aufgenommen werden könnten.

Der Vorschlag einer auf ein begrenztes Set von ausgewählten und ggf. jährlich wechselnden Qualitätsaspekten fokussierten Qualitätsprüfung würde eine methodische Verbesserung darstellen. Neben den Vorteilen aus methodischer Perspektive würde auch die resultierende Qualitätsdarstellung den gesetzlichen Kriterien („verständlich, übersichtlich und vergleichbar“, § 115 Abs. 1a Satz 1 SGB XI) insofern eher entsprechen, als für ein gegebenes Jahr für alle Pflegedienste – ggf. von Ausnahmen abgesehen – ein zwar im Umfang reduziertes, aber einheitliches Set von geprüften Qualitätsaspekten dargestellt werden könnte, so dass den Verbrauchern tatsächlich Vergleiche zwischen Pflegediensten ermöglicht würden (vgl. dazu auch Empfehlung 3). Über die im gegebenen Prüfungsjahr nicht berücksichtigten Qualitätsaspekte könnte man sich ggf. auf Basis der Prüfungsergebnisse eines Vorjahres informieren.

4.1.2 Empfehlung 2

Die Abhängigkeit der Gesamtbewertungen von der Stichprobe sollte nochmals überprüft werden, sofern die Verteilung der Bewertungskategorien nach Anwendung des neuen Prüfverfahrens in der Fläche ein breiteres Spektrum an Bewertungen aufzeigt als während der Pilotierung.

Die Ergebnisse zur Reliabilität des neuen Instruments und Verfahrens zeigen, dass die Gesamtbewertungen relativ unabhängig von der Stichprobe der berücksichtigten Personen sind (Kapitel 3.4.3). D. h., egal welche Stichprobe betrachtet wird, solange ein Qualitätsaspekt bewertet wird, ergibt sich meist dieselbe Gesamtbewertung. Dieses zunächst positive Ergebnis wird in seiner Aussagekraft dadurch eingeschränkt, dass die meisten Einzelbewertungen im Rahmen der Pilotierung die Ausprägung „A“ haben und somit auch die Gesamtbewertungen ganz überwiegend „keine oder geringe Qualitätsdefizite“ (■■■■) lauten. Anders ausgedrückt: Wenn bei allen Klienten eines Pflegedienstes die Einzelbewertungen „A“ lauten, kann es bei Betrachtung unterschiedlicher Stichproben aus der Gesamtheit der Klienten nicht zu Unterschieden in den Gesamtbewertungen kommen. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass die Dominanz von positiven Einzelbewertungen darauf zurückzuführen ist, dass sich überwiegend Pflegedienste mit besonders guter Qualität an der Pilotierung beteiligt haben, weshalb der hier interessierende Sachverhalt nicht angemessen untersucht werden konnte.

Vor diesem Hintergrund ist die Aussagekraft des Ergebnisses limitiert. Wenn nach Anwendung des neuen Prüfverfahrens in der Fläche mehr C- und D-Einzelbewertungen auftreten, könnte es zu größeren Abweichungen in den Gesamtbewertungen zwischen Stichproben kommen. Daher sollte die Verteilung der Bewertungen im Auge behalten werden und – nachdem ausreichend Erfahrung mit dem neuen Prüfverfahren gesammelt wurde – ggf. eine erneute Überprüfung der Reliabilität stattfinden.

4.1.3 Empfehlung 3

Wenn die Anzahl geprüfter Qualitätsaspekte und die Anzahl Einzelbewertungen je Qualitätsaspekt nicht durch die z. B. in Empfehlung 1 erwähnten Anpassungen erhöht wird, sollte die Qualitätsdarstellung angepasst werden, damit sie als Grundlage für den Vergleich von Pflegediensten nutzbar wird.

Die Qualitätsprüfung bei ambulanten Pflegediensten dient drei Zwecken: (1) der Unterstützung von Pflegediensten bei ihrer Qualitätsentwicklung, (2) der Sanktionierung von Pflegediensten bei schwerwiegenden Qualitätsdefiziten und (3) der Information der Öffentlichkeit über die Qualität von Pflegediensten. Ersterer Zweck soll durch die Beratung der Pflegedienste im Rahmen der Prüfung erfüllt werden. Der zweite Zweck soll durch die Maßnahmenbescheide der Landesverbände der Pflegekassen und die ggf. folgende Kündigung von Versorgungsverträgen erfüllt werden. Dem dritten Zweck dient die

Qualitätsdarstellung, durch die die Qualität von Pflegeeinrichtungen „für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar“ (§ 115 Abs. 1a SGB XI) veröffentlicht werden soll.

Aufgrund der Ergebnisse zur Reliabilität (vgl. Kapitel 3.4), die eine mangelnde Übereinstimmung der geprüften Qualitätsaspekte über unterschiedliche Stichproben aufzeigen und anhand derer nicht abschließend geklärt werden konnte, inwieweit auch eine mangelnde Übereinstimmung der Gesamtbewertungen zwischen Stichproben vorliegen könnte, ist kritisch zu hinterfragen, inwiefern der Anspruch einer Veröffentlichung „vergleichbarer“ Prüfungsergebnisse erfüllt werden kann. Auch die Ergebnisse zur Verteilung der Bewertungskategorien (vgl. Kapitel 3.3.1) unterstreichen diese Bedenken.

Angenommen die Häufigkeit der Prüfung von Qualitätsaspekten wird in Zukunft ähnlich sein wie im Rahmen der Pilotierung, so wird die Qualitätsdarstellung für einen Pflegedienst im Durchschnitt Gesamtbewertungen für neun der vorgesehenen sechzehn Qualitätsaspekte enthalten (vgl. Tabelle 38). Die übrigen Qualitätsaspekte werden als „konnten nicht geprüft werden“ ausgewiesen werden. Welche Qualitätsaspekte dabei mit einer Gesamtbewertung gezeigt werden, variiert je nach Zusammensetzung der Stichprobe. Beim Vergleich mehrerer Pflegedienste liegen wahrscheinlich nicht für dieselben Qualitätsaspekte Gesamtbewertungen vor, was einen direkten Vergleich der Pflegedienste erschwert: Wenn Pflegedienst A z. B. für den Qualitätsaspekt 2.1 „Unterstützung im Bereich der Mobilität“ die Gesamtbewertung ■■■■ erhält und bei Pflegedienst B keine Gesamtbewertung für diesen Qualitätsaspekt vorliegt, so kann eigentlich kein Vergleich der Qualität bei der „Unterstützung im Bereich der Mobilität“ erfolgen. Abbildung 74 zeigt einen Vergleich zweier Qualitätsdarstellungen, wie sie basierend auf den Ergebnissen der Pilotierung häufig vorkommen dürften.

Abbildung 74: Vergleich zweier beispielhafter Qualitätsdarstellungen

Qualitätsaspekt	PD A	PD B
	Bewertung	Bewertung
1. Aufnahmemanagement	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■
2. Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■
3. Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer kritischen Pflegesituation	X	X
4. Unterstützung im Bereich der Mobilität	■ ■ ■ ■ ■	X
5. Unterstützung bei Beeinträchtigungen geistiger Fähigkeiten	X	■ ■ ■ ■ ■
6. Unterstützung im Bereich der Kommunikation	X	X
7. Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen	X	X
8. Unterstützung bei der Körperpflege	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■
9. Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	■ ■ ■ ■ □	X
10. Unterstützung bei der Ausscheidung	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■
11. Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und Förderung sozialer Kontakte	X	■ ■ ■ ■ ■
12. Anleitung und Beratung von Angehörigen zur Verbesserung der Pflegekompetenz	X	X
13. Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz	X	X
14. Schmerzmanagement	X	■ ■ ■ ■ ■
15. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Medikamente	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■
16. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Wundversorgung	■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■

Quelle: IGES basierend auf Büscher *et al.*, 2018, Anhang 6

Die Ergebnisse aus Teilstudie 3 zeigen, dass einige Interviewteilnehmer einer fehlenden Gesamtbewertung für einen Qualitätsaspekt misstrauten oder das Fehlen als eine schlechte Bewertung interpretierten (vgl. Kapitel 3.12.5.4 und 3.12.7). Somit besteht die Gefahr, dass eine gute gegenüber einer fehlenden Gesamtbewertung zum Vorteil verhelfen kann bzw. es zu einer unfairen Benachteiligung eines Pflegedienstes aufgrund eines zufällig nicht geprüften Qualitätsaspekts kommt.

Ein negativer Effekt nicht-geprüfter Qualitätsaspekte könnte auch im Zusammenhang mit Vergleichsportalen auftreten. Es ist zu erwarten, dass Vergleichsportale, die pflegebedürftige Menschen bei der Suche nach einem Pflegedienst unterstützen wollen, zukünftig anbieten, Pflegedienste nach der Gesamtbewertung für bestimmte Qualitätsaspekte zu filtern. Würde ein Nutzer eines Vergleichsportals in obigem Beispiel nach Pflegediensten suchen, die für „Unterstützung im Bereich der Mobilität“ eine gute Bewertung erhielten, würde nur Pflegedienst A angezeigt. Somit könnte es auch hier zu einer unfairen Benachteiligung von Pflegedienst B aufgrund eines zufällig nicht geprüften Qualitätsaspekts kommen.

Wenn zwei Pflegedienste auf Ebene der einzelnen Qualitätsaspekte nicht sinnvoll verglichen werden können, besteht somit die Gefahr, dass sich die Nutzer der Qualitätsdarstellung aus den „Informationsflickenteppichen“ selbst einen Reim machen bzw. es zu schwer kontrollierbaren Fehldeutungen kommt. Um die Eignung der Qualitätsdarstellung für den Vergleich von Pflegediensten zu verbessern, könnten z. B. die nachfolgend beschriebenen Anpassungen umgesetzt werden.

Eine Option wäre, auf die Darstellung von Gesamtbewertungen für einzelne Qualitätsaspekte zu verzichten. Stattdessen könnte der Anteil Gesamtbewertungen je Kategorie eine zwischen Pflegediensten vergleichbare Auskunft über ihre Qualität geben. Allerdings ist diese Darstellung weiterhin relativ komplex. Eine weitere Vereinfachung könnte erzielt werden, indem der Anteil Qualitätsaspekte mit einer ■■■■-Gesamtbewertung an allen geprüften Qualitätsaspekten gezeigt würde. Je höher diese Zahl, umso besser der Pflegedienst. Um die notwendigerweise auftretenden Sprünge in den Anteilen weniger zu betonen, könnten Spannen definiert und z. B. in ein bis vier Sterne-Bewertungen übersetzt werden.

Eine zusammenfassende Darstellung der Qualität eines Pflegedienstes hat auch Nachteile. Z. B. ist zu hinterfragen, inwiefern die Qualitätsaspekte unterschiedlich gewichtet werden sollten. Auch würde bei der vorgeschlagenen Option mit den Sternen keine Differenzierung zwischen Qualitätsaspekten mit ■■■■-, ■■■□-, ■■■□- oder ■■■□- Bewertungen stattfinden. Die Zusammenfassung würde auch nicht alle Probleme beheben: So lägen z. B. weiterhin unterschiedliche Anzahlen von Gesamtbewertungen je Pflegedienst vor und zahlreiche der Gesamtbewertungen würden weiterhin auf wenigen Einzelbewertungen beruhen. Auch bestünde bei einer zusammenfassenden Darstellung der Bewertungen das Problem, dass Pflegedienste aufgrund von mehr oder weniger vergleichbaren Leistungen miteinander verglichen werden. Dennoch erscheint eine zusammenfassende Bewertung für den Zweck der verständlichen, übersichtlichen und vergleichbaren Veröffentlichung der Qualitätsprüfungsergebnisse angemessener als die Darstellung von einzelnen Gesamtbewertungen für zumindest teilweise disjunkte Qualitätsaspekte.

Eine andere Option wäre, die in der Qualitätsdarstellung enthaltenen Qualitätsaspekte auf solche zu beschränken, die bei (fast) allen Pflegediensten geprüft werden. Basierend auf den Ergebnissen aus der Pilotierung würde es sich hierbei um die Qualitätsaspekte 1.1 „Aufnahmemanagement“, 1.2 „Risiken und Gefahren“, 2.5 „Körperpflege“, 2.7 „Ausscheidung“, 3a „Medikamente“ und 3b „Verbände“ handeln, wenn man „bei (fast) allen“ als bei 80 Prozent oder mehr der Pflegedienste definieren würde (vgl. Abbildung 14). Die Auswahl müsste regelmäßig überprüft werden und ggf. je Bundesland getroffen werden, da sich die laut den Vergütungsvereinbarungen möglichen und die von den Kunden nachgefragten Leistungen ändern bzw. unterscheiden können.

Auch diese Option wäre mit Nachteilen behaftet, zuvorderst, dass zumindest derzeit nur wenige Qualitätsaspekte und voraussichtlich eher die „klassischen“ dargestellt würden. Auch das Problem der geringen Anzahl der Einzelbewertungen, die den Gesamtbewertungen zugrunde liegen, wäre nicht adressiert. Dennoch gilt auch hier, dass die Darstellung der häufigsten Qualitätsaspekte u. E. der Darstellung aller Qualitätsaspekte, wie im Abschlussbericht über die Entwicklung des Prüfverfahrens vorgesehen (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 6), vorzuziehen wäre.

Streng genommen ist auch für die ersten beiden oben beschriebenen Zwecke der Qualitätsprüfungen (Qualitätsentwicklung und Sanktionierung) zu fordern, dass das Prüfverfahren reliable Ergebnisse liefert. Nur wenn die Prüfergebnisse die Qualität des Pflegedienstes als Organisation – unabhängig von der konkreten Stichprobe – widerspiegeln, kann von einer fairen Behandlung der Pflegedienste gesprochen werden und damit eine hohe Akzeptanz der Qualitätsprüfungen erreicht werden. Allerdings sind die negativen Konsequenzen aufgrund der mangelnden Reliabilität in diesen Kontexten weniger gravierend. Zwar können die Pflegedienste nicht systematisch und umfassend beraten werden, aber auch eine Beratung zu den zufälligerweise geprüften Qualitätsaspekten, deren häufig wenige Einzelbewertungen nicht verallgemeinerbar sind, kann bei der Qualitätsentwicklung förderlich sein. In Bezug auf die Sanktionen durch die Landesverbände der Pflegekassen kann argumentiert werden, dass Defizite geahndet werden sollten, auch wenn sie bei zufällig geprüften Qualitätsaspekten auftraten und auf wenigen Einzelbewertungen beruhen.

Somit ist im Hinblick auf die Qualitätsentwicklung und Sanktionierung die Reliabilität der Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen zwar wünschenswert, aber nicht unabdingbar. Im Gegensatz dazu sollten die oben erläuterten Bedenken in Bezug auf die Qualitätsdarstellung ernst genommen werden.

4.2 Stichprobenverfahren

Das neue Prüfverfahren sieht vor, dass die Pflegedienste eine Liste der von ihnen versorgten Personen erstellen und für jede Person dokumentieren, ob Einschränkungen der Mobilität und/oder der Kognition vorliegen sowie ob aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen bezogen werden (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 3). Die Klassifizierung der Einschränkungen soll entweder basierend auf dem Pflegegutachten erfolgen oder anhand von für das Prüfverfahren entwickelten Kriterien. Zu Beginn einer Qualitätsprüfung ziehen die Prüfer unter Berücksichtigung der vom Prüfverfahren vorgegebenen Regeln eine Stichprobe von sechs bis neun Personen, die in die Prüfung einbezogen werden (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 12). Dabei stellen die Regeln für die Stichprobenziehung ein nach Möglichkeit ausgewogenes Verhältnis von Personen mit Einschränkungen der Mobilität und/oder Kognition sowie eine gesonderte Berücksichtigung von Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen sicher.

Die Ergebnisse der Pilotierung zur Praktikabilität des Stichprobenverfahrens zeigen zwar, dass das Stichprobenverfahren grundsätzlich umgesetzt werden konnte und in den meisten Prüfungen die vorgesehene Stichprobe von sechs bis neun (bzw. in Pilotierungsgruppe II von zwölf bis achtzehn) Personen realisiert wurde (vgl. Kapitel 3.2.4.3 und 3.2.4.4); bei genauerer Betrachtung weisen die Ergebnisse jedoch auf mehrere Herausforderungen hin, die ein Ausrollen des Stichprobenverfahrens in der Fläche in Frage stellen: Die Klassifizierung nach Einschränkungen der Mobilität und/oder Kognition erweist sich in der Praxis als schwierig, da die für das Verfahren entwickelten Kriterien unterschiedlich ausgelegt werden können (Kapitel 3.2.1.3, 3.2.2.1 und 3.2.2.5). Weiterhin zeigt sich, dass die Kriterien bei strikter Anwendung nur auf wenige Personen in der ambulanten Versorgung zutreffen (Kapitel 3.2.2.4). Auch bestehen Unsicherheiten in Bezug auf die versorgten Personen, die auf die Liste aufgenommen werden und bei der Stichprobenziehung berücksichtigt werden sollen (Kapitel 3.2.2.1 und 3.2.2.5). Schließlich konnte das Stichprobenverfahren nicht durchgeführt werden, wenn nicht genügend Personen mit speziellen Merkmalskonstellationen vorhanden waren, sodass eine neue Regel formuliert werden musste, wie in einem solchen Fall weiter zu verfahren sei (Kapitel 3.2.4.2).

Somit ergibt sich für das Stichprobenverfahren Anpassungsbedarf, welcher in den nachfolgenden Empfehlungen erläutert wird.

4.2.1 Empfehlung 4

Wenn eine nach Mobilität und Kognition geschichtete Stichprobenziehung beibehalten werden soll, sollten die Kriterien, nach denen Pflegedienste die Personen auf der Liste für die Stichprobenziehung nach Einschränkungen der Mobilität und der Kognition klassifizieren, angepasst werden.

Die im Rahmen der Pilotierung festgestellten Schwierigkeiten bei der Klassifizierung der von einem Pflegedienst versorgten Personen nach Einschränkungen der Mobilität und der Kognition (vgl. Kapitel 3.2.1 und 3.2.2) sollten adressiert werden, bevor das Verfahren ausgerollt wird. Ohne Änderungen, kann es zu willkürlichen Klassifizierungen kommen. Weiterhin besteht die Gefahr der Manipulation: Da bei strikter Auslegung der für das Verfahren entwickelten Kriterien nur relativ wenige Kunden in der ambulanten Pflege Einschränkungen der Mobilität oder Kognition haben, könnte ein Pflegedienst Kunden, bei denen Qualitätsmängel befürchtet werden, als ohne Einschränkungen markieren und somit von der Prüfung ausschließen, ohne dass dies leicht bemerkbar wäre.

Eine Option für eine Anpassung des Verfahrens wäre, die Klassifizierung nach Einschränkungen der Mobilität bzw. der Kognition wegfallen zu lassen. Dies würde sich z. B. anbieten, wenn wie in Empfehlung 1 (Kapitel 4.1.1) vorgeschlagen, ein geschichtetes Stichprobenverfahren zum Einsatz käme.

Eine andere Option wäre, die Kriterien für die Klassifizierung nach Einschränkungen der Mobilität und der Kognition neu zu fassen. Hierbei sollten die

Erkenntnisse aus der Pilotierung berücksichtigt werden, insbesondere: Die Kriterien aus dem neuen Prüfverfahren (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 4) wurden unterschiedlich interpretiert und daher nicht einheitlich angewendet. Bei einer wortwörtlichen Auslegung der Formulierung der Kriterien werden viele ambulant versorgte pflegebedürftige Personen von der Prüfung ausgeschlossen (vgl. Kapitel 3.2.1 und 3.2.2).

Um die Kriterien entsprechend den Einschränkungen ambulant versorgter Personen zu kalibrieren, könnte z. B. eine Analyse der Ergebnisse aus den Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit genutzt werden. So kann analysiert werden, mit welcher Häufigkeit die einzelnen Kriterien in Modul 1 und 2 des Begutachtungsassessments bei ambulant versorgten Personen zutreffen. Die Kriterien für die Klassifizierung der versorgten Personen könnten dann in Anlehnung an häufig zutreffende Kriterien des Begutachtungsassessments formuliert werden. Ziel sollte es sein, dass die Kunden ambulanten Pflegedienste – ggf. von einzelnen Ausnahmen abgesehen – einer oder beiden Einschränkungen zugeordnet werden können. Für die Feststellung von Einschränkungen der Mobilität wäre es denkbar, dass ein Kriterium im Sinn einer Schwelle definiert wird: wenn die Mobilität unter dieser Schwelle liegt, trifft die Klassifizierung „Einschränkung der Mobilität“ zu. Für die Feststellung von Einschränkungen der Kognition könnten mehrere Kriterien zur Auswahl stehen, von denen eine bestimmte Anzahl oder eine bestimmte Kombination zutreffen muss, um die Klassifizierung „Einschränkung der Kognition“ vorzunehmen.

Eine Analyse der Begutachtungsdaten könnte auch genutzt werden, um zu überprüfen, inwiefern die Regel für die Klassifizierung auf Basis des Gutachtens (mindestens „erhebliche Beeinträchtigung“ in den Modulen 1 und 2, vgl. Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 4) angemessen ist. Ggf. sollte diese Regel entfallen und lediglich eine Klassifizierung basierend auf den neu definierten Kriterien stattfinden. So könnten Widersprüche in der Klassifizierung nach den zwei Methoden verhindert werden. Die Nutzung des Gutachtens für die Klassifizierung war vermutlich so intendiert, dass hierdurch der Aufwand für den Pflegedienst bei der Klassifizierung reduziert werde. Da das Gutachten den Pflegediensten häufig nicht vorliegt (vgl. Kapitel 3.2.1.2) dürfte dieser Effekt jedoch klein sein.

4.2.2 Empfehlung 5

Es sollte klarer definiert werden, welche Kunden eines Pflegedienstes auf der Liste der versorgten Personen aufzuführen sind und welche davon zur Grundgesamtheit für die Stichprobenziehung gehören.

Wie in Kapitel 3.2.2.1 und 3.2.2.5 berichtet kam es während den Pilot-Prüfungen zu Missverständnissen, welche Kunden auf der Liste der versorgten Personen aufzuführen sind und welche Kunden für die Stichprobenziehung zu berücksichtigen sind. Um diese Missverständnisse in Zukunft zu vermeiden, sollten klare Festlegungen getroffen werden.

In Anlehnung an die Definition „versorgter Personen“ in den bisherigen QPR (MDS, 2018a, S. 10) könnte definiert werden, dass alle Personen auf der Liste aufzuführen sind, die Sachleistungen nach dem SGB XI (hier in jedem Fall § 36 SGB XI) oder Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V beziehen. Was die Aufnahme von Personen mit Leistungen nach § 39 SGB XI oder § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB XI anbelangt, die in den bisherigen Qualitätsprüfungs-Richtlinien ebenfalls zu den Sachleistungen gezählt werden, besteht Klärungsbedarf.

Als Grundgesamtheit für die Stichprobenziehung könnten alle Personen auf der Liste der versorgten Personen definiert werden, abzüglich der Personen, die ausschließlich Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung (sei es nach SGB XI oder SGB V) erhalten.

Die aufzuführenden Personen und die Grundgesamtheit sollten intensiv kommuniziert werden – sowohl an die Pflegedienste als auch an die Prüfer. Insbesondere die Berücksichtigung von Personen bei der Stichprobenziehung, die ausschließlich Leistungen nach SGB V beziehen, sollte hervorgehoben werden.

4.2.3 Empfehlung 6

Das Stichprobenverfahren sollte – so es in seiner von Büscher *et al.* (2018) vorgeschlagenen Form beibehalten wird – um eine „Ausweichregel“ erweitert werden, welche sicherstellt, dass immer sechs bis neun Personen in die Stichprobe aufgenommen werden können.

In einigen Pilot-Prüfungen (ca. 30 % der Pflegedienste) trat die Situation auf, dass ein bis fünf Personen aus den Gruppen a, b und c in die Stichprobe aufgenommen werden konnten, die Liste der versorgten Personen dann jedoch keine weiteren Personen aus den Gruppen enthielt bzw. keine weiteren Personen aus den Gruppen einwilligten (vgl. Kapitel 3.2.4.3). Daher konnte die vorgesehene Anzahl von sechs Personen aus den Gruppen a, b oder c nicht erreicht werden.

Um diese Situation in Zukunft adressieren zu können, sollte eine Ausweichregel in das Stichprobenverfahren aufgenommen werden. Folgende Ausweichregel wurde im Rahmen der Pilotierung angewendet:

Wenn aus den Gruppen a, b oder c weniger als sechs Personen in die Stichprobe aufgenommen werden können (z. B. weil die Liste der versorgten Personen weniger als sechs Personen in den Gruppen a, b oder c enthält oder weil weniger als sechs Personen in den Gruppen a, b oder c in die Teilnahme einwilligen), so soll die Stichprobe nach Ziehung der Personen, die aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen erhalten, auf neun pflegebedürftige Personen aufgefüllt werden. Für das Auffüllen stehen alle verbleibenden Personen in der Grundgesamtheit für die Stichprobenziehung zur Verfügung.

Ausgehend von der Empfehlung in Kapitel 4.1.1 sollte generell in Betracht gezogen werden, auf eine Stichprobengröße von neun Personen aufzufüllen – also auch dann, wenn zwar sechs Personen aus den Gruppen a, b oder c eingeschlossen

werden konnten, aber keine drei Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen eingeschlossen werden können.

4.3 Ermittlung des Prüfumfangs

Für die personenbezogenen Prüfungen müssen die Prüfer feststellen, welche Qualitätsaspekte bei der jeweiligen Person prüfungsrelevant sind (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 13). In Prüfbereich 3 besteht eine eindeutige Zuordnung zwischen den HKP-Verordnungen und den Qualitätsaspekten. Qualitätsaspekte in Prüfbereich 2 werden geprüft, wenn eine entsprechende vertragliche Vereinbarung für Leistungen nach SGB XI vorliegt²². Prüfbereich 1 enthält Qualitätsaspekte, die in jeder Pflegesituation relevant sein können und die der Pflegedienst – innerhalb seiner Verantwortlichkeit und Einwirkungsmöglichkeiten – berücksichtigen sollte. Inwiefern die Qualitätsaspekte in Prüfbereich 1 prüfungsrelevant sind, muss daher in Bezug auf die jeweilige Pflegesituation entschieden werden. Für Qualitätsaspekt 1.1 muss dabei die Bedingung erfüllt sein, dass die Person in den vergangenen sechs Monaten neu aufgenommen oder in diesem Zeitraum in einem Krankenhaus stationär behandelt wurde.

Die Ergebnisse der Pilotierung zeigen an mehreren Stellen die Herausforderungen auf, zu denen es bei der Feststellung des Prüfumfangs kommt: In den Schatten- und Wiederholungsprüfungen kamen die Prüfer relativ häufig bei derselben pflegebedürftigen Person zu unterschiedlichen Urteilen, welche der „neueren“ Qualitätsaspekte zu prüfen waren (vgl. Kapitel 3.5.2). Die Analyse der prüfungsauslösenden Leistungskomplexe bzw. Zeitvergütungen zeigt, dass die Zuordnung vereinbarter Leistungen zu Qualitätsaspekten teilweise fraglich ausfällt (vgl. Kapitel 3.6.1.3). Auch schätzen die Prüfer und die Pflegedienste die Feststellung des Prüfumfangs bei den „neueren“ Qualitätsaspekten als relativ schwierig ein (vgl. Kapitel 3.6.1.2 und 3.7.1.1).

Insbesondere für die Qualitätsaspekte 2.1 „Mobilität“, 2.2 „Kognition“, 2.3 „Kommunikation“, 2.4 „Verhaltensauffälligkeiten/psychische Problemlagen“, 2.8 „Alltagsleben“, 2.9 „Pflegekompetenz“ und 2.10 „Selbstpflegekompetenz“ fehlt eine hinreichende Klarstellung, ob und in welcher Form eigene Leistungen vereinbart sein müssen. Besonders eklatant ist dieses Problem in Bezug auf den Qualitätsaspekt 2.1 „Unterstützung bei der Mobilität“ (vgl. Kapitel 3.6.1.2 und 3.6.1.3). Die Feststellung des Prüfumfangs bei pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Leistungen mit Zeitvergütung erweist sich ebenso als besonders herausfordernd, da unklar ist, auf welcher Basis die im einzelnen vereinbarten Maßnahmen ermittelt werden sollen (vgl. Kapitel 3.6.1.2). Eine weitere Herausforderung betrifft die Feststellung, wann die Qualitätsaspekte 1.2 und 1.3 zu prüfen sind, sowie die Abgrenzung zwischen Qualitätsaspekt 1.2 im Gegensatz zu Qualitätsaspekten in Prüfbereich 2 (vgl. Kapitel 3.6.1.4).

²² In bestimmten Situationen können auch HKP-Verordnungen zur Prüfung von Qualitätsaspekten in Prüfbereich 2 führen.

Schließlich zeigt sich auch, dass das Kriterium, wann der Qualitätsaspekt 2.11 „Schmerzmanagement“ zu prüfen ist, ungenau formuliert ist und der Qualitätsaspekt in Situationen geprüft wurde, in denen er nicht hätte geprüft werden sollen (vgl. Kapitel 3.6.1.5).

Insgesamt gesehen kam es bei der Ermittlung des Prüfumfanges im Rahmen der Pilot-Prüfungen zu erheblichen Schwierigkeiten. Da dieser Schritt über den weiteren Verlauf der Prüfung entscheidet (welche Qualitätsaspekte werden geprüft), sollte ihm besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Um die Schwierigkeiten in Zukunft zu vermeiden, sollten nachfolgende Empfehlungen berücksichtigt werden.

4.3.1 Empfehlung 7

Für die Qualitätsaspekte in den Prüfbereichen 1 und 2 sollten handlungssichere und eindeutige Kriterien vorgegeben werden, anhand derer festgestellt werden kann, ob ein Qualitätsaspekt prüfungsrelevant ist.

Die Schwierigkeiten, die bei der Feststellung des Prüfumfanges auftraten, haben letztlich drei Gründe: (1) In bestimmten Situationen liegen kaum/keine schriftlichen Quellen vor, die die vereinbarten Leistungen detailliert genug darstellen, dass entschieden werden kann, ob ein gegebener Qualitätsaspekt prüfungsrelevant ist. Dies betrifft insbesondere pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Leistungen mit Zeitvergütung (vgl. Kapitel 3.6.1.2). (2) Das Prüfverfahren definiert nicht eindeutig, wann Aspekte pflegerischen Handelns zu abgrenzbaren Leistungen und damit zu prüfungsrelevanten Qualitätsaspekten in Prüfbereich 2 werden. Weiterhin bleibt unklar, wie abgrenzbare Leistungen – selbst, wenn sie klar definiert wären – mit den Vergütungsvereinbarungen in Einklang zu bringen sind (vgl. Kapitel 3.6.1.2). Dieser Schritt ist in der ambulanten Pflege jedoch kritisch, da in Prüfbereich 2 nur Qualitätsaspekte geprüft werden dürfen, für die eine explizite Vereinbarung vorliegt und damit auch eine Vergütung des Pflegedienstes erfolgt. (3) Für die Qualitätsaspekte 1.2 und 1.3 ist vorgesehen, dass sie „entfallen“ können, es ist jedoch nicht definiert, wann dies zutrifft. In einer solchen Definition müsste für Qualitätsaspekt 1.2 klargestellt werden, wie er gegenüber Qualitätsaspekten in Prüfbereich 2 abzugrenzen ist (vgl. Kapitel 3.6.1.4).

Die in der obigen Empfehlung genannten „handlungssicheren und eindeutigen Kriterien“ müssen die drei Gründe für die Schwierigkeiten bei der Feststellung des Prüfumfanges adressieren. Dabei stellt sich die Frage, inwiefern es sinnvoll ist, die Kriterien für die Ermittlung des Prüfumfanges in Bereich 2 an den derzeit gültigen Vergütungsvereinbarungen zu orientieren. Die meisten Vergütungsvereinbarungen haben das geltende Leistungsrecht noch nicht ausreichend nachvollzogen, wodurch es zu Spannungen zwischen dem Verständnis pflegerischer Aufgaben, das dem neuen Prüfverfahren zugrunde liegt, und dem realen Leistungsgeschehen kommt. Auf Grundlage der meisten geltenden Vergütungsvereinbarungen wäre ein nennenswerter Anteil der Qualitätsaspekte

nicht prüfbar, da entsprechend eindeutige Leistungen (noch) fehlen. Dennoch zeichnet sich in der Pilotierung ab, dass solche Qualitätsaspekte mitgeprüft wurden, da sie von den Prüfern eher als Aspekte pflegerischen Handelns denn als eigenständige Leistungen verstanden wurden – dies war v. a. bei dem Qualitätsaspekt 2.1 „Mobilität“ der Fall (vgl. Kapitel 3.6.1.2). Dem könnte durch die Beschränkung begegnet werden, dass Qualitätsaspekte nur dann geprüft werden dürfen, wenn sie mit einer dem Zweck nach eindeutigen Leistung der Vergütungsvereinbarung hinterlegt sind und zwischen dem Pflegedienst und der pflegebedürftigen Person vertraglich vereinbart sind.

Es wäre zu erwarten, dass in Zukunft die Vergütungsvereinbarungen überarbeitet werden, um sie stärker mit dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff und den sich daraus ergebenden pflegerischen Aufgaben in Einklang zu bringen. So enthält beispielsweise der überarbeitete und am 01.09.2019 in Kraft getretene Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für Schleswig-Holstein²³ die Leistungskomplexe „Gezielte Mobilisation“ und „Kleine Mobilisation“, welche der Idee einer abgrenzbaren Leistung zur „Unterstützung im Bereich der Mobilität“ und damit dem entsprechenden Qualitätsaspekt nahe kommen. Auch der Leistungskomplex „Gezielte Förderung der Selbständigkeit“, welcher u. a. „Förderung von Eigenaktivität der pflegebedürftigen Person bei der Durchführung von pflegerischen Maßnahmen“ enthält, könnte im Sinne einer Leistung zur „Anleitung/Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz“ verstanden werden und die Prüfung des entsprechenden Qualitätsaspekts auslösen.

Wie das Beispiel aus Schleswig-Holstein zeigt, könnte in Zukunft eine Zuordnung von Leistungen gemäß Vergütungsvereinbarung zu bestimmten Qualitätsaspekten vermehrt möglich werden. Inwieweit die enge Orientierung an jeweils geltenden Vergütungsvereinbarungen tatsächlich zu einer Zuordnung *sämtlicher* Qualitätsaspekte in Bereich 2 zu vereinbarten Leistungen führt, bleibt allerdings abzuwarten.

Der Umgang mit dieser Herausforderung wird für den Erfolg des neuen Prüfverfahrens kritisch sein und wird daher in Kapitel 4.12 („Wechsel zum neuen Prüfverfahren“) nochmals aufgegriffen.

²³ Download z. B. unter www.vdek.com > Schleswig-Holstein > Start > Themen > Download-Center > Pflege > Downloads Ambulante Pflege

4.3.2 Empfehlung 8

Das Kriterium, wann Schmerzmanagement zu prüfen ist, sollte wie folgt angepasst werden: „Das Schmerzmanagement ist nur dann zu prüfen, wenn der Pflegedienst im Rahmen einer ärztlichen Verordnung²⁴ und einer gleichzeitigen Vereinbarung gemäß SGB XI zur Schmerzbehandlung tätig wird.“ Weiterhin sollte, zumindest vorübergehend, erläutert werden: „Eine Vereinbarung gemäß SGB XI zum Schmerzmanagement wird nur in Ausnahmefällen vorliegen, sodass der Qualitätsaspekt selten zu prüfen sein wird.“

Das Kriterium, wann „Schmerzmanagement“ zu prüfen ist, lautet im Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens: „Das Schmerzmanagement ist zu prüfen, wenn der Pflegedienst im Rahmen einer ärztlichen Verordnung zur Schmerzbehandlung tätig wird.“ Diesem Satz folgt ein Ankreuzfeld mit der Beschriftung „entfällt, da keine Aufgabe im Rahmen der vereinbarten oder verordneten Leistungen“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 2a, S. 31). Dieses Kriterium ist inkonsistent formuliert, da an einer Stelle ausschließlich von „ärztlicher Verordnung“, an anderer Stelle auch von „vereinbarten Leistungen“ als Auslöser für die Prüfung gesprochen wird.

Nach Angabe der Entwickler des neuen Prüfverfahrens sind eine ärztliche Verordnung für ein Schmerzmedikament oder das Richten bzw. die Gabe eines solchen im Rahmen der HKP-Leistung Nr. 26 (Medikamente) *alleine* nicht Auslöser für die Prüfung des Qualitätsaspekts 2.11 „Schmerzmanagement“. Eine SGB XI-Leistung zum Schmerzmanagement müsse ebenfalls vereinbart sein. Daher sollte das Kriterium, wann Schmerzmanagement zu prüfen ist, entsprechend eindeutig formuliert werden.

Dabei ist anzumerken, dass in den bisherigen Vergütungsvereinbarungen keine Leistungen explizit zum Schmerzmanagement enthalten sind. Allerdings wäre im Rahmen einer Zeitvergütung eine solche vereinbarte Leistung denkbar, bedürfte dann aber immer noch einer expliziten Leistungsvereinbarung (aber vgl. Kapitel 4.3.1 zur Problematik der Ableitung von Qualitätsaspekten aus Leistungsvereinbarungen). Diese Information sollte mit dem Qualitätsaspekt 2.11 „Schmerzmanagement“ vermittelt werden, um die Erwartungen der Prüfer bezüglich der Häufigkeit der Prüfung des Qualitätsaspekts angemessen zu kalibrieren.

4.4 Informationsquellen für die Prüfungen

Die Bearbeitung der prüfungsrelevanten Qualitätsaspekte beginnt mit der Informationserfassung (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 14). Hierfür können die Prüfer verschiedene Quellen nutzen (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 6).

²⁴ In Form einer Verordnung über ein Schmerzmedikament oder das Richten bzw. die Gabe eines solchen im Rahmen der HKP-Leistung Nr. 26 (Medikamente).

Die Ergebnisse aus den Pilot-Prüfungen zeigen, dass die von dem neuen Prüfverfahren intendierte Nutzung verschiedener Informationsquellen von den Prüfern umgesetzt wurde. Allerdings entsteht der Eindruck, dass die Wahl und Nutzung der Quellen, insbesondere die Gewichtung von Pflegedokumentation und Fachgespräch, eher auf Basis individueller Auffassungen der Prüfer erfolgte und die fachlichen bzw. situativen Begründungen von den Pflegediensten nicht immer nachvollzogen werden konnten (vgl. Kapitel 3.6.2). Dem dürfte zum einen zugrunde liegen, dass die Anleitungen zur Nutzung der Informationsquellen teilweise unklar bzw. widersprüchlich sind (vgl. Kapitel 3.6.2 und 3.6.3.7). Zum anderen stellt die von dem neuen Prüfverfahren intendierte Abkehr von einer dokumentationsorientierten Prüfung eine Neuerung dar, die eine gezielte Fortbildung der Prüfer erfordern dürfte.

In den Bewertungsfragen wurde ein besonderes Augenmerk auf das Fachgespräch gelenkt, um die Nutzung dieser Informationsquelle im Rahmen des neuen Prüfverfahrens näher zu beleuchten. Die Ergebnisse zeigen, dass das Fachgespräch in Bezug auf den Zeitpunkt, die Dauer, die Teilnehmer und die Qualität der Inhalte sowohl aus Sicht der Prüfer als auch der Pflegedienste auf zufriedenstellende Weise umgesetzt werden konnte (vgl. Kapitel 3.6.5 und 3.7.2). Allerdings zeigen sich auch hier unterschiedliche Lesarten bezüglich der Rolle des Fachgesprächs insbesondere im Vergleich zur Rolle der Pflegedokumentation.

Insgesamt gesehen deuten die Ergebnisse der Pilotierung darauf hin, dass der von dem neuen Prüfverfahren in Bezug auf die Informationsquellen verfolgte Ansatz – nämlich unterschiedliche Informationsquellen zuzulassen und deren Nutzung durch „Grundsätze“ zu regeln, die gewisse Spielräume lassen – grundsätzlich umgesetzt werden kann. Die Grundsätze für den Umgang mit Informationsquellen (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 6) definieren das gewünschte Vorgehen der Prüfer jedoch noch nicht klar und konsistent genug. Weiterhin ist zu erwarten, dass die Nutzung von Informationsquellen durch die Prüfer intensiv geübt werden muss.

4.4.1 Empfehlung 9

Es sollten klarere und konsistente Regeln in Bezug auf Art, Anzahl und Wertigkeit der Informationsquellen sowie Intensität, Reihenfolge und Zeitpunkt ihrer Nutzung definiert werden. Die Anwendung der Regeln sollte als Schwerpunktthema in die Fortbildung der Prüfer aufgenommen werden.

Der Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens warnt, dass der Ermessensspielraum der Prüfer in Bezug auf die Informationsquellen nicht mit einer willkürlichen Vorgehensweise verwechselt werden darf (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 7). Die Ergebnisse der Pilotierung zeigen, dass das Risiko einer durch die persönlichen Präferenzen der Prüfer getriebenen Wahl und Nutzung der Informationsquellen durchaus gegeben ist (vgl. Kapitel 3.6.2). Ein solches Vorgehen wäre nicht nur an sich problematisch, sondern stellt letztendlich die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen in Frage: Denn je nachdem welche und wie

viele Informationsquellen genutzt werden und wie sie gewichtet werden, kann es zu unterschiedlichen Bewertungen der Qualitätsaspekte kommen. Von dieser Konsequenz berichteten einige Pflegedienste eindrücklich in Bezug auf ihre Erfahrungen während der Schatten- und Wiederholungsprüfungen, die ihnen die Möglichkeit gaben, das Vorgehen von zwei Prüfern bei denselben Personen zu vergleichen (vgl. Kapitel 3.7.6).

Inwiefern die unterschiedliche Nutzung von Informationsquellen zur mangelnden Übereinstimmung der Einzelbewertungen in den Schatten- und Wiederholungsprüfungen beitrug, lässt sich derzeit nicht sagen. Diese Schlussfolgerung könnte gezogen werden, wenn in den Schattenprüfungen – in denen die Prüfer auf Basis derselben Informationen Bewertungen vergeben haben – eine gute Übereinstimmung erzielt worden wäre, während sie in den Wiederholungsprüfungen schlechter ausfiel. Im Rahmen der Pilotierung war die Übereinstimmung der Einzelbewertungen jedoch in beiden Arten von Prüfungen nicht akzeptabel. Dennoch erscheint es plausibel, dass der Umgang mit den Informationsquellen einen Beitrag zu der mangelnden Übereinstimmung geleistet hat. Daher sollte zur Verbesserung der Objektivität des neuen Prüfverfahrens neben dem Thema „Vergeben der Bewertungen“ (vgl. Empfehlung 10) auch der Umgang mit den Informationsquellen betrachtet werden.

Wie in Kapitel 3.6.2 dargestellt, sieht das neue Prüfverfahren in bestimmten Situationen zwingend die Pflegedokumentation als Informationsquelle vor. Für andere Situationen sind die Beschreibungen in Bezug auf die Wertigkeit der Informationsquellen ambivalent, d. h. es finden sich sowohl Hinweise auf eine Gleichrangigkeit insbesondere von Fachgespräch und Pflegedokumentation als auch Hinweise auf eine unterschiedliche Wertigkeit der Informationsquellen, mit einer Priorisierung des Fachgesprächs. Betrachtet man die Anleitungen für die Begründung von C- oder D-Bewertungen entsteht der Eindruck, dass bestimmte Informationsquellen zu nutzen bzw. nicht zu nutzen sind oder evtl. grundsätzlich zwei Informationsquellen zu nutzen sind (vgl. Kapitel 3.6.3.7).

Es ist nachvollziehbar, dass das neue Prüfverfahren eine Reihe von Informationsquellen vorsieht und versucht von einer Vorgabe zum genauen Umgang mit diesen Informationsquellen abzusehen. Statt einer genauen Vorgabe legt das neue Prüfverfahren Grundsätze für den Umgang mit den Informationsquellen fest (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 6). Allerdings führen die Formulierungen der Grundsätze teilweise zu Verwirrung, da sie nicht mit weiteren Ausführungen bzw. Anleitungen des Prüfverfahrens in Einklang stehen (vgl. Kapitel 3.6.2 und 3.6.3.7).

Daher sollten die Grundsätze überarbeitet werden. Ziel der Überarbeitung sollte es sein, klarere und konsistente Regeln zu formulieren, die zu einer fachlich bzw. situativ angemessenen Nutzung der Informationsquellen führen – sowohl um Informationen im Hinblick auf ggf. vorliegende Auffälligkeiten oder Defizite zu sammeln als auch um festgestellte Auffälligkeiten oder Defizite zu begründen. Die Regeln sollten dabei verschiedene Aspekte des Umgangs mit Informationsquellen

berücksichtigen und für jeden Aspekt festlegen, welcher Spielraum besteht. Die zu berücksichtigenden Aspekte wären u. a. die Art, die Anzahl und die Wertigkeit der Informationsquellen sowie die Intensität, die Reihenfolge und der Zeitpunkt ihrer Nutzung. Während bei Aspekten wie der Reihenfolge und dem Zeitpunkt der Nutzung sowie ggf. der Intensität der Nutzung voraussichtlich mehr Spielraum gelassen werden kann (oder auch keine Vorgaben gemacht werden), sollten in Bezug auf die Art, Anzahl und Wertigkeit der zu verwendenden Quellen engere, in sich konsistente Vorgaben gemacht werden. Es wäre zu erwarten, dass die Objektivität des Prüfverfahrens umso besser ausfällt, je präziser die Vorgaben für den Umgang mit den Informationsquellen ausfallen.

Die Anwendung der Regeln für den Umgang mit Informationsquellen durch die Prüfer wird nicht trivial sein. Insbesondere im Hinblick auf die Notwendigkeit, C- und D-Bewertungen in Freitexten zu begründen und die Begründungen mit Informationsquellen zu hinterlegen, stellt das neue Prüfverfahren die Prüfer vor neue Herausforderungen (vgl. Kapitel 3.6.3.7). Um diese zu meistern, sollte die Anwendung der Regeln für die Informationsquellen einen Schwerpunkt im Rahmen der Fortbildung der Prüfer bilden.

4.5 Vergeben der Bewertungen

Nach Ermittlung des Prüfungsumfangs und Erfassung von Informationen bearbeiten die Prüfer im nächsten Schritt der personenbezogenen Prüfungen die Leitfragen für die prüfungsrelevanten Qualitätsaspekte und vergeben die Einzelbewertungen (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 14). Bei Fertigstellung des Prüfberichts werden aus den Einzelbewertungen die Gesamtbewertungen je Qualitätsaspekt berechnet (vgl. Kapitel 1.3.3).

Das Vergeben der Bewertungen wurde im Rahmen der Pilotierung aus mehreren Blickwinkeln untersucht: Die Übereinstimmung der Bewertungen zweier Prüfer wurde anhand der Schatten- und Wiederholungsprüfungen untersucht (vgl. Kapitel 3.5); die Prüfer gaben zudem an, wie schwierig es war, die Einzelbewertungen zu vergeben und wie nachvollziehbar die einzelnen Qualitätsaspekte für sie waren (vgl. Kapitel 3.6.3 und 3.6.4); die Pflegedienste beantworteten ebenfalls Fragen zur Nachvollziehbarkeit der Bewertungen (vgl. Kapitel 3.7.6). Weiterhin wurden die Begründungen für C- und D-Bewertungen (vgl. Kapitel 3.6.3.7) und die Verteilung der Bewertungskategorien (vgl. Kapitel 3.3) analysiert.

Die Ergebnisse der Schatten- und Wiederholungsprüfungen zeigen, dass die Übereinstimmung der Einzelbewertungen für Qualitätsaspekte, die von zwei Prüfern auf Basis personenbezogener Prüfungen bei derselben pflegebedürftigen Person vergeben wurden, unzureichend ist (vgl. Kapitel 3.5.3). Die Ergebnisse beruhen auf relativ wenigen Qualitätsaspekten, für die eine akzeptable Anzahl an Datenpunkten vorliegen. Insbesondere wären mehr Datenpunkte wünschenswert, die auch die schlechteren Bewertungskategorien in ausreichendem Umfang enthalten. Trotz dieser Einschränkungen deuten die Ergebnisse auf

Verbesserungsbedarf hin, damit zukünftig besser übereinstimmende Einzelbewertungen durch die Prüfer vergeben werden. Dies wird in Empfehlung 10 aufgegriffen.

Die Prüfer berichten zwar, dass in den personenbezogenen Prüfungen das Vergabe der Bewertungen anhand der vierstufigen Bewertungsskala (A, B, C, D) *per se* nicht schwierig sei. Allerdings gestaltet sich die Bewertung bei einigen Qualitätsaspekten schwieriger als bei anderen (vgl. Kapitel 3.6.3). Auch aus Sicht der Pflegedienste sind die Bewertungen für einige Qualitätsaspekte besser nachvollziehbar als für andere (vgl. Kapitel 3.7.6). Hierbei ergibt sich eine relativ gute Übereinstimmung zwischen den Qualitätsaspekten, die die Pflegedienste weniger nachvollziehbar finden und den Qualitätsaspekten, bei denen die Prüfer auf Schwierigkeiten stießen. Insbesondere die Qualitätsaspekte in Prüfbereich 1 warfen Fragen auf. Hierauf beziehen sich die Empfehlung 11 und Empfehlung 12.

Die Analyse von im Rahmen der Pilotierung verfassten Begründungen für C- und D-Bewertungen zeigt, dass die Beantwortung der vorgegebenen Fragen in vielen Fällen nicht erfolgte und sich das Formulieren stringenter Begründungen als eine große Herausforderung darstellen dürfte (vgl. Kapitel 3.6.3.7). Hieraus ergibt sich Empfehlung 13.

Für die Analyse der Verteilung der Bewertungskategorien auf Einrichtungsebene standen – betrachtet über die 19 möglichen Qualitätsaspekte und die $n = 76$ an der Pilotierung teilnehmenden Pflegedienste – insgesamt 641 Gesamtbewertungen zur Verfügung (vgl. Kapitel 3.3.1.5). Hiervon sind 87 Prozent „keine oder geringe Qualitätsdefizite“ (■ ■ ■ ■), 10 Prozent „moderate Qualitätsdefizite“ (■ ■ ■ □), 2 Prozent „erhebliche Qualitätsdefizite“ (■ ■ □ □) und 1 Prozent „schwerwiegende Qualitätsdefizite“ (■ □ □ □). Somit wurde das Spektrum der möglichen Gesamtbewertungen im Rahmen der Pilotierung ausgeschöpft, wobei die beste Gesamtbewertung deutlich am häufigsten vorkommt. Dies entspricht dem Befund, dass auf Ebene der Einzelbewertungen in den personenbezogenen Prüfungen überwiegend A-Bewertungen vergeben wurden (ca. 80 %); auch die anderen Bewertungskategorien wurden vergeben, jedoch sehr viel seltener (ca. 11 % B, ca. 7 % C, ca. 2 % D, vgl. Kapitel 3.3.1.2). Die Prüffragen in Bereich 5 wurden für ca. 90 Prozent oder mehr der Pflegedienste mit *Ja* beantwortet, wobei *Ja* dem Erfüllen der Qualitätsanforderung entspricht (Kapitel 3.3.2).

Inwiefern die Verteilung der Bewertungskategorien auch nach Anwendung des neuen Instruments und Verfahrens in der Fläche ähnlich wie in der Pilotierung aussehen wird, wird erst die Praxis zeigen. Es scheint plausibel, dass die Bemühungen zur Qualitätsentwicklung in der ambulanten Pflege seit Einführung der Qualitätsprüfungen Wirkung zeigen und daher das Auftreten von moderaten bis schwerwiegenden Qualitätsdefiziten selten ist. Alternativ könnte es bei der Rekrutierung der Pflegedienste für die Pilotierung zu einer Selektion von Pflegediensten mit besonders guter Qualität gekommen sein. Eine solche Selektion sollte u. a. durch die Aufwandsvergütung, die die Pflegedienste erhielten, vermindert werden, kann jedoch nicht ausgeschlossen werden.

Somit ergibt sich in Bezug auf das Vergeben der Bewertungen ein durchwachsendes Bild. Die Bewertungskategorien wurden ausgeschöpft und aus Sicht der Prüfer und Pflegedienste gab es keine generellen Schwierigkeiten mit den Bewertungen. Allerdings ergeben sich für bestimmte Qualitätsaspekte Hinweise auf Schwierigkeiten bei der Bewertung und Nachvollziehbarkeit. Zudem gab es zu wenig Übereinstimmung in den Bewertungen, die in den Schatten- und Wiederholungsprüfungen von verschiedenen Prüfern bei derselben Person vergeben wurden. Schließlich stellt das Verfassen der Begründungen für C- oder D-Bewertungen eine besondere Herausforderung dar. Diese Punkte werden in den nachfolgenden Empfehlungen aufgegriffen.

4.5.1 Empfehlung 10

Das Vergeben der Bewertungen sollte im Rahmen der Fortbildung der Prüfer intensiv geübt werden. Danach sollte die Übereinstimmung der Bewertungen in Schatten- und Wiederholungsprüfungen nochmals getestet werden.

Um das messtheoretische Gütekriterium der Objektivität zu erfüllen, sollten die Prüfergebnisse idealerweise ausschließlich die Qualität der Versorgung durch einen Pflegedienst widerspiegeln und von dem die Prüfung durchführenden Prüfer weitestgehend unabhängig sein. Die Ergebnisse der Schatten- und Wiederholungsprüfungen zeigen, dass diese Unabhängigkeit der Prüfergebnisse von den durchführenden Prüfern nicht in ausreichendem Maß gegeben war (Kapitel 3.5.3). D. h. bei der Bewertung der Qualität der Versorgung bei derselben pflegebedürftigen Person, kamen zwei Prüfer relativ häufig zu unterschiedlichen Einschätzungen.

Die Ergebnisse aus den Schatten- und Wiederholungsprüfungen weisen somit darauf hin, dass die übereinstimmende Vergabe von Bewertungen eine Herausforderung darstellt. Auch die Einschätzungen der Prüfer zeigen, dass das Vergeben der Bewertungen subjektiv mit Herausforderungen verbunden war: Bei den „neueren“ Qualitätsaspekten beurteilen die Prüfer in ca. 25 bis 50 Prozent der Prüfsituationen das Vergeben der Bewertungen als *mäßig schwierig* bis *eher schwierig* (Kapitel 3.6.3.1).

Bevor aus diesen Ergebnissen Verbesserungsmöglichkeiten abgeleitet werden können, stellt sich zunächst die Frage, inwiefern ein Problem mit dem Prüfverfahren an sich bzw. dessen Bewertungssystematik vorliegt oder eine nicht ausreichende Erfahrung bzw. Übung der Prüfer im Umgang mit dem neuen Prüfinstrument. Die Ergebnisse der Pilotierung deuten u. E. darauf hin, dass der Wechsel von einer Kriterien-Liste mit Ja/Nein-Fragen im bisherigen Prüfverfahren zu dem größeren Gestaltungsspielraum und den A- bis D-Bewertungen des neuen Prüfverfahrens nicht trivial ist. Dies schließt jedoch nicht aus, dass der Wechsel bewerkstelligt werden kann. Es erscheint plausibel, zunächst durch eine intensivere Fortbildung der Prüfer Verbesserungen anzustreben. Zwar nahmen die Prüfer vor Beginn der Pilot-Prüfungen an einer zweitägigen Schulung teil und absolvierten in den meisten Fällen vor oder parallel zu den Pilot-Prüfungen eine

Fortbildung für das neue stationäre Prüfverfahren (Kapitel 3.6.9); dies scheint jedoch nicht ausreichend gewesen zu sein, um das neue Prüfverfahren sicher und einheitlich in der Praxis anwenden zu können. Diese Einschätzung fußt auch auf den Rückmeldungen der Prüfer zu der Schulung im Rahmen der Pilotierung. Hier zeigt sich, dass insbesondere für die „neueren“ Qualitätsaspekte ein größerer Schulungsbedarf besteht und ein stärkerer Praxisbezug in Form umfangreicherer gemeinsamer Übungen oder Simulationen von Prüfungen gewünscht werden (Kapitel 3.6.9).

Ob der Wechsel zu der neuen Bewertungssystematik durch intensivere Fortbildung der Prüfer tatsächlich bewerkstelligt werden kann, sollte überprüft werden. Ein wichtiges Kriterium für den Erfolg der Fortbildung wird sein, ob bei Schatten- und Wiederholungsprüfungen eine bessere Übereinstimmung der Bewertungen erzielt werden kann. Daher sollten die Schatten- und Wiederholungsprüfung in Zukunft wiederholt werden. Der Zeitpunkt der erneuten Durchführung sollte so gewählt werden, dass zum einen genügend Zeit für die intensive Fortbildung der Prüfer verstreicht. Zum anderen sollte auch abgewartet werden, bis sich eine gewisse Routine mit dem neuen Prüfverfahren einstellt, weil dabei weitere Übungseffekte bei den Prüfern auftreten werden, die sich positiv auf die Übereinstimmung der Bewertungen auswirken können. Schließlich sollte berücksichtigt werden, ob und wann weitere Empfehlungen für das neue Prüfverfahren adressiert werden können. Hier wären insbesondere die Empfehlungen zur Ermittlung des Prüfungsumfanges und zum Wechsel zu dem neuen Prüfverfahren zu nennen (Kapitel 4.3 und 4.12).

4.5.2 Empfehlung 11

Für die Qualitätsaspekte in Prüfbereich 1 sollte aus den Prüfbögen explizit hervorgehen, welche unterschiedlichen Anforderungen zu erfüllen sind, wenn die in die Prüfung einbezogene Person ausschließlich Leistungen nach SGB V oder (auch) nach SGB XI bezieht.

Die Befragung der Pflegedienste enthielt u. a. die Frage, inwiefern bei der Prüfung von SGB XI-Leistungen dem Grundsatz gefolgt wurde, dass ausschließlich Qualitätsaspekte geprüft werden, für die Leistungen vereinbart waren. Weiterhin wurde gefragt, inwiefern dem Grundsatz gefolgt wurde, dass ausschließlich Qualitätsaspekte geprüft werden, die innerhalb der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegedienste liegen. Beide Fragen wurden von ca. 40 Prozent der Pflegedienste verneint.²⁵ In den Feedback-Veranstaltungen zeigte sich, dass Auslöser dafür u. a. die Erfahrungen mit Prüfbereich 1 waren, wenn Personen, die ausschließlich SGB V-Leistungen erhielten, in die Prüfung einbezogen wurden (Kapitel 3.7.1.2). Auch die Prüfer berichteten in solchen personenbezogenen Prüfungen von

²⁵ Es ist zu vermerken, dass das Einhalten der Grundsätze aus Sicht der meisten Pflegedienste mit dem neuen Prüfverfahren gleich schwierig oder sogar eher leichter ist im Vergleich zu dem bisherigen Prüfverfahren (Kapitel 3.7.1.2).

Schwierigkeiten mit Qualitätsaspekt 1.1 „Aufnahmemanagement“ (Kapitel 3.6.3.4).

Hintergrund für die Unstimmigkeiten ist, dass die Aufgabe des Pflegedienstes bei Leistungen nach SGB V in der Durchführung einer ärztlichen Verordnung liegt und seine Verantwortlichkeiten damit enger umschrieben sind als bei Leistungen nach SGB XI. Auch die Vergütung von Pflegediensten für SGB V-Leistungen spiegelt das engere Verständnis dessen, wofür der Pflegedienst verantwortlich ist, wider. Im Gegensatz zum SGB XI ist im Kontext des SGB V zum Beispiel keine Vergütungen für ein Erst-/Aufnahmegespräch oder für Beratungsgespräche vorgesehen.

Die in Prüfbereich 1 adressierten Qualitätsaspekte müssen daher in Situationen, in denen ein Pflegedienst für eine versorgte Person ausschließlich SGB V-Leistungen erbringt, anders geprüft werden als in Situationen, in denen (auch) SGB XI-Leistungen erbracht werden. Das neue Prüfverfahren sieht eine Berücksichtigung des vorliegenden individuellen Versorgungsauftrags und der erbrachten Leistungen bei jedem Qualitätsaspekt vor, allerdings wird dies nicht bei jedem Qualitätsaspekt explizit erwähnt: „Die Frage der Einwirkungsmöglichkeiten wird im Prüfinstrumentarium, insbesondere im Prüfbogen nicht explizit thematisiert. Es wird davon ausgegangen, dass das Prüfteam die oben angesprochenen Begrenzungen bei jeder Beurteilung berücksichtigt.“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 9). Wie die Erfahrungen im Rahmen der Pilotierung zeigen, ist die Formulierung eines allgemeinen Grundsatzes bezüglich der Einwirkungsmöglichkeiten im Kontext von Prüfbereich 1 unbefriedigend.

Der pflegerische Auftrag und damit die Verantwortlichkeiten des Pflegedienstes unterscheiden sich zwischen Personen, die ausschließlich SGB V-Leistungen beziehen, und Personen, die (auch) SGB XI-Leistungen beziehen. Maßgeblich für die Bewertung der Qualitätsaspekte 1.1, 1.2 und 1.3 sollten bei ausschließlicher SGB V-Leistungserbringung die Anforderungen an einen Pflegedienst sein, die bei der Durchführung einer ärztlich verordneten Leistung gestellt werden können. Dies sollte aus den Formulierungen auf den Prüfbögen explizit hervorgehen, um sicherzustellen, dass Pflegedienste nur in dem Maße geprüft werden, wie aufgrund des gegebenen Versorgungsauftrags erwartet werden kann.

Bei der Ausformulierung der Qualitätsaspekte in Prüfbereich 1 für den Kontext des ausschließlichen Bezugs von SGB V-Leistungen können die HKP-Richtlinien zu Rate gezogen werden. Hier heißt es z. B. „Pflegerische Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität sind Bestandteil der verordneten Leistungen in dem Umfang, wie sie zur Wirksamkeit der verordneten Leistungen notwendig sind, auch wenn die Häufigkeit, in der sie nach Maßgabe der individuellen Pflegesituation erbracht werden müssen, von der Frequenz der verordneten Pflegeleistungen abweichen. Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder einzelnen Leistung der häuslichen Krankenpflege und von daher nicht gesondert ordnungsfähig“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019, S. 13). Diese Ausführungen deuten auf den Umfang der unabhängig von der konkreten HKP-Leistungen zu erfüllenden Aufgaben hin.

Weiterhin können die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V Grundlagen für die Ausformulierung der Qualitätsaspekte liefern. Hier werden u. a. Anforderungen für die „Dokumentation der Häuslichen Krankenpflege“ (GKV-Spitzenverband, 2019, § 3) vereinbart, welche auch Themen wie die Informationserfassung zu Beginn des Versorgungsauftrags umfassen.

4.5.3 Empfehlung 12

Ein Schwerpunktthema für die Fortbildung der Prüfer sollte sein, wie für die Qualitätsaspekte in Prüfbereich 1 die Bewertungen unter Berücksichtigung der Einflussmöglichkeiten des Pflegedienstes zu vergeben sind.

Im Rahmen der Feedback-Veranstaltungen berichteten die Prüfer, dass ein weiterer Grund für die Schwierigkeiten bei der Bewertung von Qualitätsaspekt 1.1 sei, dass die Leitfragen unrealistische Erwartungen an das Aufnahmemanagement implizierten. Insbesondere bei kurzfristigen Aufnahmen oder fehlenden Informationen durch andere Akteure (z. B. entlassendes Krankenhaus) könnten die in den Leitfragen geforderten Prozesse nicht immer umgesetzt werden. Es sei unklar, welche Bewertung in solchen Fällen zu vergeben sei (vgl. Kapitel 3.6.3.4).

Wie in Kapitel 4.5.2 erwähnt, sieht das neue Prüfverfahren vor, dass die Prüfer bei jedem Qualitätsaspekt die Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes berücksichtigen. Wenn diese im Kontext einer kurzfristigen Aufnahme oder bei mangelnder Kooperation seitens eines Krankenhauses beschränkt sind, müsste sich dies in einer guten Bewertung widerspiegeln, auch wenn das Aufnahmemanagement nicht ideal durchgeführt wurde. Auch wenn dieses Vorgehen plausibel erscheint, zeigt das Feedback der Prüfer, dass die implizit geforderte Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes nicht trivial ist.

Dies sei am Beispiel der dritten Leitfrage illustriert. Sie lautet: „Wurden weitergehende Informationen mit Relevanz für die Durchführung der Pflege erhoben (z. B. Medikation, Behandlungsverläufe, Versorgung durch andere Personen oder Einrichtungen)?“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 2a, S. 5). In den Hinweisen zur Bewertung wird für C-Bewertungen darauf hingewiesen: „Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn im Rahmen der Erstaufnahme oder Übernahme wichtige Informationen (z. B. zu Krankheitsverläufen, funktionellen Beeinträchtigungen oder bestehenden Pflegeproblemen), die für die Durchführung der vereinbarten Maßnahmen relevant sind, nicht erfasst wurden“ (ebenda, Anhang 2a, S. 6). Angenommen der Prüfer stellt im Rahmen des Fachgesprächs fest, dass der Pflegedienst mehrere Male versuchte, Informationen von dem entlassenden Krankenhaus zu erhalten, aber nicht erfolgreich war. Daher konnten wichtige Informationen zu den Krankheitsverläufen, die für die Durchführung der vereinbarten Maßnahmen wichtig gewesen wären, nicht erfasst werden. Somit wäre die Leitfrage mit „nein“ zu beantworten und laut dem Hinweis zur Bewertung eine C-Bewertung zu vergeben. Dies würde jedoch die

Einwirkungsmöglichkeit des Pflegedienstes vernachlässigen. Der Pflegedienst versuchte, die Informationen zu erhalten, war jedoch nicht erfolgreich.

Somit muss der Prüfer u. a. abwägen: Wurden die Informationen auf korrekte Art und Weise angefragt? Ist „ein paar Mal versuchen“ ausreichend? Hätten alternative Informationsquellen angefragt werden sollen? Nach Klärung dieser Fragen muss der Prüfer entscheiden, welche Bewertung – unter Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes – angemessen ist. An dieser Stelle können die Beschreibungen der Bewertungskategorien jedoch zu Verwirrung führen. Angenommen der Prüfer käme zu dem Schluss, der Pflegedienst hat alles in seiner Verantwortung Stehende getan, die benötigten Informationen zu erhalten, war aber dennoch nicht erfolgreich. Damit wäre dem Pflegedienst nichts anzulasten und anzunehmen, dass die Bewertung „Keine Auffälligkeiten“ (A) zu vergeben ist. Dies ist jedoch nicht intuitiv: Das Risiko negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen aufgrund der fehlenden Informationen besteht weiter, auch wenn es außerhalb der Einwirkungsmöglichkeit des Pflegedienstes liegt. Somit besteht durchaus eine Auffälligkeit, d. h. eine Abweichung von fachlichen Vorgaben oder dem regelhaft zu erwartenden Pflegeprozess (Büscher et al., 2018, Anhang 1, S. 10). Allerdings entsteht diese Abweichung durch einen Sachverhalt, der außerhalb der Einwirkungsmöglichkeit des Pflegedienstes liegt.

Damit die Prüfer in Situationen wie der oben beispielhaft skizzierten fachlich angemessen vorgehen und zu begründeten Bewertungen gelangen, sollte die Fortbildung einen Schwerpunkt auf das Vergeben der Bewertungen unter Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes legen. Auch, wenn das Thema im Rahmen der Pilotierung im Kontext von Qualitätsaspekt 1.1 diskutiert wurde, ist zu erwarten, dass ähnliche Schwierigkeiten ebenfalls bei den Qualitätsaspekten 1.2 und 1.3 auftreten. Hier dürften sich insbesondere Situationen ergeben, in denen zu entscheiden ist, ob der Pflegedienst ausreichend zu Risiken und Gefahren bzw. Anzeichen auf eine Destabilisierung beraten hat und wie damit umzugehen ist, wenn die pflegebedürftige Person bzw. die Angehörigen die Beratung nicht annehmen. Es ist hilfreich, dass das Prüfinstrument für die Qualitätsaspekte 1.2 und 1.3 in den Hinweisen zur Bewertung explizit darauf hinweist, dass eine A-Bewertung auch zutrifft, „wenn der Pflegedienst bestehende Risiken erkannt und entsprechend informiert und beraten hat, der pflegebedürftige Mensch und/oder seine Angehörigen daraus jedoch keine Konsequenzen gezogen haben“ (Büscher et al., 2018, Anhang 2a, S. 8) bzw. „wenn der Pflegedienst bestehende Anzeichen erkannt, dem pflegebedürftigen Menschen und/oder den Angehörigen Hinweise gegeben oder ein Angebot zur Unterstützung unterbreitet hat, diese jedoch keine Konsequenzen daraus gezogen haben“ (ebenda, Anhang 2a, S 10).

Auch bei der Bewertung der Qualitätsaspekte in den Prüfbereichen 2 und 3 ist die Einwirkungsmöglichkeit des Pflegedienstes zu berücksichtigen. Da bei diesen Qualitätsaspekten jedoch immer eine vereinbarte oder verordnete Leistung Auslöser für die Prüfung ist, erscheint die Grauzone, in der die

Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes abgewogen werden müssen, weniger ausgeprägt. Insofern scheint der Fortbildungsbedarf in diesem Bereich – zumindest was die Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten anbelangt – auch geringer. Es sollte jedoch im Auge behalten werden, inwiefern auch in den Prüfbereich 2 und 3 die Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes bei der Bewertung zu Herausforderungen führt.

4.5.4 Empfehlung 13

Das Begründen von Bewertungen sollte im Rahmen der Fortbildung der Prüfer intensiv geübt werden und durch die Vorgabe der für die Begründung zu beantwortenden Fragen in den Prüfbögen unterstützt werden.

Das neue Prüfverfahren sieht vor, dass die Prüfer C- und D-Bewertungen schriftlich begründen. Dies erfolgt in Form von Freitexten, die die Prüfer entlang einer durch Fragen vorgegebenen Struktur verfassen (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 14). Auch für B-Bewertungen sollte ggf. eine strukturierte Begründung eingeführt werden (vgl. Empfehlung 15). Schließlich könnte sich auch bei A-Bewertungen in bestimmten Situationen die Notwendigkeit einer Begründung ergeben, wenn Empfehlung 17 umgesetzt wird.

Die Analyse von im Rahmen der Pilotierung verfassten Begründungen zeigt, dass das Verfassen strukturierter und stringenter Begründungen eine große Herausforderung bedeutet (vgl. Kapitel 3.6.3.7). Zum Teil liegt dies an Unklarheiten oder Widersprüchen in den Vorgaben des neuen Prüfverfahrens, insbesondere in Bezug auf die Verwendung von Informationsquellen. Daher wird in Kapitel 4.4.1 empfohlen, die Regeln für den Umgang mit Informationsquellen zu überarbeiten. Jedoch auch bei eindeutigen Regeln für den Umgang mit Informationsquellen, dürfte sich das Verfassen der Begründungen als eine Herausforderung erweisen, da es gewisse Fertigkeiten in Bezug auf Beweisführung und Logik erfordert, die die Prüfer bisher implizit in ihrer Arbeit nutzten, die aber in der durch das neue Prüfverfahren geforderten expliziten Form für das Verfassen von Texten bisher nicht zum Einsatz kamen. Daher sollte das Begründen von Bewertungen im Rahmen der Fortbildung der Prüfer gezielt geübt werden.

Die Strukturierung der Begründungen könnte unterstützt werden, indem die zu beantwortenden Fragen (vgl. Kapitel 3.6.3.7) in jedem Prüfbogen explizit gezeigt werden. Es könnte auch ein eigenes Freitextfeld für die Antwort auf jede Frage vorgesehen werden, um eine klare Strukturierung der Begründungen weiter zu erleichtern.

4.5.5 Empfehlung 14

Die Schnittstellen zu den Prozessen, die die Prüfer ggf. einleiten, wenn im Rahmen einer Prüfung eine (drohende) Gefährdung einer versorgten Person festgestellt wird, sollten auf das neue Prüfverfahren abgestimmt werden.

Im Kontext von Qualitätsaspekt 1.3 „Destabilisierung der Versorgungssituation“ berichteten die Prüfer, dass es ihnen schwerfiel, Situationen zu bewerten, in denen der Pflegedienst die Qualitätsaussage zwar erfüllt, aber dennoch eine Destabilisierung der Versorgungssituation vorliegt bzw. droht. Weiterhin wünschten sie sich Rechtssicherheit, dass eine A-Bewertung in solchen Fällen nicht falsch ausgelegt würde (Kapitel 3.6.3.3).

Die Qualitätsaussage zu Qualitätsaspekt 1.3 lautet: „Der Pflegedienst erfasst Hinweise auf eine Destabilisierung der Versorgungssituation und leitet im Rahmen seiner Einwirkungsmöglichkeiten Maßnahmen zur Abwendung einer solchen Destabilisierung ein“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 9). Es ist also zu prüfen, inwieweit der Pflegedienst Hinweise auf eine Destabilisierung erkannt hat, auf diese aufmerksam gemacht hat und Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt hat. Wenn ein Pflegedienst diese Anforderungen erfüllt, ist eine A-Bewertung zu vergeben.

Nicht Gegenstand der Prüfung ist, inwiefern eine Destabilisierung verhindert bzw. behoben wurde. Dies ist nachvollziehbar, da die Einflussmöglichkeiten des Pflegedienstes in dieser Hinsicht häufig begrenzt sein dürften (z. B. können die pflegebedürftige Person bzw. die Angehörigen die vom Pflegedienst vorgeschlagenen Möglichkeiten, der Destabilisierung entgegenzuwirken, ablehnen). Für den Prüfer bedeutet dies, dass er das Handeln des Pflegedienstes in Bezug auf die „Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer Destabilisierung der Versorgungssituation“ ggf. mit A bewertet, auch wenn eine destabilisierte Pflegesituation vorliegt.

Eine analoge Situation kann sich für Qualitätsaspekt 1.2 ergeben: Auch hier ist – wie bereits der Titel des Qualitätsaspekts ausdrückt – die „Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren“ zu bewerten. Inwiefern Risiken und Gefahren tatsächlich adressiert werden konnten, ist nicht Gegenstand der Prüfung. Ein Prüfer kann also eine A-Bewertung vergeben, auch wenn Risiken und Gefahren weiterhin bestehen.

Diese Konstellationen sind durch das Prüfverfahren durchaus vorgesehen und der Prüfer hätte im Sinne des Prüfverfahrens korrekt gehandelt, wenn trotz einer problematischen Versorgungssituation eine A-Bewertung vergeben würde. Da bei einer Destabilisierung der Pflegesituation bzw. Vorliegen von Risiken und Gefahren jedoch ggf. Personen zu Schaden kommen können, wäre es ethisch problematisch, wenn auf die Feststellung einer Destabilisierung bzw. von Risiken und Gefahren keine weitere Reaktion folgte. Diese Problematik entsteht nicht durch das neue Prüfverfahren, sondern bestand auch bisher. Insofern sind bei den Prüfdiensten bereits Prozesse etabliert, die es den Prüfern erlauben auf (drohende)

Gefährdungen von Personen, die sie im Rahmen von Qualitätsprüfungen feststellen, zu reagieren. Diese Prozesse sollten auf ihre Kompatibilität mit dem neuen Prüfverfahren hin geprüft werden und ggf. angepasst werden, so dass die Schnittstellen mit dem neuen Prüfverfahren klar definiert sind.

Dabei sollte auch sichergestellt werden, dass die A-Bewertung, die ein Prüfer ggf. für das Handeln des Pflegedienstes vergeben hat, nicht falsch interpretiert wird bzw. außerhalb des Kontexts der Qualitätsprüfung gegen einen Prüfer verwendet wird: Sie bedeutet nicht, dass die Destabilisierung der Versorgungssituation bzw. die Risiken und Gefahren übersehen bzw. gebilligt wurden, sondern sie bezieht sich strikt auf das Handeln des Pflegedienstes im Sinne der Qualitätsaspekte 1.2 oder 1.3. Um den Prüfern hier ausreichend Sicherheit zu geben, sollte auch die Empfehlung 17 (Kapitel 4.7.2) berücksichtigt werden.

4.6 Ergänzung von Erläuterungen und Feldern

Zu Beginn der Pilotierung, insbesondere im Rahmen der Programmierung der Pilot-Software, ergaben sich Fragen bezüglich des neuen Prüfverfahrens, die IGES allein durch Lesen des Abschlussberichts nicht beantworten konnte. Nach Rücksprache mit den Entwicklern des neuen Prüfverfahrens konnten bereits Lösungen gefunden werden. Diese Informationen sollten mit dem finalen neuen Prüfverfahren veröffentlicht werden.

4.6.1 Empfehlung 15

Um die Nachvollziehbarkeit des neuen Prüfverfahrens zu verbessern, sollten bestimmte Detail-Änderungen (s. u.) in Bezug auf Erläuterungen und die Verfügbarkeit von Antwortfeldern durchgeführt werden.

Vereinfachung des Stichprobenverfahrens

Der Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens sieht folgendes Vorgehen bei der Stichprobenziehung vor: „[...] Die von einem Pflegedienst versorgten Personen werden auf Basis der unter 1. beschriebenen Liste anhand dieser Merkmalskombinationen in die Gruppen a, b und c aufgeteilt. Aus jeder dieser Gruppen werden anhand von Zufallszahlen vier Personen ausgewählt. Die ersten zwei ausgewählten Personen werden bei der Prüfung berücksichtigt. Stellt sich heraus, dass dies nicht möglich ist, wird der dritte und ggf. auch der vierte Versicherte aus dieser Gruppe ersatzweise in die Stichprobe aufgenommen. Sollten auch danach noch keine zwei Personen aus der Gruppe aufgenommen werden können, werden anhand der Zufallszahlen – unter Ausschluss der bereits ausgewählten Versicherten – erneut vier Personen bestimmt. Sollte eine der definierten Gruppen so schwach besetzt sein, dass die Zahl von zwei Personen nicht erreicht werden kann, wird – ebenfalls anhand von Zufallszahlen – eine Person aus einer anderen Gruppe bestimmt. [...]“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 12).

Die schrittweise Auswahl von zunächst vier Personen, von denen dann wiederum zwei Personen ausgewählt werden, erscheint nicht notwendig, um das Ziel des Stichprobenverfahrens zu erreichen. Die Anleitung für das Stichprobenverfahren kann daher wie folgt vereinfacht werden zu: [...] Die von einem Pflegedienst versorgten Personen werden auf Basis der unter 1. beschriebenen Liste anhand dieser Merkmalskombinationen in die Gruppen a, b und c aufgeteilt. Aus jeder dieser Gruppen werden anhand von Zufallszahlen zwei Personen ausgewählt und in die Prüfung einbezogen. Stellt sich heraus, dass eine Person nicht in die Prüfung einbezogen werden kann, werden anhand von Zufallszahlen solange Ersatzpersonen aus der jeweiligen Gruppe gezogen bis zwei Personen je Gruppe in die Prüfung eingeschlossen wurden oder keine weiteren Personen in der Gruppe (auf der Liste) vorhanden sind. In letzterem Fall wird anhand von Zufallszahlen eine Person aus einer anderen Gruppe gezogen. [...]

Die analoge Änderung sollte für die Auswahl der Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen erfolgen. Allerdings stellt sich die Frage, wie mit der Regel für Personen mit der Leistung „Spezielle Krankenbeobachtung“ umgegangen werden soll. Laut dem Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens soll mindestens eine solche Person in die Stichprobe aufgenommen werden, wenn die Liste für die Stichprobenziehung solche Personen enthält. Allerdings wird nicht genau beschrieben, wie dies im Rahmen einer Zufallsauswahl zu gewährleisten ist. Daher scheint es sinnvoll die Regel für die Auswahl von Personen mit aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen wie folgt zu fassen:

Aus den Personen, die im bislang beschriebenen Verfahren noch nicht ausgewählt wurden und die vom Pflegedienst aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen erhalten (Gruppe d), werden anhand von Zufallszahlen drei Personen ausgewählt und in die Prüfung einbezogen. Stellt sich heraus, dass eine Person nicht in die Prüfung einbezogen werden kann, werden anhand von Zufallszahlen solange Ersatzpersonen aus Gruppe d gezogen bis drei Personen in die Prüfung eingeschlossen wurden oder keine weiteren Personen in Gruppe d vorhanden sind. In letzterem Fall wird die Stichprobe nicht aufgefüllt. Es werden dann also keine oder nur ein oder zwei Personen aus Gruppe d eingeschlossen.²⁶ Zusätzlich gilt: Wenn die Liste der versorgten Personen eine oder mehrere Personen mit der Leistung „Spezielle Krankenbeobachtung“ enthält, werden bei der Ziehung der Personen aus Gruppe d zunächst nur die Personen mit der Leistung „Spezielle Krankenbeobachtung“ berücksichtigt. Sobald eine solche Person in die Stichprobe aufgenommen wurde, werden die beiden weiteren Personen aus allen verbleibenden Personen in Gruppe d (mit oder ohne „Spezielle Krankenbeobachtung“) ausgewählt. Sollte es nicht möglich sein, mindestens eine Person mit „Spezieller Krankenbeobachtung“ in die Stichprobe einzuschließen,

²⁶ Diese Formulierung reflektiert noch nicht die Empfehlung, die Stichprobe immer aufzufüllen. Vgl. Empfehlung 1 in Kapitel 4.1.

wird versucht bis zu drei Personen ohne „Spezielle Krankenbeobachtung“ aus Gruppe d in die Stichprobe einzuschließen.

Berechnung der Gesamtbewertungen

In dem Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens steht unter „Abschließende Bewertung und Prüfbericht“: „Die Einzelergebnisse für alle Versicherten der Stichprobe werden zusammengeführt und abschließend für jeden Qualitätsaspekt gesondert bewertet.“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 17). Durch den Ausdruck „gesondert bewertet“ kann der Eindruck entstehen, dass bei dem vorgegebenen Schema ein gewisser Spielraum besteht, innerhalb dessen die Prüfer zu den Gesamtbewertungen gelangen sollen, bzw. dass eine erneute Einschätzung durch die Prüfer erfolgen soll, aus der sich die Gesamtbewertungen ergeben. Dies ist jedoch nicht gemeint. Vielmehr ergeben sich die Gesamtbewertungen rein rechnerisch aus den Einzelbewertungen. Die Berechnung erfolgt mittels des im Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens vorgegebenen Algorithmus.

Der Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens äußert sich nicht explizit, ob im Rahmen des Abschlussgesprächs bereits die Gesamtbewertungen vorliegen sollten (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 16). Einerseits wäre es für die Beratung des Pflegedienstes im Rahmen des Abschlussgesprächs eine wichtige Information, inwiefern die Gesamtbewertungen auf moderate, erhebliche oder schwerwiegende Qualitätsdefizite hinweisen. Andererseits kann es technisch schwierig sein, die Gesamtbewertungen bereits vor Ort bei einem Pflegedienst zu berechnen, da die Einzelbewertungen zunächst auf separaten Endgeräten der Prüfer vorliegen (so direkt eine Eingabe z. B. in Laptops erfolgte). Die Einzelbewertungen der Prüfer müssten also zunächst zusammengespielt werden, z. B. über eine Internetverbindung; danach könnten die Gesamtbewertungen berechnet werden.

Nach Rücksprache mit den Entwicklern des neuen Prüfverfahrens wurde es als nicht notwendig erachtet, dass die Gesamtbewertungen bereits während des Abschlussgesprächs vorliegen. Daher wurden die Gesamtbewertungen im Rahmen der Pilotierung erst nach Abschluss der Prüfung vor Ort, bei der Fertigstellung des Prüfberichts berechnet. Für diese Lösung sprach neben den technischen Hürden, die zu überwinden gewesen wären, dass während des Abschlussgesprächs die „vorläufigen Einschätzungen“ besprochen werden sollen. Ggf. könnten sich durch das Abschlussgespräch weitere Informationen ergeben, die zu einer Änderung der Einzelbewertungen führen. In diesem Falle wäre eine frühzeitige Kommunikation der Gesamtbewertungen irreführend.

Die Qualitätsaspekte 3b „Wundversorgung“ und 3e „sonstige HKP-Leistungen“ auf Einrichtungsebene ergeben sich durch Zusammenfassung mehrerer Qualitätsaspekte auf Ebene der in die Prüfungen einbezogenen Personen. Der Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens formuliert keine Regeln, wie in diesen Fällen die Gesamtbewertungen aus den Einzelbewertungen zu berechnen sind. Eine Berücksichtigung aller Einzelbewertungen erscheint

fraglich, da zwei oder mehr Einzelbewertungen aus derselben personenbezogenen Prüfung stammen können. Z. B. kann bei einer Person sowohl 3.28 „Stomabehandlung“ als auch 3.31 „Verbände“ prüfungsrelevant sein. Die personenbezogene Prüfung bei dieser Person würde also zwei Einzelbewertungen zu der Gesamtbewertung für 3b „Wundversorgung“ beitragen. Da diese Einzelbewertungen jedoch nicht unabhängig voneinander wären (sie stammen aus derselben personenbezogenen Prüfung) erscheint es fraglich, ob sie zu einer Gesamtbewertung zusammengefasst werden sollten. Daher wurden die Gesamtbewertungen für 3b „Wundversorgung“ und 3e „sonstige HKP-Leistungen“ während der Pilotierung wie folgt berechnet: Wenn in einer personenbezogenen Prüfung zwei oder mehr HKP-Leistungen, die zusammengefasst werden, bewertet wurden, wurde die schlechteste Einzelbewertung für die Berechnung der Gesamtbewertung verwendet.

Inhalte des Prüfberichts

Das neue Prüfverfahren sieht vor, dass der Prüfbericht vier Elemente enthält (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 19):

1. administrative Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst,
2. die zusammenfassende Beurteilung der Prüfergebnisse,
3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten,
4. einen Anhang mit sämtlichen Prüfbögen.

Zur weiteren Erläuterung der Inhalte der Prüfberichte sollte ergänzt werden:

Mit Nummer 1 sind die Angaben gemeint, die in den bisherigen QPR in dem „Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst (Struktur- und Prozessqualität)“ unter „1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst“ erhoben werden (MDS, 2018a, S. 23). Diese Angaben sollten ggf. erweitert werden, um die für die neue Qualitätsdarstellung notwendigen Informationen über den Pflegedienst zusammenzustellen (z. B. Angebote für Angehörige, Fremdsprachenkenntnisse der Mitarbeitenden, vgl. Büscher *et al.*, 2018, Anhang 6, S. 3).

Mit Nummer 2 sind die Inhalte des Anhangs 2b aus dem Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens gemeint (Büscher *et al.*, 2018).

Für die unter Nummer 3 beschriebenen Empfehlungen wäre ein Feld und eine Anleitung, wie es zu nutzen ist, in dem Prüfinstrument zu ergänzen. Der Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens (Büscher *et al.*, 2018) sieht ein solches Feld noch nicht vor und enthält keine Anleitung, wie es zu befüllen wäre. Das Feld sollte in dem „Bogen für die Prüfung auf Ebene der Einrichtung“ ergänzt werden. Im Rahmen der Pilotierung regten einige Prüfer an, dass das Feld von allen an der Prüfung beteiligten Prüfern, nicht nur dem verantwortlichen Prüfer, bearbeitbar sein sollte. Es sollte geprüft werden, inwieweit dies wünschenswert ist, wobei auch die Einschätzung der Landesverbände der Pflegekassen zu berücksichtigen wäre (vgl. Kapitel 3.11). Für die Anleitung zur Nutzung des neuen Felds erscheint es plausibel, die Beschreibung

zu „Empfehlungen“ aus den bisherigen QPR zu übernehmen: „Zu bestehenden Defiziten werden konkrete Maßnahmen zur Beseitigung empfohlen. Diese sind mit differenzierten Fristvorschlägen zu hinterlegen. Dabei ist der Gefährdungsgrad der versorgten Personen zu berücksichtigen“ (MDS, 2018a, S. 189). Auch hier sollte jedoch berücksichtigt werden, inwieweit die Landesverbände der Pflegekassen bestimmte Anforderungen an die Nutzung des Felds stellen, um die Ableitung von Maßnahmen aus den Prüfberichten zu erleichtern.

Mit Nummer 4 sind die Inhalte der Anhänge 2a, 4a bzw. 5a aus dem Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens gemeint (Büscher *et al.*, 2018).

Zusammenführen der Prüfbögen für spezialisierte Pflegedienste

Der Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens enthält separate Anhänge für die „Qualitätsprüfung bei der ärztlich verordneten Maßnahme ‚Krankenbeobachtung, spezielle‘ aus der HKP-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 4a und 4b) und für die „Qualitätsprüfung bei der ärztlich verordneten Maßnahme ‚Psychiatrische Krankenpflege‘ aus der HKP-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung“ (ebenda, Anhang 5a und 5b). Diese Anhänge enthalten neben den Prüfbögen und Anleitungen für die Qualitätsaspekte „Spezielle Krankenbeobachtung“ bzw. „Psychiatrische Krankenpflege“ auch Prüfbögen und Anleitungen für die Qualitätsaspekte aus den Prüfbereichen 1, 2 und 4. Es ist nicht sofort ersichtlich, inwiefern sich letztere von den entsprechenden Prüfbögen und Anleitungen in den Anhängen 2a und 2b unterscheiden. Nach Aussage der Entwickler des neuen Prüfverfahrens gibt es keine Unterschiede zwischen den wiederholten Qualitätsaspekten. Insofern können die Prüfbögen und Anleitungen für die Qualitätsaspekte „Spezielle Krankenbeobachtung“ und „Psychiatrische Krankenpflege“ in die Anhänge 2a und 2b aufgenommen werden, um das „vollständige“ Prüfinstrument zu erhalten.

Um die Ermittlung des Prüfumfangs bei spezialisierten Pflegediensten zu erleichtern, sollten die Erläuterungen aus dem Abschnitt „Spezielle Krankenbeobachtung und Psychiatrische Krankenpflege“ in Kapitel 4 des Abschlussberichts über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens (Büscher *et al.*, 2018, S. 69) als Anleitungen in die Prüfbögen übernommen werden. So würde deutlicher, dass neben den relevanten Qualitätsaspekten aus Prüfbereich 3 auch Qualitätsaspekte aus Prüfbereich 2 prüfungsrelevant sein können, auch wenn hierfür keine SGB XI-Leistungen vereinbart sind.

Anleitung für das Freitextfeld zu B-Bewertungen

Die Prüfbögen für die personenbezogenen Prüfungen sehen für B-Bewertungen ein Freitextfeld vor, welches analog zu den Freitextfeldern für die Begründungen von C- und D-Bewertungen positioniert ist (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 2a). Es wird jedoch nicht spezifiziert, wann und wie dieses Feld zu nutzen ist. Es erscheint plausibel, dass das Feld immer bei Vergeben einer B-Bewertung für eine

Begründung der B-Bewertung genutzt werden sollte. Die in der Begründung zu beantwortenden Fragen könnten analog zu den Fragen für C- und D-Bewertungen formuliert werden:

- ◆ Worin genau besteht die Auffälligkeit, die durch das Handeln oder eine Unterlassung der Mitarbeiter der Einrichtung entstanden ist?
- ◆ Durch welche Handlungen oder Unterlassungen ist die Auffälligkeit entstanden?
- ◆ Aus welchem Sachverhalten folgert der Prüfer, dass keine Risiken oder negativen Folgen für den pflegebedürftigen Menschen zu erwarten sind?
- ◆ Mit Hilfe welcher Informationsquellen hat der Prüfer diese Feststellungen getroffen?

Korrekturen von Texten

Die folgenden Texte in dem neuen Prüfverfahren sollten korrigiert werden:

- ◆ Im Titel für Prüfbereich 1 sollte „oder verordneten“ ergänzt werden: Unabhängig von vereinbarten oder verordneten Leistungen zu prüfende Aspekte (vgl. Kapitel 3.4.1)
- ◆ In dem Kapitel „Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes“ (Büscher et al., 2018, S. 80 und Anhang 1, S. 8) sollte ergänzt werden, dass die Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes auch im Rahmen von ärztlich verordneten Maßnahmen begrenzt sind. Bisher ist nur vom „vertraglich definierten pflegerischen Auftrag“ die Rede. Da an anderer Stelle explizit zwischen „vertraglich vereinbart“ und „ärztlich verordnet“ unterschieden wird, erscheint die Klarstellung notwendig.

4.7 Prüfbereich 4

Der Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens merkt zu Prüfbereich 4 an: „Aufgrund der Erfahrungen mit dem Pretest konnte nicht abschließend geklärt werden, ob die Themen im Qualitätsbereich 4, für die ggf. Auffälligkeiten festzustellen und eine Beratung der Pflegedienste einzuleiten ist, im Regelbetrieb tatsächlich relevant sein werden. Im Rahmen der Pilotierung sollte entsprechend untersucht werden, inwieweit hier nicht nur formale Fragen, sondern substantielle Inhalte und Problemanzeigen bearbeitet werden können“ (Büscher et al., 2018, S. 139). Daher wurde Prüfbereich 4 im Rahmen der Pilotierung ein besonderes Augenmerk geschenkt.

Prüfbereich 4 umfasst zwei Qualitätsaspekte: 4.1 „Zusammenarbeit mit Angehörigen“ und 4.2 „Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung“. Sie umfassen, wie auch die Qualitätsaspekte in den Prüfbereichen 1 bis 3, eine Qualitätsaussage, Beschreibung, Leitfragen und Erläuterungen zu den Leitfragen. Anstelle der Felder für die Bewertung steht ein

Freitextfeld mit der Überschrift „Auffälligkeiten“. Der Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens beschreibt die Besonderheiten der Qualitätsaspekte 4.1 und 4.2 wie folgt: „Die Verbindung zwischen beiden Themen besteht darin, dass die vierstufige Bewertungssystematik in beiden Fällen nicht sinnvoll anzuwenden ist, die eigentliche Qualitätsaussage jedoch recht eindeutig beschrieben werden kann. Um die Sensibilität für die Berücksichtigung dieser Themen im Alltag der ambulanten Pflege zu fördern und zu bestärken, bleiben die Themen erhalten, werden jedoch nicht bewertet. Bei Auffälligkeiten bei diesen Themen soll der ambulante Pflegedienst durch die Prüfdienste beraten werden“ (Büscher *et al.*, 2018, S. 72). Bezüglich des Vorgehens bei der Prüfung der Qualitätsaspekte 4.1 und 4.2 weist der Abschlussbericht auf folgendes hin: „Die Beurteilung der Qualitätsaspekte im Bereich 4 kann nicht in Form einer standardisierten Bewertung erfolgen. Es erfolgt auch keine gesonderte Informationserfassung. Werden durch den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese im jeweils zugeordneten Textfeld ‚Auffälligkeiten oder Defizite‘ aufzuführen. Sie sollten den leitenden Mitarbeitern des Pflegedienstes im Rahmen der Beratung erläutert werden“ (ebenda, Anhang 2a, S. 39).

Im Rahmen der Pilotierung wurde untersucht, wie häufig die Qualitätsaspekte 4.1 und 4.2 geprüft wurden und welche Auffälligkeiten dabei festgestellt wurden (Kapitel 3.10.2). Weiterhin wurde die Praktikabilität aus Sicht der Prüfer und der Pflegedienste betrachtet (Kapitel 3.10.3 bis 3.10.6). Schließlich wurden die Prüfer und die Pflegedienste um ihre Einschätzungen zu möglichen Barrieren bei der Prüfung der Qualitätsaspekte 4.1 und 4.2 gebeten (Kapitel 3.10.5 und 3.10.6.1).

Bezüglich der Feststellung des Prüfumfanges wurde deutlich, dass Kriterien fehlen, die festlegen, wann die Qualitätsaspekte 4.1 und 4.2 zu prüfen sind. Um die Pilot-Prüfungen durchführen zu können, definierten die Prüfer für sich selbst solche Kriterien. Die Herangehensweise für die Definition der Kriterien scheint sich jedoch sowohl von Prüfer zu Prüfer als auch zwischen den Qualitätsaspekten 4.1 und 4.2 zu unterscheiden (Kapitel 3.10.1).

Wie aufgrund der Ergebnisse des Pretests (Büscher *et al.*, 2018, S. 126) zu erwarten, stellten die Prüfer in nur wenigen personenbezogenen Prüfungen negative Auffälligkeiten in Prüfbereich 4 fest: Für Qualitätsaspekt 4.1 trat dies in 23 personenbezogenen Prüfungen auf, für 4.2 in 11 (Kapitel 3.10.2). Während der Pilotierung wurden insgesamt 754 personenbezogene Prüfungen durchgeführt (Kapitel 3.2.3). Die beschriebenen Auffälligkeiten scheinen nur teilweise den Vorstellungen für die in Prüfbereich 4 zu behandelnden Themen zu entsprechen. In einigen Fällen wird auf eine fehlende Dokumentation hingewiesen. In anderen Fällen erweist sich eine Abgrenzung zu den Qualitätsaspekten 1.2 und 1.3 sowie Qualitätsaspekten, die explizit die Anleitung und Beratung der Angehörigen beinhalten (1.1, 1.2, 1.3, 2.2 bis 2.9) als schwierig (Kapitel 3.10.2).

Die Ergebnisse zu Prüfbereich 4 lassen auch Zweifel aufkommen, dass im Rahmen der Qualitätsprüfungen eine lösungsorientierte Beratung stattfinden kann, wenn es aufgrund der in Qualitätsaspekt 4.1 oder 4.2 angesprochenen Themen zu

Problemen kommt. So erwies es sich als relativ schwierig die Themen anzusprechen (insbesondere in der Einschätzung der Pflegedienste) und Informationen zusammenzutragen, auf deren Grundlage die Prüfer eine Beratung der Pflegedienste durchführen konnten (Kapitel 3.10.5 und 3.10.6.1). In den Feedback-Veranstaltungen zweifelten sowohl Prüfer als auch Pflegedienste daran, dass im Rahmen der Qualitätsprüfungen mehr als eine oberflächliche Beratung stattfinden könne, wenn tatsächlich Konflikte mit den Angehörigen bzw. Hinweise auf Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch oder Unterversorgung vorliegen. Die Pflegedienste würden die Situationen meist besser kennen und hätten mehr Erfahrung damit umzugehen als die Prüfer (Kapitel 3.10.2).

In Bezug auf Aspekte der Praktikabilität – wie die Schwierigkeit der Feststellung von Auffälligkeiten, die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Qualitätsaspekte sowie die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse – ähneln die Einschätzungen der Prüfer bzw. der Pflegedienste den Einschätzungen für die „neueren“ Qualitätsaspekte in den Prüfbereichen 1 und 2. Insofern scheint Prüfbereich 4 nicht grundsätzlich als schwieriger empfunden worden zu sein. Vielmehr ergaben sich spezifische Herausforderungen in Bezug auf die Feststellung des Prüfumfanges und die zu prüfenden bzw. in einer Beratung zu berücksichtigenden Inhalte.

Somit blieb im Rahmen der Pilotierung letztlich unklar, wann und wie die Qualitätsaspekte 4.1 und 4.2 zu bearbeiten sind und welchen – im Rahmen der Qualitätsprüfungen realistischen – Beitrag sie leisten können, der über das hinausgeht, was bereits durch andere Qualitätsaspekte abgebildet wird.

4.7.1 Empfehlung 16

Mit Blick auf ein möglichst stringentes Prüfverfahren sollte auf die Qualitätsaspekte 4.1 und 4.2 verzichtet werden.

Wie oben zusammengefasst, deuten die Ergebnisse der Pilotierung auf einen geringen Zusatznutzen der Qualitätsaspekte 4.1 und 4.2 für die Qualitätsprüfungen hin. Daher können diese beiden Qualitätsaspekte aus dem Prüfinstrument entfernt werden.

4.7.2 Empfehlung 17

Es sollte erwogen werden eine Dokumentation von und ggf. eine Beratung zu problematischen Pflegesituationen, auf die der Pflegedienst angemessen reagierte, ohne jedoch eine Verbesserung bewirken zu können, in das Prüfverfahren aufzunehmen.

Im Zusammenhang mit den Qualitätsaspekten 1.2 und 1.3 zeigte sich, dass es spezielle Situationen gibt, für die das Prüfverfahren aus Sicht einiger Prüfer kein zufriedenstellendes Vorgehen anbietet (Kapitel 0). Hierbei handelt es sich um Pflegesituationen mit einem Risiko negativer Folgen oder eingetretenen negativen

Folgen für den pflegebedürftigen Menschen, in denen der Pflegedienst innerhalb seiner Einwirkungsmöglichkeiten angemessen reagierte, ohne jedoch eine Verbesserung bewirken zu können.

Wie bereits in Kapitel 0 erläutert, wäre es korrekt in diesen Situationen das Handeln des Pflegedienstes mit „A – keine Auffälligkeiten“ zu bewerten. Damit ergäbe sich jedoch keine Möglichkeit das Risiko negativer Folgen bzw. die eingetretenen negativen Folgen und die Reaktion des Pflegedienstes darauf zu dokumentieren – für A-Bewertungen ist keine Begründung vorgesehen. Eine Begründung wäre in diesen speziellen Situationen aus Sicht der Prüfer jedoch wichtig, um die Bewertung nachvollziehbar zu machen und ihnen Sicherheit zu geben, dass ihre Bewertung nicht ethisch zweifelhaft ist.

Hieraus könnte sich eine modifizierte Funktion für Prüfbereich 4 ergeben, wobei zu überlegen wäre, ob tatsächlich weiterhin von einem „Prüfbereich“ gesprochen werden sollte. Zweck des neuen Abschnitts des Prüfinstruments wäre es primär, im Rahmen von personenbezogenen Prüfungen festgestellte Risiken negativer Folgen bzw. eingetretene negative Folgen zu dokumentieren und zu begründen, warum der Pflegedienst angemessen reagierte. Ferner könnte der neue Abschnitt die Option enthalten, zu den beschriebenen Pflegesituation eine Beratung durchzuführen, mit dem Ziel gemeinsam mit dem Pflegedienst Möglichkeiten für die Behebung der Probleme zu erörtern. Die Ergebnisse der Pilotierung deuten darauf hin, dass es sich als schwierig erweisen wird, im Rahmen der Qualitätsprüfungen für die genannten Situationen Lösungsvorschläge zu entwickeln. Allerdings bestünde zumindest die Option, dies zu versuchen und die Ergebnisse zu dokumentieren.

In dem neuen Abschnitt des Prüfinstruments stünden den Prüfern somit drei Freitextfelder zur Verfügung: Ein Feld für die Beschreibung ggf. festgestellter Risiken negativer Folgen bzw. eingetretener negativer Folgen für den pflegebedürftigen Menschen sowie der Darlegung der für die Feststellung genutzten Informationsquellen. Ein zweites Feld für die Beschreibung der Reaktion des Pflegedienstes auf die problematische Pflegesituation und die Begründung des Prüfers, warum die Reaktion als angemessen eingeschätzt wurde (und daher in relevanten Qualitätsaspekten mit „A“ bewertet wurde). Ein drittes Feld, um im Rahmen einer Beratung möglicherweise entwickelte Lösungsvorschläge festzuhalten.

4.8 Intensivpflegedienste

Das neue Prüfverfahren soll auch zum Einsatz kommen, um Qualitätsprüfungen für die Erbringung der HKP-Leistung „Spezielle Krankenbeobachtung“ durchzuführen. Hierfür enthält das Prüfinstrument einen Prüfbogen für den Qualitätsaspekt 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 4a). Weiterhin sollen in personenbezogenen Prüfungen, in denen der Qualitätsaspekt 3.24 prüfungsrelevant ist, auch die Prüfbereiche 1, 2 und 4 sowie ggf. weitere ärztlich verordnete Maßnahmen (Prüfbereich 3) berücksichtigt werden. Für die

Qualitätsaspekte in Prüfbereich 2 müssen keine Leistungen nach SGB XI vereinbart sein, sondern sie sollen „als ein mögliches Spektrum pflegerischer Aufgaben, die im Rahmen einer 24-Stunden-Versorgung notwendig werden können“ (Büscher *et al.*, 2018, S. 70) verstanden werden. Daher ist „im Einzelfall zu entscheiden, welche der Maßnahmen zum Bestandteil der Prüfung werden. So kann regelhaft davon ausgegangen werden, dass eine Unterstützung bei der Körperpflege, bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und bei der Ausscheidung erforderlich ist. Ob in gleichem Maße eine Unterstützung bei der Mobilität, der Kommunikation oder bei beeinträchtigter Kommunikation erforderlich ist, lässt sich nur auf Basis der Gegebenheiten des Einzelfalls beurteilen.“ (ebenda). Für die übrigen Qualitätsaspekte soll wie in regulären personenbezogenen Prüfungen vorgegangen werden. Auch der Ablauf der Prüfungen soll wie für nicht-spezialisierte Pflegedienste erfolgen.

An der Pilotierung nahmen zehn Intensivpflegedienste teil. Intensivpflegedienste haben sich auf die Versorgung von beatmungspflichtigen und nicht beatmungspflichtigen Kunden spezialisiert, „bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung akute gesundheits- oder lebensgefährdende Veränderungen der Vitalfunktionen mit der Notwendigkeit zur sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten wiederkehrend eintreten können“ (GKV-Spitzenverband, 2019, S. 9). Intensivpflegedienste erbringen häufig, jedoch nicht ausschließlich, die HKP-Leistung „Spezielle Krankenbeobachtung“. Bei den zehn an der Pilotierung teilnehmenden Intensivpflegediensten wurden 71 personenbezogene Prüfungen durchgeführt (Kapitel 3.2.4.5), wobei in 56 davon der Qualitätsaspekt 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ prüfungsrelevant war (Kapitel 3.3.1.1).

Die Ergebnisse zum Stichprobenverfahren zeigen, dass bei Intensivpflegediensten mehr Personen in die Stichproben aufgenommen wurden, die gleichzeitig Einschränkungen der Mobilität und der Kognition haben sowie aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen beziehen, als bei Pflegediensten ohne Spezialisierung (Kapitel 3.2.4.1). Dies ist aufgrund der stärker beeinträchtigten Klientel von Intensivpflegediensten zu erwarten. Auch das Ergebnis, dass durchschnittlich mehr Qualitätsaspekte pro personenbezogene Prüfung geprüft wurden (Kapitel 3.3.1.3), ist in diesem Kontext nachvollziehbar. Allerdings erwies sich die Feststellung des Prüfungsumfanges als schwierig (Kapitel 3.6.1.6). Häufig liegt in der Intensivpflege keine detaillierte Leistungsvereinbarung vor (insbesondere bei Pauschalverträgen). Auch erledigen die Pflegedienste häufig Aufgaben aus Kulanz. Unter diesen Gegebenheiten fiel es den Prüfern schwer festzustellen, welche der Qualitätsaspekte in den Prüfbereichen 1 und 2 prüfungsrelevant waren. Auch in Prüfbereich 3 kam es zu Verwirrung, weil Qualitätsaspekte, die einzeln aufgeführt sind, z. T. auch als Teil des Qualitätsaspekts 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ genannt werden.

Das Vergeben der Bewertungen bereitete bei Intensivpflegediensten aus Sicht der Prüfer Schwierigkeiten (Kapitel 3.6.3.3): Zum einen würden die vielen Einzelheiten, die bei der Prüfung der Leistung „Spezielle Krankenbeobachtung“ beachtet

werden müssen, nicht angemessen durch die vier Leitfragen abgebildet. Zum anderen müssen die vielen Beobachtungen zu einer Einzelbewertung (A, B, C oder D) für den Qualitätsaspekt 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ zusammengefasst werden, ohne dass klar geregelt sei, wie dabei vorzugehen ist. Eine Konsequenz aus der Verdichtung zu einer Einzelbewertung war, dass Intensivpflegedienste häufiger B-, C- oder D-Bewertungen erhielten als Pflegedienste mit allgemeinem Leistungsspektrum (Kapitel 3.3.1.2). Bei einer überlebenswichtigen Leistung wie der „Speziellen Krankenbeobachtung“ sahen sich die Prüfer aufgrund der Bewertungssystematik schon bei kleineren Abweichungen gezwungen, mit C oder D zu bewerten, obwohl dies ihrer Meinung nach die Qualität insgesamt nicht adäquat widerspiegeln würde. Die zu wenig differenzierte Darstellung der Qualität führte wiederum dazu, dass die geprüften Pflegedienste die Bewertung häufig als wenig nachvollziehbar einschätzten (Kapitel 3.7.6).

Insgesamt gesehen, empfanden die Prüfer das neue Prüfverfahren als einen Rückschritt im Vergleich zu dem Vorgehen, das seit 01.01.2018 Teil der bisherigen QPR (MDS, 2018a) ist, und befürchteten eine „Qualitätsabsenkung“ gegenüber dem bisherigen Niveau, da keine detaillierte Betrachtung der besonderen Versorgungssituationen in der Intensivpflege erfolge.

4.8.1 Empfehlung 18

Das Prüfverfahren für Intensivpflegedienste sollte überarbeitet werden, um den Anforderungen in der ambulanten Intensivpflege Rechnung zu tragen. Dies betrifft alle fünf Prüfbereiche.

Laut dem Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens (Büscher *et al.*, 2018, S. 65), strebt das neue Prüfverfahren an, die „tatsächliche Pflegesituation und die Ergebnisse des Pflegeprozesses“ ins Zentrum des Prüfgeschehens zu rücken. Um dies zu erreichen, soll eine Abkehr von den „sehr eng gefassten Kriterien“ des bisherigen Prüfverfahrens erfolgen. Diese Kriterien seien nur im Hinblick auf Dokumentationsanforderungen unmissverständlich als erfüllt oder nicht erfüllt bewertbar. In Bezug auf die tatsächlichen Prozesse und Ergebnisse der pflegerischen Versorgung ließen sich solche Aussagen nicht eindeutig treffen. Daher soll den Prüfern und Pflegediensten mehr Gestaltungsspielraum und größere Verantwortung gegeben und damit ein genauerer Blick auf die Ergebnisqualität der Pflege gefördert werden.

Diese dem neuen Prüfverfahren zugrundeliegende „Philosophie“ ist im Kontext der Intensivpflege kritisch zu hinterfragen. Intensivpflegedienste versorgen Menschen, bei denen es zu unvorhersehbaren Zeiten zu lebensbedrohlichen Situationen kommen kann. Um das Eintreten lebensbedrohlicher Situationen zu vermeiden bzw. in diesen Situationen schnell und richtig reagieren zu können, müssen Intensivpflegedienste möglichst genau definierte Voraussetzung erfüllen und nach möglichst genau festgelegten Abläufen handeln. Ziel einer Qualitätsprüfung sollte es sei, die Erfüllung dieser Anforderungen zu überprüfen.

Da die Anforderungen im Kontext der Intensivpflege möglichst genau definiert sein sollten, wäre es konsequent die Prüfkriterien gezielt auf die Anforderungen auszurichten und zu bewerten, inwiefern die Anforderungen erfüllt sind.

Vor diesem Hintergrund sollte das neue Prüfverfahren für Intensivpflegedienste präzisiert werden, damit die für die Intensivpflege relevanten Anforderung systematisch und umfassend geprüft werden. Bei der Überarbeitung sollte angestrebt werden, die Qualitätsaspekte und Anleitungen für deren Bearbeitung genauer auf Intensivpflegesituationen zuzuschneiden und eine differenziertere Darstellung der Qualität zu ermöglichen als bisher vorgesehen. Dadurch würden die im Rahmen der Pilotierung festgestellten Schwierigkeiten bei der Feststellung des Prüfumfanges und der Vergabe der Bewertungen adressiert.

Alternativ zu einer Präzisierung des neuen Prüfverfahrens, könnte auch in Erwägung gezogen werden, das bisherige Prüfverfahren für Intensivpflegedienste als Ausgangspunkt zu nehmen und zu prüfen, inwiefern Ergänzungen auf Basis des neuen Prüfverfahrens zu einem zufriedenstellenden Ergebnis für die Prüfung von Intensivpflegediensten führen. In den seit Januar 2018 gültigen ambulanten QPR wurden – ausgelöst durch Änderungen im Zuge des Pflegestärkungsgesetzes III – erstmals Prüfkriterien für die „Spezielle Krankenbeobachtung“ ergänzt (MDS, 2018a, S. 1). Die entsprechenden Prüfkriterien finden sich im „Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst (Struktur- und Prozessqualität)“ in Abschnitt 7 „Strukturelle Anforderungen an die spezielle Krankenbeobachtung“ sowie im „Erhebungsbogen zur Prüfung bei der versorgten Person (Prozess- und Ergebnisqualität)“ in Abschnitt 10 „Behandlungspflege bei spezieller Krankenbeobachtung“ (MDS, 2018a, S. 39 bzw. 52). Dem Vorgehen der bisherigen QPR entsprechend sind die Prüfkriterien als eine Reihe von Fragen formuliert, die der Prüfer mit ja oder nein beantwortet. Bei einigen Fragen besteht auch die Antwortoption „trifft nicht zu“ (z. B. wenn sich die Frage auf vereinbarte Leistungen bezieht, die jedoch nicht in jedem Fall vereinbart sein müssen). Weiterhin kann bei Fragen, die der Bewertung der Qualität dienen, „Empfehlung“ angekreuzt werden, wenn ein Defizit festgestellt wurde und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung empfohlen werden.

Ein spezieller Aspekt, der während der Weiterentwicklung berücksichtigt werden sollte, sind die Ausführungen in den HKP-Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V vom 30.08.2019 (GKV-Spitzenverband, 2019). Diese Rahmenempfehlungen erschienen nach Fertigstellung des neuen Prüfverfahrens und konnten insofern keine Berücksichtigung finden. In § 4 „Außerklinische ambulante Intensivpflege“ werden spezifische Voraussetzungen zur Versorgung von beatmungspflichtigen und von nicht beatmungspflichtigen Versicherten sowie weitere Anforderungen an die Leistungserbringung für beatmungspflichtige und nicht beatmungspflichtige Versicherte beschrieben. Diese Voraussetzungen und Anforderungen sollten bei der Weiterentwicklung des neuen Prüfverfahrens für Intensivpflegedienste berücksichtigt werden.

4.8.2 Empfehlung 19

Das Stichprobenverfahren sollte eigene Regeln für intensivpflegerisch versorgte Personen enthalten: Zum einen sollten maximal sechs intensivpflegerisch versorgte Personen in eine Stichprobe aufgenommen werden. Zum anderen sollte die Auswahl nach Einschränkungen der Mobilität oder Kognition bei intensivpflegerisch versorgten Personen entfallen.

Das neue Prüfverfahren sieht vor, dass nach Möglichkeit Personen mit Einschränkungen der Mobilität, Einschränkungen der Kognition und/oder Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen in die Prüfung einbezogen werden. Personen, die intensivpflegerisch versorgt werden, weisen häufig alle drei dieser Merkmale auf (Kapitel 3.2.4.1). Dies kann nach den Regeln des Stichprobenverfahrens dazu führen, dass bei Intensivpflegediensten bis zu neun intensivpflegerisch versorgte Personen in die Stichprobe aufgenommen werden. Da die personenbezogenen Prüfungen bei diesen Personen zeitintensiv sind – ein Hausbesuch dauert bei Kunden von Intensivpflegediensten durchschnittlich ca. 50 Minuten im Vergleich zu ca. 30 Minuten bei Kunden von allgemeinen Pflegediensten (Kapitel 3.6.8.3) – ist es kaum realistisch, neun davon bei einem Pflegedienst durchzuführen. Daher sollte die Anzahl intensivpflegerisch versorgter Personen, die in die Stichprobe aufgenommen werden, begrenzt werden.

Die maximale Anzahl intensivpflegerisch versorgter Personen, die in die Stichprobe aufgenommen werden, kann auf Basis von Erfahrungswerten festgelegt werden. Ausgehend von den Erfahrungen während der Pilotierung erscheint ein Wert von maximal sechs intensivpflegerisch versorgten Personen angemessen (vgl. Kapitel 3.2.4.5). Eine Anzahl von sechs erscheint auch insofern vertretbar als die Versorgungskonstellationen bei diesen Personen ähnlicher sind als z. B. bei Kunden von allgemeinen Pflegediensten und somit voraussichtlich auch mit sechs Kunden eine adäquate Prüfung erfolgen kann.

Aufgrund des häufigen Überlappens der drei Merkmale Einschränkungen der Mobilität, Einschränkungen der Kognition und Bezug aufwändigerer/risikobehafteter HKP-Leistungen bei intensivpflegerisch versorgten Personen stellt sich weiterhin die Frage, ob die Klassifizierung entsprechend der für die Stichprobenziehung erforderlichen Merkmale bei diesen Personen notwendig ist. Die Ergebnisse der Pilotierung zeigen, dass die intendierte Verteilung von je zwei Personen mit isolierten Einschränkungen der Mobilität bzw. Einschränkungen der Kognition bei Intensivpflegediensten häufig nicht realisiert werden konnte (Kapitel 3.2.4.5). Weiterhin traten die generell festgestellten Schwierigkeiten bei der Klassifizierung (Kapitel 3.2.1.3, 3.2.2.1 und 3.2.2.5) auch bei Intensivpflegediensten auf, wobei insbesondere die Einschätzung zur Kognition hier besonders schwierig sein konnte. Schließlich erscheint eine Klassifizierung nach Einschränkungen der Mobilität und/oder der Kognition bei intensivpflegerisch versorgten Personen weniger relevant für die Auswahl der einzubeziehenden Personen. Ausschlaggebendes Merkmal für die Versorgungssituation der betroffenen Personen ist die Notwendigkeit zur

sofortigen medizinischen Intervention zu unvorhersehbaren Zeiten. Daher sollte die Klassifizierung nach Einschränkungen der Mobilität und/oder Kognition bei intensivpflegerisch versorgten Personen entfallen.

Somit würde sich für auf Intensivpflege spezialisierte Pflegedienste ein Stichprobenverfahren anbieten, bei dem per Zufall sechs Personen ausgewählt werden. Wenn ein Pflegedienst ausschließlich Intensivpflege durchführt, ergäbe sich eine Stichprobe von sechs intensivpflegerisch versorgten Personen. Wenn ein Pflegedienst auch nicht-intensivpflegerisch versorgte Kunden hat, ergäbe sich eine Stichprobe von sechs Personen, die die Anteile der intensivpflegerisch bzw. nicht-intensivpflegerisch versorgten Kunden widerspiegelt. Basierend auf den Erfahrungen aus der Pilotierung ist zu erwarten, dass auch in letzteren Fällen überwiegend intensivpflegerisch versorgte Personen in die Stichprobe aufgenommen werden. Ggf. sollte überprüft werden, ob es einen signifikanten Anteil an Pflegediensten gibt, die Intensivpflege anbieten, jedoch nur bei einem kleinen Anteil ihrer Kunden. Wenn solche Konstellationen häufig genug auftreten, wäre zu überlegen eigene Stichprobenregeln hierfür vorzugeben.

4.8.3 Empfehlung 20

Der zweite Satz der Qualitätsaussage sollte rechtlich geprüft werden. Der Satz lautet: „Im Rahmen der speziellen Krankenbeobachtung trägt der ambulante Pflegedienst dazu bei, dass der pflegebedürftige Mensch und seine Angehörigen oder andere in die Pflege involvierte Personen durch Schulung und Beratung in die Lage versetzt werden, sich an den notwendigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege zu beteiligen oder diese ganz oder teilweise zu übernehmen.“

Der zu hinterfragende Satz kann so verstanden werden, dass die Schulung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen und seiner Angehörigen ein verbindlicher Teil der „Speziellen Krankenbeobachtung“ sind und durch den Pflegedienst durchzuführen sind, der die „Spezielle Krankenbeobachtung“ erbringt. Dies widerspricht dem Verständnis der an der Pilotierung teilnehmenden Intensivpflegedienste. Sie geben zu bedenken, dass derjenige, der die Schulung und Beratung durchführe, eine gewisse Verantwortung für das Handeln der geschulten/beratenen Personen übernimmt. Wenn ein Pflegedienst sowohl die Leistung „Spezielle Krankenbeobachtung“ erbringt als auch die Schulung und Beratung durchführt, würde er nicht nur für sein eigenes Handeln im Rahmen der Leistungserbringung verantwortlich sein, sondern indirekt auch für das Handeln der geschulten/beratenen Personen. Es käme also zu einer Vermischung von Verantwortlichkeiten. Aufgrund der lebensnotwendigen Maßnahmen im Rahmen der Intensivpflege sollte jedoch eine klare Abgrenzung der Verantwortlichkeiten des Pflegedienstes nur für sein eigenes Handeln bestehen.

Aus Sicht der an der Pilotierung teilnehmenden Intensivpflegedienste sei es durchaus ihre Aufgabe, die Schulung und Beratung der pflegebedürftigen Person und der Angehörigen zu empfehlen. Die Durchführung der Schulung und Beratung müsse jedoch durch Dritte erfolgen.

Die Leistungsbeschreibung für „Spezielle Krankenbeobachtung“ in der HKP-Richtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019) lautet:

- ◆ „kontinuierliche Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinisch-pflegerischen Maßnahmen
- ◆ Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut
- ◆ einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Maßnahmen.“

Hierin oder in den dazugehörigen Bemerkungen findet sich kein expliziter Hinweis auf Schulung und Beratung.

Die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V i. d. F. vom 30.08.2019 (GKV-Spitzenverband, 2019) weisen darauf hin, dass sich Intensivpflegedienste am Grundsatz der Rückzugspflege orientieren sollen. Dazu heißt es weiter: „Ziel der Rückzugspflege ist es, Versicherte und deren soziales Umfeld durch strukturierte Maßnahmen, insbesondere durch Anleitung und Schulung, in die Lage zu versetzen, sich an den krankenflegerischen Maßnahmen zu beteiligen bzw. diese ganz oder teilweise zu übernehmen. Der Pflegedienst beachtet bei der individuellen Planung und Ausgestaltung der strukturierten Maßnahmen insbesondere Art, Umfang und Schwierigkeit der krankenflegerischen Inhalte und die Wünsche der Versicherten und des sozialen Umfeldes sowie deren Grenzen aktiver und passiver Pflegebereitschaft.“ Dieser Abschnitt sieht Anleitung und Schulung als Teil der Rückzugspflege, lässt aber offen, wer die Anleitung und Schulung durchführt.

Vor diesem Hintergrund sollte geklärt werden, inwieweit aus leistungsrechtlicher Sicht erwartet werden kann, dass ein Pflegedienst bei Erbringung der HKP-Leistung „Spezielle Krankenbeobachtung“ auch selbst eine Schulung und Beratung der pflegebedürftigen Person und ihrer Angehörigen durchführt. Es sollte eine klarere Formulierung für die Qualitätsaussage von Qualitätsaspekt 3.24 gewählt werden.

4.8.4 Empfehlung 21

Falls das neue Prüfverfahren für die Leistung „Spezielle Krankenbeobachtung“ beibehalten wird, sollte klargestellt werden, was unter welchem Qualitätsaspekt in Prüfbereich 3 geprüft werden soll.

Wie in Kapitel 3.6.1.6 erläutert, sind laut der Anleitung für den Qualitätsaspekt 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ auch die Beatmung und das Absaugen zu prüfen. Es gibt jedoch auch die separaten Qualitätsaspekte 3.8 „Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung“ und 3.6 „Absaugen“, welche ebenfalls zur Beurteilung der Beatmung und des Absaugens genutzt werden könnten. Durch eine Klarstellung, welche Qualitätsaspekte wann zu prüfen sind, kann ein einheitliches Vorgehen erreicht werden. Dies ist u. a. wichtig, weil je nach Vorgehen unterschiedlich viele Qualitätsaspekte bewertet würden.

Vor dem Hintergrund der in Kapitel 3.6.3.3 beschriebenen Schwierigkeit, die vielen Einzelheiten, die als Teil der „Speziellen Krankenbeobachtung“ zu prüfen sind, zu einer Einzelbewertung zusammenzuführen, könnte es vorteilhaft sein, Beatmung und Absaugen als eigene Qualitätsaspekte zu behandeln. Damit fände eine gewisse „Entzerrung“ des Qualitätsaspekts 3.24 „Spezielle Krankenbeobachtung“ statt.

4.9 Psychiatrisch spezialisierte Pflegedienste

Das neue Prüfverfahren soll auch zum Einsatz kommen, um Qualitätsprüfungen bei Erbringung der HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ durchzuführen. Hierfür enthält das Prüfinstrument einen Prüfbogen für den Qualitätsaspekt 3.27a „Psychiatrische Krankenpflege“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 5a). Weiterhin sollen in personenbezogenen Prüfungen, in denen der Qualitätsaspekt 3.27a „Psychiatrische Krankenpflege“ prüfungsrelevant ist, die Qualitätsaspekte 2.2 „Kognition“ und 2.4 „Verhalten/psychische Problemlagen“ geprüft werden, auch wenn hierfür keine Leistungen nach SGB XI vereinbart sind (Büscher *et al.*, 2018, S. 70). Für die übrigen Qualitätsaspekte soll wie in regulären personenbezogenen Prüfungen vorgegangen werden. Auch der Ablauf der Prüfungen soll wie für nicht-spezialisierte Pflegedienste erfolgen.

An der Pilotierung nahmen zehn Pflegedienste teil, die sich auf die HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ spezialisiert haben. Es ist zu beachten, dass diese Spezialisierung nicht unbedingt bedeutet, dass ausschließlich Kunden versorgt werden, die die HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ beziehen. Einige der psychiatrisch spezialisierten PD, die an der Pilotierung teilnahmen, versorgen auch Kunden, die nicht die HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ beziehen.

Trotz der Teilnahme von zehn psychiatrisch spezialisierten Pflegediensten an der Pilotierung, war der Qualitätsaspekt 3.27a „Psychiatrische Krankenpflege“ nur in vier personenbezogenen Prüfungen prüfungsrelevant (Kapitel 3.3.1.1). Insgesamt wurden bei diesen Pflegediensten 71 personenbezogene Prüfungen durchgeführt (Kapitel 3.1); d. h. in 67 personenbezogenen Prüfungen waren ausschließlich andere Qualitätsaspekte prüfungsrelevant.

Die Gründe für die seltene Prüfung des Qualitätsaspekts 3.27a „Psychiatrische Krankenpflege“ scheinen in dem Stichprobenverfahren zu liegen (Kapitel 3.2.3.5 und 3.2.4.6): Personen, die die HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ beziehen, erfüllen meist nicht die Kriterien für Einschränkungen der Mobilität oder der Kognition, die für das Stichprobenverfahren vorgesehen sind. Die HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ gehört auch nicht zu den für das Stichprobenverfahren definierten aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen. Somit weisen Personen, die die HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ beziehen, meist keines der Merkmale auf, die zu einem regulären Einschluss in die Stichprobe führen würden. Lediglich ein Einschluss über die Ausweichregeln wäre möglich. Dies kam im Rahmen der Pilotierung jedoch selten vor, da – wie oben erwähnt – psychiatrisch spezialisierte Pflegedienste meist auch

Kunden versorgen, die nicht die HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ beziehen. Diese Kunden wurden aufgrund der Regeln für das Stichprobenverfahren bevorzugt in die Stichproben aufgenommen.

Somit folgt für die Praktikabilität des neuen Prüfverfahrens in Bezug auf psychiatrisch spezialisierte Pflegedienste, dass sich das Stichprobenverfahren als ungeeignet erwiesen hat, um gezielt Personen, die die HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ erhalten, in die Prüfungen einzubeziehen. Weitere Aussagen können nicht getroffen werden, da die eigentliche Prüfung des Qualitätsaspekts 3.27a „Psychiatrische Krankenpflege“ im Rahmen der Pilotierung zu selten vorkam.

4.9.1 Empfehlung 22

Um gezielt die HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ prüfen zu können, sollten spezielle Regeln für das Stichprobenverfahren entwickelt werden.

Der Ausschluss bzw. die Benachteiligung von Personen, die die HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ beziehen, bei der Stichprobenziehung könnte durch Modifikation der Regeln für das Stichprobenfahren verhindert werden. Eine Option wäre, die HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ in die Liste der für das Stichprobenverfahren definierten aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistung aufzunehmen. Damit würden Personen, die die HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ beziehen, bei der Auswahl der bis zu drei Personen, die aufwändigere/risikobehaftete HKP-Leistungen beziehen, berücksichtigt und könnten über diesen Schritt in die Stichprobe gelangen. Dies würde allerdings noch nicht garantieren, dass die Personen in die Stichprobe aufgenommen werden, da zufälligerweise Personen mit anderen aufwändigeren/risikobehafteten HKP-Leistungen ausgewählt werden könnten. Um sicherzustellen, dass Personen mit der HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ in die Stichprobe aufgenommen werden, könnte – analog zu der Regel für „Spezielle Krankenbeobachtung“ – gefordert werden, dass mindestens eine (oder auch zwei oder drei) Personen mit der HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ in die Stichprobe aufgenommen werden, so sich solche Personen auf der Liste der versorgten Personen befinden.

Die beschriebenen Modifikationen der Regeln für das Stichprobenverfahren würden sich für Pflegedienste eignen, die sowohl Kunden mit als auch ohne Bezug der HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ versorgen. Allerdings würden voraussichtlich maximal drei psychiatrisch versorgte Kunden in die Stichprobe eines Pflegedienstes aufgenommen. Wenn ein Pflegedienst überwiegend, jedoch nicht ausschließlich psychiatrisch versorgte Kunden hat, könnte dies als nicht akzeptabel angesehen werden. Wenn in solchen Fällen die Einbeziehung von mehr psychiatrisch versorgten Kunden gewünscht ist, könnte das Stichprobenverfahren vorsehen, dass psychiatrisch versorgte Personen entsprechend ihres Anteils unter den versorgten Personen in die Stichprobe aufgenommen werden.

Bei Pflegediensten, deren Kunden alle die HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ beziehen, wäre eine Option die Stichprobe durch eine einfache Zufallsauswahl zu ziehen. Alternativ könnte die Stichprobe nach Kriterien geschichtet werden, aus denen sich für die Versorgung relevante Unterschiede ergeben. So solche Unterschiede vorliegen, könnte es von Interesse sein, Personen in die Stichprobe aufzunehmen, die unterschiedliche Versorgungssituationen widerspiegeln.

4.9.2 Empfehlung 23

Die Qualitätsprüfung für die HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ sollte nochmals getestet werden, nachdem spezielle Regeln für das Stichprobenverfahren bei psychiatrisch spezialisierten Pflegediensten entwickelt wurden.

Nach Modifikation der Regeln für das Stichprobenverfahren ist zu erwarten, dass die HKP-Leistung „Psychiatrische Krankenpflege“ bei psychiatrisch spezialisierten Pflegediensten öfter geprüft werden kann als es während der Pilotierung der Fall war. Unter diesen Umständen könnten weitere Erfahrungen bezüglich der Praktikabilität des neuen Prüfverfahrens für die Prüfung psychiatrisch spezialisierter Pflegedienste gesammelt werden.

4.10 Verwaltungsverfahren

Die Prüfberichte aus den Qualitätsprüfungen werden an die Landesverbände der Pflegekassen übermittelt und bilden die Grundlage für die Aufgabenwahrnehmung durch die Landesverbände der Pflegekassen gemäß § 115 Abs. 2 SGB XI. Da sich die Bewertungssystematik des neuen Prüfverfahrens (Einzelbewertungen in den Kategorien A, B, C oder D und Gesamtbewertungen in den Kategorien keine/geringe, moderate, erhebliche oder schwerwiegende Qualitätsdefizite) von der des bisherigen Prüfverfahrens (Ja-/Nein-Fragen und Ausweisen von „Empfehlungen“, wenn Qualitätsdefizite festgestellt wurden) unterscheidet, wurde im Rahmen der Pilotierung untersucht, inwiefern sich die neue Bewertungssystematik für das Verwaltungsverfahren eignet. Hierzu fand eine Online-Befragung der Landesverbände der Pflegekassen statt (vgl. Kapitel 2.3: Teilstudie 2).

Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen, dass die Bewertungssystematik des neuen Prüfinstruments an sich für das Verwaltungsverfahren geeignet ist: Relativ viele Landesverbände stimmen zu, dass sich die Bewertungssystematik in den Prüfbereichen 1, 2, 3 und 5 eignet, um zu entscheiden, ob eine Anhörung des Pflegedienstes und Erstellung eines Maßnahmenbescheids eingeleitet werden sollen (Kapitel 3.11.3). Allerdings zeigen die Ergebnisse auch, dass in Bezug auf die Nutzung der neuen Bewertungssystematik und der neuen Prüfberichte im Rahmen des Verwaltungsverfahrens Unklarheiten bestehen bzw. größere Schwierigkeiten gesehen werden.

Zum einen wird das Layout der Prüfberichtsvorlage, die für die Online-Befragung zur Verfügung gestellt wurde, bemängelt. Die Prüfberichtsvorlage sei zu wenig strukturiert und es fehle eine übersichtliche Zusammenfassung der Prüfergebnisse (Kapitel 3.11.3, 3.11.4 und 3.11.5). Zum anderen zeigen die Ergebnisse, dass sich aus der Bewertungssystematik nicht automatisch ergibt, wann ein Maßnahmenbescheid zu erstellen ist und dass zumindest einige Landesverbände hierfür noch keine Kriterien entwickelt hatten (Kapitel 3.11.3). Schließlich erwarten die Landesverbände der Pflegekassen, dass der Umgang mit den neuen Prüfberichten schwieriger und zeitaufwändiger sein wird, da sie davon ausgehen, dass umfängliche Freitexte für die Ableitung von Maßnahmen ausgewertet werden müssen (Kapitel 3.11.4).

Somit zeigen die Ergebnisse, dass die Landesverbände der Pflegekassen vor Einführung des neuen Prüfverfahrens noch wichtige Entscheidungen zum Umgang mit der neuen Bewertungssystematik bzw. den neuen Prüfberichten treffen müssen. Dies betrifft insbesondere die Kriterien, die zur Erstellung eines Maßnahmenbescheids führen, das Ableiten von Maßnahmen aus den Prüfberichten und das Layout der Prüfberichte.

4.10.1 Empfehlung 24

Es sollte ein Abstimmungsprozess begonnen werden, der zu einem einheitlichen Umgang der Landesverbände der Pflegekassen mit der neuen Bewertungssystematik bzw. dem neuen Prüfbericht führt.

Dabei sollten insbesondere folgende Entscheidungen getroffen werden: (1) Welche Kriterien müssen erfüllt sein, damit ein Maßnahmenbescheid erstellt wird? (2) Wie werden aus den Prüfberichten Maßnahmen abgeleitet? (3) Welches Layout sollte für den Prüfbericht gewählt werden, um die Auswertung zu erleichtern?

Die Ergebnisse aus Teilstudie 2 der Pilotierung zeigen, dass vor Einführung des neuen Prüfverfahrens wichtige Entscheidungen getroffen werden müssen bezüglich der Nutzung der neuen Bewertungssystematik bzw. der Prüfberichte im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung gemäß § 115 Abs. 2 SGB XI. Da sich die Landesverbände der Pflegekassen der sechs Kassensysteme die Aufgabenwahrnehmung teilen, sollte ein Abstimmungsprozess stattfinden, der sicherstellt, dass – zumindest in den einzelnen Bundesländern, idealerweise bundesweit – eine einheitliche Nutzung der Bewertungssystematik und Prüfberichte durch die Landesverbände erfolgt.

Kriterien für die Erstellung eines Maßnahmenbescheids

Eine noch zu treffende Festlegung ist, welche Kriterien erfüllt sein müssen, um das Erstellen eines Maßnahmenbescheids auszulösen. Eine Option wäre, die Kriterien an die Gesamtbewertungen zu knüpfen. Eine andere Option wäre, die Einzelbewertungen zu betrachten. Für beide Optionen müsste entschieden werden, welche Bewertungskategorien zu einem Maßnahmenbescheid führen.

Schließlich wäre auch denkbar, die Entscheidung an bestimmte inhaltlich definierte Defizite zu knüpfen. Dies würde jedoch voraussichtlich den Aufwand der Auswertung der Prüfberichte erhöhen, da bereits für die Entscheidung über die Erstellung eines Maßnahmenbescheids Freitexte analysiert werden müssten.

Ableiten von Maßnahmen aus den Prüfberichten

Eine zweite noch zu treffende Festlegung betrifft das Ableiten von Maßnahmen aus den Prüfberichten. Die bisherigen Prüfberichte enthalten für bestimmte Prüffragen ein Ankreuzfeld mit dem Namen „Empfehlung“ (zusätzlich zu den Ankreuzfeldern „ja“, „nein“ und ggf. „trifft nicht zu“). Hiermit konnten die Prüfer kennzeichnen, wenn ein Qualitätsdefizit festgestellt wurde, für das sie Empfehlungen über notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung aussprechen. Weiterhin enthielt der bisherige Prüfbericht im „Prüfmaßstab“ einen Abschnitt „Empfehlungen“. Zu diesem Feld heißt es in den bisherigen QPR: „Zu bestehenden Defiziten werden konkrete Maßnahmen zur Beseitigung empfohlen. Diese sind mit differenzierten Fristvorschlägen zu hinterlegen. Dabei ist der Gefährdungsgrad der versorgten Personen zu berücksichtigen“ (MDS, 2018a, S. 189). Diese Angaben, zusätzlich zu den Antworten auf die standardisierten Prüffragen nutzten die Landesverbände der Pflegekassen, um aus den Prüfberichten Maßnahmen abzuleiten.

Der neue Prüfbericht soll ebenfalls „Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten“ enthalten (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 19). Allerdings spezifiziert der Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens (Büscher *et al.*, 2018) nicht, wo und wie diese Informationen zu dokumentieren sind. Im Rahmen der Pilotierung wurde ein Freitextfeld auf Ebene der einrichtungsbezogenen Prüfung ergänzt, welches der verantwortliche Prüfer bearbeiten konnte (Kapitel 2.2.5). Ein Feld für Empfehlungen und eine Anleitung zu seiner Nutzung sollte auch in Zukunft zur Verfügung stehen (vgl. Empfehlung 15 in Kapitel 4.6.1).

Wie einige Landesverbände der Pflegekassen in der Online-Befragung hervorheben, wird die Nutzbarkeit der Prüfberichte für das Ableiten von Maßnahmen davon abhängen, wie gut die Freitexte mit den Empfehlungen formuliert sind. Neben einer klaren Formulierung der Empfehlungen selbst, müssen die Texte eine Begründung enthalten, warum sich die Empfehlungen aus den Prüfergebnissen ergeben. In den bisherigen Prüferberichten konnte dies anhand der Ankreuzfelder „Empfehlung“ nachvollzogen werden. In dem neuen Prüfbericht sind solche Bezüge nicht formal vorgesehen, sondern müssten in den Freitexten hergestellt werden. Bei der Begründung der Empfehlungen wird wiederum die Qualität der Begründungen für C- und D-Bewertungen eine kritische Rolle spielen. Wie die Ergebnisse der Pilotierung zeigen besteht sowohl beim Verfassen der Empfehlungen als auch der Begründungen für C- und D-Bewertungen Fortbildungsbedarf bei den Prüfern (Kapitel 3.6.3.7 und 3.6.3.8).

Um festlegen zu können, wie beim Ableiten von Maßnahmen aus den Prüfberichten vorgegangen wird und hierfür einen effizienten Prozess entwickeln

zu können, werden die Landesverbände der Pflegekassen eng mit den Prüfdiensten zusammenarbeiten müssen. Durch gemeinsam entwickelte Vorgaben für das Formulieren von Freitexten, kann sichergestellt werden, dass zum einen die Arbeit für die Prüfer effizienter gestaltet werden kann und zum anderen für die Aufgabenwahrnehmung gemäß § 115 Abs. 2 SGB XI brauchbare Prüfberichte vorliegen. Letztlich werden auch die Pflegedienste für ihre eigene Qualitätsentwicklung von klar formulierten Texten profitieren.

Layout des Prüfberichts

Eine dritte noch zu treffende Festlegung ist, welches Layout der Prüfbericht haben soll. In der Online-Befragung merkten mehrere Landesverbände an, dass das Layout der Prüfberichtsvorlage, die im Rahmen der Pilotierung zur Verfügung gestellt wurde, für eine effiziente Auswertung im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung gemäß § 115 Abs. 2 SGB XI nicht geeignet sei (Kapitel 3.11.5). Diese Einschätzung ist nicht verwunderlich, da zum Zeitpunkt der Pilotierung noch keine Entscheidung bezüglich des Layouts des Prüfberichts getroffen worden war und insofern lediglich die Prüfberichte in „Rohform“ zur Verfügung standen.

Für das Layout erscheint es sinnvoll, auf einer der ersten Seiten eine Zusammenfassung der Gesamtbewertungen – ähnlich der Qualitätsdarstellung – vorzusehen. Wenn die Entscheidung zur Erstellung eines Maßnahmenbescheids (auch) die Einzelbewertungen berücksichtigen soll, wäre auch eine zusammenfassende Darstellung der Einzelbewertungen sinnvoll.

Für das Verfassen des Maßnahmenbescheids sind insbesondere die Empfehlungen, die die Prüfer für den Pflegedienst formulierten, und die Begründungen für die C- und D-Bewertungen relevant. Diese Informationen sollten daher in dem Prüfbericht nach der Zusammenfassung folgen. Es wäre zu überlegen, ob die Qualitätsaspekte in ihrer festen Reihenfolge, unabhängig von ihrer Bewertung aufgeführt werden oder die Qualitätsaspekte mit schlechteren Bewertungen zuerst aufgeführt werden. Auch wäre zu entscheiden, inwieweit die mit dem Prüfinstrument vorgegebenen Qualitätsaussagen aufgeführt werden sollten. Dies würde die Textlastigkeit des Prüfberichts erhöhen, kann jedoch eine gute Erinnerung an die Inhalte der Qualitätsaspekte sein.

Die Prüfbögen aus den personenbezogenen Prüfungen sollen dem Prüfbericht als Anhang beigelegt werden (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 19). Auch hier wäre zu entscheiden, inwiefern die mit dem Prüfinstrument vorgegebenen Texte (Qualitätsaussage, Beschreibung, Leitfragen, Ausfüllanleitung und Hinweise zur Bewertung) im Prüfbericht enthalten sein sollen.

4.11 Eignung der Qualitätsdarstellung

Die Prüfergebnisse sollen in einer Qualitätsdarstellung verständlich, übersichtlich und vergleichbar veröffentlicht werden, damit sich pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen über die Qualität von Pflegeeinrichtungen informieren können

(§ 115 Abs. 1a SGB XI). In Teilstudie 3 der Pilotierung wurde daher untersucht, inwieweit sich die neue Qualitätsdarstellung (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 6) dafür eignet. Hierzu wurden Telefoninterviews mit potenziellen Nutzern der Qualitätsdarstellung durchgeführt (vgl. Kapitel 2.4).

Die Ergebnisse aus den Telefoninterviews zeigen, dass sich die Qualitätsdarstellung für ca. 50 bis 70 Prozent der Interviewteilnehmer durchaus eignet. Bei diesen Personen entsteht der Eindruck, dass sie die Qualitätsdarstellung so weit verstehen, dass sie sich über die Qualität eines Pflegedienstes informieren und Vergleiche zwischen Pflegediensten durchführen können (Kapitel 3.12). Für diese Gruppe erscheint die Differenziertheit der Qualitätsdarstellung angemessen.

Bei den übrigen Interviewteilnehmern entsteht der Eindruck, dass sie mit der Qualitätsdarstellung wenig anfangen können. Zum einen scheint die Vorstellung einer Qualitätsbewertung bzw. eines Vergleichs von Pflegediensten anhand der Qualität fremd zu sein. Dies ist u. a. durch Erfahrungen in der derzeitigen angespannten Angebotslage begründet: Pflegebedürftige Personen engagieren den Pflegedienst, der Kunden aufnimmt; eine Wahl zwischen mehreren Optionen besteht häufig nicht. Zum anderen scheinen die Interviewteilnehmer durch die Differenziertheit der Darstellung überfordert zu sein.

Aus diesen Ergebnissen ergibt sich zunächst kein Handlungsbedarf, lediglich sollten die Erwartungen an die Nutzung der Qualitätsdarstellung angemessen kalibriert werden. Ein weiteres Ergebnis weist jedoch deutlich auf Handlungsbedarf hin: Einige Interviewteilnehmer haben das „X“ für nicht-geprüfte Qualitätsaspekte missverstanden (Kapitel 3.12.5.4 und 3.12.7).

Somit ergibt sich aus der Untersuchung zur Eignung der Qualitätsdarstellung die nachfolgende Empfehlung. Weiterhin sollte die in Kapitel 4.1 dargelegte Empfehlung 3 in Bezug auf die Eignung der Qualitätsdarstellung für den Vergleich von Pflegediensten berücksichtigt werden.

4.11.1 Empfehlung 25

Die Darstellung von Qualitätsaspekten, die bei einem Pflegedienst nicht geprüft werden konnten, sollte angepasst werden.

Die Ergebnisse der Telefoninterviews zeigen, dass einige Interviewteilnehmer das „X“ für nicht-geprüfte Qualitätsaspekte missverstanden haben (Kapitel 3.12.5.4 und 3.12.7). Einige nahmen an, dass der Pflegedienst keine Leistungen zu Qualitätsaspekten mit „X“ anbietet; andere waren misstrauisch, warum ein Qualitätsaspekt nicht geprüft werden konnte, und lehnten Pflegedienste ab, die bei für den Interviewteilnehmer wichtigen Qualitätsaspekten ein „X“ hatten.

Solche Missverständnisse führen dazu, dass Pflegedienste benachteiligt werden, ohne dass die Qualitätsprüfungen dafür tatsächliche Gründe liefern. Insbesondere da zu erwarten ist, dass relativ viele Qualitätsaspekte nicht geprüft werden (vgl.

Kapitel 4.1) und somit viele „X“ auf den Qualitätsdarstellungen auftreten werden, sollte hier eine Anpassung stattfinden.

Eine Möglichkeit der Anpassung wäre, nicht geprüfte Qualitätsaspekte auszugrauen und das Feld für die Bewertung leer zu lassen. Auch die Erläuterung für ausgegraute Qualitätsaspekte sollte angepasst werden. Zum Beispiel könnte explizit erwähnt werden, dass der Pflegedienst die ausgegraute Leistungen anbietet: „Die grau gezeigten Qualitätsaspekte kamen in dieser Prüfung nicht vor. Der Pflegedienst bietet diese Leistungen jedoch an.“

4.12 Wechsel zu dem neuen Prüfverfahren

Im Zusammenhang mit den bereits beschriebenen Problemen bei der Ermittlung des Prüfumfangs (Kapitel 4.3) ist ein übergreifender Problemkomplex zu Tage getreten, der im Zusammenhang mit der Implementierung des neuen Prüfverfahrens thematisiert werden sollte.

4.12.1 Empfehlung 26

Im Rahmen der Implementierung des neuen Qualitätsprüfungsverfahrens sollten die Zusammenhänge zwischen dem „neuen Pflegeverständnis“ (i. S. v. Wingenfeld & Büscher, 2017), den Kriterien, wann ein Qualitätsaspekt des Bereichs 2 Gegenstand der Qualitätsprüfung sein muss und wann er nicht geprüft wird sowie der Abgrenzung zwischen vereinbarten Leistungen, die eine Prüfung im Bereich 2 erfordern bzw. rechtfertigen und übergeordneten Beratungen durch den Pflegedienst nochmals verdeutlicht bzw. stärker operationalisiert werden.

Ein Qualitätsaspekt aus dem Bereich 2 darf nur geprüft werden, wenn er „Bestandteil des durch einen Vertrag geregelten Auftrags des Pflegedienstes“ ist (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 6). In den Vergütungsvereinbarungen für die ambulante Pflege gibt es derzeit jedoch vielfach keine Leistungen, die vereinbart werden könnten, um dann zu einer Prüfung der Qualitätsaspekte 2.2 bis 2.4 (vielfach auch 2.1) sowie 2.8 bis 2.10 zu führen. Selbst wenn die Rahmenverträge entsprechende Leistungen ermöglichen, erfolgt ggf. keine entsprechende Beauftragung des Pflegedienstes. In der Konsequenz wäre somit zu erwarten – wie im Abschlussbericht (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 6) explizit formuliert – dass diese Qualitätsaspekte gegenwärtig nur selten Gegenstand der Qualitätsprüfung sein werden.

Aus der Pilotierung ergeben sich Hinweise, dass diese Konsequenz jedoch nicht durchgängig gezogen wird bzw. von einzelnen Prüfern aus fachlichen Erwägungen abgelehnt wird: Unter Hinweis auf ein „ganzheitlich angelegtes“ Pflegeverständnis wird die Erwartung formuliert, dass der Pflegedienst bei Vorliegen der im Kontext der Qualitätsaspekte 2.2 bis 2.4 (ggf. auch 2.1) sowie 2.8 bis 2.10 relevanten Beeinträchtigungen (Kognition, Kommunikation, Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen, Gestaltung des Alltagslebens/Aufrechterhaltung und

Förderung sozialer Kontakte, Pflegekompetenz, Selbstpflegekompetenz) mit adäquaten Beratungen und Anleitungen reagiert, die er vermeintlich aufgrund seiner vereinbarungsunabhängigen Leistungspflichten – also den im Bereich 1 geprüften Qualitätsaspekten – zu erbringen habe. Teilweise haben sich in diesem Kontext auch Hinweise ergeben, dass die bei den Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege angemessenen Erwartungen an „Ganzheitlichkeit“ i. S. des neuen Pflegeverständnisses auf die ambulante Pflege ausgedehnt werden.

In der Folge werden unter Umständen Qualitätsaspekte aus Bereich 2 geprüft, obwohl keine entsprechenden Leistungen vereinbart sind oder die Bewertung der betreffenden Sachverhalte wird in Qualitätsaspekte des Bereichs 1 „verschoben“.

In der Pilotierung zeichnet sich – nicht durchgängig, aber bei manchen Prüfungen – somit die Gefahr ab, dass im Rahmen der Qualitätsprüfungen etwas Ähnliches stattfinden könnte, wie es der Abschlussbericht über die Entwicklung des neuen Prüfverfahrens im Hinblick auf die Rahmenverträge bereits konstatiert, nämlich „eine Tendenz zur Interpretation, dass die bereits in den bestehenden Verträgen verankerte ‚aktivierende Pflege‘ hinreichend dem neuen Verständnis des Begriffs der Pflegebedürftigkeit gerecht wird“ (Büscher *et al.*, 2018, S. 9). Der Rolle der „aktivierenden Pflege“ in Bezug auf die Mobilität entspräche in Bezug auf die übrigen genannten Qualitätsaspekte eine übergeordnete Pflicht zur Beratung.

Die Konsequenz könnte sein, dass der Begriff „aktivierende Pflege“ zur Legitimation dient, insbesondere um den Qualitätsaspekt 2.1 (ferner auch 2.2) unabhängig von vereinbarten spezifischen Leistungen prüfen zu können und allgemeine Beratungspflichten (im Kontext der Qualitätsaspekte 1.1 bis 1.3) die Legitimation bieten, um die Qualitätsaspekte 2.2 bis 2.4 sowie 2.8 bis 2.10 prüfbar zu machen, auch wenn keine expliziten Leistungen vereinbart sind.

Um solchen Missverständnissen vorzubeugen, sollte im Rahmen der Einführung des neuen Prüfverfahrens auf die wesentlichen Eckpunkte des aus dem seit 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff resultierenden Pflegeverständnisses verstärkt hingewiesen werden. So betont die im Auftrag des BMG erstellte Expertise zur „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (Wingenfeld & Büscher, 2017) sowohl mit Blick auf die „zielgerichtete Ressourcenförderung“, als auch hinsichtlich „Aufklärung, Beratung und Anleitung“, dass hierunter jeweils keine „beiläufigen“ bzw. in andere Alltagsverrichtungen integrierte Maßnahmen zu verstehen sind. Gemeint sind stattdessen „strukturierte, zielgerichtete Hilfen“ (ebenda, S. 10), die „in Form eines [...] in der Pflegeplanung fixierten Vorgehens, bei dem Art, Umfang, Rhythmus, Situationen und Zeitpunkte für ressourcenfördernde Maßnahmen klar definiert [...] werden“ (ebenda, S. 9).

5. Anhang

- A1** Vorschlag für ein modifiziertes Prüfverfahren sowie Auswirkungen auf die Qualitätsdarstellung
 - A2** Zusätzliche Daten zu Ermittlung des Prüfumfangs
 - A3** Zusätzliche Daten zu Schwierigkeit der Bewertung
 - A4** Fallbeispiele zur Begründung von D-Bewertungen
 - A5** Zusätzliche Daten zu Unterschieden bisheriges Prüfverfahren
 - A6** Zusätzliche Daten zu Anforderungen an das Prüfverfahren
 - A7** Beispielhafte Qualitätsdarstellungen
-

A1 Vorschlag für ein modifiziertes Prüfverfahren sowie Auswirkungen auf die Qualitätsdarstellung

Der folgende konsolidierte Vorschlag greift insbesondere Elemente aus den in den vorangehenden Kapiteln dargestellten und begründeten Empfehlungen 1, 3, 4 bis 7 sowie 26 auf und führt sie zu einem Gesamtbild eines modifizierten Prüfverfahrens zusammen. Der Vorschlag bezieht sich auf Pflegedienste mit allgemeinem Leistungsspektrum. Mit Blick auf Pflegedienste, die auf die Intensivpflege oder die psychiatrische Pflege spezialisiert sind, müssten weitere Anpassungen vorgenommen werden, die in den obigen Empfehlungen thematisiert sind (vgl. Kapitel 4.8 bzw. 4.9).

Bevor die einzelnen Verfahrensmodifikationen dargestellt und begründet werden, sollen einleitend die Motive und Leitgedanken des Verfahrensvorschlags im Überblick erläutert werden

Gesamtkonzept

Die zentrale methodische Herausforderung der Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten besteht darin, dass der inhaltliche Prüfungsumfang (d. h. die prüfungsrelevanten Qualitätsaspekte) bei jeder einzelnen personenbezogenen Prüfung in Abhängigkeit von den jeweils vereinbarten Leistungen variiert. Bei einem notwendigerweise begrenzten Stichprobenumfang (hier: neun Personen) führt dies in dem von den Entwicklern vorgeschlagenen Verfahren dazu, dass auf der Ebene des Pflegedienstes im Regelfall nicht alle Qualitätsaspekte in jeder Prüfung bewertet werden können und dass die für einen Qualitätsaspekt berechneten Gesamtbewertungen vielfach nur auf wenigen Einzelbewertungen beruhen.

Dieses grundsätzliche Problem wird gegenwärtig noch dadurch verschärft, dass in mehreren Bundesländern die bestehenden Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI keine Leistungspositionen – zumindest nicht explizit – vorsehen, die mit bestimmten Qualitätsaspekten des Bereichs 2 korrespondieren, so dass die betreffenden Qualitätsaspekte dort prinzipiell nicht Prüfungsgegenstand werden können. Aber auch wenn die Landesrahmenverträge in Zukunft entsprechend angepasst sind, so dass in jedem Bundesland Leistungen vereinbart werden können, die das Spektrum der Qualitätsaspekte des Bereichs 2 abdecken, bleibt das grundsätzliche Problem bestehen, dass zwischen Pflegedienst und pflegebedürftiger Person nur ausgewählte Leistungen vereinbart werden.

Eine in jeder Hinsicht wissenschaftlich befriedigende Lösung – d. h. die Prüfung zumindest aller für die Qualitätsdarstellung vorgesehener Qualitätsaspekte mit einem unter messmethodisch-statistischen Gesichtspunkten befriedigenden Stichprobenumfang – ist unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht möglich. Anzustreben ist daher ein Konzept, welches die gesetzlich vorgegebenen Aufgaben und Ziele der Qualitätsprüfungen erfüllt und einen bestmöglichen Kompromiss zwischen Praktikabilität des Verfahrens einerseits und methodischer Qualität und Fairness andererseits erfüllt.

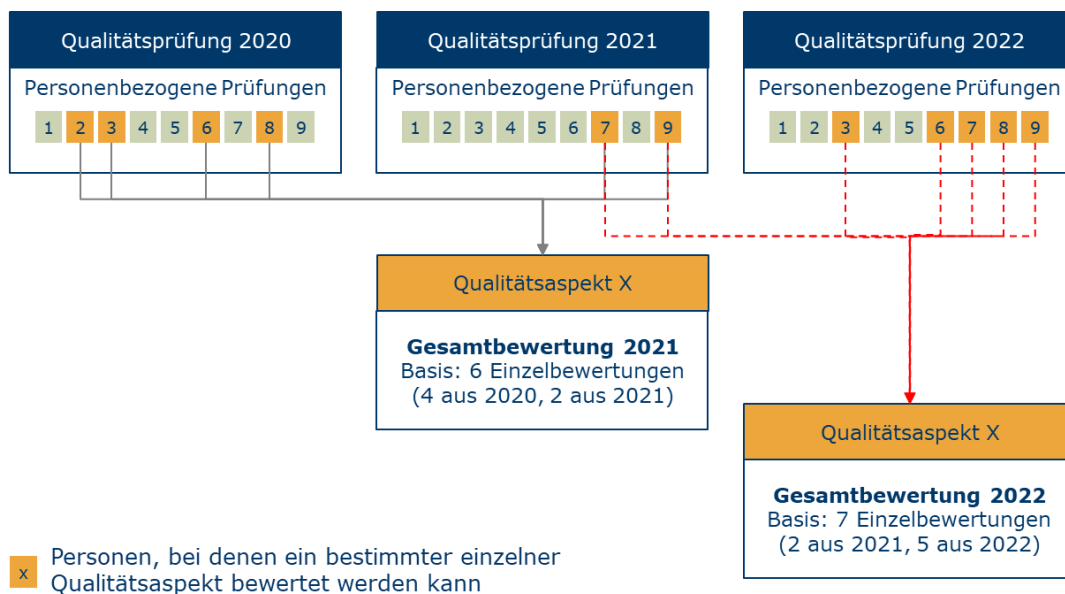
Der folgende Verfahrensvorschlag führt bei Würdigung der Ergebnisse der Pilotierung aus unserer Sicht zu einer deutlichen Verbesserung, weil er zu einer umfassenderen Berücksichtigung der Qualitätsaspekte des Bereichs 2 sowie der beiden für die Qualitätsdarstellung vorgesehenen Aspekte des Bereichs 3 führt und gleichzeitig für jeden Qualitätsaspekt den Stichprobenumfang im Rahmen der Möglichkeiten optimiert.

Der Vorschlag umfasst folgende drei Kernelemente, an die sich weitere, auf die oben dargestellten Empfehlungen Bezug nehmende, Modifikationen anschließen:

1. In die Gesamtbewertung eines Qualitätsaspekts bei einem Pflegedienst gehen die Ergebnisse der personenbezogenen Prüfungen aus der aktuellen Qualitätsprüfung sowie der vorangegangenen Regelprüfung des Vorjahres ein. Die Gesamtbewertung eines Qualitätsaspekts in einem gegebenen Jahr resultiert somit aus über zwei Jahre/Qualitätsprüfungen kumulierten personenbezogenen Prüfungen. Das bedeutet, dass die Grundlage für die Bewertung der Qualitätsaspekte von bisher neun pflegebedürftigen Personen (dem Stichprobenumfang bei einer Qualitätsprüfung) auf 18 pflegebedürftige Personen (dem kumulierten Stichprobenumfang von zwei aufeinanderfolgenden Prüfungen) verbreitert wird.

Abbildung 75 illustriert diesen Vorschlag: In der Qualitätsprüfung jedes Jahres werden neun personenbezogene Prüfungen durchgeführt. In die Gesamtbewertung eines gegebenen Qualitätsaspekts („Qualitätsaspekt x“) für ein gegebenes Jahr (z. B. 2021) gehen die Ergebnisse aus allen Einzelbewertungen dieses Qualitätsaspekts ein, die im aktuellen Jahr (hier: 2021) sowie im Vorjahr (hier: 2020) durchgeführt wurden. In dem Beispiel stehen somit im Jahr 2021 sechs Einzelbewertungen zur Verfügung, die die Basis für die Gesamtbewertung dieses Qualitätsaspekts im Jahr 2021 bilden. In der Qualitätsprüfung des Folgejahres (hier: 2022) können zu Qualitätsaspekt x fünf pflegebedürftige Personen in die Prüfung einbezogen werden. Für die Gesamtbewertung dieses Qualitätsaspekts im Jahr 2022 stehen damit sieben Einzelbewertungen – zwei aus 2021 und fünf aus 2022 – zur Verfügung.

Abbildung 75: Vorschlag: Umstellung der Gesamtbewertung eines Qualitätsaspekts auf Einzelbewertungen aus zwei aufeinanderfolgenden Prüfungen



Quelle: IGES

Neben der Umstellung auf eine kumulierte Zwei-Jahres-Betrachtung umfasst der Vorschlag folgende beiden weiteren Kernelemente:

2. Statt einer (geschichteten) Zufallsauswahl wird ein deterministisches Auswahlverfahren (Auswahlalgorithmus) angewendet, um die in die Prüfung einzubeziehenden pflegebedürftigen Personen zu bestimmen. Die Auswahl der pflegebedürftigen Personen erfolgt nach einem Verfahren, welches in der großen Mehrzahl der Pflegedienste sicherstellt, dass für jeden Qualitätsaspekt bezogen auf den Zweijahreszyklus eine vorgegebene Mindestanzahl von Einzelbewertungen (2-Jahres-Quorum) erreicht wird (es sei denn, ein Pflegedienst erbringt die mit dem Qualitätsaspekt assoziierten Leistungen nicht bzw. so selten, dass der Mindestumfang nicht erreicht werden kann). Die Einzelheiten dieses Verfahrens werden in dem nachfolgenden Kapitel „Durchführung der Stichprobenziehung“ dargestellt.
3. Die Feststellung der bei einer versorgten Person zu prüfenden Qualitätsaspekte des Bereichs 2 erfolgt auf Basis der vertraglich vereinbarten Leistungen. Auf Landesebene (Vertragspartner der Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI) wird eine Zuordnungsvorschrift erstellt und gepflegt, die angibt welche Qualitätsaspekte aus dem Bereich 2 „Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen“ jeweils Prüfungsgegenstand sind, wenn die betreffende Leistungsposition zwischen dem Pflegedienst und seinem Kunden vereinbart ist.

Im Folgenden werden diese und daran anknüpfende Verfahrensmodifikationen im Detail erläutert und begründet. Zum Abschluss werden übergreifende Konsequenzen dieses Vorschlags dargestellt und diskutiert.

Festlegung der prüfrelevanten Qualitätsaspekte

Verfahrensmodifikation

Auf Landesebene wird für den jeweils geltenden Landesrahmenvertrag nach § 75 SGB XI bzw. die zugehörige Vergütungsvereinbarung eine Zuordnungsvorschrift erstellt und gepflegt, die angibt welche Qualitätsaspekte aus dem Bereich 2 „Versorgung im Rahmen der individuell vereinbarten Leistungen“ jeweils Prüfungsgegenstand sind, wenn die betreffende Leistungsposition zwischen dem Pflegedienst und seinem Kunden vereinbart ist.

Sofern bei einer Leistungsposition grundsätzlich mehrere Qualitätsaspekte des Bereichs 2 prüfungsrelevant sein können (z. B. Leistungskomplex „Pflegerische Betreuungsmaßnahmen“; zeitbezogene Leistungspositionen), werden der betreffenden Leistungsposition mehrere Qualitätsaspekte zugeordnet. Ferner wird klargestellt, dass die Entscheidung, welche dieser Qualitätsaspekte im Rahmen einer personenbezogenen Prüfung tatsächlich geprüft werden durch den Prüfer auf Basis der vom Pflegedienst vorzulegenden Pflegedokumentation (Pflege- bzw. Maßnahmenplanung) getroffen wird.

Begründung

Die Feststellung, welche Qualitätsaspekte prüfungsrelevant sind, hat sich im Rahmen der Pilotierung als problematisch erwiesen, da manche Prüfer die entsprechenden Anweisungen zur Vorgehensweise unterschiedlich ausgelegt haben bzw. zwischen Prüfern und dem Pflegedienst unterschiedliche Auffassungen bestanden, inwieweit ein Qualitätsaspekt bei einer versorgten Person zu prüfen ist. Die zum Thema der Objektivität durchgeführten Untersuchungen (Schatten- bzw. Wiederholungsprüfungen) haben ferner gezeigt, dass auch die Übereinstimmung zwischen Prüfern bei manchen Qualitätsaspekten unbefriedigend war (vgl. Kapitel 3.5.2).

Dem im Abschlussbericht formulierten Grundsatz, „[...] dass die in den Bereichen 2 und 3 aufgeführten Qualitätsaspekte nur dann in die Prüfung einzubeziehen sind, wenn sie Bestandteil des durch einen Vertrag geregelten Auftrags des Pflegedienstes oder im Rahmen einer ärztlichen Verordnung relevant sind“ (Büscher *et al.*, 2018, Anhang 1, S. 6) kann durch eine Zuordnungsvorschrift eindeutiger Rechnung getragen werden. Durch eine auf Landesebene erstellte Zuordnungsvorschrift wird somit explizit gemacht, inwieweit die für die Prüfung eines Qualitätsaspekts relevanten Leistungen im Regelfall „dem Inhalt nach Bestandteil“ (Büscher *et al.* 2018, Anhang 1, S. 6) der betreffenden Leistungsposition sind.

Auswirkungen

In Bundesländern, in denen die Landesrahmenverträge die Erweiterung der pflegerischen Aufgaben im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf der Ebene der Leistungs- und Vergütungssystematik noch nicht vollständig oder hinreichend eindeutig umgesetzt haben, können bestimmte Qualitätsaspekte in der Zuordnungsvorschrift nicht berücksichtigt werden, weil keine entsprechenden Leistungspositionen vorhanden sind. In diesen Fällen können die betreffenden Qualitätsaspekte auch nicht Gegenstand von personenbezogenen Prüfungen sein. Dies ist jedoch sachgerecht, da auch keine Beauftragung der Pflegedienste mit entsprechenden Leistungen erfolgen kann.

Die Verfahrensmodifikation hat mittelbar auch Auswirkungen auf die Qualitätsdarstellung, vgl. das nachfolgende Kapitel „Darstellung der Prüfergebnisse“.

Die Problematik nicht prüfbarer Qualitätsaspekte wird verschwinden, wenn die Landesrahmenverträge entsprechend angepasst werden.

Die Verfahrensmodifikation führt nicht nur zu einer eindeutigeren Feststellung der prüfrelevanten Qualitätsaspekte, sie ist auch für die in den folgenden Kapiteln dargestellten Modifikationen des Stichprobenverfahrens relevant.

Vorbereitung seitens der Pflegedienste

Verfahrensmodifikation

Der Pflegedienst gewährleistet, dass am Tag der Prüfung eine Liste der von ihm nach SGB XI oder SGB V versorgten Personen vorliegt, die Grundlage für die Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden pflegebedürftigen Personen ist. Die Liste umfasst neben (1) dem Namen der pflegebedürftigen Person die Angaben, (2) welche Leistungspositionen gemäß dem jeweils geltenden Landesrahmenvertrag nach § 75 SGB XI mit dem Kunden vertraglich vereinbart sind, (3) ob und ggf. welche ärztlich verordneten, aufwändigeren/risikobehafteten Leistungen der häuslichen Krankenpflege der Pflegedienst bei dem Kunden erbringt sowie (4) das Datum, seit wann der Kunde durch den Pflegedienst versorgt wird.

Begründung

Die Ziele einer Erhöhung der Anzahl der geprüften Qualitätsaspekte sowie der Zahl der personenbezogenen Prüfungen, auf denen die Bewertung eines Qualitätsaspekts beruht, sind nur umsetzbar, wenn die Prüfbarkeit der Qualitätsaspekte systematischer Bestandteil des Verfahrens der Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden pflegebedürftigen Personen ist. Dies wird durch die Verfahrensmodifikation sichergestellt. Im Übrigen haben sich bezüglich der von den Entwicklern für die Stichprobenziehung vorgeschlagenen Schichtungskriterien „Mobilität“ und „kognitive Fähigkeiten“ erhebliche Praktikabilitätsmängel in der Pilotierung gezeigt (vgl. Kapitel 4.2).

Die Aufnahme des Datums des Versorgungsbeginns auf die Liste, ermöglicht es den Qualitätsaspekt 1.1 „Aufnahmemanagement“ im Sinne des modifizierten Verfahrens gezielt zu fokussieren (vgl. das folgende Kapitel).

Umsetzbarkeit

Die Vorhaltung einer Liste, auf der für jede nach SGB XI versorgte Person die jeweils vertraglich vereinbarten Leistungen sowie das Datum des Versorgungsbeginns aufgeführt sind, dürfte für die Pflegedienste kein Problem darstellen. Gegenüber dem bisher vorgesehenen Listenkonzept ist eher mit einer Vereinfachung zu rechnen, insofern die vertraglichen Leistungen in jedem Fall bekannt sind, wogegen die Merkmale „Mobilität“ und „kognitive Fähigkeiten“ ggf. eigens dokumentiert bzw. ermittelt werden müssen.

Grundlagen der Auswahl der Personen für die personenbezogenen Prüfungen

In der Pilotierung hat sich gezeigt, dass die weitaus meisten Qualitätsaspekte der Bereiche 1 und 2 (des Bereichs 3 sowieso) in einem Pflegedienst nur in wenigen personenbezogenen Prüfungen untersucht werden können, so dass die Gesamtbewertungen für diese Qualitätsaspekte vielfach nur auf einer oder zwei Einzelbewertungen beruhen (vgl. dazu Abbildung 15). Die von den Verfahrensentwicklern vorgeschlagene Bewertungssystematik für die Qualitätsaspekte unterstellt für den Regelfall mindestens sechs Einzelbewertungen. Bei weniger Einzelbewertungen sollen die „modifizierten Bewertungsregeln bei kleinen Personenzahlen“ zur Anwendung kommen (vgl. Büscher *et al.*, 2018, S. 84ff). Im Rahmen der Pilotierung konnten nur zwei Qualitätsaspekte in nahezu allen Pflegediensten und bei mindestens 75 Prozent dieser Dienste auch auf Basis von sechs oder mehr Personen geprüft werden („1.2 Risiken und Gefahren“ sowie „2.5 Körperpflege“, vgl. Abbildung 15). Die regulären Bewertungsregeln konnten somit nur in Ausnahmefällen angewandt werden.

Ein wesentliches Ziel der Verfahrensmodifikation – insbesondere der über zwei Jahre/Qualitätsprüfungen kumulierten Einzelbewertungen – ist es, die Anzahl der personenbezogenen Prüfungen (Einzelbewertungen), auf denen die Gesamtbewertung jedes einzelnen Qualitätsaspekts in dem betreffenden Pflegedienst beruht, verlässlich zu erhöhen. Dabei stellt sich die Frage, welcher Umfang an Einzelprüfungen innerhalb von zwei Jahren (2-Jahres-Quorum) anzustreben ist. Naheliegend wären sechs Personen, um jeweils die regulären Bewertungsregeln anwenden zu können. Die Daten der Pilotierung sowie die auf dieser Basis von IGES durchgeführte Simulation (vgl. das nachfolgende Kapitel „Simulation des modifizierten Verfahrens“) deuten jedoch darauf hin, dass manche Qualitätsaspekte vermutlich auch nach Anpassung der Landesrahmenverträge noch so selten prüfbar sein werden, dass es in der Regel nicht gelingen wird bei einer Gesamtzahl von 18 personenbezogenen Prüfungen innerhalb von zwei Jahren (in jedem Jahr neun) bei jedem Qualitätsaspekt die Mindestzahl von sechs Einzelbewertungen innerhalb von zwei Jahren zu erreichen.

Wir schlagen daher vor, zwei unterschiedliche 2-Jahres-Quoren (Mindestanzahl von Einzelbewertungen kumuliert über zwei Qualitätsprüfungen/Jahre) festzulegen:

- ◆ Bei Qualitätsaspekten, die häufig geprüft werden können sollte die Mindestanzahl an Einzelbewertungen für die Bewertung des Qualitätsaspekts **sechs personenbezogene Prüfungen** (als Summe aus zwei Qualitätsprüfungen in aufeinanderfolgenden Jahren) betragen. Bei diesen Qualitätsaspekten könnten dann auch jeweils die „regulären Bewertungsregeln“ zur Anwendung kommen.
- ◆ Bei Qualitätsaspekten, die seltener geprüft werden können, sollte die Mindestanzahl an Einzelbewertungen für die Bewertung des Qualitätsaspekts **vier personenbezogene Prüfungen** (als Summe aus zwei Qualitätsprüfungen in aufeinanderfolgenden Jahren) betragen. Diese Qualitätsaspekte würden nach den „modifizierten Bewertungsregeln bei kleinen Personenzahlen“ bewertet.

Um die Qualitätsaspekte einer der beiden Mindestumfänge (sechs oder vier personenbezogene Prüfungen) zuzuordnen, ist es erforderlich, die Häufigkeit zu ermitteln, mit denen sie geprüft werden können. Die ist ohne weiteres möglich, wenn die oben angesprochene Zuordnungsvorschrift von Leistungen zu Qualitätsaspekten vorliegt, indem die Frequenz der einzelnen Leistungen ermittelt wird.

IGES hat auf Grundlage des vorliegenden Gesamtdatensatzes (Pilotierungsgruppe I und II sowie jeweils eine personenbezogene Prüfung je pflegebedürftige Person aus Pilotierungsgruppe III) eine Simulation durchgeführt, um zu prüfen, inwieweit diese Mindestgrößen an Einzelbewertungen erreichbar sind. Dabei wurde als Kriterium für den Mindestumfang von sechs personenbezogenen Prüfungen eine Häufigkeit von mindestens 15 Prozent der Pflegebedürftigen, bei denen der Qualitätsaspekt prüfbar ist, gewählt. Ein Mindestumfang von vier Personen wurde für Qualitätsaspekte angesetzt, die bei weniger als 15 Prozent, aber mindestens vier Prozent prüfbar sind.

Die Ergebnisse der Simulation stützen die hier vorgeschlagenen 2-Jahres-Quoren. (Einzelheiten zu diesen Berechnungen werden in das nachfolgende Kapitel „Simulation des modifizierten Verfahrens“ dargestellt.) Sobald die oben genannten Voraussetzungen (Zuordnungsvorschrift, Ermittlung der Prävalenz der Qualitätsaspekte aufgrund der Leistungshäufigkeiten) vorliegen, sollten die hier vorgeschlagenen Parameter (2-Jahres-Quorum von sechs Einzelbewertungen bei einer Prävalenz des Qualitätsaspekts von mindestens 15 % bzw. von vier Einzelbewertungen bei Prävalenzen zwischen ca. 4 % und weniger als 15 %) nochmals mit „Echtdaten“ überprüft werden. Auch bei Anpassungen dieser Parameter – z. B. einer Absenkung der 2-Jahres-Quoren – hätte das hier vorgeschlagene Verfahren deutliche Vorteile gegenüber dem in Büscher et al. 2018 vorgesehenen Verfahren, weil es die Zahl der prüfbaren Qualitätsaspekte erhöht.

Durchführung der Stichprobenziehung

Verfahrensmodifikation

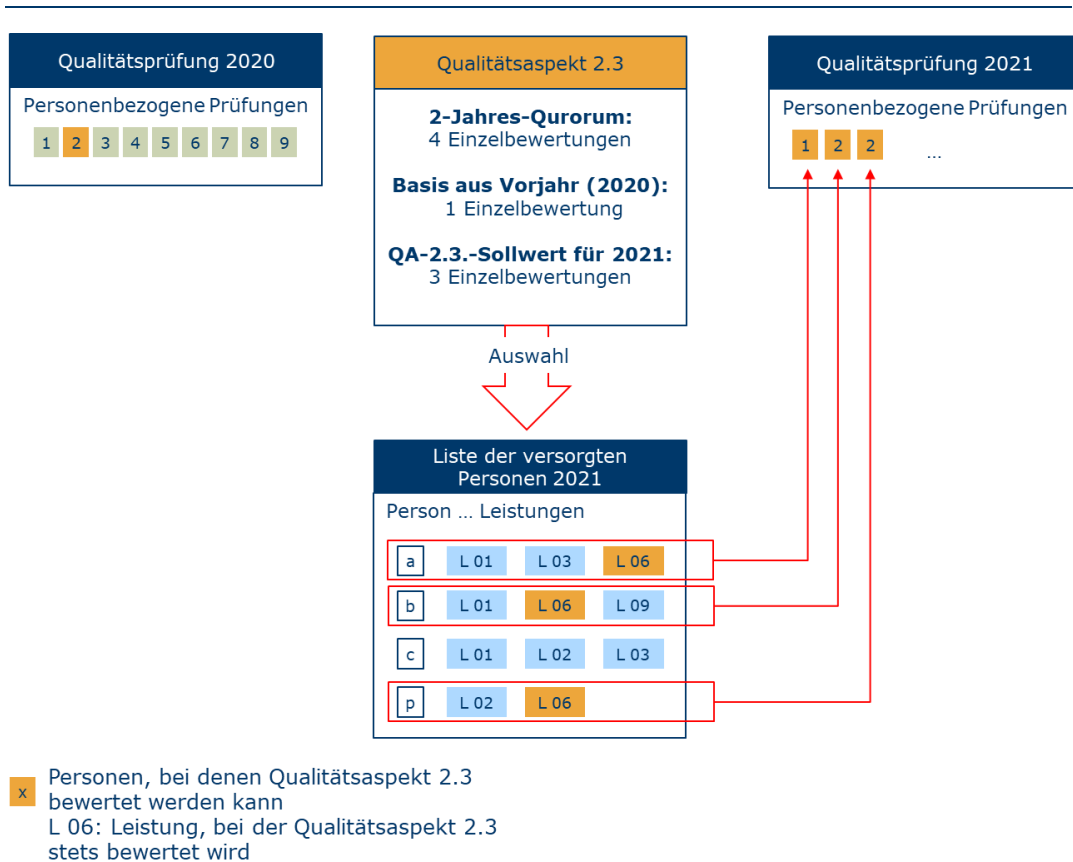
Bei jeder Qualitätsprüfung führen die Prüfer eine Auflistung mit sich, aus der hervorgeht, wie viele personenbezogene Prüfungen bei jedem Qualitätsaspekt, der in die Qualitätsdarstellung eingeht, in dem betreffenden Pflegedienst im Vorjahr (bei der unmittelbar vorangehenden Regelprüfung) durchgeführt wurden. Aus dieser Auflistung ergibt sich somit, wie viele weitere Personen bei jedem Qualitätsaspekt im aktuellen Jahr geprüft werden müssen, um für den Qualitätsaspekt das 2-Jahres-Quorum zu erfüllen (im Folgenden bezeichnet als „QA-x-Sollwert“). Wenn bspw. im Jahr 2020 der Qualitätsaspekt 1.1 „Aufnahmemanagement“ bei vier Personen geprüft wurde und das 2-Jahres-Quorum für diesen Qualitätsaspekt sechs Personen beträgt, dann müssen für „Aufnahmemanagement“ bei der Qualitätsprüfung im Jahr 2021 mindestens zwei Personen in die Prüfung einbezogen werden (QA-1.1-Sollwert = 2).

Um die angestrebte Mindestanzahl an Einzelbewertungen möglichst bei allen in die Qualitätsdarstellung aufgenommenen Qualitätsaspekten erreichen zu können, muss die Ziehung von pflegebedürftigen Personen für die personenbezogenen Prüfungen entlang einer vorgegebenen Reihenfolge von Qualitätsaspekten erfolgen. Diese Reihenfolge kann aufgrund der Leistungshäufigkeiten auf Landesebene ermittelt und allen Prüfern allgemein vorgegeben werden. Hierbei werden die Qualitätsaspekte entsprechend ihrer Häufigkeit (die sich aus der Leistungshäufigkeit ergibt) aufsteigend sortiert (d. h. der erste Qualitätsaspekt ist der Qualitätsaspekt mit der geringsten Häufigkeit, der letzte Qualitätsaspekt ist der Qualitätsaspekt mit der höchsten Häufigkeit).

1. Als erstes werden pflegebedürftige Personen ausgewählt, bei denen der im Landesdurchschnitt am seltensten vorkommende Qualitätsaspekt geprüft werden kann. Von diesen Personen werden so viele ausgewählt, wie erforderlich sind, um unter Berücksichtigung der personenbezogenen Prüfungen des Vorjahres in dem betreffenden Pflegedienst das 2-Jahres-Quorum für den entsprechenden Qualitätsaspekt zu erreichen. Dies entspricht dem Sollwert für diesen Qualitätsaspekt (QA-x-Sollwert). Sofern mehrere Personen für die Auswahl in Frage kommen, werden zuerst diejenigen ausgewählt, bei denen die größte Zahl an weiteren Qualitätsaspekten geprüft werden kann.

Abbildung 76 illustriert diese Vorgehensweise an einem Beispiel.

Abbildung 76: Vorgehen bei der Auswahl von Pflegebedürftigen für die personenbezogenen Prüfungen



Quelle: IGES

Beispiel:

Angenommen Qualitätsaspekt 2.3 *Unterstützung im Bereich der Kommunikation* ist der am seltensten prüfbare Qualitätsaspekt und soll über zwei Jahre kumuliert bei mindestens vier Personen geprüft werden. Wenn im Vorjahr (in der Grafik: 2020) in dem betreffenden Pflegedienst dieser Qualitätsaspekt bei nur einer Person geprüft wurde, müssen folglich in diesem Jahr drei Personen gezogen werden, bei denen der Aspekt prüfbar ist (QA-2.3-Sollwert = 3). Der Prüfer identifiziert auf der vom Pflegedienst bereit gestellten Liste alle pflegebedürftigen Personen, die Leistungen beziehen, die mit Qualitätsaspekt 2.3 (gemäß der Zuordnungsvorschrift vgl. das vorangehende Kapitel „Festlegung der prüfrelevanten Qualitätsaspekte“) assoziiert sind (in der Grafik beispielhaft die Leistung „L 06“). Aus dieser Gruppe wählt er diejenigen drei Personen (bzw. ggf. mehr, um Teilnahmeverweigerungen auszugleichen) aus, bei denen neben Aspekt 2.3 noch möglichst viele weitere Qualitätsaspekte prüfbar sind.

2. Für die nach diesem Kriterium ausgewählten versorgten Personen wird festgestellt, wie viele weitere Qualitätsaspekte bei ihnen ebenfalls geprüft werden können. Für diese „mit-prüfbaren“ Qualitätsaspekte werden die entsprechenden „QA-x-Sollwerte“ entsprechend herabgesetzt.

Beispiel:

Bei einer Person sind neben dem Qualitätsaspekt 2.3 auch die Qualitätsaspekte 1.1 und 2.5 sowie die HKP-Leistung Medikamentengabe prüfbar. Für diese drei Qualitätsaspekte werden daher jeweils die QA-x-Sollwerte um eine Person vermindert, d. h. bei den weiteren Ziehungen müssen bezüglich dieser Qualitätsaspekte weniger (ggf. gar keine) Personen gezogen werden.

3. Die beschriebene Vorgehensweise wird nun für den jeweils nächsten Qualitätsaspekt (d. h. den zweitseltensten, dritt seltensten usw.) in gleicher Weise durchgeführt bis die maximale Zahl von neun Personen (innerhalb eines Jahres) erreicht ist.
4. Falls die QA-x-Sollwerte bereits nach der Auswahl von weniger als neun pflegebedürftigen Personen erreicht sind, wird die Auswahl folgendermaßen bis zum Erreichen einer Gesamtzahl von neun pflegebedürftigen Personen für die personenbezogenen Prüfungen fortgesetzt: Erneut beginnend mit dem seltensten Qualitätsaspekt werden weitere Personen in die Auswahl aufgenommen. Je Qualitätsaspekt sollen in diesem Fall so viele Personen ausgewählt werden, bis das 2-Jahres-Quorum für diesen Qualitätsaspekt erreicht ist. Auch hierbei sollen bevorzugt Personen ausgewählt werden, die möglichst viele weitere prüfbare Qualitätsaspekte aufweisen.

Diese Regel führt dazu, dass das in der Prüfung des Folgejahres zu erfüllende QA-x-Soll für den betreffenden Qualitätsaspekt gesenkt wird.

Beispiel:

In dem Pflegedienst ist nach der Auswahl von sechs Personen das QA-x-Soll für alle Qualitätsaspekte erfüllt. Es können somit noch drei weitere Personen in die Qualitätsprüfung einbezogen werden, bis das Gesamtmaximum von neun Personen erreicht ist. Der Prüfer schaut nun auf der vom Pflegedienst bereit gestellten Liste aller versorgten Personennach, ob es weitere, noch nicht ausgewählte, Personen gibt, bei denen der Qualitätsaspekt 2.3 (den wir als den seltensten angenommen haben) prüfbar ist. In der ersten Auswahlrunde waren bereits drei Personen ausgewählt worden, bei denen 2.3 prüfbar ist (vgl. oben). Wenn in dieser Runde noch eine weitere Person ausgewählt und geprüft wird, ist somit das für den Qualitätsaspekt 2.3 angesetzte 2-Jahres-Quorum von vier Einzelbewertungen erreicht (mit der Konsequenz, dass der QA-2.3-Sollwert im nächsten Jahr Null sein wird, da in der folgenden Zweijahresbetrachtung bereits vier Einzelbewertungen zur Verfügung stehen). Dieses Prozedere

wird nun für den nächsten (zweitseltensten) Qualitätsaspekt fortgesetzt, solange bis die Gesamtzahl von neun personenbezogenen Prüfungen erreicht ist.

Auswirkungen

Das beschriebene Auswahlverfahren führt dazu, dass konsequent sowohl die Prüfbarkeit aller Qualitätsaspekte (sofern sie unter dem jeweiligen Landesrahmenvertrag überhaupt prüfbar sind), als auch die Zahl der je Qualitätsaspekt in die Prüfung einbezogenen Personen optimiert werden.

Insbesondere bei sehr kleinen Pflegediensten oder bei einer Spezialisierung auf ein eingeschränktes Spektrum von Leistungen ist trotzdem nicht auszuschließen, dass auch in der Zweijahresbetrachtung nicht für alle Qualitätsaspekte das jeweilige Quorum erreicht wird. Dies kann ferner bei Diensten jeder Größe der Fall sein, sofern die mit einem Qualitätsaspekt assoziierten Leistungen auch in Zukunft nur so selten vereinbart werden, dass der Qualitätsaspekt – so wie in der Pilotierung bspw. für die Qualitätsaspekte 2.9 und 2.10 beobachtet – nur extrem selten geprüft werden kann.

Im ersten Fall (sehr kleine oder spezialisierte Pflegedienste) kann in der Qualitätsdarstellung darauf hingewiesen werden, dass der Dienst aufgrund seiner Größe oder einer spezifischen Ausrichtung des Leistungsangebots in Bezug auf den betreffenden Qualitätsaspekt nicht mit der vorgesehenen Anzahl von versorgten Personen geprüft werden konnte. Dies stellt für die Verbraucher eine relevante Zusatzinformation dar, insofern die betreffenden Pflegedienste die entsprechenden Leistungen offenbar nicht oder sehr selten durchführen.

Im zweiten Fall – der dauerhaft marginalen Inanspruchnahme der „hinter“ einem Qualitätsaspekt stehen Leistungen – sollte erwogen werden, den Qualitätsaspekt aus diesem Verfahren zu entfernen und genauso zu behandeln, wie die Qualitätsprüfungen, die sich auf HKP-Leistungen beziehen, die nicht in der Qualitätsdarstellung berücksichtigt werden. Das würde bedeuten, dass solche Qualitätsaspekte aus der Qualitätsdarstellung entfernt werden, bis die betreffenden Leistungen ggf. zu einem späteren Zeitpunkt häufiger vereinbart werden.

Darüber hinaus ist nicht auszuschließen, dass bei einzelnen Qualitätsaspekten trotz des modifizierten Verfahrens die vorgesehene Mindestanzahl von Einzelbewertungen innerhalb von zwei Jahren nicht erreicht wird, obwohl der Pflegedienst die entsprechenden Leistungen grundsätzlich in ausreichender Häufigkeit erbringt. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn der Pflegedienst nur über wenige pflegebedürftige Personen verfügt, bei denen mehrere Qualitätsaspekte zutreffen. Ob ein solcher Fall vorliegt, kann durch den Prüfer festgestellt werden, indem nach Erreichen des Maximalumfangs von neun Personen für alle Qualitätsaspekte, bei denen der QA-x-Sollwert nicht Null beträgt, überprüft wird, ob es noch versorgte Personen auf der Liste gibt, bei denen der Qualitätsaspekt zuträfe, die aber nicht in die Auswahl gelangt sind. Hier sollte der

Prüfer bei den betreffenden Qualitätsaspekten anmerken, dass der Sollwert durch das Auswahlverfahren nicht erreicht werden konnte.

Umsetzbarkeit

Die für die Feststellung der QA-x-Sollwerte eines Pflegedienstes erforderliche Auflistung der aus dem Vorjahr vorliegenden Einzelbewertungen dürfte durch eine entsprechende administrative Anpassung bei den Prüfdiensten umsetzbar sein. Bereits im gegenwärtigen Verfahrensvorschlag für die Qualitätsdarstellung ist vorgesehen, auch die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der beiden Vorjahre aufzunehmen, so dass ohnehin eine Speicherung entsprechender Daten aus vorangehenden Prüfungen erfolgen muss, die lediglich um das Merkmal der Anzahl der Einzelbewertungen je Qualitätsaspekt ergänzt werden müsste.

Das Auswahlverfahren vor Ort beim Pflegedienst ist u. E. in der Praxis effizient umsetzbar, wenn ein Pflegedienst die Liste der versorgten Personen mit den o. g. Angaben (vgl. das vorangehende Kapitel „Vorbereitung seitens der Pflegedienste“) in elektronischer Form (z. B. nach Art einer Excel-Tabelle) zur Verfügung stellt. Dies kann durch Bereitstellung einer entsprechenden Vorlage bzw. eine technische Anweisung für die Hersteller von elektronischen Dokumentationsystemen unterstützt werden. Etwas zeitaufwändiger ist das Vorgehen, wenn die Liste nur auf Papier vorgelegt wird. Hier könnte der Aufwand für die Prüfer reduziert werden, wenn die Pflegedienste die Liste der versorgten Personen mehrfach, aber in unterschiedlicher Sortierung vorlegen: Z. B. eine Liste aller versorgten Personen, die Leistungen beziehen, die mit den Qualitätsaspekten assoziiert sind, für die das niedrigere 2-Jahres-Quorum von vier Personen gilt (bei denen also die selteneren Qualitätsaspekte prüfbar sind) und eine Liste aller übrigen versorgten Personen.

Eine genauere Vorgabe zur Bereitstellung der Liste der versorgten Personen durch die Pflegedienste lässt sich erstellen, wenn die Zuordnungsvorschriften von Leistungen zu Qualitätsaspekten vorliegen und darauf basierend die erwarteten Häufigkeiten berechnet werden können, mit denen die einzelnen Qualitätsaspekte prüfbar sind.

Die dargestellte Vorgehensweise der Korrektur der QA-x-Sollwerte nach Auswahl einer Person, bei der mehrere Qualitätsaspekte prüfbar sind, lässt sich in der Prüfsoftware umsetzen.

Aufwändige oder risikobehaftete HKP-Leistungen

Das von den Entwicklern vorgeschlagene Verfahren der Stichprobenziehung sieht vor, dass zunächst sechs Personen mit Einschränkungen der Mobilität und/oder der kognitiven Fähigkeiten (Gruppen A, B, C, vgl. Büscher *et al.*, 2018, S. 91 ff.) gezogen werden. Anschließend sollen weitere drei Personen gezogen werden, die eine ärztlich verordnete, aufwändige oder risikobehaftete Leistung der häuslichen Krankenpflege erhalten (Gruppe D). Zu dieser Art von Leistungen zählen die Autoren die Ziffern 6, 8, 12, 24, 24a, 29, 30 und 31 der HKP-Richtlinie. Das Verfahren gibt dabei wohlgerneht nur vor, dass die Personen irgendeine dieser Leistungen beziehen müssen. Lediglich in Bezug auf Ziffer 24 (Spezielle

Krankenbeobachtung) wird vorgegeben, dass mindestens eine Person mit dieser Leistung gezogen werden soll, sofern der Pflegedienst die Leistung überhaupt erbringt.

Verfahrensmodifikation

Zwei dieser Leistungen – die Ziffern 12 und 31 – gehen in den Qualitätsaspekt „Wundversorgung“ ein, der Teil der Qualitätsdarstellung ist. Diese Leistungen würden in dem hier vorgeschlagenen modifizierten Auswahlverfahren somit gezielt berücksichtigt.

Die Ziffern 6, 8, 24 und 29 sind Leistungen, die typischerweise im Rahmen der Intensivpflege erbracht werden. Zu den Qualitätsprüfungen von auf die Intensivpflege spezialisierten Diensten sind eigene Empfehlungen formuliert worden (vgl. Kapitel 4.8). Eine gesonderte Berücksichtigung im Rahmen des auf Pflegedienste mit allgemeinem Leistungsspektrum zielenden Auswahlverfahrens ist daher aus unserer Sicht verzichtbar.

Sofern in einem nicht spezialisierten Pflegedienst in einzelnen Fällen auch die Leistung „Spezielle Krankenbeobachtung“ erbracht wird, kann die bislang schon vorgesehene Regel angewandt werden, dass mindestens eine mit dieser Leistung versorgte Person in die personenbezogenen Prüfungen aufgenommen wird, sofern keine dieser Personen durch das reguläre Auswahlverfahren erfasst wurde. In diesem Fall wird die Zahl der durch das reguläre Verfahren ausgewählten Personen auf acht abgesenkt.

Begründung

Eine darüber hinaus gehende Berücksichtigung von aufwändigeren oder risikobehafteten HKP-Leistungen im Rahmen des auf Pflegedienste mit allgemeinem Leistungsspektrum anzuwendenden Auswahlverfahrens ist u. E. nicht erforderlich. Das modifizierte Verfahren führt in Bezug auf die Ziffern 12 und 31 zu einer Verbesserung, weil Personen mit diesen Leistungen nunmehr gezielt und mit einer vorgegebenen Mindestanzahl in die Prüfungen einbezogen werden. Personen mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf werden überwiegend durch spezialisierte Pflegedienste versorgt und somit durch das spezielle Verfahren für diese Dienste erfasst. Für die Ausnahmefälle, in denen Dienste mit allgemeinem Leistungsspektrum auch vereinzelt Intensivpflege erbringen, gilt die besondere Regel, die aus dem bestehenden Verfahrensvorschlag von Büscher *et al.* (2018, S. 92) übernommen wird.

Falls der Qualitätsausschuss trotzdem eine gesonderte Berücksichtigung von „aufwändigen und risikobehafteten HKP-Leistungen“ auch bei den Pflegediensten mit allgemeinem Leistungsspektrum für erforderlich hält, sollten die dafür in Frage kommenden Leistungsziffern zu einem eigenen Qualitätsaspekt („Aufwändige und risikobehaftete pflegerische Maßnahmen“) zusammengefasst und in das oben beschriebene Verfahren – entweder anstelle des Qualitätsaspekts „Wundversorgung“ oder bereinigt um die überschneidenden Leistungsziffern – aufgenommen werden. Die Daten der Pilotierung zeigen, dass etwa 10 Prozent der

von den Pflegediensten versorgten Personen eine aufwändige oder risikobehaftete HKP-Leistung beziehen (vgl. Tabelle 19). Dies würde in dem modifizierten Verfahren für eine Berücksichtigung mit einer Mindestanzahl von vier Einzelbewertungen (personenbezogene Prüfungen) über zwei Jahre sprechen.

Darstellung der Prüfergebnisse

Für die Qualitätsdarstellung wurden von den Entwicklern 16 Merkmale vorgeschlagen: Alle Qualitätsaspekte der Bereiche 1 und 2 sowie basierend auf Bereich 3 die Merkmale „Ärztlich verordnete Maßnahme: Medikamente“ (entspricht HKP-Ziffer 26) sowie „Ärztlich verordnete Maßnahme: Wundversorgung“, die eine Zusammenfassung der Bewertung der drei HKP-Leistungen 12, 28 und 31 darstellt.

Verfahrensmodifikation

Es wird vorgeschlagen, den Qualitätsaspekt 1.3 „Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer kritischen Pflegesituation“ aus der Qualitätsdarstellung zu entfernen, weil dieser Aspekt nicht im Sinne des hier vorgeschlagenen Auswahlverfahrens gezielt optimiert werden kann. Dieser Qualitätsaspekt kann nur geprüft werden, wenn bei einer Person in der Auswahl eine kritische Pflegesituation vorliegt. Bei einer Berücksichtigung in dem modifizierten Verfahren müssten solche Personen gezielt bis zu dem gesetzten 2-Jahres-Quorum ausgewählt werden. Dies ist nicht sinnvoll.

Der Qualitätsaspekt 1.3 bleibt gleichwohl Bestandteil der Qualitätsprüfungen. Er wird jedoch verfahrensmäßig so behandelt, wie eine der selteneren HKP-Leistungen, die geprüft werden, wenn sie bei einer Person in der Auswahl prüfbar sind.

Ferner folgt aus der in Kapitel „Festlegung der prüfrelevanten Qualitätsaspekte“ bereits dargestellten Modifikation, dass die Qualitätsdarstellung eines Pflegedienstes nur Qualitätsaspekte umfassen sollte, die zum gegebenen Zeitpunkt in dem Bundesland grundsätzlich prüfbar sind, d. h. zu denen gemäß der landesspezifischen Zuordnungsvorschrift auch Leistungen vereinbart werden können bzw. die vereinbarungsunabhängig geprüft werden (das sind die Qualitätsaspekte 1.1 und 1.2).

Im Interesse eines bundesweit einheitlichen Formats der Qualitätsdarstellung sollten Qualitätsaspekte, die zum jeweiligen Zeitpunkt in einem Bundesland nicht geprüft werden mit folgendem (oder einem ähnlichen) Hinweis dargestellt werden: „Dieser Qualitätsaspekt wird bei allen Pflegediensten in [*Bundesland*] gegenwärtig nicht geprüft.“

Das modifizierte Verfahren ist so ausgelegt, dass bei der Mehrzahl der Pflegedienste jeder Qualitätsaspekt basierend auf der jeweils festgelegten Mindestanzahl von vier bzw. sechs Einzelbewertungen (über zwei Jahre kumuliert) dargestellt werden kann. In dem vorangehenden Kapitel „Durchführung der Stichprobenziehung“ wurde bereits darauf hingewiesen, dass bei sehr kleinen

oder hinsichtlich des Leistungsspektrums spezialisierten Diensten dieses Ziel ggf. nicht bei allen Qualitätsaspekten erreicht werden kann, weil die Zahl der mit den entsprechenden Leistungen versorgten Personen absolut zu gering ist. In diesen Fällen sollte in der Qualitätsdarstellung ein Hinweis der folgenden Art erfolgen: „Dieser Qualitätsaspekt konnte nicht geprüft werden, weil der Pflegedienst in den Jahren [*Jahreszahlen*] die entsprechenden Leistungen nicht oder sehr selten erbracht hat.“

Falls bei einzelnen Qualitätsaspekten trotz des modifizierten Verfahrens die vorgesehenen 2-Jahres-Quoren nicht erreicht werden, obwohl der Pflegedienst die entsprechenden Leistungen grundsätzlich in ausreichender Häufigkeit erbringt, kann in der Qualitätsdarstellung folgender Hinweis erfolgen: „Die eigentlich vorgesehene Zahl von [*vier bzw. sechs*] Einzelbewertungen wurde ausnahmsweise bei diesem Qualitätsaspekt nicht erreicht. Der Pflegedienst bietet diese Leistungen jedoch standardmäßig an“.

In der Qualitätsdarstellung sollte darauf hingewiesen werden, dass die Bewertungen jedes Qualitätsaspekts auf zusammengefassten personenbezogenen Prüfungen aus dem Berichtsjahr und dem vorangehenden Jahr beruhen.

Auswirkungen

Das modifizierte Verfahren sollte dazu führen, dass in der Qualitätsdarstellung für alle Qualitätsaspekte, die in dem Bundesland prüfbar sind, auch Bewertungsergebnisse ausgewiesen werden können. Im Regelfall sollten die Bewertungsergebnisse ferner mindestens auf dem festgesetzten 2-Jahres-Quorum von sechs bzw. vier Einzelbewertungen beruhen.

Simulation des modifizierten Verfahrens

Um die Funktionsfähigkeit des vorgeschlagenen Konzepts eines auf das Erreichen von Mindestpersonenzahlen ausgerichteten Auswahlverfahrens abzuschätzen, hat IGES eine Simulation mit Daten aus der Pilotierung durchgeführt. Die Simulation stützt sich auf die Daten von 754 Pflegebedürftigen, die in den Pflegediensten der Pilotierungsgruppen I, II und III untersucht wurden (ohne Wiederholungsprüfungen).

Ziel der Simulation ist es zu prüfen, ob bei einem jährlichen Gesamtumfang von neun zu prüfenden Personen und bei Anwendung der oben dargestellten Vorgehensweisen bei der Auswahl dieser Personen (d. h. unter Verwendung der QA-x-Sollwerte und entlang einer vorgegebenen Reihenfolge der Qualitätsaspekte, vgl. Kapitel „Durchführung der Stichprobenziehung“) die vorgegebenen Mindestzahlen von Einzelbewertungen innerhalb von zwei Jahren (2-Jahres-Quorum) für alle Qualitätsaspekte erreicht werden können.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass die Daten der Pilotierung für diese Aufgabe nur bedingt geeignet sind: Die hier vorgeschlagene feste Zuordnung von Qualitätsaspekten zu Leistungen ist in diesen Daten nicht abgebildet, weshalb die Häufigkeit der Prüfbarkeit von Qualitätsaspekten in dem modifizierten Verfahren

vermutlich eine andere wäre, als sie in der Pilotierung beobachtet wurde. Insbesondere bei den „neueren“ Qualitätsaspekten („Unterstützung im Bereich der Mobilität“ usw.) hat die Pilotierung Inkonsistenzen in Bezug auf die Feststellung der Prüfungsrelevanz gezeigt. Zudem stellen die im Rahmen der Pilotierung realisierten Stichproben keine reine Zufallsauswahl dar, wodurch die Schätzer für die Prävalenz der Qualitätsaspekte sowie die Zusammenhangsstruktur der Qualitätsaspekte verzerrt sein könnten. Trotz dieser Limitierungen, lässt sich u. E. mit diesen Daten abschätzen, inwieweit das vorgeschlagene Verfahren zu den erwarteten Verbesserungen führen würde.

Bei der Simulation wurden folgende Rahmenbedingungen gesetzt:

- ◆ Die Qualitätsaspekte 2.3 „Unterstützung im Bereich der Kommunikation“, 2.4 „Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen“, 2.9 „Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger zur Verbesserung der Pflegekompetenz“ und 2.10 „Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Pflegekompetenz“ wurden in der Simulation nicht berücksichtigt. Diese Qualitätsaspekte waren in der Pilotierungsstichprobe so selten vertreten (zwischen 0,4 % und 3,7 % der Pflegebedürftigen), dass eine Berechnung nicht möglich ist. Möglicherweise würden diese Qualitätsaspekte in den meisten Ländern entsprechend des hier vorgelegten Konzepts zunächst aus dem Verfahren ausgeschlossen werden, weil in den Landesrahmenverträgen noch keine entsprechenden Leistungen hinterlegt sind.
- ◆ Ferner wurde Qualitätsaspekt 1.3 nicht berücksichtigt, der gemäß unserem Vorschlag aus dem fokussierten Auswahlverfahren und der Qualitätsdarstellung entfernt werden sollte.
- ◆ Insgesamt wurden somit elf Qualitätsaspekte (darunter die beiden auf dem Bereich 3 basierenden) in der Simulation berücksichtigt.
- ◆ In der Simulation wurde ein 2-Jahres-Quorum von sechs Personen bei Qualitätsaspekten angesetzt, die bei mindestens 15 % der pflegebedürftigen Personen prüfbar waren. Dies waren die Qualitätsaspekte 1.1, 1.2, 2.1, 2.5, 2.6, 2.7 sowie Medikamente (HKP 3.26) und Wundversorgung (HKP 3.12, 3.28, 3.31).
- ◆ Für folgende Qualitätsaspekte wurde ein 2-Jahres-Quorum von vier Personen angesetzt: 2.2, 2.8 und 2.11.

In der Simulation wurde geprüft, ob bei einem Pflegedienst durch das beschriebene Auswahlverfahren innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Jahren die vorgegebene Mindestanzahl von Einzelbewertungen (2-Jahres-Quorum) je Qualitätsaspekt erreicht wird. Als Startwert der Simulation wurde angenommen, dass bei jedem Qualitätsaspekt im Vorjahr bereits die Hälfte der erforderlichen Personen geprüft wurde.

Die Simulation wurde für drei Größen von fiktiven Pflegediensten – solche mit 50, 75 und 100 versorgten Personen – durchgeführt. D. h. aus den verfügbaren 754 Personen wurden mehrfach jeweils Zufallsstichproben im Umfang von 50, 75 bzw. 100 gezogen. Anschließend wurden gemäß dem oben beschriebenen Verfahren – d. h. unter Beachtung der QA-x-Sollwerte und in einer festgelegten Reihenfolge vom seltensten zum häufigsten Qualitätsaspekt – neun Personen ausgewählt und für jeden Qualitätsaspekt geprüft, ob unter Berücksichtigung der im Vorjahr ausgewählten Pflegebedürftigen das jeweilige 2-Jahres-Quorum erreicht wurde. Für jede Pflegedienstgröße wurden 10.000 Simulationsdurchläufe durchgeführt.

Die Auswahl der neun pflegebedürftigen Personen innerhalb eines Jahres startete mit dem Qualitätsaspekt 2.2 „Unterstützung bei beeinträchtigter Kognition“, der unter den 754 Pflegebedürftigen von den elf berücksichtigten Qualitätsaspekten die geringste Häufigkeit aufweist (8 %). Die weitere Reihenfolge bei der Ziehung lautete: 2.11 (Häufigkeit: 14 %), 2.8 (14 %), 2.6 (Häufigkeit: 16 %), 2.1 (24 %), 1.1 (29 %), 2.7 (40 %), Wundversorgung (45 %), Medikamente (45 %), 2.5 (75 %). Nicht eigens berücksichtigt wurde Qualitätsaspekt 1.2 „Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren“, der nach den Ergebnissen der Pilotierung bei fast allen Pflegebedürftigen geprüft werden kann und daher nicht Gegenstand eines fokussierten Auswahlverfahrens sein muss.

Im Ergebnis zeigt sich für die kleinen Pflegedienste (50 versorgte Personen), dass in 95,7 Prozent der simulierten Fälle die erforderliche Mindestanzahl an Einzelbewertungen für alle elf Qualitätsaspekte erreicht werden kann. Lediglich in 4,2 Prozent der Fälle wird für einen der Qualitätsaspekte das 2-Jahres-Quorum nicht erreicht, bei 0,1 Prozent der Fälle wird das 2-Jahres-Quorum für zwei Qualitätsaspekte nicht erreicht. Bei zehn der elf einbezogenen Qualitätsaspekte wird die vorgesehene Mindestanzahl an Einzelbewertungen in 99,5 Prozent bis 100 Prozent der simulierten Fälle erreicht. Lediglich bei dem am seltensten prüfbarsten Qualitätsaspekt 2.2 fällt die Bilanz etwas schlechter aus. Dennoch wird auch für diesen Qualitätsaspekt das Ziel von vier Einzelbewertungen in 97,0 Prozent der Fälle erreicht.

Bei Pflegediensten mit insgesamt 75 versorgten Personen wird die Mindestanzahl an Einzelbewertungen für Qualitätsaspekt 2.2 in 99,9 Prozent der Simulationsdurchläufe erreicht, bei allen übrigen Aspekten wird die Mindestanzahl in 100 Prozent der Fälle erreicht. Bei Pflegediensten mit 100 versorgten Personen wird das 2-Jahres-Quorum für alle Qualitätsaspekte in 100 Prozent der Fälle erreicht.

Die Simulation spricht somit dafür, dass eine Mindestanzahl an Einzelbewertungen von vier bzw. sechs Personen innerhalb von zwei Jahren auch bei kleineren Pflegediensten für die hier untersuchten Qualitätsaspekte fast immer erreichbar sind. Lediglich bei Qualitätsaspekten, die selten prüfbar sind – in den für die Simulation genutzten Daten war der Qualitätsaspekt 2.2 nur bei 8 Prozent der pflegebedürftigen Personen prüfbar – ist das 2-Jahres-Quorum nicht bei allen Pflegediensten realisierbar. Diese Schlussfolgerung ist insofern als vorläufig

anzusehen, als die Daten der Pilotierung, wie oben dargelegt, hinsichtlich der Feststellung der Prüfbarkeit eines Qualitätsaspekts nicht dem nunmehr vorgeschlagenen Verfahren einer Verknüpfung mit den vertraglich vereinbarten Leistungen entsprechen und die Häufigkeitsverteilung der Qualitätsaspekte sowie deren Zusammenhangsstruktur möglicherweise nicht repräsentativ sind.

Abschließende Bemerkungen zu den Auswirkungen

Das von IGES vorgeschlagene modifizierte Prüfverfahren geht zum einen mit einer grundsätzlichen Veränderung gegenüber dem von Büscher *et al.* (2018) vorgeschlagenen Verfahren einher, nämlich einer konsequenten Fokussierung auf die Bewertung von Pflegediensten anhand von definierten Qualitätsaspekten. Zum anderen wird das Qualitätsmanagement der Pflegedienste durch die Umstellung auf die Zwei-Jahres-Perspektive möglicherweise beeinflusst. Eine weitere, aus unserer Sicht wesentliche Auswirkung der Zwei-Jahres-Perspektive sowie der Einführung von Mindestzahlen von Einzelbewertungen (2-Jahres-Quoren) ist die größere Stetigkeit der Ergebnisse für den einzelnen Pflegedienst.

Konsequente Fokussierung auf die Bewertung von Pflegediensten anhand von definierten Qualitätsaspekten

Das Konzept von Büscher *et al.* (2018) sieht vor, dass die Qualität von ambulanten Pflegediensten auf der Grundlage eines festgelegten Sets von Qualitätsaspekten geprüft und bewertet wird. Dieses Konzept ist aus unserer Sicht richtig und zielführend, es wird jedoch in dem dort vorgeschlagenen Vorgehen für die Durchführung der Prüfungen nicht konsequent umgesetzt, mit der Folge, dass viele Qualitätsaspekte nicht oder nur mit unbefriedigend kleinen Stichprobenumfängen geprüft werden.

Die Ursache für dieses Problem ist vor allem darin zu sehen, dass in dem von Büscher *et al.* (2018) vorgeschlagenen Verfahren pflegebedürftige Personen per Zufall ausgewählt werden und dann erst geschaut wird, welche Qualitätsaspekte bei diesen Personen geprüft werden können. Hinzu kommt, dass bei jeweils maximal neun personenbezogenen Prüfungen die Chancen auf eine zufällige Abdeckung zumindest aller für die Qualitätsdarstellung vorgesehener Qualitätsaspekte sehr klein ist.

Das IGES-Konzept ersetzt dagegen die Zufallsziehung von pflegebedürftigen Personen durch eine gezielte Auswahl von Personen, bei denen die vorgesehenen Qualitätsaspekte auch tatsächlich prüfbar sind. Anders formuliert: Das modifizierte Verfahren folgt der Maxime, dass eine möglichst vollständige und – soweit im Rahmen der durch die Praktikabilität gesetzten Grenzen möglich – zuverlässige Bewertung der Qualitätsaspekte bei einem gegebenen Pflegedienst oberste Priorität haben sollte. Anstelle einer Zufallsziehung von pflegebedürftigen Personen, die lediglich in die groben Kategorien „Einschränkungen der Mobilität“ bzw. der „kognitiven Fähigkeiten“ eingeordnet sind, wird daher ein nach festen Regeln vorgehendes Auswahlverfahren eingesetzt.

Für die Umsetzung dieses Grundgedankens einer konsequenten Ausrichtung des Verfahrens auf die Prüfung und Bewertung von Qualitätsaspekten ist es erforderlich, die Feststellung, welche Qualitätsaspekte im einzelnen Fall prüfungsrelevant sind, auf eine möglichst eindeutige und damit einem fokussierten Auswahlverfahren zugängliche Basis zu stellen. Die vorgeschlagene feste Zuordnung von zu prüfenden Qualitätsaspekten zu vereinbarten Leistungen – sei es vertraglich oder aufgrund von Absprachen, die in der Pflege-/Maßnahmenplanung dokumentiert sind – ist daher ein elementarer Bestandteil des IGES-Vorschlags.

Die praktische Umsetzung der von IGES vorgeschlagenen Vorgehensweise stellt etwas höhere technische Anforderungen an die Prüfer bzw. deren Hilfsmittel (Prüfsoftware). Die Durchführung der gezielten Auswahl von pflegebedürftigen Personen für die personenbezogenen Prüfungen kann ferner erheblich erleichtert werden, wenn die Liste der durch den Pflegedienst versorgten Personen in elektronischer Form zur Verfügung gestellt würde. Hier wäre es aus unserer Sicht besonders zielführend, wenn der Qualitätsausschuss Pflege eine technische Anweisung für die Hersteller von IT-Systemen in der Pflege formulierte, in der ein einheitlicher Standard für die Bereitstellung der Liste sowie ergänzende Funktionen – z. B. Sortiermöglichkeiten – vorgegeben würde. Die Prüfer könnten dann vor Ort in den Pflegediensten jeweils auf Basis dieses standardisierten IT-Moduls die Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden Personen vornehmen.

Mögliche Einflüsse auf das Qualitätsmanagement der Pflegedienste

Mit der Umstellung auf eine über zwei Prüfungen kumulierte Gesamtbewertung von Qualitätsaspekten (vgl. Abbildung 75) ist eine Veränderung der Anreize in Bezug auf das Qualitätsmanagement der Pflegedienste verbunden:

- ◆ Die Pflegedienste können fest damit rechnen, dass alle Qualitätsaspekte geprüft und berichtet werden, die angesichts des Leistungsspektrums des Dienstes relevant sind.
- ◆ Wenn in der Qualitätsprüfung eines Jahres bei einem Qualitätsaspekt eine oder mehrere negative Einzelbewertungen vergeben wurden, kann sich der Pflegedienst „ausrechnen“, welche Gesamtbewertung er im folgenden Jahr erhalten wird, wenn erneut entsprechend viele negative Einzelbewertungen vergeben werden. Er kann sich also sehr gezielt um Qualitätsverbesserungen kümmern, um eine negative Gesamtbewertung im Folgejahr abzuwenden.

Das Qualitätsprüfungsverfahren könnte somit dazu beitragen, dass sich das Qualitätsmanagement sehr gezielt mit der Verbesserung bestimmter Qualitätsaspekte befasst.

Größere Stetigkeit der Ergebnisse für den einzelnen Pflegedienst

Betrachtet man die Ergebnisse für einen Pflegedienst über mehrere aufeinanderfolgende Prüfungen hinweg, dann wird das von Büscher *et al.* (2018)

vorgeschlagene Verfahren bei den seltener prüfbareren Qualitätsaspekten in vielen Fällen zu einem „unsteten“ Verlauf der Ergebnisse führen: Im ersten Jahr wurden keine Qualitätsdefizite festgestellt, im nächsten Jahr wurde der Qualitätsaspekt gar nicht geprüft, im dritten Jahr wurden auf Basis einer kleinen Stichprobe moderate Qualitätsdefizite festgestellt etc.

Das von IGES vorgeschlagene Verfahren führt dagegen zu einem stetigeren Verlauf der Ergebnisse, weil die Zahl der Einzelbewertungen für jeden Qualitätsaspekt stabilisiert wird und das Verfahren nach Art eines gleitenden Durchschnitts über zwei Jahre funktioniert. Als drittes Element tritt noch die angesprochene Möglichkeit hinzu, negative Ergebnisse im einen Jahr durch verstärkte Anstrengungen im Qualitätsmanagement im Folgejahr gezielt auszugleichen.

Aus unserer Sicht dürfte diese größere Stetigkeit die Akzeptanz der Qualitätsprüfungen bei den Pflegediensten verbessern, weil die jeweils erzielten Ergebnisse als weniger zufallsbedingt und durch konkretes Handeln im Qualitätsmanagement besser kontrollierbar erlebt werden.

A2 Zusätzliche Daten zu Ermittlung des Prüfumfangs

Tabelle 94: Ausschlaggebende Leistungsvereinbarungen nach SGB XI für geprüfte Qualitätsaspekte in Baden-Württemberg

vereinbarte Leistung	2.1 n=47	2.2 n=22	2.3 n=1	2.4 n=1	2.5 n=123	2.6 n=10	2.7 n=32	2.8 n=4	2.9 n=4	2.10 n=5
1 - Große Körperpflege	34 72,3 %	15 68,2 %	-	-	91 74 %	-	-	-	-	-
2 - Kleine Körperpflege	13 27,7 %	3 13,6 %	-	-	34 27,6 %	-	-	-	-	-
3 - Transfer/ An-/Auskleiden	9 19,1 %	3 13,6 %	-	-	13 10,6 %	-	-	-	-	-
4 - Hilfen bei Ausscheidungen	4 8,5 %	1 4,5 %	-	-	15 12,2 %	-	26 81,3 %	-	-	-
6 - Lagern	1 2,1 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7 - Mobilisation	1 2,1 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 - Einfache Nahrungsaufn.	-	-	-	-	-	5 50 %	-	-	-	-
9 - Umfangr. Nahrungsaufn.	-	-	-	-	-	1 10 %	-	-	-	-
10 – Sonden- nahrung	-	-	-	-	-	1 10 %	-	-	-	-
13 - Essen auf R./Mittagstisch	1 2,1 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21 – Pfleg. Betreuungsm.	-	1 4,5 %	-	-	-	-	-	1 25 %	-	-
22 – Organ. Alltag, Haushalt	1 2,1 %	2 9,1 %	-	-	-	-	-	1 25 %	-	-
n.z. – Zeitverg. Betreuung.	-	1 4,5 %	1 100 %	-	2 1,6 %	-	-	-	-	-

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Mehrfachnennung möglich. Prozent (%) entspricht Anteil der Fälle, in denen die vereinbarte Leistung genannt wird, an allen Fällen, in denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde (n in Überschriftenzeile für 2.1 Mobilität, 2.2 Kognition, 2.3 Kommunikation, 2.4 Verhalten/psych. Problemlagen, 2.5 Körperpflege, 2.6 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, 2.7 Ausscheidung, 2.8 Alltagsleben und soziale Kontakte, 2.9 Pflegekompetenz Angehöriger, 2.10 Selbstpflegekompetenz). In manchen Fällen werden keine vereinbarten Leistungen als Begründung angegeben. Die Tabelle enthält ausschließlich Leistungen in Baden-Württemberg, die als Grund geprüfter Qualitätsaspekte genannt werden.

Tabelle 95: Ausschlaggebende Leistungsvereinbarungen nach SGB XI für geprüfte Qualitätsaspekte in Bayern (freie Wohlfahrtspflege)

vereinbarte Leistung	2.1 n=35	2.2 n=3	2.4 n=2	2.5 n=82	2.6 n=19	2.7 n=60	2.8 n=14
1a - Lagern	2 5,7 %	-	-	5 6,1 %	-	-	-
1b - Hilfe beim An- und Auskleiden	2 5,7 %	-	-	26 31,7 %	-	-	-
1d - Mund-/Zahn- / -prothesenpflege	-	-	-	5 6,1 %	-	-	-
1e - Rasieren Gesichtspflege	-	-	-	4 4,9 %	-	-	-
1f - Kämmen	-	-	-	8 9,8 %	-	-	-
1g - Haarwäsche	-	-	-	21 25,6 %	-	-	-
1h - Nagelpflege / Fingernägel	-	-	-	5 6,1 %	-	-	-
1i - Nagelpflege / Fußnägel	-	-	-	3 3,7 %	-	-	-
1k - Hautpflege	-	-	-	27 32,9 %	-	-	-
1l – Entsorg. Auss.- / Inkontinenzart.	-	-	-	2 2,4 %	-	9 15 %	-
2a - Teilkörperwäsche	-	-	-	13 15,9 %	-	-	-
2b - Ganzkörperwäsche	-	-	-	31 37,8 %	-	-	-
3 - Transfer	8 22,9 %	-	-	13 15,9 %	-	-	-
4c - Hilfe beim Trinken	-	-	-	-	4 21,1 %	-	-
5 - Hilfe bei Darm- / Blasenentleerung	-	-	-	1 1,2 %	-	20 33,3 %	-
16 - Stundensatz körperbez. Pflege	23 65,7 %	-	1 50 %	42 51,2 %	12 63,2 %	29 48,3 %	2 14,3 %
17 - Stundensatz Pfleg. Betreuung.	2 5,7 %	3 100 %	1 50 %	-	-	-	12 85,7 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Mehrfachnennung möglich. Prozent (%) entspricht Anteil der Fälle, in denen die vereinbarte Leistung genannt wird, an allen Fällen, in denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde (n in Überschriftenzeile für 2.1 Mobilität, 2.2 Kognition, 2.4 Verhalten/psych. Problemlagen, 2.5 Körperpflege, 2.6 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, 2.7 Ausscheidung, 2.8 Alltagsleben/soziale Kontakte). In manchen Fällen werden keine vereinbarten Leistungen als Begründung angegeben. Die Tabelle enthält ausschließlich Leistungen in Bayern, die als Grund geprüfter Qualitätsaspekte in Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege genannt werden.

Tabelle 96: Ausschlaggebende Leistungsvereinbarungen nach SGB XI für geprüfte Qualitätsaspekte in Bayern (privat)

vereinbarte Leistung	2.1 n=3	2.5 n=40	2.7 n=14	2.8 n=12
101 - Aufsuchen Verlassen Bett, An- /Ablegen Körperersatzstücke	-	3 7,5 %	-	-
102 - Hilfe beim An- und/oder Auskleiden	-	25 62,5 %	-	-
103 - Teilwaschen	-	21 52,5 %	-	-
104 - Mund- und Zahnpflege oder Zahnprothesenpflege	-	6 15 %	-	-
105 - Rasieren	-	5 12,5 %	-	-
106 - Kämmen	-	13 32,5 %	-	-
107 - Hautpflege	-	21 52,5 %	-	-
108 - Haar- und/oder Nagelpflege	-	16 40 %	-	-
109 - Zuschlag bei Ganzkörperwäsche	-	16 40 %	-	-
110 - Ganzkörperwäsche als alleinige Leistung	-	7 17,5 %	-	-
111 - Lagern / Mobilisierung	1 33,3 %	7 17,5 %	-	-
114 - Hilfe bei der Darm- und Blasenentleerung	-	-	13 92,9 %	-
115 - Stomaversorgung	-	-	1 7,1 %	-
n.z. - Stundensatz Körperbezogene Pflegemaßnahmen	2 66,7 %	12 30 %	-	-
n.z. - Pflegerische Betreuungsmaßnahmen	-	-	-	11 91,7 %
n.z. - Stundensatz Hilfen bei der Haushaltsführung	-	-	-	1 8,3 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Mehrfachnennung möglich. Prozent (%) entspricht Anteil der Fälle, in denen die vereinbarte Leistung genannt wird, an allen Fällen, in denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde (n in Überschriftenzeile für 2.1 Mobilität, 2.5 Körperpflege, 2.7 Ausscheidung, 2.8 Alltagsleben/soziale Kontakte). Die Tabelle enthält ausschließlich Leistungen in Bayern, die als Grund geprüfter Qualitätsaspekte in Einrichtungen privater Träger genannt werden.

Tabelle 97: Ausschlaggebende Leistungsvereinbarungen nach SGB XI für geprüfte Qualitätsaspekte in Berlin

vereinbarte Leistung	2.1 n=11	2.2 n=16	2.3 n=11	2.4 n=9	2.5 n=103	2.6 n=50	2.7 n=63	2.8 n=50
1 - Erweiterte kleine Körperpflege	1 9,1 %	-	-	-	16 15,5 %	-	-	-
2 - Kleine Körperpflege	-	-	-	-	26 25,2 %	-	-	-
3 - Erweiterte große Körperpflege	4 36,4 %	-	-	-	28 27,2 %	-	-	-
4 - Große Körperpflege	1 9,1 %	-	-	-	46 44,7 %	-	-	-
5 - Lagern/Betten	7 63,6 %	-	-	-	2 1,9 %	-	-	-
7 - Darm-und Blasenentleerung	-	-	-	-	1 1 %	1 2 %	33 52,4 %	-
14 - Zubereitung warme Mahlzeit	-	-	-	-	-	5 10 %	-	-
15 - Zubereitung sonstige Mahlzeit	-	-	-	-	1 1 %	15 30 %	-	-
19 - Versorgung Betreuung in WG	3 27,3 %	8 50 %	3 27,3 %	6 66,7 %	27 26,2 %	27 54 %	27 42,9 %	27 54 %
20 - Betreuungsmaßn.	-	4 25 %	1 9,1 %	1 11,1 %	-	-	-	13 26 %
n.z. - Zeitvergütung Betreuungsleitungen	-	-	-	-	1 1 %	-	-	-

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Mehrfachnennung möglich. Prozent (%) entspricht Anteil der Fälle, in denen die vereinbarte Leistung genannt wird, an allen Fällen, in denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde (n in Überschriftenzeile für 2.1 Mobilität, 2.2 Kognition, 2.3 Kommunikation, 2.4 Verhalten/psych. Problemlagen, 2.5 Körperpflege, 2.6 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, 2.7 Ausscheidung, 2.8 Alltagsleben/soziale Kontakte). In manchen Fällen werden keine vereinbarten Leistungen als Begründung angegeben. Die Tabelle enthält ausschließlich Leistungen in Berlin, die als Grund geprüfter Qualitätsaspekte genannt werden.

Tabelle 98: Ausschlaggebende Leistungsvereinbarungen nach SGB XI für geprüfte Qualitätsaspekte in Brandenburg (außer B.A.H.)

vereinbarte Leistung	2.1 n=44	2.2 n=26	2.3 n=14	2.4 n=7	2.5 n=67	2.6 n=10	2.7 n=32	2.8 n=8	2.9 n=2	2.10 n=3
1 - Kleine Körperpflege	20 45,5 %	4 15,4 %	7 50 %	2 28,6 %	45 67,2 %	-	1 3,1 %	1 12,5 %	-	1 33,3 %
2 - Große Körperpflege	28 63,6 %	9 34,6 %	9 64,3 %	4 57,1 %	61 91 %	-	-	1 12,5 %	-	2 66,7 %
3 – Aussch. – Kleine Hilfe	10 22,7 %	3 11,5 %	4 28,6 %	-	-	-	31 96,9 %	1 12,5 %	1 50 %	-
4 – Aussch. – Erweiterte Hilfe	2 4,5 %	-	3 21,4 %	1 14,3 %	-	-	7 21,9 %	-	-	-
5 - Aufsuchen Verlassen Bett	10 22,7 %	-	3 21,4 %	1 14,3 %	1 1,5 %	-	-	1 12,5 %	-	-
6 - Lagern/ Mobilisierung	15 34,1 %	3 11,5 %	1 7,1 %	-	2 3 %	-	-	1 12,5 %	-	-
7 – Haare- waschen	7 15,9 %	2 7,7 %	1 7,1 %	-	26 38,8 %	-	-	1 12,5 %	-	-
8 – Nahrungs- aufnahme	-	-	1 7,1 %	-	-	4 40 %	-	1 12,5 %	-	-
11 - Begleitung bei Aktivitäten	-	1 3,8 %	-	-	-	-	-	1 12,5 %	-	-
12 - Betreu- ungsmaßnahm.	1 2,3 %	1 3,8 %	-	-	-	-	-	1 12,5 %	-	-
12a – Anleitung	2 4,5 %	5 19,2 %	1 7,1 %	1 14,3 %	2 3 %	1 10 %	-	-	-	-
15 - Reinigung der Wohnung	-	-	1 7,1 %	1 14,3 %	-	-	-	-	-	1 33,3 %
20 - Kochen Hauptmahlzeit	-	-	-	-	-	2 20 %	-	-	-	-
21 - Mahlzeit	1 2,3 %	1 3,8 %	2 14,3 %	1 14,3 %	-	6 60 %	-	-	-	1 33,3 %
n.z. – Zeitverg. Grundpflege	1 2,3 %	-	-	-	1 1,5 %	-	-	-	-	-

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Mehrfachnennung möglich. Prozent (%) entspricht Anteil der Fälle, in denen die vereinbarte Leistung genannt wird, an allen Fällen, in denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde (n in Überschriftenzeile für 2.1 Mobilität, 2.2 Kognition, 2.3 Kommunikation, 2.4 Verhalten/psych. Problemlagen, 2.5 Körperpflege, 2.6 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, 2.7 Ausscheidung, 2.8 Alltagsleben und soziale Kontakte, 2.9 Pflegekompetenz Angehöriger, 2.10 Selbstpflegekompetenz). In manchen Fällen werden keine vereinbarten Leistungen als Begründung angegeben. Die Tabelle enthält ausschließlich Leistungen in Brandenburg, die als Grund geprüfter Qualitätsaspekte in Einrichtungen genannt werden, die nicht in der B.A.H. organisiert sind.

Tabelle 99: Ausschlaggebende Leistungsvereinbarungen nach SGB XI für geprüfte Qualitätsaspekte in Brandenburg (B.A.H.)

vereinbarte Leistung	2.1 n=7	2.2 n=2	2.3 n=2	2.4 n=4	2.5 n=25	2.6 n=12	2.7 n=18	2.8 n=11
1 - Kleine Körperpflege	-	-	-	-	13 52 %	-	-	-
2 - Große Körperpflege	-	-	-	-	25 100 %	-	-	-
3 - Ausscheidungen – Kleine Hilfe	-	-	-	-	-	-	17 94,4 %	-
4 - Ausscheidungen – Erweiterte Hilfe	-	-	-	-	-	-	4 22,2 %	-
5 - Aufsuchen und Verlassen des Bettes	5 71,4 %	-	-	-	2 8 %	-	-	-
5a - Aufwändiger Transfer	-	-	-	-	-	-	-	-
6 - Lagern/ Mobilisierung	4 57,1 %	-	-	-	-	-	-	-
7 - Haare-waschen	-	-	-	-	10 40 %	-	-	-
11 - Begleitung bei Aktivitäten	-	-	-	-	-	-	-	1 9,1 %
12 - Pflegerische Betreuungsmaßn.	-	-	-	-	-	-	-	7 63,6 %
12a - Pflegerische Betreuung, Anleitung	-	2 100 %	2 100 %	4 100 %	-	-	-	6 54,5 %
21 - Zubereitung sonstige Mahlzeit	-	-	-	-	-	12 100 %	-	-

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Mehrfachnennung möglich. Prozent (%) entspricht Anteil der Fälle, in denen die vereinbarte Leistung genannt wird, an allen Fällen, in denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde (n in Überschriftenzeile für 2.1 Mobilität, 2.2 Kognition, 2.3 Kommunikation, 2.4 Verhalten/psych. Problemlagen, 2.5 Körperpflege, 2.6 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, 2.7 Ausscheidung, 2.8 Alltagsleben und soziale Kontakte). In manchen Fällen werden keine vereinbarten Leistungen als Begründung angegeben. Die Tabelle enthält ausschließlich Leistungen in Brandenburg, die als Grund geprüfter Qualitätsaspekte in Einrichtungen genannt werden, die in der B.A.H. organisiert sind.

Tabelle 100: Ausschlaggebende Leistungsvereinbarungen nach SGB XI für geprüfte Qualitätsaspekte in Hessen

vereinbarte Leistung	2.1 n=27	2.3 n=1	2.5 n=121	2.6 n=9	2.7 n=58	2.8 n=13
1 - Körperpflege	7 25,9 %	-	59 48,8 %	-	26 44,8 %	-
2 - Große Körperpflege	9 33,3 %	-	108 89,3 %	-	23 39,7 %	-
3 - Große erweiterte Körperpflege	-	-	2 1,7 %	-	1 1,7 %	-
4 - Spezielle Lagerung	7 25,9 %	-	1 0,8 %	-	-	-
5 – Umfangreiche Hilfe Ausscheidung	1 3,7 %	-	2 1,7 %	-	33 56,9 %	-
6 – Nahrungsaufnahme	-	-	-	2 22,2 %	-	-
9 - Aufstehen Zubettgehen	16 59,3 %	-	4 3,3 %	-	1 1,7 %	-
10 - Verlassen der Wohnung	1 3,7 %	-	2 1,7 %	-	-	2 15,4 %
11 - Mobilisation	1 3,7 %	-	-	-	-	-
13 – Haushaltsführung	-	-	-	6 66,7 %	-	1 7,7 %
14 – Pflegerische Betreuungsleistungen	-	-	1 0,8 %	2 22,2 %	-	9 69,2 %
n.z. - Zeitvergütung Betreuung	-	-	-	-	-	2 15,4 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Mehrfachnennung möglich. Prozent (%) entspricht Anteil der Fälle, in denen die vereinbarte Leistung genannt wird, an allen Fällen, in denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde (n in Überschriftenzeile für 2.1 Mobilität, 2.3 Kommunikation, 2.5 Körperpflege, 2.6 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, 2.7 Ausscheidung, 2.8 Alltagsleben und soziale Kontakte). In manchen Fällen werden keine vereinbarten Leistungen als Begründung angegeben. Die Tabelle enthält ausschließlich Leistungen in Hessen, die als Grund geprüfter Qualitätsaspekte genannt werden.

Tabelle 101: Ausschlaggebende Leistungsvereinbarungen nach SGB XI für geprüfte Qualitätsaspekte in Nordrhein (Nordrhein-Westfalen)

vereinbarte Leistung	2.1 n=57	2.2 n=13	2.3 n=2	2.4 n=2	2.5 n=124	2.6 n=17	2.7 n=76	2.8 n=13
1 - Ganzwaschung	31 54,4 %	1 7,7 %	-	-	73 58,9 %	-	-	-
2 - Teilwaschung	-	-	-	-	8 6,5 %	-	-	-
3 - Ausscheidungen	28 49,1 %	1 7,7 %	-	-	-	-	42 55,3 %	-
4 - Selbstständige Nahrungsaufnahme	23 40,4 %	-	-	-	1 0,8 %	11 64,7 %	-	-
5 - Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	1 1,8 %	-	-	-	-	3 17,6 %	-	-
6 - Sondenernährung (PEG)	-	-	-	-	-	2 11,8 %	-	-
7 - Lagern/Betten	7 12,3 %	-	-	-	-	-	-	-
8 - Mobilisation	1 1,8 %	-	-	-	-	-	-	-
19 - Große Grundpflege	5 8,8 %	1 7,7 %	1 50 %	-	36 29 %	-	26 34,2 %	-
21 - Kleine Grundpflege	1 1,8 %	-	-	-	16 12,9 %	-	11 14,5 %	-
22 - Große hausw. Versorgung	-	-	-	-	-	-	-	1 7,7 %
23 - Große Grundpflege	6 10,5 %	1 7,7 %	-	-	11 8,9 %	-	7 9,2 %	-
24 - Große Grundpfl. Nahrungsaufnahme	1 1,8 %	-	-	-	-	-	-	-
25 - Kleine Grundpflege	4 7 %	-	-	-	8 6,5 %	-	5 6,6 %	-
28 - Kleine pfleg. Hilfestellung 2	-	-	-	-	2 1,6 %	-	-	-
30 - Kleine pfleg. Hilfestellung 4	-	-	-	-	-	-	1 1,3 %	-
31 - Pflegerische Betreuung	3 5,3 %	2 15,4 %	-	-	1 0,8 %	1 5,9 %	-	7 53,8 %

vereinbarte Leistung	2.1 n=57	2.2 n=13	2.3 n=2	2.4 n=2	2.5 n=124	2.6 n=17	2.7 n=76	2.8 n=13
33 – Hausw. Versorgung	-	-	-	-	-	-	-	2 15,4 %
n.z. - Zeitvergütung Betreuungsleitungen	-	-	-	-	-	-	-	5 38,5 %

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Mehrfachnennung möglich. Prozent (%) entspricht Anteil der Fälle, in denen die vereinbarte Leistung genannt wird, an allen Fällen, in denen der Qualitätsaspekt geprüft wurde (n in Überschriftenzeile für 2.1 Mobilität, 2.2 Kognition, 2.3 Kommunikation, 2.4 Verhalten/psych. Problemlagen, 2.5 Körperpflege, 2.6 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, 2.7 Ausscheidung, 2.8 Alltagsleben und soziale Kontakte). In manchen Fällen werden keine vereinbarten Leistungen als Begründung angegeben. Die Tabelle enthält ausschließlich Leistungen in Nordrhein (Nordrhein-Westfalen), die als Grund geprüfter Qualitätsaspekte genannt werden.

A3 Zusätzliche Daten zu Schwierigkeit der Bewertung

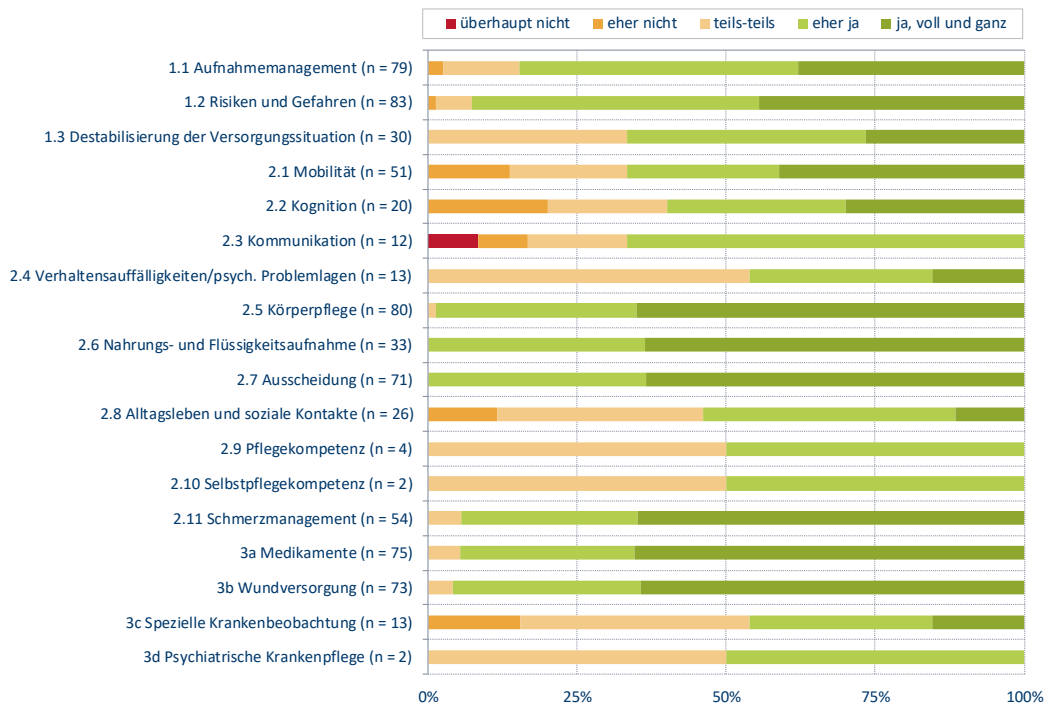
Tabelle 102: Verständlichkeit der Qualitätsaspekte (Bereiche 1 bis 3)

	überhaupt nicht	eher nicht	teils-teils	eher ja	ja, voll und ganz	nicht beantwortbar	fehlende Angaben	Total
1.1 Aufnahmemanagement	-	2	10	37	30	1	5	85
1.2 Risiken und Gefahren	-	1	5	40	37	-	4	87
1.3 Destabilisierung der Versorgungssituation	-	-	10	12	8	1	2	33
2.1 Mobilität	-	7	10	13	21	2	5	58
2.2 Kognition	-	4	4	6	6	-	4	24
2.3 Kommunikation	1	1	2	8	-	-	-	12
2.4 Verhalten/psych. Problemlagen	-	-	7	4	2	-	1	14
2.5 Körperpflege	-	-	1	27	52	-	4	84
2.6 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	-	-	-	12	21	-	4	37
2.7 Ausscheidung	-	-	-	26	45	1	4	76
2.8 Alltagsleben und soziale Kontakte	-	3	9	11	3	-	1	27
2.9 Pflegekompetenz	-	-	2	2	-	-	-	4
2.10 Selbstpflegekompetenz	-	-	1	1	-	-	-	2
2.11 Schmerzmanagement	-	-	3	16	35	2	4	60
3a Medikamente	-	-	4	22	49	1	5	81
3b Wundversorgung	-	-	3	23	47	-	4	77
3c Spezielle Krankenbeobachtung	-	2	5	4	2	1	-	14
3d Psychiatrische Krankenpflege	-	-	1	1	-	-	1	3

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „War im Rahmen der aktuellen Prüfung insgesamt klar, was bei diesem Qualitätsaspekt zu prüfen ist?“. Angaben beziehen sich auf insgesamt n = 76 PD. Zu manchen PD liegen Angaben mehrerer Prüfer vor. Insgesamt erfolgen Angaben durch n = 88 Prüfer (n = 64 PD mit Angaben durch einen Prüfer und n = 12 PD mit Angaben durch zwei Prüfer).

Abbildung 77: Verständlichkeit der Qualitätsaspekte (Bereiche 1 bis 3)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „War im Rahmen der aktuellen Prüfung insgesamt klar, was bei diesem Qualitätsaspekt zu prüfen ist?“. Angaben beziehen sich auf insgesamt n = 76 PD und stammen von n = 88 Prüfern. Die Abbildung berücksichtigt nur gültige Angaben zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt.

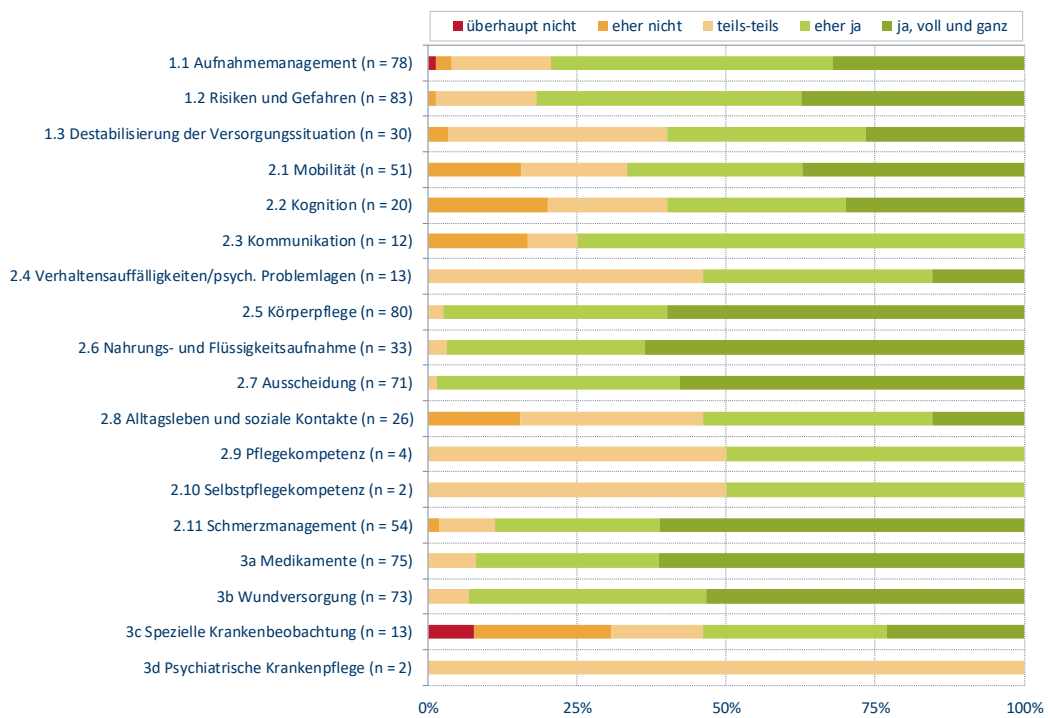
Tabelle 103: Nachvollziehbarkeit der Bewertungsmaßstäbe (Bereiche 1 bis 3)

	überhaupt nicht	eher nicht	teils-teils	eher ja	ja, voll und ganz	nicht beantwortbar	fehlende Angaben	Total
1.1 Aufnahmemanagement	1	2	13	37	25	2	5	85
1.2 Risiken und Gefahren	-	1	14	37	31	-	4	87
1.3 Destabilisierung der Versorgungssituation	-	1	11	10	8	1	2	33
2.1 Mobilität	-	8	9	15	19	2	5	58
2.2 Kognition	-	4	4	6	6	-	4	24
2.3 Kommunikation	-	2	1	9	0	-	-	12
2.4 Verhalten/psych. Problemlagen	-	-	6	5	2	-	1	14
2.5 Körperpflege	-	-	2	30	48	-	4	84
2.6 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	-	-	1	11	21	-	4	37
2.7 Ausscheidung	-	-	1	29	41	1	4	76
2.8 Alltagsleben und soziale Kontakte	-	4	8	10	4	-	1	27
2.9 Pflegekompetenz	-	-	2	2	-	-	-	4
2.10 Selbstpflegekompetenz	-	-	1	1	-	-	-	2
2.11 Schmerzmanagement	-	1	5	15	33	2	4	60
3a Medikamente	-	-	6	23	46	1	5	81
3b Wundversorgung	-	-	5	29	39	-	4	77
3c Spezielle Krankenbeobachtung	1	3	2	4	3	1	-	14
3d Psychiatrische Krankenpflege	-	-	2	-	-	-	1	3

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „War im Rahmen der aktuellen Prüfung insgesamt klar, wie die Bewertungsmaßstäbe für diesen Qualitätsaspekt sind?“. Angaben beziehen sich auf insgesamt n = 76 PD. Zu manchen PD liegen Angaben mehrerer Prüfer vor. Insgesamt erfolgen Angaben durch n = 88 Prüfer (n = 64 PD mit Angaben durch einen Prüfer und n = 12 PD mit Angaben durch zwei Prüfer).

Abbildung 78: Nachvollziehbarkeit der Bewertungsmaßstäbe (Bereiche 1 bis 3)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „War im Rahmen der aktuellen Prüfung insgesamt klar, wie die Bewertungsmaßstäbe für diesen Qualitätsaspekt sind?“. Angaben beziehen sich auf insgesamt n = 76 PD und stammen von n = 88 Prüfern. Die Abbildung berücksichtigt nur gültige Angaben zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt.

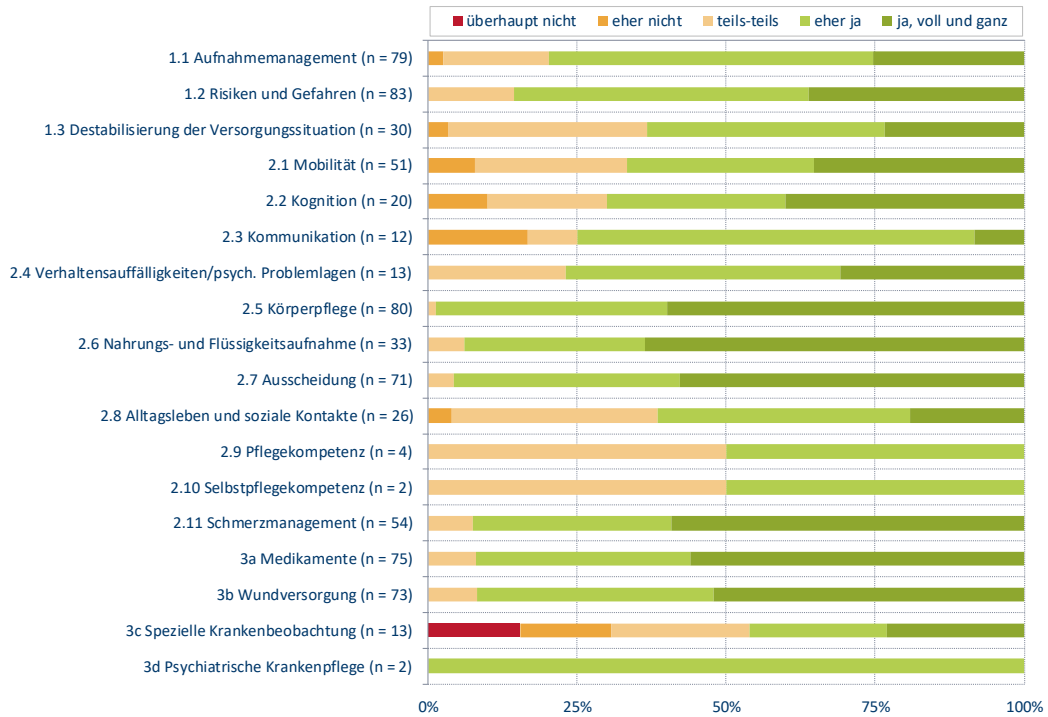
Tabelle 104: Nützlichkeit der "Qualitätsaussage" und "Beschreibung" für die Nachvollziehbarkeit (Bereiche 1 bis 3)

	überhaupt nicht	eher nicht	teils-teils	eher ja	ja, voll und ganz	nicht beantwortbar	fehlende Angaben	Total
1.1 Aufnahmemanagement	-	2	14	43	20	1	5	85
1.2 Risiken und Gefahren	-	-	12	41	30	-	4	87
1.3 Destabilisierung der Versorgungssituation	-	1	10	12	7	1	2	33
2.1 Mobilität	-	4	13	16	18	2	5	58
2.2 Kognition	-	2	4	6	8	-	4	24
2.3 Kommunikation	-	2	1	8	1	-	-	12
2.4 Verhalten/psych. Problemlagen	-	-	3	6	4	-	1	14
2.5 Körperpflege	-	-	1	31	48	-	4	84
2.6 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	-	-	2	10	21	-	4	37
2.7 Ausscheidung	-	-	3	27	41	1	4	76
2.8 Alltagsleben und soziale Kontakte	-	1	9	11	5	-	1	27
2.9 Pflegekompetenz	-	-	2	2	-	-	-	4
2.10 Selbstpflegekompetenz	-	-	1	1	-	-	-	2
2.11 Schmerzmanagement	-	-	4	18	32	2	4	60
3a Medikamente	-	-	6	27	42	1	5	81
3b Wundversorgung	-	-	6	29	38	-	4	77
3c Spezielle Krankenbeobachtung	2	2	3	3	3	1	-	14
3d Psychiatrische Krankenpflege	-	-	-	2	-	-	1	3

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „Haben die ‚Qualitätsaussage‘ und die ‚Beschreibung‘ im Rahmen der aktuellen Prüfung zur Nachvollziehbarkeit dieses Qualitätsaspekts beigetragen?“. Angaben beziehen sich auf insgesamt n = 76 PD. Zu manchen PD liegen Angaben mehrerer Prüfer vor. Insgesamt erfolgen Angaben durch n = 88 Prüfer (n = 64 PD mit Angaben durch einen Prüfer und n = 12 PD mit Angaben durch zwei Prüfer).

Abbildung 79: Nützlichkeit der "Qualitätsaussage" und "Beschreibung" für die Nachvollziehbarkeit (Bereiche 1 bis 3)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „Haben die ‚Qualitätsaussage‘ und die ‚Beschreibung‘ im Rahmen der aktuellen Prüfung zur Nachvollziehbarkeit dieses Qualitätsaspekts beigetragen?“. Angaben beziehen sich auf insgesamt n = 76 PD und stammen von n = 88 Prüfern. Die Abbildung berücksichtigt nur gültige Angaben zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt.

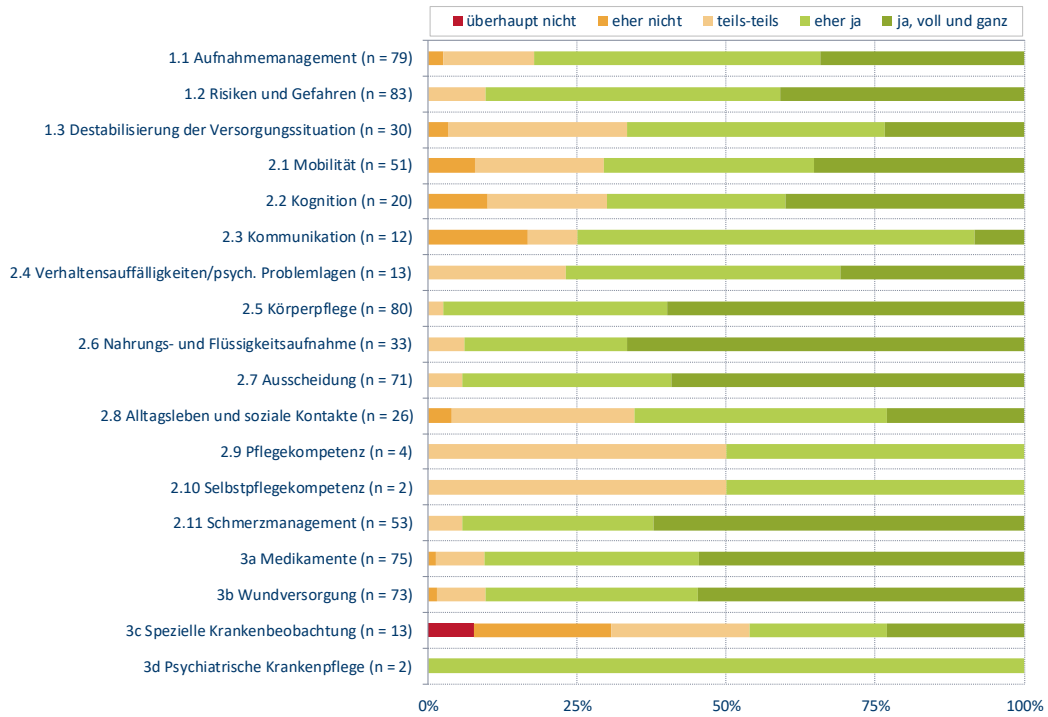
Tabelle 105: Nützlichkeit der „Leitfragen“ und „Ausfüllanleitung“ für die Nachvollziehbarkeit (Bereiche 1 bis 3)

	überhaupt nicht	eher nicht	teils-teils	eher ja	ja, voll und ganz	nicht beantwortbar	fehlende Angaben	Total
1.1 Aufnahmemanagement	-	2	12	38	27	1	5	85
1.2 Risiken und Gefahren	-	-	8	41	34	-	4	87
1.3 Destabilisierung der Versorgungssituation	-	1	9	13	7	1	2	33
2.1 Mobilität	-	4	11	18	18	2	5	58
2.2 Kognition	-	2	4	6	8	-	4	24
2.3 Kommunikation	-	2	1	8	1	-	-	12
2.4 Verhalten/psych. Problemlagen	-	-	3	6	4	-	1	14
2.5 Körperpflege	-	-	2	30	48	-	4	84
2.6 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	-	-	2	9	22	-	4	37
2.7 Ausscheidung	-	-	4	25	42	1	4	76
2.8 Alltagsleben und soziale Kontakte	-	1	8	11	6	-	1	27
2.9 Pflegekompetenz	-	-	2	2	-	-	-	4
2.10 Selbstpflegekompetenz	-	-	1	1	-	-	-	2
2.11 Schmerzmanagement	-	-	3	17	33	3	4	60
3a Medikamente	-	1	6	27	41	1	5	81
3b Wundversorgung	-	1	6	26	40	-	4	77
3c Spezielle Krankenbeobachtung	1	3	3	3	3	1	-	14
3d Psychiatrische Krankenpflege	-	-	-	2	-	-	1	3

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „Haben die ‚Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung‘ und die ‚Ausfüllanleitung zu den Leitfragen‘ im Rahmen der aktuellen Prüfung zur Nachvollziehbarkeit dieses Qualitätsaspekts beigetragen?“. Angaben beziehen sich auf insgesamt n = 76 PD. Zu manchen PD liegen Angaben mehrerer Prüfer vor. Insgesamt erfolgen Angaben durch n = 88 Prüfer (n = 64 PD mit Angaben durch einen Prüfer und n = 12 PD mit Angaben durch zwei Prüfer).

Abbildung 80: Nützlichkeit der „Leitfragen“ und „Ausfüllanleitung“ für die Nachvollziehbarkeit (Bereiche 1 bis 3)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „Haben die ‚Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung‘ und die ‚Ausfüllanleitung zu den Leitfragen‘ im Rahmen der aktuellen Prüfung zur Nachvollziehbarkeit dieses Qualitätsaspekts beigetragen?“. Angaben beziehen sich auf insgesamt n = 76 PD und stammen von n = 88 Prüfern. Die Abbildung berücksichtigt nur gültige Angaben zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt.

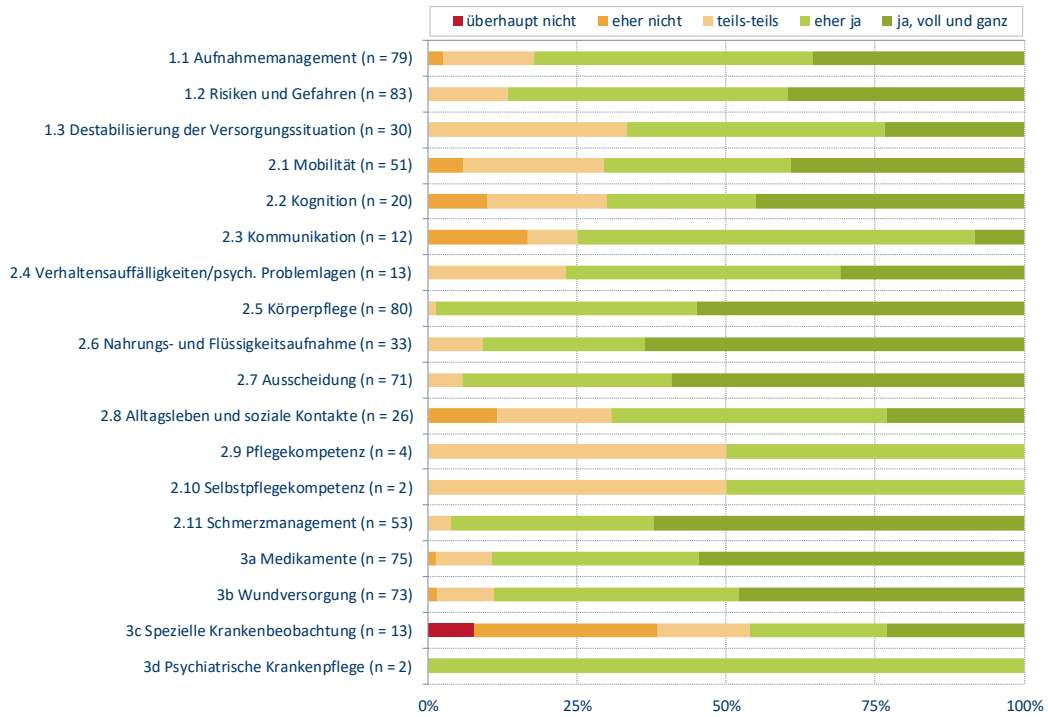
Tabelle 106: Nützlichkeit der „Hinweise zur Bewertung“ für die Nachvollziehbarkeit (Bereiche 1 bis 3)

	überhaupt nicht	eher nicht	teils-teils	eher ja	ja, voll und ganz	nicht beantwortbar	fehlende Angaben	Total
1.1 Aufnahmemanagement	-	2	12	37	28	1	5	85
1.2 Risiken und Gefahren	-	-	11	39	33	-	4	87
1.3 Destabilisierung der Versorgungssituation	-	-	10	13	7	1	2	33
2.1 Mobilität	-	3	12	16	20	2	5	58
2.2 Kognition	-	2	4	5	9	-	4	24
2.3 Kommunikation	-	2	1	8	1	-	-	12
2.4 Verhalten/psych. Problemlagen	-	-	3	6	4	-	1	14
2.5 Körperpflege	-	-	1	35	44	-	4	84
2.6 Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	-	-	3	9	21	-	4	37
2.7 Ausscheidung	-	-	4	25	42	1	4	76
2.8 Alltagsleben und soziale Kontakte	-	3	5	12	6	-	1	27
2.9 Pflegekompetenz	-	-	2	2	-	-	-	4
2.10 Selbstpflegekompetenz	-	-	1	1	-	-	-	2
2.11 Schmerzmanagement	-	-	2	18	33	3	4	60
3a Medikamente	-	1	7	26	41	1	5	81
3b Wundversorgung	-	1	7	30	35	-	4	77
3c Spezielle Krankenbeobachtung	1	4	2	3	3	1	-	14
3d Psychiatrische Krankenpflege	-	-	-	2	-	-	1	3

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „Haben die ‚Hinweise zur Bewertung‘ im Rahmen der aktuellen Prüfung zur Nachvollziehbarkeit dieses Qualitätsaspekts beigetragen?“. Angaben beziehen sich auf insgesamt n = 76 PD. Zu manchen PD liegen Angaben mehrerer Prüfer vor. Insgesamt erfolgen Angaben durch n = 88 Prüfer (n = 64 PD mit Angaben durch einen Prüfer und n = 12 PD mit Angaben durch zwei Prüfer).

Abbildung 81: Nützlichkeit der „Hinweise zur Bewertung“ für die Nachvollziehbarkeit (Bereiche 1 bis 3)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „Haben die ‚Hinweise zur Bewertung‘ im Rahmen der aktuellen Prüfung zur Nachvollziehbarkeit dieses Qualitätsaspekts beigetragen?“. Angaben beziehen sich auf insgesamt n = 76 PD und stammen von n = 88 Prüfern. Die Abbildung berücksichtigt nur gültige Angaben zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt.

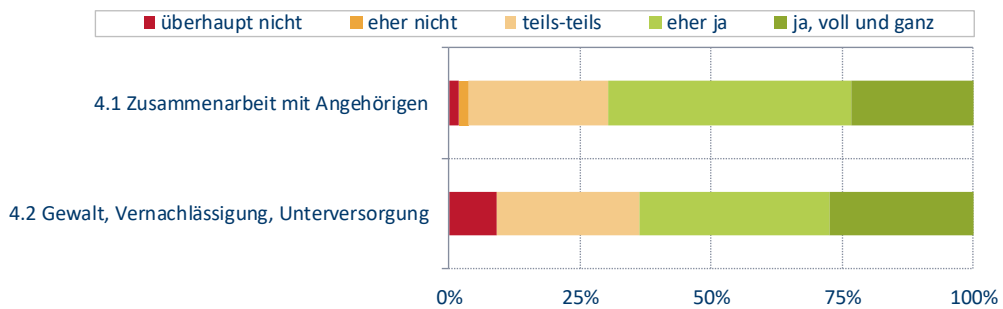
Tabelle 107: Verständlichkeit der Qualitätsaspekte (Bereich 4)

	überhaupt nicht	eher nicht	teils-teils	eher ja	ja, voll und ganz	nicht beantwortbar	fehlende Angaben	Total
4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen	1	1	15	26	13	2	7	65
4.2 Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung	1	-	3	4	3	-	1	12

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „War im Rahmen der aktuellen Prüfung insgesamt klar, was bei diesem Qualitätsaspekt zu prüfen ist?“. Zu manchen PD liegen Angaben mehrerer Prüfer vor. Es erfolgen Angaben durch n = 65 Prüfer zu insgesamt n = 57 PD mit Bewertung des Qualitätsaspekts 4.1 bzw. n = 12 Prüfer zu n = 10 PD mit Bewertung des Qualitätsaspekts 4.2.

Abbildung 82: Verständlichkeit der Qualitätsaspekte (Bereich 4)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „War im Rahmen der aktuellen Prüfung insgesamt klar, was bei diesem Qualitätsaspekt zu prüfen ist?“. Die Abbildung berücksichtigt nur gültige Angaben zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt. Angaben stammen von n = 58 Prüfern zu n = 57 PD, in denen 4.1 geprüft wurde bzw. n = 12 Prüfern zu n = 10 PD, in denen 4.2 geprüft wurde.

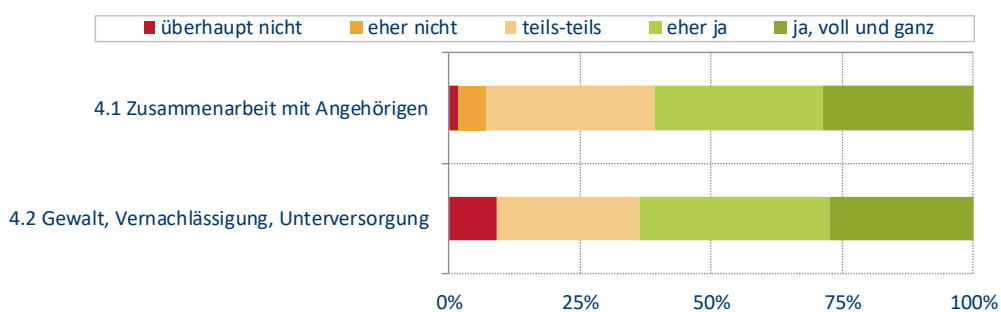
Tabelle 108: Nachvollziehbarkeit der Bewertungsmaßstäbe (Bereich 4)

	überhaupt nicht	eher nicht	teils-teils	eher ja	ja, voll und ganz	nicht beantwortbar	fehlende Angaben	Total
4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen	1	3	18	18	16	2	7	65
4.2 Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung	1	-	3	4	3	-	1	12

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „War im Rahmen der aktuellen Prüfung insgesamt klar, wie Auffälligkeiten für diesen Qualitätsaspekt festzustellen sind?“. Zu manchen PD liegen Angaben mehrerer Prüfer vor. Es erfolgen Angaben durch n = 65 Prüfer zu insgesamt n = 57 PD mit Bewertung des Qualitätsaspekts 4.1 bzw. n = 12 Prüfer zu n = 10 PD mit Bewertung des Qualitätsaspekts 4.2.

Abbildung 83: Nachvollziehbarkeit der Bewertungsmaßstäbe (Bereich 4)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „War im Rahmen der aktuellen Prüfung insgesamt klar, wie Auffälligkeiten für diesen Qualitätsaspekt festzustellen sind?“. Die Abbildung berücksichtigt nur gültige Angaben zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt. Angaben stammen von n = 58 Prüfern zu n = 57 PD, in denen 4.1 geprüft wurde bzw. n = 12 Prüfern zu n = 10 PD, in denen 4.2 geprüft wurde.

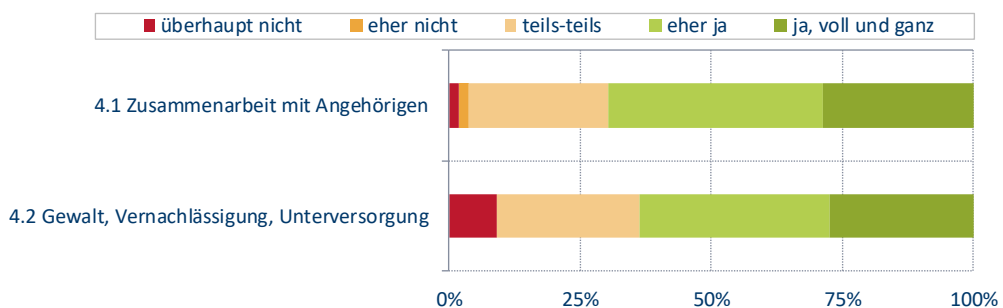
Tabelle 109: Nützlichkeit der "Qualitätsaussage" und "Beschreibung" für die Nachvollziehbarkeit (Bereich 4)

	überhaupt nicht	eher nicht	teils-teils	eher ja	ja, voll und ganz	nicht beantwortbar	fehlende Angaben	Total
4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen	1	1	15	23	16	2	7	65
4.2 Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung	1	-	3	4	3	-	1	12

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „Haben die ‚Qualitätsaussage‘ und die ‚Beschreibung‘ im Rahmen der aktuellen Prüfung zur Nachvollziehbarkeit dieses Qualitätsaspekts beigetragen?“. Zu manchen PD liegen Angaben mehrerer Prüfer vor. Es erfolgen Angaben durch n = 65 Prüfer zu insgesamt n = 57 PD mit Bewertung des Qualitätsaspekts 4.1 bzw. n = 12 Prüfer zu n = 10 PD mit Bewertung des Qualitätsaspekts 4.2.

Abbildung 84: Nützlichkeit der "Qualitätsaussage" und "Beschreibung" für die Nachvollziehbarkeit (Bereich 4)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „Haben die ‚Qualitätsaussage‘ und die ‚Beschreibung‘ im Rahmen der aktuellen Prüfung zur Nachvollziehbarkeit dieses Qualitätsaspekts beigetragen?“. Die Abbildung berücksichtigt nur gültige Angaben zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt. Angaben stammen von n = 58 Prüfern zu n = 57 PD, in denen 4.1 geprüft wurde bzw. n = 12 Prüfern zu n = 10 PD, in denen 4.2 geprüft wurde.

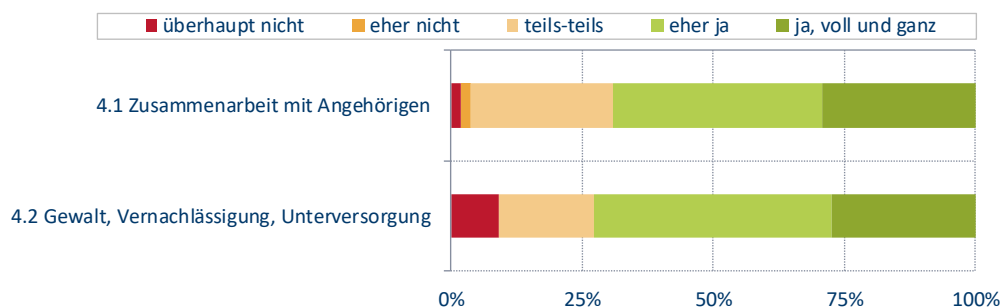
Tabelle 110: Nützlichkeit der „Leitfragen“ und „Ausfüllanleitung“ für die Nachvollziehbarkeit (Bereich 4)

	überhaupt nicht	eher nicht	teils-teils	eher ja	ja, voll und ganz	nicht beantwortbar	fehlende Angaben	Total
4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen	1	1	15	22	16	3	7	65
4.2 Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung	1	0	2	5	3	-	1	12

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „Haben die ‚Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung‘ und die ‚Ausfüllanleitung zu den Leitfragen‘ im Rahmen der aktuellen Prüfung zur Nachvollziehbarkeit dieses Qualitätsaspekts beigetragen?“. Zu manchen PD liegen Angaben mehrerer Prüfer vor. Es erfolgen Angaben durch n = 65 Prüfer zu insgesamt n = 57 PD mit Bewertung des Qualitätsaspekts 4.1 bzw. n = 12 Prüfer zu n = 10 PD mit Bewertung des Qualitätsaspekts 4.2.

Abbildung 85: Nützlichkeit der „Leitfragen“ und „Ausfüllanleitung“ für die Nachvollziehbarkeit (Bereich 4)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „Haben die ‚Leitfragen zur Qualitätsbeurteilung‘ und die ‚Ausfüllanleitung zu den Leitfragen‘ im Rahmen der aktuellen Prüfung zur Nachvollziehbarkeit dieses Qualitätsaspekts beigetragen?“. Die Abbildung berücksichtigt nur gültige Angaben zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt. Angaben stammen von n = 58 Prüfern zu n = 57 PD, in denen 4.1 geprüft wurde bzw. n = 12 Prüfern zu n = 10 PD, in denen 4.2 geprüft wurde.

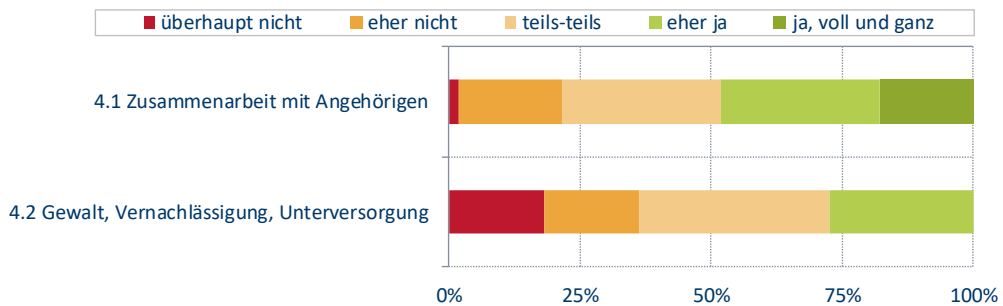
Tabelle 111: Nützlichkeit der Schulung zur Vorbereitung auf Qualitätsaspekte (Bereich 4)

	überhaupt nicht	eher nicht	teils-teils	eher ja	ja, voll und ganz	nicht beantwortbar	fehlende Angaben	Total
4.1 Zusammenarbeit mit Angehörigen	1	11	17	17	10	2	7	65
4.2 Gewalt, Vernachlässigung, Unterversorgung	2	2	4	3	-	-	1	12

Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „Im Kontext der aktuellen Prüfung, war die Schulung zur Vorbereitung auf diesen Qualitätsaspekt hilfreich?“. Zu manchen PD liegen Angaben mehrerer Prüfer vor. Es erfolgen Angaben durch n = 65 Prüfer zu insgesamt n = 57 PD mit Bewertung des Qualitätsaspekts 4.1 bzw. n = 12 Prüfer zu n = 10 PD mit Bewertung des Qualitätsaspekts 4.2.

Abbildung 86: Nützlichkeit der Schulung zur Vorbereitung auf Qualitätsaspekte (Bereich 4)



Quelle: IGES; Angaben der Prüfer

Anmerkung: Antworten auf die Frage „Im Kontext der aktuellen Prüfung, war die Schulung zur Vorbereitung auf diesen Qualitätsaspekt hilfreich?“. Die Abbildung berücksichtigt nur gültige Angaben zu dem jeweiligen Qualitätsaspekt. Angaben stammen von n = 58 Prüfern zu n = 57 PD, in denen 4.1 geprüft wurde bzw. n = 12 Prüfern zu n = 10 PD, in denen 4.2 geprüft wurde.

A4 Fallbeispiele zur Begründung von D-Bewertungen

Nachfolgend werden 12 Fallbeispiele zur Begründung von D-Bewertungen aufgeführt. Sie enthalten die Einträge in den Freitextfeldern zur Informationserfassung („Inf.“) und Begründung („Begr.“) unter dem Qualitätsaspekt 1.2 „Risiken und Gefahren“. Weitere Informationen können Kapitel 3.6.3.7 entnommen werden.

Fallbeispiel 1: 1.2 „Risiken und Gefahren“; Bewertung: D

Inf. Bei der versorgten Person besteht ein extrem hohes Dekubitusrisiko, aktuell sind mehrere Dekubiti vorhanden.
Der vorhandene Pflegeablaufplan ist nicht aktuell, in diesem ist die Lagerung und die vorhandenen Dekubiti nicht erwähnt.
Der Dekubitus an der linken Ferse ist erst am vergangenen Freitag entstanden, eine Wunddokumentation liegt vor.

Begr. Es besteht ein Defizit mit eingetretenen negativen Folgen in Form mehrerer Dekubiti, der letzte ist am vergangenen Freitag erstmals in der Dokumentation erwähnt. Diese Dokumentation ist unvollständig, es fehlt beispielsweise die genaue Lokalisation der Wunden.
Im Fachgespräch konnten keine weiteren Erkenntnisse gewonnen werden, die zu einer anderen Bewertung führen könnten.
Ein weiterer Dekubitus an der linken Fußaußenseite (trockene Nekrose) findet in der Dokumentation keine Erwähnung und Berücksichtigung.

Fallbeispiel 2: 1.2 „Risiken und Gefahren“; Bewertung: D

Inf. Das Sturzrisiko wurde zu Beginn der Versorgung erhoben und im Februar 2014 und im April 2016 und individuelle Beratungsinhalte sind verschriftlicht.
Während des Hausbesuches und im Rahmen des Fachgesprächs wurde geschildert, dass die versorgte Person im letzten halben Jahr des Öfteren gestürzt ist. Laut Eintragungen im Pflegebericht ist die versorgte Person an folgenden Tagen gestürzt:
04.08.2019: Auf dem Wege zur Toilette gestürzt. Hierbei hat sie sich eine blutige Hautabschürfung am linken Arm zugezogen.
31.10.2019: Ist am Nachmittag im Wohnzimmer aus dem Stuhl auf den Boden gegelitten. Hierbei hat sie sich keine Verletzungen zugezogen.
Während des Hausbesuches wird geschildert, dass die versorgte Person zeitweise vergisst die Bremsen am Rollator adäquat zu nutzen. Nach Angaben wird die versorgte Person immer wieder darauf hingewiesen. Ein Nachweis hierrüber ist nicht verschriftlicht.
Eine Evaluation ist nach den Sturzereignissen nicht erfolgt. Individuelle Beratungsinhalte sind nicht verschriftlicht.
Das Kontrakturrisiko wurde erhoben und eine individuelle Beratung wurde nach Angaben durchgeführt.
Dekubitusrisiko: Zu Beginn der Versorgung wurde die versorgte Person als nicht dekubitusgefährdet eingeschätzt. Die Mobilität, die Bewegungsfähigkeit, und der eigene Antrieb haben sich verändert. Die Entwicklung ist aus der vorgelegten Pflegedokumentation nicht ersichtlich. Eine Evaluation ist nachweislich nicht erfolgt.
Ein individuelles Beratungsgespräch ist aus der vorgelegten Pflegedokumentation nicht

erfolgt.

Es bestehen Risiken im Bereich der Ausscheidung. Eine individuelle Beratung ist nachweislich erfolgt.

Es bestehen Risiken im Bereich der Flüssigkeitsversorgung. Eine individuelle Beratung ist nachweislich erfolgt.

Begr. Erhöhtes Sturzrisiko:

Das Sturzrisiko wurde zu Beginn der Versorgung erhoben und im Februar 2014 und im April 2016 und individuelle Beratungsinhalte sind verschriftlicht.

Während des Hausbesuches und im Rahmen des Fachgesprächs wurde geschildert, dass die versorgte Person im letzten halben Jahr des Öfteren gestürzt ist. Laut Eintragungen im Pflegebericht ist die versorgte Person an folgenden Tagen gestürzt: 04.08.2019: Auf dem Wege zur Toilette gestürzt. Hierbei hat sie sich eine blutige Hautabschürfung am linken Arm zugezogen.

31.10.2019: Ist am Nachmittag im Wohnzimmer aus dem Stuhl auf den Boden geglitten. Hierbei hat sie sich keine Verletzungen zugezogen.

Eine Evaluation ist nach den Sturzereignissen nicht erfolgt. Individuelle Beratungsinhalte sind nicht verschriftlicht.

Das Kontrakturrisiko wurde erhoben und eine individuelle Beratung wurde nach Angaben durchgeführt.

Dekubitusrisiko: Zu Beginn der Versorgung wurde die versorgte Person als nicht dekubitusgefährdet eingeschätzt. Die Mobilität, die Bewegungsfähigkeit, und der eigene Antrieb haben sich verändert. Die Entwicklung ist aus der vorgelegten Pflegedokumentation nicht ersichtlich. Eine Evaluation ist nachweislich nicht erfolgt. Ein individuelles Beratungsgespräch ist aus der vorgelegten Pflegedokumentation nicht erfolgt.

Fallbeispiel 3: 1.2 „Risiken und Gefahren“; Bewertung: D

Inf. Die versorgte Person ist mehrfach gestürzt, zuletzt am 14.10.2019. Die versorgte Person hat sich eine Platzwunde am Hinterkopf zugezogen. Die Einrichtung hat keine Risikoerfassung zum erhöhten Sturzrisiko erhoben. Die versorgte Person hat Schmerzen in beiden Beinen, eine Risikoerfassung ist nicht erfolgt. Die versorgte Person gibt an die Toilette nicht immer rechtzeitig zu erreichen. Die trägt Inkontinenzvorlagen, die sie selbstständig wechselt. Das Kontinenzprofil ist nicht erhoben.

Begr. Das Datum des Sturzes ist im Pflegebericht vermerkt. Eine Risikoerfassung zum erhöhten Sturzrisiko ist nicht erfolgt. Eine Beratung über Maßnahmen zum erhöhten Sturzrisiko ist nicht erfolgt.

Fallbeispiel 4: 1.2 „Risiken und Gefahren“; Bewertung: D

Inf. Es besteht ein erhöhtes Dekubitusrisiko. Der Versicherte hatte in der Vergangenheit bereits einen Dekubitus am Steißbein. Er sitzt oft lange Zeit mit wenig Eigenbewegung. Er ist harninkontinent und nutzt Pants.
Es besteht ein erhöhtes Sturzrisiko. Der Versicherte ist in der Vergangenheit gestürzt. Er ist im Visus relevant beeinträchtigt. Es besteht eine allgemeine Schwäche.
Es besteht ein erhöhtes Intertrigo-Risiko. Der Versicherte neigt zu rezidivierenden

Rötungen und Pilzinfektionen im Leistenbereich. Diese bestehen auch aktuell nach Angaben der Ehefrau.

Begr. Es besteht aktuell ein Intertrigo in der Leiste. Dieser besteht nach Angaben der Ehefrau immer wieder, da der Versicherte nicht Bescheid gibt, wenn er auf die Toilette muss und die Inkontinenzversorgung häufig sehr nass ist. Das Risiko ist durch den Pflegedienst nicht in der Maßnahmenplanung/Strukturierten Informationssammlung beschrieben. Eine Beratung zur Prophylaxe, wie beispielsweise die regelmäßige Nutzung einer Urinflasche um der Nässe vorzubeugen, ist nicht erfolgt. Lediglich bei aktueller Situation nach Entstehen erfolgte eine Beratung der Ehefrau zur Versorgung des aktuellen Hautdefekts.

Fallbeispiel 5: 1.2 „Risiken und Gefahren“; Bewertung: D

Inf. -

Begr. Beratungen zum vorhanden erhöhten Sturzrisiko, zur Inkontinenz und zur Demenz liegen am Prüftag nicht vor. Der Versicherte ist in der Vorgeschichte schon mehrfach gestürzt und sich dabei verletzt. In Zusammenschau aller Faktoren wird hier eine D-Bewertung vergeben. Es besteht ein Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Versicherten. Der Versicherte hat ein erhöhtes Sturzrisiko und ist schon mehrfach gestürzt. Eine nachvollziehbare Beratung der Angehörigen bzw. der Familie ist am Prüftag nicht nachvollziehbar dokumentiert. Die Ehefrau (Pflegeperson) ist mit der Gesamtsituation sichtlich überfordert und könne sich an keine Beratung hierzu erinnern. Bei der Inaugenscheinnahme trägt der Versicherte zudem offene Schuhe. Als "negative Folgen" sind hier die Stürze in der Vorgeschichte zu werten.

Fallbeispiel 6: 1.2 „Risiken und Gefahren“; Bewertung: D

Inf. Es bestehen bei dem Klienten Risiken im Bereich der Ernährung bei bestehendem Diabetes mellitus Typ II und eine erhöhte Sturzgefahr. Der Klient ist laut Angaben in der Vergangenheit bereits mehrmals gestürzt. Der letzte Sturz erfolgte am 25.05.2019.

Begr. Die letzte Beratung zum Sturz erfolgte laut Pflegedokumentation 2017. Es besteht bei dem Klienten eine aufgrund der beschriebenen Gangunsicherheit erhöhte Sturzgefahr, der Klient ist im Mai 2019 das letzte Mal gestürzt. Laut Aussagen des Klienten erfolgte in den letzten Monaten keine Beratung zur Sturzprävention, auch aus der Pflegedokumentation konnte keine aktuelle durchgeführte Beratung zur Sturzprävention nachvollzogen werden. Da der Klient laut eigenen Angaben in letzter Zeit gestürzt ist, hätte der Pflegedienst die Sturzgefährdung mehr in Betracht ziehen müssen und eine Beratung zum Sturz auffrischen müssen. Eine "D" Bewertung erfolgt deswegen, da keine Beratung aus dem Pflegefachgespräch oder in der Pflegedokumentation nachvollzogen werden konnte und bereits negative Folgen für den pflegebedürftigen Klienten in Form von Stürzen eingetreten sind.

Fallbeispiel 7: 1.2 „Risiken und Gefahren“; Bewertung: D

Inf. Sturzgefahr ist erkannt, die versorgte Person geht aktuell selbstständig mit dem Risiko um.
 Dekubitusrisiko durch lokale Druckbelastung rechter Vorfuß durch zu enges Schuhwerk und Kompressionsstrümpfe. Es besteht eine Wunde an der rechten großen Zehe, die mit einem Pflasterverband versorgt ist. Die Zehe ist insgesamt deutlich gerötet.

Begr. Beispielhafte Einträge aus dem Pflegebericht:
 13.08: Schmerzen unter rechtem Fuß, leicht gerötet
 19.08 Schmerzen rechter Vorfuß
 14.09. Schmerzen im rechten großen Zeh
 20.09. leichtes Schmerzempfinden in der rechten großen Zehe, laut Aussage des Bewohners liegt es an den Schuhen
 21.09. Nach Angabe von Schmerzen in den Zehen wurden Zehenschoner empfohlen um das Aufliegen der Zehen nicht mehr passiert
 22.09. gab Bew. wieder Schmerzen im Zeh an
 23.09. BW hat Druckstelle unter der rechten großen Zehe, sieht leicht offen aus. Bew. ihr Neffe meinte, es hätte wohl geeitert, Info an Fachkraft [*nennt Vornamen*] erfolgte.

Es ist nicht erkennbar, dass auf die bestehende Hautrötung und die wiederholt geäußerten Schmerzen pflegfachlich reagiert wurde. Eine entsprechende Beratung zum Wechsel des Schuhwerks ist nicht erkennbar. Eine individuelle Maßnahmenplanung zur Vermeidung des Risikos einer Hautschädigung bzw. der seit dem 23.09.2019 bestehenden Wunde an der rechten großen Zehe (bspw. durch gezielte Hautbeobachtung oder Druckentlastung) wurde nicht erstellt.

Fallbeispiel 8: 1.2 „Risiken und Gefahren“; Bewertung: D

Inf. - Sturzrisiko erhöht: Das Risiko wurde in der SIS/Maßnahmenplanung dargestellt. Eine Beratung ist nicht zielführend. Maßnahmen werden durchgeführt, werden in der Maßnahmenplanung jedoch unvollständig abgebildet.
 - Dekubitusrisiko erhöht. Das Risiko wurde in der SIS/Maßnahmenplanung nicht erfasst, eine Beratung erfolgte nach Angaben der versorgten Person, diese ist jedoch aufgrund kognitiver Defizite nicht zielführend. Maßnahmen wurden in der Pflegedokumentation nicht dargestellt. Am Prüftag fiel eine ca. 10 x 8 cm umfassende nicht wegdrückbare livide Hautrötung im Gesäßbereich unterhalb des Kreuzbeins auf. In der Analfalte war zudem eine nässend verschorft Hautläsion von etwa 3 x 1 cm feststellbar. Im Pflegebericht vom Vortag wurde ein kleiner Hautdefekt im Gesäßbereich dokumentiert. Ferner war ersichtlich, dass die versorgte Person immer wieder zu Hautdefekten im Gesäßbereich neigt und diesbezüglich bereits Wundversorgungen erfolgten (aktuelle Verordnung/Bewilligung liegt vor). Dennoch war eine Wundversorgung mit den vorhandenen Wundmaterialien nicht nachvollziehbar.
 - Infektionsrisiko durch multiple Kratzspuren am Körperstamm (überwiegend verschorft, teilweise nur noch Rötungen vorhanden) infolge von vermehrtem Juckreiz und erschwerter Masturbation durch ausgeprägte Fettschürze: Maßnahmen wie Wundversorgung mittels Salbe, Hautpflege werden von der versorgten Person bislang abgelehnt. Dieser Aspekt wurde in der Pflegedokumentation unvollständig beschrieben, wurden im Fachgespräch jedoch nachvollziehbar dargestellt. Die

Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes sind hier sehr begrenzt.

- Intertrigorisiko erhöht: das Risiko wurde erfasst, Maßnahmen werden von der versorgten Person überwiegend abgelehnt. Die Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes sind hier sehr begrenzt.

Im Bereich der ausgeprägten Nabelhernie besteht eine chronische Wunde durch wiederholte Manipulation und Kratzen im Wundbereich. Hier erfolgt aktuell eine Wundversorgung.

- Einschränkungen/Risiken im Bereich der Ernährung: bestehen durch Feinmotorikstörungen/Missempfindungen in den Fingern beider Hände. Ferner: Adipositas per magna, insulinpflichtiger Diabetes mellitus. Die versorgte Person hält auch nach entsprechender Beratung keine diabetesgerechte Diät ein, die Insulingaben werden vom Pflegepersonal übernommen. Mahlzeiten werden vorbereitet, die Mahlzeiteinnahme erfolgt selbstständig. Trinken selbstständig. Das Risiko wurde in der Pflegedokumentation erfasst, Maßnahmen werden nachvollziehbar durchgeführt.

- Ausscheidungen: Stuhlkontinenz, Harninkontinenz. Nach Angaben der versorgten Person schaffe er es seit einigen Wochen nicht immer rechtzeitig auf die Toilette, urinieren dann auf dem Weg zur Toilette auf den Rollator. Dieser Aspekt fand in der Pflegedokumentation bislang keine Erwähnung, eine Risikoerfassung/ Maßnahmenplanung fand diesbezüglich nicht statt. Nach Angaben des Einrichtungsverträtters würden die Mitarbeiter der Wohngemeinschaft die Urinabgänge aufwischen ohne dies bislang dokumentiert zu haben.

- Infektionsrisiko durch Verhaltensauffälligkeit: Entnehmen von Gegenständen aus Müllcontainern und Sammeln im Zimmer. Dieses Risiko wurde bislang nicht schriftlich erfasst, ist den Mitarbeitern jedoch bekannt. Nach Angaben der Einrichtungsverträtter finden hierzu immer wieder Beratungsgespräche statt. Die Einwirkungsmöglichkeiten des Pflegedienstes sind hier deutlich begrenzt.

- Isolationsrisiko durch Rückzug ins Zimmer: die versorgte Person hält sich aktuell überwiegend im eigenen Zimmer auf, schaut Fernsehen, verlässt meist nur zwecks Toilettengängen/Duschen/Mahlzeiten das Zimmer. Aktivierungsversuche seitens des Pflegepersonals werden bislang nicht angenommen. Die Einwirkungsmöglichkeit des Pflegedienstes ist hier deutlich begrenzt. Interessen wie Handarbeiten, Beschäftigung mit der DDR-Vergangenheit, Kartenspielen wurden in der SIS/Maßnahmenplanung bislang nur unvollständig erfasst.

Begr. Gemeinsam wurde mit den Einrichtungsverträttern festgestellt, dass das bestehende individuelle Dekubitusrisiko bislang nicht erfasst wurde. Eine Darstellung nebst Maßnahmenplanung war der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen. Im Rahmen der Inaugenscheinnahme der versorgten Person, fiel am Prüftag eine ca. 10 x 8 cm umfassende nicht wegdrückbare livide Hautrötung im Gesäßbereich unterhalb des Kreuzbeines auf. In der Analfalte war zudem eine nässende, aufgeweichte, sich frühzeitig ablösende Hautverschörfung von etwa 3 x 1 cm feststellbar. Im Pflegebericht vom Vortag wurde lediglich ein kleinerer Hautdefekt im Gesäßbereich dokumentiert. Maßnahmen wurden trotz bestehender aktuell vorliegender bewilligter Verordnung nicht eingeleitet, beziehungsweise wurde auch die Ablehnung von Maßnahmen durch die versorgte Person nicht dokumentiert. Im Fachgespräch wurde dieser Aspekt ausführlich besprochen. Es bestand Konsens, dass hier Verbesserungsbedarf besteht. Ferner wurde das Harninkontinenzrisiko bislang nicht erfasst. Nach Angaben der versorgten Person, schaffe sie es nicht immer rechtzeitig auf die Toilette und habe bereits wiederholt auf den Rollator uriniert. Dieser Aspekt wurde in der SIS/Maßnahmenplanung bislang nicht erfasst, Maßnahmen wurden bislang nicht nachvollziehbar eingeleitet. Im Fachgespräch wurde seitens des Einrichtungsverträtters angegeben, dass die Mitarbeiter die Urinabgänge lediglich aufwischen würden, bislang jedoch nicht dokumentiert hätten. Weitere Maßnahmen seien noch nicht eingeleitet worden. Mit den Einrichtungsverträttern wurde besprochen, dass hier

Verbesserungsbedarf besteht.

Weitere Risiken, wie das Infektionsrisiko, Intertrigo-Risiko, Isolationsrisiko, die Risiken infolge der Verhaltensauffälligkeiten wurden von den Mitarbeitern des Pflegedienstes zwar erkannt und im Fachgespräch nachvollziehbar beschrieben, wurden in der SIS/Maßnahmenplanung jedoch nur unvollständig dargestellt.

Fallbeispiel 9: 1.2 „Risiken und Gefahren“; Bewertung: D

Inf. Laut Angabe der verantwortlichen Pflegefachkraft und einer weiteren Pflegefachkraft sei die versorgte Person mit wechselnden Mitarbeitern des Pflegedienstes überfordert und führe zu unkoordinierten Bewegungsabläufen.
Laut Angabe der versorgten Person sei er des Öfteren auf die linke Seite gefallen (letzter Sturz am 01.11.2019).
Augenscheinlich: Unsicheres Gangbild mit unkoordinierten Bewegungsabläufen, erhebliche Schwäche im linken Bein und Arm.

Begr. In vorgelegter Pflegedokumentation und laut Angabe der verantwortlichen Pflegefachkraft, ist bisher keine Risikoerfassung, Informationssammlung und Maßnahmenplanung erstellt worden.
Somit ist nicht nachvollziehbar, dass das erhöhte Sturzrisiko erkannt und Stürze reflektiert wurden bzw. Maßnahmen eingeleitet wurden, wie zum Beispiel die Beratung zur Nutzung eines Hausnotrufsystems oder die Erhöhung der Pflegeeinsätze.

Fallbeispiel 10: 1.2 „Risiken und Gefahren“; Bewertung: D

Inf. Bei bekannter Osteoporose und Kraftminderung besteht ein Sturzrisiko. Im Besuch werden offene Schuhe ohne Fersenriemen getragen und es liegen Teppiche aus, die die versorgte Person nicht wegräumen möchte. Gestürzt ist die versorgte Person am 07.11.2019. Ein Beratungsprotokoll liegt vom 01.08.2019 vor.

Begr. Risiken und Gefahren sind nicht beschrieben, das Sturzrisiko ist nicht adäquat eingeschätzt. Eine individuelle Beratung zur Gestaltung des Wohnumfeldes, zur Kleidung, Hausschuhe ohne Fersenriemen, oder der Verwendung von Hilfsmitteln zur Sturzfolgenminimierung, Protektoren, liegt im Beratungsprotokoll vom 01.08.2019 nicht vor. Die versorgte Person ist am 07.11.2019 gestürzt.

Fallbeispiel 11: 1.2 „Risiken und Gefahren“; Bewertung: D

Inf. Die versorgte Person ist blind. In der Vergangenheit hat es nach seiner Auskunft mehrere Stürze gegeben. Im Hausbesuch wird die versorgte Person mit offenen Schuhen angetroffen. weiterhin liegen in der Wohnung Teppiche aus.

Begr. In den vorgelegten Unterlagen ist nicht dokumentiert, ob ein Sturzrisiko vorliegt. Die versorgte Person ist blind. In der Vergangenheit hat es nach seiner Auskunft mehrere Stürze gegeben. Im Hausbesuch wird die versorgte Person mit offenen Schuhen angetroffen. Weiterhin liegen in der Wohnung Teppiche aus. Nach eigenen Angaben

besteht aufgrund einer Sturzvorgeschichte eine Sturzangst. Er sei hinsichtlich eines erhöhten Sturzrisikos zu den offenen Schuhen oder ausliegenden Teppichen nicht beraten. Dies wird von seiner Ehefrau bestätigt. Eine Ablehnung ist auch nicht ersichtlich.

Fallbeispiel 12: 1.2 „Risiken und Gefahren“; Bewertung: D

Inf. Dekubitusrisiko: Es besteht ein Risiko bei allen hautaufliegenden Arealen.
Essen und Trinken: Erfasst

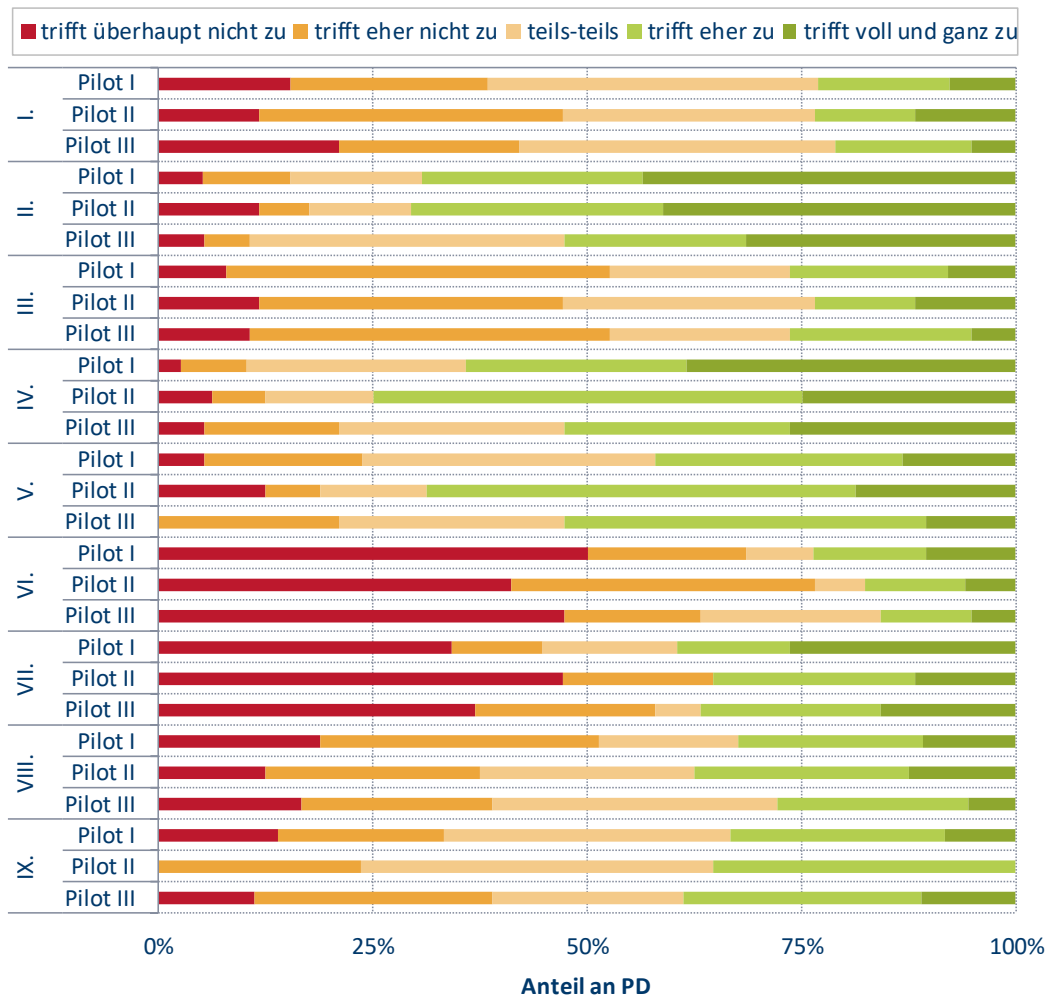
Begr. Die versorgte Person muss vollumfänglich positioniert werden. Die Angehörigen schildern, dass diese ebenfalls Lagerungen vornehmen. Die anwesende Pflegefachkraft schildert, dass ein Dekubitusrisiko bestehe bei allen hautaufliegenden Arealen. Es sind in der Pflegedokumentation keine Hautareale benannt, bei denen ein Dekubitusrisiko besteht.

Die Einrichtungsvertreter schildern, dass Ihnen nicht bekannt sei, dass dies so individuell dokumentiert werden müsse. Zudem besteht ein Dekubitus seit dem 22.11.2019 am Gesäß.

Die Lagerungen sind ebenfalls nicht nachvollziehbar dokumentiert. Die Einrichtungsvertreter schildern, dass normalerweise ein Bewegungsplan geführt wird, dieser sei jedoch in der vorgelegten Pflegedokumentation nicht hinterlegt.

A5 Zusätzliche Daten zu Unterschieden bisheriges Prüfverfahren

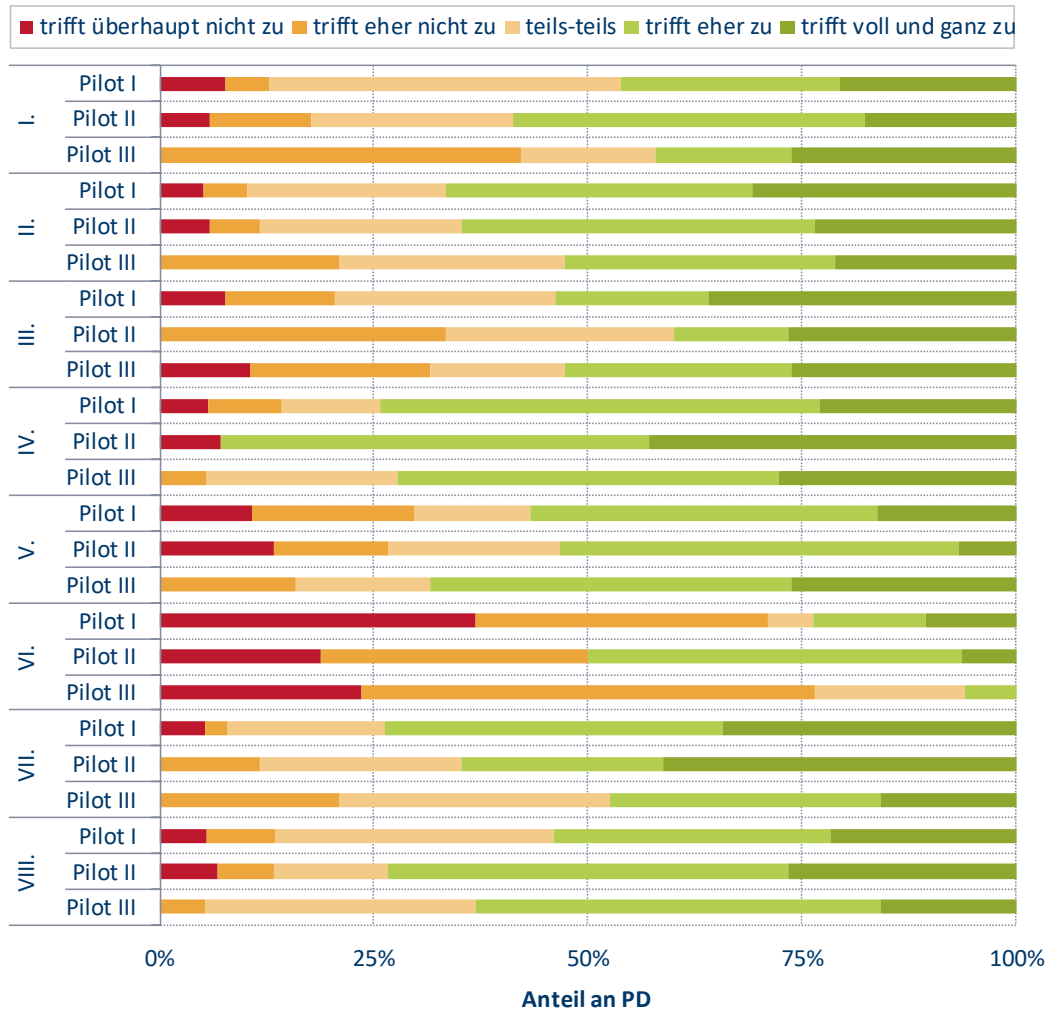
Abbildung 87: Vergleich des neuen mit dem bisherigen Prüfverfahren nach Pilotierungsgruppe



Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste
 Anmerkung: Prozent entspricht Anteil an PD mit gültigen Angaben zur jeweiligen Aussage (Pilotierungsgruppe I: insgesamt n = 40, max. n = 4 fehlende Angaben; Pilotierungsgruppe II: insgesamt n = 17, max. n = 1 fehlende Angaben; Pilotierungsgruppe III: insgesamt n = 19, max. n = 1 fehlende Angaben). Wortlaut der Aussagen I. bis IX. vgl. Abbildung 56.

A6 Zusätzliche Daten zu Anforderungen an das Prüfverfahren

Abbildung 88: Erfüllen der Anforderungen an das neue Prüfverfahren nach Pilotierungsgruppe



Quelle: IGES; Angaben der Pflegedienste
 Anmerkung: Prozent entspricht Anteil an PD mit gültigen Angaben zur jeweiligen Aussage (Pilotierungsgruppe I: insgesamt n = 40, max. n = 5 fehlende Angaben; Pilotierungsgruppe II: insgesamt n = 17, max. n = 3 fehlende Angaben; Pilotierungsgruppe III: insgesamt n = 19, max. n = 2 fehlende Angaben). Wortlaut der Aussagen I. bis VIII. vgl. Abbildung 57.

A7 Beispielhafte Qualitätsdarstellungen

Die folgenden drei beispielhaften Qualitätsdarstellungen wurden im Rahmen der Telefoninterviews zur Eignung der Qualitätsdarstellung (vgl. Kapitel 3.12) verwendet. Gezeigt ist jeweils nur die „Übersicht der Bewertung durch die Qualitätsprüfer“.



Qualitätsdarstellung

1

1. Übersicht der Bewertung durch die Qualitätsprüfer

Die hier dargestellten Ergebnisse werden in einer Qualitätsprüfung durch einen Prüfdienst beim ambulanten Pflegedienst erhoben.

Datum der Qualitätsprüfung: 1. Juli 2019

Qualitätsaspekt	Bewertung
1. Aufnahmemanagement	X
2. Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren	■ ■ ■ ■
3. Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer kritischen Pflegesituation	■ ■ ■ ■
4. Unterstützung im Bereich der Mobilität	■ ■ ■ □
5. Unterstützung bei Beeinträchtigungen geistiger Fähigkeiten	■ ■ ■ ■
6. Unterstützung im Bereich der Kommunikation	■ ■ ■ □
7. Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen	■ ■ ■ ■
8. Unterstützung bei der Körperpflege	■ ■ ■ ■
9. Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	■ ■ ■ ■
10. Unterstützung bei der Ausscheidung	■ ■ ■ □
11. Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und Förderung sozialer Kontakte	■ ■ ■ ■
12. Anleitung und Beratung von Angehörigen zur Verbesserung der Pflegekompetenz	■ ■ □ □
13. Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz	■ ■ ■ □
14. Schmerzmanagement	X
15. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Medikamente	X
16. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Wundversorgung	X

Bedeutung der Symbole:

- ■ ■ ■ Keine oder geringe Qualitätsdefizite
- ■ ■ □ Moderate Qualitätsdefizite
- ■ □ □ Erhebliche Qualitätsdefizite
- □ □ □ Schwerwiegende Qualitätsdefizite
- X Konnte nicht geprüft werden

B

Qualitätsdarstellung

1

1. Übersicht der Bewertung durch die Qualitätsprüfer

Die hier dargestellten Ergebnisse werden in einer Qualitätsprüfung durch einen Prüfdienst beim ambulanten Pflegedienst erhoben.

Datum der Qualitätsprüfung: 15. Juli 2019

Qualitätsaspekt	Bewertung
1. Aufnahmemanagement	■ ■ ■ ■ ■
2. Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren	X
3. Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer kritischen Pflegesituation	■ ■ ■ ■ ■
4. Unterstützung im Bereich der Mobilität	■ ■ ■ ■ ■
5. Unterstützung bei Beeinträchtigungen geistiger Fähigkeiten	■ ■ □ □
6. Unterstützung im Bereich der Kommunikation	■ ■ ■ □
7. Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen	■ ■ ■ □
8. Unterstützung bei der Körperpflege	■ ■ ■ ■ ■
9. Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	■ ■ ■ □
10. Unterstützung bei der Ausscheidung	■ ■ ■ ■ ■
11. Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und Förderung sozialer Kontakte	■ ■ □ □
12. Anleitung und Beratung von Angehörigen zur Verbesserung der Pflegekompetenz	■ ■ ■ ■ ■
13. Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz	■ ■ ■ ■ ■
14. Schmerzmanagement	X
15. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Medikamente	X
16. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Wundversorgung	X

Bedeutung der Symbole:

- ■ ■ ■ ■ Keine oder geringe Qualitätsdefizite
- ■ ■ □ Moderate Qualitätsdefizite
- ■ □ □ Erhebliche Qualitätsdefizite
- □ □ □ Schwerwiegende Qualitätsdefizite
- X Konnte nicht geprüft werden



Qualitätsdarstellung

1

1. Übersicht der Bewertung durch die Qualitätsprüfer

Die hier dargestellten Ergebnisse werden in einer Qualitätsprüfung durch einen Prüfdienst beim ambulanten Pflegedienst erhoben.

Datum der Qualitätsprüfung: 12. Juli 2019

Qualitätsaspekt	Bewertung
1. Aufnahmemanagement	X
2. Erfassung von und Reaktion auf Risiken und Gefahren	■ ■ ■ ■
3. Erfassung von und Reaktion auf Anzeichen einer kritischen Pflegesituation	■ ■ ■ ■
4. Unterstützung im Bereich der Mobilität	■ ■ ■ □
5. Unterstützung bei Beeinträchtigungen geistiger Fähigkeiten	■ ■ □ □
6. Unterstützung im Bereich der Kommunikation	■ ■ ■ □
7. Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Problemlagen	■ ■ ■ □
8. Unterstützung bei der Körperpflege	■ ■ ■ ■
9. Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	■ ■ □ □
10. Unterstützung bei der Ausscheidung	■ ■ ■ ■
11. Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und Förderung sozialer Kontakte	■ ■ □ □
12. Anleitung und Beratung von Angehörigen zur Verbesserung der Pflegekompetenz	■ ■ ■ □
13. Anleitung und Beratung des pflegebedürftigen Menschen zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenz	■ ■ □ □
14. Schmerzmanagement	X
15. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Medikamente	X
16. Ärztlich verordnete Maßnahmen: Wundversorgung	X

Bedeutung der Symbole:

- ■ ■ ■ Keine oder geringe Qualitätsdefizite
- ■ ■ □ Moderate Qualitätsdefizite
- ■ □ □ Erhebliche Qualitätsdefizite
- □ □ □ Schwerwiegende Qualitätsdefizite
- X Konnte nicht geprüft werden

Literaturverzeichnis

- Büscher, A., Wingenfeld, K., Wibbeke, D., Loetz, F., Rode, M., Gruber, E.-M., & Stomberg, D. (20018) *Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege*, Abschlussbericht im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege, Osnabrück/Bielefeld.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2019) *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)* in der Fassung vom 17. September 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz. Nr. 21a vom 9. Februar 2010, in Kraft getreten am 10. Februar 2010, zuletzt geändert am 20. Juni 2019, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 22.08.2019 B4, in Kraft getreten am 23. August 2019.
- GKV-Spitzenverband (2019) *Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege* vom 10.12.2013 i. d. F. vom 30.08.2019.
- Krippendorff, K. (2004a) „Reliability“ in *Content analysis: an introduction to its methodology* (2nd ed.), Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Krippendorff, K. (2004b) „Standards for Data Reliability“ in *Content analysis: an introduction to its methodology* (2nd ed.), Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- MDS (2017) *Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI*, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Essen
- MDS (2018a) *Qualitätsprüfungs-Richtlinien, Transparenzvereinbarung: Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI, Teil 1 – Ambulante Pflege*, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) und GKV-Spitzenverband, Essen und Berlin.
- MDS (2018b) *Qualitätsprüfungs-Richtlinien, Transparenzvereinbarung: Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI, Teil 2 – Stationäre Pflege*, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) und GKV-Spitzenverband, Essen und Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2018) *Pflegestatistik: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, 2017*, erschienen am 18. Dezember 2018, Grafik „Eckdaten der Pflegestatistik“ korrigiert am 16.01.2019, Artikelnummer: 5224001179004.
- Wingenfeld, K. & Büscher, A. (2017) *Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs*, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bielefeld/Osnabrück.
-



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com