

Die Qualitätsprüfungen

Serie zu den Grundlagen der MDK-Prüfungen in der ambulanten Pflege – Teil 1
Die wesentlichen Punkte der Qualitätsprüfungsrichtlinie (QPR) im Überblick

Seit Anfang des Jahres gelten neue Prüfrichtlinien für die ambulante Pflege!

Aber eigentlich ist diese Aussage falsch: die Grundlage der Prüfungen, also der Gesetzestext sowie die gemeinsamen Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege und die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI sowie analog die Verträge nach 132a SGB V haben sich gar nicht verändert.

Gültig ist seit Jahresanfang die **Richtlinie der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen und Qualität** (kurz QPR) sowie deren **Anlage 1 Erhebungsbogen**, jeweils in der Fassung vom 10.11.2005. Rechtsgrundlage ist § 53a SGB XI, der die Zusammenarbeit der Pflegekassen mit dem Medizinischen Dienst regelt. Die Richtlinie selbst ist relativ kurz und regelt die formalen Abläufe der Qualitätsprüfungen. Der Erhebungsbogen in der Anlage enthält ein Fragenraster für die Prüfungen mit vorgegebenen Antwortkategorien wie Ja, Nein, t.n.z. (trifft nicht zu!), allerdings keine weiteren Erläuterungen. Diese Richtlinie ist im Verhältnis der Pflegekassen und der MDK bindend.

Nicht Bestandteil der Richtlinie ist die **MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10.11.05**. Sie ist, wie schon die vorangegangenen Prüfanleitungen der MDK-Gemeinschaft lediglich die Interpretation des MDK bezüglich der Fragestellungen der Richtlinie bzw. der Anlage der Richtlinie. Diese Interpretation basiert zwar auf den gültigen gesetzlichen und vertraglichen Regelungen und berücksichtigt den Allgemein an-

erkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse, wie er sich für den MDK darstellt. Sie hat jedoch rechtlich keine Bindungswirkung nach Außen. Trotzdem wird sie in der Fachöffentlichkeit wie ein bindender Richtlinienentwurf wahrgenommen.

Warum gibt es überhaupt die Prüfanleitung, wenn sie rechtlich nicht verbindlich ist? Dazu ist ein Blick in die Geschichte der Qualitätsprüfungen und in die Struktur der MDK-Gemeinschaft hilfreich. Die Rechtsgrundlage der Qualitätsprüfungen ist bundeseinheitlich geregelt, aber die praktische Durchführung liegt nach Auftrag durch die Verbände der Pflegekassen auf Landesebene bei den MDKs. Diese sind (wie auch die meisten Kranken- und Pflegekassen) nach Bundesländern bzw. noch weiter differenziert. So gibt es beispielsweise in Nordrhein-Westfalen zwei MDKs, MDK Rheinland und MDK Westfalen-Lippe, jeweils als eigenständige Organisationen (bundesweit gibt es zurzeit 15 MDKs). In der Vergangenheit differenzierten sowohl die Prüfstrategien (z.B. nur Anlassprüfungen oder Prüfungen aller Dienste, etc.), Prüftiefe (z.B. unterschiedliche Anzahl von Pflegebedürftigen, die in die Prüfung einbezogen wurden) als auch teilweise die Prüfqualität (manchmal war dies schon am Umfang der Prüfberichte ablesbar) (mehr zur unterschiedlichen Prüfqualität siehe

[www.syspra.de/Start/Nachrichten vom 7.1.2005](http://www.syspra.de/Start/Nachrichten_vom_7.1.2005)).

Die Prüfrichtlinie hat zum Ziel, ein „gemeinsames Qualitätssicherungsverfahren für die MDK-Gemeinschaft“ zu schaffen (Nr. 1 Richtlinie). Grundsätzlich ist dieser Versuch der Vereinheitlichung über die Richtlinie zu begrüßen. Der vor allem von den Pflegeverbän-

den kritisierte Weg dahin bleibt allerdings kritikwürdig.

Inhalte der Richtlinie

Die Richtlinie legt einige grundlegende Strukturen und Abläufe fest, die wesentlichen seien hier genannt und beschrieben:

Geltungsbereich (2)

Die Richtlinie gilt für die MDK, den Sozialmedizinischen Dienst der Bundesknappschaft und den ärztlichen Dienst der See-Berufsgenossenschaft sowie für die Pflegekassen. Für Prüfungen im Bereich der Häuslichen Krankenpflege (HKP) gilt sie entsprechend, soweit die Prüfaufträge hier von den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen erteilt werden.

Prüfauftrag (3)

Grundsätzlich gibt es vier Prüfarten:

Einzelprüfungen

Dies ist in der Regel eine Anlassprüfung. Dabei soll vor Auftragserteilung zunächst geprüft werden ob die Anlässe (z.B. Beschwerde durch Kunde oder anonyme Hinweise) stichhaltig sind, bzw. sein können. Erst danach wird eine Qualitätsprüfung eingeleitet. Es ist in diesen Fällen auch zu klären, ob die Prüfung beispielsweise unangemeldet erfolgt oder (ambulant sinnvoll) zunächst der Pflegebedürftige, der eine Beschwerde hatte, überprüft wird und danach erst die Prüfung im Dienst fortgesetzt wird.

Stichprobenprüfungen

Dies sind Routineprüfungen ohne konkreten Anlass. Solche Prüfungen gab es je nach Prüfstrategie der Landesverbände in einigen Bundesländern, in anderen jedoch nicht. So sind in Baden-Württemberg schon alle ambulanten Pflegedienste überprüft worden, in Hamburg beispielsweise jedoch nicht. In der Richtlinie ist nun eine Prüfquote von 20 % pro Jahr anzustreben. Dau-

erhaft soll folglich jede Pflegeeinrichtung alle fünf Jahre überprüft werden.

Vergleichende Prüfungen

Diese Prüfart kann sich auf bestimmte Teilaspekte konzentrieren: z. B. könnten in einer Region alle Pflegedienste auf die Frage der Erreichbarkeit und der 24-stündigen Pflegeversorgung überprüft werden. Im Ambulanten Bereich ist diese Prüfart bisher noch wenig angewandt worden.

Evaluationsprüfungen

Sie dienen der Überprüfung der im Rahmen einer ersten Qualitätsprüfung erstellen Auflagen. In der Regel wird bei Evaluationsprüfung nicht mehr alles ‚von vorne‘ geprüft, sondern nur die Punkte, die die Einrichtung zu verändern hatte.

Die Prüfaufträge an die MDK müssen die Prüfungsart und die Prüfmodalitäten klar beschreiben.

Eignung der Prüfer (5)

Die Prüfung soll in Prüfteams erfolgen, wobei sie in der Regel aus Pflegefachkräften bestehen sollen. Mindestens ein Teammitglied muss ab 2008 eine Auditoren bzw. eine vergleichbare Qualifikation haben.

Prüfinhalte/Prüfumfang (6)

Als Basis sind die rechtlichen Grundlagen des SGB XI und V genannt (siehe Kasten).

Grundlagen der Qualitätsprüfung sind:

- § 72 SGB XI
- §§ 112 bis 115 SGB XI
- Gemeinsamen Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität und Qualitätssicherung in der Fassung vom 31.05.1996
- Rahmenverträge nach § 75 in der jeweils gültigen Fassung des Bundeslandes
- Vertrag gemäß 132a SGB V in der im Bundesland und mit den jeweiligen Krankenkassen abgeschlossenen Fassung sowie die entsprechende Richtlinie nach § 92 SGB V
- Allgemein anerkannter Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse
- Hygieneanforderungen (Empfehlungen des Robert-Koch-Institut)

Im Rahmen der Beurteilung der Ergebnisqualität sollen in jeder Prüfung bei

- Einrichtungen mit weniger als 50 Kunden mindestens 5 Kunden,
- bei Einrichtungen mit mehr als 50 Kunden mindestens 10 % aller Kunden

in die Prüfung einbezogen werden.

Auch hier ergibt sich für einige Länder eine neue Prüfqualität. So wurden beispielsweise in Baden-Württemberg bei den bisherigen Stichproben meist nur sehr wenig (ein bis zwei) Kunden in die Prüfung einbezogen. Während die oben genannte Stichprobenmenge von 20 % anzustreben ist, erlaubt die Fest-

legung der zu prüfenden Kunden keine Ausnahme.

Auch hier ist der beratungsorientierte Ansatz der MDK aufgenommen, wobei es sicherlich fraglich ist, ob im Rahmen einer Prüfung, die auch existenzielle Folgen haben kann, dieser Ansatz zum Tragen kommen kann. Auf Wunsch kann der MDK (vermutlich aber nur, wenn er auch die Kapazitäten hat) auch über die Prüfungen hinaus beratend tätig sein, die Kosten setzen die Landesverbände der Pflegekassen (die ansonsten den MDK mit finanzieren) fest.

Abrechnungsprüfung (8)

Stellt der MDK Unregelmäßigkeiten in Bezug auf die Abrechnung fest (z.B. falscher Personaleinsatz lt. Handzeichen) hat er die Pflegekassen dahin gehend zu informieren. Es kann auch im Rahmen der Qualitätsprüfung eine Abrechnungsprüfung durch von den Pflegekassen beauftragte Sachverständige erfolgen.

Berichterstattung (10)

Die Systematik des Erhebungsbogens ist sicherlich auch gewählt worden, um die Pflegeberichterstattung des MDS (der Spitzenorganisation der MDK auf Bundesebene) zu vereinfachen. Die Prüfberichte sind edv-basiert zu erstellen und weiter zu geben. Damit kann auf Bundesebene auch eine strukturelle Qualitätssicherung durchgeführt werden, so dass die bisher bekannten landesweiten Unterschiede in den Qualitätsprüfungen verschwinden werden.

Literaturhinweis

Die Broschüre „Richtlinien/Erhebungsbogen/MDK-Anleitungen“ ist gegen Zusendung eines frankierten (1,44 €) und an sich selbst adressierten Umschlags beim MDS zu beziehen:

**Medizinischer Dienst
der Spitzenverbände
der Krankenkassen e. V. (MDS)
Lützowstraße 53**

45141 Essen

Sie kann auch im **Internet** unter www.mds-ev.org/download/Anleitung_amb_10112005.pdf herunter geladen werden.

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege, Ausgabe 09/2006

© **Andreas Heiber**

System & Praxis Andreas Heiber

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld

Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248

E-mail: Heiber@SysPra.de; www.SysPra.de