

# 01. Juli 2026

## Startschuss für mehr Qualität?

Ab Sommer 2026 gelten die neuen Qualitätsprüfungsrichtlinien für ambulante Pflegedienste. Nicht alle Neuerungen bedeuten auch große Umstellungen.

**Text: Gerd Nett**

## Mehr zum Thema

### 01

**Häusliche Pflege Community-Treff:**  
Welche Pflegekunden werden künftig geprüft? Nach kurzem Impuls beantwortet Artikelautor Gerd Nett Ihre Fragen rund um die Stichprobenbildung und die neuen Qualitätsprüfungen.  
Termin: 10. Dezember, 14-15 Uhr. Alle Infos und Anmeldung unter:  
[haeusliche-pflege.net/hp-webinare](https://haeusliche-pflege.net/hp-webinare)

### 02

**Digitalkonferenz: Die neue QPR ambulant;** am 19. März 2026. Alle Informationen und Anmeldung in Kürze online unter:  
[haeusliche-pflege.net/vn-events/](https://haeusliche-pflege.net/vn-events/)

### 03

**Die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien für ambulante Pflegedienste** finden Sie zum nachlesen auf der Website des Medizinischen Dienstes Bund als PDF:  
<https://bit.ly/43W7Dyg>

**D**ie neuen „Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulante Pflege Teil 1a – Ambulante Pflegedienste“ (QPR ambulant) sind am 28. August 2025 vom Medizinischen Dienst Bund mit Wirkung zum 01. Juli 2026 veröffentlicht worden. Da sie erst in einem guten halben Jahr praktisch in Kraft treten, bleibt genügend Zeit, sich damit in Ruhe auseinander zu setzen und nicht zu früh mit Schulungen zu beginnen, deren Inhalte bis dahin ansonsten wieder vergessen werden. Denn durch die Umstellung des Prüfverfahrens entsteht bspw. keine neue Notwendigkeit die Pflegedokumentation anzupassen, vorausgesetzt, dass diese dem elementaren fachlichen Grundsatz entspricht und den tatsächlichen Pflegeprozess abbildet. Wer bspw. nach dem Strukturmodell („SIS“, Maßnahmeplan, Berichtsbogen – Evaluation) dokumentiert und es im Alltag auch „lebt“, müsste keine Anpassungen vornehmen.

Dieser Artikel soll grundlegende Änderungen aufzeigen. Denn einige Details sind noch ungeklärt – bspw. die Qualitätsdarstellung (nach § 115 Absatz 1a SGB XI) – bzw. manche Probleme in der Umsetzung werden sich erst nach den ersten Qualitätsprüfungen herauskristallisieren.

Unverändert geblieben ist das generelle Setting: Es wird weiterhin Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen geben, die immer auch eine Abrechnungsprüfung beinhalten können. Dabei haben sich die Prüfungen weiterhin an den (Rahmen-)Verträgen und (Rahmen-)Vereinbarungen, die „MuG ambulant“, die jeweiligen Vergütungsvereinbarungen und ggfls. Ergänzungsverträgen, den Rahmenempfehlungen nach §§ 132a Abs. 1 und 132l Abs. 1 SGB V, sowie der HKP-Richtlinie, der AKI-RL, der MedBetreibV, dem IfsG, den Empfehlungen des RKI sowie dem „Aktuelle Stand des Wissens“, bspw. den „Expertenstandards“, zu orientieren.

Es wird weiterhin verschiedene Prüfbögen zur Beurteilung der personenbezogenen Versorgung (A), bzw. zur Beurteilung auf Einrichtungsebene (B) geben, in denen die fünf Qualitätsbereiche (s.u. QB 1 – 5) festgehalten werden, ggfls. ergänzt um Angaben zur Abrechnungsprüfung.

### Welche Neuerungen wird es geben?

Die Ankündigungsfrist für Qualitätsprüfungen ist laut QPR zwar unverändert und beträgt einen Tag. Allerdings beinhaltet sie eine „Öffnungsklausel“ zur Anpassung an die jeweils gültige Gesetzeslage. Das am 06. November 2025 im Bundestag verabschiedete „Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege“ sieht nun in § 114a Abs. 1 Satz 2 SGB XI eine Frist von zwei Arbeitstagen vor.

Die zukünftigen Qualitätsprüfungen in Ambulanten Pflegediensten folgen den bereits implementierten Bewertungskategorien und -definitionen aus der stationären Pflege, allerdings unter Berücksichtigung der ambulanten Besonderheit: konkrete Leistungen können nur geprüft werden, wenn sie zwischen Pflegedienst und Pflegehaushalt auch vertraglich vereinbart wurden.

Es erfolgt eine Abkehr von der bisherigen dichotomen Fragestellung – Anforderung erfüllt?: ja/nein – hin zu einer differenzierteren, die da lautet: „Sind Risiken entstanden oder negative Folgen für den pflegebedürftigen Menschen eingetreten?“. Hierbei wird zwischen Auffälligkeiten und Defiziten in vier Kategorien (A-D) unterschieden. Dies erlaubt damit einen größeren Gestaltungsspielraum bei der Bewertung der Pflegequalität.

Zusätzlich möchte der Gesetzgeber wegkommen von der bislang eher rein formalistischen Prüfung der Pflegedokumentation und damit anderen Gesichtspunkten eine höhere Bedeutung zugestehen. Dies sind zum einen das Gespräch mit dem und Inaugenscheinnahme des pflegebedürftigen Menschen, das Gespräch mit Angehörigen oder weiteren primären Bezugspersonen, die beim Hausbesuch anwesend sind, sowie den Beobachtungen während der Prüfung. Zum anderen dienen das Fachgespräch (s.u.) und mündliche Auskünfte der Mitarbeitenden zum jeweiligen Pflegebedürftigen der weiteren Informationssammlung, wobei deren

- Auskünfte gleichwertig zur schriftlichen Pflegedokumentation und weiterer verfügbare Unterlagen zu betrachten sind. Dabei kommt dem Maßnahmenplan als zentrales Dokument eine besondere Bedeutung zu. Denn fehlt eine individuelle Maßnahmenplanung komplett, ist dies als Defizit, mindestens C-Kategorie, zu werten. Als weitere Informationsquelle zur Beurteilung der Pflegequalität können gesonderte Dokumentationen, die der ambulante Pflegedienst zum Zweck des QM oder zur Vorbereitung der Durchführung der Prüfung erstellt hat, in Betracht kommen, bspw. eigene Verfahrensanweisungen.

### Die Bewertungsregeln

Bei der Prüfung werden zukünftig eher größere Qualitätsaspekte wie komplexe Themen/Aufgaben, statt bislang einzelner Kriterien anhand von Leistungen/Maßnahmen, bewertet werden. Die konkreten Themen ergeben sich aus dem Bedarf des zu pflegenden Menschen und orientieren sich an der Struktur des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, z. B. Unterstützung im Bereich der Mobilität, Unterstützung im Bereich der Körperpflege, Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte. Hierzu wurden themenspezifische Leitfragen entwickelt, die die zu beurteilende Sachverhalte beschreiben und die von den Prüfern zu bewerten sind.

In der Bewertung wird zwischen Auffälligkeiten und Defiziten unterschieden, mit unterschiedlichen Konsequenzen. Auffälligkeiten sind nur beratungsrelevant, Defizite hingegen sind relevant für Beratung und Bewertung. Die Einordnung erfolgt anhand von vier möglichen Antwortkategorien entlang der Bewertung der Frage: „Sind Risiken entstanden oder negative Folgen für den pflegebedürftigen Menschen eingetreten?“:

- A: Keine Auffälligkeiten oder Defizite
- B: Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen.
- C: Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
- D: Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Defizite, also mögliche negative Folgen bzw. das Risiko des Auftretens negativer Folgen, liegen immer dann vor, wenn es zu gesundheitlichen Konsequenzen kommen kann oder gekommen ist und gleichzeitig im Einflussbereich des Pflegedienstes liegt, bspw. eine tatsächliche Schädigung aufgrund der Verabreichung einer falschen Medikamentendosis. So wird eine nicht bedarfsgerechte Versorgung, wie z. B. die fehlende Durchführung von vereinbarten Maßnahmen (im Vertrag und/oder im Maßnahmenplan), oder eine nicht begründete Abweichung von der schriftlichen Maßnahmenplanung, als ein Defizit mit eingetretener negativer Folge gewertet (S. 275). Auch eine nicht bedürfnisgerechte Versorgung, bspw. durch regelmäßige

Verweigerung von Selbstbestimmung oder expliziten Wünschen des Pflegebedürftigen, wird als negative Folge gewertet (S. 276).

Dabei muss die Feststellung einer C- oder D-Wertung generell auf mindestens zwei unterschiedlichen Informationsquellen beruhen. Eine fehlende Bedarfs- oder Bedürfnisgerechtigkeit darf nicht allein auf Grundlage einer fehlenden Information in der Pflegedokumentation getroffen werden. Auch eine (isolierte) Aussage der versorgten Person ist durch weitere Feststellung der Angabe zu verifizieren. So heißt es treffend auf S. 36 der QPR: „Liegen der Prüferin oder dem Prüfer Hinweise auf ein Qualitätsdefizit vor, so genügt nicht allein das Fehlen von Einträgen in der Pflegedokumentation, um den Nachweis zu führen, dass ein Defizit vorliegt.“.

### Die Qualitätsbereiche

Über die verschiedenen Prüfbögen werden fünf Qualitätsbereiche erfasst. Wie bei den Kategoriebewertungen wird hier in bewertungs- und beratungsrelevant, oder nur relevant für Beratung oder zur Information unterschieden.

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

Eine weitere Besonderheit sind die gegebenenfalls eingeschränkten Prüfbereiche bei spezialisierten Pflegediensten (Definition s.u.), hierfür gibt es spezielle Prüfbögen. So werden mittels AKI-Prüfbogen nur die QB 3 (nur Frage 3.2) – QB 5 und mittels pHKP-Prüfbogen nur die QB 2, QB 3 und QB 5 geprüft, wobei bei der pHKP der QB 2 nur als Teilaspekt der Frage 3.2 beurteilt wird, sofern hier entsprechende Qualitätsaspekte inhaltlich Bestandteil der pHKP sind. Sollten zusätzliche SGB XI-Leistungen vereinbart sein, oder eine weitere HKP-Verordnung vorliegen, werden diese Bereiche mit dem Prüfbogen für die allgemeine ambulante Pflege bewertet.

### Die Stichprobe

Einer der größten Änderungen betrifft die Ermittlung der Stichprobe(n), also der zu überprüfenden Personen bei der Regelprüfung. Dazu haben alle Pflegedienste nach Ankündigung des Prüftermins zur Prüfung eine aktuelle, sortierte Liste der versorgten Kunden vorzulegen, die folgende Leistungen beziehen:

- Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI (körperbezogene Pflegemaßnahmen sowie pflegerische Betreuungsmaßnahmen) oder



<b>Name, Vorname</b> (Versorgte Personen in alphabetischer Reihenfolge)	<b>Kontaktdaten der bevollmächtigten/betreuenden Person</b> Wenn ja, sind die Kontaktdaten mit Namen und Telefonnummer anzugeben	<b>Teilgruppe</b> <b>A:</b> Mobilität = beeinträchtigt & kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt <b>B:</b> Mobilität = beeinträchtigt & kognitive Fähigkeiten = unbeeinträchtigt <b>C:</b> Mobilität = unbeeinträchtigt & kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt	<b>Teilgruppe</b> <b>D:</b> Personen, die eine aufwändige HKP-Leistung erhalten	<b>Spezialisierte ambulante Pflegedienste</b> (Außerklinische Intensivpflege (AKI) nach § 37c SGB V oder Psychiatrische Häusliche Krankenpflege (pHKP) nach Ziffer 27a der HKP-Richtlinie)  „E“ ist bei Erstversorgung einzu-tragen. Eine Erstversorgung liegt vor, wenn auf der HKP-Verordnung „Erstversorgung“ angekreuzt und das „vom-Datum“ der Verordnung weniger als vier Wochen zurück liegt.  Im Fall der AKI ist hier kenntliche zu machen, ob die versorgte Person beamtet („B“) wird.  Anzugeben ist auch, ob es sich um eine Erstversorgung „EV“ oder eine Mehrfachversorgung „MV“ handelt.
Muster, Karl	Ja, Muster, H.; 030-48355S	A	D: Ziffer 31a	AKI „MV“
(...)	Nein	B	-	AKI „B“ + „EV“
(...)	Ja, (...)	B	D: Ziffer 6, 8, 29	
(...)	Ja. (...)	C	D: Ziffer 31a	pHKP „EV“

**Tabelle 1: Liste Versorgte Personen - Medizinischer Dienst Bund, 2025, S.291**

- häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI oder
- HKP-Leistungen nach § 37 SGB V (außer Ziffer 24a (Palliativleistung) HKP-Richtlinie) oder
- Leistungen der AKI nach § 37c SGB V.

Nicht zu berücksichtigen sind Personen, die entweder

- ausschließlich Hilfen zur Haushaltsführung nach dem SGB XI,
- ausschließlich Betreuungs- oder Entlastungsleistungen nach § 45a Absatz 1 SGB XI bzw. § 45b Absatz 1 Nr. 3 SGB XI oder
- eine Kombination dieser beiden genannten Leistungen erhalten, sowie
- diejenigen, bei denen der ambulante Pflegedienst ausschließlich Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI durchführt.

In dieser Liste sind jeweils fünf Angaben zur versorgten Person zu machen (s. Tabelle 1). Neben allgemeinen **Angaben wie Name (Spalte 1) und Kontaktdaten (Spalte 2)** sind Angaben zu verschiedenen Merkmalen zu machen, die für die anschließende Stichprobenziehung von Relevanz sind.

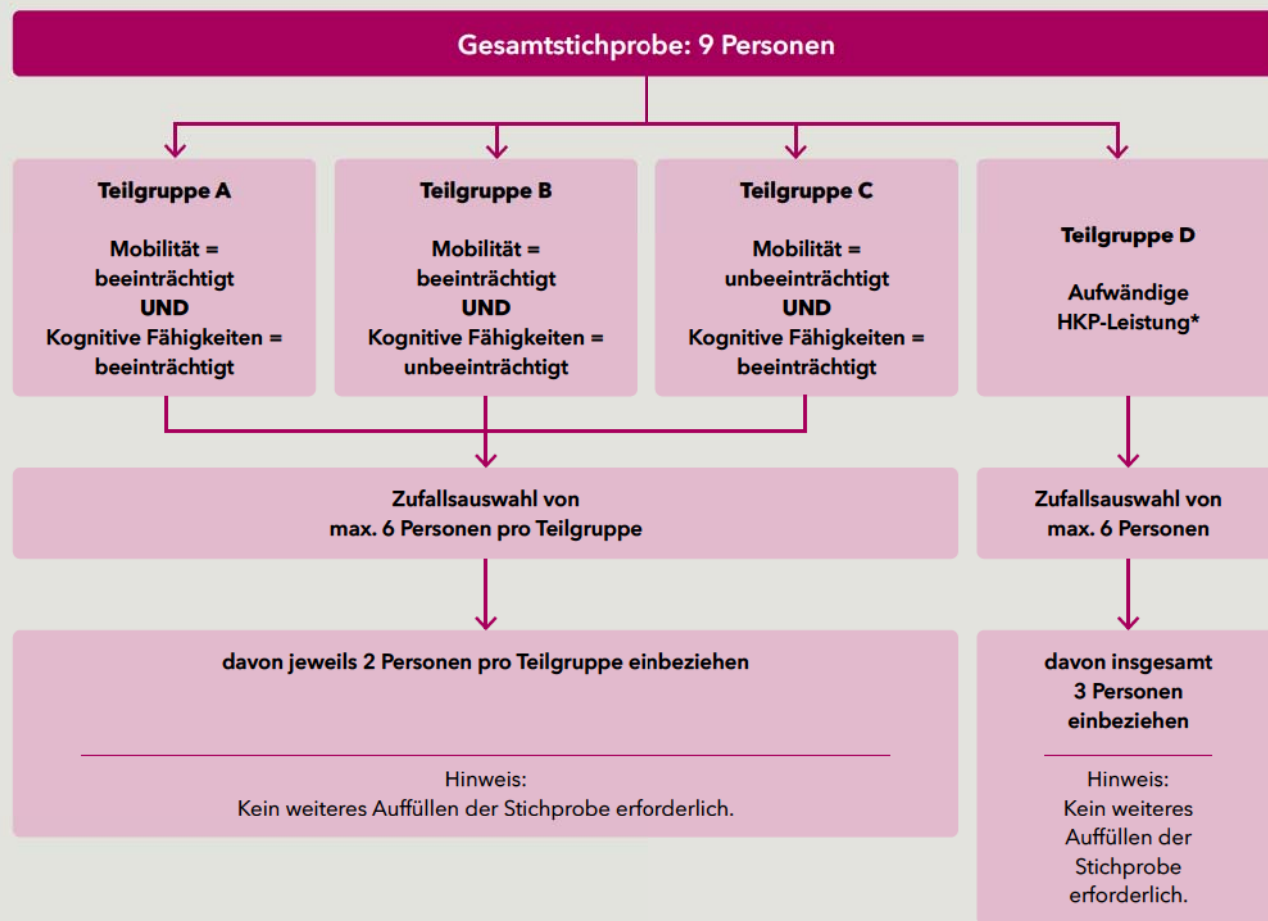
Über die **Spalten 3 und 4** der Liste werden insgesamt zwei Teilgruppen mit vier unterschiedlichen Merkmalen unterschieden. In **Spalte 5** sind Angaben zu machen, falls der Pflegedienst Leistungen der AKI oder der pHKP erbringt.

Über die **Merkmale in Spalte 3** wird zwischen folgenden Untergruppen differenziert:

- A. Personen, die in der Mobilität und in ihren kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigt sind.
- B. Personen, die in der Mobilität beeinträchtigt, aber in ihren kognitiven Fähigkeiten unbeeinträchtigt sind.
- C. Personen, die in der Mobilität unbeeinträchtigt, aber in ihren kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigt sind.

Hierbei wird auf das Einstufungsgutachten zurückgegriffen: Eine Beeinträchtigung im obigen Sinne liegt jeweils erst dann vor, wenn im Gutachten jeweils eine „erhebliche Beeinträchtigung“ festgestellt wurde. D.h. die Mobilität gilt als beeinträchtigt, wenn also mindestens 5 gewichtete Punkte im Modul 1 vorliegen und für eine Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten müssen mindestens 7,5 gewichtete Punkte im Modul 2 erreicht werden. Liegt kein Gutachten vor, oder ist es älter als 6 Monate, so ist durch den Pflegedienst eine Selbsteinschätzung vorzunehmen. **Aber Achtung:** hierbei gelten andere Regeln als bei der Nutzung des Einstufungsgutachtens: die Mobilität gilt hier dann als beeinträchtigt, wenn die versorgte Person aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen im Regelfall personelle Hilfe benötigt, um sicher eine Treppe hinauf und hinabzusteigen zu können und um sich innerhalb der Wohnung fortzubewegen. Beide Bedingungen müssen erfüllt sein. In der Folge wird somit vermutlich nur ein geringer Anteil der Pflegebedürftigen in diese Kategorie fallen. Kognitive Fähigkeiten gelten bei der Selbsteinschätzung als beeinträchtigt, wenn

### Stichprobe allgemeine ambulante Pflege



Quelle: Medizinischer Dienst Bund, 2025, S. 293

es bei der versorgten Person täglich oder nahezu täglich zur Störung im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses, (oder) der zeitlichen Orientierung, (oder) der örtlichen Orientierung und der Personenerkennung kommt. Beide Einschätzungen muss der Pflegedienst dann aktuell vornehmen, um die Liste entsprechend zu ergänzen.

Nicht eindeutig ist leider, ob sich die Angaben in Spalte 3 nur auf Personen beziehen, die in die Pflegeversicherung eingestuft sind, oder ob sie sich auch auf Kunden mit HKP-Leistungen, die nicht in die Pflegeversicherung eingestuft sind oder nur Pflegegeld erhalten, beziehen.

In **Spalte 4** ist die Ziffer der HKP-Leistung einzutragen, falls die versorgte Person folgende HKP-Leistungen erhält:

- § Ziffer 6: Absaugen
- § Ziffer 8: Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts
- § Ziffer 29: Wechsel und Pflege einer Trachealkanüle
- § Ziffer 31a: Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde

In **Spalte 5** sind bei AKI-Angaben zur Versorgungsform (Einfach- (EV) oder Mehrfach- (MV) Versorgung) und zum Be-

atmungsstatus (B) zu machen und bei der pHKP, ob es sich um eine Erstverordnung (E) handelt und diese nicht älter als 4 Wochen ist.

Aus dieser Liste wird dann die Personenstichprobe gezogen und richtet sich nach den angebotenen Leistungen des ambulanten Pflegedienstes. Es wird unterschieden nach:

- allgemeinen ambulanten Pflegediensten,
- ambulanten Pflegediensten, die außerklinische Intensivpflege (AKI) erbringen,
- ambulanten Pflegediensten, die psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) erbringen.

Bei einem allgemeinen Ambulanten Dienst werden bis zu 9 Personen in die Prüfung einbezogen (s. Abbildung oben); bei Diensten mit AKI oder pHKP schwankt die Anzahl und die Zusammensetzung der zu prüfenden Personenstichprobe zwischen 5 und 9 Personen.

Wichtig ist dabei, dass in der allgemeinen ambulanten Pflege pro Teilgruppe jeweils sechs Personen aus der Liste der versorgten Personen ausgewählt, von denen jeweils zwei Personen in die Prüfung einbezogen werden. Sollte es nicht möglich sein, dass zwei (bzw. drei bei der Teil-



Qualitätsbeurteilung	Anzahl der Fälle mit Defizit	Anzahl der Fälle mit D-Wertung
1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite	max. 1	./.
2. Moderate Qualitätsdefizite	2-3	max. 1
3. Erhebliche Qualitätsdefizite	max. 4	max. 2-3
4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite	5 und mehr	4 und mehr

**Tabelle 2: Entwurf für Bewertungsschema für die allgemeine ambulante Pflege – Abschlussbericht S. A-36**

gruppe D) Personen unter den sechs ausgewählten Personen je Teilgruppe in die Prüfung einbezogen werden können, so wird die Stichprobe nicht durch andere Personen aufgefüllt, auch nicht aus anderen Teilgruppen. Ähnlich wird bei den spezialisierten Pflegediensten verfahren.

### Das Fachgespräch

Eine Neuerung für den ambulanten Bereich wird sicherlich das Fachgespräch zu den einzelnen Pflegebedürftigen und deren Versorgung darstellen. Es dient als weitere Informationsquelle für die Prüfenden, um deren Beobachtungen beim Hausbesuch, bzw. in der Pflegedokumentation, einordnen und bewerten zu können. Die fachlich schlüssige, mündliche Darstellung der Versorgung und anderer Sachverhalte hat damit einen ebenso hohen Stellenwert wie die schriftliche Dokumentation oder die Aussagen von Pflegebedürftigen / Angehörigen, vorausgesetzt es handelt sich um nachvollziehbare, stimmige, fachliche Schilderungen ohne erklärlichen Widerspruch zu anderen Informationen. Daher müssen die Pflegekräfte, die die Fachgespräche führen, die Pflegebedürftigen durch die eigene Versorgung kennen und gleichzeitig in der Lage sein, bzw. vielleicht erst dazu befähigt werden, ihre Arbeit und ihre Sicht der Versorgung darzustellen und im Einzelfall zu begründen (s.a. Heiber in „PDL Praxis“ in HP 11-2025).

### Die Qualitätsdarstellung ist noch ungeklärt

Wie erfolgt die abschließende Bewertung? Die Einzelergebnisse für alle versorgten Personen der Stichprobe werden im Prüfbogen B zusammengeführt und im Prüfbericht abschließend für jeden Qualitätsaspekt in Tabellenform dargestellt; ebenso die Ergebnisse der Abrechnungsprüfung. Unklar ist allerdings, in welcher Art und Weise eine Gesamtbewertung erfolgt und wie bspw. mit kleineren Stichproben als der Standardstichprobe für den jeweiligen Pflegedienst umgegangen wird; gleiches gilt für die Bewertungsregeln in der AKI. Denn die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a SGB XI ist, wie die frühere PTVA, nicht Bestandteil der QPR, sondern wird in einer eigenen Qualitätsdarstellungsvereinbarung geregelt. Diese muss aber erst noch durch Kostenträger und

Leistungserbringerverbänden vereinbart werden und tritt dann zeitgleich mit den Qualitätsprüfungs-Richtlinien in Kraft.

Die bisherigen Entwürfe entstammen dem Anhang A zum Abschlussbericht zur „Anpassung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen“ vom 17. Juli 2023. Hiernach wurde folgendes Bewertungsschema vorgeschlagen und dieses ist auch Basis der aktuellen Entwürfe (s. Tabelle 2).

### Fazit – Was ist nun zu tun?

Die Neuerungen führen zunächst einmal zu einer gewissen Unsicherheit. Anfangs wird es, wie bei den letzten QPR-Änderungen, sicherlich zu Startproblemen bspw. aufgrund von Unstimmigkeiten oder unterschiedlicher Auslegung der QPR durch beide Seiten kommen. Denn einige Aspekte der QPR sind aus meiner Sicht mindestens unklar formuliert und bedürfen der späteren Präzisierung.

Die Qualitätsbewertung und -darstellung des Pflegedienstes als Gesamtheit ist noch in der Verhandlungsphase; hier gilt es zunächst einmal abzuwarten.

Drei Dinge sollten jetzt schon angegangen werden:

1. Zeitplan zur QPR-Schulung der Mitarbeitenden erstellen für das 1. Halbjahr
2. Prüfung ob in der Pflegedokumentation der Pflegeprozess abgebildet wird, vor allem Überprüfung aller Maßnahmenpläne
3. Schulung einzelner Mitarbeitenden zum Führen von Fachgesprächen ④



Foto: privat

**Gerd Nett**  
Unternehmensberater  
System & Praxis

[info.nett@syspra.de](mailto:info.nett@syspra.de)