

**Richtlinien
des GKV-Spitzenverbandes¹
über die Prüfung
der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität
nach § 114 SGB XI
(Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR)**

vom XX. Monat 2009²

Entwurf vom 13.05.2009

Der GKV-Spitzenverband hat unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) aufgrund des § 114 a Abs. 7 SGB XI i.V. mit § 53 SGB XI am die nachstehenden Richtlinien als Mindestanforderungen für die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität sowie für das Verfahren zur Durchführung von solchen Prüfungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung beschlossen.

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI

² Das BMG hat diese Richtlinien mit Schreiben vom.....genehmigt

PRÄAMBEL

- (1) Der Gesetzgeber hat mit dem am 01.07.2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die interne und externe Qualitätssicherung im Bereich der Pflegeversicherung grundlegend neu ausgerichtet. Auf der Grundlage des Gesetzes wurden von den Partnern der Pflegeselbstverwaltung für die ambulante und die stationäre Pflege Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI geschlossen, die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI sind neu zu vereinbaren, die Expertenstandards für die Pflege werden zukünftig auf der Grundlage des § 113a SGB XI entwickelt, die Frequenz der externen Qualitätsprüfungen durch den MDK ist nach § 114 Abs. 2 SGB XI erhöht worden und die Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitäts-Prüfungsrichtlinien – QPR) wurden mit dem § 114a Abs. 7 SGB XI auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt.
- (2) Um die nach den §§ 114 ff. SGB XI geänderten Prüfrechte und Prüfaufgaben des MDK und die Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI bei den Qualitätsprüfungen des MDK umsetzen zu können, beschließt der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auf der Grundlage des § 114a Abs. 7 SGB XI die Qualitäts-Prüfungsrichtlinien – QPR. Der GKV-Spitzenverband hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime, die Verbände der privaten ambulanten Dienste, die Bundesverbände der Pflegeberufe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen beteiligt. Ihnen wurde unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben; die Stellungnahmen wurden in die Entscheidung einbezogen. Die vorliegenden Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.
- (3) Die mit den Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI konsentierten Qualitätskriterien bilden eine Teilmenge der in den Anlagen zu diesen Richtlinien enthaltenen Qualitätskriterien. Die Qualitätsprüfung des MDK wird weiterhin ein

umfassenderes Spektrum abbilden, wobei auch hier der Schwerpunkt auf der Ergebnisqualität liegt. Bei der Erstellung der Prüfberichte nach § 115 Abs. 1 SGB XI und der Veröffentlichung der Transparenzberichte nach § 115 Abs. 1a SGB XI handelt es sich um voneinander getrennte Verfahren. Zur Evaluation der in den Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI vereinbarten zufallsgesteuerten Einbeziehung pflegebedürftiger Menschen in die Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI wird die Stichprobe ergänzt, wenn wesentliche Prüfkriterien aufgrund der Zufallsstichprobe nicht bewertet werden können. Die hierbei ermittelten Ergebnisse fließen nicht in die Auswertung für den Transparenzbericht ein.

- (4) Die Einarbeitung der Transparenzvereinbarungen in diese Richtlinien ist ein erster wichtiger Schritt, um die sich aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ergebenden Änderungen bei den Qualitätsprüfungen des MDK zu berücksichtigen. Weitere Anpassungsschritte folgen, insbesondere gilt dies für die Berücksichtigung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI. Auch die nach § 113a SGB XI zu aktualisierenden oder neu zu entwickelnden Expertenstandards werden sukzessive Eingang in die Qualitäts-Prüfungsrichtlinien – QPR finden. Schließlich wird zu prüfen sein, inwieweit die Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend in Auftrag gegebenen Forschungsprojektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ Änderungen dieser Richtlinien erforderlich machen. Unabhängig davon sind diese Richtlinien regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.

1. ZIEL DER RICHTLINIEN

- (1) Ziel dieser Richtlinien ist es, auf der Basis der bisherigen Erfahrungen mit den Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Prüfung der Qualität der Pflege und Versorgung in den Pflegeeinrichtungen weiter zu verbessern und zu sichern. Hierzu bedarf es eines gemeinsamen Qualitätssicherungsverfahrens in der MDK-Gemeinschaft, das auf der Grundlage der Erkenntnisse bei der Qualitätsprüfung eine Erfassung der Qualität in den Pflegeeinrichtungen nach einheitlichen Kriterien ermöglicht.
- (2) Zugleich soll mit den Richtlinien ein Beitrag zur Weiterentwicklung der Qualität solcher Prüfungen geleistet werden. Die Regelungen dieser Richtlinien werden auch in Zukunft an Erkenntnisse, insbesondere der Pflegewissenschaft, der Medizin und der Rechtssprechung anzupassen sein.

2. GELTUNGSBEREICH

- (1) Diese Richtlinien sind für die MDK und den Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (SMD), den von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen und für die Pflegekassen und deren Verbände verbindlich.
- (2) Für die Prüfung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) gelten die nachstehenden Regelungen entsprechend.

3. PRÜFAUFTRAG

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen beauftragen den MDK mit den Prüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI, die als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung durchzuführen sind. Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden über die Prüfungsart und erteilen dem MDK die Prüfaufträge schriftlich. Vor der Erteilung eines

Prüfauftrages zur Durchführung einer Anlassprüfung sind Beschwerden und Hinweise zunächst durch die Landesverbände der Pflegekassen auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen.

(2) Im Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen sind insbesondere zu beschreiben:

- Art der Prüfung
- Umfang der Prüfung, soweit dieser über die Mindestangaben hinaus gehen soll
- bei Anlassprüfungen der dem Prüfauftrag zugrunde liegende Sachverhalt (z.B. Beschwerde)
- Einbindung der Pflegekassen oder der Landesverbände der Pflegekassen, insbesondere im Hinblick auf die Abrechnungsprüfung
- Zeitpunkt der Prüfung
- Prüfmodalitäten (insbesondere Information/Abstimmung mit den Heimaufsichtsbehörden, ggf. aber auch mit anderen Behörden wie z.B. Gesundheitsamt).

(3) Mit dem Prüfauftrag sind dem MDK die erforderlichen Informationen und Unterlagen für die Qualitätsprüfung zur Verfügung zu stellen, insbesondere Institutionskennzeichen (IK), Versorgungsverträge, Strukturdaten, festgelegte Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI, vorliegende Maßnahmenbescheide nach § 115 Abs. 2 SGB XI, eventuelle Beschwerden über die zu prüfende Pflegeeinrichtung sowie von der Pflegeeinrichtung erhaltene Qualitätszertifikate/Gütesiegel.

4. DURCHFÜHRUNG DER PRÜFUNG

(1) Die Qualitätsprüfungen sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. Eine Prüfung zur Nachtzeit ist auf die Fälle zu begrenzen, in denen das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann. Die Beteiligung anderer Prüfinstitutionen (z.B. Heimaufsicht oder Gesundheitsamt) darf nicht zu Verzögerungen für die Prüfungen führen.

5. EIGNUNG DER PRÜFER

- (1) Die Prüfungen sollen von Prüfteams durchgeführt werden, die aus Pflegefachkräften bestehen. An die Stelle einer Pflegefachkraft können andere Sachverständige, z.B. Ärzte, treten, wenn dies das einzelne Prüfgebiet erfordert.
- (2) Die Mitglieder der Prüfteams müssen über umfassende pflegfachliche Kompetenz, Führungskompetenz und Kenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung verfügen. Mindestens ein Mitglied des Prüfteams muss über eine Auditorenausbildung oder eine vergleichbare Qualifikation verfügen.

6. PRÜFINHALTE/PRÜFUMFANG DER MDK-PRÜFUNG

- (1) Inhalt der Regelprüfungen, Anlassprüfungen und Wiederholungsprüfungen sind die im Prüfauftrag beschriebenen Prüfgegenstände. Bei der Regelprüfung und der Anlassprüfung sind unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisqualität mindestens die in Anlage 1 bzw. 2 definierten Mindestangaben zu prüfen.
- (2) Bei Wiederholungsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen ist zu prüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 SGB XI angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind. Die Prüfung bezieht sich dabei auf die beanstandeten einrichtungsbezogenen Kriterien. Die personenbezogenen Mindestangaben (mit Ausnahme der Befragung der Bewohner/Pflegebedürftigen) sind vollständig zu prüfen. Wenn bei einer Wiederholungsprüfung aufgrund der Zufallsstichprobe die bemängelten personenbezogenen Kriterien nicht einbezogen werden können, muss ersatzweise ein Bewohner/Pflegebedürftiger einbezogen werden, bei dem diese Kriterien zutreffen.
- (3) Bei Wiederholungsprüfungen auf Antrag der Pflegeeinrichtung wird diese im gleichen Umfang wie die vorangegangene Prüfung durchgeführt. Auch für diese Prüfung ist ein Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen erforderlich.
- (4) Die Regelprüfung bezieht sich insbesondere auf wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen. Sie kann auch auf den Ablauf,

die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung erstreckt werden. Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der

- allgemeinen Pflegeleistungen
- medizinischen Behandlungspflege
- sozialen Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 87b SGB XI
- Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung
- Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI) und
- nach § 37 SGB V erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

(5) Sie kann sich auch auf die Abrechnung der genannten Leistungen erstrecken.

(6) Die Feststellungen sind für die ambulanten Pflegeeinrichtungen in dem Erhebungsbogen nach Anlage 1 dieser Richtlinien und für die stationären Pflegeeinrichtungen in dem Erhebungsbogen nach Anlage 2 dieser Richtlinien zu treffen. Die Erhebungsbogen sind auf Basis einer vom MDS und dem GKV-Spitzenverband gemeinsam erarbeiteten MDK-Anleitung auszufüllen.

(7) Basis aller Prüfungen sind:

- die Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 80 SGB XI (alte Fassung)
- der aktuelle Stand des Wissens, insbesondere die Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege
- die qualitätsrelevanten Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit der jeweiligen Einrichtung
- die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 Nr. 1 SGB V sowie
- die relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz (IFSG).

(8) Zur Beurteilung der Qualität sind in allen Prüfungen

- bei Einrichtungen mit nicht mehr als 50 Bewohnern/Pflegebedürftigen mindestens fünf Personen
- bei Einrichtungen mit mehr als 50 Bewohnern/Pflegebedürftigen mindestens 10 % der Bewohner/Pflegebedürftigen

einzubeziehen. Als Bezugsgröße für die Auswahl gilt im stationären Bereich die Anzahl der belegten Heimplätze und im ambulanten Bereich die Anzahl aller Sachleistungsbezieher nach dem SGB XI. Regelmäßig sollen in die Prüfungen nicht mehr als 15 Personen einbezogen werden. Die in die Prüfung einzubeziehenden Bewohner/Pflegebedürftigen werden entsprechend der Verteilung der Pflegestufen 1-3 in der Einrichtung und innerhalb der Pflegestufen zufällig ausgewählt. Voraussetzung für die Einbeziehung in die Stichprobe im ambulanten Bereich ist der Sachleistungsbezug nach SGB XI. Bei Anlassprüfungen ist der Bewohner/Pflegebedürftige, auf den sich die Beschwerde bezieht, nach Möglichkeit in die Stichprobe einzubeziehen. Die Einbeziehung in die Prüfung setzt die Einwilligung des Bewohners/Pflegebedürftigen, der vertretungsberechtigten Person oder des gesetzlich bestellten Betreuers voraus.

(9) Wenn in der Zufallsstichprobe nach Absatz 8 die folgenden Pflegesituationen

- freiheitseinschränkende Maßnahmen
- Dekubitus oder andere chronische Wunden
- chronische Schmerzen
- Kontrakturen
- Person mit Anlage einer PEG-Sonde
- Blasenkatheter

nicht bewertet werden konnten, wird als Grundlage für den Prüfbericht die Stichprobe um Bewohner/Pflegebedürftige mit den nicht berücksichtigten Pflegesituationen erweitert. Dabei soll nach Möglichkeit jeweils bei einem Bewohner/Pflegebedürftigen exemplarisch der Umgang der Pflegeeinrichtung mit den genannten Pflegesituationen geprüft werden.

(10) Wenn dem Prüfer im Rahmen der Prüfung offensichtliche Missstände bei Pflegebedürftigen auffallen, sind diese in die Prüfung einzubeziehen.

- (11) Für jeden zusätzlich in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen wird ebenfalls ein Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner/Pflegebedürftigen ausgefüllt, der besonders zu kennzeichnen ist und nicht in die Auswertung für den Transparenzbericht eingeht. Die Darstellung und Bewertung der zusätzlich erfassten Bewohner/Pflegebedürftigen erfolgt in Freitextform im Zusammenfassungsteil des zu erstellenden Prüfberichts.
- (12) Sofern ein Bewohner/Pflegebedürftiger an der Befragung aufgrund einer Demenzerkrankung oder anderen gerontopsychiatrischen Veränderungen nicht teilnehmen kann, ist ein anderer Bewohner mit der gleichen Pflegestufe nach dem Zufallsprinzip für die Befragung auszuwählen.
- (13) Im Zusammenhang mit der Qualitätsprüfung berät der MDK die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken.

7. KOOPERATION MIT DER HEIMAUF SICHT

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Abs. 1 SGB XI) und der MDK arbeiten entsprechend § 117 SGB XI mit den Heimaufsichtsbehörden bei der Zulassung und der Überprüfung der Pflegeheime eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches und nach den heimrechtlichen Vorschriften insbesondere durch

- gegenseitige Information und Beratung
- Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Heimen oder
- Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen

wirksam aufeinander abzustimmen und Doppelprüfungen nach Möglichkeit zu vermeiden. Die zur Realisierung dieses Zieles zu regelnden Einzelheiten sind zwischen den

Landesverbänden der Pflegekassen und der für die Heimaufsicht zuständigen obersten Landesbehörde im Einvernehmen mit dem MDK abzustimmen.

- (2) An der gemeinsamen Prüfung mit der Heimaufsicht beteiligt sich der MDK aufgrund eines Auftrages durch die Landesverbände (§ 52 Abs. 1 SGB XI). Angezeigt ist die Beteiligung des MDK, wenn der Heimaufsicht konkrete Erkenntnisse über Defizite in der Pflegequalität vorliegen. Regelhafte Begehungen der Heimaufsichtsbehörden und des MDK sollen soweit als möglich miteinander abgestimmt und gemeinsam durchgeführt werden.
- (3) Der MDK informiert die Heimaufsicht und die Landesverbände der Pflegekassen unverzüglich über Erkenntnisse aus den Prüfungen, soweit diese zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach den heimrechtlichen Vorschriften erforderlich sind. Dies ist insbesondere gegeben
- bei einer akuten Gefährdung von Bewohnern durch Pflegedefizite (z.B. Exsikkose, Mangelernährung, Dekubitalulcera)
 - bei nicht gerechtfertigten freiheitsentziehenden Maßnahmen
 - wenn eine permanente Anwesenheit einer Pflegefachkraft nicht gewährleistet ist, insbesondere im Nachtdienst.

8. ABRECHNUNGSPRÜFUNG

- (1) Stellt der MDK im Rahmen der Qualitätsprüfung Unregelmäßigkeiten fest, die auf Fehler bei der Abrechnung schließen lassen, ist die zuständige Pflegekasse oder deren Landesverband (§ 52 Abs. 1 SGB XI) umgehend zu informieren.
- (2) Führen von den Landesverbänden der Pflegekassen (§ 52 Abs. 1 SGB XI) bestellte Sachverständige im Rahmen einer Prüfung nach § 114a SGB XI eine Abrechnungsprüfung durch, ist der MDK im Prüfauftrag darauf hinzuweisen.

9. PRÜFBERICHT

- (1) Der MDK erstellt innerhalb von drei Wochen nach Durchführung der Qualitätsprüfung einen Bericht, der den Gegenstand und das Ergebnis der Qualitätsprüfung enthält, die in der Prüfung festgestellten Sachverhalte nachvollziehbar beschreibt sowie die begründeten Empfehlungen des MDK zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten auflistet (Prüfbericht) und versendet diesen an die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Abs. 1 SGB XI), an den Einrichtungsträger und an den zuständigen Sozialhilfeträger. Bei stationären Pflegeeinrichtungen versendet der MDK den Prüfbericht auch an die zuständige Heimaufsichtsbehörde sowie bei ambulanten Pflegediensten an die Pflegekassen, bei denen die in die Prüfung einbezogenen Leistungsempfänger versichert sind. Der MDK stellt gleichzeitig die nach den Transparenzvereinbarungen für eine Veröffentlichung erforderlichen Daten zur Verfügung. Diese Daten sind den Landesverbänden der Pflegekassen in einer vom GKV-Spitzenverband nach § 53 Satz 2 SGB XI i.V. mit § 217f. Abs. 2 SGB V entwickelten Datendefinition (Formate, Strukturen und Inhalte) zu liefern.
- (2) Stellt der MDK schwerwiegende Mängel fest, benachrichtigt er unverzüglich unter Schilderung des Sachverhaltes und unter Hinzufügung geeigneter Beweismittel die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Abs. 1 SGB XI). Hält der MDK bei schwerwiegenden Mängeln in der ambulanten Pflege die weitere Versorgung des Pflegebedürftigen durch den Pflegedienst nicht für gerechtfertigt, teilt er dies und die dafür maßgebenden Gründe der zuständigen Pflegekasse unverzüglich schriftlich mit.

10. BERICHTERSTATTUNG

- (1) Der Prüfbericht und der für seine Erstellung verwendete Erhebungsbogen bilden die Grundlage für die Berichterstattung des MDS und der MDK nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Grundlage für die Datenlieferung an den MDS sind die jeweiligen Mindestangaben. Die Daten sind als Einzeldatensätze EDV-gestützt nach der vom GKV-Spitzenverband festgelegten Datensatzbeschreibung in einem einheitlichen Datenformat bereitzustellen. Auf der Grundlage dieser Daten wird durch den MDS ein Bericht erstellt. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Die Landesverbände der Pflegekassen und der MDK können

vereinbaren, dass die dem Bericht zugrunde liegenden Daten auch den Landesverbänden der Pflegekassen zur Verfügung gestellt werden.

- (2) Ergänzend dazu sind Bestandteil des Berichtes nach Absatz 1 die von den MDK zu erstellenden spezifischen Berichte. Aufbau und Systematik dieser Berichte sind innerhalb der MDK-Gemeinschaft zu vereinbaren und mit dem GKV-Spitzenverband abzustimmen.

11. INKRAFTTRETEN

- (1) Die Richtlinien treten am in Kraft.

Entwurf 13.05.2009