

QUALITÄTSPRÜFUNGS-RICHTLINIEN FÜR DIE VOLLSTATIONÄRE PFLEGE (QPR vollstationär)

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes¹ über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege

vom 17. Dezember 2018²

in der Fassung vom 02. Juni 2020³

Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 114a Absatz 7 SGB XI unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung die Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege einschließlich der Kurzzeitpflege (QPR vollstationär) am 17. Dezember 2018 beschlossen. Die Sonderregelungen des Kapitels 16 für Anlassprüfungen in Zeiten der Corona-Pandemie wurden am 02. Juni 2020 beschlossen.

Anlagen

- 1 Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung
- 2 Prüfbogen B Beurteilung auf der Einrichtungsebene
- 3 Prüfbogen C Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle
- 4 Erläuterungen zu den Prüfbögen
- 5 Qualitätsbewertung der Qualitätsprüfung
- 6 Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle
- 7 Strukturierungshilfe zur Durchführung des Teamgespräches
- 8 Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgespräches
- 9 Struktur und Inhalte des Prüfberichtes für die vollstationäre Pflege

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

² Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat diese Richtlinien mit Schreiben vom 21. Februar 2019 genehmigt.

³ Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Ergänzung um das Kapitel 16 mit Schreiben vom 22.06.2020 genehmigt.

Inhalt

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Ziel der Richtlinien..... | 4 |
| 2 | Geltungsbereich | 4 |
| 3 | Prüfauftrag | 5 |
| 4 | Der Prüfung vorausgehende Prozesse | 6 |
| 5 | Prüfverständnis und Zugang zur Pflegeeinrichtung | 6 |
| 6 | Eignung der Prüferinnen und Prüfer | 7 |
| 7 | Inhalt und Umfang der Qualitätsprüfung | 8 |
| 8 | Ablauf des Einrichtungsbesuchs..... | 9 |
| 8.1 | Erfassung administrativer Angaben zur versorgten Person..... | 10 |
| 8.2 | Beurteilung der Qualitätsaspekte bei der einzelnen versorgten Person (Qualitätsbereiche 1 bis 4)..... | 11 |
| 8.3 | Beurteilung bedarfsübergreifender Qualitätsaspekte (Qualitätsbereich 5) | 12 |
| 8.4 | Bewertung einrichtungsbezogener Merkmale (Qualitätsbereich 6)..... | 12 |
| 8.5 | Zusammenführung der Feststellungen (Teamgespräch) | 12 |
| 8.6 | Abschlussgespräch | 13 |
| 9 | Stichprobe bei vollstationären Pflegeeinrichtungen..... | 14 |
| 9.1 | Ziehung einer Teilstichprobe für die Regelprüfung durch die Datenauswertungsstelle | 15 |
| 9.2 | Ziehung einer Teilstichprobe für die Regelprüfung durch die Prüfinstitution | 16 |
| 9.3 | Ziehen einer Stichprobe für die Regelprüfung in Einrichtungen ohne Ergebniserfassung | 16 |
| 9.4 | Abweichungen bei Anlass- und Wiederholungsprüfungen..... | 17 |
| 10 | Anpassung des Stichprobenverfahrens bei solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen | 18 |
| 11 | Informationsgrundlagen für die Qualitätsbewertung..... | 19 |
| 12 | Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung..... | 21 |
| 13 | Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden 22 | |
| 14 | Prüfbericht..... | 23 |
| 15 | Inkrafttreten der Richtlinien..... | 24 |
| 16 | Sonderregelungen für Anlassprüfungen in Zeiten der Corona-Pandemie | 25 |

PRÄAMBEL

Der GKV-Spitzenverband beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) sowie des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst) nach § 114a Absatz 7 SGB XI (Regelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes) die vorliegenden Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege (Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege – QPR vollstationär).

Mit diesen Richtlinien wird die Durchführung der Qualitätsprüfung im vollstationären Bereich in verfahrensrechtlicher Hinsicht konkretisiert. Grundlage hierfür sind die Ergebnisse des von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI vergebenen Projektes „Entwicklung der Verfahren und Instrumente für die Qualitätsprüfung und Darstellung in der stationären Pflege“.

Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen haben nach Maßgabe von § 118 SGB XI an der Erstellung der vorliegenden QPR beratend mitgewirkt. Der GKV-Spitzenverband hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene beteiligt. Ihnen wurde unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Beschlussfassung Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben; die Stellungnahmen wurden in die Entscheidung einbezogen. Die vorliegenden Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

1 Ziel der Richtlinien

- (1) Diese Richtlinien bilden die verbindliche Grundlage für die Prüfung der Qualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen einschließlich sogenannter eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze sowie in Einrichtungen der solitären Kurzzeitpflege⁴ nach einheitlichen Kriterien.
- (2) Ziel dieser Richtlinien ist es, auf der Grundlage der Ergebnisse des nach § 113b SGB XI durchgeführten Projektes „Entwicklung der Verfahren und Instrumente für die Qualitätsprüfung und Darstellung in der stationären Pflege“ die Prüfung der Qualität der Pflege und Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen weiter zu verbessern und zu sichern.

2 Geltungsbereich

- (1) Diese Richtlinien sind für den MDK, den Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (SMD) und den PKV-Prüfdienst nach § 114a Absatz 7 SGB XI sowie für die von den Landesverbänden der Pflegekassen nach § 114a Absatz 1 SGB XI bestellten Sachverständigen (Prüfinstitutionen) verbindlich.
- (2) Für die Prüfung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) gelten die nachstehenden Regelungen entsprechend.
- (3) Das diesen Richtlinien zugrunde gelegte Prüfinstrumentarium ist auf Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege zugeschnitten. Sofern Kurzzeitpflegegäste in die Stichprobe nach Ziffer 9 einbezogen werden, ist die Prüfung bei diesen Personen nach den gleichen Maßgaben durchzuführen wie bei den langzeitversorgten Personen⁵. Das Prüfinstrumentarium gilt auch für solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen; Besonderheiten der Kurzzeitpflege werden entsprechend berücksichtigt. Diese Richtlinien gelten nicht für die Prüfung von teilstationären Pflegeeinrichtungen.

⁴ In den Richtlinien wird in der Regel der Begriff „vollstationäre Pflege“ verwendet. Dieser Begriff umfasst auch die Kurzzeitpflege. Wo erforderlich, finden sich gesonderte Regelungen für die Kurzzeitpflege.

⁵ Im Folgenden umfasst der Begriff „versorgte Personen“ neben den langzeitversorgten Personen auch Kurzzeitpflegegäste

3 Prüfauftrag

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen beauftragen den MDK und im Umfang von zehn Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge den PKV-Prüfdienst oder die von ihnen bestellten Sachverständigen mit den Prüfungen nach § 114 Absatz 1 SGB XI, die als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung durchzuführen sind. Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden über die Prüfungsart und erteilen der Prüfinstitution 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) Ergeben sich bei Regel- oder Wiederholungsprüfungen konkrete und begründete Anhaltspunkte (z. B. Beschwerden, Hinweise) für eine nicht fachgerechte Pflege, erfolgt die Prüfung als Anlassprüfung, sofern die Prüfinstitution die Gründe hierfür gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen dargelegt hat und ein entsprechender Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen erteilt ist. Die Pflegeeinrichtung ist hierüber zu informieren.
- (3) Im Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen sind insbesondere zu beschreiben:
 - Art der Prüfung,
 - bei Anlassprüfungen der dem Prüfauftrag zugrunde liegende Sachverhalt (z. B. Beschwerde),
 - Informationen darüber, ob für die Pflegeeinrichtung aktuelle, statistisch plausible und vollständige Indikatorenergebnisse vorliegen und eine entsprechende Kennung für die Datenanforderung der Prüfinstitution bei der beauftragten fachlich unabhängigen Institution nach § 113 Absatz 1b SGB XI (Datenauswertungsstelle - DAS),
 - Einbindung der Pflegekassen oder der Landesverbände der Pflegekassen,
 - Zeitpunkt der Prüfung,
 - Prüfmodalitäten (insbesondere Information/Abstimmung mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden, ggf. auch mit anderen Behörden wie z. B. Gesundheitsamt).
- (4) Mit dem Prüfauftrag sind der Prüfinstitution von den Landesverbänden der Pflegekassen die erforderlichen Informationen und Unterlagen für die Qualitätsprüfung zur Verfügung zu stellen, insbesondere Institutionskennzeichen (IK), Versorgungsverträge, Strukturdaten, festgelegte Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5 SGB XI, vorliegende Maßnahmenbescheide nach § 115 Absatz 2 SGB XI, Stellungnahmen und Unterlagen der vollstationären Pflegeeinrichtung an die Landesverbände der Pflegekassen sowie eventuelle Beschwerden über die zu prüfende Pflegeeinrichtung.

4 Der Prüfung vorausgehende Prozesse

(1) Die Qualitätsprüfung wird mit der Erteilung des Prüfauftrags an die Prüfinstitution durch den zuständigen Landesverband der Pflegekasse eingeleitet. Die DAS stellt bei vollstationären Pflegeeinrichtungen der Prüfinstitution die folgenden Informationen in der jeweils aktuellen Fassung zum Abruf bereit:

- Eine Code-Liste (Pseudonyme) zur Bestimmung der versorgten Personen, bei denen die Prüfung durchzuführen ist, und derjenigen versorgten Personen, die ersatzweise in die Stichprobe aufgenommen werden. Diese Code-Liste wird auch bereitgestellt, wenn das Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle ergeben hat, dass die Daten nicht plausibel sind.
- Drei Zufallszahlen zwischen 1 und 20, die zur Vervollständigung der Stichprobe in der Einrichtung benötigt werden.
- Eine tabellarische Übersicht über die Ergebnisqualität der Einrichtung für die letzten drei Erhebungen, mit der auch der einrichtungsindividuelle Beratungsauftrag für die Prüferinnen und Prüfer definiert wird (Kennzahlen mit der Beurteilung „weit unter dem Durchschnitt“).
- Die fallbezogenen Daten der Ergebniserfassung der versorgten Personen, die von der DAS für die Personenstichprobe vorgegeben werden.
- Hinweise auf mögliche Schwachstellen der Ergebniserfassung, die mit der statistischen Plausibilitätskontrolle sichtbar wurden. Ergibt sich bereits bei der statistischen Plausibilitätskontrolle, dass die Datenqualität nicht ausreicht, um Kennzahlen für die Ergebnisqualität zu generieren, so erhält die Prüfinstitution einen entsprechenden Hinweis – mit der Konsequenz, dass die Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung entfällt.

5 Prüfverständnis und Zugang zur Pflegeeinrichtung

(1) Den Qualitätsprüfungen liegt ein beratungsorientierter Prüfansatz zugrunde. Die Qualitätsprüfungen bilden eine Einheit aus Prüfung, Beratung und Empfehlung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. Der beratungsorientierte Prüfansatz ermöglicht bei

Auffälligkeiten und Qualitätsdefiziten das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten. Der beratungsorientierte Prüfansatz findet seinen Ausdruck im Fachgespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die in der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner tätig sind – wobei soweit möglich Pflegefachkräfte einbezogen werden sollen – sowie im Abschlussgespräch mit den Leitungskräften der Einrichtung. Die unmittelbare fachliche Kommunikation im Prüfverfahren hat einen hohen Stellenwert und basiert auf der stärkeren Differenzierung von Beurteilungen und der Verringerung der Bedeutung von gegenstandsunabhängigen Konzept- und Dokumentationsprüfungen. Das Fachgespräch ist eine gleichrangige Informationsquelle zu anderen Datenquellen. Dieser Prüfansatz setzt eine intensive Zusammenarbeit zwischen der Pflegeeinrichtung und dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst voraus.

- (2) Zur Durchführung der Qualitätsprüfungen ist der Prüfinstitution Zugang zur Pflegeeinrichtung zu gewähren. Das Prüfteam weist sich auf Wunsch der Pflegeeinrichtung aus. Prüfungen sind grundsätzlich einen Tag zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen. Die Kriterien für Fälle, in denen unangekündigt zu prüfen ist, werden in den Richtlinien nach § 114c SGB XI geregelt. 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. nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörden, Gesundheitsamt) darf nicht zu Verzögerungen bei der Durchführung der Prüfungen führen. Dies gilt auch für die Beteiligung der Trägervereinigung der Pflegeeinrichtung. Die Pflegeeinrichtung hat dem Prüfteam auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Für Nachweiszwecke sind - soweit erforderlich - Kopien anzufertigen.

6 Eignung der Prüferinnen und Prüfer

- (1) Die Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI sind in der Regel von Prüfteams durchzuführen, die aus Pflegefachkräften bestehen. An die Stelle einer Pflegefachkraft können andere Sachverständige, z. B. Ärztinnen und Ärzte oder Kinderärztinnen und Kinderärzte treten, wenn dies das einzelne Prüfgebiet erfordert. Wenn sich aus dem Prüfauftrag ergibt, dass die zu prüfende Pflegeeinrichtung beatmungspflichtige Personen oder Personen im Wachkoma versorgt, verfügt mindestens eine Prüferin oder ein Prüfer über besondere Kenntnisse in diesem Prüfgebiet.
- (2) Die Mitglieder der Prüfteams müssen über pflegfachliche Kompetenz, Führungskompetenz und Kenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung verfügen. Mindestens ein Mitglied des

Prüfteams muss über eine Auditorenausbildung oder eine vom Inhalt und Umfang her gleichwertige Qualifikation verfügen.

7 Inhalt und Umfang der Qualitätsprüfung

- (1) Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen der Pflegeeinrichtungen erfolgen anhand der **Anlage 1** (Prüfbogen A, Beurteilung der personenbezogenen Versorgung), **Anlage 2** (Prüfbogen B, Beurteilung auf der Einrichtungsebene) und **Anlage 3** (Prüfbogen C, Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle). Diese Prüfbögen sind nach der **Anlage 4** (Erläuterungen zu den Prüfbögen), **Anlage 5** (Qualitätsbewertung Qualitätsprüfung) und **Anlage 6** (Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle) auszufüllen. Inhalte und Umfang der Prüfung können von den Landesverbänden der Pflegekassen nicht verändert oder erweitert werden.
- (2) Bei Wiederholungsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen ist zu prüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Absatz 2 SGB XI angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind. Dabei werden im Qualitätsbereich 6 die beanstandeten einrichtungsbezogenen Kriterien erneut geprüft. Nicht beanstandete Kriterien werden unverändert übernommen. Die personenbezogenen Qualitätsaspekte sind vollständig zu prüfen.
- (3) Basis der Prüfungen sind
 - die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die vollstationäre Pflege und für die Kurzzeitpflege in der jeweils aktuellen Fassung,
 - der aktuelle Stand des Wissens,
 - die Expertenstandards nach § 113a SGB XI,
 - die qualitätsrelevanten Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit der jeweiligen Pflegeeinrichtung,
 - die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI
 - die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 Nr. 1 SGB V sowie
 - die relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG).
- (4) Die durch das Prüfteam im Einzelnen zu beurteilenden Sachverhalte sind in die folgenden sechs Qualitätsbereiche untergliedert:

-
- Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung
 - Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
 - Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte
 - Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen
 - Qualitätsbereich 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen
 - Qualitätsbereich 6: Organisationsaspekte und internes Qualitätsmanagement

(5) Jeder der sechs Qualitätsbereiche nach Absatz 4 umfasst mehrere Qualitätsaspekte, die jeweils umfassende Themen abbilden. Die Qualitätsbereiche 1 bis 4 werden mit der **Anlage 1** (Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung) und die Qualitätsbereiche 5 und 6 mit der **Anlage 2** (Prüfbogen B Beurteilung auf der Einrichtungsebene) erfasst.

8 Ablauf des Einrichtungsbesuchs

- (1) Nach Vorstellung des Prüfteams bei der Leitung der Einrichtung sind zu Beginn der Prüfung in einem Einführungsgespräch das Aufgabenverständnis, die Vorgehensweise und der voraussichtliche Zeitaufwand der Prüfung darzulegen. Die Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeeinrichtung wird über die Prüfung informiert. Im Anschluss an das Einführungsgespräch erfolgt die Bestimmung von neun versorgten Personen entsprechend der Vorgaben des definierten Stichprobenverfahrens. Es können Versicherte der sozialen und der privaten Pflegeversicherung einbezogen werden. Es werden jedoch nur Personen in die Stichprobe einbezogen, bei denen eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.
- (2) Die Einbeziehung in die Prüfung setzt die Einwilligung der versorgten Person, einer vertretungsberechtigten Person bzw. einer gesetzlich bestellten Betreuerin oder eines gesetzlich bestellten Betreuers voraus. Vor der Einholung der Einwilligung der versorgten Person oder einer hierzu berechtigten Person hat das Prüfteam diese in verständlicher Weise aufzuklären über
- Anlass und Zweck sowie Inhalt, Umfang, Durchführung und Dauer der Maßnahme,
 - den vorgesehenen Zweck der Verarbeitung und die Nutzung der dabei erhobenen personenbezogenen Daten,
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme und
 - die jederzeitige Widerrufbarkeit der Einwilligung.

Ferner ist im Rahmen der Aufklärung darauf hinzuweisen, dass im Falle der Ablehnung der versorgten Person keine Nachteile entstehen.

(3) Die Einwilligung der versorgten Person nach § 114a Absatz 3a SGB XI kann erst nach Bekanntgabe der Einbeziehung der in Augenschein zu nehmenden Person in die Qualitätsprüfung erklärt werden und muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeignete Weise gegenüber dem Prüftteam abgegeben werden, die Person des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). Ist die versorgte Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung einer berechtigten Person einzuholen. Ist keine berechtigte Person am Ort einer Prüfung anwesend und ist eine rechtzeitige Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt ausnahmsweise eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls die Durchführung der Prüfung erschwert würde. Die mündliche Einwilligung oder Nichteinwilligung sowie die Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform sind schriftlich zu dokumentieren. Die Einwilligung ist nach § 114a Absatz 2 und 3 SGB XI erforderlich für

- das Betreten der Wohnräume der versorgten Person,
- die Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands der versorgten Person,
- die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation, in die fallbezogenen Daten zur Ergebniserfassung,
- die Befragung der versorgten Person, der Beschäftigten der Einrichtung, der Betreuerinnen und Betreuer, der Angehörigen sowie der Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen der Bewohnerinnen und Bewohner,
- die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten der versorgten Person einschließlich der Erstellung von Kopien zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts.

Die Einwilligung muss vor der Einbeziehung der versorgten Person in die Prüfung vorliegen.

(4) Für die versorgten Personen, die in die Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports einbezogen werden, ist jeweils ebenfalls eine Einwilligung einzuholen.

(5) Es werden allgemeine Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung erfasst.

8.1 Erfassung administrativer Angaben zur versorgten Person

(1) Die betreffenden Angaben dienen vorrangig zur Verwaltung des Datensatzes. Die Daten sind gemäß der Vorgabe des Erhebungsbogens für jede versorgte Person der Stichprobe zu erfassen.

8.2 Beurteilung der Qualitätsaspekte bei der einzelnen versorgten Person (Qualitätsbereiche 1 bis 4)

(1) Die Beurteilung der jeweiligen Qualitätsaspekte auf der Ebene der individuellen Versorgung umfasst in den Qualitätsbereichen 1 bis 4 jeweils die folgenden Schritte:

- **Informationserfassung:** Die Prüferin oder der Prüfer verschafft sich zunächst einen Überblick zur Bedarfs- und Versorgungssituation der versorgten Person. Anhand verschiedener Informationsquellen werden die Lebenssituation, die gesundheitliche Situation, Ressourcen und Beeinträchtigungen, Gefährdungen usw. durch die Prüferin oder den Prüfer erfasst. Welche Informationen für den jeweiligen Qualitätsaspekt benötigt werden, ist in der **Anlage 1** (Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung) angegeben. Die Prüferin oder der Prüfer hat sich ein eigenes Bild von der versorgten Person und der Pflegesituation zu machen und Angaben der Einrichtung gedanklich stets daraufhin überprüfen, ob sie sich zu einem fachlich stimmigen Gesamtbild zusammenfügen. Dies gilt auch für die Beurteilung der Plausibilität von Angaben, die aus der Ergebniserfassung stammen.
- **Bearbeitung der Leitfragen:** Im zweiten Schritt hat die Prüferin oder der Prüfer – mit Hilfe der zu jedem Qualitätsaspekt aufgeführten Leitfragen – eine Beurteilung der Versorgung vorzunehmen. Die gemachten Feststellungen werden dann im nächsten Schritt anhand bestimmter Vorgaben bewertet. Zu den jeweiligen Leitfragen ist in der Ausfüllanleitung beschrieben, welche Aspekte des pflegerischen Handelns in die Beurteilung einbezogen werden sollen. Bei mehreren Qualitätsaspekten finden sich vor den Leitfragen Hinweise dazu, ob eine versorgte Person in die Bewertung einbezogen werden soll. So ist beispielsweise die Frage nach der Tagesstrukturierung nur bei versorgten Personen zu bearbeiten, die einen Unterstützungsbedarf bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte aufweisen.
- **Bewertung und Beschreibung festgestellter Auffälligkeiten:** Identifizierte Auffälligkeiten und Qualitätsdefizite werden in strukturierter Form dokumentiert und bewertet. Zu jedem Qualitätsaspekt finden sich in der **Anlage 1** (Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung) individuelle Erläuterungen zur Konkretisierung der Bewertung.

(2) Die Bewertung erfolgt anhand der in der **Anlage 5** dargestellten Bewertungssystematik.

8.3 Beurteilung bedarfsübergreifender Qualitätsaspekte (Qualitätsbereich 5)

- (1) Bei der Beurteilung der verschiedenen Qualitätsaspekte in den Bereichen 1 bis 4 werden immer wieder Themen angesprochen, die gleichermaßen für mehrere Qualitätsaspekte relevant sind. Informationsgrundlage für die Beurteilung der sogenannten bedarfsübergreifenden Qualitätsaspekte im Qualitätsbereich 5 sind die Feststellungen, die das Prüfteam für die Qualitätsaspekte in den Qualitätsbereichen 1 bis 4 getroffen hat. Es werden also keine zusätzlichen Informationen über die versorgten Personen aus der Stichprobe erfasst.
- (2) Auf dieser Grundlage soll das Prüfteam nach den Vorgaben der **Anlage 2** (Prüfbogen B Beurteilung auf der Einrichtungsebene) eine Gesamtbewertung für die Einrichtung vornehmen, also beispielsweise eine Gesamtbewertung der Frage, ob die Einrichtung mit Risiken und Gefährdungen der versorgten Personen fachgerecht umgeht.
- (3) Diese Beurteilung ist bei der Zusammenführung der Teilergebnisse der Prüfung im Teamgespräch vorzunehmen. Die Zusammenführung erfolgt in der **Anlage 2** (Prüfbogen B Beurteilung auf der Einrichtungsebene).

8.4 Bewertung einrichtungsbezogener Merkmale (Qualitätsbereich 6)

- (1) In einem gesonderten Abschnitt der **Anlage 2** (Prüfbogen B Beurteilung auf der Einrichtungsebene) werden organisatorische Aspekte und allgemeine Anforderungen an das Qualitätsmanagement erfasst. Es erfolgt eine kriteriengestützte Bewertung, bei der zu beurteilen ist, ob die in der **Anlage 2** (Prüfbogen B Beurteilung auf der Einrichtungsebene) aufgeführten Anforderungen erfüllt werden oder nicht.

8.5 Zusammenführung der Feststellungen (Teamgespräch)

- (1) Die vorläufige Feststellung wichtiger Gesamtergebnisse erfolgt gemeinsam im Prüfteam ohne Anwesenheit von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern der Einrichtung. Die Prüferinnen und Prüfer kommen zusammen und tauschen sich über ihre wichtigsten Feststellungen zu den einzelnen Qualitätsaspekten aus. Zweck dieses Teamgesprächs ist
 - die gemeinsame Bewertung der bedarfsübergreifenden Qualitätsaspekte
 - die Einschätzung der fachlichen Stärken der Einrichtung
 - die vorläufige Einschätzung, bei welchen Qualitätsaspekten fachliche Defizite festgestellt wurden (Defizite mit negativen Folgen für die versorgte Person oder mit dem Risiko des Auftretens negativer Folgen)

- die vorläufige Einschätzung der Plausibilität der Ergebniserfassung
 - die Festlegung der Themen, die im anschließenden Abschlussgespräch mit Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtung angesprochen werden sollen, insbesondere der Themen, zu denen eine Beratung erfolgen soll. Bei der Beratung sollen auch Indikatoren mit der Beurteilung „weit unter dem Durchschnitt“ berücksichtigt werden.
- (2) Es handelt sich dabei um vorläufige Einschätzungen, die bei der abschließenden Bewertung zu verifizieren und zu konkretisieren sind. Grundlage des Gesprächs sind sämtliche Feststellungen, die bei der Prüfung der einrichtungsbezogenen und der direkt personenbezogenen Fragen festgehalten wurden, inklusive der Feststellungen, die die Plausibilitätskontrolle betreffen. Das Teamgespräch erfolgt unter Berücksichtigung der **Anlage 7** (Strukturierungshilfe zur Durchführung des Teamgespräches).

8.6 Abschlussgespräch

- (1) Im Abschlussgespräch wird die Pflegeeinrichtung über zentrale vorläufige Ergebnisse der Prüfung in Kenntnis gesetzt. Grundlage sind die im Teamgespräch der Prüferinnen und Prüfer getroffenen vorläufigen Einschätzungen sowie die von ihnen festgelegten Themen bzw. Beratungspunkte. Es sollen die durch das Prüfteam erfassten fachlichen Stärken der Einrichtung gewürdigt werden. Das Gespräch wird mit dem Ziel geführt, ggf. festgestellte Qualitätsdefizite direkt abzustellen, Qualitätsdefizite rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortlichkeit der Einrichtung zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege zu stärken.
- (2) Das Prüfteam stellt in zusammenfassender Form seine vorläufigen Einschätzungen zu folgenden Punkten dar:
- fachliche Stärken der Einrichtung
 - festgestellte Qualitätsdefizite (Defizite mit negativen Folgen für die versorgte Person oder mit dem Risiko des Auftretens negativer Folgen)
 - Plausibilität der Ergebniserfassung.
- (3) Zu diesen Punkten ist den Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtung Gelegenheit zur Kommentierung und Stellungnahme zu geben.
- (4) In einer weiteren Gesprächsphase erfolgt die Beratung zu den Themen, die die Prüferinnen und Prüfer im Teamgespräch als besonders wichtig identifiziert haben. Gemeinsam mit den Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtung sind Möglichkeiten zu erörtern, wie festgestellte Qualitätsdefizite behoben und der Entstehung von Qualitätsdefiziten vorgebeugt

werden kann. Dabei kann auch auf unterdurchschnittliche Indikatorenergebnisse und festgestellte Auffälligkeiten eingegangen werden.

- (5) Sofern die Einrichtung abweichende Meinungen zu festgestellten Qualitätsdefiziten äußert, werden diese durch das Prüfteam schriftlich festgehalten.
- (6) Das Abschlussgespräch erfolgt unter Berücksichtigung der **Anlage 8** (Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgespräches).

9 Stichprobe bei vollstationären Pflegeeinrichtungen

- (1) In die Qualitätsprüfung werden neun versorgte Personen einbezogen.
- (2) Sechs versorgte Personen werden anhand von personenbezogenen Codes (Pseudonyme) vor dem Einrichtungsbesuch durch eine Stichprobe bestimmt, die durch die DAS gezogen wird (Teilstichprobe für die Regelprüfung durch die DAS). Während der Prüfung entpseudonymisiert das Prüfteam gemeinsam mit der Einrichtung die ausgewählten Personen anhand der Pseudonymisierungsliste, die die Einrichtung vor Ort vorzuhalten und dem Prüfteam vorzulegen hat.
- (3) Weitere drei versorgte Personen werden durch eine Zufallsauswahl während des Besuchs des Prüfteams in der Einrichtung durch das Prüfteam anhand der Zufallszahlen bestimmt (Teilstichprobe für die Regelprüfung durch die Prüfinstitution). Diese Teilstichprobe wird anhand des Erhebungsreportes und der aktuellen und vollständigen Übersicht der versorgten Personen bestimmt, die die Einrichtung für die Prüfung zu führen und dem Prüfteam vorzulegen hat.
- (4) Die Übersicht nach Absatz 3 enthält gemäß den Maßstäben und Grundsätzen zur Qualität für die vollstationäre Pflege nach § 113 SGB XI neben der Übersicht aller in der Einrichtung lebenden Bewohnerinnen und Bewohner personenbezogene Angaben, ob eine Beeinträchtigung bei der Mobilität und den kognitiven Fähigkeiten vorliegt. Wenn die Einrichtung die unter Absatz 2 und 3 genannten Unterlagen nicht zur Verfügung stellt, legt das Prüfteam auf der Basis der vorliegenden Informationen eine Zufallsstichprobe fest.
- (5) Die Pflegeeinrichtung hat gemäß § 114a Absatz 3a SGB XI im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 114 Absatz 1 Satz 4 SGB XI insbesondere die Namen und Kontaktdaten der von ihr versorgten Personen an das Prüfteam weiterzuleiten.

- (6) Kann die erforderliche Mindestzahl von versorgten Personen trotz der unten aufgeführte Regularien nicht erreicht werden, z. B. weil weniger Personen von der Einrichtung versorgt werden oder ihr Einverständnis zur Einbeziehung in die Stichprobe nicht erteilt haben, so hat das Prüfteam im Rahmen der verbleibenden Möglichkeiten die Qualitätsprüfung trotzdem durchzuführen und die Ergebnisse im Prüfbericht auszuweisen. Das Unterschreiten der vorgesehenen Personenzahl ist im Prüfbericht zu begründen.

9.1 Ziehung einer Teilstichprobe für die Regelprüfung durch die Datenauswertungsstelle

- (1) Bei der Ziehung der Teilstichprobe von sechs versorgten Personen durch die DAS handelt es sich um eine geschichtete Stichprobe. Es kommt eine Kombination von Merkmalen zur Anwendung, die Beeinträchtigungen der Mobilität sowie der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten abbilden.
- (2) Die Ziehung der Stichprobe orientiert sich an den Modulwertungen des Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Es werden jeweils zwei versorgte Personen mit folgenden Merkmalskombinationen bestimmt:
- A.** Personen, die in beiden Bereichen mindestens erhebliche Beeinträchtigungen aufweisen (Modulwertung jeweils >1)
 - B.** Personen, die im Bereich der Mobilität mindestens erhebliche Beeinträchtigungen aufweisen (Modulwertung >1), aber keine oder eine geringe Beeinträchtigung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modulwertung 0 oder 1)
 - C.** Personen, die im Bereich der Mobilität keine oder eine geringe Beeinträchtigung aufweisen (Modulwertung 0 oder 1), aber mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modulwertung >1).
- (3) Um sicherzustellen, dass in der Prüfsituation durch die Unmöglichkeit, die ausgewählten Personen einzubeziehen (z. B. fehlende Einwilligung), Probleme auftreten, ist eine „Reserveliste“ erforderlich. Es werden daher je Subgruppe sechs weitere Personen bestimmt. Damit entsteht eine Liste, die folgendermaßen strukturiert ist:

Subgruppe A: Code 1, Code 2 Reserve: Code 3 bis Code 8

Subgruppe B: Code 9, Code 10 Reserve: Code 11 bis Code 16

Subgruppe C: Code 17, Code 18 Reserve: Code 19 bis Code 24

- (4) Wenn auf der Basis der Codes und der Reserveliste keine zwei versorgte Personen in die Stichprobe einbezogen werden können, wird die Subgruppe an Hand der von der Einrichtung vorzuhaltenden Übersicht der versorgten Personen (siehe Ziffer 9 Absatz 3) entsprechend

ergänzt. Eine Plausibilitätskontrolle ist nur möglich, wenn auf die Daten zugegriffen werden kann.

- (5) Insbesondere bei sehr kleinen Einrichtungen kann es vorkommen, dass einzelne Subgruppen so schwach besetzt sind, dass keine ausreichenden Codes oder Reservecodes bestimmt werden können. Sollte es in der Prüfsituation dazu kommen, dass in einer Subgruppe nicht wie vorgesehen zwei Personen anhand der Angaben der DAS bestimmt werden können, so sind die fehlenden Fälle durch die ergänzende Stichprobenziehung, die in der Einrichtung stattfindet, auszugleichen.

9.2 Ziehung einer Teilstichprobe für die Regelprüfung durch die Prüfinstitution

- (1) Zusätzlich bestimmt das Prüfteam bei seinem Einrichtungsbesuch per Zufallsauswahl anhand des Erhebungsreports und der Übersicht der versorgten Personen drei versorgte Personen, die nicht in die Ergebniserfassung durch die Einrichtung einbezogen wurden (z. B. Kurzzeitpflegegäste, bei denen Ausschlussgründe hierfür vorlagen oder die nach der letzten Ergebniserfassung in die Einrichtung eingezogen sind).
- (2) Am Anfang des Erhebungsreportes oder der Übersicht beginnend, werden mit Hilfe der vorab von der DAS übermittelten Zufallszahlen drei Personen bestimmt, die zum Prüfzeitpunkt in der Einrichtung versorgt werden, für die jedoch keine Ergebniserfassung durchgeführt wurde.
- (3) Ist es nicht möglich, eine Einwilligung für die betreffende Person zu erhalten, so wird die in der Liste nachfolgend aufgeführte Person ausgewählt.

9.3 Ziehen einer Stichprobe für die Regelprüfung in Einrichtungen ohne Ergebniserfassung

- (1) Erfolgt die Prüfung in einer Einrichtung, in der keine Ergebniserfassung im letzten Erhebungszeitraum durchgeführt wurde oder wenn keine vollständigen Daten aus der Ergebniserfassung vorliegen, muss die Stichprobe komplett in der Einrichtung bestimmt werden. Die Einrichtung hat in diesem Fall eine aktuelle und vollständige Übersicht über die von ihr versorgten Personen (siehe Ziffern 9 Absatz 3) zu führen und dem Prüfteam vorzulegen. Aus dieser Liste werden sechs Personen anhand von Merkmalskombinationen und drei weitere durch eine Zufallsauswahl bestimmt.
- (2) Die sechs Personen werden anhand der unten aufgeführten Merkmalskombinationen folgenden Subgruppen zugeordnet:

Subgruppe A: Fortbewegung = beeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt

Subgruppe B: Fortbewegung = beeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = unbeeinträchtigt

Subgruppe C: Fortbewegung = unbeeinträchtigt & Kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt

Aus jeder dieser Gruppen werden per Zufallszahl zwei Personen in die Prüfung einbezogen. Sollte es in der Prüfsituation dazu kommen, dass in einer Subgruppe nicht wie vorgesehen zwei Personen bestimmt werden können, so sind die fehlenden Fälle zusammen mit den drei weiteren Personen, die ohnehin zufällig ausgewählt werden, zu ziehen (siehe Absatz 4).

- (3) Die notwendigen Informationen über die Merkmalkombination sind von den Einrichtungen bereitzustellen. Für die Merkmalsausprägungen gilt:
 - „Selbstständigkeit bei der Fortbewegung“: beeinträchtigt = Personenhilfe ist erforderlich (nicht selbstständig im Sinne des Begutachtungsinstruments aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen).
 - „Kognitive Fähigkeiten“: beeinträchtigt = Es kommt regelmäßig zu Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, der zeitlichen und örtlichen Orientierung sowie der Personenerkennung.
- (4) Zusätzlich bestimmt das Prüfteam bei seinem Einrichtungsbesuch anhand der Übersicht der versorgten Personen drei weitere Personen per Zufallsauswahl.

9.4 Abweichungen bei Anlass- und Wiederholungsprüfungen

- (1) Das Stichprobenverfahren bei Anlass- bzw. Wiederholungsprüfungen wird grundsätzlich analog zum Verfahren für die Regelprüfung durchgeführt.
- (2) Da im Verfahren zur Stichprobenziehung vorgesehen ist, einen Teil der Stichprobe (drei Personen) in der Einrichtung durch das Prüfteam auszuwählen, kann bei Anlassprüfungen der Anlass oder der bemängelte Qualitätsaspekt in die Stichprobe aufgenommen werden, indem vom Prinzip der Zufallsauswahl abgewichen wird. Bezieht sich eine Beschwerde auf eine versorgte Person, ist diese nach Möglichkeit in die Stichprobe einzubeziehen. Bei Bedarf kann die Stichprobe von neun Personen bei Anlassprüfungen ergänzt werden. Ergeben sich bei einer Anlassprüfung beispielsweise weitere Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege, kann dies zu einer Ergänzung der Stichprobe führen. Nach § 115 Absatz 1a SGB XI bilden bei Anlassprüfungen die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Personen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität.

- (3) Da im Verfahren zur Stichprobenziehung vorgesehen ist, einen Teil der Stichprobe (drei Personen) in der Einrichtung durch das Prüfteam auszuwählen, können auch bei Wiederholungsprüfungen die den nach § 115 Absatz 2 SGB XI angeordneten Maßnahmen zugrundeliegenden Qualitätsaspekte in die Stichprobe aufgenommen werden, indem vom Prinzip der Zufallsauswahl abgewichen wird.

10 Anpassung des Stichprobenverfahrens bei solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen

- (1) In die Qualitätsprüfung werden sechs Kurzzeitpflegegäste einbezogen.
- (2) Die Einrichtung hat eine Übersicht der versorgten Personen zu führen und dem Prüfteam vorzulegen, in der sämtliche Kurzzeitpflegegäste mit einer Information über ihre kognitiven Fähigkeiten und ihre Mobilität aufgeführt sind. Die Zuordnung der Merkmalsausprägung „beeinträchtigt“ erfolgt nach den unter Ziffer 9.3 dargelegten Regeln.
- (3) Aus jeder der Gruppen A) bis C) werden anhand von Zufallszahlen drei Kurzzeitpflegegäste ausgewählt. Die ersten zwei ausgewählten Kurzzeitpflegegäste werden bei der Prüfung berücksichtigt. Stellt sich heraus, dass dies nicht möglich ist, wird ein dritter Kurzzeitpflegegast aus dieser Gruppe ersatzweise in die Stichprobe aufgenommen. Sollten auch danach noch keine zwei Kurzzeitpflegegäste aus der Gruppe aufgenommen werden können, werden anhand der Zufallszahlen – unter Ausschluss der bereits ausgewählten Kurzzeitpflegegäste – weitere Kurzzeitpflegegäste bestimmt. Sollte eine der definierten Gruppen so schwach besetzt sein, dass die Zahl von zwei Kurzzeitpflegegästen nicht erreicht werden kann, so wird – ebenfalls anhand von Zufallszahlen – ein Kurzzeitpflegegast aus einer anderen Gruppe bestimmt. Dabei gilt:
- C) ersatzweise für A)
 - A) ersatzweise für C)
 - C) ersatzweise für B)
- (4) Wenn die Einrichtung keine geeignete Liste zur Verfügung stellt, legt das Prüfteam auf der Basis der vorliegenden Informationen eine Zufallsstichprobe gemäß Ziffer 10 Absatz 2 fest.
- (5) Die Kurzzeitpflegeeinrichtung hat gemäß § 114a Absatz 3a SGB XI im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 114 Absatz 1 Satz 4 SGB XI insbesondere die Namen und Kontaktdaten der von ihr versorgten Kurzzeitpflegegäste an das Prüfteam weiterzuleiten.

- (6) Für die Stichprobe bei Anlass- und Wiederholungsprüfungen in Kurzzeitpflegeeinrichtungen gelten die Regularien für die vollstationäre Pflege entsprechend.
- (7) Kann die erforderliche Mindestzahl von Kurzzeitpflegegästen trotz der oben aufgeführten Regularien nicht erreicht werden, z. B. weil weniger Kurzzeitpflegegäste von der Einrichtung versorgt werden oder ihr Einverständnis zur Einbeziehung in die Stichprobe nicht erteilt haben, so hat das Prüfteam im Rahmen der verbleibenden Möglichkeiten die Qualitätsprüfung trotzdem durchzuführen und die Ergebnisse im Prüfbericht auszuweisen. Das Unterschreiten der vorgesehenen Zahl an Kurzzeitpflegegästen ist im Prüfbericht zu begründen.

11 Informationsgrundlagen für die Qualitätsbewertung

- (1) Zur Durchführung der Prüfung kann das Prüfteam unter Berücksichtigung des Datenschutzes auf folgende Informationsgrundlagen zurückgreifen:
 - das Gespräch mit der versorgten Person und deren Inaugenscheinnahme
 - das Fachgespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung
 - Beobachtungen während der Prüfung, die ggf. auch Zufallsbefunde umfassen
 - die Pflegedokumentation und weitere Unterlagen (Gesamtheit der personenbezogenen Akte)
 - gesonderte Dokumentationen, die die Einrichtung zum Zweck des internen Qualitätsmanagements erstellt hat
 - einrichtungsinterne Konzepte oder Verfahrensanweisungen, die die Einrichtung verwendet, um den Erfordernissen einer fachgerechten Pflege Rechnung zu tragen
 - die personenbezogenen Informationen der letzten Ergebniserfassung mittels des Erhebungsbogens für die Ergebniserfassung. Wenn diese Informationen ausnahmsweise nicht von der DAS zur Verfügung gestellt werden konnten, stellt die Einrichtung diese zur Verfügung.
- (2) Die Prüferinnen und Prüfer entscheiden nach eigenem Ermessen, welche Informationsquellen in welcher Reihenfolge genutzt werden. Eine einseitig auf die Dokumentation ausgerichtete Prüfung ist zu vermeiden.
- (3) Auskünfte der versorgten Person und fachlich plausible, nachvollziehbare Angaben der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind im Verhältnis zur schriftlichen Dokumentation nicht als nachgeordnet zu betrachten. Die Prüferin oder der Prüfer entscheidet in Abhängigkeit von den näheren Umständen im Einzelfall, inwieweit Feststellungen, die keine Hinweise auf

Qualitätsdefizite umfassen, durch die Nutzung weiterer Informationsquellen zu verifizieren sind.

- (4) Vermutet die Prüferin oder der Prüfer hingegen ein Qualitätsdefizit, so genügt nicht allein das Fehlen von Einträgen in der Pflegedokumentation, um den Nachweis zu führen. Zur Verifizierung muss im Regelfall mindestens eine weitere Informationsquelle entsprechende Hinweise geben. Stehen über die Pflegedokumentation hinaus keine weiteren Informationsquellen zur Verfügung, ist die Bewertung an Hand dieser vorzunehmen.

Hiervon gibt es Ausnahmen; diese sind als explizite Hinweise auf Dokumentationsanforderungen bei einigen Qualitätsaspekten in den Prüfbögen oder den Ausfüllhinweisen aufgeführt. So müssen die individuelle Tagesstrukturierung und die individuelle Maßnahmenplanung in jedem Fall schriftlich dokumentiert sein. Fehlen sie ganz oder teilweise, so ist davon auszugehen, dass für die versorgte Person das Risiko besteht, eine nicht ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen entsprechende Versorgung zu erhalten, weshalb das Fehlen einer individuellen Tagesstrukturierung oder eine lückenhafte Maßnahmenplanung als Defizit (und nicht als Auffälligkeit) zu werten ist.

- (5) Dem Fachgespräch mit einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter der Einrichtung, der über die jeweilige versorgte Person differenziert Auskunft geben kann, kommt ein hoher Stellenwert zu. Soweit nicht anders vermerkt, hat die fachlich schlüssige, mündliche Darstellung der Versorgung, der Bedarfskonstellation und anderer Sachverhalte einen ebenso hohen Stellenwert wie die schriftliche Dokumentation. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass mündliche Schilderungen fachlich nachvollziehbar sind und ein in sich stimmiges Bild ergeben. Aussagen, die in sich nicht stimmig sind oder in Widerspruch zu anderen Informationen stehen, sind ebenso wenig nutzbar wie unzutreffende Angaben in der Pflegedokumentation. Ähnliches gilt für unklare oder abstrakte mündliche Mitteilungen.
- (6) Sind während des Einrichtungsbesuchs keine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügbar, die über die jeweilige versorgte Person differenziert Auskunft geben können, ist das Prüfteam gehalten, sich die erforderlichen Informationen aus anderen Quellen zu beschaffen. Ansonsten nutzen die Prüferinnen und Prüfer das Fachgespräch als Informationsquelle und ermutigen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung, das Gespräch mit der Prüferin oder dem Prüfer ebenfalls als Medium der Informationsübermittlung zu nutzen.

12 Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung

- (1) Bei der Plausibilitätskontrolle handelt es sich um eine Kontrolle der durch die Pflegeeinrichtung erhobenen Daten für die Berechnung von Indikatoren. Mit der Plausibilitätskontrolle bescheinigt das Prüfteam nicht, dass die Einrichtung bei der Ergebniserfassung alles korrekt erfasst hat. Das Ergebnis der Plausibilitätskontrolle bezieht sich lediglich auf die Stichprobe der versorgten Personen, bei denen die Plausibilitätskontrolle erfolgt ist. Die Plausibilitätskontrolle bezieht sich darüber hinaus auf den Erhebungsreport gemäß Absatz 6.
- (2) Wenn für die Einrichtung eine Indikatorenerfassung vorliegt und die statistische Prüfung durch die DAS nicht zu dem Ergebnis führte, dass die von der Einrichtung durchgeführte Ergebniserfassung erhebliche Mängel aufweist, ist bei bestimmten Qualitätsaspekten eine Plausibilitätskontrolle durchzuführen. Diese Plausibilitätskontrolle ist Bestandteil des Prüfverfahrens. Es handelt sich um die Überprüfung, ob die im Rahmen der Ergebniserfassung dargestellten Informationen mit anderen Sachverhalten bzw. Informationsquellen übereinstimmen. In der **Anlage 1** (Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung) findet sich an den betreffenden Stellen eine Leitfrage, mit der die Plausibilitätskontrolle eingeleitet wird.
- (3) Die Plausibilitätskontrolle stützt sich auf die Informationserfassung, die zu Beginn jeder Beurteilung der jeweiligen Qualitätsaspekte erfolgt. Mit dieser Informationserfassung verschafft sich die Prüferin oder der Prüfer ein Bild über die versorgte Person und ihre Versorgungssituation, etwa durch die Inaugenscheinnahme, durch Gespräche mit der versorgten Person oder den Pflegenden sowie durch die Hinzuziehung der Dokumentation. Zum Zweck der Plausibilitätskontrolle soll die Prüferin oder der Prüfer anhand der **Anlage 4** (Erläuterungen zu den Prüfbögen) beurteilen, ob diese Informationen mit den Angaben aus der Ergebniserfassung in Einklang stehen oder nicht.
- (4) Werden hierbei Abweichungen festgestellt, die sich nicht aufklären lassen, und erweist sich, dass Hinweise aus der Dokumentation oder andere Informationen, die der Ergebniserfassung widersprechen, sachlich zutreffend sind, muss von fehlender Plausibilität ausgegangen werden. Abweichungen, die erklärt werden können (z.B. Verschlechterung der Mobilität nach einem Sturz, der sich nach der Ergebniserfassung ereignete), sind nicht als fehlende Plausibilität einzustufen.
- (5) Bei der Beurteilung der Plausibilität muss die Prüferin oder der Prüfer berücksichtigen, welcher Art die Fehler oder Fehleinschätzungen sind, die entdeckt wurden (z. B. Flüchtigkeitsfehler, Fehleinschätzung, fehlende Angaben etc.). In einem zweiten Schritt muss beurteilt werden, ob diese Fehler Auswirkungen auf die Ergebnisbeurteilung haben können

oder ob dies eher nicht anzunehmen ist. Zu beurteilen ist daher auch, ob sich bestimmte Fehler oder Fehleinschätzungen auf die Kennzahl des betreffenden Pflegeergebnisses auswirken.

- (6) Bestandteil der Plausibilitätskontrolle ist auch die Sichtung des Erhebungsreports, die bei der Stichprobenziehung, also zu Beginn der Prüfung erfolgt. Die Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreportes wird bei einer Stichprobe von drei versorgten Personen durchgeführt. Werden dabei Auffälligkeiten festgestellt, ist die Stichprobe für die Plausibilitätskontrolle in der Regel um drei weitere Personen zu ergänzen. Ziel der Plausibilitätskontrolle ist es festzustellen, ob die Anwendung der Regelung zum Ausschluss von versorgten Personen aus der Indikatorenerhebung entsprechend der „Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die vollstationäre Pflege“ durch die Pflegeeinrichtung umgesetzt wurde. Die Bewertung der Plausibilität des Erhebungsreports erfolgt in der **Anlage 3** (Prüfbogen C Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle) unter Berücksichtigung der **Anlage 6** (Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle).
- (7) Die formelle Gesamtbeurteilung der Plausibilität erfolgt im Rahmen der abschließenden Bewertung der Prüfung nach Abschluss des Prüfbesuchs in der Anlage 3 (Prüfbogen C Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle) unter Berücksichtigung der Anlage 6 (Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle).

13 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Absatz 1 SGB XI) und der MDK sowie der PKV-Prüfdienst arbeiten gemäß § 117 SGB XI mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden bei der Zulassung und der Überprüfung der Pflegeeinrichtungen eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches und nach den heimrechtlichen Vorschriften insbesondere durch
 - regelmäßige gegenseitige Information und Beratung,
 - Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Pflegeeinrichtungen oder
 - Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen

wirksam aufeinander abzustimmen und Doppelprüfungen nach Möglichkeit zu vermeiden. Zur Erfüllung dieser Aufgaben sind die Landesverbände der Pflegekassen sowie der MDK und der PKV-Prüfdienst verpflichtet, in den Arbeitsgemeinschaften nach den heimrechtlichen Vorschriften mitzuwirken und sich an entsprechenden Vereinbarungen zu beteiligen.

- (2) Um Doppelprüfungen zu vermeiden, haben die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfumfang mit dem Prüfauftrag in angemessener Weise zu verringern, wenn
- die Prüfungen einer nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde nicht länger als neun Monate zurück liegen,
 - deren Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und
 - die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität gemäß § 115 Absatz 1a SGB XI gewährleistet ist.

Die Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass von einer Verringerung der Prüfpflicht abgesehen wird.

- (3) An einer gemeinsamen Prüfung mit der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde beteiligt sich die Prüfinstitution aufgrund eines Auftrages durch die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Absatz 1 SGB XI). Angezeigt ist die Beteiligung, wenn der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde konkrete Erkenntnisse über Defizite in der Pflegequalität vorliegen. Regelmäßige Begehungen der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und der Prüfinstitution sollen soweit als möglich miteinander abgestimmt und gemeinsam durchgeführt werden.
- (4) Die Prüfinstitution informiert die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde 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 durch Pflegedefizite (z. B. Exsikkose, Mangelernährung, Dekubitalulcera),
 - bei nicht gerechtfertigten freiheitseinschränkenden Maßnahmen,
 - wenn die permanente Anwesenheit einer Pflegefachkraft nicht gewährleistet ist.

14 Prüfbericht

- (1) Die Prüfinstitution erstellt innerhalb von drei Wochen nach Durchführung der Qualitätsprüfung einen Prüfbericht, der den Gegenstand und das Ergebnis der Qualitätsprüfung und der Plausibilitätskontrolle enthält, die in der Prüfung festgestellten Sachverhalte nachvollziehbar beschreibt sowie die konkreten Empfehlungen der Prüfinstitution zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten auflistet und versendet diesen an die

Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Absatz 1 SGB XI), an die betroffene Pflegeeinrichtung und an den zuständigen Sozialhilfeträger. Die Prüfinstitution versendet den Prüfbericht auch an die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde. Die Prüfinstitution stellt den Landesverbänden der Pflegekassen gleichzeitig die nach der Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a SGB XI für eine Veröffentlichung erforderlichen Daten zur Verfügung.

- (2) Stellt die Prüfinstitution schwerwiegende Mängel fest, benachrichtigt er unverzüglich unter Schilderung des Sachverhaltes die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Absatz 1 SGB XI).
- (3) Eine verbindliche Struktur für die Gestaltung und die Inhalte des Prüfberichtes für die vollstationäre Pflege ergibt sich aus **Anlage 9** (Struktur und Inhalte des Prüfberichtes für die vollstationäre Pflege).

Ein umfassendes Bild über die Qualität der Pflegeeinrichtung ergibt sich aus dem Prüfbericht, der nach der Prüfung erstellt wird. Ein im Rahmen der Prüfung festgestellter Qualitätsmangel wird im Prüfbericht unabhängig davon, wann dieser Mangel abgestellt wird, als solcher dokumentiert. Unter Berücksichtigung der Ist-Situation werden bei festgestellten Qualitätsdefiziten im Prüfbericht Empfehlungen über notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung gegeben.

15 Inkrafttreten der Richtlinien

- (1) Die Richtlinien treten zum 1. November 2019 in Kraft. Sie treten gleichzeitig mit der Qualitätsdarstellungsvereinbarung für den vollstationären Bereich nach § 115 Absatz 1a SGB XI in Kraft. Mit diesem Zeitpunkt tritt Teil 2 der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) in der Fassung vom 27. September 2017 für den Bereich der vollstationären Pflege einschließlich der Kurzzeitpflege außer Kraft.

16 Sonderregelungen für Anlassprüfungen in Zeiten der Corona-Pandemie

- (1) Aufgrund des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes finden gemäß § 151 SGB XI bis 30. September 2020 keine Regelprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI statt. Mit den Regelungen zur Aussetzung der Regelprüfungen verfolgt der Gesetzgeber das Ziel,

Infektionsrisiken für versorgte Personen, Pflegekräfte sowie Prüferinnen und Prüfer zu vermeiden und die personellen Ressourcen der Pflegeeinrichtungen nicht durch externe Prüfungen zusätzlich zu belasten.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit kann gemäß § 152 SGB XI nach einer erneuten Risikobeurteilung bei Fortbestehen oder erneutem Risiko für ein Infektionsgeschehen im Zusammenhang mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 den Befristungszeitraum des § 151 SGB XI durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates um jeweils bis zu einem halben Jahr verlängern.

(3) Anlassprüfungen werden durch diese Regelung nicht tangiert. Ob die Anlassprüfungen in Form einer Begehung der Pflegerichtung und/oder der persönlichen Begutachtung bei den versorgten Personen stattfinden können, entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen und die Prüfinstitutionen in Absprache mit den für die Infektionsprävention in vollstationären Pflegeeinrichtungen bzw. Kurzzeitpflegeeinrichtungen zuständigen lokalen Behörden im Einzelfall.

(4) Um bei Anlassprüfungen die Infektionsrisiken für alle Beteiligten zu reduzieren, ist der Umfang der Anlassprüfungen abweichend von Ziffer 9 oder Ziffer 10 auf das notwendige Mindestmaß zu begrenzen. Daher gilt bis zum 30. September 2020 oder auf der Grundlage einer einschlägigen Rechtsverordnung (z.B. nach § 152 SGB XI) für einen längeren Zeitraum abweichend vom regulären Verfahren dieser Richtlinien für Anlassprüfungen:

- Abweichend von Ziffer 6 dieser Richtlinien ist zu prüfen, ob die Anlassprüfung mit dem Ziel der Kontaktreduzierung durch nur eine Prüferin oder einen Prüfer durchgeführt werden kann. Wird die Anlassprüfung durch eine Prüferin oder einen Prüfer durchgeführt, erfolgt die Zusammenführung der Prüfergebnisse nach Ziffer 8.5 dieser Richtlinien durch diese Prüferin oder diesen Prüfer.
- Von den Vorgaben für die Zusammenstellung und die Größe der Personenstichprobe nach Ziffer 9 (vollstationäre Pflege) oder Ziffer 10 (Kurzzeitpflege) dieser Richtlinien wird abgewichen. Abweichend von Ziffer 4 erfolgen keine Vorgaben durch die Datenauswertungsstelle Pflege (DAS). Die Stichprobe ist so zu gestalten, dass dem Anlass der Qualitätsprüfung nachgegangen werden kann. Hierzu sind, sofern zur Überprüfung von Hinweisen erforderlich, mehrere Personen in die Prüfung einzubeziehen.
- Ergeben sich bei der Anlassprüfung konkrete und begründete Anhaltspunkte (z. B. Beschwerden, Hinweise) für eine nicht fachgerechte Pflege, die über den ursprünglichen Anlass der Qualitätsprüfung hinausgehen, kann die Personenstichprobe nach

gutachterlichem Ermessen so angepasst werden, dass auch diesen Anhaltspunkten nachgegangen werden kann. Die Pflegeeinrichtung ist hierüber zu informieren.

- Die personenbezogenen Qualitätsaspekte der Qualitätsbereiche 1 bis 5 laut Anlage 1 und 2 werden vollständig geprüft.
 - Es erfolgt keine Plausibilitätskontrolle.
 - Die einrichtungsbezogenen Merkmale des Qualitätsbereiches 6 laut Anlage 2 werden in dem Umfang geprüft, wie es nach gutachterlichem Ermessen für die Durchführung der Anlassprüfung erforderlich ist.
 - Aufgrund der von der Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI für die vollstationäre Pflege (QDVS) abweichenden Regelungen für die Personenstichprobe ist keine Veröffentlichung dieser Prüfergebnisse vorgesehen. Es ist daher nicht erforderlich, den Landesverbänden der Pflegekassen Daten nach der QDVS zur Verfügung zu stellen.
- (5) Die übrigen Regelungen dieser Richtlinien bleiben unberührt.
- (6) Die Regelungen der Ziffer 16 treten am 23.06.2020 in Kraft.