

Richtlinien
der Spitzenverbände der Pflegekassen
über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten
Leistungen und deren Qualität
(Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR)
vom
10. November 2005[☒]

Der AOK-Bundesverband,
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
der IKK-Bundesverband,
die See-Krankenkasse,
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
die Knappschaft,
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. und
der AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

[☒] Das BMG hat mit Schreiben vom 10.11.2005 – 233-43371/12 – der Richtlinie in dieser Fassung zugestimmt.

handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen haben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS)

aufgrund des § 53 a Satz 1 Nr. 1 und 4 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V

am 30. September 2005 gemeinsam und einheitlich 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. 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 Rechtsprechung anzupassen sein.

2. GELTUNGSBEREICH

- (1) Diese Richtlinien sind für die MDK, den Sozialmedizinischen Dienst der Bundesknappschaft und den ärztlichen Dienst der See-Berufsgenossenschaft sowie für die Pflegekassen und deren Verbände verbindlich. Weitergehende Vereinbarungen auf Landesebene sind möglich.
- (2) Für die Prüfung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) gelten die nachstehenden Regelungen entsprechend. Prüfungsaufträge für die Häusliche Krankenpflege-

ge werden in Abstimmung mit dem jeweiligen Landesverband der Krankenkassen oder dem jeweiligen Verband der Ersatzkassen erteilt.

3. PRÜFAUFTRAG

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Abs. 1 SGB XI) beauftragen den MDK mit den Prüfungen nach § 112 Abs. 3 SGB XI, die als anlassbezogene Einzelprüfung, Stichprobenprüfung, vergleichende Prüfung oder zur Überprüfung der nach § 115 Abs. 2 SGB XI festgelegten Maßnahmen (Evaluationsprüfung) durchzuführen sind. Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden über die Prüfungsart und erteilen dem MDK die Prüfaufträge schriftlich; eine jährliche Prüfquote von 20 % aller Einrichtungen ist unter Beachtung der im jeweiligen MDK zur Verfügung stehenden Ressourcen anzustreben.
- (2) Beschwerden und Hinweise sind zunächst durch die Pflegekasse auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen. Bei Bedarf sind geeignete Maßnahmen zur Qualitätssicherung einzuleiten (z.B. Konsultation, Qualitätsprüfung). Ist eine Qualitätsprüfung angezeigt, legen die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Abs. 1 SGB XI) im Prüfauftrag fest, ob und inwieweit von den gesetzlichen Möglichkeiten einer unangemeldeten oder Prüfung zur Nachtzeit (siehe Nr. 4 Abs. 1) Gebrauch zu machen ist.
- (3) Im Prüfauftrag sind insbesondere zu beschreiben:
 - Art der Prüfung, bei anlassbezogenen Prüfungen auch der dem Prüfauftrag zugrundeliegende 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)

Der Prüfauftrag umfasst nach Absprache mit den Landesverbänden der Pflegekassen (§ 52 Abs. 1 SGB XI) auch die Evaluationsprüfung (Nr. 6 Abs. 1 Satz 3).

- (4) Mit dem Prüfauftrag sind dem MDK die erforderlichen Unterlagen für die Qualitätsprüfung zur Verfügung zu stellen, insbesondere Versorgungsverträge, Strukturhebungs-

bogen, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen, eventuelle Beschwerden über die zu prüfende Pflegeeinrichtung und das Ergebnis eventueller Konsultationen sowie von der Pflegeeinrichtung erhaltene Qualitätszertifikate/Gütesiegel.

4. ANMELDUNG DER PRÜFUNG

Der MDK ist berechtigt, die Qualitätsprüfung jederzeit angemeldet oder unangemeldet vorzunehmen. Unangemeldete Prüfungen kommen insbesondere bei Einzelprüfungen in Betracht. Eine Prüfung zur Nachtzeit ist auf die Fälle zu begrenzen, in denen das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Zeiten nicht möglich ist. Die Zutrittsrechte sind zur Nachtzeit auf die Prüfgegenstände beschränkt, die tagsüber nicht kontrolliert werden können (z.B. personelle Ausstattung in der Nacht). Die Heimaufsicht oder andere Prüfberechtigte (z.B. Gesundheitsamt) sind vom MDK bei unangemeldeten Prüfungen stationärer Pflegeeinrichtungen dann zu beteiligen, wenn sich daraus keine unangemessenen Verzögerungen für die Prüfungen ergeben.

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 anlassbezogenen Einzelprüfungen, Stichprobenprüfungen und vergleichenden Prüfungen sind die im Prüfauftrag beschriebenen Prüfgegenstände. Dabei hat der MDK von der Prüfung solcher Bereiche abzusehen, die ausschließlich den Regelungen des Heimgesetzes und der dazu ergangenen Rechtsverordnungen unterliegen oder für die bereits aus Prüfungen durch andere Prüfberechtigte verwertbare Ergebnisse vorlie-

gen. Ergeben sich dabei Hinweise auf anderweitige Mängel, werden diese mit in die Evaluationsprüfung einbezogen.

(2) Die Prüfungen haben sich auf die Qualität, die Versorgungsabläufe und die versichertenbezogenen Ergebnisse der von der Pflegeeinrichtung erbrachten

- allgemeinen Pflegeleistungen,
- medizinischen Behandlungspflege,
- sozialen Betreuung,
- Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie
- die Zusatzleistungen

sowie die Anforderungen des § 2 Nr. 8 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz zu erstrecken. Dabei sind die versichertenbezogenen Aussagen jeweils getrennt zu den Bereichen Körperpflege, Ausscheidung, Ernährung, Mobilität, soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege zu treffen und im Prüfbericht (Nr. 9) nachvollziehbar zu begründen. Die Feststellungen sind für die ambulanten und für die stationären Pflegeeinrichtungen in unterschiedlichen Erhebungsbogen zu treffen, die als Anlagen 1* und 2* beigefügt sind; die Erhebungsbogen sollen auf Basis einer vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) und den Spitzenverbänden der Pflegekassen gemeinsam erarbeiteten MDK-Anleitung ausgefüllt werden.

(3) Basis der Prüfungen sind

- die Qualitätsmaßstäbe nach § 80 SGB XI,
- 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 für den einzelnen Prüfbereich allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Standards. Hinsichtlich der Hygieneanforderungen ist die Verhinderung nosokomialer Infektionen zu überprüfen, bei ambulanten Pflegediensten zusätzlich, ob die Empfehlungen für den Bereich der Infektionsprävention der beim Robert-Koch-Institut eingerichteten Kommission eingehalten werden.

(4) Zur Beurteilung der Qualität sind in allen Prüfungen

- bei Einrichtungen mit nicht mehr als 50 Bewohnern/Leistungsbeziehern mindestens fünf Personen,

* Die Anlagen sind auf der Website www.g-k-v.de veröffentlicht

- bei Einrichtungen mit mehr als 50 Bewohnern/Leistungsbeziehern mindestens 10 % der Bewohner/Leistungsbezieher

einzu beziehen. Dabei soll eine gezielte Auswahl von Personen mit schwierigen Pflegesituationen vorgenommen werden. Als Bezugsgröße für die Auswahl gilt im stationären Bereich die Anzahl der belegten Heimplätze und im ambulanten Bereich die Anzahl aller Leistungsbezieher. Regelmäßig sollen in die Prüfungen nicht mehr als 15 Personen einbezogen werden. Die Einbeziehung in die Prüfung setzt die Einwilligung des Bewohners/Leistungsbeziehers oder des gesetzlich berufenen Betreuers voraus.

- (5) Der MDK soll im Rahmen seiner Möglichkeiten die Pflegeeinrichtung im Zusammenhang mit der Qualitätsprüfung in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel beraten, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken (beratungsorientierter Prüfungsansatz). Diese Beratung wird in Abstimmung mit den Landesverbänden der Pflegekassen (§ 52 Abs. 1 SGB XI) kostenfrei durchgeführt. Ein Anspruch auf Beratung besteht nicht.
- (6) Soweit auf Wunsch der Pflegeeinrichtungen vom MDK über den beratungsorientierten Prüfungsansatz hinaus gehende Beratungsleistungen erbracht werden, entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Abs. 1 SGB XI) gemeinsam mit dem MDK, welche Kosten der jeweiligen Einrichtung in Rechnung gestellt werden.

7. KOOPERATION MIT DER HEIMAUF SICHT

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Abs. 1 SGB XI) und der MDK arbeiten in Ausfüllung des § 117 SGB XI, § 20 HeimG bei der Überprüfung der Pflegeheime mit den Heimaufsichtsbehörden eng zusammen, um die wechselseitigen Aufgaben nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches und nach dem Heimgesetz insbesondere durch
 - gegenseitige Information und Beratung, insbesondere über die in den Prüfungen gewonnenen Erkenntnisse (vgl. § 115 Abs. 1 Satz 1 und 2, § 117 Abs. 3 und 4 SGB XI, § 20 Abs. 3 und 4 HeimG)
 - die gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Heimen oder
 - Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen und
 - Mitwirkung in der Arbeitsgemeinschaft nach § 20 Abs. 5 HeimG

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. Regelmäßige Begehungen der Heimaufsichtsbehörden und des MDK (z.B. Stichprobenprüfungen) 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 dem Heimgesetz erforderlich sind. Dies ist insbesondere gegeben
 - bei nicht gerechtfertigten freiheitsentziehenden Maßnahmen,
 - bei einer akuten Gefährdung von Bewohnern durch Pflegedefizite (z.B. Exsikkose, Dekubitalulcera, Mangelernährung),
 - 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 § 114 SGB XI eine Abrechnungsprüfung durch, ist der MDK im Prüfauftrag darauf hinzuweisen.

9. PRÜFBERICHT

- (1) Der MDK erstellt innerhalb von vier 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.
- (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 § 118 Abs. 4 SGB XI. Die Berichte der MDK an den MDS sind EDV-gestützt zu erstatten. Der einzelne MDK stellt sicher, dass Aufbau und Systematik seines Berichtes sowie die Ergebnisse seiner Qualitätsprüfungen auf Bundesebene beim MDS maschinell zusammen geführt und für die Erstellung des MDS-Berichts verarbeitet werden können; personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Der Bericht ist in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der Pflegekassen zu erstellen. Die Landesverbände der Pflegekassen und der MDK können vereinbaren, dass die dem Bericht zugrunde liegenden Daten auch den Landesverbänden zur Verfügung gestellt werden.
- (2) Bei der Erarbeitung des Berichts auf Bundesebene und zur Vorbereitung der Vorlage in seinem Vorstand arbeitet der MDS mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen (§ 53 Abs. 3 SGB XI in Verb. mit § 213 Abs. 1 SGB V) vertrauensvoll zusammen.

11. INKRAFTTRETEN

- (1) Die Richtlinien treten mit Ausnahme der in Absatz 2 genannten Regelung am 01. Januar 2006 in Kraft. Mit diesem Zeitpunkt tritt die Empfehlung zur MDK-Anleitung, die am 07. Juni 2000 vom MDS-Vorstand beschlossen wurde, außer Kraft.

- (2) Nr. 5 Abs. 2 Satz 2 tritt am 01. Januar 2008 in Kraft.