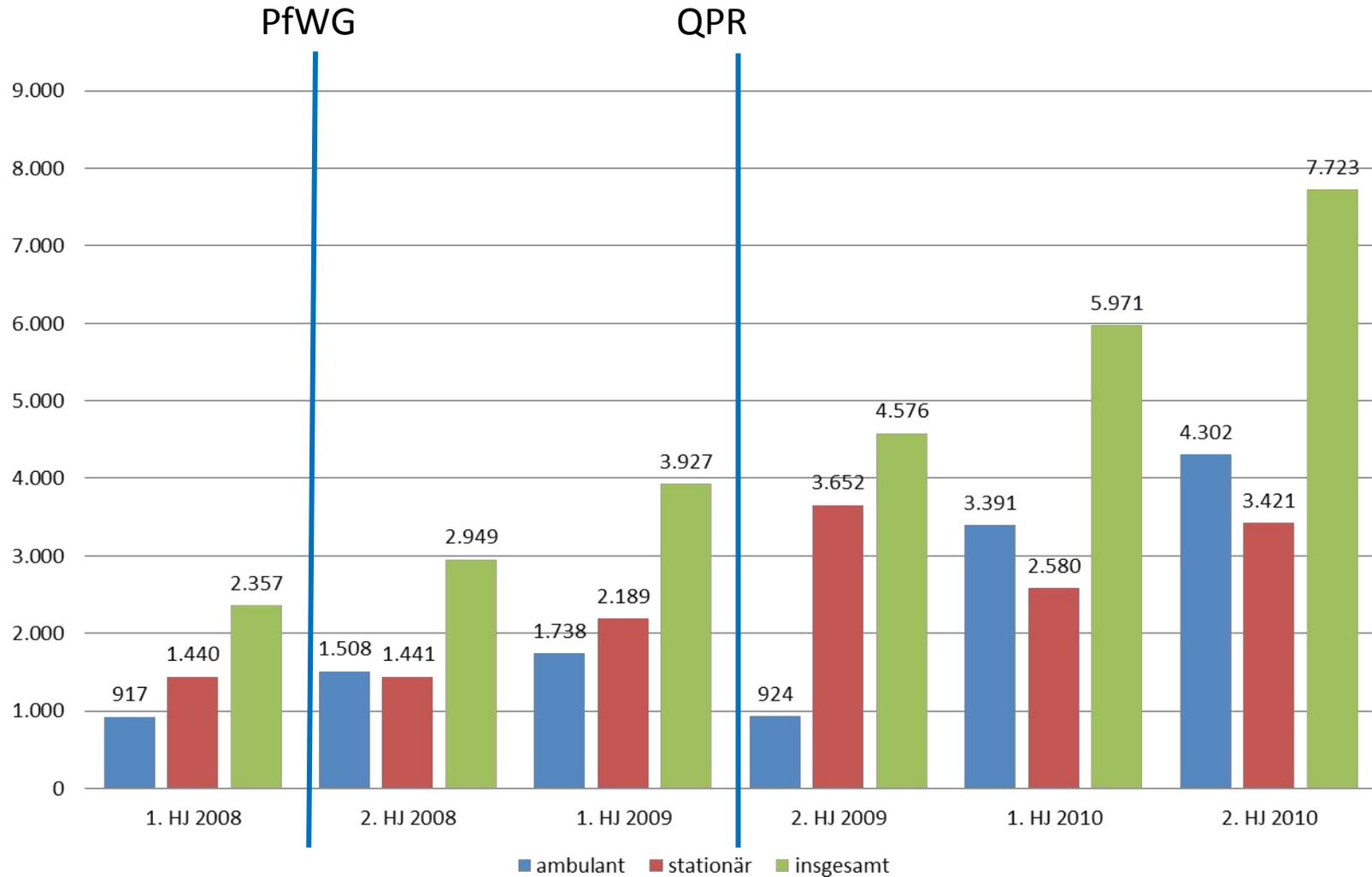


MDK-Prüfungen in Kinderkrankenpflegediensten

**Bundestagung
Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.
Dresden
18. November 2011**

Jürgen Brüggemann, Fachgebietsleiter QM Pflege, MDS

Anzahl MDK-Prüfungen im Verlauf (2008-2010)

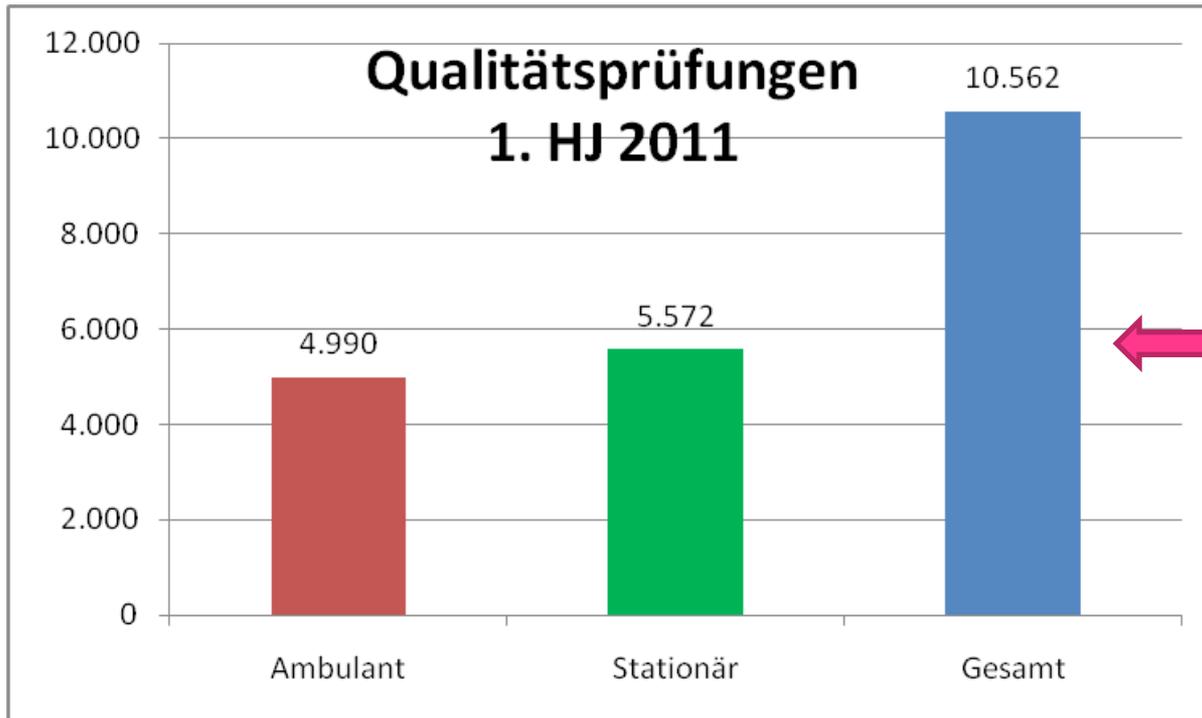


24.882 Qualitätsprüfungen von Juli 2008 – Dezember 2010

Qualitätsprüfungen 1. HJ 2011

Zugelassene Einrichtungen
Juli 2011:

- Ambulant 13.023
- Stationär 10.983
- gesamt 24.006



44 %
der Einrichtungen

Anzahl Transparenzberichte

Datenbestand Transparenzberichte in der DatenClearingStelle,
Stand 03.10.2011

Gesamtübersicht	
Bezeichnung	Anzahl
Anzahl Pflegeberichte	31657
Anzahl Registrierung Pflegeeinrichtungen	29781
Status Pflegeberichtabstimmung: Neu	535
Status Pflegeberichtabstimmung: Ergänzzbar	1329
Status Pflegeberichtabstimmung: In Prüfung	817
Status Pflegeberichtabstimmung: Freigegeben	0
Status Pflegeberichtabstimmung: Veröffentlicht	27845
Status Pflegeberichtabstimmung: Gesperrt	1128
Status Pflegeberichtabstimmung: Quarantäne	3
Anzahl z.Zt. Abgewiesene (z.B. Datum ungültig/PLZ fehlt)	2
Anzahl E-Mail invalide/fehlend für PE-Ansprechpartner	4

← 26.246 im Sept.
← 3,6 %

Quelle:
DCS-Newsletter

Durchschnitt ambulant

Durchschnittsnoten der geprüften Pflegeeinrichtungen, Stand
03.10.2011

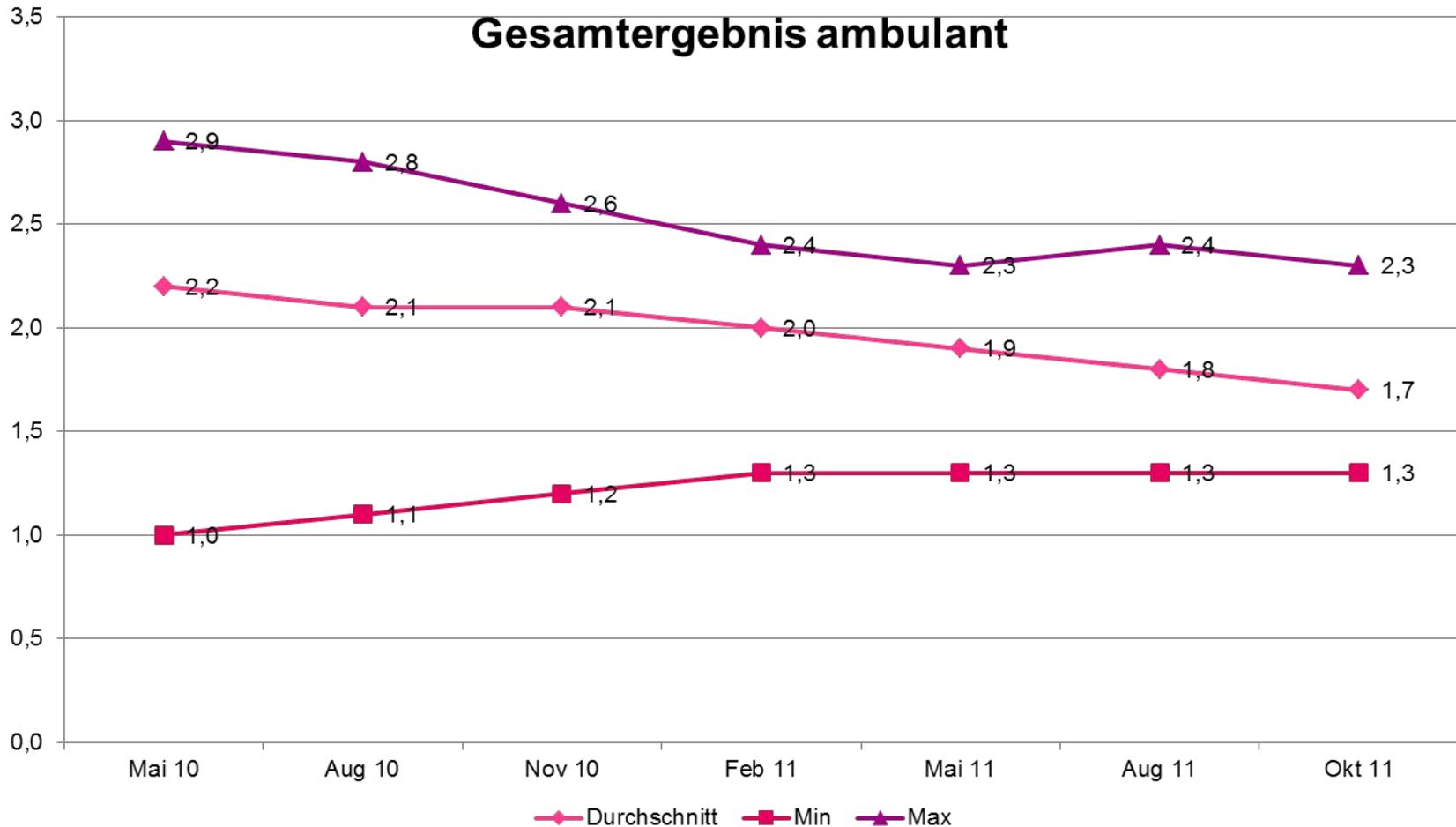
Noten für ambulante Pflegedienste bundesweit

Geprüfte ambulante Dienste: 13761 *

Bereiche	Noten (Mittelwert)
Pflegerische Leistungen	2,4
Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	1,8
Dienstleistung und Organisation	1,5
Gesamtergebnis	1,7
Befragung der Kunden	1,0

Quelle: DCS-Newsletter

Entwicklung der Durchschnittsnoten ambulant



Quelle: DCS-Newsletter

Ergebnisse Transparenz ambulant

	Ergebnisse Noten in Prozent				Befragung
	Q1	Q2	Q3	Gesamtnote	
Sehr gut	34,3	61,4	76,6	48,8	98,2
Gut	25,5	16,6	10,8	29,7	1,7
Befriedigend	17,4	10,4	7,1	12,7	0,1
Ausreichend	11,1	6,4	2,8	5,5	0
mangelhaft	11,7	5,2	2,7	3,2	0
insgesamt	100	100	100	100	100

Quelle: Daten-Clearing-Stelle September 2011; n = 13.068

Fragen zu diesen Entwicklungen

- Sind alle Einrichtungen mehr oder weniger gleich gut?
- Wie korrespondieren diese Ergebnisse mit den Klagen über Arbeitsbedingungen / Vergütung / Personalmangel?
- Welchen Nutzen hat der Verbraucher?
- Prüft der MDK weniger „streng“?
- Wurden zunächst schlechtere Einrichtungen geprüft?
- Haben sich die Einrichtungen auf PTV eingestellt?

Weiterentwicklung der Transparenz und der MDK-Prüfung

Pflege­transparenz muss weiter entwickelt werden

- Verbraucherschützer und Betroffenenvertreter kritisieren die zu positiven Notenbewertungen und den Ausgleich positiver und negativer Bewertungen in den Notendurchschnitten
- Leistungserbringer kritisieren die Bedeutung der Pflegedokumentation bei der Notenvergabe und fordern, die Bewohnerzufriedenheit in den Mittelpunkt zu rücken
- Wissenschaftler schlagen vor, die methodischen Grundlagen der Pflege­transparenz zu verbessern und wissenschaftlich abgesicherte Ergebnisindikatoren zu verwenden
- Pflegekassen und Medizinische Dienste plädieren dafür, zentrale Kernkriterien der Versorgung stärker bei der Notenfestsetzung zu gewichten

- Kernaussage 1:
 - „(...) dass weder national noch international wissenschaftliche Erkenntnisse zu Transparenzsystemen vorliegen, die sich als kurzfristig realisierbare Alternative zu den PTV anbieten. Deshalb gibt es ungeachtet des Überarbeitungsbedarfs derzeit keine Alternative.“
- Kernaussage 2:
 - Gleichwohl enthält der Abschlussbericht „(...) wesentliche Hinweise für die Anwendung sowie für die Weiterentwicklung der Vereinbarungen“.

- kurzfristig umgesetzt/geprüft werden sollen:
 - Dokumentation als primäre Datenquelle (Triangulation)
 - Abwertungsschema anhand von „Risikokriterien“ (keine k.o.-Kriterien!)
 - Prinzipiell Beibehaltung der Zufallsstichprobe von 10 %, aber mindestens 10 Personen
 - Sinnhaftigkeit der Kriterien im Hinblick auf die Zielsetzung prüfen
 - Verfahrensanweisungen zur Erfassung der Transparenzkriterien prüfen

Wann treffen Kriterien zu?

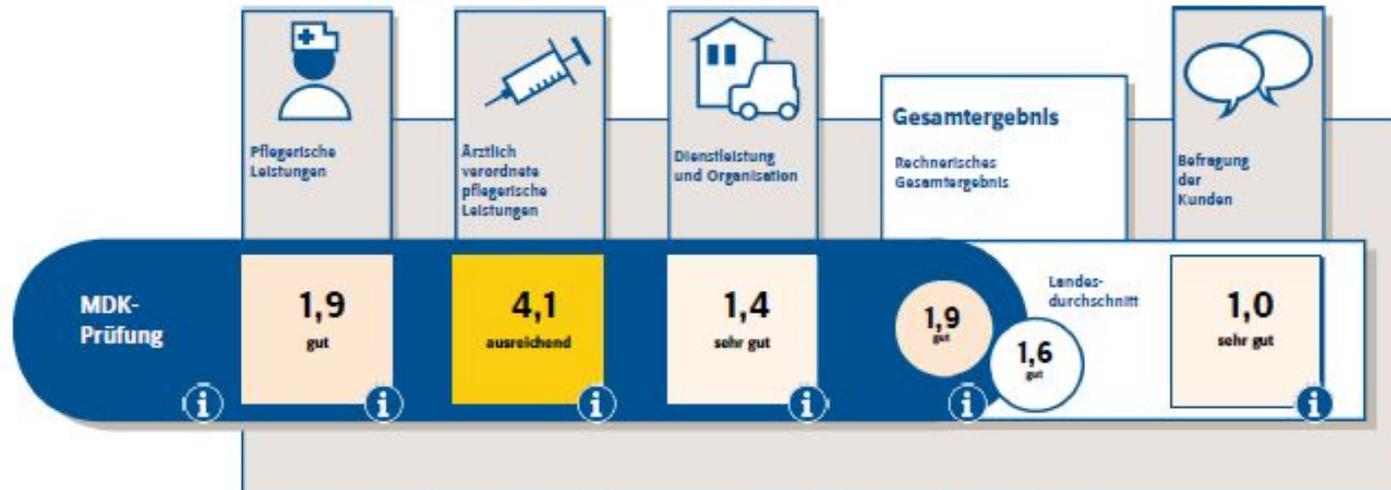
- Eb-Kriterien treffen immer zu
- Viele kb-Kriterien an Bedingungen geknüpft:
 1. **Leistung SGB XI** vereinbart
z.B. Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? (B1, T14)
 2. **Leistung SGB V** verordnet
z.B. Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? (B2, T 19)
 3. Bestimmtes **Pflegeproblem** liegt vor
z.B. Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? (B1, T16)

- Wie häufig werden Leistungen zur Ernährung vereinbart?
- 7 Kriterien zur Ernährung, davon:
- 5 nur bei vereinbarten Leistungen:
 - T2 individuelle Wünsche zum Essen und Trinken erfasst?
 - T3 Leistung Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
 - T4 Ressourcen / Risiken zur Flüssigkeitsversorgung erfasst?
 - T6 Leistung Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?
 - T7 Ressourcen / Risiken zur Ernährung erfasst?
- 2 mit Bezug auf Pflegeproblem
 - T5 Information bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten
 - T8 Information bei erkennbaren Ernährungsdefiziten

Beispiel Transparenzbericht

Qualität des ambulanten Pflegedienstes Pflegedienst am Ratingsee

Kornstr. 15, 47138 Duisburg · Tel.: 0203/4171455 · Fax: 0203/4171678
 pflegedienst-am-ratingsee@t-online.de · pflegedienst-am-ratingsee.de



Erläuterungen zum Bewertungssystem

▶ Kommentar der Pflegeeinrichtung

Vertraglich vereinbarte Leistungsangebote

▶ Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten ▶

MDK-Prüfung am

Anzahl der versorgten Kunden:	12.10.2010	102
Anzahl der in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen:		5
Anzahl der befragten Kunden:		5
Die Pflegeeinrichtung hat eine Wiederholungsprüfung beantragt:		Nein
Ambulante Pflegedienste im Bundesland:		1.231
davon geprüft:		1.162

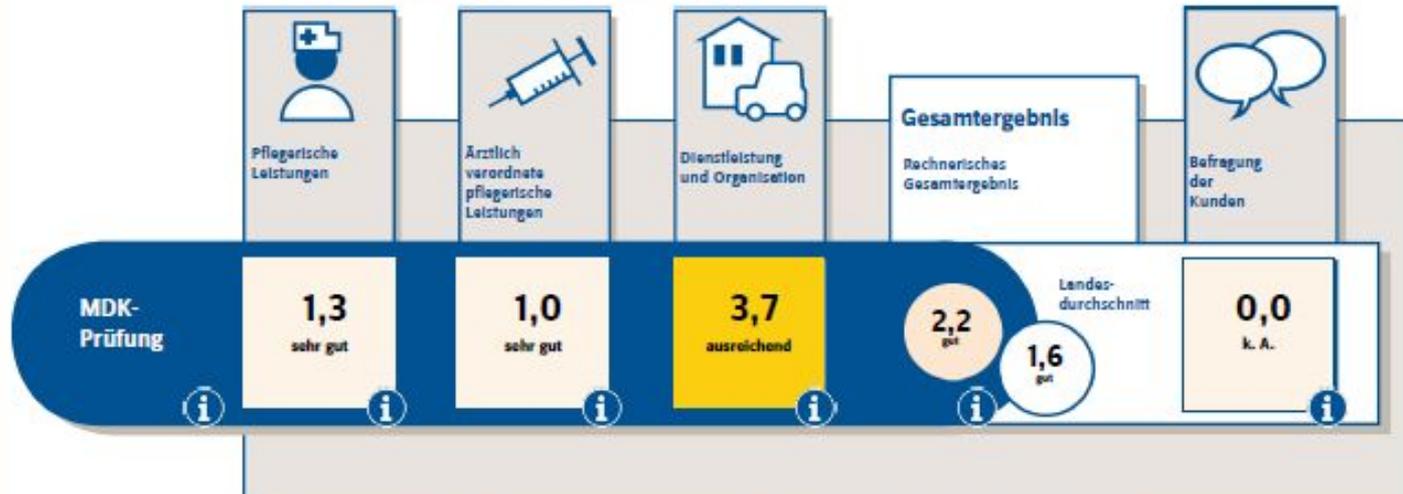


Beispiel Transparenzbericht

Qualität des ambulanten Pflegedienstes AKiD Milde UG

Kinderkrankenpflegedienst

Fiskusstr. 11, 47167 Duisburg · Tel.: 0203-560140 · Fax: 0203-5521051
akid-milde@t-online.de · http://www.akid-duisburg.de



Erläuterungen zum Bewertungssystem

Kommentar der Pflegeeinrichtung

Vertraglich vereinbarte Leistungsangebote

Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten

MDK-Prüfung am	18.11.2010
Anzahl der versorgten Kunden:	35
Anzahl der in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen:	1
Anzahl der befragten Kunden:	0
Die Pflegeeinrichtung hat eine Wiederholungsprüfung beantragt:	Nein
Ambulante Pflegedienste im Bundesland: davon geprüft:	1.231 1.162





Qualitätsbereich 1 Pflegerische Leistungen

Nr.	Kriterium (In Klammern ist die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen angegeben, bei denen dieses Kriterium geprüft werden konnte.)	Ergebnis (Note)
1	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? (5)	5,0
2	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? (0)	0,0
3	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? (0)	0,0
4	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (0)	0,0
5	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten? (0)	0,0
6	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt? (0)	0,0
7	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (0)	0,0
8	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten? (1)	1,0
9	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (0)	0,0
10	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/ Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt? (0)	0,0
11	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst? (1)	1,0
13	Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt? (1)	1,0



MDS
Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.





Qualitätsbereich 2

Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen

Nr.	Kriterium (In Klammern ist die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen angegeben, bei denen dieses Kriterium geprüft werden konnte.)	Ergebnis (Note)
18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? (0)	0,0
19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? (3)	1,0
20	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (0)	0,0
21	Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt? (0)	0,0
22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (0)	0,0
23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (0)	0,0
24	Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen? (0)	0,0
25	Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Anordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (0)	0,0
26	Wird die Stomabehandlung entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (0)	0,0
27	Ist bei behandlungspflegerischen Maßnahmen eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? (1)	5,0
Bewertungsergebnis für den Qualitätsbereich		4,1*

* Die Bereichsnote ergibt sich aus den Mittelwerten der Punktbewertung der Einzelkriterien.



Anhaltspunkte für Relevanz von Kriterien

- (Nähe zu) Ergebnisqualität
- Beurteilungsgrundlage
(z.B. Inaugenscheinnahme, Dokumentation)
- Wissensstand (z.B. Expertenstandards)
- Relevanz für Gesundheit und Lebensqualität
- Internationale wissenschaftliche Hinweise

Kernkriterien ambulant gemäß Vorschlag MDS/SEG 2

Qualitätsbereich 1: Pflegerische Leistungen	
T1	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
T2	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
T5	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten?
T8	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten?
T12	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?
T13	Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt?
Qualitätsbereich 2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	
T18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
T19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?

Gesamtergebnis und Anzahl mangelhafter Kernkriterien ambulant

Anzahl mangelhaft bewerteter RK	Sehr gut	gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Gesamt
0	3863	577	98	21	5	4564
1	2150	1689	365	75	22	4301
2	340	1198	546	196	64	2344
3	27	364	436	222	130	1179
4	1	47	164	128	89	429
5	0	7	47	58	68	180
6	0	0	8	17	29	54
7	0	0	0	7	9	16
8	0	0	0	0	1	1
Summe	6381	3882	1664	724	417	13068

- 16 gesundheitsbezogene Ergebnisindikatoren (Erhebung durch Einrichtung)
- 11 lebensqualitätsorientierte Ergebnisindikatoren (Bewohner- oder Angehörigenbefragung)
- Verwendung auch für ext. QS und Transparenz

- Bewertung:
 - Enge Grenzen der Indikatoren
 - Risikoadjustierung?
 - Verbindliche Assessments für Einrichtungen
 - Keine Lösung für ambulante Pflege
 - Keine ausgereifte Bewertungssystematik (Durchschnitt)
 - Neujustierung intern / extern (Vollerhebung / Plausibilitätsprüfung)

Infektionsschutzgesetz – Änderungen im SGB XI (Pflege-Versicherungs-Gesetz)

Schiedsstellenregelung zur Pflegekostentransparenz

- Bei Nichteinigung bei Verhandlungen zur Pflegekostentransparenz kann nach sechs Monaten Verhandlungen die Schiedsstelle angerufen werden.
- Durch die Schiedsstellenfähigkeit wird die bisher geltende Einstimmigkeitsregelung aufgehoben.
- Die 6-Monatsfrist kann durch einvernehmliche Regelung zwischen GKV-Spitzenverband und Mehrheit der Leistungserbringerverbände verkürzt werden.
- Die Schiedsstelle soll innerhalb von 3 Monaten eine Entscheidung treffen.

Projekte

- Verbrauchersicht zu Noten versus Punkten

- Stichprobenprojekt:
 - Bisheriges Verfahren
 - Hasseler / Wolf-Ostermann
 - Leistungsschichtung (Chronische Wunde, Leistung Medikamente, Leistung Essen und Trinken, PEA, Restgruppe)
 - Häufigkeitsschichtung

Qualitätssicherung der MDK- Qualitätsprüfungen (Richtlinie §53a)



MDS
Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.

Ziele

- Gewährleistung einer einheitlichen qualitätsgesicherten Prüfpraxis
- Identifikation von Schwachstellen
- Aufzeigen von Verbesserungspotenzialen
- Herstellung von Transparenz

Instrumente

- Audits (übergreifend / extern)
- Befragungen (Pflegeeinrichtungen / LV der Pflegekassen)
- Prüfung der Prüfberichte

- Transparenz der Pflegequalität weiter wichtig, insbesondere aus Verbraucherperspektive
- Transparenzvereinbarungen sind anzupassen, um Aussagekraft zu erhöhen und erkannte Schwachstellen zu beseitigen
- MDK-Qualitätsprüfungen und Pflege透明度 sind laufend weiterzuentwickeln
- Impulse für die Weiterentwicklung werden vom Projekt „Ergebnisindikatoren in der stationären Altenpflege“ und der Lebensqualitätserfassung ausgehen
- auch Einrichtungen profitieren von der Pflege透明度