

Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen
nach §§ 114 ff. SGB XI

Konzept und Verfahrensbeschreibung zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen 2025

Stand: 31. Juli 2026



IMPRESSUM

Bearbeitung

Übergreifende Arbeitsgruppe der Facharbeitsgruppe „Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen“

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KÖR)
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: md-bund.de

Inhaltsverzeichnis

1	Übergreifende Audits.....	5
1.1	Ziel und Beitrag der übergreifenden Audits zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung	5
1.2	Verfahrensablauf	5
1.2.1	Grundsätzliches	5
1.2.2	Qualifikation der Auditoren und auditierten Prüfteams.....	6
1.2.3	Bewertungsgrundlagen	6
1.2.4	Verhalten der auditierenden Person.....	6
1.2.5	Losverfahren.....	6
1.2.6	Organisation und Terminierung des Audits.....	7
1.2.7	Infektionsschutz	7
1.2.8	Ablauf des Audits.....	7
1.2.9	Datenschutz.....	9
1.2.10	Datenauswertung und Ergebnisdarstellung.....	10
1.2.11	Versand der Unterlagen zur Datenzusammenführung und Ergebnisdarstellung.....	10
1.2.12	Datenauswertung und Ergebnisdarstellung.....	10
1.2.13	Bewertungssystematik – Fallbeispiele	12
1.3	Zusammenfassung der Aufgaben aller beteiligten Personen.....	17
1.3.1	Aufgaben der auditierenden Person	17
1.3.2	Aufgaben der prüfenden Person	17

1.3.3	Aufgaben der zentralen Ansprechperson	18
2	Befragungen der Pflegeeinrichtungen.....	19
2.1	Fragebogen A (ambulante Pflegeeinrichtungen).....	19
2.2	Fragebogen B (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen)	22
2.3	Fragebogen D (stationäre Pflegeeinrichtungen)	25

1 Übergreifende Audits

1.1 Ziel und Beitrag der übergreifenden Audits zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung

Die übergreifenden Audits sind das zentrale Qualitätssicherungsinstrument des vorliegenden Qualitätssicherungsverfahrens. Im Rahmen dieser Audits werden die prüfenden Personen der Medizinischen Dienste und des Prüfdienstes der PKV (im Folgenden Prüfdienste genannt) bei den Qualitätsprüfungen vollstationärer Pflegeeinrichtungen gemäß §§ 114 ff. SGB XI begleitet und auditiert. Damit erhalten die prüfenden Personen in ihrer Funktion als Auditoren einen Einblick in das konkrete Vorgehen eines anderen Prüfdienstes bei der Anwendung und Umsetzung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) vollstationär. Mögliche unterschiedliche Vorgehensweisen in der Erhebung und der Bewertung bestimmter Qualitätsaspekte können auf diese Weise identifiziert und die Ursachen hierfür analysiert werden.

Die Überprüfung der Plausibilität entfällt ab diesem Jahr, da die Übereinstimmungsergebnisse bei über 95 % liegen. Eine Überprüfung im Sinne einer übergreifenden Qualitätssicherung ist daher nicht mehr erforderlich.

Die übergreifenden Audits dienen als Grundlage für die Entwicklung gezielter Schulungsmaßnahmen der im Bereich der Qualitätsprüfungen tätigen Gutachterinnen und Gutachter (zum Verfahren der Qualitätsprüfung sowie zu spezifischen Fachthemen) sowie für die Erarbeitung konkreter Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Qualitätssicherungsinstrumentariums selbst.

1.2 Verfahrensablauf

1.2.1 Grundsätzliches

In die übergreifenden Audits werden ausschließlich Regelprüfungen vollstationärer Pflegeeinrichtungen einbezogen. Die Erhebungsphase 2025 startet am 1. Juni und endet am 30. November.

Für die reibungslose Abwicklung der Audits ist in jedem Prüfdienst eine zentrale Ansprechperson benannt, die insbesondere für die Organisation, der im eigenen Dienst stattfindenden Audits und für die Kommunikation mit auditierenden Personen des durchführenden Dienstes zuständig ist. Sie übernimmt außerdem die Koordination mit der auswertenden Stelle (Medizinischer Dienst Bund) und die interne Koordination/Dokumentation der durchzuführenden Audits. Eine aktuelle Liste aller zentralen Ansprechpersonen wird dem Prüfdienst einmal jährlich vor Beginn der Audit-Phase durch den Medizinischen Dienst Bund zur Verfügung gestellt.

Als Grundlage für die Dokumentation der Ergebnisse eines Audits dient ein standardisiertes Erhebungsformular, die Auditcheckliste, die sich an der QPR für den vollstationären Bereich anlehnt.

Sämtliche Festlegungen zum Verfahrensablauf sowie zu den notwendigen Erhebungsunterlagen sind in der vorliegenden Verfahrensbeschreibung zusammengeführt. Diese wird jedes Jahr aktualisiert und jeweils zu Beginn der Audit-Phase als Grundlage für eine einheitliche und standardisierte Auditdurchführung den Prüfdiensten zur Verfügung gestellt.

1.2.2 Qualifikation der Auditoren und auditierten Prüfteams

Die auditierenden Personen eines Dienstes werden im jeweiligen Prüfdienst benannt. Dabei ist sicherzustellen, dass die auditierenden Personen über mehrjährige Erfahrungen in der Durchführung von Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI sowie über eine abgeschlossene Auditoren-Ausbildung bzw. über eine von Inhalt und Umfang vergleichbare Qualifikation verfügen. Es werden außerdem keine prüfenden Personen auditiert, die sich noch in der Einarbeitungsphase befinden.

1.2.3 Bewertungsgrundlagen

Grundlage aller Auditierungen sind die verbindlichen Vorgaben des SGB XI sowie die QPR für die vollstationäre Pflege.

1.2.4 Verhalten der auditierenden Person

Die übergreifenden Audits erfolgen als sogenannte Witness-Audits (dt.: Zeuge), wie sie allgemein im Rahmen von Akkreditierungs- und Zertifizierungsverfahren üblich sind. Das bedeutet, die auditierende Person beobachtet das Prüfteam und greift dabei nicht in das Prüfgeschehen ein. Wenn es für die Bewertung bestimmter Qualitätsaspekte der QPR notwendig ist, Unterlagen und Dokumente der Pflegeeinrichtung hinzuzuziehen, sieht die auditierende Person diese während der Prüfung parallel zum Prüfteam ein, allerdings stets die Rolle als stiller Beobachter der Situation wachend. Eine Kommunikation mit den Vertreterinnen und Vertretern der Pflegeeinrichtung und dem Prüfteam zu Ergebnissen des Audits und der Qualitätsprüfung darf nicht stattfinden. Die Rolle als Witness schließt zudem aus, dass die auditierende Person Verständnisfragen stellt.

1.2.5 Losverfahren

Die Festlegung darüber, welche Prüfdienste sich gegenseitig auditieren, erfolgt durch ein Losverfahren, das die Fachunterarbeitsgruppe „Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen“ durchführt. Hierfür melden zu Beginn eines jeden Berichtsjahres die Prüfdienste dem Medizinischen Dienst Bund die Anzahl der zum Stichtag 31. Dezember überwiegend in den Diensten für die Durchführung von Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Auf dieser Grundlage wird für jeden Dienst die Anzahl durchzuführender Audits ermittelt. Diese entspricht jeweils acht Prozent der zum Stichtag in den Diensten tätigen prüfenden Personen. In jedem Prüfdienst werden mindestens zwei Audits durchgeführt. Auf dieser Grundlage erfolgt die Auslosung der Audit-Kombinationen. Jedem ausgelosten Audit wird zur Erleichterung der Organisation der Auditbesuche in den Prüfdiensten ein eindeutiger Schlüssel zugeordnet.

Den zentralen Ansprechpersonen werden entsprechend den Ergebnissen des Losverfahrens vom Medizinischen Dienst Bund Listen dieser Schlüsselnummern zur Verfügung gestellt. Diese Listen dienen der zentralen Ansprechperson zur Koordination sowohl der von den eigenen auditierenden Personen durchzuführenden Auditbesuchen, als auch der im eigenen Dienst stattfindenden Audits. Der Medizinische Dienst Bund stellt den zentralen Ansprechpersonen zudem die Auditchecklisten für alle durch seinen Dienst durchzuführenden Audits in elektronischer Form zur Verfügung. Diese Checklisten sind mit den eindeutigen Schlüsselnummern der Audits gekennzeichnet.

1.2.6 Organisation und Terminierung des Audits

Die zentrale Ansprechperson im jeweiligen Prüfdienst stellt sicher, dass die auditierenden Personen die Information über die durchzuführenden Audits sowie die entsprechenden Auditchecklisten erhalten.

Danach erfolgt die Terminierung der Audits. Diese Aufgabe obliegt den benannten auditierenden Personen. Die auditierende Person entscheidet darüber, in welcher Kalenderwoche er oder sie ein Audit beim zu auditierenden Dienst durchführt. Hierfür meldet sich die auditierende Person bei der zentralen Ansprechperson des Dienstes, der zu auditieren ist. Die zentrale Ansprechperson informiert die auditierende Person über die in dieser Woche geplanten Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen, die für das Audit in Frage kommen. Außerdem übermittelt sie die Kontaktdaten (z. B. Telefonnummer, Mailadresse, Mobilfunknummer) der hauptverantwortlichen prüfenden Person; die Daten der auditierenden Person werden der hauptverantwortlich prüfenden Person zwecks Abstimmung organisatorischer Fragen zur Verfügung gestellt. In Fällen, in denen ein Medizinischer Dienst für zwei Bundesländer zuständig ist, stellt die zentrale Ansprechperson sicher, dass die Audits auf beide Bundesländer entsprechend der Anzahl jährlich durchgeführter Qualitätsprüfungen verteilt werden. Wenn möglich sollte jedes Jahr andere prüfende Personen als im Vorjahr auditiert werden.

1.2.7 Infektionsschutz

Für die übergreifenden Audits sind die Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 2a SGB XI in ihrer jeweils gültigen Fassung anzuwenden.

1.2.8 Ablauf des Audits

Vorgespräch

Vor dem Audit führt die auditierende Person ein kurzes Gespräch mit dem Prüfteam. Dabei erläutert sie ihre besondere Rolle. Sie weist außerdem darauf hin, dass nach der Prüfung kein Feedbackgespräch zu möglichen „korrekten“ oder „unkorrekten“ Vorgehensweisen oder Bewertungen geführt werden kann, da sonst die Ergebnisse sowohl der Prüfung vor Erstellung des Berichts als auch des Audits beeinflusst werden könnten.

Vor Beginn des Audits informiert die auditierende Person die prüfende Person darüber, dass „gerne laut gedacht“ werden kann. Das Ziel ist, dass ein einheitlicher Informationsstand sichergestellt ist und das Vorgehen der prüfenden Person der auditierende Person nachvollziehbar ist.

Auch den Vertreterinnen und Vertretern der zu prüfenden Einrichtung stellt sich die auditierende Person vor.

Beobachtung der Qualitätsprüfung und parallele Erhebung

Das Audit wird auf der Grundlage der **Auditcheckliste** (ACL) durchgeführt. Aufgabe der auditierenden Person ist es, eine parallele Erhebung der Prüfinhalte vorzunehmen und mögliche Unterschiede in der Bewertung der personenbezogenen Qualitätsaspekte zu dokumentieren. Die auditierende Person begleitet die Qualitätsprüfung beim Einführungsgespräch und bei der Inaugenscheinnahme von zwei versorgten Personen der Stichprobe. Dabei sollten zwei verschiedene prüfende Personen begleitet werden.

Die Auditcheckliste definiert den Aufgabenbereich der auditierenden Person abschließend (z. B. ist die Anwesenheit beim Team- und Abschlussgespräch nicht vorgesehen). Sollten am zweiten Tag der Qualitätsprüfung von der Einrichtung relevante Unterlagen, die zu einer anderen Bewertung durch das verantwortliche Prüfteam führen, vorgelegt werden, so muss dies durch die zentrale Ansprechperson des auditierten Prüfdienstes an den auditierenden Prüfdienst gemeldet werden. Ist die vorgegebene Stichprobe bzw. die Einbeziehung von zwei prüfenden Personen nicht möglich, erfolgt ein Vermerk in der Auditcheckliste.

Es werden keine Kurzzeitpflegegäste einbezogen. Es werden nach Möglichkeit zwei versorgte Personen aus den unterschiedlichen Subgruppen der Stichprobe einbezogen. Dabei sollte eine versorgte Person aus der Subgruppe A einbezogen werden. Sollte es nicht möglich sein, zwei versorgte Personen gemäß der Subgruppen in das Audit einzubeziehen, sind alternativ versorgte Personen aus der Teilstichprobe, die durch den Prüfdienst in der Pflegeeinrichtung gezogen wird, einzubeziehen. Bei der Einbeziehung der beiden ausgewählten versorgten Personen sollten zwei verschiedene prüfende Personen begleitet werden. Ist dies nicht möglich, sind die Gründe hierfür im Erhebungsformular zu benennen. Sicherergestellt werden muss gleichzeitig, dass die auditierende Person nachvollziehen kann, welche der anonymisierten Pflegebedürftigen der Gesamtstichprobe der Qualitätsprüfung in das Audit einbezogenen worden sind (z. B. versorgte Person 1 Audit = P 5 der Qualitätsprüfung). Dies ist auf Seite 2 der Auditcheckliste zu vermerken (siehe Abschnitt B_A1 der Auditcheckliste).

Von der Einrichtung vorgelegte Unterlagen sieht die auditierende Person analog (Umfang und Intensität) zu der prüfenden Person ein. Aufgrund unterschiedlicher Arbeitsgeschwindigkeiten können der auditierenden Person die Dokumente nochmals vorgelegt werden. Im Falle einer EDV-gestützten Pflegedokumentation kann es hilfreich sein, der auditierenden Person z. B. durch Vorlesen den Einblick in die Dokumentation zu erleichtern. Während der Prüfung darf sich die auditierende Person zu Fragen der Prüfung nicht äußern. Auch hier ist die Rolle als Beobachtende zu wahren.

Die auditierende Person nimmt außerdem parallel zur prüfenden Person eine Beurteilung der Qualitätsaspekte vor und dokumentiert dies in der Auditcheckliste. In einem zweiten Schritt beurteilt die auditierende Person, ob eine Übereinstimmung zwischen der Bewertung des Prüfteams und seiner eigenen Bewertung besteht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei „keine Übereinstimmung“ und „nicht beurteilbar“ die Informationsquellen benannt werden.

Liegen bei den Qualitätsbereichen 1 bis 4 für eine versorgte Person bei einem bestimmten Qualitätsaspekt mehrere Bewertungen von Defiziten des Prüfteams vor (z. B. sowohl eine C- als auch eine D-Be-

wertung, außer bei Qualitätsaspekt 2.5), bezieht die auditierende Person alle Bewertungen in ihre Beurteilung der Übereinstimmung bei dem jeweiligen Qualitätsaspekt ein. Die übergreifenden Audits konzentrieren sich auf die Bewertung der einheitlichen Vorgehensweise der Prüfdienste bei vorliegenden Defiziten, weil diese Aussagen zur Versorgungsqualität erlauben. Sobald eine C- oder D-Bewertung durch die prüfende oder die auditierende Person vorgenommen wird, ist durch die auditierende Person die Übereinstimmung zu beurteilen. Differenzen in der Beurteilung der Qualitätsaspekte, die eine A- oder B-Bewertung zur Folge haben, gelten als Übereinstimmung.

Im Anhang der Verfahrensbeschreibung sind einige Bewertungsbeispiele aufgeführt. Sollte zwischen der Beurteilung der auditierenden Person und der Einschätzung des Prüfteams keine Übereinstimmung bestehen, erläutert die auditierende Person die Gründe dafür in der Auditcheckliste. Falls die auditierende Person das Prüfgeschehen nicht nachvollziehen kann, ist die Frage nach der Übereinstimmung als „nicht beurteilbar“ zu kennzeichnen; der jeweilige Qualitätsaspekt wird von der auditierenden Person nicht bewertet. Es ist in der Auditcheckliste immer nur eine Beurteilung möglich (entweder „Übereinstimmung“, „Nicht Übereinstimmung“ oder „nicht beurteilbar“).

Abschluss des Audits

Zum Ende des Audits erfolgt ein Gespräch, in dem die auditierende Person dem auditierten Prüfteam das weitere Vorgehen (Datenversand etc.) erläutert. Ein Austausch über fachliche Bewertungen und Beurteilungen im Sinne eines „korrekten“ oder „unkorrekten“ Vorgehens ist unbedingt zu vermeiden.

Versand des Prüfberichts an die auditierende Person

Nach dem Audit erhalten die auditierende Person sowie die zentrale Ansprechperson des auditierenden Dienstes zeitgleich innerhalb von vier Wochen die Prüfbögen A zu den begleiteten versorgten Personen der Stichprobe. Die auditierende Person vervollständigt die Auditscheckliste.

1.2.9 Datenschutz

Die auditierende Person unterliegt in ihrer Funktion als Gutachter den geltenden Regelungen zum Datenschutz (Datenschutz-Grundverordnung, Bundesdatenschutzgesetz sowie den datenschutzrechtlichen Regelungen in den SGB I, X und XI).

Die von der Einrichtung versorgten Personen sind über das übergreifende Audit ausreichend aufzuklären und müssen ihrem Einbezug schriftlich einwilligen. Die Information über die Durchführung der übergreifenden Audits wird in die allgemeine Aufklärung und Einverständniserklärung der einzubeziehenden versorgten Personen zur Qualitätsprüfung integriert. Hierfür werden die jeweiligen Einwilligungsformulare des zu auditierenden Prüfdienstes genutzt. Der zu auditierende Prüfdienst holt die Einwilligung zur Teilnahme bei den in das Audit einzubeziehenden versorgten Personen bzw. den gesetzlichen Vertretungspersonen ein.

Die Prüfbögen A werden durch die Prüfsoftware der Prüfdienstes bei deren Erstellung bereits so pseudonymisiert, wie es die Datenschutzbestimmungen für die Erstellung und den Versand des Prüfberichtes an die gesetzlich definierten Adressaten vorsehen. Vor dem Versand der Prüfbögen zu den einbezogenen versorgten Personen an die auditierende Person und den zentralen Ansprechpartner ist eine

weitere Anonymisierung erforderlich. Diese soll sicherstellen, dass der Name und die Adresse der Einrichtung sowie die Namen weiterer Personen (auch in den Freitexten) anonymisiert sind. Wichtige Informationen wie Prüfdatum, Diagnosen und Geburtsjahr der Pflegebedürftigen sollen nicht anonymisiert werden, da diese Daten für die fachliche Bewertung wichtig sind. Nach Versand der Unterlagen an den MD Bund werden von der auditierenden Person bzw. dem auditierenden Prüfdienst alle Dokumente bis auf die Auditcheckliste und die dazugehörigen anonymisierten Prüfbögen vernichtet.

1.2.10 Datenauswertung und Ergebnisdarstellung

Wenn der auditierenden Person die Prüfbögen zur Verfügung stehen, vervollständigt sie die Auditcheckliste. Dabei nimmt sie zu jedem Qualitätsaspekt **kurz und prägnant** Stellung, inwieweit sie anhand der in der Prüfung erhobenen Daten zu einer übereinstimmenden oder nicht übereinstimmenden Bewertung kommt. Eine nicht übereinstimmende Bewertung wird nachvollziehbar begründet. Kann aufgrund fehlender Informationen keine Bewertung der einzelnen Prüfaspekte vorgenommen werden, wird dies ebenfalls begründet.

1.2.11 Versand der Unterlagen zur Datenzusammenführung und Ergebnisdarstellung

Nachdem die Auditcheckliste vollständig ausgefüllt ist, leitet der auditierende Prüfdienst diese einschließlich der beiden Prüfbögen A des auditierten Prüfdienstes in einer Mail innerhalb von weiteren vier Wochen an den Medizinischen Dienst Bund weiter. Die Auditcheckliste wird als Word-Datei, die Prüfbögen (für jede versorgte Person einzeln) im PDF-Format versendet. Zeitgleich versendet der auditierende Prüfdienst eine Kopie der Auditcheckliste an die jeweilige zentrale Ansprechperson des auditierten Dienstes. Die Auditcheckliste wird in Hinblick auf nicht korrekte und fehlende Einträge von der zentralen Ansprechperson nochmals kontrolliert, bevor diese an den Medizinischen Dienst Bund versendet wird.

1.2.12 Datenauswertung und Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse der Audits werden zentral ausgewertet und in einem Bericht zusammengefasst. Verbesserungsvorschläge zum Ablauf der Audits fließen zudem in die Weiterentwicklung des Audit-Konzeptes ein. Im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Ergebnisse der Audits intern mit den auditierten Prüfteams kommuniziert und ggf. interne QS-Maßnahmen abgeleitet.

Im Zentrum der zentralen Datenauswertung steht die Frage nach den Übereinstimmungen zwischen der Einschätzung des Prüfteams und der Witness-Auditorin bzw. des Witness-Auditors bei der Bewertung der auditierten Qualitätsaspekte. Hierfür werden zunächst mittels einer quantitativen Analyse für jede der auditierten Qualitätsaspekte Übereinstimmungsquoten berechnet. Für ausgewählte Qualitätsaspekte werden tiefer gehende qualitative Analysen durchgeführt. Die Analyse soll darüber Aufschluss geben, welche Ursachen den differierenden Bewertungen von Prüfteam und auditierender Person zugrunde liegen. Zu diesem Zweck werden u. a. Fallkonferenzen durchgeführt: Zunächst erfolgt dort, unter Berücksichtigung der Schwerpunktsetzung für Nicht Übereinstimmungen auf der Basis der Prüfbogen und der Auditcheckliste eine Rekonstruktion der in der Qualitätsprüfung vorgefundenen Pflegesituation. Es wird im Rahmen der Fallkonferenz diskutiert und konsentiert, ob und aus welchen Gründen bei korrekter Anwendung der Prüfvorgaben der Beurteilung der auditierenden Person oder

der des Prüfteams zu folgen ist und welche Gründe aus Sicht der Fallkonferenz ursächlich für die unterschiedliche Bewertung sind.

Die Ursachen nicht übereinstimmender Bewertungen werden für jede der im Fokus stehenden Qualitätsaspekte zusammenfassend aufbereitet. Auf dieser Grundlage werden in einem nächsten Schritt konkrete Vorschläge entwickelt, wie den identifizierten Ursachen der unterschiedlichen Bewertungen bestimmter Qualitätsaspekte im Rahmen einer Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung begegnet werden kann. Bei diesen Vorschlägen kann es sich um die Formulierung konkreter Schulungserfordernisse zu bestimmten fachlich-inhaltlichen Themen handeln. Hierfür werden gemeinsam entsprechende Schulungsinhalte erarbeitet, die auf Bundesebene in die Medizinischen Dienste getragen werden und damit eine einheitliche Grundlage für interne Fortbildungen und Schulungen aller prüfenden Personen bilden. Darauf aufbauend können zudem bundesweit einheitliche Fortbildungen zu fachlichen Themen konzipiert und erarbeitet werden. Sollten sich aus den Fallkonferenzen über die bereits vorliegenden Erkenntnisse hinausgehende Empfehlungen ergeben, werden diese den prüfenden Personen der Prüfdienste zur Verfügung gestellt und sollen die internen Schulungsmaßnahmen unterstützen.

Die Erkenntnisse aus den Auditauswertungen sowie eine Gesamtschau zur Entwicklung und Umsetzung der eingeleiteten QS-Maßnahmen fließen in den jährlich zu erstellenden Gesamtbericht über alle QS-Aktivitäten gemäß den QS-RL QP ein.

Die Ergebnisse der Audit-Auswertungen werden außerdem in einem jährlich stattfindenden Multiplikatorenseminar den Prüfdiensten vorgestellt, mit dem Ziel, die Ergebnisse und Erkenntnisse in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess der Dienste einfließen zu lassen.

1.2.13 Bewertungssystematik – Fallbeispiele

Fallbeispiel 1

Die prüfende Person zieht zur Bewertung des Qualitätsaspekts Mobilität nur die Sturzgefährdung heran und kommt zu einer „A-Bewertung“. Die auditierende Person hingegen zieht zusätzlich das bei der Inaugenscheinnahme oder im Fachgespräch konstatierte Dekubitusrisiko für eine Bewertung heran.

Hat die auditierende Person Einblick in die Pflegedokumentation und stellt fest, dass im Hinblick auf das Dekubitusrisiko keine erforderlichen Maßnahmen geplant sind, ist eine „C-Bewertung“ angezeigt.

In der Auditcheckliste schlägt sich diese Bewertung wie folgt nieder:

B_1.1.8 Bewertung prüfende Person	
☒ A	☐ B
B_1.1.9 Bewertung auditierende Person	
☐ A	☒ C
B_1.1.10 Übereinstimmungen der Bewertungen zwischen prüfender und auditierender Person	
☐ Übereinstimmung	
B_1.1.11 Wenn keine Übereinstimmung oder nicht beurteilbar, dann erfolgt die Angabe welche Informationsquellen genutzt werden konnten.	
☐ Angaben der versorgten Person	☒ Inaugenscheinnahme
☒ Fachgespräche	☒ Dokumentation
☒ keine Übereinstimmung	☐ nicht beurteilbar
Begründung:	Begründung:
Die Bewertung des Sturzrisikos erfolgte mit der Übereinstimmung mit der prüfenden Person. Im Fachgespräch wurde ebenfalls das bestehende Dekubitusrisiko thematisiert. Nach Einsichtnahme in die Pflegedokumentation wurde festgestellt, dass die notwendigen Maßnahmen diesbezüglich in der Maßnahmenplanung nicht abgebildet sind. Die Haut ist am Tag der Begutachtung intakt. Seitens der prüfenden Person wurde das Dekubitusrisiko bei der Bewertung nicht berücksichtigt.	

Fallbeispiel 2

Die prüfende Person zieht zur Bewertung des Qualitätsaspektes Ernährung und Flüssigkeitsversorgung nur die Ernährung heran und kommt zu einer „A-Bewertung“. Auch die auditierende Person würde auf dieser Grundlage eine „A-Bewertung“ vornehmen. Die auditierende Person zieht jedoch zusätzlich das bei der Inaugenscheinnahme und im Fachgespräch konstatierte Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung für ihre Bewertung heran. Im Fachgespräch werden hierzu von der prüfenden Person keine Fragen gestellt. Eine Einsichtnahme in die Dokumentation zu diesem Thema ist der auditierenden Person nicht möglich. Die auditierende Person kann in diesem Fall keine Bewertung des QA vornehmen. In der Auditcheckliste schlägt sich dies wie folgt nieder:

B_1.1.8 Bewertung prüfende Person	
☒ A	☐ B ☐ C ☐ D
B_1.1.9 Bewertung auditierende Person	
☐ A	☐ B ☐ C ☐ D
B_1.1.10 Übereinstimmungen der Bewertungen zwischen prüfender und auditierender Person	
☐ Übereinstimmung	
B_1.1.11 Wenn keine Übereinstimmung oder nicht beurteilbar, dann erfolgt die Angabe welche Informationsquellen genutzt werden konnten.	
☐ Angaben der versorgten Person	☐ Inaugenscheinnahme
☒ Fachgespräche	☒ Dokumentation
☐ keine Übereinstimmung	☒ nicht beurteilbar
Begründung:	Begründung:
	Bei der Bewertung des Risikos im Bereich der Ernährung liegt eine Übereinstimmung vor. Seitens der prüfenden Person wurden jedoch keine Fragen zur Flüssigkeitsversorgung gestellt. Die Einsicht in die Pflegedokumentation zu diesem Thema war nicht möglich. Auch im Fachgespräch wurde das Thema nicht abschließend besprochen.

Fallbeispiel 3

Die prüfende Person zieht zur Bewertung des QA Mobilität die Sturzgefährdung und das Dekubitusrisiko heran. Die Sturzgefährdung bewertet die prüfende Person mit **C** und den Umgang mit dem Dekubitusrisiko mit **D**. Die auditierende Person bewertet **umgekehrt**.

In der Auditcheckliste schlägt sich dies wie folgt nieder:

B_1.1.8 Bewertung prüfende Person	
☐ A	☐ B ☒ C ☒ D
B_1.1.9 Bewertung auditierende Person	
☐ A	☐ B ☒ C ☒ D
B_1.1.10 Übereinstimmungen der Bewertungen zwischen prüfender und auditierender Person	
☐ Übereinstimmung	
B_1.1.11 Wenn keine Übereinstimmung oder nicht beurteilbar, dann erfolgt die Angabe welche Informationsquellen genutzt werden konnten.	
☐ Angaben der versorgten Person	☒ Inaugenscheinnahme
☒ Fachgespräche	☒ Dokumentation
☒ keine Übereinstimmung	☐ nicht beurteilbar
Begründung:	Begründung:
Prüfende Person: Sturzrisiko: C-Bewertung Dekubitusrisiko: D-Bewertung Auditierende Person: Sturzrisiko: D-Bewertung Dekubitusrisiko: C-Bewertung Die Haut der versorgten Person ist am Tag der Qualitätsprüfung intakt. Aus der Sicht der Auditorin ist die D-Bewertung nicht nachvollziehbar bei der fehlenden 2. Nachweisebene. Seitens der Auditorin kann nur die fehlende Maßnahmenplanung in die Bewertung einbezogen werden. Somit kann der Teilqualitätsaspekt nur mit einer "C" bewertet werden. Bei der Bewertung des Sturzrisiko wurde jedoch seitens der prüfenden Person nicht berücksichtigt, dass die versorgte Person bereits gestürzt. Als Nachweisebene für die D-Bewertung dienten der Auditorin das Fachgespräch sowie nicht in der Maßnahmenplanung berücksichtigten notwendigen Maßnahmen zur Sturzprophylaxe. Seitens der prüfenden Person wurde nur die fehlende Maßnahmenplanung in die Beurteilung einbezogen.	

Fallbeispiel 4

Die prüfende Person zieht zur Bewertung des QA Mobilität die Sturzgefährdung und das Dekubitusrisiko heran. Die Sturzgefährdung bewertet die prüfende Person mit **C** und den Umgang mit dem Dekubitusrisiko mit **D**. Die auditierende Person bewertet **beide** Aspekte mit **D**.

In der Auditcheckliste schlägt sich dies wie folgt nieder:

B_1.1.8 Bewertung prüfende Person	
☐ A	☐ B ☒ C ☒ D
B_1.1.9 Bewertung auditierende Person	
☐ A ☐ B ☐ C	☒ D
B_1.1.10 Übereinstimmungen der Bewertungen zwischen prüfender und auditierender Person	
☐ Übereinstimmung	
B_1.1.11 Wenn keine Übereinstimmung oder nicht beurteilbar, dann erfolgt die Angabe welche Informationsquellen genutzt werden konnten.	
☐ Angaben der versorgten Person	☐ Inaugenscheinnahme
☒ Fachgespräche	☒ Dokumentation
☒ keine Übereinstimmung	☐ nicht beurteilbar
Begründung:	Begründung:
Bei der Bewertung des Dekubitusrisikos liegen zwischen der prüfenden Person und dem Auditor Übereinstimmung vor.	
Bei der Bewertung des Sturzrisiko wurde jedoch seitens der prüfenden Person nicht berücksichtigt, dass die versorgte Person bereits gestürzt. Als Nachweisebene dienten dem Auditor das Fachgespräch sowie nicht in der Maßnahmenplanung berücksichtigten notwendigen Maßnahmen zur Sturzprophylaxe. Seitens der prüfenden Person wurde nur die fehlende Maßnahmenplanung in die Beurteilung einbezogen.	

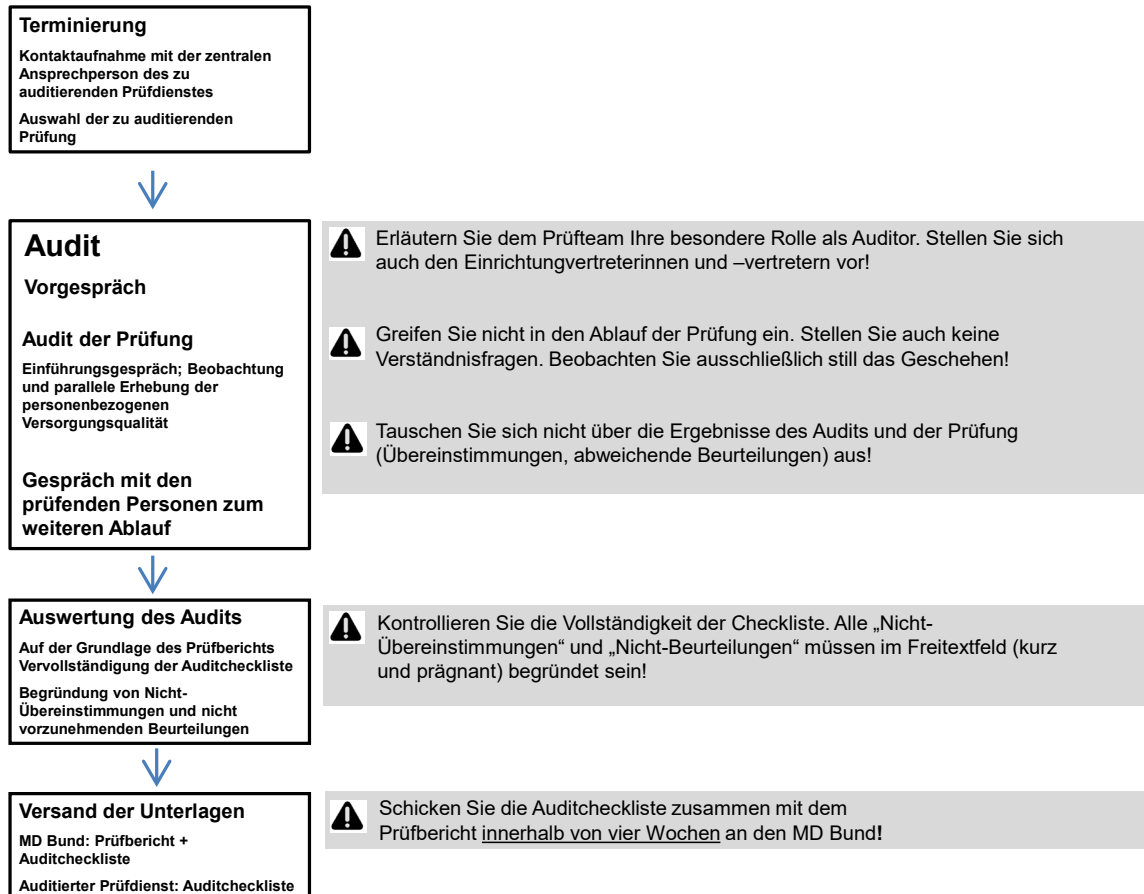
Fallbeispiel 5

Die prüfende Person bewertet den QA Mobilität mit A. Die auditierende Person bewertet den Qualitätsaspekt mit B. In der Auditcheckliste schlägt sich dies wie folgt nieder:

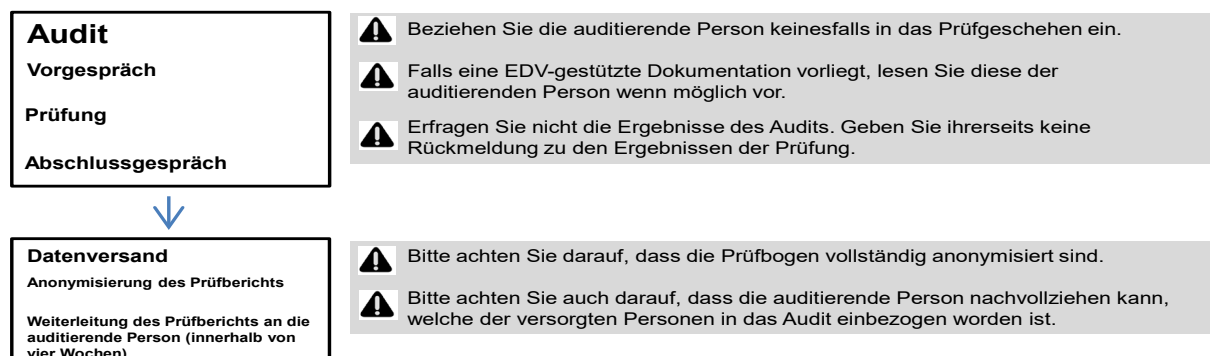
B_1.1.8 Bewertung prüfende Person	
☒ A	☐ B
☐ C	☐ D
B_1.1.9 Bewertung auditierende Person	
☐ A	☒ B
☐ C	☐ D
B_1.1.10 Übereinstimmungen der Bewertungen zwischen prüfender und auditierender Person	
☒ Übereinstimmung	
B_1.1.11 Wenn keine Übereinstimmung oder nicht beurteilbar, dann erfolgt die Angabe welche Informationsquellen genutzt werden konnten.	
☐ Angaben der versorgten Person	☐ Inaugenscheinnahme
☐ Fachgespräche	☐ Dokumentation
☐ keine Übereinstimmung	☐ nicht beurteilbar
Begründung:	Begründung:

1.3 Zusammenfassung der Aufgaben aller beteiligten Personen

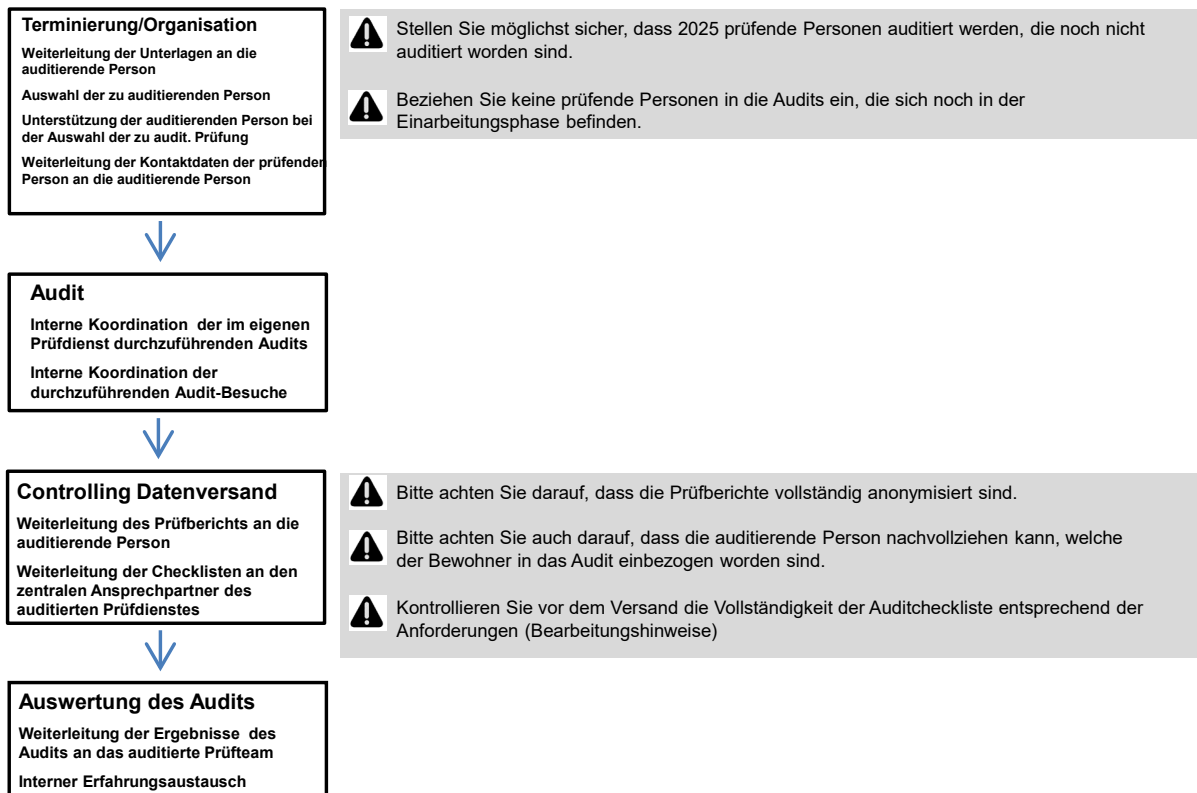
1.3.1 Aufgaben der auditierenden Person



1.3.2 Aufgaben der prüfenden Person



1.3.3 Aufgaben der zentralen Ansprechperson



2 Befragungen der Pflegeeinrichtungen

2.1 Fragebogen A (ambulante Pflegeeinrichtungen)

1. Das Einführungsgespräch war aus Ihrer Sicht:

	<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beur- teilbar</i>
informativ	☐	☐	☐	☐	☐
strukturiert	☐	☐	☐	☐	☐
hilfreich	☐	☐	☐	☐	☐

2. Der Umgang mit den in die Prüfung einbezogenen Bewohnern/Pflegebedürftigen war aus Ihrer Sicht respektvoll und die Intimsphäre wachend.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beur- teilbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐

3. Der Umgang mit den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung war aus Ihrer Sicht respektvoll und auf Augenhöhe.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beur- teilbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐

4. Das Abschlussgespräch war aus Ihrer Sicht:

	<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beur- teilbar</i>
informativ	☐	☐	☐	☐	☐
strukturiert	☐	☐	☐	☐	☐
hilfreich	☐	☐	☐	☐	☐

5. Die vorläufigen Empfehlungen waren aus Ihrer Sicht nachvollziehbar.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beur- teilbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐

6. Der praktische Nutzen der Prüfung für die Qualitätsentwicklung in Ihrer Einrichtung war hoch.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beur- teilbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐

Begründung: (Freitext)

7. Die Prüfung war aus Ihrer Sicht:

	<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beur- teilbar</i>
beratungsorientiert	☐	☐	☐	☐	☐
strukturiert	☐	☐	☐	☐	☐
fachkompetent	☐	☐	☐	☐	☐

8. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Prüfung?

zufrieden

*überwiegend
zufrieden*

*überwiegend unzu-
frieden*

unzufrieden

*nicht beur-
teilbar*

☐☐☐☐☐

9. Was hat Ihnen besonders gefallen? (Freitext)

10. Was hat Sie gestört? (Freitext)

11. Anmerkungen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge: (Freitext)

2.2 Fragebogen B (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen)

1. Sie erhalten die Prüfberichte fristgerecht.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beurteil- bar</i>
☐	☐	☐	☐	☐

2. Der Umfang der Prüfberichte ist angemessen.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beurteil- bar</i>
☐	☐	☐	☐	☐

3. Der Aufbau der Prüfberichte ist nachvollziehbar.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beurteil- bar</i>
☐	☐	☐	☐	☐

4. Mit der Zusammenfassung der Prüfberichte erhalten die Leserinnen und Leser über die Prüfergebnisse einen guten Überblick.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beurteil- bar</i>
☐	☐	☐	☐	☐

5. Die detaillierte Darstellung der Einzelergebnisse in den Anlagen zu den Prüfberichten ist hilfreich.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beurteilbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐

6. Die Inhalte der Prüfberichte sind insgesamt:

	<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beurteilbar</i>
sachlich	☐	☐	☐	☐	☐
eindeutig	☐	☐	☐	☐	☐
nachvollziehbar	☐	☐	☐	☐	☐

7. Sprache und Formulierungen in den Prüfberichten sind verständlich.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beurteilbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐

8. Die formulierten Maßnahmen und Empfehlungen in den Prüfberichten sind:

	<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beurteilbar</i>
sachlich	☐	☐	☐	☐	☐
eindeutig	☐	☐	☐	☐	☐
nachvollziehbar	☐	☐	☐	☐	☐

9. Die formulierten Maßnahmen und Empfehlungen in den Prüfberichten sind als Basis für Bescheide gut geeignet.

trifft zu

☐

trifft überwiegend zu

☐

*trifft überwiegend
nicht zu*

☐

trifft nicht zu

☐

*nicht beurteil-
bar*

☐

2.3 Fragebogen D (stationäre Pflegeeinrichtungen)

1. Das Einführungsgespräch war aus Ihrer Sicht:

	<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beur- teilbar</i>
informativ	☐	☐	☐	☐	☐
strukturiert	☐	☐	☐	☐	☐
hilfreich	☐	☐	☐	☐	☐

2. Im Einführungsgespräch wurden Aufgabenverständnis, die Vorgehensweise der Prüferinnen und Prüfer sowie der voraussichtliche Zeitrahmen dargelegt.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht be- urteilbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐

3. Haben Sie weitere Anmerkungen zum Einführungsgespräch? (Freitext)

4. Der Umgang und die Kommunikation mit den in die Prüfung einbezogenen versorgten Personen war aus Ihrer Sicht respektvoll und die Intimsphäre wahrend.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwie- gend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beur- teilbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐

5. Der Umgang und die Kommunikation mit den Mitarbeitern und Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung waren aus Ihrer Sicht respektvoll, wertschätzend und auf Augenhöhe.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwie- gend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beur- teilbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐

6. Haben Sie weitere Anmerkungen zum Umgang der Prüferinnen und Prüfer mit den versorgten Personen und den Mitarbeitenden Ihrer Einrichtung? (Freitext)

7. Im Abschlussgespräch wurden zentrale vorläufige Ergebnisse mitgeteilt und die fachlichen Stärken der Einrichtung gewürdigt.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht be- urteilbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐

8. Im Abschlussgespräch wurde themenbezogen gemeinsam Möglichkeiten der Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität erörtert:

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht be- urteilbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐

9. Haben Sie weitere Anmerkungen zum Abschlussgespräch? (Freitext)

10. Die Fachgespräche war aus Ihrer Sicht:

	<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beur- teilbar</i>
beratungsorientiert	☐	☐	☐	☐	☐
strukturiert	☐	☐	☐	☐	☐
fachkompetent	☐	☐	☐	☐	☐

11. Haben Sie weitere Anmerkungen zu den Fachgesprächen? (Freitext)

12. Der praktische Nutzen der Prüfung für die Qualitätsentwicklung in Ihrer Einrichtung war hoch.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht be- urteilbar</i>
☐	☐	☐	☐	☐

Begründung:

13. Die Prüfung war aus Ihrer Sicht:

	<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beur- teilbar</i>
beratungsorientiert	☐	☐	☐	☐	☐
strukturiert	☐	☐	☐	☐	☐
fachkompetent	☐	☐	☐	☐	☐

14. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Prüfung?

zufrieden

*überwiegend
zufrieden*

*überwiegend
unzufrieden*

unzufrieden

*nicht beur-
teilbar*

☐☐☐☐☐

15. Was hat Ihnen besonders gefallen? (Freitext)

17. Anmerkungen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge: (Freitext)