

Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI

Konzept zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen 2015

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Theodor-Althoff-Str. 47

45133 Essen

Telefon: 0201 8327-0

Telefax: 0201 8327-100

E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de

Bearbeitung

Übergreifende Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung“ Ü3

Juli 2016

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	4
2	Die Prüfinstrumente.....	5
2.1.	Prüfinstrument 1: MD-übergreifende Audits	5
	Ziel und Beitrag zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung	5
	Grundsätzliches zum Verfahrensablauf	6
	Qualifikation der Auditoren und auditierten Prüfteams	6
	Bewertungsgrundlagen	6
	Verhalten des Auditors	6
	Losverfahren	7
	Organisation und Terminierung des Audits	7
	Das Audit.....	8
	Datenauswertung und Ergebnisdarstellung	9
2.2	Prüfinstrument 2: Befragung der Pflegeeinrichtungen und der Landesverbände der Pflegekassen	11
	Ziel und Beitrag zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung	11
	Verfahrensablauf	11
	Datenauswertung und Ergebnisdarstellung	12
2.3	Prüfinstrument 3: Plausibilität der Prüfberichte	13
	Ziel und Beitrag zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung	13
	Verfahrensablauf	13
	Datenauswertung und Ergebnisdarstellung	14
2.4	Prüfinstrument 4: Externe Audits.....	15
	Ziel und Beitrag zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung	15
	Verfahrensablauf	15
	Datenauswertung und Ergebnisdarstellung	16
3	Zusammenführung der Ergebnisse und Berichterstattung.....	17
4	Anlagen	18

1 Einführung

Ziel des in diesem Konzept dargestellten Qualitätssicherungsverfahrens¹ ist es,

1. die Vergleichbarkeit der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI hinsichtlich der Einheitlichkeit und Korrektheit in der Anwendung der Prüfgrundlagen durch die Medizinischen Dienste (MD) und den PKV-Prüfdienst sicherzustellen, die Verbesserungspotenziale in der Anwendung der Prüfgrundlagen und den Prüfgrundlagen selbst aufzuzeigen sowie
2. die Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Akzeptanz der Qualitätsprüfungen und ihrer Produkte zu erhöhen.

Das entwickelte Verfahren zur Qualitätssicherung stützt sich auf die Anwendung von vier Prüfinstrumenten. Diese werden kontinuierlich unter Einbeziehung externer fachlicher und wissenschaftlicher Perspektive weiterentwickelt:

- | | |
|--------------------------|---|
| Prüfinstrument 1: | MD-übergreifende Audits |
| Prüfinstrument 2: | Befragungen der Pflegeeinrichtungen und der Landesverbänden der Pflegekassen |
| Prüfinstrument 3: | Plausibilität der Prüfberichte |
| Prüfinstrument 4: | Externe Audits |

Bei der methodischen Ausgestaltung der Prüfinstrumente 1 bis 3 wurde wissenschaftliche und methodische Expertise aus unterschiedlichen Fachdisziplinen einbezogen. Professor Albert Brühl von der Fachhochschule Vallendar, Professorin Ulrike Höhmann von der Universität Witten/Herdecke, Peter Hissnauer von der Nationalen Akkreditierungsstelle der Bundesrepublik Deutschland (DAKKS) sowie Frank Opitz von der M+M Management und Marketing Consulting GmbH haben als Experten der Pflegewissenschaften, der Instrumentenentwicklung, der Qualitätssicherung und der Marktforschung die Entwicklung der Prüfinstrumente begleitet. Die Ausgestaltung der externen Audits erfolgt durch das ZeQ; Projektleiter ist Professor Wilfried Jäckel. Aufgabe der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung“ ist es, das QS-Verfahren und die Prüfinstrumente zu evaluieren und gemeinsam mit den Experten stetig weiterzuentwickeln.

¹ Grundlage sind die Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI (Qualitätssicherungs-Richtlinien Qualitätsprüfung - QS-Ri QP) vom 06.05.2013

Anhand der vier Prüfinstrumente können die Qualität der Qualitätsprüfungen und der Prüfberichte aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet und die Erkenntnisse hieraus miteinander verknüpft werden: die fachliche Perspektive (Prüfinstrumente 1 und 3), die Zufriedenheit der Pflegeeinrichtungen und der Landesverbände der Pflegekassen mit der Durchführung der Qualitätsprüfung und der Qualität der Prüfberichte (Prüfinstrument 2) und die externe Perspektive (Prüfinstrument 4).

Das erste Prüfinstrument nimmt die fachlichen Erfordernisse an die Durchführung der Qualitätsprüfung und die Umsetzung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) durch die Prüfer der Medizinischen Dienste und des PKV-Prüfdienstes in den Blick. Hierfür werden Prüfer bei der Qualitätsprüfung begleitet und auditiert. Anhand des zweiten Prüfinstruments wird in anonymisierter Weise die Zufriedenheit der Pflegeeinrichtungen und der Landesverbände der Pflegekassen mit der Durchführung der Qualitätsprüfung und mit der Qualität der Prüfberichte erfasst. Das dritte Prüfinstrument sieht eine Analyse der Qualität der Prüfberichte aus fachlicher Perspektive vor. Auf einer vierten Ebene findet ein externes Controlling der Qualitätssicherungsprozesse in den Medizinischen Diensten und dem PKV-Prüfdienst statt. Hierbei wird überprüft, ob die Prüfinstrumente gemäß den Vorgaben des QS-Verfahrens zur Anwendung kommen und ob aus den Erkenntnissen, die sich hieraus ergeben, Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und umgesetzt werden.

Nachfolgend werden die Prüfinstrumente sowie das Procedere ihrer Anwendung im Detail beschrieben.

2 Die Prüfinstrumente

2.1. Prüfinstrument 1: MD-übergreifende Audits

Ziel und Beitrag zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung

Die übergreifenden Audits sind das zentrale Prüfinstrument des vorliegenden Qualitätssicherungsverfahrens. Im Rahmen dieser Audits werden die Prüfer der MD und des PKV-Prüfdienstes bei den Qualitätsprüfungen gemäß §§ 114 ff. SGB XI begleitet und auditiert. Damit erhalten die Prüfer in ihrer Funktion als Auditoren einen Einblick in das konkrete Vorgehen eines anderen MD bzw. des PKV-Prüfdienstes bei der Anwendung und Umsetzung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR). Mögliche unterschiedliche Vorgehensweisen in der Erhebung und der Bewertung bestimmter Prüffragen können auf diese Weise identifiziert und die Ursachen hierfür analysiert werden. Die übergreifenden Audits dienen als Grundlage für die Entwicklung gezielter Schulungsmaßnahmen der im Bereich der Qualitätsprüfungen tätigen Gutachter (zum Verfahren der Qualitätsprüfung sowie zu spezifischen Fachthemen) sowie für die Erarbeitung konkreter Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Prüfinstrumentariums selbst.

Davon ausgehend stehen gerade solche Prüffragen der QPR im Fokus der Audits, die besonders schwierig zu operationalisierende Qualitäts- bzw. Prüfbereiche abbilden. Prüffragen zur Strukturqualität waren nicht Gegenstand der Audits, da durch vorangegangene Audits bereits eine hohe Übereinstimmung bestätigt werden konnte.

Grundsätzliches zum Verfahrensablauf

In die übergreifenden Audits werden ausschließlich Regelprüfungen bei ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen einbezogen.

Für die reibungslose Abwicklung der Audits ist in jedem MD sowie im PKV-Prüfdienst ein zentraler Ansprechpartner benannt, der insbesondere für die Organisation der im eigenen Dienst stattfindenden Audits und Kommunikation mit dem Auditor des durchführenden Dienstes zuständig ist. Er übernimmt außerdem die Koordination mit der auswertenden Stelle (MDS) und die interne Koordination/Dokumentation der durchzuführenden Audits. Eine aktuelle Liste aller zentralen Ansprechpartner wird den MD und dem PKV-Prüfdienst einmal jährlich vor Beginn der Audit-Phase durch den MDS zur Verfügung gestellt.

Als Grundlage für die Dokumentation der Ergebnisse eines Audits dient ein standardisiertes Erhebungsformular, die Audit-Checkliste, die sich an der QPR für den stationären bzw. den ambulanten Bereich anlehnt.

Sämtliche Festlegungen zum Verfahrensablauf sowie zu den notwendigen Erhebungsunterlagen sind in einem Auditmanual zusammengeführt. Dies wird ebenfalls jedes Jahr jeweils zu Beginn der Audit-Phase als Grundlage für eine einheitliche und standardisierte Auditdurchführung mit dem vorliegenden Konzept zur Verfügung gestellt. Die Auditmanuale werden regelmäßig überarbeitet und entsprechend den Erkenntnissen aus den Audits des Vorjahres angepasst.

Qualifikation der Auditoren und auditierten Prüfteams

Die Auditoren eines Dienstes werden im jeweiligen MD bzw. im PKV-Prüfdienst benannt. Dabei ist sicherzustellen, dass die Auditoren über mehrjährige Erfahrungen in der Durchführung von Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI sowie über eine abgeschlossene Auditoren-Ausbildung verfügen. Zugleich muss dienstintern gewährleistet werden, dass keine Prüfer auditiert werden, die sich in der Einarbeitung befinden.

Bewertungsgrundlagen

Grundlage aller Auditierungen sind die verbindlichen Vorgaben des 11. Kapitels des SGB XI, die QPR einschließlich Anlagen, die Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) sowie für die ambulante Pflege die MDK-Anleitung.

Verhalten des Auditors

Die übergreifenden Audits erfolgen als sogenannte Witness-Audits (dt.: Zeuge), wie sie allgemein im Rahmen von Akkreditierungs- und Zertifizierungsverfahren üblich sind. Das bedeutet, der Auditor beobachtet das Prüfteam und greift dabei nicht in das Prüfgeschehen ein. Wenn es für die Bewertung bestimmter Prüffragen der QPR notwendig ist, Unterlagen und Dokumente der Pflegeeinrichtung hinzuzuziehen, sieht der Auditor diese während der Prüfung parallel zum Prüfteam ein, aller-

dings stets die Rolle als stiller Beobachter der Situation während. Eine Kommunikation mit den Vertretern der Pflegeeinrichtung und den Prüfern zu Ergebnissen des Audits und der Qualitätsprüfung darf nicht stattfinden. Die Rolle als Witness schließt zudem aus, dass der Auditor Verständnisfragen stellt.

Der Auditor unterliegt in seiner Funktion als Gutachter den allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen gemäß § 5 des Bundesdatenschutzgesetzes.

Losverfahren

Die Festlegung darüber, welche Prüfdienste sich gegenseitig auditieren, erfolgt durch ein Losverfahren, das ein Vertreter der Bundesverbände der Pflegekassen durchführt. Hierfür melden zu Beginn eines jeden Berichtsjahres die MD sowie der PKV-Prüfdienst dem MDS die Anzahl der zum Stichtag 31.12. in den Diensten tätigen Mitarbeiter, die Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI durchführen. Auf dieser Grundlage wird für jeden Dienst die Anzahl durchzuführender Audits ermittelt. Diese entspricht jeweils zehn Prozent der zum Stichtag in den Diensten tätigen Prüfer. 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 Ansprechpartnern werden entsprechend den Ergebnissen des Losverfahrens vom MDS Listen dieser Schlüsselnummern zur Verfügung gestellt. Diese Listen dienen dem zentralen Ansprechpartner zur Koordination sowohl der von den eigenen Auditoren durchzuführenden Auditbesuchen, als auch der im eigenen Dienst stattfindenden Audits. Der MDS stellt den zentralen Ansprechpartnern zudem die Auditchecklisten für alle durch seinen Dienst durchzuführenden Audits in elektronischer Form zur Verfügung. Diese Checklisten sind ebenfalls mit den eindeutigen Schlüsselnummern der Audits gekennzeichnet.

Organisation und Terminierung des Audits

Der zentrale Ansprechpartner im MD sowie im PKV-Prüfdienst stellt sicher, dass die Auditoren die Information über die durchzuführenden Audits sowie die entsprechenden Auditchecklisten erhalten. Danach erfolgt die Terminierung der Audits. Diese Aufgabe obliegt den benannten Auditoren. Der Auditor entscheidet darüber, in welcher Kalenderwoche er ein Audit beim zu auditierenden Dienst durchführt. Hierfür meldet sich der Auditor bei dem zentralen Ansprechpartner des Dienstes, der zu auditieren ist. Der zentrale Ansprechpartner seinerseits informiert den Auditor über die in dieser Woche geplanten Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen. Der zentrale Ansprechpartner übermittelt dem Auditor außerdem die Kontaktdaten (z. B. Telefon, Mailadresse, Handy) des hauptverantwortlichen Prüfers, die Daten des Auditors werden dem hauptverantwortlichen Prüfer zwecks Abstimmung organisatorischer Fragen zur Verfügung gestellt. In Fällen, in denen ein MD für zwei Bundesländer zuständig ist, stellt der zentrale Ansprechpartner sicher, dass die Audits auf beide Bundesländer entsprechend der Anzahl jährlich durchgeführter Qualitätsprüfungen verteilt werden.

Der zentrale Ansprechpartner hat intern sicherzustellen, dass ab 2014 in jedem Jahr andere Prüfer auditiert werden, so dass in einem Zeitraum von ca. 5 Jahren jeder Prüfer eines Dienstes mindestens einmal von einem Auditor begleitet werden kann.

Das Audit

Vorgespräch

Vor dem Audit führt der Auditor ein kurzes Gespräch mit dem Prüfteam. Dabei erläutert er seine besondere Rolle als Auditor. Er 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. Auch den Vertretern der zu prüfenden Einrichtung stellt sich der Auditor vor.

Die Information über die Durchführung der übergreifenden Audits, wird in die allgemeine Aufklärung und Einverständniserklärung des einzubeziehenden Pflegebedürftigen zur Qualitätsprüfung integriert. Hierfür werden die jeweiligen Einwilligungs-Formulare des zu auditierenden MD/PKV-Prüfdienstes genutzt. Der zu auditierende MD/PKV-Prüfdienst holt die Einwilligung zur Teilnahme bei den in das Audit einzubeziehenden Pflegebedürftigen ein.

Beobachtung der Qualitätsprüfung und parallele Erhebung

Das Audit wird auf der Grundlage der Auditcheckliste durchgeführt. Aufgabe des Auditors ist es, eine parallele Erhebung der Prüfinhalte vorzunehmen und mögliche Unterschiede in der Bewertung bestimmter Prüffragen zu dokumentieren. Der Auditor begleitet die Qualitätsprüfung beim Einführungsgespräch und bei der Inaugenscheinnahme von zwei Pflegebedürftigen der Stichprobe, davon, wenn möglich, mindestens einen in Pflegestufe 2 oder höher und mindestens einen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Bei der Einbeziehung der beiden ausgewählten Pflegebedürftigen sollten zwei verschiedene Prüfer begleitet werden. Sollte dies nicht möglich sein, sind die Gründe hierfür im Erhebungsformular zu benennen.

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

Anhand seiner Erhebungen beurteilt der Auditor, ob eine Übereinstimmung zwischen dem Prüfer und seiner eigenen Beurteilung besteht. Hierfür steht dem Auditor ein standardisierter Erhebungsbogen (Auditcheckliste) zur Verfügung. Sollte zwischen der Beurteilung des Auditors und der Einschätzung des Prüfteams keine Übereinstimmung bestehen, erläutert der Auditor die Gründe dafür in dieser Auditcheckliste. Falls der Auditor das Prüfungsgeschehen nicht nachvollziehen kann, ist die Frage nach der Übereinstimmung als nicht beurteilbar zu kennzeichnen; die Prüffrage wird vom Auditor nicht bewertet.

Neben einer Beurteilung der konkreten Prüffragen nimmt der Auditor außerdem eine Einschätzung weiterer Aspekte des Prüfprozesses vor, beispielsweise, ob das Prüfteam seiner gesetzlich verankerten Beratungsfunktion gerecht wird. Aber auch „weiche“ Qualitätskriterien, wie die Professionalität und der Kommunikationsstil des Prüfteams sowie die Art und Weise der Kooperation mit der Pflegeeinrichtung werden einer Bewertung durch den Auditor unterzogen.

Abschluss des Audits

Zum Ende des Audits erfolgt ein Gespräch, in dem der Auditor den auditierten Prüfern 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 Prüfberichtes an den Auditor

Nach dem Audit erhalten der Auditor sowie der zentrale Ansprechpartner zeitgleich innerhalb von drei Wochen vom hauptverantwortlichen Prüfer den Prüfbericht mit allen Anlagen.

Die Prüfberichte und deren Anlagen werden durch die Prüfsoftware der MD und des PKV-Prüfdienstes bei deren Erstellung bereits so anonymisiert, wie es die Datenschutzbestimmungen für die Erstellung und den Versand des Prüfberichtes an die gesetzlich definierten Adressaten vorsehen. Dies gilt insbesondere für die Daten zu den einbezogenen Pflegebedürftigen der Pflegeeinrichtung. Vor dem Versand des Prüfberichtes und der Anlagen an den Auditor ist eine weitere Anonymisierung erforderlich, die sicherstellt, dass der Name und die Adresse der Einrichtung sowie die Namen weiterer Personen (auch in den Freitexten) anonymisiert sind.

Auswertung des Audits

Wenn dem Auditor der Prüfbericht mit den Anlagen zur Verfügung steht, vervollständigt dieser die Auditcheckliste. Dabei nimmt der Auditor zu jedem Kriterium Stellung, inwieweit er anhand der in der Prüfung erhobenen Daten zu einer übereinstimmenden oder nicht übereinstimmenden Bewertung kommt. Eine nicht übereinstimmende Bewertung wird nachvollziehbar begründet. Kann der Auditor aufgrund ihm fehlender Informationen keine Bewertung der einzelnen Prüffragen vornehmen, wird dies ebenfalls begründet. Außerdem dokumentiert der Auditor alle Abweichungen von Anforderungen zur Umsetzung der QPR und gutachterlichen Grundsätzen, die er feststellen konnte.

Versand der Unterlagen zur Datenzusammenführung und Ergebnisdarstellung

Nachdem die Auditcheckliste vollständig ausgefüllt ist, leitet der Auditor diese mit allen Unterlagen einschließlich des Prüfberichtes des auditierten MD bzw. des PKV-Prüfdienstes und der Erhebungsbögen zu den einbezogenen Pflegebedürftigen der Pflegeeinrichtung in einer Mail innerhalb von weiteren drei Wochen an den MDS weiter. Zeitgleich versendet der Auditor eine Kopie der Auditcheckliste an den jeweiligen zentralen Ansprechpartner des auditierten Dienstes.

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 Prüfers und der des Witness-Auditors bei der Bewertung der auditierten Prüffragen. Hierfür werden zunächst mittels einer quantitativen Analyse für jede der auditierten Prüffragen Übereinstimmungsquoten berechnet. Prüffragen, bei denen gehäuft nicht-übereinstimmende Bewertungen auftreten, werden in einem nächsten Auswertungsschritt einer tiefer gehenden qualitativen Analyse unterzogen. Zudem werden zu Beginn des jährlichen Berichtszeitraums von der übergreifenden Arbeitsgruppe Ü3 Schwerpunkte der qualitativen Analyse festgelegt.

Die Analyse soll darüber Aufschluss geben, welche Ursachen den differierenden Bewertungen von Prüfern und Auditoren zugrunde liegen. Zu diesem Zweck werden *Fallkonferenzen* durchgeführt: Zunächst erfolgt dort unter Berücksichtigung der Schwerpunktsetzung für Nicht-Übereinstimmungen auf der Basis des Prüfberichts 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 des Auditors oder der des Prüfers 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 Prüffragen zusammenfassend aufbereitet. Auf dieser Grundlage werden in einem nächsten Schritt konkrete Vorschläge entwickelt, wie den identifizierten Ursachen der unterschiedlichen Bewertungen bestimmter Prüffragen 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 Dienste getragen werden und damit eine einheitliche Grundlage für interne Fortbildungen und Schulungen aller Prüfer bilden. Darauf aufbauend können zudem bundesweit einheitliche Fortbildungen zu fachlichen Themen konzipiert und erarbeitet werden. Die Ergebnisse der Fallkonferenzen werden als Fallsammlungen den Prüfern der MD und des PKV-Prüfdienstes zur Verfügung gestellt und sollen die internen Schulungsmaßnahmen unterstützen.

Bei nicht-eindeutigen oder interpretationsfähigen Formulierungen in den QPR als Ursache nicht übereinstimmender Bewertungen, werden Hinweise und Empfehlungen für eine Überarbeitung bzw. Präzisierung der entsprechenden Prüfgrundlagen erarbeitet. Diese Empfehlungen sollten als eine Grundlage für die Weiterentwicklung der Prüfgrundlagen genutzt werden. 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-Ri QP ein.

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

2.2 Prüfinstrument 2: Befragung der Pflegeeinrichtungen und der Landesverbände der Pflegekassen

Ziel und Beitrag zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung

Mit dem Instrument der Befragung sollen Informationen über die Zufriedenheit und die Erwartungen bezüglich der Qualitätsprüfung und des Prüfberichtes erfasst werden. Die mit dem Prüfinstrument 1 gewonnenen Informationen zur Nachvollziehbarkeit der Produkte und Prozesse der Qualitätsprüfungen können damit um die Perspektive der Landesverbände der Pflegekassen und der Pflegeeinrichtungen ergänzt werden. Insgesamt kommen drei standardisierte Fragebögen zur Anwendung:

Fragebogen A: Befragung der Pflegeeinrichtungen zur Durchführung der Qualitätsprüfung

Fragebogen B: Befragung der Pflegeeinrichtungen zur Qualität des Prüfberichtes

Fragebogen C: Befragung der Landesverbände der Pflegekassen zur Qualität der Prüfberichte

Durch die Befragung der Pflegeeinrichtungen und der Landesverbände der Pflegekassen gewinnen die MD und der PKV-Prüfdienst Informationen über die Zufriedenheit mit den Qualitätsprüfungen und den Prüfberichten und erhalten Hinweise zu deren praktischen Nutzen. Die Informationen aus den Befragungen fließen in das interne Qualitätsmanagement ein und dienen ggf. zur Verbesserung des Ablaufs der Qualitätsprüfungen oder der Formulierung der Prüfberichte.

Die Ergebnisse der Befragungen aus den MD und dem PKV-Prüfdienst werden zudem übergreifend zusammengeführt und dienen der Entwicklung von QS-Maßnahmen auf übergreifender Ebene.

Verfahrensablauf

Fragebogen A

Die Befragung der Pflegeeinrichtung zur Zufriedenheit mit der Durchführung der Qualitätsprüfung erfolgt nach Durchführung der Qualitätsprüfung und wird ab dem 01.08.2015 über einen Link, der den Einrichtungsvertretern zur Verfügung gestellt wird, online vorgenommen.

Die Pflegeeinrichtung wird über die Befragung informiert. Am Ende des Abschlussgespräches jeder Prüfung übergibt der verantwortliche Prüfer der Leitung der geprüften Einrichtung ein standardisiertes Informationsschreiben, das den Link für den Online-Fragebogen A enthält sowie eine TAN-Nummer, über die die Pflegeeinrichtungen auf den Online-Fragebogen zugreifen und die Fragen zur Qualität der Durchführung der Qualitätsprüfung anonym beantworten können. Jährlich werden alle zu prüfenden ambulanten Dienste und stationären Pflegeeinrichtungen zur Teilnahme an der Befragung eingeladen und um ihr Feedback zur Qualität der Qualitätsprüfung gebeten. Einzubeziehen sind ausschließlich Regelprüfungen.

Fragebogen B

Die Befragung der Pflegeeinrichtung zur Zufriedenheit mit dem Prüfbericht erfolgt nach Erhalt des Prüfberichts und kann ab dem 01.08.2015 über einen Link, der den Einrichtungsvertretern zur Verfügung gestellt wird, online vorgenommen werden.

Die Pflegeeinrichtung wird ebenfalls über die Befragung zur Qualität des Prüfberichts informiert. Am Ende des Abschlussgespräches jeder Prüfung übergibt der verantwortliche Prüfer der Leitung der geprüften Einrichtung das standardisierte Informationsschreiben, das den Link für den Online-Fragebogen B zur Qualität des Prüfberichts sowie die entsprechende TAN-Nummer enthält, über die die Pflegeeinrichtungen auf den Online-Fragebogen zugreifen und die Fragen zur Qualität des Prüfberichts anonym beantworten können. Der verantwortliche Prüfer weist darauf hin, dass der Online-Fragebogen zur Qualität des Prüfberichts nach Erhalt des Prüfberichts beantwortet werden soll.

Jährlich werden alle zu prüfenden ambulanten Dienste und stationären Pflegeeinrichtungen zur Teilnahme an der Befragung eingeladen und um ihr Feedback zur Qualität des Prüfberichts gebeten. Einzubeziehen sind ausschließlich Regelprüfungen.

Fragebogen C

Die Befragung der Landesverbände der Pflegekassen durch die MD und den PKV-Prüfdienst erfolgt einmal jährlich und kann über einen Link, der den Ansprechpartnern zur Verfügung gestellt wird, ab 2015 online vorgenommen werden.

Die Landesverbände der Pflegekassen erhalten jeweils am 01.09. ein standardisiertes Informationsschreiben, das den Link für den Online-Fragebogen C zur Qualität der Prüfberichte sowie die entsprechende TAN-Nummer enthält, über die die Ansprechpartner der Landesverbände der Pflegekassen auf den Online-Fragebogen zugreifen und die Fragen zur Qualität der Prüfberichte anonym beantworten können. Die Ansprechpartner werden gebeten, jeweils bis zum 30.09. ihr Feedback zur Qualität der Prüfberichte zu übermitteln.

Die TAN-Nummern der Online-Fragebögen A, B und C werden den MD und dem PKV-Prüfdienst vom MDS zur Verfügung gestellt und können jeweils nur einmal verwendet werden.

Datenauswertung und Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse der dienstinternen Anwendung der Befragungsinstrumente werden in einem ersten Schritt zur Umsetzung und Evaluation interner QS-Maßnahmen verwendet. Die eingegebenen Daten können über eine Datenexportfunktion für die interne Auswertung verwendet werden. Zugleich ist es möglich, direkt über eine Reporting-Funktion im Erfassungstool Auswertungen vorzunehmen. Die MD und der PKV-Prüfdienst berichten der übergreifenden Arbeitsgruppe über die Ergebnisse der Befragungen und informieren insbesondere über ihre Erfahrungen in der Umsetzung ihrer Qualitätsverbesserungsmaßnahmen. Übergreifend wird zudem eine Gesamtauswertung der erfassten Daten über alle MD und den PKV-Prüfdienst vorgenommen. Die Berichte der MD und des PKV-Prüfdienstes sowie die Ergebnisse der Gesamtauswertung der Daten werden zusammengeführt und fließen in den jährlich zu erstellenden Gesamtbericht ein.

Die Ergebnisse der Befragungen werden mit den Ergebnissen aus den übrigen QS-Modulen verknüpft.

2.3 Prüfinstrument 3: Plausibilität der Prüfberichte

Ziel und Beitrag zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung

Neben übergreifenden Audits führen die MD und der PKV-Prüfdienst Plausibilitätsprüfungen der Prüfberichte durch. Ziel ist es, die Qualität der Prüfberichte zu sichern und zu verbessern sowie eine einheitliche qualitätsgesicherte Praxis der Berichterstellung zu gewährleisten.

Entsprechend der Zielrichtung der Qualitätsprüfungen muss der Prüfbericht die Pflegeeinrichtungen in die Lage versetzen, festgestellte Qualitätsmängel nachvollziehen zu können. Zugleich muss es den Landesverbänden der Pflegekassen ermöglicht werden, einen begründeten Maßnahmenbescheid zu erteilen. Dies ist dann der Fall, wenn der Prüfbericht vollständig, sachlich und fachlich korrekt, verständlich und nachvollziehbar/plausibel ist. Die Prüfung der Qualität des Prüfberichts umfasst entsprechend dieser Anforderungen die folgenden übergeordneten Bewertungsbereiche:

- **VOLLSTÄNDIGKEIT**
- **SACHLICH/FACHLICHE KORREKTHEIT**
- **VERSTÄNDLICHKEIT**
- **NACHVOLLZIEHBARKEIT/PLAUSIBILITÄT**

Die QS-Ri QP geben vor, dass die genannten Qualitätsanforderungen sowohl auf dienstinterner als auch auf dienstübergreifender Ebene zu überprüfen sind.

Verfahrensablauf

Prüfberichte – MD intern

Jährlich wird in den MD sowie dem PKV-Prüfdienst ein Prozent aller Prüfberichte zufällig für die interne Qualitätssicherung ausgewählt. Die Anzahl der zu prüfenden Berichte bemisst sich an der Anzahl der im Vorjahr durchgeführten Regelprüfungen. Es erfolgt eine anteilige Verteilung der Stichprobe auf jedes Quartal, mindestens sind pro Quartal zwei Prüfberichte (je einer ambulant und stationär) in die Qualitätssicherung einzubeziehen. Die Bewertung erfolgt durch einen erfahrenen, nicht an der Prüfung beteiligten Prüfer anhand eines standardisierten Prüfbogens (vgl. Anlage 1).

Prüfberichte – MD-übergreifende Audits

Zusätzlich zur internen Qualitätskontrolle der Prüfberichte werden übergreifend die Prüfberichte der Audits desselben Jahres vom Auditor auf der Grundlage des standardisierten Prüfbogens in Hinblick auf ihre Nachvollziehbarkeit und Plausibilität bewertet. Im Rahmen der Fallkonferenzen werden die Prüfberichte der Audits außerdem zur Ursachenanalyse der nicht-übereinstimmenden Bewertungen herangezogen. Diese fallbezogene Datenauswertung ermöglicht es, Hinweise zu notwendigen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung der Prüfberichte zu identifizieren und entsprechende Empfehlun-

gen zu erarbeiten, um die Qualität der Prüfberichte der MD weiter zu sichern und weiterzuentwickeln. Die Empfehlungen werden in den jährlich stattfindenden Multiplikatorenseminaren kommuniziert.

Die Ergebnisse dieser Bewertung fließen u. a. in die Audit-Auswertungen der Fallkonferenzen ein.

Datenauswertung und Ergebnisdarstellung

Der standardisierte Prüfbogen dient den MD und dem PKV-Prüfdienst in erster Linie zur internen Qualitätssicherung der Prüfberichte und dazu, notwendige Maßnahmen einer Qualitätssicherung oder -verbesserung ableiten, umsetzen und evaluieren zu können. Übergreifend wird zudem eine Gesamtauswertung der über die Audits erfassten Daten entsprechend den im Prüfbogen niedgelegten Qualitätsindikatoren vorgenommen. Die Ergebnisse der Gesamtauswertung der Daten aus den übergreifenden Audits werden zusammengeführt und fließen in den jährlich zu erstellenden Gesamtbericht ein.

2.4 Prüfinstrument 4: Externe Audits

Ziel und Beitrag zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung

Das gemäß QS-Ri QP vorgesehene externe Audit ist als sogenanntes Prozessaudit konzipiert und dient dazu, die Umsetzung der vorgesehenen Qualitätssicherungsmaßnahmen auf interner Ebene zu begleiten und zu evaluieren. Dazu gehören die Planung und Umsetzung der einzelnen QS-Instrumente auf interner Ebene sowie die Frage nach der Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, die sich aus den Erkenntnissen aller QS-Module ergeben und auf MD-übergreifender Ebene für den kommenden Berichtszeitraum empfohlen werden.

Verfahrensablauf

Jährlich wird jeder MD sowie der PKV-Prüfdienst von einem externen Auditor jeweils einmal auditiert. Grundlage ist eine Auditcheckliste, die wissenschaftlich entwickelt wurde. Der MDS hatte 2014 die ZeQ in Mannheim mit der Entwicklung dieser Checkliste sowie der Durchführung externer Audits beauftragt. Projektleiter ist Professor Wilfried Jäckel. Die Auditcheckliste wurde von Professor Jäckel auf der Basis der QS-Ri QP sowie auf der Grundlage des hier beschriebenen Konzeptes entwickelt und den MD und dem PKV-Prüfdienst vor Durchführung der externen Audits zur Verfügung gestellt. Auf dieser Grundlage erfolgten im 2. Halbjahr 2015 und im ersten Quartal 2016 in den MD und dem PKV-Prüfdienst die externen Audits. Der Ablauf der externen Audits stellt sich dabei wie folgt dar:

Ablauf des externen Audits	
Termin	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Abstimmung und Festlegung des Audittermins zwischen dem MD und den Auditoren (mindestens zwei Monate vor dem Audit)
Vorbereitung (MD/PKV Prüfdienst)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Durchsicht der "Checkliste externe Audits" ✓ Überprüfung, ob intern für die drei zu prüfenden Prüfinstrumente schriftliche Prozessregelungen oder Verfahrensanweisungen bestehen, die den externen Auditoren im Vorfeld des Audits zur Vorbereitung zugesandt werden können ✓ Überprüfung, durch welche Dokumente für die einzelnen Kriterien ein Nachweis für deren Erfüllung geliefert werden kann ✓ Zusammenstellung dieser Dokumente in elektronischer oder schriftlicher Form in der Reihenfolge der Kriterienliste ✓ Festlegung, welche weiteren Teilnehmer an dem Audit beteiligt werden sollen (neben dem Zentralen Ansprechpartner) ✓ Raumreservierung und ggf. Bereitstellung eines Beamers
Audit	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vorstellung der Auditoren ✓ Vorstellung der Teilnehmer ✓ Kurze Einführung zu den Zielen des Audits und zu dessen Ablauf durch die Auditoren ✓ Vorstellung der Verfahrensabläufe innerhalb der drei Prüfinstrumente durch den MD bzw. den PKV-Prüfdienst ✓ Auswahl von zwei Audits aus der Liste der von dem MD bzw. PKV-Prüfdienst im letzten Jahr durchgeführten Witness-Audits durch die Auditoren

	und Bereitstellung der Auditchecklisten und der Prüfberichte für diese beiden Fälle durch den MD ✓ Überprüfung der Erfüllung jedes der 83 Kriterien anhand der vorliegenden Dokumente und ggf. zusätzlicher Befragungen ✓ Abschlussgespräch mit Benennung derjenigen Kriterien, bei denen die Bewertung ein "nicht erfüllt" ergab und gemeinsame Diskussion, durch welche Maßnahmen bei einem Wiederholungsaudit eine Erfüllung dieser Kriterien gewährleistet werden kann
Bericht	✓ Erstellung des Auditberichts durch die Auditoren innerhalb von drei Wochen und Versendung an den geprüften MD ✓ Bei evtl. Unklarheiten schriftliche Stellungnahme durch den MD an die Auditoren innerhalb von drei Wochen. In diesem Fall entscheiden die Auditoren innerhalb von weiteren drei Wochen, ob eine Änderung des Auditberichts erforderlich ist.
Nachbereitung	✓ Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Erreichung der durch das Audit möglicherweise aufgezeigten Verbesserungspotentiale

Datenauswertung und Ergebnisdarstellung

Die MD sowie der PKV-Prüfdienst erhalten im Anschluss an das externe Audit einen Bericht über ihre Ergebnisse aus den externen Audits. Der externe Auftragnehmer berichtet zudem in einem Gesamtbericht an die übergreifende Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung“. Erste Ergebnisse aus den externen Audits werden mit der Erstellung des Ergebnisberichts 2016 vorliegen.

3 Zusammenführung der Ergebnisse und Berichterstattung

Die MD sowie der PKV-Prüfdienst berichten jährlich über die Ergebnisse aus den Befragungen der Pflegeeinrichtungen und der Landesverbände der Pflegekassen und über ihre Erfahrungen aus den internen Aktivitäten zur Qualitätssicherung der Prüfberichte an die übergreifende Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung“. Die Ergebnisse werden von der übergreifenden Arbeitsgruppe zusammengefasst und mit den Ergebnissen aus den übergreifenden Audits verknüpft. Die übergreifende Arbeitsgruppe entwickelt auf dieser Basis Empfehlungen zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung. Die Ergebnisse des Prozesses werden im Rahmen eines Multiplikatorenseminars den MD und dem PKV-Prüfdienst dargestellt und es wird zu den Themen, bei denen Verbesserungsbedarf erkannt worden ist, aktuelles Wissen vermittelt. Den Diensten werden zudem die Fallsammlungen als Ergebnis der qualitativen Auditauswertungen zur Verfügung gestellt. Sämtliche Ergebnisse aus der übergreifenden Qualitätssicherung werden gemäß den QS-Ri QP einmal im Jahr in einem Gesamtbericht zusammengefasst und veröffentlicht.

4 Anlagen

Prüfbogen zur Qualität des Prüfberichts für die interne und die übergreifende QS (Teil E der Audit-Checkliste)

Online-Fragebogen A

Online-Fragebogen B

Online-Fragebogen C

Auditcheckliste extern

Prüfbogen zur Qualität des Prüfberichts für die interne und die übergreifende QS (Teil E der Audit-Checkliste)

Vollständigkeit

E1. **Abweichungen vom Prüfverfahren sind begründet.**

☐ trifft zu

☐ trifft überwiegend zu

☐ trifft überwiegend nicht zu

☐ trifft nicht zu

☐ nicht beurteilbar (keine Abweichungen)

Begründung für die Bewertung:

E2. **In der Zusammenfassung ist zu den wesentlichen Aspekten zur Durchführung der Prüfung und zu den Prüfergebnissen eine Aussage vorhanden.**

☐ trifft zu

☐ trifft überwiegend zu

☐ trifft überwiegend nicht zu

☐ trifft nicht zu

E3. In den Anlagen sind alle Beurteilungen mit "nein" im Freitext erläutert.

☐ trifft zu

☐ trifft überwiegend zu

☐ trifft überwiegend nicht zu

☐ trifft nicht zu

Sachlich/fachliche Korrektheit

E4. Die Zusammenfassung enthält keine persönliche Wertung.

☐ trifft zu

☐ trifft überwiegend zu

☐ trifft überwiegend nicht zu

☐ trifft nicht zu

Begründung für die Bewertung:

E5. In den Anlagen sind die Erläuterungen zu den Beurteilungen fachlich korrekt begründet.

☐ trifft zu

☐ trifft überwiegend zu

☐ trifft überwiegend nicht zu

☐ trifft nicht zu

Begründung für die Bewertung:

E6. Im Prüfbericht und in den Anlagen ist die Einhaltung des Datenschutzes gewährleistet

☐ trifft zu

☐ trifft nicht zu

Begründung für die Bewertung:

Verständlichkeit

E7. Die Verwendung von Abkürzungen erfolgt nach Duden und/oder nach Erläuterung bzw. Abkürzungsliste.

☐ trifft zu

☐ trifft überwiegend zu

☐ trifft überwiegend nicht zu

☐ trifft nicht zu

Begründung für die Bewertung:

E8. Grammatik und Orthographie sind korrekt.

☐ trifft zu

☐ trifft überwiegend zu

☐ trifft überwiegend nicht zu

☐ trifft nicht zu

Begründung für die Bewertung:

Nachvollziehbarkeit/Plausibilität

E9. Die Zusammenfassung beschreibt nachvollziehbar das Gesamtbild der Einrichtung, wie es sich aus den Anlagen ergibt.

☐ trifft zu

☐ trifft überwiegend zu

☐ trifft überwiegend nicht zu

☐ trifft nicht zu

Begründung für die Bewertung:

E10. In den Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten sind die Maßnahmen eindeutig aus den Defiziten abgeleitet.

☐ trifft zu

☐ trifft überwiegend zu

☐ trifft überwiegend nicht zu

☐ trifft nicht zu

Begründung für die Bewertung:

E11. Im Erhebungsbogen der einbezogenen Pflegebedürftigen besteht kein Widerspruch zwischen der Ist-Erhebung und der Risikobewertung.

☐ trifft zu

☐ trifft überwiegend zu

☐ trifft überwiegend nicht zu

☐ trifft nicht zu

Begründung für die Bewertung:

E12. In den Anlagen sind die Bewertungen mit "nein" nachvollziehbar begründet.

☐ trifft zu

☐ trifft überwiegend zu

☐ trifft überwiegend nicht zu

☐ trifft nicht zu

Begründung für die Bewertung:

E13. Bewertung der Qualität des Prüfberichts insgesamt:

Alle Anforderungen an die Vollständigkeit, sachlich und fachliche Korrektheit, die Verständlichkeit und die Nachvollziehbarkeit sind erfüllt.

☐ trifft zu

☐ trifft überwiegend zu

☐ trifft überwiegend nicht zu

☐ trifft nicht zu

Begründung für die Bewertung:

Online-Fragebogen A

Angaben zu Ihrer Pflegeeinrichtung

(keine Mehrfachnennung möglich)

- ☐ ambulant
- ☐ vollstationär (ggf. inkl. Kurz- und Tagespflege)
- ☐ solitär Kurzzeitpflege
- ☐ solitär Tagespflege
- ☐ solitär Hospiz

Angaben zur Prüfung

Prüfdauer in der Einrichtung:

☐ 1 Tag

☐ 2 Tage

☐ >2 Tage

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Durchführung der Qualitätsprüfung. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Antwort an, die aus Ihrer Sicht zutrifft.

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
strukturiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hilfreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beurteilbar</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 beurteilbar</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 beurteilbar</i>
informativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
strukturiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hilfreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 beurteilbar</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 beurteilbar</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☐
☐
☐
☐
☐

Begründung:

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
strukturiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fachkompetent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Prüfung?

<i>zufrieden</i>	<i>überwiegend zufrieden</i>	<i>überwiegend unzu- frieden</i>	<i>unzufrieden</i>	<i>nicht beur- teilbar</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Was hat Ihnen besonders gefallen?

10. Was hat Sie gestört?

11. Anmerkungen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge:

1. Angaben zu Ihrer Pflegeeinrichtung (keine Mehrfachnennung möglich):

- ☐ ambulant
- ☐ vollstationär (ggf. inkl. Kurz- und Tagespflege)
- ☐ solitär Kurzzeitpflege
- ☐ solitär Tagespflege
- ☐ solitär Hospiz

2. In welcher Funktion bearbeiten Sie den Fragebogen?

(keine Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Geschäftsführung/Heimleitung
- ☐ PDL / Stellvertretung PDL
- ☐ Qualitätsmanager/in
- ☐ sonstiges und zwar: _____

3. Angaben zum Prüfbericht

1. Sie haben den Prüfbericht erhalten:

☐ innerhalb von 2 Wochen nach der Prüfung

☐ innerhalb von 3 Wochen nach der Prüfung

☐ nach mehr als 3 Wochen nach der Prüfung

Online-Fragebogen B

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Qualität des Prüfberichts. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Antwort an, die aus Ihrer Sicht zutrifft.

2. Der Aufbau des Prüfberichts ist nachvollziehbar.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beurteilbar</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Mit der Zusammenfassung des Prüfberichts erhält der 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 beurteilbar</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Die detaillierte Darstellung der Einzelergebnisse zum Prüfbericht ist hilfreich zum Verständnis des Berichts.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beurteilbar</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Die Feststellungen im Prüfbericht sind insgesamt richtig.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beurteilbar</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Die Aussagen im Prüfbericht sind:

	<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>
sachlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eindeutig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verständlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. In den Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten sind die Maßnahmen eindeutig aus den Defiziten abgeleitet.

<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>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Die Inhalte der Beratung im Rahmen der Qualitätsprüfung stimmen mit den im Prüfbericht gegebenen Empfehlungen überein.

<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>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Der Prüfbericht kann als Grundlage für Qualitätsverbesserungsmaßnahmen in der Pflegeeinrichtung genutzt werden.

<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>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Die wesentlichen Inhalte des Abschlussgesprächs spiegeln sich im Prüfbericht wider.

<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>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Qualität des Prüfberichts?

zufrieden

☐

*überwiegend
zufrieden*

☐

*überwiegend unzu-
frieden*

☐

unzufrieden

☐

*nicht beur-
teilbar*

☐

12. Anmerkungen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge:

Online-Fragebogen C (Stand Juli 2015)

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Antwort an, die aus Ihrer Sicht zutrifft.

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 beurteilbar</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 beurteilbar</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 beurteilbar</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Mit der Zusammenfassung der Prüfberichte erhält der 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 beurteilbar</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eindeutig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eindeutig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beurteilbar</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Relevante Problemstellungen werden in den Prüfberichten deutlich.

<i>trifft zu</i>	<i>trifft überwiegend zu</i>	<i>trifft überwiegend nicht zu</i>	<i>trifft nicht zu</i>	<i>nicht beurteilbar</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Qualität der Prüfberichte?

<i>zufrieden</i>	<i>überwiegend zufrieden</i>	<i>überwiegend unzufrieden</i>	<i>unzufrieden</i>	<i>nicht beurteilbar</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Anmerkungen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge:

Nr	Kriterium
	QS-Modul 1: MD-übergreifende Audits
1	Ein Zentraler Ansprechpartner ist benannt.
2	Der zentrale Ansprechpartner organisiert die im eigenen MD stattfindenden Audits.
3	Der zentrale Ansprechpartner führt die Kommunikation mit dem Witness-Auditor des durchführenden MD.
4	Der zentrale Ansprechpartner führt die Kommunikation mit der auswertenden Stelle (MDS).
5	Der zentrale Ansprechpartner verantwortet die interne Koordination / Dokumentation der MD-übergreifenden Audits.
6	Die Anzahl der für andere MD durchgeführten Witness-Audits im letzten Kalenderjahr entspricht mindestens 10% der im Vorjahr beschäftigten Prüfer.
7	In Fällen, in denen ein MD für zwei Bundesländer zuständig ist, werden die Audits auf beide Bundesländer entsprechend der Anzahl jährlich durchgeführter Qualitätsprüfungen verteilt.
8	Im letzten Kalenderjahr wurden mindestens zwei Witness-Audits für andere MD durchgeführt.
9	Der zentrale Ansprechpartner stellt sicher, dass die eigenen Witness-Auditoren die Information über die durchzuführenden Audits sowie die entsprechenden Auditchecklisten in der aktuellen Version erhalten.
10	Alle Witness-Auditoren waren in den letzten 12 Monaten regelmäßig als Qualitätsprüfer tätig.
11	Alle Witness-Auditoren verfügen über eine abgeschlossene Auditorenausbildung.
12	Die Auditpaarungen entsprechen den Ergebnissen des Losverfahrens des Vertreters der Bundesverbände der Pflegekassen.
13	Der Witness-Auditor begutachtet mindestens zwei Pflegebedürftige. Abweichungen werden nachvollziehbar begründet.
14	Mindestens einer der begutachteten Pflegebedürftigen weist die Pflegestufe 2 oder höher auf. Abweichungen werden nachvollziehbar begründet.
15	Mindestens einer der begutachteten Pflegebedürftigen hat eine eingeschränkte Alltagskompetenz. Abweichungen werden nachvollziehbar begründet.
16	Zwei Prüfer werden bei Begutachtung der Pflegebedürftigen vom Witness-Auditor begleitet.
17	Alle Auditchecklisten sind vom Witness-Auditor komplett ausgefüllt.
18	Nicht übereinstimmende Bewertungen sind in der Auditcheckliste nachvollziehbar begründet.
19	Nicht beurteilbare Bewertungen sind in der Audit-Checkliste nachvollziehbar begründet.
20	Die Begründungen in der Auditcheckliste sind kurz und prägnant.
21	Der Witness-Auditor hat alle Auditchecklisten vollständig mit allen Unterlagen einschließlich Prüfbericht mit Erhebungsbögen innerhalb von drei Wochen nach Erhalt des Prüfberichts (6 Wochen nach dem Audit) per Mail an den MDS geschickt.
22	Das Format der Auditchecklisten (word) und der Prüfberichte (pdf) entspricht den Vorgaben.

23	Der Witness-Auditor hat eine Kopie aller Audit-Checklisten innerhalb von drei Wochen nach Erhalt des Prüfberichts (6 Wochen nach dem Audit) an den zentralen Ansprechpartner des auditierten MD geschickt.
	Im eigenen MD stattfindende Audits:
24	Jedes Jahr werden andere Prüfer auditiert.
25	Alle Prüfer, die auditiert werden, haben die Einarbeitungsphase abgeschlossen.
26	Es ist abzusehen, dass innerhalb von ca. 5 Jahren alle Prüfer einmal auditiert werden.
27	Der externe Witness-Auditor sowie der zentrale Ansprechpartner haben alle Prüfberichte innerhalb von drei Wochen nach dem MD-übergreifenden Audit vom hauptverantwortlichen Prüfer erhalten.
28	Alle Prüfberichte sind komplett anonymisiert.
29	Auf dem Deckblatt des Prüfberichtes des auditierten MD ist eindeutig dokumentiert, welche beiden Pflegebedürftigen in das Witness-Audit einbezogen wurden.
30	Alle Erhebungsbögen der Inaugenschein genommenen Pflegebedürftigen sind dem Prüfbericht in Kopie beigelegt.
31	Die Auditcheckliste wird den betroffenen Prüfern zur Verfügung gestellt.
32	Aus der Auditcheckliste wird etwaiger Verbesserungsbedarf abgeleitet.
33	Die Ergebnisse der MD-übergreifenden Audits vom Vorjahr und der Fallkonferenzen stehen allen Prüfern zur Verfügung.
34	Verbesserungspotentiale die sich aus den Ergebnissen der MD-übergreifenden Audits vom Vorjahr und der Fallkonferenzen ergeben, werden MD intern identifiziert.
35	Bei bestehenden Verbesserungspotentialen werden notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung im MD entwickelt.
36	Bei bestehenden Verbesserungspotentialen wird die Umsetzung der notwendigen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung MD intern dokumentiert.
37	Bei bestehenden Verbesserungspotentialen wird die Wirksamkeit der Umsetzung der Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung überprüft.
38	Der MD berichtet der übergreifenden Arbeitsgruppe über die Ergebnisse und die Erfahrungen bei der Umsetzung der Qualitätsverbesserungsmaßnahmen.
39	Der MD hat an den jährlichen Multiplikatorenseminaren teilgenommen.
	QS-Modul 2: Kundenbefragungen
40	Die Zuständigkeiten für die Befragung sind klar geregelt.
41	Der Ansprechpartner für die Einrichtungen ist benannt.
42	Die Erhebungsbögen sind aktuell und für die Beteiligten zugänglich hinterlegt.
43	Die Befragungen sind MD intern dokumentiert.
44	Der Prozess ist klar geregelt und dokumentiert.
45	Es werden nur Regelprüfungen in die Befragung A/B einbezogen.
46	Die Ausgabe des standardisierten Informationsschreibens mit dem Link für die online-Fragebögen A und B ist dokumentiert.
47	Die Daten werden MD-intern ausgewertet.
48	Die Auswertungsroutinen werden genutzt.
49	Die eingehenden Dokumente werden zeitnah auf akuten Interventionsbedarf geprüft.

50	Das standardisierte Informationsschreiben mit dem Link für den online-Fragebogen C wird an die Landesverbände der Pflegekassen bis zum 1.9.201x verschickt.
51	Der Versand des standardisierten Informationsschreiben mit dem Link für den online-Fragebogen C an die Landesverbände der Pflegekassen wird dokumentiert.
52	Die eingehenden Dokumente werden zeitnah auf akuten Interventionsbedarf geprüft.
53	Die Daten werden MD-intern ausgewertet.
54	Die Ergebnisse der Befragung sind dokumentiert.
55	Die Ergebnisse werden an die Prüfer weitergeleitet.
56	Verbesserungspotentiale die sich aus den Befragungen ergeben werden MD intern identifiziert.
57	Bei bestehenden Verbesserungspotentialen werden notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung der Prüfungen und Prüfberichte MD intern entwickelt.
58	Bei bestehenden Verbesserungspotentialen wird die Umsetzung der notwendigen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung der Prüfungen und Prüfberichte MD intern dokumentiert.
59	Bei bestehenden Verbesserungspotentialen wird die Wirksamkeit der Umsetzung der Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung überprüft.
60	Der MD berichtet der übergreifenden Arbeitsgruppe über die Ergebnisse und die Erfahrungen bei der Umsetzung der Qualitätsverbesserungsmaßnahmen.
	QS-Modul 3: Plausibilität der Prüfberichte
61	Der Prozess der Stichprobenziehung ist klar beschrieben und dokumentiert.
62	Die Verantwortlichen für die Stichprobenziehung sind klar definiert.
63	1% der im letzten Jahr durchgeführten stationären Regelprüfungen wird in die Prüfung einbezogen.
64	1% der im letzten Jahr durchgeführten ambulanten Regelprüfungen wird in die Prüfung einbezogen.
65	Alle Stichproben werden quartalsweise gezogen.
66	Alle Stichproben werden zufällig gezogen.
67	Die Stichprobenziehung ist dokumentiert.
68	Es werden mindesten zwei Prüfberichte pro Quartal in die Prüfung einbezogen.
69	Es werden mindestens ein ambulanter und ein stationärer Prüfbericht pro Quartal in die Prüfung einbezogen.
70	Alle Prüfer sind bereits als Hauptgutachter eingesetzt worden.
71	Die Prüfer der Prüfberichte sind nicht an den Prüfungen der entsprechenden Pflegeeinrichtungen beteiligt.
72	Die Auswahl des Prüfers ist nachvollziehbar.
73	Die Bewertung erfolgt anhand der Checkliste „interne Plausibilitätskontrolle“.
74	Die Checkliste „interne“ Plausibilitätskontrolle ist in der aktuellen Version den Beteiligten zugänglich.
75	Alle Checklisten sind vollständig ausgefüllt.
76	Die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen werden zeitnah an die Prüfer weitergeleitet.

77	Verbesserungspotentiale die sich aus den Plausibilitätsprüfungen ergeben werden MD intern identifiziert.
78	Bei bestehenden Verbesserungspotentialen werden notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung der Prüfberichte MD intern entwickelt.
79	Bei bestehenden Verbesserungspotentialen werden notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung der Prüfberichte MD intern umgesetzt.
80	Bei bestehenden Verbesserungspotentialen wird die Umsetzung der notwendigen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung der Prüfberichte MD intern dokumentiert.
81	Bei bestehenden Verbesserungspotentialen wird die Wirksamkeit der Umsetzung der Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung überprüft.
82	Der Fragebogen zur internen QS der Prüfberichte auf Grundlage der QS_Ri QP wurde bis zum 31.3. an den MDS versandt.
83	Der Fragebogen zur internen QS der Prüfberichte auf Grundlage der QS-Ri QP ist vollständig ausgefüllt.