So läuft die MD-Prüfung ab

Seit Juli 2026 gelten neue Regeln für die Qualitätsprüfung ambulanter Pflegedienste. Zum Auftakt der dreiteiligen Serie „Wenn der MD kommt“ erklärt Anwältin Chantal Hagège, worauf Pflegedienste am Prüfungstag achten sollten.



Seit dem 1. Juli 2026 gelten die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien für ambulante Pflegedienste (QPR Teil 1a).
Foto: Adobe Stock/kristall

Von Chantal Hagège

Seit dem 1. Juli 2026 prüft der Medizinische Dienst (MD) ambulante Pflegedienste nach neuen Regeln. Die Reform bringt Chancen, denn das Fachgespräch zählt mehr, und eine lückenhafte Dokumentation ist nicht mehr automatisch ein Qualitätsmangel. Beanstandungen können aber weiterhin Maßnahmenbescheide, Vergütungskürzungen und eine ungünstige öffentliche Darstellung nach sich ziehen. Wer seine Rechte kennt, kann unzutreffenden Feststellungen frühzeitig begegnen.

Seit dem 1. Juli 2026 gelten die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien für ambulante Pflegedienste (QPR Teil 1a). Die Pflegenoten nach der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant, die es seit 2009 gab, sind abgeschafft. An ihre Stelle tritt eine differenziertere Qualitätsdarstellung nach der neuen Qualitätsdarstellungsvereinbarung (QDVA). Geprüft werden nicht mehr zahlreiche Einzelkriterien, sondern umfassende Qualitätsaspekte. Im Mittelpunkt steht die Frage, welche Qualität tatsächlich bei der versorgten Person ankommt.



„Klären Sie gleich zu Beginn, welche Prüfart vorliegt und was genau Gegenstand des Prüfauftrags ist. Ihre Mitwirkungspflicht reicht nur so weit wie dieser Auftrag.“

Chantal Hagège
Foto: privat

WENN DER MD KOMMT
Serie Teil 1

Zwei weitere Änderungen gehen auf das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) zurück. Regelprüfungen sind seit der Anpassung der QPR zum 30. Juli 2026 grundsätzlich zwei Arbeitstage vorher anzukündigen statt wie bisher einen Tag. Anlassprüfungen erfolgen weiterhin in der Regel unangemeldet. Ab dem 1. Januar 2027 kann außerdem der Prüfabstand für Pflegedienste mit hohem Qualitätsniveau von einem auf höchstens zwei Jahre verlängert werden. Das gilt allerdings nicht automatisch für alle Dienste, sondern nur für solche, die die Kriterien dafür erfüllen.

Die personenbezogenen Prüfergebnisse werden künftig in vier Kategorien eingeordnet:

- A – keine Auffälligkeiten oder Defizite
- B – Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen erwarten lassen
- C – Defizit mit Risiko negativer Folgen
- D – Defizit mit eingetretenen negativen Folgen

Für die öffentliche Qualitätsdarstellung sind vor allem die Kategorien C und D relevant. Die Abgrenzung zwischen beiden hat deshalb erhebliches Gewicht. Eine negative Folge setzt nicht zwingend einen Gesundheitsschaden voraus. Schon das Ausbleiben einer vertraglich geschuldeten Unterstützung kann genügen. Umgekehrt reicht ein fehlender Durchführungsnachweis allein nicht aus, um eine D-Bewertung wegen tatsächlich unterbliebener Versorgung zu begründen. Dafür braucht es eine tragfähige Tatsachengrundlage.

Geprüft wird nicht jeder Pflegebedürftige, sondern eine Stichprobe. Bei allgemeinen ambulanten Pflegediensten umfasst sie in der Regel neun Personen. Sechs davon werden nach unterschiedlichen Kombinationen von Mobilitäts- und kognitiven Beeinträchtigungen ausgewählt, drei weitere erhalten aufwendige Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Die Auswahl folgt einem vorgegebenen Zufallsverfahren. Wird die vorgesehene Zahl etwa mangels Einwilligungen unterschritten, muss das im Prüfbericht begründet werden. Schon die Frage, ob die Stichprobe richtlinienkonform gebildet wurde, kann später rechtlich bedeutsam sein.

Wichtig ist die Unterscheidung zwischen Einwilligung und Mitwirkung. Die Prüfung in der Wohnung, die Einsicht in die Pflegedokumentation und die Befragung der Pflegebedürftigen sind grundsätzlich nur mit deren Einwilligung zulässig. Die Teilnahme ist freiwillig, eine Ablehnung darf keine Nachteile haben. Der Pflegedienst selbst ist dagegen zur Mitwirkung verpflichtet. Er muss unter anderem Namen und Kontaktdaten der versorgten Personen für das Auswahlverfahren weiterleiten. Ein pauschaler Hinweis auf den Datenschutz rechtfertigt keine Verweigerung.

Der Prüfungstag: Klären Sie gleich zu Beginn, welche Prüfart vorliegt und was genau Gegenstand des Prüfauftrags ist. Ihre Mitwirkungspflicht reicht nur so weit wie dieser Auftrag. Soll eine Regel- oder Wiederholungsprüfung während des Besuchs in eine Anlassprüfung umgewandelt werden, braucht das Prüfteam dafür einen neuen Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen, und Sie sind darüber zu informieren. Benennen Sie eine feste Ansprechperson, führen Sie eine Liste der angeforderten Unterlagen und halten Sie strittige Feststellungen noch am selben Tag intern schriftlich fest.

Chantal Hagège, LL. M. ist Rechtsanwältin und Fachanwältin für Sozialrecht in Frankfurt. Sie berät und vertritt Dienste bei Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen, gegen Maßnahmenbescheide und Vergütungskürzungen sowie vor Schiedsstellen und Sozialgerichten.

PNOG im Pflegeheim:
Was jetzt auf Geschäftsführungen und Heimleitungen zukommt

17. November 2026
10:30 – 15:00 Uhr

HIER GEHT'S ZU MEHR INFORMATIONEN!

JETZT ANMELDEN!

vinc.li/pnog-im-pflegeheim

Altenheim Digital Konferenz

VINCENTZ

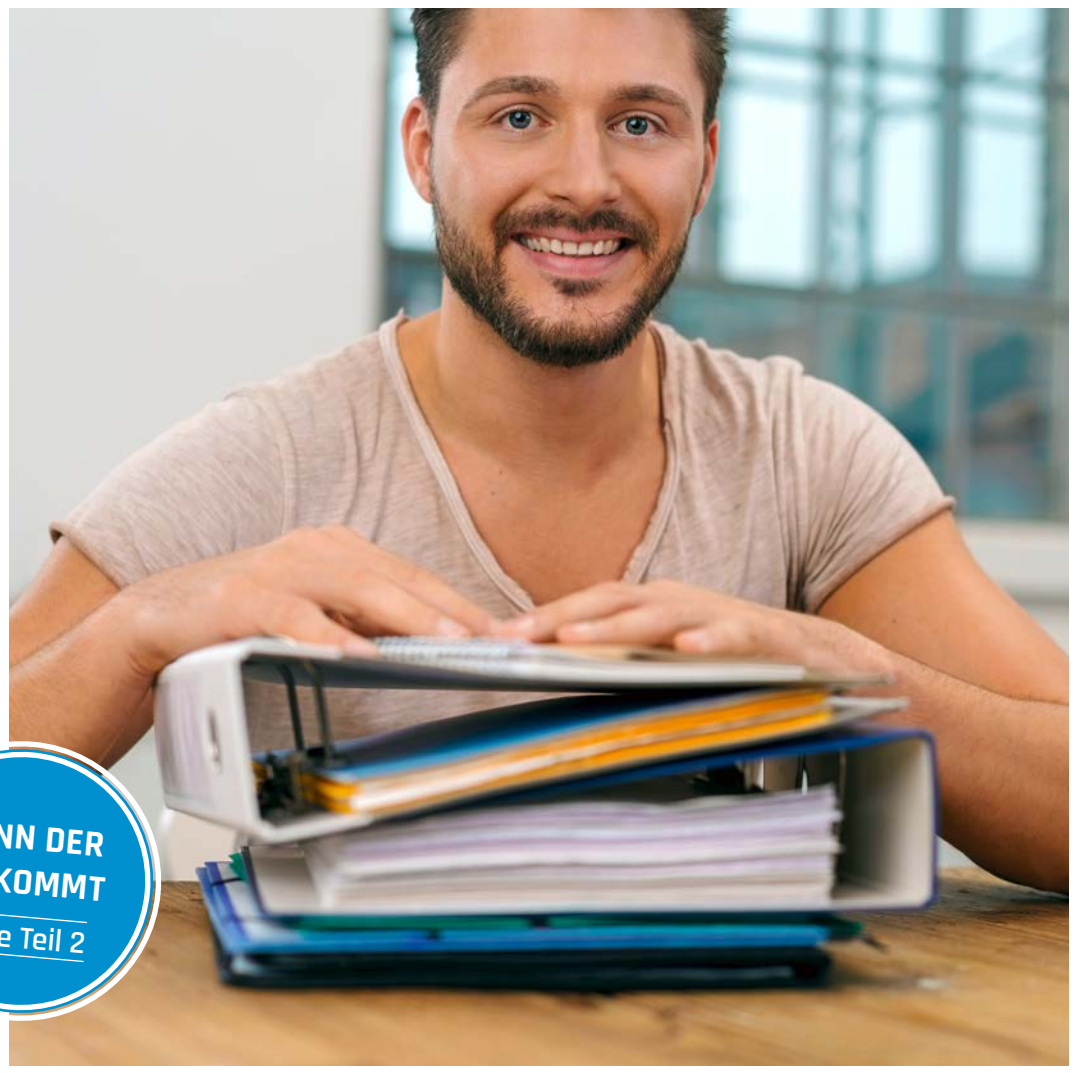
Bundesweit drei Zertifizierungen

Küffel nach DIN SPEC 33454 zertifiziert

Die Pflege zu Hause Küffel ist erneut nach der DIN SPEC 33454 zertifiziert worden. Damit unterzieht sich das Hamburger Unternehmen wiederholt einem unabhängigen Zertifizierungsverfahren und weist die Erfüllung der hohen Qualitätsstandards für die Vermittlung und Begleitung in der häuslichen Betreuung nach. Bereits am 1. März 2021 zählte Pflege zu Hause Küffel bundesweit zu den ersten beiden Unternehmen überhaupt, die damals das DEKRA-Zertifikat nach diesem Standard erhielten. Heute gehört der Hamburger Anbieter zu den bundesweit lediglich drei Unternehmen, die diese anspruchsvolle Zertifizierung aktuell nachweisen können. (ck)

Worauf es bei der Prüfung ankommt

Nachdem Teil 1 die neuen Prüfregeln, die Bewertungskategorien, die Stichprobenauswahl und den Ablauf am Prüfungstag dargestellt hat, geht es nun darum, welche Bedeutung das Fachgespräch künftig hat, wie Dokumentationsmängel zu bewerten sind und welche Rolle Versorgungsauftrag, Abrechnungsprüfung und Abschlussgespräch spielen.



Die Regelprüfung umfasst auch die Abrechnung. Geprüft werden mindestens sieben Tage, möglichst einschließlich eines Wochenendes oder zweier Feiertage. Foto: Adobe Stock/contrastwerkstatt

Von Chantal Hagège

Die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) werten das Fachgespräch mit den Mitarbeitenden deutlich auf. Fachlich plausible und nachvollziehbare Angaben der Pflegekräfte sind gegenüber der schriftlichen Dokumentation nicht nachrangig. Eine einseitig auf die Dokumentation ausgerichtete Prüfung ist ausdrücklich zu vermeiden.

Für die Praxis heißt das: Wird etwa beanstandet, ein bestimmtes Risiko sei nicht berücksichtigt worden, kann die zuständige Pflegekraft erläutern, was sie beobachtet, welche Maßnahmen sie eingeleitet und wie sie die Entwicklung eingeschätzt hat. Das wirkt nur, wenn die Angaben konkret, fachlich plausibel und widerspruchsfrei sind. Allgemeine Beteuerungen helfen nicht. Das Gespräch sollte deshalb möglichst mit den Mitarbeitenden geführt werden, die die betreffende Person tatsächlich versorgen.



„Notieren Sie laufend, welche Feststellungen Sie für unzutreffend halten und welche Informationen das Prüfteam möglicherweise nicht berücksichtigt hat."

Chantal Hagège
Foto: privat

Nach den neuen QPR reicht das bloße Fehlen von Einträgen in der Pflegedokumentation nicht aus, um ein Qualitätsdefizit nachzuweisen. Eine wichtige Ausnahme gilt für die individuelle Maßnahmenplanung. Sie muss schriftlich vorliegen. Fehlt sie vollständig, wird das als Defizit bewertet und nicht nur als Auffälligkeit. Ist sie lediglich lückenhaft, lässt sich aber aus anderen Quellen belegen, dass die Versorgung bedarfsgerecht erfolgt ist, kann eine bloße Auffälligkeit vorliegen.

Außerdem muss die Bewertung die Grenzen des Versorgungsauftrags berücksichtigen. Anders als ein Pflegeheim ist ein ambulanter Dienst nur für die vereinbarten Leistungen verantwortlich. Wer ausschließlich bei der Nahrungsaufnahme unterstützt, dem kann eine unzureichende Körperpflege nicht ohne Weiteres als eigenes Versorgungsdefizit zugerechnet werden. Auch Entscheidungen der Pflegebedürftigen und das Verhalten von Angehörigen können die Handlungsmöglichkeiten begrenzen. Eigene Pflichten wie Risikoerkennung und Beratung bleiben davon unberührt.

Die Regelprüfung umfasst auch die Abrechnung. Geprüft werden mindestens sieben Tage, möglichst einschließlich eines Wochenendes oder zweier Feiertage. Herangezogen werden unter anderem Pflegeverträge, Leistungsnachweise, Rechnungen, Handzeichenlisten, Dienst- und Tourenpläne sowie bei häuslicher Krankenpflege die ärztlichen Verordnungen. Ergeben sich Auffälligkeiten, kann die Prüfung in eine abrechnungsbezogene Anlassprüfung umgewandelt werden.

Hier sollten Sie genau unterscheiden. Eine nicht erbrachte, aber abgerechnete Leistung ist rechtlich etwas völlig anderes als eine erbrachte Leistung mit lückenhafter Dokumentation. Eine Auffälligkeit im Prüfbericht begründet noch keinen bestimmten Rückzahlungsanspruch. Jede spätere Rückforderung muss nach Anspruchsgrundlage, beanstandeter Leistung und Betrag gesondert geprüft werden.

Am Ende der Prüfung teilt das Prüfteam die zentralen vorläufigen Ergebnisse mit. Der Pflegedienst kann dazu Stellung nehmen. Äußert er abweichende Auffassungen zu festgestellten Qualitätsdefiziten, muss das Prüfteam diese schriftlich festhalten. Nutzen Sie diese Möglichkeit. Ein pauschaler Widerspruch gegen das gesamte Ergebnis hilft wenig. Wirksamer ist es, jede strittige Feststellung einzeln zu benennen und kurz zu begründen, warum sie aus Ihrer Sicht nicht zutrifft.

Das Abschlussgespräch: Bereiten Sie das Gespräch während der Prüfung vor. Notieren Sie laufend, welche Feststellungen Sie für unzutreffend halten und welche Informationen das Prüfteam möglicherweise nicht berücksichtigt hat. Bestehen Sie darauf, dass Ihre abweichende Auffassung schriftlich aufgenommen wird. Diese Einwände können später für ein Rechtsschutzverfahren wichtig sein.

Chantal Hagège, LL. M. ist Rechtsanwältin und Fachanwältin für Sozialrecht in Frankfurt. Sie berät und vertritt Dienste bei Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen, gegen Maßnahmenbescheide und Vergütungskürzungen sowie vor Schiedsstellen und Sozialgerichten.

Wie lassen sich Vergütungsverhandlungen unter den neuen gesetzlichen Vorgaben erfolgreich führen? „Kostenrechnung und Vergütungsverhandlungen" zeigt praxisnah, wie wirtschaftliche Personalkosten korrekt kalkuliert, Plausibilität und Wirtschaftlichkeit überzeugend dargestellt und neue Spielräume des § 86a SGB XI erfolgreich genutzt werden. Andreas Heiber vermittelt verständlich, wie ambulante Dienste ihre Kostenrechnung gesetzeskonform aufbauen und Verhandlungen strategisch vorbereiten – mit zahlreichen direkt umsetzbaren Beispielen und Tipps für die Praxis.

Andreas Heiber
Kostenrechnung und Vergütungsverhandlungen
2026, 3. überarb. Auflage, 59,90 €, Best.-Nr. 22560
eBook, 59,90 €, Best.-Nr. 22715

Jetzt bestellen! haeusliche-pflege.net/shop

Vincentz Network · T +49 6123-9238-253 · F +49 6123-9238-244 · service@vincentz.net

VINCENTZ

Arzneimittelversorgung im Alter

MD sieht zu wenig Studiendaten für Hochbetagte.

Sehr alte Patient:innen kommen in klinischen Studien kaum vor. Das wirkt sich auf die Zulassung, die Nutzenbewertung und die Kostenübernahme aus. Beim dritten Diskussionsforum. DIGITAL der SEG 6 „Arzneimittelversorgung" des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe im September ging es außerdem um Polypharmazie, mangelnde Therapietreue und die Schnittstelle zwischen Ärzt:innen und Pflege beim Medikationsmanagement. Fachleute aus Versorgung, Zulassung und Prüfdiensten haben dazu ihre Sicht dargelegt. Christine Newin vom AWO-Landesverband Bayern berichtete aus der Praxis zahlreicher Einrichtungen. Sie nannte die Schnittstelle zwischen medizinischen und pflegerischen Leistungen einen kritischen Punkt. Dazu kämen Schwierigkeiten beim Umgang mit Medikationsplänen, Lücken in der Kommunikation und die Folgen knapper Personal- und Finanzmittel. (ck)

Was nach der Prüfung wichtig wird

Teil 1 hat die neuen Prüfregeln und den Ablauf der MD-Prüfung dargestellt, Teil 2 die Bedeutung von Fachgespräch, Dokumentation, Versorgungsauftrag, Abrechnungsprüfung und Abschlussgespräch. Im dritten Teil geht es nun um die Folgen der Prüfung: Prüfbericht, Maßnahmenbescheid, Rechtsschutz, Vergütungskürzungen und die Veröffentlichung der Ergebnisse.



Wer Einwände schon während der Prüfung festhält und Fristen im Blick behält, verschafft sich die beste Ausgangslage.

Foto: Adobe Stock/contrastwerkstatt

Von Chantal Hagège

Innerhalb von drei Wochen nach der Prüfung erstellt die Prüfinstitution den Prüfbericht. Ein Mangel bleibt darin auch dann dokumentiert, wenn er noch während des Besuchs beseitigt wurde. Prüfen Sie den Bericht sofort darauf, ob der Sachverhalt richtig wiedergegeben ist, ob alle wesentlichen Informationen berücksichtigt wurden und ob die Bewertungen den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) entsprechen.

Rechtlich entscheidend ist eine Unterscheidung, die in der Praxis oft übersehen wird. Der Prüfbericht enthält die Feststellungen des Prüfdienstes. Die belastende Entscheidung treffen erst die Landesverbände der Pflegekassen. Stellen sie Qualitätsmängel fest, entscheiden sie nach Anhörung des Pflegedienstes über die erforderlichen Maßnahmen, erlassen einen Maßnahmenbescheid und setzen eine angemessene Frist zur Mängelbeseitigung. Die Frist muss eine tatsächliche Beseitigung ermöglichen. Sozialgerichte haben etwa die Anordnung, Mängel „sofort“ zu beseitigen, oder unbestimmte Maßnahmen beanstandet.



„Das Fachgespräch und die differenzierte Bewertung von Dokumentationslücken geben Pflegediensten mehr Möglichkeiten als früher, unzutreffenden Feststellungen entgegenzutreten.“

Chantal Hagège
Foto: privat

Gegen einen Maßnahmenbescheid gibt es kein Widerspruchsverfahren. Der Pflegedienst kann direkt Klage beim Sozialgericht erheben. Die Klage hat jedoch keine aufschiebende Wirkung. Soll der Bescheid vorläufig nicht vollzogen werden, muss zusätzlich ein Eilantrag beim Sozialgericht gestellt werden. Werden Mängel nicht fristgerecht beseitigt, droht im äußersten Fall die Kündigung des Versorgungsvertrags. Klagefrist und Rechtsbehelfsbelehrung sind im Einzelfall genau zu prüfen.

Das Gesetz sieht bei Pflichtverletzungen eine Kürzung der Pflegevergütung vor. Kommt keine Einigung über den Betrag zustande, entscheidet die Schiedsstelle. Ob diese Regelung auf ambulante Pflegedienste anwendbar ist, ist allerdings umstritten. Das Einigungsverfahren verweist ausschließlich auf eine Vorschrift, die allein die stationäre Pflege betrifft. In der Kommentarliteratur wird daraus gefolgert, dass die Kürzung auf Pflegeheime beschränkt ist. Andere halten sie auch im ambulanten Bereich für anwendbar.

Ein ambulanter Dienst, der mit einem Kürzungsverlangen konfrontiert wird, sollte die Anwendbarkeit daher schon dem Grunde nach prüfen lassen und gegebenenfalls rügen.

Unabhängig davon stellt das Bundessozialgericht strenge Anforderungen an das Kürzungsverfahren. Vor dem Schiedsverfahren muss ein Einigungsversuch gescheitert sein. Außerdem gilt ein Beschleunigungsgebot. Wird das Schiedsverfahren zu spät beantragt, im entschiedenen Fall erst 21 Monate nach Vorlage des Prüfberichts, ist eine Kürzung ausgeschlossen. Anders als beim Maßnahmenbescheid hat die Klage gegen eine Schiedsstellenentscheidung aufschiebende Wirkung.

Die Prüfergebnisse werden nach der neuen QDVA veröffentlicht. Bevor das geschieht, haben Pflegedienste 28 Kalendertage Zeit, Hinweise zu den vorgesehenen Veröffentlichungen zu geben und strittige Punkte mit den Landesverbänden der Pflegekassen zu klären. Innerhalb dieser Frist können Sie außerdem einen eigenen Kommentar abgeben, der zusammen mit der Qualitätsdarstellung veröffentlicht wird. Die Kommentierung ersetzt aber keinen gerichtlichen Rechtsschutz, wenn eine unzutreffende Darstellung droht. Ob und unter welchen Voraussetzungen Eilrechtsschutz gegen eine konkrete Veröffentlichung nach der Qualitätsdarstellungsvereinbarung (QDVA) gewährt wird, ist noch nicht geklärt und muss im Einzelfall geprüft werden.

Checkliste: Nach einem ungünstigen Prüfbericht

- Bericht sofort auf Sachverhaltsfehler, übersehene Informationen und die richtige Anwendung der Kategorien A bis D prüfen
- Abgleichen, ob die im Abschlussgespräch erhobenen Einwände im Bericht berücksichtigt sind
- Die 28-Tage-Frist für Hinweise und Kommentar zur Veröffentlichung notieren
- Bei einem Maßnahmenbescheid Klagefrist notieren und prüfen, ob ein Eilantrag nötig ist
- Fristen zur Mängelbeseitigung realistisch einschätzen und gegebenenfalls als unangemessen rügen
- Bei einem Kürzungsverlangen die Anwendbarkeit auf ambulante Dienste und den zeitlichen Ablauf prüfen lassen
- Abrechnungsauffälligkeiten nicht vorschnell anerkennen, sondern jeden Einzelfall prüfen

Die neuen Qualitätsprüfungen rücken die tatsächliche Versorgung in den Mittelpunkt. Das Fachgespräch und die differenzierte Bewertung von Dokumentationslücken geben Pflegediensten mehr Möglichkeiten als früher, unzutreffenden Feststellungen entgegenzutreten. Ein Prüfbericht ist aber keine bloße pflegefachliche Rückmeldung. Er kann Grundlage für Bescheide, finanzielle Forderungen und eine ungünstige öffentliche Darstellung sein. Wer Einwände schon während der Prüfung festhält und Fristen im Blick behält, verschafft sich die beste Ausgangslage.

Chantal Hagège, LL. M. ist Rechtsanwältin und Fachanwältin für Sozialrecht in Frankfurt. Sie berät und vertritt Dienste bei Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen sowie vor Schiedsstellen und Sozialgerichten.