



QPR 2026 AMBULANT – KEIN GRUND ZUR PANIK, ABER GRUND ZUM HANDELN

Online-Webinar startet 14:00 Uhr

Pflegesoftware von Profis – seit Jahrzehnten

Seit über 30 Jahren unterstützen wir Pflegedienste mit unserer Software bei der optimalen Organisation ihres Arbeitsalltags.



Über 1.500
Kunden



Über 400.000
Klienten



Über 5.000
Optimierte Routen täglich



Über 50.000
Abgerechnete Leistungen täglich



**Zugelassener TI-
Gateway-Anbieter**
und zugelassener KIM-Anbieter

Ziele von nCara für Sie

- 1. Kosten reduzieren**
- 2. Umsätze steigern**
- 3. Mitarbeiter entlasten und motivieren**

Inhalt

Teil 1: HERLEITUNG DER NEUEN QPR 2026	6
Teil 2: DIE WESENTLICHEN VERÄNDERUNGEN	11
Teil 3: IMPLIKATIONEN FÜR DIE SOFTWARE	17
Teil 4: VORBEREITUNGEN FÜR DIE PRÜFSITUATION	21

Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund
Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulante Pflege
Teil 1a – Ambulante Pflegedienste

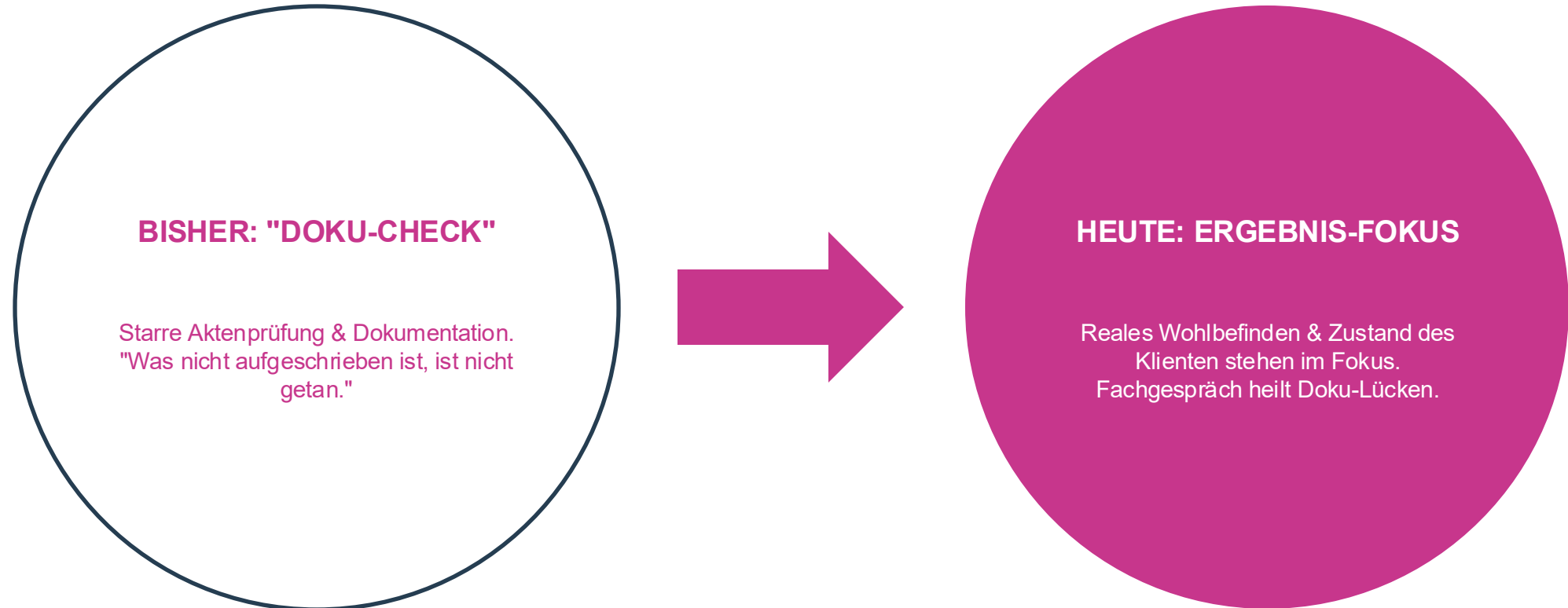
Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff. SGB XI



HERLEITUNG DER NEUEN QPR 2026



Pflegequalität verschiebt sich grundlegend: Von der reinen Dokumentenprüfung zur realen Ergebnisqualität



Wissenschaftliche Fundierung: Starre Aktenpflege weicht dem tatsächlichen Pflegeergebnis

Wissenschaftliche Grundlage:

Die Reform basiert auf umfangreichen Erkenntnissen der Hochschule Osnabrück und der Universität Bielefeld. Kernimpuls war die wissenschaftliche Erkenntnis, dass eine lückenlose Pflegedokumentation oder starre Ordnerstrukturen keine verlässliche Aussage über das reale Wohlbefinden und die tatsächliche Versorgungsqualität der Klienten zulassen.

Der notwendige Kulturwandel:

• Weg von Alibi-Dokumentationen:

Dienste konnten sich bisher über perfekte Akten gute Noten sichern, selbst wenn die reale Pflegepraxis erhebliche Mängel aufwies.

• Stärkung der fachlichen Argumentation:

Pflegefachpersonen stehen nun im aktiven Fachgespräch und begründen ihre Pflegemaßnahmen wissenschaftlich fundiert.

Verbindliche Einführung zum 1. Juli 2026: Die zeitliche Umsetzung des Systemwechsels

Mai 2025 Beschluss

Die Richtlinien wurden vom MD Bund am 19. Mai 2025 erlassen und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach ordnungsgemäßem Beteiligungsverfahren genehmigt.

1. Juli 2026 Inkrafttreten

Der offizielle und historisch bedeutsame Systemwechsel tritt bundesweit in Kraft. Die alten Richtlinien aus 2021 treten gleichzeitig außer Kraft.

Zukunft Echte Transparenz

Prüfergebnisse fließen direkt in verbraucherfreundliche Darstellungen (z.B. den Pflege-Navigator) ein, um echten Qualitätsvergleich zu ermöglichen.

Systematischer Vergleich des neuen Prüfansatzes mit den abgelösten Regelungen

Merkmal	Altes System (bis 30.06.2026)	Neues System (ab 01.07.2026)
Prüffokus	Struktur- und Prozessqualität (Aktenprüfung, Vorhalten von Konzeptordnern).	Ergebnisqualität (realer Zustand des Klienten, Fachgespräch mit Mitarbeitern).
Klassifikation	Starre Ausrichtung an bestimmten "Pflegesituationen" (Silos).	5 flexible Qualitätsbereiche (konsequent personenzentriert).
Dienstendifferenzierung	Pauschalisierte Ansätze für ambulante Anbieter.	Strikte getrennte Prüfungsrichtlinien: Teil 1a (Pflegedienste) & Teil 1b (Betreuungsdienste).
Bewertung	Schulnoten (1 bis 5) für Transparenzbericht.	Vierstufige Risikomatrix (A bis D) zur Defizitgewichtung.

DIE WESENTLICHEN VERÄNDERUNGEN



Der neue personenzentrierte Dreiklang: Das Herzstück der Qualitätsbewertung

QB 1

Unabhängige Aspekte

Risiken & Gefahren unabhängig von gebuchten Leistungen (z. B. Hautzustand, Dehydratation, Mobilitätsabbau).

QB 2

Vereinbarte Leistungen

Qualität der individuell mit dem Kunden vereinbarten SGB XI-Hilfen (z. B. Körperpflege, Alltag).

QB 3

Ärztliche Verordnungen

Fehlerfreie Umsetzung der delegierten SGB V Behandlungspflege (z. B. Medikamente, Wundversorgung).

QB 4

Sonstige Aspekte

Personenbezogene Wünsche & Angehörigenarbeit. Erfassung und Reaktion auf Anzeichen von Gewalt
- Keine A-D Bewertung, sondern reiner Dialog.

QB 5

Einrichtung & Hygiene

Strukturelle QM- und Hygiene-Aspekte auf Organisationsebene des Betriebs. Stark entbürokratisiert.

Unterscheidung des Pflegeaufwandes bei Klienten

- Teilgruppe A (Mobilität & Kognition beeinträchtigt)
- Teilgruppe B (Mobilität beeinträchtigt, Kognition unbeeinträchtigt)
- Teilgruppe C (Mobilität unbeeinträchtigt, Kognition beeinträchtigt)
- Teilgruppe D (Klienten mit besonders aufwändiger HKP)

Die vier Risikoklassen (A bis D): Feste Kriterien verhindern kaschierte Doku-Noten

Kategorie A

Keine Auffälligkeit

Für den geprüften Aspekt liegen keinerlei Anzeichen eines fachlichen Defizits vor. Volle Übereinstimmung mit Qualitätsmaßstäben.

Kategorie B

Auffälligkeit ohne Risiko

Abweichungen vom regelhaften Pflegeprozess ohne Gefährdung (z.B. lückenhafte Dokumentation, während die Pflege am Kunden perfekt läuft).

Kategorie C

Defizit mit Risiko

Schwerwiegender Mangel mit hohem Risiko negativer Folgen für den Klienten (z.B. nicht erfasstes Dekubitus-Risiko). Handlungsbedarf!

Kategorie D

Defizit mit Folge

Kritischer Fehler mit bereits eingetretenen negativen Folgen für den Kunden (z.B. vermeidbarer Dekubitus, falsche Medikamentengabe).

Das Fachgespräch im Zentrum: Mündliche Begründungen heilen Dokumentationslücken

Gleichrangigkeit der Datenquellen

Auskünfte der Pflegekräfte und fachlich schlüssige, mündliche Angaben im Fachgespräch sind zur schriftlichen Dokumentation gleichrangig zu werten. Ein einseitig auf die Aktenlage ausgerichtetes Prüfverfahren ist explizit zu vermeiden. Das bedeutet: Fehlen in der Pflegedokumentation einzelne Einträge, reicht dies allein nicht als Nachweis für ein Defizit aus, wenn die Fachkraft die Versorgungssituation und das Risikomanagement im Dialog schlüssig, plausibel und fachlich kompetent darlegen kann.

Die drei Säulen des Prüfprozesses

1. Hausbesuch & Befragung:

Inaugenscheinnahme des Klienten im häuslichen Umfeld (Einwilligung vorausgesetzt).

2. Fachgespräch:

Mitarbeiter begründen Maßnahmenplanung und Risikobewertung direkt im Gespräch mit den Prüfern.

3. Dokumentation:

Akten dienen als Leitfaden und Orientierungsrahmen vor dem anschließenden Gespräch.

Spezifische Prüfanforderungen für Intensivpflege (AKI) und Psychiatrische Pflege (pHKP)

Außerklinische Intensivpflege (AKI)

- Gesetzlicher Rahmen: § 37c SGB V
- Prüffokus: Beatmungsgerätesicherheit, Trachealkanülenwechsel, Sekret- und Dysphagiemanagement, engmaschige Vitalwertkontrollen
- Stichprobe: Spezielle Stichprobenpläne je nach Anteil der AKI-Klienten im Dienst. Beatmete Klienten werden gezielt priorisiert

Psychiatrische Krankenpflege (pHKP)

- Gesetzlicher Rahmen: Ziffer 27a HKP-Richtlinie
- Prüffokus: Aufbau & Stabilisierung der Pflegeakzeptanz, Alltagsbewältigung, Entwicklung von Krisenstrategien, Integration des sozialen Umfelds
- Besonderheit: Qualitätsbereiche 1 und 4 werden standardmäßig nicht gesondert geprüft. SGB XI Leistungen werden getrennt bewertet

IMPLIKATIONEN FÜR DIE SOFTWARE



Datenstrukturen aufbrechen: Ablösung von Pflegesituationen durch flexible Qualitätsbereiche

ALTE SOFTWARE-LOGIK

- Silo-Struktur: Dokumentationen wurden in starren, isolierten Formularen abgelegt (z.B. getrennt nach 'Körperpflege' oder 'Ernährung')
- Formularfokus: Software fungierte primär als Formular- und Abrechnungsverwalter
- Einheitsbäume: Keine flexible Anpassung nach Dienstformen (Pflegedienst vs. Betreuungsdienst)

NEUE ANFORDERUNGEN AB 2026

- Strukturierung nach 5 QBs: Dokumentation muss sich nahtlos in die neue Qualitätsbereichsstruktur einfügen. Eingabemasken müssen den QBs folgen.
- Trennung nach Dienstform: Bereitstellung unterschiedlicher Dokumentationsbäume für Pflegedienste (Teil 1a) und Betreuungsdienste (Teil 1b).
- Prozess-Steuerung: Die Software muss als Qualitätsmanagementsystem dienen.

Das Risiko-Dashboard als Symptom-Radar: Risiken erkennen, bevor der Prüfdienst eintrifft



Intelligente Pflegeberichts-Aggregation

Da Risiken in QB 1 unabhängig von gebuchten Leistungen bewertet werden, benötigt die Software ein Frühwarnsystem (Cockpit):

- Aggregation auffälliger Parameter: Registriert die Software im mobilen Bericht, dass ein Klient (obwohl nur Medikamente gebucht sind) seit drei Tagen kaum getrunken hat oder sturzgefährdet ist, muss sofort ein Warnsignal an die PDL ausgegeben werden
- Integration wissenschaftlicher Assessments: Digitale Verknüpfung der nationalen Expertenstandards (Sturz, Dekubitus, Schmerz) in der Maßnahmenplanung (PDCA-Zyklus)

Laufende Erfassung der drei QPR-Merkmale: Struktur und Gültigkeitsverwaltung in der Software

Beeinträchtigung Mobilität

Ermittlung des Fortbewegungsstatus und Lageveränderung anhand einer aktuellen MD-Begutachtung (Modul 1) oder einer strukturierten eigenen Einschätzung des Dienstes.

Gültigkeit & Statussteuerung:

Die Gültigkeit beträgt standardmäßig 12 Monate. Danach schaltet der Status auf 'Fällig'.

Beeinträchtigung Kognition

Bewertung kognitiver Einschränkungen (Modul 2 des MD-Begutachtungsinstruments, z.B. Orientierungsstörungen), um die korrekte Stichprobengruppe (A, B oder C) zu ermitteln.

Gültigkeit & Statussteuerung:

Die Gültigkeit beträgt standardmäßig 12 Monate. Danach schaltet der Status auf 'Fällig'.

Beatmung (Spezialmerkmal)

Ermittlung, ob eine maschinelle Beatmung vorliegt. Dient zur gezielten Steuerung von AKI-Klienten in der Stichproben-Schnittstelle.

Gültigkeit & Statussteuerung:

Die Gültigkeit beträgt standardmäßig 12 Monate. Danach schaltet der Status auf 'Fällig'.

Automatisierte Stichproben-Schnittstelle: Generierung der 5-spaltigen Personenliste

Spalte 1 Identifikation

Name, Vorname

Namentliche Erfassung aller
SGB XI- und SGB V-
Klienten am Stichtag in
alphabetischer Reihenfolge.

Spalte 2 Kontaktdaten

Betreuungsperson

Name und Kontaktdaten
der bevollmächtigten
Kontaktperson (wird nur mit
Rang 1 exportiert).

Spalte 3 Teilgruppen

Gruppen A / B / C

Kombination der
evaluierten Merkmale für
Mobilität und kognitive
Fähigkeiten.

Spalte 4 Behandlung

Aufwändige HKP

Prüfung aufwändiger
verordneter Maßnahmen
(Ziffer 6, 8, 29, 31a).

(Absaugen,
Bedienung/Überwachung
eines Beatmungsgeräts,
Wechsel/Pflege der
Trachealkanüle,
Wundversorgung einer
chronischen/schwer
heilenden Wunde)

Spalte 5 Spezialdienst

Intensiv / pHKP

Angaben zur
außerklinischen
Intensivpflege (B, EV, MV)
oder psychiatrischen Pflege
(E).

VORBEREITUNGEN FÜR DIE PRÜFSITUATION



Der neue Prüfablauf vor Ort



Ziehung der MD-Zufallsstichprobe: 9 Klienten bestimmen das Prüfungsergebnis

Zusammensetzung der 9er-Stichprobe

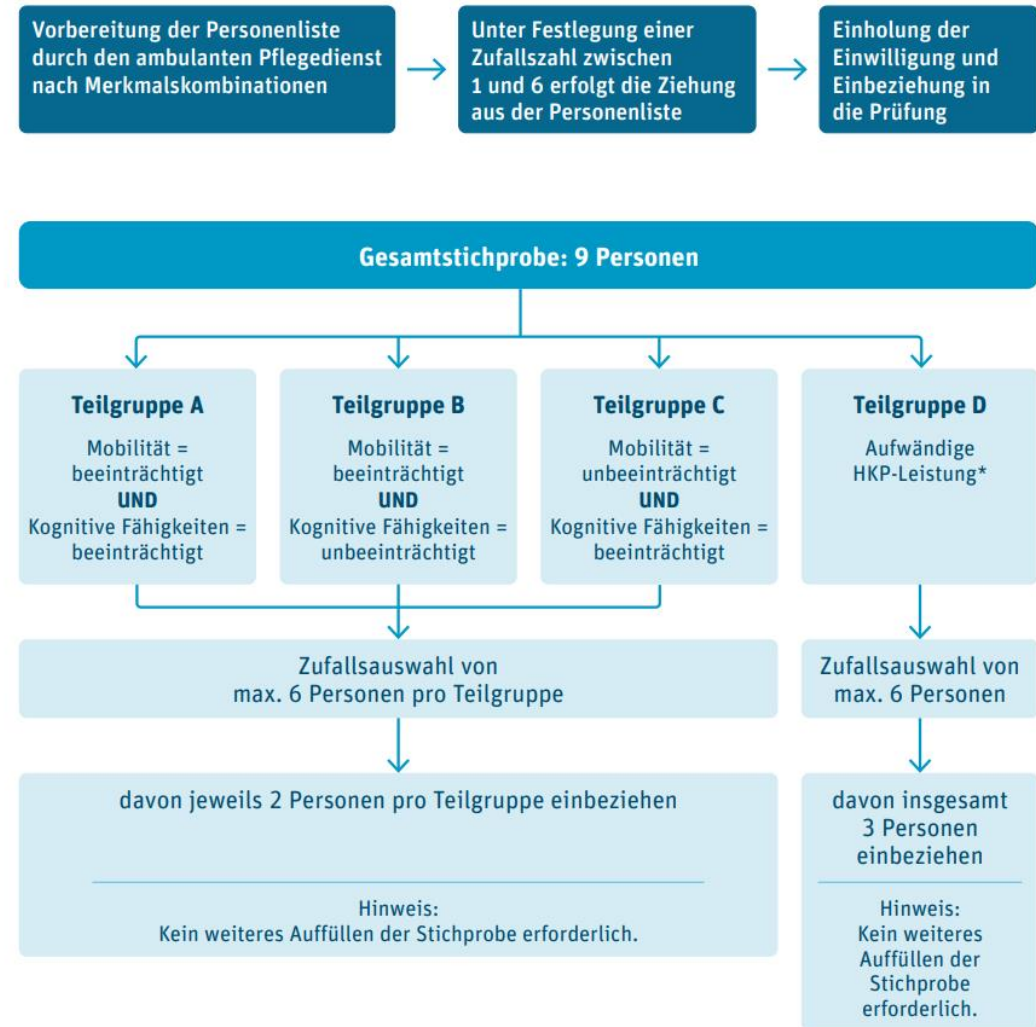
Die Stichprobe für allgemeine Pflegedienste wird per Zufallsprinzip (Zahl zwischen 1 - 6) direkt am Tag der Prüfung aus der alphabetischen Personenliste gezogen:

- Teilgruppe A (Mobilität & Kognition beeinträchtigt): 2 Personen
- Teilgruppe B (Mobilität beeinträchtigt, Kognition unbeeinträchtigt): 2 Personen
- Teilgruppe C (Mobilität unbeeinträchtigt, Kognition beeinträchtigt): 2 Personen
- Teilgruppe D (Klienten mit besonders aufwändiger HKP): 3 Personen

Verfahren & Einwilligungspflicht

- Zufallsintervall: Der Prüfer wählt eine Zufallszahl von 1 bis 6. Diese bestimmt die Abstände der auszuwählenden Personen in der alphabetischen Liste.
- Zwingende Einwilligung: Jeder gezogene Klient (oder dessen gesetzlicher Betreuer) muss vorab aktiv einwilligen. Verweigert ein Klient die Zustimmung, wird automatisch die nächste Person auf der Liste herangezogen.
- Kein Auffüllen: Kann die Stichprobengröße (z.B. wegen fehlender Einwilligungen) nicht komplettiert werden, erfolgt kein willkürliches Auffüllen aus anderen Klassen.

Ziehung der MD- Zufallsstichprobe: 9 Klienten bestimmen das Prüfungsergebnis



* Ziffer 6 Absaugen, Ziffer 8 Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts, Ziffer 29 Wechsel und Pflege der Trachealkanüle, Ziffer 31a Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde.

Fokus auf die Klientenbegegnung: Bewertung des Allgemeinzustands im häuslichen Umfeld

1. Allgemeinzustand prüfen

Im Hausbesuch bewertet der Prüfer den allgemeinen Zustand des Klienten (Haut, Ernährung, Mobilität, Kontinenz) unabhängig von den gebuchten Leistungen. Erkannte Risiken müssen in der Doku gesteuert sein.

2. Stammdatenpflege Rang 1

Stellen Sie sicher, dass in der Klientenakte Kontaktpersonen, rechtliche Betreuer und Bevollmächtigte mit Rang 1 hinterlegt sind. Nur diese werden in den MD-Export zur schnellen Kontaktaufnahme übermittelt.

3. Leistungs-Ausschluss

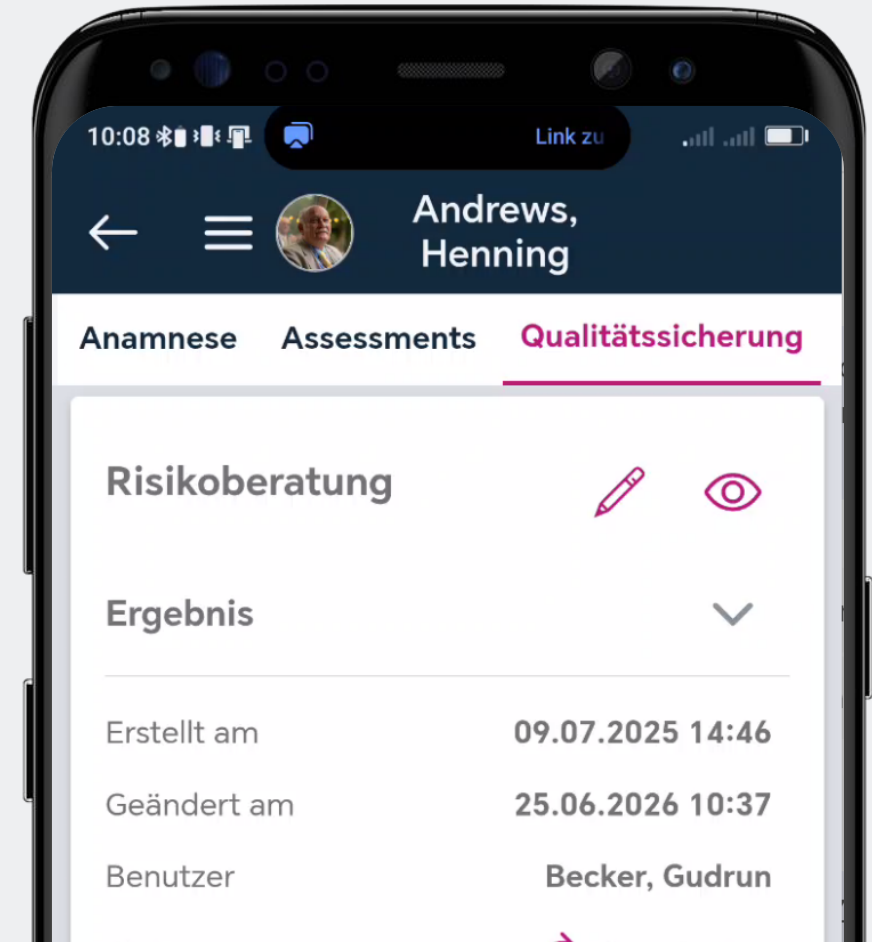
Klienten, die ausschließlich Hilfen zur Haushaltsführung, Entlastungsleistungen oder Beratungsbesuche (§37.3) erhalten, zählen nicht für die MD-Stichprobe. In der Software müssen diese Leistungen vorab gekennzeichnet sein.

TEIL 4: VORBEREITUNGEN FÜR DIE PRÜFSITUATION

Mitarbeiter fit machen für das Fachgespräch: Gezielte Unterstützung und mobile Leitfragen

Mobile App-Unterstützung mit myCara am Point-of-Care

- Digitale Spickzettel: Nutzen Sie mobile Softwarelösungen, um Ihren Mitarbeitern beim Hausbesuch im Beisein des Prüfers die offiziellen MD-Leitfragen innerhalb der digitalen Kundenakte bereitzustellen.
- Fachliche Argumentation stärken: Schulen Sie Pflegekräfte, Maßnahmen nicht nur nach 'Gefühl' zu begründen, sondern unter explizitem Bezug auf Expertenstandards und die individuelle Maßnahmenplanung.



Mitarbeiter fit machen für das Fachgespräch: Gezielte Unterstützung und mobile Leitfragen

Plausibilitätsprüfungen & Widersprüche

- Widerspruchsfreie Dokumentation: Die schlüssige mündliche Darstellung hat zwar denselben Stellenwert wie die Akte, darf aber nicht im eklatanten Widerspruch zur Dokumentation stehen. Widersprüchliche Angaben sind für den Prüfer wertlos.
- Softwareseitige Warnungen: Richten Sie automatische Plausibilitätsprüfungen ein, falls mobile Datenerfassung und Pflegeplanung voneinander abweichen (z.B. abgezeichneter Leistungsnachweis ohne korrespondierenden Verlaufsbericht bei Abweichungen).

Interne Audits etablieren: Systematische Prüfung von Abrechnungen, Verträgen und Handzeichen

Die Vorbereitungs-Checkliste

Alle aktiven Klienten sind nach den QPR-Kriterien vollständig evaluiert.

Verträge und Leistungsnachweise sind lückenlos unterschrieben.

Handzeichenlisten sind inklusive lebenslanger Beschäftigtennummern (LBNR) gepflegt.

Für alle Stichproben-Schnittstellen (AKI, pHKP) liegen gültige Genehmigungen vor.

Das interne QM führt regelmäßige Fallbesprechungen und Pflegevisiten durch.

Prüfbereich	Gegenstand des internen Audits	Häufigkeit
Pflegeverträge	Abgleich der aktuell erbrachten Leistungen mit den vertraglichen Vereinbarungen.	Vierteljährlich
Leistungsnachweise	Vollständigkeit der Handzeichen, Übereinstimmung mit Touren- und Dienstplänen.	Monatlich
Abrechnung	Einhaltung von Abrechnungsausschlüssen, Abschlagsregelungen, Qualifikationsvorgaben.	Monatlich (Abrechn.)

Q&A – Ihre Fragen

Wir besprechen Ihre Fragen, die während des Webinars gestellt wurden.



Viel Erfolg für eine gelungene Digitalisierung

Nehmen Sie mit uns Kontakt auf!
Wir liefern Digitalisierung mit Wirkung



Kontakt | nCara
www.ncara.de