



Von Andreas Heiber, Unternehmensberater aus Bielefeld und Experte in Fragen des SGB XI

Chancen vertan

Die neue, überarbeitete Prüfanleitung für den MDK geht teilweise an der Praxis vorbei

Natürlich ist die neue MDK-Anleitung eine Verbesserung des bisherigen Konzepts. Auch die Ausrichtung an standardisierten Qualitätssicherungssystemen und die Trennung von ambulanter und stationärer Anleitung sind sinnvoll. Vieles im neuen MDK-Konzept hat jedoch mit der Praxis der Pflegedienste wenig zu tun.

Zunächst die Schlüsselfrage: Wer ist eigentlich für die Ausarbeitung einer verbindlichen Prüfanleitung nach § 80 zuständig? Nach bisheriger Rechtslage das Gremium, das die „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen“ festgelegt hat. Also die komplette Selbstverwaltung (Kostenträger, Leistungserbringer unter Beteiligung des MDK sowie die Fachverbände der Pflege). Leider hat das Gremium in seinem richtungsweisenden Papier von 1996 die Grundsätze/Maßstäbe zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nicht ausformuliert.

Keine rechtliche Bindung nach außen

Diese Lücke hat dann selbstständig die MDK-Gemeinschaft geschlossen. Allerdings formal gesehen (siehe Rechtsgrundlage) nur mit interner Wirkung für den MDK, allerdings mit keinerlei rechtlicher Bindungswirkung nach außen. Warum jetzt bei der Überarbeitung zwar die Kostenträger (Pflegekassen) vertreten waren, nicht jedoch die Pflegeverbände, ist eine offene Frage: Zugleich wird hier eine große Chance auf mehr Akzeptanz vertan. Auch fehlt gerade für den ambulanten Bereich in vielen Details offensichtlich das praktische Fachwissen

um die Realitäten ambulanter Pflege. Was weiterhin erstaunlich ist an einer Anleitung zur Qualitätssicherungsprüfung: Hier wird keinerlei Evaluationsphase vorgesehen. Während sich die Pflege ständig weiterentwickeln soll und bewusst die erreichten Schritte überprüft, gilt dies nicht für die MDK-Anleitung. Sie wird gesetzt und soll gelten. Auch im Detail gibt es für den ambulanten Bereich einiges kritisch zu hinterfragen.

Ein neuer Fachbegriff?

So wird ein neuer Fachbegriff als Standard eingeführt, der zu erfüllen wäre: die Ganzheitspflege. Sie wird definiert als „nachvollziehbare schriftliche fixierte Zuordnung von Pflegebedürftigen zu bestimmten Pflegeteammitgliedern“. Diese aus dem stationären Bereich übernommene „Definition“ bedeutet, auf den ambulanten Bereich übertragen, eine schriftliche Zuordnung von Pflegekunden zu Mitarbeitern. Was ist aber, wenn sich eine Tour ändert, wenn Mitarbeiter ausfallen, wenn sich Bedarfe und damit Tourenzusammenstellungen ändern? Im ambulanten Bereich gibt es erheblich mehr sich verändernde Situationen als im stationären Bereich. Die Kontinuität durch eine feste Zuordnung zu gewährleisten, hieße in der Konsequenz, eine unwirtschaftliche Einsatzplanung zu fordern. Die stationäre Bereichspflege, die wohl hier in einem neuen Begriff herkommt, kann so nicht ambulant übersetzt werden. Übrigens steht in den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 etwas anderes: „Durch die Bildung überschaubarer Pflegeteams ist eine größtmögliche Kontinuität sicherzustellen, damit pflege- und betreuungsbedürftige Menschen von möglichst wenigen Personen betreut werden.“ Da die Anleitung auch diesen Absatz zitiert, stellt sich die Frage, warum dann die „Ganzheitspflege“ überhaupt eingeführt wird.

Ein weiteres Beispiel für eine andere ambulante Realität ist die Forderung, Tourenpläne müssen immer die Unterschrift der verantwortlichen Planungskraft tragen. Auch hier wird eher der Rückbezug in unsinnige Strukturmerkmale gesucht als eine für den ambulanten Bereich praktische Lösung. Tourenpläne stehen immer in der Verantwortung der Planungskraft, dies muss nicht noch durch eine Unterschrift bewiesen werden. Ein Bereich sei hier noch genauer betrachtet: der nun sinnvollerweise stärkere Fokus auf die Prozessqualität. Die

Pflegebedürftigen werden nun viel stärker in die Beurteilung einbezogen. Aber auch hier wird es wieder schwierig: So ist unter Punkt 2.1.6 (Erhebungsbogen beim Pflegebedürftigen) vermerkt: Bei Widersprüchen zwischen Dokumentation im Leistungsnachweis und Aussage des Pflegebedürftigen/Angehörigen gilt die Aussage. Mit Blick auf einzelne kriminelle Pflegedienste mag dies richtig sein, die Realität sieht jedoch anders aus. Da wird am Monatsanfang eine Leistung erbracht und im Leistungsnachweis eingetragen. Am Monatsende wird das Budget von 750 Mark (383,47 Euro) überschritten. Der Sohn fragt nach, und sein Vater erinnert sich nicht mehr an das zusätzliche Vollbad am Monatsanfang. Recht hätten nun Vater und Sohn. Der Pflegedienst könnte dieser „Falle“ nur entgehen, wenn er Leistungsnachweise verwendet, die täglich vom Pflegebedürftigen abgezeichnet werden können. Jedenfalls ist die in der Anleitung festgelegte einseitige Parteinahme im Einzelfall weder sachgerecht noch hilfreich.

Prüfkriterien nicht praktikabel

Völlig allein gelassen wird der Prüfer bei der Beurteilung des eigentlich Schwierigen: Durch die Teilkaskoaufträge ist die Verantwortung des Pflegedienstes für pflegerische Defizite schwer herauszuarbeiten. Es werden zwar so wichtige Werkzeuge wie die Bradenskala dargestellt und erläutert. Aber wie weit der Pflegedienst für was zuständig war, wird über einen Dreizeiler nach dem Motto „Ambulant ist alles anders!“ offen gelassen. Es ist zwar schön, wenn ausführlich beispielsweise über Flüssigkeitsbilanzierung oder den Umgang mit Inkontinenzproblemen geschrieben wird, aber welcher ambulante Pflegedienst hat dafür schon den Auftrag vom Pflegebedürftigen/Angehörigen?

Zusammengefasst: Ohne offensichtlichen Grund wurde nicht die komplette Selbstverwaltung nach § 80 in die Weiterentwicklung integriert. Eine Versuchs- oder Evaluationsphase ist nicht vorgesehen. Prüfkriterien für die ambulante Pflege sind teilweise nicht praktikabel, weil aus dem stationären Bereich übernommen. Hoffentlich bringt das neue PQsG hier für den ambulanten Bereich Fortschritte.