

Ein Plädoyer für mehr Selbstbewusstsein und Gelassenheit im Umgang mit MDK und Kostenträgern

Viele ambulante Pflegedienste kennen die Situation: Da wurden ordnerfüllende Qualitätshandbücher mit viel Aufwand und Energie erstellt, die Mitarbeiter mehrmals wiederholt in deren Inhalten geschult und nach einer Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) sind viele ernüchtert und enttäuscht, da Vieles von diesem als „schlecht oder ungenügend“ kritisiert wurde und die Bewertungsnote (PTVA / „Qualitäts-“ Note) dementsprechend schlecht ausfiel. Die Liste der „Guten Ratschläge“, d.h. „Maßnahmen und Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten“, ist gegebenenfalls mehrere Seiten lang und soll zum Teil binnen kürzester Zeit abgearbeitet und umgesetzt werden. Selbst wenn man dies ‚unreflektiert‘ tut, ist dies keine Garantie dafür, dass bei der nächsten MDK-Prüfung, und die kommen ja seit 2011 jährlich, nicht ein anderes Prüfteam dies alles völlig anders sieht und bspw. seinerseits Empfehlungen gibt, die genau dem entsprechend was das vorangegangene Prüfteam vorher kritisiert hat.

Aber dies ist Realität in Deutschland, die sich vermutlich so hundert bis tausendfach jedes Jahr wiederholt, einmal ganz davon abgesehen, dass die „objektiven Prüfkriterien“ je nach Bundesland unterschiedlich ausgelegt werden; dazu muss man sich ja nur einmal die unterschiedlichen PTVA-Durchschnittsnoten (s. hier:

http://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/Newsletter_Pflegenoten.html) in den einzelnen Bundesländern ansehen. Die Prüfergebnisse schwanken in Teilbereichen von 1,5 bis 2,3 und sind mit einem einheitlichen und objektiven Prüfverfahren eigentlich kaum in Einklang zu bringen.

Verständlich wird dies insbesondere wenn ein großer MDK (Landesverband) in einem Stellungnahmeverfahren schreibt: *„Empfehlungen werden grundsätzlich ausgesprochen, wenn hierfür keine gesetzlichen Grundlagen oder vertraglichen Vorgaben zu Grunde liegen. Empfehlungen dienen dazu, die Qualität der Versorgung weitergehend zu verbessern.“*

Das heißt übersetzt: dieser und vermutlich auch viele andere Landesverbände des MDK entwickeln also eigene Prüf- und vor allem Wertungsmaßstäbe und geben hierzu (in diesem Sinne ungefragt) „Empfehlungen“ ab. Dabei sind sie aber „nur“ eine Prüfinstanz wie vergleichsweise der TÜV oder die DEKRA und eben nicht Gesetz-, Verordnungs- oder Richtliniengeber, geschweige denn Vertragspartner! Gerechtfertigt wird dieses Vorgehen im Nachhinein meist mit der Aussage „neben dem Prüfauftrag auch einen Beratungsauftrag“ zu haben und daher einen beratungsorientierten Ansatz zu verfolgen, den man allerdings nach eigenem Gutdünken interpretiert.

Entscheidend für die Bewertung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen einer Qualitätsprüfung sind und bleiben nur die gesetzlichen Grundlagen (Gesetze, Richtlinien, Rahmenvereinbarungen auf Bundes- und / oder Landesebene) sowie die vertraglichen Regelungen zwischen Kranken- und Pflegekassen einerseits und dem ambulanten Pflegedienst andererseits.

Die Landesverbände der Pflegekassen (LV PK), die letztendlich über die umzusetzenden Maßnahmen entscheiden müssen, sitzen aber häufig zwischen den Stühlen. Sie haben meist ‚keinen eigenen Sachverstand‘ und verlassen sich daher auf die Aussagen und Empfehlungen der MDK'en. Sie übernehmen dann - oftmals meist unreflektiert - die Maßnahmen eins zu eins in ihre Auflagenbescheide, obwohl dies in einigen Gerichtsurteilen schon negativ moniert wurde. Zu den weiteren „Empfehlungen“ der MDK'en schreiben sie dann meist, dass man davon ausgehe, dass diese ebenfalls umgesetzt werden „sollen“. Dies (miss-)verstehen die viele Pflegedienste dann ebenfalls als (Umsetzungs-)Pflicht!

Die Tatsache, dass die LV PK dabei häufig die eigenen vertraglich vereinbarten Regelungen mit den ambulanten Pflegediensten, zum Beispiel was Qualifikationsanforderungen für krankenflegerische

Leistungen angeht, außer Acht lassen, ist allerdings so nicht zu entschuldigen. Zumindest hier sollten sie vertraglichen Grundlagen kennen und dies bei ihren Bescheiden berücksichtigen!

Umso wichtiger ist es, dass sich die Pflegedienste selbst gut mit den gesetzlichen Regelungen und den eigenen Verträgen auskennen, um dann - aus der eigenen Fachlichkeit heraus - mit den beteiligten Instanzen (MDK, LV PK und gegebenenfalls Gutachter und Richter) auf Augenhöhe reden zu können. Man ist als Pflegedienst, was die Kranken- und Pflegekassen angeht, Vertragspartner und nicht Bittsteller oder gar ‚Befehlsempfänger‘. Wer sich ohne inhaltliche Prüfung jegliche Aussage des MDK bzw. der Pflegekassen zu Eigen macht, wird eher zum Spielball denn zum geachteten und respektierten Vertragspartner. Dann ist man, wie eingangs geschildert, gegebenenfalls gezwungen ständig seine Abläufe, die Qualitätsstandards- und Handbücher mit viel unnötigem Aufwand zu ändern; von der Frustration und Demotivation der Mitarbeiter einmal ganz abgesehen.

Wie aber sollte man mit all diesen Erkenntnissen am besten umgehen?

Aus der Erfahrung vieler MDK-Prüfungen, seien es Begleitungen während der Prüfungen, Stellungnahmen, Gutachten im Rahmen von Widerspruchs- und Klageverfahren und der Begleitung beim Aufbau von Qualitätsmanagementsystemen in ambulanten Pflegediensten kann ich Folgendes (generell) empfehlen:

Es gibt nicht „den einen Weg“, sondern nur „den eigenen Weg“!

Es lohnt sich sein eigenes Qualitätsmanagementsystem von Grund auf selbst zu entwickeln. Wenn dies aus der Mitarbeiterschaft heraus geschieht, ist dies besser als ein teures, vorgefertigtes Systemhandbuch zu kaufen und auf den Pflegedienst anzupassen. Ein fremdes System einzuführen ist meist zeitaufwendiger und vor allem stehen die Mitarbeiter oftmals nicht dahinter, es bleibt deshalb oft ein Papiertiger. Qualität kann sich nur dort entwickeln, wo die Mitarbeiter das zunächst theoretische System auch „beseelen und leben“.

Gegebenenfalls muss das eigene System auch gegenüber und gegen die Meinungen von MDK und Kostenträgern vertreten werden. Dies geht jedoch nur, wenn man aus der Kenntnis und Fachlichkeit heraus auf Augenhöhe argumentieren und diskutieren kann. Auch dies ist bei einem selbst entwickelten System viel einfacher.

Dazu gehört, dass sich dabei auch die Geschäftsführung schützend vor Ihre Mitarbeiter stellen müssen und gegebenenfalls, bis hin zur rechtlichen Auseinandersetzung den vom Pflegedienst eingeschlagenen Weg konsequent verfolgen. Denn sich ständig nach evtl. widersprechenden Wertungen und Prüfergebnissen zu richten, frustriert und demotiviert nur. Das heißt nicht, dass man auch immer Recht bekommt. Allerdings nehmen die Mitarbeiter dies völlig anders wahr, als wenn man die „x-te“ Dienstanweisung mit Änderungen bzgl. der Abläufe etc. herausgibt, mit der Begründung „der MDK hat gesagt“. So einfach darf man es sich nicht machen!

Thema Pflegedokumentation:

Die Pflegedokumentation sollte so schlank wie möglich gehalten werden.

Die Pflegedokumentation ist in erster Linie ein Arbeitswerkzeug aller (!) an der Pflege (Pflegekräfte sowie familiäre und andere Pflegepersonen) und Behandlung (Ärzte, Pflegekräfte, Angehörige, Therapeuten) Beteiligter und erst in zweiter Linie ein Dokumentationssystem zum Nachweis von gesetzlichen und/oder vertraglich geforderten Punkten (Kranken- und Pflegekassen, MDK, Angehörige)! Sie muss ein reflektierendes Arbeiten ermöglichen.

Hierzu sollte es ein einfaches, schnell überschaubares und unterstützendes System sein, mit dem man einfach und unkompliziert umgehen kann. Ist das Dokumentationssystem zu umfangreich, zu kompliziert aufgebaut, zu aufwendig zum Dokumentieren, aber auch zum Lesen, dann wird es kaum, oder zumindest nicht richtig genutzt und mehr als Muss empfunden: „Wir müssen für den MDK

dokumentieren“. Das es dann auch noch in MDK-Prüfungen zu Problemen kommt, ist somit fast unvermeidbar.

Tipps:

1. Seien Sie mutig und entschlacken Sie Ihre Pflegedokumentationen! Befragen sie vor allem einmal die Springer, Aushilfen oder evtl. eingesetzte Zeitarbeitsmitarbeiter hierzu. Gerade diese müssen mit dieser sehr schnell zurechtkommen und alle für die konkrete Pflege relevanten Informationen finden und auch aufschreiben können. Alles was die Mindestanforderungen übersteigt (s.a. Kasten 1) und gleichzeitig ‚unnötig‘ ist, also keine konkrete Hilfe für die Mitarbeiter oder andere an der Pflege Beteiligte darstellt, nehmen Sie raus!

Bspw. zusätzliche (separate) Durchführungsnachweise zum Leistungsnachweis: letzterer ist in den allermeisten Fällen (wenn der eigene Vertrag nichts anderes vorsieht) auch gleichzeitig der Durchführungsnachweis der erbrachten Leistungen.

Oder das „Medikamentenblatt“. Er findet sich meist auch dann in der Pflegedokumentationsmappe, wenn es keine ärztliche Verordnung (zu Lasten der Krankenkasse) oder zumindest eine ärztliche Anordnung an den Pflegedienst für die „Gabe oder das Stellen von Medikamenten“ gibt. Folglich sind die dort protokollierten Medikamente auch sehr häufig nicht auf dem aktuellen Stand der Verordnung (weil der Pflegedienst formal nicht involviert ist). Unabhängig von dem hierfür betriebenen Aufwand (vom Arzt besorgter Medikamentenplan), kann dies bei einem Notfalleinsatz von Rettungsdiensten oder hausärztlichen Bereitschaftsdiensten unter Umständen zu schwerwiegenden Missverständnissen führen, wenn eine evtl. zwischenzeitlich veränderte Medikation hier nicht protokolliert ist. Füllt man ein Medikamentenblatt aus, so ist man auch für dessen Aktualität verantwortlich! Ein solches Formular sollte also nur dann geführt werden, wenn der Pflegedienst tatsächlich auch die Medikamente gibt oder stellt. Im Stammbblatt wird ansonsten nur vermerkt, dass gegebenenfalls notwendige Medikamente „von den Angehörigen verabreicht werden“. Bei Bedarf muss dann der Rettungs- oder ärztliche Notdienst diese dort erfragen. Unabhängig von einer Gabe durch Angehörige sollten spezielle Krankheiten und damit verbundene Medikamente gut sichtbar, auf dem Stammbblatt vermerkt werden, bspw. „Insulinpflichtiger Diabetiker“ oder „Marcumar-Patient“. Dies ist allemal ausreichend und sicherer als falsche Pläne, verursacht auch keinen unnötigen hohen Aufwand und minimiert das Haftungsrisiko beim Pflegedienst.

Ebenso sind viele Formulare nur im Einzelfall notwendig. Dennoch finden sie sich immer wieder standardmäßig in Pflegedokumentationen und sind zum Teil mit Namen etc. versehen. Dies macht die Dokumentation unübersichtlich und verschlingt Personalressourcen. Besser ist es eine Mappe mit eher selten benötigten Blankoformulare im Dienstwagen aufzubewahren und nur im Falle eines ‚akuten‘ Bedarfes dieses der Dokumentation hinzuzufügen. Dies können bspw. Assessmentbögen sein, oder aber auch häufig genutzte Leerblätter wie Pflegeberichte.

2. Nutzen Sie einen Pflegeablaufplan als handlungsorientierte Zusammenfassung der Pflegeplanung. Dann sind in der Leistungserbringung nur Ausnahmen von der dort beschriebenen Regel zu dokumentieren, bspw. wenn mehr oder weniger gemacht wurde als geplant.

3. Nachdem das Dokumentationssystem von unnötigen Formulare etc. entschlackt ist, fragen sie die Mitarbeiter nach einer sinnvollen Sortierung: unabhängig vom Inhalt, sollte jenes nach vorne sortiert werden, was häufig gebraucht wird; dies spart Zeit. Zu allererst werden das meist die Leistungsnachweise SGB V, SGB XI und Serviceleistungen sein, gefolgt von einem Pflegeablaufplan und dem Pflegebericht. Erst danach gegebenenfalls Medikamentenblatt und vielleicht eine Wunddokumentation. Pflegeplanungen (mit Leistungsaufteilung: Übersicht der von den Pflegepersonen übernommenen notwendigen Leistungen), Verordnungen, Pflegeverträge,

Kostenvoranschläge und Preislisten, Stammbblätter, Risikoerfassungsbögen, Beratungsprotokolle sowie Überleitungsbogen und weitere benötigte Blätter können eher nach hinten.

Kasten 1: Welche Mindestanforderungen an eine Pflegedokumentation existieren?

Schauen Sie in den verschiedenen Regelwerken nach, welche Mindestanforderungen bei Ihnen (je nach Bundesland bzw. Krankenkassenvertrag unterschiedlich) zu erfüllen sind. Diese sind in der Regel definiert oder beschrieben in:

- **§ 113 Abs. 1 SGB XI**
- Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011 (**MuG - Punkt 3.2.1.2**)
- Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (**QPR**) vom 11. Juni 2009 in der Fassung vom 30. Juni 2009 (**Anlage 1- Kapitel 7**)
- Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten vom 29. Januar 2009 (**PTVA**)
- **MDK-Anleitung** zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. November 2009 (**mit Einschränkungen**)
- **Rahmenverträge nach § 75 SGB XI** auf Landesebene
- **Versorgungsverträge nach § 132/132a SGB V** auf Landes- und Krankenkassenebene

Thema: Umgang mit der „Qualitätsprüfung“ und der erreichten PTVA Note:

1. Sie sollten die gesetzlichen Grundlagen der Prüfungen und insbesondere Ihre eigenen Verträge genau kennen. Sinnvollerweise hat man alle aktuellen Verträge sowie die Prüfungsgrundlagen in einem Ordner, so dass man alles zusammen hat und immer darauf zugreifen kann.

Eine Prüfung besteht aus vier Phasen:

1. Prüfung vor Ort mit Abschlussgespräch
2. Erstellung des Prüfberichts und Übersendung an die Einrichtung
3. Stellungnahme der Einrichtung
4. Entscheidung/Auflagenbescheid der Pflegekassen.

Bewahren Sie Ruhe während der Prüfung, auch wenn Ihnen evtl. die MDK-Prüfer etwas anderes erzählen. In den Abschlussbesprechungen einer Prüfung sollten Sie durchaus Ihre evtl. anderen Ansichten sachlich aber klar formulieren, evtl. wird das Prüfteam dann im Prüfbericht schon einiges anderes formulieren. Sollte dies nicht der Fall sein, so nutzen Sie auf jeden Fall das anschließende Stellungnahmeverfahren der LV der Pflegekassen, um diese Punkte nochmals richtig zu stellen. Erst daraufhin dürfen die Pflegekassen einen Auflagenbescheid mit gegebenenfalls umzusetzenden Maßnahmen erlassen (s. Kasten 2).

2. Anders als beispielsweise die Caritas Sozialstationen im Kreis Soest es seit Juli 2013 handhaben, sie lassen den MDK allein zu den Kunden fahren (s. CAREkonkret Nr. 38 vom 20.09.2013), empfehle ich immer: „Lassen sie den MDK nicht allein zu den Kunden“. Nicht, weil der MDK vor Ort nicht allein zu Recht käme bzw. kommen muss, oder weil der hierfür notwendige Logistik- und Zeitaufwand nicht hoch wäre. Es ist einfach aus „Beweissicherungsgründen“ für evtl. später notwendige

Verfahrensschritte hilfreich. Es muss auch nicht eine Pflegefachkraft sein, oder jemand der den Kunden versorgt; er/sie sollte nur das Verhalten und die Tätigkeiten der Prüfer beobachten und die Fragen, bzw. noch viel wichtiger die ‚Nicht-Fragen‘ genau notieren. Insbesondere in Situationen wo die Pflegedokumentation für den jeweiligen Prüfer nicht eindeutig oder ausreichend genug ist, muss er auch andere Informationsquellen nutzen um sich ein umfassendes Bild von der Versorgungsqualität zu machen, bspw. den Pflegebedürftigen selbst oder die Angehörigen befragen. Geschieht dies nicht, liegen gegebenenfalls Formfehler der Prüfung vor.

3. Achten Sie auf die formale Einhaltung der vorgegebenen Schritte (s.o. und Kasten 2). Hier geschehen immer wieder gravierende Fehler. Sehr häufig erfolgt gar keine Aufforderung der LV der Pflegekasse zur Stellungnahme. Wollen die Pflegekassen einen Auflagenbescheid erlassen, so ist dieser Schritt zwingend vorgeschrieben („rechtliches Gehör“).

Wird kein formaler Bescheid erlassen (mit Fristen, Rechtsbehelfsbelehrung, etc.) und erfolgt stattdessen nur eine ‚formlose‘ Aufforderung zur Beseitigung der Mängel (Umsetzung der Maßnahmen und gegebenenfalls der „Empfehlung“), so wäre dies rechtlich nicht verbindlich, was im Falle einer erneuten Prüfung unter anderem von Bedeutung sein kann.

4. Streiten sie sich auf Augenhöhe, aber immer sachlich und ohne Polemik. Die Prüfer machen auch nur ihre Aufgabe und oftmals fehlt es Ihnen auch an Informationen, zudem stehen sie oft auch unter extremem Zeitdruck.

5. Nutzen Sie in jedem Falle immer die Kommentarfunktion im PTVA Bericht („Kommentar der Pflegeeinrichtung“) um Ihre Position der Öffentlichkeit klar zu machen, bspw. auch das man nur aus Kostengründen auf eine Klage verzichtet hat!

Was kann man im Stellungnahme- und/oder Klageverfahren erreichen?

Meist gelingt erstaunlich Vieles, zumindest wird allen klar, dass man sich nicht „duckt“. Manchmal schafft man es nur einige Punkte aus dem Prüfbericht abgeändert zu bekommen, die dann noch nicht einmal relevant sind für die PTVA-Note. Es kommt auch vor, dass man im Stellungnahmeverfahren, welches sich über Monate hinziehen kann (ohne zwischenzeitliche Veröffentlichung der PTVA-Note!), zunächst gar nichts erreicht. In den allermeisten Fällen aber kann eine einvernehmliche und zufriedenstellende Lösung gefunden werden.

Seien Sie notfalls zwar bereit auch auf dem Klageweg Ihre Auffassung zu vertreten. Allerdings lohnt es nicht immer, den letzteren Schritt auch tatsächlich zu tun. Gerade hier gilt: man kann, obwohl man in der Sache Recht hat, nicht immer gewinnen! Daher sollten für den Klageweg vorher ganz genau die Kosten und der konkrete Nutzen abgewogen werden.

Den Nutzen darf man dabei allerdings nicht nur in der öffentlichen Wirkung (PTVA-Note) sehen, sondern viel mehr in den anderen Bereichen: Mitarbeiter (Demotivation) und evtl. Vertragsrecht (es drohen im Wiederholungsfall Vertragsstrafen bis hin zum Entzug des Versorgungsvertrages). Wenn es „nur“ um die PTVA-Note geht, bietet sich eher eine Wiederholungs-, oder „vorgezogene“ erneute Regelprüfung an, besonders wenn sich das Stellungnahmeverfahren lange hingezogen hat.

Kasten 2: Schritte einer QPR / PTVA Prüfung:

- schriftliche Terminankündigung zur Prüfung am Vortag
- Prüfung in der Einrichtung und bei den Kunden der Stichprobe
- Übersendung des Prüfberichtes durch die Prüforganisation
- Aufforderung zur Stellungnahme
- Bescheid mit konkret umzusetzenden Maßnahmen und Fristen, Rechtsbehelfsbelehrung (Widerspruchsfristen)
- gegebenenfalls weiterer Rechtsweg (Klageweg)

Erst mit einem rechtskräftigen Bescheid endet das Verfahren!

Hinweise:

- **Vincenz network: PDL-Intensivtraining - Modul D „Qualität (leben)“**
- Artikel aus CAREkonkret Nr. 38 vom 20.09.2013 „Wir senken den Aufwand einer Prüfung enorm“
- evtl. interessanter Beitrag, allerdings stationär: (Artikel aus CAREkonkret Nr. 44 vom 01.11.2013 zur stationären Reduktion der Pflegedokumentation „ReduDok“)

Links:

- verschiedenste PDL-Praxis Beiträge zu Qualitätsprüfung (3/2010, 5/2010, 5-9/2009, 9/2006-3/2008) und Pflegedokumentation (10/2009 5/2007, 1/2005) finden Sie auf www.syspra.de

Autor:

Gerd Nett

Arzt und Gesundheitsmanager, Unternehmensberater Ambulante Pflege

© System & Praxis Gerd Nett

Nordstraße 52
53520 Wershofen

Tel.: 02694-911528
Fax: 02694-911628

E-Mail: Nett@SysPra.de
www.SysPra.de