

Die Qualitätsprüfungen

Serie zu den Grundlagen der MDK-Prüfungen in der ambulanten Pflege – Teil 6
Pflegekonzept

In Kap. 5 werden die konzeptionellen Grundlagen abgefragt, dabei geht es vor allem um das Pflegekonzept.

Liegen lt. Versorgungsvertrag besondere Pflegeschwerpunkte vor, wird hinterfragt, ob diese Schwerpunkte sich auch im Einrichtungskonzept wieder finden, Personal entsprechend geschult ist und die im Einrichtungskonzept definierten Anforderungen umgesetzt werden. Dabei ist das Stichwort „Einrichtungskonzept“ nicht weiter ausgeführt, auch nicht im Zusammenhang mit dem Pflegekonzept. Vermutlich ist mit dem Einrichtungskonzept das Einrichtungsprofil gemeint mit den verschiedenen evtl. vorhandenen Betriebsteilen und Schwerpunkten. Kritisch zu hinterfragen ist, warum lt. Prüfanleitung des MDK der Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI besonders zu berücksichtigen ist, nicht jedoch die gleichermaßen wichtigen Verträge nach § 132a SGB V. In der ambulanten Pflege gibt es viele Einrichtungen mit Versorgungsschwerpunkten, die nicht im Versorgungsvertrag benannt wurden. Dies hat meist historische Ursachen; die Schwerpunkte haben sich erst später entwickelt und die Versorgungsverträge wurden nicht verändert. Eine Änderung würde auch nur dann von Vorteil sein, wenn aus dem oder den Schwerpunkten sich andere Preise oder eine Einschränkung des zu versorgenden Personenkreises ableiten lassen soll. Hat sich beispielsweise ein Pflegedienst auf die Versorgung von Wachkoma-Patienten spezialisiert, sollte dies im Versorgungsvertrag festgehalten sein. Nur dann könnte dieser Pflegedienst Pflegekunden, die nicht im Wachkoma sind, ablehnen. Auch nur so wäre es möglich, einen anderen Punktwert oder andere Leistungskomplexe zu verhandeln. Interessant wäre es hier aller-

dings zu prüfen, ob nicht ein zweiter Versorgungsvertrag (mit dem Schwerpunkt) hier bessere Verhandlungsmöglichkeiten schaffen kann.

Punkt 5.2 der Prüfanleitung fragt die Inhalte des Pflegekonzeptes ab. Es sollen Aussagen zum Pflegemodell, zum Pflegesystem (z.B. Bezugspflege oder Funktionspflege, siehe auch PDL Praxis 1/2007), zum Pflegeprozess, zur innerbetrieblichen Kommunikation, zur Qualitätssicherung (wird in Kap. 6 ausführlich abgefragt), zur Leistungsbeschreibung, zu Kooperationen mit anderen Diensten (falls vorhanden) und zur personellen Ausstattung, darin gemacht werden. Lt. Prüfanleitung des MDK soll das Pflegekonzept „eine Strukturierungshilfe für die Pflegepraxis (sein) und regelt Organisation und Arbeitsweise des Pflegebereiches und der pflegerischen Mitarbeiter“ (siehe MDK-Prüfanleitung Punkt 5.2). Leider ist auch hier der aus der stationären Prüfanleitung kopierte Text ohne ambulante Anpassung übernommen worden, denn ein ambulantes Pflegekonzept muss natürlich die Organisation nicht nur der Pflege, sondern auch der Hauswirtschaft umfassen (siehe Versorgungsvertrag § 71: „pflegen und hauswirtschaftlich versorgen“). Wie ließen sich sonst auch ganzheitliche Pflegemodelle wie das von Krohwinkel mit den AEDL umsetzen.

Das Pflegekonzept sollte so praxisnah und verständlich formuliert werden, dass es tatsächlich als die geforderte „Strukturierungshilfe“ genutzt werden kann. Deshalb sollten bei der Entwicklung und Umsetzung nicht nur die Leitungskräfte oder Fachkräfte beteiligt werden, sondern spätestens bei der Umsetzung alle Mitarbeiter. Es reicht nicht, einen Aktenordner mit der Aufschrift „Pflegekonzept“ ins Regal zu

stellen! Damit die Pflegekonzepte auch praxisnah wirken können, muss sowohl der Umfang als auch die Sprache sowie die Inhalte die Praxis abbilden und für die Praxis formuliert sein. Der MDK wird stichprobenartig durch Nachfrage bei Mitarbeitern prüfen, ob das Pflegekonzept lebt (den Mitarbeitern praktisch bekannt ist) oder nicht.

Eines der ausführlichsten Kapitel des Prüfbogens ist Kapitel 6, das sich mit dem Qualitätsmanagement beschäftigt. Punkt 6.1 fragt, ob die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des Qualitätsmanagements der Leitungsebene zugeordnet ist. Die MDK-Prüfanleitung interpretiert dies dahingehend, dass die verantwortliche Pflegefachkraft auch bei Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten für das Qualitätsmanagement im Bereich Pflege zuständig sein müsse und verweist auf die Gemeinsamen Maßstäbe Punkt 3.1.1.2. Allerdings ist diese Interpretation kritisch zu hinterfragen, zumal in den Gemeinsamen Maßstäben zwar die Verantwortlichkeit für den Pflegeprozess, die Pflegedokumentation, die Einsatzplanung sowie die Leitung der Dienstbesprechungen explizit als Aufgabe der PDL genannt sind. Aber der Träger der Einrichtung ist „dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden“ (Punkt 4.1 der Gemeinsamen Maßstäbe). Damit ist eindeutig der Träger in der Verpflichtung zur Qualitätssicherung, nicht (allein) die PDL. Dies geht auch aus dem Versorgungsvertrag nach § 72 hervor, der Einrichtungen (und nicht die verantwortlichen Pflegekräfte) verpflichtet, „nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 80 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“ (§ 72, Abs. 3 Punkt 3).

Im Sinne eines abgestimmten Systems wäre das Qualitätsmanagement eine

Stabsstelle, die berichtspflichtig auch an die Geschäftsführung wäre und somit eine kollegiale Kontrollfunktion für die PDL auszuüben hätte. Die PDL verantwortet die Qualität der Pflege, die Stabsstelle berät und kontrolliert sie, ohne weisungsbefugt zu sein. Im Konfliktfall verantwortet die PDL die Pflege, aber die Geschäftsführung ist unterrichtet.

Der nächste Prüfpunkt (6.2) fragt nach der Beteiligung an externen Maßnahmen der Qualitätssicherung. Dies können z.B. regionale bzw. einrichtungsübergreifende Qualitätszirkel, externe Zertifizierungen und ähnliches sein.

Mehr zum Qualitätsmanagement Punkt 6.2 folgende in der nächsten Ausgabe.

Praxistip:

Das Einrichtungs- und Pflegekonzept sollte so geschrieben und formuliert sein, dass es sowohl für die Öffentlichkeitsarbeit als auch für alle Mitarbeiter eine Orientierung bietet. Ablaufdiagramme und Grafiken können das Verstehen erleichtern. Das Pflegekonzept wird nicht für den MDK geschrieben, sondern für die Mitarbeiter und für die Kunden!

Checkliste

Das Pflegekonzept: Stichpunkte und Erläuterungen

Pflegemodell	Theoretische Pflegemodelle beispielsweise von Orem, Orlanda, Watson, Rogers oder Krohwinkel	
Pflegesystem	Bezugspflege, Funktionspflege	siehe PDL Praxis 1/2007
Pflegeprozess	Praktischer Ablauf und Umsetzung des Pflegemodells und des Pflegesystems bis hin zum entsprechend passenden Dokumentationssystem	
Innerbetriebliche Kommunikation	Abläufe, Strukturen, Verantwortlichkeiten	
Qualitätssicherungssystem	Struktur und Beschreibung der Qualitätssicherung	siehe ausführlich Punkt 6 der Prüfanleitung
Kooperation mit anderen Diensten	falls vorhanden, z.B. bei gemeinsamen Telefondiensten, Nachtdiensten, etc.	
Personelle Ausstattung	Angaben zur generellen Struktur des Personals (im Rahmen des Pflegekonzeptes ist kein Stellenplan gemeint, sondern Aussagen zur Struktur und Fort- und Weiterbildung, sowie zu fachlichen Schwerpunkten wie Wundfachkräfte, etc.)	

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,
Ausgabe 02/2007

© **Andreas Heiber****System & Praxis Andreas Heiber**

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld
Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248
E-mail: Heiber@SysPra.de; www.SysPra.de