

## Die Qualitätsprüfungen

Serie zu den Grundlagen der MDK-Prüfungen in der ambulanten Pflege – Teil 7  
*Expertenstandards und Qualitätssicherungsmaßnahmen*

Inhaltlich werden die Varianten des externen Qualitätsmanagement (6.2) in der MDK-Prüfanleitung nicht weiter ausgeführt oder beschrieben. Es kann die Teilnahme an einer Qualitätskonferenz oder ein externer Qualitätszirkel mit anderen Einrichtungen sein. Diese können auch auf übergeordneter Ebene wie der Stadt oder dem Kreis organisiert sein. Die Teilnahme wäre durch Teilnahmebescheinigungen bzw. Protokolle darzustellen.

Zur externen Qualitätssicherung gehört auch der gesamte Bereich der Zertifikate oder Siegel, seien es verbandsinterne wie z.B. das Diakonie-Siegel oder übergreifende wie eine ISO-9001-Zertifizierung (beispielsweise durch den TÜV). Für die Qualitätsprüfung spielt es nur eine Rolle, das externe Qualitätssicherungsmaßnahmen stattfinden, dabei werden deren „Auswirkungen“ in vielen Fragestellungen des Prüfbogens sichtbar.

Nach der momentanen Rechtslage hat eine externe Zertifizierung zwar keine Auswirkungen auf den Rhythmus oder die Intensität von Qualitätsprüfungen, sie erleichtert aber die praktische Beantwortung der Prüffragen. Es wird zwar im Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Pflegereform diskutiert, ob externe Zertifikate sich positiv auf den Rhythmus von MDK-Prüfungen auswirken könnten, wie der Unterabteilungsleiter Dr. Matthias von Schwanenflügel beim bpa-Kongress zur Reform der Pflegeversicherung am 29.01.07 in Berlin ausgeführt hat. Dies wird sich aber erst (vielleicht) Mitte nächsten Jahres zeigen, wenn (zumindest wie bisher geplant) die Pflegereform kommen soll.

Die Frage der externen Zertifizierung ist schon eine lang diskutierte Frage, vor allem wenn es um den konkreten Nutzwert für die Einrichtungen geht. Lt.

MDS lag die Quote der im zweiten Halbjahr 2003 durch den MDK geprüften Einrichtungen, die eine externe Qualitätssicherung hatten, bei 4 %. Dabei waren  $\frac{3}{4}$  der Externen Zertifikate DIN-ISO-orientiert. Ein direkter Zusammenhang, dass also zertifizierte Einrichtungen besser in Qualitätsprüfungen abschneiden als nicht zertifizierte Einrichtungen wurde im Qualitätsbericht nicht beschrieben, scheint also momentan nicht statistisch relevant zu sein.

Grundsätzlich müssen alle Einrichtungen auf dem Weg sein, die internen Strukturen und Abläufe zu beschreiben und nachvollziehbar zu gestalten. Die Hilfestellung durch eine externe Zertifizierungsmaßnahme besteht oftmals im unmittelbaren Zwang: man muss bestimmte Schritte erledigen, sonst kann man das Audit, wie das Prüfverfahren genannt wird, nicht bestehen. Dieser Zwang kann im vollgestopften Pflegealltag manchmal ganz hilfreich sein, da das Thema Qualitätssicherung ansonsten eher auf die längere Bank geschoben wird. Es macht ja auch nicht unbedingt immer Spaß, jeden Ablauf ausführlich und systematisch zu beschreiben. Andererseits sind dies alles praktische Hilfen, deren Nutzen spätestens dann erkennbar wird, wenn neue Mitarbeiter eingearbeitet werden müssen. Die Aussenwirkung einer Zertifizierung ist momentan nicht klar einzuschätzen, zumal Pflegekunden immer noch viel mehr auf Empfehlungen und Hörensagen achten als auf andere Merkmale. Auch dieses Verhalten kann sich dauerhaft ändern, vor allem, wenn der Wettbewerb über funktionierende Preisvergleichslisten nach § 7 Abs. 3 SGB XI tatsächlich gefördert wird.

Auf einen ganz anderen Punkt sei in diesem Zusammenhang hingewiesen: auch die an der vertragsärztlichen Ver-

sorgung beteiligten Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren sind nach 135a SGB V verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiter zu entwickeln. Alle DIN-ISO basierten Zertifikate verpflichten die geprüfte Einrichtung, dauerhaft nur noch mit anderen ebenfalls geprüften Leistungserbringern zusammen zu arbeiten. Es dürfte also eine spannende Frage werden, ob ein „DIN-ISO-Arzt“ die Behandlungspflege von einem „Nicht-DIN-ISO-geprüften Pflegedienst“ erbringen lassen kann bzw. will. Die für die Ärzte gültige Richtlinie zur Umsetzung (siehe Kasten) vom Oktober 2005 sieht eine Übergangsfrist von 5 Jahren vor. Auch dieser Faktor muss in die Überlegungen zu einer externen Zertifizierung einfließen.

Ein auch rechtlich sehr spannender Punkt wird unter 6.3 abgefragt: es wird die Frage gestellt, wie weit die nationalen Expertenstandards (bisher zu den Bereichen Dekubitusprophylaxe, Pflegerisches Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe) im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt sind oder deren Umsetzung geplant ist. Expertenstandards werden gerade vor Gericht als „vorweggenommene Sachverständigengutachten“ (Böhme, Hans, Pro Alter 3, 2000) angesehen. Wer sich nicht mit ihnen inhaltlich auseinandersetzt und sie, soweit möglich und passend, in das eigene Qualitätsmanagement einbaut, wird im Haftungsfall ein Problem haben.

Das gilt auch für den ambulanten Bereich, auch wenn man manchmal den Eindruck hat, dass die Standards immer aus dem stationären Blickwinkel geschrieben sind. Dazu kommt auch in der konkreten Versorgungssituation die Frage, wofür der Pflegedienst eigentlich zuständig und verantwortlich ist. Unabhängig von konkreten Leistungsaufträgen werden der Pflegedienst und damit die verantwortliche Pflegefach-

kraft im Rahmen der umfassenden Bestandsaufnahme und Pflegeplanung in der Pflicht sein, gerade auch auf Aspekte der Dekubitus- und Sturzprophylaxe zu achten. Konkret können dies z.B. Hinweise auf zu beseitigende Stolperstellen oder andere Hausschuhe sein. Fehlen solche Hinweise in der Dokumentation, dann wird man im Schadensfall zu Recht die Frage stellen, warum beispielsweise die Angehörigen nicht darauf aufmerksam gemacht wurden.

Bei der Umsetzung von Standards gehört auch immer deren Weiterentwicklung und Anpassung an die jetzige Versorgungssituation dazu. Das OLG Dresden hat mit Urteil vom 17.01.06 (Az. 7 U 753/04) auch aufgezeigt, wie wichtig die Umsetzung des aktuellen Standes medizinisch-pflegerischer Versorgung ist. Im vorliegenden Fall (aus dem Jahre 2000) ging es um die Frage, ob ein Sturz einer Heimbewohnerin beim eigenständigen Aufstehen für einen Toilettengang hätte vermieden werden können. Die Krankenkasse hatte in ihrer Klageschrift auf den möglichen Einsatz verschiedener Hilfsmittel verwiesen, den das Heim unterlassen hatte. Das Gericht kam jedoch zu der Auffassung, dass einige Hilfsmittel, die heute angemessen sind, zum damaligen Zeitpunkt noch nicht dem anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprachen, beispielsweise Anti-Rutsch-Socken. Auch Nationale Expertenstandards sind somit nicht starr, sondern der technischen und wissenschaftlichen Entwicklung unterworfen, daher muss die praktische Umsetzung regelmäßig angepasst und überprüft werden.

Unter Punkt 6.4. wird der Bereich der internen Qualitätssicherungsmaßnahmen behandelt. Es werden 7 verschiedene Maßnahmenarten aufgeführt, von denen mindestens 3 umgesetzt werden sollten, um diese Frage positiv zu

bestehen. Unklar bleibt, ob es nicht noch mehr interne Qualitätssicherungsmaßnahmen geben kann, und warum nur diese 7 zählen.

Die Maßnahmen im Einzelnen mit Anmerkungen:

1. Qualitätszirkel: Arbeitsgruppe zur Bearbeitung und Lösung von Problemen: der Nachweis dafür kann durch Protokolle und ‚Produkte‘ erfolgen.

2. Qualitätsbeauftragter: Koordinator des Qualitätsprozesses

3. Entwicklung, Anwendung und Weiterentwicklung von Standards und Richtlinien: Lt. MDK-Prüfanleitung sind Richtlinien konkrete Handlungsanweisungen, in denen die Vorgehensweise einer spezifischen pflegerischen Handlung detailliert beschrieben wird.

Dabei geht es nicht um möglichst viele Standards, die wegen der Fülle weder bekannt noch praktisch so angewendet werden. Die Menge der Standards sollte auch lt. MDK-Prüfanleitung überschaubar sein. Genannt werden Standards zum Fehlermanagement, für Ausnahmesituationen, zur Übernahme und zu Krankenhausaufenthalten, zu Notfällen, Sterbebegleitung und Umgang mit Verstorbenen. Jede Einrichtung arbeitet mit festgelegten Abläufen und Regeln, die jedoch nicht immer dokumentiert sind. Richtlinien/Standards verschriftlichen diese Abläufe und machen sie für alle transparent. Sie sind vor allem in nicht alltäglichen Situationen hilfreich für alle Mitarbeiter. So hilft ein Standard zum Umgang mit MRSA-Patienten auch den Mitarbeitern, sachgerecht mit dieser Ausnahmesituation umzugehen. Die Umsetzung dieser Standards/Richtlinien wird durch Interviews bzw. Nachfragen bei den Mitarbeitern durch den MDK überprüft.

4. Die praktische Durchführung von Pflegevisiten wird in der Prüfanleitung

ausführlich beschrieben. Die Pflegevisite bietet die Möglichkeit, sich praktisch von der Umsetzung der Pflegequalität und der Standards/Richtlinien zu überzeugen. Es wird zwar hingewiesen auf die Umsetzung als kundenbezogene oder mitarbeiterorientierte Visite. Die gerade in der ambulanten Pflege auch sinnvolle Dokumentationskontrolle (-visite) als eine einfache Form wird nicht erwähnt. Gerade in der ambulanten Pflege ist die begleitende Visite wichtig und hilfreich, zumal sonst jeder Mitarbeiter immer allein arbeitet. Der Blick über die Schulter ist zwar für viele anfangs unangenehm, kann aber sehr effektiv und hilfreich sein. Abläufe und Arbeitsschritte, die man bisher immer so gemacht hat, können durchaus verbesserungsfähig sein, aber erst ein fremder Blick hilft da konkret weiter. Daher ist zu empfehlen, auch konkrete Tourenvisiten (Begleitung einer ganzen Tour) als systematisches Entwicklungsinstrument einzuführen.

5. Fallbesprechungen, oft im Rahmen der Dienstbesprechung, sind in den allermeisten Pflegediensten eingeführt, es fehlt allerdings oft die nachvollziehbare Dokumentation.

6. Entwicklung eines Qualitätsmanagementhandbuchs: dies wird fast immer im Zusammenhang mit einer angestrebten externen Zertifizierung erarbeitet.

7. Systematische Auswertung von Fachliteratur/Fortbildungsmaßnahmen: Die Weitergabe von erworbenem Wissen ist eine einfache Art der internen Qualitätssicherung, zumal damit auch die Fachlektüre belohnt wird (siehe auch PDL Praxis 3/2001: Mehr Sicherheit mit Nachweisheft).

Diese Aufzählung lässt sich sicherlich weiter ergänzen, wichtig wären nur die Darstellung und deren Nachweis.

**Literaturhinweis:**

Die Qualitätsmanagement-Richtlinie „vertragsärztliche Versorgung“ finden Sie unter:

[www.syspra.de/Organisation/Qualitaet/Qualitaetstart.htm](http://www.syspra.de/Organisation/Qualitaet/Qualitaetstart.htm)

**Veröffentlicht in:**

PDL Praxis, Häusliche Pflege,  
Ausgabe 03/2007

© **Andreas Heiber**

**System & Praxis Andreas Heiber**

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld

Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248

E-mail: [Heiber@SysPra.de](mailto:Heiber@SysPra.de); [www.SysPra.de](http://www.SysPra.de)