

Qualität als Baustein in der Pflegeversicherung

Teil 1: Definitionen, Stellung der leitenden Pflegefachkraft und Qualitätssicherungsverfahren

Die Konstruktion der Vertragswerke nach SGB XI

Qualität ist im Rahmen der Pflegeversicherung kein leerer Spruch, wie manchmal befürchtet wird. Allein schon die Konstruktion der verschiedenen Vertragswerke zeigt hier die Wichtigkeit (siehe Grafik).



Jede Pflegeeinrichtung, die Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung erbringen will, hat zunächst den Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse abzuschließen. Diese Vertrag, den die Einrichtung selbst unterschreibt, schließt sofort den Rahmenvertrag nach § 75 (Art und Umfang der Leistungen sowie die Bedingungen und den Ablauf der Leistungserbringung und Abrechnung) sowie die „**Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich**

des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen“ (im folgenden der Einfachheit halber kurz Qualitätsvertrag genannt) nach **§ 80** ein, obwohl diese die Pflegeeinrichtung nicht unmittelbar verhandelt oder/und mitbestimmt hat. Erst den Preisvertrag handelt die Pflegeeinrichtung wieder selbst aus.

Die Geschichte

Interessant ist auch die Entstehungsgeschichte der Rahmenverträge und des Qualitätsvertrages. Klugerweise hat sich hier der Gesetzgeber zurückgezogen und die Leistungsinhalte und deren Qualität nicht selbst festgelegt, sondern ausdrücklich die „Selbstverwaltung der Beteiligten in die Pflicht genommen“ (BR-Drucks. 505/93, S. 141). Hier werden alle an der pflegerischen Versorgung Beteiligten aktiv, um die Verträge im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben auszuhandeln. Dabei sind alle Beteiligten auf einen Konsens verpflichtet, weil diese Verträge „gemeinsam und einheitlich“ (§ 75, 1, ebenso § 80, 1) zustande kommen müssen: das bedeutet im Klartext: sollte auch nur eine der beteiligten Verbandsvertretungen die Unterschrift verweigern, kommt der entsprechende Vertrag nicht zustande und es muß weiter verhandelt werden. (So schon geschehen beim Qualitätsvertrag, wo der Paritätische Wohlfahrtsverband lange Zeit seine Unterschrift verweigerte). Kommt dann der entsprechende Vertrag zustande, hat dieser die gemeinsame und einheitliche Zustimmung aller an der pflegerischen Versorgung beteiligten Verbände. Damit kann auch keiner

mehr hinter die hier formulierten Grundsätze zurück!
Am Qualitätsvertrag haben neben den Verbänden der Pflegekassen, den Verbänden der Sozialhilfe auf Bundesebene, den kommunalen Spitzenverbänden und den gemeinnützigen und privaten Verbänden der Leistungsanbieter auf Bundesebene auch der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Pflegekassen, die Verbände der Pflegeberufe und die Verbände der Behinderten mitgewirkt.
Das für den ambulanten Bereich aktuelle Papier wurde in der Fassung vom 31. Mai 1996 im Bundesanzeiger veröffentlicht. Auch dies hat der Gesetzgeber vorgesehen, um den Rang dieses Vertrages zu verdeutlichen.

Qualität richtet sich nicht mehr nach dem Preis

Innerhalb der vier Verträge, die eine Pflegeeinrichtung abschließen muß (siehe Grafik), um Leistungen der Pflegeversicherung zu erbringen, ist für die Pflegeeinrichtung eigentlich nur der Preisvertrag ein frei verhandelbarer Vertrag. Wobei dessen Inhalte (Versorgungsauftrag, Umfang der Pflegeleistungen, Abrechnungs- und Rahmenbedingungen, Qualität) feststehen, lediglich der für die einzelne Einrichtung leistungsgerechte Preis verhandelt werden kann. Zusammengefaßt bedeutet das für die Qualität der zu erbringenden Leistungen: diese ist definiert im Rahmenvertrag § 75 und im Qualitätsvertrag § 80 und steht inhaltlich nicht zur Disposition (wenn, dann nur auf Landesebene (§ 75) oder auf Bundesebene (§ 80)). **Qualität definiert sich in der Pflegeversicherung nicht (mehr) durch den Preis.** Auch wenn der momentan gültige Preis für eine Pflegeeinrichtung viel zu niedrig wäre, kann sie deshalb nicht die Qualität der

Leistung verändern: die Pflegeeinrichtung müsste die definierte Qualität weiterhin erbringen, könnte aber den Preisvertrag neu verhandeln (§ 85.7). Tut sie das nicht, müssen die Vertragspartner (hier die Pflegekassen) davon ausgehen, daß der Preis leistungsgerecht ist und damit auch die beschriebene Qualität erbracht werden kann. Deshalb sind gedankliche oder reale Ansätze wie „erlösorientierte Einsatzplanung“ (z.B. Thomas Sießegger in HP 9/97, wobei Sießegger vor den Folgen dieses Ansatzes eindeutig warnt) oder „erlösorientierter Stellenschlüssel“ (z.B. G. Müller und St. Rehm in Altenheim 9/97) **vom Prinzip her nicht** mit der Pflegeversicherung vereinbar. Wie ernst es der Gesetzgeber mit dem Stellenwert der Qualität meint, ergibt sich auch aus der Möglichkeit bzw. Notwendigkeit für die Pflegekassen, bei Mängeln und Verstößen gegen den Qualitätsvertrag eine Kündigung, gfls. sogar eine fristlose Kündigung bei schweren Verstößen aussprechen zu müssen (§ 80, 3).
Der Qualitätsvertrag hat folgende Gliederung:

1. Grundsätze (Zielbestimmung und Ebenen der Qualität)
2. Definition der Leistungserbringer
3. Qualitätsmaßstäbe auf der Ebene der Struktur-, Prozeß-, und Ergebnisqualität
4. Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur Qualitätssicherung
5. Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen
6. sowie das Inkrafttreten und die Kündigung

Auf die unterschiedlichen Bestandteile dieses Vertrages, auf die Qualitätsebenen und deren Umsetzung wird im Laufe dieser Serien eingegangen.

Allerdings möchte ich schon gleich am Anfang zwei wesentliche und heikle Punkte erläutern:

1. Die Stellung der leitenden Pflegefachkraft und die Bedeutung für die Praxis
2. Welches Qualitätssicherungsverfahren ist das richtige?

Beide Punkte werden im Laufe der Serie wieder aufgegriffen. Da sie aber momentan aus den unterschiedlichsten Gründen in der Diskussion oder eben nicht in der Diskussion sind, sei der Vorgriff erlaubt.

Die Stellung der leitenden Pflegefachkraft und die Bedeutung für die Praxis

Der Gesetzgeber hat scheinbar die Hürden zur Gründung einer Pflegeeinrichtung recht niedrig gelegt: Er hat in § 71, 1 beschrieben, daß eine solche Einrichtung unter der „ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft“ zu arbeiten hat. Als Pflegefachkräfte in diesem Sinne werden in Satz 2 § 71

Krankenschwestern/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenschwester sowie Altenpflegerinnen und Altenpfleger genannt. Allerdings müssen diese mindestens zwei Jahre (innerhalb der letzten fünf Jahre) in diesem Beruf gearbeitet haben (für Einrichtungen der Behindertenhilfe werden auch andere Berufsgruppen anerkannt).

Mehr sagt der Gesetzgeber nicht zu einzusetzendem Personal. Dies ist innerhalb der Pflegeversicherung auch konsequent, weil der Gesetzgeber hier einerseits auf die Regelungskompetenz der beteiligten Vertragsparteien baut. Eine vom Gesetzgeber erlassene Personalvorgabe wie beispielsweise die Heimmindestpersonalverordnung würde auch nicht zum Prinzip der leistungsgerechten Vergütung passen.

Der Qualitätsvertrag erhöht nicht nur die Qualifikation der leitenden Pflegefachkraft (sie muß nicht nur innerhalb der letzten fünf Jahre zwei Jahre in diesem Beruf gearbeitet haben, sondern auch ein Jahr im ambulanten Bereich; darüber hinaus muß sie innerhalb von 7 Jahren eine qualifizierende Zusatzausbildung nachweisen), sondern definiert auch eine ständige Vertretung dazu. Außerdem definiert der Qualitätsvertrag eindeutig die Verantwortungsbereiche der leitenden Pflegefachkraft. **Diese ist u.a. verantwortlich für**

- **die fachliche Planung der Pflegeprozesse,**
- **die fachgerechte Führung der Pflegedokumentationen,**
- **die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der Pflegekräfte,**
- **die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes.**

(Qualitätsvertrag, 3.1.1.2)

Dazu kommen noch eine Reihe weitere Verantwortungsbereiche, auf die in der weiteren Serie ausführlich eingegangen wird.

Hier bleibt zunächst folgendes festzuhalten:

Die leitende Pflegefachkraft ist für jede pflegerische (und hauswirtschaftliche) Handlung ihrer MitarbeiterInnen verantwortlich !

Die leitende Pflegefachkraft ist beispielsweise für jede schlecht, mangelhaft, gar nicht oder inhaltlich falsche Pflegedokumentation verantwortlich !

Die leitende Pflegefachkraft ist beispielsweise für jede Pflegeanamnese, -planung, deren Fortentwicklung verantwortlich!
Ganz locker formuliert: Die leitende Pflegefachkraft haftet (erst einmal) für den Dekubitus!

Es sei denn, sie kann nachweisen, daß dieser aufgrund individueller Fehlleistungen eines Mitarbeiters entstanden ist, obwohl dieser Mitarbeiter gut geschult und regelmäßig seine Pflegefähigkeiten überprüft wurden.

Die leitende Pflegefachkraft kann dann die Verantwortung übernehmen, wenn ihr auch die entsprechenden Mittel und Wege zur Verfügung stehen: von ausreichenden Fort- und Weiterbildungen für alle MitarbeiterInnen über entsprechende materielle Ausstattung beispielsweise mit Fachliteratur bis zu Weisungsmöglichkeiten und (im äußersten Fall) der Initiierung von arbeitsrechtlichen Konsequenzen. Nur wenn dies gewährleistet ist, kann eine leitende Pflegefachkraft die Verantwortung übernehmen. Das muß nicht heißen, daß die leitende Pflegefachkraft MitarbeiterInnen einstellen und kündigen darf. Allerdings müßte sie zumindest bei der Einstellung ein Vetorecht haben, bei Verstößen gegen Dienstanweisungen in ihrem Verantwortungsbereich auch die Möglichkeit (gfls. in Verbindung mit der Geschäftsleitung) von Abmahnungen und Versetzungen.

Weil der Qualitätsvertrag eindeutige Verantwortlichkeiten benennt, hat eine leitende Pflegefachkraft keine Möglichkeit, dieser Verantwortung zu entgehen. Folglich muß sie auch die Kompetenz haben, Teilaufgaben zu delegieren, diese zu überwachen und bei Verstößen zu sanktionieren. Dies muß innerhalb einer Einrichtungshierarchie eindeutig geregelt sein.

Darum folgender Hinweis:

1. Klären Sie, wer als leitende Pflegefachkraft gegenüber der Pflegekasse im Versorgungsvertrag (oder Strukturhebungsbogen)

- benannt ist (es soll durchaus leitende Pflegefachkräfte geben, die noch nicht wissen, daß sie es sind!)
2. Klären Sie (falls notwendig), ob sie (oder in Kooperation, ect.) die Kompetenz haben, pflegerische Handlungsanweisungen durch- und umzusetzen.
3. Klären Sie, wie ihre (oder in Kooperation) Sanktionsmöglichkeiten aussehen.

Welches Qualitätssicherungsverfahren ist das richtige?

Auch ein zweiter thematischer Vorgriff sei erlaubt:
Qualitätssicherung und Zertifizierung erleben eine ungeahnte Blüte. Steht doch auch in den Qualitätsrichtlinien, daß Qualitätssicherung notwendig sei und gemacht werden müßte. Was liegt dann näher, als schon bestehende Verfahren beispielsweise der DIN-ISO 9000 Reihe auch auf die Pflege zu übertragen. Zumal es hier doch eine ganze Reihe von Unternehmen gibt, die Zertifizierungserfahrung haben und dies nun auch im Pflegemarkt anbieten? Angeheizt durch einen Verbandswettbewerb nach dem Motto "Wer hat das schönste Zertifikat" boomt dieser Markt und sichert Arbeitsplätze und Unternehmensberaterhonorare. Aber: Stellen Sie sich mal vor: alle machen DIN-ISO und keinen stört's, d.h. die Finanzierung könnte beispielsweise nicht im Pflegeversicherungspreis berücksichtigt werden oder nur minimal und der MDK könnte mit einem Zertifikat nichts anfangen!

Sie können es zwischen den Zeilen lesen: der Autor hat eine vorsichtig gesagt distanzierte Sichtweise zum momentanen Zertifizierungsboom. Ich

möchte das im folgenden auch sachlicher begründen:

1. Eine der aus meiner Sicht wichtigsten Fortschritte, den die neue Pflegeversicherung initiiert hat, ist die (wenn auch vielleicht manchmal noch schwammige) Formulierung von einheitlichen Qualitätsrichtlinien.
2. Die Definition und die Weiterentwicklung von Qualität bildet für eine Pflegeeinrichtung einen permanenten Veränderungsprozeß einschließlich Reflektionsphasen und externen Überprüfungen.
3. Durch welche Methode auch immer dieser Prozeß initiiert, begleitet und fortgesetzt wird, ist weniger wichtig als allein die Tatsache, daß es einen bewußten Qualitätsentwicklungsprozeß gibt.
4. Die DIN-ISO- 9000 Reihe ist ein für industrielle Belange konzipiertes Instrument, welches nun langsam auch in den Dienstleistungsbereich übertragen wird, Das erste Ziel ist zunächst ein Festhalten von **von der Einrichtung definierten** Qualitätsmerkmalen, -Abläufen, ect. Diese werden dokumentiert, die Zielerreichung zertifiziert. (Böse Zungen kolportieren daher auch gern die Geschichte vom DIN-ISO - zertifizierten Beton-Rettungsring!)
5. Zertifizierungen nach diesem Muster können trotzdem ein wesentlicher Schritt in Richtung Qualitätsentwicklung darstellen, sie können die (festgestellte) Basis für die weitere Entwicklung bilden. Zu fragen ist allerdings, ob das Werkzeug dafür das richtige ist und ob die damit in Zusammenhang stehenden Aufwände (der Mitarbeiter und der Kosten) sinnvoll

genutzt sind (Ich kenne Stimmen, die sagen: 'Gerade weil unsere Zertifizierung so teuer war, entstand von Außen so viel Handlungsdruck, daß es den notwendigen Veränderungsprozeß beschleunigt hat'. Andere sagen: 'Allein die Begrifflichkeiten der Norm zu übersetzen hat schon zwei Tage gekostet').

6. Zertifikate sind eine schöne Sache, um sie ins Fenster zu hängen, um sie als Werbeargument zu benutzen (bei den Teppichsigeln sieht man den realen Nutzen für den Verbraucher, der die verschiedenen in ihrer Qualität nicht mehr zuordnen kann). Momentan entwickelt sich auch im Pflegemarkt eine Zertifikats-Inflation, die letztendlich den Durchblick wieder verschleiert.
7. Eine Zertifizierung als Maßnahme der Qualitätssicherung haben die Vertragsparteien des Qualitätsvertrages nicht benannt (obwohl 1996 auch die DIN-ISO-Zertifizierung schon bekannt war!), sondern u.a. Qualitätszirkel, Qualitätsbeauftragte, Qualitätskonferenzen, Assessmentrunden sowie die Entwicklung und Weiterentwicklung von Pflegestandards. (4.1, Qualitätsvertrag).
8. Es könnte somit sein, daß eine Zertifizierung für die Einrichtung aus den unterschiedlichsten Gründen sinnvoll erscheint, aus der Sicht der Pflegekassen aber nicht angemessen ist und somit auch nur teilweise als durch den Preis gedeckte Qualitätssicherungsmaßnahme gesehen wird und nur teilweise eine Qualitätsprüfung durch den MDK ersetzen kann.

9. Zertifizierungen kosten nach Aussagen zertifizierter Unternehmen viel Zeit und Energie gerade auch der einzelnen Mitarbeiterinnen. Es ist eine berechtigte Frage, ob hier nicht zu viel Energie und Engagement gebunden wird für ein Ergebnis, daß im Zweifelsfall nur einen kleinen Schritt auf dem richtigen Weg darstellt und ob es sein könnte, daß nach diesem kleinen Schritt die Energie der MitarbeiterInnen abnimmt/verbraucht ist, obwohl das eigentliche Ziel der Qualitätsentwicklung und -Verbesserung noch fern ist ?

Natürlich werden jetzt viele Zertifizierungsunternehmen,

Verbandsvertreter und weitere heftig protestieren und viele positive Beispiele benennen können, die meine Vorbehalte widerlegen. Mir ging es mit meinen Ausführungen nicht darum, Zertifizierungen von vornherein abzulehnen, ich möchte nur die Frage nach den Mitteln und der für die einzelne Einrichtung richtigen Methode im Rahmen einer Qualitätsentwicklung stellen.

Darüber lohnt es sich vor einer Entscheidung einmal in Ruhe und abseits scheinbarer Sachzwänge und Modetrends nachzudenken. Der Weg zur Qualitätsentwicklung ist und bleibt Pflicht!

Qualität als Baustein in der Pflegeversicherung

Teil 2: Der Qualitätsbereich „Strukturqualität“ – Was müssen ambulante Pflegedienste vorhalten?

Der Gesetzgeber untergliedert in § 80 SGB XI die Qualität in Bereiche: Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität. In der heutigen Ausgabe geht es um die Strukturqualität: also um die strukturellen Voraussetzung eines Pflegedienstes, um im Rahmen der Pflegeversicherung Leistungen zu erbringen.

Gemäß § 80 haben die Leistungsanbieter und die Leistungsträger (Kostenträger) in enger Zusammenarbeit mit dem MDK, den Pflegeverbänden und den Behindertenverbänden die „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege“ (im weiteren Qualitätsvertrag) vom 10. Juli 1995 in der Fassung vom 31. Mai 1996 ausgehandelt und im Bundesanzeiger veröffentlicht. Damit haben alle Unterzeichner die Inhalte dieses Vertrages anerkannt und setzen diese um. Auch das Geld für die Umsetzung ist vorhanden (siehe den ersten Artikel dieser Reihe), weil die Vergütung leistungsgerecht ist und die Kosten des Qualitätsvertrages damit berücksichtigt.

Ich möchte im folgenden einzelne Punkte des Abschnittes **Strukturqualität** vorstellen und diskutieren.

1. **„Der Pflegedienst ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, die unabhängig vom Bestand ihrer Mitarbeiter in der**

Lage sein muß, eine ausreichende, gleichmäßige und konstante pflegerische Versorgung eines wechselnden Kreises von Pflegebedürftigen in ihrem Einzugsgebiet zu gewährleisten“ (Qualitätsvertrag 3.1.1.1).

Checkliste Strukturqualität		Ja	Nein
1.	Pflegerische Versorgung im Versorgungsgebiet Einzugsgebiet geografisch beschreiben (Versorgungsvertrag) ? Personalausstattung Pflegeversicherung beschrieben? Ausreichende und gleichmäßige Versorgung innerhalb des Einzugsgebietes trotz Ausfall/Krankheit, etc. wechselnder Personenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	24-Stunden-Pflege Leistungen bei Tag und Nacht entsprechend dem individuellen Pflegebedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Leistungen am Wochenende entsprechend dem individuellen Pflegebedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Eigene Geschäftsräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ständige Erreichbarkeit Anrufbeantworter Weiterleitung vorhanden ? Regelmäßig abhören Weiterschaltung an Kooperationspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Pflegenotfalldienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Kooperationsvertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter Bestandsaufnahme Fort- und Weiterbildungsplanung Budget festgelegt Fachbezogene Fachliteratur ist vorzuhalten Fachzeitschriften Nachschlagewerke Grundlagen- und Praxiswerke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was heißt das:
Pflegedienste pflegen innerhalb ihres Einzugsgebietes: ihr pflegerischer Auftrag wird durch das (lokale) Einzugsgebiet begrenzt. Das Einzugsgebiet soll im Versorgungsvertrag festgelegt werden. Folglich sind alle Pflegeaufträge, die aus dem lokalen Versorgungsbereich kommen, anzunehmen. Hier wird klar, daß allein eine **geografische Festlegung** des Einzugsbereichs kein Maßstab dafür sein kann, ob ein Pflegedienst Leistungen erbringen muß oder nicht.

In dem Rahmenverträgen nach § 75 (ich zitiere hier und im folgenden immer die Bundesempfehlung, bitte beachten Sie, daß einige Landesverträge im Detail davon abweichen) ist eine etwas andere Formulierung gewählt worden:

„Innerhalb ihres Einzugsbereiches sind die Pflegedienste im Rahmen ihrer personellen Möglichkeiten verpflichtet, die Pflegebedürftigen zu versorgen, die die Pflegeleistungen dieser Einrichtung in Anspruch nehmen wollen.“ (§ 9, 1 Bundesempfehlung zum Rahmenvertrag nach § 75). Zur Illustration folgendes Beispiel

Der Beispielpflegedienst hat umgerechnet 10 Mitarbeiter, die für den Teilbetrieb Pflegeversicherung arbeiten. Dann bildet diese Menge die ‘personellen Möglichkeiten’, die einerseits unabhängig von Krankheit, Urlaub etc. vorhanden sein muß. Andererseits kann, falls diese Mitarbeiter- oder Stundenanzahl ‘ausgebucht’ ist, eine weitere Pflege abgelehnt werden. **Ansonsten nicht!** Somit müssen auch beispielsweise aus der Sicht des Pflegedienstes wirtschaftlich weniger attraktive Pflegen angenommen werden! Es wäre für die Einrichtung wichtig und sinnvoll, sowohl das örtliche Einzugsgebiet als auch die für die Pflegeversicherung vorhandenen Kapazitäten zu beschreiben. Dies versuchen die Pflegekassen oft über den sogenannten Strukturhebungsbogen abzufragen. Bitte denken Sie an die Abgrenzung der ‘Einrichtung Pflegeversicherung’ und geben die personellen Möglichkeiten entsprechend abgegrenzt an. Auch sollte das Einzugsgebiet klar genug abgegrenzt werden: also nicht ganz Hamburg, sondern nur bestimmte Stadtteile (siehe dazu auch meine Ausführungen in „Leistungsgerechte Vergütung“, Heft 9/97).

2. „Der Pflegedienst erbringt entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen bei Tag und Nacht einschl. an Sonntagen und Wochenenden“

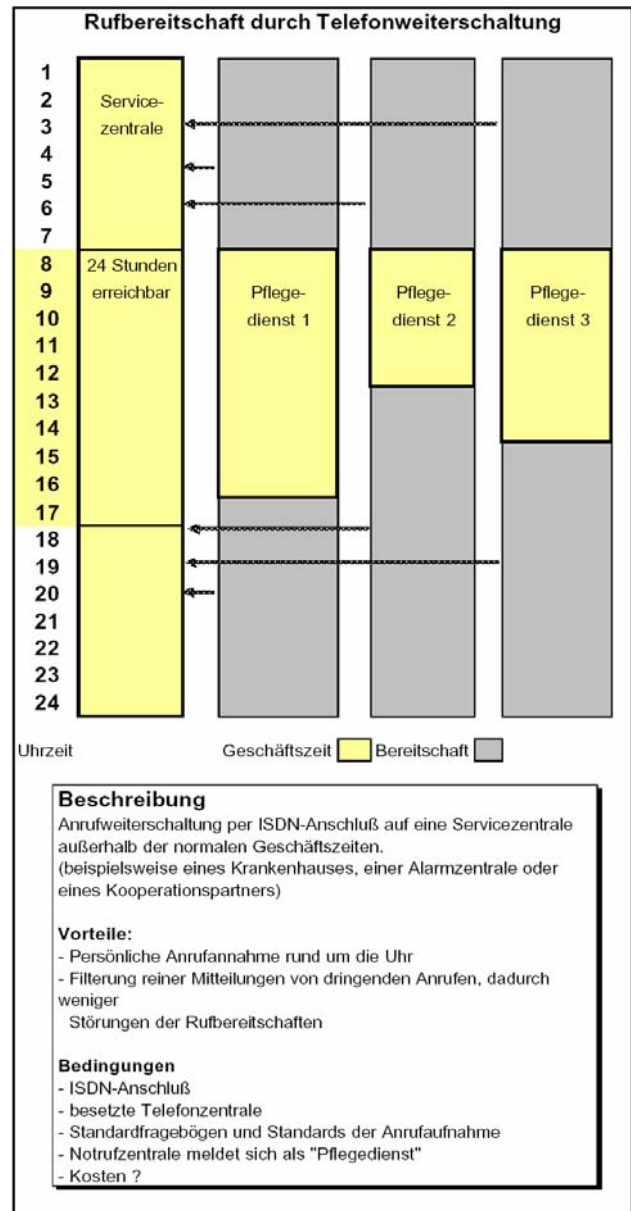
Als organisatorische Einheit ist der Pflegedienst in der Lage, 24 Stunden täglich Pflegeleistungen anzubieten und zu erbringen. Aus der Praxis kenne ich das persönliche Erschrecken jedes einzelnen Mitarbeiters, wenn ich diese Formulierung erläutere: dann kommt schnell die Aussage: „Wir erklären Herrn Meyer dann immer, wie schön es ist, aus dem Bett fernzusehen, wir stellen ihm auch den Fernseher ans Bett.“ So darf Herr Meyer jeden Tag schon um 20.00 Uhr ins Bett und nicht wie gewünscht um 22.00 Uhr! So verlockend diese Vorstellung für uns persönlich auch ist, immer schon um 20.00 Uhr ins Bett zu dürfen: fragen Sie sich persönlich doch einmal selbst, ob Sie das nun immer, die nächsten Jahre so wollen würden? Nun sachlich: der Wunsch von Herrn Meyer, um 22.00 Uhr ins Bett gebracht zu werden, ist angemessen und im Rahmen Ihres Versorgungsauftrags hat Herr Meyer das Recht dazu. Jede Ausrede oder Ausflucht hat keine sachliche Grundlage. Im Gegenteil: Pflegedienste, die sich weigern, verstoßen gegen ihren Versorgungsvertrag (der den Rahmenvertrag sowie den Qualitätsvertrag einschließt) ! Auch der Hinweis auf eine unzureichende Vergütung entbehrt jeder Grundlage (siehe „leistungsgerechte Vergütung“!). Wenn Herr Meyer Samstag abend nach den Tagesthemen ins Bett gebracht werden will, ist dies lediglich ein organisatorisches Problem, das beispielsweise auch durch Kooperationen gelöst werden könnte.

3. „Der Pflegedienst muß über eigene Geschäftsräume verfügen ...“

Eigentlich selbstverständlich, da beispielsweise in der Beratung von Angehörigen auch vertrauliche Themen angesprochen werden. Der Satz zielt wohl auf Existenzgründer, die nicht aus ihrem Wohnzimmer heraus einen Pflegedienst gründen sollen, sondern dazu eigenständige, abgetrennte Räume benötigen.

4. „... und ständig erreichbar sein.“

Ähnlich wie die 24-Stunden-Pflegefähigkeit gibt auch diese Formulierung viel Gesprächs- und Interpretationsspielraum. Um Mißverständnissen vorzubeugen: zunächst diskutiere ich diese Frage nur unter dem Blickwinkel der Pflegeversicherung, nicht unter dem Blickwinkel beispielsweise der Krankenversicherung. Um die Bedeutung der permanenten Erreichbarkeit zu erläutern, hilft ein Blick auf die Leistungspalette der Pflegeeinrichtung (Pflegeversicherung): es geht um den 'Ausgleich' der „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“ (§ 14 SGB XI), nicht beispielsweise um akute und instabile Situationen, wie sie im Rahmen der Behandlungspflege anzutreffen sind. Also spielt der Notfall im Rahmen der Pflegeversicherungseinrichtung regelmäßig keine Rolle. Da Notfälle keine regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen sind, ist zunächst die Pflegeversicherung und damit auch der Pflegedienst nicht primär zuständig. Somit könnte eine permanente Erreichbarkeit auch über einen Anrufbeantworter erreicht werden. Allerdings müßte dann sichergestellt sein, daß dieser auch regelmäßig in kurzen Abständen abgehört wird oder der Anrufbeantworter Nachrichten



beispielsweise auf Pager weiterleitet. Übrigens bezeichnet auch das MDK-Konzept zur Qualitätssicherung der Pflege nach SGB XI vom Dezember 1996 einen Anrufbeantworter als angemessene Pflege (bzw. Versorgung). Allerdings ist diese Lösung aus mehreren Gründen unbefriedigend. Ist das Pflegedienstbüro nur vormittags besetzt, ist danach nur noch ein Kontakt über den Anrufbeantworter möglich: aus Kundensicht, gerade für ältere Generationen, schreckt ein elektronisches Gegenüber regelmäßig ab (alle kennen auch Nachrichten wie: „Hallo, ich bin's. Können Sie mal kommen?“). Zum zweiten gibt es in der

Regel nicht den Pflegeversicherungs-
pflegedienst ohne den Teilbereich
Krankenpflege. Hier ist schon für die
Behandlungspflegekunden aus akuten
Gründen die ständige persönliche
Erreichbarkeit notwendig, oft auch in
den entsprechenden Verträgen mit den
Krankenkassen festgeschrieben.

Ich würde jedem Pflegedienst raten,
möglichst 24 Stunden persönlich
erreichbar zu sein. Dies kann und
sollte sinnvollerweise in Kooperation
mit Partnern geschehen, sei es über
die Nachtwache des benachbarten
Pflegeheims, über die Notrufzentrale
des Wohlfahrtsverbandes, über eine
kommerzielle Alarmzentrale oder durch
Zusammenschluß mehrerer
Pflegedienste. Technisch gesehen
kann dies über eine ISDN-
Weiterschaltung realisiert werden: der
Pflegekunde ruft seine bekannte
Nummer an, die 'Ausweich'-zentrale
meldet sich mit dem Namen des
Pflegedienstes, nimmt je nach Ablauf
die Meldung auf und gibt diese je nach
Dringlichkeit per Fax oder per Telefon
weiter.

Wieweit aus der 24-Erreichbarkeit
auch ein 24-Stunden-Notdienst (im
Rahmen der Pflegeversicherung)
abzuleiten ist, wage ich zu bezweifeln.
Der Anteil der Pflegesachleistungen im
Rahmen der Möglichkeiten der
Pflegeversicherung deckt nur einen
Teilbereich der notwendigen Pflege-
und Betreuungsleistungen ab,
vornehmlich den geplanten Anteil
(auch den am Samstag um 23.30 Uhr).
Aber auch hier trifft die oben
dargestellte Argumentationskette zu:
Pflegedienste sollten auch im Einzelfall
spontane Einsätze leisten können, ein
24-Stunden-Notfall-Dienst sollte
organisiert sein.
Im Rahmen der Pflegeversicherung ist
die Kostenfrage allerdings nicht
geklärt: es geht um die durch die
Vorhaltung einer Rufbereitschaft

entstehenden Kosten, die sich durch
eine Telefonkooperation (siehe oben)
allerdings erheblich reduzieren lassen.
Sollten die Pflegekassen hier eine
wichtige und notwendige (aus meiner
Sicht auch logische) Ergänzung des
Pflegeauftrages sehen, müßte dies in
den Rahmenverträgen (§ 75)
berücksichtigt werden, damit es in der
Vergütung umgesetzt werden kann.
Bei der Vergütung könnte sich ein
Modell über eine erhöhte
Einsatzpauschale (Notfallpauschale)
als sinnvoll erweisen.

5. „Kooperationen in der Region können gebildet werden“

Den Hinweis auf die Kooperation direkt
nach der 24-Stunden-Erreichbarkeit
angesiedelt gibt auch Hinweise darauf,
das die Vertragsparteien hier in der
Kooperation die sinnvolle Umsetzung
sehen. Soweit Kooperationen
eingegangen werden, sei es bei der
Rufbereitschaft oder auch bei der
pflegerischen und hauswirtschaftlichen
Versorgung, gelten folgende
Regelungen:

1. der Pflegedienst, der den Auftrag
weiterleitet, ist für die
Ausführung, die Qualität und die
Leistung verantwortlich: Ein
Beispiel: Im Rahmen einer
Kooperation von mehreren
Pflegediensten wird der
Wochenenddienst jeweils immer
von einem Dienst erbracht. Wird
Herr Meyer an diesem Abend
'vergessen', oder ein Teil der mit
ihm vereinbarten Leistung wird
nicht erbracht, so ist hierfür die
leitende Pflegefachkraft des
Ursprungspflegedienstes
verantwortlich und der erste
Ansprechpartner.
2. Der Pflegedienst rechnet auch die
Leistungen der
Kooperationspartner gegenüber
der Pflegekasse ab. Für die
Pflegekasse und Herrn Meyer

gibt es damit nur einen Ansprechpartner. Die Verrechnung mit dem Wochenenddienst erfolgt dann intern (§ 75, SGB XI).

3. Ein Kooperationsvertrag muß die Zusammenarbeit regeln (§ 75), dieser ist den Kassen vorzulegen. Der Kooperationsvertrag sollte eindeutig die verschiedenen Abläufe und Inhalte regeln. Auch sollten Einrichtungen, die zusammenarbeiten wollen, sich vorher gründlich 'kennenlernen', beispielsweise durch Mitarbeitertausch, Teilnahme an Dienstbesprechungen etc. . Genauso sollte ein Abwerbverbot und die Annahme neuer Pflegen geklärt sein. Zu beachten ist hier auch das Vermittlungsverbot gegen Entgelt, daß in den Versorgungsverträgen ausdrücklich festgeschrieben ist. Ansonsten ist das böse Erwachen vorprogrammiert.

Inhaltlich beschreibt der Qualitätsvertrag nun die Verantwortung und Aufgaben der leitenden Pflegefachkraft sowie ihre Qualifikation. Dies wird Thema der nächsten Ausgabe sein. Unter 3.1.1.3 geht es um die fachliche Qualität und Fortbildung

6. „Der Träger des Pflegedienstes ist verpflichtet, die fachliche Qualität der Leitung und der Mitarbeiter durch berufsbezogene Fort- und Weiterbildung sicherzustellen. Ihr Fachwissen ist ständig zu aktualisieren, fachbezogene Fachliteratur ist vorzuhalten.“

Dieser permanente Fort- und Weiterbildungsauftrag ergibt sich zwangsläufig aus dem Gesetzestext. Schon in § 11 wird festgeschrieben: „Pflegeeinrichtungen pflegen,

versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“. In § 28: Leistungsarten und Grundsätze legt der Absatz 3 fest, daß Pflegekassen und die Leistungserbringer dies sicherzustellen haben. Wichtig ist im Gesetzestext die offene Begriffsbestimmung: es reicht nicht, den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse des Jahres 1997 zu beherrschen und es dabei zu belassen. Auch die neue Erkenntnisse des Jahres 1998 müssen in die Praxis einfließen. Ein Beispiel: Ein Pflegedienst hat vor 4 Jahren eröffnet, alle MitarbeiterInnen haben eine frisch abgeschlossene pflegerische Ausbildung. Seit der Einstellung hat keine Fort- und Weiterbildung mehr stattgefunden, weil ja alle frisch aus der Ausbildung kamen. Diese Einrichtung hätte Mühe zu erläutern, wie sie den oben definierten Stand auch heute umsetzen kann.

Der hohe pflegerische Anspruch der § 11 und 28 setzt einen kontinuierlichen Lern- und Weiterbildungsprozeß voraus. Diese sollten gezielt stattfinden und die Schwerpunkte und Defizite erfassen, die die einzelnen MitarbeiterInnen haben. Fortbildungen mit der Gießkanne nach dem Motto: „Wir müssen dieses Jahr 3 Fortbildungen nachweisen, hier ist ein Prospekt, sucht Euch aus, was Euch gefällt“ erfüllen diesen Anspruch nicht. Um es noch einmal zu wiederholen: Fort- und Weiterbildungen sind weder Dispositionsmasse zum Ausgleich unzureichend ausgehandelter Vergütungen noch Streichpositionen für die Leistungsträger! Sie sind integraler Bestandteil der zu erbringenden Leistung und in einer leistungsgerechten Vergütung enthalten!

Welche Fort- und Weiterbildungsformen zu wählen sind, läßt der Qualitätsvertrag ebenso offen wie die Höhe des dafür verfügbaren Budgets. Sicherlich wird es ein sinnvoller Mix zwischen internen und externen Fortbildungen gebe. Interne Fortbildungsanteile können auch Bestandteil der regelmäßigen Dienstbesprechungen sein. Sinnvoll ist sicherlich die Benennung und Aus- und Weiterbildung von internen Fortbildungsreferenten bzw. Mentoren. Diese Funktion kann die leitende Pflegefachkraft ebenso wie ihre Stellvertretung ausüben, die Aufgabe könnten aber auch andere Pflegefachkräfte wahrnehmen. Solche internen Fortbildungen könnten auch von mehreren Einrichtungen gemeinsam gestaltet werden, ebenso Schulungen in der Einrichtung mit externen Referenten. Dienstinterne Schulungen erreichen schon aus finanziellen Gründen eine größere Anzahl MitarbeiterInnen als externe Schulungen, die in der Regel auch mit Reisetätigkeiten verbunden sind. Auch die Auswahl der Themen sollte zielgruppenorientiert erfolgen: Praxisseminare mit konkreten Umsetzungsanleitungen und -schritten für die PflegemitarbeiterInnen, Multiplikatorenschulungen für die dienstinternen Fortbildungsbeauftragten. Die Themenpalette aus dem Blickwinkel der Pflegeversicherung sollte neben pflegepraktischen Themen (immer mit der Ausrichtung auf aktivierende Pflege) auch hauswirtschaftliche Fragen abdecken: beispielsweise altersgerechte Ernährung, vom Kochen für/mit Pflegebedürftigen bis zur Ernährungsberatung. Nur eine kleinere Gruppe innerhalb der Einrichtungen wird Beratungstätigkeiten übernehmen und sollte hier die leistungsrechtlichen und formalen Bedingungen und Möglichkeiten kennen.

Grundlage für ein internes Fort- und Weiterbildungsprogramm könnte eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Ausbildungsprofile sowie der individuellen Fähigkeiten sein, wie sie sich beispielsweise mit dem abgedruckten Formular erfassen lassen. Aus der Zusammenfassung einer solchen Bestandsaufnahme lassen sich dann auf den einzelnen Mitarbeiter zugeschnittene Fortbildungskonzepte beschreiben. Ein Beispiel für eine Umsetzung: Für den Pflegedienst sind 20 verschiedene Lerninhalte festgelegt. Mitarbeiterin A beherrscht davon bereits 10 und nimmt nur noch an den für sie neuen Inhalten teil. Mitarbeiterin B nimmt an 18 Bausteinen teil, usw. . Mit solch einem oder ähnlichen Ansätzen werden sowohl Mitarbeitermotivationen („Was soll ich denn hier, das mache ich doch jeden Tag!“) als auch finanzielle Mittel geschont. Die Höhe der verfügbaren Mittel ist nicht festgelegt, folglich müßte ein Fort- und Weiterbildungskonzept unter dem Gesichtspunkt geprüft werden, sind die beschriebenen Fortbildungen notwendig für die Leistungserbringung und sind die Kosten dafür angemessen (Wahrscheinlich unangemessen wäre eine Fortbildung für Dekubitusprophylaxe in Thailand). Sinnvoll und einfach händelbar (auch im Rahmen einer Qualitätssicherung oder einer Preisverhandlung) wäre eine Festlegung von Fort- und Weiterbildungstagen durch die oben erwähnten Vertragsparteien, beispielsweise in Form eines Korridors (‘Pflegekräfte: 4 - 5 Tage/Jahr’, usw.). Diese Zeitbudgets müssen allerdings immer die gesetzlich definierte Qualität (aktivierende Pflege, allgemein anerkannter Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse) garantieren. Ein spannendes Feld für inhaltliche und sicherlich nicht geldorientierte Diskussionen in den Preisverhandlungen.

Fachliteratur

Während Fachzeitschriften für die notwendige Aktualität und den schnellen Wissenstransfer sorgen, werden Fachbücher als Grundlagen- und Nachschlagewerke genutzt. Bei Fachzeitschriften sollte man auf eine möglichst monatliche Erscheinungsweise achten: allerdings nutzt dies wenig, wenn die Fachzeitschrift auf dem Tisch des Geschäftsführers die ersten Monate nach Erscheinen abwartet, ehe sie aus dem Stapel befreit wird. Evtl. sind dann mehrere Exemplare hilfreich.

Fachbücher im Sinne dieses Qualitätsvertrages behandeln pflegepraktische und pflegerechtliche Themen. Ein Fachbuch über allgemeines Arbeitsrecht ist zwar wichtig für die Unternehmensführung, aber aus meiner Sicht kein in diesem Sinne „fachbezogenes Fachbuch“. Die vorhandene Bibliothek sollte einen Überblick über das praktisch notwendige Grundwissen bieten und den MitarbeiterInnen das Nachschlagen von Problemfällen ermöglichen. Das die Fachbücher und Zeitschriften frei zugänglich und ausleihbar sind, versteht sich von selbst.

Qualität als Baustein in der Pflegeversicherung

Teil 3: Die verantwortliche Pflegefachkraft

Auch bei der Beschreibung des notwendigen Personals in ambulanten Pflegediensten geht die Pflegeversicherung neue Wege. Zum einen in der Definition der verantwortlichen Pflegefachkraft (mit leitender Funktion), zum Anderen in der konkreten Benennung und Zuweisung von Verantwortungsbereichen.

Grundbedingung einer jeden Pflegeeinrichtung ist das Vorhandensein einer „ausgebildeten Pflegefachkraft“ (§ 71, 1.): „Ambulante Pflegeeinrichtungen im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.“ Würde also in einem Pflegedienst die verantwortliche Pflegefachkraft kündigen, müsste diese Position nahtlos neu besetzt werden und die Veränderung den Leistungsträgern (Pflegekassen) umgehend mitgeteilt werden, um nicht den Versorgungsvertrag zu verlieren. Aus diesem Grund werden diese Positionen auch im Strukturhebungsbogen ausführlich abgefragt.

Auch die Definition dieser verantwortlichen Pflegefachkräfte ist neu: zu den Berufsgruppen zählen neben den Krankenschwestern/pflegerinnen bzw. Kinderkrankenschwestern/pfleger nun auch die Altenpflegerinnen und Altenpfleger. Hier wird ein Berufsstand aufgewertet, der bisher immer unter dem 'Schatten' der Krankenpflege stand und daher auch keine eigenständige Berufsperspektive hatte:

Checkliste der verantwortlichen Pflegefachkraft mit leitender Funktion

Leitende Pflegefachkraft

- Leitung gegenüber Pflegekasse benannt
- Fachkraft im Sinne SGB XI?
- sozialversicherungspflichtig beschäftigt?
- Stellvertretende Leitung gegenüber Pflegekasse benannt
- Fachkraft im Sinne SGB XI?
- sozialversicherungspflichtig beschäftigt?

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fachliche Qualität der Leitung muß sichergestellt sein

- Leitungsbildung vorhanden?
- Berufserfahrung und Fortbildungen vorhanden?
- Individuelle Anerkennung beantragt?
- Leitungsbildung (m. 460 Std.) geplant
- Fortbildungsnachweis bis 2001 vorhanden?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leitende Pflegefachkraft ist verantwortlich für

- fachliche Planung der Pflegeprozesse
- fachgerechte Führung der Pflegedokumentation
- die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der Pflegekräfte
- die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

geeignetes Personal für Pflegeversicherungsleistungen

- aktivierende Pflege
- täglich wiederkehrende Verrichtungen
- Zusammenarbeit mit Pflegepersonen
- Beobachtung von Veränderungen
- Sachgerechte Dokumentation der eigenen Eindrücke und Arbeit
- Notfallintervention
- Anleitung von Pflegepersonen
- Pflegeplanung
- Pflegeüberprüfung

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit Einführung der Pflegeversicherung können Altenpflegerinnen und Altenpfleger allein (ohne Krankenschwestern/pfleger) eine Einrichtung der Pflegeversicherung betreiben (zumindest theoretisch: praktisch ist jede Pflegeversicherungseinrichtung gleichzeitig eine Mischeinrichtung, die

auch Leistungen der Krankenversicherung mit erbringen wird: hier werden ausdrücklich Krankenschwestern/pfleger benötigt). Einzige formale Bedingung: die verantwortliche Pflegefachkraft muß in ihrem Beruf innerhalb der letzten fünf Jahre zwei Jahre praktisch gearbeitet haben (§ 71, 3).

Im Gesetz selbst ist nur die Position der verantwortlichen Pflegefachkraft beschrieben, weitere Personalangaben sind hier nicht zu finden. Auch hier hat der Gesetzgeber es den beteiligten Parteien der Leistungsträger (Pflegekassen, Sozialhilfe) sowie der Leistungsanbieter überlassen, die weiteren Details in zweiseitigen Verträgen zu regeln.

Im Qualitätsvertrag wird die verantwortliche Pflegefachkraft weiter definiert: sie muß nun für die Aufgabe in einem ambulanten Pflegedienst nicht nur die oben genannte allgemeine Berufserfahrung von zwei Jahren nachweisen, sondern davon in der Regel ein Jahr im ambulanten Bereich (Qualitätsvertrag nach § 80, 3.1.2.2).

Sind 460 Stunden genug?

Darüber hinaus muß sie eine „Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindestdauer von 460 Std.“ nachweisen. Falls eine solche Maßnahme nicht (oder noch nicht) absolviert wurde, muß diese innerhalb der nächsten 7 Jahre (nach Unterzeichnung dieses Vertrages, also bis zum Jahre 2001) nachholen. Dies ist der Grund, weshalb überall diese so genannten 460-Stunden-Fortbildungen angeboten werden. Auch hier kann sich der Autor eine kleine Spitze nicht verkneifen: Mir scheint, als ob erst seit der Einführung der Pflegeversicherung Pflegedienste eine Leitungsförderung wollen und machen möchten. Daher dieses immens große Angebot an neuen Fortbildungen. So, als ob es



früher keine qualifizierte und weitergebildete Pflegedienstleitung gegeben hätte. Früher hießen diese Lehrgänge beispielsweise Stationsleitung, ect.. Diese werden auch heute anerkannt. Zusätzlich gibt es eine individuelle Anerkennung, die die eigene berufliche Praxis der bisherigen Pflegefachkräfte berücksichtigen kann: „Bei Vorliegen langjähriger Berufstätigkeit in dieser Funktion und einschlägiger Fortbildung können auf begründeten Antrag des Trägers innerhalb dieser Frist im Einzelfall von den Vertragspartnern nach § 72 Abs. 2 SGB XI Ausnahmen zugelassen werden“. Qualitätsvertrag (3.1.2.2 b).

Ein zweiter Hinweis sei erlaubt: oft geistert die Stundenzahl von 460 wie eine magische Grenzlinie durch die Landschaft nach dem Motto: 'Keine Stunde mehr!' Dabei, das sei noch einmal in Erinnerung gerufen, entstammt diese Stundenzahl nach meiner Kenntnis nicht den bisherigen Zeitprofilen vergleichbarer Fortbildungen (beispielsweise: Stationsleitung, Pflegedienstleitung). In den ersten Entwürfen des Qualitätsvertrages war noch von 540 Stunden die Rede, diese wurden dann vor allem aufgrund der Intervention der Sozialhilfeträger auf 460 Stunden reduziert. Die Reduzierung wurde

allein mit Kostengesichtspunkten begründet. Nun einige Hinweise zur Umsetzung:

- Überprüfen Sie, ob die verantwortliche Pflegefachkraft Ihrer Einrichtung schon eine Leitungsförderung absolviert hat.
- Überprüfen Sie, ob die verantwortliche Pflegefachkraft Ihrer Einrichtung nicht auch im Rahmen der individuellen Anerkennung den Fortbildungsnachweis erhält, beispielsweise, weil sie auch die Qualifikation einer Unterrichtsschwester hat.
- Da die Formulierung: „mindestens 460 Stunden“ lautet, kann es auch eine Fortbildung beispielsweise mit 540 oder 720 Stunden sein. Teilweise erwerben die TeilnehmerInnen dann eine klar definierte Zusatzqualifikation, die nicht nur für die Pflegeversicherung gilt und die für die weitere berufliche Laufbahn sinnvoller ist.
- Auch im Rahmen einer Preisverhandlung kann eine Fortbildung mit mehr als 460 Stunden auftauchen, da ja der Qualitätsvertrag nur die Mindestbedingung nennt. Es wäre mit dem entsprechenden Lehrplan nur darzustellen, daß diese Fortbildung inhaltlich angemessen sind. Andererseits wird der gesamte Aufwand für die spezielle Fortbildung der verantwortlichen Pflegefachkraft sicherlich nicht in einem Jahr allein in der Preiskalkulation berücksichtigt, sondern quasi wie eine Investition auf mehrere Jahre verteilt.

Inhaltliche Beschreibung des Personalmix

Die letzte formale Bedingung, die die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen

muß, ist im Qualitätsvertrag unter 3.1.2.3. definiert: sie „muß in dieser Funktion in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein“, wobei die Bedingung auch bei Betriebsinhabern erfüllt ist. Diese Voraussetzung erfüllt jedes Arbeitsverhältnis oberhalb der Grenze der Geringfügig Beschäftigten (620 DM). Nun liegt der Schluß nahe, daß ein Pflegedienst für z.B. 700 DM zzgl. Sozialabgaben eine verantwortliche Pflegefachkraft beschäftigt, den Rest der 50 Mitarbeiter aber mit einer erheblich geringeren Qualifikation. Dies scheint auf den ersten Blick auch möglich. Aber durch die Definitionen der Struktur- und Prozeßqualität im Rahmen des Qualitätsvertrages, der für alle unmittelbar verbindlich ist, ist dies inhaltlich unmöglich. Nur ist hier der Gesetzgeber einen anderen Weg gegangen als bisher z.B. im Heimbereich, wo er über die Heimmindestpersonalverordnung zwar einen Fachkräfteanteil bestimmt hat, nicht jedoch eine inhaltliche Beschreibung der zu erbringenden Arbeitsqualität. Auch im Sinne einer leistungsgerechten Vergütung macht es mehr Sinn, keine Personalschlüssel anhand von formalen Berufsbezeichnungen zu definieren, sondern durch die Beschreibung der Leistungsinhalte und der Leistungsqualität jedem Anbieter Spielräume für die Umsetzung zu lassen. Allerdings, und dies als kleiner Vorgriff auf die Definition der sonstigen Pflegekräfte, deren Qualifikation sowie deren Einsatz (Heft 4/98), bin ich überzeugt, daß die inhaltliche Beschreibung für die Pflege eine solidere Basis für einen notwendigen Personalmix darstellen kann als eine fixe Schlüsselzahl. Aber dieser Weg ist natürlich auch der schwierigere und konfliktreichere. Einzige Ausnahme bei der Festlegung des weiteren Personals: Die

verantwortliche Pflegefachkraft benötigt eine ständige Vertretung für Ausfälle durch Krankheit, Urlaub, etc. , deren formale Qualifikation (Krankenschwester/pfleger; Kinderkrankenschwester/pfleger oder Altenpflegerin, pfleger) identisch ist. Auch die ständige Vertretung sollte sozialversicherungspflichtig beschäftigt sein(3.1.1.2). Die ständige Vertretung wird ebenfalls in den Strukturhebungsbögen bzw. in den Veränderungsmitteilungen abgefragt.

Die Aufgaben sind konkret beschrieben

Die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft sind zum Teil sehr konkret beschrieben, auch wenn die Aufzählung nicht vollständig ist: „Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet daher, daß diese **u.a.** verantwortlich ist für

- die fachliche Planung der Pflegeprozesse
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation
- die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der Pflegekräfte
- die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes. (3.1.1.2).

Mit anderen Worten: die verantwortliche Pflegefachkraft ist für die fachgerechte pflegerische Arbeit der Einrichtung verantwortlich, inklusive deren professioneller Vor- und Nachbereitung. Da die fachgerechte Ausführung allein vom Pflegepersonal und deren Qualifikation abhängt, ist deren Qualifikationsniveau ein wichtiger Maßstab.

Daraus erklärt sich auch der Streit, der momentan in stationären, aber auch in ambulanten Einrichtungen zu finden ist. Dort gibt es in der Regel neben der verantwortlichen Pflegefachkraft

(Pflegedienstleitung) auch noch einen Heimleiter bzw. Geschäftsführer. Die Frage ist nun: kann der Heimleiter formal über der verantwortlichen Pflegefachkraft stehen, wenn diese für die oben beschriebenen Inhalte verantwortlich ist? Kann der Geschäftsführer Mitarbeiter einstellen, für deren Arbeit die verantwortliche Pflegefachkraft gerade stehen muß?

Wer ist verantwortlich?

Es geht hier um den Unterschied zwischen Dienst- und Fachaufsicht: unter Dienstaufsicht versteht man i.d.R. organisatorische und arbeitsrechtliche Fragen wie Anstellungsvertrag, Vergütung, Arbeitszeiten, ect., während unter Fachaufsicht die fachliche Ausgestaltung der Arbeit (Pflegestandards, inhaltliche Arbeitsanweisungen, Einteilung, fachliche Kontrolle, Aus- und Fortbildung) zu verstehen ist. Damit ergeben sich immer dann Konfliktstellen, wenn der Träger (Geschäftsführung) aus finanziellen Gründen die Mitarbeiterstruktur verändert, z.B. durch Einstellung von Hilfskräften, die Pflegefachkraft jedoch die vertraglich zugesagte Pflegequalität mit diesem Personal nicht umsetzen kann. Aus der Organisationspflicht der verantwortlichen Pflegefachkraft läßt sich hier ggf. sogar ein Verweigerungsrecht gegenüber dem eigenen Träger ableiten, wenn andere Interventionsformen nicht ausreichen, denn die verantwortliche Pflegefachkraft ist für die sachgerechte Ausführung der übernommenen Pflegen verantwortlich, nicht aber der Träger. Macht die verantwortliche Pflegefachkraft den Träger nicht auf Mängel (nicht geeignetes oder zu wenig Personal) aufmerksam und verweigert sie im äußersten Fall nicht die Ausführung, müsste die

Geschäftsführung davon ausgehen, daß die Pflege ordnungsgemäß sichergestellt sei (Eine gute und für den juristischen Laien auch verständliche Darstellung der haftungsrechtlichen Fragestellungen: KDA, Forum 35: Haftungsfragen und Pflegeversicherungsgesetz von Hans Böhme, 1997).

Die Diskussion über die Leistungsqualität lösen

Diese Frage stellt momentan ein aktuelles Konfliktpotential dar. Die Frage hat aus meiner Sicht mindestens vier Diskussionsebenen, die in engem Verhältnis zueinander stehen, aber in den Diskussionen nicht deutlich abgegrenzt werden:

Einerseits ist es durch die bisherigen Preisermittlungen im SGB XI nicht immer zu einer leistungsgerechten Vergütung für die einzelnen Pflegeeinrichtungen gekommen ist, Zum Zweiten fehlt eine Definition bzw. Festlegung, was denn eine sachgerechte Pflege (und damit Personalausstattung) im Rahmen des SGB XI ist. Drittens sind (historisch gesehen) viele Einrichtungen Krankenpflegestationen mit dem entsprechend hochqualifizierten Personal, die nun auch Pflegeversicherungsleistungen erbringen. Und viertens verbirgt sich hier eine latente berufspolitische Diskussion, was denn nun Krankenpflegekräfte alles tun dürfen, wollen und wünschen (siehe Grafik 2). Daher ist es immer recht schwierig, einigermaßen sachlich den einen oder anderen Punkt darzustellen, ohne aus einer anderen Ecke sofort kritisiert zu werden.

Die Diskussion läßt sich aus meiner Sicht nur über die Definition der Leistungen und damit verbunden der Leistungsqualität bzw. deren Eckdaten lösen. Die Definition der möglichen Leistungen hat uns der Gesetzgeber

abgenommen. Er hat eindeutig für den ambulanten Bereich einen eingeschränkten Leistungsrahmen (Inhalte) und eine eingeschränkte Leistungsmöglichkeit (finanziell) festgelegt. (nur nebenbei: für den stationären Bereich sind die Leistungen nicht eingeschränkt, sondern umfassen alle Lebensbereiche! Lediglich die Finanzierungsmöglichkeiten sind eingeschränkt. Selbst auf dem gerade zu Ende gegangenen „Altenpflegekongress“ in Essen wurde dies immer wieder verwechselt!). Diese Festlegungen sind politischer Natur und nicht unbedingt die logische Schlußfolgerung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse. Wir haben es hier mit den finanziellen Sachzwängen einer gesellschaftlichen Pflichtversicherung zu tun und müssen diese folglich als Realität betrachten.

Ausgestaltung der Pflegeleistung

Der Gesetzgeber hat die Leistungsbereiche als Defizite für die Begutachtung definiert, aber die Ausgestaltung des Ausgleichs dieser Defizite den Leistungsanbietern sowie den Leistungsträgern (Pflegekassen, Sozialhilfe) überlassen (§ 75 Rahmenverträge auf Landesebene). Er hat jedoch im Gesetz einige deutliche Hinweise und wesentliche Eckpunkte für die Ausgestaltung festgelegt:

- Beachtung des allgemein anerkannten Standes medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse (§§ 11, 28)
- eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde (in der Kommentierung des Gesetzentwurfs bzw. Erläuterung der Änderungen in dem Bericht des 11. Ausschusses, BT-Drucks. 12/5952, S. 34/35 steht : „Die Einfügung (hier: aktivierende Pflege) verdeutlicht, daß sich die Versorgung nicht auf eine „Satt- und

Sauber-Pflege“ beschränkt, sondern darauf ausgerichtet sein muß, den Pflegebedürftigen in seiner Pflege und Betreuung aktiv einzubeziehen, um insbesondere den Willen und die Fähigkeit zur Selbsthilfe zu fördern und zu unterstützen“.)

- Die Pflegeversicherung setzt für die Leistungen einen zwar kranken oder durch Krankheit/Behinderung körperlich und/oder geistig eingeschränkten Versicherten voraus, dieser ist aber nicht akut krank bzw. dessen Zustand ist in der Regel nicht instabil. Ansonsten wären hier andere Leistungsträger (Krankenversicherung) vorrangig zuständig. (z.B. § 13)
- Die Pflegeversicherungsleistungen sind im ambulanten Bereich reduziert auf die so genannten „täglich wiederkehrenden Verrichtungen“, nicht aber auf den ganzen zu pflegenden Menschen (§ 14 in Verbindung mit § 75)
- Durch die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen können durch die Pflegeversicherung lediglich Anteile (Teilkasko) der zu leistenden Pflege im Bereich der täglich wiederkehrenden Verrichtungen erbracht werden, bei den momentanen Preisen ca. 1/3 der notwendigen Pflegeleistungen. Schließlich heißt dieses Gesetz: „Gesetz zur **sozialen Absicherung** des Risikos der Pflegebedürftigkeit“!

In den Rahmenverträgen (ich betrachte hier vor allem die Bundesempfehlung zum § 75) sind die Leistungsinhalte zum Ausgleich der einzelnen Defizite beschrieben, wobei immer wieder auf die aktivierende Pflege abgestellt wird. Aus diesen Vorgaben lassen sich Rückschlüsse auf die aus Sicht der Pflegeversicherung zu erwartende Pflegesituation und damit auf die notwendige Personalqualifikation und Personalschlüsselung ziehen.

Das einzusetzende Pflege- und hauswirtschaftliche Personal muß in der Lage sein, folgende Anforderungen zu erfüllen:

- Hilfe, Unterstützung und/oder Anleitung/Beaufsichtigung bei der Ausführung der ‘täglich wiederkehrenden Verrichtungen’
- Grundkenntnisse und Fähigkeiten zur aktivierenden Pflege bei den ‘täglich wiederkehrenden Verrichtungen’
- Fähigkeit zur Beobachtung von Veränderungen
- Fähigkeit zur Zusammenarbeit mit Pflegepersonen
- Fähigkeit zur sachgerechten Dokumentation der eigenen Eindrücke und der eigenen Arbeit
- Grundkenntnisse für Notfälle

Nur eine Teilgruppe der Mitarbeiter für die täglich wiederkehrenden Verrichtungen benötigt aus meiner Sicht Kenntnisse der Pflegeplanung, da die Pflegeplanung nicht bei jedem Einsatz grundsätzlich neu definiert wird. Ähnlich verhält es sich mit der Anleitung der Pflegepersonen. Aus diesen Aussagen müsste jede verantwortliche Pflegefachkraft für ihre Einrichtung Überprüfungen, ob der vorhandene Personalmix im Sinne der Pflegeversicherung angemessen ist oder nicht. Wenn nach ihrer Meinung nach nicht, müsste sie beim Träger in der oben beschriebenen Form intervenieren.

Der Personalmix

Ich habe bereits an anderer Stelle beschreiben, daß ein sinnvoller Personalmix nur bezogen auf die Pflegeversicherung bei einem Fachkräfteanteil von ca. ¼ bis 1/3 liegen könnte. Im Einzelfall sicherlich auch höher. Natürlich ergeben sich in der Pflegewirklichkeit enorme Abgrenzungsprobleme, die ich aus der

Sicht der Pflegeversicherung außer Acht gelassen habe. Viele Einsätze sind gemischte Einsätze mit Kranken- und Pflegeversicherungsleistungen. Damit ergeben sich in der Praxis eher die Fragen, wie denn ein dann höherer Fachkräfteanteil in der Pflegeversicherungskalkulation berücksichtigt werden kann? Durch die gesetzlich gewollte Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung sowie durch die unterschiedlichen Finanzierungsmodelle sehe ich hier wenig Möglichkeiten. Die Pflegeversicherung wird ihre Qualität

und Preise immer losgelöst von möglichen Krankenversicherungsleistungen betrachten müssen, schon weil der Pflegebedürftige die freie Wahl einer Pflegeeinrichtung hat.

Nach der Abgrenzung und Bestimmung der Eckdaten der Pflegeversicherungsleistungen spielt nun die Frage des geeigneten Personals über die Fachkräfte hinaus eine wichtige Rolle: Das wird in der nächsten Ausgabe von HÄUSLICHE PFLEGE erläutern.

Qualität als Baustein in der Pflegeversicherung

Teil 4: Geeignete Pflegekräfte

Neben der ausführlich definierten Position der verantwortlichen Pflegefachkraft sowie deren Stellvertretung werden nun die sonstigen Pflegekräfte beschrieben.

Die Vertragsunterzeichner und zum Teil auch der Gesetzgeber unterscheiden zwei Teilgruppen von MitarbeiterInnen in der ambulanten Pflege:

zum einen die so genannten **Pflegefachkräfte**: Dies sind nach § 71 Krankenschwestern/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenschwestern, staatlich anerkannte Altenpflegerinnen/Altenpfleger (sowie für Einrichtungen der Behindertenbetreuung auch Heilerziehungspflegerinnen/Heilerziehungspfleger und Heilerzieherinnen und Heilerzieher; hier fehlt auch eine redaktionelle Anpassung des § 80er Vertrages, weil diese Teilgruppen erst durch das 1. SGB XI Änderungsgesetz vom 14. Juni 1996 in den § 71 aufgenommen wurden.)

Zum anderen die unter dem Titel „3.1.3. Pflegekräfte“ ist die nachfolgende nicht abschließende Aufzählung zu finden:

- Krankenschwester/Krankenpfleger
- Kinderkrankenschwester/
Kinderkrankenschwestern
- staatlich anerkannte
Altenpflegerinnen/Altenpfleger
- staatlich anerkannte
Familienpflegerinnen/Familienpfleger
- Krankenpflegehelferinnen/
Krankenpflegehelfer
- staatlich anerkannte
Altenpflegehelferinnen/
Altenpflegehelfer
- Haus- und Familienhelferinnen und -
helfer

- Hauswirtschafterinnen/
Hauswirtschafter
- Fachhauswirtschafterinnen/
Fachhauswirtschafter
- Dorfhelferinnen/Dorfhelfer
- Familienbetreuerinnen/
Familienbetreuer

Daneben spricht der Qualitätsvertrag von „Hilfskräften und angeleiteten Kräften, die unter der fachlichen Anleitung der Fachkraft tätig“ werden. Daran schließt sich nun die einfache Frage an: sind Krankenschwestern Pflegefachkräfte oder Pflegekräfte. Die begriffliche Verwirrung setzt sich im Rahmenvertrag nach § 75 (Bundesempfehlung) fort: § 18, 3... Beim Einsatz von Pflegehilfskräften ist zudem sicherzustellen, daß Pflegefachkräfte die fachliche Überprüfung des Pflegebedarfs, die Anleitung der Hilfskräfte und die Kontrolle der geleisteten Arbeit gewährleisten“.

Begriffe und Irritationen

Um dieser Begriffsverwirrung ein Ende zu setzen, schlage ich folgende Definition vor, die ich auch in den folgenden Beiträgen entsprechend verwenden werde:

Pflegefachkräfte sind Mitarbeiter mit unter § 71 genannten Berufsbezeichnungen.

Die **verantwortliche Pflegefachkraft** hat darüber hinaus entsprechende Berufserfahrung sowie eine Zusatzausbildung (siehe Heft 3). Unter **Pflegekräften** verstehe ich alle anderen Berufsgruppen, die oben aufgeführt sind (bis auf die Pflegefachkräfte) sowie die Hilfskräfte und angeleiteten Kräfte ohne formale

oder mit fachfremder Berufsausbildung. Viel wichtiger als die formale Berufsausbildung sind die konkreten Fähigkeiten und Kenntnisse, die die einzusetzenden MitarbeiterInnen haben. Aufgrund dieser Profile werden sie eingesetzt, für die fachgerechte Einsatzplanung ist die leitende Pflegefachkraft verantwortlich. Sicherlich auch aus diesem Grund werden beispielsweise im stationären Qualitätsvertrag (der zeitlich nach dem ambulanten Vertrag erstellt wurde) keine Berufsgruppen mehr aufgezählt.

Ich würde auch gegenüber den Pflegekunden immer von Pflegekräften und nicht beispielsweise von Hilfskräften sprechen: die vom Pflegedienst eingesetzten MitarbeiterInnen sind für die Aufgaben, die sie ausführen sollen, fachlich geeignet, entsprechend ausgebildet und in der Lage. Sonst dürften sie nicht eingesetzt werden. Damit wäre es auch sprachlich eine unsachliche Herabwürdigung, von Hilfskräften zu sprechen. Und als Kunde bekäme ich keinen guten Eindruck von einer Pflegeeinrichtung, die mit „Hilfskräfte“ schickt!

Geeignete MitarbeiterInnen

Der Träger der Einrichtung bestimmt die Personalmenge und Personalzusammensetzung. Allerdings hat auch hier die verantwortliche Fachkraft zumindest ein Vetorecht, denn sie ist für die fachgerechte und am Bedarf der Pflegebedürftigen orientierte Einsatzplanung verantwortlich. Die Bandbreite dieser Verantwortung sowie die durch den Gesetzgeber vorgegebene Leistungsbreite und Leistungsqualität habe ich bereits in der letzten Ausgabe dieses Qualitätskollegs beschrieben. (Dazu sei mir noch ein kleiner Nachtrag erlaubt: in der gleichen

Ausgabe finden sich Ergebnisse aus der Pflegestrukturdatei des Wissenschaftlichen Instituts der AOK. Ohne auf die Ursachen einzugehen ist doch die Feststellung spannend, daß trotz Heimmindestpersonalverordnung (seit 1993 geltend, schreibt mindestens 50 % Pflegefachkräfte vor, Ausnahmen möglich) in den stationären Einrichtung nur ein Fachkräfteanteil von durchschnittlich 38 % vorhanden ist. Vielleicht ist dann der Weg über eine inhaltliche Leistungsbeschreibung erfolgreicher.)

Checkliste: Geeignete Pflegekräfte		Ja	Nein
Anzahl Pflegefachkräfte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl Pflegekräfte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhältnis für die Leistungserbringung o.k.?(Fachliche Einschätzung!!!)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zivi' oder ähnliche Beschäftigungsverhältnisse vorhanden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zivis auch in der Pflegeversicherung eingesetzt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zivipreis im Preiskatalog vorhanden und in Preiskalkulation berücksichtigt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiterqualifikation: Bestandsaufnahme			
Qualifikationsfragebogen für die eigene Einrichtung erarbeitet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualifikationsstand festgestellt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufszeugnisse und Fortbildungsnachweise vorhanden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualifikationsprofil Einrichtung			
Qualifikationsprofil erarbeitet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindestbedarf festlegen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalentwicklungsplan erarbeitet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitschiene für Personalentwicklung erarbeitet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat für Fortbildung aufgestellt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

....in ausreichender Anzahl

So ist hier nun die Frage zu beantworten, wie die verantwortliche Pflegefachkraft sicherstellen kann, daß sie **geeignete Mitarbeiter** in **ausreichender Anzahl** einsetzen kann.

Zum ersten Teil: Wie ist zu erkennen, ob die vorhandenen MitarbeiterInnen geeignet sind? Eigentlich nur, wenn sie die einzelnen MitarbeiterInnen mit ihren individuellen Fähigkeiten kennt und diese nach deren Fähigkeiten einsetzen kann, bzw. entsprechend unter Anleitung einsetzt. Nach außen hin darstellbar ist dies beispielsweise über ein Fragebogen, in dem die einzelnen MitarbeiterInnen mit ihren Kenntnissen und Fähigkeiten beschrieben sind.

Der schriftliche Weg hätte den Vorteil, im Rahmen von Qualitätsprüfungen nachvollziehbar und durchschaubar zu sein. Dies könnte auch Krankheits- und Urlaubsvertretungen den Überblick über das vorhandene Personal erleichtern und als Grundlage für die weitere Fortbildungsplanung dienen. Ein solcher Fragebogen (siehe Beispiel) sollte individuell auf die eigene Einrichtung und deren Tätigkeitsschwerpunkten ausgerichtet sein. Es könnte dann auch die besonderen Zielgruppen und zusätzlichen Dienstleistungsangebote berücksichtigen. Der Fragebogen könnte weiterhin die Grundlage für das eigene Mitarbeiterschulungsprogramm sein: jeder Mitarbeiter würde aufgrund seiner Vorkenntnisse nur an den Fortbildungen für die Teilbereiche teilnehmen müssen, die er noch nicht beherrscht.

Die Einordnung, ob ein Mitarbeiter bestimmte verlangte Fähigkeiten hat oder nicht sollte die verantwortliche Pflegefachkraft (oder deren Stellvertretung) vornehmen. Eine Selbsteinschätzung birgt die Gefahr, sich selbst vielleicht zu viel oder zu wenig zuzutrauen. Unter Umständen sollte das Wissen auch durch konkrete Übungen abgefragt werden:

Beispielsweise bei Lagerungstechniken. Auch Selbstverständlichkeiten würde ich im Sinne der eigenen Qualitätssicherung überprüfen. Nur weil ein Mitarbeiter frisch aus der Ausbildung kommt, ist noch keine Garantie dafür gegeben, daß er beispielsweise die Pflegeplanung beherrscht. Umgekehrt könnte es sein, das angelernte Hilfskräfte mit langer Berufserfahrung überraschend viele Fähigkeiten haben, die so nicht bekannt waren oder abgefragt wurden. Damit ergeben sich aus solch einer Bestandsaufnahme auch viele positive Entwicklungsmöglichkeiten.

Personalmenge

Neben der Qualifikation spielt auch die Anzahl der verfügbaren Mitarbeiter eine wesentliche Rolle in der täglichen Versorgung. Wie schon unter dem Stichpunkt Strukturqualität (Ausgabe 2) beschrieben, erschließt sich der Versorgungsauftrag von der Menge her durch die im Strukturerhebungsbogen bzw. im Versorgungsvertrag definierte Personalmenge. Oft ist diese hier noch nicht oder nur oberflächlich (nicht in Stunden) festgelegt. Trotzdem bildet diese die Basis für die notwendige Personalmenge, die immer, auch bei Krankheit oder Urlaub, verfügbar sein sollte, um notwendige Pflegeleistungen zu erbringen. Unter 3.1.3.1 steht:

„Der Pflegedienst hat unter Berücksichtigung von Punkt 3.1.4 (Kooperation mit anderen Diensten) nach den individuellen Erfordernissen der Pflegebedürftigen auch bei Ausfall (z.B. durch Verhinderung, Krankheit oder Urlaub) - entsprechend den jeweiligen pflegerischen Leistungen - geeignete Kräfte vorzuhalten.“

Anrufe wie „Hallo Herr Meyer, wir können heute nicht zum Baden kommen, weil wir momentan zu wenig Personal haben“ darf es nicht geben, diese Einrichtung verstößt gegen ihren Versorgungsvertrag!

Damit ist der Träger der Einrichtung gezwungen, organisatorisch dafür zu sorgen, daß es zu keinem solchen Engpass kommt. (Übrigens, anstelle vom oben zitierten Herrn Meyer würde ich dies auch als reine Selbstverständlichkeit ansehen!) Wie der Pflegedienst dies organisiert, bleibt ihm überlassen, wobei die Vertragspartner dieses Qualitätsvertrages ausdrücklich auf den Punkt 3.1.4 Kooperationen verweisen. Vorstellbar wäre ein Kooperationsvertrag mit einer befreundeten Einrichtung, daß man

sich gegenseitig bei Auftragsspitzen bzw. bei Krankheitssituationen aushelfen kann. (über Kooperationen siehe Heft 2, Strukturqualität). Außerdem sollte die langfristige Urlaubsplanung immer eine gleichmäßige Personalbesetzung vorsehen.

Gleichzeitig benötigt die Pflegeeinrichtung eine Festlegung des **Mindestbedarfs**: Wie viele MitarbeiterInnenarbeitsstunden mit welchen Qualifikationsprofilen werden täglich/wöchentlich benötigt: Ansonsten könnte es vorkommen, daß zwar genug MitarbeiterInnen an einem Arbeitstag vorhanden sind, nicht jedoch die entsprechend benötigten Qualifikationen. Solch ein Bedarfsraster (siehe Beispiel Grafik 2) kann auch als Baustein für die Einsatzplanung dienen. Teilbereiche könnten auch in Verbindung mit Kooperationspartnern dargestellt werden, z.B. Beratungskompetenzen für Wohnraumanpassung.

Qualifikationsprofil Einrichtung		
Qualifikation	Anzahl/ Stunden pro Tag	Anzahl/ Stunden pro Woche
Pflege		
Grundpflege		
Mobilität		
Hauswirtschaft		
Kochen		
Einkaufsdienst		
Qualitätssicherung		
Pflegeanamnese		
Pflegeprozeßplanung fortentwickeln		
Qualitätssicherung		
Hilfsmittelberatung		
Wohnraumanpassung		
37.3-Besuche		
Behandlungspflege		

Anstellungsverhältnisse

Bis auf einige Ausnahmen (z.B. Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Thüringen) geben auch die Rahmenverträge nach § 75 keine weitere Personalmenge vor. Allerdings

übernehmen alle die Formulierung der Bundesempfehlung § 75 „Der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, sollte dabei 20 % möglichst nicht überschreiten“ (zitiert nach Bundesempfehlung § 75, hier: § 18, 2, Satz 2).

Unbestritten ist, daß aus volkswirtschaftlicher Sicht die Menge an Geringfügig Beschäftigten schädlich ist für unser Sozialsystem und jede Begrenzung sinnvoll wäre. Was diese politische Aussage allerdings unter dem Stichwort § 18, „Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals“ zu suchen hat, ist mir unklar. Unter dem Stichwort „geringfügig Beschäftigte“ ist zunächst nur eine Form des Anstellungsverhältnisses zu verstehen, aus der heraus in keiner Weise auf die Qualifikation oder die Arbeitsweise geschlossen werden kann. Z.B. könnte ein Dienst als geringfügig Beschäftigte gezielt Krankenschwestern beschäftigen, die aufgrund der Kindererziehung nur am Wochenende und nur teilweise arbeiten möchten. Da diese MitarbeiterInnen unabhängig von ihrem Anstellungsverhältnis die gleiche Arbeitsqualität wie ihre vollzeitbeschäftigten Kolleginnen erbringen, nehmen sie selbstverständlich ebenso regelmäßig an Dienstbesprechungen und an den betrieblichen Fort- und Weiterbildungen teil. Somit gibt es zunächst keinen inhaltlichen Grund (außer unter einer volkswirtschaftlichen Betrachtung), die Anzahl der geringfügig Beschäftigten durch Rahmenverträge zu regeln. Die langläufige Meinung, geringfügig Beschäftigte wären die Lösung, um Kosten zu senken, hat sich inzwischen verändert, vor allem, wenn man neben dem Stundenlohn auch die Kosten für Dienstbesprechung und Schulung sowie die Organisationskosten betrachtet. Wird beispielsweise eine

Qualität als Baustein in der Pflegeversicherung

Teil 5: Pflegeprozeßqualität: Selbstdarstellung, Erstbesuch und Pflegeanamnese

Nach den Merkmalen und Bausteinen der Strukturqualität beschreibt der Qualitätsvertrag nun die Elemente der Prozeßqualität: Beginnend mit der schriftlichen Vorstellung des Angebots über den Erstbesuch bis zur Pflegeplanung und deren Ausführung. In dieser Ausgabe sollen die ersten beiden Bausteine erläutert werden.

Unter dem Punkt 3.2.1. wird die schriftliche Vorstellung des Pflegedienstes und Darlegung des Hilfeangebots mit einer offenen Aufzählung definiert:

in dieser Darstellung können „u.a. Informationen enthalten sein über:

- das vorgehaltene Leistungsangebot
- die Form und Durchführung der Leistungserbringung
- das Pflegekonzept
- die personelle Ausstattung
- die Verfügbarkeit bzw. die Erreichbarkeit des Pflegedienstes
- Art und Form der Kooperation mit anderen Diensten
- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Während die oben dargestellte Aufzählung Empfehlungscharakter hat, ist dies beispielsweise im Qualitätsvertrag für stationäre Einrichtungen in vielen Punkten verpflichtend.

In der Verpflichtung zur schriftlichen Selbstdarstellung liegt eine große Chance: neben mündlichen bzw. fernmündlichen Aussagen kann der Kunde vieles in Ruhe nachlesen, Mißverständnisse können so schon im Vorfeld geklärt werden, falsche Erwartungen werden nicht geweckt.

Allerdings geht diese Darstellung über einen einfachen Faltprospekt hinaus.

Schriftliche Information der KundenInnen

Schriftliches Informationsmaterial sollte somit aus verschiedenen Elementen bestehen:

Ein erster **Faltprospekt** könnte neben der einfachen Beschreibung des Leistungsangebots u.a. die Strukturdaten enthalten: Adresse und Sprechzeiten der Geschäftsstelle, die 24-Stundenerreichbarkeit, die 24-Stunden-Pflegefähigkeit sowie vielleicht die verantwortliche Pflegefachkraft bzw. der zuständige Ansprechpartner für Neukunden mit Namen. Zukünftig könnte für die sogenannten neuen Pflegekunden auch der theoretische Ansatz der Arbeit ein Qualitätsmerkmal darstellen: also das Pflegekonzept oder das Pflegemodell, nach dem die Einrichtung arbeitet: beispielsweise ob nach Henderson, Roper oder Krohwinkel,

Ein Leistungskatalog mit Punktwerten?

Ein Leistungskatalog beschreibt die verschiedenen Leistungen **mit Preisen** (die Punktwerte aus der Preisfindung mit den Pflegekassen sind in den meisten Fällen für die Kunden ohne Bedeutung, daher würde ich sie in Preislisten weglassen: denn Herr Meyer hat 750 DM als Teilkaskozuschuß zur Verfügung und nicht 9868 Punkte!!!). Bei Leistungen, die einen definierten gesetzlichen Leistungsträger haben (Krankenversicherung) brauchen keine

Preise genannt werden, da diese Leistungen von der Versicherung übernommen werden (können aber!).

Eine Darstellung des Organisationsablaufs

Pflegekunden sind zumeist erst einmal Neukunden. Sie wissen nicht, wie Pflege organisiert wird, wie es abläuft: Es könnte dargestellt werden, was wann und wie abläuft: vom ersten Kontakt über den Pflegeauftrag und Pflegevertrag, das Erstgespräch (im Rahmen PV) und die Anamnese, die Arbeitsaufteilung, die Bedeutung der Pflegedokumentation, der Personaleinsatz und die unterschiedliche Qualifikation des Personals, die Rechnungsstellung. Bei der Darstellung des Personals sollten die unterschiedlichen Leistungsträger Kranken- und Pflegeversicherung mit ihren unterschiedlichen Leistungsanforderungen berücksichtigt werden. Ich habe schon öfter in Prospekten Aussagen wie: „Wir beschäftigen nur examiniertes Personal, bzw. Krankenschwestern“ gelesen. Unabhängig davon, ob dies sachlich sinnvoll ist und wirtschaftlich aus der Sicht der Pflegeversicherung vertretbar ist, könnte ein Pflegekunde dann irritiert reagieren, wenn für eine Pflegeversicherungsleistung (z.B. aus dem Bereich der Hauswirtschaft) doch keine examinierte Krankenschwester, sondern eine Hauspflegerin kommt. Natürlich ist alles Personal, daß die leitende Pflegefachkraft der Einrichtung einsetzt, fachlich für die übertragene Aufgabe qualifiziert und geeignet, ansonsten hätte diese die Aufgabe nicht übertragen bekommen (siehe letzte Folge: Pflegekräfte).

Für alle Abweichungen, Fragen und sonstigen Probleme sollten klar und deutlich die Ansprechpartner sowie ihre Erreichbarkeit dargestellt werden.

Checkliste Schriftliche Darstellung und Erstbesuch/Anamnese

Schriftliche Darstellung

Erste Informationen

	Ja	Nein
Strukturdaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adresse und Sprechzeiten der Geschäftsstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24-Stunden erreichbarkeit über folgende Nummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verantwortliche MitarbeiterInnen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AnsprechpartnerInnen für Neukunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AnsprechpartnerInnen für erste Auskünfte, Pflegeberatung, Leistungsträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungspalette in Stichworten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegekonzepte und gfls. theoretischer Hintergrund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperationspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leistungskatalog

Leistungsbeschreibung Krankenversicherung (ohne Preise)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsbeschreibung Pflegeversicherung (mit Preisen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Leistungen mit Preisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Leistungen von Kooperationspartnern mit Preisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darstellung des Organisationsablaufes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonische Anfrage und Auskünfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Unterlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktgespräch und Abklärung der möglichen Leistungsträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsgenehmigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstbesuch/Pflegeanamnese bei SGB V und SGB XI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedarfsorientierte, ganzheitliche Pflegeplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsaufteilung zwischen Pflegedienst und Pflegepersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegevertrag und schriftliche Leistungsaufteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personaleinsatz: Zeit, Pünktlichkeit, Abweichungen, Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verantwortung und Ansprechpartner bei Fragen/Konflikten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperationspartner und deren Einsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegedokumentation: Sinn, Nutzen, Inhalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsnachweise: Führung, Bedeutung, Unterschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechnungsverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstzahlerrechnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auf Kooperationspartner hinweisen

Werden nicht alle Leistungen vom Pflegedienst selbst erbracht, sondern beispielsweise der Wochenenddienst zusammen mit einem Kooperationspartner, sollte dies auch dargestellt werden inklusive der Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten (siehe Kap. 2). Ansonsten könnte ein Pflegekunde verschreckt reagieren, wenn ein fremder Mitarbeiter mit Haustürschlüssel am Wochenende bei ihm auftaucht. Auch könnte der Pflegekunde befürchten, nun eine zweite Rechnung zu bekommen, weil ja nun scheinbar zwei verschiedene

Pflegekunden nicht gesondert in Rechnung gestellt werden!
Ausgehend vom Qualitätsvertrag könnten/sollten die hier definierten Erstbesuche/Anamnesen folgenden Ablauf/Arbeitsschritte enthalten:

1. Begrüßung und Einleitung
2. Bestandsaufnahme/Anamnese der vorhandenen Probleme und Ressourcen
3. Erstellung einer Pflegeplanung mit Aufteilung der Leistungen auf die an der Pflege und Versorgung beteiligten

Festhalten im Pflegevertrag/Leistungsplan

Begrüßung und Einleitung

Zunächst eine Anmerkung: Der Begriff „Erstbesuch“ kann unter Umständen ein wenig in die falsche Richtung führen, vor allem bei Pflegekunden, die der Pflegedienst schon im Rahmen der Krankenversicherung versorgt hat. Falls Leistungen der Pflegeversicherung dazukommen, wäre der Dienst dann ja nicht mehr 'neu', der Begriff 'Erstbesuch' bzw. die Abrechnung führt zu Irritationen. Trotz der schon bestehenden Leistungen beginnt mit der Leistungserbringung im Rahmen der Pflegeversicherung ein neuer Abschnitt: Nun muß eine ganzheitliche (auf alle Ressourcen und Fähigkeiten bezogene) Pflegeplanung erfolgen (unabhängig davon, wer welche Leistungen erbringt!!!), die es aus dieser Sichtweise beispielsweise bei der Krankenversicherung nicht gibt. Diese Anamnese ist der Beginn der aus dem Blickwinkel der Pflegeversicherung zu überprüfenden Pflegequalität. Darum bedeutet 'Erstbesuch' nicht: „zum ersten Mal in diesem Haushalt“, sondern „zum ersten Mal unter diesem sachlichen Ansatz mit der oben beschriebenen Zielrichtung“. Ich würde nach Außen hin immer mit dem Begriff Bestandsaufnahme/Anamnese arbeiten und damit die oben

beschriebene gedankliche Klippe vermeiden.
Bei der Begrüßung/Einleitung sollte nochmals daraufhin gewiesen werden, daß die Pflegeversicherung eine Teilkaskoversicherung ist und mit deren Leistungen lediglich ein geringer Anteil (in der Regel weniger als 1/3) der durch den MDK festgestellten Hilfebedarfe/Defizite ausgeglichen werden kann (siehe Grafik 1). Damit kann der Anteil der Pflegeversicherung als Zuschuß zu den insgesamt notwendigen Leistungen betrachtet werden. In diesem Zusammenhang ist damit das Wort „Zuzahlung“ für den zu tragenden Anteil der Pflegekunden verwirrend bis falsch. Beispielsweise bei den Medikamenten übernimmt die Krankenkasse den Gesamtbetrag, während der Versicherte eine fest definierte Zuzahlung zu leisten hat, unabhängig von den wirklichen Kosten des Medikaments. In der Pflegeversicherung ist dieses genau umgedreht. Die Pflegekasse zahlt einen definierten Fixbetrag dazu, der Pflegekunde trägt den Hauptanteil (in Geld- oder Angehörigenleistung oder im Einzelfall über die Sozialhilfe), unabhängig von dessen Höhe. Dieser Sachverhalt sollte zu Beginn der Zusammenarbeit nochmals in aller Deutlichkeit dargestellt werden, um zukünftige Mißverständnisse zu minimieren. Die bisherige Außendarstellung der Pflegekassen und der Politik war und ist eine andere („die Pflegekasse übernimmt die Kosten für die notwendige Pflege“), daher gehen auch die Pflegekunden von einer anderen Wirklichkeit aus.

Bestandsaufnahme/Anamnese der vorhandenen Probleme und Ressourcen

Wesentliche und unverzichtbare Grundlage für jede Pflegeplanung ist die Bestandsaufnahme/Anamnese der Istsituation. Nach welchem Pflegesystem oder Pflegemodell dies

ermittelt wird, hängt vom Pflegekonzept der Einrichtung ab. Der Qualitätsvertrag verlangt kein bestimmtes Modell, es soll lediglich auf den ganzen Menschen ausgerichtet sein und alle seine Probleme und Ressourcen erfassen können. Wichtig wäre aber aus meiner Sicht, daß das Anamnesewerkzeug (Formular) mit dem Pflegeplanungssystem korrespondiert bzw. aus einem theoretischen Modell stammt. Darauf sollte man bei der Zusammenstellung von den entsprechenden Formularen achten. Übrigens auch beim Einkauf von am Markt angebotenen Systemen. Die Bestandsaufnahme (und damit verbunden die Pflegeplanung) ist eine ganzheitliche Situationsbeschreibung, auch wenn die Leistungen der Pflegeversicherung nur einen geringen Teil abdecken. Um es nochmals im Beispiel zu sagen: Die Bestandsaufnahme und die daraus resultierende Pflegeplanung beschränken sich nicht nur auf die sogenannten 21 regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, sondern auf alle Verrichtungen, Tätigkeiten und Beziehungen des ganzen Menschen. Informationen und Eindrücke für diese Bestandsaufnahme liefert nicht nur der Pflegekunde selbst, sondern auch seine Umgebung, sei es die Pflegepersonen, aber auch die baulichen und räumlichen Gegebenheiten. Bei der Bestandsaufnahme soll auch der sogenannte **Pflegeplan des MDK** (siehe Abbildung (Aus Gutachten Punkt 7, 7.1 bis 7.4.3.)) berücksichtigt werden, soweit dieser vorliegt: Das jeder Pflegekunde das Recht auf Akteneinsicht und damit auf sein Gutachten hat, ist selbstverständlich (Rechtsgrundlage: § 276 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 25 SGB X). Auch macht der Hinweis in dem Qualitätsvertrag durchaus inhaltlich Sinn, schon vorhandene

Beobachtungen in die eigene Bestandsaufnahme und Pflegeplanung einzuziehen, nach dem Motto: vier Augen sehen mehr als zwei. Dazu 2 Anmerkungen: Der Wert dieses sogenannten Pflegeplans ist aus meiner Sicht nicht zu hoch anzusetzen: Bei der Betrachtung des standardisierten Formulargutachtens bleibt für die ausführliche Empfehlung von Pflegeleistungen schon vom Formular her nicht viel Platz, sie nehmen im der 9 Seiten (ohne Anlage Zeitkorridore) nicht viel Raum ein. Eher können schon die vom MDK erhobenen ATL's Hinweise enthalten. Schon zu Beginn der Pflegeversicherung gab es Pflegekassen, die aus inhaltlichen Gründen die Pflegedienste nicht über den Pflegeplan des MDK informieren wollten: diese Pflegekassen vertraten die Ansicht, die pflegerische Kompetenz und Erfahrung der Pflegedienste sollte und brauchte nicht durch den Filter des MDK-Gutachtens eingeschränkt werden.

**Teilkaskoprinzip der Sozialen Pflegeversicherung
Beispiel: Pflegestufe 1 (ambulant)**

Zugangsvoraussetzung: mindestens 1,5 Std.

- Körperpflege, Ernährung, Mobilität (hier mind. 45 Minuten)
- Hauswirtschaft

Davon finanziert die Pflegeversicherung maximal

- Körperpflege
- Ernährung
- Mobilität
- Hauswirtschaft

Weitere Leistungen

- Pflegeverbrauchs- und Hilfsmittel: Wohnraumanpassung
- Soziale Absicherung der Pflegepersonen
- Schulungskurse, Urlaubsvertretungen, Kurzzeitpflege

**Der Pflegeplan des MDK ist hilfreich
– aber nicht zwingend erforderlich**

Es ist gut, wenn das MDK-Gutachten vorhanden ist, es ist aber auch nicht besonders schlimm, wenn nicht. Der Pflegedienst soll es ja nur zu seiner Bestandsaufnahme heranziehen, er könnte aber beispielsweise auch zu

Empfehlungen an die Pflegekasse/individueller Pflegeplan	
Maßnahmen zur Rehabilitation: Krankengymnastik, welche: _____	nicht erforderlich <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/>
Ergotherapie, welche: _____	
Logopädie, welche: _____	
Sonstige Maßnahmen, welche: _____	
Erläuterung: _____	
Verbesserung/Veränderung der Pflegehilfsmittel-/Hilfsmittelversorgung: Pflege-/Hilfsmittel zur Körperpflege und Hygiene, welche: _____	nicht erforderlich <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/>
Ernährung, welche: _____	
Mobilität innerhalb und außerhalb der Wohnung, welche: _____	
Erläuterung der Pflege für die Pflegeperson, welche: _____	
Sonstige Hilfsmittel, welche: _____	
Erläuterung: _____	
Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen zur Anpassung des Wohnumfeldes: Erläuterung: _____	nicht erforderlich <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/>
Art und Umfang von Pflegeleistungen	
Unterstützung/Veränderung in Bezug auf Antragsteller/Pflegeperson im Hinblick auf Art und Umfang der Pflege: Hauswirtschaftlicher Bereich, welcher: _____	nicht erforderlich <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/>
Grundpflege, welche: _____	
Behandlungspflege, welche: _____	
Sonstige Leistungen, welche: _____	
Erläuterung: _____	
Entlastung in Bezug auf Antragsteller/ Pflegeperson durch: Tages-/Nachtpflege, welche: _____	nicht erforderlich <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/>
Kurzzeitpflege, welche: _____	
vollstationäre Pflege, welche: _____	
Sonstige Betreuungsformen, welche: _____	
Erläuterung: _____	
Beratung in Bezug auf Antragsteller/ Pflegepersonal durch: Pflegedienst/-einrichtung, welche: _____	nicht erforderlich <input type="checkbox"/> erforderlich <input type="checkbox"/>
Pflegedienst/-einrichtung, welche(r): _____	
HW/essen auf Rädern: _____	
Sonstige Betreuungsformen, welche: _____	
Erläuterung: _____	

völlig anderen Aussagen und Ergebnissen kommen als der MDK (was sich teilweise aus den unterschiedlichen Berufsgruppen ergeben könnte). Die weitere Arbeit, also die Pflegeplanung und die Ergebnissicherung stützt sich auf die Bestandsaufnahme/Anamnese des Pflegedienstes. Schwierig wird es lediglich an der Schnittstelle zur Sozialhilfe: die hat, soweit der MDK vergleichbare Sachverhalte, die auch für Leistungen der Sozialhilfe notwendig sind, begutachtet, sich an diese Ergebnisse zu halten (§ 68a, BSHG). Beispiel: Herr Müller ist Sozialhilfeempfänger, er wird Pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung und wird in Stufe 1 eingestuft. Im Pflegebedürftigkeitsgutachten gibt der MDK bei der Hauswirtschaft nur 2 mal wöchentlich an. Folglich hat die Sozialhilfe nur 2 x wöchentlich Hauswirtschaft bewilligt, auch wenn der Pflegedienst einen höheren Bedarf festgestellt hat. Diese Situation dürfte sich durch die Anlage zur Zeitbestimmung (siehe Begutachtungs-Richtlinien - Bri vom 21.3.1997) entschärft haben, weil hier dem MDK differenzierte Angaben zum hauswirtschaftlichen Bedarf machen muß (Punkt 5.4 der Anlage). Wichtig in diesem Zusammenhang ist weiterhin, daß der MDK in seinem Gutachten den Blickwinkel aus der Sicht der Pflegeversicherung hat, während die Sozialhilfe mehr als die täglich wiederkehrenden Verrichtungen auszugleichen hat, also auch die soziale Betreuung (§ 68, Absatz 1, BSHG).

Die nächsten Ausgabe wird schwerpunktmäßig die zu erstellende Pflegeplanung mit der Aufteilung der Leistungen auf die an der Pflege und Versorgung Beteiligten zum Thema haben.

Qualität als Baustein in der Pflegeversicherung

Teil 6: Die Pflegeplanung: Ein Spannungsfeld ?! Pflegeanamnese und Pflegeplanung

„Der Pflegedienst stellt fest, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den Pflegebedürftigen, Angehörige, den Pflegedienst oder andere Pflegepersonen erbracht werden können. Den angemessenen Wünschen des Pflegebedürftigen ist dabei Rechnung zu tragen. ... Der Pflegedienst fertigt aufgrund der durch den Erstbesuch gewonnenen Erkenntnisse eine Pflegeplanung. Darin ist die Aufteilung der Leistungserbringung auf die an der Pflege beteiligten aufzuführen.“

So einfach und so abschließend wird im Qualitätsvertrag die Pflegeplanung beschrieben. Betrachtet man Pflegemodelle, finden sich identische Inhalte am Beginn einer jeden professionellen Umsetzung von Pflege. Offensichtlich haben die Autoren und Unterzeichner des Qualitätsvertrages das Selbstverständliche als Standard genommen und festgeschrieben, wohl meinend, es ließe sich in der Praxis leicht und einfach umsetzen, weil es eigentlich jeder Alten- und Krankenpflegeschüler in seiner Ausbildung gelernt haben müsste. Und weil die Professionalisierung der Pflege seit ca. 10 Jahren in aller Munde ist.

Trotzdem ist kein Punkt des Qualitätsvertrages in der praktischen Umsetzung so vernachlässigt wie die professionelle Pflegeplanung. In Seminaren bekomme ich als Argument immer wieder zu hören: „Die Pflegeplanung beschränkt sich nur auf die Verteilung/Ausrechnung von Leistungskomplexen; ich habe doch gar keine Zeit, eine aufwendige

Pflegeanamnese zu schreiben; für eine große Toilette einmal in der Woche mache ich doch keine Pflegeplanung; ...“ . Die Zitatereihe läßt sich beliebig fortsetzen. Marion Hersina kommt in ihrer Diplomarbeit mit dem Schwerpunkt: Pflegerisches Erstgespräch zu ähnlichen Aussagen und Ergebnissen: „Eine zielgerichtete pflegerische Anamnese wird nicht durchgeführt. Die Praxis, „Schmierzettel“ zu schreiben oder „für sich Notizen zu machen“, überwiegt.“(HP 5/98).

Warum gibt es auf der einen Seite die theoretische Vorbedingung und Notwendigkeit, durch die Pflegeversicherung sogar eine Abrechnungsposition, in der Praxis aber oft nicht mehr als reine Preisabsprachen?

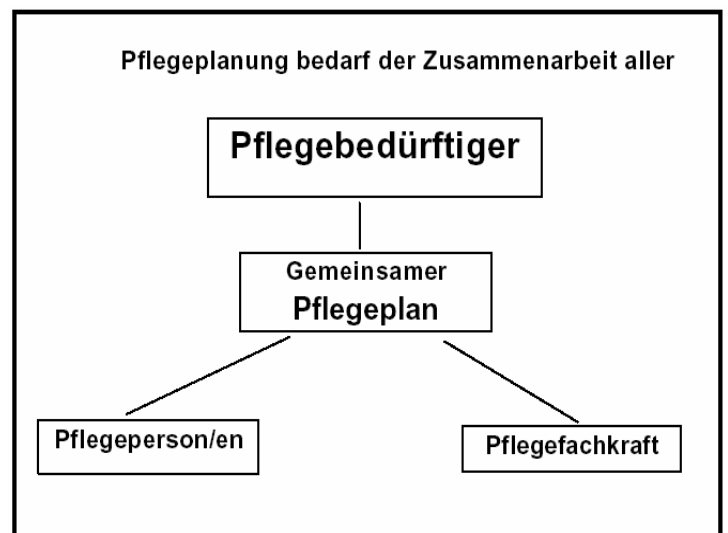
Ich kann nur Teilantworten wiedergeben: vielleicht mangelt es an passenden, gut strukturierten und für den ambulanten Bereich entwickelten Pflegemodelle einschließlich einfach umsetzbarer Anamnese- und Planungswerkzeuge. Vielleicht (und wahrscheinlich in sehr hohem Maße) bedarf es hier noch sehr intensiver Fort- und Weiterbildungen. Vielleicht ist der Leistungskomplex in den einzelnen Bundesländern zu niedrig bewertet (was sich sehr schnell ändern ließe, wäre der Nachweis zu führen, wie aufwendig/lang eine Pflegeanamnese ist/dauert: Stichwort: leistungsgerechte Vergütung).

Was fordert der Qualitätsvertrag:

1. Eine umfassende Pflegeanamnese

Auch inhaltlich läßt sich eigentlich sehr schlüssig ableiten, warum eine Teilkaskoversicherung wie die Pflegeversicherung ein Interesse an einer umfassenden Pflegeanamnese aus der Sicht einer Pflegefachkraft hat: Eines der wichtigsten Ziele und Leitideen ist die Unterstützung und Förderung der Häuslichen Pflege und hier besonders der Pflegepersonen. Die Pflegepersonen übernehmen immer (auch bei vollen Sachleistungen) den größeren Pflegeanteil, wobei diese trotzdem professionelle Hilfe, Unterstützung, Anleitung und Sichtweisen brauchen. Eine aus professioneller Sicht erstellte Anamnese kann auch den Pflegepersonen helfen, besser, zielgerichteter und vielleicht strukturierter die tägliche Pflegearbeit zu bewältigen. Profis können durch ihre Hinweise helfen, Folgeschäden zu vermeiden, sei es bei dem Pflegebedürftigen oder bei der Pflegeperson. Profis können Möglichkeiten und Fähigkeiten der Pflegekunden erkennen, die die Pflegepersonen im Alltag nicht mehr sehen oder wahrnehmen: beispielsweise füttert die Tochter immer ihren Vater, obwohl dieser motorisch durchaus in der Lage ist, selbst zu essen. Oder die Ehefrau nimmt ihrem Mann alle Alltagstätigkeiten ab, die dieser aber dringend als kleine Herausforderungen benötigt, um noch Aufgaben zu haben. Die Liste solcher Beispiele ist lang. Es sind also zunächst die Möglichkeiten, Fähigkeiten, Defizite und Wünsche des Pflegekunden festzuhalten (nicht nur bezogen auf die Leistungskomplexe!). In der Regel sollte dieser dann auch der

erste Gesprächspartner sein, erst in zweiter Linie die Pflegepersonen. Natürlich geht es in der Wirklichkeit oft umgekehrt (siehe den oben genannten Aufsatz), aber in erster Linie wäre doch der Pflegebedürftige derjenige, der Fachmann/frau über seine eigenen Fähigkeiten und Wünsche ist. Und nicht erst die Angehörigen, Bei Menschen mit abnehmenden geistigen Fähigkeiten ist dieser Ansatz auch nicht ausgeschlossen. In jedem Pflegemodell steht der Pflegebedürftige im Mittelpunkt und nicht die Pflegepersonen (ob Amateur oder Profi)!



2. Eine umfassende Pflegeplanung mit Leistungsaufteilung

Nach der Erfassung der Ressourcen und Defizite erfolgt eine Leistungsabsprache: wer kann und soll welche Leistungen erbringen, wobei als Leistungsarten alle von der Anleitung/Anregung bis zur vollständigen Übernahmen gemeint sind.

Durch drei Faktoren wird die Leistungsaufteilung beeinflusst:

1. Der **Leistungskatalog** der Pflegeversicherung bietet nur einen Teil der Tätigkeiten an, die im Rahmen der umfassenden Anamnese als Notwendig festgestellt wurden.

Toilette beauftragt, weil die Angehörigen ihn nicht allein in und aus der Badewanne bekommen. Im Rahmen der Anamnese stellt die Pflegefachkraft diese Situation fest und erkennt mögliche Folgen beispielsweise für die Haut (Gefahr eines Dekubitus). Die Pflegefachkraft hält die Situation in der Pflegedokumentation fest. Weiterhin weist sie die Pflegeperson auf die drohende Gefahr hin und gibt konkrete Tipps und Hilfestellungen für die Praxis. Handeln die Pflegepersonen nicht danach, beispielsweise unterlassen sie das notwendige Umlagern, sind daraus resultierende Folgen zumindest nicht dem Pflegedienst zuzuschreiben.

Wunsch und Wirklichkeit

Da wir es hier mit einem gesellschaftlich bewußt gewählten Teilkaskosystem zu tun haben, bleibt eine Unzufriedenheit: einer vielleicht umfassende Anamnese und deren Fixierung in einer umfassenden Pflege- und Arbeitsplanung stehen die Pflegeperson mit ihrem vielleicht begrenzten eigenen Willen und ihren Fähigkeiten gegenüber. Bleiben beispielsweise als wichtig erkannte Leistungen der sozialen Betreuung unbeachtet, kann weder der Pflegedienst noch die Pflegekasse eingreifen. Der einzige Weg zur Intervention ginge über die Feststellung, daß Häusliche Pflege nicht mehr gewährleistet wäre und würde letztendlich zu einer Heimeinweisung führen. Die Feststellung könnte nur der MDK treffen. Allerdings zeigt sich hier auch das ganze Spannungsfeld: sollte die nicht vorgelesene Tageszeitung zu dieser Feststellung führen können (und damit zum Verlust der eigenen Häuslichkeit) oder erst der wiederholte Decubitus?

Dazu darf nicht vergessen werden, daß die ambulante Pflege als Dienstleistung noch eine sehr junge Geschichte hat: vor nicht all zu langer Zeit kam die Gemeindeschwester noch 'umsonst', und der Patient hatte sich zu bedanken. Ansonsten gab es die Ehefrau/Tochter/Schwiegertochter, weil es sich so gehörte. Ambulante Pflege als käufliche Dienstleistung muß sich erst noch in den Köpfen der Gesellschaft etablieren. Anders ist das Staunen über die doch so teure Pflegestunde nicht zu erklären, während jede andere 'ambulante' Dienstleistung, beispielsweise ein Handwerker, ohne Frage seinen Stundensatz zuzüglich Rüst- und Wegezeiten in Rechnung stellen darf.

Wenn wir einmal die Perspektive verändern, erscheint die oben dargestellte Frage aus einer anderen Sichtweise: Herr Schmidt lebt als Altbauer mit seiner Frau und seinem Sohn auf einem Bauernhof. Bedingt durch einen Oberschenkelhalsbruch ist er stark bewegungseingeschränkt und kann nur schwer allein aufstehen, Laufen nur mit Hilfe eines Gehwagens. Der Pflegedienst stellt im Rahmen der Anamnese folgendes als angemessene Versorgung fest: Herr Schmidt soll zweimal in der Woche baden, er braucht ein Pflegebett, das nicht mehr in das Schlafzimmer paßt, außerdem müsste er einmal am Tag spazieren gehen. Familie Schmidt empfindet diese Aussagen als reine Zumutung: zwar riecht Herr Schmidt ab und zu ein bißchen streng, aber er hat sich sein Leben lang nur einmal in der Woche gebadet. Das eheliche Schlafzimmer aufzugeben wäre ein Zugeständnis an die Krankheit und eine Abkehr vom bisher normalen Leben: also auch ein Stück Abschied nehmen. Zum Spaziergehen kommt er nicht mehr, weil keine Hilfe vorhanden ist, aber eben auch keine Zeit dazu. Allerdings verbringt er viel

Wohnsituation, manches demonstriert Herr Schmidt auch, die Pflegefachkraft stellt Fragen und gibt erste Tips. Beispielsweise besprechen sie alle gemeinsam, wie das Bett im Schlafzimmer der Situation von Herrn Schmidt angepaßt werden kann: kann das Bett einfach erhöht werden, vielleicht mit einer anderen Matratze, etc. .Gemeinsam stellen sie einen Pflege- und Arbeitsplan auf, überlegen, welche Tätigkeiten notwendig sind, aus den verschiedenen Fachkompetenzen: aus der Sicht des Pflegebedürftigen, aus der Sicht der Angehörigen und aus der Sicht der Pflegefachkraft. Gemeinsam verteilen sie die Arbeit: je nach Bedarf, Dringlichkeit und Geld. Sie verabreden einen neuen Termin, wann sie diese Arbeitsaufteilung überprüfen wollen. Für die verteilte Arbeit schreiben sie konkrete einfache Pflegeziele auf, für die Angehörigen verbunden mit einfachen Hinweisen und Arbeitsschritten und geben sich selbst einen Zeitplan vor, wann sie was erreicht haben wollen.

Das oben beschriebene Beispiel ist aus vielerlei Gründen Utopie (oder vielleicht schon vielerorten Wirklichkeit?!): es gibt wahrscheinlich schon mehr Pflegefachkräfte, die auf die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zugehen als umgekehrt. Auch entspannen regelmäßige „Betrugskampagnen“ einiger Pflegekassen nicht das Verhältnis zwischen Pflegediensten und Pflegekunden.

Die professionelle Pflegeanamnese und die gemeinsame Pflegeplanung und Arbeitsaufteilung kann wesentlich zur Qualitätssicherung und Qualitätssteigerung in der ambulanten Pflege beitragen. Geeignete Werkzeuge beispielsweise der Pflegeanamnese sollten entwickelt und eingesetzt werden. Übrigens nimmt der Gesetzgeber alle an der Pflege beteiligten, insbesondere die Vertragsparteien des § 80 in die Pflicht, die vorhandene Versorgungsstruktur und deren Werkzeuge weiter zu entwickeln und auszubauen (§ 8 SGB XI). Die von einigen Pflegekräften geäußerte Meinung, diese aufwendige und aus ihrer Sicht nicht notwendige Anamnese und Pflegeplanung zu lassen, weil sie sehr mühsam sei und nicht ausreichend bezahlt würde, halte ich für sehr bedenklich. Gerade durch die im Qualitätsvertrag umfassend definierten Aufgaben Pflegeanamnese und Pflegeplanung kann die Pflegeversicherung trotz Teilkaskobudget ein Stück weit für die Qualität der gesamten pflegerischen Versorgung sorgen. Der Lern- und Akzeptanzbedarf an dieser Stelle ist aus meiner Sicht allerdings noch groß.

Die Pflegedokumentation als wichtigstes und verlässlichstes Bindeglied zwischen allen an der Pflege Beteiligten ist Schwerpunkt der nächsten Ausgabe.

Qualität als Baustein in der Pflegeversicherung

Teil 7: Pflegedokumentation als Kommunikationsinstrument

Die ambulante Pflege im Sinne der Pflegeversicherung wird durch mindestens zwei verschiedene Pflegegruppen erbracht: zum Einen durch die (den) pflegenden Angehörigen/Nachbarn, zum Anderen (vielleicht) durch MitarbeiterInnen eines zugelassenen Pflegedienstes. Daneben ist teilweise auch der Hausarzt beteiligt, soweit es um medizinische Fragen geht. Zumindest diese drei verschiedenen Gruppen sollten die Pflegearbeit untereinander absprechen, koordinieren, über Pflegeprobleme diskutieren und sich gegenseitig informieren. Dazu könnte unter anderem eine sachgerechte Pflegedokumentation dienen. So sieht es auch der Qualitätsvertrag vor.

Aber gerade an diesem Punkt klaffen Theorie und Wirklichkeit noch stark auseinander. Die Wirklichkeit reicht von: „Ich mach bei einer großen Toilette in der Woche doch keine umfassende Pflegeplanung“ (siehe Heft 6) bis zur Nichterläuterung der Pflegedokumentation bei immerhin 13 % der befragten Kunden eines Modellprojektes „Kundenbefragung im Bereich der ambulanten Pflege in Heilbronn (Sozialministerium Baden-Württemberg, 1997). Je eher sich konkrete Pflegehandlungen ableiten lassen, desto eher finden sich hierzu Hinweise in der Pflegedokumentation: die kleine Toilette wird geplant, die aktivierende Pflege und die Kommunikation während der Leistungserbringung nicht. Hinweise für die Pflegepersonen finden sich fast nie in der Pflegeplanung. Auch das die Pflegepersonen die Dokumentation

ebenso für ihre Tätigkeitsberichte nutzen, habe ich noch nicht erlebt. Warum nicht? Noch ein Beispiel aus der Praxis: Herr Müller ist pflegebedürftig (Pflegestufe 2) und benötigt zusätzlich 3 x täglich eine Insulininjektion. Morgens und abends wird dies durch einen Pflegedienst übernommen, Mittags durch die Haushälterin. Die Angaben über die BZ-Werte sowie die Insulingaben am Morgen und am Abend finden sich in der Dokumentation, die Mittagswerte bzw. die Notiz über die Ausführung nicht. Ein Notarzt, der nachts gerufen würde, müsste schlußfolgernd, daß nur morgens und abends sachgerecht Insulin injiziert worden ist!

Pflegepersonen dürfen auch in die Pflegedokumentation schreiben!

Damit Pflegepersonen die Pflegedokumentation mitbenutzen, müssten diese natürlich auch an die Dokumentation herangeführt werden. Viele in der Praxis eingesetzte Pflegedokumentationen sind zusammengesetzt aus den unterschiedlichsten Formularen, teilweise von bekannten Herstellern, teilweise selbstgemacht. In der Regel ist dies auch sinnvoll und pragmatisch. Oft fehlt aber eine nachvollziehbare Sortierung, Trennblätter zwischen den verschiedenen Teilen und ein verständliche Aufbau. Meist findet sich am Anfang ein Stammdaten- und Verordnungsblatt, danach kommen meist die Pflegeberichte, die Pflegeplanung (falls vorhanden) ist versteckt in den Blättern mit den Vitalwerten und der Durchführungskontrolle. Natürlich ist dies wieder die Übertreibung der schlechten Beispiele ! Oder? Überprüfen Sie doch einfach einmal Ihre Dokumentationen, in dem Sie eine

beliebige herausnehmen und in dem Sie einen sachfremden Menschen, irgend eine Pflegeperson, bitten, Ihnen zu erklären, um was es hier geht. Ersatzweise könnten Sie auch SchülerInnen bzw. Praktikantinnen fragen. Dazu kommt, daß die meisten MitarbeiterInnen in der ambulanten Pflege in stationären Einrichtungen gelernt und gearbeitet haben und sich hier die Ausgestaltung der Pflegedokumentation von der ambulanten Pflege unterscheidet. Im stationären Bereich (Krankenhaus oder Pflegeheim) ist die Pflegedokumentation nur das Arbeitsmittel der Pflegekräfte und medizinischen Mitarbeiter, andere Gruppen sind hier nicht vorhanden und haben keinen Zugang zur Dokumentation.

Wie könnte eine ambulante Pflegedokumentation aufgebaut sein? Sie hat ein

- **Deckblatt**, auf dem der Name des Pflegekunden steht. Daneben ist hier besonders groß gedruckt der Name der Pflegeeinrichtung sowie die Telefonnummer(ganz groß), unter der der Pflegedienst ständig erreichbar ist. Bitte nur eine Telefonnummer (ansonsten Ausgabe 2, Seite 6) und nicht eine für Tagsüber und eine für Nachts ab X Uhr. Gfs. kann hier auch noch der Hausarzt mit Telefonnummer stehen.
- Auf der **ersten Seite** finden sich alle die Leistungen und Arbeiten wieder, die an jedem Tag (oder Wochentag) beim Pflegekunden gemacht werden bzw. gemacht werden sollten. Wie beispielsweise über einen Tages- oder **Wochenplan** (siehe Ausgabe 6, Seite x, bzw. als Bestandteil der Diskette: Formulare Häusliche Pflege, Vincentz Verlag): Wichtig wäre mir, daß hier wirklich alles, was an Teiltätigkeiten geplant ist (im Sinne einer umfassenden Pflegeplanung, wie ich sie in

Ausgabe 6 besprochen haben), sich hier als Eintrag und Erinnerung wiederfindet. So können dann alle Pflegebeteiligten einschließlich des Pflegekunden sehen, was wann und von wem gemacht bzw. übernommen werden sollte.

- Die **Pflegeberichte** schildern die Veränderungen/Abweichungen von der Pflegeplanung und geben den aktuellen Stand wieder. Die Pflegeberichte sollten so eingehaftet werden, daß der oberste immer der aktuellste ist. Die Sprache und der Inhalt gerade der Pflegeberichte sollte sachlich und neutral gehalten sein: Statt „Der Patient sagte heute nur dummes Zeug“ lieber „Herr Heiber redete heute etwas desorientiert“. Die Pflegekunden sollten mit Namen und nicht neutral als „Patient“ angesprochen werden, der Inhalt sollte weder beleidigend noch subjektiv sein. Er sollte so verständlich dargelegt werden, daß alle Leser dieser Aufzeichnung diese verstehen können, selbst der Pflegekunde. Es gibt auch grenzwertige Aussagen, die sinnvollerweise nur in der Station dokumentiert werden, beispielsweise wenn die Pflegeperson selbst ein Problem darstellt (z.B. weil sie Alkoholikerin ist). Vielen Pflegekräften fällt es nach meiner Beobachtung schwer, sich schriftlich zu äußern. Dies sollte in besonderen Schulungseinheiten gelernt werden, durch einfache Fallbeispiele und Schreibübungen. Ohne eine fachgerechte Dokumentation kann keine professionelle Pflege auskommen und kann sich keine professionelle Pflege darstellen.
- Die **Leistungsnachweise** können der zweite Teil der Durchführungskontrolle sein, wenn die Leistungen, die hier dokumentiert werden, als Arbeitsstandards beschrieben und

Checkliste Pflegedokumentation

Inhalt

Deckblatt mit groß geschriebener Telefonnummer
Arbeits- und Leistungsübersicht als erstes Blatt der Doku
z.B. Wochenplan
Pflegerberichte
Leistungsnachweise
Durchführungsblätter für medizinische Leistungen
Umfassende Pflegeplanung
Anamnese inklusive biografischer Daten
Stammdaten
Anlagen: Arbeitsstandards, Preislisten, Arbeitsabläufe
Kopie Pflegevertrag

ja nein

Aufgaben/Funktion

Kommunikationsinstrument für
Pflegefachkräfte
Pflegerkräfte
Pflegerpersonen (Angehörige, Nachbarn)
Medizinisches Personal
Klare, sachliche Sprache
Umfassende Planung und Aufgabenverteilung
Aufbewahrung vor Ort, gfls. nach Wunsch des Pflegebedürftigen

ausgeführt sind. So würden nicht mehr die Teiltätigkeiten einzeln festgehalten werden müssen, sondern nur noch der Standard.

- **Durchführungsblätter** für ärztlich angeordnete Leistungen sind selbstverständlich und in der Regel auch ausreichend vorhanden und geführt.
- Die **Pflegeplanung** bildet die Grundlage der Pflegearbeit. Sie muß den gesamten Menschen in allen seinen Lebensäußerungen umfassen (siehe ansonsten Kap. 5 und 6 dieser Serie) und nicht nur die somatisch bedingten Probleme. Der Pflegeplanung liegt ein theoretisches Pflegemodell zugrunde, sei es Henderson, Orem, Krohwinkel oder andere. Unabhängig von der theoretischen Grundlage sollte jede Pflegeplanung umfassend angelegt sein, also neben den somatischen auch alle anderen Lebensäußerungen und

Probleme erfassen und behandeln. Dies scheint mir in der Praxis leider noch viel zu wenig umgesetzt zu sein. Auch hier müssen die meisten Pflegedienste noch viel Schulungszeit investieren.

- Eine umfassende Pflegeplanung fußt auf einer umfassenden **Anamnese** inklusive der **biografischen Angaben**. Die Funktion und die Aufgabe einer umfassenden Anamnese ist schon in Kapitel 5 dargestellt worden.
- Ein Stammdatenblatt umfaßt die notwendigen Stammdaten, es ist allerdings in der Regel das Doppel, daß sonst auch in der Station für die Abrechnung ect. benötigt wird.
- Als Anhang würde ich immer eine **Übersicht** der **Arbeitsstandards** (Leistungskomplexe und Behandlungspflegeleistungen sowie weiterer Leistungen), eine (zusätzliche) Kopie des Pflegevertrages sowie eine

Darstellung des Organisationsablaufes (siehe Kap 5) in die Dokumentation einheften, auch wenn der Pflegekunde diese Unterlagen schon erhalten hat. So haben es alle Parteien bei Fragen leichter, die Unterlagen wiederzufinden.

Schön wäre es, wenn die einzelnen Elemente der Dokumentation durch Trennblätter oder Farben geordnet sind und wenn vielleicht ein Inhaltsverzeichnis vorhanden ist. So können sich alle Nutzer leichter orientieren.

Aufbewahrung und Datenschutz

Noch eine Anmerkung zur Aufbewahrung: Die Dokumentation gehört nicht in die Station, dies ist nur in Ausnahmefällen zugelassen (siehe P. 3.2.3, Qualitätsvertrag). Im Sinne des Datenschutzes hat der Pflegekunde das Recht auf Akteneinsicht, nicht aber unbedingt seine Angehörigen. Dr. Ulrich Steffen beschreibt diesen Sachverhalt in den Juristischen Tips (Heft 1/98) sehr restriktiv und wie ich glaube ohne konkretes Wissen um den Alltag in der ambulanten Pflege: kein

Pflegebedürftiger wird fremde Menschen oder Angehörige, von denen er nicht gepflegt werden will, in seine Unterlagen Einblick gewähren, seien es jetzt beispielsweise seine Bankunterlagen oder eben eine Pflegedokumentation. Unter Umständen kann daher der Pflegebedürftige einen entsprechenden Aufbewahrungsort bestimmen. Daß Pflegekräfte nicht jedem gegenüber frei Auskünfte erteilen dürfen versteht sich ebenso.

Eine wie oben beschriebene Pflegedokumentation kann als Kommunikationsinstrument für alle an der Pflege beteiligten dienen, einschließlich des Pflegebedürftigen. Je klarer, systematischer, offener und logischer eine solche Pflegedokumentation geführt wird, je stärker Pflegepersonen dadurch in die Pflegearbeit eingebunden werden, um so mehr wird die Pflegedokumentation zum Beweis professioneller Arbeit und zur Werbung für die Pflegeeinrichtung. Im nächsten Teil geht es um den regelmäßigen Informationsaustausch aller an der Pflege beteiligter sowie um die Organisation des Pflegedienstes.

Qualität als Baustein in der Pflegeversicherung

Teil 8: Interne und externe Organisationsaufgaben der Pflegefachkraft

Auch die Organisation der Pflege ist im Qualitätsvertrag beschrieben, weil hiervon entscheidend die Qualität der Pflege abhängen kann: wird beispielsweise ein Pflegekunde jeden Tag zu einer anderen Uhrzeit von einer anderen Pflegekraft versorgt, dürfte dies nicht mehr viel mit der Gesetzesvorgabe einer Hilfeleistung zu tun haben, die „den Pflegebedürftigen helfen (soll), trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.“ (§ 4.1 SGB XI).

Die Einsatzplanung

„Die Einsatzorganisation von Pflegekräften wird orientiert an dem individuellen Pflegebedarf von der verantwortlichen Pflegefachkraft vorgenommen.“ Also auch hier keine Überraschung: die tragende und verantwortliche Aufgabe der verantwortlichen Pflegefachkraft wird hier wieder deutlich. Natürlich kann in größeren Organisationen die Einsatzorganisation durch spezielle EinsatzleiterInnen vorgenommen werden. Aber die Verantwortung ist eindeutig geregelt und die verantwortliche Pflegefachkraft sollte sich immer wieder davon überzeugen, daß die Einsatzplanung auch den Anforderungen entspricht. Eingesetzt werden je nach individuellem Pflegebedarf und Aufgaben die dafür geeigneten und ausgebildeten MitarbeiterInnen. Ich höre in Seminaren immer wieder von Einrichtungen bzw. von Trägern, die behaupten, sie könnten ihre Einrichtungen mit nur noch 2 Fachkräften (Leitung und

Stellvertretung) führen, der Rest könnte aus sogenannten Hilfskräften bestehen. Mehr sei gesetzlich nicht vorgesehen. Soweit halbrichtig: der Qualitätsvertrag (und nicht das Gesetz: eine gern genommene Verwechslung) beschreibt nur die oben genannten 2 Personen konkret. Somit könnte theoretisch eine Pflegeeinrichtung mit 50 Mitarbeitern im Bereich SGB XI mit nur 2 Fachkräften betrieben werden. Aber und diese Frage hat sich die entsprechende verantwortliche Pflegefachkraft zu stellen: Können Sie dann die Pflege in der bisher beschriebenen Qualität und Organisationsform garantieren? Wie beispielsweise soll die Pflegeplanung in sinnvollen Zeitabständen fortgeschrieben werden, wenn nur 2 MitarbeiterInnen mit dieser Ausbildung existieren? Dieses kleine Beispiel zeigt mindestens zwei Dinge: 1. Die Geschäftsführer, die solch eine Einrichtung mit dieser Personalbesetzung betreiben wollen, haben den Qualitätsvertrag nicht zu Ende gelesen. 2. Die verantwortliche Pflegefachkraft (und deren Stellvertretung) ebenfalls nicht. Die Einrichtung dürfte somit höchstwahrscheinlich sehr schnell Probleme mit der Qualität, dem Qualitätsvertrag und somit mit der Zulassung(Versorgungsvertrag) bekommen.

Auch ein anderes Sparmodell, nämlich die Zusammenlegung von mehreren (teilweise weit auseinander liegenden) Einrichtungen unter der Leitung nur noch einer verantwortlichen Pflegefachkraft ist unter dem gleichen Blickwinkel bedenklich. Auch hier sollten sich die dann verantwortlichen Pflegefachkräfte überlegen, ob sie in

der gleichen Weise die Verantwortung tragen können wie innerhalb einer Einrichtung. Sie haben die Verantwortung und haften letztendlich dafür, nicht aber die Geschäftsführung.

Aufgrund der ausführlichen Pflegeanamnese, der umfassenden Pflegeplanung und der abgesprochenen Pflegeleistungen lt. Pflegevertrag werden die geeigneten Mitarbeiter eingesetzt. Sinnvollerweise auch je nach Qualifikation in einem entsprechenden Wechsel, also beispielsweise bei alleiniger Versorgung nach SGB XI, Pflegestufe 1 neben den geeigneten Pflegekräften an jedem 3 oder 4 Einsatz eine Pflegefachkraft.

Angemessene Wünsche?!

Der Qualitätsvertrag schreibt weiter: „**Diese** (die verantwortliche Pflegefachkraft) **hat dafür Sorge zu tragen, daß die Pflegeeinsätze zeitlich nach den angemessenen Wünschen des Pflegebedürftigen festgelegt werden und einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung entsprechen.**“ (P. 3.2.4)
Was bzw. wann ist zeitlich angemessen? Sofort taucht das klassische Dilemma auf: alle Pflegebedürftigen wollen um Punkt 7.30 Uhr aufstehen. Aus der Sicht der Pflegeversicherung und des Qualitätsvertrages ein sinnvoller, angemessener Wunsch. Aber praktisch leider nicht immer zu verwirklichen. Da die Pflegedienste immer nur innerhalb ihres Versorgungsvertrages und damit innerhalb ihrer personellen Kapazitäten verpflichtet sind, Pflegen zu übernehmen, können sie zwangsläufig nicht alle Wünsche für die gleiche Tageszeit berücksichtigen. Hier geht es dann um eine gemeinsame Lösungssuche, sei es zu einer anderen Zeit, sei es, daß die Zeiten monatlich wechseln, etc. . Zeitlich ein

angemessener Wunsch ist natürlich auch die abendliche Versorgung um 23.30 Uhr und der nächtliche Toilettengang um 3.00 Uhr (siehe auch Ausgabe 2). Da hilft auch nicht der Verweis auf das nicht vorhandene Personal, weil die Pflegedienste zur Pflege rund um die Uhr verpflichtet sind.

Als ‘unangemessen’ beschreiben Vogel und Schaaf (Soziale Pflegeversicherung, 1995, S. 30) kurzfristige individuelle Wünsche nach Versorgung: zum Beispiel ein Pflegekunde ruft am Nachmittag (spontan) an und möchte innerhalb der nächsten Stunde eine Große Toilette, weil es ihm heute besser paßt als am nächsten Tag, an dem die Leistung vorgesehen war. Dieser Wunsch dürfte sich bei einer normalen Einsatzplanung in der Regel so nicht erfüllen lassen, weil für diesen Tag die Touren geplant und die MitarbeiterInnen zum Teil schon unterwegs sind. Wünsche nach der Betreuung beispielsweise nur durch einen Mann sind angemessen, auch wenn sie eine Einrichtung nicht erbringen kann. Dann ist gfls. der Pflegeauftrag abzulehnen und auf einen anderen Dienst zu verweisen, der diese Ressourcen hat. Auch sind Wünsche, die sich aus medizinisch-pflegerischen Gründen verbieten, nicht zu realisieren.

Die geplanten Pflegeeinsätze der Pflegekräfte müssen einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung entsprechen: sie müssen folglich zeitlich so (lang) ausgestaltet sein, daß die geplante Versorgung auch durchgeführt werden kann inklusive der die Leistung begleitenden Tätigkeiten und Teilaspekte wie die aktivierende Pflege, die Kommunikation bei der Leistungserbringung (§ 28.4 SGB XI), die Beratung und/oder Unterstützung der Pflegepersonen und natürlich die

fachgerechte Dokumentation (die bei diesem Leistungsspektrum immer wieder auftauchenden 'Ausreden' wegen eines nicht ausreichenden Preises die Leistungen nicht so zu erbringen gehören zum Themenbereich Leistungsgerechte Vergütung und wurden schon im ersten Kapitel behandelt: nicht der Preis bestimmt die Leistung, sondern die Definition der Leistung (durch Gesetzestext, Rahmenvertrag und Qualitätsvertrag bestimmt den Preis!)).

„Durch die Bildung überschaubarer Pflegeteams ist größtmögliche Kontinuität sicherzustellen, damit pflege- und betreuungsbedürftige Menschen von möglichst wenig Personen betreut werden.“ Ein wichtiger Aspekt von Pflegequalität ist Kontinuität in der Betreuung. Das kann aber nicht heißen, daß ein Pflegekunde immer nur von einem Mitarbeiter betreut werden kann. Eine solche Betreuung, wie sie von Pflegekunden immer wieder gefordert wird, stößt nicht nur aufgrund der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit auf natürliche Grenzen, sondern dürfte sich auch aus pflegfachlicher Sicht nicht als ideal erweisen. Ein Pflegeteam (aus 3 bis 5 MitarbeiterInnen) dürfte die Pflegesituation in der Regel differenzierter wahrnehmen und im kollegialen Gespräch analysieren können als ein 'Einzelkämpfer'. Der Wunsch des Pflegekunden nach nur einer Betreuungskraft scheint verständlich zu sein, zumal die durch den Hilfebedarf erlebte Abhängigkeit von anderen die eigene Hilflosigkeit offenlegt. Wie wichtig allerdings die immer gleiche Pflegeperson für die Pflegekunden wirklich ist, kann ich nicht einschätzen. Fragt man Pflegekräfte, so werten diese die immer gleiche Pflegekraft als den wichtigsten Punkt überhaupt. Neutrale Kundenbefragungen (zuletzt Stiftung

Warentest, Heft 7/98) schildern allerdings eine andere Rangfolge: die wichtigsten Punkte sind „Sauberkeit“ und „Freundlichkeit“ sowie „ausreichend Zeit“, danach kommt erst der Punkt „kein Personalwechsel“.

Regelmäßige Teamsitzungen

Die Einführung von Pflegeteams dürfte in einigen Einrichtungen zu einer Umstrukturierung von Arbeitsabläufen führen, die aber auch zu einer Verschlinkung führen können. Beispielsweise könnten durch Pflegeteams auch Dienstbesprechungen neu bzw. anders gestaltet werden. Statt der Teilnahme aller Mitarbeiter und der Besprechung aller Pflegekunden, wie es selbst bei Diensten mit 50 bis 70 Pflegekunden noch üblich ist, könnten zeitweise Teambesprechungen stattfinden, auf denen nur noch die vom Team versorgten Pflegen durchgesprochen werden. Dienstbesprechungen sind ein Forum, in dem der regelmäßige Informationsaustausch für alle Teampflegekräfte durchgeführt werden kann. Auch diese sind im Qualitätsvertrag vorgesehen. Sie sollten entsprechend mit Anwesenheitsliste und Ergebnisprotokoll festgehalten werden. Finden in den Dienstbesprechungen auch Fortbildungen statt, schlage ich vor, diese getrennt zu dokumentieren (Anwesenheit, Thema und Umfang). Die Fortbildungen und deren Nachweise werden für die Personalentwicklung/Fortbildungsplanung und den Fortbildungsnachweis benötigt (siehe Kap. 4).

Die Beratung in der Pflege

Da die Pflegefachkräfte selbst bei der Ausschöpfung der Sachleistung nur ca. 1/3 der täglich notwendigen Pflege übernehmen können, ist die Zusammenarbeit aller an der Pflege Beteiligten, vor allem also mit den Pflegepersonen, notwendig und

Checkliste Organisation der Pflege	
Einführung von Pflgeteams	<input type="checkbox"/>
Wenig Personalwechsel in der Pflegestelle	<input type="checkbox"/>
Verantwortung der PDL für die Einsatzplanung am individuellen Pflegebedarf orientiert	<input type="checkbox"/>
Angemessene Zeitwünsche des Pflegekunden berücksichtigen	<input type="checkbox"/>
Ausreichende und zweckmäßige Versorgung	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit mit den Pflegepersonen	
Beratung	<input type="checkbox"/>
Unterstützung und Anleitung in gesundheitsfördernden und -sichernden Arbeits- und Pflgetechniken	<input type="checkbox"/>
evtl. zusätzlich über Schulungen nach § 45	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit	
mit den behandelnden Ärzten	<input type="checkbox"/>
mit anderen ambulanten Diensten	<input type="checkbox"/>
mit stationären/teilstationären Einrichtungen	<input type="checkbox"/>
mit Selbsthilfegruppen (soweit vorhanden)	<input type="checkbox"/>

wichtig. Diese sind (von der Arbeitsverteilung und vom Zeitaufwand) die Hauptträger der pflegerischen Versorgung (siehe auch Pflegeanamnese, Pflegeplanung und Pflegedokumentation). Die Pflegepersonen sollen auch „beraten“ werden. Zum Teilbereich „Beratung“ hat die Stiftung Warentest in ihrer Untersuchung von 75 Einrichtungen ein zum Teil vernichtendes Urteil fällen müssen: mehr als 1/3 der Einrichtungen bekamen bei der Beratung die Note mangelhaft und sehr mangelhaft! Es gibt viel zu tun! Gleichzeitig sollen die „Pflegepersonen auch in gesundheitsfördernden und sichernden Arbeits- und Pflgetechniken unterstützt werden“ (3.2.5): dies kann in der ‘normalen’ Pflegezeit genauso geschehen wie beispielsweise auch in speziellen, also

auf bestimmte Pflege- und Krankheitsbilder ausgerichteten Pflegekursen oder sogar in Pflegeschulungen vor Ort (beide nach § 45 SGB XI). Wobei Schulung und Kurse nach § 45 Aufgabe der Pflegekasse und mit diesem im Einzelfall abzustimmen sind. Die Aufgabe, auch in der täglichen Arbeit die Pflegepersonen anzuleiten, zu unterstützen und zu fördern, bleibt davon unberührt. Die letzte Gruppe, mit denen eine Zusammenarbeit notwendig und geboten ist, sind die weiteren an der ambulanten Versorgung beteiligten Institutionen wie der behandelnde Arzt und andere ambulante Einrichtungen. Auch hier muß ein sinnvoller Informationsaustausch und -fluß stattfinden, um Reibungsverluste zu vermeiden.

Qualität als Baustein in der Pflegeversicherung

Teil 9: Überprüfung und Dokumentation der Arbeitsergebnisse

Es reicht nicht mehr, nur bestimmte strukturelle Voraussetzungen wie beispielsweise in der Personalzusammensetzung oder in der Ausstattung vorzuhalten. Es reicht auch nicht mehr, die Arbeitsabläufe in einer bestimmten Weise zu organisieren. Auch die Ergebnisse dieser Arbeit sollen regelmäßig selbst überprüft und dokumentiert werden.

Im Qualitätsvertrag heißt es unter 3.3.1: „**Das Ergebnis des Pflegeprozesses ist anhand der festgelegten Pflegeziele regelmäßig zu überprüfen. Hierbei ist insbesondere darauf abzustellen, inwieweit die Ziele aktivierender Pflege sowie die angemessenen Wünsche des Betroffenen im Pflegeprozeß Berücksichtigung gefunden haben.**“ Hier schließt sich der Kreis: ohne eine ausführliche und sachgerechte Anamnese keine Pflegeplanung, ohne Pflegeplanung keine Ergebnissicherung: Wie soll etwas überprüft werden, wenn die Ausgangssituation nicht beschrieben ist und wenn die bisherigen Handlungsschritte nicht festgehalten sind. Schon deshalb muß ein Außenstehender (wie beispielsweise der MDK) bei nicht vorhandener oder lücken- und/oder mangelhafter Pflegeplanung negativ über die Ergebnisqualität urteilen: um es genauer zu sagen: er kann das Ergebnis nicht beurteilen, weil er nicht weiß, wie es entstanden ist. Somit bildet die Pflegedokumentation die Basis zur Beurteilung der Ergebnisqualität.

Sinnvollen Zeitabstand ermitteln

Was bedeutet im Zusammenhang der Ergebnissicherung „regelmäßig“? Einmal im Monat, oder einmal im Jahr? Auch die Beratungsbesuche im Rahmen des Pflegegeldbezuges haben eine Ergebnissicherungsfunktion, wenn auch für den Bereich der Pflegepersonen, deren Arbeit von den formalen Voraussetzungen und Abläufen nicht mit der von professionellen Pflegekräften zu vergleichen ist. Hier hat der Gesetzgeber einen Rhythmus festgelegt (alle 6 Monate bei Pflegestufe 1 und 2; alle 3 Monate bei Pflegestufe 3). In der Regel dürften diese Zeiträume auch für die Ergebnissicherung der professionellen Pflege ausreichend sein.

Die Überprüfung der Ziele bzw. der Zielerreichung der aktivierenden Pflege kann ebenfalls nur im Vergleich zur Ausgangssituation erfolgen. Während das bei sehr konkreten Einschränkungen und damit verbundenen Pflegehandlungen einfach sein dürfte (beispielsweise bei der Mobilität), wird dies bei weniger greifbaren Pflegeproblemen schon erheblich schwieriger: zum Beispiel bei der Kommunikation. Herr Meyer (Pflegestufe 1) lebt mit seinen 89 Jahren allein, nur seine Nachbarin versorgt ihn täglich neben dem Pflegedienst. Welche Ressourcen und Defizite hat Herr Meyer in diesem Teilbereich, wie können sie im Rahmen aktivierender Pflege mit berücksichtigt werden, wo es doch gar keinen Leistungskomplex Kommunikation gibt? Natürlich ist inzwischen klar, daß die Pflegeeinrichtung eine umfassende

Pflegeplanung auch für Bereiche entwirft, die durch das Umfeld und nicht durch den Pflegedienst abgedeckt werden (sonst Heft 5 und 6)(und natürlich gehört Kommunikation zu jeder Leistung dazu (§ 28.4 SGB XI), so könnte zumindest teilweise auch dieses Defizit berücksichtigt werden.). Je weniger konkret ein pflegerisches Potential oder Defizit zu beschreiben ist, um so schwieriger ist in der Regel die Pflegeplanung, die Umsetzung und damit die Überprüfbarkeit. Der Qualitätsvertrag regelt verbindlich, welche Fragen auf jeden Fall bei der Ergebnissicherung behandelt werden müssen. Ich will sie gleich der Reihe nach im Detail erörtern: zunächst scheint die Liste sehr pauschal und übertrieben. Auch gibt es inzwischen schöne Ankreuzformulare, die diese Punkte auf engstem Raum Platz sparend erledigen. Aus meiner Sicht weder ausreichend und sachgerecht noch sinnvoll. Dazu die Fragestellungen im Detail erläutert mit den darin liegenden Chancen.

In jedem Fall ist Stellung zu nehmen zu

- 1. der Erhaltung vorhandener Selbstversorgungsfähigkeiten und Reaktivierung solcher, die verlorengegangen sind:**
Herr Meyer hat früher immer selbst das Bett gemacht. Nun unterstützt ihn der Pflegedienst bei der Morgentoilette und die Mitarbeiterin macht eben schnell das Bett mit, damit es ordentlich aussieht. So geht ihm (vielleicht) ein Teil seiner Selbstversorgungskompetenz verloren, was er auf den ersten Blick auch nicht als Verlust ansieht (wer macht schon gern Betten?). Er verliert damit aber ein Stück Beschäftigung und Alltagshandlung und somit auch Selbständigkeit. Ohne Frage sind diese Konsequenzen von der netten

Mitarbeiterin der Pflegeeinrichtung nicht gesehen worden, sonst würde sie anders handeln. Im übrigen gilt die Situationsbeschreibung noch sehr viel mehr bei Pflegepersonen (Ehefrau, Tochter, Nachbarin), die es gut meinen mit dem armen Herrn Meyer und ihm gerade damit Kompetenzen nehmen. Und nur durch eine genaue Anamnese inklusive der Dokumentation bisheriger Gewohnheiten und Abläufen können solche Alltagshandlungen erhalten werden. Auch lassen sich vielleicht im Rahmen der Ergebnissicherung solche 'Fehler' unter Umständen erkennen und teilweise korrigieren.

- 2. der Pflege verbaler und nonverbaler Kommunikation und Verbesserung soweit möglich**

Hier gilt es nicht nur festzustellen, ob jemand noch sachlich reden kann oder nicht: je eingeschränkter zwischenmenschliche Kontakte werden, je reduzierter die eigene Erlebniswelt, um so eher dreht sich die dann verbleibende Kommunikation um die wenigen Ereignisse. Intensität und Art der Kommunikation zeigen auch viel vom eigenen Lebenszustand. Allerdings ist die Beurteilung von Veränderungen hier sicherlich noch schwieriger.

- 3. der Unterstützung räumlicher, zeitlicher und situativer Orientierung**

Die Überprüfung dieser Fähigkeiten dürfte relativ einfach sein, die Beschreibung von Veränderungen und deren positive Steuerung erheblich schwieriger.

- 4. dem Abbau von Ängsten**

Da sich Ängste in der Regel nicht vordergründig zeigen bzw. sofort geäußert werden, verdient auch diese Fragestellung viel Sensibilität

Checkliste Ergebnissicherung

Voraussetzung: Ganzheitliche Pflegeanamnese

inklusive biografischer Angaben
und Angaben zum Tagesablauf und Alltagsgeschehen

ja	nein

Leitfrage: Werden die Ziele der aktivierenden Pflege erreicht?

--	--

Detailfragen

Selbstversorgungsfähigkeiten

Kommunikation

räumliche, zeitliche und situative Orientierung

Abbau von Ängsten

Antriebsschwächen

Werden die Wünsche des Pflegekunden angemessenen berücksichtigt?

Ist die Pflegebereitschaft der Pflegepersonen optimal?

Regelmäßige Ergebnissicherung

Pflegestufe 1 und 2: alle 6 Monate, bei Bedarf öfter

Pflegestufe 3: alle 3 Monate, bei Bedarf öfter

Gemeinsame Erarbeitung mit allen an der Pflege Beteiligten

Gemeinsame Ergebnisbesprechung

In Dokumentation festgehalten

und Fingerspitzengefühl: Es sind weniger die globalen Ängste (beispielsweise vor dem Tod) als vielmehr die kleinen: nicht mehr Spazieren gehen wollen (wegen leichter Inkontinenz) oder ähnliche, die erst einmal wahrgenommen werden müssen, im überhaupt an deren Abbau zu denken.

5. der Überwindung von Antriebsschwächen bzw. das Auffangen überschießender Reaktionen

Antriebsschwächen können sich auch hinter Bequemlichkeit oder etwas zu gut meinenden Pflegepersonen hervorragend verstecken. Um so wichtiger wird diese Fragestellung in Verbindung mit der Frage nach den Selbstversorgungsfähigkeiten.

6. der Berücksichtigung der angemessenen Wünsche des Pflegebedürftigen

Was angemessene Wünsche sind, wurde bereits in Heft 8 teilweise

erläutert: angemessen im Rahmen der Leistungsfähigkeit und Leistungsmöglichkeit der Pflegeversicherung: der berechtigte Wunsch nach mehr (Betreuungs-)Zeit ist zwar an sich angemessen und verständlich, im Rahmen der gesetzlich fixierten finanziellen Möglichkeiten nicht leistbar und in diesem Sinne nicht angemessen. Was ist aber mit dem Wunsch, um 8.00 Uhr aufzustehen, der Pflegedienst kommt seit einem halben Jahr aber immer erst um 10.00 Uhr? Der Wunsch ist sachlich angemessen, nur der Dienst geht aus organisatorischen Gründen nicht darauf ein (oder kann nicht darauf eingehen). Auch diese Feststellung müsste sich in der Ergebnissicherung finden und gfls. Weitere organisatorische Überlegungen beim Pflegedienst auslösen.

7. der Pflegebereitschaft der Angehörigen und anderer Pflegepersonen

Sicherlich einer der schwierigsten Punkte bei der Ergebnissicherung: allerdings weniger, wenn dieser eine im Sinne dieses Qualitätsvertrages strukturierte Pflegeanamnese und Pflegeplanung mit der Leistungsaufteilung vorausgegangen ist und damit die (gemeinsame) Grundlage zum Vergleich zwischen Planung und Wirklichkeit vorhanden ist. Es ist natürlich schwierig, festzustellen, daß eine Pflegeperson trotz gegenteiliger Beteuerung nicht die verabredeten und für den Pflegebedürftigen notwendigen Pflegeleistungen durchführt. Es bedarf auch viel Fingerspitzengefühl bei der Formulierung dieser Sachverhalte. Die Pflegeeinrichtung ist jedoch über den Qualitätsvertrag zu einer solchen Einschätzung verpflichtet und sollte diese mit der notwendigen Sensibilität auch dokumentieren. Es darf nicht der Verdacht entstehen, hier wollten sich die Pflegeprofis der unliebsamen 'Konkurrenz der Laienpflege' entledigen, indem man der Pflegeperson die Pflegebereitschaft und -fähigkeit abspricht! Die Bereitschaft ist auch immer an den möglichen Fähigkeiten und Ressourcen zu beurteilen.

Ergebnisse mit allen Beteiligten erörtern

Das Ergebnis dieser Überprüfung ist mit den an der Pflege Beteiligten und dem Pflegebedürftigen zu erörtern und in der Pflegedokumentation festzuhalten.

Es soll nicht (wie bei manchen Gutachtern/ten erlebt) stillschweigend erstellt werden und dann heimlich abgelegt werden, sondern die Ergebnisüberprüfung ist auch für sich als Prozeß zu betrachten. Gemeinsam mit den Pflegepersonen und den Pflegebedürftigen könnten die verschiedenen Aspekte erörtert werden, verglichen werden mit der Pflegeanamnese und Veränderungen könnten einfacher identifiziert werden. Auch wären dann für alle so Beteiligten die vielleicht aus professioneller Sicht zu empfehlenden Veränderungen viel leichter zu verstehen und damit wirkungsvoller umzusetzen.

Das setzt aber ein gemeinsames und gegenseitiges Vertrauensverhältnis voraus, daß nicht bestimmt wird durch Konkurrenzfurcht und Kompetenzangst.

Die im Qualitätsvertrag beschriebene Ergebnissicherung ist ein weiterer wichtiger Baustein für eine bessere pflegerische Versorgung, wenn er den in der Wirklichkeit umgesetzt wird. Erstaunlicherweise finden sich in (fast) jedem Leistungskomplexkatalog ein einsprechender Komplex für den Erstbesuch, nicht jedoch für die Ergebnissicherung. Dies macht nur dann Sinn, wenn man damit nicht die monatliche Kalkulation durcheinander bringen wollte. Dann sind die Kosten für die Ergebnissicherungsbesuche anteilig in jedem Leistungskomplex berücksichtigt.

Qualität als Baustein in der Pflegeversicherung

Teil 10: Umgang mit Qualitätssicherungssystemen

Nachdem die Stufen und Details der Struktur, Prozeß- und Ergebnisqualität beschrieben wurden, handelt Punkt 4 des Qualitätsvertrages von den Maßnahmen des Pflegedienstes zur Qualitätssicherung. In dieser Ausgabe werden einzelne Vorgehensweisen beschrieben und Kriterien für die Auswahl eines Zertifizierungssystems aufgeführt.

Vorweg einige Anmerkungen:

- Wenn die Pflegeversicherung und mit ihr der Qualitätsvertrag nach § 80 etwas geschafft hat, dann das öffentliche Bewußtsein, daß es Qualität und Qualitätssicherung heute in der Pflege geben muß. Bei den einen ist dieses Bewußtsein eher negativ geprägt („Jetzt will der MDK uns auch noch überprüfen“), andere sehen die Chancen auf dem (weiten) Weg der Professionalisierung der Pflege.
- Auch der Punkt 4 Qualitätssicherungssysteme (und 5 : Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen) ist Bestandteil des (von mir so genannten) Qualitätsvertrages: also haben auch alle Pflegeverbände diese Inhalte mitverhandelt und ihnen zugestimmt. Um es noch einmal zu wiederholen: Diese Detailregelungen hat sich nicht der Gesetzgeber ausgedacht (wie fälschlicherweise immer wieder geschrieben wird), sondern die Beteiligten (Pflegeverbände, Kostenträger sowie mit Beteiligung der Fachverbände und des MDK) ! Und, das wird Sie nicht wundern, ich meine, die Vertragsparteien haben

ihre Aufgaben recht gut bewältigt. Viel wichtiger als oberflächliche Kritik ist zunächst einmal die konkrete Umsetzung, die in vielen Einrichtungen noch nicht sehr weit gediehen ist.

- Manchmal scheint es, als ob für viele Einrichtungen der Qualitätsvertrag nur deshalb Relevanz hat, weil „der MDK prüfen kommt“. Unabhängig vom sachlich falschen Gehalt dieser Aussage (siehe oben) heißt das dann doch, daß Qualität, wie sie im Qualitätsvertrag definiert ist, als etwas verstanden wird, was von außen aufgesetzt und (mehr oder weniger) nötig oder unnötig ist. Dann wäre der Weg zur Professionalisierung der Pflege noch weit, wenn diese von mir wahrgenommene Tendenz richtig wäre.

In § 80 ist zu lesen „4.1 Der Träger des Pflegedienstes ist dafür verantwortlich, daß Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. Er soll sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.“

Die Verantwortung für die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen liegt somit eindeutig bei Träger. Er hat unabhängig von der finanziellen Situation solche Maßnahmen zu veranlassen und durchzuführen(ansonsten Ausgabe 1/98). Da die Formulierung hier eindeutig ist, dürfte das Fehlen von internen Qualitätssicherungsmaßnahmen als

eindeutiger Verstoß gegen den Qualitätsvertrag gewertet werden müssen. Externe Maßnahmen sind dagegen nicht unmittelbar verpflichtend. Es gibt folglich aus dem Qualitätsvertrag heraus keinen Zwang zur Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen wie beispielsweise eine Zertifizierung oder ein sonstiges Pflegesiegel. Welche Maßnahmen der Träger auswählt, bleibt ihm überlassen. Sie sollen lediglich „geeignet“ sein. Genannt werden Qualitätszirkel, Qualitätsbeauftragte, Qualitätskonferenzen, Assessmentrunden und die Entwicklung von Pflegestandards. Der Qualitätsvertrag nennt eine Auswahl, wobei es scheint, als ob hier wie in einem Warenhauskatalog die eine oder andere Maßnahme ergriffen werden kann. Bei der näheren Auseinandersetzung wird man feststellen, daß die genannten Maßnahmen mehr oder weniger miteinander vernetzt nur einen Sinn machen und eigentlich nicht allein für sich stehen können. Allein die Tatsache, daß eine Einrichtung über Pflegestandards verfügt, dürfte sich nicht als ausreichend im Sinne von Qualitätssicherungsmaßnahmen erweisen. Schon die Weiterentwicklung würde (wahrscheinlich) durch einen (vielleicht nicht so bezeichneten) Qualitätsbeauftragten initiiert und koordiniert, durch eine Arbeitsgruppe (als Qualitätszirkel oder als Assessmentrunde) ausgeführt und unter Umständen auch außerhalb der Einrichtung (Qualitätskonferenzen) diskutiert.

Der Qualitätsbeauftragte

Qualitätsentwicklung, darum geht es hier, sollte klar und bewußt definiert in jeder Einrichtung erfolgen. Dazu sollte die Pflegeeinrichtung einen Qualitätsbeauftragten benennen, der

nicht identisch mit der Geschäftsleitung oder/und der verantwortlichen Pflegefachkraft ist. Warum? Qualität sollte unabhängig von den täglichen Zwängen und Aufgaben der Geschäftsführung und Pflegedienstleitung gesehen und umgesetzt werden. Diese Aufgabe sollte unabhängig wahrgenommen werden können. Der Qualitätsbeauftragte benötigt dafür Zeit (freigestellte Arbeitszeit), einen Etat (gfls. Arbeitszeit von Mitarbeitern für z.B. Qualitätszirkel, für Fortbildungen, externe Referenten, Begutachtungen) und untersteht unmittelbar der Geschäftsführung. Er hat eine eindeutige Aufgabenbeschreibung. Die Umsetzung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der verantwortlichen Pflegefachkraft und der Geschäftsführung. Der Qualitätsbeauftragte ist sozusagen die treibende Kraft in der weiteren Qualitätsentwicklung: beispielsweise die Einrichtung von Qualitätszirkel (kleinen freiwilligen Arbeitsgruppen zur Bearbeitung einer konkreten Fragestellung) benötigt eine konzeptionelle Steuerung: ansonsten könnten Themen mehrfach bearbeitet, andere ausgelassen, wieder andere zeitlich unkoordiniert bearbeitet werden. Das Ausbildungsprofil eines Qualitätsbeauftragter sollte nicht zu eng gefaßt werden: als Pflegefachkraft sollte er vor allem über Moderationsfähigkeiten verfügen. Unabhängig vom technischen Weg muß er alle Beteiligten von der Notwendigkeit und Wichtigkeit permanenter Qualitätsentwicklung überzeugen. Dafür sollte er als Person stehen können. Weiteres Fachwissen kann dann erlernt werden.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Qualitätsbewußtsein hat mit persönlichen Einstellungen zu tun. Dieses Bewußtsein sollte im Idealfall bei allen Mitarbeitern im Pflegedienst in gleichem Maße entwickelt sein. Ein aus meiner Sicht dafür sehr gut geeignetes Instrument stellen **Qualitätszirkel** dar. Diese Arbeitsgruppen, die in einem definierten Zeitraum ein Problem bearbeiten, werden in der Regel aus den unterschiedlichsten Mitarbeitern(-gruppen) auf freiwilliger Basis gebildet. Dadurch fließt einerseits die (geballte) Wirklichkeit und Praxis in die Erarbeitung, andererseits ist die Umsetzung von selbst erarbeiteten Arbeitsabläufen und Vorschriften in der Regel einfacher und transparenter als die Umsetzung von Regelungen der Geschäftsführung. Qualitätskonferenzen sind regionale oder überregionale Konferenzen, auf denen in der Regel träger- und einrichtungsübergreifend Qualität thematisiert und diskutiert wird, auf denen Qualitätsvorstellungen entwickelt und Leitlinien beschlossen werden. Sie können ein sinnvolles Korrektiv zu den eigenen Entwicklungen bilden, weil sie in neutralem Rahmen den Gedankenaustausch und die Reflexion über die eigene Entwicklung zulassen.

Assessmentrunden sind ein Beurteilungsinstrument. Es wird die Qualität der Einrichtung beurteilt als Basis für die weitere Entwicklung. Es können somit die weiteren Entwicklungsschritte gezielt definiert werden.

Nutzen und Kosten von Pflegestandards

Noch ein Wort zu Pflegestandards: immer wieder gibt es momentan Diskussionen über den Nutzen und die

Kosten von Pflegestandards, vor allem angesichts und/oder nach Qualitätsprüfungen durch den MDK: Standards sind zunächst einmal definierte und damit nachvollziehbare Arbeitsabläufe und Arbeitsschritte. Die (erste) Entwicklung von Standards für die Altenpflege kann viel Geld kosten (es kursiert der Betrag bis zu DM 25.000) aber wer muß denn heute noch das Rad neu erfinden? Für die Pflegebereiche dürfte es auf dem Markt alle notwendigen Standards geben, sie müssen allerdings für die einzelne Einrichtung modifiziert bzw. angepaßt werden. Allerdings dürften dafür der Aufwand und die Kosten erheblichst geringer sein.

Was können und leisten in diesem Rahmen die von vielen Einrichtungen und Verbänden angebotenen Qualitätssiegel?

Zunächst allgemein: Da Qualitätsentwicklung ein fließender Prozeß ist, ist hier der Weg das Ziel. Die Zertifikate sind daher auch nicht das Ziel, sondern die Bemühungen (und damit die Qualitätsentwicklung), sie zu erreichen. Punktuelle Bestandsaufnahmen wie ein Siegel geben dann auch nur den Stand zu diesem Zeitpunkt wieder.

Ein äußerer Ansporn oder Zwang durch die Teilnahme an einer Zertifizierung (ausgelöst durch die Anforderungen des eigenen Verbandes oder durch die Kosten der externen Berater- und Zertifizierungsfirma) kann mitunter sehr positiv und belebend für alle Mitarbeiter und die Geschäftsleitung einer Einrichtung sein. Schließlich gilt es ein absehbares Ziel zu erreichen.

Kriterien für Prüfverfahren

Welches Siegel und welches Prüfverfahren nun das beste und sinnvollste ist, läßt sich nicht sagen.

Hier einige Kriterien:

- Die Zertifizierung sollte nicht nur auf die Pflegeversicherung oder beispielsweise auf das sogenannte MDK-Prüfkonzept aufgebaut sein (über die Bindungs- bzw. Nichtbildungswirkung und den Inhalt des Prüfkonzeptes des MDK, bzw. MDS mehr in der nächsten Ausgabe).
- Die Kunden sollten im Mittelpunkt stehen und als Kunden erst genommen werden.
- Die ganzheitliche Pflege (wie in diesem Kolleg beschrieben) muß inhaltlich und konzeptionell dargestellt werden.
- Ein klar definiertes Beschwerdemanagement möglichst inklusive der Einbindung neutraler Institutionen (beispielsweise einen eigenen Pflegekundenbeirat) genießt hohe Priorität.

Was letztendlich fehlt, ist ein bundesweit einheitliches Siegel, daß von der Pflege in Zusammenarbeit mit den Pflegekunden und Verbraucherschützern erarbeitet wird mit der Zielrichtung, dem Endkunden die Wahl der geeigneten Pflegeeinrichtung zu erleichtern, ihm Sicherheit zu geben und auf der anderen Seite die vorhandenen schwarzen Schafe aus dem Markt zu drängen. Allerdings ist dies noch ein weiter Weg.

Jegliche Qualitätssicherungsmaßnahme ist zu dokumentieren (natürlich auch für die notwendige Preisfindung im Rahmen der leistungsgerechten Vergütung!) und gegenüber den Pflegekassen auf Anforderung nachzuweisen. Unter Umständen könnten dann (je nach Inhalten) beispielsweise verbandseigene Siegel eine routinemäßige Qualitätsprüfung (wie es sie momentan in Baden-Württemberg gibt) ersetzen oder den Zeitpunkt verschieben. Verdachtsprüfungen werden damit auf keinen Fall überflüssig.

Qualität als Baustein in der Pflegeversicherung

Teil 11: Umfang und Ablauf von Qualitätsprüfungen

Nichts bereitet zur Zeit soviel Unsicherheit und Verdruss wie die Qualitätsprüfungen, die der Qualitätsvertrag vorsieht. In vielen Fällen, die negativ an die Öffentlichkeit gelangen, geht es meist um Probleme beim Umfang und Ablauf der Prüfungen.

Die Rechtsgrundlage zu externen Prüfungen finden sich im Gesetzestext: § 80, 2, Satz 2: „Die

Pflegeeinrichtungen haben auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder den von den Landesverbänden bestellten Sachverständigen die Prüfung der Qualität ihrer Leistungen durch Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen. Die Prüfungen sind auf die Qualität der Pflege, der Versorgungsabläufe und der Pflegeergebnisse zu erstrecken.“

Der Prüfauftrag kann nur von den Pflegekassenverbänden auf Landesebene kommen und nicht beispielsweise vom MDK. Der MDK hat kein selbständiges Prüfungsrecht und handelt nur nach Auftrag und Anweisung. Es können neben dem MDK auch andere sachverständige Prüfer beauftragt werden. Lt. Gesetz kann es verschiedene Formen der Prüfungen geben, seien es Einzelprüfungen, Stichproben oder vergleichende Prüfungen. Da die Landesverbände der Pflegekassen für die Prüfungen verantwortlich sind, gibt es in unserer föderalistischen Republik auch die unterschiedlichsten Varianten: von kurzen Stichproben (wie in Baden-Württemberg) bis zu kompletten mehrtägigen Einzelprüfungen bei gravierenden

Verdachtsmomenten wie in Schleswig-Holstein.

Geprüft werden können (nur) die Qualität der Pflege, der Versorgungsabläufe und die Pflegeergebnisse. Die Prüfung kann sich nur auf die Qualität der Pflegeleistungen der Pflegeversicherung beschränken. Eindeutig nicht auf Pflegeleistungen der Behandlungspflege, aber auch nicht auf die Abrechnung (Ausnahme unter Umständen Baden-Württemberg, wenn die Qualifikation des Personals nicht aus der Dokumentation, sondern nur aus der Abrechnung zu erkennen ist, allerdings wäre keine Prüfung im Rahmen des § 80 zulässig, ob eingesetzte und abgerechnete Personalqualität identisch ist!) und auch nicht auf die Wirtschaftlichkeit!

Fehlerhafte Abrechnungen gehören nicht zur Qualitätsprüfung

Der Prüfung wird im Qualitätsvertrag unter Punkt 5 weiter konkretisiert:

„5.1 Wird von einer Pflegekasse die Notwendigkeit einer Qualitätsprüfung als gegeben angesehen, ist über die Landesverbände der Pflegekassen eine Prüfung einzuleiten“.

Wann kann eine Pflegekasse die Notwendigkeit sehen? Sicherlich im Rahmen von routinemäßigen Stichproben und vergleichenden Prüfungen. Natürlich auch bei konkreten Verdachtsmomenten, daß die Pflege nicht sichergestellt wird. Fehlerhafte Abrechnungen dürften nicht zu einer Qualitätsprüfung nach SGB XI führen, sondern eher zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI (bzw. vom Ablauf festgelegt in den Rahmenverträgen nach § 75). Probleme im Bereich Häusliche

Krankenpflege nach § 37 SGB V gehören nicht in den Bereich einer Qualitätsprüfung nach SGB XI. Allerdings gibt es inzwischen schon einige Vereinbarungen nach 132 a SGB V (so in Baden-Württemberg und in Nordrhein-Westfalen), die den Qualitätsvertrag des SGB XI auch auf den Bereich SGB V übertragen und anwenden. In dieser rechtlich geklärten Form machen solche umfassenden Prüfungen Sinn und fördern aus meiner Sicht die partnerschaftliche Weiterentwicklung einer hochwertigen pflegerischen Versorgung.

Der Träger ist vorab zu informieren

„5.2. Dem Träger des Pflegedienstes und der Vereinigung, der der Träger angehört, ist die Durchführung, der Gegenstand, der Umfang sowie der Zeitpunkt der Prüfung mitzuteilen.“

Der Träger als auch der (falls vorhanden) Verband ist über die kommende Prüfung sowie über deren Gegenstand und Umfang zu informieren.

Gerade bei gravierenden Qualitätsmängeln wie akuter Unterversorgung eines Pflegekunden kann diese relativ lange Vorwarnzeit dafür sorgen, daß solche Defizite kaschiert würden. Aber der Sinn und Zweck des Qualitätsvertrages sowie der damit verbundenen externen Überprüfungen ist nicht die kurzfristige überfallartige Kontrolle, sondern die systematische Prüfung auf der Basis der vorhandenen schriftlichen Unterlagen und einiger in der Regel zufällig ausgewählter Pflegekunden. Nach meiner Einschätzung lassen sich auch im Nachhinein nicht alle Unterlagen stimmig nachstellen, wenn eine Prüfung angekündigt wird. Wenn allerdings die Qualitätsprüfungen im der beschriebenen Art die kurzfristige Intervention nicht ermöglichen, ist zu überlegen, ob es vergleichbar mit der Heimaufsicht eine parallele Institution

auch für den ambulanten Bereich geben müsste, der diese Lücke schließen könnte. Die bisher skizzierte Qualitätsprüfung kann es nicht. Möglich wäre aber ein zusätzlicher (eingeschränkter) Prüfungsansatz über den Qualitätsvertrag, der die Kostenträger in die Lage versetzt, bei klar definierten Fällen ohne Vorwarnung einen sehr eingeschränkten und genau zu definierenden Bereich zu prüfen: beispielsweise eine oder mehrere konkrete häusliche Pflegesituationen. Daran anschließen könnten sich mit der notwendigen zeitlichen Verzögerung eine 'normale' Qualitätsprüfung. Hier sind die Vertragsparteien aufgerufen, im Sinne der Versicherten und gemeinsam für solche Probleme ein sachgerechtes Instrument zu schaffen, daß auf der Ebene der Selbstverwaltung und nicht auf einer anderen staatlichen Ebene (siehe Heimaufsicht) angesiedelt ist. Hier läge auch eine große Handlungschance, um zu beweisen, daß der Vertrauensvorschuß des Gesetzgebers in die verantwortungsvolle Handlungsfähigkeit der beteiligten Vertragsparteien indes berechtigt war und ist.

Bestimmte Unterlagen können verweigert werden

Der Gegenstand der Prüfung soll benannt werden. So weiß die Einrichtung, daß beispielsweise nicht die Abrechnungen geprüft werden sollen, sondern die Versorgungsabläufe etc. . Falls ein (übereifriger) Prüfer doch einmal solche Unterlagen verlangt, könnten diese ihm mit Hinweis auf den Prüfauftrag verweigert werden. Da der Verband informiert ist, wird er in der Regel auch einen Mitarbeiter zum Prüftermin hinschicken, so daß dieser dann in solchen Fällen eingreifen kann.

Qualitätsprüfungen

Ankündigung

Veranlasst durch die Landesverbände der Pflegekassen
Durchführung: MDK oder andere geeignete Sachverständige
Vorab: Information an Einrichtung und Verband über
- Zeitpunkt der Prüfung
- Gegenstand der Prüfung
- Umfang der Prüfung

ja	nein

Prüfungsgegenstand und Ablauf

Prüfungsablauf in der Regel nach MDK-Konzept
Struktur, Prozeß- und Ergebnisqualität lt. Qualitätsvertrag
Keine Behandlungspflege
Keine Abrechnung
Keine Daten/Fragen zur Wirtschaftlichkeit
Wesentliche Informationsquelle: Pflegedokumentation
Zugang zur Einrichtung während der Geschäftszeiten
Besuch bei Pflegekunden nur nach deren vorheriger Zustimmung

Abschluß der Prüfung

Prüfbericht innerhalb von 6 Wochen nach Prüfung an Einrichtung und Verband
Falls nicht identisch mit MDK-Bericht, MDK-Bericht anfordern
Anhörung vor Festlegung von Maßnahmen durch die Pflegekassen
Festlegung von Änderungspunkten
bei groben Verstößen fristgerecht oder fristlose Kündigung nach § 74 SGB XI

Falls der Einrichtung der Zeitpunkt aus organisatorischen Gründen nicht paßt, läßt sich ein anderer Termin abstimmen.

Daß den Prüfern der Zugang zur Einrichtung während der Geschäftszeiten zu gewähren ist (Punkt 5.4) und daß die notwendigen Unterlagen vorzulegen sind und weiter Auskünfte erteilt werden, ist selbstverständlich, allerdings immer im Rahmen der oben angesprochenen Eingrenzung.

Die Prüfer des MDK orientieren sich in ihrer Erhebung und Befragung meist am „MDK-Konzept zur Qualitätssicherung der Pflege nach SGB XI“ (zu beziehen über den MDS, Lützowstr. 53, 45141 Essen). Dieses von einer MDK-Arbeitsgruppe erarbeitete Konzept gliedert sich in 2 Fragebogenbereiche: ein Teil für die

Erfassung in der Einrichtung, der zweite Teil für die Erfassung vor Ort bei den Pflegekunden. Dieses Konzept bietet eine im großen und ganzen sinnvolle Leitlinie für die Prüfer. Es ist aber nur als internes Papier ohne rechtliche Bedeutung zu werten und anders als der Qualitätsvertrag nicht bindend weder für die MDK's auf Länderebene noch für die Einrichtungen. Schlußfolgerungen, die auf den dort gestellten Fragen und dem Bewertungsschema basieren, sind zu überprüfen, ob die Frage und das Bewertungsschema über den Qualitätsvertrag und die Rahmenverträge nach § 75 inhaltlich gedeckt sind oder nicht. Ein Schwachpunkt, der in der Praxis öfter begegnet ist die Zusammenfassung aller Einrichtungsformen (ambulant, teilstationär und stationär) in einem Fragebogen und in einem

Beurteilungskonzept. Was in der Praxis dazu führt, daß von den Prüfern beispielsweise Fragen zur Ausführung der medizinischen Behandlungspflege gestellt werden, obwohl dies nach dem Fragebogen (und nach SGB XI) nicht für ambulante Einrichtungen gilt.

Die Pflegedokumentationsunterlagen sind im Qualitätsvertrag als wichtige Grundlage für die Prüfung genannt (P. 5.4). Aus ihr kann der gesamte bisherige Pflegeverlauf und ihre Arbeit abgelesen und mit dem Ist-Zustand verglichen werden. Hier wurden in der Vergangenheit vom MDK auch die meisten strukturellen Mängel festgestellt. Wie eine Pflegedokumentation aussehen muß, siehe Folge 5(oder?)

Pflegekunden können Termin ablehnen

Die Prüfungen sind in der Regel zweiteilig: der erste Teil in der Einrichtung, im zweiten Teil wird eine Stichprobe der Pflegekunden konkret vor Ort besucht und begutachtet. Meist werden im ersten Teil einer Prüfung diese Stichprobenkunden herausgesucht und per Telefon befragt, ob sie mit einem Besuch einverstanden sind. Natürlich können die Pflegekunden dies auch ablehnen, wenn sie beispielsweise selbst einen Termin haben, sie sich nicht wohlfühlen oder ihre Pflegepersonen nicht anwesend sind oder aus anderen Gründen. Die Mitwirkung ist freiwillig (und in der Regel auch in ihrem Interesse und zu ihrem Vorteil), eine Verpflichtung besteht aber nur bei der Pflegebegutachtung im Rahmen der Antragsstellung und Einstufung (siehe § 18, 2, SGB XI).

„5.6. Über die Qualitätsprüfung ist ein Bericht zu erstellen, in dem der Gegenstand der Prüfung und das Ergebnis der Prüfung sowie

notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten aufgezeigt werden. Der Bericht geht innerhalb von sechs Wochen nach Abschluß der Prüfung dem Träger des Pflegedienstes und der Vereinigung, der der Träger angehört, zu.“

In der Regel wird die Pflegekasse den MDK-Bericht der Einrichtung zur Stellungnahme übersenden. Hält sich dieser Bericht an das MDK-Prüfkonzept, kann die Einrichtung daraus meist sinnvolle Hinweise und Anregungen für die weitere Qualitätsentwicklung finden. Die in der Zusammenfassung genannten Punkte sind in einem überschaubaren Zeitraum zu verändern. Wurden im Bericht einige Punkte nicht sachgerecht wiedergegeben, können diese in der Anhörung (s.u.) geklärt werden. Falls sie nur eine Zusammenfassung der Pflegekasse erhalten und nicht den Originalbericht des MDK, würden wir empfehlen, diesen anzufordern und zu überprüfen, ob die Zusammenfassung der Pflegekasse mit dem Bericht des MDK übereinstimmt. Übrigens hat der MDK nach § 277 (SGB V) die Einrichtung eigenständig über das Ergebnis seiner gutachterlichen Stellungnahme zu informieren.

Erst nach einer Anhörung (§ 80, Abs.3) der Einrichtung (zusammen mit dem Verband) entscheiden die Pflegekassen über einen Bescheid und setzen dann Fristen zu Beseitigung von Mängeln. Bei nicht fristgerechter Veränderung oder Beseitigung und bei schwerwiegenden Fällen (beispielsweise gefährliche Pflege) kann der Versorgungsvertrag fristgerecht bzw. fristlos gekündigt werden (§ 74, SGB XI). Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI können einen wichtigen und wesentlichen Baustein zu einer besseren pflegerischen Versorgung darstellen, wenn sie sach- und fachgerecht durchgeführt werden und

wenn deren Ergebnisse von den Pflegediensten als Anregungen und Hilfestellungen verstanden werden (können). Allerdings sollten die Qualitätsprüfungen nicht sachfremde Inhalte (z.B. aus SGB V) prüfen, solange hier keine gemeinsame Vertragsgrundlage geschaffen worden ist. Sonst werden sie in der Praxis eher als negative Zwangsmaßnahme und Bedrohung gesehen und nicht als positive Chance zur Verbesserung. Eine externe Maßnahme der Qualitätssicherung wie eine

Zertifizierung kann und wird keine Qualitätsprüfung nach P. 5 Qualitätsvertrag ersetzen. Sicherlich wird einiges in einer Prüfung einfacher sein, wenn beispielsweise ein Qualitätshandbuch existiert und viele Unterlagen und Fragestellungen schon systematisch aufbereitet sind. Qualifizierte Qualitätsprüfungen gehören notwendigerweise zum System der Pflegeversicherung und sind daher für beide Seiten ein sinnvolles Werkzeug.

Qualität als Baustein in der Pflegeversicherung

Teil 12: Zusammenfassung

Seit nunmehr 11 Ausgaben haben Sie hier an dieser Stelle vieles über den Qualitätsvertrag nach § 80 Pflegeversicherungsgesetz lesen können. Diese Serie endet mit einer Zusammenfassung, in der auf Veränderungspotentiale sowie die Akzeptanzprobleme auf eingegangen wird.

Was hat der Qualitätsvertrag bewirkt?

Qualität ist in alle Munde! Zum ersten Mal in dieser Breite und Brisanz! Allein das Streiten um die richtige Qualität und/oder deren Auslegung heißt ja, daß hier sehr bewußt und deutlich über Qualität geredet und Qualität definiert wird. Hier hat das Baukonzept der Pflegeversicherung funktioniert. Allerdings ist dies teilweise durch die völlig unnötige und inhaltlich falsch begründete Kündigung seitens des damaligen AVAP ein klein wenig in Frage gestellt: Der AVAP hatte vor allem mit dem Verweis auf zu niedrige Vergütung den Qualitätsvertrag gekündigt (obwohl mir aus diesem Verband keine gescheiterten Einzelpreisverhandlungen auf der Basis einer leistungsgerechten Vergütung bekannt sind!). Da die Kündigung erst Ende 1999 gültig wird, muß man einerseits die im April ausgesprochene Kündigung als reinen populistischen Schachzug des AVAP bzw. hier wohl eher von Heiner Schülke als treibende Kraft sprechen. Das Abwarten bis Ende dieses Jahres hätte keinem geschadet, kleinere Differenzen wie übertriebene Qualitätsprüfungen hätten auch innerhalb des Systems korrigiert werden können.

Nun sollte die neue Verhandlungsrunde einerseits dazu

genutzt werden, die unten genannten Korrekturen einzuarbeiten, andererseits muß aber mit aller Kraft vermieden werden, daß die Qualität zugunsten des Preises abgesenkt wird (so wie es Schülke und sicherlich auch die Sozialhilfeträger fordern). Ich will es noch einmal deutlich aussprechen: die im bisherigen Qualitätsvertrag definierte Qualität bewegt sich bisher nur auf der Ebene der herrschenden Schul- und Lehrmeinung: Pflegeprozeß, aktivierende Pflege, Einbeziehung des Pflegebedürftigen als Subjekt und nicht als Objekt der Pflege, Qualitätssicherung; all das lernen die angehenden Alten- und Krankenpflegeschülerinnen, und dies sollte auch in der Praxis normal sein und nicht abgesenkt werden! Professionelle Hilfe dient im Teilkaskosystem Pflegeversicherung immer nur und auch der Absicherung der selbst organisierten Hilfe über Pflegepersonen und andere Selbstversorgungsmöglichkeiten. Die Pflege muß auch die Sicherheit und die Werkzeuge haben, diesen Auftrag ausführen zu können. Die Wirklichkeit ist erst auf dem Weg der praktischen Umsetzung. Pflegeplanung zusammen mit den Pflegepersonen, aktive Einbeziehung statt lästiger Störenfriede: hier muß die Pflege noch viel lernen und sie tut dies momentan nach meiner Beobachtung auch.

Folgende Punkte (in der Reihenfolge des Qualitätsvertrages) sind aus meiner Sicht zu verändern, zu ergänzen oder zu konkretisieren:

- die **ständige Erreichbarkeit**: hier sollte klar definiert werden, daß es sich um eine persönliche Erreichbarkeit handeln sollte und das diese nicht über einen Anrufbeantworter gelöst werden kann (siehe 2/98). Natürlich kann diese (und sollte wohl auch in vielen Fällen) über Kooperationen gelöst werden.
- **Pflegerische Notfalleinsätze**: der klassische Fall: der Anruf um 2.00 Uhr: „Ich bin aus dem Bett gefallen, und meine Pflegeperson ist nicht da!“ Ein einfacher pflegerischer Notfall, unproblematisch zu lösen, aber bisher ungeregelt (siehe ausführlich Heft 2/98). In der Regel ist der individuelle Pflegebedarf schon verplant, diese Einsätze gehen über den zu versorgenden Bedarf hinaus. Da es für das beschriebene Beispiel keine geeigneten Leistungsmodule gibt, werden dann irgendwelche halbpassenden Module benutzt (zum Beispiel (falls vorhanden): Hilfe bei der Mobilität), deren Vergütung auch nicht ansatzweise den anfallenden Aufwand abdeckt. Notwendig ist hier in den Rahmenverträgen nach § 75 auf Länderebene und damit auch in den Vergütungskatalogen ein Notfallmodul zu definieren, daß den erhöhten finanziellen Aufwand bei Nacht ebenso berücksichtigt wie die mitunter schwer in normale Leistungskomplexe zu beschreibende Leistung.
- Die sogenannte **460 Std. Fortbildung**: Schon angesichts der bunten Angebote zu diesem Kurs mit den verschiedensten Inhalten und den unterschiedlichsten Konzeptionen muß es hier dringend ein einheitliches bundesweit gültiges Curriculum geben, damit dieser strukturell gute Fortbildungsansatz nicht gehalten verpufft. Sonst wird der bloße Sitzschein über 460 Std. Anwesenheit zur Legitimation. Solche Fortbildungen kosten jedes Unternehmen und damit direkt die Versicherten ca. 25.000 DM bis 35.000 DM (bitte nicht nur die Kursgebühren von ca. 5.000 DM, sondern auch die Zeitausfälle sowie deren Ersatz von ca. 500 Stunden betrachten) pro Einrichtung, das sind bei ca. 10.000 Pflegediensten doch immerhin ca. 300.000.000,00 DM an Kosten, verteilt auf 7 Jahre! Inzwischen gibt es schon eine Reihe von Schulträgern bzw. Arbeitsgruppen, die hier an einem Standard arbeiten, der dann als Anlage zum Qualitätsvertrag definiert werden sollte.
- **Überprüfung der Ergebnisqualität**: Hier fehlt ein klar definierter Mindestrhythmus, in dem die einzelnen Pflegekunden und deren Pflegegeschichte systematisch überprüft werden. Ich habe schon in der Ausgabe 9 den Zeitabstand aus den vergleichbaren Pflegeberatungsbesuchen nach § 37.3 SGB XI als Maßstab genommen, also alle 6 Monate bei Pflegestufen 1 und 2, alle 3 Monate bei Pflegestufe 3.
- **Prüfablauf der Qualitätsprüfung**: Hier sollte der Ablauf und die Struktur ähnlich konkret beschreiben werden wie dies die Vertragsparteien schon bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Rahmen des § 75-Vertrages getan haben, vor allem auch in der Definition der Prüfunterlagen und des Ablaufs der Prüfungen. Diese latent vorhandene Beschreibung könnte konkretisiert viele Unsicherheiten nehmen und Ärger vermeiden helfen. Dazu gehört selbstverständlich, daß die Einrichtungen den Pflegebericht

direkt vom MDK erhalten, wie dies aus meiner Sicht bereits über den § 277 SGB V geregelt ist. Dies würde viele Mißverständnisse aus dem Weg räumen und Zusammenfassungsfehler durch die Pflegekassen (wie teilweise in Bayern) vermeiden.

- **Kurzfristige Intervention bei Verdacht auf Pflegefehler:** Diese Möglichkeit sollte von den Vertragsparteien des § 80 selbst definiert werden: Selbst wenn das keiner gerne zugibt: es gibt gefährliche Pflege durch zugelassene Pflegeeinrichtungen. Hier muß es im Interesse aller Pflegeeinrichtungen und Kostenträger sein, bei Verdacht selbständig auch ohne vorherige Einschaltung der Obrigkeit (Staatsanwaltschaft) tätig werden zu können: an den Grenzen zeigt sich die Stärke des Systems! Es sollte die Möglichkeit von spontanen Verdachtsprüfungen vor Ort bei den Versicherten klar definiert und im Ablauf fixiert werden. Nach der Einführung der Pflegeversicherungsinstrumente, hier vor allem der Möglichkeiten des § 80 benötigen wir aus meiner Sicht keine „ambulante Heimaufsicht“, sondern selbst definierte Werkzeuge der Vertragsparteien. Zumal sich über die bisherigen Qualitäten der Heimaufsicht trefflich streiten läßt. Das heißt aber auch, daß alle beteiligten Parteien sich ihr Vertrauen zu den dann beauftragten Prüfern (vor allem der MDK) wieder neu erarbeiten bzw. überdenken müssen und daß die Prüfer auch für sich selbständig und professionell(er) arbeiten und handeln können. Der Verdacht, Qualitätsprüfungen seien ein Instrument der Pflegekassen zur Sanktion muß verschwinden zugunsten einer Wahrnehmung, daß

der MDK eine neutrale, wichtige und professionelle Einrichtung wie beispielsweise der TÜV ist. Der Weg dahin ist lang, die gedanklichen und echten Schranken sind groß, aber die Alternative zum Schutz von uns Versicherten ist dann nur die staatliche Intervention in Form einer staatlichen Pflegeaufsicht!

Warum hat der Qualitätsvertrag ein so schlechten Ruf? Warum ist er immer noch so unbekannt?

Ein erstaunliches Phänomen ist die zum Teil fahrlässig schlechte Wiedergabe der Inhalte des Qualitätsvertrages in der Fachpresse: als Wiederholungstäter sei hier leider einmal als Beispiel unter mehreren Pflegen ambulant mit ihrer Serie über den Qualitätsvertrag genannt. Während es schon in der Ausgabe 2/98 nur so von fehlerhaften und falschen Zitaten und Darstellungen wimmelte (eine 3-seitige Rezension liegt der dortigen Redaktion vor, eine Richtigstellung der zumindest gravierensten sachlichen Fehler und falschen Zitate erfolgte meines Wissens bisher nicht), sind auch in der Ausgabe 5/98 über die Strukturqualität wieder einige kräftige Fehler dabei: beispielsweise wird hier der § 71 und Punkt 3.1.2.2 Qualitätsvertrag falsch zitiert: die Berufspraxis muß nicht „mindestens 5 Jahre, davon 1 Jahr ambulant ausgeübt“ werden, sondern „innerhalb der letzten 5 Jahre mindestens 2 Jahre, davon in der Regel mindestens ein Jahr im ambulanten Bereich (3.1.2.2) ausgeübt werden. Wer nicht Pflegen Ambulant liest, spart also 3 Jahre!

Geradezu inflationär wird in vielen Publikationen immer wieder der Gesetzgeber zitiert, selbst wenn er gar nicht tätig war: zur Erinnerung: die „gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung in der ambulanten

Pflege“ sind ein zweiseitiger, durch Konsens zustande gekommener Vertrag zwischen den Leistungsanbieter, den Kostenträgern sowie in Zusammenarbeit mit dem MDS und Berufsgruppen. Immer ist es jedoch der Gesetzgeber und sind es nicht die eigenen Verbände selbst, die die Inhalte definiert haben. Auch die Rolle des MDK als das große negative Schreckgespenst wird eifrig gepflegt. Zitiert sei hier auch wieder der Artikel aus Pflegen Ambulant 5/98 von Annegret Rothgänger: „Bei einer Qualitätsprüfung wird der MDK sicherlich ein großes Augenmerk darauf verwenden, ob der Einsatz von Mitarbeitern nach beruflichen Qualifikationen und wirtschaftlichen Bedingungen sowohl bei der Dienstplangestaltung als auch bei der Tourengestaltung vorgenommen wurde“ (Seite 30; a.a.O.). Beim besten Willen ist im Qualitätsvertrag kein Wort von der Wirtschaftlichkeit zu finden (das findet sich im Gesetz §§ 29, 70 und in den Rahmenverträgen nach § 75 auf Landesebene; die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit obliegt nicht dem MDK!). Auch das gern als Gesetzestext ausgegebene Konzept des MDK zur Qualitätssicherung in der Pflege ist lediglich eine Vereinbarung

der MDK untereinander und dient als Orientierung, ist aber in der bisherigen Form an einigen Stellen inhaltlich zu überarbeiten (siehe auch Ausgabe 11/98). Und im Rahmen der Qualitätsprüfungen ist der MDK nur eine Variante von möglichen Prüfern, es könnten auch andere geeignete Prüfer geschickt werden (§ 80, 2, SGB XI)!

Zusammenfassend muß ich leider feststellen, daß für viele Publikationen und Autoren (zum Teil sind die Kolleginnen ja sogar Pflegelehrerinnen) der Qualitätsvertrag ein unbekanntes Wesen ist und zum Teil nicht einmal der Text richtig zitiert wird.

Die Pflege ist mit dem Qualitätsvertrag auf dem richtigen Weg, auch wenn der Weg erstaunlicherweise noch lang ist. Es wird sich beweisen müssen, ob die Vertragsparteien in der Lage sind, diesen Weg verantwortungsvoll weiter zu beschreiten oder ob sie zugunsten von kurzfristigen populistischen Erfolgen pflegerische Selbstverständlichkeiten über den Haufen werfen.

Veröffentlicht in:

Qualitätskolleg: Häusliche Pflege, Ausgaben 1/1998 bis 12/1998

© **Andreas Heiber**

System & Praxis Andreas Heiber

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld

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

Email: Heiber@SysPra.de; www.SysPra.de