



MDK-Konzept
zur Qualitätssicherung der Pflege
nach SGB XI

Inhaltsverzeichnis

VORWORT

I AUFGABEN DER MEDIZINISCHEN DIENSTE IM ZUSAMMENHANG MIT QUALITÄT UND QUALITÄTSSICHERUNG

1. GRUNDSÄTZE DER QUALITÄTSSICHERUNG
2. KONZEPTIONELLE EINBINDUNG DES MDS / DER MDK
3. DIE AUFGABEN IM EINZELNEN

II AUFGABEN DER MEDIZINISCHEN DIENSTE GEMÄß § 80 ABS. 2 SGB XI

1. KOMPETENZEN UND MAßNAHMEN DER MDK
2. QUALITÄTSDIMENSIONEN
3. LEISTUNGSBEREICHE
4. DATENSCHUTZ

III DIE STELLUNG DER MDK IM VERHÄLTNIS ZU ANDEREN INSTANZEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

IV QUALITÄTSSICHERUNGS- UND AUFGABENVERSTÄNDNIS DER MEDIZINISCHEN DIENSTE

V UMSETZUNG DES QUALITÄTSSICHERUNGSKONZEPTES

VI LITERATURVERZEICHNIS

VII ANLAGEN

ANLAGE 1

DEFINITION VON QUALITÄT, QUALITÄTSSICHERUNG, QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHREN

ANLAGE 2

QUALIFIZIERUNGSKONZEPT FÜR PRÜFER)

ANLAGE 3 A

ERHEBUNGSBOGEN ZUR QUALITÄTSPRÜFUNG IN DER PFLEGEEINRICHTUNG

ANLAGE 3 B

ERHEBUNGSBOGEN ZUR QUALITÄTSPRÜFUNG BEIM VERSICHERTEN

ANLAGE 4 A

PRÜFANLEITUNG ZUM ERHEBUNGSBOGEN IN DER PFLEGEEINRICHTUNG

ANLAGE 4 B

PRÜFANLEITUNG ZUM ERHEBUNGSBOGEN BEIM VERSICHERTEN

ANLAGE 5

ARBEITSHILFE FÜR DEN PRÜFBERICHT

O Vorwort

Externe Qualitätssicherung - eine neue Aufgabe für die Medizinischen Dienste !

Zur Umsetzung dieser Aufgabe hat die Geschäftsführerkonferenz im August 1994 beschlossen, eine MDK-übergreifende Projektgruppe „Externe Qualitätssicherung/Vertragswesen SGB XI“ einzurichten.

In dieser Projektgruppe wirkten mit

Herr Wiesner, MDK Sachsen-Anhalt (Leiter)
 Herr Dr. Maidhof, MDK Bayern
 Herr Dr. Zink, MDK Baden-Württemberg
 Herr Stephan, MDK Berlin
 Frau Wilcke-Kros, MDK Berlin/MDK Brandenburg
 Herr Sobottka, MDK Mecklenburg-Vorpommern
 Frau Serwe, MDK Rheinland-Pfalz
 Frau Steinke, MDK Sachsen-Anhalt
 Frau Dr. Schnell, MDK Westfalen-Lippe
 Frau Stöcker, MDS

Am Beratungsprozeß wurden mitbeteiligt

für die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung in der Pflege	Herr Professor Dr. Klie
für das Kuratorium Deutsche Altershilfe	Frau Sowinski
für den MDK Schleswig-Holstein	Herr Conrad

Der besondere Dank für die redaktionelle Aufbereitung des Konzeptes gilt Frau Britta Schmitz, MDS.

Neben der Begleitung der Verhandlungen nach § 80 SGB XI auf Spitzenverbandsebene hat die Projektgruppe über Methoden und Maßstäbe für ein einheitliches Prüfverfahren zur Sicherung der Pflegequalität beraten. Im Rahmen ihrer Arbeit entwickelte die Projektgruppe eine „Qualitätsphilosophie“ für die MDK-Gemeinschaft und ein Konzept zum Prüfungsverfahren und zu den Prüfungsinhalten sowie deren Evaluation und zur Prüfkompetenz.

Mit dem vorliegenden Konzept bieten die MDK ein Verfahren der Qualitätsprüfung an, das in ein allgemeines Konzept und Verständnis der Qualitätssicherung eingebettet ist. Die Mitwirkung des MDK bei der Qualitätssicherung wird nur dann effektiv sein, wenn sie prozeßbegleitend angelegt ist. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung halten die professionelle Kompetenz für die Durchführung der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen vor. Dabei kooperieren sie mit anderen Institutionen, die auch mit Qualitätsentwicklung und -sicherung befaßt sind.

Das MDK-Qualitätssicherungskonzept und die vorgeschlagenen Verfahren werden den Trägern der Medizinischen Dienste auf der Bundes- und Landesebene vorgestellt. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung werden das Konzept soweit wie möglich mit anderen Qualitätssicherungsinstanzen abstimmen. Je nach Qualitätssicherungsinfrastruktur vor Ort sind dabei regionale und lokale Absprachen möglich.

Oktober 1996

I Aufgaben der Medizinischen Dienste im Zusammenhang mit Qualität und Qualitätssicherung

1. Grundsätze der Qualitätssicherung

Der gesetzliche Auftrag der Pflegekassen, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, erfordert eine ständige Sicherung der Qualität.

In jedem Fall sind hier die Maßstäbe gemäß den Qualitätserfordernissen nach § 1 ff SGB XI zu orientieren:

- Die Pflegeleistungen sollen helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen,
- die Pflegeleistungen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen wiederzugewinnen und zu erhalten (Aktivierende Pflege),
- die Pflegeleistungen sollen ein Leben in Würde ermöglichen,
- die Pflegeleistungen sollen die Pflegebereitschaft von Angehörigen, Nachbarn, ehrenamtlichen und Selbsthilfegruppen erhalten und fördern,
- die Pflegeleistungen sind mit anderen Hilfen (Hauswirtschaftliche Versorgung, ärztliche Heilbehandlung, rehabilitative Maßnahmen) zu koordinieren,
- Pflegeleistungen sind nach dem jeweils anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse zu erbringen,
- bei der Erbringung von Pflegeleistungen ist auch auf religiöse Bedürfnisse der Versicherten Rücksicht zu nehmen.

Neben den Erfordernissen, die das SGB XI formuliert, sind weitere bundes- und landesrechtliche, für die Pflegeeinrichtungen verbindliche Regelungen zu berücksichtigen, die ebenfalls als Erfordernisse im Sinne des Qualitätsbegriffes gelten.

2. Konzeptionelle Einbindung des MDS / der MDK

Die Aufgaben der Medizinischen Dienste, die diesen im Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegeversicherung übertragen wurden, dienen in verschiedener Hinsicht der Entwicklung und Sicherung der Qualität von Pflegeleistungen. So wirken die Medizinischen Dienste auf Landesebene bei der Gestaltung der Rahmenverträge mit, in denen wesentliche Strukturqualitätselemente festgelegt werden. Sie beraten in den Landespflegeausschüssen als sachverständige Institutionen in Fragen der bedarfsgerechten Infrastrukturgestaltung und können von den Pflegekassen beim Abschluß von Versorgungsverträgen beteiligt werden. Sie können in unterschiedlichen Funktionen an regionalen Arbeitsgemeinschaften teilnehmen, die der für die Sicherung der Qualität so wichtigen Vernetzung in territorialer und funktionaler Hinsicht dienen. Von großer Bedeutung für die Qualität und die Qualitätssicherung sind die Begutachtungen der Medizinischen Dienste im Einzelfall inklusive der Aufstellung eines Hilfeplans. Sie sind wesentliche Voraussetzung für Umfang und Gestaltung der Hilfen für die/den Pflegebedürftige/n im Einzelfall. Schließlich obliegen dem Medizinischen Dienst spezielle Qualitätssicherungsaufgaben im Rahmen des § 80 Abs. 2 SGB XI.

Im Mittelpunkt dieses Konzeptes stehen die Aufgaben gemäß § 80 Abs. 2 SGB XI. Voraussetzung für eine für die Landesverbände der Pflegekassen attraktive und im Hinblick auf das Ziel der Sicherung und Entwicklung von Qualität wirksame Aufgabenwahrnehmung ist ein einheitliches, abgestimmtes und von allen getragenes Qualitäts- und Qualitätssicherungskonzept der MDK.

Aus der nachfolgend abgedruckten Übersicht ergeben sich die unterschiedlichen Aufgaben der MDK im Zusammenhang mit der Umsetzung des PflegeVG.

Beratung der Pflegekasse	Mitberatung in Infrastrukturfragen	Begutachtung	Prüfung	Moderation	Mitberatung	Berichterstattung
§ 72 SGB XI	§ 10 SGB XI § 12 SGB XI § 75 SGB XI § 92 SGB XI	§ 18 SGB XI § 40 SGB XI	§ 80,2 SGB XI	§ 12 SGB XI	§ 75 SGB XI § 80 SGB XI	§ 109 SGB XI

3. Die Aufgaben im einzelnen

Bei den nachfolgend aufgeführten Paragraphen des SGB XI handelt es sich zum einen um obligatorische, d. h. verpflichtende und zum anderen um fakultative, d. h. freiwillige Aufgaben bei einem entsprechenden Qualitätssicherungs- und Selbstverständnis der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen (MDK).

§ 10 SGB XI	. . . Ausschuß für Fragen der Pflegeversicherung beim BMA: Einbindung des MDS
§ 12 SGB XI	. . . Bildung regionaler Arbeitsgemeinschaften: Fakultative Beteiligung der MDK
§ 17 SGB XI	. . . beschließen Richtlinien für die Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Beteiligung des MDS
§ 18 SGB XI	. . . Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Prüfung durch die MDK
§ 40 Abs. 1 SGB XI	. . . überprüfen die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln: unter Beteiligung der MDK
§ 72 SGB XI	. . . Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag: Beratung der Pflegekassen
§ 75 Abs. 1 SGB XI	. . . Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung: Beteiligung der MDK
§ 75 Abs. 5 SGB XI	. . . Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach § 75 Abs. 1: Beteiligung des MDS
§ 80 Abs. 1 SGB XI	. . . einheitliche Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung: Zusammenarbeit mit dem MDS
§ 80 Abs. 2 SGB XI	. . . Prüfung der Pflegequalität aller Pflegedienste im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen: Durchführung durch die MDK
§ 92 Abs. 2 SGB XI	. . . Zusammensetzung des Landespflegeausschusses: Mitberatung durch die MDK
§ 109 SGB XI	. . . Pflegestatistiken: Auskunftsverpflichtung der MDK

II Aufgaben der Medizinischen Dienste gemäß § 80 Abs. 2 SGB XI

Gesetzliche Grundlage nach § 80 Abs. 2 SGB XI: „Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen; bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88). Die Pflegeeinrichtungen haben auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von den Landesverbänden bestellten Sachverständigen die Prüfung der Qualität ihrer Leistungen durch Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichbare Prüfungen zu ermöglichen. Die Prüfungen sind auf die Qualität der Pflege, der Versorgungsabläufe und der Pflegeergebnisse zu erstrecken. Für das Löschen der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erhobenen Daten gilt § 107 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 entsprechend“ (siehe Anlage 2).

1. Kompetenzen und Maßnahmen der MDK

Der MDK sind nach den gesetzlichen Grundlagen die Institutionen, die Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchführen. Dabei handelt es sich um Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung können im Rahmen des § 80 Abs. 2 SGB XI nur auf Veranlassung der Landesverbände der Pflegekassen auftragsbezogen tätig werden. Die Pflegeeinrichtungen müssen dem Medizinischen Dienst Zutritt zu den Einrichtungen gewähren und die genannten Prüfungen zulassen.

Die von den MDK zu entwickelnden Instrumente müssen sich auf die im Gesetz vorgesehenen Verfahren beziehen. Im jedem Fall gilt, daß die Medizinischen Dienste im Rahmen des § 80 Abs. 2 SGB XI nur solche Verfahren anwenden, die mit den Landesverbänden der Pflegekassen abgestimmt sind. Wenn auch das Vorgehen und die Verfahren weitgehend vorgegeben sind, so ist die Durchführung der Verfahren offen, und die Gestaltung liegt im Ermessen der Medizinischen Dienste.

2. Qualitätsdimensionen

Der Gesetzgeber nimmt in seinen Formulierungen Bezug auf die in der Qualitätssicherung üblichen Unterscheidungen zwischen Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität (Definition siehe Anlage 1).

Damit haben die Medizinischen Dienste im Rahmen der

- **Strukturqualität:** Fragen der Ausstattung, der Organisation und der Qualifikation
- **Prozeßqualität:** Pflegeplanung, Pflegedokumentation, Pflegestandards sowie Durchführung der Pflege
- **Ergebnisqualität:** Aktivierungserfolg, Sicherstellung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“, Zufriedenheit der Pflegebedürftigen, Einbeziehung sozialer Netze etc.

zu prüfen.

3. Leistungsbereiche

Die Medizinischen Dienste sind für die Qualitätsprüfung aller Leistungsbereiche, die das PflegeVG umfaßt, zuständig.

Im Rahmen der häuslichen Pflege umfaßt dies die Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) nach SGB XI.

Im Rahmen der stationären Pflege (teilstationäre -, Kurzzeit-, vollstationäre Pflege) umfaßt dies als allgemeine Pflegeleistungen die Grundpflege, die soziale Betreuung sowie, bis zum 31.12.1999, die Behandlungspflege. Dies impliziert auch die Überprüfung der hauswirtschaftlichen Leistungen, soweit sie pflegerlevant sind.

Näheres ist den Prüfaufträgen der Landesverbände der Pflegekassen zu entnehmen.

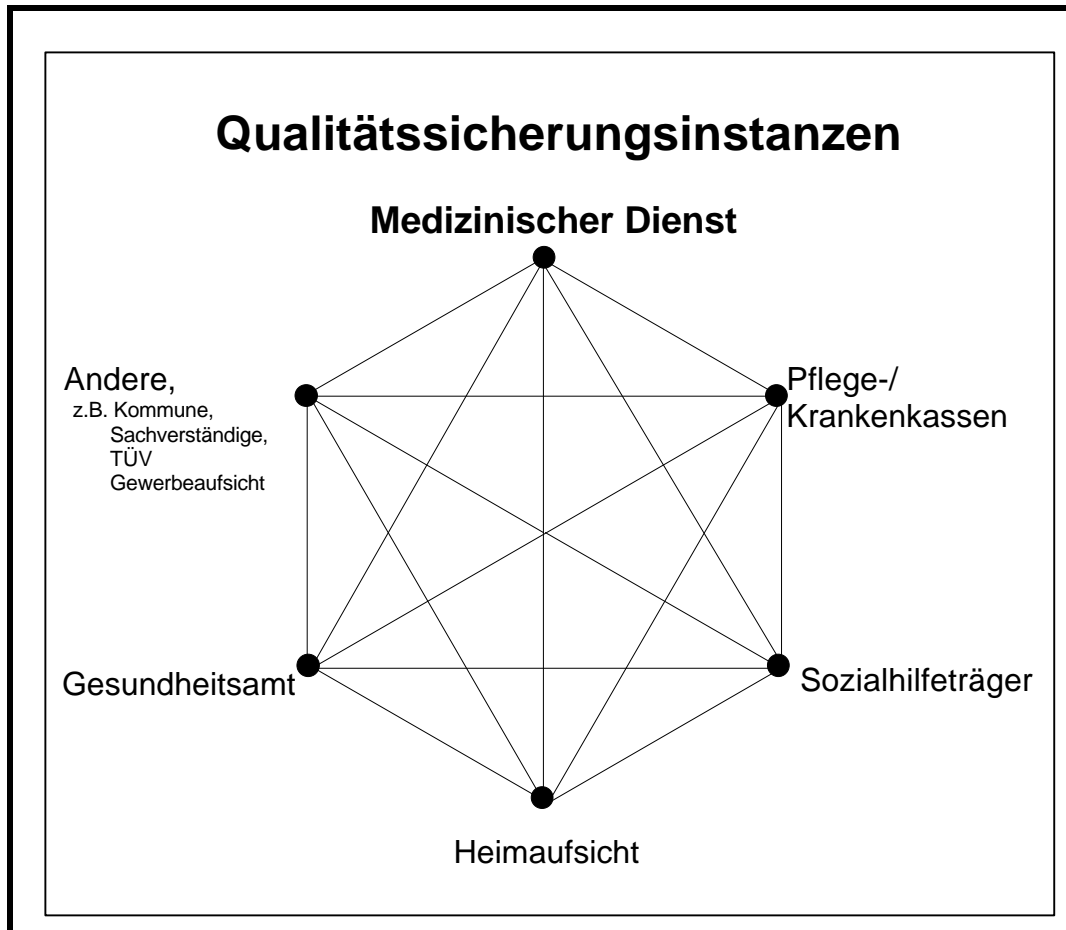
Für die Qualitätsprüfungen stellen die MDK die entsprechende professionelle Kompetenz.

4. Datenschutz

Bei den Prüfungen nach § 80 Abs. 2 SGB XI handelt es sich um Eingriffe in das informationelle Selbstbestimmungsrecht des/der einzelnen Pflegebedürftigen bzw. der betroffenen Institution. Insofern sind datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen zu beachten. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung dürfen nur insoweit Daten erheben, als dies für den Prüfauftrag erforderlich ist. Sie dürfen die für den Prüfauftrag dokumentierten Daten auch nur für die Zwecke verwenden, die die Landesverbände der Pflegekassen mit der Prüfung verfolgen. Eine weitergehende Verwendung bedarf grundsätzlich der Zustimmung der Einrichtungen und der Pflegebedürftigen. Hinsichtlich der Löschung der Daten ist § 107 SGB XI zu beachten.

III Die Stellung der MDK im Verhältnis zu anderen Instanzen der Qualitätssicherung

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung agieren als Institution der Qualitätssicherung neben anderen Instanzen der Qualitätssicherung (siehe nachfolgende Übersicht).



Es ist notwendig, daß die MDK ihren Auftrag und die Wahrnehmung ihrer Aufgaben mit anderen Instanzen der Qualitätssicherung abstimmen, mögliche Kooperationen klären und Abgrenzungen vornehmen.

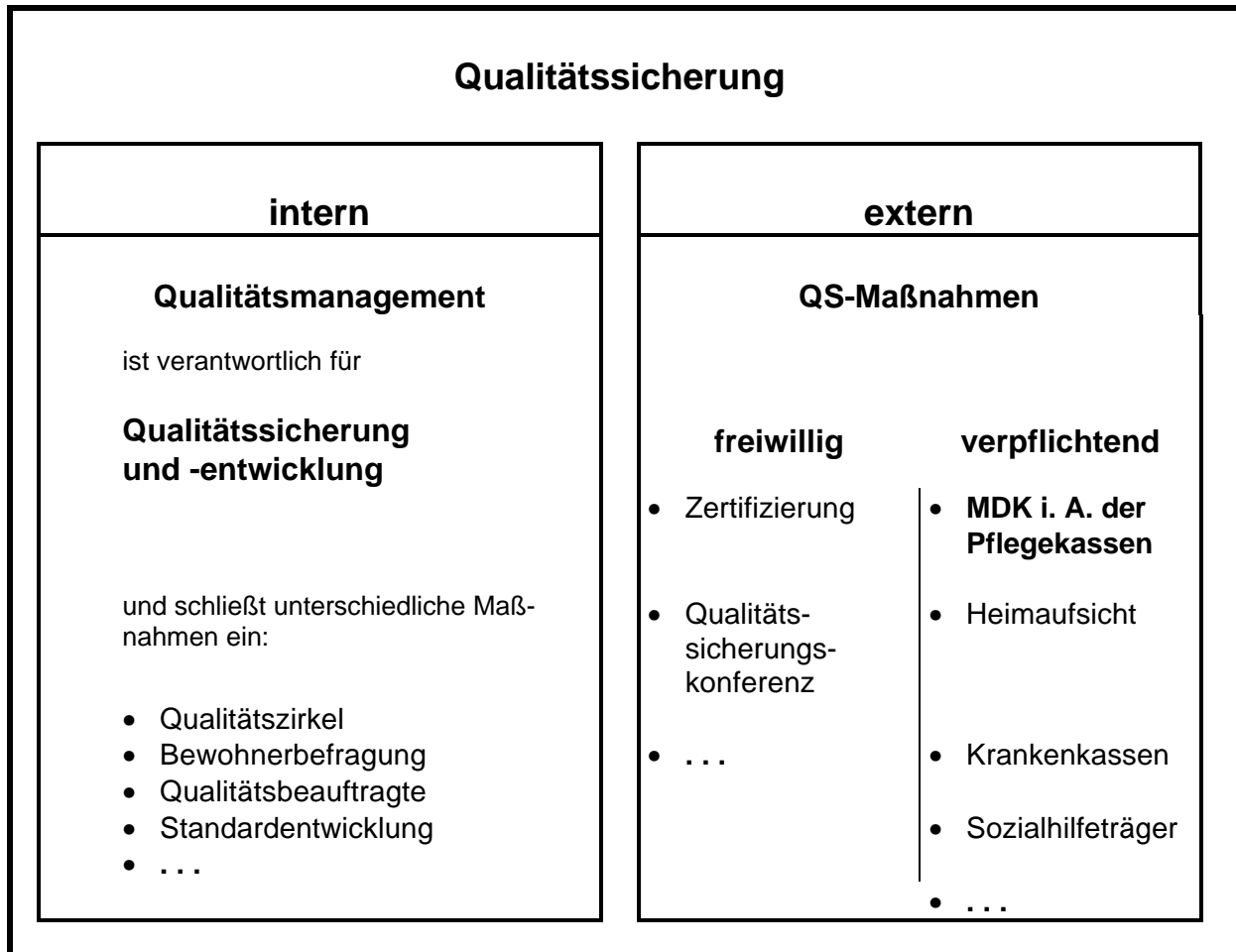
Für den stationären Bereich sind insbesondere die Aufgaben der Heimaufsicht nach dem Heimgesetz zu beachten, die einen sehr weitgehenden und umfassenden Beratungs- und Aufsichtsauftrag wahrzunehmen hat. Ihr obliegt die Prüfung von Einrichtungen als Amtspflicht. Eine enge Kooperation mit der Heimaufsicht ist daher anzustreben. Im Einzelfall können gemeinsame Qualitätssicherungseinsätze von Heimaufsicht und MDK sinnvoll sein. Dabei sind Absprachen zwischen dem im jeweiligen Bundesland für die Heimaufsicht zuständigen Stellen und den Landesverbänden der Pflegekassen zu beachten.

Für den teilstationären und Kurzzeitpflegebereich existieren bislang keine gesonderten Aufsichtsinstrumente.

Neben den externen Qualitätssicherungsmaßnahmen sind interne Qualitätssicherungsmaßnahmen zu nennen, die zu einem Qualitätsmanagementkonzept gehören. Durch den

§ 80 Abs. 2 Satz 1 SGB XI sind die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, sich an Maßnahmen zu beteiligen. In den Bundesempfehlungen zu den Rahmenverträgen gemäß § 75 SGB XI ist dies bekräftigt worden.

Die nachfolgende Übersicht stellt die unterschiedlichen Qualitätssicherungsinstanzen sowie das Verhältnis von interner zu externer Qualitätssicherung dar.



modifiziert aus: Klie/Lörcher, Freiburg 1995

IV Qualitätssicherungs- und Aufgabenverständnis der Medizinischen Dienste

Das SGB XI gibt der Qualität und Qualitätssicherung einen hohen Stellenwert .

Durch diese Ausgestaltung im Gesetz wird der internen Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen Priorität eingeräumt. Dieses Verständnis findet sich auch in den vereinbarten gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung.

In Ergänzung zur internen Qualitätssicherung sieht § 80 Abs. 2 SGB XI ein externes Qualitätsprüfungsverfahren vor. Ein Qualitätssicherungskonzept der Medizinischen Dienste hat diesen Grundansatz des Gesetzes aufzunehmen und in ein eigenes Qualitätssicherungsverständnis umzusetzen. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen die Medizinischen Dienste die interne Qualitätssicherung durch eine externe Qualitätssicherung ergänzen.

Entsprechend diesem Verständnis unterstützen die Qualitätssicherungsverfahren nach § 80 Abs. 2 SGB XI die internen Qualitätssicherungsmaßnahmen und initiieren die gegebenenfalls notwendigen Impulse zur Qualitätsverbesserung.

Die MDK sehen die durchzuführenden externen Qualitätssicherungsverfahren als Einheit von Prüfung, Empfehlung und Beratung. Im Rahmen der Prüfung sind der aktuelle Status der Einrichtung in bezug auf alle Dimensionen der Qualität, einschließlich der erzielten Ergebnisse sowie der Stand der Qualitätssicherung festzustellen. Darauf aufbauend sind ggf. Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung und zu notwendigen Maßnahmen zu entwickeln. Das Wirken der MDK orientiert sich dabei an einem modernen Qualitätssicherungsverständnis, nach dem Beratung/Consulting vor Kontrolle steht. Sanktionen sollten das letzte Mittel der Wahl sein.

Ein solches Verständnis der externen Qualitätssicherung setzt eine intensive Zusammenarbeit mit der Pflegeeinrichtung in allen Phasen des Prüfverfahrens voraus. Die MDK haben der Pflegeeinrichtung ihr Aufgabenverständnis und ihre Vorgehensweise transparent zu machen. Eine solche Transparenz des Verfahrens sichert auch die Objektivität der Ergebnisse. Auch ermöglicht sie die notwendige Offenheit der Diskussion zwischen Pflegeeinrichtung und MDK-Qualitätssicherungsteam.

Aus diesem Aufgabenverständnis ergeben sich Notwendigkeiten hinsichtlich der Fachkompetenz und der Ressourcen für die Aufgabenerfüllung. Es ist anzustreben, in den MDK Qualitätssicherungsteams zu bilden, die über die nötige Fachkompetenz und entsprechende Erfahrungen verfügen. Die Akzeptanz dieses neuen MDK-Angebotes wird vor allem von der Fachkompetenz der dort tätigen Mitarbeiter/innen und ihrer Vorgehensweise in diesem neuen Arbeitsfeld abhängen.

Den Ausgangspunkt für diese Vorgehensweise bilden jeweils der Stand der internen Qualitätssicherung und die bereits erzielten Ergebnisse. Dies bedeutet, daß die Prüfung sich nicht nur auf die Qualität der Pflege, der Versorgungsabläufe und der Pflegeergebnisse, sondern auch auf den Stand der internen Qualitätssicherung erstreckt. Die Qualitätsprüfung schließt jeweils die Erhebung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität ein. Nur im Zusammenwirken zwischen diesen Dimensionen der Qualität ist eine zutreffende Bewertung der Prüfergebnisse möglich. Im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens sind die Ergebnisse jeweils mit der Pflegeeinrichtung kritisch zu diskutieren. Die MDK erläutern der Pflegeeinrichtung in einem Abschlußgespräch das Ergebnis der Qualitätsprüfung und fördern den Dialog.

Aus dem dargestellten Qualitätsverständnis ergibt sich, daß die in diesem Konzept enthaltenen Erhebungsbögen Arbeits- und Organisationsmittel zur Aufgabenerfüllung darstellen, die jeweils der Situation und gegebenenfalls der besonderen Problemlage der Pflegeeinrichtung anzupassen sind. Dabei durchläuft das an der Qualitätssicherung beteiligte MDK-Qualitätssicherungsteam auch einen Lernprozeß, in dem es Erfahrungen aus den zu prüfenden Einrichtungen aufnimmt und diese wiederum in sein Beratungskonzept integriert. Insofern bedarf das MDK-Qualitätssicherungskonzept einer laufenden Fortschreibung.

Das Qualitätsverständnis sollte sich nicht ausschließlich auf die in § 80 Abs. 2 SGB XI vorgesehenen Qualitätsprüfungen im Sinne externer verpflichtender Qualitätssicherungsmaßnahmen beschränken, obwohl diese gerade zu Anfang eine gewisse Arbeitspriorität besitzen werden. Die MDK können ihre Bereitschaft zur Unterstützung und Begleitung interner Qualitätssicherungsmaßnahmen von Pflegeleistungen signalisieren, auch in diesem Tätigkeitsfeld werden die MDK im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen tätig.

Darüber hinaus kommt es darauf an, die Erfahrungen der MDK aus der Qualitätssicherung von Pflegeeinrichtungen auch in die Wahrnehmung anderer Aufgaben des Pflege-Versiche-

nungsgesetzes einfließen zu lassen. Dies gilt unter anderem für die Begutachtungstätigkeit der MDK, die Mitwirkung bei Struktur- und Versorgungsfragen und die Mitberatung in den gemeinsamen Gremien. Außerdem können die Erfahrungen aus der Qualitätssicherung auch für die Konzipierung und Weiterentwicklung der Pflegestatistik nach § 109 Abs. 2 genutzt werden. Durch diese Vernetzungen kann sich ein umfassendes Qualitätsverständnis der MDK entwickeln, wodurch ein Beitrag zur Verbesserung und Qualitätssicherung der gesamten Pflegeinfrastruktur geleistet wird.

V Umsetzung des Qualitätssicherungskonzeptes

Nach § 80 SGB XI in Verbindung mit den „Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI“ (nachfolgend „Grundsätze“) ist ein Auftrag zur Qualitätsprüfung über die Landesverbände der Pflegekassen einzuleiten, wenn eine Pflegekasse bei einem Pflegedienst eine Qualitätsprüfung für notwendig hält.

Anlaufstelle für die Landesebene der Pflegekassen ist die Hauptverwaltung des jeweiligen Medizinischen Dienstes (MDK). Innerhalb der Hauptverwaltung ist diejenige Stelle festzulegen, welche die Koordinierung aller mit der Qualitätsprüfung zusammenhängenden Aufgaben übernimmt. Das kann z. B. der/die Leitende Arzt/Ärztin, die Leitende Pflegefachkraft oder der/die Pflegereferent/in sein. Die Qualitätsprüfung kann von dieser Stelle unmittelbar durchgeführt oder auf andere entsprechend qualifizierte, zentral oder dezentral angesiedelte Mitarbeiter delegiert werden. Zu empfehlen ist die Bildung von Qualitätssicherungsteams, hierbei müssen Kriterien wie pflegfachliche Kompetenz, Führungskompetenz im pflegerischen Bereich ebenso Berücksichtigung finden wie Kenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung (Anlage 1). Die Durchführung der Qualitätsprüfung sollte hauptsächlich durch Pflegefachkräfte vorgenommen werden, die entsprechend des Qualitätssicherungskonzeptes zu qualifizieren sind (Anlage 2).

Auslöser für einen Prüfungsauftrag wird - von den in § 80 SGB XI ebenfalls vorgesehenen Stichprobenprüfungen und vergleichenden Prüfungen abgesehen - häufig ein konkreter Anlaß sein, der sich aus der Begründung zum Prüfauftrag ergibt. Soweit erforderlich, sind weitere Unterlagen und Informationen zu beschaffen. Dazu gehören z. B. der abgeschlossene Versorgungsvertrag, das Leistungsangebot des Pflegedienstes, die Leistungsnachweise aus der Pflegedokumentation, der Strukturhebungsbogen. Wird die Prüfung von einer zentralen Stelle im MDK durchgeführt, sind Besonderheiten und Erfahrungen der örtlich zuständigen MDK-Beratungsstelle in die vorbereitenden Feststellungen einzubeziehen. Ferner sollten - nach Abstimmung mit der auftraggebenden Landesebene der Pflegekassen - Auskünfte bei den örtlichen Geschäftsstellen der Pflegekassen eingeholt werden. Schließlich kommen für die Vorbereitungsphase auch Kontakte zur Heimaufsicht sowie zum örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger in Frage, soweit sie nicht gleichzeitig Träger der zu prüfenden Einrichtung sind. Ggf. ist ein gemeinsam mit der Heimaufsicht durchzuführender Qualitätssicherungsseinsatz abzustimmen.

Die Art und Weise der Information der Pflegeeinrichtung erfolgt in Abstimmung mit den zuständigen Pflegekassen.

Nach diesen Vorbereitungen legen die Landesverbände der Pflegekassen und der MDK Gegenstand, Umfang und Zeitpunkt der Prüfung fest. Bei Prüfungsaufträgen, denen ein schwerwiegender Anlaß zugrundeliegt, kann im Einzelfall unverzüglich ein Qualitätssicherungseinsatz durch den MDK erforderlich sein.

Die mit der Prüfung beauftragten MDK-Mitarbeiter/innen besuchen zum angegebenen Zeit-

punkt die Einrichtung. Diese muß dem MDK innerhalb der Geschäftszeiten Zugang gewähren und dem Prüfer auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorlegen und Auskünfte erteilen (Ziff. 5.3 und 5.4 der „Grundsätze“). Für die Prüfung der Einrichtung wird der Erhebungsbogen nach Anlage 3 a verwendet. Nach den Angaben im Prüfauftrag und den bei der Prüfung in der Einrichtung gewonnenen Erkenntnissen wird festgelegt, bei welchen Versicherten im Sinne der Ergebnisqualität die tatsächliche Pflegesituation festgestellt werden soll.

Der Besuch ist den Versicherten und der Einrichtung rechtzeitig anzukündigen. Die Information der Versicherten erfolgt in Abstimmung mit den zuständigen Pflegekassen. Das an die Versicherten gerichtete Ankündigungsschreiben sollte neutral abgefaßt werden, indem darauf hingewiesen wird, daß im Auftrag der Pflegekassen festgestellt werden soll, ob die Pflege vertragsgerecht erfolgt. Für den Besuch ist der Erhebungsbogen nach Anlage 3 b zu verwenden.

Elementarer Bestandteil der Prüfung ist die Durchsicht der Pflegedokumentationsunterlagen.

Vor Abschluß der Prüfung ist grundsätzlich ein Abschlußgespräch zu führen, an dem der Träger der Pflegeeinrichtung, ggf. der Verband, dem der Träger der Einrichtung angehört, die Landesverbände der Pflegekassen und der prüfende MDK teilnehmen.

Für die Auswertung der bei der Prüfung der Einrichtung und bei den Besuchen der Versicherten gewonnenen Erkenntnisse sind die zu den Erhebungsbögen erarbeiteten Prüfanleitungen (Anlage 4 a und 4 b) zu verwenden. Der Bericht über die Prüfung enthält den Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung und zeigt ggf. notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten auf. Bei der Erstellung des Berichtes ist nach der Arbeitshilfe für den Prüfbericht (Anlage 5) vorzugehen.

Die auftraggebenden Landesverbände der Pflegekassen erhalten den Prüfbericht der MDK. Bei Festlegung und Durchführung der Maßnahmen, die aus der Umsetzung des Berichtes resultieren, bieten die MDK den Pflegekassen die aktive Mitwirkung des Qualitätssicherungsteams an.

VI Literaturverzeichnis

Bücher:

Brunen/Herold (Hrsg.)
Ambulante Pflege
Hannover 1995

DBfK
Der ältere Mensch im Krankenhaus
Stufen der Pflegequalität
Eschborn 1996

DIN ISO 9004, Teil 2
Qualitätsmanagement und Elemente eines
Qualitätssicherungssystems
Leitfaden für Dienstleistungen
Berlin, 1992

Harris/Klie/Ramin
Heime zum Leben
Freiburg 1995

Juchli, L.
Praxis und Theorie der Gesundheits- und
Krankenpflege
Stuttgart 1994

KDA
Qualitätsgeleitetes Planen und Arbeiten in
der Altenhilfe, Forum 25
Köln 1994

KDA
Theoriegeleitetes Arbeiten in Ausbildung und
Praxis, Forum 24
Köln 1995

Klie/Lörcher
Qualitätssicherung in der ambulanten und
stationären Altenpflege
Freiburg, 1995

Lanz, Gerlinde
Sozialarbeit in der stationären Altenhilfe
Bd. III Manuskripte zur sozialen Gerontologie
und Altenpflege
Stuttgart 1993

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und So-
ziales NRW, Hrsg.
Patientenorientierungen und Arbeitszufrie-
denheit im Krankenhaus

Vollmer, Dr. Rudolf J.
Die neue Pflegeversicherung - SGB XI
Textausgabe mit systematisch zugeordneten
amtlichen Begründungen
Remagen, 1994

Broschüren:

Begutachtungsanleitung „Pflegebedürftigkeit
gemäß SGB XI“

Bundeskonzferenz zur Qualitätssicherung in
der Pflege
Memorandum zur Qualitätssicherung bei
Pflegebedürftigkeit
Hamburg, 1993

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und
Geriatric
Professionelle Pflege alter Menschen
FB IV Soziale Gerontologie und Altenarbeit ,
Freiburg, 1995

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.
Qualitätsmanagement in der Pflege Fachta-
gung Dezember 1994

Siebers H., Wander M.
Qualitätssicherung in der Pflege
DBfK, Eschborn, 1991

Zeitschriften:

Donabedian, Avedis
Exploration in Quality Assessment and Moni-
toring
in: Vol. I Health Administration Press 1980

Forum Sozialstation (1993)
Sonderausgabe 1/93, Seite 12

Bantle, U., Grauvogl, S.
„Gefährlich, angemessen oder optimal“
in: Pflege aktuell 9/95

Joosten, Marly
„Von der Lücke zur Brücke“
in: Pflege aktuell 10/95

Düsseldorf, 1994

|

VII Anlagen

Anlage 1 Definition von Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätssicherungsverfahren

Anlage 2 Qualifizierungskonzept für Prüfer

Anlage 3 Erhebungsbögen

- a. Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung in der Pflegeeinrichtung
- b. Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung beim Versicherten

Anlage 4 Prüfanleitungen

- a. Prüfanleitung zum Erhebungsbogen in der Pflegeeinrichtung
- b. Prüfanleitung zum Erhebungsbogen beim Versicherten

Anlage 5 Arbeitshilfe für den Prüfbericht

Anlage 6 Rahmenvereinbarungen nach SGB XI

- a. Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der **ambulant**en Pflege
- b. Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der **teilstationären** Pflege
- c. Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der **Kurzzeitpflege**
- d. Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der **vollstationären** Pflege

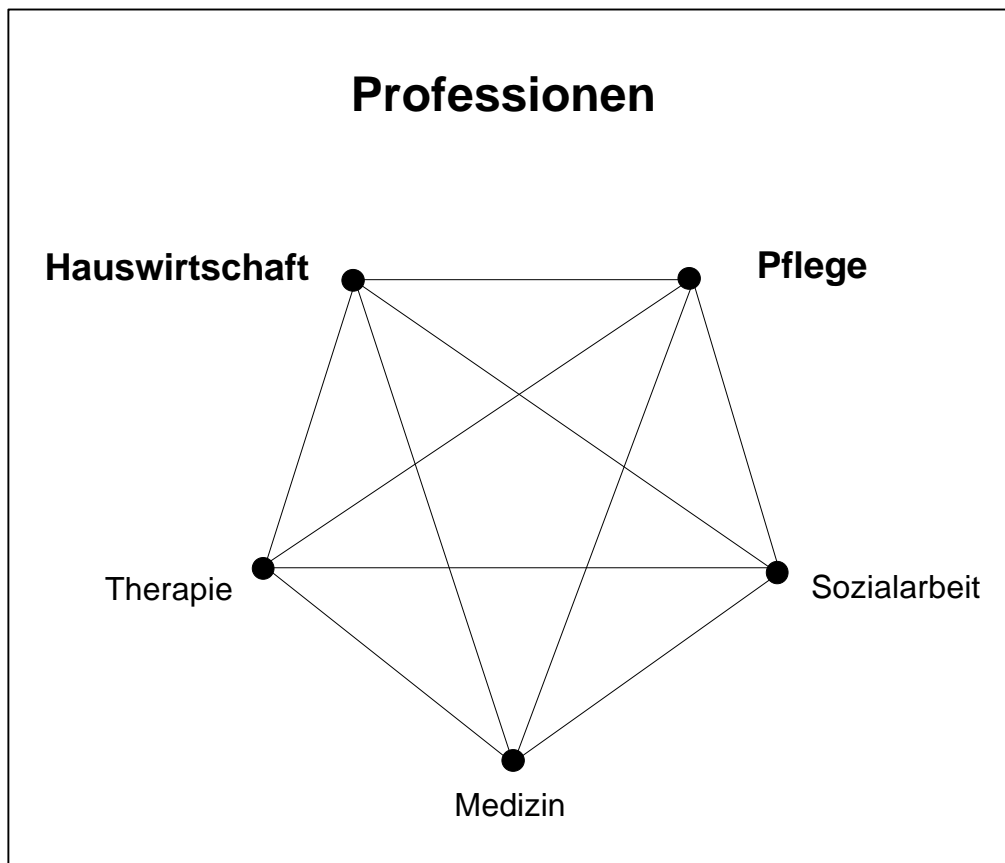
Anlage 1

Definition von Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätssicherungsverfahren

Zur Definition von **Qualität** eignet sich die Formulierung der DIN ISO 9000 ff., nach der Qualität als die Gesamtheit der Eigenschaften und Merkmale einer Dienstleistung beschrieben wird, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse bezieht. Der Begriff der Pflegequalität bezeichnet die Art, die Beschaffenheit, den Umfang oder die Eigenschaft der erbrachten Pflegeleistung. Sie kann in Form von Standards definiert werden. Das SGB XI folgt der Unterscheidung der Pflegequalität in die Dimension der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität.

Die **Strukturqualität** stellt auf die Rahmenbedingungen des Leistungserbringungsprozesses ab. Hierunter ist insbesondere die organisatorische, personelle und sachliche Ausstattung des Pflegedienstes zu subsumieren. Strukturqualität wird geprägt u. a. durch Organisationsziele, Anzahl, Qualifikation und Kompetenz des Personals sowie Aufbau- und Ablauforganisation. Strukturstandards beziehen sich auf die räumliche, ökologische und technische Ausstattung einer Einrichtung sowie auf ihre Organisationsstruktur.

Die nachfolgende Übersicht stellt die unterschiedlichen Professionen, die bei der Erbringung von Pflegeleistungen von Bedeutung sein können, dar. Die Vernetzung von Leistungen in diesem Zusammenhang wird im Prüfverfahren gem. § 80 Abs. 2 SGB XI nicht differenziert bewertet.



Für die Ablauforganisation sind Handlungsmodelle, Arbeitsabläufe, Einsatzpläne und generelle Maßnahmenpläne standardisierbar. Einen besonderen Stellenwert haben personelle Standards, die sich in Form von Qualifikation und der notwendigen Fort- und Weiterbildung und ihrer Richtlinien beschreiben lassen.

Prozeßqualität bezieht sich auf die pflegerische Handlung an sich und orientiert sich an Art und Umfang der Interventionen. Diese werden durch ein pflegetheoretisches Modell geleitet, z. B. durch das Modell der ganzheitlich-fördernden Prozeßpflege mit den ATLS.

Die durch die individuelle Pflegeplanung festgelegten Pflegehandlungen basieren auf gültigen und überprüfbaren Handlungsnormen bzw. auf den Erkenntnissen der Pflegewissenschaft.

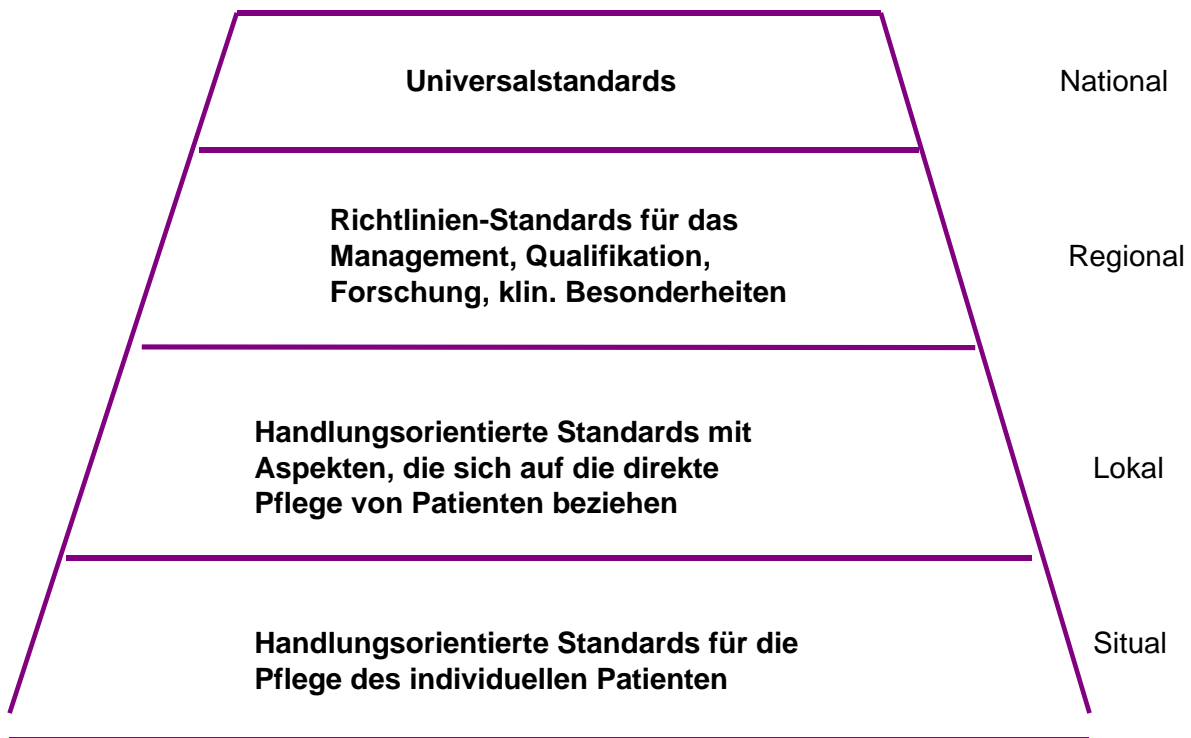
Die Beherrschung des pflegerischen Handwerks und die Gestaltung der Pflegesituation bestimmen die Qualität der Pflegedurchführung. Diese Aspekte werden durch Pflegestandards, d. h. Handlungsrichtlinien für den Bereich der direkten Pflege beschrieben. Auf dieser Grundlage wird die Dokumentation des Pflegeprozesses wichtig, die einerseits die Handlungen legitimiert und andererseits eine Reflexion ermöglicht.

Ergebnisqualität beschreibt den Gesundheits- und Zufriedenheitsgrad des betroffenen Menschen und das Erreichen der gesteckten Pflegeziele.

Sie befaßt sich mit der Prüfung und Bewertung des Pflegeprozesses vor allem unter dem Gesichtspunkt der Effektivität und Effizienz. Zunächst ist dabei die Effektivität der Pflegemaßnahmen mit Hilfe von Erfolgskriterien im Hinblick auf die Pflegeziele zu messen. Daneben steht die Überprüfung der Effizienz, die die Wirtschaftlichkeit immer in Relation zum erreichten Pflegeziel setzt, d. h. es ist zu beachten, ob die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit eingehalten sind.

Die Gesamtqualität umfaßt Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität, die miteinander im Zusammenhang stehen. Die gemeinsame Betrachtung der Ebenen ist daher erforderlich.

Für die Qualitätsdimensionen und Perspektiven müssen Standards formuliert werden. Standards werden definiert als allgemeine Aussagen über das akzeptierbare Niveau der Pflegeleistungen, deren meßbare Elemente Kriterien genannt werden. Hinsichtlich der Standards wird je nach Konkretisierung derselben unterschieden zwischen **Universalstandards, Richtlinienstandards, allgemeinen und speziellen Handlungsstandards**. Auf die Pflege bezogen werden unter Universalstandards die ethischen Richtlinien für die Pflege, unter Richtlinienstandards gesetzlich vorgegebene Rahmenbedingungen und unter allgemeinen Handlungsstandards Standards für typische Pflegesituationen subsumiert. Als spezielle Standards gelten in der individuellen Pflegeprozeßplanung festgelegte Aussagen zur gebotenen bzw. ausgehandelten Pflege.



nach: Scottish Home und Health Department: Quality assurance in nursing; report of a Working Group of National Nursing und Midwifery Consultative Committee HMSO Edinburgh 1988

Es gilt zwischen der internen und externen Qualitätssicherung zu unterscheiden.

Bei der **internen Qualitätssicherung** kann es sich um folgende Maßnahmen handeln:

- die Einrichtung von Qualitätszirkeln
- die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten
- die Mitwirkung an Qualitätskonferenzen
- die Mitwirkung an Assessmentrunden
- die Entwicklung und Weiterentwicklung von Pflegestandards.

Bei der **externen Qualitätssicherung** handelt es sich um unterschiedliche Formen von Beratung und Außenkontrolle, sei dies im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Prüfung.

Verfahren und Methoden zur Qualitätssicherung unterscheiden sich in zentrale und dezentrale Methoden.

Zentrale Methoden zeichnen sich in der Regel durch ein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium aus, das die Art und Weise der Durchführung von Pflege anhand von Standards und Kriterien vorgibt.

Dezentrale Methoden der Qualitätssicherung sehen die Anpassung und Umsetzung von Standards und Kriterien pflegerischer Arbeit und ihrer Kontrolle vor Ort durch die beruflichen Akteure selbst vor.

Anlage 2

Qualifizierungskonzept für Prüfer *(wird dynamisch weitergeführt)*

Organisation

zweiteilige Seminarreihe

Seminar 1 3 Tage

Seminar 2 4 Tage

Zielsetzung

Das Seminar soll informieren und Kenntnisse vermitteln über die Grundlagen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen im allgemeinen und im besonderen über die vorgesehenen Regelungen im SGB XI, § 80 sowie zu den „Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zu Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflege“.

Die Teilnehmer/innen werden mit den Begriffen und Instrumenten der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung vertraut gemacht. Anhand von Beispielen und Fallstudien werden Möglichkeiten der Prüfung aufgezeigt.

Inhalte

1. Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen - insbesondere nach SGB XI
2. Notwendigkeiten der Qualitätssicherung in der Pflege
3. Qualitätsstrategien für die Pflege in Theorie und Praxis
Einführung in das Qualitätsmanagement, u. a. Total Quality Management
 - Historische Entwicklung der Qualitätssicherung u. a. nach Donabedian (Struktur-, Prozeß-, Ergebnisqualität)
 - Ansätze, Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätssicherung
 - Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit
 - Begriffe, Methoden, Verfahren der Qualitätssicherung
 - a) interne / externe Qualitätssicherung
 - b) zentrale / dezentrale Qualitätssicherung
 - Beurteilung der Wirksamkeit qualitätssichernder Programme
4. Entwicklung und Stellenwert pflegerischer Qualitäts- und Leistungsstandards
5. Anwendung von Prüfungsinstrumenten

Anlage 3 a

Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung in der Pflegeeinrichtung

1. Allgemeine Angaben zu der Einrichtung

1.1 Prüfungsanlaß nach § 80 SGB XI

Versicherten- und/oder Angehörigenbeschwerden

Anzeige von Mitarbeitern

Hinweise von anderen Institutionen

Prüfung im Zusammenhang mit Wirtschaftlichkeit

Sonstiges:
.....
.....

1.2 Auftraggeber

.....
.....

1.3 Name und Träger der Einrichtung

.....
.....

1.4 Art der Einrichtung

ambulant

teilstationär

Kurzzeitpflege

vollstationär

1.5 Seit wann besteht die Einrichtung ?

Seit

1.6 Zahl der versorgten Versicherten nach SGB XI am Prüfungstag

Stufe I	Stufe II	Stufe III	davon Härtefälle	
:	:	:	:	
:	:	:	:	
:	:	:	:	
:	:	:	:	
				ambulant
				teilstationär
				Kurzzeitpflege
				vollstationär

1.7 Zahl der vorgehaltenen / belegten Betten?

..... / Betten

1.8 Liegt ein pflegfachlicher Schwerpunkt vor? Wenn ja, welcher?

ja, welcher?

nein

1.9 Sind die räumlichen Voraussetzungen von der Heimaufsicht geprüft?

ja

nein

1.10 Besteht mit der Einrichtung ein Versorgungsvertrag? Wenn nicht, gibt es eine Sondervereinbarung?

ja, seit

nein

.....

1.11 Liegt der Versorgungsvertrag zur Einsicht vor?

ja

nein

1.12 Weicht die Ist-Situation vom Versorgungsvertrag ab?

ja:

.....

.....

nein

2. Pflege

2.1 Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein definiertes Pflegeleitbild?

ja:

.....

.....

.....

nein

2.2 Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein definiertes Pflegemodell?

ja: Nach welchem definierten Pflegemodell arbeitet die Einrichtung?

.....

.....

.....

.....

nein

2.3 Verfügt die Pflegeeinrichtung im Sinne der Qualitätssicherung über ein Pflegekonzept?

ja

nein

2.4 Auf welchem Pflegesystem (Funktions-/Bezugspflege) basiert die pflegerische Arbeitsorganisation?

.....

.....

.....

.....

2.5 In welcher Form wird die Durchführung der medizinischen Behandlungspflege geregelt und gesichert? (nicht ambulant)

.....

.....

.....

.....

2.6 Wird die medizinische Behandlungspflege von qualifizierten Pflegefachkräften ausgeführt? (nicht ambulant)

ja

nein

2.7 In welcher Form wird die soziale Betreuung geleistet?

.....
.....
.....
.....

2.8 In welcher Form wird die Mitwirkung am Heimgeschehen gefördert?

.....
.....
.....
.....

3. Pflegeorganisation

3.1 Welche Ausbildung hat die verantwortliche Pflegefachkraft?

Ausbildung als
seit

Mindestens 2 Jahre berufliche Praxis

Leitungsbezogene Weiterbildung

Leitungsbezogene Ausbildung an einer Fachhochschule / Universität

Übergangsregelung? Welche ?

3.2 Welche fachlichen Qualifikationen „geeigneter Kräfte“ liegen vor (Anzahl)?

Vollzeit
: Teilzeit
: : Geringfügig Beschäftigte
: : :
: : :

Krankenschwestern/Krankenpfleger

Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger

staatlich anerkannte Altenpfleger(innen)

staatlich anerkannte Familienpfleger(innen)

Krankenpflegehelfer(innen)

staatlich anerkannte Altenpflegehelfer(innen)

Haus- und Familienpflegehelfer(innen)

Hauswirtschafter(innen)

Fachhauswirtschafter(innen)

Dorfhelfer(innen)

Familienbetreuer(innen)

im Bereich der Behindertenhilfe staatlich anerkannte Heilerziehungspfleger(innen), Heilerzieher(innen)

3.3 Wie hoch ist der Anteil "angelernter Hilfskräfte" (Anzahl) ?

Vollzeit
: Teilzeit
: : Geringfügig Beschäftigte
: : :

3.4 Gibt es organisierte Fortbildungen ?

Welche Fortbildungen werden durchgeführt?
.....
.....
Werden die Fortbildungsmaßnahmen von den Beschäftigten angenommen?
.....
Welche Mitarbeiter werden in die Fortbildung einbezogen?
.....
Durchschnittliche Anzahl von Fortbildungen pro Mitarbeiter pro Jahr?

Qualitätsmanagement

3.5 Welche Maßnahmen der Ablauf- und Arbeitsorganisation im Sinne des Qualitätsmanagements werden ausgewiesen?

.....
.....
.....
.....
.....

.....

3.6 Bei wem liegt die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des Qualitätsmanagements?

Träger der Einrichtung
Verantwortliche Pflegefachkraft der Einrichtung
Qualitätsbeauftragte/r
Andere:

3.7 Sind innerbetriebliche Maßnahmen der Qualitätssicherung ausgewiesen?

ja, welche
.....
.....
nein

3.8 Erfolgt eine kontinuierliche Aktualisierung der Pflegestandards?

ja
nein

3.9 Ist die Beteiligung an externen Qualitätssicherungsverfahren ausgewiesen?

ja, welche
.....
.....
nein

Arbeitsorganisation

3.10 Liegt ein Stellenplan vor?

ja
nein

3.11 Sind die vorhandenen Stellen besetzt?

ja
nein, warum
.....
.....

3.12 Liegen angemessene Stellenbeschreibungen vor?

ja
nein

3.13 Liegt ein Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter vor ?

ja:
.....
.....
.....
nein

3.14 Liegt in der Pflegeeinrichtung eine Namensliste der Mitarbeiter mit ausgewiesenen Handzeichen vor?

ja
nein

3.15 Über welche Arbeitshilfen verfügt die Pflegeeinrichtung?

.....
.....
.....
.....

3.16 Gibt es eine/n Hygienebeauftragte/n? (vollstationär)

ja
nein

3.17 In welcher Form werden Beratungsfunktionen wahrgenommen?

.....
.....
.....
.....
.....

3.18 Liegen Dienstpläne vor?

ja:
.....
.....
nein

3.19 Liegen Einsatzpläne vor?

ja:

nein

3.20 In welcher Form wird die Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes rund-um-die-Uhr und an Sonn- und Feiertagen sichergestellt? (ambulant)

.....
.....
.....
.....

3.21 Ist die Überleitung auch kurzfristig durch Bereitschaftsorganisation sichergestellt?

ja

nein

3.22 Sind die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung durch regelmäßige Schulungen mit den 1.-Hilfe-Maßnahmen vertraut?

ja

nein

4. Pflegedokumentation

4.1 Liegt eine standardisierte Pflegedokumentation vor?

ja

nein

4.2 Umfaßt das angewandte Pflegedokumentationssystem

a. einen Erhebungsbogen zum Erstbesuch?

ja

nein

b. einen Planungsteil

ja

nein

**c. einen Verordnungsbogen zur medizinischen Behandlungspflege?
(nicht ambulant)**

ja

nein

d. einen Berichtsteil?

ja

nein

4.3 Wird nach Pflegestandards gearbeitet?

ja:

nein

4.4 Findet eine Pflegeüberleitung zu regional vorhandenen pflegerischen Infrastrukturen statt?

ja:

.....

nein

5. Kooperation/Koordination

5.1 Gibt es in der Einrichtung einen Fahrdienst? (teilstationär)

ja

nein

5.2 Bestehen Kooperationsvereinbarungen?

ja, welche

nein

Anlage 3 b

Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung beim Versicherten

1. Allgemeine Angaben

1.1 Angaben zum Versicherten

Name des Versicherten:
Geburtsdatum:
Anschrift:
Pflegekasse:
Pflegeinstitution:
Datum/Uhrzeit:

1.2 Begutachtungsanlaß

konkreter Anlaß:
.....
Zufallsauswahl:
.....

1.3 Vorhandene Unterlagen

.....
.....
.....

1.4 Anwesende Personen

Gutachter
.....
.....
Mitarbeiter der Pflegeinstitution
.....
.....
Funktion des Mitarbeiters
.....
.....
Qualifikation des Mitarbeiters
.....
.....
Sonstige Personen und deren Stellung zum Versicherten
.....
.....

1.5 Gegenwärtige Pflegestufe, bei stationärer Pflege auch Pflegeklasse

.....
.....

1.6 Leistungskomplexe (ambulant)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

1.7 Besteht ein Pflegevertrag ?

ja:

nein

2. Pflege

Nach Angaben des Versicherten/der Angehörigen

2.1 Wurden die vereinbarten Leistungen durchgeführt?

ja
nein, aus folgendem Grund:

Auskunftgebender:

2.2 Ist der Versicherte mit den Leistungen zufrieden?

ja
nein, aus folgendem Grund:

.....
2.3 Wird der zu Pflegende mit in den Pflegeprozeß einbezogen?

ja, in welcher Form

.....
.....
.....

nein, warum nicht

.....
.....
.....

2.4 Ein Erstbesuch zur Heimaufnahme wurde durchgeführt.

in der eigenen Wohnung

im Krankenhaus

sonstiges / wo?

nicht

2.5 Werden die Angehörigen mit in den Pflegeprozeß einbezogen?

ja, in welcher Form

.....
.....
.....

nein, warum nicht

.....
.....
.....

Gutachterliche Feststellung zur Pflegesituation

2.6 Entsprechen die geplanten und durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Körperpflege im Ergebnis nach § 75 Abs. 2 SGB XI dem Inhalt der Pflegeleistungen Abschnitt I, §1?

a.) ambulant

ja

nein, warum

.....
.....
.....

b.) teilstationär

ja

nein, warum

.....
.....
.....

c.) Kurzzeitpflege

ja

nein, warum

.....
.....
.....

d.) vollstationär

ja

nein, warum

.....
.....
.....

2.7 Entsprechen die geplanten und durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Ernährung im Ergebnis nach § 75 Abs. 2 SGB XI dem Inhalt der Pflegeleistungen Abschnitt I, § 1?

a.) ambulant

ja

nein, warum

.....
.....
.....

b.) teilstationär

ja

nein, warum

.....
.....
.....

c.) Kurzzeitpflege

ja

nein, warum

.....
.....
.....

d.) vollstationär

ja

nein, warum

.....
.....
.....

2.8 Entsprechen die geplanten und durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Mobilität im Ergebnis nach § 75 Abs. 2 SGB XI dem Inhalt der Pflegeleistungen Abschnitt I, § 1?

a.) ambulant

ja

nein, warum

.....
.....
.....

b.) teilstationär

ja

nein, warum

.....
.....
.....

c.) Kurzzeitpflege

ja

nein, warum

.....
.....
.....

d.) vollstationär

ja

nein, warum

.....
.....
.....

2.9 Entsprechen die geplanten und durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit Aufwendungen der sozialen Betreuung im Ergebnis nach § 75 Abs. 2 SGB XI dem Inhalt der Pflegeleistungen Abschnitt I, § 1?

a.) teilstationär

ja

nein, warum

.....
.....
.....

b.) Kurzzeitpflege

ja

nein, warum

.....
.....
.....

c.) vollstationär

ja

nein, warum

.....
.....
.....

2.10 Entsprechen die geplanten und durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege im Ergebnis nach § 75 Abs. 2 SGB XI dem Inhalt der Pflegeleistungen Abschnitt I, § 1?

a.) teilstationär

ja

nein, warum

.....
.....
.....
.....

b.) Kurzzeitpflege

ja

nein, warum

.....
.....
.....
.....

c.) vollstationär

ja

nein, warum

.....
.....
.....
.....

2.11 Entsprechen die geplanten und durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung im Ergebnis nach § 75 Abs. 2 SGB XI dem Inhalt der Pflegeleistungen Abschnitt I, § 1?

a.) ambulant

ja

nein, warum

.....
.....
.....
.....

b.) teilstationär

ja

nein, warum

.....
.....
.....

c.) Kurzzeitpflege

ja

nein, warum

.....
.....
.....

d.) vollstationär

ja

nein, warum

.....
.....
.....

2.12 Ist ein Pflegebericht (Verlaufskontrolle und Beurteilung der gegebenen Pflege) erstellt?

ja

nein, warum

.....
.....
.....

2.13 Haben die Ergebnisse des Pflegeberichtes zur Aktualisierung der Pflegeplanung geführt?

ja

nein, warum

.....
.....
.....

3. Pflegedokumentation

3.1 Erstbesuch/Heimaufnahme

a. Wurde ein Erstbesuch durchgeführt? (ambulant)

ja
nein

b. Wer hat den Erstbesuch durchgeführt?(ambulant)

.....
.....

c. Enthält der Erhebungsbogen Informationen zum Erstbesuch für die Heimaufnahme?

ja
nein

3.2 Name(n) und Qualifikation(en) des/der für die laufende Pflege konkret eingesetzten Mitarbeiter(innen) aus der Pflegeeinrichtung?

Name:

Qualifikation:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.3 Liegt ein Pflegedokumentationssystem vor und umfaßt dieses die Grundlagen des Pflegeprozesses (Stammblatt, Anamnesebogen, Pflegeplanung mit Zielen und Maßnahmen, Zielkontrolle, Maßnahmenanpassung, Pflegebericht)?

ja
nein, aus folgendem Grund:

.....
.....
.....

3.4 Sind ärztliche Verordnungen aus der Dokumentation ersichtlich?

ja
nein

3.5 Enthält die Dokumentation Angaben zur ärztlichen Versorgung/sonstigen therapeutischen Versorgung?

- nein
- ärztl. Versorgung
- sonst. therapeutische Versorgung

3.6 Liegt eine Pflegeanamnese vor?

- ja
- nein

3.7 Umfaßt die Pflegeanamnese neben den Problemen/Defiziten auch die Ressourcen/Fähigkeiten der/des Versicherten?

- ja
- nein

3.8 Fanden die Empfehlungen des vorliegenden MDK-Gutachtens Eingang in die Pflegeprozeßplanung?

- ja
- nein, warum nicht
-
-
-
-

3.9 Läßt die Pflegeanamnese eine pflegerische Einbindung von Angehörigen (Pflegepersonen) erkennen?

- ja, wie
-
-
-
-
- nein

3.10 Sind Pflegediagnosen in der Pflegedokumentation ausgewiesen bzw. formuliert und stimmen diese überein mit den Angaben in der Pflegeanamnese?

- ja
- nein

3.11 Sind Pflegeziele auf der Grundlage der Pflegeanamnese formuliert ?

- ja

nein

**3.12 Sind die angewandten Standards individuell auf die spezifische
Versichertensituation abgestimmt?**

ja
nein

**3.13 Stehen die Pflegeziele im Zusammenhang mit den geplanten Maß-
nahmen?**

ja
nein

**3.14 Stehen die durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit den ge-
planten Maßnahmen ?**

ja
nein, warum nicht
.....
.....
.....
.....

**3.15 Sind die durchgeführten Pflegemaßnahmen dokumentiert, gegen-
gezeichnet und nachvollziehbar?**

ja
nein

**3.16 Entsprechen die geplanten, durchgeführten und dokumentierten Maß-
nahmen dem anerkannten Stand der Pflege?**

ja
nein, warum:
.....
.....
.....
.....

4. Sonstiges

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

Datum und Unterschriften:

Anlage 4 a

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen in der Pflegeeinrichtung

Die folgenden Hinweise beziehen sich auf den Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung in der Pflegeeinrichtung.

Zuordnungsschema:

1. Allgemeine Angaben

2. Pflege

3. Pflegeorganisation

4. Pflegedokumentation

5. Koordination / Kooperation

Arbeitsablauf:

- Zum Erhebungsbogen Wertigkeit feststellen
- Wertigkeit anhand der Textvorgabe charakterisieren
- Wertigkeit im Prüfbericht aufführen

Zu einzelnen Fragen des Erhebungsbogens folgen in der Auswertungsanleitung Erläuterungen, Hinweise und Definitionen.

Nach jedem Zuordnungs- und Aufgabenbereich (nicht bei Allgemeinen Angaben) folgen **Bewertungskriterien**, die sich in **angemessene** und **unangemessene Pflege** gliedern.

1. Allgemeine Angaben

1.1 Prüfungsanlaß nach § 80 SGB XI

1.2 Auftraggeber

1.3 Name und Träger der Einrichtung

1.4 Art der Einrichtung?

1.5 Seit wann besteht die Einrichtung?

1.6 Zahl der versorgten Versicherten nach SGB XI am Prüfungstag?

1.7 Zahl der vorgehaltenen / belegten Betten?

1.8 Liegt ein pflegfachlicher Schwerpunkt vor? Wenn ja, welcher?

z. B. psychiatrische Pflege, onkologische Pflege, Pflege aidskranker Patienten, pädiatrische Pflege, Pflege von Patienten im Wachkoma

1.9 Sind die räumlichen Voraussetzungen von der Heimaufsicht geprüft?

siehe dazu § 75 und § 80 SGB XI vollstationär

1.10 Besteht mit der Einrichtung ein Versorgungsvertrag?

1.11 Liegt der Versorgungsvertrag zur Einsicht vor?

1.12 Weicht die Ist-Situation vom Versorgungsvertrag ab?

Die Abweichungen sind zu dokumentieren, Einsicht in den Strukturhebungsbogen

2. Pflege

2.1 Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein definiertes Pflegeleitbild?

Zu definieren als „die Vorstellung und das Selbstverständnis von Pflege entsprechend der Trägerideologie“ (Menschenbild des Pflegedienstes, Sichtweise der Bedürfnisse, christliches oder humanistisches Selbstverständnis)

2.2 Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein definiertes Pflegemodell?

Ein Pflegemodell trifft Aussagen zu den Elementen der Pflegestruktur (z. B. bedürfnisorientiertes Pflegemodell: ATL), zum Rahmen, in dem die Pflege stattfindet sowie zur Organisation von Pflege (Pflegeprozeß). Pflege umfaßt nach allgemein anerkannten Pflegemodellen auch präventive und rehabilitative Elemente.

2.3 Verfügt die Pflegeeinrichtung im Sinne der Qualitätssicherung über ein Pflegekonzept?

Ein Pflegekonzept beinhaltet Aussagen des Pflegedienstes zu Pflegezielen, Methoden und Inhalten, Organisationsform, Standards sowie ergänzende soziale und therapeutische Angebote.

2.4 Auf welchem Pflegesystem (Funktions-/Bezugspflege) basiert die pflegerische Arbeitsorganisation?

Funktionspflege: (basierend auf dem Modell der Arbeitsteilung) Die Organisation der Pflege erfolgt tätigkeitsorientiert, Trennung von Pflegeplanung und Pflegeausführung.

Bezugspflege: Patientenorientierte Arbeitsaufteilung nach Anzahl ganzheitlich zu betreuender Patienten. Die Kompetenzen von Pflegeplanung und Pflegeausführung liegen in einer Hand.

2.5 In welcher Form wird die Durchführung der medizinischen Behandlungspflege geregelt und gesichert? (nicht ambulant)

Eine Möglichkeit der Regelung ist eine klare schriftliche Vereinbarung zwischen Heimleitung und Pflegedienstleitung einerseits und den behandelnden Ärzten andererseits, die für alle verbindlich festlegt, welche Tätigkeiten von den Ärzten selber durchgeführt werden oder von diesen an die Pflegefachkräfte delegiert werden.

2.6 Wird die medizinische Behandlungspflege von qualifizierten Pflegefachkräften ausgeführt? (nicht ambulant)

Qualifizierte Pflegefachkräfte sind z. B. 3-jährig ausgebildetes Kranken- und Altenpflegepersonal. Die Pflegefachkräfte halten sich bei der Durchführung an die ärztlichen Anweisungen. Sie übernehmen nur solche Aufgaben, auf die sie fachlich vorbereitet sind, dokumentieren diese Maßnahmen und überwachen die Wirkung. Wo nötig, geben sie dem Arzt sofort Rückmeldung.

2.7 In welcher Form wird die soziale Betreuung geleistet?

z. B. Gruppenangebote, Angehörigengruppen, Orientierungstraining, alltagspraktische Tätigkeiten, Teilnahme am öffentlichen kulturellen Leben, Krisenintervention, Sterbebegleitung.

2.8 In welcher Form wird die Mitwirkung am Heimgeschehen gefördert?

Bestehen und Wirken des Heimbeirates (siehe hierzu „Heimmitwirkungsverordnung“)

Bewertungskriterien zur Pflege

Angemessene Pflege

Unternehmen verfügt über ein schriftliches Leitbild, das vom Management erstellt wurde, regelmäßig auf Gültigkeit überprüft und im Bedarfsfall geändert wird.

Das Leitbild ist allen Mitarbeitern bekannt. Auf der Basis des Leitbildes wurde ein pflege-theoretisch fundiertes schriftliches Pflegekonzept entwickelt; es wird vom multiprofessionel-len Team entwickelt und laufend den Erfordernissen angepaßt.

Das Konzept ist allen bekannt. Die erforderliche medizinische Behandlungspflege wird von den Pflegefachkräften präzise und mit fachlicher Kompetenz erbracht. Es besteht eine enge Kooperation mit den behandelnden Ärzten, die sich entsprechend in der Dokumentation widerspiegelt.

Die Bewohner/innen erfahren aktive Unterstützung, um am öffentlichen Leben teilnehmen zu können, Kontakte zu Angehörigen und Bezugspersonen werden gefördert. Angebote der Einrichtung tragen zu neuen Kontaktmöglichkeiten bei. Die Mitarbeiter ermutigen die Bewohner/innen zur Teilnahme und unterstützen sie. Aktivitäten werden gezielt angeboten, z. B. im Hinblick auf Training der geistigen Fähigkeiten, Förderung der Kommunikation, Förderung der Selbständigkeit. Beim Einzug in die Einrichtung werden die Bewohner/innen umfassend unterstützt.

Unangemessene Pflege

Unternehmen verfügt über kein schriftliches Leitbild. Ein Pflegekonzept wurde nicht schriftlich dokumentiert. Die Vermittlung an die Mitarbeiter ist nicht gewährleistet.

Das Pflegekonzept ist nicht pflegetheoretisch begründet. Es existiert keine klare Regelung über Art, Umfang und Ausführung ärztlicher Anweisung; Risiken werden oft unterschätzt, mögliche Folgen der übernommenen Tätigkeit nicht ausreichend bedacht. Minderqualifi-zierte Mitarbeiter werden mit der Durchführung von Behandlungspflege betraut.

Kontakte nach innen und außen werden kaum gefördert. Es gibt keine oder nur gelegent-liche Angebote innerhalb der Einrichtung, eine Motivation zur Teilnahme findet nicht statt. Die Bewohner/innen müssen sich in den Tagesablauf einordnen, der vom morgendlichen Aufstehen bis zur Nachtruhe vorgegeben ist und auf unterschiedliche Bedürfnisse der Be-wohner/innen keine Rücksicht nimmt.

3. Pflegeorganisation

3.1 Welche Ausbildung hat die verantwortliche Pflegefachkraft?

Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist neben dem Abschluß einer Ausbildung als Krankenschwester oder -pfleger, als Kinderkrankenschwester oder -pfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpflegerin oder -pfleger nach Landesrecht eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, können auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger sowie Heilerzieherinnen und -erzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt werden. Nach den „Qualitätspapieren“ muß darüber hinaus eine leistungsbezogene Weiterbildung von mindestens 460 Stunden oder der Abschluß einer Ausbildung im Pflegemanagement an der FH oder Universität nachgewiesen werden.

3.2 Welche fachlichen Qualifikationen „geeigneter Kräfte“ liegen vor (Anzahl)?

3.3 Wie hoch ist der Anteil „angelernter Hilfskräfte“ (Anzahl)?

Bei angelernten Hilfskräften handelt es sich um Personen, die unter der fachlichen Anleitung der Fachkraft tätig werden und nicht über eine anerkannte berufliche Qualifizierung in der Pflege verfügen.

3.4 Gibt es organisierte Fortbildungen?

Unter Fortbildung sind Maßnahmen zu verstehen, die dem Erhalt und der Aktualisierung des Fachwissens dienen. Die Teilnahme an Maßnahmen der Fortbildung dient zum einen der persönlichen beruflichen Qualifikation, zum anderen der Sicherstellung der betrieblich geforderten Qualifikation.

-----Qualitätsmanagement

3.5 Welche Maßnahmen der Ablauf- und Arbeitsorganisation i. S. des Qualitätsmanagements werden ausgewiesen?

Das Qualitätsmanagement umfaßt

- die Qualitätsplanung, d. h. es liegt ein Betriebs- bzw. Pflegekonzept vor.
- die Qualitätslenkung, d. h. den Qualitätsanforderungen wird über die Anwendung von Standards entsprochen.
- die Qualitätsprüfung, d.h. die erfolgte Dienstleistung wird mittels festgelegter Kriterien mit den Qualitätsanforderungen verglichen.
- die Qualitätssicherung, d. h. alle Maßnahmen zielen ab auf die Vermeidung von Fehlern und auf eine ständige Verbesserung der Standards.

3.6 Bei wem liegt die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben i. S. des Qualitätsmanagements?

Qualitätsmanagement erfordert die fachliche Kompetenz, die soziale Kompetenz sowie Methodenkompetenz für die mit dem Prozeß der Pflege und der Institution zusammenhängenden Bedingungen (z. B. Träger der Einrichtung, Verantwortliche Pflegefachkraft?, Qualitätsbeauftragter?)

3.7 Sind innerbetriebliche Maßnahmen der Qualitätssicherung ausgewiesen?

Fortbildungen i. S. von Veranstaltungen, Fachliteratur, Arbeitsgruppen zu spezifischen Fachthemen z. B. Standards, Pflegedokumentation, Qualitätszirkel und Supervision

3.8 Erfolgt eine kontinuierliche Aktualisierung der Pflegestandards?

3.9 Ist die Beteiligung an externen Qualitätssicherungsverfahren ausgewiesen?

Bei positiver Antwort sind z. B. die Zertifizierungsprogramme zu nennen!

-----Arbeitsorganisation

3.10 Liegt ein Stellenplan vor?

3.11 Sind die vorhandenen Stellen besetzt?

3.12 Liegen angemessene Stellenbeschreibungen vor?

Stellenbeschreibungen sollen Unterschiede hinsichtlich der beruflichen Qualifikation ausweisen. Sie können Bestandteil des Arbeitsvertrages sein und legen Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche fest. Sie sollten regelmäßig aktualisiert werden.

3.13 Liegt ein Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter vor?

Das Einarbeitungskonzept sollte ausweisen, ob der neue Mitarbeiter das Konzept kennt und danach systematisch, umfassend und zielorientiert in das zukünftige Aufgabengebiet eingearbeitet wird. Die vorgesehene Einarbeitungsdauer ist zeitlich festzulegen und die Durchführung der Einarbeitung zu dokumentieren. Das Einarbeitungskonzept bedarf einer ständigen Anpassung und Weiterentwicklung.

3.14 Liegt in der Pflegeeinrichtung eine Namensliste der Mitarbeiter mit ausgewiesenem Handzeichen vor?

3.15 Über welche Arbeitshilfen verfügt die Pflegeeinrichtung?

z. B. Badewannen-Sitz, Kathetersets, Pflegeeinmalartikel, Pflegeartikel zur Wiederverwendung, Rollstühle, Krankenbetten usw.

3.16 Gibt es eine/n Hygienebeauftragte/n? (vollstationär)

Dies sollte z. B. durch eine Stellenbeschreibung ausgewiesen sein.

3.17 In welcher Form werden Beratungsfunktionen wahrgenommen?

z. B. Prävention und Gesundheitsvorsorge, Pflegehilfs-/Hilfsmittel, Rehamöglichkeiten. Sozialberatung, z. B. bei persönlichen Angelegenheiten, Behördenkontakte. Regelmäßige Sprechstunden, fester Ansprechpartner. Informationsgespräche bei geplanter Heimaufnahme.

3.18 Liegen Dienstpläne vor?

Ein Dienstplan enthält Aussagen über die vorhandenen Qualifikationen der Mitarbeiter, ist für alle Mitarbeiter einsehbar, regelt die Organisation der Arbeitszeit i. S. von Voll- und Teilzeitbeschäftigung, Schichtdienst, Wochenenddienst, Bereitschaftsdienst, weist Über-

stunden - und Pausenregelungen aus. Die Mitarbeiter sind an der Dienstplangestaltung zu beteiligen.

3.19 Liegen Einsatzpläne vor?

Ein Einsatzplan enthält Aussagen, welcher Mitarbeiter mit welchen Qualifikationen für welche Leistungen zum Einsatz kommt, über die täglichen Einsätze der Mitarbeiter (Anzahl, Art, Tageszeit der Einsätze), über die Organisation, z. B. von Wegstrecken.

3.20 In welcher Form wird die Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes rund-um-die-Uhr und an Sonn- und Feiertagen sichergestellt?(ambulant)

z. B. Rufbereitschaft, Kooperationsvereinbarung, Anrufbeantworter u. a.

3.21 Ist die Überleitung auch kurzfristig durch Bereitschaftsorganisation sichergestellt?

3.22 Sind die Mitarbeiter einer Pflegeeinrichtung durch regelmäßige Schulungen mit den 1.- Hilfe-Maßnahmen vertraut?

Einsicht in die Dokumentation, stehen Notfallkoffer bereit? (stationär)

Bewertungskriterien zur Pflegeorganisation

Angemessene Pflege

Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt die Anforderungen für die Übernahme der Funktion gemäß § 71 SGB XI bzw. den „Qualitätsgrundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI“.

Sie ermittelt den Personalbedarf an Pflegefachkräften entsprechend den Zielrichtungen der Einrichtung und den strukturellen Gegebenheiten; sie überwacht und aktualisiert Stellenbeschreibungen und organisiert die Fort- und Weiterbildung.

Ein dokumentiertes Qualitätsmanagement wird durch entsprechend qualifiziertes Personal gewährleistet.

Die Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche sind klar gegliedert, die Dienst- und Fachaufsicht ist durch verantwortliche Pflegefachkräfte gewährleistet. Einsatzplanung und Dienstplangestaltung sind festgelegt und entsprechen den aktuellen Standards sowie den Bedürfnissen der Versicherten. Der Pflegedienst ist rund-um-die-Uhr erreichbar (Anrufbeantworter). Die **Pflegefachkraft ist zu den betriebsüblichen Zeiten erreichbar**, welche öffentlich bekannt sind. **Versicherte mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand** können eine Pflegefachkraft rund-um-die-Uhr erreichen (z. B. Schmerzpatienten, Bezugspersonen von Sterbenden, Beatmungspatienten). Auf Kontinuität/Beziehungspflege wird geachtet. Stationsinterne **Fallbesprechungen** finden regelmäßig statt. Die Mitarbeiter sind mit 1.-Hilfe-Maßnahmen vertraut.

Unangemessene Pflege

Die verantwortliche Pflegefachkraft verfügt nicht - oder nur teilweise - über die erforderliche Qualifikation. Eine geordnete Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter findet nicht statt.

Unternehmen geht davon aus, daß Management durch „learning by doing“ erworben wird und nebenbei erledigt werden kann (gezielte Qualitätssicherung findet nicht statt).

Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche sind nicht geklärt, die Mitarbeiter arbeiten vereinzelt, das Pflegeangebot ist ohne Kontrolle. Die Einsatz- und Dienstplanung erfolgt unsystematisch bzw. kurzfristig. Der Pflegedienst ist nur zu den Betriebszeiten erreichbar.

Kontinuität in den Pflegebeziehungen findet keine Berücksichtigung.
Jeglicher Informationsfluß ist unzureichend und ungeordnet.

4. Pflegedokumentation

4.1 Liegt eine standardisierte Pflegedokumentation vor?

4.2 Umfaßt das angewandte Pflegedokumentationssystem

- a. einen Erhebungsbogen zum Erstbesuch?
- b. einen Planungsteil?
- c. einen Verordnungsbogen zur medizinischen Behandlungspflege?
(nicht ambulant)
- d. einen Berichtsteil?

Der Erhebungsbogen zum Erstbesuch soll die Möglichkeit zur Erfassung der aktivierenden Pflege und der beim Pflegebedürftigen vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Einbeziehung in den Pflegeprozeß bieten und somit Grundlage für die fortlaufende Pflegeplanung sein. Dabei sind die angemessenen Wünsche des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen und die Leistungen, die die Angehörigen u. a. am Pflegeprozeß beteiligte Personen erbringen können, konkret zu dokumentieren. Der Erhebungsbogen enthält Hinweise zur Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln und/oder zur Anpassung des Wohnraums.

Der Planungsteil gibt eine Übersicht über den Zustand des/der Versicherten sowie über die bestehenden Pflegeprobleme und deren Lösung über Ziele und Maßnahmen.

Der Verordnungsbogen zur medizinischen Behandlungspflege enthält präzise schriftliche (nur im Notfall telefonische) Anweisungen, z. B. Name und Dosierung verordneter Medikamente. Die Durchführung und der Verlauf der Behandlungspflege muß in der Dokumentation nachvollziehbar sein.

Der Berichtsteil soll eine laufende Dokumentation über den Pflegeprozeßverlauf (ausgeführte Maßnahmen, Beobachtungen) gewährleisten. Die Eintragungen sind laufend zu machen und mit Handzeichen zu versehen.

4.3 Wird nach Pflegestandards gearbeitet?

Standards werden definiert als allgemeine Aussagen über das akzeptierbare Niveau.

Hinsichtlich der Standards wird unterschieden zwischen Universalstandards, Richtlinienstandards, allgemeinen und speziellen Handlungsstandards. Auf die Pflege bezogen werden unter Universalstandards die ethischen Richtlinien für die Pflege, unter Richtlinienstandards gesetzlich vorgegebene Rahmenbedingungen und unter allgemeinen Handlungsstandards Standards für typische Pflegesituationen subsumiert. Als spezielle Standards gelten in der individuellen Pflegeprozeßplanung festgelegte Aussagen zur gebotenen bzw. ausgehandelten Pflege.

4.4 Findet eine Pflegeüberleitung zu regional vorhandenen pflegerischen Infrastrukturen statt?

Dem Pflegedokumentationssystem sollte ein Pflegeüberleitbogen beiliegen. In welcher Form werden die erhobenen Daten weitergeleitet? Bestehen Absprachen zwischen regionalen Pflegeeinrichtungen, gibt es geregelte Bereitschaftsdienste?

Bewertungskriterien zur Pflegedokumentation

Angemessene Pflege

Die Pflegedokumentation erfolgt durch die Pflegekraft und ggf. Mitgliedern des therapeutischen Teams. Sie bezieht die Informationen von Patienten und Bezugspersonen mit ein. Sie bildet die wichtigen Informationen, die zur Pflege und Betreuung des Patienten notwendig sind, übersichtlich, vollständig, präzise, rationell, widerspruchsfrei und möglichst schnell zugänglich ab. Die Dokumentation ermöglicht die kontinuierliche und erfolgreiche Anwendung des Betreuungsprozesses.

Unangemessene Pflege

Die Dokumentation beschränkt sich auf den Leistungsnachweis und erfolgt undifferenziert, lückenhaft und sporadisch. Der Pflegeverlauf beim Versicherten (Veränderung/Reaktion) wird nicht berücksichtigt. Dokumentation (steht nur der Pflegekraft zur Verfügung); sie dient lediglich der rechtlichen Absicherung.

5. Kooperation/Koordination

5.1 Gibt es in der Einrichtung einen Fahrdienst? (teilstationär)

Beim Fahrdienst handelt es sich um den Transfer des Versicherten zwischen Wohnort und Einrichtung in Dienstfahrzeugen oder durch einen vertraglich festgelegten Fahr- oder Taxidienst.

5.2 Bestehen Kooperationsvereinbarungen?

5.3 Sind diese der Pflegekasse zur Kenntnis gebracht worden?

5.4 Sind Vernetzungen mit weiteren Institutionen aus der Pflegedokumentation ersichtlich?

z. B. behandelnder Arzt u. a. ambulante Dienste, z. B. Heilmittelerbringer, therapeutisches Team, Ergotherapie, Logopädie

Bewertungskriterien zu Kooperation/Koordination

Angemessene Pflege

Alle Berufsgruppen arbeiten innerhalb und außerhalb der Einrichtung durch Kooperation bzw. Vernetzung zielorientiert zusammen. Dies erfolgt klientenorientiert und aufeinander abgestimmt. Berufsprofile und rechtliche Grundlagen für Kooperation werden berücksichtigt; die Zuordnung wird regelmäßig auf Gültigkeit überprüft.

Unangemessene Pflege

Berufsgruppen kooperieren nicht, sind nicht klientenorientiert, Aufgabenzuteilung erfolgt ohne Berücksichtigung der beruflichen Kompetenz. Es bestehen keinerlei Vernetzungen zu weiteren Institutionen.

Anlage 4 b

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen beim Versicherten

Die folgenden Hinweise beziehen sich auf den Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung erbrachter Pflegeleistungen beim Versicherten.

Zuordnungsschema:

1. Allgemeine Angaben

2. Pflege

3. Pflegeorganisation

Arbeitsablauf:

- Zum Erhebungsbogen Wertigkeit feststellen
- Wertigkeit anhand der Textvorgabe charakterisieren
- Wertigkeit im Prüfbericht aufführen

Zu einzelnen Fragen des Erhebungsbogens folgen in der Auswertungsanleitung Erläuterungen, Hinweise und Definitionen.

Nach jedem Zuordnungs- und Aufgabenbereich (nicht bei Allgemeinen Angaben) folgen **Bewertungskriterien**, die sich in **angemessene** und **unangemessene Pflege** gliedern.

1. Allgemeine Angaben

1.1 Angaben zum Versicherten

1.2 Begutachtungsanlaß

Begutachtungsanlaß gem. Berichtswesenstatistik

1.3 Vorhandene Unterlagen

Zu den Unterlagen zählen z. B. Pflegevertrag, Vertragsdatum, Begutachtungszeitraum etc.

1.4 Anwesende Personen

zeugenschaftliche Aspekte, Interessenvertreter

1.5 Gegenwärtige Pflegestufe, bei stationärer Pflege auch Pflegeklasse

1.6 Leistungskomplexe (ambulant)

Die vom Versicherten in Anspruch genommenen Leistungskomplexe sollen nach Vereinbarung detailliert aufgelistet werden. Sofern die Vergütung zeitbezogen erfolgt, sind Zeitaufwände bzw. Leistungsinhalte im einzelnen festzuhalten.

1.7 Besteht ein Pflegevertrag?

Zusatzvereinbarungen aufführen, die über das Maß der von der Pflegekasse bewilligten Leistungen hinausgehen.

2. Pflege

----- Nach Angaben des Versicherten/der Angehörigen

2.1 Wurden die vereinbarten Leistungen durchgeführt?

2.2 Ist der Versicherte mit den Leistungen zufrieden?

z. B. Terminabsprache, etc.

2.3 Wird der zu Pflegende mit in den Pflegeprozeß einbezogen?

2.4 Ein Erstbesuch zur Heimaufnahme wurde durchgeführt.

Der Umzug in die Einrichtung wird mit dem zukünftigen Bewohner und seinen Angehörigen vorbereitet. Hierzu soll ein Besuch in der eigenen Häuslichkeit oder im Krankenhaus durchgeführt werden. Dabei sind u. a. der Hilfebedarf, die gewünschten bzw. notwendigen Versorgungsleistungen und die individuellen Gewohnheiten des zukünftigen Bewohners zu besprechen. Über die Mitnahme persönlicher Dinge wird der zukünftige Bewohner beraten.

2.5 Werden die Angehörigen mit in den Pflegeprozeß einbezogen?

-----Gutachterliche Feststellung zur Pflegesituation

2.6 Entsprechen die geplanten und durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Körperpflege im Ergebnis nach § 75 Abs. 2 SGB XI dem Inhalt der Pflegeleistungen Abschnitt I, § 1?

a.) Ambulante Pflege

Die körperliche Pflege orientiert sich an den persönlichen Gewohnheiten des Pflegebedürftigen. Die Intimsphäre ist zu schützen und der Zeitpunkt der Körperpflege ist mit dem Pflegebedürftigen und seinem sozialen Umfeld abzustimmen. Die Pflegekraft unterstützt den selbstverständlichen Umgang mit dem Thema „Ausscheiden/Ausscheidungen“. Die Hilfen bei den Verrichtungen dienen zugleich der Vorbeugung von Sekundärerkrankungen.

Die Körperpflege umfaßt im einzelnen:

- das Waschen, Duschen und Baden;
dies beinhaltet ggf. auch den Einsatz von Hilfsmitteln, den Transport zur Waschegelegenheit, das Schneiden von Fingernägeln, bei Bedarf Kontaktherstellung für die Fußpflege, das Haarewaschen und -trocknen, ggf. Kontaktherstellung zum/zur Friseur/in, Hautpflege
- die Zahnpflege;
diese umfaßt insbesondere das Zähneputzen, die Prothesenversorgung, die Mundhygiene,
- das Kämmen;
einschl. Herrichten der Tagesfrisur,
- das Rasieren;
einschl. der Gesichtspflege,
- Darm- oder Blasenentleerung;
einschl. der Pflege bei der Katheter- und Urinalversorgung sowie Pflege bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung, Teilwaschen einschl. der Hautpflege, ggf. Wechseln der Wäsche. Bei Ausscheidungsproblemen regt die Pflegekraft eine ärztliche

Abklärung an.

- b.) *Teilstationäre Pflege*
- c.) *Kurzzeitpflege*
- d.) *Vollstationäre Pflege*

2.7 Entsprechen die geplanten und durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Ernährung im Ergebnis nach § 75 Abs. 2 SGB XI dem Inhalt der Pflegeleistungen Abschnitt I, § 1?

a.) Ambulante Pflege

Im Rahmen der Planung von Mahlzeiten und der Hilfen bei der Nahrungszubereitung ist eine ausgewogene Ernährung anzustreben. Der Einsatz von speziellen Hilfsmitteln ist zu fördern und zu ihrem Gebrauch ist anzuleiten. Der Pflegebedürftige ist bei der Essens- und Getränkeauswahl, der Zubereitung und Darreichung sowie bei Problemen der Nahrungsaufnahme zu beraten. Bei Nahrungsverweigerung ist ein differenzierter Umgang mit den zugrunde liegenden Problemen erforderlich. Die Hilfen bei den Verrichtungen dienen zugleich der Vorbeugung von Sekundärerkrankungen.

Die Ernährung umfasst:

- das mundgerechte Zubereiten der Nahrung sowie die Unterstützung bei der Aufnahme der Nahrung; hierzu gehören alle Tätigkeiten, die der unmittelbaren Vorbereitung dienen und die die Aufnahme von fester und flüssiger Nahrung ermöglichen, z. B. portionsgerechte Vorgabe, Umgang mit Besteck,
- Hygienemaßnahmen wie z. B. Mundpflege, Händewaschen, Säubern/Wechseln der Kleidung.

- b.) *Teilstationäre Pflege*
- c.) *Kurzzeitpflege*
- d.) *Vollstationäre Pflege*

2.8 Entsprechen die geplanten und durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Mobilität im Ergebnis nach § 75 Abs. 2 SGB XI dem Inhalt der Pflegeleistungen Abschnitt I, § 1?

a.) Ambulante Pflege

Ziel der Mobilität ist u. a. die Förderung der Beweglichkeit in der häuslichen Umgebung. Dazu gehört auch die Förderung einer sicheren Umgebung durch eine regelmäßige Überprüfung des Wohnumfeldes in bezug auf erforderliche Veränderungen (z. B. Haltegriffe) und eine gezielte Beobachtung des Pflegebedürftigen in seiner Umgebung. Unter dem Sicherheitsaspekt ist ggf. eine Beratung über Vorkehrungen für Notfälle und ihren Einsatz (z. B. Notrufsystem, Schlüsseldepot) erforderlich. Die Anwendung angemessener Hilfsmittel erleichtert den Umgang mit Bewegungsdefiziten.

Beim Aufstehen und Zubettgehen sind Schlafgewohnheiten, Ruhebedürfnisse und evtl. Störungen angemessen zu berücksichtigen. Das gewohnte Bett ist entsprechend den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen solange wie möglich zu erhalten. Die Angehörigen sind auf fachgerechte und schlafstörungsarme Lagerung hinzuweisen. Die Hilfen bei den Verrichtungen dienen zugleich der Vorbeugung von Sekundärerkrankungen.

Die Mobilität umfasst:

- das Aufstehen und Zubettgehen sowie das Betten und Lagern;
das Aufstehen und Zubettgehen beinhaltet auch Hilfestellung beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken wie Prothesen. Das Betten umfaßt die Beurteilung für die sachgerechte Ausstattung des Bettes mit zusätzlichen Gegenständen und Lagerungshilfen. Lagern umfaßt alle Maßnahmen, die dem Pflegebedürftigen das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen innerhalb/außerhalb des Bettes ermöglichen, Sekundärerkrankungen wie Kontraktur vorbeugen und Selbständigkeit unterstützen,
- das Gehen, Stehen, Treppensteigen;
diese umfassen das Bewegen im Zusammenhang mit den Verrichtungen im Bereich der Körperpflege, der Ernährung und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Dazu gehört beispielsweise die Ermunterung und Hilfestellung bei bettlägerigen oder auf den Rollstuhl angewiesenen Pflegebedürftigen zum Aufstehen und sich zu bewegen,
- das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung;
dabei sind solche Verrichtungen außerhalb der Wohnung zu unterstützen, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause unumgänglich sind und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen erfordern (z. B. Organisieren und Planen eines Zahnarztbesuches),
- das An- und Auskleiden;
dies umfaßt auch die Auswahl der Kleidung gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen sowie ggf. ein An- und Ausziehtraining.

b.) Teilstationäre Pflege

c.) Kurzzeitpflege

d.) Vollstationäre Pflege

2.9 Entsprechen die geplanten und durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit der sozialen Betreuung im Ergebnis nach § 75 Abs. 2 SGB XI dem Inhalt der Pflegeleistungen Abschnitt I § 1?

a.) Teilstationäre Pflege

b.) Kurzzeitpflege

c.) Vollstationäre Pflege

Durch Leistungen der sozialen Betreuung soll die Pflegeeinrichtung für die Pflegebedürftigen einen Lebensraum gestalten, der ihnen die Führung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens ermöglicht sowie zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft innerhalb und außerhalb der Einrichtung beiträgt. Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung und bei der Gestaltung des Alltages nach eigenen Vorstellungen soll durch Leistungen der sozialen Betreuung ausgeglichen werden, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld (z. B. Angehörige und Betreuer) geschehen kann.

Ziel ist es insbesondere, Vereinsamung, Apathie, Depression und Immobilität zu vermeiden und dadurch einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen beziehungsweise die bestehende Pflegebedürftigkeit zu mindern.

In diesem Sinne dienen die Leistungen im Rahmen der sozialen Betreuung der Orientierung zur Zeit, zum Ort, zur Person, der Gestaltung des persönlichen Alltags und einem Leben in der Gemeinschaft, der Bewältigung von Lebenskrisen und der Begleitung Sterbender sowie der Unterstützung bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten.

2.10 Entsprechen die geplanten und durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege im Ergebnis nach § 75 Abs. 2 SGB XI dem Inhalt der Pflegeleistungen Abschnitt I § 1?

- a.) *Teilstationäre Pflege*
- b.) *Kurzzeitpflege*
- c.) *Vollstationäre Pflege*

Neben den pflegebedingten Leistungen und der sozialen Betreuung erbringen die Pflegeeinrichtungen in der Zeit vom 01.07.1996 bis zum 31.12.1999 die bisherigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege weiter, soweit sie nicht vom behandelnden Arzt selbst erbracht werden (§ 43 Abs. 2 und 3 SGB XI).

Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden im Rahmen der ärztlichen Behandlung entsprechend der ärztlichen Anordnung erbracht. Die ärztliche Anordnung und die Durchführung sind in der Pflegedokumentation festzuhalten.

2.11 Entsprechen die geplanten und durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung im Ergebnis nach § 75 Abs. 2 SGB XI dem Inhalt der Pflegeleistungen Abschnitt I, § 1?

a.) Ambulante Pflege

Ziel der hauswirtschaftlichen Versorgung ist die Förderung der Fähigkeit zur Selbstversorgung in einer hygienegerechten Umgebung.

Die hauswirtschaftliche Versorgung umfaßt:

- das Einkaufen der Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- das Kochen, einschl. der Vor- und Zubereitung der Bestandteile der Mahlzeiten,
- das Reinigen der Wohnung in bezug auf den allgemein üblichen Lebensbereich des Pflegebedürftigen,
- das Spülen einschl. der Reinigung des Spülbereichs,
- das Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung; dies beinhaltet die Pflege der Wäsche und Kleidung,
- das Beheizen der Wohnung einschl. der Beschaffung und Entsorgung des Heizmaterials in der häuslichen Umgebung.

b.) Teilstationäre Pflege

c.) Kurzzeitpflege

d.) Vollstationäre Pflege

2.12 Ist ein Pflegebericht erstellt?

Verlaufskontrolle und Beurteilung der gegebenen Pflege

2.13 Haben die Ergebnisse des Pflegeberichtes zur Aktualisierung der Pflegeplanung geführt?

Bewertungskriterien zur Pflege

Angemessene Pflege

Der Pflegeprozeß beginnt bei der ersten Kontaktaufnahme zum Pflegedienst. Er umfaßt alle pflegerelevanten Bedürfnisse, Fähigkeiten und Probleme in den ATL, insbesondere die aktuelle Lebens- und Wohnsituation und die Biographie.

Mit Zustimmung des Patienten wird das **direkte** soziale Umfeld in den Betreuungsprozeß mit einbezogen (Bezugspersonen/Nachbarn). Der Patient (und nach Wunsch seine Bezugspersonen) erhält für ihn entsprechende Informationen und wird nach seinen Möglichkeiten und Fähigkeiten mit in die Planung der Pflegeziele, -maßnahmen und Termine **mit einbezogen**. Im Pflegevertrag sind Art, Umfang, Kosten und Dauer der Leistung schriftlich fixiert. Dieser Prozeß findet kontinuierlich statt. **Berücksichtigt** wird dabei die **Förderung** in den jeweils für den Patienten relevanten ATL-Bereichen. Der Patient erhält im Prozeß der Umstellung/Anpassung Begleitung, Unterstützung, Anregung, Beratung, Ermutigung und Förderung. Bei stationären Versorgungsformen wird Unterstützung bei der Gestaltung der Tagesstruktur gegeben. Dazu werden ihm vorhandene Möglichkeiten angeboten (z. B. Seniorenclub, Gymnastikgruppe). Die Bezugspersonen erhalten Unterstützung, Anleitung, Beratung, Ermutigung und Förderung **in der Pflegesituation**.

Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden im Rahmen der ärztlichen Behandlung entsprechend der ärztlichen Anordnung erbracht. Die ärztliche Anordnung und die Durchführung sind in der Pflegedokumentation festzuhalten.

Unangemessene Pflege

Der Pflegeprozeß wird nicht angewandt. Probleme, Bedürfnisse und Fähigkeiten werden nicht oder nur oberflächlich anerkannt. Die aktuelle Lebens- und Wohnsituation wird nicht berücksichtigt bzw. nicht akzeptiert. Die Pflegemaßnahmen werden nicht darauf abgestimmt. Auswirkungen und Zusammenhänge werden nicht erkannt bzw. nicht berücksichtigt. Der Patient erhält keine oder unzureichende Informationen über die Geschäftsbedingungen. Der Patient erhält beim Wechsel von Pflegepersonal qualitativ unterschiedliche Pflege, er wird in die Planung der Pflegeziele und Termine nicht mit einbezogen. Die Bezugspersonen werden nur bei Bedarf in die Pflege einbezogen. Der Pflegeablauf ist symptom- und verrichtungsorientiert. Patient und Bezugspersonen werden nicht oder nur unzureichend informiert. Das Wohnumfeld wird nach den Bedürfnissen der Pflegekraft umgestaltet. Der Patient erhält unzureichende Hilfsmittel (nur das, was vorrätig ist). Die Tagesstruktur findet keine Berücksichtigung. Die Begleitung und Beratung des Patienten hängt von der Pflegekraft ab. Die Bezugspersonen erhalten keinerlei Unterstützung.

Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege stehen nicht mit den ärztlichen Anordnungen im Zusammenhang. Die ärztlichen Anordnungen und die Durchführung sind nicht in der Pflegedokumentation festgehalten.

3. Pflegedokumentation

3.1 a) Wurde ein Erstbesuch durchgeführt? (ambulant)

3.1 b) Wer hat den Erstbesuch durchgeführt? (ambulant)

Name und Funktion der den Erstbesuch durchführenden Pflegefachkraft ist anzugeben.

3.1 c) Enthält der Erhebungsbogen Informationen zum Erstbesuch für die Heimaufnahme?

Der Erhebungsbogen zum Erstbesuch erfaßt die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege und die beim Pflegebedürftigen vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Einbeziehung in den Pflegeprozeß und ist somit Grundlage für die fortlaufende Pflegeplanung. Dabei sind die angemessenen Wünsche des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen und die Leistungen, die Angehörige u. a. am Pflegeprozeß beteiligte Personen erbringen können, konkret zu dokumentieren. Der Erhebungsbogen enthält Hinweise zur Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln und/oder zur Anpassung des Wohnraums.

3.2 Name(n) und Qualifikation(en) des/der für die laufende Pflege eingesetzten Mitarbeiter(innen) aus der Pflegeeinrichtung?

Kontinuität muß gewährleistet sein

3.3 Liegt ein Pflegedokumentationssystem vor und umfaßt dieses die Grundlagen des Pflegeprozesses?

Das Dokumentationssystem sollte Blatteinlagen umfassen für das Stammbblatt sowie für die anderen angegebenen Aufzeichnungen.

3.4 Sind ärztliche Verordnungen aus der Dokumentation ersichtlich?

z. B. Medikation, medizinische Behandlungspflege, häusliche Krankenpflege, Krankengymnastik

3.5 Enthält die Dokumentation Angaben zur ärztlichen Versorgung/sonstigen therapeutischen Versorgung?

Vernetzungen der unterschiedlichen Leistungsanbieter i. S. des therapeutischen Teams sicherstellen.

3.6 Liegt eine Pflegeanamnese vor?

Definition: Erfassen, Analysieren und Ordnen der Versichertenbedürfnisse und -probleme einschl. der Ressourcen. Das gilt auch für die unmittelbar beteiligten Angehörigen.

3.7 Umfaßt die Pflegeanamnese neben den Problemen/Defiziten auch die Ressourcen/Fähigkeiten der/des Versicherten?

Kompensationsmechanismen (Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel mit/ohne)

3.8 Fanden die Empfehlungen des vorliegenden MDK-Gutachtens Eingang in die

Pflegeprozeßplanung?

3.9 Lässt die Pflegeanamnese eine pflegerische Einbindung von Angehörigen (Pflegepersonen) erkennen?

3.10 Sind Pflegediagnosen in der Pflegedokumentation ausgewiesen bzw. formuliert und stimmen diese überein mit den Angaben in der Pflegeanamnese?

Pflegediagnosen resultieren aus der Informationssammlung und Analyse der Fakten. Es gilt, die psychischen, physischen und sozialen Begebenheiten des/der Versicherten zu berücksichtigen. Die Pflegediagnosen müssen sich klar von medizinischen Diagnosen abheben.

3.11 Sind Pflegeziele auf der Grundlage der Pflegeanamnese formuliert?

Pflegeziele müssen realistisch, erreichbar und überprüfbar sein. Sie werden unterteilt in

- Fernziele, wie optimale Rehabilitation unter Einbeziehung der Angehörigen in die Pflege, optimal mögliche Lebensqualität, größtmögliche Unabhängigkeit in bestimmten Lebensbereichen, Neuorientierung im Leben, Aufrechterhaltung der familiären Beziehungen
- Nahziele, wie Beschreibungen über das Verhalten, Handeln, Zustand, Wissen, Können i. S. der Selbständigkeit. Über die Zieldatierung werden erkennbar, die Zielerreichung, die Planungsüberprüfung, Neuformulierung von Problemen und Zielen.

3.12 Sind die angewandten Standards individuell auf die spezifische Versicherten-situation abgestimmt?

3.13 Stehen die Pflegeziele im Zusammenhang mit den geplanten Maßnahmen?

3.14 Stehen die durchgeführten Maßnahmen im Zusammenhang mit den geplanten Maßnahmen?

Abweichungen im Soll-Ist-Abgleich sind zu nennen.

3.15 Sind die durchgeführten Pflegemaßnahmen dokumentiert, gegengezeichnet und nachvollziehbar?

3.16 Entsprechen die geplanten, durchgeführten und dokumentierten Maßnahmen dem anerkannten Stand der Pflege und ihrer Wissenschaft?

Bewertungskriterien zur Pflegedokumentation

Angemessene Pflege

Die Dokumentation wird **von allen** am Betreuungsprozeß **Beteiligten geführt** und steht diesen jederzeit zur Verfügung (Patient, Pflegekräfte, Bezugspersonen, alle Mitarbeiter des therapeutischen Teams, andere Betreuungskräfte). Alle am Betreuungsprozeß Beteiligten erhalten Anleitung und Beratung im Gebrauch der Dokumentation. Die Dokumentation stellt alle wichtigen Informationen, die zur Pflege, Diagnostik, Therapie und Betreuung des Patienten notwendig sind, übersichtlich, vollständig, präzise, rational, widerspruchsfrei und möglichst schnell zugänglich dar. Die Dokumentation ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung der ständigen und erfolgreichen Anwendung des Pflegeprozesses.

Unangemessene Pflege

Die Dokumentation beschränkt sich auf die abrechenbaren Leistungen und erfolgt undifferenziert (z. B. Grundpflege und Einreibungen 1 x täglich). Der Pflegeverlauf, d. h. Befindlichkeiten, Reaktionen und Veränderungen werden nicht berücksichtigt. Sie werden gelegentlich, zufällig und meist bewertend festgehalten. Die Dokumentation steht nur den Mitarbeitern der Einrichtung zur Verfügung. Die Dokumentation dient nur der rechtlichen Absicherung.

Die Einsatzplanung erfolgt willkürlich.

Anlage 5

Arbeitshilfe für den Prüfbericht

1. Gegenstand der Prüfung

a.) Beschreibung des Auftrags

- Auftraggeber

Landesverbände der Pflegekassen

(s. Ziff. 5.1 der „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe“ nach § 80 SGB XI)

- Prüfungsanlaß

Dem Prüfauftrag des Auftraggebers zu entnehmen

b.) Prüfungsdurchführung

- Prüfende Personen

Name, Profession

- Prüfungszeitraum

Datum und Uhrzeit der Prüfungsdurchführung

- Prüfungsort

in der Einrichtung und/oder beim Versicherten

Wird stichprobenweise bei Versicherten geprüft, ist die Auswahl und der Umfang der Stichprobe im Prüfbericht zu beschreiben. Die Namen der Versicherten werden - aus Datenschutzgründen - nicht im Prüfbericht, sondern nur MDK-intern festgehalten.

- Prüfungsumfang

Bezugszeitraum für die Prüfung

Hinzugezogene Unterlagen: Strukturhebungsbogen, abgeschlossener Versorgungsvertrag, abgeschlossene Kooperationsverträge, Pflegevertrag, Leistungsangebot der Einrichtung, Pflegedokumentation, Stellenschlüssel, Dienstpläne, Einsatzpläne, Patientenkartei, Abrechnungsunterlagen (Soll-ist-Abgleich)

Erhebung beim Versicherten

- Prüfungsmaßstab

§ 80 SGB XI

Vereinbarte „Grundsätze und Maßstäbe“ (Anlage 6)

MDK-Konzept zur Qualitätssicherung der Pflege nach SGB XI

– Mitwirkung der Einrichtung

Aussage zur Kooperationsbereitschaft der Einrichtung während der Durchführung der Prüfung

2. Ergebnis der Prüfung

- Beschreibung der Einrichtung (Ist-Zustand)
- Vergleich zum Strukturhebungsbogen (Soll-Zustand)

Eine möglichst detaillierte Beschreibung des Ist-Zustandes der Einrichtung mit besonderer Hervorhebung der Abweichungen vom Soll-Zustand des Strukturhebungsbogens

- Beschreibung von festgestellten Qualitätsdefiziten in der Einrichtung
vergl. Prüfungsmaßstab (1.b.5)
- Vergleich des vorgefundenen Pflegezustands der Versicherten mit den Angaben der Pflegedokumentation, ggf. Aufzeigen von Qualitätsdefiziten
- Aussagen zu den Ursachen für die festgestellten Qualitätsdefizite

Es sollen sowohl die Einzelursachen als auch die Strukturursachen in ihrer gegenseitigen Bedingung aufgezeigt werden.

3. Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

- Auflisten von zu ändernden Qualitätsdefiziten
- Vorschläge für Maßnahmen zur Beseitigung der Qualitätsdefizite
Beurteilung und Wichtung der Qualitätsdefizite

4. Empfehlungen aus den Prüfergebnissen

- Ergebnis der Besprechung der getroffenen Feststellungen mit der Einrichtung
- Angebot, bei der Umsetzung der Vorschläge beratend mitzuwirken

5. Zusammenfassung

- Kurze wertende Zusammenfassung der wesentlichen Aussagen der Punkte 1. bis 4. (insgesamt maximal ½ Textseite).

