Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege



18.08.2016

Stellungnahme der BAGFW zum Entwurf der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen

erbrachten Leistungen und deren Qualität

Aufgrund von Änderungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes wurden Änderungen der Qualitätsprüfungs-Richtlinen notwendig. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege machen gern von ihrem Recht zur Stellungnahme im Rahmen des Beteiligungsverfahrens nach § 114 SGB XI Gebrauch.

Vorbemerkung

Die Änderung der QPR wurde aufgrund der Änderungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes notwendig. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sind im Rahmen des Beteiligungsverfahrens nach § 114 SGB XI zu einer Stellungnahme berechtigt und bedanken sich beim GKV-Spitzenverband für die Zusendung der Beteiligungsunterlagen. Von ihrem Stellungnahmerecht machen die Verbände gerne Gebrauch und geben eine gemeinsame Stellungnahme im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) ab.

Kernforderungen der BAGFW

Bei der Bewertung der Neufassung der QPR sind vor allem die gesetzlichen Änderungen und Intentionen zu berücksichtigen, die die Überarbeitung notwendig gemacht haben. Dabei ist der Entwurf darauf zu überprüfen, ob diese umgesetzt sind sowie die Frage zu beantworten, welche Verbesserungen mit der Überarbeitung im Vergleich zur bisherigen Version erreicht werden. Daher sind aus unserer Sicht insbesondere folgende Aspekte bei der Bewertung des vorliegenden Entwurfes zu berücksichtigen:

1. Prüfung insbesondere der Ergebnisqualität

2. Prüfung der Tages- und Kurzzeitpflege nach eigenen, angemessenen Kriterien

3. Einheitliche Durchführung der Qualitätsprüfung

4. Beitrag zur Transparenz und zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie

5. Durchführung der Abrechnungsprüfung

Bezogen auf diese fünf Bewertungskriterien zur Neufassung der QPR erhebt die BAGFW die im Folgenden dargestellten Kernforderungen:

Zu 1.: Prüfung insbesondere der Ergebnisqualität

Nach § 114 Abs. 2 SGB XI erfasst die Regelprüfung „insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstreckt werden.“ Tatsächlich wird die QPR diesem Auftrag nicht gerecht. Selbst im Teil des Erhebungsbogens der Prüfanleitung (Anlage 1), der mit Prozess- und Ergebnisqualität überschrieben ist (ab Kapitel 9), finden sich tatsächlich kaum Fragen zur Ergebnisqualität im Sinne der gesetzlichen Definition. Diese wenigen Fragen werden dann i. d. R. auch nur als Informationsfragen erhoben und nicht einer Bewertung zugeführt (z. B. 12.1d stationär: Gewichtsverlauf). Stattdessen werden vor allem Teilschritte pflegerischer Versorgung erhoben und bewertet (Werden spezielle Risiken erfasst und entsprechende Maßnahmen durchgeführt etc.), was laut der Definition im SGB XI der Prozessqualität entspricht. In den Richtlinien fehlt also eine Konkretisierung der Prüffragen hinsichtlich der Ergebnisqualität, denn Ergebnisqualität ist nicht das Ergebnis der Dokumentation, sondern muss sich immer am Ergebnis des Pflegeprozesses und somit an dem gepflegten Menschen orientieren. Bei einer Überprüfung der Ergebnisqualität geht es somit um die Erfassung

und Bewertung von objektiven Daten und Fakten. Diese Daten und Fakten müssen

- auf den Nutzer / Gepflegten bezogen,
- durch Pflege / Einrichtungen beeinflussbar sowie
- valide und relevant für die Qualitätsmessung sein.

Die Kriterien, die nachweislich, d. h. unter Berücksichtigung allgemein anerkannter wissenschaftlicher Erkenntnisse diese Vorgaben erfüllen, sind in den Erhebungsbögen entsprechend zu kennzeichnen und in einem eigenen Modul zusammenzufassen und bei einer Beschränkung der Prüfung auf die Aspekte der Ergebnisqualität heranzuziehen.

Zu 2.: Prüfung der Tages- und Kurzzeitpflege nach eigenen, angemessenen Kriterien

Teilstationäre Angebote lassen sich nicht einfach unter den stationären Angeboten subsumieren: Sie haben ein anderes Leistungsspektrum als ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, denen gerecht zu werden ist. Dies ist vor allem am differierenden Setting dieser Angebote bzgl. der

Ziele, der Inanspruchnahme der Leistungen sowie der Verweildauer auszurichten. Auch die Stichprobenziehung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen ist für Einrichtungen der Tages- und Kurzzeitpflege ungeeignet: Die Pflegestufe III ist in beiden Einrichtungsarten deutlich unterrepräsentiert, wie auch die Daten der Pflegestatistik 2011 zeigen. Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen in der Tagespflege mit Pflegestufe III liegt bei ca. 11% und in der Kurzzeitpflege bei nur ca. 7%. Darüber hinaus sind Tages- und Kurzzeitpflegen i. d. R. kleine Einrichtungen mit nur 10 bis 20 Plätzen. Laut Pflegestatistik 2011 haben 58,6% der Kurzzeitpflegeeinrichtungen 11 – 20 Plätze (bundesweit gibt es nur 25 Einrichtungen die mehr Plätze haben) und bei den Tagespflegeeinrichtungen sind es über 80%. Damit wird deutlich, dass die Stichprobe von drei pflegebedürftigen Personen in Pflegegrad 4 und zwei in Pflegegrad 5 regelhaft nicht zu erfüllen sein wird. Hinzu kommt die Unverhältnismäßigkeit: Bei einer Tagespflege mit 10 Gästen würden 90% von ihnen in die Stichprobe einbezogen, bei einer stationären Einrichtung mit 100 Plätzen entspricht die gleiche Zahl einer Quote von nur 9%. Zu bedenken ist, dass sich die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Prüfung analog darstellen. Eine Stichprobenbildung analog zum stationären Bereich ist aus unserer Sicht für die teilstationäre Pflege wie auch die Kurzzeitpflege nicht zu verantworten und völlig unverhältnismäßig.

Die BAGFW fordert separate Erhebungsbögen für die Tagespflege, aber auch die Kurzzeitpflege. Die Stichprobe sollte bei 10% der Gäste, aber mindestens bei fünf und max. bei fünfzehn liegen, bis ggf. neue, gesicherte Erkenntnisse zur Stichprobenbildung für die Tages- und

Kurzzeitpflege vorliegen.

Zu 3.: Einheitliche Durchführung der Qualitätsprüfung

In all unseren Stellungnahmen zur MDK-Prüfanleitung der Qualität nach § 114 SGB XI von 2005, 2009 und 2013 stellten wir fest, dass die Prüfanleitung eine Vielzahl undefinierter Begrifflichkeiten wie „gezielt“, „regelmäßig“, „ausreichend“, „situationsgerecht“, „sachgerecht“, „geeignet“ enthält. Diese Begriffe sind so unspezifisch, dass sie nicht als Bewertungsmaßstab für eine Prüfung dienen können. Sie eröffnen breite Interpretationsspielräume und bewirken, dass Einrichtungen subjektiven Bewertungen der Prüferinnen und Prüfer ausgesetzt sind.

Aus Sicht der BAGFW sind die Fragen so zu formulieren, dass breite Interpretationsspielräume möglichst ausgeschlossen werden.

Zu 4.: Beitrag zur Transparenz und zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie

Bundesweit gibt es derzeit verschiedene Bestrebungen, die Bürokratie in der Pflege abzubauen und die Anerkennung der Fachlichkeit von Pflegefachkräften zu stärken. Neue Vereinbarungen und Richtlinien, wie auch die QPR, dürfen diesen Bestrebungen nicht zuwiderlaufen. Tatsächlich finden sich in dem vorliegenden Entwurf aber weiterhin bürokratiefördernde Regelungen, z. B. zu den Themen „Expertenstandards“ oder „Risikoeinschätzung“. Auch das neue Thema „Abrechnungsprüfung“ birgt aus unserer Sicht die Gefahr die Bürokratie auszuweiten. Die jahrelangen Bemühungen, gemeinsame Standards zur Entbürokratisierung zu entwickeln und umzusetzen, um mehr Zeit für die direkte Pflege zu haben, werden durch die detaillierten und weitgehenden Nachweispflichten gefährdet. Aufgrund der Befürchtung, sich durch kleine Verfehlungen eines Verdachts des Abrechnungsbetrugs auszusetzen, werden die Mitarbeiter wieder auf eine detaillierte lückenlose Dokumentation Wert legen müssen. Die konkreten Fragen bedeuten für die Einrichtungen einen deutlichen Mehraufwand an Dokumentation als bisher, was widersprüchlich zum neuen Strukturmodell der Pflegedokumentation ist. Mit den geplanten Prüfungsfragen wird grundsätzlich das Gefühl vermittelt, unter Generalverdacht zu stehen. Des Weiteren stellt sich die Frage, ob mit solchen Prüfungen tatsächlich großflächigen Abrechnungsbetrügereien entgegengewirkt werden kann.

Die QPR enthält z. B. zu verschiedenen pflegerischen Problemen Fragen, wie „Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?“ und „Wurde bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxe gegen Stürze

durchgeführt?“, die in der Regel so auch in der PTVS enthalten sind. In der QPR sind zusätzlich zu den Fragen der Risikoeinschätzung und Prophylaxen, Zusatzfragen vorgeschaltet, z. B. die Frage 11.4: Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? Neben den Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“ wird zusätzlich erhoben, ob die Einschätzung von der Prüferin bzw. vom Prüfer oder von der Einrichtung übernommen wurde. Diese Zusatzfragen stellen unnötige Doppelungen zu den schon vorhandenen Fragen dar, in denen ein Pflegeproblem nochmals bewertet wird. Dies stellt nicht nur einen unnötigen Aufwand dar, sondern negiert auch pauschal die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtungen und -dienste durch eine externe Momentaufnahme. Sollte die Prüferin bzw. der Prüfer im Einzelfall Zweifel an der Aktualität oder Richtigkeit einer Risikoeinschätzung haben, besteht bei den verbleibenden Fragen (z. B. bei „Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?“) noch immer die Möglichkeit, die Einschätzung zu hinterfragen. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen, gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVS vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung‘ protokolliert. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.“)

Alle Regelungen der QPR sind unter dem Fokus des Bürokratieaufwands auf den Prüfstand zu stellen und ggf. zu überarbeiten und zu

vereinfachen. Aus Sicht der BAGFW ist z. B. auf die o. g. Zusatzfragen grundsätzlich zu verzichten und die Einschätzung der Pflegerisiken durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen und Dienste prinzipiell zu übernehmen.

Reduzierung des Prüfauftrages

Da der Prüfumfang in angemessener Weise verringert werden soll, wenn Prüfergebnisse der Heimaufsicht, gleichwertige Prüfungen etc. vorliegen, müssen die Prüfinhalte modular aufgebaut sein.

Im Prüfauftrag muss also aus Sicht der BAGFW festgelegt sein, welche Module zu prüfen sind (und zu welchen bereits Erkenntnisse vorliegen). Dazu wäre die Prüfanleitung in Form von deutlich unterscheidbaren Modulen aufzubauen, die zwischen Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität unterscheiden.

Zu 5.: Durchführung der Abrechnungsprüfung

Mit Inkrafttreten des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) ist eine

verpflichtende Regelung zur Prüfung von Abrechnungen der von Pflegeeinrichtungen erbrachten pflegerischen Leistungen eingeführt worden, die die bisherige „Kann-Vorschrift“ ersetzt. Nach § 114 Abs. 2 Satz 6 SGB XI sind nun im Rahmen regelhaft stattfindender Qualitätsprüfungen die abgerechneten Leistungen zu prüfen. Der Prüfauftrag einschließlich des Auftrags zur Abrechnungsprüfung wird von Landesverbänden der Pflegekassen erteilt, dieser muss klar und eindeutig sein. Der hier vorgeschlagene Absatz 2 bietet den Prüferinnen und Prüfern einen zu großen Entscheidungsspielraum. Wenn die Abrechnungsprüfung für die sieben abrechnungsrelevanten Tage einschließlich ggf. zweier Feiertage erfolgt ist und keine eindeutige Klärung der Sachverhalte möglich war, dann kann die zuständige Pflegekasse entweder den ambulanten Pflegedienst um eine Stellungnahme und Aufklärung des Sachverhalt bitten
oder eine abrechnungsbezogene Anlassprüfung in Auftrag geben. Eine Regelprüfung kann unserer Auffassung nach aber nicht in eine Anlassprüfung umgewandelt werden. Hierfür hat der zuständige Landesverband der Pflegekassen einen neuen Prüfauftrag zu erteilen und die Prüfung findet dann aufgrund des neuen anlassbezogenen Prüfauftrags als Anlassprüfung statt. Des Weiteren darf die Abrechnungsprüfung nicht dazu führen, dass die Pflegedienste dazu übergehen müssen, verstärkt Routinedaten und -handlungen zu dokumentieren und die in den letzten Jahren erfolgten Entbürokratisierungsbemühungen konterkariert werden. Es muss sorgsam zwischen den Schutzinteressen der Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft der Versicherten und den bürokratischen Erfordernissen abgewogen werden.

Im Folgenden nimmt die BAGFW zu einzelnen Punkten im Richtlinientext und in den Anlagen dezidiert Stellung:

Teil 1 Ambulante Pflege

Präambel

Abs. 3, Z. 34 -36: „Die Qualitätsprüfung des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sowie des PKV-Prüfdienstes wird weiterhin ein umfassenderes Spektrum abbilden, wobei der Schwerpunkt auf der Ergebnisqualität liegt.“

Bewertung:

In der Tat hat der Prüfkatalog einen größeren Umfang als die PTVA, nicht nur weil – wie hier im Text suggeriert wird – ein breiteres Spektrum abgedeckt wird, sondern weil zu einzelnen Themen auch weitere Prüffragen vorliegen. Ob die weiteren Themen und weiteren Fragen zu einzelnen Themen geeignet sind, über die PTVA hinaus relevante Erkenntnisse zu generieren, konnte bisher nirgends belegt werden.

Die Aussage, dass der Schwerpunkt dieses erweiterten Spektrums in der Ergebnisqualität liegt, ist dagegen falsch. Ganz überwiegend wird hier die Struktur- und Prozessqualität geprüft, max. Prozess-Outcomes. Aber keinesfalls wird Ergebnisqualität als Pflegezustand, geschweige denn als Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen im Sinne der Definition von Ergebnisqualität des § 114 SGB XI abgebildet.

Lösung:

1. Im Sinne einer der Kernforderungen der BAGFW nach Entbürokratisierung auch der Qualitätsprüfungen, wäre der Umfang des Prüfkatalogs daher zu hinterfragen.

2. Wir schlagen vor, den Halbsatz in den Zeile 32-33: „*…, <s>wobei der Schwerpunkt auf der Ergebnisqualität liegt.</s>*“ ersatzlos zu streichen.

1. Ziel der Richtlinien

Abs. 1, S. 3, Z. 51-52: „Teil 1 der QPR dient als verbindliche Grundlage für eine Erfassung der Qualität in den ambulanten Pflegediensten nach einheitlichen Kriterien.“

Bewertung:

Lt. § 114 SGB XI ist es der Auftrag der MDK- und PKV-Prüfdienste zu prüfen, ob Qualitätsanforderungen des SGB XI sowie die auf dessen Grundlage geschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. Damit ist der Auftrag bzgl. dessen, was an Qualität zu prüfen ist, klar umrissen und bezieht sich nicht auf Qualitätsfragen im Allgemeinen. Von daher ist die Formulierung in den Zeilen 51-52 „…eine Erfassung der Qualität…“ irreführend und müsste entweder entsprechend der o. g. Ausführungen analog § 114 konkretisiert oder anderweitig umformuliert werden.

Lösung:

Der Satz 3 in Zeile 51-52 sollte insgesamt wie folgt geändert werden: „Teil

1 der QPR dient als verbindliche Grundlage für *<s>eine Erfassung der</s> die Durchführung der* Qualitäts*prüfungen* in den ambulanten Pflegediensten nach einheitlichen Kriterien.“

3. Prüfauftrag

Abs. 2, S. 4, Z. 28-39

Bewertung:

In der Praxis hat sich bewährt, dass die Prüfer bei einer Anlassprüfung der Einrichtungen den Anlass nennen und zum Abschluss der Prüfung eine Aussage treffen, ob der Prüfanlass ausgeräumt ist. Es wäre für den grundsätzlichen Umgang mit der zu prüfenden Einrichtung wichtig, wenn diese Art des Vorgehens auch für alle anderen Prüfungen (Regelprüfung, Wiederholungsprüfung) in den Richtlinien beschrieben würde. Auch vor dem Hintergrund der gesetzlichen Regelung grundsätzlich unangemeldeter Prüfungen erscheint es nur angemessen, dass die Prüfer,

unabhängig von der Art der Prüfung, den Prüfauftrag der Einrichtung vor Prüfungsbeginn schriftlich aushändigen.

Lösung:

In den Richtlinien ist aufzunehmen, dass der Prüfauftrag der zu prüfenden Einrichtung vorgelegt wird. Dies wäre auch eine Maßnahme im Sinne der Kernforderung 4 der BAGFW zur Transparenz.

Abs. 3, S. 4, Z. 41- 47

Bewertung:

In Abs. 3 ist geregelt, dass die Pflegekassen dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst mit dem Prüfauftrag die erforderlichen Informationen und Unterlagen für die Qualitätsprüfung zur Verfügung stellen müssen. Neben dem eventuellen Maßnahmenbescheid nach § 115 Abs. 2 SGB XI sind dem MDK bzw. dem Prüfdienst der PKV weitere im Zusammenhang mit dem Maßnahmenbescheid von ambulanten Diensten an die Pflegekassen versandte Unterlagen von diesen zur Verfügung zu stellen.

Lösung:

Die Aufzählung der Unterlagen wäre entsprechend zu erweitern.

4. Prüfverständnis und Durchführung der Prüfung

Abs. 2, S. 5, Z. 12-14

Bewertung:

Die Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen. Es ist nicht klar, wie diese Ankündigung erfolgen soll, wenn eine Prüfung für Montag oder den Tag nach einem Feiertag bzw. Feiertagen geplant ist.

Lösung:

Es sollte eine Regelung dafür getroffen werden, wie im Falle von geplanten Regelprüfungen an Werktagen nach Wochenenden oder Feiertagen zu verfahren ist, um sicherzustellen, dass die Ankündigung der Prüfung die Leitung des Pflegedienstes rechtzeitig erreicht und das Büro des Pflegedienstes am Prüfungstag besetzt ist. Die Anmeldung sollte daher am vorangehenden Arbeitstag zu üblichen Bürozeiten (bis 12.00

Uhr) erfolgen (s. a. Klie/Krahmer/Plantholz: Sozialgesetzbuch XI – Lehr- und Praxiskommentar; 4. Aufl., 2014).

Abs. 2, S. 5, Z. 19-25

Bewertung:

Die Qualitätsprüfung ist grundsätzlich eine Stichtags- und Vor-Ort-Prüfung. Unterlagen in Form von Kopien sollten daher nur in Ausnahmefällen und/oder zu Nachweiszwecken angefertigt und mitgenommen werden. Daher bedarf es in Zeile 20 einer genaueren Definition des Begriffs „erforderlich“.

Lösung:

Der Satz in Zeile 2 ist wie folgt zu fassen: „*In Ausnahmefällen und/oder für Nachweiszwecke sind ggf. Kopien in angemessenem Umfang anzufertigen.*“

Abs. 5, S. 5 f., Z. 43 ff.

Bewertung:

Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel. In der Vergangenheit stellten die Pflegedienste oft eine Differenz zwischen der Prüfung und dem schriftlichen Prüfergebnis fest und konnten diese nicht nachvollziehen. In der Richtlinie ist deshalb festzulegen, dass im Abschlussgespräch keine Kritikpunkte im Abschlussbericht erscheinen dürfen, die an dieser Stelle nicht angesprochen worden sind. Auch evtl. abweichende Einschätzungen zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der ambulanten Pflegedienste und der Prüfdienste müssen dabei als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert werden.

Lösung:

In Zeile 50 wird folgender Satz eingefügt: „…von der Prüferin/vom Prüfer dargelegt. *Das Abschlussgespräch ist von der Prüferin/vom Prüfer zu protokollieren, einschließlich der Darlegung aller festgestellter Qualitätsmängel sowie evtl. abweichender Meinungen durch die Einrichtung dazu. [neu: Absatz]*

Ein umfassendes Bild…“

5. Eignung der Prüferinnen und Prüfer (S. 5, Z. 6-16)

Bewertung:

Derzeit ist nicht ausgeschlossen, dass ehemalige Mitarbeitende einer Einrichtung zum MDK wechseln und kurze Zeit später in eben der Einrichtung als MDK-Prüfer erscheinen. Das sollte ausgeschlossen werden, um eine neutrale und unvoreingenommene Sicht der Prüfenden auf die Einrichtung bzw. die Prüfsituation selbst zu gewährleisten. Dazu bietet sich eine Karenzzeit-Regelung an.

Lösung:

Es wird ein neuer Abs. 3 eingefügt:

(3) Mitglieder des Prüfteams dürfen in den letzten fünf Jahren in keinerlei Abhängigkeitsverhältnis zur geprüften Einrichtung gestanden haben, weder als angestellte Mitarbeiterin/angestellter Mitarbeiter noch als Beraterin/Berater o. ä.

6. Prüfinhalte und Umfang der Prüfung (S. 7ff.)

Abs. 7, ab S. 9, Z. 5ff

Bewertung:

Wenn sich bei einer Regel- oder Wiederholungsprüfung konkrete und begründete Anhaltspunkte für eine nicht fachgerechte Pflege ergeben, die nicht von der in der PTVA vereinbarten zufallsgesteuerten Auswahl (Stichprobe) erfasst werden, erfolgt die Prüfung insgesamt als Anlassprüfung. Im Richtlinienentwurf wird dazu eine Reihe von „Pflegesituationen“ genannt, auf die dies insbesondere zutreffen könnte. Es wird nicht klar und begründet, warum gerade diese Pflegesituationen speziell geprüft werden sollen. Zudem gibt es für einige der genannten Erkrankungen und Einschränkungen keine eindeutigen und evidenzbasierten Leitlinien und Handlungsempfehlungen. Dies gilt vor allem für die Einschätzung von Kontrakturen.

Zudem sollte in Fällen, in denen eine Regelprüfung aus den in Absatz 7 beschriebenen Gründen in eine Anlassprüfung umgewandelt wird, dies auch unverzüglich dem Pflegedienst mitgeteilt werden.

Lösung:

Die entsprechende Aufzählung auf Seite 9 (Zeilen 10-16) ist zu streichen. Der Satz würde dann ab Zeile 7 wie folgt lauten: *„...erfasst werden, <s>insbesondere bei folgenden Pflegesituationen:</s>*

<s>- </s><s>*freiheitsentziehende Maßnahmen,*</s>

<s>- </s><s>*Dekubitus oder andere chronische Wunden,*</s>

<s>- </s><s>*Ernährungsdefizite,*</s>

<s>- </s><s>*chronische Schmerzen,*</s>

<s>- </s><s>*Kontakturen,*</s>

<s>- </s><s>*Person mit Anlage einer PEG-Sonde,*</s>

<s>- </s><s>*Person mit Blasenkatheder,*</s>

erfolgt die Prüfung insgesamt als Anlassprüfung. ...“

Auf Seite 9 ist in Zeile 21 folgender Satz ergänzt: *„Hierüber ist auch der ambulante Pflegedienst unverzüglich zu informieren.“*

7. Einwilligung

Abs. 2, S. 21, ab Z. 21

Bewertung:

Es wird im Entwurf klar formuliert, für welche Tätigkeiten eine Einwilligung erforderlich ist und von wem die Einwilligung erteilt werden muss. Dies entspricht den gesetzlichen Vorgaben in § 114a SGB XI. Aus dem Wortlaut der Richtlinie lässt sich aber nicht erkennen, wer die Einwilligung einholen muss. Da aber der Prüfdienst bzw. seine Prüferinnen und Prüfer in den geschützten Rechtsbereich des pflegebedürftigen Menschen eindringen (z. B. durch Betreten seiner Wohnung, Einsicht in die Pflegeunterlagen usw.), was i. Gr. einem Eingriff in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung entspricht, liegt es nahe, dass sich die Prüfdienste um die erforderlichen Genehmigungen bemühen.

Lösung:

Die QPR ist hier hinsichtlich der Frage, wer die Einwilligung einholt, zu ergänzen, um klarzustellen, dass dies durch den MDK bzw. den Prüfdienst der PKV zu erfolgen hat.

Darüber hinaus ist zu regeln, dass der Pflegeeinrichtung die Einwilligung zu Kenntnis gegeben wird, damit für die Prüfung Klarheit besteht, welche Pflegebedürftigen in die Stichprobe einbezogen werden können.

8. Abrechnungsprüfung (S. 10 f.)

Abs. 1, S. 10, ab Z. 47

Bewertung:

Um Missverständnissen in der Praxis vorzubeugen, sollte klargestellt werden, dass es sich bei den Leistungen nach § 36 SGB XI auch um den Pflegesachleistungsanteil bei Kombinationsleistungen im Sinne des § 38 SGB XI handeln kann und dass es sich nur um bereits abgerechnete Leistungen handeln darf.

Lösung:

Absatz 1 ist wie folgt zu formulieren:

Es werden abgerechnete Leistungen nach § 36 SGB *XI (einschließlich der teilweise in Anspruch genommenen Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI*) und nach § 37 SGB V in die Abrechnungsprüfung einbezogen.

Abs. 2, S. 10, ab Z. 50 ff.

Bewertung:

Der Prüfauftrag einschließlich des Auftrags zur Abrechnungsprüfung wird von Landesverbänden der Pflegekassen erteilt, dieser muss klar und eindeutig sein. Der hier vorgeschlagene Absatz 2 bietet den Prüferinnen und Prüfern einen zu hohen Entscheidungsspielraum. Da es sich um eine Abrechnungsprüfung handelt, müssen an den hier benannten Tagen Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht worden sein. Dies muss in Satz 1 präzisiert werden.

Der Satz: „Die Prüferin/der Prüfer kann eigenständig weitere Tage zur Sicherstellung des festgestellten Sachverhaltes/zur eindeutigen Klärung des Abrechnungsverhaltens in die Abrechnungsprüfung einbeziehen.“ ist zu weit gefasst. Wenn die Abrechnungsprüfung für die sieben abrechnungsrelevanten Tage einschließlich ggf. zweier Feiertage erfolgt ist und keine eindeutige Klärung der Sachverhalte möglich war, dann kann die zuständige Pflegekasse entweder den ambulanten Pflegedienst um eine Stellungnahme und Aufklärung des Sachverhalts bitten oder eine abrechnungsbezogene Anlassprüfung in Auftrag geben. Wir plädieren deshalb für eine Streichung dieses Satzes.

Eine Regelprüfung kann unserer Auffassung nach nicht in eine Anlassprüfung umgewandelt werden. Hierfür hat der zuständige Landesverband der Pflegekassen einen neuen Prüfauftrag zu erteilen und die Prüfung findet aufgrund des neuen anlassbezogenen Prüfauftrags als Anlassprüfung statt.

Um die Abrechnungsprüfung auch für die ambulanten Pflegedienste praktikabel und mit einem vernünftigen Ressourceneinsatz zu gestalten, sollte auch definiert werden, welcher zeitlichen Periode die sieben Tage zugeordnet werden. Es sind in der Regel nur die jeweils aktuellen Unterlagen vor Ort (beim Versicherten) und auch beim Pflegedienst vorhanden. Abgeschlossene Abrechnungsunterlagen werden archiviert und das Archiv befindet sich nicht immer in der Dienststelle des ambulanten Pflegedienstes, sondern häufig auch in der Zentrale des Trägers. Eine Begrenzung auf einen bestimmten Zeitraum würde ermöglichen, dass der Dienst sich darauf einstellen kann und die Unterlagen dann auch beim ambulanten Pflegedienst am Prüfungstag verfügbar wären. Wir schlagen vor, hier auf die letzten sechs Monate vor dem Prüfungsdatum bei Regelprüfungen zurückzugreifen, analog der Pilotierungsphase.

Lösung:

Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, *an denen*

Pflegesachleistungen erbracht wurden, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zweier Feiertage, *innerhalb von 6 Monaten vor dem Prüfungsdatum* bei einer Regelprüfung.

Satz 2 „*Die Prüferin/der Prüfer kann eigenständig weitere Tage zur Sicherstellung des festgestellten Sachverhaltes/zur eindeutigen Klärung des Abrechnungsverhaltens in die Abrechnungsprüfung einbeziehen.*“ ist zu streichen.

Satz 3 ist wie folgt zu formulieren:

Stellt der MDK oder der PKV-Prüfdienst im Rahmen einer Qualitätsprüfung Auffälligkeiten in der Abrechnung fest *und können diese nicht im Rahmen der Regelprüfung oder durch Stellungnahme des Pflegedienstes geklärt werden*, *erteilen die Landesverbände der Pflegekassen unverzüglich einen neuen Prüfauftrag für eine abrechnungsbezogene Anlassprüfung.*

Abs. 3, S. 11, Z. 5-6

Bewertung:

Die Abrechnungsprüfung kann sich unserer Ansicht nach nur auf die

Personenstichprobe gemäß Ziffer 6 Absatz 7 und 8 dieser Richtlinien in der korrigierten Version beziehen. Wir verweisen hier auf unsere Anmerkung zu Kapitel 6, Absatz 7 und 8.

Abs. 4, S. 11, Z. 14-16

Bewertung:

Der letzte Satz in Absatz 4 schafft eine eindeutige Prüfgrundlage (*Wenn für privat versicherte Pflegebedürftige keine entsprechenden Vertragsunterlagen zur Verfügung stehen, ist bei diesen Personen eine Prüfung der vertragskonformen Abrechnung der Leistungen nicht möglich),* die Regelung ist deshalb zu begrüßen.

Abs. 5, S. 11, Z. 18-30

Bewertung:

Die Abrechnungsprüfung ist grundsätzlich eine Stichtags- und Vor-Ort-Prüfung. Unterlagen in Form von Kopien sollten daher nur in Ausnahmefällen und/oder zu Nachweiszwecken angefertigt und mitgenommen werden. Kostenvoranschläge können von Pflegeverträgen

abweichen. Ein Kostenvoranschlag wird vor Rechnungsstellung erstellt und ist daher auch nicht abrechnungsrelevant. Daher sind die Kostenvoranschläge aus der Aufzählung der abweichungsrelevanten Abrechnungsdaten zu streichen. Darüber hinaus wird die Rechnungsstellung oftmals in einer Zentrale bzw. am Hauptsitz des Trägers des ambulanten Pflegedienstes vorgenommen, so dass Rechnungen in den Einrichtungen nicht vorliegen und auch nicht mit angemessenem Aufwand vorgelegt werden können.

Zu definieren ist der Begriff der relevanten Unterlagen. Da abrechnungsrelevante Unterlagen auch sensible krankheitsbezogene Versichertendaten beinhalten, muss bei der Weitergabe der Unterlagen vom MDK bzw. PKV-Prüfdienste an den zuständigen Landesverband der Pflegekassen die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen gewährleistet sein.

Lösung:

Streichung des Wortes „Kostenvoranschläge“ in Satz 1.

Zusätzliche Aufnahme des Satzes: *Die Datenschutzbestimmungen müssen eingehalten werden.*

Des Weiteren ist eine Definition des Begriffs der relevanten Unterlagen aufzunehmen.

Anlage 1 zu Teil 1: Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege

Da die Kriterien der Anlage 1 auch Bestandteil der Prüfanleitung (Anlage 2) sind, wird im Folgenden zu beiden Anlagen gemeinsam Stellung genommen.

Anlage 2 zu Teil 1: Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst (ab S. 3, Z. 1)

Bewertung:

Zunächst ist festzustellen, dass alle Angaben unter 1. mit M/Info gekennzeichnet sind. Wenn die Angaben nur einen informativen Charakter haben, ist zu hinterfragen, warum sie dann darüber hinaus auch mit M gekennzeichnet sind, was den Hinweisen auf dem Deckblatt zufolge Mindestangabe bedeutet. Letztendlich soll in den Qualitätsprüfungen die Qualität der Leistungserbringung überprüft werden. Viele der abgefragten Angaben sind den Pflegekassen aus den Verträgen mit den ambulanten Diensten und regelmäßig einzureichenden Strukturerhebungsbögen bekannt. Auch ist in der QPR unter 3. Prüfauftrag Abs. 3 ausgeführt, dass dem MDK bzw. dem Prüfdienst der PKV mit dem Prüfauftrag die erforderlichen Informationen und Unterlagen für die Qualitätsprüfung, insbesondere Institutionskennzeichen, Versorgungsverträge, Strukturdaten, festgelegte Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI etc. von den Pflegekassen zur Verfügung gestellt werden.

Lösung:

Die umfangreichen Informationsfragen unter 1. sollten auf ein sinnvolles und angemessenes Maß reduziert werden. Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zu Transparenz, Vereinfachung der Prüfung und Abbau von Bürokratie entsprochen.

1.6 Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl Pflegebedürftige mit (S. 8, Z. 5)

Bewertung:

Die Zusammenstellung der genannten Diagnosen bzw. besonderen Pflegesituationen ist nicht nachvollziehbar und nicht vollständig. Uns erschließt sich auch der Mehrwert, der sich aus der quantitativen Aufstellung ergeben soll, nicht. Des Weiteren ist nicht nachvollziehbar, warum diese Tabelle als Hintergrundinformation für die Beantwortung weiterer Prüffragen dient.

Lösung:

Gerade vor dem Hintergrund einer Stichprobenprüfung, wie sie von der Schiedsstelle nach
§ 113b SGB XI in der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant festgelegt wurde, ist aus unserer Sicht der ganze Punkt entbehrlich. (Im Übrigen sei zu diesem Sachverhalt auch auf unsere einleitenden Ausführungen zu Kernforderung 4 verwiesen.)

1.8 Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt? (S. 8, ab Z. 20)

Bewertung:

Unter 1.8 wird abgefragt, ob die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt werden, wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden. Hier kann nur das abgeprüft werden, was vertraglich mit dem Pflegedienst vereinbart wurde.

Lösung:

Unseres Erachtens muss bei jedem der vier Items (a bis d) das Feld „trifft nicht zu“ ankreuzbar sein, wenn der entsprechende Inhalt vertraglich nicht vereinbart wurde.

1.9 Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht? (S. 9, Z. 1)

Bewertung:

Unter 1.9 wird erfragt, ob Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht werden und wenn ja, welche. Leider erschließt sich die Relevanz der Frage im Rahmen der Überprüfung der Qualität der Leistungen des ambulanten Pflegedienstes nicht, wenn er doch für die

Erbringung der Leistungen verantwortlich zeichnet.

Lösung:

Frage 1.9 ist ersatzlos zu streichen. Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

3. Aufbauorganisation Personal (S. 11 ff.)

3.4 Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft? (S. 12, ab Z. 6)

3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig? (S. 12, ab Z. 12)

Bewertung:

Unklar ist die Interpretation der so genannten Informationsfragen 3.4 und

3.5. In der Prüfanleitung werden die Fragen damit begründet, dass ihre Beantwortung Hinweise darüber gibt, in welchem Umfang die verantwortliche Pflegefachkraft ihren Leitungsaufgaben nachkommen kann. Dies deutet darauf hin, dass aus Informationsfragen Bewertungen abgeleitet werden. Wie diese Bewertungen vorzunehmen sind, bleibt offen und damit der persönlichen Auffassung der jeweiligen Prüferinnen und Prüfer überlassen. Inwieweit eine verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig wird, hängt von vielen Faktoren ab, nicht zuletzt von der Größe des Pflegedienstes oder auch bestimmten fachlichen Aspekten. Ob die verantwortliche Pflegefachkraft ihren Leitungsaufgaben nachkommt, zeigt sich an den Ergebnissen ihrer Arbeit und ist ausschließlich danach zu bewerten.

Lösung:

Die Fragen 3.4 und 3.5 sind ersatzlos zu streichen. Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

3.8 Zusammensetzung Personal (S. 13)

Bewertung:

Hier soll eine sehr umfangreiche und detaillierte Tabelle im

Erhebungsbogen einen Überblick über die Personalzusammensetzung des Pflegedienstes geben. Es gibt keine gesetzliche oder vertragliche Grundlage, welche die Erhebung der gesamten Personalstruktur im Rahmen einer Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI in einem ambulanten Dienst rechtfertigen könnte.

Lösung:

Auf eine Erfassung der Zusammensetzung des Personals ist, auch vor dem Hintergrund des ausschließlich informativen Charakters der Frage, im Rahmen der QPR-Prüfung zu verzichten. Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

4. Ablauforganisation (S. 14 f.)

4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert? (S. 14, Z. 23)

Bewertung:

Die Vertragspartner nach § 113 SGB XI haben sich bewusst dagegen

entschieden, die Pflegedienste auf Bezugspflege zu verpflichten - wohl wissend, dass die Organisation von Bezugspflege kostenrelevant ist. Es ist deshalb nicht zulässig, dass der MDK die Bezugspflege als Qualitätskriterium prüft. Auch die Frage nach der personellen Kontinuität passt nicht zur Versorgungssituation in der häuslichen Pflege. Es muss als fachgerecht gelten, pflegerische Leistungen nach SGB V und SGB XI sowie hauswirtschaftliche Leistungen in der ambulanten Pflege durch wechselndes Personal erbringen zu lassen.

Lösung:

Frage 4.1 ist ersatzlos zu streichen. Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

4.2 Hat die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben? (S. 14, Z. 25)

Bewertung:

Unklar ist, nach welchen Kriterien bewertet werden soll, ob die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben hat. Der Begriff „ausreichend“ ist zu unbestimmt. Maßstab ist damit eine subjektive Einschätzung der Prüferin/des Prüfers,

die zudem auf einer Momentaufnahme beruht (s. dazu auch unseren Kommentar zu den Fragen 3.4 und 3.5)

Lösung:

Frage 4.2 ist ersatzlos zu streichen. Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung nachvollziehbar gewährleistet? (S. 14, Z. 35)

Bewertung:

Die fachliche Anleitung soll auch anhand der Überprüfung von mitarbeiterbezogenen Pflegevisiten erfolgen. Pflegevisiten sind stets auf den/die Pflegebedürftige/n bezogen und nicht auf Mitarbeiter.

Lösung:

Diese Frage ist zu streichen. Alternativ könnte in den Erläuterungen zur Prüffrage die „mitarbeiterbezogene Pflegevisite“ durch „Dokumente des

Qualitätsmanagements“ ersetzt werden. Gleichzeitig möchten wir darauf hinweisen, dass es sich nach der neuen Terminologie im PSG II nicht mehr um „grundpflegerische Tätigkeiten“ sondern um „körperbezogene Pflegemaßnahmen“ handelt.

4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor? (S. 15)

Bewertung:

Bei der Prüfung wird auch nach dem Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit) gefragt. Diese Frage ist für die Eignung der Dienstpläne irrelevant; es ist unklar, welchem Zweck sie dient. Dasselbe gilt für Soll-, Ist- und Ausfallzeiten. Es gehört nicht zu den Aufgaben des MDK bzw. des Prüfdienstes der PKV, die Einhaltung der Arbeitszeitbestimmungen zu überprüfen.

Lösung:

Die Kriterien sind entsprechend zu streichen. Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum

Abbau von Bürokratie entsprochen. Des Weiteren ist hier zu berücksichtigen, dass die Dienstpläne auch in elektronischer Form in der EDV geführt werden können.

5. Qualitätsmanagement (S. 16 ff.)

Bewertung:

Das bisherige Kapitel 5 „Konzeptionelle Grundlagen“ wurde bis auf die Frage 5.1 gestrichen. Diese Streichung war längst fällig und ist uneingeschränkt zu begrüßen.

5.1 Liegt die Zuständigkeit für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen? (S. 16, Z. 2)

Bewertung:

In den Erläuterungen zur Prüffrage wird Bezug zu den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113

SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011 genommen und ausgeführt, dass die Verantwortung für die Umsetzung des Qualitätsmanagements auf der Leitungsebene des ambulanten Pflegedienstes liegen muss. Wir regen deshalb an, die Fragestellung entsprechend anzupassen.

Lösung:

In der Fragestellung ist der Begriff *Zuständigkeit* durch *Verantwortung* zu ersetzen.

5.2 Setzt der ambulante Pflegedienst die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um? (S. 16, ab Zeile 18)

Bewertung:

Unter 5.2 soll erhoben werden, ob zwei per Zufall ausgewählte Expertenstandards vollständig im internen Qualitätsmanagement implementiert sind. Die Nationalen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNPQ) sind pflegefachliche Instrumente und keine Instrumente des Qualitätsmanagements (QM). Insofern geht es nicht darum, ob die Instrumente als solche im QM verankert sind, sondern vielmehr darum, ob die Pflege nach den im Standard aufbereiteten aktuellen fachlichen

Wissensstand erbracht wird. Ziel der Expertenstandards ist dabei, den Pflegenden vor Ort ein Instrument an die Hand zu geben, mit dessen Hilfe sie dies erreichen können. Ggf. ist dies aber auch durch andere Instrumente und Methoden zu erreichen. Ein Nachweis für die Wirksamkeit der Umsetzung von Expertenstandards fehlt bisher.

Zwar gibt das DNQP Empfehlungen zur Implementierung der Expertenstandards; diese beruhen aber auf dem Vorgehen bei der modellhaften Implementierung im Rahmen der Standardentwicklung. Eine Eins-zu-eins-Übertragung dieser Methode ist gerade für kleine Einrichtungen und ambulante Dienste häufig nicht leistbar und es spricht nichts dagegen, andere Formen der Implementierung zu wählen. Der Verweis auf die gerichtliche Einordnung der Expertenstandards als vorweggenommene Sachverständigengutachten ist nicht zielführend und ist daher zu entfernen. Denn die Implementierung der Expertenstandards setzt eine gesetzliche oder vertragliche Verbindlichkeit voraus, die Expertenstandards einzuhalten. Nur dann ist eine vollständige Umsetzung und demzufolge auch Überprüfbarkeit zu fordern.

Fraglich ist auch, ob die Auswahl der Expertenstandards tatschlich per Zufall erfolgt, oder eher im freien Ermessen des Prüfers steht. Ob dieser seine Entscheidung „aus dem Bauch heraus“ oder mit einer bestimmten Zielrichtung bzw. aus bestimmten Erwägungen heraus auswählt, bleibt ihm überlassen. Eine Zufallsauswahl wird daher in seltenen Fällen vorliegen.

Lösung:

Diese Prüffrage ist weder rechtlich noch fachlich gedeckt und daher ersatzlos zu streichen. Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen (Prozess- und Ergebnisqualität) (ab S. 20)

Bewertung:

Wir verweisen auf unsere Ausführungen zur Ergebnisqualität unter unseren Kernforderungen der BAGFW: Hier wird keine Ergebnisqualität geprüft.

Lösung:

Der Titel des Erhebungsbogens ist in *Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen (Struktur- und Prozessqualität)* umzubenennen.

Den Ausführungen zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen ist im Weiteren voranzustellen, dass eine angemessene Bewertung des Pflegedienstes nur dann möglich ist, wenn die Qualitätsprüfung auf die von ihm erbrachten Leistungen eingegrenzt wird. In dem Entwurf der Prüfanleitung fehlt bei der Ist-Erhebung der Pflegesituation eine Eingrenzung auf die im Rahmen von Leistungsvereinbarungen mit dem/der Pflegebedürftigen abgestimmten erforderlichen Leistungen bzw. auf die vom Arzt verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen auch unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts des/der Pflegebedürftigen.

8. Behandlungspflege (ab S. 22)

8.5 Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen? (S. 25, Z. 8)

Bewertung:

Lt. Prüfanleitung ist diese Frage u.a. dann mit „ja“ zu beantworten, wenn die Maßnahme nach dem aktuellen Stand des Wissens erfolgt. Dazu ist festzustellen, dass Blasenspülungen – früher bei Infektionen der Harnblase oder auch zur Infektionsprophylaxe üblich – seit geraumer Zeit nicht mehr dem State of the Art entsprechen. (Siehe dazu z.B. folgenden Textausschnitt aus dem Artikel „Katheterdrainage der Harnblase heute, Deutsches Ärzteblatt 2000/97 (4): „Die für eine Blasenspülung erforderliche Diskonnektion eines geschlossenen Harnableitungssystems leistet der Entstehung nosokomialer Harnwegsinfektionen Vorschub und sollte schon aus diesem Grunde auf ein Minimum beschränkt werden. Die Gefährdung wird, wegen des fremdkörperinduzierten entzündlichen Ödems der Blasenschleimhaut durch manuelle Spülung mit unkontrollierbarem, intravesikalem Druck verstärkt. Eine relevante Keimreduktion oder gar -elimination kann durch die früher üblichen routinemäßigen Spülungen mit indifferenten Medien (zum Beispiel Kochsalzlösung 0,9-prozentig, Ringerlösung) nicht erreicht werden. Auch Katheterinkrustationen lassen sich so nicht vermeiden. Die Irrigation der Harnblase mit Antiseptika (zum Beispiel Chlorhexidin, wässrige PVP-Jod-Lösung) kann schon aus toxikologischen Gründen nicht empfohlen werden, und die topische Applikation systemisch anwendbarer Antibiotika ist obsolet. Lediglich bei symptomatischen Pilzinfektionen kann eine Indikation zur Instillation antifungaler Substanzen (zum Beispiel Miconazol, Nystatin) bestehen.“ Quelle: <link http: www.aerzteblatt.de archiv>www.aerzteblatt.de/archiv/20959).

Wenn – wie oben beschrieben – eine Indikation lediglich zur Instillation antifungaler Substanzen angezeigt ist, dann wäre dies unter 8.12 „Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?“ zu erfassen.

Lösung:

Frage 8.5 ist ersatzlos zu streichen. Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

8.14 Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen?

Bewertung:

Neu ist hier die Erläuterung zur Prüffrage: „Grundsätzlich sind alle behandlungspflegerischen Maßnahmen unter der entsprechenden Fragestellung in Kapitel 8 zu bewerten. Bei dem Kriterium zur speziellen Krankenbeobachtung sind die Interventionsbereitschaft, die Vitalzeichenkontrolle und deren Dokumentation einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallenden medizinisch-pflegerischen Maßnahmen, die anderweitig nicht erfasst werden können, zu bewerten.“

Diese Erläuterung trägt unserer Ansicht nach wenig zur Klärung der Frage

bei, ob mit der speziellen Krankenbeobachtung „sachgerecht“ umgegangen wird. Die Inhalte der speziellen Krankenbeobachtung sind zudem nicht präzise und auch nicht vollständig dargestellt.

In der HKP-Richtlinie von März 2016 wird unter Position 24 die spezielle Krankenpflege beschrieben als: „kontinuierliche Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinisch-pflegerischen Maßnahmen“ und „Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Maßnahmen“.

Lösung:

Die Erläuterungen zu Prüffrage 8.14 sind zu präzisieren bzw. an eine Definition von spezieller Krankenbeobachtung anzupassen.

8.21 Wird mit s.c. Infusionen sachgerecht umgegangen?

Bewertung:

Diese Prüffrage wurde neu aufgenommen. In der Erläuterung zur Prüffrage steht, dass sich die Hinweise zur sachgerechten Durchführung einer

subkutanen Infusion aus der Grundsatzstellungnahme Essen und Trinken im Alter (MDS, 2014) ergeben. Diese Erläuterung trägt unseres Erachtens wenig zur Klärung bei, ob mit einer subkutanen Infusion sachgerecht umgegangen wird, zumal in der Grundsatzstellungnahme selbst auf die unter Position 16a beschriebenen Kriterien für eine subkutane Infusion der die HKP-Richtlinie (Stand 8/2013) verwiesen wird.

Lösung:

Die Erläuterungen zu Prüffrage 8.21 sind zu präzisieren.

8.23 Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement? (S. 29; Z. 1)

Bewertung:

Lt. Prüfanleitung bezieht sich diese Frage auf Medikamentengabe, Injektionen, Richten von Injektionen und das Auflegen von Kälteträgern im Zusammenhang mit Schmerzen. Es ist unklar, was und in welchem Umfang dabei geprüft und bewertet werden soll, zumal die genannten Aspekte ohnedies Teil von Kapitel 8 „Behandlungspflege“ sind. Abgesehen davon ist im Rahmen einer Schmerzbehandlung häufig auch eine Wärmetherapie angezeigt; die Aufzählung wäre demnach unvollständig.

Im Folgetext steht, dass die Frage nach einem „angemessenen pflegerischen Schmerzmanagement“ mit „ja“ zu beantworten sei, wenn eine systematische Schmerzeinschätzung (Befragung, Beobachtung) erfolgt und es werden entsprechende Kriterien zur Schmerzeinschätzung angegeben.

Diese Erläuterung trägt unseres Erachtens wenig zur Klärung bei, ob ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement erfolgt. Zumal ein pflegerisches Schmerzmanagement mehr beinhalten muss als Schmerzeinschätzung und die Durchführung von Verordnungen (z. B. Medikamentengabe). Vielmehr geht es darum, der Entstehung von Schmerzen vorzubeugen und bestehende Schmerzen zu lindern oder auszuschalten, um so die Lebensqualität des /der Pflegebedürftigen zu erhalten oder zu verbessern. Diese vielfältigen und z. T. sehr verschiedenen Anforderungen an ein pflegerisches Schmerzmanagement sollten in der Erläuterung zur Prüffrage entsprechend berücksichtigt werden

Lösung:

Die Erläuterungen zu Prüffrage 8.23 sind zu präzisieren und so zu gestalten, dass sie den Anforderungen an ein pflegerisches Schmerzmanagement gerecht werden.

8.24 Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen? (S. 29, Z. 18)

Bewertung:

In der Stellungnahme der BAGFW zu den QPR aus dem Jahre 2013 hatten wir darauf hingewiesen, dass bei dieser Frage der fachlich richtige Begriff „Tracheostoma“ verwendet werden sollte. In den Erhebungsbogen stationär wurde dies auch so aufgenommen. Dort steht unter Prüffrage 10.11 „Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?

Lösung:

Die Prüffrage 8.24 wird entsprechend angepasst: „Wird mit *Tracheostoma/*Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?“.

8.33 Wird mit Sanierung von MRSA-Trägern sachgerecht umgegangen? (S. 32, Z. 28)

Bewertung:

Die Prüfanleitung übernimmt die Anforderungen aus Position 26a „Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose“

des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der HKP-Richtlinie. Im Weiteren soll hier bewertet werden, ob die Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus-aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut (RKI) bei der Umsetzung der Maßnahme beachtet werden. Besonders zu beachten seien dabei Hinweise zur Basishygiene sowie zur Bekämpfung unter III.1 sowie weitergehende Hinweise.

Dazu ist festzustellen, dass die Empfehlungen des RKI nur zu einem sehr geringen Teil auf die Situation in der ambulanten Pflege Bezug nehmen. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass bei Patienten im häuslichen Umfeld eine Reihe von Maßnahmen aus dem Bereich „Basishygiene“ entfällt (so z.B. die Desinfektion von Geschirr, das Sammeln von Abfällen im Zimmer). Letztlich lassen sich die Maßnahmen zur Basishygiene damit auf Händehygiene – die im Übrigen lt. RKI den bedeutendsten Faktor bei der Prävention einer Übertragung von MRSA darstellt – auf das Aufbereiten von Medizinprodukten und ggf. auf das Tragen von Schutzkleidung beschränken.

Da sich die Prüffrage 8.33 aber auf die Sanierung von MRSA-Trägern bezieht, wären hier auch nur jene Maßnahmen aufzuführen, die der Dekolonisierung dienen (vgl. Empfehlungen des RKI, S. 714 ff.) sowie ggf. Hygienemaßnahmen, die in einem direkten Zusammenhang mit einer Dekolonisierung stehen.

Eine Prüfung und Bewertung der Umsetzung der „Allgemeine Empfehlungen für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Wohlfahrtspflege“ (Kap. III.1 der Empfehlungen) ist hier nicht angezeigt, sondern sollte primär unter 6. „Hygiene“ erfolgen.

Lösung:

Prüffrage 8.33 ist auf jene Maßnahmen zu begrenzen, die in einem direkten Zusammenhang mit der Sanierung von MRSA-Trägern stehen. Die Umsetzung der allgemeinen Maßnahmen zur Basishygiene sind im Zusammenhang mit der Überprüfung des Bereichs „Hygiene (Kapitel 6) zu erheben.

9. Mobilität (ab S. 33)

9.1 Pflegebedürftigen angetroffen (S. 33, Z. 2)

Bewertung:

Welchem Zweck die Informationsfrage dienen soll, ob der/die Pflegebedürftige liegend, sitzend, stehend, in Tageskleidung oder

Nachtwäsche angetroffen wird, ist nicht klar.

Lösung:

Die Informationssammlung unter 9.1 ist auf das Wesentliche zu begrenzen, gleiches gilt für 9.2. Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

9.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? (S. 33, Z. 22)

Bewertung:

Hier soll die Prüferin bzw. der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu beziehen, ob aus ihrer/seiner Sicht Anhaltspunkte für ein erhöhtes Sturzrisiko bestehen. Diese Zusatzfrage stellt eine unnötige Doppelung zu den schon vorhandenen Fragen dar, in denen ein Pflegeproblem nochmals bewertet wird. Dies stellt nicht nur einen unnötigen Aufwand dar, sondern negiert auch pauschal die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte der Pflegedienste durch eine externe Momentaufnahme.

Sollte die Prüferin bzw. der Prüfer im Einzelfall Zweifel an der Aktualität oder Richtigkeit einer Risikoeinschätzung haben, besteht grundsätzlich die Möglichkeit, die vorhandene Einschätzung zu hinterfragen. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen, gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVA vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung' protokolliert. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.")

Lösung:

Aus Sicht der BAGFW ist daher auf diese Zusatzfrage grundsätzlich zu verzichten und die Einschätzung der Pflegerisiken durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen prinzipiell zu übernehmen. Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

9.5 Werden bei Pflegebedürftigen mit einem erhöhten Sturzrisiko Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Sturzes beraten? (S. 34, Z. 1)

Bewertung:

Im Erhebungsbogen ambulant ist festzustellen, dass bei verschiedenen Fragen Beratungsleistungen der Pflegeeinrichtungen gegenüber pflegebedürftigen Menschen und Angehörigen abgefragt werden. Dies sind die Fragen 9.5/ 9.7 /11.3/12.2. Zur Erhebung wird folgendes Fragenschema verwandt: "Werden Pflegebedürftige/ Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur .... beraten (z. B. ....)? mit dichotomen Antwortvorgaben (ja/nein). Mit den Fragen 9.5/ 9.7/11.3/12.2. wird dem ambulanten Pflegedienst eine Beratungspflicht zugeschrieben, die aus dem Leistungserbringungsrecht nicht ableitbar und begründbar ist. Dafür gibt es keine Finanzierung. Es handelt sich hier um eine unzulässige Ausweitung der Beratungsverpflichtung für ambulante Pflegedienste, so lange keine Finanzierung hinterlegt ist.

Darüber hinaus können ambulante Pflegedienste Beratung nur erbringen als verordnete Leistung gem. § 37 SGB V oder gem. Vereinbarungen zu Schulungen in der Häuslichkeit nach § 45 SGB XI oder im Kontext der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI bei den Pflegegeldbeziehern.

Lösung:

Die hier angeführten Beispiele verdeutlichen, dass der GKV-Spitzenverband bzw. MDS - unabhängig von den auf Landesebene vereinbarten Leistungsbeschreibungen und Vergütungsregelungen - Leistungen definieren, die er von ambulanten Pflegediensten erwartet. Dies ist nicht zulässig, die genannten Fragen 9.5/ 9.7 /11.3/12.2. sind deshalb ersatzlos zu streichen.

9.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (S. 34, Z. 8)

Bewertung:

Hier soll die Prüferin bzw. der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu beziehen, ob aus ihrer/seiner Sicht Anhaltspunkte für ein Dekubitusrisiko bestehen. Diese Zusatzfrage stellt eine unnötige Doppelung zu den schon vorhandenen Fragen dar, in denen ein Pflegeproblem nochmals bewertet wird. Dies stellt nicht nur einen unnötigen Aufwand dar, sondern negiert auch pauschal die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte des ambulanten Dienstes durch eine externe Momentaufnahme.

Sollte die Prüferin bzw. der Prüfer im Einzelfall Zweifel an der Aktualität oder Richtigkeit einer Risikoeinschätzung haben, besteht bei den verbleibenden Fragen (z. B. bei „Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?“) noch immer die Möglichkeit die Einschätzung zu hinterfragen.

Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen, gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVA vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft des Pflegedienstes zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung' protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.")

Lösung:

Aus Sicht der BAGFW ist daher auf diese Zusatzfrage grundsätzlich zu verzichten und die Einschätzung der Pflegerisiken durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste prinzipiell zu übernehmen. Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

9.7 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwüres beraten (z. B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)? (S. 34, Z. 13)

Bewertung:

Im Erhebungsbogen ambulant ist festzustellen, dass bei verschiedenen Fragen Beratungsleistungen der Pflegeeinrichtungen gegenüber pflegebedürftigen Menschen und Angehörigen abgefragt werden. Dies sind die Fragen 9.5/ 9.7 /11.3/12.2. Zur Erhebung wird folgendes Fragenschema verwandt: "Werden Pflegebedürftige/ Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur .... beraten (z. B. ....)? mit dichotomen Antwortvorgaben (ja/nein). Mit den Fragen 9.5/ 9.7/11.3/12.2. wird dem ambulanten Pflegedienst eine Beratungspflicht zugeschrieben, die aus dem Leistungserbringungsrecht nicht ableitbar und begründbar ist. Dafür gibt es keine Finanzierung. Es handelt sich hier um eine unzulässige Ausweitung der Beratungsverpflichtung für ambulante Pflegedienste, so lange keine Finanzierung hinterlegt ist.

Darüber hinaus können ambulante Pflegedienste Beratung nur erbringen als verordnete Leistung gem. § 37 SGB V oder gem. Vereinbarungen zu Schulungen in der Häuslichkeit nach § 45 SGB XI oder im Kontext der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI bei den Pflegegeldbeziehern.

Lösung:

Die hier angeführten Beispiele verdeutlichen, dass der GKV-Spitzenverband bzw. MDS - unabhängig von den auf Landesebene vereinbarten Leistungsbeschreibungen und Vergütungsregelungen - Leistungen definieren, die er von ambulanten Pflegediensten erwartet. Dies ist nicht zulässig, die genannten Fragen 9.5/ 9.7 /11.3/12.2. sind deshalb ersatzlos zu streichen.

10. Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung (S. 35 ff.)

10.1 Gewicht, Größe, …(S. 35, Z. 6)

Bewertung:

Die regelmäßige und unbegründete Erhebung von Gewicht und Größe ist abzulehnen. Die Bedeutung, die hier dem BMI zugemessen wird, entspricht keineswegs dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Unabhängig davon ist eine differenzierte Erhebung des Gewichts im häuslichen Umfeld oftmals gar nicht möglich, da u.a. keine geeigneten Waagen vorhanden sind oder aber der Pflegebedürftige dies nicht wünscht. Wenn tatsächlich eine relevante Gewichtsabnahme vorliegt, lässt sich das über andere geeignete Indikatoren wie z.B. zu weit gewordene Kleidung und schlecht sitzende Zahnprothesen feststellen.

Lösung:

Die Prüfpraxis des MDK bzw. des Prüfdienstes der PKV muss an dieser Stelle eine Korrektur erfahren, da das unreflektierte regelmäßige Wiegen der Pflegebedürftigen – und dies möglicherweise zudem auf dafür

ungeeigneten Haushaltswaagen – aus unserer Sicht einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der pflegebedürftigen Menschen darstellt und unnötig ist. Diesbezüglich sei auch nochmals auf unsere einleitenden Ausführungen zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen verwiesen.

10.2 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit…(S. 36, Z. 1)

s. dazu unsere Anmerkungen unter 9.1

10.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? (S. 36, Z. 2)

Bewertung:

Hier soll die Prüferin bzw. der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu beziehen, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung vorliegen. Diese Zusatzfragen stellen unnötige Doppelungen zu den schon vorhandenen Fragen dar, in denen ein Pflegeproblem nochmals bewertet wird. Dies

stellt nicht nur einen unnötigen Aufwand dar, sondern negiert auch pauschal die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte des ambulanten Dienstes durch eine externe Momentaufnahme.

Sollte die Prüferin bzw. der Prüfer im Einzelfall Zweifel an der Aktualität oder Richtigkeit einer Risikoeinschätzung haben, besteht bei den verbleibenden Fragen (z. B. bei „Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?“) noch immer die Möglichkeit die Einschätzung zu hinterfragen. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen, gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVS vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft des ambulanten Pflegedienstes zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung‘ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.“)

Lösung:

Aus Sicht der BAGFW ist daher auf diese Zusatzfrage grundsätzlich zu verzichten und die Einschätzung der Pflegerisiken durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste prinzipiell zu übernehmen. Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur

Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

10.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? (S. 36, Z. 19)

Bewertung:

Hier soll die Prüferin bzw. der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu beziehen, ob aus ihrer/seiner Sicht Anhaltspunkte für Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung vorliegen. Diese Zusatzfrage stellt eine unnötige Doppelung zu den schon vorhandenen Fragen dar, in denen ein Pflegeproblem nochmals bewertet wird. Dies stellt nicht nur einen unnötigen Aufwand dar, sondern negiert auch pauschal die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte der ambulanten Dienste durch eine externe Momentaufnahme.

Sollte die Prüferin bzw. der Prüfer im Einzelfall Zweifel an der Aktualität oder Richtigkeit einer Risikoeinschätzung haben, besteht bei den verbleibenden Fragen (z. B. bei „Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?“) noch immer die Möglichkeit die Einschätzung zu hinterfragen. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen, gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVS vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den

Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft des ambulanten Pflegedienstes zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung' protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.")

Lösung:

Aus Sicht der BAGFW ist daher auf diese Zusatzfrage grundsätzlich zu verzichten und die Einschätzung der Pflegerisiken durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste prinzipiell zu übernehmen. Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

11. Ausscheidung (S. 39 f.)

Bewertung:

Bezüglich der Informationssammlung unter 11.1 und 11.2 verweisen wir

auf die einleitenden Ausführungen zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen sowie die Kommentare zu den Prüffragen 9.1 und 10.2.

11.2 Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz? (S. 39, Z. 4)

Bewertung:

Hier soll die Prüferin/der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu beziehen, ob aus ihrer/seiner Sicht Einschränkungen der Kontinenz sowie Hilfebedarf bei einer bestehenden Inkontinenz vorliegen. Diese Zusatzfrage stellt eine unnötige Doppelung zu den schon vorhandenen Fragen dar, in denen ein Pflegeproblem nochmals bewertet wird. Dies stellt nicht nur einen unnötigen Aufwand dar, sondern negiert auch pauschal die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte der ambulanten Dienste durch eine externe Momentaufnahme.

Sollte die Prüferin bzw. der Prüfer im Einzelfall Zweifel an der Aktualität oder Richtigkeit einer Risikoeinschätzung haben, besteht bei den verbleibenden Fragen (z. B. bei „Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?“) noch immer die Möglichkeit die Einschätzung zu hinterfragen. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen,

gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVA vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft des ambulanten Pflegedienstes zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung' protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.")

Lösung:

Aus Sicht der BAGFW ist daher auf diese Zusatzfrage grundsätzlich zu verzichten und die Einschätzung der Pflegerisiken durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste prinzipiell zu übernehmen. Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

11.3 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z. B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)? (S. 39, Z. 15)

Bewertung:

Im Erhebungsbogen ambulant ist festzustellen, dass bei verschiedenen Fragen Beratungsleistungen der Pflegeeinrichtungen gegenüber pflegebedürftigen Menschen und Angehörigen abgefragt werden. Dies sind die Fragen 9.5/ 9.7 /11.3/12.2. Zur Erhebung wird folgendes Fragenschema verwandt: "Werden Pflegebedürftige/ Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur .... beraten (z. B. ....)? mit dichotomen Antwortvorgaben (ja/nein). Mit den Fragen 9.5/ 9.7/11.3/12.2. wird dem ambulanten Pflegedienst eine Beratungspflicht zugeschrieben, die aus dem Leistungserbringungsrecht nicht ableitbar und begründbar ist. Dafür gibt es keine Finanzierung. Es handelt sich hier um eine unzulässige Ausweitung der Beratungsverpflichtung für ambulante Pflegedienste, so lange keine Finanzierung hinterlegt ist.

Darüber hinaus können ambulante Pflegedienste Beratung nur erbringen als verordnete Leistung gem. § 37 SGB V oder gem. Vereinbarungen zu Schulungen in der Häuslichkeit nach § 45 SGB XI oder im Kontext der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI bei den Pflegegeldbeziehern.

Lösung:

Die hier angeführten Beispiele verdeutlichen, dass der GKV-Spitzenverband bzw. MDS - unabhängig von den auf Landesebene vereinbarten Leistungsbeschreibungen und Vergütungsregelungen - Leistungen definieren, die er von ambulanten Pflegediensten erwartet.

Dies ist nicht zulässig, die genannten Fragen 9.5/ 9.7 /11.3/12.2. sind deshalb ersatzlos zu streichen.

12.2 Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z. B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)? (S. 40, Z. 20)

Bewertung:

Im Erhebungsbogen ambulant ist festzustellen, dass bei verschiedenen Fragen Beratungsleistungen der Pflegeeinrichtungen gegenüber pflegebedürftigen Menschen und Angehörigen abgefragt werden. Dies sind die Fragen 9.5/ 9.7 /11.3/12.2. Zur Erhebung wird folgendes Fragenschema verwandt: "Werden Pflegebedürftige/ Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur .... beraten (z. B. ....)? mit dichotomen Antwortvorgaben (ja/nein). Mit den Fragen 9.5/ 9.7/11.3/12.2. wird dem ambulanten Pflegedienst eine Beratungspflicht zugeschrieben, die aus dem Leistungserbringungsrecht nicht ableitbar und begründbar ist. Dafür gibt es keine Finanzierung. Es handelt sich hier um eine unzulässige Ausweitung der Beratungsverpflichtung für ambulante Pflegedienste, so lange keine Finanzierung hinterlegt ist.

Darüber hinaus können ambulante Pflegedienste Beratung nur erbringen

als verordnete Leistung gem. § 37 SGB V oder gem. Vereinbarungen zu Schulungen in der Häuslichkeit nach § 45 SGB XI oder im Kontext der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI bei den Pflegegeldbeziehern.

Lösung:

Die hier angeführten Beispiele verdeutlichen, dass der GKV-Spitzenverband bzw. MDS - unabhängig von den auf Landesebene vereinbarten Leistungsbeschreibungen und Vergütungsregelungen - Leistungen definieren, die er von ambulanten Pflegediensten erwartet. Dies ist nicht zulässig, die genannten Fragen 9.5/ 9.7 /11.3/12.2. sind deshalb ersatzlos zu streichen.

13. Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

13.6 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation

eingesetzt worden? (S. 42, Z. 32)

Bewertung:

Die Frage ist nach den gegenwärtigen Erläuterungen mit „ja“ zu beantworten, wenn die eingesetzten Mitarbeiter die formale Qualifikation haben oder für eingesetzte Mitarbeiter ohne formale Qualifikation der Nachweis der materiellen Qualifikation (z. B. Fortbildung, Anleitung) vorliegt. Wie dies im Rahmen der Ist-Erhebung beim Pflegebedürftigen erhoben werden kann, erschließt sich nicht. Der Einsatz der Mitarbeiter liegt in der Verantwortung der verantwortlichen Pflegefachkraft.

Lösung:

Frage 13.6 ist ersatzlos zu streichen. Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

14. Abrechnungsprüfung (S. 43 ff.)

Kapitel 14. wurde neu eingefügt und enthält eine Reihe von Prüffragen zur Abrechnung von Leistungen nach SGB XI (14.1), Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V (14.2) sowie sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung (14.3). Zu den einzelnen Unterpunkten innerhalb dieser Themenkomplexe nehmen wir im Folgenden Stellung:

14.1 Abrechnungsprüfung von Leistungen nach dem SGB XI (S. 43 ff.)

14.1.2 Abrechnungszeitraum für körperbezogene Pflegemaßnahmen (S. 43, Z. 17-21)

Bewertung:

Die Abrechnungsprüfung für körperbezogene Pflegemaßnahmen erfolgt für mindestens 7 Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder 2 Feiertage. Um die Abrechnungsprüfung auch für die ambulanten Pflegedienste praktikabel und mit einem vernünftigen Ressourceneinsatz zu gestalten, sollte auch definiert werden, welcher zeitlichen Periode die sieben Tage zugeordnet werden. Wir schlagen vor, hier auf die letzten sechs Monate vor dem Prüfungsdatum bei Regelprüfungen zurückzugreifen.

Lösung:

Die Erläuterung zur Prüffrage ist wie folgt zu fassen: „Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens 7 Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder 2 Feiertage, *innerhalb der letzten sechs Monate vor dem Prüfungsdatum bei Regelprüfungen*.“

14.1.3 Vereinbarte Leistungen innerhalb des geprüften Abrechnungszeitraums (S. 43, Z. 23-28)

Bewertung:

Diese Prüffrage bezieht sich auf die Abrechnung der Leistungen von körperbezogenen Pflegemaßnahmen. Die Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen können erst ab dem Jahr 2017 erbracht werden, deshalb sollte klargestellt werden, dass diese Prüffrage erst 2017 zu Anwendung kommen kann.

Lösung:

Die Erläuterungen sollten um den folgenden Satz ergänzt werden*: „Die Prüffrage 14.1.3 kann erst im Jahr 2017 zur Anwendung kommen*“.

14.1.4 Leistungen, die im Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden (S. 43, Z. 30-33)

Bewertung:

Es fehlt ein Hinweis darauf, dass es sich bei den Leistungen um Leistungskomplexe, Einzelleistungen oder auch um Zeiteinheiten handeln kann.

Lösung:

Hier sollte in die Erläuterung aufgenommen werden, dass es sich hierbei um Leistungskomplexe, Einzelleistungen oder auch um Zeiteinheiten handeln kann.

14.1.5 Nachvollziehbarkeit der Leistungserbringung im Abrechnungszeitraum (S. 43 f., ab Zeile 35)

Bewertung:

1. Das Kriterium 14.1.5 ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist.

2. Alternativ dazu wird formuliert, dass das Kriterium 4.1.6 mit „nein“ zu beantworten ist, wenn insbesondere verschiedene Items gegeben sind. Diese Items sind teilweise klar formuliert wie z.B. „Leistung häufiger in Rechnung gestellt als erbracht“, teilweise mit einem hohen Ausmaß an

Interpretationsmöglichkeiten versehen. So ist u.a. anzukreuzen, ob Diskrepanzen zwischen Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz- /Tourenplanung und Dienstplan bestehen. Daneben wird auch geprüft, ob Diskrepanzen zwischen Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen bestehen. Diese beiden Items lassen zu viel an Interpretationsspielraum offen, dem ist durch Definitionen zu begegnen. Hier fehlt bei den Erläuterungen eine Definition von Diskrepanz.

Es wird auch nicht ausgeführt, in welchen Verhältnis die einzelnen Items zueinander stehen (Über-/Unterordnung) und wie viele Items erfüllt sein müssen, damit ein „nein“ angekreuzt wird.

3. Einzelne fehlende Handzeichen dürfen nach unserer Ansicht nicht zu einer negativen Antwort führen. Hierbei verweisen wir auch auf das Vorwort zur Anlage 3 der PTVA: *„Offensichtliche Ausnahmefehler in der Planung oder Dokumentation (z. B. fehlendes Handzeichen, Rechtschreibfehler) führen nicht zu einer negativen Beurteilung des Kriteriums oder der Gesamtbeurteilung des Pflegedienstes, da sie beim pflegebedürftigen Menschen keine Auswirkungen haben.“*

Lösung:

Zu 1.: Es fehlt hier eine Definition der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen. Diese ist hier aufzunehmen.

Zu 2.: Es ist eine Definition von Diskrepanzen aufzunehmen. Außerdem fehlen Ausführungen wann, welche Nachweisdokumente zu prüfen sind oder ob immer alle genannten Nachweisdokumente geprüft werden müssen.

Zu 3.: Bei den Erläuterungen ist eine PTVA-konforme Definition von offensichtlichen Ausnahmefehlern aufzunehmen.

14.1.6 Vertragskonformes In-Rechnung-Stellen der vereinbarten Leistungen (S. 44, Z. 18-24)

Bewertung:

Hier soll das Item „Leistung nicht vollständig erbracht“ bewertet werden. Der LK 1 Kleine Morgen-/Abendtoilette beinhaltet beispielsweise insbesondere: „An- und Auskleiden, Teilkörperwaschen, Mundpflege und Zahnpflege, Kämmen, Rasieren“. Im Pflegevertrag wird ausschließlich der LK 1 und nicht die jeweilige im LK 1 enthaltene mögliche Leistung vereinbart. Der LK 1 beinhaltet z. B. auch das Rasieren, dies bedeutet jedoch nicht, dass jede/r Pflegedürftige/r rasiert werden möchte. Ist die Leistung dann nicht vollständig erbracht? Das Kriterium „vollständig erbracht“ kann nur bei individuell vereinbarten Einzelleistungen (jeden Mittwoch für 30 Minuten Spaziergang), jedoch nicht bei Leistungskomplexen geprüft werden.

Wenn die Leistung fachlich nicht korrekt erbracht wurde, ist dies keine Frage der Abrechnungsprüfung, sondern ein Qualitätsmangel. Muss die Leistungserbringung abgebrochen werden, weil der körperliche oder psychische Zustand des/der Pflegegebedürftigen die Fortsetzung der Leistung nicht zulässt, so ist dies vom Pflegedienst im Berichteblatt zu dokumentieren. Aus unserer Sicht gilt die Leistung i.S. einer korrekten Abrechnung dann aber trotzdem als vollständig erbracht.

Lösung:

Streichung des Items *„Leistung nicht vollständig erbracht.* Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

14.1.7 Abrechnungszeitraum für pflegerische Betreuungsmaßnahmen (S. 44, Z. 17-30)

Bewertung:

Die Abrechnungsprüfung für pflegerische Betreuungsmaßnahmen erfolgt für mindestens 7 Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder 2 Feiertage.

Um die Abrechnungsprüfung auch für die ambulanten Pflegedienste praktikabel und mit einem vernünftigen Ressourceneinsatz zu gestalten, sollte auch definiert werden, welcher zeitlichen Periode die sieben Tage zugeordnet werden. Wir schlagen vor, hier auf die letzten sechs Monate vor dem Prüfungsdatum bei Regelprüfungen zurückzugreifen.

Lösung:

Die Erläuterung zur Prüffrage ist wie folgt zu fassen: „Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens 7 Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder 2 Feiertage, *innerhalb der letzten sechs Monate vor dem Prüfungsdatum bei Regelprüfungen*."

14.1.8 Vereinbarte Leistungen innerhalb des geprüften Abrechnungszeitraums (S. 45, Z. 1-6)

Bewertung:

Diese Prüffrage bezieht sich auf die Abrechnung der Leistungen von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen. Die Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen können erst ab dem Jahr 2017 erbracht werden, deshalb sollte klargestellt werden, dass diese Prüffrage erst im Jahr 2017 zur Anwendung kommen kann.

Lösung:

Die Erläuterungen sollten um den folgenden Satz ergänzt werden: *„Die Prüffrage 14.1.8 kann erst im Jahr 2017 zur Anwendung kommen“.*

14.1.9 Leistungen, die im Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden (S. 45, Z. 8-11)

Bewertung:

Es fehlt ein Hinweis darauf, dass es sich bei den Leistungen um Leistungskomplexe, Einzelleistungen oder auch um Zeiteinheiten handeln kann.

Lösung:

Hier sollte in die Erläuterung aufgenommen werden, dass es sich hierbei um Leistungskomplexe, Einzelleistungen oder auch um Zeiteinheiten handeln kann.

14.1.10 Nachvollziehbarkeit der Leistungserbringung im Abrechnungszeitraum (S. 45, Z. 13-29)

Bewertung:

1. Das Kriterium 14.1.10 ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist.

2. Alternativ dazu wird formuliert, dass das Kriterium 4.1.10 mit „nein“ zu beantworten ist, wenn insbesondere verschiedene Items gegeben sind. Diese Items sind teilweise klar formuliert wie z.B. „Leistung häufiger in Rechnung gestellt als erbracht“, teilweise mit einem hohen Ausmaß an Interpretationsmöglichkeiten versehen. Es wird auch nicht ausgeführt, in welchen Verhältnis die einzelnen Items zueinander stehen (Über-/Unterordnung) und wie viele Items erfüllt sein müssen, damit ein „nein“ angekreuzt wird. Hier ist u.a. anzukreuzen, ob Diskrepanzen zwischen Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplanung und Dienstplan bestehen. Daneben wird auch geprüft, ob Diskrepanzen zwischen Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen bestehen. Diese beiden Items lassen zu viel an Interpretationsspielraum offen, dem ist durch Definitionen zu begegnen. Hier fehlt bei den Erläuterungen eine Definition von Diskrepanz.

3. Einzelne fehlende Handzeichen dürfen unserer Ansicht nach nicht zu einer negativen Antwort führen. Hierbei verweisen wir auch auf das

Vorwort zur Anlage 3 der PTVA: *„Offensichtliche Ausnahmefehler in der Planung oder Dokumentation (z. B. fehlendes Handzeichen, Rechtschreibfehler) führen nicht zu einer negativen Beurteilung des Kriteriums oder der Gesamtbeurteilung des Pflegedienstes, da sie beim pflegebedürftigen Menschen keine Auswirkungen haben.“*

Lösung:

Zu 1.: Es fehlt hier eine Definition der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen. Diese ist hier aufzunehmen.

Zu 2.: Es ist eine Definition von Diskrepanzen aufzunehmen. Außerdem fehlen Ausführungen wann, welche Nachweisdokumente zu prüfen sind oder ob immer alle genannten Nachweisdokumente geprüft werden müssen.

Zu 3.: Bei den Erläuterungen ist eine PTVA-konforme Definition von offensichtlichen Ausnahmefehlern aufzunehmen.

14.1.11 Vertragskonformes In-Rechnung-Stellen der vereinbarten

Leistungen (S. 45 f., ab Z. 31)

Bewertung:

Hier soll das Item „Leistung nicht vollständig erbracht“ bewertet werden. Das Kriterium „vollständig erbracht“ kann nur bei individuell vereinbarten Einzelleistungen (jeden Mittwoch für 30 Minuten Spaziergang), jedoch nicht bei Leistungskomplexen geprüft werden. Wenn eine Zeiteinheit von 30 Minuten vereinbart wurde und nur 15 Minuten erbracht wurden, dann können unserer Auffassung nach auch nur die 15 Minuten abgerechnet werden, wenn dies in der Verantwortung des Dienstes liegt und die Pflegekraft des Dienstes den Einsatz abbricht.

Wenn die Leistung fachlich nicht korrekt erbracht wurde, ist dies keine Frage der Abrechnungsprüfung, sondern ein Qualitätsmangel. Muss die Leistungserbringung abgebrochen werden, weil der körperliche oder psychische Zustand des/der Pflegegebedürftigen die Fortsetzung der Leistung nicht zulässt, so ist dies vom Pflegedienst im Berichteblatt zu dokumentieren. Aus unserer Sicht gilt die Leistung i.S. einer korrekten Abrechnung dann aber trotzdem als vollständig erbracht.

Lösung:

Streichung des Items *„Leistung nicht vollständig erbracht“.* Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

14.1.12 Abrechnungszeitraum für Hilfen bei der Haushaltsführung (S. 46, Z. 9-13)

Bewertung:

Die Abrechnungsprüfung für Hilfen bei der Haushaltsführung erfolgt für mindestens 7 Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder 2 Feiertage.

Um die Abrechnungsprüfung auch für die ambulanten Pflegedienste praktikabel und mit einem vernünftigen Ressourceneinsatz zu gestalten, sollte auch definiert werden, welcher zeitlichen Periode die sieben Tage zugeordnet werden. Wir schlagen vor, hier auf die letzten sechs Monate vor dem Prüfungsdatum bei Regelprüfungen zurückzugreifen.

Lösung:

Die Erläuterung zur Prüffrage ist wie folgt zu fassen: „Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens 7 Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder 2 Feiertage, *innerhalb der letzten sechs Monate vor dem Prüfungsdatum bei Regelprüfungen*.“

14.1.13 Vereinbarte Leistungen innerhalb des geprüften Abrechnungszeitraums (S. 45, Z. 1-6)

Bewertung:

Diese Prüffrage bezieht sich auf die Abrechnung der Hilfen bei der Haushaltsführung. Die Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung können erst ab dem Jahr 2017 erbracht werden, deshalb sollte klargestellt werden, dass diese Prüffrage erst im Jahr 2017 zur Anwendung kommen kann.

Lösung:

Die Erläuterungen sollten um den folgenden Satz ergänzt werden: *„Die Prüffrage 14.1.13 kann erst im Jahr 2017 zur Anwendung kommen“.*

14.1.14 Leistungen, die im Abrechnungszeitraum in Rechnung gestellt wurden (S. 46, Z. 22-25)

Bewertung:

Es fehlt ein Hinweis darauf, dass es sich bei den Leistungen um Leistungskomplexe, Einzelleistungen oder auch um Zeiteinheiten handeln kann.

Lösung:

Hier sollte in die Erläuterung aufgenommen werden, dass es sich hierbei um Leistungskomplexe, Einzelleistungen oder auch um Zeiteinheiten handeln kann.

14.1.15 Nachvollziehbarkeit der Leistungserbringung im Abrechnungszeitraum (S. 47 Z. 1-17)

Bewertung:

1. Das Kriterium 14.1.15 ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung gestellten Leistungen nachvollziehbar ist.

2. Alternativ dazu wird formuliert, dass das Kriterium 14.1.15 mit nein zu beantworten ist, wenn insbesondere verschiedene Items gegeben sind. Diese Items sind teilweise klar formuliert wie z.B. „Leistung häufiger in Rechnung gestellt als erbracht“, teilweise mit einem hohen Ausmaß an

Interpretationsmöglichkeiten versehen. Es wird auch nicht ausgeführt, in welchen Verhältnis die einzelnen Items zueinander stehen (Über-/Unterordnung) und wie viele Items erfüllt sein müssen, damit ein „nein“ angekreuzt wird. Hier ist u.a. anzukreuzen, ob Diskrepanzen zwischen Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplanung und Dienstplan bestehen. Daneben wird auch geprüft, ob Diskrepanzen zwischen Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen bestehen. Diese beiden Items lassen zu viel an Interpretationsspielraum offen, dem ist durch Definitionen zu begegnen. Hier fehlt bei den Erläuterungen eine Definition von Diskrepanz.

3. Einzelne fehlende Handzeichen dürfen nach unserer Ansicht nicht zu einer negativen Antwort führen. Hierbei verweisen wir auch auf das Vorwort zur Anlage 3 der PTVA: *„Offensichtliche Ausnahmefehler in der Planung oder Dokumentation (z. B. fehlendes Handzeichen, Rechtschreibfehler) führen nicht zu einer negativen Beurteilung des Kriteriums oder der Gesamtbeurteilung des Pflegedienstes, da sie beim pflegebedürftigen Menschen keine Auswirkungen haben.“*

Lösung:

Zu 1.: Es fehlt hier eine Definition der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen. Diese ist hier aufzunehmen.

Zu 2.: Es ist eine Definition von Diskrepanzen aufzunehmen. Außerdem

fehlen Ausführungen wann, welche Nachweisdokumente zu prüfen sind oder ob immer alle genannten Nachweisdokumente geprüft werden müssen.

Zu 3.: Bei den Erläuterungen ist eine PTVA-konforme Definition von offensichtlichen Ausnahmefehlern aufzunehmen.

14.1.16 Vertragskonformes In-Rechnung-Stellen der vereinbarten Leistungen (S. 47, Z. 18 -25)

Bewertung:

Das Kriterium „vollständig erbracht“ kann nur bei individuell vereinbarten Einzelleistungen (jeden Mittwoch für 30 Minuten Wohnungsreinigung), jedoch nicht bei Leistungskomplexen geprüft werden. Wenn eine Zeiteinheit von 30 Minuten vereinbart wurde und nur 15 Minuten erbracht wurden, dann können unserer Auffassung nach auch nur die 15 Minuten abgerechnet werden, wenn dies in der Verantwortung des Dienstes liegt

und die Pflegekraft des Dienstes den Einsatz abbricht.

Wenn die Leistung fachlich nicht korrekt erbracht wurde, ist dies keine Frage der Abrechnungsprüfung, sondern ein Qualitätsmangel. Muss die Leistungserbringung abgebrochen werden, weil der körperliche oder psychische Zustand des/der Pflegegebedürftigen die Fortsetzung der Leistung nicht zulässt, so ist dies vom Pflegedienst im Berichteblatt zu dokumentieren. Aus unserer Sicht gilt die Leistung i.S. einer korrekten Abrechnung dann aber trotzdem als vollständig erbracht.

Lösung:

Streichung des Items *„Leistung nicht vollständig erbracht“.* Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

14.2.2 Abrechnungszeitraum für behandlungspflegerische Maßnahmen (S. 52 f., ab Z. 16)

Bewertung:

Die Abrechnungsprüfung für behandlungspflegerische Maßnahmen erfolgt

für mindestens 7 Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder 2 Feiertage.

Um die Abrechnungsprüfung auch für die ambulanten Pflegedienste praktikabel und mit einem vernünftigen Ressourceneinsatz zu gestalten, sollte auch definiert werden, welcher zeitlichen Periode die sieben Tage zugeordnet werden. Wir schlagen vor, hier auf die letzten sechs Monate vor dem Prüfungsdatum bei Regelprüfungen zurückzugreifen.

Lösung:

Die Erläuterung zur Prüffrage ist wie folgt zu fassen: „Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens 7 Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder 2 Feiertage, *innerhalb der letzten sechs Monate vor dem Prüfungsdatum bei Regelprüfungen*."

14.2.3 Nachvollziehbarkeit der Leistungserbringung im Abrechnungszeitraum (S. 43, Z. 6-28)

Bewertung:

1. Das Kriterium 14.2.3 ist mit „ja" zu beantworten, wenn auf der Grundlage der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen bzw. Informationen die Durchführung der in Rechnung

gestellten Leistungen nachvollziehbar ist.

2. Alternativ dazu wird formuliert, dass das Kriterium 14.2.4 mit „nein“ zu beantworten ist, wenn insbesondere verschiedene Items gegeben sind. Diese Items sind teilweise klar formuliert wie z.B. „Leistung häufiger in Rechnung gestellt als erbracht“, teilweise mit einem hohen Ausmaß an Interpretationsmöglichkeiten versehen. Es wird auch nicht ausgeführt in welchen Verhältnis die einzelnen Items zueinander stehen (Über-/Unterordnung) und wie viele Items erfüllt sein müssen, damit ein „nein“ angekreuzt wird. Hier ist u.a. anzukreuzen, ob Diskrepanzen zwischen Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-/Tourenplanung und Dienstplan bestehen. Daneben wird auch geprüft, ob Diskrepanzen zwischen Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen bestehen. Diese beiden Items lassen zu viel an Interpretationsspielraum offen, dem ist durch Definitionen zu begegnen. Hier fehlt bei den Erläuterungen eine Definition von Diskrepanz.

3. Einzelne fehlende Handzeichen dürfen unserer Ansicht nach nicht zu einer negativen Antwort führen. Hierbei verweisen wir auch auf das Vorwort zur Anlage 3 der PTVA: *„Offensichtliche Ausnahmefehler in der Planung oder Dokumentation (z. B. fehlendes Handzeichen, Rechtschreibfehler) führen nicht zu einer negativen Beurteilung des Kriteriums oder der Gesamtbeurteilung des Pflegedienstes, da sie beim pflegebedürftigen Menschen keine Auswirkungen haben.“*

Lösung:

Zu 1.: Es fehlt hier eine Definition der heranzuziehenden abrechnungsprüfungsrelevanten Unterlagen. Diese ist hier aufzunehmen.

Zu 2.:. Es ist eine Definition von Diskrepanzen aufzunehmen. Außerdem fehlen Ausführungen wann, welche Nachweisdokumente zu prüfen sind oder ob immer alle genannten Nachweisdokumente geprüft werden müssen.

Zu 3.: Bei den Erläuterungen ist eine PTVA-konforme Definition von offensichtlichen Ausnahmefehlern aufzunehmen.

14.2.4 Vertragskonformes, gemäß den HKP-Richtlinien In-Rechnung-Stellen der vereinbarten Leistungen (S. 54, Z. 1-22)

Bewertung:

1. Bindend für die ambulanten Pflegedienste ist unserer Auffassung nach die vertragskonforme Auslegung nach den gültigen Verträgen nach § 132a Absatz 2; die Häusliche-Krankenpflege-Richtlinien sind für die ambulanten Pflegedienste nicht bindend.

2. Problematisch finden wir in 14.2.4 die Beurteilung „Leistung war nicht erforderlich“.

3. Es ist nicht die Aufgabe des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes im Rahmen einer Abrechnungsprüfung zu bewerten, ob eine ärztliche Verordnung Sinn macht oder nicht.<s> </s>Es ist nicht klar, nach welchen Kriterien der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst bewertet, ob die Leistung erforderlich war. Durch diese Formulierung könnte der Eindruck entstehen, dass hier die Sinnhaftigkeit der Verordnung in Frage gestellt wird, was nicht Bestandteil der Qualitätsprüfung sein kann, zumal es sich um eine ärztliche Verordnung handelt.

4. Hier soll das Item „Leistung nicht vollständig erbracht“ bewertet werden. Entweder ist unserer Auffassung nach z. B. die Leistung Stomabehandlung erbracht oder nicht. Wenn die Leistung fachlich nicht korrekt erbracht wurde, ist dies keine Frage der Abrechnungsprüfung, sondern ein Qualitätsmangel. Muss die Leistungserbringung abgebrochen werden, weil der körperliche oder psychische Zustand des/der Pflegebedürftigen die Fortsetzung der Leistung nicht zulässt, so ist dies vom Pflegedienst im Berichteblatt zu dokumentieren. Aus unserer Sicht gilt die Leistung i.S. einer korrekten Abrechnung dann aber trotzdem als vollständig erbracht.

Lösung:

Zu 1.: In der Fragestellung ist der Halbsatz „*und gemäß den HKP-*

Richtlinien“ zu streichen.

Zu 2.: Streichung des Items *„Leistung war nicht erforderlich“.*

Zu 3.: Streichung des Items *„Leistung nicht vollständig erbracht“.*

Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

14.2.5 Abrechnungszeitraum für Leistungen nach § 37a Abs. 1, Abs.1a SGB V (S. 54, Z. 24-28)

Bewertung:

Um die Abrechnungsprüfung auch für die ambulanten Pflegedienste praktikabel und mit einem vernünftigen Ressourceneinsatz zu gestalten, sollte auch definiert werden, welcher zeitlichen Periode die sieben Tage zugeordnet werden. Wir schlagen vor, hier auf die letzten sechs Monate vor dem Prüfungsdatum zurückzugreifen.

Lösung:

Die Erläuterung zur Prüffrage ist wie folgt zu fassen: „Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens 7 Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder 2 Feiertage, *innerhalb*

der letzten sechs Monate vor dem Prüfungsdatum.“

14.2.6 Kann nachvollzogen werden, dass alle Maßnahmen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1, Abs. 1a SGB V erbracht, vertragskonform, gemäß HKP-Richtlinien und nicht parallel zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI in Rechnung gestellt worden sind? (S. 54 f. ab Z. 30)

Bewertung:

1. Bindend für die ambulanten Pflegedienste ist unserer Auffassung nach die vertragskonforme Auslegung nach den gültigen Verträgen nach § 132a Absatz 2, die Häusliche-Krankenpflege-Richtlinien sind für die ambulanten Pflegedienste nicht bindend, deshalb ist der Halbsatz „und gemäß den HKP-Richtlinien“ an verschiedenen Stellen zu streichen.

2. Des Weiteren wird formuliert, dass das Kriterium 14.2.6 mit „nein“ zu beantworten ist, wenn insbesondere verschiedene Items gegeben sind. Diese Items sind teilweise klar formuliert wie z.B. „Leistung häufiger in Rechnung gestellt als erbracht“, teilweise mit einem hohen Ausmaß an Interpretationsmöglichkeiten versehen. Es wird auch nicht ausgeführt, in welchen Verhältnis die einzelnen Items zueinander stehen (Über-/Unterordnung) und wie viele Items erfüllt sein müssen, damit ein „nein“ angekreuzt wird. Hier ist u.a. anzukreuzen, ob Diskrepanzen zwischen Handzeichenliste, Durchführungsnachweis, Leistungsnachweis, Einsatz-

/Tourenplanung und Dienstplan bestehen. Daneben wird auch geprüft, ob Diskrepanzen zwischen Pflegedokumentation, Auskunft des Pflegebedürftigen, der Pflegeperson bzw. der Angehörigen bestehen. Diese beiden Items lassen zu viel an Interpretationsspielraum offen, dem ist durch Definitionen zu begegnen. Hier fehlt bei den Erläuterungen eine Definition von Diskrepanz.

3. Einzelne fehlende Handzeichen dürfen nach unserer Ansicht nicht zu einer negativen Antwort führen. Hierbei verweisen wir auch auf das Vorwort zur Anlage 3 der PTVA: *„Offensichtliche Ausnahmefehler in der Planung oder Dokumentation (z. B. fehlendes Handzeichen, Rechtschreibfehler) führen nicht zu einer negativen Beurteilung des Kriteriums oder der Gesamtbeurteilung des Pflegedienstes, da sie beim pflegebedürftigen Menschen keine Auswirkungen haben.“*

Lösung:

Zu 1.: In der Fragestellung und an verschiedenen Stellen im Text ist der Halbsatz „und gemäß den HKP-Richtlinien“ zu streichen.

Zu 2.: Es ist eine Definition von Diskrepanzen aufzunehmen. Außerdem fehlen Ausführungen wann, welche Nachweisdokumente zu prüfen sind oder ob immer alle genannten Nachweisdokumente geprüft werden müssen.

Zu 3.: Bei den Erläuterungen ist eine PTVA-konforme Definition von offensichtlichen Ausnahmefehlern aufzunehmen.

14.3 Sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung (S. 55 f., ab Z. 47)

Bewertung:

Hier können der Prüfer/die Prüferin lt. Erläuterung zur Prüffrage sonstige Hinweise zur Abrechnungsprüfung im Freitext geben, die sich nicht den Prüffragen des Kapitels 14 zuordnen lassen.

Lösung:

Frage 14.3 ist zu streichen. Der Erhebungsbogen und die Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege haben abschließenden Charakter.

15. Sonstiges (S. 56, ab Z. 6)

Bewertung:

Da unter 15. „Sonstiges“ keine Fragen o. ä. aufgeführt sind, bleibt offen, welche Informationen etc. festgehalten werden sollen. Dies widerspricht dem Erfordernis einer bundeseinheitlichen Qualitätsprüfung mit vergleichbaren Ergebnissen.

Lösung:

Kapitel 15. ist ersatzlos zu streichen. Damit würde auch der Kernforderung 4 der BAGFW zur Vereinfachung der Prüfung und zum Abbau von Bürokratie entsprochen.

16. Zufriedenheit des Leistungsbeziehers (S. 54 ff.)

Befragungsinstruktion für die ambulante Pflege (S. 54, Z. 3 ff.)

Bewertung:

Absatz 1 der Befragungsinstruktionen unterstellt, dass jede positive Aussage von Pflegebedürftigen nicht der Wahrheit entspricht, sondern durch soziale Erwünschtheit verzerrt sei. Dies verkennt die Selbstbestimmung von pflegebedürftigen Menschen und spricht ihnen die

Kompetenz ab, über die Zufriedenheit mit der Lebenssituation und der Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst ein eigenes Urteil abgeben zu können.

Lösung:

Wir empfehlen deshalb dringend, den ersten Absatz abwägender zu formulieren.

Anwesenheit eines Mitarbeiters (S. 57, Z. 32-33)

Bewertung:

Es gibt Gründe, die die Anwesenheit einer vertrauten Mitarbeiterin/eines vertrauten Mitarbeiters des Pflegedienstes induzieren, so dass die Befragungsinstruktion *„Grundsätzlich sollte die Befragung nicht in Anwesenheit eines Mitarbeiters des Pflegedienstes durchgeführt werden, es sei denn der Versicherte wünscht dies.“* fachlich falsch ist.

Lösung:

Der Satz in Zeile 32-33 ist wie folgt zu formulieren: „*Die Anwesenheit einer/ eines Mitarbeitenden des Pflegedienstes kann dazu beitragen, dass sich Pflegebedürftige in Anwesenheit fremder Personen (Prüferin/Prüfer) sicherer fühlt. Andererseits kann die Anwesenheit einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters aber auch dazu führen, dass sich Pflegebedürftige nicht trauen, wahrheitsgemäß zu antworten. Deshalb ist im Vorfeld jeder Befragung für jeden einzelnen zu Befragenden zu klären, ob er/sie die Anwesenheit eines Mitarbeitenden des Pflegedienstes wünscht bzw. nicht wünscht und/oder ob es aus fachlicher Sicht Gründe gibt, die für die Anwesenheit von Mitarbeitenden des Pflegedienstes sprechen.*“

Anlage 3 zu Teil 1: Struktur und Inhalte des Prüfberichts in der

ambulanten Pflege

Abs. 3 Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Bewertung:

Laut Anlage 3 bzw. Anlage 6 werden hier von den Prüfern zu den bestehenden Defiziten konkrete Maßnahmen zur Beseitigung empfohlen. Diese Empfehlungen beschränken sich in der Praxis bei den Feststellungen im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität teilweise auf Standard-/Mustersätze. Diese sind zum einen für die Pflegedienste nicht immer nachvollziehbar, da sie sich nicht auf die konkrete Situation beziehen. Zum anderen können von den Diensten auf der Basis von Standard- und Mustersätzen häufig keine auf die konkrete Situation bezogenen Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden.

Lösung:

Die Empfehlungen zur Beseitigung der Qualitätsdefizite sind bezogen auf die konkreten Feststellungen und den jeweiligen Einzelfall zu formulieren.

Teil 2 Stationäre Pflege

Präambel

Abs. 3, S.14, Z. 31-33: „Die Qualitätsprüfung des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sowie des PKV-Prüfdienstes wird weiterhin ein umfassenderes Spektrum abbilden, wobei der Schwerpunkt auf der Ergebnisqualität liegt.“

Bewertung:

1. In der Tat hat der Prüfkatalog einen größeren Umfang als die PTVS, nicht nur weil – wie hier im Text suggeriert wird – ein breiteres Spektrum abgedeckt wird, sondern weil zu einzelnen Themen auch weitere Prüffragen vorliegen. Ob die weiteren Themen und weiteren Fragen zu einzelnen Themen geeignet sind, über die PTVS hinaus relevante Erkenntnisse zu generieren, konnte bisher nirgends belegt werden.

2. Die Aussage, dass der Schwerpunkt dieses erweiterten Spektrums in der Ergebnisqualität liegt, ist dagegen falsch (s. a. Kernforderung 1 der BAGFW). Ganz überwiegend wird hier die Struktur- und Prozessqualität geprüft, max. Prozess-Outcomes. Aber keinesfalls wird Ergebnisqualität als Pflegezustand oder gar als Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen im Sinne der Definition von Ergebnisqualität des §

114 SGB XI abgebildet.

Lösung:

1. Im Sinne einer der Kernforderungen der BAGFW nach Entbürokratisierung auch der Qualitätsprüfungen, wäre der Umfang des Prüfkatalogs daher zu hinterfragen.

2. Wir schlagen vor, den Halbsatz in den Zeile 32-33: *„..., <s>wobei der Schwerpunkt auf der Ergebnisqualität liegt.</s>“* ersatzlos zu streichen.

1. Ziel der Richtlinien

Abs. 1, Z. 48-49: „Die Teil 2 der QPR dient als verbindliche Grundlage für eine Erfassung der Qualität in den stationären Pflegeeinrichtungen nach einheitlichen Kriterien.“

Bewertung:

1. Grammatikalisch richtig müsste der Satz mit „Der“ statt „Die“ beginnen.

2. Lt. § 114 SGB XI ist es der Auftrag der MDK- und PKV-Prüfdienste zu prüfen, ob Qualitätsanforderungen des SGB XI sowie die auf dessen Grundlage geschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. Damit ist der Auftrag bzgl. dessen, was an Qualität zu prüfen ist, klar umrissen und bezieht sich nicht auf Qualitätsfragen im Allgemeinen. Von daher ist die Formulierung in den Zeilen 48-49 „…eine Erfassung der Qualität…“ irreführend und müsste entweder entsprechend der o. g. Ausführungen analog § 114 konkretisiert werden oder anderweitig umformuliert werden.

Lösung:

Der Satz in Zeile 48-49 sollte insgesamt wie folgt geändert werden: „*Der* Teil 2 der QPR dient als verbindliche Grundlage für *<s>eine Erfassung der</s> die Durchführung der* Qualität*sprüfungen* in den stationären Pflegeeinrichtungen nach einheitlichen Kriterien.“

3. Prüfauftrag

Abs. 2, S. 15, ab Z. 27:

Bewertung:

In der Praxis hat sich bewährt, dass die Prüfer bei einer Anlassprüfung der Einrichtungen den Anlass nennen und zum Abschluss der Prüfung eine Aussage treffen, ob der Prüfanlass ausgeräumt ist. Auch vor dem Hintergrund der gesetzlichen Regelung grundsätzlich unangemeldeter Prüfungen erscheint es nur angemessen, dass die Prüfer, unabhängig von der Art der Prüfung, den Prüfauftrag der Einrichtung vor Prüfungsbeginn schriftlich aushändigen.

Lösung:

In den Richtlinien ist aufzunehmen, dass der Prüfauftrag der zu prüfenden Einrichtung vorgelegt wird. Dies wäre auch eine Maßnahme im Sinne der Kernforderungen 4 der BAGFW zur Transparenz.

Abs. 3 Unterlagen zur Prüfung, S. 4, ab Z. 41

Bewertung:

In Abs. 3 ist geregelt, dass die Pflegekassen dem MDK bzw. dem PKV-

Prüfdienst mit dem Prüfauftrag die erforderlichen Informationen und Unterlagen für die Qualitätsprüfung zur Verfügung stellen müssen. Neben dem eventuellen Maßnahmenbescheid nach § 115 Abs. 2 SGB XI sind dem MDK bzw. dem Prüfdienst der PKV weitere im Zusammenhang mit dem Maßnahmenbescheid von ambulanten Diensten an die Pflegekassen versandte Unterlagen von diesen zur Verfügung zu stellen.

Lösung:

Die Aufzählung der Unterlagen wäre entsprechend zu erweitern.

4. Prüfverständnis und Durchführung der Prüfung

Abs. 2 Kopien, S. 16, Z. 20:

Bewertung:

Die Qualitätsprüfung ist grundsätzlich eine Stichtags- und Vor-Ort-Prüfung. Unterlagen in Form von Kopien sollten daher nur in Ausnahmefällen und/oder zu Nachweiszwecken angefertigt und mitgenommen werden. Daher bedarf es in Zeile 24 einer genaueren Definition des Begriffs

„erforderlich“.

Lösung:

Der Satz in Zeile 2 ist wie folgt zu fassen: „*In Ausnahmefällen und/oder für Nachweiszwecke sind ggf. Kopien in angemessenem Umfang anzufertigen.*“

Abs. 5, S. 17, ab Z. 44: Abschlussgespräch

Bewertung:

Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel. In der Vergangenheit stellten die Pflegeeinrichtungen oft eine Differenz zwischen der Prüfung und dem schriftlichen Prüfergebnis fest und konnten diese nicht nachvollziehen. Es dürfen daher keine Kritikpunkte im Abschlussbericht erscheinen, die an dieser Stelle nicht angesprochen worden sind. Auch evtl. abweichende Einschätzungen zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung und der Prüfdienste im Abschlussgespräch müssen dabei als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert werden.

Lösung:

In Zeile 47 wird folgender Satz eingefügt: „…von der Prüferin/vom Prüfer dargelegt. *Das Abschlussgespräch ist von der Prüferin/vom Prüfer zu protokollieren, einschließlich der Darlegung aller festgestellten Qualitätsmängel sowie evtl. abweichender Meinungen durch die Einrichtung dazu. [neu: Absatz]*

Ein umfassendes Bild…“

5. Eignung der Prüferinnen und Prüfer (S. 18, Z. 1-11)

Bewertung:

Derzeit ist nicht ausgeschlossen, dass ehemalige Mitarbeitende einer Einrichtung zum MDK wechseln und kurze Zeit später in eben der Einrichtung als MDK-Prüfer erscheinen. Das sollte ausgeschlossen werden, um eine neutrale und unvoreingenommene Sicht der Prüfenden auf die Einrichtung bzw. die Prüfsituation selbst zu gewährleisten. Dazu bietet sich eine Karenzzeit-Regelung an.

Lösung:

Es wird ein neuer Abs. 3 eingefügt:

(3) Mitglieder des Prüfteams dürfen in den letzten fünf Jahren in keinerlei Abhängigkeitsverhältnis zur geprüften Einrichtung gestanden haben, weder als angestellte Mitarbeiterin/angestellter Mitarbeiter noch als Beraterin/Berater o. ä.

6. Prüfinhalte und Umfang der Prüfung (S. 18 ff.)

Abs. 3, S. 18, Z. 36/37: „Die Regelprüfung bezieht sich in der stationären und teilstationären Pflege auf die Qualität der…“

Bewertung:

Wie schon in der 2. Kernforderung der BAGFW dargelegt, sind die Bewertungskriterien der vollstationären Pflege aufgrund unterschiedlicher Inhalte und Schwerpunkte weder eins-zu-eins auf die Kurzzeitpflege noch auf die Tagespflege übertragbar. Vielmehr müssten für beide Bereiche eigene Prüfkriterien als Anlagen zur QPR beschrieben werden. Dies erfordert nicht zuletzt auch das Gebot einer einheitlichen Prüfung, damit nicht jeweils die Beteiligten vor Ort entscheiden, wie ein vollstationäres Kriterium ggf. in der Kurzzeit- oder Tagespflege zu bewerten ist oder ob es

überhaupt zutrifft.

Lösung:

1. In Zeile 36 wird das Wort „stationären“ in „*voll*stationären“ geändert und die Worte „*<s>und teilstationären</s>*“ werden gestrichen.

2. Für die Kurzzeit- und Tagespflege werden in Teil 3 und 4 der QPR jeweils ein eigener Erhebungsbogen und eine Prüfanleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI eigenständig geregelt.

Abs. 7, S. 19, ab Z. 29: Ausweitung der Stichprobe und Umwandlung von Regelprüfungen in Anlassprüfungen

Bewertung:

1. Es wird nicht klar und begründet, warum gerade die hier beschriebenen Pflegesituationen speziell geprüft werden sollen. Zudem gibt es für einige der hier beschriebenen Pflegesituationen, wie z. B. Kontrakturen, zurzeit kein wissenschaftlich handhabbares und nachgewiesenes Verfahren zur Erhebung in der Pflege. Dies betrifft vor

allem die Erhebung von Kontrakturen. Somit würde ein „sachgerechter Umgang“ bei einer Prüfung beurteilt, jedoch gäbe es keine gesicherte wissenschaftliche Grundlage dazu. Deshalb sollte das Thema „Kontrakturen“ bei der Überprüfung bis zu einer Lösung des Problems ausgeklammert werden, wie bei der Neufassung der PTVS vom 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 10.06.2013 bereits geschehen.

2. Wird eine Regelprüfung aus den in Abs. 7 beschriebenen Gründen in eine Anlassprüfung umgeändert, muss dies auch der Einrichtung unverzüglich mitgeteilt werden.

Lösung:

1. Die entsprechende Aufzählung auf Seite 20 (Zeilen 10-16) ist zu streichen. Der Satz würde dann ab Zeile 7 wie folgt lauten: *„…erfasst werden, <s>insbesondere bei folgenden Pflegesituationen:</s>*

<s>- </s><s>*freiheitsentziehende Maßnahmen,*</s>

<s>- </s><s>*Dekubitus oder andere chronische Wunden,*</s>

<s>- </s><s>*Ernährungsdefizite,*</s>

<s>- </s><s>*chronische Schmerzen,*</s>

<s>- </s><s>*Kontakturen,*</s>

<s>- </s><s>*Person mit Anlage einer PEG-Sonde,*</s>

<s>-	</s><s>*Person mit Blasenkatheder,*</s>

erfolgt die Prüfung insgesamt als Anlassprüfung. …“

2. Auf Seite 20 ist in Zeile 21 folgender Satz zu ergänzen: *„Hierüber ist auch die Pflegeeinrichtung unverzüglich zu informieren.“*

7. Einwilligung

Abs. 2, S. 21, ab Z. 21

Bewertung:

Es wird im Entwurf klar formuliert, für welche Tätigkeiten eine Einwilligung erforderlich ist und von wem die Einwilligung erteilt werden muss. Dies entspricht den gesetzlichen Vorgaben in § 114a SGB XI. Aus dem Wortlaut der Richtlinie lässt sich aber nicht erkennen, wer die Einwilligung einholen muss. Da aber der Prüfdienst bzw. seine Prüferinnen und Prüfer in den geschützten Rechtsbereich des pflegebedürftigen Menschen eindringen (z. B. durch Betreten seines Zimmers, Einsicht in die Pflegeunterlagen usw.), was i. Gr. einem Eingriff in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung entspricht, liegt es nahe, dass sich die Prüfdienste um

die erforderlichen Genehmigungen bemühen.

Lösung:

Die QPR ist hier hinsichtlich der Frage, wer die Einwilligung einholt, zu ergänzen, um klarzustellen, dass dies durch den MDK bzw. den Prüfdienst der PKV zu erfolgen hat.

Darüber hinaus ist zu regeln, dass der Pflegeeinrichtung die Einwilligung zur Kenntnis gegeben wird, damit für die Prüfung Klarheit besteht, welche Bewohnerinnen und Bewohner in die Stichprobe einbezogen werden können.

8. Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

Abs. 1 und 2, S. 22, ab Z. 1: Vermeidung von Doppelprüfungen, Verringerung des Prüfumfangs

Bewertung:

Es fehlen nach wie vor klare Definitionen der Prüfaufgaben von nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Prüfungen nach § 114 SGB XI in Abgrenzung voneinander. Solange es hier keine verbindlichen Vorgaben gibt, wer für welche Prüfbereiche zuständig ist, sind alle Appelle an die Absprachen und Zusammenarbeit vom „Goodwill“ einzelner Organisationen und Personen vor Ort abhängig und die Doppelprüfung gleicher Sachverhalte wird die Regel bleiben und so in Teilen weiter nur erkenntnislose Bürokratie produzieren (s. a. Kernforderung 4 der BAGFW zu Transparenz, Vereinfachung der Prüfung und Abbau von Bürokratie).

Lösung:

1. Die Prüfbehörden sollten die Einrichtungen zu Beginn der Prüfung darauf hinweisen, wenn der Prüfumfang aufgrund bereits erfolgter Prüfungen anderer Prüfbehörden reduziert werden kann. Nur so kann die Pflegeeinrichtung ihr Recht auf eine Verringerung des Prüfumfangs geltend machen.

2. Die Art und Weise, wie der Prüfumfang verringert wird, darf nicht im Ermessen des einzelnen Prüfers vor Ort liegen, vielmehr muss im Prüfauftrag dezidiert dargelegt werden, um welche Punkte der Prüfauftrag genau verringert wird. Der Einrichtung ist dies vor der Prüfung zur Kenntnis zu geben (s. a. unsere Anmerkungen zu 3. Abs. 2).

Anlage 1 zu Teil 2: Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den § 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege

Da die Kriterien der Anlage 1 auch Bestandteil der Prüfanleitung (Anlage 2) sind, wird im Folgenden gemeinsam zu Anlage 1 und Anlage 2 Teil 2 (stationär) Stellung genommen.

Anlage 2 zu Teil 2: Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung (ab S. 3 ff.)

Bewertung:

Zunächst ist festzustellen, dass alle Angaben unter 1. mit M/Info gekennzeichnet sind. Wenn die Angaben nur einen informativen Charakter haben, ist zu hinterfragen, warum sie dann darüber hinaus auch mit M

gekennzeichnet sind, was den Hinweisen auf dem Deckblatt zufolge Mindestangabe bedeutet. Letztendlich soll in den Qualitätsprüfungen die Qualität der Leistungserbringung überprüft werden. Viele der abgefragten Angaben sind den Pflegekassen aus den Verträgen mit den Pflegeeinrichtungen und regelmäßig einzureichenden Strukturerhebungsbögen bekannt. Auch ist in der QPR unter 3. Prüfauftrag Abs. 3 ausgeführt, dass dem MDK bzw. dem Prüfdienst der PKV mit dem Prüfauftrag die erforderlichen Informationen und Unterlagen für die Qualitätsprüfung, insbesondere Institutionskennzeichen, Versorgungsverträge, Strukturdaten, festgelegte Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach

§ 84 Abs. 5 SGB XI etc. von den Pflegekassen zur Verfügung gestellt werden.

Lösung:

Die umfangreichen Informationsfragen unter 1. sollten auf ein sinnvolles und angemessenes Maß reduziert werden. Damit würde auch Kernforderung 4 der BAGFW zu Transparenz, Vereinfachung der Prüfung und Abbau von Bürokratie entsprochen.

1.2 Daten zur Einrichtung (S. 4 f.)

Bewertung:

Hier ist unter Buchstabe l die Einrichtungsart einzutragen, wobei zwischen stationär, teilstationär und Kurzzeitpflege unterschieden wird. Aus Sicht der BAGFW können teilstationäre Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege nicht einer Prüfung mit dem Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach § 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege unterzogen werden. So sind die Anforderungen an die Räumlichkeiten einer stationären und teilstationären Einrichtung unterschiedlich. Zudem sind die Einwirkungsmöglichkeiten von teilstationären Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege aufgrund des zeitlich begrenzten Aufenthaltes der Pflegebedürftigen jeweils nur begrenzt. Dieser Tatsache wurde bzw. wird sowohl bei den Vereinbarungen nach ehemals § 80 SGB XI bzw. § 113 SGB XI Rechnung getragen. Auch im Rahmen der Verhandlungen der Vereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI besteht Konsens über die Notwendigkeit eigenständiger Vereinbarungen für diese Bereiche.

Lösung:

Die BAGFW fordert, für teilstationäre Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege gesonderte Erhebungsbögen zu erstellen (s. a. Kernforderungen 2 der BAGFW zur Prüfung der Tages- und Kurzzeitpflege nach eigenen, angemessenen Prüfkriterien).

1.5 Art der Einrichtung und Versorgungssituation (S. 7, Z. 10)

Bewertung:

Hier verweisen wir auf unsere obigen Ausführungen über die Notwendigkeit der Erstellung eigener Erhebungsbögen für den teilstationären Bereich und die Kurzzeitpflege.

Lösung:

Der Begriff „vorgehaltene Plätze“ sollte durch „Plätze laut Versorgungsvertrag“ ersetzt werden.

1.7 Nach Angabe der Pflegeeinrichtung Anzahl der Bewohner mit (S. 9, Z. 11-12)

Bewertung:

Die Zusammenstellung der genannten Diagnosen bzw. besonderen Pflegesituationen ist nicht nachvollziehbar und nicht vollständig. Uns erschließt sich auch der Mehrwert, der sich aus der quantitativen Aufstellung ergeben soll, nicht. Des Weiteren ist nicht nachvollziehbar, warum diese Tabelle als Hintergrundinformation für die Beantwortung

weiterer Prüffragen dient.

Lösung:

Gerade vor dem Hintergrund einer Stichprobenprüfung der Bewohner, wie sie von der Schiedsstelle nach § 113b SGB XI in der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär festgelegt wurde, ist aus unserer Sicht der ganze Punkt entbehrlich. (Im Übrigen sei zu diesem Sachverhalt auch auf unsere einleitenden Ausführungen zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien bzgl. der Kernforderung 4 verwiesen.)

1.9 Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden… (S. 9, ab Z. 21)

Bewertung:

Unter 1.9 wird abgefragt, ob die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt werden, wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden. Hier kann nur das abgeprüft werden, was vertraglich mit der Einrichtung vereinbart wurde.

Lösung:

Unseres Erachtens muss bei jedem von den vier Items (a bis d) das Feld „trifft nicht zu“ ankreuzbar sein, wenn der entsprechende Inhalt vertraglich nicht vereinbart wurde.

1.10 Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der Pflegeeinrichtung angeboten (S. 10)

Bewertung:

Die Information dient keinem erkennbaren Zweck im Rahmen der Qualitätsprüfung. In der Erläuterung zur Prüffrage in den Zeilen 8-9 steht dazu auch explizit: „Die Beurteilung, ob es sich bei den angebotenen Zusatzleistungen im Sinne des Gesetzes um solche Leistungen handelt, ist nicht die Aufgabe des Prüfteams.“

Lösung:

Die Prüffrage 1.10 mit der dazu gehörigen Erläuterung wird ersatzlos gestrichen. Damit würde auch ein Beitrag zur Vereinfachung und Entbürokratisierung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s.a. Kernforderung 4 der BAGFW).

1.11 Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht? (S. 10, Z. 11)

Bewertung:

Unter 1.11 wird erfragt, ob Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht werden und wenn ja, welche. Die Relevanz der Frage im Rahmen der Überprüfung der Qualität der Leistungen der Pflegeeinrichtung erschließt sich nicht, da diese doch für die Erbringung der Leistungen verantwortlich zeichnet. Lediglich bei der Wäscheversorgung und Hausreinigung wäre die Aufnahme der Angabe nachvollziehbar, weil hier für Leistungen, die nicht von der Einrichtung selbst erbracht werden, diverse Nachweise nicht zu führen sind. Diese Information ergibt sich aber auch durch Ankreuzen der Kategorie „t. n. z.“.

Lösung:

Es sind die Items a) Körperbezogene Pflegemaßnahmen, b) Behandlungspflege, c) Betreuung und d) Speisen- und Getränkeversorgung ersatzlos zu streichen. Damit würde auch ein Beitrag zur Vereinfachung und Entbürokratisierung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s.a. Kernforderung 4 der BAGFW).

2.1 Defizite in der Ausstattung bei… (S. 10, Z. 25)

Bewertung:

Unter 2.1 werden diverse räumliche Ausstattungsmerkmale benannt, welche von den Mitarbeitern des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes dahingehend zu bewerten sind, ob hier Defizite bestehen. Zu prüfen und zu beurteilen sind, ob, um nur zwei Beispiele zu benennen, Handläufe in den Fluren oder Haltegriffe im Sanitärbereich vorhanden sind. Dies fällt in den originären Aufgabenbereich der heimrechtlichen Aufsichtsbehörden nach Landesrecht. Auch haben die Angaben nur informativen Charakter.

Lösung:

Auf die Erfassung ist im Rahmen QPR-Prüfung als Beitrag zur Reduzierung von Doppelprüfungen zu verzichten. Damit würde auch ein Beitrag zur Vereinfachung und Entbürokratisierung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s.a. Kernforderung 4 der BAGFW).

2.2 Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen? (S. 11, Z. 8)

Bewertung:

Hier sind 3 Bewertungskriterien zusammengefasst. Die Kriterien unter den Buchstaben a. und c. sind aus der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS). Unter 2.2 Buchstabe b soll überprüft werden, ob den Bewohnern Schubladen und abschließbare Fächer zur Verfügung stehen. Dies widerspricht u. E. der Intention der Frage nach Ausrichtung der Gestaltung der Wohnräume nach Privatheit und Wohnlichkeit, insbesondere dem unter Buchstabe a. zu erfassenden Sachverhalt, ob die Gestaltung der Bewohnerzimmer z. B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich ist. Des Weiteren werden hier Anforderungen gestellt, die über die Vereinbarung nach § 113 SGB XI bzw. die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI und die qualitätsrelevanten Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit der jeweiligen Einrichtung hinausgehen.

Lösung:

Das Kriterium unter Buchstabe b. zu 2.2 ist ersatzlos zu streichen. Damit würde auch ein Beitrag zur Vereinfachung und Entbürokratisierung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s.a. Kernforderung 4 der BAGFW).

3.4 Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft? (S. 13, Z. 4)

3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig? (S. 13, ab Z. 6)

Bewertung:

Unklar ist die Interpretation der so genannten Informationsfragen 3.4 und 3.5. In der Prüfanleitung werden die Fragen damit begründet, dass ihre Beantwortung Hinweise darüber gibt, in welchem Umfang die verantwortliche Pflegefachkraft ihren Leitungsaufgaben nachkommen kann. Dies deutet darauf hin, dass aus Informationsfragen Bewertungen abgeleitet werden. Wie diese Bewertungen vorzunehmen sind, bleibt offen und damit der persönlichen Auffassung der jeweiligen Prüferinnen und Prüfer überlassen. Inwieweit eine verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig wird, hängt von vielen Faktoren ab, nicht zuletzt von der Größe der Einrichtung. Ob die verantwortliche Pflegefachkraft ihren Leitungsaufgaben nachkommt, zeigt sich an den Ergebnissen ihrer Arbeit und ist ausschließlich danach zu bewerten.

Lösung:

Diese beiden Fragen sind ersatzlos zu streichen. Damit würde auch ein Beitrag zur Vereinfachung und Entbürokratisierung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s.a. Kernforderung 4 der BAGFW).

3.8 Zusammensetzung Personal (S. 14)

Bewertung:

Hier soll eine sehr umfangreiche und detaillierte Tabelle im Erhebungsbogen einen Überblick über die Personalzusammensetzung in der Einrichtung geben. Es gibt keine gesetzliche oder vertragliche Grundlage, welche die Erhebung der gesamten Personalstruktur im Rahmen einer Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI in einer stationären Einrichtung rechtfertigen könnte. Eine Überprüfung der Fachkraftquote fällt in den originären Aufgabenbereich der heimrechtlichen Aufsichtsbehörden nach Landesrecht.

Lösung:

Auf eine Erfassung der Zusammensetzung des Personals ist, auch vor dem Hintergrund des ausschließlich informativen Charakters der Frage, im Rahmen der QPR-Prüfung zu verzichten. Damit würde auch ein Beitrag zur Vereinfachung und Entbürokratisierung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s.a. Kernforderung 4 der BAGFW).

4.2 Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr? (S. 15, ab Z. 33)

Bewertung:

1. Hier werden sechs Bewertungskriterien zusammengefasst. Als ein Bewertungskriterium wird die Umsetzung des Pflegekonzeptes benannt (4.2 Buchstabe b.). Aus der Fragestellung erschließt sich jedoch nicht, wie der Nachweis geführt werden könnte und wann die Frage mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten ist. Diese Feststellung gilt im Übrigen für alle Bewertungskriterien, die unter der o. g. Frage zusammengefasst sind. So ist z. B. zu hinterfragen, ob die verantwortliche Pflegefachkraft regelmäßig - ein eher unbestimmter Begriff - innerhalb des Pflegebereichs Dienstbesprechungen durchführt. Gerade in großen Einrichtungen werden solche Tätigkeiten von der verantwortlichen Pflegefachkraft punktuell wahrgenommen und ansonsten delegiert. Dies gilt auch für die Dienstplanung. Insofern hat die verantwortliche Pflegefachkraft auch in diesen Bereichen eher eine organisierende und koordinierende Funktion.

2. Unter Buchstabe f. wird abschließend erfragt, ob die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben hat. Auch hier ist nicht definiert, was in diesem Zusammenhang „ausreichend“ heißt. Hier wird die subjektive Einschätzung des Prüfers als Maßstab herangezogen, indem bewertet wird, ob die Pflegefachkraft „ausreichende

Zeit“ für ihre Aufgaben hat. Solche unklaren Kriterien, die auf der Basis subjektiver Bewertungen zu positiven oder negativen Urteilen führen, sind nicht hinnehmbar. Dies führt zu einer unterschiedlichen Bewertung und bildet keine Grundlage für ein objektives Erhebungsinstrument. Darüber hinaus gibt es hierzu in den Rahmenverträgen vorgegebene Personalschlüssel, die von dieser Frage berührt werden und die wirtschaftlichen Möglichkeiten der Einrichtungen betreffen. Letztlich liegt es im Verantwortungsbereich des Trägers der Einrichtung, die entsprechenden und ausreichenden Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Es kann nicht sein, dass die Ablauforganisation dann positive Wertung erfährt, wenn sie den subjektiven Vorstellungen des jeweiligen Prüfers bzw. der jeweiligen Prüferin entspricht.

Lösung:

1. In der Erläuterung ist klären, wann die Frage 4.2 b. mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten ist. In Frage 4.2.d. ist zu erfragen, ob es Regelungen zur Dienstplanung gibt. Analog dazu ist 4.2.e zu formulieren. Beides ist nicht nur durch die verantwortliche Pflegefachkraft selbst umzusetzen, sie kann dies auch delegieren.

2. Frage 4.2 f ist ersatzlos zu streichen. Damit würde auch ein Beitrag zur Vereinfachung und Entbürokratisierung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s.a. Kernforderung 4 der BAGFW).

4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener

Pflegemaßnahmen gewährleistet? (S. 16, ab Z. 12)

Bewertung:

Die fachliche Anleitung soll auch anhand der Überprüfung von mitarbeiterbezogenen Pflegevisiten erfolgen. Pflegevisiten sind stets bewohnerbezogen und nicht mitarbeiterbezogen.

Lösung:

Diese Frage ist zu streichen. Alternativ könnte in den Erläuterungen zur Prüffrage die „mitarbeiterbezogene Pflegevisite“ durch „Dokumente des Qualitätsmanagements“ ersetzt werden. Damit würde auch ein Beitrag zur Transparenz, Vereinfachung und Entbürokratisierung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s.a. Kernforderung 4 der BAGFW).

4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor? (S. 16, Z. 23)

Bewertung:

Bei der Prüfung wird auch nach dem Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit) gefragt. Diese Frage ist für die Eignung der Dienstpläne irrelevant; es ist unklar,

welchem Zweck sie dient. Dasselbe gilt für Soll-, Ist- und Ausfallzeiten. Es gehört nicht zu den Aufgaben des MDK bzw. des Prüfdienstes der PKV, die Einhaltung der Arbeitszeitbestimmungen zu überprüfen.

Lösung:

Die Kriterien sind entsprechend zu streichen. Des Weiteren ist hier zu berücksichtigen, dass die Dienstpläne auch in elektronischer Form in der EDV geführt werden können. Damit würde auch ein Beitrag zur Transparenz, Vereinfachung und Entbürokratisierung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s.a. Kernforderung 4 der BAGFW).

4.5 Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat? (S. 16, ab Z. 25)

Bewertung:

Auch hier ist wieder festzustellen, dass es sich bei dem Begriff „adäquat“ um einen unbestimmten Begriff handelt, welcher dem Prüfer einen entsprechenden subjektiven Bewertungsspielraum einräumt. Dabei wird

nicht berücksichtigt, dass die Personaleinsatzplanung nach dem Versorgungsvertrag zu gestalten ist und es nicht im Ermessen des Prüfers oder der Prüferin liegen kann zu beurteilen, was „adäquat“ ist.

Lösung:

Frage 4.5. ist neu zu formulieren (Entspricht die Personaleinsatzplanung dem Versorgungsvertrag?).

5.2 Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufall ausgewählten Expertenstandards um? (S. 17, ab Z. 21)

Bewertung:

Unter 5.2 soll erhoben werden, ob zwei per Zufall ausgewählte Expertenstandards vollständig im internen Qualitätsmanagement implementiert sind. Die Nationalen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNPQ) sind pflegefachliche Instrumente und keine Instrumente des Qualitätsmanagements (QM). Insofern geht es nicht darum, ob die Instrumente als solche im QM verankert sind, sondern vielmehr darum, ob die Pflege nach den im Standard aufbereiteten aktuellen fachlichen

Wissenstand erbracht wird. Ziel der Expertenstandards ist dabei, den Pflegenden vor Ort ein Instrument an die Hand zu geben, mit dessen Hilfe sie dies erreichen können. Ggf. ist dies aber auch durch andere Instrumente und Methoden zu erreichen. Ein Nachweis für die Wirksamkeit der Umsetzung von Expertenstandards fehlt bisher.

Zwar gibt das DNQP zu den Expertenstandards, wie in der Erläuterung der Prüffrage richtig dargestellt wird, Empfehlungen zur Implementierung von Expertenstandards, diese beruhen aber auf dem Vorgehen bei der modellhaften Implementierung im Rahmen der Standardentwicklung. Eine Eins-zu-eins-Übertragung dieser Methode ist gerade für kleine Einrichtungen und ambulante Dienste häufig nicht leistbar und es spricht nichts dagegen andere Formen der Implementierung zu wählen. Empfehlungen sind naturgemäß auch nicht bindend und ihre Einhaltung kann damit nicht geprüft werden.

Der Verweis auf die gerichtliche Einordnung der Expertenstandards als vorweggenommene Sachverständigengutachten ist nicht zielführend und ist daher zu entfernen. Denn die Implementierung der Expertenstandards setzt eine gesetzliche oder vertragliche Verbindlichkeit voraus, die Expertenstandards einzuhalten. Nur dann ist eine vollständige Umsetzung und demzufolge auch Überprüfbarkeit zu fordern.

Fraglich ist auch, ob die Auswahl der Expertenstandards tatsächlich per

Zufall erfolgt, oder eher im freien Ermessen des Prüfers steht. Ob dieser seine Entscheidung „aus dem Bauch heraus“ oder mit einer bestimmten Zielrichtung bzw. aus bestimmten Erwägungen heraus auswählt, bleibt ihm überlassen. Eine Zufallsauswahl wird daher in seltenen Fällen vorliegen.

Lösung:

Diese Prüffrage ist weder rechtlich noch fachlich gedeckt und daher ersatzlos zu streichen. Damit würde auch ein Beitrag zur Transparenz, Vereinfachung und Entbürokratisierung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s. a. Kernforderung 4 der BAGFW).

6.2 Gibt es in der stationären Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement? (S. 19, ab Z. 27)

6.3 Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung? (S. 20, ab Z. 16)

6.4 Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit

MRSA und zur Sicherstellung entsprechende Hygieneanforderungen vor? (S. 20, ab Z. 24)

Bewertung:

Die unter 6.2 bis 6.4. angeführten Prüfinhalte werden von den Gesundheitsämtern bzw. den zuständigen Gesundheitsbehörden der Länder und in vielen Bundesländern auch noch von den jeweiligen nach den heimrechtlichen Vorschriften der Länder zuständigen Aufsichtsbehörden geprüft, so dass es nicht nur zu Doppelprüfungen, sondern Mehrfachprüfungen der gleichen Prüfinhalte kommt. Darüber hinaus bieten die Fragen nach „ausreichend Handschuhe“, „ausreichend Händedesinfektionsmittel“ und „ausreichend Schutzkleidung“ etc. viel subjektiven Bewertungsspielraum, so dass nicht klar wird, wie diese Fragen zu bewerten sind.

Lösung:

Die Fragen unter 6.2. bis 6.4. sind ersatzlos zu streichen. Damit würde auch ein Beitrag zur Vereinfachung und Entbürokratisierung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s.a. Kernforderung 4 der BAGFW).

8.7 Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 84 Abs. 8 i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte vereinbart? (S. 24, ab Z. 16)

Bewertung:

Mit dem Item „Wenn ja, in welchem Stellenumfang?“ steht nach unserer Auffassung das Item 8.8.a „Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt?“ in einem Sachzusammenhang zu dem hier erhobenen Sachverhalt.

Lösung:

Wir schlagen vor, das Item 8.8.a der Frage 8.7 als weiteres Item zuzuordnen. Damit würde auch ein Beitrag zur Transparenz und Vereinfachung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s.a. Kernforderung 4 der BAGFW).

und Ergebnisqualität) (S. 27, Z. 3)

Bewertung:

Es wird auf unsere Ausführungen zur Ergebnisqualität bei den Kernforderungen der BAGFW verwiesen: Hier wird keine Ergebnisqualität geprüft.

Lösung:

Der Titel des Erhebungsbogens ist deshalb in *„Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner (Struktur- und Prozessqualität)“* umzubenennen.

Allgemeine Hinweise (S.27, Z. 5)

Bewertung / Lösung:

Den Ausführungen zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner ist voranzustellen, dass eine angemessene Bewertung der Einrichtung nur dann möglich ist, wenn die Qualitätsprüfung auf die bei ihm erbrachten

Leistungen eingegrenzt wird. In dem Entwurf der Prüfanleitung fehlt bei der Ist-Erhebung der Pflegesituation eine Eingrenzung auf die im Rahmen der Pflegeplanung mit dem Bewohner abgestimmten erforderlichen Leistungen bzw. auf die vom Arzt verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen auch unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts des Bewohners.

11.4 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor? (S. 36, ab Z. 12)

Bewertung:

Hier soll die Prüferin bzw. der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu beziehen, ob aus ihrer/seiner Sicht Anhaltspunkte für ein erhöhtes Sturzrisiko bestehen. Diese Zusatzfrage stellt eine unnötige Doppelung zu den schon vorhandenen Fragen dar, in denen ein Pflegeproblem nochmals bewertet wird. Dies stellt nicht nur einen unnötigen Aufwand dar, sondern negiert auch pauschal die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung durch eine externe Momentaufnahme.

Sollte die Prüferin bzw. der Prüfer im Einzelfall Zweifel an der Aktualität oder Richtigkeit einer Risikoeinschätzung haben, besteht bei den

verbleibenden Fragen (z. B. bei „Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?“) noch immer die Möglichkeit, die Einschätzung zu hinterfragen. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen, gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVS vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung‘ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.“)

Lösung:

Aus Sicht der BAGFW ist daher auf diese Zusatzfrage grundsätzlich zu verzichten und die Einschätzung der Pflegerisiken durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen prinzipiell zu übernehmen. Damit würde auch ein Beitrag zur Transparenz, Vereinfachung und Entbürokratisierung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s.a. Kernforderung 4 der BAGFW).

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? (S. 37, ab Z. 24)

Bewertung:

Hier soll die Prüferin bzw. der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu beziehen, ob aus ihrer/seiner Sicht Anhaltspunkte für ein Dekubitusrisiko bestehen. Diese Zusatzfrage stellt eine unnötige Doppelung zu den schon vorhandenen Fragen dar, in denen ein Pflegeproblem nochmals bewertet wird. Dies stellt nicht nur einen unnötigen Aufwand dar, sondern negiert auch pauschal die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung durch eine externe Momentaufnahme.

Sollte die Prüferin bzw. der Prüfer im Einzelfall Zweifel an der Aktualität oder Richtigkeit einer Risikoeinschätzung haben, besteht bei den verbleibenden Fragen (z. B. bei „Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?“) noch immer die Möglichkeit, die Einschätzung zu hinterfragen. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen, gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVS vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung‘ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.“)

Lösung:

Aus Sicht der BAGFW ist daher auf diese Zusatzfrage grundsätzlich zu verzichten und die Einschätzung der Pflegerisiken durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen prinzipiell zu übernehmen. Damit würde auch ein Beitrag zur Transparenz, Vereinfachung und Entbürokratisierung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s.a. Kernforderung 4 der BAGFW).

12.1 Gewicht, Größe, … (S. 38, ab Z. 26)

Bewertung:

Die regelmäßige und unbegründete Erhebung von Gewicht und Größe, wie unter 12.1a. abgebildet, entspricht nicht mehr dem State-of-the-Art der Pflegedokumentation und wurde insbesondere im Rahmen der Umsetzung des neuen Strukturmodells der Pflegedokumentation als unreflektierte Regelaufgaben abgeschafft. Die Bedeutung, die hier zusätzlich dem BMI zugemessen wird, entspricht keineswegs dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Unabhängig davon ist sowohl bezogen auf Erfassung des BMI unter 12.1c. als auch auf die Erfassung des Gewichtsverlauf festzustellen, dass diese Prüfpraxis dazu geführt hat, dass in den Einrichtungen alle Bewohner regelmäßig gewogen werden, auch dann, wenn offensichtlich keine Ernährungsprobleme vorliegen.

Lösung:

Die Prüfpraxis des MDK bzw. des Prüfdienstes der PKV muss an dieser Stelle eine Korrektur erfahren, da das unreflektierte, verpflichtende regelmäßige Wiegen aller Bewohnerinnen und Bewohnern aus unserer Sicht einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Bewohner darstellt und außerdem unnötig ist. Diesbezüglich sei auch nochmals auf unsere einleitenden Ausführungen zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner verwiesen.

12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung? (S. 39, ab Z. 2)

Bewertung:

Hier soll die Prüferin bzw. der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu beziehen, ob aus ihrer/seiner Sicht Anhaltspunkte für Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung

vorliegen. Diese Zusatzfrage stellt eine unnötige Doppelung zu den schon vorhandenen Fragen dar, in denen ein Pflegeproblem nochmals bewertet wird. Dies stellt nicht nur einen unnötigen Aufwand dar, sondern negiert auch pauschal die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung durch eine externe Momentaufnahme.

Sollte die Prüferin bzw. der Prüfer im Einzelfall Zweifel an der Aktualität oder Richtigkeit einer Risikoeinschätzung haben, besteht bei den verbleibenden Fragen (z. B. bei „Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?“) noch immer die Möglichkeit, die Einschätzung zu hinterfragen. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen, gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVS vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung‘ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.“)

Lösung:

Aus Sicht der BAGFW ist daher auf diese Zusatzfrage grundsätzlich zu verzichten und die Einschätzung der Pflegerisiken durch die

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen prinzipiell zu übernehmen. Damit würde auch ein Beitrag zur Transparenz, Vereinfachung und Entbürokratisierung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s.a. Kernforderung 4 der BAGFW).

12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung? (S. 40)

Bewertung:

Hier soll die Prüferin bzw. der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu beziehen, ob aus ihrer/seiner Sicht Anhaltspunkte für Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung vorliegen. Diese Zusatzfrage stellt eine unnötige Doppe-lungen zu den schon vorhandenen Fragen dar, in denen ein Pflegeproblem nochmals bewertet wird. Dies stellt nicht nur einen unnötigen Aufwand dar, sondern negiert auch pauschal die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung durch eine externe Momentaufnahme.

Sollte die Prüferin bzw. der Prüfer im Einzelfall Zweifel an der Aktualität oder Richtigkeit einer Risikoeinschätzung haben, besteht bei den verbleibenden Fragen (z. B. bei „Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?“) noch immer die Möglichkeit, die

Einschätzung zu hinterfragen. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen, gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVS vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung' protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.")

Lösung:

Aus Sicht der BAGFW ist daher auf diese Zusatzfrage grundsätzlich zu verzichten und die Einschätzung der Pflegerisiken durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen prinzipiell zu übernehmen. Damit würde auch ein Beitrag zur Transparenz, Vereinfachung und Entbürokratisierung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s.a. Kernforderung 4 der BAGFW).

13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz? (S. 43, ab Z. 3)

Bewertung:

Hier soll die Prüferin/der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu beziehen, ob aus ihrer/seiner Sicht Hilfebedarf bei Harninkontinenz vorliegt. Diese Zusatzfrage stellt eine unnötige Doppelung zu den schon vorhandenen Fragen dar, in denen ein Pflegeproblem nochmals bewertet wird. Dies stellt nicht nur einen unnötigen Aufwand dar, sondern negiert auch pauschal die fachliche Kompetenz und die berufliche Erfahrung der Pflegefachkräfte der Pflegeeinrichtung durch eine externe Momentaufnahme.

Sollte die Prüferin bzw. der Prüfer im Einzelfall Zweifel an der Aktualität oder Richtigkeit einer Risikoeinschätzung haben, besteht bei den verbleibenden Fragen (z. B. bei „Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Risiken und Ressourcen erfasst?“) noch immer die Möglichkeit, die Einschätzung zu hinterfragen. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen, gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVS vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung‘ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.“)

Lösung:

Aus Sicht der BAGFW ist daher auf diese Zusatzfrage grundsätzlich zu verzichten und die Einschätzung der Pflegerisiken durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen prinzipiell zu übernehmen. Damit würde auch ein Beitrag zur Transparenz, Vereinfachung und Entbürokratisierung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s.a. Kernforderung 4 der BAGFW).

16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität (S. 48)

Bewertung:

Der Begriff Ergebnisqualität (s. a. Kernforderung 1 der BAGFW) ist hier irreführend, da im Folgenden Struktur- und Prozessqualität abgefragt wird.

Lösung:

Die Überschrift ist wie folgt zu ändern: *„16. Sonstige Aspekte der Struktur- und Prozessqualität.“*

16.1. Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt? (S. 48, ab Z. 1)

Bewertung:

1. In den Einrichtungen wird dies teilweise von den Sozialen Diensten auf eigenen Erhebungsbögen festgehalten. Diese sind nicht immer in Pflegedokumentationen verortet.

2. Aufgrund der Erläuterung in Zeile 8 („…die geplanten Angebote nachvollziehbar durchgeführt werden.“) werden in der Prüfpraxis vor Ort häufig Leistungsnachweise verlangt. Die Philosophie des neuen Strukturmodells der Pflegedokumentation sieht aber keine regelhaften Leistungsnachweise mehr vor. Vielmehr fungiert der Maßnahmeplan gleichzeitig als Leistungsnachweis, es sei denn es kommt zu Abweichungen.

Lösung:

1. Die Frage ist wie folgt zu formulieren: *„Wird die individuelle Betreuung berücksichtigt?“*

2. Die Erläuterungen sind ab Zeile 7 umzuformulieren: „… geeignete Angebote gemeinsam mit *der Bewohnerin/*dem Bewohner geplant *und umgesetzt werden.“* Zeile 8 entfällt: „<s>die geplanten Angebote nachvollziehbar durchgeführt werden.</s>“

16.6 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden? (S. 49, ab Z. 1)

Bewertung:

Hierbei handelt es sich wieder um eine Frage mit undefinierten Begriffen (akut, situationsgerecht). Dies bietet für die Prüferinnen und Prüfer zu viel Interpretationsspielraum. Sollte es hier zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen, gibt das Vorwort der Anlage 3 zur PTVS vor, wie zu verfahren ist. („Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk ‚abweichende fachliche Einschätzung‘ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.“)

Lösung:

Es sind die verschiedenen Nachweisebenen in die Erläuterung aufzunehmen. Des Weiteren ist ein Hinweis auf den entsprechenden Text des Vorworts der Anlage 3 der PTVS aufzunehmen.

17. Sonstiges (S. 49, ab Z. 11)

Bewertung:

Da unter 17. „Sonstiges“ keine Fragen o. ä. aufgeführt sind, bleibt offen, welche Informationen etc. festgehalten werden sollen. Dies widerspricht dem Erfordernis einer bundeseinheitlichen Qualitätsprüfung mit vergleichbaren Ergebnissen.

Lösung:

Kapitel 17. ist ersatzlos zu streichen. Damit würde auch ein Beitrag zur Vereinfachung und Entbürokratisierung der Qualitätsprüfung geleistet werden (s.a. Kernforderung 4 der BAGFW).

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Befragung der Bewohner (S. 50 ff.)

18. Befragung der Bewohner, Befragungsinstruktion für die stationäre Pflege (S. 50, ab Z. 4):

Bewertung:

Der Absatz 1 der Befragungsinstruktionen unterstellt, dass jede positive Aussage eines Bewohners bzw. einer Bewohnerin nicht der Wahrheit entspricht, sondern durch soziale Erwünschtheit verzerrt sei. Dies verkennt die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner und spricht ihnen die Kompetenz ab, über die Zufriedenheit mit der Lebenssituation und der Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung ein eigenes Urteil abgeben zu können.

Lösung:

Wir empfehlen deshalb dringend, den ersten Absatz abwägender zu formulieren.

S. 50, Z. 31-32: Anwesenheit eines Mitarbeiters…

Bewertung:

Es gibt Gründe, die die Anwesenheit einer vertrauten Mitarbeiterin/eines vertrauten Mitarbeiters der Pflegeeinrichtungen induzieren, so dass die Befragungsinstruktion *„Grundsätzlich sollte die Befragung nicht in Anwesenheit eines Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung durchgeführt werden, es sei denn der Bewohner wünscht dies.“* fachlich falsch ist.

Lösung:

Der Satz in Zeile 31-32 ist wie folgt zu formulieren: *„Die Anwesenheit einer/eines Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung kann dazu beitragen, dass sich die Bewohnerin/der Bewohner in Anwesenheit fremder Personen (Prüferin/Prüfer) sicherer fühlt. Anderseits kann die Anwesenheit einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters aber auch dazu führen, dass sich die Bewohnerin/der Bewohner nicht traut, wahrheitsgemäß zu antworten. Deshalb ist im Vorfeld jeder Befragung für jeden einzelnen zu Befragenden zu klären, ob er/sie die Anwesenheit eines Mitarbeitenden der Einrichtung wünscht bzw. nicht wünscht und/oder ob es aus fachlicher Sicht Gründe gibt, die für die Anwesenheit von Mitarbeitenden der Einrichtung sprechen.“*

Anlage 3 zu Teil 2: Struktur und Inhalte des Prüfberichtes für die stationäre Pflege

2. Zusammenfassende Beurteilung

S. 3, Z. 8:

Bewertung:

Aufgrund der Abschaffung einer Beurteilung zur eingeschränkten Alltagskompetenz im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, muss der Begriff der „eingeschränkten Alltagskompetenz“ ersetzt werden. Allerdings ist hier der Terminus aus den Transparenzvereinbarungen zu wählen, wie bspw. auch in den Anlagen 1 und 2 zu Teil 2 der QPR.

Lösung:

Der Satz, der in Zeile 5 beginnt, muss geändert werden und wie folgt

lauten: „… Insbesondere ist der Umgang der Pflegeeinrichtung mit Pflegesituationen wie z. B. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Dekubitusrisiko und Umgang mit Personen mit *<s>gerontopsychiatrischen Diagnosen</s> demenzbedingten kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkungen* darzustellen.

3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

S. 3, ab Z. 19

Bewertung:

Laut Anlage 3 bzw. Anlage 6 werden hier von den Prüfern zu den bestehenden Defiziten konkrete Maßnahmen zur Beseitigung empfohlen. Die Empfehlungen beschränken sich in der Praxis bei den Feststellungen im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität teilweise auf Standard-/Mustersätze. Diese sind zum einen von den Einrichtungen nicht immer nachvollziehbar, da sie sich nicht auf die konkrete Situation beziehen. Zum anderen können von den Einrichtungen auf der Basis von Standard- und Mustersätzen häufig keine auf die konkrete Situation bezogenen Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden.

Lösung.

Die Empfehlungen zur Beseitigung der Qualitätsdefizite sind bezogen auf die konkreten Feststellungen und den jeweiligen Einzelfall bei den bewohnerbezogenen/ auf den pflegebedürftigen Menschen bezogenen Prüffragen zu formulieren.

Berlin, 18.08.2016

---

[1] Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI

Dateien

2016-08-18-Stellungnahme_QPR_fin.pdf 424 KB

Zum Seitenanfang