Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege



30.09.2005

Stellungnahme der BAGFW zur MDK - Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 114 SGB XI - in der stationären Pflege - in der ambulanten

Pflege

Auf informellem Wege sind uns zwei Entwürfe der Prüfanleitungen für die ambulante Pflege (ohne Datum und mit Stand: 08.03.2005) bekannt geworden.

Aktueller Diskussionsstand

Auf informellem Wege sind uns zwei Entwürfe der Prüfanleitungen für die ambulante Pflege (ohne Datum und mit Stand: 08.03.2005) bekannt geworden.

Ganz offensichtlich werden die MDK-Prüfanleitungen als „Geheimpapiere“ entwickelt. Zwar werden sie in der Praxis (zur Erprobung?) angewandt und in der Fachpresse wird bruchstückhaft berichtet und spekuliert, wann die überarbeitete Prüfanleitung kommt. Bei Messen und Kongressen referieren MDS-Mitarbeiter zum Thema „Vorstellung des Prüfkatalogs aus Sicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung“. Eine öffentliche und transparente Diskussion findet jedoch nicht statt. Die MDK-Gemeinschaft diskutiert ihr neues Konzept nicht einmal mit den Vertragspartnern der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe gem. § 80 SGB XI.

Im MDS-Tätigkeitsbericht 2003/2004 heißt es, dass mit den MDK-Anleitungen „die gesetzlichen, vertraglichen und fachlichen Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen für die MDK messbar gemacht“ werden und dass die MDK-Anleitungen im Verlauf des Jahres 2005 eingeführt werden sollen.

Rechtliche Einordnung der MDK-Prüfanleitungen

Unklar ist, auf welcher Rechtsgrundlage diese neuen MDK-Anleitungen entstehen.

§ 114 SGB XI benennt die Prüfgegenstände und regelt die Zutrittsrechte des MDK zu den Pflegeeinrichtungen. In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt: § 114 Abs. 1 SGB XI beinhaltet die Ermächtigung zu Qualitätsprüfungen vor Ort und „erstreckt und beschränkt diese Berechtigung auf die Überprüfung der Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI. Dies schließt die gesetzlichen und die vertraglichen Verpflichtungen der Einrichtungen ein.“

Mit dem PQsG wurde das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen aus den Regelungstatbeständen der Vereinbarungen nach § 80 Abs. 1 SGB XI herausgenommen. Es sollte durch eine Rechtsverordnung (Pflege-Prüfverordnung) nach § 118 SGB XI ersetzt werden, die als geeignetes Mittel gewertet wurde, die jeweiligen Interessen und Anliegen der beteiligten Leistungserbringer, Kostenträger (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) und auch der Prüfinstitutionen einzubinden und auszugleichen, ohne das Ziel einer wirksamen Qualitätssicherung zu vernachlässigen. § 118 Abs. 3 SGB XI sieht dementsprechend die Beteiligung der Kostenträger und Leistungserbringer sowie des MDK vor Erlass der Rechtsverordnung vor.

Bis jetzt liegt keine Rechtsverordnung gem. § 118 SGB XI vor. Die von der Bundesregierung am 20.06.2002 beschlossene Pflege-Prüfverordnung (BR-Drs. 588/02) wurde am 27.09.2002 vom Bundesrat gestoppt. Das als Nachfolgeregelung gedachte 5. SGB XI-ÄndG ist über das Stadium des Referentenentwurfs (Stand: 17.06.2003) nie hinausgekommen.

Nach informellen Mitteilungen ist vorgesehen, die MDK-Prüfanleitung als Richtlinie nach § 53 a Nr. 4 SGB XI zu erlassen. Die den Pflegekassen mit § 53 a SGB XI übertragene Richtlinienkompetenz dient der bundesweiten Koordinierung der Tätigkeiten der Medizinischen Dienste und soll ein abgestimmtes einheitliches Handeln der Medizinischen Dienste verbindlich vorgeben. Richtlinien gem. § 53 a SGB XI bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Eine Richtlinie gem. § 53 a Nr. 4 zum Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen kann keineswegs als Ersatz für die bis jetzt nicht erlassene Pflege-Prüfverordnung dienen.

Das Pflegeversicherungsgesetz fordert von Pflegeeinrichtungen, dass sie Pflegebedürftige entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse pflegen, versorgen und betreuen. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten (§ 11 SGB XI). Nach § 71 SGB XI muss die Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft stehen. Wer als ausgebildete Pflegefachkraft anzuerkennen ist, wird in § 71 Abs. 2 SGB XI abschließend definiert (vgl. BSG-Urteil B 3 P 14/01 R vom 24.09.2002). Mit dem PQsG wurde eine Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen zur Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in § 72 SGB XI aufgenommen.

Welche qualitativen Anforderungen Pflegeeinrichtungen über die gesetzlichen Vorschriften hinaus erfüllen müssen, wird in § 112 Abs. 1 SGB XI vorgegeben. „Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 80 sowie in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80 a.“ In der Gesetzesbegründung wird zudem auf den Zusammenhang zwischen

Leistung, Qualität und Vergütung hingewiesen: „Die vergütungsrechtliche Konsequenz aus dieser Regelung ist, dass die Leistungs- und Qualitätsanforderungen, die das Gesetz an eine Pflegeeinrichtung stellt, ihr auch bezahlt werden müssen.“

Weder die Pflegekassen noch der MDK sind nach dem SGB XI befugt, eigenständig zu definieren, welche Pflegequalität Einrichtungen erbringen können. Die Richtlinienkompetenz der Pflegekassen nach § 53 a SGB XI kann nicht herangezogen werden, um eine MDK-Prüfanleitung als Ersatz für die nicht verabschiedete Pflege-Prüfverordnung wirksam werden zu lassen.

Eine MDK-Prüfung kann lediglich gesetzliche Anforderungen sowie die in den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben gem. § 80 SGB XI getroffenen Festlegungen und die gem. § 80 a SGB XI individuell vereinbarte Qualität prüfen. Nicht hinnehmbar - auch nicht unter Bezugnahme auf den in § 11 SGB XI geforderten allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse - sind darüber hinausgehende Anforderungen an die Pflegequalität oder Ablauforganisation.

Weder MDK noch Pflegekassen können für sich beanspruchen, den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse einseitig festzulegen. Die Leistungserbringer haben im Rahmen der

Verhandlungen gem. § 80 SGB XI ihren Willen zur Mitwirkung an und zur Vereinbarung einer Prüfanleitung zwischen den Vertragspartnern gem. § 80 SGB XI betont, ohne dass dies von Seiten der Pflegekassen oder des MDS positiv aufgegriffen worden wäre.

Messlatte für die MDK-Prüfanleitung sind die gesetzlich vorgegebenen Anforderungen sowie die Qualitätsvereinbarungen gem. § 80 SGB XI. Evtl. weitergehende individuelle Festlegungen gem. § 80 a SGB XI können nicht in eine bundeseinheitliche Prüfanleitung einfließen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass nur solche Leistungs- und Qualitätsanforderungen erfüllt werden können, die auch vergütungsrechtlich Berücksichtigung finden.

Auf informellem Wege ist uns ein „Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung in der Einrichtung - ambulant“ zugegangen, der ein Bewertungssystem enthält. Ebenso auf informellem Wege ist uns als offensichtliche Weiterentwicklung dieses Erhebungsbogens die „MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 114 SGB XI in der ambulanten Pflege - Entwurf Stand 08.03.2005“ bekannt geworden. Dieses Papier enthält keine Darstellung des Bewertungssystems, es muss jedoch angenommen werden, dass weiterhin ein Bewertungssystem auf einem gesonderten Auswertungsbogen hinterlegt wird. Dafür spricht die Aussage im Tätigkeitsbericht 2003-2004 zur Überarbeitung der MDK-Prüfanleitungen: „Angelegt wurde die Bewertungssystematik als System in vier Kategorien, bei dem die Ergebnisse jeweils als Zielerreichungsgrad in Prozent

dargestellt und einer der vier Bewertungskategorien „erfüllt“, „überwiegend erfüllt“, „nur zum Teil erfüllt“ und „nicht erfüllt“ zugewiesen werden.“

Zu einigen Fragenkomplexen nimmt der Entwurf der MDK-Prüfanleitung Bezug auf die Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI bzw. auf einen veralteten Diskussionsstand in einer kleinen AG der Vertragspartner zur Weiterentwicklung der Qualitätsvereinbarung. Lediglich die vereinbarte und im Bundesanzeiger veröffentlichte Fassung der Qualitätsvereinbarung, keineswegs ein noch nicht von den Vertragspartnern konsentierter Entwurf, kann als Maßstab für Qualitätsprüfungen herangezogen werden. Es ist nicht hinnehmbar, dass in dem Entwurf der MDK-Prüfanleitung - wie auch immer ausgewählte - pflegewissenschaftliche Veröffentlichungen zur Begründung von Qualitätskriterien herangezogen werden. Diese Literaturhinweise erscheinen besonders fragwürdig, da die Autoren und Autorinnen häufig als Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von MDK, MDS und Pflegekassen zu identifizieren sind.

Da es sich bei den genannten Papieren um Entwürfe handelt, die zwischenzeitlich sicherlich weiter überarbeitet wurden, erscheint es uns nicht sinnvoll, auf alle aufgeführten Qualitätskriterien im Detail einzugehen. Gleichwohl sollen an dieser Stelle einige Kriterien herausgestellt werden, die beispielhaft unsere grundsätzliche Kritik an dem MDK-Ansatz zur Weiterentwicklung der Prüfanleitung verdeutlichen.

Wir würden es begrüßen, wenn einige dieser Kritikpunkte durch eine weitere Überarbeitung der Prüfanleitung bereits ausgeräumt wären.

Kritikpunkte an der MDK-Prüfanleitung, Entwurf: Stand: 08.03.2005, unter Berücksichtigung des Bewertungssystems der MDK-Prüfanleitung ohne Datum

- Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst

(Struktur- und Prozessqualität)

Die Prüfanleitung enthält eine Vielzahl undefinierter Begrifflichkeiten, wie „gezielt“, „regelmäßig“, „ausreichend“, „situationsgerecht“, „sachgerecht“, „geeignet“. Sie sind so unspezifisch, dass sie nicht als Bewertungsmaßstab für eine Prüfung dienen können. Dabei eröffnen sie breite Interpretationsspielräume und bewirken, dass Dienste subjektiven Bewertungen der Prüferinnen und Prüfer ausgesetzt sind.

zu 1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst, S. 3 ff.

Unter 1.7 „Versorgungssituation“ werden neben den Angaben zu Leistungsempfängern nach SGB XI und SGB V auch Angaben zu Leistungsempfängern nach BSHG /SGB XII[1], Selbstzahlern und „sonstige“ verlangt. Der MDK ist jedoch lediglich zur Prüfung der Qualität der Leistungserbringung gem. SGB XI und SGB V befugt, der Gesetzgeber hat ihm in § 114 Abs. 3 SGB XI lediglich aufgetragen, die Leistungen nach § 37 SGB V in die Prüfung einzubeziehen. Erläuternd wird in dem MDK-Entwurf angemerkt, dass die Erhebung eine „Übersicht über die Versorgungssituation des Pflegedienstes ermöglichen“ soll und „Bei der oben genannten Tabelle ist zu überprüfen, ob die ermittelten Daten mit den Angaben des Versorgungsvertrages/ Strukturerhebungsbogens übereinstimmen.“ Damit überschreitet der MDK seine Prüfkompetenz.

zu 3 Aufbauorganisation Personal, S. 11 ff

Kriterium 3.2 lautet: „Erfüllt die verantwortliche Pflegefachkraft die Anforderungen und Empfehlungen der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI?“ Für die Beantwortung dieser Frage mit ja wird neben den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben gefordert, dass „eine leitungsbezogene Weiterbildung im Umfang von mindestens 460 Stunden oder der Studienabschluss im Pflegemanagement einer FH oder einer Universität nachgewiesen“ wird. Diese MDK-Bewertung widerspricht geltendem Recht. Wer als ausgebildete Pflegefachkraft anzuerkennen ist, wird in § 71 Abs. 2 SGB XI abschließend definiert (vgl. BSG-Urteil B 3 P

14/01 R vom 24.09.2002). Dementsprechend haben auch die Vertragspartner nach § 80 SGB XI bereits Ende 2003 Einvernehmen hergestellt, dass sie keine Regelungskompetenz für Anforderungen an die Weiterbildung haben, sondern allenfalls Empfehlungen abgeben können.

Unklar ist die Interpretation der sog. Informationsfragen 3.4 und 3.5 zum Umfang der „wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in diesem Pflegedienst“ und danach, ob sie „in der direkten Pflege tätig“ ist. Begründet werden die Fragen damit, 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; das verführt zu willkürlichen Beurteilungen in Abhängigkeit von persönlichen Ansichten der jeweiligen Prüferinnen und Prüfer. Inwieweit eine verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig wird, hängt von vielen Faktoren ab, nicht zuletzt von der Größe des Dienstes. Ob die verantwortliche Pflegefachkraft ihren Leitungsaufgaben nachkommt, zeigt sich an den Ergebnissen ihrer Arbeit und ist ausschließlich danach zu bewerten.

Unter 3.8 „Zusammensetzung Personal“ soll eine Tabelle im Erhebungsbogen einen Überblick über die Personalzusammensetzung im Pflegedienst geben. Es gibt keine gesetzliche oder vertragliche Grundlage, die die Erhebung der gesamten Personalstruktur im Rahmen einer

Qualitätsprüfung in der ambulanten Pflege rechtfertigen könnte. Es ist zu hoffen, dass die Bezugnahmen auf Fachkraftquote sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarung[2], die es im ambulanten Bereich nicht gibt, bei der weiteren Überarbeitung des Papiers entfallen sind.

zu 4. Ablauforganisation, S. 17 ff.

Unter 4.1 wird abgefragt, ob die Pflege im Sinne der Bezugspflege /Bereichspflege /Primary Nursing organisiert ist. Die Vertragspartner nach § 80 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 unter Bezugnahme auf Fachliteratur 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.

Unter 4.2 „Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr?“ 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. Ausgerechnet dieser Frage wird nach der Bewertungssystematik auch noch ein besonderes Gewicht zugemessen (4 statt 2 Punkte). Nicht gerechtfertigt ist auch die Vorgabe für die Bewertung der einzelnen Fragen unter 4.2 nach Umsetzung des Pflegekonzeptes, Organisation der fachlichen Planung, Durchführung und Evaluation des Pflegeprozesses, Organisation für fachgerechte Führung der Pflegedokumentation, an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte, etc.: „Die enthaltenen Kriterien sind jeweils mit ja zu beantworten, wenn die Aufgabenwahrnehmung in der Ablauforganisation und im Qualitätsmanagement nachvollziehbar ist.“ Dementsprechend erfährt die Ablauforganisation dann positive Wertung, wenn sie den subjektiven Vorstellungen des jeweiligen Prüfers /der jeweiligen Prüferin entspricht.

Bei der Prüfung unter 4.4, ob geeignete Dienstpläne für die Pflege vorliegen, 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. Es gehört jedenfalls nicht zu den Aufgaben des MDK, die Einhaltung der Arbeitszeitbestimmungen zu überprüfen.

zu 5. Konzeptionelle Grundlagen, S. 20 ff.

Es befremdet, dass unter 5.2 Aussagen im Leitbild zur Sichtweise über

Bedürfnisse der Mitarbeiter gefordert werden.

Unter 5.3 wird nach einem „geeigneten schriftlichen Pflegekonzept“ gefragt. Bei dieser Frage wird besonders deutlich, wie Anforderungen vom MDK aufgrund des pflegewissenschaftlichen Selbstverständnisses des MDK unvertretbar ausdifferenziert werden. Hier werden Aussagen zum Pflegemodell, zum Pflegesystem, zum Pflegeprozess, zur innerbetrieblichen Kommunikation, zum Qualitätssicherungssystem, zur Leistungsbeschreibung, ggf. zu Regelungen der Kooperation mit anderen Diensten, zur räumlichen Ausstattung, zur personellen Ausstattung und zur sachlichen Ausstattung gefordert. Das schriftliche Pflegekonzept gerät zum Selbstzweck, der eigentliche Sinn geht verloren. Dies bildet sich auch in den Erläuterungen zu dieser Frage ab, in denen nicht auf die Qualitätsvereinbarung gem. § 80 SGB XI rekurriert, sondern vielmehr ein Fortbildungsexkurs zum Thema Pflegekonzept mit 6 Literaturangaben versucht wird. Völlig ungerechtfertigt ist die Forderung nach Aussagen zur räumlichen Ausstattung. Sie entspricht weder den Anforderungen der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI noch passt sie dazu, dass die Tätigkeit des Pflegedienstes in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen erfolgt. Als Eingriff in die Organisationshoheit des Trägers muss gewertet werden, dass der MDK in den Erläuterungen Empfehlungen abgibt, wer das Pflegekonzept erstellen soll.

zu 6. Qualitätsmanagement, S. 22 ff.

Unter 6.4 wird nach Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im Bereich Pflege gefragt. Auch hier entfernt sich der MDK weit von der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI, in der festgelegt ist: „Für die Qualitätssicherung werden geeignete Maßnahmen ausgewählt. Diese können u.a. sein: die Einrichtung von Qualitätszirkeln, die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten, die Mitwirkung an Assessmentrunden, die Entwicklung und Weiterentwicklung von Pflegestandards.“ Im aktuell unter den Vertragspartnern diskutierten Entwurf für eine Weiterentwicklung dieser Maßstäbe heißt es: „Maßnahmen der externen und internen Qualitätssicherung können sein: die Einrichtung von Qualitätszirkeln, die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten, die Mitwirkung an Assessmentrunden, die Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die Pflege und Versorgung, interne Audits, externe Audits.“ In der MDK-Prüfanleitung werden diese Vorgaben teils aufgegriffen (Qualitätszirkel), teils erweitert „die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten mit Nachweis über dessen Tätigkeit seit seiner Benennung“ - die fehlende zeitliche Begrenzung bedeutet einen Widerspruch zu Aufbewahrungsfristen und Datenschutzbestimmungen. Es werden jedoch auch völlig neue Anforderungen definiert, wie „Pflegevisiten mit Ergebnisbesprechungen“, „Fallbesprechungen“, die „Entwicklung, Anwendung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementhandbuchs“, „systematische Auswertung von Fachliteratur /Fortbildungsmaßnahmen und Implementationen in die Pflegepraxis.“ Auch hier sind die Erläuterungen wohl als Fortbildung gedacht. Wenn die Länge der einzelnen Ausführungen darauf hindeutet, welche Maßnahmen der MDK favorisiert, dann ist die Pflegevisite der Favorit. Die Frage soll mit ja beantwortet werden, wenn mindestens vier der genannten oder vergleichbaren Maßnahmen „nachweislich systematisch und situationsgerecht durchgeführt werden“. Was der MDK

darunter versteht, bleibt offen - daraus resultieren willkürliche und subjektive Bewertungen. Mit der Benennung von 21 Literaturtiteln zur Frage 6.4 nach Maßnahmen der internen Qualitätssicherung schreckt der MDK zweifellos davon ab, systematische Auswertung von Fachliteratur als Maßnahme der internen Qualitätssicherung zu wählen.

Unter 6.9 wird gefragt „Finden Fortbildungen auch innerhalb der Arbeitszeit statt?“ und begründet: „Im Rahmen seines Sicherstellungsauftrages hat der Pflegedienst dies zu ermöglichen.“ Diese Behauptung ist falsch. Der MDK hat zudem kein Prüfrecht dahingehend, wie der Pflegedienst Arbeitsbedingungen seiner Mitarbeiter gestaltet und Fortbildungen organisiert. Es liegt in der Organisationshoheit des Trägers, ob Fortbildungsmaßnahmen innerhalb oder außerhalb der Arbeitszeit stattfinden.

Unter 6.13 werden Übergabegespräche verlangt, diese sind jedoch keine geeigneten Instrumente zur Informationsvermittlung in ambulanten Diensten.

zu 7. Pflegedokumentationssysteme, S. 29 ff.

Die Pflegedokumentation soll die benötigten Informationen übersichtlich

zur Verfügung stellen. Diesem Zweck dient keineswegs eine möglichst umfassende Datensammlung, die zudem den Persönlichkeitsrechten der Pflegebedürftigen zuwiderläuft. Der Fragenkatalog in der MDK-Prüfanleitung regt jedoch zu einer übermäßigen Datensammlung an. In der ambulanten Pflege werden verordnete Leistungen gem. § 37 SGB V und gewählte Leistungen gem. SGB XI erbracht. Dem muss das Pflegedokumentationssystem entsprechen. Es geht nicht darum, die Biographie zu erfassen, wie unter 7.2 ablesbar, sondern ausschließlich darum, pflegerelevante Aspekte der Biographie zu ermitteln. Auch die vom MDK für das Stammblatt geforderten Stammdaten gehen weit über das fachlich Erforderliche hinaus. Dies gilt für „pflegebegründende Diagnosen“, für „Kostform“ und „medizinisch-therapeutische Versorgungsform“, insbesondere aber kann nicht als Qualitätsaspekt gelten, dass Pflegebedürftige dem Pflegedienst „Informationen zu Verfügungen“ bekannt geben.

zu 8. Hygiene, S. 31 ff.

Die Frage nach der „optischen Sauberkeit“ unter 8.1 führt dazu, dass das subjektive Verständnis des Prüfers /der Prüferin von optischer Sauberkeit die Bewertung des Pflegedienstes beeinflusst. Die Frage nach einem „angemessenen Hygienemanagement“ unter 8.2 ist durch keinerlei gesetzliche Vorgaben gestützt. Der Verweis auf Literatur zur Begründung von Qualitätsanforderungen ist generell inakzeptabel, an dieser Stelle ist der Literaturverweis (Rahmen-Hygieneplan …für Alten- und Pflegeheime)

zudem falsch. Auch die Frage unter 8.4, ob die Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von MRSA „in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“ bekannt ist, ist für die Situation in der häuslichen Pflege unerheblich. Der Pflegedienst muss die Hygienevorstellungen des Pflegebedürftigen respektieren, in dessen Wohnung er sich bewegt. Die Überprüfung der Hygiene muss deshalb auf die Leistungserbringung begrenzt werden. Das Kriterium 8.5 „Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?“ bietet mit den Fragen nach „ausreichend Handschuhe“, „ausreichend Händedesinfektionsmittel“ und „ausreichend Schutzkleidung“ wiederum viel subjektiven Bewertungsspielraum.

zu 9. Beratung, S. 35 ff.

Unter 9.1 wird deutlich, dass der MDK die Beratungsverpflichtung, die die Vertragspartner nach § 80 SGB XI sehen, missversteht und in einem unvertretbaren Maße ausweitet. Der MDK fordert eine allgemeine Beratung zu den verschiedensten Themen mit festen Ansprechpartnern, Sprechzeiten und Informationsgesprächen. Dafür gibt es keine Finanzierung. Die Vertragspartner der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI sehen die Beratung und Unterstützung beschränkt auf den Rahmen der Leistungserbringung. 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. In der Erläuterung zu 9.1 wird ausgeführt „Beratung kann u.a.

in Form von Sozialberatung, regelmäßigen Sprechstunden, festen Ansprechpartnern sowie Informationsgesprächen angeboten werden.“ Eine allgemeine Pflege-, Patienten- und Seniorenberatung gehört nicht zu den Leistungen nach SGB XI und § 37 SGB V und der Prüfauftrag gem. § 114 SGB XI berechtigt den MDK nicht, „Sozialberatung“ bei ambulanten Pflegediensten zu prüfen.

Die Frage unter 9.2, ob Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI durch Pflegefachkräfte sichergestellt werden, ist weder durch gesetzliche noch durch vertragliche Vorgaben gerechtfertigt.

zu 10. Kooperation des Pflegedienstes bei der Qualitätsprüfung, S. 36

In hohem Maße anmaßend und absolut unangemessen ist die Bewertung der Kooperation des Pflegedienstes anhand der Aussagen „Auskünfte wurden bereitwillig erteilt“ und „Erforderliche Unterlagen wurden vorgelegt“, selbst dann, wenn diese Antworten nicht in die Gesamtbewertung der Bewertungssystematik eingehen. Es ist allen Einrichtungen anzuraten, nicht auf alle Fragen des MDK bereitwillig Auskünfte zu erteilen, sondern die Fragen auf ihre Berechtigung hin zu prüfen. In der Frage, welche Unterlagen erforderlich sind, ist ein Dissens zwischen Einrichtung und MDK nicht ungewöhnlich. Der MDK muss Abstand davon nehmen, mit Aussagen zu dem „Wohlverhalten“ Druck auf Einrichtungen in einer Prüfsituation auszuüben.

- Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen

(Prozess- und Ergebnisqualität)

Im Rahmen der Qualitätsprüfung eines Pflegedienstes ist lediglich die Qualität der Leistungserbringung dieses Dienstes, nicht aber die Qualität der häuslichen Versorgungssituation insgesamt zu überprüfen. Dieser zentrale Aspekt ist in dem Erhebungsbogen nicht angemessen berücksichtigt. Als Basis für eine Bewertung ist –dies sieht der Entwurf allerdings nicht vor - zunächst zu erheben, welche verordneten und/oder vertraglich vereinbarten Leistungen der Pflegedienst überhaupt erbringt. Mit Hilfe von Filterfragen sind dann unter 12. und 13. nur die Items/Fragen zu erheben und weiterzuverfolgen, die einen entsprechenden Bezug zu den jeweils konkret vereinbarten Leistungen aufweisen. Nur so kann der Rahmen für eine Qualitätsprüfung des Dienstes beim Pflegebedürftigen abgesteckt werden. Dies gilt insbesondere bzgl. der Relevanz der unter 13. vorgesehenen „Ist-Erhebung der Pflegesituation unter Berücksichtigung der aktuellen Pflegedokumentation“

zu 11. Allgemeine Angaben, S. 37 f

Unter 11.2 wird nach Leistungen gem. SGB XII gefragt, diese sind jedoch nicht Bestandteil der Prüfung der Qualität nach § 114 SGB XI in der ambulanten Pflege.

zu 12. Zufriedenheit des Pflegebedürftigen, S. 38 ff.

Wie viel Zeit Pflegenden für die Pflegemaßnahmen zur Verfügung steht, ergibt sich aus der jeweiligen Vergütungsvereinbarung. Pflegedienste klagen über unzureichende Vergütungen, die sie zwingen, die vereinbarten Leistungen innerhalb enger Zeitgrenzen zu erbringen. Vor diesem Hintergrund ist es nicht akzeptabel, wenn für die Qualitätsbewertung eine subjektive Einschätzung des Pflegebedürftigen - unabhängig von dem objektiv verfügbaren Zeitrahmen - herangezogen wird. Die Frage 12.7 „Lassen sich die Pflegenden genügend Zeit während der Pflegemaßnahmen?“ muss gänzlich entfallen.

Frage 12.8 „Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/ motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?“ ist nur dann angemessen, wenn die Leistung als Anleitung vereinbart wurde. Es ist nicht akzeptabel, dass die Bewertung aus subjektiver Sicht des

Gutachters erfolgt, wie in der Erläuterung vorgegeben: „Wenn … der Pflegebedürftige aus Sicht des Gutachters Selbsthilfepotential für das Waschen hat, ist zu überprüfen, ob der Pflegebedürftige unterstützt /motiviert wird, sich teilweise oder ganz selbst zu waschen.“ Der Pflegedienst erbringt vereinbarte Leistungen - unabhängig davon vermutete Selbsthilfepotentiale motivieren zu wollen, verstößt gegen das Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen.

Die Fragen 12.8, 12.9 und 12.10 sind nur zu stellen, wenn entsprechende Leistungen mit dem Pflegedienst vertraglich vereinbart wurden.

zu 13. Ist-Erhebung der Pflegesituation unter Berücksichtigung der aktuellen Pflegedokumentation, S. 40 ff.

Eine angemessene Bewertung des Pflegedienstes ist nur dann möglich, 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 das im Rahmen der jeweiligen Leistungserbringung und unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts des Pflegebedürftigen Erforderliche. Es verletzt Rechte des Pflegedienstes und Persönlichkeitsrechte des Pflegebedürftigen, wenn im Rahmen der Überprüfung der Qualität der Leistungserbringung eines Dienstes die gesamte häusliche Versorgungssituation überprüft wird.

Zu welchem Zweck die Informationsfrage 13.1, ob der Pflegebedürftige liegend, sitzend, stehend, in Tageskleidung oder Nachtwäsche angetroffen wurde, dienen soll, bleibt unklar. Wenn Ausführungen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen aufgenommen werden, ist auf den aktuellen Stand des Betreuungsrechts abzustellen. Ein Literaturtitel von 1996 bietet keine Legitimation von Anforderungen.

Die regelmäßige und unbegründete Erhebung von Gewicht und Größe, wie unter 13.2 gefordert, ist abzulehnen. Die Bedeutung, die hier dem BMI zugemessen wird, entspricht keineswegs dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Zudem sind die technischen Voraussetzungen für das Wiegen Pflegebedürftiger im Allgemeinen in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen überhaupt nicht vorhanden.

Feststellungen zu Orientierung und Kommunikation nach Inaugenscheinnahme anhand von Aussagen unter 13.4, ob ein „sinnvolles Gespräch“, ob „nonverbale Kommunikation“ möglich und „Orientierung in allen Qualitäten vorhanden“ sei, sind anmaßend. Mit solchen Bewertungen überschreitet der MDK seine Kompetenz und verletzt Persönlichkeitsrechte Pflegebedürftiger.

zu 14. Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation, S.

50 ff.

Auch bei den Fragen zu 14.3 und 14.4 wird missachtet, dass die Abgrenzung der Verantwortung des Pflegedienstes auf die Leistungserbringung bezogen werden muss. Es ist nicht vertretbar, dass Pflegedienste generell die medizinisch-therapeutische Versorgungssituation und die soziale Versorgungssituation sowie alle Bedürfnisse/Wünsche/Abneigungen und allgemein aktuelle Ressourcen und Defizite erfassen müssen, um in MDK-Prüfungen gut abzuschneiden. Die Erfassung von Daten muss in Bezug zur Leistungserbringung eingegrenzt werden. Die Erforschung der Lebenssituation des Pflegebedürftigen ist ein Eingriff in seine Persönlichkeitsrechte und nur gerechtfertigt, wenn und soweit der Leistungsbezug dies erfordert. In der ambulanten Pflege werden Leistungen nach SGB XI von dem Pflegebedürftigen frei gewählt. Die Leistungserbringung muss sich vorrangig an den Wünschen des Pflegebedürftigen orientieren. Die zentrale Frage ist: Welche Leistungen möchte der Pflegebedürftige von dem Dienst beziehen? Wie wünscht er die Leistungserbringung (Übernahme, Anleitung, Hilfestellung)? Die vom MDK vorgegebenen Fragen: „1. Was kann der Pflegebedürftige selbst tun? 2. Was möchte der Pflegebedürftige tun? 3. Was können andere für ihn tun?“ bildet das Leistungsgeschehen in der ambulanten Pflege nicht ab. Case Management in der ambulanten Pflege mag wünschenswert sein, es kann jedoch nicht vom MDK als Qualitätsmerkmal ambulanter Dienste geprüft werden, solange es nicht als Leistung der ambulanten Pflege definiert ist und vergütet wird.

Ebenso problematisch ist die Frage nach Angaben zur Biographie unter 14.5. Hier wird pauschal erläutert: „Die Kenntnis der Vergangenheit sowie der regionalen Herkunft des Pflegebedürftigen ermöglichen ein besseres Verständnis für individuelle Gewohnheiten, Traditionen sowie Werte und sind somit relevant bei der Planung von Pflegemaßnahmen.“ Für die Planung von Pflegemaßnahmen sind die individuellen Gewohnheiten, Traditionen und Werte relevant, dabei ist nicht erforderlich, diese aus der Biographie ableiten und „ein besseres Verständnis“ entwickeln zu können. Die Gewohnheiten müssen weniger verstanden als vielmehr respektiert werden. Die allgemeine Erforschung der Biographie verletzt die Persönlichkeitsrechte des Pflegebedürftigen und verleitet zur Bildung von Vorurteilen.

Mit der Frage 14.6 schreibt der MDK dem Pflegedienst die Verantwortung für eine Leistung zu, die der Gesetzgeber dem MDK in § 18 Abs. 6 SGB XI auferlegt hat. „Der Medizinische Dienst hat der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung mitzuteilen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.“ Der Pflegedienst muss akzeptieren, dass Pflegebedürftige bestimmte Leistungen auswählen. Er kann ihnen keine Beratung aufzwingen und weitere aus seiner Sicht erforderliche Leistungen empfehlen. Dies könnte von den Pflegebedürftigen auch als Verkaufsstrategie missverstanden werden.

Deshalb ist nicht akzeptabel, dass unabhängig von der jeweiligen Versorgungssituation eine generelle Abfrage erfolgt: „Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass der Pflegedienst den Pflegebedürftigen bzw. seine Angehörigen über die für eine ausreichende Versorgung erforderlichen Leistungen informiert hat?“

Die Frage 14.7 „Ist vom Pflegedienst dokumentiert, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den Pflegebedürftigen, Angehörige, den Pflegedienst oder andere Pflegepersonen erbracht werden?“ verdeutlicht, dass der MDK dem Pflegedienst eine Verantwortung für den Gesamtprozess zuschreibt. Dies entspricht jedoch nicht den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben und verletzt wiederum die Persönlichkeitsrechte des Pflegebedürftigen. Diese Frage muss ersatzlos gestrichen werden.

Unklar ist die Zielrichtung der Frage 14.11 „Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?“ Die Frage ist nach den 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 erforscht werden kann, erschließt sich nicht. Der Einsatz der Mitarbeiter liegt in der Verantwortung der verantwortlichen Pflegefachkraft.

Die Frage unter 14.14. „Enthält der Pflegebericht regelmäßig Angaben zu Veränderungen, Befindlichkeiten der Pflegebedürftigen, Reaktionen auf pflegerische Maßnahmen, Abweichungen von den vereinbarten Maßnahmen?“ impliziert, dass regelmäßig Veränderungen stattfinden. Es ist unbedingt klarzustellen, dass Veränderungen nur ggf. zu dokumentieren sind.

Bzgl. der zu einzelnen Kriterien im Kapitel 14 wiederholt erwähnten MDS-Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation wird auf die Kritik der BAGFW im Schreiben vom 08.07.2005 an Herrn Dr. Pick, MDS, verwiesen.

Die BAGFW weist darauf hin, dass bei MDK-Prüfungen insbesondere „Mängel auf Papier“ konstatiert werden, d.h. trotz guter Ergebnisqualität werden Mängel konstatiert, wenn die Pflegedokumentation nicht den Erwartungen der Prüferinnen und Prüfer entspricht. Die BAGFW fürchtet, dass die MDS-Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation - ungeachtet ihrer Stärken und Schwächen - die Bewertung nach Papier weiter befördert und die Frage „was erwartet der MDK in der Pflegedokumentation?“ in den Fokus des Interesses einer Einrichtung rückt und das berufliche Selbstverständnis zur Pflegeplanung und Dokumentation verwischt wird. Dies ist aus der Perspektive einer Pflegeeinrichtung verständlich, da im Rahmen einer Prüfung - egal welcher Art - nur schwerlich Diskussionen über Inhalt und Art der Prüfungsaufgaben und ihrer Bewertung geführt werden können.

Vor diesem Hintergrund fordert die BAGFW eine Klarstellung des MDS, die die Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation so einordnet, dass sie ausschließlich als bei Bedarf einsetzbare Arbeitshilfe für die Praxis und nicht als Definition von Prüfanforderungen verstanden wird.

zu 15. Behandlungspflege

Mit dem PQsG wurde der Prüfauftrag des MDK im ambulanten Bereich auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erstreckt. Die Begründung zu § 114 Abs. 3 SGB XI stellt klar, dass diese Prüfungsbefugnis besteht, sofern der Pflegedienst derartige Leistungen gleichzeitig (im Zusammenhang mit Leistungen nach dem SGB XI) erbringt. Eine solche Klarstellung sollte in der Einleitung zu 15. erfolgen.

In dem Entwurf der Prüfanleitung wird aus den HKP-Richtlinien zu pflegerischen Prophylaxen zitiert und damit der Eindruck erweckt, dass diese Prophylaxe-Leistungen vom Pflegedienst zu erbringen seien. Eine solche Leistungsverpflichtung kann jedoch nicht postuliert werden, solange keine Vergütungsregelung vereinbart wurde.

Der Zusammenhang wird in Informationen des Bundesgesundheitsministeriums zu den Richtlinien vom April 2000 folgendermaßen dargestellt:

Zu der in den Richtlinien aufgrund der Beanstandung erweiterten Regelung der Prophylaxeleistungen wurde darauf hingewiesen, dass es zur Umsetzung dieser Bestimmung einer sachgerechten Vergütungsregelung für diese Leistungen bedarf. Es wurde deshalb die Erwartung zum Ausdruck gebracht, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit den Spitzenorganisationen der Pflegedienste in die Rahmenempfehlungen nach § 132 a SGB V bei den Grundsätzen der Vergütungen und ihrer Strukturen eine Regelung für die Leistungen der Prophylaxe aufnehmen, die eine ausreichende Versorgung der Versicherten mit erhöhtem Prophylaxebedarf insbesondere der Dekubitusprophylaxe gewährleistet.

Die Abhängigkeit der Leistungserbringung von einer sachgerechten Vergütungsregelung wird auch vom AOK-Bundesverband im Schreiben vom 19.04.2000 beschrieben:

Für die aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen sachgerechte Regelung in den Richtlinien zu den Prophylaxen muss in den Verhandlungen mit den Vertragspartnern der Rahmenempfehlung eine vernünftige vertragliche Regelung für die Dekubitusprophylaxe vereinbart

werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden hierzu Vorschläge erarbeiten, die auch einem erhöhten Aufwand bei Dekubitusprphylaxe Rechnung tragen sollen. Sie gehen dabei selbstverständlich davon aus, dass Leistungen, die auf der Basis der individuellen Pflegesituation des Versicherten besonderen Aufwand erfordern, z.B. hinsichtlich der Frequenz der notwendigen Dekubitusprophylaxe, auch adäquat vergütet werden.

Im Schreiben des Bundesgesundheitsministeriums vom 18.05.2000 an die Vertragspartner der Rahmenempfehlung gem. § 132 a SGB V wird ebenfalls betont, dass die Umsetzung der Richtlinien bzgl. der Prophylaxen von einer sachgerechten Vergütungsregelung abhängt:

Die in den Richtlinien aufgenommene Regelung für die Verordnung von Leistungen der pflegerischen Prophylaxe beschreibt den Anspruch des Versicherten im ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Maße. In dem einleitenden Satz der Verzeichnisse der Grund- und Behandlungspflegeleistungen wird festgeschrieben, dass pflegerische Prophylaxen im jeweils notwendigen Umfang Bestandteil der verordneten Leistungen sind.

Um diese Bestimmung der Richtlinien umzusetzen und somit die ausreichende Versorgung der Versicherten - insbesondere mit Leistungen der Dekubitusprophylaxe - zu gewährleisten, bedarf es einer sachgerechten Vergütungsregelung für diese Leistungen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in dem als Anlage beigefügten

Schreiben an das BMG vom 19.04.2000 für den weiteren Verlauf zu den Bundesrahmenempfehlungen Vorschläge einer sachgerechten und angemessenen Vergütung insbesondere der Dekubitusprophylaxe angekündigt; dabei sollen Leistungen, die auf der Basis der individuellen Pflegesituation des Versicherten besonderen Aufwand erfordern auch adäquat vergütet werden.

Zur Prüfung der Qualität der Leistungen der Behandlungspflege (15.1 -15.23) wird folgendes Fragenschema verwandt: „a. Gezielte Informationssammlung, b. ärztliche Verordnung liegt vor, c. Maßnahme erfolgt entsprechend der ärztlichen Verordnung bzw. einer aktuellen Anordnung, d. ….“ In der Praxis markiert jedoch die ärztliche Verordnung den Beginn der Leistung, eine vorhergehende gezielte Informationssammlung kann nicht stattfinden. Die Leistung „Erstbesuch“ kann ausschließlich im Rahmen des SGB XI, nicht im Zusammenhang mit Behandlungspflegeleistungen nach SGB V erbracht werden.

zu 16. Auf den Pflegebedürftigen bezogene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität, S. 82 ff.

In diesem Kapitel findet sich kaum noch ein Bezug auf die Qualitätsvereinbarung gem. § 80 SGB XI. Vielmehr definiert der MDK eigene Anforderungen und unterlegt diese mit Literaturzitaten und langen Literaturlisten. Dies entspricht nicht den gesetzlichen Anforderungen an

die MDK-Prüfung gem. § 114 SGB XI.

Bei der Erläuterung zu den Fragen zum sachgerechten Umgang mit Dekubitusgefahr unter 16.2 heißt es: „Die Frage bezieht sich auf die Berücksichtigung der Dekubitusprophylaxe im Rahmen der Leistungserbringung Grundpflege und auf folgende Leistung der häuslichen Krankenpflege: … Dekubitusbehandlung …“. Damit wird ignoriert, dass bis jetzt zur Leistungserbringung in der häuslichen Krankenpflege keine Vergütungsregelung für Prophylaxeleistungen vereinbart wurde und dementsprechend die Erbringung dieser Prophylaxe nicht von Pflegediensten gefordert werden kann. In einer weiteren Erläuterung zu den Fragen unter 16.2 heißt es: „Das Kriterium ‚Durchführung entsprechend ärztlicher Anordnung’ kann auch mit ja beantwortet werden, wenn der Pflegedienst den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Anordnung nicht angepasst hat.“ Es ist nicht akzeptabel, dass dem Pflegedienst eine Prüfpflicht dahingehend zugewiesen wird, ob die Anordnung des Arztes „dem aktuellen Stand des Wissens“ entspricht.

Das Kriterium 16.3 „Wird bei Pflegebedürftigen mit Inkontinenz (ohne Blasenverweilkatheter) mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?“ verkennt, dass im Rahmen des SGB V ausschließlich verordnete Leistungen zu überprüfen sind und SGB XI-Leistungen nach definierten Leistungskomplexen gewählt werden. In den Erläuterungen

wird auf das Toilettentraining von Heimbewohnern verwiesen, dies verdeutlicht die Fehleinschätzung der Situation in der häuslichen Pflege. Auch die in den Erläuterungen behauptete allgemeine Beratungspflicht (ohne Vergütung) besteht nicht. „Anleitung“ ist nach den HKP-Richtlinien eine verordnungsfähige Leistung und im Rahmen des § 45 SGB XI grundsätzlich möglich, außerhalb einer entsprechenden SGB V-Verordnung bzw. einer Vereinbarung nach § 45 SGB XI kann Anleitung nicht gefordert werden..

Mit dem Kriterium 16.5 „Wurde bei vorliegendem Sturzrisiko eine Beratung durchgeführt?“ wird dem Pflegedienst wiederum eine Beratungspflicht zugeschrieben, die aus dem Leistungsrecht nicht ableitbar ist.

Das Kriterium 16.6 „Wird bei Kontrakturgefahr mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?“ wird erläutert: „Gelenke sollten mindestens drei mal täglich in jeweils drei Wiederholungen bewegt werden, um Kontrakturen zu vermeiden. … Eine Einschätzung der Situation sollte bei Aufnahme der Versorgung erfolgen sowie regelmäßig im Rahmen der Evaluation der Pflegeplanung, um bei Einschränkungen in der Mobilität sofort prophylaktische Maßnahmen ergreifen zu können. Nachweise durchgeführter prophylaktischer Maßnahmen müssen sich z.B. in einem Bewegungsplan oder einem Mobilisierungsnachweis finden. …“ Dieses Beispiel verdeutlicht, dass der MDK - unabhängig von den auf Landesebene vereinbarten Leistungsbeschreibungen und

Vergütungsregelungen - Leistungen definiert, die er von Pflegediensten erwartet. Dies ist unzulässig.

Bei dem Kriterium 16.7 „Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?“ wird wiederum in unangemessener Weise dem Pflegedienst eine Prüfpflicht bzgl. der ärztlichen Anordnung auferlegt: „Das Kriterium ‚Schmerztherapie entsprechend ärztlicher Anordnung’ kann auch mit ja beantwortet werden, wenn der Pflegedienst den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Anordnung nicht angepasst hat.“

Auch bei dem Kriterium 16.8 „Wird bei Pflegebedürftigen mit Einschränkungen in der selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?“ wird ignoriert, dass in der ambulanten Pflege nur selten eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung stattfindet, dem Pflegedienst dementsprechend keine generelle allgemeine Verantwortung für die Gesamtsituation zugeschrieben werden kann und dass auch keine allgemeine Beratungsverantwortung besteht.

Das Kapitel schließt mit Frage 16.13 „Ist der Umgang der Pflegekraft mit dem Pflegebedürftigen angemessen?“. In der Erläuterung heißt es: „Wenn

eine Pflegekraft im Umgang mit dem Pflegebedürftigen beobachtet werden kann, ist hierbei zu bewerten, ob die Pflegekraft die Persönlichkeit des Pflegebedürftigen respektiert und dessen Intimsphäre wahrt.“ Abgesehen davon, dass die Beobachtung durch den MDK bereits einen Eingriff in die Intimsphäre des Pflegebedürftigen darstellt, ist zu fordern, dass in dem MDK-Erhebungsbogen eindeutig abgebildet ist, wie der Respekt vor der Persönlichkeit des Pflegebedürftigen und die Wahrung der Intimsphäre des Pflegebedürftigen gemessen werden.

Bewertungssystematik

Die Bewertungssystematik im Entwurf der Prüfanleitung ist äußerst komplex. Eine erste Gewichtung resultiert aus der Bewertung der Fragen eines Kriteriums mit unterschiedlichen Punkten. Speziell das hierfür genutzte Ja-Nein-Schema ist mehr als bedenklich. Darüber hinaus muss die Frage der Prüfgerechtigkeit aufgrund der vagen und diffusen Kriterien, die in diesem Schema dargestellt sind, angezweifelt werden. Eine zweite Gewichtung ergibt sich aus der Bestimmung des Divisors für die Gesamtpunkte dieses Kriteriums. Eine dritte Gewichtung ergibt sich aus der Hinterlegung von unterschiedlichen Gewichtungsfaktoren zu einzelnen Kriterien eines Komplexes. Für die jeweiligen Gesamtpunkte eines Komplexes ist ein Divisor vorgegeben, der zu einem Punktwert zwischen 0

und 2,0 führt. Die Anforderungen im Entwurf der MDK-Prüfanleitung werden nach dem jeweils errechneten Punktestand als erfüllt (2,0-1,9), überwiegend erfüllt (1,8-1,6), nur zum Teil erfüllt (1,5-1,0), nicht erfüllt (<1,0) bewertet.

Das bedeutet, wenn weniger als 50% der gewichteten Kriterien erfüllt sind, gelten die Qualitätsanforderungen als nicht erfüllt. Der MDK rechnet die Erfüllung der Qualitätsanforderungen auf eine spezielle Weise in Prozente um, wie aus den Informationen des MDK Rheinland-Pfalz zu „Qualitätsberichten“ ablesbar ist. Nach diesem Bewertungsschema entspricht:

- dem vollständigen Punktestand (2,0-1,9): Anforderungen zu 100% erfüllt mit der Vergabe von 100 Bewertungspunkten,

- dem 90-80prozentigen Punktestand (1,8-1,6): Anforderungen zu 75% erfüllt mit der Vergabe von 75 Bewertungspunkten,

- dem 75-50prozentigen Punktestand (1,5-1,0): Anforderungen zu 25% erfüllt mit der Vergabe von 25 Bewertungspunkten,

- dem unter 50prozentigen Punktestand (< 1,0): Anforderungen zu 0% erfüllt mit der Vergabe von 0 Bewertungspunkten.

Die Veröffentlichung von „Qualitätsberichten“ nach einer solchen intransparenten Bewertungssystematik ist eher geeignet, Verwirrung zu

stiften als dem Informationsbedarf von Pflegebedürftigen und Angehörigen zu entsprechen.

In dem Entwurf der MDK-Prüfanleitung vom 08.03.2005 ist die Bewertungssystematik nicht mehr (wie in dem vorhergehenden Entwurf ohne Datum) abgebildet. Ganz offensichtlich wird die Bewertung in einem gesonderten Bogen erfasst. Auch dies muss als ein Symptom für die mangelnde Transparenz des MDK-Prüfverfahrens gewertet werden.

Validität und Reliabilität

Im Tätigkeitsbericht 2003/2004 des MDS findet sich folgende Aussage: „Die Bewertungssystematik wurde im Rahmen einer Validierungsstudie auf Validität (Gültigkeit) und Reliabilität (Zuverlässigkeit) bei insgesamt 125 Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen getestet. Ergebnis der Untersuchung: Die Bewertungssystematik ist sowohl reliabel (Übereinstimmung ca. 90 Prozent) als auch valide (volle Übereinstimmung 68 Prozent, tolerable Übereinstimmung ca. 26 Prozent).“

Unabhängig von dieser Bewertung muss die Validität der MDK-Erhebungsbögen bezweifelt werden. Die hier an einzelnen Kriterien beispielhaft erörterten Kritikpunkte belegen, dass die inhaltliche Validität nicht gegeben ist. Die MDK-Prüfanleitung für die ambulante Pflege ist nicht geeignet, die Qualität der Leistungserbringung eines ambulanten Pflegedienstes in Übereinstimmung mit den gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen abzubilden. Vor diesem Hintergrund wird die Aussage zur Reliabilität wertlos. Wenn etwas Falsches gemessen wird, hilft es nicht weiter, wenn dies zuverlässig wiederholt werden kann.

Fazit

In der Begründung zum PQsG wird ausgeführt, dass man Qualität nicht in Heime hineinprüfen kann. Genau dies jedoch scheint sich die MDK-Gemeinschaft zum Ziel gesetzt zu haben. Sie beansprucht Definitionsmacht für den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse und formuliert Handlungsempfehlungen im Sinne von Handlungsanweisungen.

Die Verantwortung für die Festlegung von Qualitätsanforderungen hat der Gesetzgeber in § 80 SGB XI nicht der MDK-Gemeinschaft zugewiesen, sondern Kostenträgern und Leistungserbringern gleichermaßen. Mit dem PQsG hat der Gesetzgeber zwar den Vertragspartnern gem. § 80 SGB XI die Verantwortung zum Verfahren für die Durchführung der Qualitätsprüfung entzogen, jedoch nicht, um sie dem MDK zuzuweisen. Die entsprechenden Regelungen wurden vielmehr in ein neues Elftes Kapitel übernommen. Dass bisher keine Pflege-Prüfverordnung gem. § 118 SGB XI vorliegt, berechtigt den MDK nicht dazu, vergleichbare Festlegungen an Stelle des Verordnungsgebers zu treffen.

Anstatt zu prüfen, ob Einrichtungen nach dem Verständnis des MDK richtig arbeiten, muss der MDK sein Augenmerk ausschließlich auf die Ergebnisqualität und die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen zur Pflegequalität richten.

Wir fordern den MDS und die MDK zum Dialog auf. Ziele des Dialogs sind ein qualitätsgesichertes und transparentes Prüfverfahren, das auf einem gemeinsamen Verständnis bzgl. der von Einrichtungen geforderten Pflegequalität aufbaut.

---

[1] § 76 Abs. 3 SGB XII besagt: „Die Träger der Sozialhilfe haben mit den Heimaufsichtsbehörden und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen zusammen zu arbeiten, um Doppelprüfungen zu vermeiden.“ Es bedarf

deshalb einer Vereinbarung bzw. Absprache mit den Sozialhilfeträgern, bevor die Leistungserbringung im Rahmen des SGB XII für sie geprüft wird.

[2] Nach § 80 a Abs. 5 SGB XI können Vertragsparteien (§ 85 Abs. 2 SGB XI) einen Personalabgleich verlangen. Dies gilt aber nur für stationäre Einrichtungen und ist ein Recht der Pflegekassen und nicht des MDK.

Dateien

_Stellungnahme_MDK_PRUEFANL_KRITIK_BAGFW1.pdf 113 KB

Zum Seitenanfang