

**Stellungnahme
der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.
(BAGFW)**

zum Entwurf der

**Richtlinien
des GKV-Spitzenverbandes¹
über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen
und deren Qualität nach § 114 SGB XI
(Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR)
vom 13.05.2008**

Vorbemerkung

Mit dem Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zum 01.07.2008 erfolgte eine gesetzliche Verankerung einer qualifizierten Beteiligung u.a. der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) an den Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinie - QPR). Dies stellt eine Weiterentwicklung der vorher geltenden Regelungen dar. Damit wurde eine langjährige Forderung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege in Teilen umgesetzt. Dies bildet einen ersten Schritt zu einem transparenten Prüfverfahren, das auf einem gemeinsamen Verständnis bzgl. der von Einrichtungen geforderten Pflegequalität aufbaut.

Die QPR müssen eine Prüfung auf der Grundlage des allgemein anerkannten Standes medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse gewährleisten und sich innerhalb des gesetzten Rahmens von Verhandlungsergebnissen zu § 115 Abs. 1a SGB XI (Transparenzkriterien) und § 113 SGB XI (Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung von Pflegequalität) sowie weiteren vertraglichen Festlegungen zu Leistungs- und Qualitätsinhalten bewegen.

Da die Verhandlungen zur Ausgestaltung der gesetzlichen Regelungen zu § 113 SGB XI noch laufen, gehen wir davon aus, dass nach Abschluss der Verhandlungen eine erneute unverzügliche Überarbeitung der QPR stattfindet. Eine entsprechende Anmerkung oder Fußnote sollte in den QPR enthalten sein. Der vorliegende Entwurf zu den QPR ist daher nur eine zeitlich begrenzte Zwischenlösung.

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

Beteiligungsverfahren und Unterlagen

Im Rahmen des Beteiligungsverfahrens nach § 114a Abs. 7 Satz 2 SGB XI wurden mit dem Schreiben des GKV-Spitzenverbands vom 13. Mai 2009 folgende Unterlagen versandt:

1. Richtlinienentwurf
2. Anlage 1: Erhebungsbogen für ambulante Pflege
3. Anlage 2: Erhebungsbogen für stationäre Pflege

Die Erhebungsbögen sind nicht selbsterklärend und enthalten an verschiedenen Stellen unbestimmte Begriffe. Eine inhaltliche Bewertung der Bögen ist daher nur eingeschränkt möglich. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) hat für die aktuell gültigen QPR eine Prüfanleitung (Ausfüllanleitung) zum Erhebungsbogen veröffentlicht, die für alle Prüfer der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) eine verbindliche Orientierung darstellt. Die Richtlinien, die Erhebungsbögen und die Prüfanleitung wurden gemeinsam in Buchform sowie elektronisch veröffentlicht. Erst durch diesen Dreiklang lassen sich alle inhaltlichen Fragen zur QPR beantworten und bewerten. Da auch für die neuen QPR ein entsprechendes Vorgehen geplant ist, gehört die Ausfüllanleitung in das Beteiligungsverfahren.

Aus den Erhebungsbögen geht nicht hervor, wann eine Frage mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten ist. Es fehlt somit die Darstellung der Bewertungssystematik. Unklar bleiben dadurch u. a. folgende Fragen:

- Mit wie vielen Punkten wird eine Frage bewertet?
- Gibt es Fragen oder Bereiche, die höher bewertet werden als andere?
- Wie viele Punkte sind insgesamt zu erreichen?
- Ab wann wird ein Mangel dargestellt?

Mit dem Fehlen der Bewertungssystematik ist eine Nachvollziehbarkeit von Prüfungen und Prüfergebnissen nicht möglich; diese müssen daher Außenstehenden als willkürlich erscheinen.

Festzuhalten ist, dass die für eine qualifizierte Beteiligung erforderlichen Informationen und Unterlagen nicht vollständig vorliegen. Es fehlen die

- Prüfanleitung (Ausfüllanleitung) und die
- Bewertungssystematik.

Damit bleiben die geplanten Qualitätsprüfungs-Richtlinien weit hinter den aktuellen fachlichen und politischen Anforderungen nach einer transparenten Darstellung und einer Nachvollziehbarkeit des Prüfverfahrens zurück. Wir geben ferner zu bedenken, dass der Gesetzgeber dieses Beteiligungsverfahren anders formuliert hat als die zeitgleich geregelten Beteiligungsverfahren nach § 45b Abs. 1 SGB XI (zusätzliche Betreuungsleistungen) und § 87b Abs. 3 SGB XI (Qualifikation und Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte). Hier ist jeweils nur ganz allgemein von "Anhören" und "Beteiligung" die Rede. Der Gesetzgeber bedient sich hier der Diktion des § 17 Abs. 2 SGB XI (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien). Demgegenüber enthält nur § 114a Abs. 7 Satz 3 SGB XI die Vorgabe der "Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung". Auf die Frage der Frist wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen. Bereits nach dem Wortlaut fällt also auf, dass der Gesetzgeber in diesem Beteiligungsverfahren besonderen Wert "auf die hierfür erforderlichen Informationen" gelegt hat:

- Wenn der Gesetzgeber damit nur den Entwurf der zur Beschlussfassung vorgesehenen Richtlinien gemeint hätte, hätte es dieser Betonung nicht bedurft, weil in den bisherigen Beteiligungsverfahren immer die entsprechenden Richtlinien-Entwürfe vorgelegt wurden.
- Wenn der Gesetzgeber dennoch hätte klarstellen wollen, dass der QPR-Entwurf vorzulegen ist, hätte er dies auch so konkret zum Ausdruck bringen können.

Er verlangt jedoch die Vorlage der "hierfür erforderlichen Informationen". Dies geht schon nach dem Wortlaut eindeutig über den "Richtlinienentwurf" hinaus. Diese über die sonst üblichen Vorgaben hinausweisende Anforderung an das Beteiligungsverfahren ist mit Bedacht geschehen. In der amtlichen Begründung zu § 114a Abs. 7 SGB XI heißt es: "Die Richtlinien werden in der Praxis erhebliche Auswirkungen haben. Von daher ist es besonders wichtig, dass die hier aufgeführten Organisationen und Verbände bei der Erstellung der Richtlinien in qualifizierter Form beteiligt werden. Auf diese Weise wird nicht nur die notwendige Transparenz der Qualitätsprüfungen und ihrer Ziele erreicht, sondern auch die Durchführungen der Qualitätsprüfungen für alle Beteiligten eindeutig geregelt und somit die von den Verbänden geforderte Grundlage für die Erarbeitung der Richtlinien geschaffen."

Die QPR gestalten die Qualitätsprüfungen und damit auch deren Ergebnisse. Die Ergebnisse können zu Auflagen, Kündigung des Versorgungsvertrages, Rückforderung von Vergütungen, Negativdarstellungen im Rahmen der Transparenz und damit zu Nachfrageeinbrüchen führen. Alles dies sind erhebliche wirtschaftliche bis existentielle Auswirkungen, auf die der Gesetzgeber in der zuvor zitierten Begründung ausdrücklich hingewiesen hat. Deshalb hat er eine Beteiligung "bei der Erstellung der Richtlinien in qualifizierter Form" gefordert.

Der Wortlaut des § 114a Abs. 7 Satz 3 SGB XI verlangt mehr als nur die Vorlage des QPR-Entwurfs und der in Anlagen 1 und 2 beigefügten Erhebungsbögen. Nach historischem Hintergrund und aus der Gesetzesbegründung zu entnehmender Zielsetzung des Gesetzgebers gehören zu den "erforderlichen Informationen" auch etwaige "MDK-Anleitungen".

Vor dem Hintergrund der Anpassung der QPR an die Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI ist die Einbeziehung der Ausfüllanleitung darüber hinaus unverzichtbar, da mit der Anlage 4 zu den PTVen jeweils Ausfüllanleitungen zu den Transparenzkriterien mit vereinbart wurden. Die Transparenzkriterien sind nun in die QPR-Erhebungsbögen eingearbeitet. Den Vertragsparteien nach § 114 SGB XI muss Gelegenheit gegeben werden, zu prüfen, ob die Ausfüllanleitungen nach Anlage 4 PTV ebenfalls entsprechend der Vereinbarungen umgesetzt wurden. Sollte dies nicht der Fall sein, wäre dies ein Verstoß gegen die Verhandlungsergebnisse zu § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI bzw. eine einseitige Vertragsänderung. Dies wäre die Grundlage künftige Qualitätsprüfungen bzw. daraus resultierende Veröffentlichungen der Prüfergebnisse rechtlich anzufechten. Damit ist sowohl die Rechtssicherheit des Beteiligungsverfahrens nach § 114a Abs. 7 Satz 2 SGB XI als auch der Vereinbarungen nach § 114a Abs. 7 Satz 2 SGB XI in Frage gestellt.

Die Stellungnahme der BAGFW wird also gezwungener Maßen unvollständig und vorläufig bleiben müssen. Die Bewertungen zum Entwurf der Qualitätsprüfungs-Richtlinien vom 13. Mai 2009 in dieser Stellungnahme können sich nach Vorlage der ausstehenden Unterlagen u. U. ändern. Sollten zu den noch fehlenden Unterlagen keine Stellungnahmen möglich sein und Berücksichtigung finden, dann wären die QPR aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege angreifbar.

Kernforderungen der BAGFW

Ergänzung der Stichprobe

In dem Entwurf der QPR soll den Prüfern das Recht eingeräumt werden, individuell zu entscheiden, ob zusätzlich zur Stichprobenziehung nach § 115 Abs. 1a SGB XI weitere „schwere Fälle“ in die Prüfung einbezogen werden sollen, „wenn wesentliche Prüfkriterien aufgrund der Zufallsstichprobe nicht bewertet werden können“. Es wird nicht klar, was unter dem Begriff „wesentliche Prüfkriterien“ zu verstehen ist, wodurch ein Einfallstor für nicht vergleichbare und uneinheitliche Vorgehensweisen von Prüfern entsteht.

Im Rahmen der Vereinbarungen zu § 115 Abs.1 a SGB XI wurde eine zufallsgesteuerte und nach Pflegestufen gewichtete Stichprobe zur Einbeziehung von Pflegebedürftigen in die MDK-Prüfungen vereinbart. Dies vor dem Hintergrund, dass die bisherige gezielte Negativselektion der Stichprobe nicht zu verlässlichen Aussagen über den Einzelfall hinaus führt. Aus Einzelfällen abgeleitete, generalisierte Aussagen über die Qualität einer gesamten Einrichtung sind methodisch unzulässig.

Insofern ist nicht nachzuvollziehen, warum im Entwurf der Qualitätsprüfungs-Richtlinien vom 13.05.2009 die in den Pflege-Transparenzvereinbarungen beschlossene Stichprobenziehung nun doch wieder um eine Negativselektion ergänzt wird. Die zufallsgesteuerte und nach Pflegestufen gewichtete Stichprobe wurde in den Pflege-Transparenzvereinbarungen als aussagefähig und verallgemeinerbar anerkannt, im Rahmen der MDK-Regelprüfung ist daher eine Ergänzung um eine zweite negativselektierte Stichprobe abzulehnen. Darüber hinaus erscheint die Prüfung zweier verschiedener Stichproben im Rahmen einer Prüfung als zu kompliziert in der Durchführung und Auswertung, die leicht zu ungewollten und unkontrollierbaren Mischstichproben führt. Es ist darüber hinaus zu befürchten, dass mit der zweiten Risikostichprobe eine methodisch unzulässige Vergleichsstichprobe zur methodisch hochwertigeren Stichprobe (weil verallgemeinerbar und vergleichbar) der Pflege-Transparenzvereinbarungen konstruiert wird, die in der Öffentlichkeit dazu genutzt wird, die Vereinbarungen nach § 115 SGB XI ungerechtfertigt zu diskreditieren.

Falls aufgrund des Zustandes eines Bewohners/Pflegebedürftigen keine Prüfung möglich sein sollte (das betrifft allerdings in der Regel nur die in die Befragung einzubeziehenden Kunden/Bewohner) darf eine Ergänzung der Stichprobe nur nach den gleichen Kriterien erfolgen, wie für die Zufallsstichprobe, da sonst das Ergebnis der Prüfung verfälscht würde.

Dazu kommt: Je mehr pflegebedürftige Menschen in die Prüfung einbezogen werden, umso aufwendiger, komplizierter, zeitintensiver und kostspieliger wird die Prüfung für die Einrichtungen und die Versichertengemeinschaft. Nicht ohne Grund wurde daher bisher die Anzahl der in die Prüfung einzubeziehenden Personen auf max. 10 % der Versorgten einer Pflegeeinrichtung begrenzt. Gerade bei kleinen Einrichtungen könnten somit unverhältnismäßig große Kundenzahlen in die Prüfung einbezogen werden.

Deshalb ist die Möglichkeit einer Ergänzung der Stichprobe aus den Richtlinien zu streichen.

Prüffragen und Kriterien

Den Hinweisen auf dem Deckblatt der Erhebungsbögen der Anlagen 1 und 2 zur QPR ist zu entnehmen, dass die Erhebungsfragen in verschiedene Kategorien aufgeteilt sind:

- M für Mindestangaben,
- Info für Informationsfrage,
- Txx für Transparenzkriterium und
- B für sonstige Bewertungsfrage.

Weder im Richtlinien text noch an anderer Stelle im Erhebungsbogen ist diese Kategorisierung aber näher erläutert. So bleibt nicht nachvollziehbar, welche Intention mit der Differenzierung der Fragen in dem Erhebungsbogen verbunden ist. Festzustellen ist lediglich, dass in der Richtlinie unter 3. Prüfauftrag Abs. 2, der Begriff Mindestangaben eingeführt und unter 6. Prüfinhalte/Prüfumfang der MDK-Prüfung Absatz 1 und 2, ein weiteres Mal benannt wird. Aus Sicht der BAGFW ist es notwendig, einleitend auszuführen, wo diese Kürzel Anwendung finden und welche inhaltliche Relevanz diese für die Prüfung bzw. für die Bewertung der Prüfungsergebnisse haben. Nur die Benennung eines Begriffes ist an dieser Stelle nicht ausreichend. Sollte die Kategorisierung der Fragen dazu dienen, den Prüfumfang um die Aspekte Struktur- und Prozessqualität bei Vorliegen einer gleichwertigen Prüfung nach § 114 Abs. 3 SGB XI zu verringern, wäre hier die Aufteilung in Fragen nach der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wesentlich zielführender.

Die Anteil der Info-Fragen an den Erhebungsfragen erscheint übertrieben hoch, zumal diese Informationen offensichtlich nicht einer Bewertung im Rahmen der Prüfung zugeführt werden. Das Anlegen von Datenfriedhöfen erscheint aus Sicht der BAGFW vor dem Hintergrund knapper Ressourcen aber nicht sinnvoll und ist auf das Maß des absolut Notwendigen zu reduzieren.

Ergebnisqualität

Der Gesetzgeber fokussiert mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz stärker auf die Ergebnis- und Lebensqualität der Empfänger von Pflegeleistungen bzw. Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, sowohl in der Prüfung durch die Medizinischen Dienste (§ 114 SGB XI), als auch bei der Veröffentlichung von Prüfergebnissen (§ 115 Abs. 1a SGB XI). Dabei erläutert er in § 114 Abs.2 SGB XI: „Die Regelprüfung erfasst 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.“ In den Richtlinien fehlt jedoch eine Konkretisierung dessen, was unter Ergebnisqualität zu verstehen ist.

Pflegewissenschaftlich bemisst sich die Ergebnisqualität "am Gesundheitszustand, dem Wohlbefinden und der Zufriedenheit der versorgten Person"². Ein Ergebnis ist dabei immer "ein Charakteristikum des Patienten - nicht der Pflegefachkräfte, der Pflegehandlungen oder medizinischen Handlungen"³. Ergebnisqualität bezieht sich also immer auf einen Gesundheits- und/oder Pflegezustand des pflegebedürftigen Menschen, "auf die die pflegerische Versorgung einen direkten Einfluss gehabt hat"⁴. Bei der Erhebung von Ergebnisqualität in Bezug auf Lebensqualität wird ein subjektiv durch den Betroffenen erlebter Zustand durch ein objektives und evaluiertes Instrument (z.B. Befragungsinstrument) erhoben.

Ergebnisqualität ist also nicht das Ergebnis der Dokumentation (das wäre Prozessqualität) sondern muss sich immer 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

² Schneekloth, U.; Wahl, H. W. (Hg.); 2005: Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuGIII); München; S. 157.

³ Nedzam, D. M.; 2002: Pflegefachkräfte und die Ergebnismessung in der Gesundheitsversorgung: Ein Überblick. In: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO (Hg.): Ergebnismessung in der Pflegepraxis, Bern u.a.: 15-30: S. 27.

⁴ International Council of Nurses - ICN; 2007: Pflegebezogene Ergebnisindikatoren, Reihe: Pflegefragen (Dt. Übersetzung: DBfK Bundesverband e. V., Berlin): S.1.

- 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 Modul zusammenzufassen und bei einer Beschränkung der Prüfung auf die Aspekte der Ergebnisqualität heranzuziehen.

Wiederholungsprüfungen

Den versandten Unterlagen ist nicht zu entnehmen, aus welchem Anlass eine Wiederholungsprüfung angezeigt bzw. was unter wesentlichen Aspekten der Pflegequalität zu verstehen ist. Hier fehlt eine klare Definition. Diese Anlässe bzw. diese Kriterien, die zu einer Wiederholungsprüfung führen, müssen klar definiert sein, damit die Einrichtungen hier nicht der Willkür von fortgesetzten Wiederholungsprüfungen, die sie jeweils auch noch selbst bezahlen müssen, ausgesetzt sind.

Zudem gibt es nach unserer Ansicht keine gesetzliche Legitimation bei einer Wiederholungsprüfung die personenbezogenen Mindestangaben (auch hier fehlt eine Definition, was darunter zu verstehen ist) erneut vollständig zu prüfen. Wiederholungsprüfungen können sich nur auf die zuvor bei der Regelprüfung beanstandeten Punkte beziehen, die im Bescheid der Pflegekassen festgehalten sind. Dies ist auch ein Gebot der Wirtschaftlichkeit, da ansonsten innerhalb kurzer Zeiträume, die gleichen Dinge zweimal abgeprüft werden würden.

Es ist außerdem nicht nachvollziehbar, warum eine Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung nach anderen Kriterien oder Inhalten durchzuführen sein soll, als eine Wiederholungsprüfung auf Veranlassung durch den MDK bzw. die Pflegekassen. Im Gesetz sind nur drei verschiedene Prüfformen genannt. Hier würde unter dem gleichen Namen eine andere Art von Prüfung eingeführt. Das ist u. E. gesetzlich nicht gedeckt.

Bei einer Wiederholungsprüfung sind deshalb nach unserer Ansicht immer nur die Kriterien, welche die Pflege-Transparenzvereinbarung betreffen (vgl. § 115 Abs. 1a SGB XI) zu prüfen sowie die Themen aus dem Maßnahmenbescheid.

Des Weiteren fehlt eine verbindliche Aussage, in welchem Zeitraum eine Wiederholungsprüfung durchzuführen ist. Es muss vermieden werden, dass durch eine Verzögerung einer von der Einrichtung veranlassten Wiederholungsprüfung eine jährlich durchzuführende Regelprüfung des MDK ersetzt wird.

Deshalb schlagen wir vor, auch zur Vermeidung von unzulässigen Härten gegenüber der Pflegeeinrichtung, im Kontext der Veröffentlichung der Kriterien nach § 115 Abs. 1a SGB XI, dass eine von der Einrichtung veranlasste Wiederholungsprüfung innerhalb von 3 Monaten nach der Beantragung durch die Pflegeeinrichtung durchgeführt werden muss. Die entsprechenden Berichte der Pflege-Transparenzvereinbarung müssen danach unverzüglich veröffentlicht werden (vgl. Vereinbarung in der Anlage 4 der PTVA).

Beratungsfragen

Im Erhebungsbogen ambulant ist festzustellen, dass zu einer Vielzahl von Fragen Beratungsleistungen der Pflegeeinrichtungen gegenüber pflegebedürftigen Menschen und Angehörigen abgefragt werden. Dies sind die Fragen 11.7 / 11.11 / 12.5 / 12.9 / 13.3 / 14.2. 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 11.7 / 11.11 / 12.5 / 12.9 / 13.3 / 14.2 wird dem ambulanten Pflegedienst eine Beratungspflicht zugeschrieben, die aus dem Leistungsrecht nicht ableitbar

und begründbar ist. Dafür gibt es keine Finanzierung. Es handelt sich hier um eine unzulässige Ausweitung der Beratungsverpflichtung für ambulante Pflegedienste.

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. 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 11.7 / 11.11 / 12.5 / 12.9 / 13.3 / 14.2 sind deshalb ersatzlos zu streichen.

Undefinierte Begriffe

Bereits in unserer Stellungnahme vom 30.09.2005 zur MDK-Prüfanleitung der Qualität nach § 114 SGB XI stellten wir fest, dass die Prüfanleitung eine Vielzahl undefinierter Begrifflichkeiten wie „gezielt“, „regelmäßig“, „ausreichend“, „situationsgerecht“, „sachgerecht“, „geeignet“ enthielte. Sie seien so unspezifisch, dass sie nicht als Bewertungsmaßstab für eine Prüfung dienen könnten. Wir führten weitergehend aus, dass sie dabei breite Interpretationsspielräume eröffneten und bewirken würden, dass Einrichtungen subjektiven Bewertungen der PrüferInnen ausgesetzt seien.⁵

Auch in den Erhebungsbögen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten und stationären Pflege – Stand 13.05.2009 wurden in den einzelnen Fragen immer wieder undefinierte Begrifflichkeiten verwendet, so dass eine Bewertung dieser Fragen, dies auch vor dem Hintergrund der fehlenden Prüfanleitung, nicht bzw. nur sehr eingeschränkt möglich ist.

Aus Sicht der BAGFW sind die Fragen so zu formulieren, dass breite Interpretationsspielräume möglichst ausgeschlossen werden. Hierbei ist auf den aktuellen allgemeinen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstand abzustellen. Überall da, wo unbestimmte Begriffe auftauchen, bedarf es einer Konkretisierung.

Im Anhang wird zum Richtlinienentwurf und den Anlagen dezidiert Stellung genommen:

- A) Stellungnahme zum Text der QPR (Seite 8 bis 11)
- B) Stellungnahme zu Anlage 1 der QPR (Seite 12 bis 21)
- C) Stellungnahme zu Anlage 2 der QPR (Seite 22 bis 34)

Berlin, 29.05.2009

⁵ Im Recht wird diesbezüglich von unbestimmten Rechtsbegriffen gesprochen. Unbestimmte Rechtsbegriffe sind Tatbestandsmerkmale, die allgemein gehalten und nicht eindeutig abgrenzbar sind. Das Gesetz selbst regelt in diesen Fällen keine bestimmte Vorgehensweise. Die Bestimmung des Anwendungsbereichs eines unbestimmten Rechtsbegriffs erfolgt dann ggf. durch die (höchstrichterliche) Rechtsprechung. Voraussetzung ist, dass dem Gericht ein entsprechender Sachverhalt zur Entscheidung vorgelegt wird.

Anhang

A) **BAGFW-Stellungnahme zum Entwurf der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR)**

Präambel

Präambel Abs. 3 Ergebnisqualität

Nach einer ersten Sichtung der Erhebungsbögen können wir nicht feststellen, dass bei der Überarbeitung der Richtlinien der Schwerpunkt bei den Prüfkriterien auf Ergebnisqualität gelegt wurde. Bei den meisten Kriterien, auch denen der Mindestangaben, handelt es sich um Kriterien, die Struktur- und Prozessqualität abbilden. Auch in den jeweiligen Kapiteln mit den Überschriften „Sonstige Fragen zu Ergebnisqualität“ in den beiden Anlagen handelt es sich nicht ausschließlich um Fragen der Ergebnisqualität. Insofern sollte sowohl in den Richtlinien als auch in den Anlagen eine korrekte Bezeichnung gewählt werden oder eben klar gemacht werden, dass hier, aufgrund fehlender Indikatoren zur Ergebnisqualität, eine andere Schwerpunktsetzung gemacht wird.

Präambel Abs. 4 Einzubeziehende Grundlagentexte der QPR

In diesen Absatz wäre klar darauf Bezug zu nehmen, dass, sobald die Vereinbarungen zu den Grundsätzen und Maßstäben nach § 113 SGB XI abgeschlossen sind, die Qualitätsprüfungs-Richtlinie einschließlich der Erhebungsbögen und der MDK-Prüfanleitungen angepasst werden. Eine unverzügliche Anpassung der Richtlinien bei einer Änderung der Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI ist ebenfalls vorzusehen.

2. Geltungsbereich

2. Abs. 1 Geltungsbereich innerhalb der verschiedenen Kassen

Es fehlt eine Klarstellung, wie die Verbindlichkeit der Richtlinie für die privaten Krankenkassen geregelt ist. Es sollte außerdem ein allgemeiner Hinweis erfolgen, wie mit den Privatversicherten in den Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Stichprobe zu verfahren ist.

2. Abs. 2 Häusliche Krankenpflege

Hier wäre klarzustellen, dass für den Bereich der SGB V Leistungen ein Prüfauftrag durch die Landesverbände der Krankenkassen zu erstellen ist.

3. Prüfauftrag

3. Abs. 1 Reduzierung des Prüfauftrages gemäß § 114 Abs. 2 SGB XI

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 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.

3. Abs. 2 Prüfauftrag auch für Einrichtungen transparent machen

In der Praxis hat sich bewährt, dass die MDK-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 schriftlich aushändigen. Dies wäre in den Richtlinien festzuhalten.

3. Abs. 3 Unterlagen zur Prüfung

In Abs. 3 ist geregelt, dass die Pflegekassen dem MDK 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 weitere im Zusammenhang mit dem Maßnahmenbescheid von der Einrichtung an die Pflegekassen versandte Unterlagen von diesen zur Verfügung zu stellen. Die Aufzählung der Unterlagen wäre entsprechend zu erweitern.

4. Durchführung der Prüfung – obligatorisches Abschlussgespräch

Hier wäre ein zusätzlicher Absatz einzufügen, der das Thema Abschlussgespräch mit der Pflegeeinrichtung konkretisiert: In der Vergangenheit stellten die Pflegeeinrichtungen oft eine Differenz zwischen der Prüfung und dem schriftlichen Prüfergebnis fest und konnten diese nicht nachvollziehen. In der Richtlinie ist deshalb festzulegen, dass am Ende der Prüfung ein Gespräch zwischen den Beteiligten über die Prüfung, das Prüfergebnis etc. geführt und protokolliert wird. Es dürfen keine Kritikpunkte im Abschlussbericht erscheinen, die an dieser Stelle nicht angesprochen worden sind.

5. Eignung der Prüfer

5. Abs. 1 Prüfung ausschließlich durch Pflegefachkräfte

Eine pflegfachliche Qualifikation von drei Jahren muss eine Grundvoraussetzung für die Prüfer von Pflegeeinrichtungen sein. Es ist nicht nachvollziehbar, warum Pflegeeinrichtungen sich von fremden Berufsgruppen überprüfen lassen sollen. Es wäre undenkbar, dass eine Pflegekraft z. B. einen Arzt oder eine Hausarztpraxis überprüft. Deshalb ist der Begriff „sollen“ hier zu streichen und mit einem „müssen“ zu ersetzen.

5. Abs. 2 Qualifikation der Prüfer

Die Voraussetzung einer „umfassenden pflegfachlichen Kompetenz“ (übrigens auch ein undefinierter und unklarer Begriff) kann hier gestrichen werden, da in unserem Vorschlag in Abs. 1 bereits klar gestellt wird, dass nur Pflegefachkräfte die Prüfung durchführen können. Weiterhin ist die Bezeichnung „Auditorenausbildung“ hier fachlich nicht ausreichend definiert. Die Verbände der BAGFW halten für die Durchführung von Qualitätsprüfungen eine anerkannte zertifizierte Qualifikation im Bereich des Qualitätsmanagements (z. B. TQM-Auditor, alternativ QM Auditor EOQ) für die Prüfer für erforderlich. Damit wäre auch ausreichend definiert, wie und auf welche Weise die Qualifikation aufrechterhalten wird und welche Grundlagen für die Ausbildung gelten. Sofern mehrere Prüfer in einem Prüfteam tätig werden, muss mindestens die Leitung des Prüfteams diese Voraussetzungen erfüllen. Unabhängig davon müssen alle Prüfer über Grundlagen-Kompetenz und nicht nur über Kenntnisse im Qualitätsmanagement verfügen.

6. Prüfinhalte/Prüfumfang der MDK-Prüfung

6. Abs. 1 Ergebnisqualität

Zu dem Thema Ergebnisqualität haben wir bereits an anderer Stelle Ausführungen gemacht.

6. Abs. 2 und 3 Wiederholungsprüfungen

Zu dem Thema Wiederholungsprüfungen haben wir bereits an anderer Stelle Ausführungen gemacht.

6. Abs. 4 Unterschiedliche Prüfbereiche bei den verschiedenen Pflegeeinrichtungen

Bei der Beschreibung der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung wäre unseres Erachtens der entsprechende Paragraph § 87 SGB XI, auf den hier Bezug genommen wird, zu ergänzen. Auch wäre eine getrennte Auflistung nach den Prüffeldern ambulanter, stationärer und teilstationärer Pflegeeinrichtungen hier festzuhalten. Die Spiegelstriche 3 (soziale Betreuung), 4 (Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung) sowie 5 (Zusatzleistungen) betreffen z. B. nur stationäre Einrichtungen.

6. Abs. 6 Anlagen zur QPR

In den Verhandlungen zu den Vereinbarungen nach § 115 SGB XI ist deutlich geworden, dass sich **teilstationäre Angebote** nicht mehr unter den stationären Angeboten subsumieren lassen, sondern ein anderes Leistungsspektrum haben als ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, denen gerecht zu werden ist. Daher halten wir einen separaten Erhebungsbogen für die Tagespflege, aber auch die Kurzzeitpflege für erforderlich. Wie bereits an anderer Stelle ausgeführt, ist die hier erwähnte MDK-Anleitung ein Bestandteil der Richtlinien und muss uns deshalb ebenfalls zur Verfügung gestellt werden.

6. Abs. 7 Basis aller Prüfungen

Bei dem Bezug auf die Grundsätze und Maßstäbe zur Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI ist eindeutig auf die z. Zt. geltenden Fassungen von 1996 (ambulant i.d.F. vom 31. Mai 1996, stationär i.d.F. vom 7.3.1996) Bezug zu nehmen.

Die Einrichtungen sind verpflichtet nach § 11 SGB XI, die Pflege nach dem anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu erbringen. Bei der Anwendung der Expertenstandards ist zu unterscheiden zwischen den Expertenstandards des DNQP und den Expertenstandards nach § 113a SGB XI. Anderenfalls bestünde die Gefahr der Anwendungskollision. Die Expertenstandards des DNQP sind dabei eine mögliche Aussage zum aktuellen Stand des Wissens, beinhalten jedoch keine unmittelbare Verpflichtung für die Anwendung in den Pflegeeinrichtungen. Zumal auch einige der Expertenstandards nicht ausreichend an die Settings in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen angepasst wurden. Sobald Expertenstandards nach der neuen Verfahrensordnung nach § 113a SGB XI vorliegen, ist deren Einhaltung zu überprüfen.

Bei den Empfehlungen der Kommission zur Krankenhaushygiene und Infektionsprävention ist klarzustellen, dass es sich nicht um eine vollständige Übernahme und Anwendung handeln kann, sondern nur um die Anteile, die nach dem Gebot der Verhältnismäßigkeit auch in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen angewandt werden müssen.

6. Abs. 9 Erweiterung der Zufallsstichprobe

Der Richtlinienentwurf sieht eine Ausweitung der Stichprobe vor. Wie bereits ausgeführt, halten wir eine Erweiterung der Stichprobe nicht für angezeigt. Es wird zudem nicht klar und begründet, warum gerade diese Pflegesituationen speziell geprüft werden sollen. Zudem gibt es für einige der hier beschriebenen Erkrankungen 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 müsste allein schon das Thema Kontrakturen bei der Überprüfung bis zu einer Lösung des Problems ausgeklammert werden. Der gesamte Absatz ist zu streichen.

6. Abs. 10 Missstände

Es wird nicht klar, was unter Missständen zu verstehen ist. Der Begriff Missstände ist zudem ein schwieriger und unbestimmter Begriff. Um eine Einheitlichkeit der Prüfungen zu gewährleisten und einer Subjektivität bei der Einschätzung vorzubeugen, sollte klar definiert werden, was unter Missständen zu verstehen ist bzw. statt dessen die Situation beschrieben werden, bei welcher der Prüfauftrag auszuweiten ist. Eine Ausweitung der Prüfung könnte erfolgen, wenn von schwerwiegenden Mängeln der von der Pflegeeinrichtung zu verantwortenden Pflege bzw. der Pflegeeinrichtung selbst auszugehen ist, die ein unverzügliches Handeln erforderlich machen oder wenn während der Prüfung durch den MDK deutlich wird, dass Gefahr im Verzug ist bzw. eine Gefährdung von Leib und Leben der pflegebedürftigen Person zu erkennen ist.

6. Abs. 11 Einbeziehung zusätzlicher Personen in die Prüfung

Dieser Absatz ist aufgrund der zuvor angeführten Begründung (vgl. Präambel Abs. 3) zu streichen.

7. Abs. 1 und 3 Kooperation mit der Heimaufsicht

Der Begriff Heimaufsicht wäre nach der Reform des Heimgesetzes nun zu ersetzen durch den Begriff „die nach Landesrecht zuständigen Behörden“.

10. Berichterstattung

Es wird nicht klar, was unter Einzeldatensätzen zu verstehen ist. Unseres Erachtens kann es sich dabei nur um aggregierte Daten bzw. um die jeweiligen Berichte der Medizinischen Dienste der Länder handeln, die hier als Einzeldatensätze EDV-gestützt weitergeleitet werden können. Dies ist entsprechend zu konkretisieren.

Des Weiteren ist beim Schutz der personenbezogenen Daten sowohl auf die Schutzrechte von pflegebedürftigen Menschen, als auch von Mitarbeitern der Einrichtungen zu achten. Auch die IK-Nummern der Einrichtungen in Verknüpfung mit dem Prüfbericht sind als Daten zu kennzeichnen, die nicht weitergeleitet werden dürfen. Dies ist entsprechend zu konkretisieren.

B) BAGFW-Stellungnahme zu Anlage 1 der Qualitätsprüfungs-Richtlinien - Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege – Stand: 13.05.2009

Kapitelübergreifende Fragestellungen

Überwiegend neu aufgenommen werden sollen im Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen (Prozess- und Ergebnisqualität) sogenannte Informationsfragen wie "Hat der Pflegebedürftige chronische Schmerzen?" (10.20), "Liegt ein Sturzrisiko vor?" (11.4), „Liegt ein Dekubitusrisiko vor?“ (11.6), „Liegt ein Kontrakturrisiko vor?“ (11.10), "Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?" (12.3), Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?" (12.4), "Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?" (13.2). Zur Erhebung dieser Sachverhalte wird folgendes Antwortschema verwandt: "von Gutachter beurteilt" / "von Pflegedienst übernommen". Zum einen wird die Aufnahme dieser Informationsfragen und die vielleicht dahinter liegende theoretische Konzeption nicht transparent gemacht. Zum anderen sind diese Kriterien im Hinblick auf eine Prüfung der Qualität in den ambulanten Pflegediensten absolut verzichtbar, sie stellen eine Ausdehnung des Prüfumfangs dar und sind deshalb ersatzlos zu streichen.

Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst (Struktur- und Prozessqualität)

zu 1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst, S. 2 ff.

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. Insofern stellt sich die Frage, ob sich die umfangreichen Informationsfragen unter 1. nicht auf ein angemessenes Maß reduzieren ließen. Letztendlich soll in den MDK-Prüfungen die Qualität der Leistungserbringung überprüft werden. Viele der abgefragten Angaben sind den Pflegekassen aus den Verträgen mit den Pflegeeinrichtungen und regelmäßig einzureichenden Strukturhebungsbögen bekannt. Auch ist in der Qualitätsprüfungs-Richtlinie unter 3. Prüfauftrag Abs. 3 ausgeführt, dass dem MDK mit dem Prüfauftrag die erforderlichen Informationen und Unterlagen für die Qualitätsprüfung, insbesondere Institutionskennzeichen, Versorgungsverträge, Strukturdaten etc. von den Pflegekassen zur Verfügung gestellt werden.

Es erschließt sich unter 1.2 q nicht, welche Form der Zertifizierung hier gemeint ist. Sollte bei dieser Fragestellung darauf abgestellt werden, ob eine gleichwertige Prüfung i. S. des § 114 Abs. 4 SGB XI vorliegt oder nicht, wäre dies an dieser Stelle entsprechend zu präzisieren. Ansonsten wäre aus Sicht der BAGFW dieser Punkt entbehrlich.

Unter 1.3 „Daten zur Prüfung“ wurde neu aufgenommen die Angabe „Ansprechpartner des MDK“, hier sind neben dem Namen und auch die E-Mailadresse einzutragen. Leider erschließt sich aus der Formulierung „Ansprechpartner des MDK“ weder, ob hier ein Ansprechpartner aus dem Pflegedienst für den MDK einzutragen ist oder einen Ansprechpartner aus dem MDK für den Pflegedienst, noch zu welchem Zweck diese Angabe aufgenommen wird. Dies wäre zu konkretisieren.

Die Änderungen im Erhebungsbogen unter 1.4 „Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI“ sind vor dem Hintergrund der gesetzlichen Änderungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz nachvollziehbar. Unabhängig davon sei an dieser Stelle die Frage gestellt, ob es einer Differenzierung nach dem auslösenden Sachverhalt einer Anlassprüfung bedarf. Aus Sicht der BAGFW ist die Einrichtung über den Anlass unter Vorlage schriftlicher Dokumente zu informie-

ren. Nur so ist es der Einrichtung möglich, sich adäquat mit dem Prüfanlass fachlich und inhaltlich auseinander zu setzen.

Unter 1.5 „Von der Pflegeeinrichtung zur Prüfung vorgelegte Unterlagen“ ist eine umfangreiche Liste von der Einrichtung im Rahmen der Prüfung vorzulegender Unterlagen abgebildet. Insgesamt sind 32 Arten von Unterlagen aufgelistet. Mit Ausnahme von den Unterlagen, „Nachweise über Pflegevisiten“ und „Nachweise über Fallbesprechungen“ ist für jede Unterlage zu vermerken, ob sie vorliegt oder ob sie nicht vorliegt. Ggf. ist ein Datum einzutragen, wobei sich aus der Tabelle nicht erschließt, welches Datum hier einzutragen ist: Das Ausfertigungsdatum der Unterlage oder das Datum der Vorlage der Unterlage, wenn z. B. Unterlagen durch den Pflegedienst nachgereicht werden. Letztendlich ist nicht davon auszugehen, dass bei einer unangemeldeten Prüfung immer alle Unterlagen zum Prüfungszeitpunkt vorliegen. So gibt es z. B. bei großen Trägern einrichtungsübergreifende Personalabteilungen, in welchen auch die Personalunterlagen zentral verwaltet werden. Weiterhin erschließt sich nicht warum ausschließlich bei den oben genannten zwei Unterlagen die Möglichkeit besteht, auch ein t. n. z. anzukreuzen. So lassen z. B. die Kriterien unter 3.1 „Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?“ offen, selbige in einer Stellenbeschreibung oder einer vergleichbaren Unterlage geregelt werden. Wichtig ist an dieser Stelle, dass sie geregelt sind. So wie die Liste der vorzulegenden Unterlagen aufgebaut ist, wäre hier, sollten die Verantwortlichkeiten und Aufgaben nicht in einer Stellenbeschreibung geregelt sein, ein Nein einzutragen, wobei sich dann die Frage nach der Konsequenz aus dem Nein stellt. Auch mag ein Organigramm einen wichtigen Baustein innerhalb einer Organisation darstellen, stellt aber kein zwingendes Instrument der Organisationsgestaltung in Unternehmen dar, wenn z. B. in Stellenbeschreibungen oder vergleichbaren Unterlagen die Verantwortlichkeiten klar geregelt sind. Entsprechend ist auch das Kriterium 3.1 Buchstabe a offen gestaltet, indem hier erfragt wird, ob die Organisationsstruktur z. B. in Form eines Organigramms geregelt ist. Insofern sollte die Liste der vom ambulanten Pflegedienst vorzulegenden Unterlagen auf entsprechende Verwerfungen überprüft und die Möglichkeit geschaffen werden, ggf. auch t. n. z. anzukreuzen. Des Weiteren fehlt bei 1.5 bei dem Item "Liste der vom Pflegedienst vorgehaltenen Pflegehilfsmittel/Hilfsmittel" die Antwortmöglichkeit "trifft nicht zu", da für Pflegedienste nicht die Verpflichtung besteht, für die von ihnen versorgten Pflegebedürftigen Hilfsmittel vorzuhalten. Auch ist zu hinterfragen, ob es einer derartigen in der Liste aufgeführten Differenzierung der Konzepte in einem ambulanten Pflegedienst bedarf. Letztendlich sollte es dem Dienst überlassen sein, in welcher Art und Weise er die einrichtungsinterne Konzeptionierung gestaltet. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass sich aus dem Begriff „Nachweise“ nicht ableiten lässt, was im Rahmen der MDK-Prüfung als Nachweis gilt. In der Vergangenheit hat der MDK als Nachweis nur gelten lassen, was in irgendeiner Form verschriftlicht und mit Unterschrift versehen war, was in den Einrichtungen zu der aus unserer Sicht zu hinterfragenden Praxis führte, dass für jedes Dokument - seien es Konzepte, Stellenbeschreibungen oder Standards/Leitlinien/Richtlinien - gesonderte Unterschriftenlisten zur Nachweisführung geführt wurden. Insofern ist dieses Verfahren in Frage zu stellen.

Der Punkt 1.5./2. Zeile sowie 1.7 erhebt die versorgten pflegebedürftigen Menschen mit besonderen Pflegesituationen. Es erschließt sich nicht, auf welcher fachlichen Grundlage gerade diese Kriterien/diese Pflegesituationen ausgewählt wurden. Des Weiteren bilden verschiedene Kriterien wie z. B. "vollständige Immobilität" keine fachlich hinterlegten Kategorien, so dass für die ambulanten Pflegedienste eine Zuordnung nicht möglich ist.

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.

zu 2. Allgemeine Angaben, S. 7

Die Fragen 2.2. und 2.3 sind aus der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVA gilt und damit der in der PTVA von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

zu 3. Aufbauorganisation Personal, S. 8 ff.

Die Fragen 3.1b und 3.1g sind aus der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVA gilt und damit der in der PTVA von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet

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. In der bisherigen Ausfüllanleitung 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; das verführt zu willkürlichen Beurteilungen in Abhängigkeit von persönlichen Ansichten der jeweiligen 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. Diese beiden Fragen sind deshalb ersatzlos zu streichen.

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, welche die Erhebung der gesamten Personalstruktur im Rahmen einer Qualitätsprüfung in der ambulanten Pflege rechtfertigen könnte. Entsprechend ist, auch vor dem Hintergrund des ausschließlich informativen Charakters der Frage, auf eine Erfassung der Zusammensetzung des Personals im Rahmen der MDK-Prüfung zu verzichten.

zu 4. Ablauforganisation, S. 10

Unter 4.1 wird abgefragt, ob die Pflege im Sinne einer Bezugspflege 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. Bei den gegenwärtig laufenden Verhandlungen zeichnet sich auch keine gegenteilige Entwicklung ab. 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.

In der Frage 4.2. "Hat die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben?" ist nicht definiert, was ausreichend ist. 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/der jeweiligen Prüferin entspricht.

Unter 4.3 wird erfragt, ob die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet ist. Leider ist der Frage nicht zu entnehmen, wann Nachvollziehbarkeit gegeben ist.

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. Dasselbe gilt für Soll-, Ist- und Ausfallzeiten. Es gehört jedenfalls nicht zu den Aufgaben des MDK, die Einhaltung der Arbeitszeitbestimmungen zu überprüfen. Die Kriterien sind entsprechend zu streichen.

Die Frage 4.6 ist aus der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVA gilt und damit der in der PTVA von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

zu 5. Konzeptionelle Grundlagen, S. 11

Unter 5.2 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, und zur personellen Ausstattung gefordert. Das schriftliche Pflegekonzept gerät zum Selbstzweck, der eigentliche Sinn geht verloren. Die Anforderungen an die Inhalte eines Pflegekonzeptes sind auf ein vertretbares Maß zu reduzieren.

Bei der Prüfung unter 5.3 wird erfragt, ob das Pflegekonzept den Mitarbeitern bekannt ist. Leider erschließt sich aus der Frage nicht, wie der Nachweis zu führen ist. Auch ist zu hinterfragen, ob der Wissenstand der Mitarbeiter ein Indiz dafür darstellt, ob das Konzept eingeführt wurde. Abschließend soll an dieser Stelle auf die Ausführungen unter 1.5 zur schriftlichen Nachweisführung verwiesen werden.

zu 6. Qualitätsmanagement, S. 12 ff.

Gemäß der Präambel im Richtlinien text liegt der Schwerpunkt der Qualitätsprüfungen auf der Ergebnisqualität. Unter 6. Prüfinhalt/Prüfumfang der MDK-Prüfung wird im Abs. 4 hierzu ergänzend ausgeführt, dass sich die Regelprüfung auf wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und der Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen bezieht, wobei konkret auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen und Leistungen nach § 37 SGB V erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege abgehoben wird. Weiter heißt es: „Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung erstreckt werden.“ Aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege ist festzustellen, dass die meisten der unter 6. Qualitätsmanagement aufgeführten 12 Fragen mit den vielen differenzierten Unterkriterien weit über den im Richtlinien text hinausgehen.

Bei der Prüfung unter 6.3 „Werden für die ambulante Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt oder sind konkrete Maßnahmen in dieser Hinsicht geplant?“ wird auf die drei Expertenstandards des

DNQP Dekubitusprophylaxe, Pflegerisches Schmerzmanagement und Sturzprophylaxe abgestellt. Einführend ist zu diesem Punkt anzumerken, dass die Einrichtungen gemäß § 11 SGB XI verpflichtet sind, die Leistungen entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu erbringen. Dies ist vom MDK entsprechend zu überprüfen. Die Praxis hat gezeigt, dass die Expertenstandards des DNQP nur bedingt in der ambulanten Pflege umgesetzt werden können. Dem hat der Gesetzgeber im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz mit der Einführung des § 113a SGB XI Rechnung getragen. Auch entfällt nach unserer Rechtsauffassung die Gültigkeit eines DNQP-Expertenstandards, wenn er nicht mehr dem aktuellen Stand des Wissens entspricht, also eine Überarbeitung notwendig wäre oder wenn die Vertragspartner einen Expertenstandard nach § 113a SGB XI zum gleichen Thema beschlossen haben. Unabhängig davon ist zu hinterfragen, ob es sachdienlich ist, unter der Überschrift Qualitätsmanagement die Berücksichtigung von Expertenstandards zu überprüfen. Die Frage wäre aus unserer Sicht bei den jeweiligen Sachverhalten im Erhebungsbogen zur Prüfung beim pflegebedürftigen Menschen zu prüfen. Sollte dieser Auffassung nicht gefolgt werden, wäre die Formulierung der Frage an die aktuelle Rechtslage (§ 113a SGB XI) anzupassen.

Unter 6.4 wird nach Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im Bereich Pflege gefragt. Hier ist wie an verschiedenen Stellen unklar, wann die Frage mit ja oder nein beantwortet wird, da die Ausfüllanleitung nicht vorliegt. Auch hier müssen sich der GKV- Spitzenverband und MDS an die Inhalte der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI bzw. an die Festlegungen der zukünftigen Gemeinsamen Maßstäbe und Grundsätzen nach § 113 SGB XI halten. Die Anforderungen dürfen nicht über den hier vereinbarten Rahmen hinausgehen.

Die Frage 6.7 ist aus der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVA gilt und damit der in der PTVA von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

Unter 6.8 „Werden aktuelle Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter in der Einrichtung im Bereich Pflege zugänglich vorgehalten?“ werden zwei Bewertungskriterien zusammengefasst. Unklar ist auch hier, was unter dem Begriff „aktuell“ verstanden wird.

Auch wenn wir oben bereits ausgeführt haben, dass diese Frage vor dem Hintergrund der im Richtlinien text beschriebenen Inhalte entbehrlich ist, möchten wir es an dieser Stelle nicht versäumen, zu 6.9 „Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?“ nochmals auf unsere grundsätzliche Kritik bezüglich der unvermeidbaren Ausdifferenzierung konzeptioneller Grundlagen hinzuweisen (s. hierzu u. a. unsere Ausführungen unter 5.2).

Unter 6.10 werden Übergabegespräche verlangt, diese sind jedoch keine geeigneten Instrumente zur Informationsvermittlung in ambulanten Diensten.

Die Fragen 6.11a. und 6.11.b. sind aus der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVA gilt und damit der in der PTVA von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

Die Frage 6.12 ist aus der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVA gilt und damit der in der PTVA von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

partnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

zu 7. Pflegedokumentationssystem, S. 14

Gemäß der Präambel im Richtlinienentwurf liegt der Schwerpunkt der Qualitätsprüfungen auf der Ergebnisqualität. Richtigerweise wird deshalb auf das bisherige Kapitel 12: "Umsetzung des Pflegeprozesses und Pflegedokumentation" in diesem Entwurf des Erhebungsbogens verzichtet. Hiermit soll auch erreicht werden, dass die Pflegedokumentation zwar die benötigten Informationen übersichtlich zur Verfügung stellt, aber nicht mehr zu einer möglichst umfassenden Datensammlung führt, die zudem den Persönlichkeitsrechten der pflegebedürftigen Menschen zuwiderläuft. Dieses Ziel könnte jedoch durch die gegenwärtige Fassung der Frage 7.2 torpediert werden. So sollen mit dem angewandten Pflegedokumentationssystem 18 verschiedene relevante Informationen erfasst werden können sowie die Residualkategorie "sonstiges". Die Auflistung birgt zudem immer noch die Gefahr einer übermäßigen Datensammlung in sich.

In der ambulanten Pflege werden verordnete Leistungen gem. § 37 SGB V und gewählte Leistungen gem. SGB XI erbracht. Das Pflegedokumentationssystem muss den Erfordernissen und Spezifika der ambulanten Pflege entsprechen. Die Anwendung der im Pflegedokumentationssystem erhobenen Informationen und die eingesetzten Formblätter müssen immer einen Konnex zu den pflegevertraglich vereinbarten Leistungen und der pflegerischen Relevanz aufweisen und dürfen nicht zum Selbstzweck eingesetzt werden. An dieser Stelle soll deshalb auch explizit auf § 113 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB XI verwiesen werden. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI auch aufgegeben Anforderungen zu regeln an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen. Die hier verwendeten Begrifflichkeiten sind immer noch sehr global und unspezifisch formuliert. Beispielsweise ist als relevante Information nicht die "Biografie" zu erfassen, wie unter 7.2c. formuliert, sondern es sind ausschließlich die pflegerrelevanten Aspekte der Biografie zu ermitteln. Folglich muss auch die Begrifflichkeit bei 7.2c. korrigiert werden. Neben der Präzisierung verschiedener Begrifflichkeiten ist auch eine Reduktion der 18 Items und eine Streichung der unbestimmten Residualkategorie Sonstiges erforderlich.

zu 8. Hygiene, S. 15

Die Frage nach einem „angemessenen Hygienemanagement“ unter 8.1 ist durch keinerlei gesetzliche Vorgaben gestützt. Auch wird hier mit den Bewertungskriterien a. bis c. wieder eine unververtretbare Ausdifferenzierung des Sachverhaltes vorgenommen. Unter dem Bewertungskriterium d. wird wiederum darauf abgestellt, ob die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen den Mitarbeitern bekannt sind. Wie bereits weiter oben ausgeführt, lässt sich nicht erschließen, wie der Nachweis zu führen ist. Im Übrigen verweisen wir auf unsere diesbezüglichen Ausführungen unter 1.5. Mit dem Bewertungskriterium e. soll unter 8.1 abschließend erfasst werden, ob alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel vorhanden sind. Auch hier wird nicht weiter ausgeführt, wie der Begriff „erforderlich“ zu bewerten ist.

Auch die Frage unter 8.2, ob im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes nachweislich bekannt sind, ist für die praktische Situation in der häuslichen Pflege teilweise unerheblich, da der ambulante Pflegedienst die Hygienevorstellungen des pflegebedürftigen respektieren muss, in dessen Wohnung er sich bewegt. Die Überprüfung der Hygiene muss deshalb auf die Leistungserbringung begrenzt werden. Hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit der Nachweisführung möchten wir an dieser Stelle wiederum auf unsere Ausführungen unter 1.5. verweisen.

Das Kriterium 8.3 „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.

Abschließend wird unter 8.4 die Frage gestellt, ob, wenn in der Pflegeeinrichtung Bewohner mit MRSA wohnen, geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechende Hygieneanforderungen vorliegen? Auch hier ist in der Fragestellung wieder ein unbestimmter Begriff enthalten, so dass nicht klar wird, wie die Frage zu bewerten ist.

Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen (Prozess- und Ergebnisqualität)

zu 9. Allgemeine Angaben, S. 16

Unter 9.2. werden Angaben zu den einzelnen pflegebedürftigen Menschen ermittelt, die in die Stichprobe einbezogen werden. Hier ist die Fragestellung 9.2g. unklar gefasst. Das Item müsste richtiger Weise lauten "Liegt nach Feststellung des MDK eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI vor?"

zu 10. Behandlungspflege, S. 17ff.

Allgemeines

Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) wurde der Prüfauftrag des MDK im ambulanten Bereich auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erstreckt. 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 10. erfolgen.

In die Anlage 3 der Ausfüllanleitung für die Prüfer in Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten -Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)- vom 29. Januar 2009 wurde auf Seite 3 die folgende Regelung aufgenommen:

Die ärztlich verordneten pflegerischen Leistungen (SGB V) beziehen sich immer auf verordnete und noch nicht beschiedene oder von den Kassen genehmigte Leistungen.

Nicht Gegenstand der Prüfung sind die Verordnungsqualität sowie die Bewertung der Häufigkeit und Dauer der Verordnungen.

Der ambulante Pflegedienst kann diese Leistungen nur fachlich korrekt durchführen, wenn der verordnende Arzt eine dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Verordnung ausgestellt hat und gleichzeitig die hiermit zusammenhängenden erforderlichen Medizinprodukte und Hilfsmittel gesondert verordnet hat. Ist dies nicht der Fall, kann dieses nicht dem ambulanten Pflegedienst angelastet werden. Der ambulante Pflegedienst handelt im Rahmen des ärztlichen Behandlungs- und Therapieplanes. Eine umfassende Dokumentation der Schritte des Pflegeprozesses ist nicht erforderlich, da der Dienst ausschließlich die Durchführung der Intervention übernimmt, für die er vom Arzt den Auftrag und von der Krankenkasse noch keinen Bescheid oder die Genehmigung erhalten hat.

Sind Kriterien durch alternative fachlich gleichwertige Lösungen erfüllt, sind diese Kriterien ebenfalls als vollständig erfüllt zu bewerten.

Eine solche Klarstellung muss auch in der Einleitung zu 10. erfolgen, deshalb ist die hier zitierte Textpassage wörtlich zu übernehmen.

Da die zukünftige MDK-Prüfanleitung in diesem Beteiligungsverfahren fehlt, soll an dieser Stelle auf die gegenwärtige MDK-Prüfanleitung rekurriert werden. Hier wird bei einigen behandlungspflegerischen Fragen der Eindruck vermittelt, dass Prophylaxe-Leistungen vom Pflegedienst zu erbringen seien. 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.

Die Fragen 10.2 / 10.3 / 10.5 / 10.8 bis 10.15 / 10.17 / 10.19 / 10.24 und 10.25 weisen die folgende Struktur auf: "Wird mit ...sachgerecht umgegangen?" Im Gegensatz zu den gegenwärtig gültigen Erhebungsbogen soll zukünftig auf Items oder Unterfragen verzichtet werden. Der Terminus „sachgerecht“ ist in seiner Bedeutung sehr vielfältig. Es ist vorstellbar, dass abhängig vom Gutachter in der Qualitätsprüfung und seinem Wissensstand diese Items unterschiedlich bewertet werden. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Items fast ausschließlich nur dichotom beantwortet werden können, so dass eine differenzierte Beurteilung nicht möglich wird.

Es fehlt eine Begründung für die Auswahl der einzelnen Fragen insgesamt und insbesondere bei Kapitel 10, die ggf. das Verständnis von Pflegequalität aus Sicht des MDK sowie die Operationalisierung des Begriffes transparent und nachvollziehbarer machen. Beispielsweise wird nicht deutlich, aus welchen Gründen in Frage 10.5 der sachgerechte Umgang mit Blasenspülungen, in Frage 10.9 der sachgerechte Umgang mit Maßnahmen zur Darmentleerung, in Frage 10.10 der sachgerechte Umgang mit der Flüssigkeitsbilanzierung, in Frage 10.11 mit Inhalationen oder in Frage 10.13 das Auflegen von Kälteträgern erhoben werden und ausgewählt wurden. Hinzu kommt, dass z. B. die Durchführung von Blasenspülungen nicht mehr dem behandlungspflegerischen State of the Art entspricht und beispielsweise das sachgerechte Auftragen von Kälteträgern in der Praxis kein typisches Leistungsgeschehen darstellt und eigentlich nur noch äußerst selten verordnet wird. Letzteres gilt auch für viele andere behandlungspflegerische Fragen wie z. B. 10.25 der sachgerechte Umgang mit der Pflege von Venekathetern oder der sachgerechte Umgang mit dem Legen und Wechseln von Magensonden. In Frage 10.24 soll der sachgerechte Umgang mit Trachealkanülen erhoben werden. Hier dürfte der fachlich richtige Begriff Tracheostoma zu verwenden sein.

Ebenfalls nicht begründet wird die Tatsache, dass neben der Aufnahme der Transparenzkriterien aus der PTVA noch zusätzlich einige behandlungspflegerische Fragen aus der PTVS übernommen wurden und der Bereich der Behandlungspflege von 24 nicht transparent und nachvollziehbar begründeten Fragen auf 31 ebenfalls nicht transparent und nachvollziehbar begründeten Fragen erweitert werden soll.

Die Fragen 10.1 / 10.4 / 10.6 / 10.7 / 10.16 / 10.18 / 10.22 / 10.23 / 10.29 / 10.32 sind aus der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVA gilt und damit der in der PTVA von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

zu ausgewählten einzelnen Fragen der Behandlungspflege

Das Kriterium 10.10 fragt nach dem sachgerechten Umgang mit der Flüssigkeitsbilanzierung. Es wird dabei 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 allge-

meine Beratungsverantwortung besteht. Die Einsätze sind abgesehen von der Krankenbeobachtung nicht so häufig, dass eine aussagekräftige Bilanzierung überhaupt erreicht werden kann. Eine Beschreibung der Flüssigkeitsmenge in den geleisteten Einsätzen lässt sich darstellen und vermeidet Fehlinterpretationen einer angeblichen „Bilanzierung“ aus einem Formblatt.

Das Kriterium 10.21 fragt danach, ob der pflegebedürftige Mensch bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement erhält. Ein pflegerisches Schmerzmanagement kann nur umgesetzt werden, wenn entsprechende ärztliche Verordnungen vorliegen, ansonsten bleibt es bei der Schmerzeinschätzung durch die Pflegefachkräfte.

zu 11. Mobilität, S. 21 f.

Zu welchem Zweck die Informationsfrage 11.1, ob der Pflegebedürftige liegend, sitzend, stehend, in Tageskleidung oder Nachtwäsche angetroffen wurde, dienen soll, bleibt unklar. Gleiches gilt auch für die Datenerhebung unter 11.2.

zu 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, S. 23 f.

Die regelmäßige und unbegründete Erhebung von Gewicht und Größe, wie unter 12.1 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. Die Erhebung des Gewichtsverlauf in den letzten Monaten kann nicht generell erfolgen, sondern nur dann wenn entsprechende Leistungen vereinbart wurden.

Die Fragen 12.6 / 12.7 / 12.8 / 12.10 / 12.11 / 12.12 und 12.13 sind aus der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVA gilt und damit der in der PTVA von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

zu 13. Ausscheidung, S. 25

Die Fragen 13.4 und 13.5 sind aus der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Ausfüllanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVA gilt und damit der in der PTVA von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet

zu 14. Umgang mit Demenz, S. 26

Feststellungen zu Orientierung und Kommunikation nach Inaugenscheinnahme anhand von Aussagen unter 14.1, 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 Menschen. In der Grundsatzstellungnahme des MDK zum Pflegeprozess und Dokumentation wird unter dem Stichwort Pflegedokumentation zu diesem Sachverhalt ausgeführt: „Bewertungen und Interpretationen von Angaben des Pflegebedürftigen oder der Bezugspersonen werden vermieden.“⁶ Dem Grundsatz sollte auch im Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen Rechnung getragen werden.

⁶ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation: Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Essen, April 2005.

Die Fragen 14.3 und 14.4 sind aus der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVA gilt und damit der in der PTVA von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet

zu 15. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität, S. 27

Der Ansatz der Neugliederung des Erhebungsbogens zur Prüfung beim pflegebedürftigen Menschen (Prozess- und Ergebnisqualität) ist zu befürworten. Allerdings ist die Überschrift des 15. Kapitels fachlich nicht adäquat formuliert, sie sollte besser in "Körperpflege und weitere Aspekte" umbenannt werden.

Die Fragen 15.3 und 15.4 sind aus der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVA gilt und damit der in der PTVA von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

Unklar ist die Zielrichtung der Frage 15.5 „Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?“ 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 erforscht werden kann, erschließt sich nicht. Der Einsatz der Mitarbeiter liegt in der Verantwortung der verantwortlichen Pflegefachkraft. Die Frage ist deshalb ersatzlos zu streichen.

zu 16. Sonstiges, S. 27

Da unter 16. Sonstiges keine Fragen etc. aufgeführt sind, bleibt offen, welche Informationen etc. festgehalten werden sollen.

Erhebungsbogen zur Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

zu 17. Zufriedenheit des Leistungsbeziehers, S. 28f.

Unter 17.2 werden erneut Angaben zu den einzelnen pflegebedürftigen Menschen ermittelt, die in die Stichprobe und Befragung einbezogen werden. Die Angaben sind mit einer Ausnahme soweit nachvollziehbar. Änderungsbedarf besteht aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege unter 17.2 f. Da es dem MDK obliegt, zu beurteilen, ob bei einem pflegebedürftigen Menschen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt, wäre der Punkt wie folgt zu fassen: "Liegt nach Feststellung des MDK eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI vor?".

Unter 17.3 bis 17.14 sind die Fragen aus der PTVA in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVA gilt und damit der in der PTVA von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

C) BAGFW-Stellungnahme zu Anlage 2 der Qualitätsprüfungs-Richtlinien - Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege – Stand: 13.05.2009

Kapitelübergreifende Fragestellungen

Vor dem Hintergrund der Leistungsbeschreibung stationärer Pflegeeinrichtungen nach § 43 Abs. 2 SGB XI des Prüfauftrags des MDK nach § 114 Abs. 2 SGB XI beziehen sich die Prüfungen auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung einschließlich der Leistungen nach § 87b SGB XI sowie auf Unterkunft, Verpflegung und Zusatzleistungen. Ein Auftrag zur allgemeinen Prüfung der Hauswirtschaft lässt sich daraus nicht ableiten. Insofern ist auf Fragen der Hauswirtschaft in der Anlage 1 zum Entwurf der QPR zu verzichten, so z. B. unter 1.5, 4.5, 5.5, 5.6, 6.8 und 6.9.

Erhebungsbogen zur Prüfung in der Einrichtung (Struktur- und Prozessqualität)

zu 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung, S. 2 ff.

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. Insofern stellt sich die Frage, ob sich die umfangreichen Informationsfragen unter 1. nicht auf ein angemessenes Maß reduzieren ließen. Letztendlich soll in den MDK-Prüfungen 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 Qualitätsprüfungs-Richtlinie unter 3. Prüfauftrag Abs. 3 ausgeführt, dass dem MDK 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.

Unter 1.2 „Daten zur Einrichtung“ ist unter Buchstabe I 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 oder auch die Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtungen im Rahmen der jeweils zeitlich begrenzten Aufenthalte begrenzt. Dieser Tatsache wurde bzw. wird sowohl bei den Vereinbarungen nach § 80 SGB XI bzw. § 113 SGB XI Rechnung getragen. Auch im Rahmen der Verhandlungen der Vereinbarungen nach § 115 SGB XI besteht Konsens über die Notwendigkeit eigenständiger Vereinbarungen für diese Bereiche. Von daher wird seitens der BAGFW vorgeschlagen, für die teilstationäre Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege gesonderte Erhebungsbögen zu erstellen.

Weiterhin werden 1.2 unter Buchstabe "r" die Begrifflichkeiten Heimmitwirkung, Heimbeirat, Heimfürsprecher benannt. Diese Termini stimmen nicht mehr mit den heimrechtlichen Regelungen der Bundesländer überein (z. B. Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz). Der Bereich Mitwirkung und Mitbestimmung gehört nach der Föderalismusreform in den Zuständigkeitsbereich der Landesgesetze und wird dort von den zuständigen Behörden überprüft. Im Rahmen der MDK-Prüfung ist auf die Abfrage dieses Sachverhaltes zu verzichten, um dem Grundsatz der Vermeidung von Doppelprüfungen (s. a. QPR-Entwurf "7. Kooperation mit der Heimaufsicht") gerecht zu werden.

Nicht erschließen lässt sich die Frage nach ggf. vorhandenen Zweigstellen/Filialen unter 1.2 Buchstabe s. Hier bedarf es u. E. einer Erklärung, was mit den Begrifflichkeiten gemeint sein soll.

Auch erschließt sich unter 1.2 Buchstabe f nicht, welche Form der Zertifizierung hier gemeint ist. Sollte bei dieser Fragestellung, darauf abgestellt werden, ob eine gleichwertige Prüfung i. S. des § 114 Abs. 4 SGB XI vorliegt oder nicht, wäre dies an dieser Stelle entsprechend zu präzisieren. Ansonsten wäre aus Sicht der BAGFW dieser Punkt entbehrlich.

Unter 1.3 „Daten zur Prüfung“ wurde neu aufgenommen die Angabe „Ansprechpartner des MDK“, hier sind neben dem Namen und auch die E-Mailadresse einzutragen. Leider erschließt sich aus der Formulierung „Ansprechpartner des MDK“ weder, ob hier ein Ansprechpartner aus dem Pflegedienst für den MDK einzutragen ist oder ein Ansprechpartner aus dem MDK für den Pflegedienst, noch zu welchem Zweck diese Angabe aufgenommen wird. Dies wäre zu konkretisieren.

Die Änderungen im Erhebungsbogen unter 1.4 „Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI“ sind vor dem Hintergrund der gesetzlichen Änderungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz nachvollziehbar. Unabhängig davon sei an dieser Stelle die Frage gestellt, ob es einer Differenzierung nach dem auslösenden Sachverhalt einer Anlassprüfung bedarf. Aus Sicht der BAGFW ist die Einrichtung über den Anlass unter Vorlage schriftlicher Dokumente zu informieren. Nur so ist es der Einrichtung möglich, sich adäquat mit dem Prüfanlass fachlich und inhaltlich auseinander zu setzen.

Unter 1.5 „Von der Pflegeeinrichtung zur Prüfung vorgelegte Unterlagen?“ ist eine umfangreiche Liste von der Einrichtung im Rahmen der Prüfung vorzulegender Unterlagen abgebildet. Insgesamt sind 32 Arten von Unterlagen aufgelistet. Mit Ausnahme von den Unterlagen „Schriftliche Mitteilung an Landesverbände der Pflegekassen über Zusatzleistungen nach § 88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI“, „Nachweise über Pflegevisiten“, „Nachweise über Fallbesprechungen“ sowie „Hauswirtschaftsbezogene Ausbildungsnachweise der hauswirtschaftlichen Mitarbeiter“ ist für jede Unterlage zu vermerken, ob sie vorliegt oder ob sie nicht vorliegt. Ggf. ist ein Datum einzutragen, wobei sich aus der Tabelle nicht erschließt, welches Datum hier einzutragen ist: Das Ausfertigungsdatum der Unterlage oder das Datum der Vorlage der Unterlage, wenn z. B. Unterlagen durch die Einrichtung nachgereicht werden. Letztendlich ist nicht davon auszugehen, dass bei einer unangemeldeten Prüfung immer alle Unterlagen zum Prüfungszeitpunkt vorliegen. So gibt es z. B. bei großen Trägern einrichtungsübergreifende Personalabteilungen, in welchen auch die Personalunterlagen zentral verwaltet werden. Weiterhin erschließt sich nicht warum ausschließlich bei den oben genannten vier Unterlagen die Möglichkeit besteht, auch ein t. n. z. anzukreuzen. So lassen z. B. die Kriterien unter 3.1 „Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege, sozialen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter geregelt?“ offen, selbige in einer Stellenbeschreibung oder einer vergleichbaren Unterlage geregelt werden. Wichtig ist an dieser Stelle, dass sie geregelt sind. So wie die Liste der vorzulegenden Unterlagen aufgebaut ist, wäre hier, sollten die Verantwortlichkeiten und Aufgaben nicht in einer Stellenbeschreibung geregelt sein, ein Nein einzutragen, wobei sich dann die Frage nach der Konsequenz aus dem Nein stellt. Auch mag ein Organigramm einen wichtigen Baustein innerhalb einer Organisation darstellen, stellt aber kein zwingendes Instrument der Organisationsgestaltung in Unternehmen dar, wenn z. B. in Stellenbeschreibungen oder vergleichbaren Unterlagen die Verantwortlichkeiten klar geregelt sind. Entsprechend ist auch das Kriterium 3.1 Buchstabe a offen gestaltet, indem hier erfragt wird, ob die Organisationsstruktur z. B. in Form eines Organigramms geregelt ist. Insofern sollte die Liste der von der Pflegeeinrichtung vorzulegenden Unterlagen auf entsprechende Verwerfungen überprüft und die Möglichkeit geschaffen werden, ggf. auch t. n. z. anzukreuzen. Auch ist zu hinterfragen, ob es einer derartigen in der Liste aufgeführten Differenzierung der Konzepte in einer Pflegeeinrichtung bedarf. Letztendlich sollte es der Einrichtung überlassen sein, in welcher Art und Weise sie die einrichtungsinterne Konzeptionierung gestaltet. So könnten die hier benannten Einzelkonzepte auch in einem übergreifenden Einrich-

tungskonzept aufgehen. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass sich aus dem Begriff „Nachweise“ nicht ableiten lässt, was im Rahmen der MDK-Prüfung als Nachweis gilt. In der Vergangenheit hat der MDK als Nachweis nur gelten lassen, was in irgendeiner Form verschriftlicht und mit Unterschrift versehen war, was in den Einrichtungen zu der aus unserer Sicht zu hinterfragenden Praxis führte, dass für jedes Dokument - seien Konzepte, Stellenbeschreibungen oder Standards/Leitlinien/Richtlinien - gesonderte Unterschriftenlisten zur Nachweistführung geführt wurden. Insofern ist dieses Verfahren in Frage zu stellen.

Zu 1.6 „Art der Einrichtung und Versorgungssituation“ verweisen wir auf unsere obigen Ausführungen über die Notwendigkeit der Erstellung eigener Erhebungsbögen für den teilstationären Bereich und die Kurzzeitpflege.

Für uns nicht nachvollziehbar ist die unter 1.7 „Struktur der Wohn- und Pflegebereiche“ differenzierte Darstellung der Verteilung der Bewohner in den einzelnen Wohnbereichen auf die Anzahl der Zimmer mit 1 bis größer als 3 Wohnplätzen und die einzelnen Pflegestufen einschließlich der Aussage, bei wie vielen Personen eine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt. Aus unserer Sicht ist es ausreichend, wenn die Gesamtzahl der in der Einrichtung versorgten Personen aufgenommen wird. Letztendlich bilden die Zahlen nur eine stichtagsbezogene Wirklichkeit ab, die sich ggf. eine Woche später schon ganz anders darstellen kann. Dasselbe gilt für die Angaben unter 1.8 „Nach Angabe der Pflegeeinrichtung Anzahl der Bewohner mit:“. Gerade vor dem Hintergrund einer Stichprobenprüfung der Bewohner, wie sie in der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär von den Vereinbarungspartnern vereinbart wurde, ist aus unserer Sicht der ganze Punkt entbehrlich. Im Übrigen sei zu diesem Sachverhalt auch auf unsere einleitenden Ausführungen zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien verwiesen.

Laut Qualitätsprüfungs-Richtlinie unter 3. Prüfauftrag Abs. 3 ist ausgeführt, dass dem MDK mit dem Prüfauftrag die erforderlichen Informationen und Unterlagen für die Qualitätsprüfung, insbesondere Institutionskennzeichen, Versorgungsverträge, Strukturdaten und festgelegte Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI von den Pflegekassen zur Verfügung gestellt werden. Insofern müssen die Angaben unter 1.9 „Ist ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart“ und 1.9 „Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der Pflegeeinrichtung angeboten“ entbehrlich, da diese Informationen sowohl dem MDK als auch den Pflegekassen bereits vorliegen.

Unter 1.11 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 der Pflegeeinrichtung nicht, wenn sie doch für die Erbringung der Leistungen verantwortlich zeichnet. Lediglich bei der Wäscheversorgung und Hausreinigung wäre die Aufnahme der Angabe noch nachvollziehbar, weil sich hier für Leistungen die nicht von der Einrichtung selbst erbracht werden, diverse Nachweise nicht zu führen sind (vgl. 3.1g oder 5.5), wobei dieselbe Information durch Ankreuzen von t. n. z. erhält.

Zu 2. Allgemeine Angaben, S. 9

Unter 2.1 „Defizite in der Ausstattung bei:“ werden diverse räumliche Ausstattungsmerkmale benannt, welche von den Mitarbeiter des MDK dahingehend zu bewerten sind, ob hier Defizite bestehen. Zu prüfen und zu beurteilen, ob, um nur zwei Beispiele zu benennen, Handläufe in den Fluren oder Haltegriffe im Sanitärbereich vorhanden sind, fällt in den originären Aufgabenbereich der heimrechtlichen Aufsichtsbehörden nach Landesrecht. Auch haben die Angaben nur informativen Charakter. Von daher ist auf deren Erfassung im Rahmen der MDK-Prüfung zu verzichten.

Unter 2.2 „Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?“ sind 4 Bewertungskriterien zusammengefasst. Die Kriterien unter den Buchstaben a. und d. sind aus der Pflege-

Transparenzvereinbarung stationär (PTVs) in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet. Unter 3.2 Buchstabe c. 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. Von daher ist 3.2 Buchstabe c. zu streichen.

Unter 2.3 „Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen trifft für die Einrichtung Folgendes zu:“ sind 4 Bewertungskriterien zusammengefasst. Die Kriterien unter den Buchstaben b. und bis d. sind aus der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Unter Buchstabe a. wurde der Begriff „zielgruppenspezifisch“ in der Fragestellung eingefügt, in der PTVS hatten sich die Vereinbarungspartner auf „zielgruppengerecht“ verständigt, wobei u. E. beide Begriffe in die gleiche Richtung gehen. Nicht überprüft werden kann an dieser Stelle aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen, ob die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS korrekt übernommen wurden und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

zu 3 Aufbauorganisation Personal, S. 10 f.

Unklar ist die Interpretation der sog. Informationsfragen 3.4 und 3.5 zum Umfang der „wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in dieser Einrichtung“ und danach, ob sie „in der direkten Pflege tätig“ ist. In der bisherigen 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; das verführt zu willkürlichen Beurteilungen in Abhängigkeit von persönlichen Ansichten der jeweiligen PrüferInnen. 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. Diese beiden Fragen sind deshalb ersatzlos zu streichen.

Unter 3.8 „Zusammensetzung Personal“ soll eine 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 in einer stationären Einrichtung rechtfertigen könnte. Eine Überprüfung der Fachkraftquote fällt in den originären Aufgabenbereich der heimrechtlichen Aufsichtsbehörden nach Landesrecht. Entsprechend ist, auch vor dem Hintergrund des ausschließlich informativen Charakters der Frage, auf eine Erfassung der Zusammensetzung des Personals im Rahmen der MDK-Prüfung zu verzichten.

zu 4. Ablauforganisation, S. 12 f.

Unter 4.1 wird abgefragt, ob die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert ist. In den beiden Unterkriterien wird die Frage dann konkretisiert, indem danach gefragt wird, ob die Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe einer Pflegefachkraft und die personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt ist. Auch wenn der Begriff Bezugspflege in der pflegewissenschaftlichen Literatur sehr unterschiedlich definiert wird, kann er u. E. nicht an der Frage festgemacht werden, ob die Verantwortlichkeit für

Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe einer Pflegefachkraft und die personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt sind. Auch liegt es, so wie die Frage formuliert ist, im Ermessen der Prüfer wie sie personelle Kontinuität definieren.

Unter 4.2 „Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr?“ sind sechs Bewertungskriterien zusammengefasst. Als ein Bewertungskriterium wird die Umsetzung des Pflegekonzeptes benannt (4.2 Buchstabe b.). Leider erschließt sich aus der Fragestellung 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. b. Frage zusammengefasst sind. So ist z. B. zu hinterfragen, ob die verantwortliche Pflegefachkraft regelmäßig, im Übrigen ein 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 im Übrigen auch für die Dienstplanung. Insofern hat die verantwortliche Pflegefachkraft auch in diesen Bereichen eher eine organisierende Funktion. Unter 4.2 Buchstabe f. wird abschließend noch 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/der jeweiligen Prüferin entspricht.

Unter 4.3 wird erfragt, ob die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet ist. Leider ist der Frage nicht zu entnehmen, wann Nachvollziehbarkeit gegeben ist.

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. Dasselbe gilt für Soll-, Ist- und Ausfallzeiten. Es gehört jedenfalls nicht zu den Aufgaben des MDK, die Einhaltung der Arbeitszeitbestimmungen zu überprüfen. Die Kriterien sind entsprechend zu streichen.

Unter 4.5 „Ist durch die Personaleinsatzplanung eine kontinuierliche Pflege und Versorgung der Bewohner gegeben?“ werden fünf Bewertungskriterien zusammengefasst. Zwar werden mit diesem Kriterien teilweise Maßstäbe benannt, an denen der Begriff Kontinuität festgemacht werden könnte. Unabhängig davon wird unter den Buchstaben a., b., d. und e. der Begriff Kontinuität wieder aufgenommen, so dass letztendlich offen bleibt, was Kontinuität nun heißt. Auch unter 4.5 Buchstabe c. wird mit dem Begriff „vergleichbar“ kein Rahmen abgesteckt, da es sich hier um einen unbestimmten Begriff handelt. Ggf. könnte die Prüfanleitung an dieser Stelle zu mehr Transparenz führen, wie die einzelnen Kriterien zu bewerten sind.

Unter 4.6 wird erfragt, ob die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat ist. 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.

zu 5. Konzeptionelle Grundlagen, S. 14f.

Unter 5.2 „Liegt ein geeignetes schriftliches Pflegekonzept vor?“ werden zehn Bewertungskriterien zusammengefasst. 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. Die Anforderungen an die Inhalte eines Pflegekonzeptes sind auf ein vertretbares Maß zu reduzieren.

Bei der Prüfung unter 5.3 wird erfragt, ob das Pflegekonzept den Mitarbeitern bekannt ist. Leider erschließt sich aus der Frage nicht, wie der Nachweis zu führen ist. Auch ist zu hinterfragen, ob der Wissenstand der Mitarbeiter ein Indiz dafür darstellt, ob das Konzept eingeführt wurde. Abschließend möchten wir an dieser Stelle auf unsere Ausführungen unter 1.5 zur schriftlichen Nachweisführung verweisen.

Unter 5.5 „Liegt ein geeignetes schriftliches Konzept zur hauswirtschaftlichen Versorgung vor?“ werden fünf Bewertungskriterien zusammengefasst. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf unsere Ausführungen zur unvertretbaren Ausdifferenzierung der Inhalte des Pflegekonzeptes unter 5.2. Auch hier lässt sich konstatieren, dass das schriftliche Konzept zum Selbstzweck gerät. Weiterhin verweisen wir auf unsere einleitenden Ausführungen zum Erhebungsbogen stationär zum Thema hauswirtschaftliche Versorgung.

Bei der Prüfung unter 5.6 wird wiederum darauf abgestellt, ob das Konzept zur hauswirtschaftlichen Versorgung den Mitarbeitern bekannt ist, wobei hier differenziert wird nach Mitarbeitern in der Pflege und in der Hauswirtschaft. Auch hier erschließt sich aus der Frage nicht, wie der Nachweis zu führen ist. Im Übrigen verweisen wir auf unsere diesbezüglichen Ausführungen unter 5.3. Darüber hinaus verweisen wir auf unsere einleitenden Ausführungen zum Erhebungsbogen stationär zum Thema hauswirtschaftliche Versorgung.

zu 6. Qualitätsmanagement, S. 16 ff.

Gemäß der Präambel im Richtlinien text liegt der Schwerpunkt der Qualitätsprüfungen auf der Ergebnisqualität. Unter 5. Prüfinhalt/Prüfumfang der MDK-Prüfung wird im Abs. 4 hierzu ergänzend ausgeführt, dass sich die Regelprüfung auf wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und der Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen bezieht, wobei konkret auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, medizinischen Behandlungspflege, sozialen Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 87b SGB XI, Leistungen der Unterkunft und Verpflegung, Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI) und nach § 37 SGB V erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege abgehoben wird. Weiter heißt es: „Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung erstreckt werden.“ Aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege ist festzustellen, dass die meisten der unter 6. Qualitätsmanagement aufgeführten 14 Fragen mit den vielen differenzierten Unterkriterien weit über den im Richtlinien text hinausgehen. Dies gilt insbesondere für die Fragen 6.1, 6.2, 6.6 und 6.11.

Bei der Prüfung unter 6.3 „Werden für die stationäre Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt oder sind konkrete Maßnahmen in dieser Hinsicht geplant?“ wird auf die drei Expertenstandards des DNQP Dekubitusprophylaxe, Pflegerisches Schmerzmanagement und Sturzprophylaxe abgestellt. Einführend ist zu diesem Punkt anzumerken, dass die Einrichtungen gemäß § 11 SGB XI verpflichtet sind, die Leistungen entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu erbringen. Dies ist vom MDK entsprechend zu überprüfen.

fen. Die Praxis hat gezeigt, dass die Expertenstandards des DNQP nur bedingt in der stationären Pflege umgesetzt werden können. Dem hat der Gesetzgeber im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz mit der Einführung des § 113a SGB XI Rechnung getragen. Auch entfällt nach unserer Rechtsauffassung die Gültigkeit eines DNQP-Expertenstandards, wenn er nicht mehr dem aktuellen Stand des Wissens entspricht, also eine Überarbeitung notwendig wäre oder wenn die Vertragspartner einen Expertenstandard nach §113a SGB XI zum gleichen Thema beschlossen haben. Unabhängig davon ist zu hinterfragen, ob es sachdienlich ist, unter der Überschrift Qualitätsmanagement die Berücksichtigung von Expertenstandards zu überprüfen. Die Frage wäre aus unserer Sicht bei den jeweiligen Sachverhalten im Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner zu prüfen. Sollte dieser Auffassung nicht gefolgt werden, wäre die Formulierung der Frage an die aktuelle Rechtslage (§ 113a SGB XI) anzupassen.

Unter 6.4 und 6.5 wird nach Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im Bereich Pflege bzw. im Bereich der Hauswirtschaft gefragt. Hier ist wie an verschiedenen Stellen unklar, wann die Frage mit ja oder nein beantwortet wird, da die Ausfüllanleitung nicht vorliegt. Auch hier müssen sich der GKV- Spitzenverband und MDK an die Inhalte der aktuellen Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI bzw. an die Festlegungen der zukünftigen Gemeinsamen Maßstäbe und Grundsätzen nach § 113 SGB XI halten. Die Anforderungen dürfen nicht über den hier vereinbarten Rahmen hinausgehen. Darüber hinaus verweisen wir auf unsere einleitenden Ausführungen zum Erhebungsbogen stationär zum Thema hauswirtschaftliche Versorgung.

Bei der Überprüfung unter 6.8 und 6.9 wird gefragt, ob ein bedarfsgerechter Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vorliegt und alle in der Pflege, sozialen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung tätigen Mitarbeiter in die Fortbildung einbezogen werden, wobei in den Unterpunkten jeweils die einzelnen Leistungsbereiche nochmals differenziert aufgeführt werden. Da der Begriff „bedarfsgerecht“ wiederum einen unbestimmten Begriff darstellt, bleibt offen, woran im Rahmen der MDK-Prüfung festgemacht wird, ob die Frage mit ja oder nein zu beantworten ist.

Unter 6.10 „Werden aktuelle Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter in der Einrichtung im Bereich Pflege zugänglich vorgehalten?“ werden zwei Bewertungskriterien zusammengefasst. Unklar ist auch hier, was unter dem Begriff „aktuell“ verstanden wird.

Auch wenn wir oben bereits ausgeführt haben, dass diese Frage vor dem Hintergrund der im Richtlinien text beschriebenen Inhalte entbehrlich ist, möchten wir es an dieser Stelle nicht versäumen, zu 6.11 „Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?“ nochmals auf unsere grundsätzliche Kritik bezüglich der unververtretbaren Ausdifferenzierung konzeptioneller Grundlagen hinzuweisen (s. hierzu u. a. unsere Ausführungen unter 5.2).

Die Kritik der unververtretbaren Ausdifferenzierung gilt auch für die Frage 6.12 „Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt?“, in welcher insgesamt 6 Bewertungskriterien zusammengefasst sind. Auch hier stellt sich hier die Frage, ob vor dem Hintergrund der einleitenden Ausführungen unter 6. Qualitätsmanagement diese Frage insgesamt entbehrlich ist.

Unter 6.13 „Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Bewohnern?“ werden zwei Bewertungskriterien zusammengefasst. Die Kriterien sind, sofern man von der Tatsache absieht, dass in der Frage der PTVS die Begrifflichkeit Mitarbeiter/innen gewählt wurde, in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

Auch unter 6.14 ist die Frage aus der PTVS in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

zu 7. Pflegedokumentationssystem, S. 19

Gemäß der Präambel im Richtlinienentwurf liegt der Schwerpunkt der Qualitätsprüfungen auf der Ergebnisqualität. Richtigerweise wird deshalb auf das bisherige Kapitel 12: "Umsetzung des Pflegeprozesses und Pflegedokumentation" in diesem Entwurf des Erhebungsbogens verzichtet. Hiermit soll auch erreicht werden, dass die Pflegedokumentation zwar die benötigten Informationen übersichtlich zur Verfügung stellt, aber nicht mehr zu einer möglichst umfassenden Datensammlung führt, die zudem den Persönlichkeitsrechten der pflegebedürftigen Menschen zuwiderläuft. Dieses Ziel könnte jedoch durch die gegenwärtige Fassung der Frage 7.2 torpediert werden. So sollen mit dem angewandten Pflegedokumentationssystem 18 verschiedene relevante Informationen erfasst werden können sowie die Residualkategorie "sonstiges". Die Auflistung birgt zudem immer noch die Gefahr einer übermäßigen Datensammlung in sich.

Die Anwendung der im Pflegedokumentationssystem erhobenen Informationen und die eingesetzten Formblätter müssen immer einen Konnex zu den vereinbarten Leistungen und der pflegerischen Relevanz aufweisen und dürfen nicht zum Selbstzweck eingesetzt werden. An dieser Stelle soll deshalb auch explizit auf § 113 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB XI verwiesen werden. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI auch aufgegeben, Anforderungen zu regeln an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen. Die hier verwendeten Begrifflichkeiten sind immer noch sehr global und unspezifisch formuliert. Beispielsweise ist als relevante Information nicht die "Biografie" zu erfassen, wie unter 7.2c. formuliert, sondern es sind ausschließlich die pflegerelevanten Aspekte der Biografie zu ermitteln. Folglich muss auch die Begrifflichkeit bei 7.2c. korrigiert werden. Neben der Präzisierung verschiedener Begrifflichkeiten ist auch eine Reduktion der 18 Items und eine Streichung der unbestimmten Residualkategorie Sonstiges erforderlich.

zu 8. Hygiene, S. 20

Unter 8.1 ist die Frage aus der PTVS in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Prüfanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

Die Frage nach einem „angemessenen Hygienemanagement“ unter 8.2 ist durch keinerlei gesetzliche Vorgaben gestützt. Auch wird hier mit den Bewertungskriterien a. bis c. wieder eine unververtretbare Ausdifferenzierung des Sachverhaltes vorgenommen. Hier ist u. E. eher auf die einschlägigen für stationäre Einrichtungen relevante Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert-Koch Institutes abzustellen. Unter dem Bewertungskriterium d. wird wiederum darauf abgestellt, ob die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen den Mitarbeitern bekannt sind. Wie bereits weiter oben ausgeführt, lässt sich nicht erschließen, wie der Nachweis zu führen ist. Im Übrigen verweisen wir auf unsere diesbezüglichen Ausführungen unter 1.5. Mit dem Bewertungskriterium e. soll unter 8.2 abschließend erfasst werden, ob alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel vorhanden sind. Auch hier wird nicht weiter ausgeführt, wie der Begriff „erforderlich“ zu bewerten ist.

Das Kriterium 8.3 „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.

Abschließend wird unter 8.4 die Frage gestellt, ob, wenn in der Pflegeeinrichtung Bewohner mit MRSA wohnen, geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechende Hygieneanforderungen vorliegen? Auch hier ist in der Fragestellung wieder ein unbestimmter Begriff enthalten, so dass nicht klar wird, wie die Frage zu bewerten ist.

zu 9. Verpflegung, S. 21 f

Unter 9.1, 9.4 und 9.7 sind die Fragen aus der PTVS in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

Unter 9.2 „Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speiseangebot vorgehalten?“ werden insgesamt 7 Bewertungskriterien zusammengefasst. Die Kriterien unter den Buchstaben b. bis e. und g. sind aus der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

Nicht erschließt sich uns, warum im Rahmen der MDK-Prüfung unter 9.3 kleinteilig erfasst wird, in welchem Zeitfenster die dort aufgeführten sieben Mahlzeiten angeboten werden. Die Frage ist aus unserer Sicht, auch vor dem Hintergrund ihres ausschließlich informativen Charakters, entbehrlich.

Unter 9.5 „Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohner zuzahlungsfrei statt?“ werden drei Bewertungskriterien zusammengefasst. Trotz dieser Differenzierung erklärt sich der in der Frage enthaltene unbestimmte Begriff „angemessen“ nicht. Eher werden in den einzelnen Bewertungskriterien weitere unbestimmte Begriffe eingeführt wie „nachvollziehbar“ und „jederzeit“.

Unter 9.2 „Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?“ werden insgesamt 4 Bewertungskriterien zusammengefasst. Insbesondere in Hinblick auf das Bewertungskriterium a. stellt sich wiederum die Frage, welche Regelungen zur Vermeidung von Mangelernährung und Exsikkose aus Sicht des MDK „geeignet“ sind. Unabhängig davon ist zu hinterfragen, ob es sachdienlich ist, unter der Überschrift Verpflegung das Vorhandensein von Regelungen zur Vermeidung von Mangelernährung und Exsikkose zu überprüfen. Die Frage wäre aus unserer Sicht bei den jeweiligen Sachverhalten im Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner zu prüfen.

zu 10. Soziale Betreuung, S. 23

Unter 10.1 „Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?“ werden insgesamt 5 Bewertungskriterien zusammengefasst. Alle Kriterien sind in ihrer Fragestellung korrekt aus der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

Auch ist unter 10.2 ist die Frage aus der PTVS in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

Unter 10.5 „Ist das Angebot an sozialer Betreuung ausreichend?“ werden drei Bewertungskriterien zusammengefasst. Trotz dieser Differenzierung erklärt sich der in der Frage enthaltene unbestimmte Begriff „ausreichend“ nicht. Eher werden in den einzelnen Bewertungskriterien weitere unbestimmte Begriffe eingeführt wie „unterschiedliche Tageszeiten“ und „nahezu tägliches Angebot“.

Die unter 10.5 beschriebene Problematik gilt auch für 10.6 und 10.7. So wird unter 10.6 bezüglich der Kenntnissgabe der Betreuungsangebote von „geeigneter Weise“ gesprochen, unter 10.7 „Wird Beratung angeboten?“ keine Aussage getroffen, zu welchem Gegenstand eigentlich Beratung angeboten werden soll. Die Fragestellungen sind zu objektivieren.

Mit 10.8 „Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?“ wurde eine neue Frage eingeführt, in welcher zwei Bewertungskriterien zusammengefasst sind. Diese Kriterien sind in ihrer Fragestellung korrekt aus der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

Auch ist unter 10.9 ist eine neue Frage eingeführt worden, die in ihrer Fragestellung korrekt aus der PTVS übernommen wurde. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner (Prozess- und Ergebnisqualität)

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 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 mit dem Bewohner im Rahmen der Pflegeplanung abgestimmten Leistungen bzw. vom Arzt verordneten behandlungspflegerischen Maßnahmen und unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts des Bewohners Erforderliche.

Zu 11. Allgemeine Angaben, S. 24

Unter 11.2 werden Angaben zu den einzelnen Bewohnern ermittelt, die in die Stichprobe einbezogen werden. Die Angaben sind mit zwei Ausnahmen soweit nachvollziehbar. Änderungsbedarf bzw. Konkretisierungsbedarf besteht aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege unter 11.2 h. bzw. 11.2 j. Da es dem MDK obliegt, zu beurteilen, ob bei einem pflegebedürftigen Menschen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt, wäre 11.2 h. wie folgt zu fassen: "Liegt nach Feststellung des MDK eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI vor?". Unter 11.2 j. wäre zu konkretisieren, welche Unterlagen hier im Rahmen der Prüfung einzubeziehen und aufzuführen sind.

zu 12. Behandlungspflege, S. 25 ff.

Bezüglich der Informationssammlung unter 12.1 und 12.2 verweisen wir auf die einleitenden Ausführungen zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner.

Unter 12.1 bis 12.4, 12.6 bis 12.9 sowie 12.13 bis 12.16 sind die Fragen aus der PTVS in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

Unter 12.10 wird vom MDK überprüft, ob der Umgang mit Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht ist. Wie bereits ausgeführt, ist „sachgerecht“ ein unbestimmter Begriff. Da in dieser Frage keine Konkretisierung durch Unterkriterien vorgenommen wurde und auch vor dem Hintergrund der fehlenden Prüfanleitung zum Erhebungsbogen ist dieser Punkt durch uns nicht abschließend zu bewerten. Weiterhin schlagen wir vor, in dieser Frage den fachlich richtigen Begriff Tracheostoma zu verwenden.

zu 13. Mobilität, S. 28 f.

Zu welchem Zweck die Informationsfrage 13.1, ob der Pflegebedürftige liegend, sitzend, stehend, in Tageskleidung oder Nachtwäsche angetroffen wurde, dienen soll, bleibt unklar. In diesem Zusammenhang möchten wir nochmals auf die einleitenden Ausführungen zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner verweisen. Gleiches gilt auch für die Datenerhebung unter 13.2.

Unter 13.4 bis 13.6, 13.8 und 13.9 sowie 13.11 und 13.12 sind die Fragen aus der PTVS in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

zu 14. Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung, S. 30 f.

Die regelmäßige und unbegründete Erhebung von Gewicht und Größe, wie unter 14.1 c. abgebildet, ist abzulehnen. Die Bedeutung, die hier dem BMI zugemessen wird, entspricht keineswegs dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Unabhängig davon ist sowohl bezogen auf Erfassung des BMI unter 14.1 c. als auch auf die Erfassung des Gewichtsverlauf festzustellen, dass durch die Prüfpraxis des MDK indessen dahin geführt hat, dass in den Einrichtungen alle Bewohner regelmäßig gewogen werden, auch dann, wenn offensichtlich ist, dass keine Ernährungsprobleme vorliegen. Von daher sollte aus unserer Sicht die Prüfpraxis des MDK an dieser Stelle eine Korrektur erfahren, da das verpflichtende regelmäßige Wiegen der Bewohner aus unserer Sicht einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Bewohner darstellt. Diesbezüglich sei auch nochmals auf unsere einleitenden Ausführungen zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner verwiesen. Gleiches gilt auch für die Datenerhebung unter 14.2.

Unter 14.5 bis 14.11 sind die Fragen aus der PTVS in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

zu 15. Urininkontinenz, S. 32

Bezüglich der Informationssammlung unter 15.1 und 15.2 verweisen wir auf die einleitenden Ausführungen zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner.

Unter 15.3 und 15.4 sind die Fragen aus der PTVS in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

zu 16. Umgang mit Demenz, S. 33

Bezüglich der Informationssammlung unter 16.1 verweisen wir zunächst auf die einleitenden Ausführungen zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner. Feststellungen zu Orientierung und Kommunikation nach Inaugenscheinnahme anhand von Aussagen unter 16.1, 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. In der Grundsatzstellungnahme des MDK zum Pflegeprozess und Dokumentation wird unter dem Stichwort Pflegedokumentation zu diesem Sachverhalt ausgeführt: „Bewertungen und Interpretationen von Angaben des Pflegebedürftigen oder der Bezugspersonen werden vermieden.“⁷ Dem Grundsatz sollte auch im Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner Rechnung getragen werden.

Unter 16.2 bis 16.6 sind die Fragen aus der PTVS in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

zu 17. Körperpflege, S. 34

Bezüglich der Informationssammlung unter 17.1 und 17.3 verweisen wir auf die einleitenden Ausführungen zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner.

Unter 17.2 und 17.4 sind die Fragen aus der PTVS in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

zu 18. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität, S. 35

Unter 18.2 bis 18.4 sind die Fragen aus der PTVS in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

zu 19. Sonstiges, S. 35

Da unter 19. Sonstiges keine Fragen etc. aufgeführt sind, bleibt offen, welche Informationen etc. festgehalten werden sollen.

⁷ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation: Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Essen, April 2005.

Erhebungsbogen zur Befragung der Bewohner

zu 20. Befragung der Bewohner, S. 36.f

Unter 20.2 werden Angaben erneut zu den einzelnen Bewohnern ermittelt, die in die Stichprobe und Befragung einbezogen werden. Die Angaben sind mit einer Ausnahme soweit nachvollziehbar. Änderungsbedarf besteht aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege unter 20.2 f. Da es dem MDK obliegt, zu beurteilen, ob bei einem pflegebedürftigen Menschen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt, wäre der Punkt wie folgt zu fassen: "Liegt nach Feststellung des MDK eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI vor?".

Unter 20.3 bis 20.20 sind die Fragen aus der PTVS in ihrer Fragestellung korrekt übernommen worden. Aufgrund der fehlenden Prüfanleitung zu dem Erhebungsbogen kann an dieser Stelle nicht überprüft werden, ob dies auch für die Angaben in der Ausfüllanleitung in Anlage 3 der PTVS gilt und damit der in der PTVS von den Vereinbarungspartnern vereinbarte Bewertungsmaßstab bei der MDK-Prüfung entsprechend Anwendung findet.

* * *