



Positionspapier

Im Namen des Bundesverbandes unabhängiger Pflegesachverständiger und PflegeberaterInnen e.V. erfolgt zu den schriftlichen Regelungsvorschlägen in die Vorbereitung und Erarbeitung der Prüf- und Beratungsverordnung nach § 118 SGB XI folgende Eingabe:

1. Die Leistungs- und Qualitätsnachweise § 80a SGB XI sollen durch externe unabhängige Pflegesachverständige beurteilt unabhängig davon ob es sich um die Überprüfung von internen Qualitätsmanagementsystem wie, z.B. DIN ISO, EFQM, Diakoniesiegel oder andere Qualitätssiegel handelt.
2. Durch die Einbindung externer Experten im Rahmen von Qualitätsprüfungen (Audits) können die Leistungsmerkmale von Qualität hinsichtlich ihres Erfüllungsgrades durch unabhängige Pflegesachverständige eingeschätzt werden.
3. Die Qualitätsforderungen der Prüfhilfe § 18 sollen unbedingt erhalten werden um die pflegfachliche Überprüfung zu gewährleisten (vgl. Punkt 1)

Begründung

Die Qualitätssicherung in der Pflege erfordert viel Engagement und Sachverstand. Bereits heute gibt es in Deutschland sehr viele hochmotivierte

und kompetente Pflegefachkräfte, deren Sach- und Fachverstand gesundheitspolitisch jedoch kaum genutzt wird.

Dabei nehmen die unabhängigen Pflegesachverständigen und PflegeberaterInnen eine höchst bedeutende Rolle in der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung und der sozialrechtlichen Struktur der Bundesrepublik Deutschland ein.

Die fachlich rechtswirksame Beurteilung von pflegespezifischen Fragestellungen und Problemen ist vorrangig Aufgabe der Pflege und muss im Rahmen der Professionalisierung vorangetrieben werden. Viele rein pflegerische Fragestellungen werden bislang oft von berufsfernen oder berufsfremden Personen oder Gruppen bewertet.

Die Leistungs- und Qualitätsnachweise § 80a SGB XI sollen durch externe unabhängige Pflegesachverständige beurteilt unabhängig davon ob es sich um die Überprüfung von internen Qualitätsmanagementsystem wie, z.B. DIN ISO, EFQM, Diakoniesiegel oder andere Qualitätssiegel handelt

Der Bundesverband weißt heute daraufhin, dass der MKD zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht flächendeckend alle Pflegeeinrichtungen der BRD nach Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes überprüfen konnte.

http://www.mds-ev.org/pflegevers/qs_pv/ergeb_qs.html (16.03.2003 20:59).

Wir sehen darin heute schon eine Qualitätsgefährdung durch hohe Kosten¹, wenn dem MDK allein zukünftig die Qualitätsüberprüfungen überlassen werden

¹ Qualitätskosten werden als Kosten definiert, die durch alle Tätigkeiten der Fehlerverhütung, durch planmäßige Qualitätsprüfungen sowie durch intern oder extern festgestellte Fehler verursacht sind" (Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. 1993, S. 44)..

sollten, da dieser derzeit schon mit seiner Aufgabe überfordert ist.

Exemplarisch: Kosten die durch Schlechtleistung z.B. beim Entstehen von Decubitus (vgl. Anhang). Aber auch deshalb, weil wir befürchten, dass das am 01.01.2002 in Kraft getretenen PQsG zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege nicht erfüllt werden kann.

Durch die Einbindung externer Experten im Rahmen von Qualitätsprüfungen (Audits) können die Leistungsmerkmale von Qualität hinsichtlich ihres Erfüllungsgrades durch unabhängige Pflegesachverständige eingeschätzt werden.

Vorteile für Kostenträger

Die Kostenträger erhalten die Möglichkeit, die Leistungsanbieter nach Qualitätskriterien zu unterscheiden. Das Offenlegen der Qualitätsdimensionen in der direkten Pflege ist eine wichtige Grundlage für den Versorgungsvertrag (§ 113 (5) SGB XI).

Vorteile für Heimbetreiber

Den Einrichtungen der vollstationären und ambulanten Pflege wird die Chance gegeben, ihre Qualität zu beschreiben, sie bewerten zu lassen und die Resultate zu publizieren. Die aufgezeigte Qualität kann den potentiellen Kunden der Altenpflege den richtigen Schritt bei der Auswahl unter den Anbietern aufzeigen. Weitere Vorteile wären z.B. eine Darstellung der Ist-Situation, eine

Standortbestimmung, eine Grundlage für Benchmarking oder eine Überprüfung der Zielerreichung.

Vorteile für Pflegebedürftige

Die derzeitige Unzugänglichkeit an Qualitätsaussagen wird überwunden. Das Bedürfnis des Pflegebedürftigen nach Berücksichtigung ihrer Erwartungen, Schutz, Sicherheit und Transparenz erfordert Informationen, die durch eine geeignete Darlegung von Qualität der Einrichtung zugänglich werden. Die Pflege des Kunden wird unabhängig betrachtet.

Vorteile für das Pflegepersonal

Die Pflegekräfte erhalten ein Feedback über die geleistete vergangene Pflege. Sie erhalten durch die Empfehlungen Hilfestellungen und Denkanstöße, die den Transfer pflegfachlichen Know-hows in die Einrichtungen fördert. und können Empfehlungen als Hilfestellungen, als Denkanstöße, als Transfer von Know how in die Einrichtungen.

Vorteile Politik

Der Politik wird dadurch ermöglicht, den zunehmenden Ansprüchen der Gesellschaft nach Sicherheit, Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen nachzukommen. Das Offenlegen von Qualität ist eine einleuchtende und kluge Vorbedingung für den von der Politik gewünschten Wettbewerb im

Gesundheitswesen. Eine Aussage über die Qualitätserwartungen der Pflegebedürftigen kann nur mit zweckmäßigen Methoden stattfinden.

Vorteile der unabhängigen Sachverständigen als Prüfer gegenüber dem Einsatz von MDK.

Qualitätsprüfungen durch externe unabhängige Sachverständige sind einer "Regelhaftigkeit" z.B. alle zwei Jahre flächendeckend unterworfen. Das Wahrnehmen von Regelhaftigkeit² in den Pflgereinrichtungen ist **eine der entscheidenden Fähigkeiten**, durch die wir das Gefühl der Sicherheit in Sache Qualität entwickeln, qualitätsfähig werden und schließlich einen individuellen inneren Maßstab aufbauen, an dem wir alle unsere Eindrücke messen.

Vorteile der unabhängigen Sachverständigen als Prüfer gegenüber großen Zertifizierungseinrichtungen.

Die Zertifizierungen in der Altenpflege gemäß der ISO 9001 sind im Kreuzfeuer der Kritik. Bei einer Zertifizierung nach ISO 9001 spielt die Frage keine Rolle, ob **die direkte Pflege** in einem absoluten Sinne „Qualität“ aufweist. Die DIN ISO ist keine Produktnorm, sie verlangt aber, dass die Anforderungen von Kunden sowie gesetzliche und behördliche Anforderungen an ein Produkt (hier Pflege direkt beim Pflegebedürftigen) ermittelt werden. Die

² (Regelhaftigkeit bedeuten: wiederkehrende Prüfungen und Verhaltensregeln. Gerade Stabilität und Sicherheit haben mit solcher Regelhaftigkeit zu tun. Das Gefühl der Sicherheit entsteht dort, wo abzusehen ist, daß sich etwas nach einem geregelten Ablaufplan verhalten wird. Im Miteinander einer menschlichen Gesellschaft spielen Regeln ebenso eine ganz entscheidende Rolle. Alle gewohnheitsmäßigen Normen, Sitten und eingebürgerten Bräuche, alle juristischen Gesetze zeigen das Prinzip der Regelhaftigkeit. In religiösen Geboten, kirchlichen Riten ist das Prinzip der Wiederkehr, des Regelmäßigen genau so enthalten, wie in Tischsitten oder guten Manieren).

Zertifizierungseinrichtungen beurteilen das gesamte System des Qualitätsmanagements sehr oft durch **berufsfremde Auditoren**, die die direkte Pflege (die häufig Defizite aufzeigt) nicht beurteilen können.

Der unabhängige Pflegesachverständige beurteilt neben den systemischen Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität insbesondere die Ergebnisqualität, d. h. die direkte Pflege vor Ort beim Pflegebedürftigen, die derzeit defizitär ist und bewirkt damit einer gezielten Verbesserung der direkten Pflege des Pflegebedürftigen.

1. Die Erfahrungen der MDK-Gutachterinnen und -Gutachter aus 7.600 durchgeführten Qualitätsprüfungen zeigen, dass Qualitätssicherung nicht die Sicherung des derzeit vorzufindenden Qualitätsniveaus sein darf. Die vorhandenen Qualitätsdefizite sind keine Einzelfälle, sondern weisen auf strukturelle Defizite in der Pflege hin.

2. Häufige Pflegedefizite bestehen

- im Bereich der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung
- beim Umgang mit Medikamenten
- bei der Inkontinenzversorgung
- in der Dekubitus-Prophylaxe und –Therapie
- beim Missbrauch freiheitseinschränkender bzw. freiheitsberaubender Maßnahmen.

Die Konsequenz dieser Qualitätsdefizite ist, dass eine passivierende Pflege in den Einrichtungen Platz ergreift. Die Folgen sind eine Gefährdung bzw.

Schädigung des Pflegebedürftigen, eine Verursachung unnötiger Kosten und eine Verletzung der persönlichen Integrität sowie eine Verletzung der Würde des Pflegebedürftigen.

Angesichts dieser Befunde ergibt sich die dringende Notwendigkeit, die Qualitätssicherung der direkten Pflege zu intensivieren.

Welches Qualifikationsprofil kann von unabhängigen Pflege-Sachverständigen nun im Einzelnen verlangt werden?

Zu deren Qualifikation wird damit festgeschrieben: Die Sachverständigen müssen

- „die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Altenpflegerin oder Altenpfleger, Krankenschwester oder Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger“ vorweisen können.
- Über fachspezifisches und auch pflegewissenschaftliches Wissen verfügen, z.B. über die Führung der Pflegedokumentation, die Planung der Pflegeprozesse nach pflegewissenschaftlichen Modellen und pflegerelevanten Standards.
- Die rechtlichen Rahmenbedingungen kennen und sie den Gestaltungsrahmen der Pflegeorganisation zuzuordnen wissen z.B., welche Aufgabenverteilungen den verschiedenen Funktionen in den Alten- und Pflegebereichen zugeordnet werden können.

Mit ihrer Praxiserfahrung in der Pflege sind sie Fachexperten der Pflege, die beurteilt werden soll.

Der Bundesverband unabhängiger Pflegesachverständiger und PflegeberaterInnen e.V. vertritt die Mehrheit der in Deutschland freiberuflich tätigen Pflegesachverständigen, die seit Jahren externe Qualitätsberatungen und Pflegebegutachtungen nach dem SGB XI durchführen.

Der Bundesverband unabhängiger Pflegesachverständiger und PflegeberaterInnen e.V. bittet vor Erlass der neuen Rechtsverordnung nach Absatz 1 eine Anhörung, um weitere Vorschläge zur Rechtsverordnung vorzulegen.

Juni 2003

Anhang

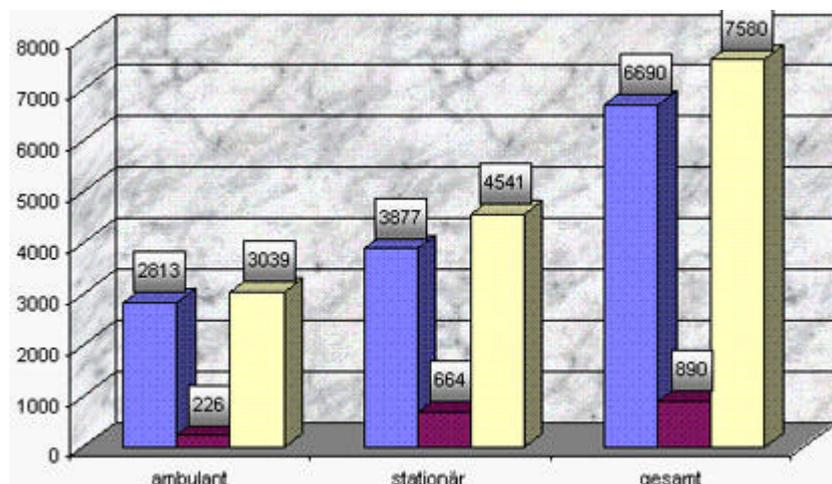
http://www.mds-ev.org/pflegevers/qs_pv/ergeb_qs.html

7.600 Einrichtungen bis Ende 2000 geprüft

Die Medizinischen Dienste führen seit Ende 1996 Qualitätsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durch. Bundesweit gibt es ca. 13.000 ambulante Pflegedienste und etwa 8.500 stationäre Pflegeeinrichtungen. Insgesamt wurden bis Ende 2000 fast 7.600 Prüfungen durchgeführt; knapp 900 davon waren Wiederholungsprüfungen (Evaluationsprüfungen).

Fazit: Bereits ca. 6.700 Einrichtungen sind von den Medizinischen Diensten auf ihre Qualität hin geprüft worden.

Qualitätsprüfungen bis Ende 2000 absolut



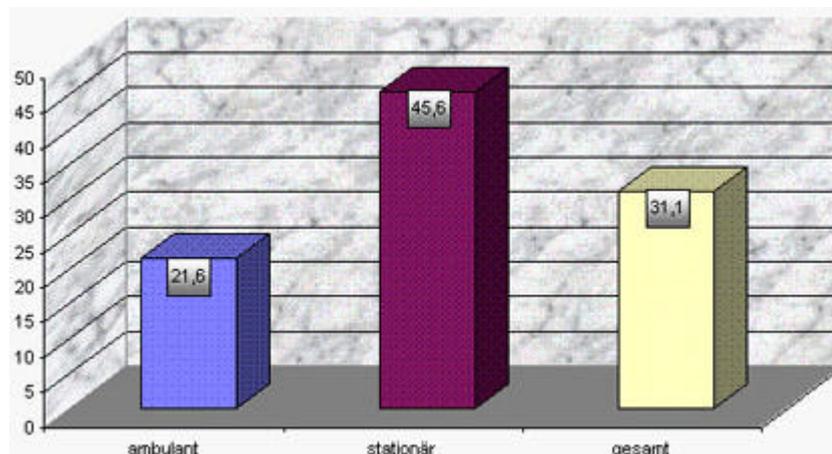
■ Erstprüfung

■ Evaluation

■ gesamt

Von den 8.500 stationären Pflegeeinrichtungen wurden 45,6 Prozent und damit annähernd die Hälfte geprüft, von den 13.000 zugelassenen ambulanten Pflegediensten wurden 21,6 Prozent erfasst. Die Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste haben etwa ein Drittel (31,1 Prozent) der insgesamt 21.500 Pflegeeinrichtungen erreicht.

Anteil bis Ende 2000 geprüfter Einrichtungen in Prozent



Defizitäre Dekubitusprophylaxe und -therapie

Der MDK trifft immer wieder bei Qualitätsprüfungen auf Bewohner/innen, bei denen ein Dekubitus (Druckgeschwür) besteht, ohne dass dieser der Pflegeeinrichtung bekannt war und ohne dass erforderliche Maßnahmen geplant und durchgeführt wurden.

Defizite bei Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Pflegebedürftige, die nicht mehr in der Lage sind, selbstständig zu essen und zu trinken, werden häufig unzureichend mit Flüssigkeit und Nahrung versorgt. Die Folgen dieses aus mangelnder Fachkenntnis, mangelnder Planung und/oder

ungeeigneter Ablauforganisation resultierenden Defizits sind nicht selten Unterernährung bzw. Austrocknung, die wiederum eine belastende Akutversorgung notwendig machen.

Zudem entsteht bei Qualitätsprüfungen vielfach der Eindruck, dass Pflegebedürftigen Sondenkost verabreicht wird, obwohl sie durchaus - mit Unterstützung des Pflegepersonals in der Lage wären, ausreichend zu essen und zu trinken. In solchen Fällen scheint die Ernährung durch Sondenkost nicht primär dazu zu dienen, die Kalorien- und Flüssigkeitsversorgung der Pflegebedürftigen aufrecht zu erhalten. Vielmehr steht häufig im Vordergrund, die Pflegezeit für das Pflegepersonal zu verkürzen.

Defizite bei der Versorgung altersverwirrter Bewohner/innen

Aufgrund mangelnder fachlicher Konzepte und fehlenden Wissens werden vielfach altersverwirrte (gerontopsychiatrisch beeinträchtigte) Bewohner/innen nicht adäquat gepflegt und betreut. Qualifizierte Betreuungskonzepte für diesen zahlenmäßig besonders bedeutenden Personenkreis liegen häufig nicht vor.

Defizite beim Umgang mit Medikamenten

Aufgrund von Übertragungsfehlern durch doppeltes Erfassen in der Pflegedokumentation und in verschiedenen Medikamentenplänen kommt es vor, dass falsche Medikamente oder falsche Dosierungen verabreicht werden. Darüber hinaus erhalten Pflegebedürftige zu oft Beruhigungsmittel ohne ärztliche Verordnung. Dies führt zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität der Bewohner/innen bis hin zu Gesundheitsschädigungen.

Folge: passivierende Pflege

Diese Qualitätsdefizite führen zu einer **passivierenden Pflege**. Dadurch

werden die verbliebenen Fähigkeiten der betroffenen Pflegebedürftigen nicht erhalten oder aktiviert, sondern im Interesse eines schnellen Arbeitsablaufes oder wegen nicht vorhandener konkreter Planungsvorgaben unreflektiert deaktiviert.

Die Folgen sind eine **Gefährdung bzw. Schädigung des Pflegebedürftigen**, eine **Verursachung unnötiger Kosten** und eine **Verletzung der persönlichen Integrität und Würde** des Pflegebedürftigen bis hin zur Freiheitsberaubung. Damit wird die Zielsetzung des Gesetzgebers verfehlt, dem Pflegebedürftigen trotz seines Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht.

Daher darf Qualitätssicherung nicht die Sicherung des derzeitig ambulant wie stationär vorzufindenden Qualitätsniveaus sein. Ziel muss vielmehr die Weiterentwicklung der häufig hoch engagierten, aber in Teilen nicht ausreichend qualifizierten Pflege sein.

Aktuelle und künftige Situation in der Altenpflege Statement anlässlich der mündlichen Verhandlung am 25. Juni 2002 in Karlsruhe (gekürzte Fassung)

Frage 1: Ist die Situation der Altenpflege, die Grund- und Behandlungspflege betreffend, defizitär?

Die Situation der Altenpflege in Deutschland weist Qualitätsdefizite auf, die in einer Reihe von Einrichtungen ein erhebliches Ausmaß annehmen. Festzustellen sind:

- Extreme Qualitätsdefizite

Hier stellen die Qualitätsprüfer des MDK Situationen der Pflegebedürftigen fest, die gekennzeichnet sind durch Verwahrlosung, Unterernährung oder nicht behandelte Dekubiti (Druckgeschwüre). In diesen Fällen sprechen wir von einer gefährlichen Pflege, da hier erhebliche Gesundheitsgefährdungen der Pflegebedürftigen vorliegen. Auch wenn diese extremen Qualitätsdefizite eine Minderheit von ca. 5-10% der Pflegeeinrichtungen betreffen, sind sie doch Teil der Realität in der deutschen Altenpflege.

- Qualitätsdefizite bei mittlerer bis ausreichender Qualität

Darüber hinaus treffen wir im Rahmen unsere Qualitätsprüfungen auf Einrichtungen, in denen im Prinzip eine befriedigende bis ausreichende Versorgung stattfindet. Zum Teil liegen hier jedoch Qualitätsdefizite vor, die zu Gefährdungen der Pflegebedürftigen führen können, wie z.B. eine unzureichende Inkontinenzversorgung, eine unreflektierte Gabe von Beruhigungs- und Schmerzmitteln sowie eine fehlende Aktivierung der Pflegebedürftigen.

In diesen Einrichtungen sind Qualitätsverbesserungen gefordert.

- Gute Qualitätssituationen

Selbstverständlich trifft der MDK auch auf Einrichtungen, die eine gute bis sehr gute Pflege leisten. In diesen Fällen bestätigt die Qualitätsprüfung des MDK die Arbeit der Einrichtung und gibt zu einzelnen Fragen Anregungen, wie z. B. zur Verbesserung der Pflegeplanung oder zur Ausgestaltung der Aktivierung.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die Altenpflege in Deutschland durch Qualitätsdefizite gekennzeichnet ist, die weit über Einzelfälle hinausgehen und auf strukturell notwendige Veränderungen in der Altenpflege hinweisen.

Frage 2: Wo liegen die Defizite?

In der stationären Pflege fanden sich 2001 gegliedert nach ihrer Rangfolge die folgenden zehn

häufigsten Defizite:

- Mängel bei Umsetzung des Pflegeprozesses / Pflegedokumentation
- Pflegekonzept nicht umgesetzt
- Defizit im Bereich Dekubitusprohylaxe/ -therapie
- Defizite bei Versorgung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Versicherter
- Defizite in der Führung eines Dienstplans
- Defizite in Personaleinsatzplanung
- Defizite bei Ernährung / Flüssigkeitsversorgung

- Defizitäres Angebot an sozialer Betreuung
- Defizite im Umgang mit Medikamenten
- Passivierende Pflege

Im ambulanten Bereich waren in 2001 die folgenden 10 häufigsten Defizite festzustellen:

- Mängel bei Umsetzung des Pflegeprozesses / Pflegedokumentation
- Pflegekonzept nicht umgesetzt
- Defizite in der Führung des Dienstplans
- Defizit im Bereich Dekubitusprophylaxe/-therapie
- Defizite in Personaleinsatzplanung
- Defizit bei Fortbildung
- Anteil Pflegefachkräfte zu gering
- Defizite bei Ernährung / Flüssigkeitsversorgung
- Pflegekonzept liegt nicht vor
- Passivierende Pflege

In den verschiedenen Jahren unserer Befragung waren nur geringfügige Veränderungen der wesentlichen Defizite festzustellen. Dabei handelte es sich nur um leichte Verschiebungen in der Rangfolge. Auffallend ist, dass überraschend viele Defizite im medizinisch-pflegerischen Bereich liegen. Dies gilt für die Dekubitusversorgung, die Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung, die Medikamentenversorgung und auch für das Erkennen vorliegender Demenz. Im wesentlichen lassen sich drei Ursachenblöcke für die dargestellten Defizite verorten:

- Altenpflege ist häufig schlecht geplant und schlecht organisiert. Dies betrifft insbesondere die Einschätzung der vorhandenen Ressourcen und die Planung der erforderlichen pflegerischen Handlungen. Im Rahmen der Ressourcenplanung ist das Erkennen von Defiziten und Veränderungen im Krankheits- und Pflegezustand wichtig und findet leider eine zu geringe Beachtung.

- Dies hängt damit zusammen, dass das fachliche Wissen der Pflegekräfte häufig nicht auf dem aktuellen Stand befindlich ist. Dies gilt sowohl für die die Pflege ausführenden Pflegekräfte als auch für die Pflegedienstleitungen.

- Zum Dritten fehlt es nicht selten an der erforderlichen Anzahl qualifizierter Pflegekräfte. Dies hängt zum Teil damit zusammen, das Stellen nicht besetzt sind, aber zuweilen auch damit, dass die Personalausstattung nicht ausreicht, eine adäquate Pflege zu gewährleisten.