



B.A.H.
Bundesarbeitsgemeinschaft
Hauskrankenpflege e.V.

B.A.H. – Cicerostraße 37 – 10709 Berlin

An den Bundesverteiler der B.A.H. e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Cicerostraße 37
10709 Berlin

Telefon (030) 369 92 45 - 0
Telefax (030) 369 92 45 - 15

Berlin, den 29. Juni 2011

Veröffentlichung der Maßstäbe und Grundsätze zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Pflege gem. § 113 SGB XI

Sehr geehrte Damen und Herren,

die B.A.H. hat als maßgeblicher Bundesverband die Verhandlungen der Pflegeselbstverwaltung zu den o.g. Qualitätsgrundsätzen (MuG's) entscheidend mitgestaltet. Die bereits Ende 2008 begonnenen Verhandlungen mit den Kassenverbänden endeten nach intensiven Bemühungen letztlich in der vom Bundesgesetzgeber vorgesehenen Bundeschiedsstelle Qualitätssicherung. Der Geschäftsführer der B.A.H., Herr Twardowsky, ist Mitglied dieser Schiedsstelle und konnte so bis zuletzt die Interessen der Pflegeeinrichtungen einbringen. Die Qualitätsgrundsätze wurden für die Bereiche ambulant, vollstationär und zu den Anforderungen für Prüfinstitutionen zur Durchführung gleichwertiger Qualitätsprüfungen verhandelt und geschiedst. Nunmehr werden die Ergebnisse der neuen Qualitätsgrundsätze im Bundesanzeiger veröffentlicht und damit unmittelbar verbindlich.

Die B.A.H. wird mit geeigneten Prüfinstitutionen Kooperationen schließen, die dann gleichwertige Qualitätsprüfungen neben der Pflichtprüfung durch den MDK im Auftrag der BAH durchführen.

Die MuG's für den ambulanten und vollstationären Bereich stellen jetzt klar, dass die Inhalte künftig bei allen weiteren Verhandlungen (Rahmenverträge und Vergütungen, etc.) zu berücksichtigen sind. In der Vergangenheit konnten viele Qualitätsanforderungen nur schwer in Vergütungsverhandlungen argumentiert werden, da die Kostenträger die Verbindung der in den Qualitäts-Prüfrichtlinien (QPR) formulierten Anforderungen mit der Preisgestaltung immer abgestritten haben.

Es ist nicht zuletzt dem hartnäckigen Einsatz der B.A.H. zu verdanken, dass diese Klarstellung nunmehr erfolgt ist. Damit ist dem Verband die Möglichkeit an die Hand gegeben, die seit 1995 gestiegenen Anforderungen bei Verhandlungen in die Struktur der Leistungskomplexe und Preise der Verträge im SGB XI einzubringen. Dazu gehören auch die Anforderungen aus den Pflege-Transparenzvereinbarungen, die mit einem erheblich höheren Dokumentationsaufwand einhergehen. Denn formal bauen die PTVen eigentlich auf den MuG's auf. Pflegeeinrichtungen erfüllen bereits überwiegend sämtliche Anforderungen. Jetzt geht es darum, die sichtbar gewordenen Anforderungen angemessen in der Vergütung zu berücksichtigen.

...2

Die nun fixierten Anforderungen bedeuten für den ambulanten Bereich folgendes:

Einrichtungsinernes Qualitätsmanagement

- Aufbau eines einrichtungsinernen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität und die damit verbundenen Arbeitsprozesse ausgerichtet ist.
- Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements einschließlich aller wesentlichen Managementprozesse (z. B. Verantwortung der Leitung, Ressourcenmanagement, Leistungserbringung, Analyse/Verbesserung).
- Qualitätsmanagement erfordert die Festlegung von Zielen. Die Maßnahmen und Verfahren zur Erreichung der Qualitätsziele werden durch einen stetigen Prozess der Planung, Ausführung der Kommunikation innerhalb des ambulanten Pflegedienstes eingeführt werden.
- Bereitstellung von personellen und sächlichen Ressourcen und die Einbeziehung der Mitarbeiter.
- Dokumentation der wesentlichen Maßnahmen und Verfahren des einrichtungsinernen Qualitätsmanagements werden in einem Qualitätsmanagement-Handbuch beschrieben.

Erstbesuch und Informationssammlung

- Der Erstbesuch dient nicht nur wie bislang formuliert zur Feststellung des Hilfebedarfes, sondern es sollen im Erstbesuch Informationen zur aktuellen Pflegesituation und zum pflegerischen Umfeld eingeholt werden.
- Zudem sollen im Rahmen des Erstbesuches erkennbare Probleme, Risiken und Gefährdungen unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des pflegebedürftigen Menschen erfasst werden.
- Es handelt sich hierbei also um ein ausführliches **pflegerisches Assessment** - nämlich um eine Einschätzung pflegerelevanter Phänomene zum Zweck der Bewertung und zur Einleitung der nachfolgenden Interventionen, welche herauszuarbeiten sind.
- Zudem ist darzustellen, welche Leistungen erforderlich sind, ggf. aber nicht im Pflegevertrag vereinbart wurden. Hierbei sind die Personen zu benennen, die diese Leistungen übernehmen.
- Aus unserer Sicht sind daher auf Grundlage der Verwertung der Informationssammlung folgende **Mindestbereiche** der AEDL's betroffen:
 - Sich bewegen
 - Vitale Funktionen des Lebens sichern
 - Sich pflegen / Sich kleiden
 - Essen und Trinken
 - Ausscheidung
 - Für eine sichere Umgebung sorgen
- Einer aktuellen Studie (Görres 2011) zufolge, ist davon auszugehen, dass die bislang zur Verfügung stehende Zeit nicht ausreicht, sondern dass hierfür das dreifache, in manchen Fällen sogar das zehnfache für den Erstbesuch nötig wäre und somit diese Leistung seit Jahrzehnten unterbezahlt wird. Mit den gestiegenen Anforderungen wird sich dieser Zustand nunmehr noch verschärfen.
- Bei Veränderung des Pflegezustandes muss die Risikoeinschätzung zumindest bei den vertraglich vereinbarten Leistungen von neuem erfolgen (vgl. hierzu auch Expertenstandards),

Risikoeinschätzung, Prophylaxen und Beratung

- In Zuge des Erstbesuch müssen **Risikoeinschätzung** und eine Erhebung zur Einschätzung der Situation mindestens in den Bereichen
 - Ernährung (Ess- und Trinkbiographie)
 - Mobilität (Kontrakturenrisiko; Dekubitusrisiko, Sturzrisiko)
 - Schmerz
 - Kontinenz

erfolgen.

- Zukünftig müssen die Leistungserbringer im Zuge des Erstbesuches zu den **Prophylaxen** unabhängig von deren rechtlicher Zuordnung **beraten**. Zu den jeweiligen Risikobereichen sind Angehörige und der pflegebedürftige Mensch einzubeziehen, ggf. andere am Versorgungsgeschehen beteiligte Leistungserbringer.
- Im gleichen Zuge müssen Leistungserbringer bei Bedarf **Tipps und Hinweise** zur Verbesserung der Pflege- und Versorgungssituation geben. Bislang war dies auf gesundheitsfördernde und -sichernde Arbeitsweisen beschränkt gewesen.
- Die meisten Rahmenverträge sehen bereits die Vorbeugung von Sekundärerkrankungen im SGB XI Bereich vor. Die damit im Zusammenhang stehenden Leistungen (Prophylaxen) müssen als so genannte integrierte Prophylaxen erbracht werden. Gerade die PTVA fordert in diesem Zusammenhang fast alle Bereiche ab:

<p>Dekubitus → Dekubitusprophylaxe</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mobilisation ✓ Mikrobewegung ✓ Lagerung ✓ Hautpflege ✓ Eiweißreiche und Vitaminreiche Ernährung ✓ Flüssigkeitszufuhr ✓ Beratung 	<p>Kontraktur → Kontrakturprophylaxe</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Physiologische Lagerungen ✓ Dehnübungen ✓ Beugeübungen ✓ Streckübungen ✓ passiv, aktiv, assistiv ✓ Beratung 	<p>Exsiccose, Mangelernährung → Soor- Parotitis → Soor- und Parotitisprophylaxe Aspiration → Aspirationsprophylaxe</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Unterstützung bei Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme ✓ Vorlieben / Abneigungen ✓ Flüssigkeitssubstitution ✓ Mobilisierung ✓ Kognitive Beeinträchtigungen berücksichtigen ✓ Schmerzreduktion ✓ Lust und Appetit anregen ✓ Adäquate Umgebung schaffen ✓ Anregen der Kauaktivität ✓ Mundspülungen ✓ Speichelfluss anregen ✓ Oberkörperhochlagerung ✓ Nur kleine Löffelgabe, langsam
<p>Sturz → Sturzprophylaxe</p> <p>Intrinsische Faktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Altersbedingte Veränderungen: ✓ Sehvermögen ✓ Gleichgewichtssinn/ Balancefähigkeit ✓ Gangbild ✓ Bewegungsapparat ✓ Herz-Kreislauf-System uvm. ✓ Krankheitsbedingte Zustände: (Akute und chronische Erkrankungen) uvm. <p>Extrinsische Faktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Physikalische Bedingungen des Umfelds ✓ Hilfsmittel ✓ Schuhwerk ✓ Situative Umstände ✓ uvm. 	<p>Thrombose → Thromboseprophylaxe</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Beinhochlagerung mit Kniebeuge ✓ Flüssigkeitssubstitution ✓ Anregen der Muskelpumpe ✓ Mobilisierung ✓ Ausstreichen der Venen ✓ Kompressionstherapie 	<p>Inkontinenz → Toilettentraining Obstipation → Obstipationsprophylaxe Intertrigo → Intertrigoprophylaxe</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bewegungsförderung, ✓ Flüssigkeitssubstitution, ✓ Ernährung, ✓ Toilettentraining ✓ ballaststoffreiche Ernährung ✓ Colonmassage ✓ Hautstellen trocken halten, Rückfettung

- Auch der diesbezügliche fortlaufende Mehraufwand an Beratungsleistung geht aus der PTVA hervor.

Pflegeplanung und Pflegedokumentation

Aus dem oben beschriebenen Sachverhalt resultiert ein Mehraufwand an Dokumentation, da die Ergebnisse der Erhebungen und Risikoeinschätzungen verschriftlicht und in regelmässigen Abständen im Rahmen des Pflegeprozesses evaluiert werden müssen. Zudem müssen Veränderungen im Pflegezustand entsprechend dokumentiert werden. Die Planung soll entsprechend „handlungsleitend“ sein. Prophylaxen müssen also beschrieben werden:

Sich bewegen: ✓ Dekubitusprophylaxe ✓ Thromboseprophylaxe ✓ Kontrakturprophylaxe ✓ Sturzgefährdung	Sich pflegen / Sich kleiden ✓ Alle integrierten Prophylaxen ✓ Intertrigoprophylaxe ✓ Soor- und Parotitisprophylaxe ✓ Sturzprophylaxe (Schuhwerk, etc.)	Essen und Trinken: ✓ Exiccose, Mangelernährung ✓ Soor- Parotitis ✓ Aspiration
Ausscheidung: ✓ Inkontinenz (Harninkontinez) ✓ Opstipation ✓ Intertrigo	Für eine sichere Umgebung sorgen ✓ Sturzgefährdung	Vitale Funktionen des Lebens sichern: ✓ Pneumonieprophylaxe

Zusammenfassung

Auftrag des Gesetzgebers war es u. a., Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen darf, zu formulieren. Diese Maßgabe konnten die Vertragspartner nach § 113 SGB XI bis zu diesem Zeitpunkt nicht realisieren. Insbesondere durch die PTVen ist die Komplexität der Dokumentation eher noch gewachsen.

Der gestiegene Aufwand für das Qualitätsmanagement, welches eine Steigerung der unproduktiven Stunden des Materialaufwandes und des Berateraufwandes (Bsp. Expertenstandards) zur Folge hat, wurde nun auch schriftlich vereinbart: Umsetzung von ISO-Anforderungen, wie Beschwerdemanagement, Zufriedenheitsabfragen, etc. Qualität und Quantität der Fortbildungen. Die Zusammenarbeitsverpflichtung wurde um sämtliche Heilmittelerbringer erweitert.

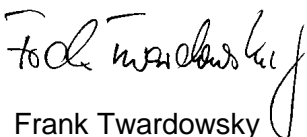
Mehr Anforderungen gibt es darüber hinaus im Bereich: Assessmentzeit, Beratungszeit, Dokumentationszeit, sowie Anleitung zur Verbesserung der Versorgungssituation, Kommunikationsprozesse wie Dienstübergaben, Dienstbesprechungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung wie Pflegevisiten und Fortbildungen.

Prophylaxen werden unabhängig von ihrer rechtlichen Zuordnung erbracht, deren Stellenwert gestiegen ist und deswegen nicht mehr pragmatisch, sondern mit Blick auf die festgelegten Kriterien der Ergebnisqualität (Verhinderung von Sekundärerkrankungen) durchgeführt und daher auch „handlungsleitend“ dokumentiert werden müssen. Pflegeplanung, Pflegeintervention und Beratung müssen hinsichtlich der Risiken, Ressourcen und Prophylaxen viele Einzelleistungen beinhalten.

Die Landesregelungen in den Verträgen zum Erstbesuch werden von der B.A.H. insbesondere auf die Anforderungen bei Risikoehebung und Beratungs- und Dokumentationsleistungen überprüft und ggf. neu verhandelt.

Wir haben Ihnen hiermit einige Informationen zusammengestellt, die Sie wahrscheinlich in dieser Form nicht über die allgemeine Presse erfahren. Die kompletten Fassungen der Vereinbarungen zu ambulant, vollstationär und den Bereich der Zertifizierung halten wir für Sie auf unserer Homepage bereit. Für Rückfragen und Ihre Anmerkungen stehen wir ihnen jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
B.A.H. e. V.



Frank Twardowsky
 Geschäftsführer



Birgit Schaer
 Fachreferentin Pflege



Thorsten Mittag
 Ref. für Bundesangelegenheiten