



Pflege
PRAXIS

Verständlich
erklärt –
für Einsteiger &
Profis geeignet

Jutta König

BI, SIS[®], Expertenstandards & Qualitätsindikatoren

Zusammenhänge erkennen –
Fallen vermeiden – perfekt dokumentieren

schlütersche



Jutta König

BI, SIS[®], Expertenstandards & Qualitätsindikatoren

Zusammenhänge erkennen – Fallen vermeiden –
perfekt dokumentieren

**Verständlich
erklärt –
für Einsteiger
geeignet**

Jutta König ist Wirtschaftsdiplom-Betriebswirtin Gesundheit (VWA) und Sachverständige bei verschiedenen Sozialgerichten im Bundesgebiet. Sie unterrichtet Pflegesachverständige und Pflegeberater, arbeitet als Unternehmensberaterin und Dozentin in den Bereichen SGB XI, SGB V, Heim- und Betreuungsrecht. Sie ist examinierte Altenpflegerin, Pflegedienst- und Heimleitung.



»Vernetzen ist so lange gut,
bis man sich verheddert.«

JUTTA KÖNIG



pflegebrief

- die schnelle Information zwischendurch
Anmeldung zum Newsletter unter www.pflegen-online.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-987-3 (Print)

ISBN 978-3-8426-8957-2 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8958-9 (EPUB)

© 2019 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden.

Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Titelbild: s_1 - stock.adobe.com

Covergestaltung und Reihenslayout: Lichten, Hamburg

Druck: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

Inhalt

Vorwort	9
1 Zusammenhänge verstehen	11
2 SIS® – Aufbau und Logik in der Handhabung	13
2.1 Die letzten 40 Jahre der Pflegemodelle verstehen ...	13
2.2 Dokumentationen nur für den MDK?	17
2.3 Den Aufbau der SIS® verstehen	21
2.3.1 Teil A Stammdaten verstehen	21
2.3.2 Teil B Eingangsfrage verstehen	22
2.3.3 Die Themenfelder verstehen	25
2.3.4 Die Risikomatrix verstehen	33
2.3.5 Die Evaluation verstehen	43
2.3.6 Maßnahmenplan und Leistungsnachweise verstehen	47
2.4 Den Pflegebericht verstehen	56
2.5 Das Strukturmodell ist keine Musterdokumentation	59
3 Das Begutachtungsinstrument (BI) – Aufbau und Logik	61
3.1 Das BI – so wichtig wie nie zuvor	63
3.2 Modul 1: Mobilität	65
3.3 Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	69
3.4 Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	72
3.5 Modul 4: Selbstversorgung	76
3.5.1 Beispielhafte Punktwerte bei Verrichtungen der Grundpflege	80
3.6 Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	82
3.7 Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	86

4	Die Expertenstandards – Aufbau und Logik	91
4.1	Einleitung	91
4.2	Risikoeinschätzung im Strukturmodell und die Expertenstandards	95
4.3	Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege	97
4.3.1	Strukturqualität	97
4.3.2	Prozessqualität	97
4.3.3	Ergebnisqualität	98
4.3.4	Vorgehensweise und Dokumentation	99
4.4	Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen	103
4.4.1	Strukturqualität	103
4.4.2	Prozessqualität	103
4.4.3	Ergebnisqualität	104
4.4.4	Vorgehensweise und Dokumentation	105
4.5	Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege	108
4.5.1	Strukturqualität	108
4.5.2	Prozessqualität	109
4.5.3	Ergebnisqualität	109
4.5.4	Vorgehensweise und Dokumentation	111
4.6	Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege	119
4.6.1	Strukturqualität	120
4.6.2	Prozessqualität	121
4.6.3	Ergebnisqualität	121
4.6.4	Vorgehensweise und Dokumentation	121
4.7	Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen	125
4.7.1	Strukturqualität	125
4.7.2	Prozessqualität	126
4.7.3	Ergebnisqualität	127
4.7.4	Vorgehensweise und Dokumentation	128
4.8	Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	132

4.8.1	Grundsätzliches vorweg	132
4.8.2	Strukturqualität	134
4.8.3	Prozessqualität	135
4.8.4	Ergebnisqualität	135
4.8.5	Vorgehensweise und Dokumentation	136
4.9	Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	144
4.9.1	Strukturqualität	144
4.9.2	Prozessqualität	145
4.9.3	Ergebnisqualität	146
4.9.4	Vorgehensweise und Dokumentation	146
4.10	Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz	150
4.10.1	Grundsätzliches zur Demenzerkrankung	150
4.10.2	Grundsätzliches zum Expertenstandard	151
4.10.3	Strukturqualität	153
4.10.4	Prozessqualität	155
4.10.5	Ergebnisqualität	161

5 Qualitätsindikatoren (QI) – Aufbau und Logik 167

5.1	Ab 2019 wird Qualität anders ermittelt	168
5.1.1	Entwicklung des Systems	170
5.1.2	Die interne Erfassung zu den Qualitätsindikatoren – vorerst nur stationär	172
5.1.3	Mit Fragen muss man umgehen lernen	174
5.1.4	Die QI – teilweise bekannte Kennzahlen	191
5.1.5	Die Datenauswertungsstelle (DAS)	192

6 Die Qualitätsprüfung anhand der Qualitätsaspekte (QA) – Aufbau und Logik 199

6.1	Die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR)	199
6.1.1	Aufgaben der Prüfer	200
6.1.2	Das Fachgespräch	202
6.2	Die neue Bewertungssystematik verstehen	203
6.2.1	Einwirkungsmöglichkeit der Einrichtung auf das Ergebnis der Qualitätsaspekte	205

6.3	Die Qualitätsprüfung stationär verstehen	207
6.3.1	Auswahl der Bewohner stationär	210
6.3.2	Die sechs Qualitätsbereiche stationär	211
6.3.3	Die Bewertung der Qualitätsaspekte stationär	231
6.3.4	Die Prüffragen stationär im Original	232
6.4	Die Qualitätsprüfung in der Tagespflege verstehen ..	237
6.4.1	Auswahl der Klienten in der Tagespflege	238
6.4.2	Die sechs Bereiche der Qualitätsprüfung	238
6.5	Die Qualitätsprüfung ambulant verstehen	239
6.5.1	Auswahl der Klienten ambulant	240
6.6	Die fünf Qualitätsbereiche ambulant	241
6.6.1	Die Bewertung der Qualitätsaspekte ambulant	244
6.6.2	Prüffragen ambulant im Original mit Bewertung ...	246

7 Sind unterschiedliche Modelle, Vorgehen und Handhabungen zu vernetzen?

253

7.1	Passen Sie die Pflegedokumentation nicht an alle Anforderungen an	255
7.1.1	Das BI gehört nicht in die Dokumentation	255
7.1.2	Bringen Sie die QI nicht in die Dokumentation ein ..	256
7.1.3	Bringen Sie die QA in die Dokumentation ein	256
7.2	Nutzen Sie die QA als Pflegevisite	257

Literatur

258

Register

261

Vorwort

Nun ist es endlich soweit: Ab November 2019 beginnen die neuen qualitätsindikatorengestützten Qualitätsprüfungen. Diese vollkommen neue, am Ergebnis orientierte Prüfung der internen und externen Ergebnisse von stationären Pflegeeinrichtungen hat eine Veränderung der bisherigen Systematik zur Folge.

Die Einrichtungen der ambulanten Pflege sowie die Tagespflegen erhalten zwar auch den sogenannten »neuen Pflege-TÜV«, werden aber keine internen Ergebnisse erheben müssen – vorerst! Die stationäre Altenhilfe aber erhebt künftig alle sechs Monate interne Ergebnisse – neben der jährlichen MDK-Prüfung. Und diese neue Thematik behandelt dieses Buch.

Benötigt werden dazu das Begutachtungsinstrument (BI), die Expertenstandards, die Pflegedokumentation sowie ein neues Erhebungsinstrument.

Das Begutachtungsinstrument und das Strukturmodell (oft nur SIS® – Strukturierte Informationssammlung – genannt) sollen nach Expertenmeinung nicht miteinander verknüpft werden, zumindest muss die Dokumentation das BI nicht abbilden. Die Überschriften in Modulen und Themenfeldern ähneln sich aber und laden zur Verknüpfung geradezu ein.

Hinzu kommen die Qualitätsindikatoren (QI) und die Qualitätsaspekte (QA), die ebenfalls an einigen Stellen sehr viel Ähnlichkeit mit den Inhalten des BI und der SIS® haben. Und dann müssen Sie auch noch die Expertenstandards im Blick behalten. Dort wird nichts anderes gefordert als das Wissen zum Klienten, z. B. in Sachen Mobilität und Risiken – was in der Dokumentation bereits abgebildet wird.

So kann man an vielen Stellen eine Vernetzung erkennen. Diese können/sollen Sie nutzen, um die Bürokratie weiter abzubauen, den korrekten Pflegegrad für die Betroffenen zu erreichen, die interne Qualität zu steigern sowie die geforderte externe Qualität nachzuweisen.

1 Zusammenhänge verstehen

Ab November 2019 beginnt eine neue Ära der Qualitätsbemessung in Deutschland. Jede stationäre Einrichtung muss zusätzlich zu den externen Prüfungen künftig auch intern die Qualität messbar ermitteln und diese an die Datenauswertungsstelle (DAS) übermitteln (► Abb. 1).

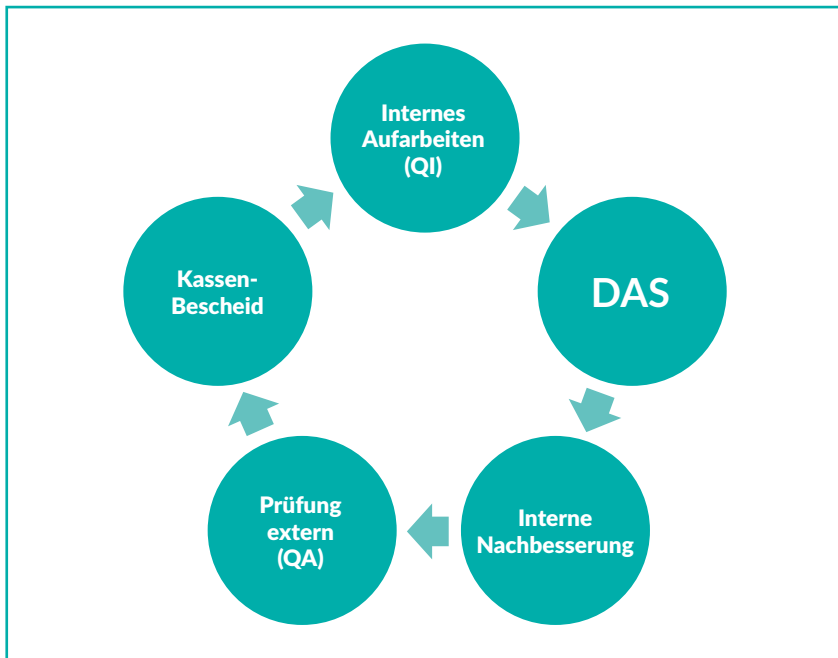


Abb. 1: Der neue Kreislauf der Qualitätsprüfung in stationären Einrichtungen.

Die ambulante Pflege und die Tagespflege-Einrichtungen erleben zwar auch neue Qualitätsprüfungen, aber unter anderen Voraussetzungen. So werden intern zunächst in absehbarer Zeit keine Qualitätsindikatoren erhoben werden müssen. Es bleibt also beim bisherigen Kreislauf (► Abb. 2).

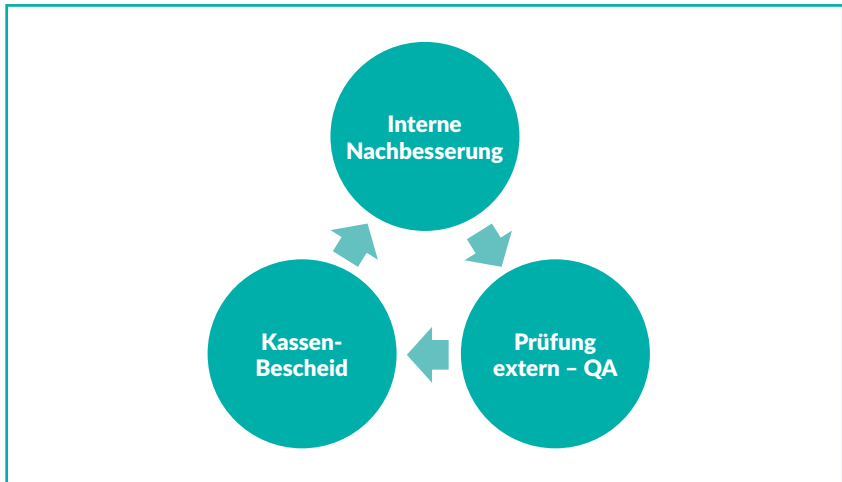


Abb. 2: Der Kreislauf der Qualitätsprüfung in der ambulanten Pflege bzw. in der Tagespflege.

Wichtig

Stationäre Pflege – aufgepasst!

Um die neuen Prozesse zu verstehen und anzuwenden, ist es unbedingt notwendig, die Dokumentation incl. der Expertenstandards sowie das Begutachtungsinstrument zu beherrschen. Diese fließen in die neuen qualitätsindikatoren-gestützten Qualitätsprüfungen mit ein.

2 SIS® – Aufbau und Logik in der Handhabung

Das Strukturmodell, von vielen vereinfacht SIS® (obwohl die Strukturierte Informationssammlung nur ein Teil davon ist) genannt, hat einen Paradigmenwechsel in der Pflege verlangt und zum ersten großen Umdenken geführt. Sie führt weg von der rein pflegerischen Einschätzung der Pflegeprobleme, wie wir sie aus den letzten 40 Jahren Altenpflege kennen. 1977 gab uns Sr. Liliane Juchli im deutschsprachigen Raum ein Modell zur Planung der Pflegeprobleme: die »Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)«, erweitert bzw. abgelöst 1984 durch die »Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL)« von Monika Krohwinkel.

Endlich gab es mit Monika Krohwinkel nach langen Jahren eine Deutsche, die ein Pflegemodell kreierte. Nicht verwunderlich also, dass man jahrzehntelang ihrem Vorgehen der AEDL (später »ABEDL«, wobei das »B« für »Beziehungen« steht) folgte. Der Nachteil all dieser Modelle war und ist: Sie basieren auf alten Erkenntnissen und wurden nicht wirklich weiterentwickelt.

2.1 Die letzten 40 Jahre der Pflegemodelle verstehen

Vergleichen Sie die vier bekanntesten Pflegemodelle und versuchen Sie, wirkliche Unterschiede und Entwicklungen der letzten 40 Jahre zu erkennen.

3 Das Begutachtungsinstrument (BI) – Aufbau und Logik

Das Begutachtungsinstrument (BI), erstmals ab 1. Januar 2017 angewendet, hat nach dem Strukturmodell das zweite große Umdenken in der Pflege nach sich gezogen. Das BI wurde in der Anfangsphase 2015 auch NBA (Neues Begutachtungsassessment) genannt, später – ab 2016 – auch NBI (Neues Begutachtungsinstrument)²⁶. Heute spricht man nur noch vom Begutachtungsinstrument, BI²⁷

Das BI hat dafür gesorgt, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit gänzlich neu angewendet wird. Schauten wir im alten System (gültig 1995 bis 2016) immer mit unseren fachlichen Augen auf den Pflegebedürftigen, so ist die neue Herangehensweise eine alleinige Betrachtung aus seiner Sicht. Es ist also jetzt völlig unerheblich, wer dem Pflegebedürftigen hilft, ob überhaupt jemand hilft, welche Leistungen benötigt oder abgerufen werden. Wenn der Pflegebedürftige Hilfe benötigt, ist es unerheblich, wie umfangreich und zeitaufwändig diese erfolgt. Die Berechnung erfolgt allein aus der Frage heraus, wie sehr er in seiner Fähigkeit oder Selbstständigkeit eingeschränkt ist. Erst das ergibt die Punkte, die für einen Pflegegrad ausschlaggebend sind.

²⁶ MDS (o.J.): Das Neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung. Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. Im Internet: <https://www.mds-ev.de/themen/pflegebeduerftigkeit-und-pflegebegutachtung/das-neue-begutachtungsinstrument.html>, Zugriff am 5. April 2019

²⁷ MDS & GKV (2017): Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRI) vom 15. 04. 2016, geändert durch Beschluss vom 31. 03. 2017, im Internet: <https://www.mds-ev.de/themen/pflegebeduerftigkeit-und-pflegebegutachtung/das-neue-begutachtungsinstrument.html>, Zugriff am 8. April 2019

- Kann ein behinderter Mensch den Transfer aus dem Bett selbstständig durchführen, wenn auch mit Unterstützung von Hilfsmitteln, ist er selbstständig und erhält 0 Punkte.
- Kommt ein Klient nicht allein aus dem Bett, ist er unselbstständig und erhält 3 Punkte. Auch wenn er die Hilfe von zwei Pflegekräften benötigt und ggf. noch ein Lifter als Hilfsmittel eingesetzt werden muss.
- Wenn jemand bettlägerig ist und gar nicht aus dem Bett transferiert wird, ist er unselbstständig und erhält ebenfalls 3 Punkte.

Fazit

Die Selbstständigkeit ist das Maß der Dinge

Es wird also nicht die Einschränkung oder die Behinderung an sich bewertet, sondern allein die Einschränkung der Selbstständigkeit, die sich durch eine gesundheitliche Beeinträchtigung ergibt.

Ein weiteres Beispiel ist der Toilettengang, im BI »Benutzung einer Toilette« genannt:

- Wenn ein demenziell veränderter Mensch bei der Suche nach einer Toilette an ungewöhnliche Orte uriniert (Blumentopf, Fahrstuhl, Mülleimer etc.) und man ihm mehrfach am Tag sagen muss, wo die Toilette ist, erhält er die wenigsten Punkte. Er braucht eben nur eine punktuelle Anleitung und kann das Meiste noch selbstständig erledigen. (Die Fehlhandlung wird nicht an dieser Stelle bewertet, sondern teilweise im Modul 3 berücksichtigt.)
- Ist ein Klient bettlägerig und kann die Toilette nicht selbstständig aufsuchen, so erhält er den Höchstpunktwert (3 Punkte), weil er unselbstständig ist. Es ist allerdings unerheblich, ob er zudem einen Katheter hat. Es bleibt beim Höchstwert der Punkte, obwohl dieser Klient nicht wirklich Arbeit macht.

Diese beiden Beispiele sollen die Herangehensweise in diesem System verdeutlichen. Aus Sicht des Pflegebedürftigen ist die Punktvergabe möglicherweise »gerecht«. Aus Sicht der Pflege wird aber offenbar, dass der Aufwand nicht annähernd abgebildet wird.

4 Die Expertenstandards – Aufbau und Logik

4.1 Einleitung

Die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) wurden durch Experten aus verschiedenen Disziplinen der Wissenschaft und Pflege in jahrelanger Arbeit für bestimmte Risikobereiche oder zur Versorgung von Menschen mit bestimmten Risiken erarbeitet. Derzeit (Stand: März 2019) gibt es zehn Standards, acht davon sind gemäß § 113 SGB XI in Einrichtungen der Altenhilfe und Krankenpflege verpflichtend umzusetzen:

1. Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 2. Aktualisierung (Juni 2017)
2. Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung (Dezember 2011)
3. Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung (Mai 2015)
4. Sturzprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung (Januar 2013)
5. Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, 1. Aktualisierung (März 2014)
6. Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 1. Aktualisierung (September 2015)
7. Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, 1. Aktualisierung (Januar 2017)
8. Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Sonderdruck einschließlich Kommentierung und Literaturstudie (März 2018)
9. Förderung der physiologischen Geburt, Dezember 2014 (nicht für die Altenpflege)
10. Entlassungsmanagement in der Pflege, 1. Aktualisierung (Juli 2009) (nicht für die Altenpflege)

5 Qualitätsindikatoren (QI) – Aufbau und Logik

2009 wurden in Deutschland nach Prüfungen der Pflegeeinrichtungen und ambulanten Dienste erstmals Noten vergeben. Dieses Prüfsystem, gern auch »PflegeTÜV« genannt, wurde recht bald zur Farce. Geprüft wurde nicht die Versorgungsqualität des Pflegebedürftigen, sondern allein die Dokumentationsqualität. Es war unerheblich, wie man das Insulin verabreichte, Hauptsache, die verordneten Einheiten wurden korrekt dokumentiert. Es wurde nicht geprüft, wie dem Pflegebedürftigen das Essen verabreicht wurde, geprüft wurde lediglich die Dokumentation zu diesem verabreichten Essen. Mit anderen Worten, es gab – teils zurecht – viel Kritik am alten System. Es war an der Zeit, dieses zu ändern. Die Änderungen wurden von der Regierung in Auftrag gegeben und es dauerte Jahre, bis alle Vertragsparteien zugestimmt hatten, sodass endlich die Ergebnisqualität beim Pflegebedürftigen geprüft wird und nicht allein die Dokumentation.

Seit 2011 sollten nach Gesetzeswunsch zudem alle Einrichtungen in Deutschland mindestens jährlich und bei Anlass zusätzlich geprüft werden. Das ist bis heute nicht gelungen.

Wenn Sie sich diese Grafik des MDS⁶³ (► Abb. 11) ansehen, erkennen Sie, dass rund 5.000 Einrichtungen in Deutschland nicht geprüft wurden. Es gab bereits 2015⁶⁴ über 13.300 ambulante Dienste und über 13.500 stationäre Einrichtungen.

⁶³ https://www.mds-ev.de/fileadmin/bilder/Infografiken/Infografik_MDK-Pflegequalitaetspruefungen_2017_300dpi.png, Zugriff am 4. April 2019

⁶⁴ Zahlen und Fakten Bundesministerium für Gesundheit vom 11. Juli 2018

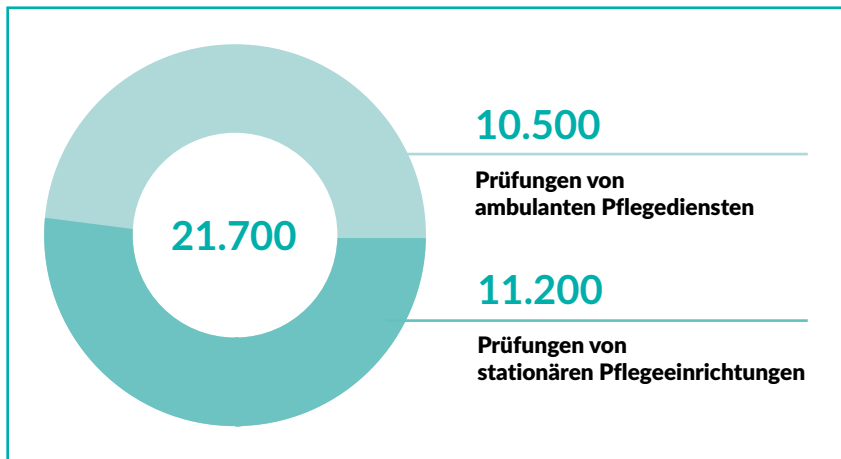


Abb. 11: MDK-Qualitätsprüfungen in 2017.

5.1 Ab 2019 wird Qualität anders ermittelt

Die qualitätsindikatorengestützte Qualitätsprüfung für die stationäre Pflege beginnt. Diese Qualitätsindikatoren (QI) werden erstmals ab dem 1. Oktober 2019 erfasst. Die Prüfungen durch den MDK erfolgen ab dem 1. November 2019. QI und externe Prüfungen lösen die altbekannten Pflegenoten endgültig ab.

Für die ambulante Pflege wird es vorerst keine Qualitätsindikatoren geben. Voraussichtlich ab 2020 werden die entsprechenden Änderungen der externen Qualitätsprüfungen durchgeführt. Es kann allerdings sein, dass der Gesetzgeber darauf drängt, die Noten in allen Versorgungsbereichen zeitgleich 2019 abzuschaffen. Damit wäre auch der Weg für die ambulanten Dienste mit dem neuen »Pflege-TÜV« geebnet. Gleiches gilt für die teilstationäre Pflege, die Tagespflege.

Die Prüfungen, wie wir sie aus den letzten beiden Jahrzehnten (erste Prüfungen durch den MDK gab es bereits 1996) kennen, haben ausgedient. Der MDK, später auch die Prüfer der PKV, führten jeweils Stichprobenprüfun-

6 Die Qualitätsprüfung anhand der Qualitätsaspekte (QA) – Aufbau und Logik

Um die Qualitätsaspekte in der bevorstehenden Prüfung zu erfüllen, muss man den Überblick haben und die Inhalte der bisherigen Kapitel kennen. Denn der neue »Pflege-TÜV« ist in engem Zusammenhang mit den intern ermittelten Ergebnissen der stationären Pflege zu sehen (► Abb. 12).

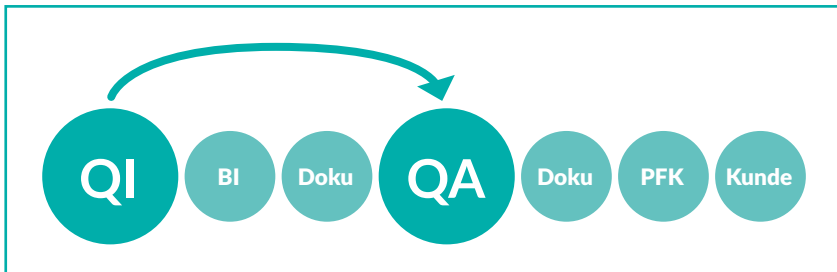


Abb. 12: Der neue Pflege-TÜV.

Die Qualitätsindikatoren spielen in die Qualitätsaspekte mit hinein, zumindest bei der Auswahl der Klienten und der Plausibilitätsprüfung.

6.1 Die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR)

Die Prüfgrundlage sind seit vielen Jahren die Qualitätsprüfungs-Richtlinien, QPR genannt. Diese bleiben in ihrem Kern erhalten. Es gibt weiter eine allgemeine Verfahrensbeschreibung, die den Ablauf der Prüfung, die Rechte

und Pflichten der Prüfer wie auch der Einrichtung darlegt. Hier sind die Ziele⁷⁴ genannt, z. B.:

»Den Qualitätsprüfungen liegt ein beratungsorientierter Prüfansatz zugrunde. Die Qualitätsprüfungen bilden eine Einheit aus Prüfung, Beratung und Empfehlung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. Der beratungsorientierte Prüfansatz ermöglicht bei Auffälligkeiten und Qualitätsdefiziten das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten. Der beratungsorientierte Prüfansatz findet seinen Ausdruck im Fachgespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die in der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner tätig sind – wobei soweit möglich Pflegefachkräfte einbezogen werden sollen – sowie im Abschlussgespräch mit den Leitungskräften der Einrichtung.«

Das bedeutet, der Prüfer hat weiterhin einen beratenden Auftrag. Die QPR stationär liegt in verabschiedeter Form vor, die QPR ambulant und teilstationär sind im Entwurf im jeweiligen Abschlussbericht, aber bei Redaktionsschluss dieses Buch noch nicht verabschiedet.

6.1.1 Aufgaben der Prüfer

Die Prüfer haben in der Prüfung folgende Aufgaben:

Nur stationär:

- Prüfung von drei ausgefüllten Erhebungsbögen (98 Fragen) zur Erfassung der Versorgungsergebnisse. Der Prüfer prüft nicht alle 98 Fragen, sondern nur die Plausibilität (► Kap. 6.3).
- Einsicht in den nichtöffentlichen einrichtungsindividuellen Feedback-Bericht, mit den berechneten Indikatorenergebnissen. D. h. wenn Ergebnisse in den zehn QI unter dem Durchschnitt liegen, wird der Prüfer sehen wollen, wie diese unterdurchschnittlichen Ergebnisse von der Einrichtung begründet werden.

⁷⁴ Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege (QPR vollstationär). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege vom 17. Dezember 2018, S. 5

7 Sind unterschiedliche Modelle, Vorgehen und Handhabungen zu vernetzen?

Qualitätsindikatoren (QI), Qualitätsaspekte (QA), Begutachtungsinstrument (BI) und die Pflegedokumentation sind nicht deckungsgleich. Eine ungenutzte Chance! Auf die Frage, warum man mit der neuen qualitätsindikatorergestützten Qualitätsprüfung die einmalige Chance der Angleichung nicht genutzt hat, heißt es im Abschlussbericht⁹⁶: »Die Bezugnahme auf den Pflegebedürftigkeitsbegriff bietet außerdem eine gute Grundlage, um die neuen Prüfungssysteme in der stationären und ambulanten Versorgung besser miteinander zu verzahnen, [...] ohne eine komplett andere Gliederungsform zugrunde zu legen.«

Das BI hat ähnlich lautende Überschriften wie die Themenfelder der SIS®. In den Schulungsunterlagen 2.0 heißt es: »Die Themenfelder haben einen Wiedererkennungswert zu der inhaltlichen Ausrichtung des am 01.01.2017 in Kraft getretenen Begutachtungsinstruments.«⁹⁷

Für uns als Außenstehende stellt sich dann aber die Frage: Warum hat man sich bei der Reihenfolge nicht geeinigt, sondern nur einen »Wiedererkennungswert« geschaffen? Weil keiner der Zuständigen nachgeben wollte? Einen plausiblen Grund kann keine der Parteien liefern, für mich sind das nur halbherzige Erklärungsversuche. Eine einheitliche Struktur in QI, QA, Dokumentation und BI würde allen Durchführenden das Leben leichter machen. Hätte man die sechs Module der Pflegebedürftigkeit als Grundlage genommen und dann noch angefügt, was in den anderen Bereichen hinzugehört, hätte man nicht einmal das Gesetz ändern müssen.

⁹⁶ Wingenfeld et al. 2018, S. 20

⁹⁷ Schulungsunterlagen 2.0, 2017, S. 27

Literatur

- AG Technischer Implementierungsleitfaden (2017): Anforderungsprofil für die Abbildung des Strukturmodells in Dokumentationssystemen. Version 1.4.
- Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) SGB 11. Zuletzt geändert durch Artikel 1 vom 17. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2587)
- Büscher A et al. (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht Osnabrück/Bielefeld, 20. August 2018.
- Der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege & EinSTEP (2017): Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten, stationären und teilstationären Langzeitpflege. Version 2.0 von Oktober 2017. Berlin.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung, Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung, Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2014): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, 1. Aktualisierung. Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2015): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. 1. Aktualisierung. Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2015): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2017): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, 1. Aktualisierung. Osnabrück.

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2017): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung. Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2018): Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Osnabrück.
- GKV & MDS (2017): Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 15.04.2016, geändert durch Beschluss vom 31.03.2017
- GKV & MDS (2018): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und der Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege vom 17. Dezember 2018. Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege (QPR vollstationär).
- König J (2017): Was die PDL wissen muss. 7., aktualisierte Auflage. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- König J (2018): Dokumentationswahnsinn in der Pflege – es geht auch anders. 3., aktualisierte Auflage. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- MDS (o.J.): Das Neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung. Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. Im Internet: <https://www.mds-ev.de/themen/pflegebeduerftigkeit-und-pflegebegutachtung/das-neue-begutachtungsinstrument.html>
- Roes M (2014): »Pflgewissenschaftliche Einordnung Strukturmodell/SIS®/ Risikomatrix« Veranstaltungsreihe der BAFGW Katholische Akademie, Kardinal Wendel Haus, 29. September 2014
- Wingenfeld K et al. (2017): Entwicklung, der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege. Zweiter Zwischenbericht: Definition zentraler Konzeptbausteine, Bielefeld/Göttingen 15. September 2017

Wingefeld K et al. (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114ff. SGB XI und die Darstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege. Abschlussbericht: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung. Bielefeld/Göttingen, 3. September 2018

Register

- Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) 13, 25
- Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens (AEDL) 13
- Aushandlungsprozess 30
- Ausschlussbewohner 192

- Begutachtungsinstrument (BI) 61
- BI-Modul 1
 - Punktwerte 67
- BI-Modul 2 69
 - Punktwerte 70
- BI-Modul 3 72
 - Punktwerte 74
- BI-Modul 4 76
 - Punktwerte 78
- BI-Modul 5 82
 - Punktwerte 85
- BI-Modul 6 86
 - Punktwerte 87

- Datenauswertungsstelle 11, 169, 172, 192
- Dokumentation
 - elektronische 174
- Durchführungsnachweise 54

- Entbürokratisierung 19
- Ereignis
 - Prozessschritte 42
- Ergebnisqualität 170
- Erhebungsreports 172

- Ernährungssituation
 - Screenings 136
- Evaluation
 - Maßnahmenplanung 46
 - Zeitraum 44
- Evaluationskreis
 - großer 44
 - kleiner 44
- Expertenstandard
 - Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz 150
 - Dekubitusprophylaxe in der Pflege 97
 - Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege 132
 - Förderung der Harnkontinenz in der Pflege 119
 - Pflege von Menschen mit chronischen Wunden 144
 - Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen 103
 - Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen 125
 - Sturzprophylaxe in der Pflege 108
- Expertenstandards 91
 - Risikoeinschätzung 97
 - Ziele 92

- Fachgespräch 202
- Grundbedürfnisse
 - nach Henderson 14, 15
- Grundbotschaft 50
- Klient
 - Eigeneinschätzung 29
 - Persönlichkeitsrecht 29
 - Selbstbestimmung 29
 - Selbstständigkeit 61
- Leistungsnachweise 17, 47, 52
- Maßnahmenplan 48
 - Inhalte 48
- Maßnahmenplanung 45, 47
- MuG 171, 172
 - Variablen 174
- Pflegebedürftigkeit
 - Begriff 61
 - Einschätzung 68
- Pflegebegriff
 - verrichtungsbezogenen 15
- Pflegebericht 53, 56
 - Inhalte 58
- Pflegedokumentation 255
- Pflegemodelle 13
- Pflegeprozess 20, 21, 111
- Pflege- und Beziehungsprozess 19
- Pflegevisite 257
- Plausibilitätsprüfung 194, 208
- Problemlösungsprozess 113
- Prüfansatz
 - beratungsorientierter 200
- Prüfbogen A 201
- Prüfbogen B 201, 205
- Prüffragen
 - stationär 232
- Qualität
 - externe Erfassung 94
 - interne Erfassung 208
- Qualitätsaspekte 203
 - Allgemeine Beschreibung 208
 - ambulant 244
 - Bewertung 203, 208
 - Einwirkungsmöglichkeiten 205
 - Informationserfassung 208
 - Leitfragen 208
 - Plausibilitätsprüfung 208
 - Qualitätsaussage 208
- Qualitätsbereiche 172
 - ambulant 241
- Qualitätsdarstellungsvereinbarung 205
- Qualitätsindikatoren 63, 68, 167, 172
 - Vollerhebung 169
- Qualitätsprüfung 199
 - ambulant 239
 - Bewohnerauswahl 210
 - Kodierliste 202
 - Kreislauf ambulant 12
 - Kreislauf stationär 11

- Kreislauf Tagespflege 12
 - Prüffragen ambulant 246
 - Qualitätsaspekte 199
 - Qualitätsbereiche 211
 - qualitätsindikatoren-
gestützte 168
 - stationär 207
 - Stichprobe 202
 - Tagespflege 237
 - Zufallsauswahl 211
- Qualitätsprüfungs-
Richtlinien 199
- Risikofaktoren 33
- Risikomatrix 33
- ambulant 34
 - Kurzzeitpflege 33
 - (teil-)stationär 33
- RTL-Modell 14, 15
- Schmerzassessment 103
- SIS® 13, 16
- Aufbau 21
 - Eingangsfrage 22
 - Evaluation 45
 - Stammdaten 21
 - Themenfelder 25
- Stichprobenprüfungen 169
- Strukturmodell 19
- Anforderungen 60
 - Evaluation 43
 - Pflegeprozess 113
 - Risikoeinschätzung 95
- Themenfelder 35
- Verhaltensweisen und psychische
Problemlagen 72
- Verständigungsprozess 44

Jetzt zählt nur noch das Ergebnis!



Jutta König | Manuela Reiß

Qualitätsindikatoren und -aspekte für die Altenpflege

**Die neue Qualitätsprüfung kennen
und umsetzen**

200 Seiten, Softcover
ISBN 978-3-89993-997-2
€ 26,95

Auch als E-Book erhältlich

- Qualitätsindikatoren kennen und sicher umsetzen
- Praxisnahe Strategien rund um die neue Prüfung
- Hilfreiche Tipps zur neuen Art der Pflegedokumentation

»**Alles, was Sie zum Thema »Qualitätsindikatoren«
wissen müssen.**«

Jutta König

Änderungen vorbehalten.

buecher.schluetersche.de



pflegen-online.de

Vernetzen, aber nicht verheddern!

Ab November 2019 beginnen die neuen indikatorengestützten Qualitätsprüfungen. Damit ändert sich die gesamte Systematik der Prüfungen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Sie müssen mehr (und teilweise) neue Anforderungen erbringen.

Künftig geht es darum, das Begutachtungsinstrument, die Expertenstandards, das Strukturmodell (bzw. den SIS[®]-Teil) und die Qualitätsindikatoren miteinander zu vernetzen. Einfach ist das nicht, aber machbar!

Dieses Buch bringt Ordnung in die Vielfalt, zeigt Zusammenhänge, warnt vor Fallstricken und führt Schritt für Schritt zu einer perfekten Dokumentation. Dann stimmen auch Pflegegrade und das Ergebnis der Qualitätsprüfung!

schlütersche
macht Pflege leichter

Die Autorin

Jutta König ist Altenpflegerin, Pflegedienst- und Heimleitung, Wirtschaftsdiplom-Betriebswirtin Gesundheit (VWA), Sachverständige bei Sozialgerichten, Unternehmensberaterin und Dozentin.

ISBN 978-3-89993-987-3



9 783899 939873