

Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Christa Naaß SPD**
vom 19.08.2013

Qualitätskontrollen in der Pflege

Bei allen Besuchen in Pflegeeinrichtungen wird geklagt, dass der Aufwand für Qualitätshandbücher und für die Dokumentation enorm gestiegen ist und z. T. genauso viel Raum und Zeit einnimmt wie die Pflege am Menschen.

Bei gleichbleibendem Personalschlüssel sind die hohe Qualität der Pflege und auch die schriftliche Qualität nicht mehr zu bewerkstelligen.

Aufgrund des jetzt schon festzustellenden Personalmangels wird vermehrt auf osteuropäische Haushaltshilfen zurückgegriffen.

Bei häuslicher Pflege zahlen angeblich bei notwendig werdender häuslicher Beatmung die Kassen 30.000–35.000 Euro, in Pflegeheimen wird die Beatmung nicht als zusätzlicher Aufwand gewertet.

Ich frage die Staatsregierung:

1. Wie können aus Sicht der Staatsregierung
 - a) die ausufernde Dokumentation sowie
 - b) die Kontrolldichte in den Einrichtungen reduziert werden?
2. Gibt es im Hinblick auf die Kontrolldichte eine unterschiedliche Handhabung in den einzelnen Bezirken, und wenn ja, welche?
3. Gelten für die Beschäftigung von ausländischen Haushaltshilfen die gleichen Vorgaben im Hinblick auf das Arbeitszeitgesetz und die Bezahlung?
4. Welche Kontrollen finden bei der Beschäftigung von Haushaltshilfen aus anderen Ländern im Hinblick auf die Einhaltung von gesetzlichen Grundlagen und der Qualität ihrer Arbeit statt?
5. Wie ist die unterschiedliche Handhabung bei der Beatmung von Pflegebedürftigen und bei der Pflege in Pflegeeinrichtungen zu bewerten?

Antwort

**des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung,
Familie und Frauen**
vom 30.09.2013

Die Schriftliche Anfrage der Frau Abgeordneten Christa Naaß wird in Abstimmung mit dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit wie folgt beantwortet:

Zu 1. a):

Pflegeleistungen in der Altenpflege sind nach dem anerkannten Stand des Wissens zu erbringen. Dies ist in den §§ 112 ff. des Sozialgesetzbuchs XI (SGB XI) sowie in Art. 3 Abs. 2 Nr. 4 des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG) festgelegt. Hierzu gehört die nachvollziehbare Dokumentation der Leistungen. Die Pflegedokumentation ist in erster Linie ein Qualitätssicherungsinstrument, das sich aus den fachlichen Ansprüchen an eine gute Pflege ergibt. Es dient dem Schutz des Pflegebedürftigen ebenso wie den Pflegekräften.

Eine überbordende Pflegedokumentation jedoch bindet Ressourcen und ist zu vermeiden, sie darf nicht über ein für die Pflegeeinrichtung vertretbares, wirtschaftliches Maß hinausgehen. Es ist zu beachten, dass Dokumentation in diesem Sinne nicht die Aufstellung erbrachter Pflegeleistung und deren Abzeichnung bedeutet, sondern die nachvollziehbare an den Bewohnerbedürfnissen ausgerichtete Planung des Pflegeprozesses und deren regelmäßige Evaluation.

Bereits 2003 wurde ein „entbürokratisiertes Dokumentationssystem“ vom Sozialministerium entwickelt und veröffentlicht, um Mindestanforderungen an die inhaltliche Ausgestaltung der Pflegedokumentation zu definieren.

Die seit 1. Juli 2013 geltende Fassung des PflWoqG beinhaltet in Art. 3 Abs. 2 Nr. 8 eine Neuformulierung der Qualitätsanforderung zur Pflegedokumentation, anstatt der „Pflegeplanung“ soll künftig stärker der an „der Person des Pflegebedürftigen orientierte Pflegeprozess“ in den Vordergrund rücken. Dies eröffnet den Einrichtungen die Möglichkeit, die Anforderungen an die „klassische“ Pflegeplanung zu entbürokratisieren und Erleichterungen in der praktischen Handhabung der Dokumentationspflicht herbeizuführen.

In den Jahren 2012 und 2013 wurde ein Projekt mit Begleitung des Sozialministeriums und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen Bayern (MDK) zur „Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ durch die Fachstelle der Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht – (FQA) der Landeshauptstadt München in fünf Seniorenheimen in München durchgeführt. Dies zeigt auf, dass mit wenigen Formblättern eine

qualitativ gute Pflege und dennoch die Anforderungen der Prüfbehörden erfüllt werden können.

Entsprechend dem Gesprächsergebnis vom 9. Dezember 2011 im Sozialministerium mit Vertretern des MDK, der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern sowie der FQA wird von einer Mindestdokumentation von 5 Formblättern ausgegangen. Dabei handelt es sich um Stammblatt, Anamnese, Medikamentenblatt, Pflegeprozessblatt, Verlaufsbericht.

Das Sozialministerium hat nunmehr eine Studie ausgeschrieben, die den Dokumentationsbedarf aus pflegewissenschaftlicher, juristischer und pflegepraktischer Sicht ermitteln soll. Ergebnisse werden im Sommer 2014 erwartet.

Die „entbürokratisierte Pflegedokumentation“ wurde als wichtiges Thema von der Bundesregierung aufgegriffen und eine Ombudsfrau eingesetzt, mit der das Sozialministerium in fachlichem Austausch steht.

Zu 1. b):

Das Pflege- und Wohnqualitätsgesetz sieht vor, dass stationäre Pflegeeinrichtungen grundsätzlich mindestens einmal pro Jahr überprüft werden müssen (Art. 11 Abs. 4 Satz 1 PflWoqG).

Die FQA sind an diese klare gesetzliche Vorgabe, die der Qualitätssicherung dient, gebunden. Eine Verlängerung des Prüfintervalls ist gemäß Art. 11 Abs. 4 Satz 2 PflWoqG möglich, wenn auf andere Weise, z. B. durch einen Pflegequalitätstest des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder vergleichbarer Sachverständiger, der Nachweis hoher Ergebnisqualität erbracht wird.

Zu 2.:

Eine unterschiedliche Handhabung der Kontrolldichte in einzelnen Bezirken ist der Bayerischen Staatsregierung nicht bekannt.

Es wurde lediglich eine Regelung zum Abstand der Prüfungen von dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und der Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht – (FQA) von zwei Monaten vereinbart, nicht jedoch eine Abweichung von gesetzlich obligaten Überprüfungen.

Zu 3.:

Es wird davon ausgegangen, dass die Fragestellung auf die Beschäftigung ausländischer Pflegehilfen in Privathaushalten abzielt.

Hier haben die Privathaushalte als Arbeitgeber die allgemeinen (Schutz-)Rechte des Arbeits- und Arbeitsschutzrechts sowie die Vorschriften des Sozialversicherungs- und Steuerrechts zu beachten. Da es sich um (vom Pflegebedürftigen) selbst beschaffte Pflegehilfen nach § 37 SGB XI handelt, bestehen aus Sicht des SGB XI für die Vergütung keine Vorgaben.

Zu 4.:

Es wird davon ausgegangen, dass die Fragestellung auf die Beschäftigung ausländischer Pflegehilfen in Privathaushalten abzielt.

Es handelt sich dabei um selbst beschaffte Pflegehilfen, mit denen der Pflegebedürftige die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung selbst sicherstellt. Die Sicherstellung der notwendigen Pflege wird durch halbjährliche (Pflegestufe I oder II) bzw. vierteljährliche Beratungseinsätze (Pflegestufe III) zugelassener Pflegedienste überprüft. Die Kosten hierfür trägt die Pflegekasse.

Zu 5.:

Die Beatmungspflege als Teil der medizinischen Behandlungspflege wird im ambulanten bzw. im stationären Pflegebereich erbracht. Die Vergütung der von dem Anbieter erbrachten Leistungen erfolgt auf Grundlage unterschiedlicher gesetzlicher Regelungen und unterschiedlicher Vergütungsstrukturen.

Die Kosten medizinischer Behandlungspflege im ambulanten Bereich werden von den Krankenkassen als Leistung der häuslichen Krankenpflege nach den Voraussetzungen des § 37 SGB V in Verbindung mit der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege („Häusliche Krankenpflege-Richtlinie“) und dem der Richtlinie beigefügten Leistungsverzeichnis als Sachleistungen getragen. Die Vergütung für diese Leistungen erfolgt entweder im Rahmen der bestehenden Vergütungsvereinbarungen als Einzelleistungen oder bei intensivpflegerischen Leistungen über Ergänzungsvereinbarungen mit einer Vergütung in Form von Stundenätzen. Der Umfang der Leistung richtet sich dabei nach den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall.

Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen wurden bei Einführung der Sozialen Pflegeversicherung zunächst befristet und nach mehrfacher Verlängerung zum 01.04.2007 der Kostenträgerschaft den Pflegekassen zugewiesen. Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen grundsätzlich im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge für die vollstationäre Pflege. Allerdings kann in Pflegeheimen ausnahmsweise auch ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen.

Voraussetzung ist, dass ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Nach der „Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie“ ist eine Verordnung von medizinischer Behandlungspflege für Versicherte auch in Pflegeheimen zulässig, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist, insbesondere weil pflegefachliche Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 des Leistungsverzeichnisses am Tag und in der Nacht erforderlich ist. Mit den vollstationären Pflegeeinrichtungen, die diese besonderen Voraussetzungen ausnahmsweise erfüllen, schließen die Krankenkassen Verträge über häusliche Krankenpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen.