



Foto: Werner Krüper

QUALITÄTSINDIKATOREN

# *Die Probe* AUF S EXEMPEL

*Die neuen Qualitätsprüfungen ab November müssen gut vorbereitet sein. Eine Indikatoren-Pflegevisite kann helfen, die zu erfassenden Daten bereits jetzt auf Qualität und Vollständigkeit zu checken.*

TEXT: ANNEGRET MILLER

# Pflegemanagement

Im Rahmen des neuen Verfahrens zur Prüfung und Darstellung der Pflegequalität müssen künftig von jedem Bewohner 98 Indikatorenbezogene Daten ermittelt werden. Ausgenommen von der Erfassung sind Menschen mit Ausschlusskriterien, zum Beispiel Kurzzeitpflegegäste (siehe Info-Kasten). Geht man von einer Einrichtung mit einhundert Bewohnern aus, von denen acht aufgrund von Kurzzeitpflege, Krankenhausaufenthalt oder Sterbephase wegfallen, bleiben 92 Bewohner mit jeweils 98 Kriterien. Das summiert sich zu einem Datenpaket von rund 9.000 Kriterien. Kein unerheblicher Verwaltungsaufwand – zumal die Erfassung zwei Mal jährlich fällig wird, im Abstand von jeweils sechs Monaten.

39 dieser 98 Kriterien werden aus dem Begutachtungsinstrument (BI) übernommen (Module 1, 2, 4 und 6). Hinzu kommen 20 Kriterien zu Stammdaten, Krankenhausaufenthalten, Diagnosen und Bewusstseinszustand. Weitere 33 konzentrieren sich auf Dekubitus, Gewichtsverluste, Stürze, Gurte und Bettseitenteile sowie Schmerzen. Hinzu kommen Fragen zu Einzug und Integration. Bei Bewohnern, die bereits länger als sechs Monate in der Einrichtung leben, fallen zehn Kriterien weg, somit verbleiben 88.

Anschließend werden die ermittelten Daten an die Datenauswertungsstelle (DAS – zuständig ist das aQua-Institut in Göttingen) weitergeleitet. Ob und wann eine Datenschnittstelle zur DAS ausgebaut wird, um die Daten aus der eigenen EDV direkt weiterzuleiten zu können, ist noch unklar. Realistische Prognosen erwarten diese Möglichkeit bis 2021. Bisher fehlt es noch an einer genauen Beschreibung des Datensatzes und der Schnittstellen.

## Mit einer Pflegevisite auf den Prüfbesuch gut vorbereitet

Nach der Datenauswertung kommt der MDK zu einem Besuch im Pflegeheim vorbei. Er prüft stichprobenartig bei sechs Bewohnern die Plausibilität der Kriterien, das heißt, er prüft, ob die Angaben wahrheitsgemäß und korrekt erfolgten. Außerdem untersucht er die

Pflege von drei weiteren Bewohnern, wozu künftig auch Pflegebedürftige zählen können, die bislang ausgeschlossen waren, wie beispielsweise Bewohner in der Kurzzeitpflege.

Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen sollten jetzt die Gelegenheit nutzen, ihre Einrichtung mit einer Qualitätsindikatoren-Visite auf diese Prüfbesuche vorzubereiten. Hierfür sind zunächst die vorliegenden Dokumentationen auf ihre Vollständigkeit durchzusehen. Daten, die nicht valide sind oder möglicherweise gar nicht erst erhoben wurden, können noch erfasst werden. Außerdem sollte ein System entwickelt werden, um relevante Daten in der Pflegedokumentation deutlich zu kennzeichnen, damit sie leicht herauszufiltern sind.

Weiterhin sollten die Mitarbeitenden für das neue System sensibilisiert werden. Bei der Erfassung der Daten können ihnen Lern-Tools helfen. Idealerweise ermöglicht diese Erfassung gleichzeitig auch eine Auswertung der Pflegegrade, damit unnötige Doppelarbeiten vermieden werden. Es empfiehlt sich, bereits jetzt für jeden Wohnbereich eine „Probdatenerfassung“ anhand der Pflegedokumentation durchzuführen. Die dafür erforderliche siebenseitige Check-Liste steht zum Download zur Verfügung (siehe Info-Kasten auf der nächsten Seite).

## Tipps für die Erhebung der Kriterien

Nachfolgend werden die wichtigsten Punkte, die Sie für die Erfassung der einzelnen Kriterien wissen müssen, zusammengefasst.

**Kriterien 1 – 9:** Hier geht es um die allgemeinen Angaben zu Alter, Geschlecht und Pflegegrad. Zu prüfen ist insbesondere, ob die Angaben zum Pflegegrad aktuell sind.

**Kriterien 10 – 22:** Diese Kriterien betreffen gravierende Krankheitsereignisse mit erheblichen Auswirkungen auf die Selbstständigkeit des Bewohners. Tipp: Achten Sie auf die Plausibilität der Datumsangaben. Liegen diese

## Ausschlusskriterien

- Einzugsdatum < 14 Tage vor dem Stichtag
- Bewohner ist Kurzzeitpflegegast
- Bewohner befindet sich in der Sterbephase
- Bewohner ist seit mindestens 21 Tagen nicht in der Einrichtung (zum Beispiel Krankenhaus)

im Erhebungszeitraum? Stimmen sie mit der Dokumentation überein?

**Kriterium 23:** Eine invasive Beatmung liegt nur bei einer Beatmung durch eine Trachealkanüle vor.

**Kriterium 24:** Welche der folgenden charakteristischen Situationen (keine Ausnahmesituationen) beschreiben den Bewusstseinszustand des Bewohners am besten?

- *Wach:* ansprechbar, kann an Aktivitäten teilnehmen
- *Schläfrig:* ansprechbar, lässt sich gut wecken, wirkt aber müde (langsame Handlungen)
- *Somnolent:* sehr schläfrig, aufweckbar nur durch starke äußere Reize (zum Beispiel mehrfaches, lautes Ansprechen oder Rütteln an der Schulter)
- *Komatös:* durch äußere Reize nicht mehr zu wecken
- *Wachkoma:* nur bei Vorliegen einer ärztlichen Diagnose

Zur Einschätzung der genauen Situation des Pflegebedürftigen kann diese Fragestellung zukünftig in die Fallbesprechungen einfließen (dann bitte in den Protokollen festhalten).

**Kriterium 25:** Die neun Krankheitsbilder dürfen nur bei Vorliegen einer ärztlichen Diagnose angekreuzt wer- >>>





» den. Eindeutigkeit ist sehr wichtig. Einige EDV-Systeme basieren auf der „Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“, dies ist hier jedoch nicht erforderlich. Auch muss die Diagnose „Demenz“ nicht differenzierter gestellt werden.

**Kriterien 26 – 64:** Bitte sorgfältig prüfen, ob die selbst erhobenen Daten zum Begutachtungsinstrument noch aktuell sind. Das Manual bietet erklärende Hilfetexte zu den einzelnen Kriterien – bei guten EDV-Systemen oder -Tools sind diese hinterlegt.

**Kriterien 65 – 72:** Wurde in den letzten sechs Monaten kein Dekubitus (und auch keine reversible Hautrötung) festgestellt, kann direkt zu Frage 73 übergegangen werden. Wichtig ist eine aufmerksame Prüfung des Pflegeberichtes. Wurde ein Dekubitus Kategorie 2 festgestellt, so gab es in der Regel auch ein Wundprotokoll, das die erforderlichen Daten gut verfügbar macht. Achten sollte man auch auf jede im Pflegebericht erwähnte Hautrötung oder nicht fundierte Definitionen. Mitunter erfolgen fälschliche Eintragungen als Dekubitus, hier bedarf es einer guten Steuerung. Liegt eine Hautrötung vor, die auch nach dem Fingertest bleibt, sollte immer eine Absprache zwischen den Pflegeassistenten und der Pflegefachkraft erfolgen, damit die erforderlichen Maßnahmen sofort eingeleitet werden können und auch die Eintragungen korrekt erfolgen. Gerade auch die Erfassung des Hautzustandes nach einem Krankenhausaufenthalt ist durch die neuen Änderungen wichtiger denn je.

Da ein Dekubitus der Kategorie 1 meist im Pflegebericht festgehalten wird, sollte man bei EDV-gestützten

Systemen einen Filter zur Berichtsart einbauen, um die Information rasch wiederzufinden. Auch bei einer papiergestützten Dokumentation ist ein entsprechendes „Lesezeichen“ Pflicht.

Lag beim Bewohner ein Dekubitus 1 vor, so muss nur angegeben werden, ob dieser ein- oder mehrmals auftrat. Bei einem Dekubitus der Kategorie 2-4 müssen darüber hinaus auch dessen Entstehungsdatum und Ende sowie der Entstehungsort genannt werden.

Litt der Bewohner in den vergangenen sechs Monaten mehrmals unter Dekubitus, wähle man die beiden zeitlich letzten zum Ausfüllen des Fragebogens. Auch ein langwieriger Dekubitus, der beim Bewohner schon seit Jahren besteht, ist mit Datum und Entstehungsort anzugeben.

**Kriterien 73 – 76:** Möchte der Bewohner keine Angaben zu seinem Ernährungszustand machen, so ist dies in der Pflegedokumentation festzuhalten, ebenso wie gegebenenfalls die Einbeziehung von Angehörigen, Betreuer oder Arzt. Bezüglich des Wiegens sollte das Pflegeheim Handlungsrichtlinien für die Mitarbeiter entwickeln (Zeitpunkt, Kleidung, etc.). Frage 76 dient dazu, einen eventuellen Gewichtsverlust zu erklären beziehungsweise darauf hinzuweisen, dass der Bewohner keine Angaben zu diesen Punkten machen möchte. Dies erspart eine spätere Rückfrage von der DAS.

**Kriterien 77 – 78:** Nur Stürze während eines stationären Aufenthaltes spielen eine Rolle. Unerheblich sind solche, die sich während eines vorhergegangenen Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege ereignet haben oder in anderen Einrichtungen (z.B. Krankenhaus, Reha, etc.) erfolgten. Auch bei einem Sturz in der

## MEHR ZUM THEMA

**Das neue Indikatorenmodell zur Pflegequalität stellt Annegret Miller in einem gleichnamigen Vortrag auf dem Altenpflegekongress 2019 vor. Infos unter [www.ap-kongress.de](http://www.ap-kongress.de)**

Wohnung eines Angehörigen müssen die Folgen nicht vermerkt werden. Aufzuführen sind sie aber, wenn der Bewohner alleine spazieren ging und dabei stürzte.

Die Angaben zu Frakturen und Wunden, die einer ärztlichen Behandlung bedürfen, werden aus verschiedenen Quellen ermittelt: Sturzprotokoll, Krankenhausbericht sowie ärztliche Dokumentationen und Verordnungen. Man achte auf Abweichungen im Tagesablauf: Ergab sich ein erhöhter Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Mobilität oder bei Alltagsverrichtungen? Letzteres ist zum Beispiel der Fall, wenn ein Sturz die Motorik der oberen Gliedmaßen beeinträchtigte, sodass der Bewohner mehr Unterstützung etwa bei der Körperpflege benötigte. Ein erhöhter Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Mobilität liegt hingegen vor, wenn ein Sturz die Motorik der unteren Gliedmaßen beeinträchtigte, sodass der Bewohner beispielsweise Hilfe beim Gehen benötigt. Beides erschließt sich aus einer Dokumentation der angepassten Maßnahmenplanung.

**Kriterien 79 – 82:** Die Anwendung von Gurten und durchgängigen Bettseitenteilen wird für einen Zeitraum von vier Wochen vor dem Stichtag der Datenerfassung abgefragt. Relevant sind sämtliche Gurtanwendungen (zum Beispiel Segufix-Bettgurte, Sitzhosen-

## Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR)

*Die ab 1. November 2019 gültigen Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege (QPR vollstationär) können auf der Homepage des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de) unter dem Menüpunkt „Richtlinien/Publikationen“ heruntergeladen werden.*



Es empfiehlt sich, bereits jetzt für jeden Wohnbereich anhand der Pflegedokumentation eine „Probedatenerfassung“ durchzuführen.

gurte, aber auch Rollstuhl-Gurte, die der Pflegebedürftige selbstständig öffnen kann). Die Angaben müssen erfolgen, unabhängig davon, ob für die Maßnahme eine richterliche Genehmigung oder das Einverständnis des Betroffenen vorlag. Unterbrochene Bettseitenteile, die das Verlassen des Bettes nicht verhindern, bleiben außer Betracht. Das Gleiche gilt für geteilte Bettgitter, bei denen nur das obere Seitenteil im Einsatz ist.

**Kriterien 83 - 87:** Zunächst ist zu klären, ob bei dem Bewohner überhaupt eine Schmerzproblematik vorliegt, in deren Umgang er ärztlicher und/oder pflegerischer Unterstützung bedarf. Als „länger andauernd“ gelten Schmerzen, wenn der Bewohner sich immer wieder zu ihnen äußert beziehungsweise das Pflegepersonal sie an ihm beobachtet. Ebenso lassen die regelmäßige Einnahme von Schmerzmedikamenten oder die Anwendung schmerzlindernder Maßnahmen darauf schließen. Einmalig aufgetretene Schmerzen, etwa Kopfschmerzen am Tag der Erhebung, werden nicht berücksichtigt.

Eine bestehende Schmerzproblematik erfordert eine differenzierte Einschätzung, mindestens jedoch Angaben zur Lokalisation und Intensität. Der bloße Vermerk „stabile Schmerz-situation“ ist nicht aussagekräftig. Erwünscht sind Angaben zur Qualität, zu zeitlichen Verlaufsmustern, verstärkenden/lindernden Faktoren sowie zu den Auswirkungen auf das Alltagsleben.

**Kriterium 88:** Wurde der Bewohner bereits in der letzten Ergebniserfassung aufgenommen beziehungsweise lebt er schon länger als sechs Monate in der Einrichtung, ist dies zu vermerken und die nachfolgenden Kriterien entfallen.

**Kriterien 89 - 98:** Diese Kriterien erfassen vorherige Kurzzeitpflegeauf-

enthalte, Krankenhausbehandlungen und die Integration. Sie kommen nur dann in Betracht, wenn der Pflegebedürftige die Einrichtung innerhalb der letzten sechs Monate bezogen hat. Von besonderer Bedeutung ist, dass ein planvolles, zielgerichtetes Integrationsgespräch erfolgte, um ihm das Einleben in der neuen Einrichtung zu erleichtern. Idealerweise werden wichtige Bezugspersonen (Angehörige, Freunde, Vertraute, etc.) eingeladen. Gesprächsinhalte sind beispielsweise Wünsche des Pflegebedürftigen bezüglich der Tagesstruktur, der pflegerischen Versorgung und der sozialen Betreuung. Diese sind schriftlich festzuhalten, ebenso wie Absprachen über die Beibehaltung oder Veränderung der angebotenen Versorgung. Ins Protokoll gehört auch, wer am Gespräch teilgenommen hat. <<<



**Annegret Miller**  
ist Personal- und  
Unternehmensbera-  
terin der exzellenz  
Miller GmbH