

Welche Auswirkungen hat das Strukturmodell „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ auf die Qualitätsprüfungen nach §114 SGB XI?

KATRIN HAUSMANN,
MATTHIAS ERNST,
WOLFGANG SEGER

Katrin Hausmann ist Gutachterin im Geschäftsbereich Pflege sowie Pflegesachverständige und TQM-Auditorin beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen in Hannover

Matthias Ernst, B.A., M.A., ist Leiter des Geschäftsbereiches Pflege und TQM-Auditor beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen in Hannover

Prof. Dr. Wolfgang Seger ist Leitender Arzt und Stellvertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen in Hannover

Der Dokumentationsumfang in Pflegeeinrichtungen stand und steht wiederkehrend kritisch im Blickpunkt politischer, gesellschaftlicher und pflegfachlicher Diskussionen. Nach Erläuterung der Ursachen sowie der historischen Entwicklung dieses Diskurses werden Möglichkeiten, Grenzen und Chancen einer Effizienzsteigerung im Rahmen einer angestrebten Entbürokratisierung beschrieben. Durch eine rationale, sachgerechte und von Pflegefachkräften getragene Ausrichtung der Dokumentation soll deren Umsetzung in einem geänderten Strukturmodell gelingen.

Einleitung

In der politischen, gesellschaftlichen und pflegfachlichen Diskussionen über den aktuellen Zustand und die zukünftige Entwicklung der Pflegelandschaft in Deutschland nehmen die Bereiche Qualitätsprüfungen, die Pflegedokumentation und das Thema Entbürokratisierung einen sehr hohen Stellenwert ein. Neben den Diskussionen über die demographischen Herausforderungen in Bezug auf die künftige Entwicklung der Pflegebedürftigen, der Entwicklung der Demenzerkrankungen und des zu erwartenden Fachkräftemangels im Pflegebereich, wird über kaum einen Bereich so intensiv und kontrovers diskutiert, wie über den Umfang der „bürokratischen“ Pflegedokumentation (1).

In diesem Kontext wird der Medizinische Dienst der Krankenversicherung

(MDK) in seiner Rolle als ein durchführendes Organ der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsprüfungen nach § 114 des SGB XI immer wieder als ein Auslöser für die seit Jahren anwachsende Pflegedokumentationen bezeichnet.

Das Spannungsfeld einer notwendigen und gesetzlich normierten externen Qualitätssicherung in Verbindung mit einem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement und der politisch und gesellschaftlich geforderten Verbrauchertransparenz für den Bereich Pflege führte immer wieder zu kontroversen Diskussionen. Trotzdem benötigte es über ein Jahrzehnt mit mehreren Anläufen und Projekten, bis es zu einem nachhaltigen und institutionsübergreifenden Konsens zum Bürokratieabbau in der Pflege bzw. Pflegedokumentation kam.

Dieser Beitrag bewertet die Auswirkungen des neuen Strukturmodells zur

Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation auf den Bereich der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI und die damit verbundene Rolle der Medizinischen Dienste als Prüfinstanz.

1. Ausgangssituation/ retrospektiver Diskurs

Seit einigen Jahren wird insbesondere von den Pflegekräften in der stationären Altenpflege und in der ambulanten Pflege eine zunehmende Belastung durch eine immer umfangreichere Dokumentation beklagt. Dieser Eindruck wird von den Betroffenen und den Einrichtungsträgern als ein Ungleichgewicht von direkter Pflege am Bewohner oder Kunden im Verhältnis zu den gefühlten administrativen Dokumentationsaufwänden beschrieben (2). Aufgrund der Häufung dieser Aussagen, den bestehenden Schwierigkeiten in der Personalgewinnung für den Pflegebereich und der daraus folgenden Demotivation, hat die Politik diese Situationsbeschreibung als einen wichtigen Ansatzpunkt für einen möglichen Bürokratieabbau aufgegriffen und mit einem neuen Schwerpunkt auf die politische Agenda gesetzt.

Ergänzend wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass es im vergangenen Jahrzehnt bereits mehrere Projekte und Empfehlungen auf Bundes- und Länderebene zur Reduzierung der Pflegedokumentation und zum Bürokratieabbau in der Pflege gab. In ihrer Gesamtheit führten diese Projekte und Empfehlungen zu keinem messbaren Erfolg und es kam im Gegenteil zu einem weiteren Anstieg des Dokumentationsumfangs. Beispielhaft wird hier auf die Grundprinzipien und Leitlinien der Pflegedokumentation des niedersächsischen Landespflegeausschusses von 2004 (3), die Grundsatzstellungnahme „Pflegeprozess und Dokumentation“ des Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) von 2005 (4), das Projekt zur „Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland“ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) von 2006 (5) und das Projekt

„Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege (2004–2006)“ in Nordrhein-Westfalen verwiesen.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und FDP von 2009 (6) wurde für die 17. Legislaturperiode im Bereich Pflege eine kulturelle Veränderung zu einer sogenannten Kultur des Vertrauens als Zielstellung benannt. In diesem Kontext wurde auch die Reduzierung von bürokratischen Vorschriften angestrebt.

Im Kapitel 9.2 Pflege – Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wird das beschriebene Gefühl der Pflegekräfte aufgegriffen und mit folgender Formulierung in den Koalitionsvertrag aufgenommen:

„Wir werden die Rahmenbedingungen für Pflegenden und Leistungsanbieter konsequent überprüfen und entbürokratisieren, damit der eigentlichen Pflege am Menschen wieder mehr Zeit eingeräumt wird“.

Aus dieser Zielstellung heraus wurden durch die damalige Bundesregierung verschiedene Lebens- und Rechtsbereiche ausgewählt, in denen Projekte zur Ermittlung des bürokratischen Aufwandes und zur Identifizierung von Maßnahmen zur Bürokratieentlastung gestartet wurden. Ein Projekt konzentrierte sich auf den Bereich „Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig, chronisch krank oder akut schwer krank sind“. Obwohl dieses Projekt einen übergreifenden Ansatz beinhaltete und sich mit den gesamten Gesundheitssystemstrukturen auseinan-

dersetzte, wurden auch wichtige Punkte zur Reduzierung der Pflegedokumentation identifiziert und in die politische Diskussion eingeführt. Ferner erfolgte im Jahr 2011 unter dem damaligen Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr die Berufung einer sogenannten Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege. Im Rahmen ihrer Tätigkeit hatte die Stelleninhaberin Elisabeth Beikirch unter anderem die Aufgabe, Ideen und Vorschläge zur Reduktion von Bürokratieaufwänden in der Pflege zu entwickeln (7).

Ein Projektziel bezog sich in einem Teilbereich direkt auf die Untersuchung des Prozesses der Pflegedokumentation und sollte auch die Kosten und Zeitaufwände der Pflegedokumentation ermitteln (2).

Innerhalb des Projektes wurden umfangreiche Berechnungen zum Verfahren der Pflegedokumentation durchgeführt und der Erfüllungsaufwand für die Pflegedokumentation mit insgesamt 2,7 Milliarden Euro pro Jahr ermittelt. Zu berücksichtigen ist, dass das Erstellen der Leistungsnachweise mit 1,9 Milliarden Euro in dieser Berechnung enthalten ist. In Tabelle 1 aus dem Projektbericht sind die einzelnen Prozessschritte der Pflegedokumentationen mit ihren jeweiligen Kosten und Fallzahlen beispielhaft abgebildet.

Ergänzend zu den ermittelten Kosten wurden die Zeitaufwände für die aufgeführten Prozessschritte bei der Erstellung der Pflegedokumentation ermittelt. Beispielhaft wird in Tabelle 2 der Zeitaufwand bei der Ersteinrichtung einer Pflegedokumentation abgebildet.

Ausgehend von diesen Ergebnissen wurden im Projektbericht Empfehlungen zur Reduzierung der Dokumentations-

Tabelle 1: Pflegedokumentation – Fallzahl und Kosten der Lebenslage (2)

Prozessschritt	Fallzahl	Gesamtbelastung	
		in 1.000 EUR	in %
Einrichten der Pflegedokumentation	225.700	47.728	1,74
Ausfüllen der Leistungsnachweise	407.932.509	1.855.920	67,85
Meldungen zum Pflegebericht	407.932.500	290.092	10,60
Ergänzung des Pflegeberichts, ggf. Überarbeitung der Pflegeplanung	407.932.500	364.410	13,32
Nicht anlassbezogene Evaluierung der Pflegeplanung	4.649.520	121.306	4,43
Übermittlung der Leistungsnachweise	5.249.500	25.198	0,92
Archivierung der Unterlagen	13.573.500	29.316	1,07
Gesamtantragsverfahren (Pflegedokumentation)		2.735.490	100

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2013 (2)

aufwände in der Pflegedokumentation vorgeschlagen. Unter anderem sollte die Pflegedokumentation praxisrelevanter werden, Mehrfach- und Überdokumentationen vermieden und auf die wesentlichen Punkte beschränkt werden. Weiterhin wurde eine Reduktion der Bedeutung und Fokussierung auf die Pflegedokumentation bei der Durchführung der Qualitätsprüfungen vorgeschlagen.

Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse hatte die Bundesregierung die damalige Ombudsfrau, Beikirch, mit der weiteren Entwicklung von Handlungsempfehlungen zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation beauftragt. Die dem Projektbericht angefügte Stellungnahme der Ombudsfrau greift diesen Arbeitsauftrag auf und stellt erste Grundzüge und Handlungsempfehlungen für eine mögliche Umsetzung einer Entbürokratisierungsstrategie auf. Als Ursachen

In ihrer Stellungnahme gab die damalige Ombudsfrau erste Handlungsempfehlungen für die Umsetzung einer Entbürokratisierungsstrategie.

und Ansatzpunkte für eine Modellentwicklung werden beispielsweise das Argument der Rechtsicherheit, die Struktur des Pflegeprozesses, die Einbindung der Qualitätsprüfungen und die Implementierung der Expertenstandards genannt. Um die Praktikabilität dieser Vorschläge als Lösungsoption zu testen, wurde im Jahr 2013 das Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ als Projekt in fünf Bundesländern gestartet (39; 9). An diesem Modellvorhaben waren circa 60 ambulante und stationäre Einrichtungen beteiligt und das Projekt wurde von einem gemeinsamen Konsens aus Kostenträgern, Leistungserbringern, den Bundesländern und der Bundesregierung getragen. Die Projektförderung erfolgt durch das BMG und beteiligt waren unter anderem der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) und mehrere Bundesländer, darunter auch Niedersachsen (8; 10).

Bedingt durch den Regierungswechsel und den damit verbundenen Koaliti-

Tabelle 2: Einrichten der Pflegedokumentation, ggf. inkl. Rücksprache mit weiteren Stellen (2)

Aktivität	Vollstationäre Pflege	Tagespflege	Tagespflege Demenzkranke	Ambulanter Pflegedienst
	Min. pro Fall			
Sachbearbeitung	45,0	30,0	30,0	47,5
Interne Kommunikation	60,0	30,0	30,0	26,3
Externer Kontakt	82,5	60,0	60,0	62,5
Ausfüllen von Formularen	198,0	37,5	90,0	60,0
Gesamter Zeitaufwand	385,5	157,5	210	196,3

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2013 (2)

onsverhandlungen zwischen den neuen Koalitionspartnern CDU/CSU und SPD kam es zur Schaffung von veränderten Strukturen im BMG. Die Funktion der Ombudsfrau für die Entbürokratisierung in der Pflege wurde bei der Neustrukturierung des BMG nicht weitergeführt und mit dem Kabinettsbeschluss der Bundesregierung vom 08. Januar 2014 ein neues Amt in Form eines Pflegebevollmächtigten eingeführt. Die Funktion des Pflegebevollmächtigten wird in Personalunion mit dem Amt des Patientenbeauftragten seit 2014 durch Staatssekretär Karl-Josef Laumann wahrgenommen. Neben den Belangen der Pflegebedürftigen und der Angehörigen sind auch die Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und die Qualitätssicherung in der Pflege als wichtige Aufgabe des Amtes benannt (11).

Im aktuellen Koalitionsvertrag findet sich neben der Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die folgende Aussage zur Entbürokratisierung der Pflege.

„Dokumentationspflichten und Bürokratie müssen auf das Nötigste begrenzt werden“ (12).

Damit wird der Ansatz einer Entbürokratisierung der Pflegedokumentation politisch weiterhin unterstützt und als ein Faktor zur Aufwertung und Motivationsförderung des Pflegeberufsbildes genannt. Für das Land Niedersachsen wird dieser Ansatz im Koalitionsvertrag der zwischen SPD und Bündnis 90/Die Grünen ebenfalls aufgegriffen, mit den Qualitätsprüfungen und den Prüfbehörden thematisch verknüpft und in der nachfolgenden Textpassage benannt.

„Bürokratieabbau durch Überprüfung der Dokumentationspflichten und Bündelung bisher unabgestimmter und zersplitterter Aufsichtsaktivitäten. Dazu gehört auch die möglichst effiziente Ausrichtung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes weg von der Prozess- und Strukturanalyse hin zur Ergebnisqualität und deren transparenter Darstellung“ (13).

Unterstützt durch den bestehenden parteipolitischen Konsens zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation und auf Basis der vorliegenden Vorschläge zur Vereinfachung und Reduzierung der bestehenden Pflegedokumentation sowie der Ergebnisse aus dem Abschlussbericht zum Praxisprojekt wurde im Juni 2014 von den beteiligten Projektpartnern und weiteren Vertragspartnern nach § 113 SGB XI eine flächendeckende Umsetzung des Modellprojektes zur „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ beschlossen. Die Bedeutung dieses Beschlusses wurde durch eine Presseerklärung der Vereinbarungspartner und durch eine Einbindung der Prüfinstitutionen sowie den direkten Bezug zu den Qualitätsprüfungen unterstrichen (14).

In der Folge dieses Beschlusses erfolgte unter Federführung des BMG durch den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, zum 01.01.2015 die Einrichtung eines Projektbüros „Ein-Step“ (Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation) zur Umsetzung dieses Vorhabens. Die praktische Implementierung des Projektbüros wird durch das IGES Institut gemeinsam mit Elisabeth Beikirch sichergestellt und von den Mitgliedern des Lenkungsremiums

zum Projekt einhellig unterstützt. Im Lenkungsgremium sind neben den Vereinbarungspartnern gemäß § 113 SGB XI auch Vertreter der Medizinischen Dienste und der Bundesländer sowie der Heimaufsichtsbehörden eingebunden (15).

In dem Zeitraum zwischen Juni und Dezember 2014 wurde bis zur Einrichtung des Projektbüros eine erste Version des Strukturmodells (Version 1.0) entwickelt und veröffentlicht. Weiterhin erfolgte die Erarbeitung einer Implementierungsstrategie (IMPS) zur bundesweiten Einführung des Strukturmodells (16).

2. Pflegeversicherung und gesetzliche Grundlagen

Zur Unterstützung und teilweisen Absicherung des Risikos einer Pflegedürftigkeit wurde im Jahr 1995 die gesetzliche Pflegeversicherung als neuer und eigenständiger Sozialversicherungszweig eingeführt. Mit der Einführung dieser Versicherung konnte eine langjährige Diskussion über die Notwendigkeit einer sozialen Absicherung von Pflegedürftigkeit und deren strukturelle Ausgestaltung beendet werden. Im Gegensatz zur Krankenversicherung wurde für die Pflegeversicherung eine allgemeine Versicherungspflicht für die gesetzlich und privat versicherten Bürger eingeführt. Für die gesetzlich Versicherten ist dies die soziale Pflegeversicherung (SPV) und für die privat Versicherten die private Pflegeversicherung (PPV). Beide Versicherungszweige bilden zusammen die gesetzliche Pflegeversicherung (17; 18).

Neben der vorrangigen Einführung von Leistungen für die Versicherten bei einer bestehenden Pflegedürftigkeit, werden in der Pflegeversicherung und in dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) auch weitergehende Prinzipien und organisatorische Strukturen vereinbart. Beispielsweise sind die Träger der Pflegeversicherung die Pflegekassen, die der jeweiligen Krankenkasse zugeordnet sind. Die in den Krankenkassen vorhandenen Strukturen und Organe der Selbstverwaltung sind auch für diesen Sozialversicherungsbereich zuständig. Obwohl die Verwaltungsstrukturen der Krankenkassen genutzt werden, sind die Haushalte der Pflegekassen und die Verwendung der Finanzmittel aber strikt von den Finanzbudgets der Krankenkassen getrennt (17). Ein weiterer Auftrag der Pflegekassen ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Er-

kenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten. In diesem Aufgabenfeld sind auch die Weiterentwicklung der Qualität und der Qualitätssicherung enthalten. Diese Zielstellung wird über Versorgungsaufträge mit den Trägern von ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen gewährleistet. Mit der Einführung der Pflegeversicherung und dem SGB XI wurde der Begriff einer Pflegeeinrichtung für ambulante und stationäre Einrichtungen neu definiert und mit bestimmten Anforderungen im Sinne der §§ 71 und 72 SGB XI hinterlegt (17). Unter anderem ist festgelegt, dass sie unter ständiger Leitung einer ausgebildeten Pflegefachkraft stehen müssen. Weiterhin sind die Einrichtungen verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement als internes Qualitätssicherungsinstrument vorzuhalten und weiterzuentwickeln (17). Im § 113 SGB XI ist außerdem festgelegt, dass die beteiligten Institutionen der Selbstverwaltung gemeinsame und verbindliche Maßstäbe und Grundsätze (MuG) für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung des genannten einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vereinbaren müssen (vgl. SGB XI).

In diesen Dokumenten sind neben verschiedenen allgemeinen Grundsätzen auch die Ebenen der Qualität als Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität definiert. Im Bereich der Prozessqualität werden beispielsweise der Pflegeprozess und die damit verbundene Dokumentation als bedeutsame Inhalte benannt (19,20). Zusätzlich sind auch in der Struktur- und Ergebnisqualität weitere Hinweise zur Pflegedokumentation zu finden. Diese sind unter anderem die Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft für die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation und die nachvollziehbare Darstellung von Ergebnissen aus dem Pflegeprozess. Die wesentlichen Anforderungen an eine Pflegedokumentation werden aber in den Erläuterungen zur Prozessqualität definiert. Die Pflegedokumentation soll praxistauglich sein, sich am Pflegeprozess orientieren und diesen unterstützen. Sie soll eine transparente Nachvollziehbarkeit der Pflege und der Qualität ermöglichen, dient als Leistungsnachweis für den Leistungserbringer, sollte verhältnismäßig sein und in ihrem Aufwand nicht über ein wirtschaftlich vertretbares Maß hinaus gehen. Im ambulanten und im stationären Bereich sind in

der Pflegedokumentation auch Informationen zu Leistungen aufzunehmen, die aus pflegefachlicher Einschätzung zwar wünschenswert sind, aber von dem Versicherten bzw. dem Bewohner nicht in Anspruch genommen werden (19,20).

3. Rahmenbedingungen und Grundsätze einer Pflegedokumentation

Im § 113 SGB XI wird definiert, dass die Ausgestaltung der Pflegedokumentation und die Umsetzung innerhalb der internen Qualitätssicherung von den Vertragspartnern gemäß § 113 zu treffen sind. Generell trifft der Gesetzgeber keine verbindlichen Aussagen zum Umfang oder zum Inhalt einer zu erstellenden Pflegedokumentation. Als globale Anforderung werden beispielsweise nur die Praxistauglichkeit einer Pflegedokumentation und eine den Pflegeprozess unterstützenden Form gefordert. Zusätzlich soll eine Pflegedokumentation nicht über ein vertretbares und wirtschaftliches Maß hinausgehen (vgl. SGB XI 2014, § 113). Diese klaren Vorgaben entsprechen vollständig den formulierten Prinzipien im Strukturmodell, werden aber in der aktuellen Dokumentationspraxis nicht umgesetzt.

Der bestehende Ist-Zustand und das aktuelle Ausmaß der Pflegedokumentation haben sich vermutlich aus den verschiedenen internen und externen Anforderungen der involvierten Einrichtungen und der unterschiedlichen Prozessbeteiligten sowie den daraus erfolgten Interpretationen entwickelt (2).

Die Funktion und Inhalte der zu vereinbarenden Maßstäbe und Grundsätze als Umsetzungsinstrument der Vereinbarungspartner wurden bereits im vorherigen Kapitel ausführlich erläutert. Zur Bewertung und zur Beschreibung der Ist-Situation, die zur Forderung nach einem Bürokratieabbau und zur Entwicklung des aktuellen Modells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation geführt haben, ist es sinnvoll, noch einmal auf die wesentlichen Inhalte und Anforderungen an eine Pflegedokumentation einzugehen.

3.1 Anforderung und Aufgaben einer Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation stellt ein wichtiges Instrument zur transparenten Darstellung und zur Sicherung der Pflegequalität dar. Sie soll weiterhin als Kommuni-

kationsmittel innerhalb des Pflegeteams dienen und einen Leistungsnachweis für erbrachte Pflegeleistungen sicherstellen. In der Kommunikation mit Angehörigen und weiteren Prozessbeteiligten dient die Pflegeplanung weiterhin als Planungsinstrument und ermöglicht eine Steuerung innerhalb des Pflegeprozesses (14, S. 2). Gemäß den vereinbarten Maßstäben und Grundsätzen sind Einrichtungen nach dem SGB XI zur Erstellung und Führung einer Pflegedokumentation verpflichtet. Eine Pflegedokumentation soll auf Basis der durch die Vereinbarungspartner nach § 113 SGB XI beschlossenen Maßstäbe und Grundsätze folgende Schwerpunkte und Informationen beinhalten.

Bestandteile einer angemessenen Pflegedokumentation sind demzufolge die Stammdaten, eine Pflegeanamnese und eine Informationssammlung mit pflegerelevanten Biografiedaten, eine Pflegeplanung, ein Pflegebericht und ein Leistungsnachweis (19,20).

Diese Vorgaben für die Pflegedokumentation basieren auf dem Verständnis, dass der Pflegeprozess einen strukturierten Problemlösungsprozess und Interaktionsprozess darstellt, der durch eine professionelle Pflegefachkraft gesteuert und in der Pflegedokumentation dokumentiert wird. Voraussetzung für dieses Verständnis ist aber, dass der Pflegeprozess von den beteiligten Pflegekräften als Instrument zur Problemlösung und Beziehungsgestaltung verstanden wird und in der Einrichtung eine pflegewissenschaftliche Orientierung bzw. ein Pflegekonzept auf Basis einer pflegetheoretischen Theorie gelebt wird (3, 4).

Mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes im Jahr 1995 wurden die Strukturen des Pflegeprozesses und eine Dokumentation für die professionelle Pflege in Deutschland verbindlich eingeführt. Diese Grundsätze wurden 2003 im Bereich der Altenpflege übernommen und im Rahmen der Einführung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung als Bestandteil der Prozess- und Ergebnisqualität fortgeführt (4).

3.2 Situationsbeschreibung der Pflegedokumentation

Im Bereich der ambulanten und stationären Pflege werden von den betroffenen Pflegekräften eine zunehmende Bürokratisierung und eine immer aufwändigere Pflegedokumentation beschrieben. Diese Aufwände führen in der Wahrnehmung

der Pflegekräfte zu einem Missverhältnis zwischen der Pflege am Menschen und der Arbeit am Dokumentationssystem. Diese Entwicklung wurde durch verschiedene Ursachen und Interpretationen ausgelöst und in ihren jeweiligen Ausprägungen verstärkt. Als auslösende Faktoren wurden unter anderem Anforderungen des internen Qualitätsmanagements, der Ein-

In vielen Einrichtungen hat sich eine umfangreiche Dokumentationskultur entwickelt, die sich aus juristischen Begründungszusammenhängen nicht nachvollziehen lässt.

richtungsverantwortlichen, vermeintliche pflegewissenschaftliche Aspekte, juristische Erfordernisse oder Anforderungen der Prüfinstitutionen sowie Rechtsvorschriften oder leistungsrechtliche Aspekte als ursächliche Gründe identifiziert (21). Berücksichtigt werden muss in diesem Kontext, dass ein Teil der Aufwände die der Pflegedokumentation zugeschrieben werden, andere administrative Aufwände beinhaltet und diese häufig dem Bereich der Pflegedokumentation ohne eine differenzierte Bewertung zugeschrieben werden. Insgesamt ist der Aufwand für die Pflegedokumentation aber als zu hoch zu bewerten und sollte reduziert werden (2).

Im Zusammenhang mit dem in Deutschland verbreiteten 6-Phasenmodell zum Pflegeprozess und den in der ambulanten und stationären Pflege häufig genutzten ATL (Activities of Daily Living) Pflegemodell nach Roper, Logan und Tierney (1996) sowie dem Modell AEDL (Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens) nach Krohwinkel (1993), kam es zu einer strukturellen Anpassung der Pflegedokumentationen an diese Modelle. In vielen Fällen erfolgt auf Basis dieser Modelle eine kleinteilige Bearbeitung und Dokumentation von Pflegezielen und Maßnahmen für jeden ATL- oder AEDL-Bereich. Häufig resultiert daraus eine vollständige Bearbeitung dieser Bereiche unabhängig vom Vorliegen einer pflegfachlich eingeschätzten Problemlage. Diese Dokumentation wird dann im Sinne einer unreflektierten Ankreuzsystematik vollständig abgearbeitet und überdokumentiert. Zusätzlich werden Leistungsnachweise unter dem

Aspekt einer vermeintlichen Rechtssicherheit für jeden einzelnen Schritt in extremen Umfängen dokumentiert. Dies führt in der Praxis dazu, dass in einer Schicht hunderte Handzeichen geleistet werden müssen (5). Mit der Einführung und Implementierung der DNQP – Expertenstandards und den darin enthaltenen Hinweisen zur Nutzung von Assessments

und Risikoeinschätzungsskalen kam es in den letzten Jahren zu einer flächendeckenden und teilweise isolierten Anwendung von Assessments und Skalen, die zum Teil die pflegfachliche Erst-Einschätzung als Bewertungsinstrument in den Hintergrund verdrängte. In vielen Fällen wurden Ergebnisse aus diesen Instrumenten, trotz in-

dividueller pflegfachlicher Bewertung kritiklos übernommen und nicht mehr hinterfragt. Zusätzlich wurden die bestehenden Dokumentationssysteme mit immer weiteren Assessments und Einschätzungsinstrumenten ergänzt und ausgebaut (8, Anlage 5).

Ausgelöst durch einzelne Erfahrungen mit Schadensmeldungen und Regressversuchen (z.B. Anfragen von Pflegekassen bei Sturzereignissen) und vereinzelt Gerichtsurteilen hat sich in vielen Einrichtungen eine umfangreiche Dokumentationskultur zur Vermeidung von möglichen Regressansprüchen entwickelt, die sich aus juristischen Begründungszusammenhängen in dieser Form nicht nachvollziehen lässt. Diese Entwicklung wird durch erhebliche Ängste und Informationsdefizite im Pflegebereich ausgelöst. Aus Angst vor möglichen haftungsrechtlichen oder juristischen Konsequenzen gilt der Grundsatz, „Was nicht dokumentiert ist, ist nicht durchgeführt worden“. Diese Fehlentwicklung wird teilweise durch Einrichtungsverantwortliche wissentlich oder unwissentlich verstärkt und führt häufig zu einer Überdokumentation. Im Rahmen der Umsetzung des Strukturmodells wurden diese Ängste aufgegriffen und auf ein notwendiges Maß zurückgeführt (22, 8).

Diese Überdokumentation wird auch durch die sozialrechtlichen Anforderungen der Prüfinstanzen und die vermeintliche Auslegung durch die betroffenen Pflegekräfte verstärkt. In vielen Fällen wird zur Durchsetzung von internen QM-Systemen und Managementvorgaben auf angebliche Prüfungsinhalte

des MDK verwiesen. In anderen Fällen werden isoliert zu betrachtende Probleme und Empfehlungen, bei in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen, verallgemeinert und bei allen Bewohnern dokumentiert. Eine pflegfachliche Reflexion dieser Entscheidungen erfolgt in der Regel nicht und die Pflegedokumentation verliert ihren Sinn als fachliches Instrument (21, 8). Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Qualitätsprüfungen einen wichtigen Beitrag zu einer Verbesserung der Pflege- und Versorgungsqualität geleistet haben. Bedingt durch die Prüfkriterien wurden wichtige pflegerelevante Probleme und Risiken, wie beispielsweise der Umgang mit Medikamenten, die Ernährungs- und Flüssigkeitssituation von Pflegebedürftigen oder die Vermeidung von Druckgeschwüren, innerhalb des internen und

Trotz der angewandten unterschiedlichen Nachweisebenen haben die Qualitätsprüfungen immer noch den Ruf einer reinen Dokumentationsprüfung.

externen Qualitätsmanagements erfolgreich als zentrale Aufgabenbereiche und Arbeitsfelder fokussiert (23). Kritisch angemerkt werden muss jedoch, dass die Qualitätsprüfungen trotz der angewandten verschiedenen Nachweisebenen (Inaugenscheinnahmen, Auswertung der Pflegedokumentation, Auskunft von Mitarbeitern und Pflegebedürftigen) immer noch den Ruf einer reinen Dokumentationsprüfung haben. In der Kombination mit der Prüfsituation führt diese Sichtweise und die vermeintliche Erwartungshaltung der Prüfinstitution MDK in einem erheblichen Umfang zur Überdokumentation der Pflegedokumentation (5, 21, 8).

4. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI

Die Durchführung von Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen als externe Qualitätssicherungsmaßnahme wurde dem MDK mit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung als neue

Aufgabe übertragen. Seit dem Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) im Jahre 2012 beteiligt sich auch der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung mit 10 Prozent aller jährlich beauftragten Prüfaufträge an diesen Qualitätsprüfungen.

Die bereits angeführten Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung (MuG ambulant, MuG stationär, MuG teilstationär) dienen dabei als Grundlage für die Beurteilung der Pflege und wurden zwischen den Vertragspartnern vereinbart. Im Sinne des § 113 SGB XI sind dies die Bundesverbände der Kostenträger und die Bundesverbände der Leistungserbringer (24).

Neben den gesetzlichen Regelungen und Vorgaben der §§ 112 – 118 SGB XI und den genannten MuG's sind die wesentlichen Rahmenbedingungen in Form von Grundlagen und Aufgaben zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) definiert. Diese aktuellen Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) wurden unter Mitwirkung des

MDS und des Prüfdienstes der privaten Krankenversicherung im Jahr 2013 überarbeitet und beschlossen. Am 17. Januar wurden diese Richtlinien vom BMG mit Maßgaben genehmigt (25,26).

Im Rahmen der durchzuführenden Qualitätsprüfungen regeln die Richtlinien die Einhaltung von einheitlichen Prüfkriterien und sollen die Pflege- und Versorgungsqualität in den Pflegeeinrichtungen weiter verbessern und sichern. Die Qualitätsprüfungen wirken als externes Qualitätssicherungsinstrument und unterstützen mit den erzielten Ergebnissen das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement in der Verantwortung der jeweiligen Pflegeeinrichtung. Ausgelöst durch den beratungsorientierten Prüfansatz des MDK (vgl. § 112 SGB XI; § 114a SGB XI), der eine Kombination aus Prüfung, Empfehlung und Impulsberatung ist, können die erzielten Ergebnisse der einzelnen Qualitätsprüfungen einen Beitrag zur Verbesserung der Qualität in der Einrichtung leisten. Zusätzlich werden Hinweise auf mögliche Qualitätsverbesserungsmaßnahmen in den

geprüften Einrichtungen aufgezeigt. Diese Vorgehensweise soll die Stärken und Schwächen der geprüften Pflegeeinrichtungen darstellen und Hinweise auf Verbesserungspotentiale in der Qualität der durchgeführten Pflege geben (24,27).

4.1 Pflege-Transparenzvereinbarung stationär und ambulant

Mit den Festlegungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 und den Ergänzungen im PNG 2012 hat der Gesetzgeber im § 115 des SGB XI eine umfassende Forderung nach mehr Transparenz und einer Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen verbindlich definiert. Diese Vorgabe sollte den Wunsch der Öffentlichkeit nach nutzerorientierten Bewertungs- und vergleichbaren Auswahlkriterien für interessierte Verbraucher sicherstellen. Die Konkretisierung dieser Forderung wurde an die Spitzenverbände der Leistungserbringer und der Kostenträger auf der Bundesebene übertragen. Auf Basis dieser Vorgaben wurden zwei Pflege-Transparenzvereinbarungen über die Kriterien zur Veröffentlichung und zur Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI vereinbart. Die Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) wurde im Jahr 2008 abgeschlossen und 2013 überarbeitet. Für die im Jahr 2009 beschlossene Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) steht die Aktualisierung noch aus. Aufgrund der unterschiedlichen Interessenslagen und der zum Zeitpunkt der ersten Vereinbarung noch nicht vorhandenen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse zu validen Indikatoren für Pflege- und Lebensqualität, konnten diese Vereinbarungen nur ein erster Schritt zur Entwicklung einer transparenten Darstellung sein. Insbesondere die Darstellung und die Methodik der Bewertungssystematik (Notenveröffentlichung) stehen seit den ersten Vereinbarungen im Zentrum der Kritik. Obwohl allen Vereinbarungspartnern die Problematik und die eingeschränkte Verfügbarkeit von nationalen und internationalen Alternativen bekannt war und ist, kam und kommt es durch die erstmaligen Veröffentlichungen von vergleichbaren Qualitätsergebnissen in der Pflege zu kontroversen Auseinandersetzungen. Teilweise wurden gegen diese vereinbarte Benotungssystematik Gerichtsverfahren von einzelnen Einrichtungen und Trägern angestrengt, die beispielsweise bis zu einer Entscheidung des Bundesverfas-

sungsgerichtes führten. Dort wurde die Veröffentlichung der Noten als zulässig erklärt und gleichzeitig eine Weiterentwicklung angemahnt (28). Ein entsprechender Hinweis zu dieser Problematik wurde bereits im Vorwort der Vereinbarungen von 2008 und 2009 aufgenommen (14). Die Kritik an diesen Vereinbarungen und den damit verbundenen Notendarstellungen reißt aber weiterhin nicht ab und spiegelt die unterschiedlichen Interessenlagen der Vereinbarungspartner wider. Aufgrund dieser Entwicklung konnte die Überarbeitung der aktuellen PTVS nur durch eine Entscheidung der Schiedsstelle erreicht werden und stellt wie auch die vorherigen Vereinbarungen lediglich einen Minimal-Kompromiss zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern dar.

Trotz dieser kritischen Bewertungen und den immer wieder erhobenen Vorwürfen, dass die erzielten Ergebnisse zu großen Teilen auf der Auswertung von Pflegedokumentationen ohne die Berücksichtigung von Pflegebedürftigen basieren sollen, hat die Veröffentlichung von vergleichbaren Prüfungsergebnissen zu einem erheblichen Druck innerhalb der Pflegelandschaft geführt. Obwohl die Aussagekraft der dargestellten Pflegenoten aufgrund der methodisch und systematisch bedingten Schwierigkeiten in der Regel zu relativ guten bis sehr guten Ergebnissen führt, sollte die Bedeutung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen für die Einrichtungen und die Qualitätsentwicklung nicht immer wieder in Frage gestellt werden. Neben der positiven Entwicklung auf Qualitätsbereiche innerhalb der Einrichtung und für die Pflegebedürftigen hat der öffentliche Druck, der sich aus den Qualitätsprüfungen entwickelt hat, einen entscheidenden Anteil an der aktuellen Entwicklung der Pflegedokumentationen. Bedingt durch die öffentliche Wahrnehmung der Pflegenoten und der Anpassung von internen Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Sicherstellung von guten Qualitätsprüfungsergebnissen, ist es in den letzten Jahren zu einem bürokratischen Aufbau dieser Dokumentationen gekommen. In vielen Einrichtungen wurden diese Anpassungen als Anforderungen des MDK kommuniziert und teilweise auch zur Durchsetzung von internen Anforderungen genutzt. In einigen Einrichtungen umfassen Pflegedokumentationen inzwischen über 100 Seiten und es werden Inhalte dokumentiert, die nichts mehr mit den gesetzlichen Anforderungen der Qualitätsprüfungen zu

tun haben. Zusätzlich gehen auch die als Qualitätsprüfer tätigen Pflegekräfte davon aus, dass Pflegedokumentationen in diesen Umfängen nicht praxistauglich sind und von den Pflegekräften weder gelesen noch als Bestandteil des Pflegeprozesses genutzt werden. In anderen Bereichen werden Inhalte mehrfach oder doppelt dokumentiert und als Beispiel für eine vermeintlich gute Pflegequalität verstanden (21,29,30).

4.2 Struktur und Ablauf einer Qualitätsprüfung nach §114 SGB XI

Mit den seit 2011 flächendeckenden und regelmäßig einmal jährlich umgesetzten Qualitätsprüfungen hat sich auf Basis der beschriebenen Richtlinien eine routinierte Zusammenarbeit bei der Durchführung der Qualitätsprüfungen entwickelt. In der Mehrzahl der Einrichtungen wird die jährliche Regelprüfung in Niedersachsen als eine unterstützende und gesetzlich notwendige Maßnahme angesehen. Die Kommunikation innerhalb der Prüfsituationen erfolgt auf Basis eines beratungsorientierten Prüfansatzes auf Augenhöhe zwischen Einrichtungsmitarbeitern und den MDK-Gutachtern. Die Prüfteams bestehen in der Regel aus zwei Pflegefachkräften (verantwortlicher Hauptgutachter und Nebengutachter), die neben der Qualifikation als Interner TQM Auditor/TQM Auditor über unterschiedliche sozialmedizinische oder pflegefachliche Zusatzqualifikationen verfügen. Im stationären Bereich erfolgt weiterhin in vielen Fällen eine Begleitung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der nach heimrechtlichen Vorgaben zuständigen Aufsichtsbehörden (Heimaufsichten).

Gemäß dem Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen in Niedersachsen erfolgt die Prüfung als jährliche Regelprüfung. Bei stationären Einrichtungen erfolgt die Prüfung gemäß § 114a SGB XI unangemeldet und bei ambulanten Pflegediensten wird die Prüfung zur Sicherstellung der organisatorischen Abläufe und der pflegerischen Versorgung am Vortag bis 14.00 Uhr angemeldet. Die Sicherstellung der Versorgung der Bewohner oder der Kunden in den Pflegediensten ist grundsätzlich vorrangig und wird bei der Planung, Strukturierung und Durchführung der Prüfungen berücksichtigt. Da die Prüfungen in der Regel 1-2 Tage in der Einrichtung in Anspruch nehmen, werden die Struktur und der Ablauf der Prüfung im Einführungsgespräch mit den

Einrichtungsbeteiligten besprochen. Weiterhin wird eine vertrauensvolle Kommunikations- und Arbeitsbeziehung zu den beteiligten Mitarbeitern angestrebt (31).

Bezugnehmend auf die gesetzlichen Vorgaben des SGB XI, der begleitenden Maßstäbe und Grundsätze sowie der QPR erfolgt danach die Prüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der geprüften Einrichtung. Für die Prüfung der Prozess- und Ergebnisqualität werden gemäß den Vorgaben in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien und den Pflege-Transparenzvereinbarungen ambulant und stationär zwei unterschiedliche Stichproben der versorgten Pflegebedürftigen/Bewohner mit SGB XI Leistungen gezogen. In den stationären und teilstationären Einrichtungen werden unabhängig von der Einrichtungsgröße jeweils 3 Pflegebedürftige aus jeder Pflegestufe ausgewählt. Die Einrichtung wählt nach einem Zufallsprinzip eine Zahl zwischen 1 – 6 aus. Der MDK-Gutachter benutzt diese Angabe als Auswahlpunkt für seine weitere Zählweise innerhalb der einrichtungsseitig vorgelegten Liste der Pflegebedürftigen. Diese Liste ist nach Pflegestufen sortiert und der Prüfer entscheidet selbstständig, ob er am Anfang, in der Mitte oder am Ende beginnt und in welche Richtung er für die weitere Auswahl zählt. Für den ambulanten Bereich existiert bis zur Neufassung der ambulanten Prüfinhalte im Rahmen der PTVa noch eine andere Zufallsstichprobe zur Auswahl der einzubeziehenden Pflegebedürftigen. Hier werden abhängig von der zu versorgenden Anzahl der Pflegekunden mit einem Sachleistungsbezug nach § 36 SGB XI mindestens 5 bis maximal 15 Pflegekunden einbezogen. Diese Zahl basiert auf einer Zehnprozentstichprobe der Pflegebedürftigen. Bei Pflegediensten mit weniger als 50 Pflegekunden sind es mindestens 5 Versicherte und ab 150 Pflegekunden oder mehr maximal 15 Versicherte (25,26).

Unter Berücksichtigung der Vorschriften des § 114 SGB XI sind von allen ausgewählten einwilligungsfähigen Pflegebedürftigen oder bei einer bestehenden Nichteinwilligungsfähigkeit von deren vertretungsberechtigten Vertretern, eine schriftlich dokumentierte Einwilligung zur Einsichtnahme in die Pflegedokumentation, der Inaugenscheinnahme und der Befragung einzuholen. Diese Einwilligung beinhaltet unter anderem eine Aufklärung über die Inhalte und den Ablauf der Prüfung, eine Datenschutzerklärung zur Bearbeitung und zur Nutzung und

zur Weiterverarbeitung der persönlichen Daten sowie das Recht zur jederzeitigen Widerrufbarkeit der Einwilligung. Im ambulanten Bereich umfasst die Aufklärung und Einwilligung zusätzlich auch das Betreten der Privatwohnung (25,26,27).

Nach der erfolgten Einwilligung der ausgewählten Pflegebedürftigen erfolgt die Inaugenscheinnahme und die Prüfung der versichertenbezogenen Prozess- und Ergebnisqualität auf Basis der definierten Prüfinhalte der QPR und der PTVA bzw. PTVS. Zusätzlich wird in einem gesonderten Prüfungsteil die Struktur- und Prozessqualität der Einrichtungen durch den verantwortlichen Prüfer (Hauptgutachter) erhoben und in einigen Teilbereichen mit den Ergebnissen aus dem Teilbereich der versichertenbezogenen Erhebung verglichen. Prüfinhalte der einrichtungsbezogenen Struktur- und Prozessqualität sind beispielsweise die allgemeinen Pflegeleistungen, medizinische Behandlungspflege inklusive der nach § 37 SGB V erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie die soziale Betreuung und Betreuung im Sinne des § 87 SGB XI im stationären Bereich. Im ambulanten Bereich werden beispielsweise die Grundpflege, die hauswirtschaftliche Versorgung sowie die Leistungen, der nach § 37 SGB V erbrachten häuslichen Krankenpflege geprüft.

In allen Prüfungsbereichen sind auf Grundlage der PTVS die prüfungsrelevanten Informationsquellen und Nachweisebenen konkret definiert. Bei den einrichtungsbezogenen Kriterien sind dies die Auswertung der Dokumentation, die Beobachtungen während der Prüfung, Auskünfte und Informationen durch die Mitarbeiter sowie Auskünfte und Informationen der betroffenen Pflegebedürftigen. Als führende Informationsquellen sind schwerpunktmäßig die Auswertung der Dokumentation und die Beobachtungen in der Einrichtung genannt. Zusätzlich können zur endgültigen Bewertung von Kriterien bei Zweifeln die Angaben von Mitarbeitern oder Bewohnern genutzt werden.

Den Schwerpunkt der Prüfung stellt seit 2000 der Bereich der Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen dar. Hier sind nach § 114a SGB XI die nachfolgenden Informationsquellen und Nachweise zu nutzen. Dies sind die Inaugenscheinnahme, die Auswertung der Pflegedokumentation und zusätzlich die Auskünfte und Informationen der Einrichtungsmitarbeiter und der betroffenen Pflegebedürftigen. Diese Nachweisebenen sind für die beteiligten Prüfer

verbindlich und werden bei den einzelnen Prüfkriterien definiert. Die Auswertung der Pflegedokumentation soll in Anwesenheit eines Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung erfolgen und die organisatorischen Möglichkeiten der Einrichtungen berücksichtigen.

Ein weiterer Teil der Qualitätsprüfung besteht in der Erhebung einer Zufriedenheitsbefragung. Für diese Zufriedenheitsbefragung werden die auskunftsfähigen Bewohner/Pflegebedürftigen per Stichprobe befragt. Aufgrund der unterschiedlichen Vorgaben der PTVA und der PTVS erfolgen bei nicht auskunftsfähigen Pflegebedürftigen verschiedene Vorgehensweisen. Im stationären Bereich werden nur die auskunftsfähigen Bewohner der ausgewählten 9-Personenstichprobe befragt. Im ambulanten Bereich werden innerhalb der betroffenen Pflegestufe zusätzliche Teilnehmer für diese Befragung ausgewählt und nach dem Erhalt der schriftlichen Einwilligung befragt. Grundsätzlich sind alle Abweichungen von der Stichprobe im Prüfbericht zu vermerken und nachvollziehbar zu begründen.

Am Ende der Prüfung erfolgt das Abschlussgespräch mit den verantwortlichen Mitarbeitern der Einrichtung und allen weiteren Beteiligten. Im Abschlussgespräch werden die wichtigsten Ergebnisse und der erforderliche Handlungsbedarf bei den einzelnen Prüfkriterien erläutert und begründet. Üblicherweise werden diese Hinweise auch bereits im Rahmen der Impulsberatung mit den begleitenden Pflegefachkräften während der Prüfungsbegleitung besprochen. Zusätzlich werden Stärken und Schwächen der Einrichtung und mögliche Verbesserungspotentiale sowie Entwicklungsperspektiven aufgezeigt. Außerdem erfolgt die Einholung eines Feedbacks zum Prüfungsverlauf und Verhalten der Prüfer aus Sicht der Einrichtung, eine Information zum weiteren Verlauf des Verfahrens und die Bitte zur Teilnahme an der bundesweiten standardisierten und anonymisierten Kundenbefragung (31).

Die zweiteilige Kundenbefragung besteht aus einer freiwilligen EDV-gestützten Befragung direkt nach der Prüfung und einer zweiten Befragung nach dem Erhalt des Prüfberichtes. Diese Kundenbefragung stellt ein Instrument der internen Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen innerhalb der MDK-Gemeinschaft dar; soll die Akzeptanz und die Transpa-

renz der Qualitätsprüfungen erhöhen und basiert auf den Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen (QS-Ri QP) vom 06.05.2013 (32, 33).

Nach der Beendigung der Prüfungsphase in der jeweiligen Einrichtung erfolgt eine abschließende Bearbeitung des Prüfberichtes durch den Hauptprüfer und die Zusammenführung der Prüfungsergebnisse in einem anonymisierten Prüfbericht. Dieser Prüfbericht enthält die zusammengefassten Ergebnisse und die festgestellten Sachverhalte. Weiterhin beschreibt er die Empfehlungen der Prüfer zur Beseitigung von festgestellten Qualitätsdefiziten. Innerhalb von drei Wochen nach Durchführung der Prüfung wird der Prüfbericht an die Landesverbände der Pflegekassen, die betroffene Pflegeeinrichtung, die nach Landesrecht zuständige Aufsichtsbehörde (Heimaufsicht) und an den zuständigen Sozialhilfeträger versandt.

Das Strukturmodell beinhaltet eine vollständige Neuorientierung und Abkehr vom bisherigen Verständnis zur Pflegedokumentation.

Gleichzeitig werden auf Basis der PTVS und der PTVA bei stationären und ambulanten Einrichtungen die zur Veröffentlichung notwendigen Daten an die Daten-Clearing-Stelle (DCS) versandt. Bei teilstationären Einrichtungen erfolgt noch kein Versand und keine Veröffentlichung dieser Daten, da noch keine Pflege-Transparenzvereinbarung abgeschlossen wurde.

5. Strukturmodell zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation

Die Entwicklung und Umsetzung des Strukturmodells basiert auf dem Verständnis, dass für eine Veränderung der aktuellen Ist-Situation eine nachhaltige Veränderung des bestehenden Verständnisses zur Erstellung einer Pflegedokumentation notwendig ist. Dieser Paradigmenwechsel beinhaltet eine vollständige Neuorientierung und Abkehr vom bisherigen Verständnis zur Pflegedokumentation sowie die Herstellung eines bundesweit übergreifenden Konsens zwischen den beteiligten Institutionen (10,8).

Im Mittelpunkt des Strukturmodells steht die Rückbesinnung auf den perso-

nenzentrierten Ansatz bzw. die konsequente Orientierung an der Perspektive des Pflegebedürftigen. Erst danach erfolgt die Verknüpfung mit der pflegefachlichen Perspektive und die Neufokussierung auf die Fachkompetenz der Pflegefachkräfte. Diese Vorgehensweise wird mit der Entscheidung verbunden, das Strukturmodell und den Pflegeprozess am 4-Phasen Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu orientieren. Auf andere in der ambulanten und stationären Langzeitpflege in Deutschland etablierte Modelle wurde bei der Entwicklung des Strukturmodells bewusst verzichtet, um einen vollständigen Paradigmenwechsel zu ermöglichen (8).

Mit diesen Grundprinzipien wird die Konsensbildung zwischen den Wünschen des Pflegebedürftigen und der Pflegefachlichkeit der beteiligten Pflegefachkräfte an den Anfang des Pflegeprozesses gestellt und gleichzeitig eine Begrenzung der Dokumentation des Pflegeprozesses auf die wesentlichen Inhalte erreicht. Die Konzentration auf das Strukturmodell mit insgesamt vier Elementen und der darin integrierten strukturierten Informationssammlung (SIS) als unveränderlicher Bestandteil bietet den beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen die Chance zu einem Neustart mit der Pflegedokumentation. Aus diesem Grund wurde auch ausdrücklich auf die Vorgabe einer Musterdokumentation verzichtet. Somit ist sichergestellt, dass das Strukturmodell unabhängig von bestehenden individuellen Versorgungsstrukturen genutzt werden kann. Voraussetzung ist allerdings, dass sich die Einrichtung auf die qualifizierte Personenzentrierung und Perspektive des Pflegebedürftigen einlässt und die Erstellung der SIS durch eine qualifizierte und geschulte Pflegefachkraft erfolgt (34).

5.1 Grundprinzipien des Strukturmodells

Mit dem Strukturmodell wird der Pflegeprozess in vier Phasen aufgeteilt. Diese vier Elemente bilden alle wesentlichen Faktoren eines umfassenden Pflegeprozesses ab. Dieser Regelkreis wird in der nachfolgenden Abbildung aus den Schulungsunterlagen deutlich.

Im Einzelnen ist dies die strukturierte Informationssammlung als Einstieg in den Pflegeprozess mit einem grundsätzlichen personenorientierten Ansatz und der Konzentration auf die Wünsche und speziellen Bedürfnisse der Betroffenen.

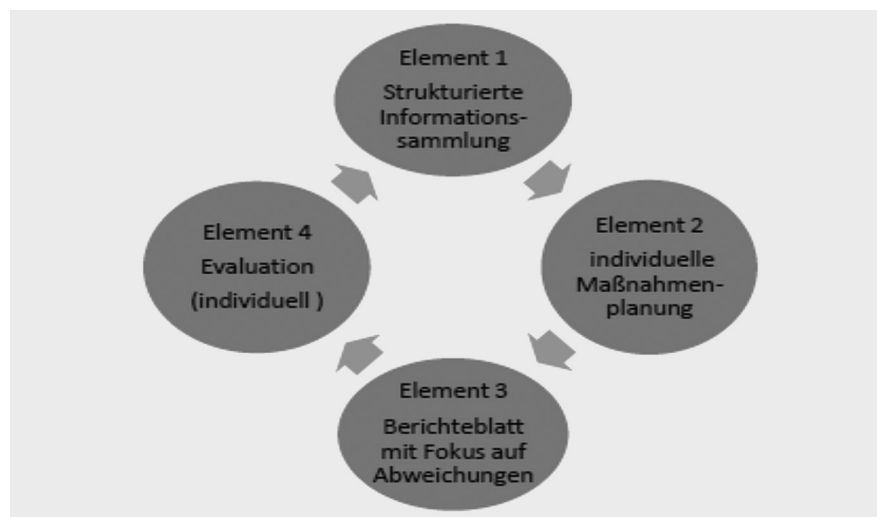
Weitere Bestandteile der SIS sind die sechs Themenfelder zur fachlichen Einschätzung des Hilfebedarfs des Betroffenen und die Verschränkung der individuellen Perspektive des Pflegebedürftigen mit der pflegefachlichen Perspektive. Diese Informationen werden mit einer Matrix zum Umgang mit pflegerelevanten Risiken und Phänomenen verknüpft, aus pflegefachlicher Sicht bewertet und ermöglichen eine Verbindung mit den Expertenstandards des DNQP. Diese sechs Themenfelder orientieren sich an der Logik des Neuen Begutachtungsinstrumentes (NBA) und beziehen sich auf die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, die Mobilität und Beweglichkeit, die krankheitsbezogenen Anforderungen und Belastungen, die Selbstversorgung und das Leben in sozialen Beziehungen. Im stationären Bereich wird noch das Themenfeld Wohnen und Häuslichkeit berücksichtigt und im ambulanten Bereich die Haushaltsführung (8,35).

Das zweite Element beinhaltet die individuelle Maßnahmenplanung, die sich an den Informationen und Erkenntnissen aus der SIS orientiert. Bei dieser Maßnahmenplanung haben die Einrichtungen die Möglichkeit, eine individuelle und einrichtungsbezogene Version zu erarbeiten, die ihrem jeweiligen Pflegekonzept entspricht. Die Maßnahmenplanung ersetzt die bekannte Pflegeplanung und orientiert sich an einem umfassenderen Ansatz, da alle Themenbereiche aus der SIS einbezogen werden. Abhängig vom stationären oder ambulanten Setting orientiert sich die Maßnahmenplanung an

der vereinbarten Tagesstruktur oder an den Leistungskomplexen (35).

Die dritte Ebene umfasst das Berichtsbild und konzentriert sich auf die Dokumentation von Abweichungen. Auf das Dokumentieren von Einzelnachweisen und Routinehandlungen wird mit der Anwendung und Implementierung des Strukturmodells verzichtet. Damit wird die immer wieder beklagte Doppel- oder Überdokumentation verhindert und dies führt zu einer deutlichen Reduzierung des Dokumentationsaufwandes und im weiteren Verlauf zu einer Entlastung der Pflegekräfte. Sinnvoll ist in diesem Kontext, dass im Berichtsbild alle an der Pflege- und Betreuung beteiligten Personen ihre Einträge vornehmen können. Hier ist zu beachten, dass die SIS immer von einer Pflegefachkraft erstellt werden muss. Damit erhält die Pflegedokumentation auch ihre ursprüngliche Funktion als Informationsinstrument zurück und wird ein alltagstaugliches Instrument im Pflegeprozess (4,14). Aus begründeten fachlichen, leistungsrechtlichen und juristischen Aspekten müssen bestimmte Informationen aber weiterhin dokumentiert werden. Dies sind beispielsweise Leistungsnachweise für ärztlich verordnete Behandlungspflege, für zusätzlichen Betreuungsleistungen und für Bewegungspläne bei einem bestehenden Dekubitusrisiko. Die Auslegung dieser Punkte durch die juristische Expertengruppe und die Reduzierung und Konzentration auf die wesentlichen juristischen Aspekte, die in der sogenannten „Kasseler Erklärung“ erarbeitet wurde, stellt innerhalb des Projektes zur Umsetzung Strukturmodells bereits heute ein wichtiges Ergebnis dar (22,35).

Abbildung 1: Die vier Elemente des Strukturmodells im Kontext des Pflegeprozesses (35)



Quelle: Projektbüro Ein-STEP (35)

Die vierte Ebene bezieht sich auf die Evaluation des Pflegeprozesses und die Berücksichtigung der Informationen aus den Ebenen zwei (Maßnahmenplanung) und drei (Berichteblatt). Für diese Evaluation gibt es keine festen zeitlichen Vorgaben durch das Strukturmodell. Die dynamische Evaluation ist durch die jeweilige Einrichtung auf Basis der vorliegenden Informationen im Berichteblatt mit dem Fokus auf die dokumentierten Abweichungen zu setzen. Weiterhin sollten Evaluationstermine aus den in der Risikomatrix definierten Risikoeinschätzungen und der pflegfachlichen Bewertung heraus erfolgen. Dies gilt auch bei unklaren Ausgangslagen, beispielsweise bei Neuaufnahmen oder nicht abschließbaren Konsensfindungen zwischen dem Pflegebedürftigen und den professionellen Pflegefachkräften (35,10).

5.2 Umsetzung des Strukturmodells – Implementierungsstrategie (IMPS)

Das vorliegende Strukturmodell wurde nach dem erfolgreich durchgeführten Praxistest in 2013/2014 vom BMG und vom Lenkungsgremium des Projektes „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ ausdrücklich als praxistauglich eingestuft und zur bundesweiten Umsetzung empfohlen. Zu diesem Zweck wurde durch die Ombudsfrau Frau Beikirch und dem Pflegebevollmächtigten Herrn Laumann in Zusammenarbeit mit den Projektteilnehmern eine Implementierungsstrategie (IMPS) entwickelt. Dieses Konzept bezieht auch die Prüfinstanzen und die Bundesländer in die Umsetzungsstrategie mit ein. Die Einführung des Modells wird durch das Projektbüro „Ein-STEP“ koordiniert und soll in dem 2-jährigen Projektzeitraum mit Beginn am 01.01.2015 in mindestens 25 Prozent aller ambulanten und stationären Einrichtungen umgesetzt werden. Die praktische Umsetzung des Strukturmodells erfolgt durch die bundesweite Schulung von Multiplikatoren und der Bereitstellung von Schulungsunterlagen sowie weiterer logistischer und organisatorischer Unterstützung in Zusammenarbeit mit dem bpa und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege.

Die MDK-Gemeinschaft unterstützt und begleitet die Implementierung des Projektes konstruktiv im Rahmen der Qualitätsprüfungen. Unter Beteiligung der Sozialmedizinischen Expertengruppe Pflege (SEG 2) wurde eine Handlungsanleitung für den Umgang mit dem Struk-

turmodell im Kontext mit den Qualitätsprüfungen entwickelt. Zusätzlich wurden unter Beteiligung des Projektbüros bundesweit eigene Multiplikatoren zur Schulung aller Gutachter, die in der Durchführung von Qualitätsprüfungen tätig sind, geschult. Außerdem wurde den weiteren Prüfinstanzen eine Teilnahme an den bundesweiten MDK-Schulungen angeboten. Diese Schulungen dienen der Information der Gutachter aller MDK und sollen die Umsetzung des Strukturmodells auch bei der Durchführung der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI positiv unterstützen und begleiten. Weiterhin wird mit dieser Vorgehensweise ein Signal an die Einrichtungen gesetzt, dass die Umstellung des Dokumentationssystems auch vom MDK in den Qualitätsprüfungen akzeptiert wird (14).

6. Auswirkungen des Strukturmodells auf die Qualitätsprüfungen nach §114 SGB XI

Die Durchführungen von Qualitätsprüfungen erfolgt durch den MDK unter Berücksichtigung der gesetzlich definierten Vorgaben im SGB XI, den aktuellen Maßstäben und Grundsätzen und der Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) sowie den integrierten Pflege-Transparenzvereinbarungen. Im Mittelpunkt der Prüfung steht die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen. Die Prüfungen bilden den Schwerpunkt der externen Qualitätssicherung im Zusammenspiel mit dem einrichtungsseitigen internen Qualitätsmanagement. Die Qualitätsprüfungen erfolgen mit einem beratungsorientierten Prüfansatz und basieren auf einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit (25,26). Die Prüfinhalte und der Umfang der jeweiligen Prüfung erfolgen anhand des Erhebungsbogens und der zugehörigen Ausfüllanleitung und sind unabhängig vom jeweiligen genutzten Dokumentationssystem der Einrichtung möglich.

Die Aufgabe des MDK besteht in der Überprüfung, ob die definierten Prüfkriterien in der QPR von der zu prüfenden Einrichtung erfüllt werden oder nicht. In diesem Kontext ist es für die erfolgreiche Durchführung der Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI grundsätzlich unerheblich, welches Pflegemodell von der Einrichtung angewandt wird. Die Anwendung des Strukturmodells muss unter Berücksichtigung der definierten Anforderungen aus den Schulungsunterlagen (Version 1.0) und der

Handlungsanleitung (Version 1.1) erfolgen. Wenn die darin genannten Rahmenvorgaben des Strukturmodells und die integrierte strukturierte Informationssammlung (SIS) unverändert und korrekt umgesetzt werden, ist ebenfalls eine erfolgreiche Umsetzung der Qualitätsprüfungen möglich (36).

Da alle MDK-Gutachter im Rahmen ihrer Tätigkeit als Qualitätsprüfer über das Strukturmodell informiert sind und entsprechend geschult wurden, können die Qualitätsprüfungen in Einrichtungen ohne Anwendung des Strukturmodells, in den Einrichtungen mit erfolgreicher Umsetzung des Strukturmodells und bei Einrichtungen in der Umstellungsphase durchgeführt werden. Im Kontext der Qualitätsprüfungen werden die ausgewählten Pflegedürftigen gemäß dem Erhebungsbogen zur Prozess- und Ergebnisqualität einzeln geprüft, so dass durch den Gutachter immer eine Prüfung auf Basis der jeweiligen Dokumentationsform (normale Pflegedokumentation oder Strukturmodell) möglich ist (37).

Grundsätzlich besteht in der MDK-Gemeinschaft die Überzeugung, dass die Implementierung des Strukturmodells eine ausreichende Grundlage für die Qualitätsprüfung darstellt und eine qualitätsgesicherte Reduzierung der Dokumentation ermöglicht. Diese Aussage wurde in der gemeinsamen Pressemeldung zum Start des Entbürokratisierungsprojektes im Januar 2015 vom Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) Peter Pick noch einmal bestätigt.

„Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) tragen die Einführung des Strukturmodells voll mit. Die vereinfachte Pflegedokumentation ist eine ausreichende Grundlage für die Durchführung der Qualitätsprüfung. Mehr Dokumentation brauchen die Prüfer nicht“ (14).

Die Kompatibilität der Ergebnisse aus dem Praxisprojekt zur Anwendung des Strukturmodells mit den Vorgaben der Qualitätsprüfungen wurde bereits mit dem Beschluss der Vereinbarungspartner gemäß § 113 SGB XI am 03.07.2014 festgestellt und hat die Akzeptanz für die Umsetzung bei allen Beteiligten positiv beeinflusst. Insbesondere die Rückbesinnung auf die Pflegefachlichkeit und die Steuerung des Pflegeprozesses als Aufgabe für die Pflegefachkräfte ermöglicht einen Paradigmenwechsel für die professionelle Pflege, der

auch von den Gutachtern der MDK-Gemeinschaft begrüßt wird. Diese Entwicklung wirkt sich direkt auf die, als Prüfer tätigen, MDK-Gutachter aus. In der Vergangenheit wurde gerade dieser Konflikt, sich in diesem Spannungsfeld zwischen den Erwartungshaltungen der Einrichtungen/der Betroffenen und dem gesetzlichen Prüfungsanspruch bewegen zu müssen, von den Prüfern als große Belastung genannt. Zusätzlich werden sie in den Prüfsituationen immer wieder mit der Kritik an den gesetzlichen Rahmenbedingungen konfrontiert (38). Die pflegefachliche Einschätzung der Pflegefachkräfte und die Akzeptanz für die personenzentrierte Sichtweise, bilden die Grundlage und Chance für eine Neuausrichtung der Pflegedokumentation. Die Pflegekräfte dokumentieren nicht mehr für den MDK als Prüfinstanz, sondern nutzen die Pflegedokumentation wieder als ihr Instrument für einen qualitätsgesicherten Pflegeprozess. In Einrichtungen, die das Strukturmodell bereits umgesetzt haben, ist eine veränderte Kommunikation in der Prüfsituation erkennbar. Dort findet eine deutlich verbesserte pflegefachliche und kollegiale Kommunikation auf Augenhöhe statt und es ist für die Prüfer bemerkbar, dass die Akzeptanz und Sinnhaftigkeit der Pflegedokumentation als Kommunikationsinstrument wieder hergestellt ist. Zusätzlich erfolgt eine Konzentration auf die wesentlichen Aspekte des Pflegepro-

zesses, die sich am Alltag der Betroffenen und der Pflegekräfte orientiert. In diesem Kontext haben auch die MDK-Prüfer die Möglichkeit, sich wieder mehr auf ihre Beratungskompetenz und pflegefachliche Diskussion zu konzentrieren. Insbesondere die Konzentration auf die Personenorientierung und Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Pflegebedürftigen innerhalb des Strukturmodells wirken auch auf die Gutachter, die im Regelfall auch Pflegefachkräfte sind, sinnstiftend. Gerade solche Erlebnisse, bei denen individuelle und bewohnerorientierte Versorgungen im Fokus stehen, werden von Gutachtern als Erfolgserlebnisse im Prüfungskontext erlebt.

Für die zukünftige Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen im Hinblick auf die Einbeziehung von Ergebnisindikatoren und die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bieten die Erfahrungen aus den Qualitätsprüfungen von Einrichtung, die das Strukturmodell bereits erfolgreich umgesetzt haben eine gute Basis. Bei den beteiligten Einrichtungen und Mitarbeitern ist eine neue Motivation und ein gestärktes berufliches Selbstverständnis erkennbar, welches sich auch auf die Motivation und Sinnhaftigkeit der Arbeit der Qualitätsprüfer auswirkt. Bei aller Kritik am bestehenden System der Qualitätsprüfungen, insbesondere am Notensystem, leisten die Qualitäts-

prüfungen einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Pflegequalität.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Strukturmodell einen positiven Einfluss auf die Qualitätsprüfungen hat. Zusätzlich ermöglicht, dass damit zurück gewonnene, pflegefachliche Selbstverständnis eine Verbesserung der Pflegequalität innerhalb der internen und externen Qualitätsprüfungen. Aus MDK-Sicht lassen sich Qualitätsprüfungen und Strukturmodell erfolgreich miteinander verbinden. Den ambulanten und stationären Einrichtungen wird aus pflegefachlicher und gutachterlicher Sicht eine Teilnahme an dem Umsetzungsprojekt empfohlen. Befürchtungen von einzelnen Einrichtungen, dass eine Umsetzung des Strukturmodells möglicherweise zu Schwierigkeiten in den Qualitätsprüfungen führen kann, können nach den bisherigen Erfahrungen und Ergebnissen aus bereits geprüften Einrichtungen, als unbegründet zurückgewiesen werden. Die positiven Effekte auf die beteiligten Mitarbeiter und die Pflegebedürftigen im Alltag und auf die Zusammenarbeit mit den MDK-Gutachtern im Rahmen der Qualitätsprüfungen überwiegen die umstellungsbedingten Aufwände bei Weitem. Langfristig ist davon auszugehen, dass sich die Anwendung des Strukturmodells auch als positiver Wettbewerbsfaktor bei den Qualitätsprüfungen und bei der Mitarbeitergewinnung auswirken kann. ■

Literatur

1. Bundesregierung (2015): Bessere Rechtsetzung 2014: Amtlich – einfach – spürbar. Bericht der Bundesregierung 2014 nach § 7 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates. April 2015. Online verfügbar unter: <http://www.bundesregierung.de> (Zugriff: 25.07.2015, 14.20.MEZ)

2. Bundesregierung; Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2013): Erfüllungsaufwand im Bereich Pflege. Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind. Projektreihe. Bestimmung des bürokratischen Aufwands und Ansätze zur Entlastung. März 2013. Online verfügbar unter: <http://www.bundesregierung.de> (Zugriff: 26.07.2015, 18.04.MEZ)

3. Landespflegeausschuss Niedersachsen (2004): Grundprinzipien und Leitlinien der Pflegedokumentation. Online verfügbar unter: <http://www.ms.niedersachsen.de> (Zugriff: 25.07.2015, 16.24.MEZ)

4. MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlung zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Online verfügbar unter: <http://www.mds-ev.de> (Zugriff: 27.08.2015, 12.09.MEZ)

5. BMFSJ; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006): Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland. Abschlussbericht des Kompetenztteams im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Online verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de> (Zugriff: 27.07.2015, 16.21.MEZ)

6. CDU; CSU; FDP (2009): WACHSTUM. BILDUNG. ZUSAMMENHALT. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode. Online verfügbar unter: <http://www.bmi.bund.de> (Zugriff: 25.07.2015, 09.05.MEZ)

7. BMG; Bundesministerium für Gesundheit (2011): Pressemitteilung. Berlin, 27. Juni 2011. Nr. 35. Weniger Bürokratie in der Pflege – Elisabeth Beikirch ist „Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege“. Online verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de> (Zugriff: 24.07.2015, 16.58.MEZ)

8. BMG; Bundesministerium für Gesundheit (2014a): Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten

und stationären Langzeitpflege“. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW) und dem Bundesverband privater Anbieter e.V. (bpa). Abschlussbericht. Online verfügbar unter: <https://www.ein-step.de> (Zugriff: 24.07.2015, 15.29.MEZ)

9. Bundesregierung (2014): Bessere Rechtsetzung 2013: Erfolge dauerhaft sichern – zusätzlichen Aufwand vermeiden. Bericht der Bundesregierung 2013 nach § 7 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates. März 2014. Online verfügbar unter: <http://www.bundesregierung.de> (Zugriff: 26.07.2015, 16.03.MEZ)

10. BMG; Bundesministerium für Gesundheit (2014b): Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Anlagenband zum Abschlussbericht. Allgemeine Erläuterungen zur praktischen Anwendung (ambulant/stationär) des Strukturmodells, der strukturierten Informationssammlung (SIS), zum Verfahren der Risikoeinschätzung (Matrix) und der

Literatur

Maßnahmenplanungen. Online verfügbar unter: <https://www.ein-step.de> (Zugriff: 24.07.2015, 15.07.MEZ)

11. BMG; Bundesministerium für Gesundheit (2014c): Pressemeldung. 8. Januar 2014. Nr. 2. Karl-Josef Laumann – Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de> (Zugriff: 25.07.2015, 13.01.MEZ)

12. CDU; CSU; SPD (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Online verfügbar unter: <https://www.cdu.de/> (Zugriff: 25.07.2015, 10.11.MEZ)

13. SPD; Bündnis 90/Die Grünen (2013): ERNEUERUNG UND ZUSAMMENHALT. NACHHALTIGE POLITIK FÜR NIEDERSACHSEN. KOALITIONSVEREINBARUNG 2013-2018. Online verfügbar unter: <http://www.spd-fraktion-niedersachsen.de> (Zugriff: 25.07.2013, 15.01.MEZ)

14. GKV-Spitzenverband (2014a): Gemeinsame Pressemitteilung GKV-Spitzenverband Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände Interessenvertreter der Pflegebedürftigen und Selbsthilfe. Jetzt wird abgespeckt – Entbürokratisierung in der Pflege kommt. Online verfügbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de> (Zugriff: 27.07.2015, 21.43.MEZ)

15. GKV-Spitzenverband (2014b): Gemeinsame Presseerklärung. Berlin, 18. Dezember 2014 Entbürokratisierung der Pflegedokumentation startet im Januar 2015. Online verfügbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de> (Zugriff: 26.07.2015, 19.56.MEZ)

16. GKV-Spitzenverband; Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e. V.; Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) (2014): Entwicklung einer Implementierungsstrategie (IPMS) zur bundesweiten Einführung des Strukturmodells für die Pflegedokumentation der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Online verfügbar unter: <https://www.ein-step.de> (Zugriff: 27.07.2015, 14.36.MEZ)

17. Simon, Michael (2013): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

18. Gaertner, Thomas (2014): Sozialgeschichtliche Aspekte und ordnungspolitische Reformen der Pflegeversicherung. In: Gaertner, Thomas; Gansweid, Barbara; Gerber, Hans,

19. GKV-Spitzenverband (2011a): Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011. Online verfügbar unter: <http://www.mds-ev.de> (Zugriff: 24.07.2015, 18.14.MEZ).

20. GKV-Spitzenverband (2011b): Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2012. Online verfügbar unter: <http://www.mds-ev.de> (Zugriff: 24.07.2015, 19.21.MEZ)

21. INQA, Initiative neuen Qualität in der Arbeit (2010): Entbürokratisierung in der Pflege. Online verfügbar unter: <http://zqp.de> (Zugriff: 25.07.2015, 17.45.MEZ)

22. Bachem, Jörn; Börner, Karlheinz; Frings, Peter; Jorzic, Alexandra; Kamm, Johannes; Philipp, Albrecht, Plantholz, Markus, Udsching, Peter, Weiß, Thomas (2014): Notwendiger Umfang der Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht. In: Medizinrecht, Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Jg.32, Heft 5, S. 295-296.

23. MDS (2014): 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 Sgb XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Online verfügbar unter: <http://www.mds-ev.de> (Zugriff: 27.07.2015, 19.36.MEZ).

24. Gerber, Hans; Schwegler, Friedrich (2014): Entwicklung der Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen. In: Gaertner, Thomas; Gansweid, Barbara; Gerber, Hans, Schwegler, Friedrich; Hein, Ulrich (Hrsg.) (2014): Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung. 3., aktualisierte, überarbeitete und umfassend erweiterte Auflage. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH, S. 295-298.

25. MDS; GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014): Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der stationären Pflege. Essen: MDS Eigenverlag.

26. MDS; GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014a): Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der ambulanten Pflege. Essen: MDS Eigenverlag.

27. Gerber, Hans (2014): Gesetzliche Grundlagen der Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen. In: Gaertner, Thomas; Gansweid, Barbara; Gerber, Hans, Schwegler, Friedrich; Hein, Ulrich (Hrsg.) (2014): Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung. 3., aktualisierte, überarbeitete und umfassend erweiterte Auflage. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH, S. 299-307.

28. Sünderkamp, Susanne; Weiß, Christian; Rothgang, Heinz (2014): Analyse der ambulanten und stationären Pflegenoten hinsichtlich der Nützlichkeit für den Verbraucher. In: Pflege, Jg. 27, Heft 5, S. 325-336.

29. Zeit online (2010) Spagat zwischen Alten- und Aktenpflege. Online verfügbar unter: <http://www.zeit.de> (Zugriff: 25.07.2015, 13.23.MEZ)

30. Frankfurter Allgemeine (2011): Pflege im Minutentakt. Online verfügbar unter: <http://www.faz.net> (Zugriff: 25.07.2015, 14.48.MEZ)

31. Fischer, Winfried; Gerber, Hans (2014): Qualitätsprüfungen in Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege. In:

Gaertner, Thomas; Gansweid, Barbara; Gerber, Hans, Schwegler, Friedrich; Hein, Ulrich (Hrsg.) (2014): Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung. 3., aktualisierte, überarbeitete und umfassend erweiterte Auflage. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH, S. 308-311.

32. GKV-Spitzenverband (2013): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff SGB XI (Qualitätssicherungs-Richtlinien Qualitätsprüfung – QS-Ri QP) vom 06.05.2013. Online verfügbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de> (Zugriff: 25.07.2013, 16.58.MEZ)

33. Schwegler, Friedrich; Gerber, Hans (2014): Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI (QSQP). In: Gaertner, Thomas; Gansweid, Barbara; Gerber, Hans, Schwegler, Friedrich; Hein, Ulrich (Hrsg.) (2014): Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung. 3., aktualisierte, überarbeitete und umfassend erweiterte Auflage. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH, S. 319-329).

34. BMG; Bundesministerium für Gesundheit (2015): Handlungsanleitung (Version 1.1) zur praktischen Anwendung des Strukturmodells (ambulant/stationär), der integrierten Strukturierten Informationssammlung (SIS) mit der Matrix zu Risikoeinschätzung, der Maßnahmenplanung und der Evaluation sowie mit Hinweisen zum Handlungsbedarf auf der betrieblichen Ebene. Berlin, 2. März 2015. Online verfügbar unter: <https://www.de> (Zugriff: 27.07.2015, 08.32.MEZ)

35. Projektbüro Ein-STEP (2015): Informations- und Schulungsunterlagen für Pflegeeinrichtungen und Multiplikatoren/innen. Informations- und Schulungsunterlagen für Pflegeeinrichtungen und Multiplikatoren/innen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten und stationären Langzeitpflege (Version 1.0). Bundesweite Implementierungsstrategie (IMPS) 2015. Berlin: Projektbüro Ein-STEP.

36. MDK SEG 2; MDS (2015): Ergänzende Erläuterungen für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen nach den Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR bei Umsetzung des Strukturmodells zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation. Stand 22.05.2015. Interne Handlungsanleitung der MDK Gemeinschaft. Noch nicht veröffentlicht.

37. MDS 2015: PRESSEMITTEILUNG. MDS unterstützt Entbürokratisierung in der Pflege. Online verfügbar unter: <http://www.mds-ev.de> (Zugriff: 27.07.2015, 10.27.MEZ)

38. Nülle, Iris; Ernst, Matthias Ernst, Seger, Wolfgang (2013). Das Belastungserleben von Gutachtern im Rahmen der Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen. Narrative Interviews als Impuls für organisatorische und Personalentwicklungsmaßnahmen. In: In: Pflegewissenschaft, Jg. 15, Heft 2, S. 87-103.

39. BMG; Bundesministerium für Gesundheit (2013): Abbau von Bürokratie – einfachere Pflegedokumentation im Praxistest. Online verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de> (Zugriff: 24.07.2015, 10.12.MEZ)