

Interessengemeinschaft ambulante Pflege
e.V. | Medusastraße 4 | 24143 Kiel

Katja Rathje-Hoffmann
per E-Mail:

sozialausschuss@landtag.lt
sh.de

Telefon: 0431-800899 60
Fax: 0431-800899 760
E-Mail: info@ig-ap.de
Web: ig-ap.de

Stellungnahme “Pflegebegutachtung weiterentwickeln und digitaler gestalten“ – Antrag der Fraktion von CDU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 20/504

Kiel, den 10.05.2023

Sehr geehrte Frau Rathje-Hoffmann,

zuvorderst möchten wir uns dafür bedanken, dass es uns ermöglicht wird, direkt aus der operativen Pflege unsere Meinung zum oben benannten Thema mitzuteilen.

Wenn ein Mensch aus welchem Grund auch immer ein Versorgungsdefizit erfährt, ist dies in den meisten Fällen eine persönliche Ausnahmesituation. Dies trifft auch und unter anderem zu, wenn es sich um eine Höherstufung handelt, ausgehend von dem Umstand, dass ein bereits kompensierter Versorgungsengpass eine gesicherte Alltagsstruktur darstellt. Um den Hilfebedarf sach- und fachgerecht zu ermitteln, muss eine umfassende Anamnese/Informationssammlung erhoben werden, um zu verstehen, was die Ursache der Versorgungsproblematik ist, und wie sie ressourcenorientiert behoben werden kann. Um die Vielschichtigkeit in Auszügen zu verdeutlichen, erlauben wir uns, die wichtigsten Kriterien kurz zu benennen:

1. Informationen zur derzeitige Lebenssituationen, zu Vorerkrankungen, akuten Krisen, der Einnahme von Medikamenten, Allergien, Krankenhausaufenthalten und familiär bedingten Erkrankungen müssen hier gesammelt werden.
2. Hierzu gehört ebenfalls die Ermittlung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Blutzucker, Atemfrequenz und Sauerstoffsättigung).
3. Die Ermittlung der Körpergröße, des Alters und des Gewichtes zur Bestimmung des BMI. Die Ernährung, Ernährungsgewohnheiten, sowie die Trinkgewohnheiten sind besonders bei älteren Patienten zu berücksichtigen. Ferner ist eine Beratung bei einer Kachexie, Exsikkose oder Adipositas hinsichtlich derer Folgen notwendig.
4. Es muss ermittelt werden, inwiefern und inwieweit die Person mobil ist. Die Sichtung des Gangbildes, der Körperspannung, der Belastbarkeit und der Umgang mit der unmittelbaren Umgebung sind dazu wichtige Informationen.
5. Ableitend aus Punkt 3 u. 4, lassen sich konkrete Rückschlüsse zur Selbstversorgung bzw. Körperpflege und der Hauswirtschaft ermitteln. Im unmittelbaren Umfeld kann sehr gut gesichtet werden, inwieweit hier Hilfe notwendig ist, bzw. was die Person

sich im Alltag wünscht. Eine Hautinspektion gibt hier wesentliche Rückschlüsse zum Pflegezustand des Menschen bzw. darüber, ob bereits ein Pflegeschaden entstanden ist. Eine Inspektion des Umfeldes gibt Klarheit darüber, inwiefern bereits Hilfe zugegen ist bzw. inwieweit die Person selbständig ist oder Hilfe im hauswirtschaftlichen Alltag benötigt.

6. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten sind ein weiterer zu Ermittelnder Aspekt. Die zeitliche, örtliche und personelle Orientierung, die Erinnerung an wesentliche Ereignisse im Leben, das Erkennen von Risiken und Gefahren, das Mitteilen von Bedürfnissen sowie die Beteiligung im Gespräch geben Aufschluss darüber, wie sich die Person im Alltag zurechtfindet.
7. Ein wichtiger Bestandteil des Lebens sind die sozialen Kontakte der betreffenden Person. Hier ist es wichtig zu erfahren, was für eine Rolle Familie im Leben hat, gibt es Lebenspartner, Kinder, Freunde, Bekannte, Geschwister, Nachbarn oder einen ehrenamtlichen/gesetzlichen Betreuer, also alles in allem Menschen, die sich kümmern und mit denen interagiert werden kann.
8. Verhaltensauffälligkeiten und psychische Problemlagen, werden häufig im Gespräch bzw. in der Interaktion sichtbar. Pflegefachkräfte sind darin geschult zu erkennen, ob z.B.: Ängste, depressive Stimmungen, wahnhaftes Verhalten, manisches Verhalten oder autoaggressives Verhalten etc. zu bemerken ist. Hieraus ableitend kann, falls notwendig, ein neurologisches/psychiatrisches Konsil initiiert werden.
9. Hat die Person pflegebedingte Erschwernisfaktoren z.B.: einen Blasenkatheter, akute/ chronische Wunden, einen Dekubitus, Wundheilungsstörungen, einen Tracheostoma, einen Anus Praeter, eine PEG oder einen Port etc. Der Umgang mit diesen Erschwernisfaktoren lässt sich ausschließlich persönlich klären.

Es ist uns wichtig Ihnen die fachliche Komplexität und Vielschichtigkeit nahezubringen. Eine Begutachtung ist eine sehr haptische Angelegenheit und gehört vis a vis in professionelle Hände, um eine realistische und fachlich fundierte Einschätzung zu gewährleisten.

Es gibt Punkte bei einer Begutachtungssituation, die telefonisch abgefragt werden können und natürlich ergeben sich auch Schnittmengen aus einer Überleitungssituation (Entlassungsbrief/Arztbrief), diese Daten reichen aber in keinem Fall aus, um eine

realistische Einstufung in einen Pflegegrad darstellen zu können. Höchstens um eine Tendenz zu erkennen und um ein vorläufiges Ergebnis zu erwägen.

Der Laie geht davon aus, dass eine Datendoppelerfassung vermieden werden könnte und eine Anhebung der Datenqualität zu schnelleren und besseren Ergebnissen führt.

Wir verstehen den Gedankengang, nur leider stellt sich die gelebte Wirklichkeit anders dar.

Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste arbeiten trotz des ähnlichen Metiers sehr unterschiedlich.

Es sind vor allem die jeweiligen Schwerpunkte in der täglichen praktischen Arbeit und der jeweiligen Verwaltungsstruktur, die die Sichtweisen zur Datenerfassung bestimmen und in der Praxis unterschiedlich darstellen.

Der Fokus des Krankenhauses bezieht sich immer auf die einlieferungsindikative Diagnose. Der Abschluss der Behandlung hat oft nichts mit dem bestehenden Versorgungsproblem zu tun. Ein Krankenhaus ist nicht davon abhängig, ob ein Patient einen PG hat oder bekommt. Das ist lediglich Teil des Entlassungsmanagements und wird erst Nahe des Zeitpunktes der Entlassung vom Sozialdienst initiiert und vom MDK nach Aktenlage vorläufig entschieden.

Ein Pflegeheimaufenthalt ist erst möglich, wenn der PG 2 vorliegt. Erst dann übernehmen die Pflegeversicherungen den Anteil der monatlichen Kosten. Zudem wird ebenfalls Wert daraufgelegt, dass der MDK einen Heimaufenthalt befürwortet.

Pflegeheime befassen sich folglich nie mit Ersteinstufungen, sondern lediglich mit Nachbegutachtungen und Höherstufungen. Das ist ein großer Unterschied zur ambulanten Versorgung.

Die ambulante Pflege hingegen ist oft der erste Ansprechpartner für Personen mit einem Versorgungsdefizit. Hier ist in den meisten Fällen die Voraussetzung einer Versorgung der PG. Wurde ein PG bei Entlassung aus dem KH abgelehnt, beginnt erst die logistische Arbeit. Die Unternehmen gehen sehr oft mit ihrer Arbeit in Vorleistung, damit die pflegebedürftige Person nicht unversorgt bleibt.

Alle Erstbegutachtungen, Nachbegutachtungen, Beratungseinsätze und Höherstufungen fallen in den Aufgabenkreis der ambulanten Anbieter.

Die ambulante Pflege arbeitet damit an der Schnittstelle der Pflegerischen Versorgung, an der die meiste logistische Arbeit geleistet werden muss, um eine Versorgung in der Häuslichkeit sicherzustellen. Hier werden die Hausärzte entlastet, Krankenhausaufenthalte vermieden und Alternativen zur stationären Pflege geboten.

Da jede Ebene der Pflege (von den Haus- und Fachärzten mal ganz abgesehen) mit eigenen Datenbankstrukturen arbeitet und die jeweiligen Unternehmen wiederum unterschiedliche Datenbanken nutzen, ist eine Datendoppelerfassung aktuell definitiv noch nicht zu verhindern. Dies könnte sich mit Einführung der Telematikinfrastruktur 2024 ändern, wenn endlich alle Beteiligten im Gesundheitswesen vernetzt sind und auf ein gemeinsam erhobenes Datenmaterial zugreifen können. Damit würden Mehrfachanamnesen vermieden. Ein funktionierendes System würde hier viele Prozesse beschleunigen.

Die Qualität der Daten bemisst sich immer an der Diversität und Sorgfältigkeit der Erhebung. Eine Begutachtung ist in der Regel immer eine sehr haptische Angelegenheit, welche auf Empathie und Fachlichkeit beruht. Die oben aufgeführten Punkte (2,3,4,5,6,8 und 9) zeigen im Wesentlichen auf, das eine persönliche Begegnung dafür notwendig ist.

Wir gehen davon aus, dass mit dem "Fragebogen" das modulare Begutachtungsinstrument gemeint ist.

Eine Vereinfachung des Begutachtungsinstrumentes ist aus unserer Sicht nicht sinnvoll, da wir nicht erkennen, dass es überkomplex bzw. zu bürokratisch ist.

Eine Evaluation der Unterrepräsentanz von Modul 7 und 8 hinsichtlich der Punktevergabe würden wir allerdings begrüßen.

Während der Corona Pandemie wurde in der Not auf telefonische Interviews und Einstufung nach Aktenlage zurückgegriffen. Nach unserer Auffassung waren das aber keine qualitativ hochwertigen Einschätzungen. In den meisten uns bekannten Fällen wurde vieles übersehen und dann oft zum Nachteil des Patienten entschieden.

Damit möchten wir nicht mit dem Finger auf unsere Kolleg*innen vom MDK zeigen und deren Expertise in Frage stellen. Wir meinen "übersehen" im Sinne von "nicht gesehen", weil sie nicht vor Ort sein konnten. Hier stellt sich keine Schuldfrage, aber schon die der langfristigen Sinnhaftigkeit einer solchen Vorgehensweise.

Wir gehen davon aus, dass die Video/ Telefonie auf jeden Fall eine Zukunft in der Pflege hat, sehen diese aber nicht als Lösung hinsichtlich der Begutachtung zur Einstufung in einen Pflegegrad bzw. als Medium einen Pflegegrad schneller einzustufen.

Wir begrüßen Ihr Ansinnen aber im vollen Umfang die Bürokratischen Prozesse, die für den gelebten praktischen Alltag in der Pflege hinderlich sind abzubauen.

Um den Rückstau der Einstufungen ganz pragmatisch zu reduzieren, wäre es aus unserer Sicht sinnvoll, diese von den Fachkräften der jeweiligen Pflegedienste durchführen zu lassen. Die Fachkräfte in den Betrieben sind bereits jetzt dazu ausgebildet und in der Lage dies umzusetzen. Viele Patientendaten sind durch unsere Erfassungen bereits in der jeweiligen Software und können in das Begutachtungsinstrument per Knopfdruck übernommen werden.

Da jeder ambulante Betrieb jährlich vom MDK regelhaft geprüft wird, könnte die Plausibilität der Einstufungen ein weiteres Überprüfungskriterium sein. Somit würde der Patient weniger zu kurz kommen, schneller Ergebnisse erhalten, der medizinische Dienst entlastet, kann aber trotzdem weiterhin seiner Kontrollfunktion nachkommen. Bei Unplausibilitäten könnte der MDK-Rücksprache halten mit den einschätzenden Fachkräften oder sich dann im Einzelfall erst bei Bedarf vor Ort selbst ein Bild machen.

Alternativ kann sich der MDK immer vorbehalten, den von der Fachkraft eingestuften Pflegegrad als "vorläufig" zu betrachten um jederzeit vor Ort selbst das Ergebnis nachzuprüfen oder anpassen zu können.

Zudem ist oft zu beobachten, dass sich viele Pflegebedürftige bei einer MDK-Begutachtung ähnlich einer Prüfungssituation von ihrer besten Seite zeigen möchten, was ihnen dann bei der Begutachtung nachteilig ausgelegt wird und oft nicht die Realität, sondern eine Momentaufnahme widerspiegelt, die im Alltag nicht stattfindet. Pflegepersonen können durch ihre täglichen Eindrücke hier deutlich konkreter einschätzen.

In den nächsten 9 Jahren ist zu erwarten, dass in unserer Region 20 % der pflegenden in Rente gehen werden. Gleichzeitig ist davon auszugehen, werden wir mit 20-25% mehr Pflegebedürftigen zu rechnen haben.

Es gibt in unserer Wahrnehmung zurzeit keine Konzepte wie wir dieses Dilemma lösen können.

Gleichwohl drängt die Zeit mehr denn je. Um zu retten was zu retten ist, erneuern wir unser Angebot:

Kommen Sie mit uns, die wir aus der operativen Pflege berichten können an einen Tisch. Es geht um konstruktive Gespräche und clevere Lösungen für unsere Region!

Wir brauchen einen aus der Pflegeexpertise Ressourcenorientierten Diskurs.

Wir sind jederzeit zu Gesprächen bereit!

Kiel den, 13.06.2023

Torsten Wendt
IGAP