

Anwendung von Verfahren zur Qualitätssicherung von Pflegeleistungen in der Unfallversicherung

■ 1. Ausgangslage

Versicherte, die in Folge eines Versicherungsfalles in erheblichem Umfang fremder Hilfe bedürfen und bei denen eine Hilflosigkeit gemäß § 44 SGB VII vorliegt, haben Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit der BG. Über Art und Umfang bzw. Höhe der Leistungen entscheidet der Unfallversicherungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen (i.d.R. Pflegegeld und/oder auf Antrag Hauspflege sowie Heimpflege).¹

In der Praxis werden Leistungen zur Pflege regelmäßig für Schwerstverletzte wie Querschnittgelähmte, Verletzte mit Schädel-Hirn-Traumen oder Amputationen und Berufserkrankte (insbesondere Krebspatienten) erbracht.

Während für alle anderen Rehabilitationsleistungen der Unfallversicherung als Ziel die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, zielgerichteten und an den individuellen Bedürfnissen der Leistungsberechtigten ausgerichteten, qualifizierten Leistung durch geeignete Leistungserbringer formuliert wurde², gibt es solche Ansätze zur Qualitätssicherung für den Bereich der Pflegeleistungen bisher nicht. Gleichwohl sind die vorgenannten Ziele auch für diesen Leistungsbereich übertragbar und können auch hier durch Anwendung von Verfahren zur Qualitätssicherung (Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität) erreicht werden.

Hierzu müssen Standards für die Sicherstellung einer effektiven und effizienten Pflege durch Angehörige, ambulante Pflegedienste und Pflegeheime erarbeitet werden.

Vor diesem Hintergrund werden nachfolgend praktische Lösungsansätze aufgezeigt.

■ 2. Versorgungsansprüche/Grundrechte

Welche Erwartungshaltung darf ein pflegebedürftiger Versicherter gegenüber seinem Pfleger und seinem Unfallversicherungsträger haben?

Pflegeleistungen sollen als eigenständige Leistung die Versorgung Versicherter im täglichen Leben sicher stellen.

Pflegebedürftige Versicherte können auf Wahrung folgender „Grundrechte“³ vertrauen:

- Recht auf Beratung, umfassende Information und Unterstützung bei der Organisation von Pflegeleistungen
- Recht auf fachgerechte, schmerzarme Pflege und Betreuung
- Recht auf rücksichtsvolle Behandlung
- Recht auf Pflegekräfte des eigenen Geschlechts⁴
- Recht auf ausreichende Wahrung der Privatsphäre

- Recht auf Vertraulichkeit
- Recht auf ausreichende Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit der Außenwelt
- Recht auf würdevolles Sterben und Kontakt mit Vertrauenspersonen/Sterbebegleitung
- Recht auf größtmögliche Unterstützung für pflegende Familienangehörige

■ 3. Initiativen zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger

Diese oben genannten „Grundrechte“ finden sich z. B. auch in dem am 01.01.2002 in Kraft getretenen Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) wieder. Dieses Gesetz hatte als Reaktion auf festgestellte Qualitätsmängel in der Alten- und Krankenpflege insbesondere eine Änderung der Vorschriften des SGB XI mit Ausweitung des Verbraucherschutzes zur Folge, u. a. durch

- Beteiligung der Pflegekassen an kommunalen Beratungsangeboten
- Beratung und Aushändigung von Leistungs- und Preisvergleichslisten
- stärkere Verpflichtung zur Durchführung von Pflegeschulungen im häuslichen Umfeld
- Pflicht zum Abschluss und zur Aushändigung eines schriftlichen Pflegevertrages bei häuslicher Pflege
- Möglichkeit zur probeweisen Inanspruchnahme des Pflegedienstes
- Ausschluss nachwirkender Zahlungspflichten im Todesfall
- Rückzahlungspflichten bei Schlechtleistung
- Beteiligung der Betroffenen- und der Berufsverbände an bundesweiten Qualitätssicherungsvereinbarungen, an Rahmenempfehlungen sowie der geplanten Verordnung über Beratungs- und Prüfvorschriften.

Besonders für die zunehmende Zahl Demenzkranker zielte darüber hinaus das am 01.01.2002 in Kraft getretene Pflege-

1 Dr. Benz: Pflege und Pflegegeld in der gesetzlichen Unfallversicherung in Neue Zeitschrift für Sozialrecht 13 (2004) Nr. 3, S. 125–131

2 Gemeinsamen Empfehlung Qualitätssicherung der Sozialversicherungsträger nach § 20 SGB IX vom 27.03.2003

3 Vgl. auch § 2 Abs. 1 SGB XI „... Die Pflegeversicherung soll den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht“

4 Rechtsgutachten von Dr. jur. Igl und S. Dünnes im Rahmen eines Projektes der Bundesorganisationsstelle behinderte Frauen von Juni 2002 für das BMFSFJ

geleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEg)⁵ auf eine Entlastung der pflegenden Angehörigen, die durch die Pflege und allgemeine Betreuung des Pflegebedürftigen oftmals rund um die Uhr beansprucht werden.

Den pflegenden Angehörigen von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf müssen hiernach ausreichend Hilfen zur Verfügung stehen, um den Pflegealltag zu erleichtern und physische und psychische Überlastungen zu verhindern und eine frühzeitige Inanspruchnahme der vollstationären Pflege zu vermeiden. Diese Forderungen sind als Mindeststandard auf die Unfallversicherung übertragbar.

■ 4. Versorgungsziele

Die Organisation und Durchführung von Versorgungs- sowie sonstigen Unterstützungsmaßnahmen sind, unter Beachtung der jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen sowie des Wirtschaftlichkeitsgebotes, nach den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen auszurichten, damit die Unfallversicherungsträger ihrem gesetzlichen Auftrag (§ 26 SGB Abs. 5, Satz 2 VII) nachkommen können.

Es ist sicher zu stellen, dass wirksame Instrumente zur Verfügung stehen, mit denen die Reha-Manager/Berufshelfer ihrer Verantwortung für die sachgerechte Versorgung von Pflegebedürftigen gerecht werden können. Dabei ist es unerheblich, ob die Pflege und Versorgung durch Angehörige oder durch eine Pflegeeinrichtung (ambulant/[teil-] stationär) durchgeführt wird. Schon während der medizinischen Rehabilitationsphase eines Schwerverletzten muss ausreichend geprüft werden, ob die Angehörigen tatsächlich in der Lage sind, die häusliche Pflege des Versicherten durchzuführen, weil sonst die Gefahr besteht, dass wegen Überforderung doch kurz nach Rückkehr in den häuslichen Bereich eine Heimunterbringung notwendig wird. Es gilt, durch ein rechtzeitiges Pflegemanagement Fehlinvestitionen z. B. im Bereich Wohnungshilfe zu vermeiden.

Auch muss versucht werden, in Heimen untergebrachte Pflegebedürftige durch verstärkte Bemühungen der aktivierenden Pflege oder adäquate Rehabilitationsmaßnahmen in ihrer Pflegebedürftigkeit möglichst so zu verbessern, dass Heimkosten reduziert werden können oder sogar eine Rückkehr in den häuslichen Bereich möglich wird.

Versicherte und insbesondere ihre Angehörigen dürfen bei der Organisation der Pflege nicht auf sich allein gestellt sein. Sie benötigen qualifizierte Beratung, z. B. bei der Frage, wie eine „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ eines Pflegebedürftigen zu regeln ist. Auch muss die regelmäßige Prüfung der Versorgungsqualität nach einheitlichen/standardisierten Qualitätsrichtlinien⁶ organisiert werden.

Die Reha-Manager/Berufshelfer müssen außerdem durch Expertenwissen in die Lage versetzt werden, das Preis-/Leistungsverhältnis von Dienstleistern kritisch zu beurteilen.

Die Einschaltung von beratenden Ärzten hilft an dieser Stelle nicht weiter, weil diese mit pflegfachlichen Fragestellungen – anders als z. B. der MDK – in ihrer täglichen Arbeit kaum zu tun haben.

■ 5. Qualitätsmanagement (QM) in der Pflege

In der Pflegeversicherung erhält regelmäßig der MDK den Auftrag, der Pflegekasse Vorschläge über Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation in Pflegefällen sowie Art und Umfang notwendiger Pflegeleistungen zu unterbreiten und empfiehlt einen individuellen Pflegeplan. In den Pflegerichtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen⁷ ist festgehalten, dass der MDK, wenn bei einem Besuch eine defizitäre Pflege- oder Versorgungssituation des Pflegebedürftigen festgestellt wird, die Situation mit den Beteiligten zu besprechen und der Pflegekasse konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung bis hin zu Sofortmaßnahmen zu unterbreiten hat. Die in den Richtlinien ebenfalls aufgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen beziehen sich jedoch ausnahmslos auf die Gutachten-Thematik.

Für den Bereich der Unfallversicherung benötigt der Reha-Manager / Berufshelfer zur Feststellung des Pflege- und Unterstützungsbedarfs im Rahmen eines effektiven Reha-Netzwerkes geeignete Berater aus dem pflegfachlichen Bereich, die anhand von – möglichst zertifizierten – Pflegestandards eine Beratung von Versicherten und/oder Angehörigen in allen Fragen der Pflege leisten können.

Hierzu gehören im Rahmen einer optimalen, ganzheitlichen Versorgung – insbesondere zur Reduzierung des Pflegeaufwandes – folgende Dienstleistungen:

- Absprache und Festlegung der Versorgung anhand einer Pflegeplanung,
- Prüfung der Notwendigkeit von Anpassungen des häuslichen Umfeldes
- Prüfung der Hilfsmittelversorgung
- Pflegefachliche Qualitätsprüfung von Dienstleistern inkl. Abrechnungsüberprüfung
- Anbieterauswahl
- Prüfung von Maßnahmen zur aktivierenden Pflege
- Einholung/Prüfung von Kostenvoranschlägen
- Vertragsprüfung (Orientierung an Rahmenverträgen mit Kranken- bzw. Pflegekassen)
- Ermittlung/Beurteilung des Preis-/Leistungsverhältnisses
- Festlegung künftiger Qualitätskontrollen .

Das Ziel der vorgenannten Maßnahmen ist, eine für den Versicherten angemessene und zeitgemäße pflegerische Versorgung zu einem optimalen Preis-/Leistungsverhältnis zu gewährleisten.

■ 6. Auswahl geeigneter externer Berater

Als geeignete Berater sind examinierte Pflegekräfte anzusehen, die

- in der Lage sind, häusliche Versorgungsleistungen unter ganzheitlichen Gesichtspunkten zu organisieren

⁵ Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz-PflEg), SGB XI, Fünfter Abschnitt, § 45 a ff.

⁶ Z. B. Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege nach § 80 SGB XI“ vom 10. Juli 1995 (in der Fassung vom 31. Mai 1996).

⁷ Vgl. Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PfIRi – vom 7.11.1994, geändert durch Beschlüsse vom 21.12.1995 und 22.08.2001

- als Inhaber oder Pflegedienstleiter von ambulanten Pflegediensten eine leitende Funktion im Pflegebereich wahrnehmen oder innegehabt haben, da diese in aller Regel auch über umfassende Kenntnisse im Bereich der Hilfsmittelversorgung und der Wohnraumanpassung sowie sonstiger flankierender Dienstleistungen verfügen
- ergänzende Fortbildungen im Bereich Qualitätsmanagement absolviert haben
- Qualitätsmanagement „aktiv leben“, das heißt durch Zertifizierung und periodische RE-Zertifizierung ihre Qualität laufend nachweisen⁸, so u. a. auf Basis der ISO 9001:2000, die im Gesundheitswesen, insbesondere in der Ambulanten Pflege, durchgängig Grundlage für den Qualitätsnachweis darstellt.
- mit den regionalen Strukturen gut vertraut sind

Zusätzlich müssen den in Frage kommenden Beratern, die bislang meist nur mit Pflege- bzw. Krankenkassen und deren rechtlichen Rahmenbedingungen zu tun hatten, vor einer Beauftragung die Leistungsvoraussetzungen der Unfallversicherung vermittelt werden.

■ 7. Einbindung geeigneter externer Berater

In welchen Fällen und wann sollte ein externer Berater eingebunden werden?

In den meisten Fällen ist die Notwendigkeit von Pflegeleistungen frühzeitig erkennbar und daher mit zeitlich angemessenem Vorlauf gut planbar. Die Planung einer effizienten Pflege muss so früh wie möglich einsetzen und beinhaltet für die Fälle, in denen die Pflege ganz oder überwiegend durch Angehörige erfolgen soll, immer eine kritische Prüfung, inwieweit diese den auf sie zukommenden Belastungen tatsächlich gewachsen sein werden⁹. Die Belastungen werden erfahrungsgemäß von den Betroffenen häufig unterschätzt. Sowohl bei Querschnittgelähmten als auch bei Schädel-Hirn-Verletzten und Krebspatienten ist daher zwingend und über einen längeren Zeitraum eine Einweisung der Angehörigen in die Pflegetechniken auf den Sonderstationen bzw. in den Reha-Kliniken erforderlich. Bei Bedarf können auch Pflegeschulungen im häuslichen Umfeld organisiert werden.

Über die hierbei gewonnenen Erfahrungen ist anschließend mit allen Beteiligten und dem Berater ein Gespräch zu führen. Dieser unterbreitet dann konkrete Vorschläge für die notwendigen pflegerischen Maßnahmen und deren organisatorische Umsetzung nach der Klinikentlassung. Das Ergebnis kann im Interesse des Versicherten im Extremfall auch die Entscheidung sein, kein Pflegegeld zu zahlen oder keine Maßnahmen der Wohnungshilfe durchzuführen, wenn eine adäquate pflegerische Betreuung durch Angehörige oder andere Personen nicht zu erwarten ist. In diesem Fall ist aber im Rahmen der Ermessensentscheidung ein klar definiertes Alternativangebot zu unterbreiten. Rein wirtschaftliche Gesichtspunkte sind hierbei nicht allein ausschlaggebend, so dass z. B. eine kostspielige „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ nicht unter Hinweis auf eine preiswertere Unterbringungsmöglichkeit in einem Pflegeheim abgelehnt werden kann¹⁰.

Natürlich muss ein solcher Berater immer dann eingeschaltet werden, wenn es Probleme in der pflegerischen Betreuung gibt. Damit der Reha-Manager/Berufshelfer hier nicht auf Anstöße von außen oder zufällige Beobachtungen bei Außen-

dienstbesuchen angewiesen ist, sollte er gemeinsam mit dem Berater Intervalle festlegen (zweckmäßigerweise einmal jährlich – bei Krebspatienten häufiger), zu denen der Berater den aktuellen Pflegebedarf und ggf. notwendige Maßnahmen prüft und dokumentiert.

Unbedingt sollte ein externer Berater eingebunden werden, wenn – aus welchen Gründen auch immer – einem Anbieter der Vorzug gegeben werden muss, bei dem kein Versorgungsvertrag mit den Kranken- und Pflegekassen besteht, damit die inhaltlichen Regelungen der Pflegeleistungen umfassend getroffen werden.

■ 8. Qualitätskriterien bei der Wahl eines Pflegedienstes

Welche Qualitätskriterien sind bei der Wahl eines Pflegedienstes zu beachten?

Ein Pflegedienst muss in allen Bereichen professionell arbeiten. Um dies, möglichst mit Hilfe eines Beraters, tatsächlich beurteilen zu können, kann die Erörterung der folgenden Fragestellungen mit dem potentiellen Pflegedienst hilfreich sein:

- Besteht ein Versorgungsvertrag mit den Kranken- und Pflegekassen?
- Referenzen, Dauer des Bestehens der Pflegeeinrichtung
- Was schlägt der Pflegedienst für eine Vorgehensweise bei dem aktuell Pflegebedürftigen vor – wie sieht die fallbezogene Pflegeplanung konkret aus?
- Hat der Pflegedienst Erfahrungen mit dem Krankheitsbild des Versicherten?
- Wie erfolgt der Nachweis der Qualität der Pflegeleistungen (gibt es bei diesem Pflegedienst qualitätssichernde Maßnahmen oder ein Qualitätsmanagement, nach welchem System – Qualitätshandbuch –, ist der Pflegedienst zertifiziert¹¹ und unterzieht er sich dauerhaft den Re-Zertifizierungen durch anerkannte Auditierungsunternehmen¹², welches Auditierungsunternehmen führt die Zertifizierungen durch)
- Wie sieht die Dienstplanung aus?
- Wie häufig findet ein Personalwechsel statt (Fluktuation insgesamt; Wechselhäufigkeit der beim Versicherten eingesetzten Pflegemitarbeiter)?
- Entsprechen Qualifikation und zahlenmäßiges Verhältnis examinierter Kräfte zu Hilfskräften den gesetzlichen Anforderungen (z. B. SGB XI)?

8 Vgl. SGB XI §§ 112 ff., Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen

9 sh. Auch Ziffer 3.1.3 der gemeinsamen Richtlinien der Verbände der Unfallversicherungsträger über häusliche Krankenpflege (§ 32 Abs. 4 SGB VII)

10 Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, Rd.Nr. 6 zu § 26 SGB VII

11 Z. B. nach der DIN EN ISO 9001:2000, eine Weiterentwicklung der DIN EN ISO 9001:1994; die DIN zählt mit zu den „höchsten Weihen“ – auch in der Gesundheitsbranche – und ist zudem international anerkannt.

12 Die Trägergemeinschaft für Akkreditierung im Deutschen Akkreditierungsrat akkreditiert Unternehmen als Zertifizierungsstelle für Qualitätsmanagementsysteme

- Welche Leistungszeiten werden angeboten und werden diese auch eingehalten?
- Wie kurzfristig kann der Pflegedienst die Leistungen erbringen?
- Kann der Pflegedienst bei Verschlechterung/Verbesserung des Gesundheitszustandes Variationen in der Pflege anbieten?

Durch das PQsG haben nach Ablauf einer Übergangsfrist von zwei Jahren zwar jetzt alle Pflegedienste eine Verpflichtung zum betriebsinternen Qualitätsmanagement. Die Qualität der Einrichtung soll von unabhängigen Sachverständigen (z. B. EQZert, BG-PRÜFZERT, TÜV oder vergleichbare) geprüft werden. Leider sieht aber die Wirklichkeit oft anders aus.

Vor diesem Hintergrund liegt es auf der Hand, dass sich die Inanspruchnahme qualifizierter Berater, z. B. bei einer „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ verbunden mit einem langfristigen Kostenaufwand zwischen 8.000,- Euro und 25.000,- Euro monatlich, nicht nur zur Absicherung der qualitativen Pflege der Versicherten lohnt, sondern auch der gebotenen wirtschaftlichen Leistungserbringung Rechnung trägt. Bei der großen Bandbreite der Versorgungen, die von „einfacher“ Betreuung bis hin zu enorm anspruchsvollen Versorgungen z. B. für beatmungspflichtige Versicherte reichen, ist die Ermittlung eines akzeptablen und gleichzeitig realistischen Preises für die Versorgung sehr schwierig. Gerade hier macht es Sinn, einen Berater einzuschalten, mit dessen Unterstützung das bestmögliche Preis-/Leistungsverhältnis ermittelt und durchgesetzt werden kann. Zunehmend drängen auch Pflegekräfte als selbständige Dienstleister aus z. B. Polen und Ungarn auf den deutschen Markt (vgl. www.altenpflege.de), die ihre Leistungen zu äußerst günstigen Konditionen anbieten können. Hier stellt sich neben rechtlichen Fragen (z. B. Scheinselbständigkeit) noch mehr die Frage der Leistungsqualität.

Wichtige Kriterien für die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen mit einem Pflegedienst sind nach vielen Umfragen neben der pflegerischen Qualität auch die Freundlichkeit und Pünktlichkeit sowie die Kontinuität des eingesetzten Personals. Auch die Erfüllung der vorgenannten wichtigen sogenannten „weichen Faktoren“ der Qualität können durch Einschaltung qualifizierter und erfahrener Berater weitgehend sichergestellt werden, weil sie eine Fülle von Instrumenten haben, um den Grad auch dieser Leistungserbringung zu hinterfragen.

■ 9. Qualitätskriterien bei der Wahl eines Pflegeheims

Wie die ambulanten Pflegedienste haben auch die Pflegeheime durch das PQsG die Verpflichtung zum betriebsinternen Qualitätsmanagement. Diese Qualität ist in regelmäßigen Abständen durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen nachzuweisen. Neben der Frage, ob ein Heim zertifiziert ist, kann die Frage, ob eine Bescheinigung i. S. des § 9 Landespflegegesetz erteilt wurde, von Interesse sein. Mit dieser Bescheinigung wird die Einhaltung gesetzlicher Mindestvoraussetzungen dokumentiert.

Darüber hinaus findet eine externe Qualitätssicherung durch die Landesverbände der Pflegekassen und durch die staatliche Heimaufsicht statt. Eine eigene Rechtsgrundlage für eine Qualitätsprüfung durch eine Berufsgenossenschaft für die Heime,



Pflegeteam (Quelle: Johanniter)

in denen berufsgenossenschaftlich versicherte Pflegebedürftige untergebracht werden, besteht nicht.

Jedoch werden sich die Einrichtungen einem solchen Wunsch der Berufsgenossenschaft als Vertragspartner im Rahmen einer vertrauensvollen Zusammenarbeit sicher nicht verschließen.

Wie bei ambulanten Pflegediensten sind für die Wahl des Pflegeheimes sowohl harte Faktoren, wie z. B.

- Zustand der Bausubstanz,
- Ausstattung z. B. mit Antidekubitussystemen,
- Personalschlüssel und Qualifikationen der Mitarbeiter/-innen,
- Erfahrungen mit dem Krankheitsbild des Versicherten, etc.
- Betreuung durch erfahrenen Arzt

als auch weiche Faktoren, wie z. B.

- Nähe zu den Angehörigen,
- therapeutische, kulturelle und sonstige Angebote zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, etc.

wichtig. Pflegebedürftige und deren Angehörige sollten zunächst im Rahmen einer Kurzzeitpflege die Möglichkeit bekommen, sich „auf Probe“ von der Pflegequalität selbst zu überzeugen.

■ 10. Kosten einer Pflegeheimunterbringung

Auch im stationären Pflegebereich können die Kosten erheblich differieren, so dass auch hier eine rechtzeitige qualifizierte Prüfung von Preis-/Leistungsverhältnissen sinnvoll ist – und zwar noch bevor die Angehörigen oder Versicherte entsprechende Entscheidungen getroffen haben.

Bei vergleichbaren qualitativen Rahmenbedingungen haben Versicherte unter Beachtung des Grundsatzes von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit regelmäßig nur Anspruch auf Übernahme angemessener Heimkosten. Wenn bei den in Frage kommenden Häusern kein Pflegeplatz frei sein sollte, kann eine befristete Kostenübernahme auch in einem teureren Heim erfolgen. Der Versicherte sollte dann aber auf die Warteliste

eines preiswerteren Hauses gesetzt werden. Bei Freiwerden eines Pflegeplatzes wäre entweder der Umzug zu organisieren oder der Versicherte bleibt auf eigenen Wunsch gegen Übernahme der Mehrkosten in dem ersten Haus.

Wichtig kann die Feststellung der Frage sein, in welche Pflegestufe der Pflegeversicherung der Versicherte einzustufen ist, weil sich hiernach regelmäßig die Höhe des Heimpflegesatzes richtet. Hierfür kann entweder ein Pflegeberater oder der MDK gegen Kostenerstattung in Anspruch genommen werden. Eine Kostenübernahme von Einzelzimmerunterbringung ist grundsätzlich nur mit entsprechender Indikation möglich, auch wenn diese höheren Kosten regelmäßig auch von Sozialämtern übernommen werden, weil Versicherte der Unfallversicherung ohnehin ihre Rente aus der Rentenversicherung und regelmäßig noch einen Großteil ihrer Unfallrente weiter beziehen.

■ 11. Unterstützung für pflegende Angehörige

In diesem Jahr hat der HVBG erstmals zwei Seminare für pflegende Angehörige von Schädelhirnverletzten angeboten. Ziel dieser Seminare soll für die herausfordernde Versorgung pflegebedürftiger Hirnverletzter durch deren Angehörige die Vermittlung von Informationen und Anregungen sowie ein Erfahrungsaustausch Betroffener sein.

Diese Veranstaltung entspricht den Vorstellungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, die Unterstützung pflegender Angehöriger weiter zu verbessern und ist sicherlich als Konzept auch auf andere Bereiche der Pflegeleistungen durch Angehörige übertragbar.

Darüber hinaus wäre es überlegenswert, die Grundsätze der Gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung zu § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX vom 22.03.2005 zur Förderung der Selbsthilfe auch für das Klientel pflegender Angehöriger anzuwenden und auch im regionalen Bereich den Austausch und die Unterstützung dieses Personenkreises zu fördern.

■ 12. Erfahrungen aus der Praxis

Seit Januar 2004 arbeitet die Bezirksverwaltung Duisburg der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft im Rahmen eines Pilotprojektes mit einem größeren, überregional tätigen Dienstleister ambulanter Pflegedienste zusammen. Das Beratungsunternehmen wurde im Jahr 2003 gemäß der Norm DIN EN ISO 9001:2000 erstzertifiziert und im Jahr 2004 erfolgreich rezertifiziert.

Bisher wurde das Beratungsunternehmen mit der Prüfung der Versorgung bei rd. 70 Versicherten beauftragt; bei rd. 15 Versicherten wurden neben Pflegeleistungen und Hauswirtschaftlichen Leistungen zusätzlich Wohnraumanpassungen/Hilfsmittel in die Prüfung einbezogen.

Im Rahmen des Pilotprojektes wurde auch eine standardisierte Pflegeaufwandbestimmung entwickelt, die eine konkrete und nachvollziehbare Pflegeaufwandberechnung und hierdurch differenziertere Pflegegeldbemessung ermöglicht.

Die aus der Zusammenarbeit mit dem externen Berater vor Ort resultierenden Ergebnisse kann man – vereinfacht – wie folgt zusammenfassen:

- Die dokumentierten und abgerechneten Leistungen von Pflegediensten konnten den tatsächlichen Gegebenheiten quantitativ und qualitativ angepasst werden.
- Die Pflegedokumentation, die ein wesentliches Instrument zur Abbildung des Pflegeprozesses darstellt, konnte – teilweise erheblich – verbessert werden.
- In vielen Fällen wurde die Pflegeplanung mit den definierten Pflegezielen grundlegend überarbeitet und auf einen aktuellen Stand gebracht. Hierdurch konnte der Gefahr entgegengewirkt werden, dass eine sogenannte „Satt- und Sauber Pflege“ stattfindet und der Versicherte nicht lediglich verwaltet sondern vielmehr aktivierend gepflegt wird, um möglichst viel Selbständigkeit zurück zu erlangen.
- Alle Versorgungen konnten optimiert werden – und das zu einem teilweise deutlich verbesserten Preis-/Leistungsverhältnis.
- Durchgängig zeigten sich alle Dienstleister offen für die aufgezeigten Verbesserungsvorschläge und nahmen diese auch an.
- Bei einigen Versicherten konnten zweckmäßige (und zudem preisgünstige) alternative Lösungen für Wohnraumanpassungen gefunden werden.
- Durch Beratung und Training der Pflegepersonen war der geplante Einsatz von weiteren Hilfsmitteln teilweise entbehrlich.
- Aufgrund der pflegefachlichen Bewertung des externen Beraters vor Ort akzeptierten Versicherte die Entscheidung des Berufshelfers/Reha-Managers, die dieser auf Grundlage der Qualitätsprüfung getroffen hatte, eher.
- Durch Einbindung des externen Beraters vor Ort konnte in Absprache mit den Beteiligten die vollständige Planung von Kurzzeitpflege sowie die anschließende häusliche Versorgung bei einer anstehenden Krankenhausentlassung innerhalb kürzester Zeit sichergestellt werden.
- Durchgehend gab es von den Versicherten und weiteren Beteiligten ein äußerst positives Feedback über die Art und Weise der durchgeführten Beratung. Dies bestätigt sich u.a. auch in den nach den Hausbesuchen aufgenommenen Kontakten durch die Versicherten mit dem externen Berater, um sich in weiteren Fragestellungen beraten zu lassen
- Die Pflegegeldbemessungen konnten mit Hilfe einer DV-gestützten, standardisierten Pflegeaufwandbestimmung vereinfacht und transparenter gestaltet werden

Ulrich Borsch
VBG Duisburg
E-Mail: ulrich.borsch@vbg.de