

KOMMunikation

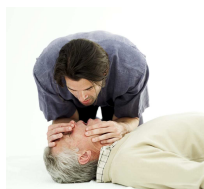
MITarbeit

Zeitschrift des L.V.H.S.
für MitarbeiterInnen



Ausgabe 4

1. Erste Hilfe: Reanimation



Man wird nicht nur im Umgang mit Patienten sondern auch im Alltag immer mal wieder vor das Problem gestellt, dass Erste Hilfe geleistet werden muss.

Oft liegen entsprechende Ausbildungen längere Zeit zurück. Ganz schnell tritt die Frage auf: Mache ich etwas verkehrt? Was passiert, wenn durch mich der Mensch Schaden nimmt?

Grundsätzlich ist jeder Mensch zur Ersten Hilfe verpflichtet. Treten durch die Hilfe Komplikationen auf, ist eine Klage nahezu ausgeschlossen, wenn der Ersthelfer die ihm bestmögliche Hilfe geleistet, sachgerecht gehandelt hat oder wie es für ihn nach bestem Wissen erforderlich schien.

Falsches Verhalten sollte natürlich gerade bei Mitarbeitern im Gesundheitswesen nicht auftreten. Daher gehört für alle Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen eine Schulung aller zwei Jahre verpflichtend zum Qualitätsmanagement. Diese muss bei entsprechend autorisierten Referenten absolviert werden.

In jeder Pflegeeinrichtung sollten verbindliche Regelungen für Notfallsituationen beim Pflegebedürftigen aber auch für das Verhalten von Mitarbeitern bei eigenen Notfällen (z.B. Unfall) vorgehalten werden. Kennen Sie die Regelungen in Ihrer Einrichtung? Wüssten Sie, wo Sie diese nachlesen können?

2010 haben sich die Empfehlungen zum Ablauf der Reanimation geändert.

Inhaltsverzeichnis

1. Erste Hilfe: Reanimation
2. Betreuungsangebote in der Pflege
3. Pflegestandards - brauchen wir die?
4. CITY BKK schließt
5. Arztnavigator
6. Gesundheitsminister neu berufen

Herausgeber:

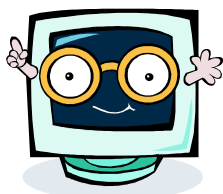
L.V.H.S., Sandstr. 116, 09114 Chemnitz
Mitglied der B.A.H.

☎ 0371-3303320

☎ 0371-3303321

✉ lvhs-sachsen@t-online.de

@ www.lvhs-sachsen.de



Daran gedacht?

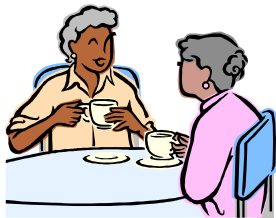
Standards nur für den Ordner im Schrank bringen nichts. Prüfen Sie die Anforderung aus der Qualitätsprüfungsrichtlinie **und** setzen Sie die Expertenstandards des DNQP um. Qualität geht vor Quantität.

30 zu 2

Wenn der Betroffene nicht ansprechbar und keine normale Atmung vorhanden ist (oder Zweifel daran bestehen, dass diese normal ist), unverzüglich den Notruf veranlassen und mit der Wiederbelebung beginnen. Erst 30 Herzdruckmassagen, dann 2 Beatmungen.

Prüfen Sie in Ihrer Pflegeeinrichtung, ob die Notfallstandards und Ihr Wissen dazu aktuell sind. Auch gestandene Fachkräfte stehen in einer Pflegeeinrichtung nicht täglich vor dieser Herausforderung.

2. Betreuungsangebote in der Pflege



Manchmal kann das Paraphrasieren ganz schön verwirren. Da gibt es Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz und die können dann niedrighschwellige Betreuungsangebote in Anspruch nehmen und das auf der Grundlage des § 45 a SGB XI. Alles verstanden?

Ähnlich den Minutenwerten zur Ermittlung der Pflegestufe gibt es 13 Kriterien für die Feststellung von Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz. Zu den Krankheitsbildern gehören demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen - also nicht nur Demenz. Ob eine Person Anspruch im Sinne des SGB XI hat, muss vom MDK begutachtet und von der zuständigen Pflegekasse bewilligt werden. In Abhängigkeit der Beeinträchtigung gibt es zwei Gruppen:

- Grundbetrag bis zu 100 € monatlich
- erhöhter Betrag bis zu 200 € monatlich.

Die Leistungsbewilligung ist bei bestehender Pflegestufe aber auch bei Menschen ohne Pflegestufe - allgemein Pflegestufe 0 genannt - möglich.

Die bewilligten Beträge kann der Pflegebedürftige zu verschiedenen Zwecken einsetzen. Er kann sich einen Aufenthalt in einer zugelassenen Tages- oder Kurzzeitpflege

einkaufen und er kann Angebote im zugelassenen Pflegedienst abrufen.

Sofern Anbieter ohne zugelassene Pflegeeinrichtung Leistungen für diese Personen erbringen möchten, benötigen sie dazu mit den Pflegekassen einen gesonderten Vertrag.

Die Gelder können angespart werden. Wer allerdings seinen Anspruch nicht bis zum 30. Juni des Folgejahres abrufen, dessen Geld verfällt.

Das Geld wird nicht direkt gezahlt. Der Pflegebedürftige muss von den o.g. Partnern entsprechende Rechnungen vorlegen.

Für den ambulanten Pflegedienst ist zusätzlich zu beachten, dass das Geld nicht für Leistungen aus dem bekannten Leistungskomplexsystem verwendet werden kann. Also lassen sich damit z.B. keine zusätzliche Körperpflege oder Toilettegänge finanzieren. Der Pflegedienst kann außerhalb der Leistungskomplexe einen auf die Krankheitsbilder abgestimmten und den Wünschen der Pflegebedürftigen entsprechenden Leistungskatalog erstellen.

Was immer wieder zu Irritationen führt: eine zugelassene Pflegeeinrichtung braucht dafür keinen Extra-Vertrag und auch keine mit den Pflegekassen geschlossene Vergütungsvereinbarung. Im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten können Sie eigenständig Angebote aufbauen und eine angemessene Vergütung verlangen. Es steht außer Frage, dass die Pflegeeinrichtung vorab mit dem Pflegebedürftigen einen Vertrag über Inhalt und Kosten schließen soll. Eine pauschale Vereinbarung „Betreuung 5 Stunden je Woche“ ist dabei nicht ausreichend. Ein eigener Leistungskatalog hat sich gut bewährt. Dabei können neben der Leistung auch Zeitumfang oder Qualifikation der Mitarbeiter hinterlegt werden.

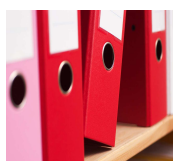
Sie können also richtig kreativ werden und Ihre Ideen umsetzen. Die Leistungserbringung ist nicht an Pflegefachkräfte gebunden. Natürlich müssen die beteiligten Mitarbeiter über eine fachliche Kompetenz

verfügen und in das Qualitätskonzept der Einrichtung eingebunden sein. Wer gar nicht weiter weiß, findet z.B. in der Betreuungskräfterichtlinie einige Hinweise. Die Richtlinie selbst findet nur Anwendung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Leistung kann sowohl in Form von Einzel- als auch Gruppenbetreuung erbracht werden. Bitte achten Sie darauf, dass gerade bei der Gruppenbetreuung eine klare Abgrenzung zur Tagespflege vorhanden sein muss.

Aber auch die Gäste in der Kurzzeitpflege und die Bewohner im Pflegeheim sind von dieser Leistung nicht ganz ausgeschlossen. Dort sind die Ansprüche im § 87 b SGB XI geregelt. Allerdings muss hier die Pflegeeinrichtung eine Zusatzvereinbarung schließen. Hat die Pflegeeinrichtung diese geschlossen, muss sie für die Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz ein entsprechendes Angebot vorhalten und auf der Grundlage der Betreuungskräfterichtlinie qualifiziertes Personal einsetzen. Der Bewohner hat nur Anspruch auf derartige Leistungen, wenn die Pflegeeinrichtung einen solchen Vertrag geschlossen hat. Das sollte bei der Auswahl der Pflegeeinrichtung berücksichtigt werden. Stationäre Pflegeeinrichtungen haben das spezielle Betreuungsangebot vom Angebot der sozialen Betreuung abzugrenzen.

3. Pflegestandards - brauchen wir die?



(He / Mo) Die Pflege befindet sich wie kaum ein anderer Bereich immer neuen Gesetzesänderungen, Prüf- / Nachweispflichten und

Qualitätsforderungen ausgesetzt. Unterschwellig mit dem Vorwurf, die Pflege sei stark mangelhaft, die Versorgung der Pflegebedürftigen katastrophal.

Tatsächlich bestätigen die Qualitätsprüfungen dieses Bild nicht. Längst hat die Pflegewissenschaft Einzug in die Praxis gefunden. Die Einrichtungen setzen zur Unterstützung hierzu immer häufiger Pflegemanager oder Qualitätsbeauftragte ein, die den Transfer der Theorie in die Praxis sicherstellen sollen. Eine konstruktive Auseinander-

setzung zwischen Theoretikern und Praktikern ist erforderlich, um dem Anspruch „Pflege auf dem aktuellen Stand des Wissens“ zu gewährleisten. Das heißt, die derzeit aktuellen Erkenntnisse, Pflegetechniken, Methoden etc. sind in den Alltag zu integrieren. Als gesichertes Expertenwissen gelten die bereits veröffentlichten Expertenstandards des DNQP. Als Instrument für die Umsetzung des aktuellen Wissensstandes nutzen Einrichtungen individuelle Pflegestandards, die ihrerseits als Handlungsleitfaden für die Mitarbeiter konzipiert sind.

An diesem Punkt stellt sich die Frage, zu welchen Aktivitäten Pflegestandards erforderlich sind. Dafür gibt es keine gesetzliche Grundlage, in der Entsprechendes geregelt ist. Folglich ist hier ausschließlich pflegerischer Sachverstand gefragt.

Unstrittig ist, dass es den Einrichtungen empfohlen ist, die Expertenstandards individuell anzupassen und umzusetzen, auch wenn die Expertenstandards als solche nicht rechtlich verbindlich sind. Das ist erst dann der Fall, wenn Standards auf der Grundlage des § 113 a SGB XI im Bundesanzeiger veröffentlicht werden. Das ist bis heute nicht erfolgt.

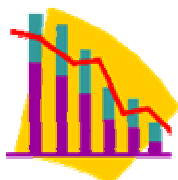
Zur individuellen Anpassung der Expertenstandards des DNQP genügt es allerdings nicht, nur die tabellarische Darstellung im Ordner Pflegestandards abzuheften! Jede Pflegeeinrichtung hat auf der Grundlage der Übersicht konkrete Entscheidungen zu treffen. Dieser Prozess muss sich dann in der Pflegedokumentation bei entsprechender Fallkonstellation widerspiegeln.

Darüber hinaus empfehlen sich Standards zu Themen, die mindestens eins der folgenden Kriterien erfüllen: fehlerbehaftet, risikoreich, schwierig, selten, Notfälle. Hinweise dazu finden sich in der entsprechenden Qualitätsprüfungsrichtlinie ambulant bzw. stationär.

Selbstverständlichkeiten müssen nicht in Form eines Standards geregelt werden. Die Einrichtungen sollten daher auch bereits entwickelte Standards nach diesen Kriterien auf Notwendigkeit überprüfen. Da hat sich mit der Zeit manche Forderung der Vergangenheit überholt. Je mehr Standards vor-

gehalten werden, desto größer ist die Gefahr, dass die Mitarbeiter den Überblick verlieren. Die Unterschrift zur Bestätigung der Kenntnisaufnahme darf nicht zur reinen Formsache ohne Wert geraten.

4. CITY BKK schließt



Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat im Falle der CITY BKK einen Schließungsbescheid erlassen und den Schließungszeitpunkt auf den 1.7.11 festgesetzt.

Im Falle einer Kassenschließung gilt: Bis zum letzten Tag wird diese Kasse für ihre Verpflichtungen einstehen. Danach werden die Rechnungen für erbrachte medizinische Leistungen der dann bereits geschlossenen Kasse vergütet - dafür steht die Gemeinschaft aller Betriebskrankenkassen ein. Dies ist rechtlich verbindlich und detailliert im SGB V geregelt. Das bedeutet, dass für Leistungserbringer, die Versicherten weiterhin vertragsgemäß versorgen, selbst wenn die Abrechnung der erbrachten Leistung erst nach dem Schließungszeitpunkt erfolgen kann, eine korrekte Abwicklung gewährleistet ist.

Für Patienten / Pflegebedürftige / Mitarbeiter: Falls eine Krankenkasse ihren Betrieb nicht weiterführt, informiert sie per Anschreiben umgehend ihre Versicherten. Pflichtversicherte werden aufgefordert, innerhalb von zwei Wochen nach der Schließung am 30.6.2011 eine neue Krankenkasse zu wählen, damit ein durchgehender Versicherungsschutz gewährleistet ist, freiwillig Versicherte haben drei Monate Zeit zum Kassenwechsel. Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen neue Mitglieder nicht ablehnen.

Ein ähnliches Verfahren läuft bereits bei der BKK Heilberufe. Allerdings steht hier die Entscheidung über den Termin noch aus.

5. Arztnavigator

Jetzt werden auch Ärzte bewertet. Zu dem bereits bekannten Pflegenavigator ist nun der Arztnavigator hinzugekommen. Allerdings funktioniert hier ein ganz anderes System.

Der Patient meldet sich online bei seiner Kasse an und gibt seine Beurteilung für den Arzt ab.



Der Fragebogen besteht aus vier Bereichen: Praxis und Personal, Arztkommunikation, Behandlung und Gesamteindruck. Hinter jedem Fragekomplex verbergen

sich ähnlich dem Pflegenavigator Unterfragen. Das Ergebnis für den Arzt wird im Vergleich zum Bundesdurchschnitt als Prozentzahl und grafisch angezeigt. Um für einen Arzt überhaupt Daten zu veröffentlichen, müssen mindestens 10 Bewertungen eingegangen sein.

Sicherlich stößt auch das Verfahren auf Kritik. Aber hier bewertet der Nutzer, also der Patient, die Leistung. Es kommt kein externer Prüfer von außen. In einer Arztpraxis ist das Spektrum der Patienten anders als in den Pflegeeinrichtungen. Es wäre schon spannend, wie ein solches Verfahren bei uns ausgehen würde.

Spannend ist auch der Titel: **weisse Liste**. Neben der Roten Liste für das Arzneimittelverzeichnis in Deutschland und dem Schwarzbuch als Sammlung von Negativbeispielen aus der Sicht des Herausgebers nun die Farbe weiß.

6. Gesundheitsminister neu berufen

Seit dem 12. Mai 2011 hat das Bundesgesundheitsministerium einen neuen Chef Daniel Bahr.



„Unsere Gesundheitspolitik steht für langfristige Perspektiven. Deshalb werde ich die Gesundheits- und Pflegepolitik in be-

währter Weise fortführen.“ (Quelle: www.bmg.bund.de incl. Bild)

Herr Rössler hatte 2011 zum Jahr der Pflege erklärt. 8 Monate bleiben für das Vorhaben. Schauen wir also am 31. Dezember 2011 noch einmal nach der Reform, vielleicht auch früher.

Viel Erfolg Herr Minister.