

# Fallbeispiel

## Qualitätsaspekt Mobilität

Individuell geplante Maßnahmen im Rahmen der Unterstützung für den Aufenthalt im Freien liegen nicht vor.

Die versorgte Person sitzt im Rollstuhl im Rahmen der Inaugenscheinnahme. Sie ist nicht in der Lage zu Gehen.

Sie wird nach eigenen Angaben regelmäßig (an mindestens drei Tagen in der Woche) durch einen Mitarbeiter des Sozialen Dienstes nach Draußen zu einem Spaziergang begleitet.

Die begleitende Pflegefachkraft gibt an, dass die versorgte Person regelmäßig Unterstützung für den Aufenthalt im Freien von dem Sozialen Dienst erhält. Der Aufenthalt im Freien ist nach ihren Angaben in der Pflegedokumentation nicht geplant. Nach ihren Angaben ist vergessen worden, die Unterstützung für den Aufenthalt im Freien zu planen.

Die versorgte Person hat einen Unterstützungsbedarf im Rahmen des Aufenthaltes im Freien. Die regelmäßigen Unterstützungen für den Aufenthalt im Freien sind der vorgelegten Pflegedokumentation nicht nachvollziehbar zu entnehmen.

# Auswahl der Informationsquellen

---

- Die PrüferInnen entscheiden **nach eigenem Ermessen**, welche Informationsquellen in welcher Reihenfolge genutzt werden.
- Eine einseitig auf die Dokumentation ausgerichtete Prüfung ist zu vermeiden.
- Auskünfte der versorgten Person und fachlich plausible, nachvollziehbare Angaben der MitarbeiterInnen sind im Verhältnis zur schriftlichen Dokumentation **nicht** als nachgeordnet zu betrachten.
- Die Prüferin/der Prüfer entscheidet im Einzelfall, inwieweit Feststellungen, die keine Hinweise auf Qualitätsdefizite umfassen, durch die Nutzung weiterer Informationsquellen zu verifizieren sind.

vgl. QPR vollstationäre Pflege vom 17.12.2018, S. 20

# Stellenwert Fachgespräch

---

- Die fachlich schlüssige, mündliche Darstellung der Versorgung, der Bedarfskonstellation und anderer Sachverhalte haben einen **ebenso hohen Stellenwert** wie die schriftliche Dokumentation.
- Mündliche Schilderungen müssen fachlich nachvollziehbar sein und ein in sich stimmiges Bild geben.

vgl. QPR vollstationäre Pflege vom 17.12.2018, S. 20- 21

# Aber ...

---

... die individuelle Tagesstrukturierung und die individuelle Maßnahmenplanung müssen **in jedem Fall** schriftlich dokumentiert sein (⇒ Fehlen wird als Defizit und nicht als Auffälligkeit gewertet).



**Ausnahme  
beachten!!!**

vgl. QPR vollstationäre Pflege vom 17.12.2018, S. 21

# Auszug Rückmeldung MDK zur Stellungnahme der Einrichtung

„Vermutet die Prüferin oder der Prüfer hingegen ein Qualitätsdefizit , so genügt nicht alleine das Fehlen von Einträgen in der Pflegedokumentation , um den Nachweis zu führen . Zur Verifizierung muss im Regelfall mindestens eine weitere Informationsquelle entsprechende Hinweise geben. [...]. Hiervon gibt es Ausnahmen; diese sind als explizite Hinweise auf Dokumentationsanforderungen bei einigen Qualitätsaspekten in den Prüfbögen oder den Ausfüllhinweisen aufgeführt. So müssen die individuelle Tagesstrukturierung und die individuelle Maßnahmenplanung in jedem Fall schriftlich dokumentiert sein . Fehlen sie ganz oder teilweise, so ist davon auszugehen, dass für die versorgte Person das Risiko besteht, eine nicht ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen entsprechende Versorgung erhalten , weshalb das Fehlen einer individuellen Tagesstrukturierung oder eine lückenhafte Maßnahmenplanung als Defizit zu werten ist.“

Am Prüftag waren individuell geplante Maßnahmen sowie eine individuelle Tagesstrukturierung im Hinblick auf den Aufenthalt im Freien , nicht erfasst.

Für die versorgte Person besteht das Risiko, dass aufgrund der fehlenden Maßnahmenplanung, die erforderlichen Maßnahmen zum Aufenthalt im Freien nicht durchgeführt werden. Insbesondere dann, wenn die versorgte Person durch Mitarbeiter der Einrichtung versorgt wird, die die versorgte Person nicht kennen.

Die Bewertung durch den MDK-[REDACTED] war korrekt.

C