

Auf
Augenhöhe
mit dem
MDK

Jutta König

100 Fehler bei der MDK-Prüfung

Die richtige Vorbereitung – die wichtigsten
Kenntnisse – Rechte & Pflichten

5., aktualisierte Auflage

Jutta König

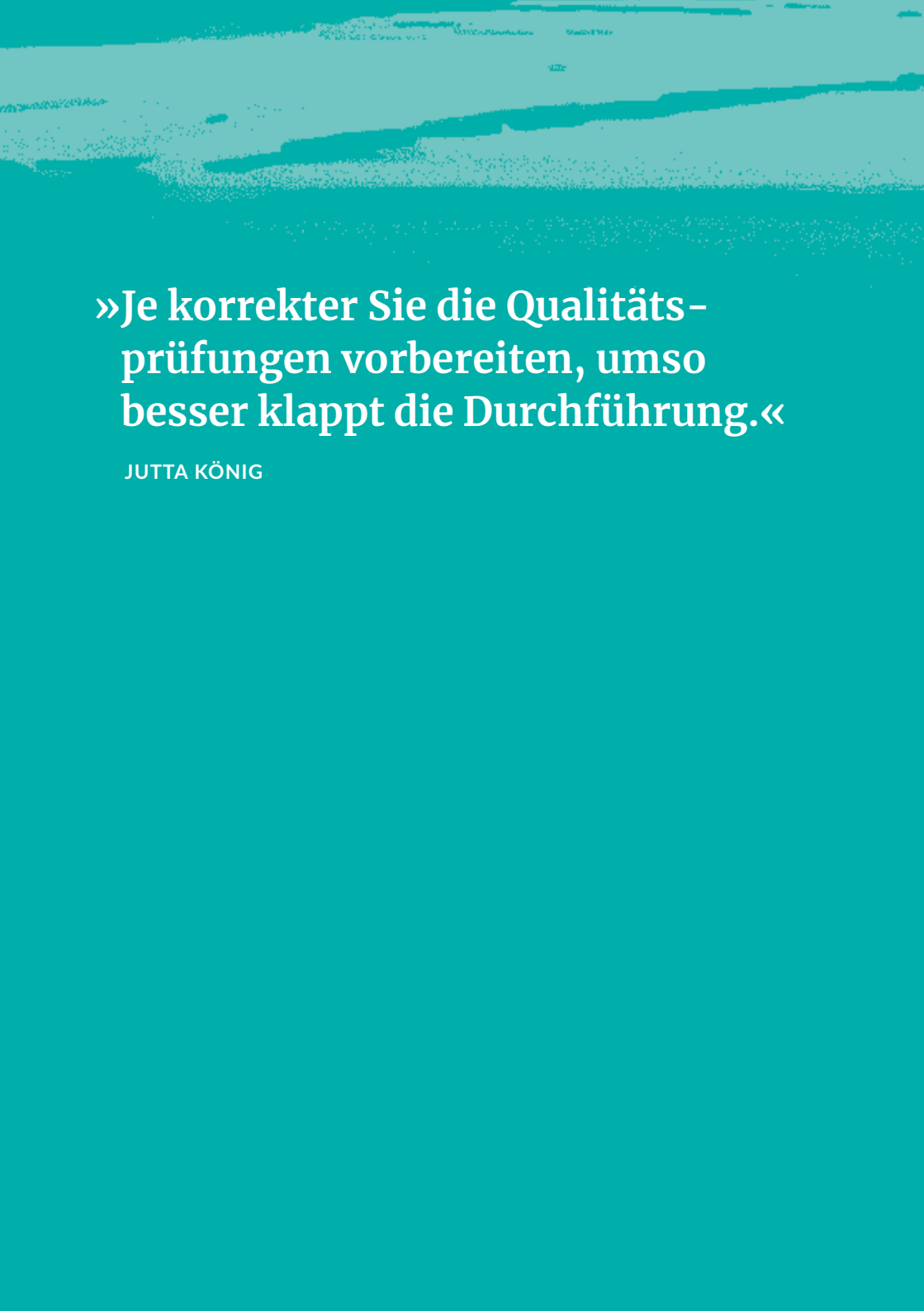
100 Fehler bei der MDK-Prüfung

Die richtige Vorbereitung – die wichtigsten
Kenntnisse – Rechte & Pflichten

5., aktualisierte Auflage

**Auf
Augenhöhe
mit dem
MDK**

Jutta König ist Altenpflegerin, Pflegedienst- und Heimleitung, Wirtschaftsdiplombetriebswirtin Gesundheit (VWA), Sachverständige bei verschiedenen Sozialgerichten im Bundesgebiet sowie beim Landessozialgericht in Mainz, Unternehmensberaterin, Dozentin in den Bereichen SGB XI, SGB V, Heimgesetz und Betreuungsrecht.



**»Je korrekter Sie die Qualitäts-
prüfungen vorbereiten, umso
besser klappt die Durchführung.«**

JUTTA KÖNIG



pflgebrief

– die schnelle Information zwischendurch
Anmeldung zum Newsletter unter www.pflegen-online.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8426-0829-0 (Print)

ISBN 978-3-8426-9035-6 (PDF)

ISBN 978-3-8426-9036-3 (EPUB)

© 2020 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden.

Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Titelbild: [goodluz - stock.adobe.com](http://goodluz-stock.adobe.com)

Covergestaltung und Reihenlayout: Lichten, Hamburg

Druck: Gutenberg Beuys Feindruckerei GmbH, Langenhagen

Inhalt

Vorwort	10
1 Die Prüfung	12
1. Fehler: Annahme, nur der MDK dürfe prüfen	12
2. Fehler: Annahme, der MDK melde sich zur Prüfung immer an ..	13
3. Fehler: Annahme, es gäbe keine nächtlichen Prüfungen	15
4. Fehler: Die Prüfer wählen willkürlich einen Pflegebedürftigen aus	16
5. Fehler: Den Angehörigen wird generell ein Entscheidungsrecht eingeräumt	20
6. Fehler: Die Prüfer rufen die Kunden selbst an	21
7. Fehler: Eine mündliche Zustimmung des Pflegebedürftigen wird als ausreichend betrachtet	21
8. Fehler: Die Einwilligung wird bereits vorher eingeholt	22
9. Fehler: Annahme, jeder Kunde könne in die Prüfung einbezogen werden	22
10. Fehler: Bei einer Anlassprüfung wählen die Prüfer die Pflegebedürftigen selbst aus	23
11. Fehler: Die Prüfer dürfen sich im Haus frei bewegen	24
12. Fehler: Die Prüfer gehen allein zum Pflegebedürftigen	25
13. Fehler: Die Leitungskräfte bereiten sich nicht auf die Prüfung vor	26
14. Fehler: Annahme, der MDK könne Einrichtungen schließen ...	27
15. Fehler: Annahme, nach schlechtem Prüfungsergebnis sei der Versorgungsauftrag weg	28
16. Fehler: Annahme, die Prüfer wüssten es besser	29
2 Unterlagen	32
17. Fehler: Unterlagen werden kopiert und mitgegeben	32
18. Fehler: Der Strukturteil gilt als anstrengend	33
19. Fehler: Prüfer können sich alle Unterlagen ansehen	34
20. Fehler: Die Prüfer prüfen den Dienstplan	35
21. Fehler: Keine Handzeichenliste wegen PC-Dokumentation ...	35
22. Fehler: Der MDK-Prüfer schaut in die Personalakten	36

3	Die Dokumentation	38
23. Fehler:	Die Dokumentation im ambulanten Dienst wird nicht beim Kunden geführt	38
24. Fehler:	Die Pflegedokumentation wird aus Datenschutzgründen nicht mitgenommen	39
25. Fehler:	Annahme, man müsse aufs Strukturmodell (bzw. SIS®) umstellen	40
26. Fehler:	Es wird für jeden Kunden eine Pflegeplanung oder SIS® geschrieben	41
27. Fehler:	Für Kurzzeitpflegegäste wird generell keine Pflegeplanung oder SIS® geschrieben	42
28. Fehler:	Die Behandlungspflege kommt in die Pflegeplanung oder SIS®	43
29. Fehler:	Die Pflegeplanung erfolgt anhand der AEDL	44
30. Fehler:	Es werden generell alle AEDL/ATL in die Pflegeplanung aufgenommen	45
31. Fehler:	Die Auswertung der Pflegeplanung oder SIS® erfolgt in einem festen Rhythmus	47
32. Fehler:	Die Anamnese erfolgt anhand der AEDL	48
33. Fehler:	Die Anamnese wird nicht zeitnah erstellt	49
34. Fehler:	Die Anamnese wird aktualisiert	51
35. Fehler:	Die SIS® wird nicht aktualisiert	52
36. Fehler:	Annahme, die Medikamente müssten vom Arzt abgezeichnet werden	53
37. Fehler:	Annahme, die Bedarfsmedikation mache der Arzt	54
38. Fehler:	Annahme, Biografiebögen wären von großer Bedeutung	56
39. Fehler:	Jede Verrichtung wird im Leistungsnachweis einzeln abgezeichnet	58
40. Fehler:	Beim Strukturmodell wird auf Nachweise verzichtet	60
41. Fehler:	Nur Fachkräfte schreiben die SIS®	61
42. Fehler:	Im Pflegebericht wird regelmäßig etwas eingetragen	62
43. Fehler:	Annahme, es seien unbedingt Assessments oder Risikoskalen erforderlich	63
44. Fehler:	Annahme, Assessments oder Risikoskalen seien immer entbehrlich	64
45. Fehler:	Der BMI wird einmal im Monat erhoben	65

46. Fehler: Bei allen Schmerzpatienten werden Schmerz-Skalen geführt	66
47. Fehler: Keine Wunde ohne Wunddokumentation	67
48. Fehler: Wundbeschreibung erfolgt bei jedem Verbandswechsel	68
49. Fehler: Wunden werden immer fotografiert	69
50. Fehler: Es findet keine Evaluation der Wunde statt	70

4 Soziale Betreuung im stationären Bereich

51. Fehler: Annahme, zusätzliche Betreuungskräfte würden nicht überprüft	72
52. Fehler: Einzelnachweise für soziale Betreuung und zusätzliche Betreuung	73
53. Fehler: Annahme, soziale Betreuung müsse jeden Tag stattfinden	75
54. Fehler: Annahme, die Aushänge zur Betreuung müssen einer bestimmten Form genügen	76

5 Das neue Bewertungsverfahren

55. Fehler: Annahme, Defizite in der Prüfung ergäben sich aus der Dokumentation	78
56. Fehler: Annahme, eine Tagesstruktur ergebe sich wie von selbst	79
57. Fehler: Nächtliche Kontrollgänge müssen sein	82
58. Fehler: Die nächtliche Versorgung muss nicht schriftlich festgehalten werden	84

6 Die Plausibilitätsprüfung

59. Fehler: Plausibilität können die Prüfer bei allen Bewohnern prüfen	87
60. Fehler: Es wird nur bei neun Bewohner die Plausibilität geprüft	87
61. Fehler: Ein Fehler ist bereits eine kritische Abweichung	88
62. Fehler: Falsche Angaben im Erhebungsreport sind nicht tragisch	89
63. Fehler: Man kann ja mal was vergessen, das ist doch nicht kritisch	89

64. Fehler: Wenn sich ein Bewohner verändert hat, ist die Angabe im Erhebungsbogen nicht mehr plausibel	90
---	----

7 Besondere Bedarfskonstellationen 93

65. Fehler: Genehmigte freiheitseinschränkende Maßnahmen werden nicht mehr überprüft	93
66. Fehler: Freiheitseinschränkende Maßnahmen gibt es nicht im ambulanten Bereich	94
67. Fehler: MDK bewertet Vorlage einer Genehmigung oder Selbsteinwilligung bei FEM	95
68. Fehler: Medikamente werden nicht als FEM angesehen	96
69. Fehler: Überleitungsbogen wird nicht erstellt	97

8 Umgang mit Menschen mit psychischen Problemlagen 98

70. Fehler: Bei herausforderndem Verhalten wird keine Ursachenforschung betrieben	98
71. Fehler: Ungepflegte Fingernägel sorgen für eine schlechte Bewertung	99
72. Fehler: Selbstbestimmtes Handeln wird nicht akzeptiert	102
73. Fehler: Pflegebedürftige haben nur Pflichten, aber keine Rechte	103
74. Fehler: Eine Überversorgung wird positiv gewertet	105

9 Organisation 108

75. Fehler: Das Übergabebuch für ambulante Dienste wird als verpflichtend angesehen	108
76. Fehler: Annahme, Übergabebücher seien verboten	110
77. Fehler: MDK-Prüfer betrachten Pflegevisiten als Pflicht	111
78. Fehler: MDK-Prüfer kritisieren Art und Ablauf von Fallbesprechungen	112
79. Fehler: Annahme, ein Tourenplan müsse schriftlich nachvollziehbar sein	113
80. Fehler: Übergaben werden nicht hinterfragt	114
81. Fehler: Der Prüfer schaut in den Beschwerdeordner	117
82. Fehler: Alle Expertenstandards werden sofort umgesetzt	118

10 Denk- und Merkwürdiges aus der Praxis	120
83 Fehler: Fehler in der EDV-Dokumentation werden der Software angelastet	120
84. Fehler: Abgesetzte Medikamente werden aus dem Medikamentenschrank entfernt	122
85. Fehler: Verblistern der Medikamente durch die Apotheke wird abgelehnt	123
86. Fehler: Annahme, das Richten in Wochendosetten sei nicht statthaft	125
87. Fehler: Der Apotheker richtet die Medikamente für die Einrichtung	126
88. Fehler: Annahme, die medizinische Behandlungspflege dürfe nur von Fachkräften erbracht werden	127
89. Fehler: Annahme, die verantwortliche Pflegefachkraft müsse vollzeitbeschäftigt sein	129
90. Fehler: Annahme, die stellvertretende Leitung könne geringfügig beschäftigt werden	130
91. Fehler: Annahme, es gäbe verbindliche Vorschriften über die Anzahl der Mitarbeiter	131
92. Fehler: Annahme, Mitarbeiter müssten jährlich fortgebildet werden	132
93. Fehler: Ambulante Dienste beraten nur im Rahmen ihres Auftrags	133
94. Fehler: Beratungsprotokolle sind Pflicht	138
95. Fehler: Beratung darf nicht älter als ein Jahr sein	139
96. Fehler: Stationär muss man Beratungsprotokolle führen	139
97. Fehler: Annahme, es gäbe unterschiedliche Regelungen beim MDK	140
98. Fehler: Annahme, die Privaten prüften besser	141
99. Fehler: Alle Empfehlungen des MDK werden sofort umgesetzt	142
100. Fehler: Die Einrichtung ignoriert Empfehlungen des MDK	143
Literatur	144
Register	147

Vorwort

Ich freue mich, Ihnen die 5., aktualisierte Auflage dieses Buches zu präsentieren, denn all die strittigen Punkte und Diskussionen rund um das Thema MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung), die Prüfung und die Qualitätsanforderungen sind mir immer wieder ein Anliegen. Und wir sagen endlich – nach 10 Jahren: »Noten ade«.

Bereits in den vergangenen Auflagen habe ich Ihnen hoffentlich deutlich machen können, wie wichtig Kenntnisse im Bereich der Qualitätsprüfungen sind. Durch die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) in 2019 sind weitere Neuerungen hinzugekommen.



Info

Die Prüfer werden auch weiterhin anhand eines einheitlichen Bewertungssystems ihre Bewertung vergeben. Doch die Bewertungssystematik ist nun eine gänzlich andere ist als die der letzten 10 Jahre! Darauf sollten Sie vorbereitet sein!

Dieses kompakte Buch kann keine gute Prüfung garantieren, aber es soll Ihnen zeigen,

- welche Gesamtzusammenhänge es gibt,
- welche Notwendigkeiten und Erfordernisse und
- welche Rechte und Pflichten die Einrichtungen als Beteiligte haben,
- was in der Prüfung schiefgehen kann und
- welche Besonderheiten Sie bei der Vorbereitung und Durchführung einer Qualitätsprüfung beachten müssen.

Während die Prüfungsergebnisse des MDK bis 2009 nicht direkt vergleichbar waren, danach 10 Jahre lang Noten vergeben wurden, die am Ende alle bei 1,x lagen, wird heute ein neues Prüfverfahren angewendet. Dieses hat gravierende Änderungen für alle Beteiligten zur Folge.

Dieses Buch hilft Ihnen dabei, Qualitätsprüfungen möglichst korrekt vorzubereiten und zu durchlaufen. Es gibt Ihnen mehr Sicherheit im Umgang mit den MDK- und PKV-Prüfern und kann dafür sorgen, dass Sie gute Ergebnisse sichern können.

Januar 2020

Jutta König



Info

Der Einfachheit halber bezeichne ich die »QUALITÄTSPRÜFUNGS-
RICHTLINIEN FÜR DIE VOLLSTATIONÄRE PFLEGE (QPR voll-
stationär) Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Durchfüh-
rung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen
und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege
vom 17. Dezember 2018« einfach als **QPR vollstationär**.

Wenn ich vom **MDK** spreche, meine ich gleichermaßen auch die
Prüfteams der privaten Krankenversicherung (PKV).

1 Die Prüfung

1. Fehler: **Annahme, nur der MDK dürfe prüfen**

Immer noch begegnet mir in meiner Praxis Unwissenheit um das Thema Qualitätsprüfung und Pflegeversicherung. Das ist bei den Pflegekräften nicht verwunderlich. Leider verfügen sie oft nicht über die entsprechenden Informationen, weil sie von den Vorgesetzten nicht entsprechend ins Bild gesetzt werden. Aber bei den Führungskräften wundert mich das mitunter schon. Ich höre von Qualitätsmitarbeitern oder Führungskräften selbst heute noch, dass sie nicht wüssten, ob und wie man an die Prüfgrundlagen herankommt ...



Info

Alle Unterlagen rund um die Qualitätsprüfung bekommt man beim MDS direkt. Entweder unter der Homepage <https://www.mds-ev.de/themen/pflegequalitaet/qualitaetspruefungen.html> oder per Post beim MDS, Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen.

MDS steht übrigens für »Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen«).

Seit 2013 dürfen auch die Privatkassen Prüfungen durchführen. Jede Einrichtung kann also wie bisher vom MDK oder von Prüfern der Privaten Krankenversicherung (PKV-Prüfdienst) geprüft werden. Das ist eine Alternative, keine Doppelprüfung! Die Prüfgrundlagen sind identisch.

2 Unterlagen

17. Fehler: **Unterlagen werden kopiert und mitgegeben**

Die MDK-Prüfungen dauern unterschiedlich lange. Es werden stationär neun Bewohner, ambulant neun Kunden und jeweils der individuelle Pflegezustand sowie die Dokumentationen überprüft. Da die Struktur komplett zusammengeschrumpft ist, sollte ein Tag Prüfung genügen. Sind die Defizite jedoch umfassend, dauert es etwas länger.

Können die Prüfer vor Ort aus Zeitgründen nicht alles einsehen, möchten sie häufig Unterlagen mitnehmen. Viele Einrichtungen versuchen zu kooperieren und wollen den Prüfern nichts abschlagen. Oft beherrscht auch die Angst vor Repressalien in der Prüfsituation. Die Mitarbeiter der Einrichtungen tun alles, was von ihnen verlangt wird. Immer wieder höre ich auch von großen Trägern, dass man ein friedliches Miteinander möchte, man wisse um seine Probleme und möchte durch Verweigerung von Unterlagen keine schlafenden Hunde wecken.

Die Folge ist, dass – oftmals ohne Bedenken – Unterlagen aus der Einrichtung, zusammen mit Pflegedokumentationen auf Kosten der Einrichtung kopiert und ausgehändigt werden. Dabei sollte bedacht werden, dass alle Dokumente, die das Haus einmal verlassen haben, nicht mehr »kontrolliert« geprüft werden und die Einrichtungsverantwortlichen nicht mehr direkt, sondern nur noch im Nachhinein, Stellung beziehen können.

3 Die Dokumentation

23. Fehler: Die Dokumentation im ambulanten Dienst wird nicht beim Kunden geführt

In ambulanten Diensten liegt die Pflegedokumentation normalerweise beim Kunden vor Ort. Das bedeutet natürlich auch, dass der Kunde – im Gegensatz zu einem Heimbewohner – lesen kann, was über ihn geschrieben wurde.

Ich habe in einer Prüfung erlebt, dass eine Kundin sich dagegen verwahrte, dass ihre Stuhlgang- und Ausscheidungsfrequenz in der Pflegedokumentation festgehalten wurde. Sie wehrte sich gegen diese – ihrer Meinung nach – intimen Aufzeichnungen. Als ihre Akte bei der MDK-Prüfung zufällig ausgewählt wurde, erklärte sie sich mit einer Überprüfung der Akte und einer Befragung einverstanden. Nun wurde gefragt, warum der ambulante Dienst die Ausfuhr nicht notierte, obwohl die Dame einen Katheter hat, und warum die Stuhlgänge nicht ebenfalls protokolliert würden, schließlich erhalte sie ja Medikamente, die auf den Stuhlgang Einfluss hätten. Die Frau machte klar, dass sie der schriftlichen Erhebung ihrer Ausscheidung nicht zugestimmt habe. Beim Abschlussgespräch im Pflegedienst bat der Mitarbeiter des MDK darum, diese Pflegedokumentation künftig im Dienst zu führen, sodass man die Ausfuhr aufschreiben könne.

Dieses Vorgehen ist nicht rechtens, weder gefordert noch für die Pflege erforderlich. Zulässig ist es, die Dokumentation in Ausnahmefällen nicht vor Ort, sondern im Dienst aufzubewahren. Diese Ausnahmen sind »begründete Ausnahmen« (der Pflegebedürftige ist desorientiert und »versteckt« oder

4 Soziale Betreuung im stationären Bereich

51. Fehler: **Annahme, zusätzliche Betreuungskräfte würden nicht überprüft**

In stationären Pflegeeinrichtungen wird mit der überarbeiteten QPR 2019 von MDK- oder PVK-Prüfern auch die Qualifikation der Mitarbeiter der sozialen Betreuung nach § 8 Abs. 6 SGB XI überprüft. Das sind die ehemaligen § 87b SGB XI-Mitarbeiter, die im neuen SGB XI nun dem § 85 Abs. 8 und § 43b zugeordnet und danach refinanziert werden. Abgefragt wird die Funktion/Qualifikation auf Seite 66 der vollstationären QPR²⁴.

Die Qualifikation wiederum regeln die »Richtlinien nach § 53c SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RL) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 23. November 2016, gültig seit 1. 1. 2017²⁵.

²⁴ Diese erhalten Sie – wie schon zuvor beschrieben – u.a. im Internet: <https://www.mds-ev.de/themen/pflegequalitaet/qualitaetspruefungen.html>, s. auch 1. Fehler

²⁵ https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/betreuungskraefte_nach_87_b_sgb_xi/betreuungskraefte_nach_87_b_sgb_xi.jsp

5 Das neue Bewertungsverfahren

Mit der neuen vollstationären QPR wird ein neues Bewertungsverfahren eingeführt. Vorbei ist die Zeit mit Noten, vorbei ist die Zeit, in der allein das Abzeichnen einer Leistung als »gute Qualität« bewertet wurde, vorbei die Zeit, in der das Fehlen eines Handzeichen als Mangel galt.

Die neuen Bewertungen sehen eine Staffelung vor (von A bis D):

- A) Keine Auffälligkeiten oder Defizite
- B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Kunden erwarten lassen
- C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Kunden
- D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Kunden

Das Gute an der Bewertungssystematik ist, dass B's nicht in die Bewertung einfließen. Ein B wäre lediglich eine Auffälligkeit, die beratungsrelevant ist, aber nicht für die Defizite addiert wird.

Das Schlechte an der neuen Bewertungssystematik ist: Auch die beste Bewertung (A) wird nicht bewertet. So kann z. B. keine C-Bewertung mit einem A ausgeglichen werden.

6 Die Plausibilitätsprüfung

Aufgabe der Prüfer ist künftig in den vollstationären Qualitätsprüfungen die Plausibilität der Eingaben zu prüfen. Die stationären Einrichtungen melden alle sechs Monate an die DAS (das aQua-Institut Göttingen) ihre Daten für alle Bewohner. Ausgeschlossen von dieser Meldung werden nur Personen,

- deren Einzugsdatum weniger als 14 Tage vor dem Stichtag liegt,
- die als Kurzzeitpflegegäste im Hause sind,
- die sich in der Sterbephase befinden,
- die sich seit mindestens 21 Tagen vor dem Stichtag nicht mehr in der Einrichtung aufhalten, z. B. wegen einer Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme oder eines längeren Urlaubs mit Angehörigen.

Das bedeutet, diese Bewohner werden zwar codiert, aber als sogenannte »Ausschlussbewohner« gemeldet (mit einem der vier genannten Gründe) und im Erhebungsreport mit Ausschlussgrund erfasst.

Für alle anderen Bewohner werden die Erhebungsbögen mit 98 Fragen ausgefüllt.



Info

Aufgabe der Prüfer ist es künftig, sowohl den Erhebungsreport als auch die Erhebungsbögen zu prüfen.

7 Besondere Bedarfskonstellationen

Unter den besonderen Bedarfskonstellationen versteht man Dinge, die nicht alltäglich angewendet werden oder anfallen. Diese werden in der neuen vollstationären QPR deshalb auch unter diesem gesonderten Punkt erfasst.

65. Fehler: **Genehmigte freiheitseinschränkende Maßnahmen werden nicht mehr überprüft**

Freiheitseinschränkende Maßnahmen können nur in drei Fällen einwandfrei rechtens sein:

1. Der Pflegebedürftige persönlich stimmt zu (= Selbsteinwilligung).
2. Es besteht ein rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB). Das Pflegepersonal muss umgehend handeln, um akute Gefahren abzuwenden.
3. Das Gericht genehmigt eine Maßnahme für einen bestimmten Zeitraum (i.d.R. zwei Jahre). Entweder bestimmt der Richter selbst, oder er überträgt die sogenannten »unterbringungsähnlichen Maßnahmen« auf den Betreuer, damit dieser entscheidet. Das ist nicht wirklich gut, aber leider Praxis in einigen Bundesländern.

Alle anderen Möglichkeiten, z. B. der Schutz vor dem unwillkürlichen Herausfallen sind keine Freiheitseinschränkung. *»Eine Freiheitsentziehung ist nicht anzunehmen, wenn der Betreute auch ohne die Maßnahme gar nicht in der Lage wäre, sich fortzubewegen.«⁴⁵*

⁴⁵ Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2018): Betreuungsrecht. S. 23. Im Internet: <https://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Betreuungsrecht.html>

8 Umgang mit Menschen mit psychischen Problemlagen

70. Fehler: **Bei herausforderndem Verhalten wird keine Ursachenforschung betrieben**

Menschen mit Demenz zeigen nicht selten herausfordernd erlebtes Verhalten und psychische Problemlagen, die sie und auch ihr Umfeld belasten. Nun darf man die Menschen mit Demenz nicht auf ihre Krankheit allein reduzieren. Deshalb sagen Sie bitte nicht »der Demente« oder »der Demenzbereich«. Stellen Sie immer den Menschen vor die Erkrankung. Sagen Sie also »Mensch mit Demenz« und »Wohnbereich für Menschen mit Demenz«. Sprache ist Macht.

Das herausfordernde Verhalten, das Menschen mit Demenz oder anderen psychischen Erkrankungen aufweisen, darf auch nicht allein auf die Erkrankung geschoben werden. Einige Verhaltensmuster sind erlernt, andere werden provoziert und projiziert.

Wenn ein Mensch mit Demenz seine grüne Jacke sucht und fortwährend die gleiche Antwort erhält (»ist bei der Wäsche«), glaubt er das am dritten Tag nicht mehr recht. Eine gute Hausfrau wäscht ihre Wäsche schnell weg, weil sie nicht so viel davon hat. Die Folge kann sein, dass der Klient noch weniger Wäsche aus der Hand gibt, weil er denkt, er bekäme sie nicht zurück.

9 Organisation

75. Fehler: **Das Übergabebuch für ambulante Dienste wird als verpflichtend angesehen**

Anders als in vielen stationären Einrichtungen gibt es in der ambulanten Pflege keine Übergabegespräche zwischen den einzelnen Schichten und Touren. Die Mitarbeiter der einen Tour sehen die Kollegen der anderen Tour nur sehr unregelmäßig bzw. nur bei Sitzungen und Besprechungen.

Hier stellt sich auch bei MDK-Prüfungen die Frage, wie die Informationen zwischen den Mitarbeitern fließen. Nichts liegt für Mitarbeiter und auch einige MDK-Prüfer näher, als nach einem schriftlichen Informationswesen zu verlangen. Das Übergabebuch scheint das geeignete Instrument für die Weitergabe der tourenübergreifenden Informationen zu sein. So habe ich in vielen ambulanten Diensten zu hören bekommen, dass der MDK ein Übergabebuch empfohlen, in einigen Fällen sogar verlangt habe.

10 Denk- und Merkwürdiges aus der Praxis

83 Fehler: Fehler in der EDV-Dokumentation werden der Software angelastet

Ich kenne die meisten Softwaresysteme namentlich und viele davon habe ich bereits im Einsatz gesehen. In einigen Einrichtungen gibt es immer wieder strittige Punkte hinsichtlich der Pflegedokumentation auf PC. Die Prüfer finden sich in den Akten nicht zurecht, sie haben keine Zugriffsrechte und können nicht einfach so im System »hin- und herblättern« etc.

Es kann aber auch sein, dass die EDV nicht ausgereift oder mangelhaft ist und die Prüfer deshalb die Pflegedokumentation kritisch bewerten.

Welches System eine Einrichtung auch immer wählen mag, ob den teuersten oder den preisgünstigen Anbieter, ob nach AEDL, nach Strukturmodell oder anders geartet, z. B. nach Begutachtungsinstrument aufgebaut – niemand kann Ihnen hier Vorschriften machen. Die einzige Voraussetzung ist, dass das Dokumentationssystem den gesetzlichen Anforderungen entspricht, genauer gesagt: dem Heimgesetz (nur teil- und vollstationär), der Rahmenvereinbarung nach § 75 SGB XI.

Erforderlich ist lediglich, den Pflegeprozess abzubilden. Und das kann man mit deutlich weniger Aufwand. Es gibt keine Vorschriften darüber, welche Dokumentationsvordrucke zu verwenden sind. Es gibt auch keine Vorschriften darüber, welche Inhalte zu dokumentieren sind. Die Prüffragen geben lediglich Hinweis auf Vordrucke:

Register

- Abweichung
 - kritische 88
- AEDL 44
- Anamnese 48, 49, 51
- Angehörige,
 - Entscheidungsrecht 20
- Anlassprüfung 13, 23
- Anmeldung, MDK 13
- Anordnung, ärztliche 53
- Apotheke
 - Medikamenten richten 126
- Assessments 63
- ATL 45
- Auffälligkeiten 89
- Ausschlussbewohner 18

- Bedarfskonstellationen
 - besondere 93
- Bedarfsmedikation 54, 55
- Behandlungspflege 43
- Behandlungspflege,
 - medizinische 127
- Beratung 133
 - Aktualität 139
- Beratungsprotokoll 135
- Beratungsprotokolle 138, 139
- Bereich
 - kritischer 89
- Beschwerdemanagement 117
- Bestimmungsrecht 20
- Bewertungsverfahren 77
- Biografiebögen 56
- BMI 65

- Datenauswertungsstelle 17
- Datenschutz 39, 40
- Dienstplan 35
- Dokumentation 38
- Doppelprüfung 12

- EDV-Dokumentation 120
- Einwilligung 21
- Erhebungsbogen 86, 90
- Erhebungsreport 86
- Expertenstandard
 - Pflege von Menschen mit chronischen Wunden 69
- Expertenstandards 118

- Fallbesprechungen 112
- Fehler 88
- FEM
 - Medikamente 96
 - Selbsteinwilligung 95
- Fortbildung 132

- Handzeichenliste 35

- Initiative Neue Qualität der Arbeit 62

- Kontrollgänge
 - nächtliche 82
- Kundenliste 16
- Kurzzeitpflegegäste 42

- Leistungsnachweis 58

- Maßnahmen,
 - freiheitseinschränkende 93
- MDK
 - Empfehlungen 143
 - Schulungskonzept 30
- MDK, Empfehlungen 142
- Medikament
 - freiheitsseinschränkende Maßnahme 55
- Medikamente 53
 - abgesetzte 122
- Mitarbeiteranzahl 131

- Personalakten 36
- Pflegebedürftige, Auswahl 16
- Pflegebedürftige, Rechte 103
- Pflegebericht 62
- Pflegefachkraft
 - Beschäftigungsverhältnis 129
- Pflegeplanung 41
 - Auswertung 47
- Pflegevisite 111
- Pflegezustand 99
- Plausibilitätskontrolle 88
 - Auffälligkeiten 91
- Plausibilitätsprüfung 86
- Prüfung
 - Anmeldung 13
 - Beschwerdemanagement 117
 - Defizite 78
 - nächtliche 15
 - Vorbereitung 26
- Pseudonymisierungsliste 18

- QPR vollstationär 77
- Qualitätsbewertung 78
- Qualitätsindikatoren 13

- Rezept 53
- Risikoliste 16
- Risikoskalen 63

- Schmerz-Skalen 66
- Selbstbestimmung 102
- SIS®
 - Aktualisierung 52
 - Auswertung 47
 - Erfassung 61
- Soziale Betreuung 72
 - Aushänge 76
 - Häufigkeit 75
 - Überprüfung 73
- Stichprobenziehung 23
- Strukturmodell 40
 - Nachweise 60
- Strukturteil 33

- Tagesstruktur 79
- Tourenplan 113

- Übergabebuch 108
- Übergaben 114
- Überleitungsbogen 97
- Übersversorgung 105
- Unterlagen 32

- Verblistern 123
- Verhalten
 - herausforderndes 98
- Versorgung
 - nächtliche 84
- Versorgungsauftrag, Entzug 28
- Versorgungsvertrag 28
- Versorgungsvertrag, Entzug 28
- Wochendosetten 125
- Wundbeschreibung 68
- Wunddokumentation 67
- Wunde, Evaluation 70
- Zustimmung, mündliche 21

Jetzt zählt nur noch das Ergebnis!



Jutta König | Manuela Reiß

Qualitätsindikatoren und -aspekte für die Altenpflege

**Die neue Qualitätsprüfung kennen
und umsetzen**

200 Seiten, Softcover
ISBN 978-3-89993-997-2
€ 26,95

Auch als E-Book erhältlich

- Qualitätsindikatoren kennen und sicher umsetzen
- Praxisnahe Strategien rund um die neue Prüfung
- Hilfreiche Tipps zur neuen Art der Pflegedokumentation

»**Alles, was Sie zum Thema »Qualitätsindikatoren«
wissen müssen.**«

Jutta König

Änderungen vorbehalten.

buecher.schluetersche.de



pflegen-online.de

Mehr Kompetenz – weniger Fehler



Jutta König

100 Fehler im Umgang mit Strukturmodell und SIS®

**Anwenderkompetenz optimieren –
Zusammenhänge erkennen – Evaluationen
verbessern**

152 Seiten, Softcover
ISBN 978-3-89993-998-9
€ 24,95

Auch als E-Book erhältlich

- SIS® und Strukturmodell sinnvoll einbinden
- Fallen und Fehler im Alltag erkennen und beseitigen
- Experten-Knowhow leicht verständlich erklärt

**»Auf die richtige
Handhabung kommt es an!«**

Jutta König

Änderungen vorbehalten.



Gemeinsamkeiten und Unterschiede entdecken



Jutta König

BI, SIS®, Expertenstandards & Qualitätsindikatoren

Zusammenhänge erkennen – Fallen vermeiden – perfekt dokumentieren

264 Seiten, Softcover
ISBN 978-3-89993-987-3
€ 29,95

Auch als E-Book erhältlich

- Klare Struktur: so werden BI, Expertenstandards, SIS® und Qualitätsindikatoren sinnvoll miteinander verbunden
- Richtiger Pflegegrad: Die Pflegedokumentation als Grundlage
- Perfekte Dokumentation: Die Qualitätsindikatoren als Maßstab für MDK-Prüfungen

»Das Ende der Verwirrung und der Anfang einer schlanken Struktur.«

Jutta König

Änderungen vorbehalten.

