



Jutta König

# Was die PDL wissen muss

Die neuen Qualitätsinstrumente  
sicher anwenden

8., aktualisierte Auflage

**schlütersche**



Jutta König

# Was die PDL wissen muss

Die neuen Qualitätsinstrumente sicher anwenden

8., aktualisierte Auflage

**schlütersche**



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



**»Jeder Erfolg, den man erzielt,  
schafft uns einen neuen Feind.  
Man muss mittelmäßig sein,  
wenn man beliebt sein will.«**

OSCAR WILDE



## pflegebrief

– die schnelle Information zwischendurch  
Anmeldung zum Newsletter unter [www.pflegen-online.de](http://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 978-3-89993-996-5 (Print)

ISBN 978-3-8426-9031-8 (PDF)

ISBN 978-3-8426-9032-5 (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: gzorgz – stock.adobe.com

Covergestaltung und Reihenlayout: Lichten, Hamburg

Druck: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

# Inhalt

Vorwort .....	12
<b>Teil 1 – Gesetze und Verordnungen</b> .....	<b>15</b>
<b>1 Übersicht</b> .....	<b>16</b>
<b>2 Arzneimittelgesetz (ArzneimittelG)</b> .....	<b>20</b>
2.1 Verblistern .....	20
2.1.1 Nachteile des Blisterns .....	22
2.1.2 Veröffentlichungen zum Thema .....	23
2.2 Aufbewahrung von Arzneimitteln und Verbandsstoffen .....	27
2.3 Therapie sowie Abgabe von Arzneimitteln .....	28
2.4 Weitergabe von Arzneimitteln .....	30
<b>3 Datenschutzgesetz</b> .....	<b>32</b>
3.1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) .....	32
3.2 Allgemeine Aussagen aus dem BDSG .....	33
3.2.1 Hinweise zur praktischen Anwendung der DSGVO .....	35
3.3 Einsichtsrecht der Kassen .....	39
3.3.1 Auszüge aus Veröffentlichungen .....	42
3.4 Datenweitergabe durch den Arzt .....	44
3.5 Einsichtsrecht der Betroffenen .....	47
3.6 Aufbewahrungspflichten .....	48
<b>4 Infektionsschutzgesetz (IfSG)</b> .....	<b>49</b>
4.1 § 4 Aufgaben des Robert Koch-Instituts (RKI) .....	49
4.2 § 6 Meldepflichtige Krankheiten .....	50
4.3 § 7 Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern .....	51
4.4 § 43 Belehrung, Bescheinigung des Gesundheitsamtes .....	53
4.4.1 Beispiel einer Belehrung .....	54
4.5 Hygienehandbuch .....	56
<b>5 Heimgesetz (HeimG)</b> .....	<b>57</b>
5.1 Heimgesetz ade .....	57
5.2 Definitionen von Einrichtungen .....	59
5.2.1 Alles aus einer Hand? Das muss ein Heim sein .....	60
5.2.2 Etikettenschwindel Betreutes Wohnen? .....	61
5.2.3 Betreutes Wohnen – Ein Heim? .....	61

5.3	Heimindestbauverordnung (Bauliche Mindestanforderungen) .....	62
5.4	Heimpersonalverordnung .....	64
5.5	Heimmitwirkungsverordnung .....	64
5.6	Bestimmungen aus dem Heimgesetz .....	66
5.6.1	Ziele des Gesetzes .....	67
5.6.2	§ 10 Mitwirkung .....	67
5.6.3	§ 11 Anforderung an den Betrieb eines Heimes .....	68
5.6.4	§ 12 Anzeige .....	69
5.6.5	§ 13 Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflicht .....	69
5.6.6	§ 14 Leistungen an Träger und Beschäftigte .....	70
5.6.7	§ 15 Überwachung .....	70
5.7	Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WBVG) .....	73

## **6** **Betreuungsrecht** .....

6.1	Checkliste: Überprüfung der Notwendigkeit einer Betreuung ..	86
6.2	Vorsorgevollmacht (einfach) .....	87
6.3	Vorsorgevollmacht (speziell) .....	88
6.4	Generalvollmacht .....	90
6.5	Betreuer .....	91
6.6	Unterbringungsähnliche Maßnahmen .....	94
6.7	Patientenverfügung .....	96

## **7** **SGB XI** .....

7.1	Allgemeines .....	97
7.2	Entwicklung der Pflegeversicherung .....	102
7.2.1	Ausblick zur Entwicklung der Pflegeversicherung .....	103
7.3	Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittel .....	106
7.3.1	Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI .....	107
7.3.2	Pflegehilfsmittel sind keine Hilfsmittel .....	109
7.3.3	Checkliste für Hilfsmittelgenehmigung .....	111
7.3.4	Richtungsweisende Urteile im Zusammenhang mit Hilfsmittelerstattung .....	112
7.4	Einschränkung in der Alltagskompetenz .....	119
7.5	§ 112 Qualitätsverantwortung .....	120
7.6	§ 113a Expertenstandards .....	121
7.7	§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen .....	121
7.7.1	Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) .....	125
7.8	§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfung .....	127
7.9	§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen .....	130

7.9.1	Versorgungsergebnisse .....	132
7.9.2	Externe Prüfergebnisse .....	133
7.9.3	Informationen zur Einrichtung .....	134
7.9.4	Konsequenzen einer Prüfung .....	135
7.10	§ 116 Kosten von Leistungs- und Qualitätsnachweisen .....	136
7.11	§ 117 Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht .....	137
<b>8</b>	<b>Die Pflegestärkungsgesetze (PSG) I bis III .....</b>	<b>139</b>
8.1	Übersicht zum Pflegestärkungsgesetz I .....	140
8.2	Übersicht zum Pflegestärkungsgesetz II .....	140
8.3	Übersicht zum Pflegestärkungsgesetz III .....	141
8.3.1	Einbindung des Pflegebedürftigkeitsbegriff ins SGB XII .....	143
8.3.2	Maßnahmen zur Verhinderung von Pflegebetrug .....	143
8.4	Die Leistungen der Pflegeversicherung im Einzelnen .....	144
8.4.1	Ambulante Leistung, Geld-/Sachleistung (§ 36 und 37 SGB XI) .....	144
8.4.2	Erhöhung der Leistungen zur Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) .....	144
8.4.3	Verbesserung der Leistungen zur Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) .....	145
8.4.4	Verbesserung der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) .....	146
8.4.5	Erhöhung und Verbesserung der Leistungen im stationären Bereich .....	148
8.4.6	Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a SGB XI) .....	148
8.5	Anhebung der ambulanten und stationären Leistungen .....	149
<b>9</b>	<b>Die neue Qualitätsprüfung 2019 .....</b>	<b>151</b>
9.1	Die interne Qualitätsprüfung .....	152
9.1.1	Die Qualitätsindikatoren .....	152
9.1.2	Die Qualitätsdarstellung für 10 Indikatoren .....	156
<b>10</b>	<b>Die externe Qualitätsprüfung .....</b>	<b>159</b>
10.1	Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) .....	160
10.1.1	Der Prüfauftrag .....	160
10.1.2	Umfang der örtlichen Prüfungen .....	161
10.1.3	Auswahl der Pflegebedürftigen .....	162
10.1.4	Ablauf der MDK-Prüfung .....	164
10.1.5	Prüfanlass .....	165
10.1.6	Das neue Bewertungssystem .....	165
10.2	Ambulant – Der Prüfkatalog beim Kunden .....	169

10.3	Der ambulante Strukturteil .....	187
10.4	Vollstationär – Der Prüfkatalog beim Bewohner .....	189
10.5	Der vollstationäre Strukturteil .....	201
10.6	Die Qualitätsdarstellungsvereinbarung .....	207
<b>11</b>	<b>Die Begutachtungs-Richtlinien (BRi) .....</b>	<b>210</b>
11.1	Hilfebedarf bleibt bestehen .....	210
11.2	Die Vorbereitung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit .....	211
11.2.1	Das Begutachtungsinstrument als Teil des Gutachtens .....	212
11.2.2	Von Pflegestufen zu Pflegegraden .....	233
11.2.3	Warum das BI nicht nur der Einstufung dient .....	235
<b>12</b>	<b>Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege .....</b>	<b>237</b>
12.1	Grundsätze .....	237
12.1.1	Geltungsbereich .....	237
12.1.2	Genehmigung .....	237
12.2	Die verordnungsfähigen Maßnahmen im Überblick .....	239
12.3	Gerichtliche Entscheidungen .....	239
<b>13</b>	<b>Medizinprodukte .....</b>	<b>244</b>
13.1	Medizinproduktegesetz (MPG) und Medizinprodukte- Betreiberverordnung (MPBetreibV) .....	245
<b>Teil 2 – Allgemeine Regelungen .....</b>		<b>251</b>
<b>14</b>	<b>Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) .....</b>	<b>252</b>
14.1	Aufbau der Standards .....	254
14.2	Expertenstandard Dekubitusprophylaxe .....	254
14.2.1	Strukturqualität .....	254
14.2.2	Prozessqualität .....	255
14.2.3	Ergebnisqualität .....	255
14.2.4	Die häufigsten Fehler im Umgang mit dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe .....	255
14.2.5	Vorgehensweise und Dokumentation .....	257
14.2.6	Die MDK-Prüffragen zur Dekubitusprophylaxe .....	259
14.3	Expertenstandard Sturzprophylaxe (1. Aktualisierung 2013) ..	260
14.3.1	Strukturqualität .....	260
14.3.2	Prozessqualität .....	261
14.3.3	Ergebnisqualität .....	261
14.3.4	Die häufigsten Fehler im Umgang mit dem Expertenstandard ..	261

14.3.5	Vorgehensweise und Dokumentation .....	263
14.3.6	Vorgehensweise bei der Bewertung eines Problems .....	265
14.3.7	Risikoeinteilung anhand der AEDL .....	267
14.3.8	Risikoerhebung anhand einer Checkliste .....	269
14.3.9	Die MDK-Prüffragen zur Sturzgefahr .....	272
14.4	Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen (1. Aktualisierung 2011) .....	273
14.4.1	Strukturqualität .....	273
14.4.2	Prozessqualität .....	273
14.4.3	Ergebnisqualität .....	274
14.4.4	Die häufigsten Fehler im Umgang mit dem Expertenstandard Schmerzmanagement .....	274
14.4.5	Vorgehensweise und Dokumentation .....	275
14.4.6	Die MDK-Prüffragen zu Schmerzen .....	278
14.5	Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen (Implementierung 2015) .....	279
14.5.1	Strukturqualität .....	279
14.5.2	Prozessqualität .....	279
14.5.3	Ergebnisqualität .....	280
14.5.4	Die häufigsten Fehler im Umgang mit dem Expertenstandard Schmerzmanagement bei chronischem Schmerz .....	281
14.6	Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (1. Akt. Januar 2017) .....	282
14.6.1	Strukturqualität .....	282
14.6.2	Prozessqualität .....	282
14.6.3	Ergebnisqualität .....	283
14.6.4	Die häufigsten Fehler im Umgang mit dem Expertenstandard Ernährungsmanagement .....	283
14.6.5	Vorgehensweise und Dokumentation .....	284
14.6.6	Die MDK-Prüffragen zur Ernährung .....	287
14.7	Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (1. Aktualisierung September 2015) .....	290
14.7.1	Strukturqualität .....	290
14.7.2	Prozessqualität .....	290
14.7.3	Ergebnisqualität .....	291
14.7.4	Die häufigsten Fehler im Umgang mit dem Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden .....	292
14.7.5	Vorgehensweise und Dokumentation .....	293
14.7.6	Die MDK-Prüffragen zur chronischen Wunden .....	295
14.7.7	Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz .....	297

<b>15</b>	<b>Pflegedokumentation</b>	<b>310</b>
15.1	Allgemeines	310
15.2	Dokumentation und Urkundenfälschung	311
15.2.1	§ 267 Urkundenfälschung	311
15.2.2	§ 268 Fälschung technischer Aufzeichnungen	311
15.2.3	§ 269 Fälschung beweiserheblicher Daten	311
15.2.4	§ 270 Täuschung im Rechtsverkehr bei Datenverarbeitung	311
15.2.5	§ 271 Mittelbare Falschbeurkundung	312
15.2.6	Wer schreibt, der bleibt	312
15.2.7	Wozu dokumentieren?	313
15.2.8	Welchen Sinn hat die Dokumentation?	314
15.2.9	Für wen wird dokumentiert?	314
15.2.10	Pflegediagnosen	316
15.3	Der Pflegeprozess/Pflegeplan	320
15.3.1	Eine Strategie für die Pflegeplanung	327
15.3.2	Zusammenfassung	329
15.4	Detaillierte Hinweise zur Pflegedokumentation	330
15.4.1	Stammblatt	331
15.4.2	Pflegeanamnese	331
15.4.3	Pflegeprozessplanung	333
15.4.4	Vitalwerte	333
15.4.5	Biografie	335
15.4.6	Leistungsnachweis	337
15.4.7	Berichtsblatt	338
15.4.8	Medizinische Verordnungen/Ärztliche Anordnungen	344
15.4.9	Typische Dokumentationsprobleme	346
15.4.10	Checkliste	346
15.5	Die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation	350
15.5.1	Warum gut Ding so viel Weile brauchte	351
15.5.2	Das Entbürokratisierungsprojekt	353
<b>16</b>	<b>Qualität</b>	<b>369</b>
16.1	Ebenen der Qualität	369
16.2	Aussagen zur Qualität	369
16.3	Definierte Ebenen der Qualität	370
16.3.1	Strukturqualität	370
16.3.2	Prozessqualität	371
16.3.3	Ergebnisqualität	371
16.4	Standards und Richtlinien	374
16.5	Rund um den Bewohner	375
16.5.1	Erstgespräch mit Interessenten	375
16.5.2	Erstgespräch mit Angehörigen bzw. zukünftigem Bewohner	375

16.5.3	Checkliste für die Aufnahme von Bewohnern (1)	376
16.5.4	Checkliste für die Aufnahme von Bewohnern (2)	378
16.5.5	Checkliste Organisatorische Aufgaben nach dem Tod von Bewohnern	380
16.6	Einzelne Qualitätssicherungsmaßnahmen	381
16.6.1	Erstgespräch mit Angehörigen bzw. zukünftigem Bewohner	381
16.6.2	Pflegevisite	383
16.6.3	Beschwerdemanagement	396
16.6.4	Bereichs- und Bezugspflege (stationär)	399
16.6.5	Besprechungen	402
16.6.6	Fortbildung	403
16.6.7	Einarbeitung von Mitarbeitern	405
16.6.8	Krisenmanagement	428
16.7	Dienstplan	437
16.7.1	Begriffe	438
16.7.2	Urlaub	440
16.7.3	Dienstplanformular (Auszug)	441
16.8	Flexible Dienste statt Schichtplan	444
16.9	Alternative Arbeitszeitmodelle – Was sie können (und was nicht)	446
16.9.1	Sechs oder zehn Stunden pro Tag?	447
16.9.2	4- oder 6-Tage-Woche?	448
16.9.3	Der 10-Stunden-Arbeitstag	448
16.9.4	Das 2-Schichten-Modell	449
16.9.5	Die 7/7-Arbeitszeit	451
16.9.6	Das 10-Stunden-Modell	452
16.9.7	Turnusteilzeit	452
16.9.8	Jahresarbeitszeitkonto	452
16.9.9	Lebendarbeitszeitkonto oder Zeitwertkonto?	454
16.9.10	Sabbatical	456
16.9.11	Fazit	457
<b>17</b>	<b>Personalbedarf</b>	<b>459</b>
17.1	Ambulante Situation	459
<b>18</b>	<b>Schlusswort</b>	<b>461</b>
	Literatur	463
	Register	468

## Vorwort

Dieses Handbuch richtet sich insbesondere an alle Leitungskräfte in der ambulanten und stationären Altenpflege. Aber auch für jeden anderen in der Pflege Tätigen ist es ein hilfreiches Instrument, um sich in dem schwierigen und sehr umfassenden Thema der »Qualitätssicherung« zurechtzufinden.

Das Pflege- und Qualitätshandbuch hilft den Leitungs- und Pflegekräften, sich sicherer mit den Anforderungen auseinander zu setzen, die sich aus den QPR (Qualitätsprüfungs-Richtlinien) der Transparenzvereinbarungen und dem dazugehörigen Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach § 114 SGB XI in der stationären und ambulanten Pflege ergeben.

Dieses in den vergangenen Auflagen bereits erfolgreiche Buch achtet auf Praxisnähe und Praktikabilität. So wird beim Lesen und Blättern schnell klar, dass dieses Werk nicht nur ein Handbuch, sondern ein unverzichtbares Nachschlagewerk darstellt. Mehr noch: Es ist Nachschlagewerk, Konzept, Standard und Rezept in einem.

Wer »Handbuch« hört, denkt oft automatisch an Zertifizierungshandbücher, die Ordner füllen und letztlich doch kaum in der Praxis angewendet werden. Das ist hier anders: Mit seiner klaren Struktur bringt dieses »etwas andere Handbuch« Transparenz in die diversen Anforderungen und Vorgaben der Gesetzgeber und Kostenträger. Es dient der Selbstevaluation des Pflegebereichs und hilft einer Leitungskraft bei der Umsetzung. Mit praktischen Beispielen, Checklisten, Nachweisen, Standards, Konzeptionen etc. wird der umfassende Komplex »Qualität in der Pflege« beschrieben und erläutert.



Die Qualitätsindikatoren 2019, als Nachfolger des MDK-Konzepts zur Qualitätsprüfung (sogenannter Pflege TÜV), bieten bereits eine Menge Informationen und Hilfen zur Selbstevaluation. Hier knüpft dieses Buch an und zeigt auf, wie die Fragen zu verstehen sind, was sie bedeuten und wie in Prüfsituationen damit umgegangen werden soll. Zudem hilft es Ihnen, die Qualitätsindikatoren sinnvoll in Ihre Pflegedokumentation einzubinden.

Wer sich allein auf den Weg machen muss, die Qualitätsindikatoren sowie die neue Qualitätsprüfungs-Richtlinien in Eigenregie zu bearbeiten, wird Mühe haben und viel Zeit investieren müssen. Dabei ist nicht zu verachten, dass neben der Erfüllung der Anforderungen des MDK, der Heimaufsicht und der gemeinsamen Grundsätze

und Maßstäbe zur Qualitätssicherung, das Kerngeschäft und der Alltag einer jeden Leitungskraft ungeachtet weiterläuft.

Dieses Pflege- und Qualitätshandbuch macht dagegen komplexe Strukturen transparent und hilft, den gesetzlichen Anforderungen gerecht zu werden. Denn: Eine Frage aus dem neuen Prüfbogen zu kennen, bedeutet noch lange nicht, dass man auch eine Antwort parat hat oder weiß, welche Antwort erwartet wird!

Ganz gleich, ob Sie sich als Führungskraft mit dem Konstrukt »Qualitätssicherung« erst seit kurzem befassen, oder ob Sie gerade dabei sind, ein eigenes Konzept zur Qualitätsentwicklung in Ihrer Einrichtung zu etablieren – alles, was Sie als PDL in punkto Qualität wissen müssen, wird in diesem Pflege- und Qualitätshandbuch erörtert.

Qualitätshandbücher gibt es zu Dutzenden. Mittlerweile hat nahezu jeder Berufsverband eines herausgebracht. Doch viele sind überteuert, wenige praxisnah, andere nicht klar strukturiert und völlig überfrachtet. Aus diesem Grund habe ich mit diesem Exemplar die Pflege und Qualität soweit vernetzt, dass Ihre Fragen in punkto Qualität mit diesem Buch beantwortet werden.

Wiesbaden, im Juli 2019

Jutta König



### Info

Sie werden im Folgenden sehr oft die Wörter »selbständig« bzw. »Selbständigkeit« finden. Da in den Begutachtungs-Richtlinien (► Kap. 11) lediglich die Schreibweise mit einem »st« vorkommt, haben wir uns entschieden, diese Schreibweise konsequent zu übernehmen. Auch wenn sie nicht der Empfehlung des Dudens (selbstständig bzw. Selbstständigkeit) entspricht.

# Teil 1

## Gesetze und Verordnungen



# 1 Übersicht

Jede Pflegeeinrichtung, ambulant wie stationär, hat eine Vielzahl an Gesetzen, Verordnungen und Bestimmungen einzuhalten. Diese nahezu 100 Bestimmungen sind hier alphabetisch geordnet:

A + S	Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik/Produkt- und Betriebssicherheit
ArbStättV	Arbeitsstättenverordnung
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
ArzneimittelG	Arzneimittelgesetz
ASiG	Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit
ASR	Arbeitsstättenrichtlinie
ASR 13/1.2	Arbeitsstättenrichtlinie Feuerlöscheinrichtungen
ASR 37/1	Arbeitsstättenrichtlinie Toilettenräume
ASR 39/1	Arbeitsstättenrichtlinie Mittel und Einrichtungen zur Ersten Hilfe
ASR 5	Arbeitsstättenrichtlinie Lüftung
ASR 7/1	Arbeitsstättenrichtlinie Sichtverbindung nach außen
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BetrSichV	Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Bereitstellung von Arbeitsmitteln und deren Benutzung bei der Arbeit, über Sicherheit beim Betrieb überwachungsbedürftiger Anlagen und über die Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch, hier insbesondere: Betreuungsrecht
BGR	Berufsgenossenschaftliche Regel
BGR 133	Regeln für die Ausrüstung von Arbeitsstätten mit Feuerlöschern, früher: ZH 1/201
BGR 181	Merkblatt für Fußböden in Arbeitsräumen und Arbeitsbereichen mit Rutschgefahr, früher: ZH 1/571

# 2 Arzneimittelgesetz (ArzneimittelG)

Viele Mitarbeiter stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen sind sich der Tragweite dieses Gesetzes und des Umgangs in der Praxis nicht immer bewusst. Dies reicht von Selbstmedikation über Therapie, Abgabeverordnung bis hin zum Verblistern (Auseinzeln) von Medikamenten.

## 2.1 Verblistern

Die Leitungen von Einrichtungen sind gezwungenermaßen immer auf der Suche nach Kosteneinsparungen. Eine Möglichkeit stellt hier das Verblistern dar. Dabei werden Medikamente nicht mehr wie gewohnt durch die Pflegekräfte gestellt, sondern z.B. durch die Apotheke gerichtet.

### **Definition** Verblistern

Das Verblistern (engl.: to blister) meint das Auseinzeln von Arzneimitteln aus einer Verpackung. Unter einem Blister versteht man eine verschlossene, in aller Regel verschweißte Verpackung. In dieser sind die Tabletten für eine Woche eingeschweißte, unterteilt in die Tage und die Tagesabschnitte (morgens, mittags, abends, nachts) oder in Zeiten, dort wo genaue Einnahmezeitpunkte relevant sind.

Es gibt grundsätzlich drei verschiedene Arten von Blister:

1. Blisterkarten: Hier ist die Rückwand aus Papier/Pappe und die Medikamente sind in Plastikhülle auf diesen Untergrund aufgebracht.
2. Becherblister: Hier werden Becher mit Medikamenten gefüllt und versiegelt.
3. Schlauchblister: Hier werden die Medikamente in kleine Plastikhüllen gefüllt und diese Hülle aufgerollt, sodass portionsweise die Medikamententüten abreißt.

Der Blister sollte folgende Daten enthalten:

- Vollständiger Name des Verbrauchers, Geburtsdatum,
- Auflistung der enthaltenen Medikamente und deren Beschreibung,
- Art, Farbe, Form, Bestand und Reichweite, Dosierung pro Tag,
- Beschreibung der Medikamente (muss auch bei Re-Importen mit dem Inhalt des Blisters übereinstimmen),
- Gültigkeit des Blisters,
- Angaben zur stellenden Apotheke,
- Handzeichen der stellenden Fachkraft der Apotheke (kann auch auf dem Lieferschein stehen),
- Handzeichen des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung, der den Blister kontrolliert hat (kann auch in der Dokumentation vermerkt werden).

### Wichtig

### Blisters sind kein normaler Müll!

Wenn die Blisters leer sind, dürfen diese aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht einfach in den Normalmüll geworfen werden. Die Blisters enthalten neben den vollständigen Namen auch das Geburtsdatum des Patienten und die Medikamentennamen.

Es bleiben Fragen:

- Welchen Nutzen bringt es, Medikamente durch die Apotheke richten zu lassen?
- Welcher Kooperationspartner ist der Richtige?
- Wie akzeptieren die Mitarbeiter dieses Vorgehen und wie funktionieren die Bestellung und Lieferung?
- Was kostet das Blistern?

Das Richten von Medikamenten kostet zunächst einmal eine Einrichtung viel Zeit und Geld. In einer 50 Plätze fassenden Einrichtung muss man schon mal eine volle Stelle pro Jahr rechnen, allein für das Richten der Medikamente. Rechnet man nur 10 Minuten pro Tag und Bewohner, so sind es bei 50 Bewohnern schon 500 Minuten (das heißt über acht Stunden) pro Tag oder 250 Stunden pro Monat. Das ist mehr als eine Vollzeitstelle nur allein für das Richten der Medikamente! Es stellt sich die Frage, ob man diese Zeit nicht anders verwenden könnte.

Vorweg sei noch betont, dass es keine gesetzliche Grundlage gibt, die das Verblistern verbietet. Auch wenn immer noch einige Prüfungsgremien nicht begeistert sind vom Blistern. Natürlich gibt es auch unter den Apothekern selbst sogenannte »Bedenkenträger«. Dies alles mag ganz unterschiedliche Gründe haben, Fakt bleibt aber: rechtlich gibt es keine Einwände, sofern das Arzneimittelgesetz sowie die Apothekenbetriebs-

# 3 Datenschutzgesetz

Die DS-GVO, Datenschutzgrundverordnung hat 2018 für einigen Wirbel gesorgt. Dieses Gesetz ist ein Bürokratiemonster, beeinflusst alle europäischen Staaten und betrifft jeden Bürger. Und genau für letzteren ist dieses Gesetz als Schutz gedacht. Der Bürger darf sich freuen, weil seine Daten besonderen Schutz genießen, er sich vor Spamnachrichten besser schützen kann, seine Daten nicht einfach gespeichert und verarbeitet sowie genutzt werden dürfen. Allerdings haben die Unternehmen, die nichts Böses im Sinn haben, aus ihrer Sicht unnötige Mehrarbeit. Wenn Ärzte die Rezepte nicht mehr dem Pflegedienst aushändigen, wenn Apotheken die Rezepte nicht mehr beim Arzt direkt holen dürfen, wenn (Krankenwagen)fahrer die Daten erst bei der Abholung einpflegen dürfen etc. Und darf man überhaupt noch die Bewohnernamen im Foyer bekannt geben?

## 3.1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Zum Datenschutz gibt es diverse Meinungen und Vorgehensweisen bezüglich der Auslegung. Während von Pflegeeinrichtungen immer noch großzügig Informationen und schützenswerte Daten ohne Rücksicht auf den Datenschutz an die Pflege- und Krankenkassen weitergeleitet werden, z. B. zur Genehmigung von Verordnungen im ambulanten Sektor oder zur Ermittlung des Pflegegrades im stationären, so werden andere Daten mit dem Vermerk auf den Datenschutz zurückgehalten oder gar nicht erst ermittelt. Darunter fallen zum Beispiel biografische Daten. Offensichtlich legt jeder den Datenschutz etwas anders aus. Die Formalien sind oft nicht bekannt oder werden nicht im erforderlichen Maße gewürdigt.

## 3.2 Allgemeine Aussagen aus dem BDSG<sup>4</sup>

BDSG § 17 Anwendungsbereich:

»(1) Dieses Gesetz gilt für die Verarbeitung personenbezogener Daten durch

1. öffentliche Stellen des Bundes,
2. öffentliche Stellen der Länder, soweit der Datenschutz nicht durch Landesgesetz geregelt ist und soweit sie
  - a) Bundesrecht ausführen oder
  - b) als Organe der Rechtspflege tätig werden und es sich nicht um Verwaltungsangelegenheiten handelt.

Für nichtöffentliche Stellen gilt dieses Gesetz für die ganz oder teilweise automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten sowie die nicht automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten, die in einem Dateisystem gespeichert sind oder gespeichert werden sollen, es sei denn, die Verarbeitung durch natürliche Personen erfolgt zur Ausübung ausschließlich persönlicher oder familiärer Tätigkeiten.«

Das bedeutet, dass das Bundesdatenschutzgesetz natürlich auch in allen Pflegeeinrichtungen Anwendung findet, denn dort werden Daten nicht automatisiert (z. B. übliche handschriftliche Pflegedokumentation) oder mit Datenverarbeitungsanlagen (z. B. Abrechnung über PC) erhoben, verarbeitet und genutzt.

§ 46 BDSG Begriffsbestimmung:

»Es bezeichnen die Begriffe:

1. »personenbezogene Daten« alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (betroffene Person) beziehen; als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser Person sind, identifiziert werden kann;
2. »Verarbeitung« jeden mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung,

<sup>4</sup> Bundesdatenschutzgesetz

# 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Jede Einrichtung ist dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG, zuletzt geändert am 09.11.2018) unterworfen und muss entsprechend handeln. Die wichtigsten Paragraphen habe ich im Folgenden dargestellt.

## 4.1 § 4 Aufgaben des Robert Koch-Instituts (RKI)

Immer, wenn es um Hygiene geht, wird das RKI genannt. Das gilt für die Heimaufsicht genauso wie für den MDK in der neuen Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112 und 114 SGB XI, auch wenn es dort im Wesentlichen nur um das Thema MRSA geht.

Das IfSG regelt im § 4, welche Aufgaben im Sinne des Gesetzes vom RKI zu übernehmen sind. Die Empfehlungen des RKI sind daher für die Altenhilfeeinrichtungen von enormer Bedeutung und haben immer mehr den Charakter der Verbindlichkeit. Der § 4 IfSG im Originaltext:

»(1) Das Robert Koch-Institut hat im Rahmen dieses Gesetzes die Aufgabe, Konzeptionen zur Vorbeugung übertragbarer Krankheiten sowie zur frühzeitigen Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionen zu entwickeln. Dies schließt die Entwicklung und Durchführung epidemiologischer und laborgestützter Analysen sowie Forschung zu Ursache, Diagnostik und Prävention übertragbarer Krankheiten ein. Auf dem Gebiet der Zoonosen und mikrobiell bedingten Lebensmittelvergiftungen ist das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin zu beteiligen. Auf Ersuchen einer obersten Landesgesundheitsbehörde berät das Robert Koch-Institut die zuständigen Stellen bei Maßnahmen zur Vorbeugung, Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von schwerwiegenden übertragbaren Krankheiten und die obersten Landesgesundheitsbehörden bei Länder übergreifenden Maßnahmen; auf Ersuchen einer obersten Landesgesundheitsbehörde berät das Robert Koch-Institut diese zur Bewertung der Gefahrensituation beim Auf-

treten einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit. Es arbeitet mit den jeweils zuständigen Bundesbehörden, den zuständigen Länderbehörden, den nationalen Referenzzentren, weiteren wissenschaftlichen Einrichtungen und Fachgesellschaften sowie ausländischen und internationalen Organisationen und Behörden zusammen.

(2) Das Robert Koch-Institut

1. erstellt im Benehmen mit den jeweils zuständigen Bundesbehörden für Fachkreise als Maßnahme des vorbeugenden Gesundheitsschutzes Richtlinien, Empfehlungen, Merkblätter und sonstige Informationen zur Vorbeugung, Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten,
2. wertet die Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und meldepflichtigen Nachweisen von Krankheitserregern, die ihm nach diesem Gesetz und nach § 11 Absatz 5, § 16 Absatz 4 des IGV-Durchführungsgesetzes übermittelt worden sind, infektionsepidemiologisch aus,
3. stellt die Ergebnisse der infektionsepidemiologischen Auswertungen den folgenden Behörden und Institutionen zur Verfügung:
  - den jeweils zuständigen Bundesbehörden,
  - b) dem Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr,
  - c) den obersten Landesgesundheitsbehörden,
  - d) den Gesundheitsämtern,
  - e) den Landesärztekammern,
  - f) dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
  - g) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung,
  - h) dem Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und
  - i) der Deutschen Krankenhausgesellschaft,
4. veröffentlicht die Ergebnisse der infektionsepidemiologischen Auswertungen periodisch und
5. unterstützt die Länder und sonstigen Beteiligten bei ihren Aufgaben im Rahmen der epidemiologischen Überwachung nach diesem Gesetz. [...]«

## 4.2 § 6 Meldepflichtige Krankheiten

»(1) Namentlich ist zu melden:

1. *der Verdacht einer Erkrankung, die Erkrankung sowie der Tod in Bezug auf die folgenden Krankheiten*
  - a) *Botulismus,*
  - b) *Cholera,*
  - c) *Diphtherie,*
  - d) *humane spongiforme Enzephalopathie, außer familiär-hereditärer Formen,*
  - e) *akute Virushepatitis,*

# 5 Heimgesetz (HeimG)

## 5.1 Heimgesetz ade

Es gibt nicht mehr nur ein Heimgesetz. Jedes Bundesland hat mittlerweile eigene Regeln kreiert (► Tab. 4).

**Tab. 4: Heimgesetze der Bundesländer**

Bundesland	Gesetz
Baden-Württemberg	Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (WTPG)
Bayern	Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (PfleWoqG)
Berlin	Gesetz über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen (Wohnteilhabegesetz – WTG)
Brandenburg	Pflege- und Betreuungswohngesetz (BbgPBWoG)
Bremen	Bremisches Wohn- und Betreuungsgesetz (BremWoBeG)
Hamburg	Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG)
Hessen	Hessisches Betreuungs- und Pflegegesetz (HGBP)
Mecklenburg-Vorpommern	Einrichtungenqualitätsgesetz (EQG M-V)
Niedersachsen	Niedersächsisches Gesetz über unterstützende Wohnformen (NuWG)
Nordrhein-Westfalen	Wohn- und Teilhabegesetz (WTG)
Rheinland-Pfalz	Landesgesetz über Wohnformen- und Teilhabe (LWTG)
Saarland	Saarländisches Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetz (SWBPQG)

Bundesland	Gesetz
Sachsen	Gesetz zur Regelung der Betreuungs- und Wohnqualität im Alter, bei Behinderung und bei Pflegebedürftigkeit im Freistaat Sachsen
Sachsen-Anhalt	Wohn- und Teilhabegesetz (WTG LSA)
Schleswig-Holstein	Selbstbestimmungsstärkungsgesetz Schleswig-Holstein (SbStG SH)
Thüringen	Thüringer Gesetz über betreute Wohnformen und Teilhabe

Diese einzelnen Regeln münden oft in einen eigenen Prüfkatalog wie beispielsweise in Baden-Württemberg, Bayern oder Berlin. Die Prüfkataloge der Heimaufsichten deckten sich bis dato zu 90 Prozent mit denen des MDK. Das bedeutet, man hatte nicht nur zwei Prüfinstanzen im Haus – sie fragten auch noch fast dasselbe. Dem Bürokratiewahn wird kein Einhalt geboten, obwohl der Gesetzgeber immer wieder auf Entbürokratisierung hinweist, so auch im Pflege-Neuausrichtungsgesetz. Bis 2019 geschah diese leider nicht. Mit der Umgestaltung der Qualitätsprüfungen 2019 hätte man erneut eine gute Chance die gesamten Strukturdatenprüfungen und Personalprüfungen den Heimaufsichtsmitarbeitern zu überlassen so dass sich der MDK und die PKV nur noch der Ergebnisprüfung am Pflegebedürftigen widmen könnten. Stand heute soll die neue QPR diese Doppelprüfungen vermeiden. Wir werden sehen!.



### Info

Die Begriffe »Heimaufsicht« oder »Heimaufsichtsbehörde« müssen wir alle aus unserem Vokabular streichen und durch »die für die »heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden« ersetzen.

Was auch weiterhin bundeseinheitlich bleiben soll, sind die vertragsrechtlichen Grundlagen. Diese werden wiederum in einem eigenen Gesetz definiert, dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WBVG, gültig seit dem 1. Oktober 2009, geändert 23.12.2016 (BGBl. I S. 3324). Die Heimverträge weiterhin bundesweit einheitlich zu gestalten, ist dem Gesetzgeber wohl wichtig gewesen.

## 6 Betreuungsrecht

Jeder Mensch lebt täglich mit dem Risiko, zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens nicht mehr umfassend für sich selbst sprechen und/oder entscheiden zu können. Dieses Risiko, auf andere bei der Umsetzung seines Willens angewiesen zu sein, steigt mit den Lebensjahren. Wer seine Angelegenheiten nicht mehr umfassend selbst regeln kann, wird jemanden benötigen, der ihm hilft; der Entscheidungen trifft, die rechtsverbindlich sind und der hoffentlich den Willen des Hilfsbedürftigen über seinen eigenen stellt. Solange man kognitiv noch in der Lage ist, Entscheidungen selbst zu treffen, wenn lediglich die körperlichen Möglichkeiten nicht ausreichen, ist eine Betreuung nicht zwingend erforderlich. Der geistig Fitte, aber körperlich Hinfällige kann jeden Tag aufs Neue, oder generell Vollmachten aussprechen und Tätigkeiten an seine Umwelt delegieren. Diese Bevollmächtigten haben dann einen festgelegten Aufgaben- und Wirkungskreis, der aus der Natur der Sache heraus eingegrenzt ist oder aber jederzeit widerrufen, also untersagt werden kann.

Wer wird für mich sprechen? Wer wird meinen Willen umsetzen? Wer wird in meinem Sinne agieren? Diese Fragen muss man sich nicht erst im Alter stellen, da kann es zu spät sein. Wer sein Schicksal selbst in die Hand nehmen möchte, wer möchte, dass sein Wille umgesetzt wird, der sollte rechtzeitig handeln. Hier sind einige Vollmachten nötig, um eine Betreuung zu ersparen bzw. überstürztes Handeln in einer kritischen Situation zu vermeiden. Sinnvoll wäre es auch, diese Vollmacht notariell zu hinterlegen. Das kostet wenige Euro, die später aber entscheidend sein können. Diese Vollmachten sind jederzeit zu widerrufen und gelten als sogenannte »Vorsorgevollmachten« eben erst in der Zukunft, also für den Fall der Fälle. Anders ist es mit einer Generalvollmacht. Diese gilt uneingeschränkt sofort mit Unterzeichnung, aber auch sie kann jederzeit widerrufen werden.



### Info

Die schriftliche Niederlegung eigener Anschauungen und Wünsche kann nie zu früh geschehen. Sie ist ein wesentlicher Grundstein für das spätere Leben in eventueller Abhängigkeit.

Zudem kann ein anderer Mensch, gleich in welcher Beziehung oder Bindung man zueinander steht, nicht immer alle wesentlichen Wünsche wissen und kennen. Insbesondere dann nicht, wenn über den Fall einer Abhängigkeit und die damit verbundenen Wünsche und Erwartungen noch nicht oder nicht umfassend gesprochen wurden. Die Person, die eine Betreuung übernimmt oder eine Vollmacht ausleben soll, steht unter enormen Druck und trägt eine hohe Verantwortung. Wer eine Betreuung übernimmt oder Vollmacht auslebt, hat schließlich seine eigenen Werte und Weltanschauungen. Wenn der Betreuer oder Bevollmächtigte die Wünsche des Gegenübers nicht kennt, wird er nach eigenem Ermessen reagieren. Dabei wird er immer vor der zentralen Frage stehen: War das nun richtig und in ihrem/seinem Sinne?

### Fazit

#### Rechtzeitig vorsorgen

Wer seine Wünsche und Erwartung für die Zukunft rechtzeitig und möglichst klar eingegrenzt niederlegt, schützt sich und andere.

Sie sollten also sofort eine Vollmacht niederlegen, je nach Situation, eine auf die Zukunft ausgelegte (Vorsorgevollmacht) oder eine sofort wirkende Vollmacht (Generalvollmacht). Schreiben Sie so präzise wie möglich Ihre Wünsche auf und hinterlegen Sie dieses Schriftstück u. B. bei einem Notar.

Wer das nicht tut, wird im Falle eines Falles einen Betreuer bekommen. Das muss nicht grundsätzlich schlecht sein. Aber Betreuungen können auf mehrere Menschen aufgeteilt werden und wenn es vier Familienmitglieder gibt, die in Frage kommen, wer wird es machen? Wer kümmert sich um was? Wer wird der am besten agierende Betreuer sein? Ein Richter kann das nicht immer wissen. Und wenn es in der Familie keine Möglichkeit zur Übernahme einer Betreuung gibt, so wird eine womöglich fremde Person bestellt.

Besser wäre also die Vorsorge. Ist es bereits zu spät dafür, bleibt Ihnen nur noch, einen Betreuungsantrag beim zuständigen Gericht zu stellen. Übrigens: trotz vorliegender Vollmachten bestehen die meisten Banken auf ihren eigenen Vordrucken und erkennen andere nicht oder nur nach Auseinandersetzungen an.

# 7 SGB XI

## 7.1 Allgemeines

Als die Pflegeversicherung 1995 in Kraft trat, konnte niemand die tatsächliche Entwicklung vorhersehen. Evtl. hätte man sonst die Leistungen nicht so gestaffelt (► Tab. 5).

**Tab. 5: Leistungen der Pflegeversicherung 1995**

Pflegestufe	Geldleistung ambulant (ohne Pflegedienst)	Sachleistung ambulant durch Pflegedienst	Leistung stationär
1	205 €	384 €	1.023 €
2	410 €	921 €	1.279 €
3	665 €	1.432 €	1.432 €

Bereits auf den ersten Blick sieht man, dass in den ersten Tagen sehr viel Geld der Pflegeversicherung ausgegeben wurde. War ein Pflegebedürftiger vor dem 1. April 1995 zu Hause auf Hilfe angewiesen, bekam er kein Geld. Ab dem 1. April 1995 erhielt er Geld- oder Sachleistungen je nach Stufe. Auch die Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen erhielten bis zur ersten Leistungsausschüttung am 1. Juli 1996 keinen Pfennig Zuschuss von ihrer Kasse. Noch im Juni 1996 musste der Heimbewohner sein Heimentgelt allein bestreiten und schon einen Monat später erhielt er mindestens 2.000 DM als Zuzahlung. Und das ohne eigene Beteiligung, denn Rentner zahlen erst seit 2004 Beiträge. Ich persönlich fand das schon immer sehr viel Geld, insbesondere, weil vorher keine Beiträge durch die Leistungsempfänger eingezahlt wurden und weil es sonst sicher keine Versicherung gibt, die so großzügig zuschießt.

Die Folge davon: Die Pflegeversicherung war bereits im Jahr 1999 defizitär. D. h., die Ausgaben überstiegen bereits vier Jahre nach der Einführung der Pflegeversicherung die Einnahmen. Dennoch hat die Pflegeversicherung noch ein respektables Polster aus dem ersten Jahr ihres Bestehens, als jeder Arbeitnehmer und sein Arbeitgeber einzahlen mussten, aber noch kein Pflegebedürftiger Leistungen empfangen durfte.

### Die Entwicklung der Pflegeversicherung seit 1995

1995 plus: rd. 3,44 Mrd. €	2007 minus: rd. - 0,32 Mrd. €
1996 plus: rd. 1,77 Mrd. €	2008 plus: rd. 0,62 Mrd. €
1997 plus: rd. 0,81 Mrd. €	2009 plus: rd. 0,99 Mrd. €
1998 plus: rd. 0,13 Mrd. €	2010 plus: rd. 0,34 Mrd. €
1999 minus: rd. - 0,03 Mrd. €	2011 plus: rd. 0,31 Mrd. €
2000 minus: rd. - 0,13 Mrd. €	2012 plus: rd. 0,10 Mrd. €
2001 minus: rd. - 0,06 Mrd. €	2013 plus: rd. 0,63 Mrd. €
2002 minus: rd. - 0,38 Mrd. €	2014 plus: rd. 0,46 Mrd. €
2003 minus: rd. - 0,69 Mrd. €	2015 plus: rd. 1,68 Mrd. €
2004 minus: rd. - 0,82 Mrd. €	2016 plus: rd. 1,03 Mrd. €
2005 minus: rd. - 0,36 Mrd. €	2017 minus 2,42 Mrd. €*
2006 plus: rd. 0,45 Mrd. €	2018 minus 3,55 Mrd. €**

\* Bundesministerium für Gesundheit (2016). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Berlin, 8.9.2016

\*\* Bundesministerium für Gesundheit (2018). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Berlin, Mai 2019

Die Defizite der Pflegeversicherung waren 2004 mit rund 820 Mio. Euro so hoch wie nie zuvor und hat in den nun fast 3,55 Milliarden minus aus dem Jahr 2018 seinen vorerst letzten traurigen Höhepunkt. Und obwohl Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe 2015 in seinen PSG (Pflegestärkungsgesetzen) eine Erhöhung der Beiträge vor 2020 ausgeschlossen hat, musste sein Nachfolger Jens Spahn bereits für 2019 Beitragserhöhungen durchsetzen. Und diese genügen dennoch nicht.

Wird weiterhin für Pflegebedürftige so viel ausgegeben und nicht mehr Geld eingenommen, muss gespart werden (► Kap. 7.2).

Die Kosten steigen weiter. 2018 gab die gesetzliche Pflegeversicherung insgesamt 40,27 Mrd. Euro aus, über 10 Mrd. mehr als noch zwei Jahre zuvor. Größter Empfänger war natürlich die ambulante Pflege. Sie verschlang mit 23,5 Mrd. Euro fast die Hälfte der Gesamtausgaben, gefolgt von der stationären Pflege mit insgesamt 14,8 Mrd. Euro.<sup>18</sup> Spätestens jetzt wissen Sie, warum der Gesetzgeber »ambulant vor stationär« gewünscht und mit den PSG 1 auch erfolgreich umgesetzt hat.

Ein weiterer Streitpunkt, neben den hohen Auszahlungsbeträgen, war bis 2016 die »Bevorzugung« der Heimbewohner. Warum bekam jemand, der sich seine Pflege zu Hause ermöglichte, sehr viel weniger Geld, als derjenige, der sich in die Rundumversorgung eines Heimes begab? Gegner der Pflegeversicherung nannten sie deshalb auch »Erbenschutzversicherung«. Musste man bis Juli 1996 noch sein Ersparnis einsetzen, um den Heimaufenthalt zu finanzieren, so konnte man dieses Ersparnis mit Eintritt der Leistungen aus der Pflegeversicherung weitgehend schonen.

<sup>18</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>, Zugriff am 9. Juli 2019

# 8 Die Pflegestärkungsgesetze (PSG) I bis III

Das SGB XI ist mittlerweile zu einem umfassenden Gesetzbuch ausgeweitet und in verschiedene Bereiche unterteilt worden. Die letzte große Änderung waren 2015 die Pflegestärkungsgesetze (PSG) I und II. Es wurde lange erwartet, aber der große Wurf blieb aus. Es gab auch 20 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung wieder nur Nachbesserungen im bestehenden System. Eine Ausweitung der Leistungen fand nur für die Betreuungsleistungen statt.

Das PSG folgte dem bereits 2013 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG), das wiederum an das zuvor verabschiedete Pflege-Weiterentwicklungsgesetz anknüpfte. 2014 verabschiedete man zunächst das PSG I. Das PSG II wurde am 28.12.2015 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Der »neue« Pflegebedürftigkeitsbegriff ist, obwohl er seit dem 1.1.2017 in Kraft, bereits zehn Jahre alt. Denn er wurde bereits 2007 durch die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in Auftrag gegeben.

Bereits 2008 hat das Bundesgesundheitsministerium noch vor Inkrafttreten des Weiterentwicklungsgesetzes auf seiner Homepage verlautbart, dass es aus seiner Sicht keine Alternative zur Weiterentwicklung der bestehenden Pflegeversicherung gäbe.<sup>27</sup>

Das PSG III befasst sich dann nicht mehr mit wirklich großen Würfeln, sondern regelt spezielle Dinge wie die Einbindung der Kostenträger der Sozialhilfe und das Gesetz zur Vermeidung von Abrechnungsbetrug. Und in § 144 ist vorgesehen, dass die nicht genutzten Gelder nach § 45b SGB XI aus dem Vorjahr mit in das Folgejahr übernommen werden können.

---

<sup>27</sup> [www.bmg.bund.de/cln\\_178/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Pflegereform\\_\\_Gesetzesentwurf\\_templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Pflegereform\\_Gesetzesentwurf.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_178/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Pflegereform__Gesetzesentwurf_templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Pflegereform_Gesetzesentwurf.pdf)

## 8.1 Übersicht zum Pflegestärkungsgesetz I

Der Grundsatz »ambulant vor stationär« wurde auch mit diesem Gesetz weiter gestärkt. Daher stehen die meisten der unten aufgeführten Änderungen unter diesem Motto:

- Ausweitung der bisherigen Leistungen (Geld-/Sachleistung) auch für Menschen ohne Pflegestufe
- Erhöhung der bisherigen Geld-/Sachleistungen
- § 37(3) Beratungseinsätze um 1 Euro erhöht
- § 38 a Wohngruppen erhalten 205 Euro/Monat für jeden der zwei, maximal aber 12 Personen
- § 40 Abs. 1. zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel für nunmehr 40 Euro monatlich
- § 40 Abs. 4 Wohnumfeldverbesserung aufgestockt auf bis zu 4.000 Euro pro Maßnahme (nicht pro Jahr!)
- Verbesserung der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege
- Verbesserung des Verhinderungs- und Kurzzeitpflegeanspruchs
- Ausweitung der Pflegezeit für Beschäftigte durch das Pflegeunterstützungsgeld
- Weitere Verbesserung der Rahmenbedingungen insbesondere für neue Wohnformen durch gemeinsame Inanspruchnahme von Leistungen
- Anhebung der finanziellen Unterstützung für Pflegebedürftige im vollstationären Bereich sowie der Behindertenpflege
- Inanspruchnahme von Alltagsbetreuung für alle Heimbewohner und Gäste teilstationärer Einrichtungen
- Anhebung des Beitragssatzes auf 2,35 Prozent (2,6 Prozent für Kinderlose)
- Pflegekasse zahlt an Krankenkasse 3,5 Prozent Verwaltungskosten und 50 Prozent der umlagefinanzierten Kosten des MDK
- Einführung eines Pflegevorsorgefonds zur Milderung der Beitragssteigerung bis spätestens Dezember 2033
- Zuführung der Mittel: 0,1 Prozent der Monatsbeiträge aus Pflegeversicherung werden als Fond von der Bundesbank verwaltet. Diese darf mit dem Geld nicht arbeiten.

## 8.2 Übersicht zum Pflegestärkungsgesetz II

Durch die neue Gesetzgebung seit 2016/2017 änderten sich viele Paragraphen:

- § 7: Beratung, Beratungsanspruch, Beratungsgutscheine
- § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit: Künftig zählt nicht mehr der Hilfebedarf in Minuten, sondern der Grad der Abhängigkeit und Einschränkungen
- § 15: aus Pflegestufen werden Pflegegrade
- § 17: Einige Richtlinien müssen geändert werden als Wegbereitung für die Umsetzung des Gesetzes, z. B. der Begutachtungs-Richtlinien

## 9 Die neue Qualitätsprüfung 2019

*»So, wie das heute läuft, ist es einfach nur ein Desaster«, fasst der damalige CDU-Gesundheitsexperte und heutige Gesundheitsminister das Bewertungssystem für Altersheime zusammen. Denn die Pflegenoten sind nur wenig aussagekräftig, fast jedes Pflegeheim schneidet sehr gut ab. »Es glaubt doch kein Mensch, dass die Heime in Deutschland alle gleich gut sind«, kritisiert Spahn die Bewertungen im Interview mit der Süddeutschen Zeitung (SZ). Da sich der Pflege-TÜV über viele Jahre nicht bewährt hat, fordert der Politiker nun die Abschaffung der Pflegenoten.«<sup>30</sup>*

Das war im Februar 2015. Wissenschaftler machten sich an die Arbeit und nach zähem Ringen und einiger Geheimniskrämerei lag Ende Oktober 2018 der Abschlussbericht vor. Die im Qualitätsausschuss vertretenen Verbands- und Kassenvertreter kannten ihn bereits am 3. September, allerdings ließen weder die Berufsverbände (also Ihre Interessensvertreter!) noch die Kassen vor dem 24. Oktober etwas durchblicken. Im Gegenteil. Man ließ im Qualitätsausschuss sogar personenbezogene Verschwiegenheitserklärungen unterschreiben, damit nur niemand außerhalb des Kreises das nötige Wissen hat.

Mit dem Abschlussbericht wurde klar, welche Kriterien für die Qualitätsindikatoren dienen sollen, welche für die externe Prüfung durch MDK und PKV und wie künftig Qualität generell bemessen werden kann.

---

<sup>30</sup> Pflege-TÜV erneut in der Kritik: Aus für die Pflegenoten gefordert. <http://www.finanzen.de/news/16046/pflege-tuev-erneut-der-kritik-aus-fuer-pflegenoten>, Zugriff am 4. Juli 2019

Erst im Februar 2019 wurden die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR)<sup>31</sup> für den stationären Bereich veröffentlicht, obwohl sie bereits im Dezember 2018 vorlagen. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarung (QDV)<sup>32</sup> wurde Ende April 2019 vom Qualitätsausschuss Pflege veröffentlicht, obwohl das Bundesgesundheitsministerium bereits am 19. März 2019 um unverzügliche Veröffentlichung gebeten hatte.

### **Fazit** Späte Info – frühe Verwirrung

Man hat es den Einrichtungen in der Pflege alles andere als einfach gemacht, rechtzeitig informiert zu sein. Die Geheimniskrämerei führte zu vielen Spekulationen und Verwirrungen sowie Fehlinformationen in der Pflegelandschaft.

## 9.1 Die interne Qualitätsprüfung

### 9.1.1 Die Qualitätsindikatoren

Alle stationären Einrichtungen in der Pflege melden ab Oktober 2019 alle sechs Monate ihre Qualitätsindikatoren an die Datenauswertungsstelle (DAS). Dort werden die Daten auf Plausibilität geprüft und das Ergebnis der Einrichtung zurückgemeldet.

<sup>31</sup> QUALITÄTSPRÜFUNGS-RICHTLINIEN FÜR DIE VOLLSTATIONÄRE PFLEGE (QPR vollstationär) Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes<sup>1</sup> über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege vom 17. Dezember 2018

<sup>32</sup> Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die stationäre Pflege (QDVS) - vom 19.03.2019

# 10 Die externe Qualitätsprüfung

Neben den Qualitätsindikatoren (► Kap. 9.1.1) gibt es weiterhin die jährlichen Qualitätsprüfungen. Wobei im Abschlussbericht<sup>33</sup> dafür plädiert wurde, die Prüfungen auf alle zwei Jahre auszuweiten, wenn eine Einrichtung gute Ergebnisse aufweist und die Qualitätsindikatoren über dem Durchschnitt liegen. Die aktuellen QPR folgten dieser Empfehlung nicht.



## Info

Die Prüfung hat sich verändert: Die Prüfer haben weniger Einflussmöglichkeit, die Pflegedokumentation ist nur zweitrangig, wenn das Ergebnis stimmt und letztlich wird ein Dokumentationsfehler nicht so hoch bewertet wie ein Fehler in der Versorgung des Pflegebedürftigen. Gerade letzteres ist der wesentliche Unterschied zum alten »PflegetÜV« mit Noten, die alleine auf den Dokumentationsergebnissen beruhen.

Hat man die Sturzprophylaxe nicht abgezeichnet, war das ein Fehler, der zur schlechten Note führte. Es war egal, ob der Pflegebedürftige gestürzt war oder nicht. Hatte man ein Ernährungsprotokoll nicht lückenlos quitiert, wurde das mit schlechten Noten bestraft, obwohl der Pflegebedürftige vielleicht sogar zugenommen hatte.

Mit diesem paradoxen Vorgehen ist jetzt Schluss. Wenn ein Dokumentationsfehler vorliegt, aber das Ergebnis gut ist, wird dieser Dokumentationsfehler nur als Ab-

<sup>33</sup> Wingenfeld K et al. (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege. Abschlussbericht: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung. Bielefeld/Göttingen.

weichung, also weniger wichtig deklariert. Wenn das Ergebnis am Pflegebedürftigen nicht stimmt, (z. B. Dekubitus an der Ferse zu spät bemerkt), kann die Dokumentation so gut sein wie sie will, sie wiegt diesen Versorgungsfehler nie auf.

## 10.1 Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR)

Am 10. November 2005 veröffentlichten die Spitzenverbände der Pflegekassen erstmals Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI, sog. Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR). Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschlossen unter Beteiligung des MDS, aufgrund des § 53 a Satz 1 Nr. 1 und 4 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V, am 30. September 2005 gemeinsam und einheitlich die QPR als Mindestanforderung für die erbrachten Leistungen und deren Qualität sowie für das Verfahren zur Durchführung von solchen Prüfungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung. Seit dem 17. Dezember 2018 liegt die aktuelle Fassung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien stationär vor.<sup>34</sup> Die QPR teilstationär und ambulant liegen noch nicht vor, sind aber im Abschlussbericht<sup>35</sup> bereits umfassend dargestellt. Da man mit den QPR vollstationär dem Abschlussbericht folgte, ist davon auszugehen, dass dies auch bei den anderen Altenhilfebereichen der Fall sein wird.

### 10.1.1 Der Prüfauftrag

Der Prüfauftrag des MDK wird gemäß QPR Punkt 3 Absatz 3 von den Pflegekassenverbänden vorgegeben und umfasst im Wesentlichen folgende Angaben:

»Im Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen sind insbesondere zu beschreiben:

- Art der Prüfung,
- bei Anlassprüfungen der dem Prüfauftrag zugrunde liegende Sachverhalt (z. B. Beschwerde),
- Informationen darüber, ob für die Pflegeeinrichtung aktuelle, statistisch plausible und vollständige Indikatorenergebnisse vorliegen und eine entsprechende Kennung für die Datenanforderung der Prüfinstitution bei der beauftragten fachlich unabhängigen Institution nach § 113 Absatz 1b SGB XI (Datenauswertungsstelle – DAS),
- Einbindung der Pflegekassen oder der Landesverbände der Pflegekassen,
- Zeitpunkt der Prüfung,

<sup>34</sup> GKV, MDS (2018): Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege (QPR vollstationär) – Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes<sup>1</sup> über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege vom 17. Dezember 2018, am 19.3.2019 vom BMG freigegeben.

<sup>35</sup> Vgl. Wingenfeld 2018

# 11 Die Begutachtungs-Richtlinien (BRi)

Die aktuellen Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches, kurz BRi genannt, traten im August 2016 in Kraft und werden seit dem 1. Januar 2017 angewendet. Verabschiedet wurden die aktuellen Begutachtungs-Richtlinien (BRi) in Kooperation mit dem MDK und dem Gesundheitsministerium. Sie finden Sie als Download unter [www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/pflegeversicherung/pflegebegutachtung-rechtliche-grundlagen.html](http://www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/pflegeversicherung/pflegebegutachtung-rechtliche-grundlagen.html) im Internet. Dort können Sie sie auch gegen Erstattung der Postgebühren als handliche Broschüre bestellen.

## 11.1 Hilfebedarf bleibt bestehen

Im aktuellen Begutachtungsinstrument wird der Pflegebedürftige in drei Modulen am Grad der Selbständigkeit gemessen – Fähigkeiten und Einschränkungen werden in weiteren Modulen ermittelt. Diese veränderte Betrachtung hebt die alten Begriffe jedoch nicht gänzlich aus.

Der Hilfebedarf bleibt in den Formen Unterstützung (U), Anleitung (A), Beaufsichtigung (B), Teilweise Übernahme (TÜ), Volle Übernahme (VÜ) bestehen. Sie müssen allerdings diese Begriffe in den Grad der Selbständigkeit überführen (► Tab. 30).

**Tab. 30: Hilfebedarf = Grad der Selbständigkeit**

Hilfebedarf	Grad der Selbständigkeit	Beispiele
Keine Hilfe	selbständig	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Geringfügige Beaufsichtigung</li><li>• kurze Anleitung</li><li>• Unterstützung,</li><li>• kurze teilweise Übernahme</li></ul>	überwiegend selbständig	<ul style="list-style-type: none"><li>• Erledigungskontrolle</li><li>• Unmittelbares Zurechtlegen</li><li>• Herrichten von Gegenständen</li><li>• Auffordern als Impulsgabe</li><li>• Unterstützen bei der Entscheidungsfindung</li></ul>

Hilfebedarf	Grad der Selbständigkeit	Beispiele
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Punktueller Beaufsichtigen und Kontrolle der Erledigung</li> <li>• Punktuelle Übernahme von Teilen der Aktivität, kleine teilweise Übernahme</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umfassende teilweise Übernahme</li> <li>• Dauernde Beaufsichtigung</li> <li>• Permanente Anleitung, Anwesenheit während der Verrichtung nötig</li> </ul>	überwiegend unselbständig	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gezieltes Motivieren</li> <li>• Ständige Ermutigung</li> <li>• Ständiges Anleiten</li> <li>• Ständige Beaufsichtigung</li> <li>• Übernahme großer Teile</li> <li>• Ständige Eingreifbereitschaft</li> </ul>
Volle Übernahme	unselbständig	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vollständige Übernahme für den Pflegebedürftigen</li> </ul>

## 11.2 Die Vorbereitung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Eine Begutachtung muss nach wie vor gut vorbereitet werden. Dazu gehört, dass Sie das Begutachtungsinstrument (BI) bereits im Vorfeld ausfüllen: Sie müssen sich über die gewichteten Punktwerte im Klaren sein. Nur so erkennen Sie, worüber Sie mit dem Gutachter später diskutieren müssen. Kommen Sie beispielsweise bei der Berechnung der Selbstversorgung auf 33 Punkte, können Sie den Gutachter ganz entspannt arbeiten lassen. Selbst wenn er am Schluss lediglich auf 22 Punkte kommt, bleibt es auf jeden Fall bei 30 gewichteten Punkten.

Neben der Berechnung des Pflegegrades ist auch die Vorbereitung der direkten Begutachtung von Bedeutung. Sie müssen sich sehr einige Dinge überlegen:

- Was ziehe ich dem Pflegebedürftigen an?
- Wo setze ich ihn hin?
- Was stelle ich zum Essen und Trinken bereit?

Diese Vorarbeit hat Einfluss auf die Begutachtung. Ein Gutachter verlässt sich auf das, was er sieht. So macht er seine sogenannte »gutachterliche Befunderhebung« mit Schulter-Nacken-Griff, Schürzengriff, Aufstehen vom Stuhl, zum Glas greifen etc. Daraus leitet er bestimmte Fähigkeiten ab. Deshalb müssen Sie bei Alltagshandlungen aufzeigen, dass der Pflegebedürftige zwar möglicherweise die Arme hinter den Kopf nehmen, aber keine Strickjacke anziehen kann. Oder dass der Pflegebedürftige zwar zum Glas greift, aber erst nach Aufforderung trinkt, etc.

# 12 Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege

## 12.1 Grundsätze

### 12.1.1 Geltungsbereich

Obwohl die Überschrift klar auf den Geltungsbereich der häuslichen Krankenpflege hindeutet, sind diese Richtlinien seit den Qualitätsprüfungs-Richtlinien für stationäre Einrichtungen ebenso relevant wie für ambulante Dienstleister.

Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien verweisen auf die Anlehnung an diese Richtlinien, ebenso wie die neue MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den § 114 ff. SGB XI. Die stationären Einrichtungen lehnen sich bei der Frage »Ist eine ärztliche Delegation auf Fachkräfte möglich?« am besten an die Richtlinien nach § 92 SGB V an. Denn was im ambulanten Sektor per Verordnungsschein nicht als delegierbar dargestellt wird, sollte für den stationären Bereich (der zudem die Behandlungspflege nicht vergütet bekommt) ebenso tabu sein.

Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von »häuslicher Krankenpflege« nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V wurden zuletzt 17. Januar 2019 geändert und traten am 22. Februar 2019 in Kraft. Diese Richtlinien regeln *»die Verordnung häuslicher Krankenpflege, deren Dauer und deren Genehmigung durch die Krankenkassen sowie die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit den die häusliche Krankenpflege durchführenden ambulanten Pflegediensten und den Krankenhäusern.«*

### 12.1.2 Genehmigung

Voraussetzung für die Genehmigung der Verordnung ist, dass die Maßnahme grundsätzlich nicht ausgeschlossen ist, wie z. B. Blutentnahme oder i. v.-Injektionen. In den Grundlagen der Richtlinien nach § 92 SGB V heißt es im § 1 Abs. 4 weiter: *»Die*

*oder der Versicherte hat nur dann einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn und soweit er die erforderliche(n) Verrichtung(en) nicht selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person den Versicherten in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.«*

Und in den Grundlagen wird als Leistungsort immer die Häuslichkeit des Versicherten genannt, bzw. so wörtlich in § 1 Absatz 2: »Häusliche Krankenpflege wird im Haushalt der oder des Versicherten oder ihrer oder seiner Familie erbracht. Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, ... insbesondere Schulen, Kindergärten, betreuten Wohnformen oder Arbeitsstätten.«

Als weitere Voraussetzung für die Verordnung der häuslichen Krankenpflege wird der Vertragsarzt in die Pflicht genommen. Er muss feststellen, ob, in welchem Umfang und in welchem Zeitraum die Verordnung erforderlich ist. Dabei muss er beachten, dass die Verordnung nur ausgestellt werden darf, wenn keine im Haushalt lebende Person diese Maßnahmen oder Teile davon übernehmen kann. Ist der Arzt nicht sicher, wer was übernehmen kann, so soll er dies auf dem Verordnungsschein vermerken. Hier werden Behandlungspflegemaßnahmen an im Haushalt lebende Personen delegiert. Eine Einschränkung auf Qualität und Güte ist nicht vorgesehen.

Dafür wird der Aufwand immer größer, selbst für kleines Geld. Benötigt ein Kunde bei Bedarf ein Klistier, so gibt es dafür keine Vorabverordnung, sondern erst wenn der Bedarf da ist. Dann muss es aber schnell gehen, denn wie lange soll man auf das Abführen warten? Der Weg ist also: zunächst abwarten, bis der Bedarfsfall eintritt, dann ein Rezept für Klistier zusammen mit Verordnung beim niedergelassenen Arzt besorgen (lassen). Die Verordnung ausfüllen und unterschreiben sowie vom Kunden unterschreiben lassen, kuvertieren, frankieren und ab zur Post. Irgendwann kommt ein Schreiben der Krankenkasse, im Besten Fall eine Genehmigung. Und das Ganze für 7,88 Euro pro Klistier (bspw. im Land Bremen 2018).

### Fazit

#### Der Vertragsarzt entscheidet

Allein der Vertragsarzt soll also prüfen, ob die im Haushalt lebende private Hilfskraft die Medikamente richten und verabreichen, Verbände anlegen kann etc. Jeder ambulante Dienst weiß, welche Qualitätsmerkmale an die Übernahme von Behandlungspflege geknüpft werden. Auch im Heim ist es schier undenkbar, dass eine langjährige und fähige Pflegehelferin Medikamente richtet oder verteilt. Sobald es aber um die Finanzierung geht, wird der Maßstab offensichtlich verändert. Jeder soll im häuslichen Bereich das tun, was er kann, ungeachtet seiner Ausbildung und tatsächlichen Fähigkeiten. Kommt aber eine Institution ins Spiel, werden die Regeln straff angezogen.

# 13 Medizinprodukte

Die Regelungen zu den Medizinprodukten:

- Gesetz über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz – MPG zuletzt geändert durch Art. 16 G v. 21.7.2014 I 1133)
- Zweites Gesetz zur Änderung des Medizinproduktegesetzes (2. MPG-ÄndG)
- Verordnung über das datenbankgestützte Informationssystem über Medizinprodukte des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI-Verordnung – DIMDIV)
- Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Betreiberverordnung – MPBetreibV)
- Verordnung über die Verschreibungspflicht von Medizinprodukten (MPVerschrV)

Für die Pflege sind Auszüge aus diesen Gesetzen und Verordnungen unbedingt anzuwenden und einzuhalten. Es sind Fragen zu klären wie:

- Welche Medizinprodukte gibt es in der Einrichtung?
- Welche werden von der Einrichtung betrieben?
- Welche Geräte werden von Kunden betrieben?
- Werden nur sichere Medizinprodukte eingesetzt?
- Werden Vorkommnisse, bei denen Menschen (Kunden, Beschäftigte oder Dritte) schwerwiegend zu Schaden oder zu Tode kommen, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gemeldet? (§ 7 Abs. 2 Satz 7 MPBetreibV i. V. m. § 3 MPSV)
- Ist sichergestellt, dass keine Medizinprodukte eingesetzt werden, deren Verfallsdatum abgelaufen ist? (§ 4 Abs. 1 Satz 2 MPG)
- Werden die Medizinprodukte nur gemäß ihrer Zweckbestimmung und nach den Vorschriften der MPBetreibV verwendet? (§ 2 Abs. 3)
- Werden nur geeignete Personen (in Bedienung unterwiesen und versiert) mit der Anwendung von Medizinprodukten betraut? (MPBetreibV § 2 Abs. 2, 4)

- Werden Medizinprodukte nur durch Personen mit besonderen Fachkenntnissen instand gehalten und gewartet?
- Werden die Medizinprodukte der Anlage 1 der Medizinproduktebetreiberverordnung einer geregelten Funktionsprüfung unterzogen? (§ 5 Abs. 1 Nr. 1)
- Werden medizinische Geräte regelmäßig überprüft, gewartet und die Prüfung dokumentiert? (RKI § 2 Abs. 5 und 8 MPBetreibV)
- Werden die beauftragten Personen vom Hersteller in die Benutzung des Medizinproduktes eingewiesen? (§ 5 Abs. 1 Nr. 2)
- Wird für Medizinprodukte der Anlagen 1 und 2 der Medizinproduktebetreiberverordnung ein Medizinproduktebuch mit gesetzlich vorgesehenem Inhalt geführt? (§ 7)
- Wird das Medizinproduktebuch so aufbewahrt, dass es dem Anwender zugänglich ist? (§ 9 Abs. 2)

## 13.1 Medizinproduktegesetz (MPG) und Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)

### »§ 1 Zweck des Gesetzes (MPG)

Zweck dieses Gesetzes ist es, den Verkehr mit Medizinprodukten zu regeln und dadurch für die Sicherheit, Eignung und Leistung der Medizinprodukte sowie die Gesundheit und den erforderlichen Schutz der Patienten, Anwender und Dritter zu sorgen.

### § 2 Anwendungsbereich des Gesetzes (MPG)

(1) Dieses Gesetz gilt für Medizinprodukte und deren Zubehör. Zubehör wird als eigenständiges Medizinprodukt behandelt.«

§ 2 macht deutlich, dass es um jedes Medizinprodukt in einer Einrichtung geht, das dort in Betrieb genommen und angewendet wird. Dazu gehören alle Instrumente die gemäß § 3 folgendem Zwecke dienen: »der Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten«. Beispielsweise gehören dazu:

- Sauerstoffgeräte
- Absauggeräte
- Vernebler
- Blutdruckmessgeräte
- Blutzuckermessgeräte
- Körperwaagen
- Thermometer

# Teil 2

## Allgemeine Regelungen



# 14 Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP)

Obwohl zumindest der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in seiner ersten Fassung bereits fast 20 Jahre alt ist, wird der MDK auch künftig danach fragen. Ebenso wie nach der Einbindung weiterer Expertenstandards. Die Experten des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) haben Standards für bestimmte Risikobereiche bzw. zur Versorgung von Menschen mit bestimmten Risiken erarbeitet. Derzeit gibt es neun Standards, ein 10., »Erhaltung und Förderung der Mobilität«, ist freiwillig und muss nicht eingeführt werden. Sieht man allerdings die neuen Qualitätsindikatoren und Qualitätsaspekte, so wird deutlich: die Förderung der Mobilität bringt positive Bewertungen.

Somit haben wir aktuell folgende verabschiedeten Standards aus Osnabrück:

1. Dekubitusprophylaxe, 2. Aktualisierung Juni 2017
2. Entlassungsmanagement, 2. Aktualisierung Juni 2019 (nur für Einrichtungen, die dies betrifft, insbesondere Krankenhäuser)
3. Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung Dezember 2011
4. Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen, April 2015
5. Sturzprophylaxe, 1. Aktualisierung Januar 2013
6. Förderung der Harnkontinenz, 1. Aktualisierung März 2014
7. Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 1. Aktualisierung September 2015
8. Ernährungsmanagement, 1. Aktualisierung Januar 2017
9. Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz März 2018



## Info

Da das DNQP auf Bundesebene arbeitet, und im § 113a SGB XI auf die Expertenstandards verwiesen wird, bedeutet dies, dass sich alle Einrichtungen mit diesen Expertenstandards befassen müssen. Sie müssen aufzeigen, wie sie diese – in manchen Punkten abstrakten Darlegungen – in die pflegerische Praxis einbeziehen. Und, wenn ja, wie weit die Umsetzung erfolgt ist.

# 15 Pflegedokumentation

## 15.1 Allgemeines

Die Dokumentation ist zunächst eine Sammlung von Daten und Fakten; sie ist Ordnung, Speicherung und Auswertung von Urkunden bzw. schriftlich fixiertem Wissen. Hier ist zwischen administrativer Dokumentation der Verwaltung, der ärztlichen Dokumentation und der pflegerischen Dokumentation zu unterscheiden (vgl. Böhme). Das Dokument ist zu behandeln wie eine Urkunde.

Neben der **Wahrheit** muss das Dokument auch Klarheit schaffen. Das bedeutet zum einen, die Eintragungen müssen eindeutig und nachvollziehbar sein. Das »nachvollziehbar« bezieht sich auf »logisch«, und das Handzeichen muss eindeutig zuzuordnen sein.

Die **Echtheit** verbietet Eintragungen mit Bleistift oder Füller. Ebenso ist die Benutzung von Tipp-Ex verboten. Echtheit heißt aber auch, dass jeder für sich selbst einträgt.

**Keine Streichung** heißt »keine Striche«, zum Beispiel für erbrachte Leistungen. Diese Striche sind sehr verbreitet, aber unzulässig. Auch wenn beispielsweise im ambulanten Dienst die Kassen eine Strichliste zur Abrechnung zulassen, ist diese Strichelung keineswegs als Beweis tauglich.

**Lesbar** bedeutet, das Geschriebene muss immer lesbar bleiben. Verschreibt man sich und möchte ein Wort im Nachhinein für ungültig erklären, so ist das nur wie folgt möglich: ~~schade~~. Keinesfalls erlaubt ist die Streichung bis zur Unkenntlichkeit: ~~schade~~

## 15.2 Dokumentation und Urkundenfälschung

Die folgenden Auszüge sind den §§ 267, 268, 269, 270, 271 StGB (Strafgesetzbuch) entnommen.

### 15.2.1 § 267 Urkundenfälschung

»(1) Wer zur Täuschung im Rechtsverkehr eine unechte Urkunde herstellt, eine echte Urkunde verfälscht oder eine unechte oder verfälschte Urkunde gebraucht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

(3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe eine Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr.«

### 15.2.2 § 268 Fälschung technischer Aufzeichnungen

»(1) Wer zur Täuschung im Rechtsverkehr

- a. Eine unechte technische Aufzeichnung herstellt oder eine technische Aufzeichnung verfälscht oder
- b. unechte oder verfälschte technische Aufzeichnung gebraucht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.«

### 15.2.3 § 269 Fälschung beweisheblicher Daten

»(1) Wer zur Täuschung im Rechtsverkehr beweishebliche Daten so speichert oder verändert, dass bei ihrer Wahrnehmung eine unechte oder verfälschte Urkunde vorliegen würde, oder derart gespeicherte oder veränderte Daten gebraucht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.«

### 15.2.4 § 270 Täuschung im Rechtsverkehr bei Datenverarbeitung

»Der Täuschung im Rechtsverkehr steht die fälschliche Beeinflussung einer Datenverarbeitung im Rechtsverkehr gleich.«

# 16 Qualität

## 16.1 Ebenen der Qualität

Qualität wurde schon vielfach definiert, deshalb hier einige Begriffserläuterungen:

- »Qualität ist die Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.« (DIN ISO 8402).
- »Pflegetqualität ist der Grad an Übereinstimmung zwischen den anerkannten Zielen der Berufsgruppe und dem erreichten Erfolg in der Pflege.« (Schiemann 1990).
- »Die Qualität ist der Umfang des Erfolges, der unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist.« (Donabedian 1968).
- »Für Qualität ist das Verhältnis von Preis und Leistung (Nutzen) bzw. von Aufwand und Ergebnis von entscheidender Bedeutung. Dies ist der sogenannte wertbezogene Ansatz.« (Klie 1995).

## 16.2 Aussagen zur Qualität

- Qualität ist kundenorientiert.
- Qualität ist, wenn der Kunde wiederkommt, nicht das Produkt.
- Qualität ist, wenn alles funktioniert.
- Qualität ist, was der Kunde will.
- Qualität muss messbar sein.
- Qualität ist ein Wettbewerbsvorteil.
- Qualität durchdringt das ganze Unternehmen.
- Qualität braucht einen organisatorischen Rahmen.
- Qualität braucht motivierte Mitarbeiter.
- Qualität bedeutet null Abweichung/null Fehler.
- »Qualität ist das Anständige« (Theodor Heuss).
- Qualität ist ein Ergebnis von Vision, Planung und harter Arbeit« (MDK Rheinland-Pfalz).
- »Qualität ist das erste und das wichtigste« (Ishikawa).

Zusätzlich sagte Ishikawa (der Vater des Qualitätszirkels): »Man kann Mitarbeiter nicht zwingen, 10 Prozent mehr zu arbeiten, aber man kann sie dazu motivieren, 20 Prozent besser zu arbeiten.«

## 16.3 Definierte Ebenen der Qualität

Nach Donabedian werden drei Ebenen der Qualität unterschieden:

1. Strukturqualität
2. Prozessqualität
3. Ergebnisqualität

Bereits die erste MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI vom Oktober 2000, als auch die nun gültige MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112 und 114 SGB XI enthalten die Definitionen der Ebenen der Qualität nach Donabedian, unterteilt in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

### 16.3.1 Strukturqualität

- Die Personalausstattung nach Anzahl, Ausbildung und Zusatzqualifikation.
- Den Aus-, Fort- und Weiterbildungsstand der Beschäftigten, insbesondere im Bereich der gerontopsychiatrischen Betreuung.
- Die versorgten Pflegebedürftigen, gegliedert nach Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Pflegegrad, Dauer der Pflege durch die Pflegeeinrichtung und pflegerische Diagnosen.
- Die Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung, einschließlich des Umgangs mit Beschwerden.
- Die innerbetriebliche Vorgaben zur Betriebsorganisation und zum Betriebsablauf, insbesondere zur Zuordnung von Verantwortungsbereichen.
- Das Pflegeleitbild und das Pflegekonzept der zugelassenen Pflegeeinrichtung.
- Die Vorhaltung eines geeigneten Pflegedokumentationssystems.
- Die sächliche und technische Ausstattung.
- Die räumlichen Voraussetzungen, insbesondere Lage, Zahl und Belegung von Wohnräumen.
- Die Einbindung in einrichtungsübergreifende Versorgungs- und Altenhilfestrukturen.
- Die vertraglichen Vereinbarungen mit den Pflegebedürftigen.
- Das Beratungs- und Informationsangebot für den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen.

# 17 Personalbedarf

## 17.1 Ambulante Situation

Der ambulante Dienst hat Einzelaufträge bei seinen Kunden. So gibt es im Allgemeinen nur Kunden, die Leistungen entsprechend eines vorgegebenen Kriterienkataloges (i. d. R. Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI und Vertrag nach § 132 SGB V) einkaufen. Der eine Kunde benötigt lediglich eine Insulinspritze, der nächste aber eine große Morgentoilette und Frühstückszubereitung. Da hinter jedem eingekauften Modul des Kunden ein Geldbetrag steckt, kann die Pflegedienstleitung leicht ausrechnen, wie viel Zeit ein Mitarbeiter maximal vor Ort verbrauchen darf. So stellt sich eine Tour zusammen, die inklusive einer Fahrtzeit von Kunde zu Kunde den individuellen Tagesbedarf an Personal ergibt. Hierzu gibt es auch schon diverse EDV-gestützte Tourenplaner, aber jede Pflegedienstleitung wird bestätigen, dass kein automatisch erstellter Tourenplan ohne Nacharbeiten in die Umsetzung geht. Dazu sind die Kunden und auch die Mitarbeiter zu individuell und speziell.

Der Tourenplan soll am Ende des Tages nicht nur die Mitarbeiterkosten, sondern auch die Sachkosten, die Verwaltung und die Leitung finanzieren.

Die aus dem Geldbetrag errechnete Zeit auf dem Tourenplan muss für den Mitarbeiter aber unbedingt die Obergrenze darstellen.

Es gibt einige feste Rechengrößen, die sich unabhängig von der Finanzierung ergeben und die eingehalten werden sollen, wenn der ambulante Dienst weiter existieren will:

Der Anteil der PDL an den gesamten Kosten im Betrieb sollte kleiner als 10 Prozent sein, d. h. die PDL muss mitarbeiten, bis dieser Betrag erreicht ist. Beispiel: Die monatlichen Gesamtkosten im Betrieb betragen 22.000 Euro, die PDL verdient monatlich 2.900 Euro. Zuzüglich Sozialabgaben wären das monatliche Kosten von über 3.500 Euro. Die Kosten für die PDL würden in diesem Falle 15 Prozent betragen.

Die PDL muss also noch 5 Prozent aufarbeiten; mit anderen Worten, sie muss noch 1.100 Euro (5 Prozent von 22.000 Euro) Leistungen beim Kunden erbringen.

Die Fahrtzeit der Mitarbeiter sollte 15 Prozent der Gesamtzeit in jeder Tour nicht überschreiten. Das bedeutet: Ist die gesamte Tour von 6:00 bis 12:00 Uhr, also sechs Stunden, so sollten davon nicht mehr als 54 Minuten auf die reine Fahrtzeit entfallen. Je höher die Fahrtzeit, desto niedriger ist das Entgelt für die Pflegezeit und umso höher der Kostenanteil.

Die entstehenden Sachkosten im Betrieb sollen weniger als 28 Prozent vom Umsatz sein. Und von den Sachkosten wiederum sollen nicht mehr als 40 Prozent auf die Fahrzeuge entfallen.

Personalkosten wären bei unter 55 Prozent optimal und die PDL soll nicht mehr als 15 Prozent von den Personalkosten ausmachen, während die gesamten Verwaltungskosten nicht mehr als 4 Prozent der Personalkosten ausmachen dürfen.

Die Mitarbeiter sollen nicht mehr als 10 Prozent ihrer Arbeitszeit für Organisationszeit aufwenden.

Stationär gibt es keine Einzelmodule, die ein Kunde einkauft, sondern die Intensität der Pflege ist aus dem jeweiligen Pflegegrad abzuleiten.

Die Personalzahlen als Pflegeschlüssel sind nach wie vor in jedem Bundesland unterschiedlich geregelt (► Kap. 7.7). Die vom Gesetzgeber gewünschte Vereinheitlichung der Personalbesetzung bis zum Jahr 2020 halte ich für wenig realistisch, denn das PSG II hat die Karten noch einmal gänzlich neu gemischt. Wir sind aktuell von einem einheitlichen Pflegeschlüssel weiter entfernt denn je.

# 18 Schlusswort

Sie haben dieses Buch gelesen, wenigstens in Auszügen. Einiges wussten Sie, anderes konnte ich Ihnen etwas näher bringen. Auf eine Sache bin ich aber nicht eingegangen: dass all Ihr Streben Ihren Kunden gelten sollte. »Selbstverständlich«, denken Sie? Ich sehe in meiner täglichen Arbeit hier noch kein Selbstverständnis. Ich erlebe, dass immer wieder Energien freigesetzt werden, um den Pflegebedürftigen zu ändern. Der ambulante Dienst, der zunächst als Gast ins Haus kommt, macht sich bald breit. Sowohl mit seinen Utensilien, die einen exponierten Platz bekommen, als auch mit seinen gut gemeinten Ratschlägen, weil man es schließlich besser weiß.

Schlimmer erlebe ich es aber in stationären Einrichtungen. Dort muss der Pflegebedürftige hinter allen anderen zurückstehen. Die Tochter soll zufrieden sein mit der Pflege. Der Arzt soll zufrieden sein mit der Medikamentengabe, der Kollege soll zufrieden sein mit der Leistung des vorangegangenen Dienstes. Die Küche soll zufrieden sein und das Geschirr pünktlich zurückerhalten. Der MDK soll zufrieden seine Arbeit machen können und keinen Grund für Beanstandungen finden. Die Heimaufsicht soll wohlwollend durch die Einrichtung gehen können und zufrieden sein. Der Chef soll zufrieden sein, indem niemand sich beschwert. Was ist aber mit dem Bewohner? Er sollte im Mittelpunkt all unseres Strebens stehen, aber er tut es nicht.

Wenn ein Pflegebedürftiger mittags noch nicht gewaschen ist, meckert ein Kollege, dass der Spätdienst das Waschen übernehmen soll, weil er doch schon genug zu tun hat. Bevor man sich das Gemecker anhört, wird man das nächste Mal den Bewohner waschen, ob er will oder nicht.

Wenn ein Pflegebedürftiger seine Medikamente nicht nehmen möchte, zeigt der Arzt seinen Unmut und die Mitarbeiter versuchen eher, den Pflegebedürftigen zu überzeugen oder mischen ihm die Tabletten unter den Brei, anstatt dem Arzt zu sagen, dass der Kunde das Recht hat, seine Medikamente zu verweigern.

Wenn der Kunde nicht trinken möchte, ist es einfacher, eine Infusion zu legen, als mit den Außenstehenden zu diskutieren, wie würdig das ist.

Wenn der Bewohner mit dem gleichen Hemd wie gestern und unrasiert im Sessel sitzt, wird die Tochter natürlich ungehalten fragen: »Wieso ist das so? Schließlich zahle ich viel Geld!« Und die Mitarbeiter gehen auch hier den einfacheren Weg und überzeugen, ja, überrumpeln den Pflegebedürftigen, damit die Tochter nicht wieder meckert. Anstatt der Tochter zu sagen: »Ja, ihr Vater ist unrasiert und trägt noch das Hemd von gestern. Wir haben heute Morgen dies und jenes probiert, leider ohne Erfolg. Sie kennen Ihren Vater: Wenn der nicht will, ist nichts zu machen. Aber nun sind Sie da, ich gehe mit Ihnen, vielleicht schaffen wir es ja jetzt, schließlich haben Sie als Tochter einen anderen Zugang.«

Wenn der Bewohner häufig ruft, ist es vielleicht sogar der Chef selber, der den Mitarbeitern sagt: »Schauen Sie mal, was Sie machen können, damit der nicht mehr so laut ist! Wir haben schon Beschwerden!« Und der Mitarbeiter wird ggf. den Arzt um Psychopharmaka bitten, statt der Leitung das eigene Leitbild vor Augen zu halten und zu sagen: »Der Mensch steht bei uns im Mittelpunkt« und um das zu leben, müssen wir uns um ihn bemühen. Es dauert eben länger, herauszufinden, was dem Bewohner fehlt und warum er ruft oder nach wem, als ihm eine Pille einzuwerfen.

Und ist ein Mensch in unseren Augen zu dünn, so muss er zunehmen. Angeblich will der MDK das so. Anstatt zu fragen: »Wo steht es, dass man das Recht auf Selbstbestimmung derart mit Füßen treten kann?«

Und möchte jemand eher zurückgezogen allein in seinem Zimmer bleiben, sehen wir die Gefahr der Vereinsamung und reden auf ihn ein wie auf ein krankes Pferd: »Doch! Man muss zur Gruppe gehen!«

Ich könnte noch viele weitere traurige Beispiele des Alltags nennen. Aber ich bin sicher, dass Sie gleiches kennen. Wir, Sie als Chef der Pflege, müssen uns zu Anwälten der Pflegebedürftigen machen und diese uns anvertrauten Menschen vor dem »Wohlfühlen« anderer schützen. Wenn ich in einer Einrichtung nur topp gepflegte Menschen vorfinde, bin ich skeptisch. Wenn ein Pflegebedürftiger mit einer Hose als Kopfbedeckung umherläuft weiß ich: »Hier ist es gut, hier darf man bleiben, wie man ist.«

Wir investieren in unsere eigene Zukunft. Was wir heute fordern oder dulden, wird uns in wenigen Jahren womöglich selbst erwarten. Dann sollten wir im Mittelpunkt stehen. Wir ernten, was wir säen!

## Literatur

- Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege – Abschlussbericht vom 20. August 2018
- Arzneimittelgesetz, zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. Juli 2016
4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI
- Arets J, Obex F, Vaessen J, Wagner F (1999): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. 3. Aufl. Huber Verlag, Bern.
- Barth M (1999): Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Altenpflege. Urban und Fischer Verlag, München
- Bartmans PCM, Geng V (2000): Qualität nach Maß. Huber Verlag, Bern.
- BGB Bürgerliches Gesetzbuch (2001): Beck Texte. dtv, München 49. Aufl.
- Beikirch E, Schulz A (2017): Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten, stationären und teilstationären Langzeitpflege. Hrsg. v. Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Version 2.0). Im Internet: <https://www.ein-step.de/>
- Berghoff, I. (1999): Förderpflege mit Demenzen. Ullstein Medical, München
- Blonski H (1998): Qualitätsmanagement in der Altenpflege. Brigitte Kunz Verlag, Hagen.
- Böhme H (1999): Rechtshandbuch für Führungskräfte. Weka Verlag, Kissing
- Budnik B (1999): Pflegeplanung leicht gemacht. Urban und Fischer Verlag, München
- Bollmann M (2008): Der Pflegeprozess in der Altenpflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Büscher A et al. (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht. Osnabrück/Bielefeld
- Doni C, Gresch U (1997): Pflegehandbuch. Diakonie Verlag, Reutlingen
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung 2011. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2014): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. 1. Aktualisierung 2014. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2015): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2015): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. 1. Aktualisierung 2015. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2017): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung 2017. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2019): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege; [einschließlich Kommentierung und Literaturstudie]. 2. Aktualisierung 2019. Osnabrück: Hochschule Osnabrück
- Donabedian A (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 44. S. 166–203.
- Elsbernd A, Allgeier C, Lauffer-Spindler B (2010): Praxisstandards und Qualitätsindikatoren in der Pflege. Qualitätsinstrumente am Beispiel der stationären Altenpflege. 1. Aufl. Jacobs Verlag, Lage.
- Evangelischer Verband für Altenarbeit und ambulante pflegerische Dienste e.V. (2001): Erforderlicher Pflegezeit- und Personalbedarf in stationären Pflegeeinrichtungen – ein Positionspapier zum Verfahren PLAISIR®. Beschlossen vom DEVAP-Vorstand am 27.09.2001.
- Fiechter V, Meier M (1998): Pflegeplanung. Recom Verlag, Basel.
- Giebing H, Francois-Kettner H, Roos M, Marr H (1999): Pflegerische Qualitätssicherung. Huber Verlag, Bern.
- Gebbie KM, Lavin MA (1975): Classification of nursing diagnosis. Proceedings of the first national conference. The CV Mosby Co., St. Louis.
- Görres S, Hasseler M, Mitternacht B (2009): Gutachten zu den Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V. In: IPP Schriften (2).
- Gustav Werner Stiftung zum Bruderhaus (1998): Qualitätsmanagementhandbuch. Diakonie Verlag, Reutlingen
- Heiber A (2014): Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz. Was ist zu tun? Chancen und Risiken. Hannover: Vincentz Network (Reihe Recht).
- Huber G (1998): Das Arbeitszeugnis in Recht und Praxis. Haufe Verlag, Freiburg.
- Hessisches Landesamt für Versorgung und Soziales und die Hessischen Ämter für Versorgung und Soziales (Hrsg.) (1998): Arbeitshilfe zur Konzeptionsentwicklung in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe. Frankfurt/Main
- Jaffe MS, Skidmore-Roth L (2000): Pflegeassessment, Pflegediagnosen und Pflegeintervention. Huber Verlag, Bern.
- Kassenärztliche Vereinigung Rheinhessen: Anfragen von Krankenkassen, MDK, Behörden und anderen. Rechtsgrundlagen, Vordrucke, Vergütungen, Steuern.
- Kämmer K (2015): Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. 6. Aufl. Schlütersche Verlag, Hannover
- Kelleter H (2015): Qualitätsindikatoren und Effekte zur Qualitätssicherung. In: *Monitor Pflege* 1 (3), S. 25–29.

- Klie T (1998): Pflegeversicherung. Vincentz Verlag, Hannover.
- König J (2008): 100 Fehler bei Stürzen im Heim. 2. Aufl. Brigitte Kunz Verlag, Hannover.
- König J (2014): MDK – Mit dem Gutachter eine Sprache sprechen. 8. Aufl. Schlütersche Verlag, Hannover.
- König J (2015): 100 Fehler bei der MDK-Prüfung. 4. Aufl. Brigitte Kunz Verlag, Hannover.
- König J (2017): 100 Fehler bei der Einstufung von Pflegebedürftigen. 5. Aufl. Brigitte Kunz Verlag, Hannover.
- König J (2018): Dokumentationswahnsinn in der Pflege – es geht auch anders: Mit fünf Bereichen alles erfassen und perfekt dokumentieren. 3. Aufl. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- König J (2018): Pflegegrad-Management. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- König J (2019): 100 Fehler im Umgang mit Strukturmodell und SIS®. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- König J, Raiss M (2019): Qualitätsindikatoren und -aspekte für die Altenpflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Krohwinkel M (oJ): In: Einheitsbrei oder à la carte. Diakoniewerk Michaelshoven, Köln.
- Krohwinkel M (1998): In: Osterbrink J (Hrsg.): Erster internationaler Pflgetheorienkongress Nürnberg. Huber Verlag, Bern 1997/1998.
- Krohwinkel M (2013): Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs: Forschung, Theorie und Praxis. Huber Verlag, Bern.
- MDS (Hrsg.): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. April 2005.
- Messer B (2008): Tägliche Pflegeplanung in der stationären Altenhilfe. 3. Aufl. Schlütersche Verlag, Hannover.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein: Ergebnisse und Perspektiven der Anwendung des Verfahrens PLAISIR®. Die Anwendung des Verfahrens PLAISIR® in Schleswig-Holstein. September 2002
- Qualitätsausschuss Pflege gem. § 113b SGB XI (2018): Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung. MUG. Für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege. Im Internet: <https://www.gs-qa-pflege.de/dokumente-zum-download/>
- Reimer W, Fueller F (1998): Der Pflegeprozess. Universitätsverlag Ulm
- Weiß P (2000): Praktische Qualitätsarbeit in Krankenhäusern. Springer Verlag, Wien
- Wieprecht A, Wieprecht-Kotzsch A (2017): Praxisratgeber Pflegeversicherung. Wahalla Verlag, Regensburg.

- Wingenfeld K et al. (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege. Abschlussbericht: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung. Bielefeld/Göttingen.
- Zawada U, Kellnhausen E (1996): Pflegeplanung und Dokumentation. Ursula Zawada Fachverlag, Düsseldorf
- Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches vom Juli 2017.
- Qualitätsprüfungs-Richtlinien, Transparenzvereinbarung, Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI, Teil 1 – Ambulante Pflege vom Januar 2018
- Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege (QPR vollstationär) – Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes<sup>1</sup> über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege vom 17. Dezember 2018, am 19.3.2019 vom BMG freigegeben.
- Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 8 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI von ambulanten Pflegediensten – Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) vom 7. Dezember 2015
- Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Absatz 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI - Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die stationäre Pflege (QDVS) - vom 19.03.2019
- Bundesdatenschutzgesetz vom 30. Juni 2017 (BGBl. I S. 2097)
- Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln – Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist.
- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 14b des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist
- Medizinproduktegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist.
- Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist
- Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Betreiberverordnung – MPBetreibV), Medizinprodukte-Betreiberverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. August 2002 (BGBl. I S. 3396), die zuletzt durch Artikel 9 der Verordnung vom 29. November 2018 (BGBl. I S. 2034) geändert worden ist

Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WVBG) v. 29.07.2009 BGBl. I S. 2319; Geltung ab 01.10.2009 zuletzt geändert am 3. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3324)

<https://dsgvo-gesetz.de/>

Schulungsunterlagen Fortbildung »Die europäische Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und Praxislösungen zu ihrer Umsetzung« Stand: Februar 2018

<https://www.pflegen-online.de/7-tipps-zur-neuen-dsgvo-fuer-pflegekraefte>

<https://www.boeck.net/news-detail/dsgvo-fuer-pflegedienste-und-einrichtungen-2018-1/>

<https://www.lexware.de/dsgvo/>

<https://www.impulse.de/recht-steuern/rechtsratgeber/dsgvo-vorlagen-muster/>

## Register

- AEDL 267, 321
- Anordnungen, ärztliche 344
- Apotheke, Anforderungsprofil 27
- Arbeitsunfähigkeit 439
- Arbeitsverhinderung 148
- Arbeitszeit 438
- Arzneimittel 29
  - Abgabe 28
  - Aufbewahrung 27
  - Weitergabe 30
- Arzneimittelgesetz 20
- Arzt, Auskunftspflicht 44
- Aufbewahrungspflicht 48
- Aufzeichnungen- und
  - Aufbewahrungspflicht 69
- Auskunftspflicht 45
  
- Bedarfskonstellation
  - besondere 213
- Begutachtungs-Richtlinien 210
- Bereichs- und Bezugspflege 399
- Berichtsblatt 338
- Beschwerdemanagement 396
- Besprechungen 402
- Betreuer 91
- Betreuungsrecht 84, 91
- Bewertungskategorien 166
- Bewertungssystem, MDK 165
- Bewohner, Aufnahme 376
- Bewohner, Tod 380
- Biografie 335
- Blister 21, 28
- Bundesdatenschutzgesetz 32
  
- Datenauswertungsstelle 152
- Daten, Fälschung 311
- Daten, Herausgabepflicht 43
- Datenübermittlung 44
- Datenweitergabe, durch den Arzt 44
- Dienstplan 437
- Dienstplanformular 441
- Dokumentationsklarheit 313
- Dokumentationsprobleme 346
- Dokumentationswahrheit 313
  
- Einarbeitungskonzept 406
- Einarbeitungsplan
  - Mitarbeiter 408
- Einrichtungen, Definition 59
- Einsichtsrecht, der Betroffenen 47
- Einwilligungsvorbehalte 93
- Ergebnisqualität 371
- Erstgespräch 375, 381
- Expertenstandard 121, 252
  - Dekubitusprophylaxe 254, 297
  - Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege 282
  - Pflege von Menschen mit 290
  - Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen 273
  - Sturzprophylaxe 260
- Expertenstandards
  - Aufbau 254
  
- Falschbeurkundung 312
- Fälschung technischer
  - Aufzeichnungen 311
- Fortbildung 403
- Freiheitsentziehende
  - Maßnahmen 428
  
- Generalvollmacht 90
- Gesundheitsamt, Belehrung 53
- Gesundheitsamt, Bescheinigung 53

- Haftungsrecht 314
- Häusliche Krankenpflege,
  - Rechtsprechung 239
- Häusliche Krankenpflege,
  - Richtlinien zur Verordnung 237
- Heimaufsicht 58, 137
- Heimgesetz 57, 66
- Heimmindestbauverordnung 62
- Heimmitwirkungsverordnung 64
- Heimpersonalverordnung 64
- Heimverträge 58
- Hilfebedarf 210
- Hilfsmittel 108
- Hilfsmittelerstattung 112
- Hygienehandbuch 56
  
- Infektionsschutzgesetz 49
  
- Krankenkasse, Einsichtsrecht 41
- Krankheiten, meldepflichtige 50
- Krankheitserreger, meldepflichtige
  - Nachweise 51
- Krisenmanagement 428
- Kurzzeitpflege 145
  
- Leistungsnachweis 337
- Leistungs- und
  - Qualitätsnachweis 136
  
- Maßnahmenplan 364
- Maßnahmen, verordnungsfähige 239
- MDK 160
- MDK-Prüfung
  - Ablauf 164
- Medizinprodukte 244
- Medizinprodukte-Betreiber-
  - verordnung 245
- Medizinproduktegesetz 245
- Mitarbeiter, Einarbeitung 405
  
- Patientenverfügung 96
- Personalbedarf 459
- Pflegeanamnese 331
- Pflegebedürftige 101
- Pflegediagnosen 316
- Pflegedokumentation 310, 330
  - Weitergabe 43
- Pflegegrade 233
- Pflegehilfsmittel 107
- Pflegekassen, Einsichtsrecht 39
- Pflegemodelle 321
- Pflegeplanung 327
- Pflegeprobleme 321
- Pflegeprozess 320
- Pflegeprozessplanung 333
- Pflegestärkungsgesetz (PSG) 139
- Pflegeversicherung 97, 102
- Pflegevisite 383, 385
- Pflegezeit 148
- Prozessqualität 371
- Prüfanlass 165
- Prüfauftrag 160
  
- Qualität 369
- Qualitätsaspekte 133, 134
- Qualitätsdarstellung
  - Qualitätsindikatoren 156
- Qualitätsdarstellungs-
  - vereinbarung 152
- Qualitätsdefizite 133
- Qualitätsindikatoren 133, 152
- Qualitätsprüfung 127, 151
  - externe 159
  - interne 152
- Qualitätsprüfungs-Richtlinien 160
- Qualitätssicherungsmaßnahmen 381
- Qualitätsverantwortung 120

- Referenz- und Schwellenwerte 158
- Referenzwert 158
- Ressourcen 321
- Richtlinien 374
- Risikoeerhebung
  - Checkliste 269
- Robert Koch-Institut 49
- Ruhepausen 438
- Ruhezeit 438
  
- Schwellenwerte 158
- Senioren-WG 60
- SGB XI 97
- Sonn- und Feiertage 439
- Stammbblatt 331
- Standards 374
- Stichprobe 162
- Strukturqualität 370
- Sturz 432
  
- Tages- und Nachtpflege 146
- Täuschung im Rechtsverkehr bei
  - Datenverarbeitung 311
  
- Überstunden 438
- Überwachung 70
- Unterbringungsähnliche
  - Maßnahmen 94
- Urkundenfälschung 311
- Urkundenunterdrückung 346
  
- Verbandsstoffe, Aufbewahrung 27
- Verblistern 20
- Verhinderungspflege 144
- Verordnungen, medizinische 344
- Versorgungsergebnisse 132, 156
- Vertragsrecht 314
- Vitalwerte 333
- Vorschriften, heimrechtliche 58
- Vorsorgevollmacht 87
  
- Wohn- und Betreuungsvertrags-  
gesetz 73
- Wundanamnese 293

### **Bildnachweis:**

Seite 15: SG- design – stock.adobe.com

Seite 251: This is brk – stock.adobe.com

schlütersche  
macht *Pflege leichter*

## Gute Qualität verlangt solides Wissen

Kaum eine Neuerung hat für so viel Furore gesorgt wie die neuen indikatoren gestützten Qualitätsprüfungen ab November 2019. In dieser 8., aktualisierten Auflage des PDL-Klassikers finden Pflegedienstleitungen alles, was sie zur Vorbereitung und Durchführung auf das neue Verfahren brauchen.

Gute Qualität in der Pflege ist machbar. Aber sie verlangt ein fein justiertes Räderwerk von wohldosierten Maßnahmen. Dieses Standardwerk nennt die Grundlagen, zeigt die Maßnahmen und vermittelt das nötige Praxiswissen.

Dabei ist auch die 8., aktualisierte Auflage wie gewohnt kompakt und verständlich. Auf diese praktische Arbeitsgrundlage sollte keine PDL verzichten.

### Die Autorin

Jutta König ist Wirtschaftsdiplom-Betriebswirtin Gesundheit (VWA) und u. a. als Sachverständige an Sozialgerichten tätig.

Sie ist Dozentin für Pflegesachverständige und -berater, Unternehmensberaterin sowie Dozentin (SGB V, SGB XI, Heim- und Betreuungsrecht). Sie verfügt außerdem über langjährige Erfahrungen als examinierte Altenpflegerin, Pflegedienst- und Heimleitung.

ISBN 978-3-89993-996-5

