



PFLEGE

Jutta König

Was die PDL wissen muss

Das etwas andere Qualitätshandbuch
in der Altenpflege

7., aktualisierte Auflage

S

schlütersche

Jutta König

Was die PDL wissen muss

Das etwas andere Qualitätshandbuch
in der Altenpflege

7., 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



**Der Pflegebrief Newsletter – für die schnelle Information zwischendurch
Anmelden unter www.pflegen-online.de**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

ISBN 978-3-89993-389-5 (Print)

ISBN 978-3-8426-8885-8 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8886-5 (EPUB)

**© 2017 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.

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten | Hamburg
Titelbild: gzoargz – fotolia.de
Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig
Druck und Bindung: Westermann Druck Zwickau GmbH, Zwickau

INHALT

Vorwort	12
Teil 1 Gesetze und Verordnungen	
1 Übersicht	16
2 Arzneimittelgesetz (ArzneimittelG)	20
2.1 Verblistern	20
2.2 Aufbewahrung von Arzneimitteln und Verbandstoffen	25
2.3 Therapie sowie Abgabe von Arzneimitteln	26
2.4 Weitergabe von Arzneimitteln	28
3 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)	29
3.1 Allgemeine Aussagen aus dem BDSG	29
3.2 Einsichtsrecht der Kassen	30
3.3 Datenweitergabe durch den Arzt	34
3.4 Einsichtsrecht der Betroffenen	36
3.5 Aufbewahrungspflichten	37
4 Infektionsschutzgesetz (IfSG)	38
4.1 § 4 Aufgaben des Robert Koch-Instituts (RKI)	38
4.2 § 6 Meldepflichtige Krankheiten	39
4.3 § 7 Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern	40
4.4 § 36 Einhaltung der Infektionshygiene	41
4.5 § 43 Belehrung, Bescheinigung des Gesundheitsamtes	41
4.5.1 Beispiel einer Belehrung	42
4.6 Hygienehandbuch	44
5 Heimgesetz (HeimG)	46
5.1 Heimgesetz ade	46
5.2 Definitionen von Einrichtungen	47
5.3 Heimmindestbauverordnung (Bauliche Mindestanforderungen) ...	50
5.4 Heimpersonalverordnung	51
5.5 Heimmitwirkungsverordnung	52
5.6 Bestimmungen aus dem Heimgesetz	53
5.6.1 Ziele des Gesetzes	54
5.6.2 § 10 Mitwirkung	55
5.6.3 § 11 Anforderung an den Betrieb eines Heimes	56

5.6.4	§ 12 Anzeige	57
5.6.5	§ 13 Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflicht	58
5.6.6	§ 14 Leistungen an Träger und Beschäftigte	58
5.6.7	§ 15 Überwachung	59
5.7	Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WBVG)	61

6

Betreuungsrecht	72	
6.1	Checkliste: Überprüfung der Notwendigkeit einer Betreuung	74
6.2	Vorsorgevollmacht (einfach)	75
6.3	Vorsorgevollmacht (speziell)	76
6.4	Generalvollmacht	78
6.5	Betreuer	79
6.6	Unterbringungsähnliche Maßnahmen	81
6.7	Patientenverfügung	83

7

SGB XI	84	
7.1	Allgemeines	84
7.2	Entwicklung der Pflegeversicherung	89
7.2.1	Ausblick	90
7.3	Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittel	91
7.3.1	Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI	92
7.3.2	Pflegehilfsmittel sind keine Hilfsmittel	94
7.3.3	Richtungsweisende Urteile im Zusammenhang mit Hilfsmittelerstattung	97
7.4	Einschränkung in der Alltagskompetenz	103
7.5	§ 112 Qualitätsverantwortung	104
7.6	§ 113a Expertenstandards	105
7.7	§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen	105
7.8	§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfung	109
7.9	§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen	112
7.9.1	Pflegeniveau in Deutschland	113
7.9.2	Die wesentlichen Prüfergebnisse der stationären Pflege	113
7.9.3	Die wesentlichen Prüfergebnisse in der ambulanten Pflege ..	117
7.9.4	Konsequenzen einer Prüfung	121
7.10	§ 116 Kosten von Leistungs- und Qualitätsnachweisen	123
7.11	§ 117 Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht	123

Die Pflegestärkungsgesetze (PSG) I bis III	125
8.1 Übersicht zum Pflegestärkungsgesetz I	125
8.2 Übersicht zum Pflegestärkungsgesetz II	126
8.3 Übersicht zum Pflegestärkungsgesetz III	127
8.3.1 Empfehlungen der Bund-Länder Arbeitsgemeinschaft	130
8.3.2 Einbindung des Pflegebedürftigkeitsbegriff ins SGB XII	131
8.3.3 Maßnahmen zur Verhinderung von Pflegebetrug	131
8.4 Die Leistungen der Pflegeversicherung im Einzelnen	132
8.4.1 Ambulante Leistung, Geld-/Sachleistung (§ 36 und 37 SGB XI)	132
8.4.2 Erhöhung der Leistungen zur Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)	132
8.4.3 Verbesserung der Leistungen zur Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	133
8.4.4 Verbesserung der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	134
8.4.5 Erhöhung und Verbesserung der Leistungen im stationären Bereich	136
8.4.6 Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a SGB XI)	136
8.5 Anhebung der ambulanten und stationären Leistungen	137
8.6 Ausbau der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Transparenz	138
8.6.1 Die Anlage 2 der Transparenzvereinbarung	142
8.6.2 Die Anlage 3 der Transparenzvereinbarung	142
8.6.3 Die Anlage 4 der Transparenzvereinbarung	143

Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR)	144
9.1 Rechtspyramide	144
9.2 Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR)	144
9.2.1 Prüfauftrag	147
9.2.2 Umfang der örtlichen Prüfungen	148
9.2.3 Ablauf der MDK-Prüfung	150
9.2.4 Prüfanlass	151
9.2.5 Verteilung der Prüfungen in den letzten Jahren	151
9.2.6 Prüfauftrag	152
9.2.7 Auswahl der Kunden	153
9.2.8 Bewertungssystem	155
9.3 Ausgewählte Fragen	157
9.3.1 Unterlagen, die Sie vorbereiten sollten	157
9.3.2 Fragen zum Ess- und Trinkverhalten	158
9.3.3 Hauswirtschaft	160

10	Begutachtungs-Richtlinien (BRi)	162
	10.1 Pflegestufe versus Pflegegrad	162
	10.2 Hilfebedarfe nicht vergessen	163
	10.3 Vorbereitung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	164
	10.3.1 Das NBI als Teil des Gutachtens	165
	10.3.2 Von Pflegestufen zu Pflegegraden	185
11	Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege	187
	11.1 Grundsätze	187
	11.1.1 Geltungsbereich	187
	11.1.2 Genehmigung	187
	11.2 Die verordnungsfähigen Maßnahmen im Überblick	189
	11.3 Gerichtliche Entscheidungen	207
12	Medizinprodukte	212
	12.1 Medizinproduktegesetz (MPG) und Medizinprodukte-Betreiber- verordnung (MPBetreibV)	213

Teil 2 Allgemeine Regelungen

13	Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitäts- sicherung in der Pflege (DNQP)	218
	13.1 Aufbau der Standards	220
	13.2 Expertenstandard Dekubitusprophylaxe	221
	13.2.1 Strukturqualität	221
	13.2.2 Prozessqualität	221
	13.2.3 Ergebnisqualität	221
	13.2.4 Die häufigsten Fehler im Umgang mit dem Experten- standard Dekubitusprophylaxe	222
	13.2.5 Vorgehensweise und Dokumentation	223
	13.2.6 Die MDK-Prüffragen zur Dekubitusprophylaxe	225
	13.3 Expertenstandard Sturzprophylaxe (1. Aktualisierung 2013)	227
	13.3.1 Strukturqualität	227
	13.3.2 Prozessqualität	227
	13.3.3 Ergebnisqualität	228
	13.3.4 Die häufigsten Fehler im Umgang mit dem Experten- standard	228
	13.3.5 Vorgehensweise und Dokumentation	229
	13.3.6 Vorgehensweise bei der Bewertung eines Problems	232
	13.3.7 Risikoeinteilung anhand der AEDL	234
	13.3.8 Risikoerhebung anhand einer Checkliste	236
	13.3.9 Die MDK-Prüffragen zur Sturzgefahr	239

13.4	Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen (1. Aktualisierung 2011)	240
13.4.1	Strukturqualität	240
13.4.2	Prozessqualität	240
13.4.3	Ergebnisqualität	241
13.4.4	Die häufigsten Fehler im Umgang mit dem Experten- standard Schmerzmanagement	241
13.4.5	Vorgehensweise und Dokumentation	242
13.4.6	Die MDK-Prüffragen zu Schmerzen	245
13.5	Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen (Implementierung 2015)	246
13.5.1	Strukturqualität	246
13.5.2	Prozessqualität	247
13.5.3	Ergebnisqualität	248
13.5.4	Die häufigsten Fehler im Umgang mit dem Experten- standard Schmerzmanagement bei chronischem Schmerz ..	248
13.6	Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (Stand 2010, wird Ende 2017 neu erscheinen)	249
13.6.1	Strukturqualität	249
13.6.2	Prozessqualität	249
13.6.3	Ergebnisqualität	250
13.6.4	Die häufigsten Fehler im Umgang mit dem Experten- standard Ernährungsmanagement	250
13.6.5	Vorgehensweise und Dokumentation	251
13.6.6	Die MDK-Prüffragen zur Ernährung	254
13.7	Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (1. Aktualisierung September 2015)	258
13.7.1	Strukturqualität	258
13.7.2	Prozessqualität	259
13.7.3	Ergebnisqualität	259
13.7.4	Die häufigsten Fehler im Umgang mit dem Experten- standard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden ...	260
13.7.5	Vorgehensweise und Dokumentation	261
13.7.6	Die MDK-Prüffragen zur Ernährung	264
14	Pflegedokumentation	266
14.1	Allgemeines	266
14.2	Dokumentation und Urkundenfälschung	266
14.2.1	§ 267 Urkundenfälschung	266
14.2.2	§ 268 Fälschung technischer Aufzeichnungen	267
14.2.3	§ 269 Fälschung beweisheblicher Daten	267

14.2.4	§ 270 Täuschung im Rechtsverkehr bei Datenverarbeitung ..	267
14.2.5	§ 271 Mittelbare Falschbeurkundung	267
14.2.6	Wer schreibt, der bleibt	268
14.2.7	Wozu dokumentieren?	269
14.2.8	Welchen Sinn hat die Dokumentation?	270
14.2.9	Für wen wird dokumentiert?	270
14.2.10	Pflegediagnosen	272
14.3	Der Pflegeprozess/Pflegeplan	275
14.3.1	Eine Strategie für die Pflegeplanung	282
14.3.2	Zusammenfassung	284
14.4	Detaillierte Hinweise zur Pflegedokumentation	285
14.4.1	Stammbblatt	286
14.4.2	Pflegeanamnese	286
14.4.3	Pflegeprozessplanung	288
14.4.4	Vitalwerte	288
14.4.5	Biografie	289
14.4.6	Leistungsnachweis	292
14.4.7	Berichtsblatt	292
14.4.8	Medizinische Verordnungen/Ärztliche Anordnungen	299
14.4.9	Typische Dokumentationsprobleme	301
14.4.10	Checkliste	301
14.5	Die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation	304
14.5.1	Warum gut Ding so viel Weile brauchte	306
14.5.2	Das Entbürokratisierungsprojekt	308
15	Qualität	326
15.1	Ebenen der Qualität	326
15.2	Aussagen zur Qualität	326
15.3	Definierte Ebenen der Qualität	327
15.3.1	Strukturqualität	327
15.3.2	Prozessqualität	327
15.3.3	Ergebnisqualität	328
15.4	Standards und Richtlinien	330
15.5	Rund um den Bewohner	331
15.5.1	Erstgespräch mit Interessenten	331
15.5.2	Erstgespräch mit Angehörigen bzw. zukünftigem Bewohner	332
15.5.3	Checkliste für die Aufnahme von Bewohnern (1)	333
15.5.4	Checkliste für die Aufnahme von Bewohnern (2)	334
15.5.5	Checkliste Organisatorische Aufgaben nach dem Tod von Bewohnern	336

15.6 Einzelne Qualitätssicherungsmaßnahmen	337
15.6.1 Erstgespräch mit Angehörigen bzw. zukünftigem Bewohner	337
15.6.2 Pflegevisite	338
15.6.3 Beschwerdemanagement	352
15.6.4 Bereichs- und Bezugspflege (stationär)	355
15.6.5 Besprechungen	358
15.6.6 Fortbildung	359
15.6.7 Einarbeitung von Mitarbeitern	361
15.6.8 Krisenmanagement	385
15.7 Beurteilung	393
15.7.1 Mitarbeiterbeurteilung	394
15.7.2 Vorgesetztenbeurteilung	403
15.7.3 Einrichtungsbeurteilung	405
15.8 Zeugnis	408
15.8.1 Ansprüche auf Erteilung eines Zeugnisses	408
15.8.2 Zeugnisarten	409
15.9 Dienstplan	412
15.9.1 Begriffe	413
15.9.2 Urlaub	415
15.9.3 Dienstplanformular (Auszug)	416
16 Personalbedarf	420
16.1 Ambulante Situation	420
16.2 PLAISIR®	421
16.3 Das »Kieler Modell« im Einzelnen	422
17 Schlusswort	425
Literatur	427
Register	430

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.

Der Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach § 114 SGB XI, als Nachfolger des MDK-Konzepts zur Qualitätsprüfung, bietet 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 Prüfungssituationen damit umgegangen werden soll. Zudem hilft es Ihnen, sich auf die Benotung innerhalb der Transparenzoffensive vorzubereiten.

Wer sich allein auf den Weg machen muss, den Prüfkatalog des MDK 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 MDK-Prüfbogen 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 Januar 2017

Jutta König

Hinweis in eigener Sache

Sie werden im Folgenden sehr oft die Wörter »selbständig« bzw. »Selbständigkeit« finden. Da in den Begutachtungs-Richtlinien (die wir Ihnen ab Kapitel 10 vorstellen) 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

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 Betriebs-sicherheit
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
BGVR	Berufsgenossenschaftliche Vorschriften und Richtlinien
BGV A2	Sammlung der Unfallverhütungsvorschriften
BGR 195	Einsatz von Schutzhandschuhen
BGR 206	Desinfektion im Gesundheitsdienst
BGV A7	»Betriebsärzte«, früher: UVV VBG 123
BGV A8	»Sicherheits- und Gesundheitsschutzkennzeichnung am Arbeitsplatz«, früher: UVV VBG 125
BGV C8	Berufsgenossenschaftliche Vorschrift für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, früher: UVV VBG 103

BGV D5	»Chlorung von Wasser«, früher: UVV VBG 65
BioStoffV	Biostoffverordnung
BRI	Begutachtungs-Richtlinien zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit
BTMV	Betäubungsmittelverordnung
DIN 14095	Feuerwehrpläne für bauliche Anlagen
DIN 14096	Brandschutzordnung
DIN 18012	Haus-Anschlusseinrichtungen in Gebäuden, Raum- und Flächenbedarf, Planungsgrundlagen
DIN 18024-1	DIN-Vorschrift Barrierefreies Bauen – Teil 1: Straßen, Plätze, Wege, öffentliche Verkehrs- und Grünanlagen sowie Spielplätze
DIN 18024-2	DIN-Vorschrift Barrierefreies Bauen – Teil 2: Öffentlich zugängliche Gebäude- und Arbeitsstätten, Planungsgrundlagen
DIN 18025	Barrierefreie Wohnungen, Wohnungen für Rollstuhlbenutzer, Planungsgrundlagen, Ausgabe 1992–12
DIN 1946	Raumlufttechnische Anlagen in Krankenhäusern (VDI Lüftungsregeln)
DIN 1988	Technische Regeln für Trinkwasser-Installationen (TRWI)
DIN 4066	Hinweisschilder für den Brandschutz
DIN 4108	Wärmeschutz im Wohnungsbau
DIN 4109	Schallschutz im Wohnungsbau
DIN 4844	Sicherheitskennzeichen, Begriffe, Grundsätze und Sicherheitszeichen
DIN 58946	Sterilisation
DIN 58953-7:2003-10	Sterilisation – Sterilgutversorgung – Teil 7: Anwendungstechnik von Sterilisationspapier, Vliesstoffen, Papierbeuteln und heiß- und selbstsiegelfähigen Klarsichtbeuteln und -schläuchen
DIN 58953-8:2003-10	Sterilisation – Sterilgutversorgung – Teil 8: Logistik von sterilen Medizinprodukten
DIN VDE 0833	Gefahrmeldeanlagen für Brand, Einbruch und Überfall; allgemeine Festlegungen
DIN VDE-108	Anforderungen an bauliche Anlagen, Sicherheitsbeleuchtung
DVGW W 551	Richtlinien des Deutschen Vereins des Gas- und Wasserfaches e. V.
EingliederungshilfeV	Eingliederungshilfeverordnung
EnEV 2009	Verordnung zur Änderung der Energieeinsparverordnung vom 29. April 2009
FeuVO	Feuerungsverordnung
GaVO	Garagenverordnung/Gebäude
GefStoffV	Verordnung zum Schutz vor gefährlichen Stoffen; Gefahrstoffverordnung
GewO	Gewerbeordnung bei GmbH etc.

GG	Grundgesetz
HausPrüfVO	Verordnung über die Prüfung haustechnischer Anlagen und Einrichtungen
Heimgesetzliche Vorschriften	Das Heimgesetz ist Länderrecht, jedes Bundesland hat eigene Vorschriften
IfSG	Infektionsschutzgesetz vom 25.07.2000 (BGBl. I S. 1045), löste das Bundesseuchengesetz ab
KrPflA-PrV	Krankenpflegeprüfverordnung
KrW-/AbfG	Gesetz zur Förderung der Kreislaufwirtschaft und Sicherung der umweltverträglichen Beseitigung von Abfällen
LMBG	Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz
LMHV	Lebensmittelhygieneverordnung
MedGV	Medizingeräteverordnung
MPBetreibV	Medizinprodukte-Betreiberverordnung
MPG	Medizinproduktegesetz
MPSV	Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung
MuSchG	Mutterschutzgesetz
PBV	Pflegebuchführungsverordnung
PfIEG	Pflegeleistungsergänzungsgesetz
PNG	Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz
ProdHaftG	Produkthaftungsgesetz
PSG	Pflegestärkungsgesetz
QPR	Qualitätsprüfungs-Richtlinien
Rahmenvertrag	für das jeweilige Bundesland gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI
Richtlinie RKI	Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, Herausgeber: Robert Koch Institut (Bundesgesundheitsblatt Sonderheft 5/94 ff.)
SGB V	Sozialgesetzbuch/Krankenversicherung
SGB VII	Unfallversicherungsgesetz
SGB XI	Pflegeversicherungsgesetz
SGB XII	Sozialgesetzbuch 12, ehemals BSHG
StGB	Strafgesetzbuch
TierKBG	Tierkörperbeseitigungsgesetz vom 02.09.1975 (BGBl. I S. 2313)
TRA	Technische Regeln für Aufzüge
TRA 200	Personenaufzüge, Lastenaufzüge, Güteraufzüge
TRGI	Technische Regeln für Gasinstallationen
TRGS	Technische Regeln für Gefahrstoffe
TRGS 514	Technische Regeln für giftige Stoffe (Lagern sehr giftiger und giftiger Stoffe in Verpackungen und Behältern)
TRGS 515	Technische Regeln für brandfördernde Stoffe (Lagern brandfördernder Stoffe in Verpackungen und Behältern)

TRGS 900	Technische Regeln für Gefahrstoffe (Grenzwerte in der Luft am Arbeitsplatz – Luftgrenzwerte) Trinkwassererwärmungs- und Leitungsanlagen; technische Maßnahmen zur Verminderung des Legionellenwachstums
TrinkwV	Trinkwasserverordnung
UBA-Liste	Umweltbundesamt: Aufbereitung und Desinfektion von Beckenwasser nur mit Mitteln und Verfahren, die gelistet sind
WBVG	Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz

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 Kosteneinsparung. Eine Möglichkeit stellt hier das Verblistern dar. Dabei werden Medikamente nicht mehr wie gewohnt durch die Pflegekräfte gestellt, sondern durch die Apotheke gerichtet. 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 eingeschweißt, unterteilt in die Tage und die Tagesabschnitte (morgens, mittags, abends, nachts). Allerdings lassen sich nicht alle Medikamente verblistern. So fallen alle flüssigen Mittel genauso aus der Verblisterung heraus wie Brausetabletten oder Betäubungsmittel.

Der Blister sollte folgende Daten enthalten:

- Namen des Verbrauchers
- 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)

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?

Das Richten von Medikamenten kostet 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 einschränkt oder gar 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 eingehalten wird, der Kunde/Patient damit einverstanden ist, seine Medikamente in der Apotheke verwahrt zu wissen und die Apotheke diese Leistung der Pflegeeinrichtung nicht kostenfrei zur Verfügung stellt. Die Apotheke muss ein Entgelt erheben. Pro Blister verlangen die Apotheken im Schnitt zwischen 0,50 und 2,00 Euro. Da die Heime gute Abnehmer sind, spenden Apotheken dafür am Ende eines Jahres was für die Bewohner.

Die Landesapothekerkammer Baden-Württemberg schreibt dazu auf ihrer Homepage: Als »Verblistern« wird die patientenindividuelle Arzneimittelzusammenstellung zu Tages-, Wochen- oder Monatsportionen bezeichnet, wobei feste, orale Arzneimittel aus der Originalverpackung des zugelassenen Fertigarzneimittels entnommen, kombiniert, portioniert und abgepackt werden, z. B. in einem PE-Endlosschlauchbeutel oder in Durchdrückblister.

Herstellungserlaubnis

Verblistern ist als Arzneimittelherstellung einzustufen. Grundsätzlich ist daher eine Herstellungserlaubnis nach § 13 Abs. 1 Satz 1 AMG notwendig. Eine Ausnahme gilt allerdings für das Verblistern durch Apotheken im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebs i.S.d. § 13 Abs. 2 Nr. 1 AMG. Hierzu zählt auch die Versorgung von Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen, soweit ein genehmigter Heimversorgungsvertrag nach § 12a Apothekengesetz (ApoG) vorliegt. In diesem Fall wird das Verblistern als apothekenübliche Tätigkeit angesehen und bedarf keiner gesonderten Herstellungserlaubnis.

Vergütung

»Nach § 19 Nr. 6 der Berufsordnung darf das Verblistern nicht kostenlos erfolgen. Kostenloses Verblistern wäre unseres Erachtens zudem entweder als eine unzulässige Zuwendung nach § 7 Abs. 1 Nr. 3 Heilmittelwerbegesetz oder als ein Unterlaufen der Arzneimittelpreisverordnung anzusehen, das zu wettbewerbsrechtlichen Abmahnungen und Unterlassungsklagen führen könnte. In welcher Höhe die Verblisterung zu vergüten ist, ist gesetzlich nicht geregelt. Viele Heime fordern die kostenlose Verblisterung als apothekerliche Dienstleistung. Es muss deshalb eine entsprechende Vergütungsabrede mit dem Heim geschlossen werden.«¹

¹ www.lak-bw.de/recht/heimversorgung/patientenindividuelles-verblistern-von-arzneimitteln.html Stand 14.12.2012

Zudem sollte ein Artikel aus CAREkonkret vom 8. Februar 2008 hellhörig werden lassen. Dort war unter der Überschrift »Fehler bei 53 Prozent der Bewohner« von einer Studie des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie zu lesen, bei der eine erschreckend hohe Fehlerquote beim Richten der Medikamente im Heim festgestellt wurde. Bei einer Untersuchungsdauer von nur acht Wochen und insgesamt fast 49 000 Arzneimitteln wurden bei insgesamt 53 % der 196 überprüften Bewohner falsch gerichtete Medikamente gefunden. Diese Zahl ist erschreckend und die Diskussion, ob eine solche Studie repräsentativ sei, ist angesichts dieser Zahlen entbehrlich. Die Fehlerquote verteilte sich unter anderem wie folgt:

- Ca. 22 % der Fehler entstehen durch fehlende Medikamente. D.h., der Arzt hat etwas verordnet und es wurde nicht nachgerichtet.
- Ca. 10 % der Fehler sind Folge von überzähligen Medikamenten. D.h., der Arzt hat die Anordnung verändert und das Medikament nicht aus der Wochendosette entfernt.
- Ca. 8 % der Fehler entstehen durch falsches Einsortieren in der Dosette. D.h., die Frühmedikation lag am Mittag oder Abend und umgekehrt.
- Bei unter 1 % war tatsächlich ein falsches Medikament einsortiert. D.h., hier waren für den Bewohner nicht angeordnete Medikamente gerichtet.

Eine kleinere, aber ebenfalls aufschlussreiche Untersuchung findet sich in einer Aufstellung von Dr. Ute Stapel.² Hier wurden bei 330 Medikationen 57-mal fehlerhafte gestellte Medikamente festgestellt.

- 16x fehlendes Arzneimittel
- 11x fehlerhafter Zeitpunkt der Einnahme
- 11x inkorrekte Tablettenteilung
- 7x falsches Arzneimittel
- 6x falsche Dosierung
- 4x überzähliges Arzneimittel
- 2x beschädigtes Arzneimittel

Auch rechtlich ist das Verblistern schon unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet und von Richtern verschiedener Gerichte als zulässig erachtet worden. So unter anderem vom Verwaltungsgericht Osnabrück in einem Urteil vom 9. März 2005: »§ 13 Abs. 1 u. 2 AMG, § 12 a Apo: Das Herstellen von Blistern unter Verwendung von Fertigarzneimitteln ist ein Herstellen von Arzneimitteln im rechtlichen Sinne, das grundsätzlich ohne die erforderliche Erlaubnis verboten ist (§ 96 Nr. 4 i. V. m. § 13 Abs. 1 Satz 1 AMG), doch bedarf ein Apotheker keiner Genehmigung (§ 13 Abs. 2 Nr. 1 AMG), wenn seine Tätigkeit sich im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebes hält, wie dies im vorliegenden Fall gegeben ist.«

² Bericht über die 14. Fachtagung Sozialpharmazie am 24. und 25. Mai 2011 in Düsseldorf

Im genannten Streitfall ging es um die Frage, ob ein Apotheker in seinen Geschäftsräumen mittels eines Verblisterungsautomaten (sog. Baxter-Automat) Bewohner eines Pflegeheimes mit individuell verpackten Arzneimitteln versorgen darf. Die Bezirksregierung Weser-Ems hatte per Bescheid die Unterlassung dieser Vorgehensweise erlassen. Das Gericht sah hier aber keinen Verstoß gegen ein Gesetz und die Unterlassung wurde aufgehoben.

Ähnlich sah es das Oberverwaltungsgericht in Lüneburg. Die Richter stellten auch hier klar, dass die Verblisterung möglich ist. Die klagende Apotheke, Sanicare, ist eine Versandapotheke und will nach diesem Urteil (Auszüge veröffentlicht in CAREkonkret am 3.6.2006) weiter expandieren und ihre Dienstleistung nicht nur im Heimatort anbieten.

Neuere Gerichtsurteile gibt es nicht, denn das Thema Blister ist seit einigen Jahren gerichtlich nicht mehr bestritten.

Das Bestellwesen ist in Deutschland etwas umständlich, aber aufgrund der bestehenden gesetzlichen Regelungen nicht anders zu handhaben. In Deutschland muss dem Verbraucher, anders als in unseren Nachbarländern, wie z.B. den Niederlanden, das Mittel beim Arzt rezeptiert werden. Der Arzt darf das Rezept dann nicht direkt an die Apotheke weiterleiten, sondern muss dies über den Umweg des Verbrauchers tun. Wenn die Apotheke verblistert, wird sie dem Verbraucher die Info geben, wenn ein Medikament aufgebraucht ist. Der Verbraucher bestellt das Rezept beim behandelnden Arzt, dieser stellt das Rezept aus und der Verbraucher reicht das Rezept an die Apotheke weiter. Das ist zwar umständliche und unnötige Bürokratie, aber derzeit nicht anders geregelt.

Jede Leitung weiß, dass die Medikamentenverwaltung nicht nur Geld kostet, sondern dass dieser Bereich immer wieder mit Fehlern behaftet ist. Übrigens nicht nur im Pflegeheim. Einer Veröffentlichung in CAREkonkret vom 2. September 2005 war zu entnehmen, dass schätzungsweise 58 000 Menschen pro Jahr durch Verwechslung von Medikamenten oder Fehlmedikation zu Schaden kommen – das sind statistisch gesehen 159 Menschen pro Tag. Die Dunkelziffer und die nicht bemerkten Fehler dürften um ein Vielfaches höher liegen.

Man kann das Risiko auch im Pflegebereich nicht vollkommen vermeiden, ein Restrisiko bleibt immer. Gemäß Apothekengesetz § 12 und den verschiedenen heimrechtlichen Vorschriften ist es erforderlich und durchaus sinnvoll, dass die Institution mit der Apotheke kooperiert.

Aber Pflegeeinrichtungen sind nicht verpflichtet, mit jeder Apotheke, die einzelne Heimbewohner versorgt, einen Vertrag gemäß § 12 a Abs. 3 Apothekengesetz abzu-

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.

3.1 Allgemeine Aussagen aus dem BDSG

BDSG §27 Anwendungsbereich:

»(1) Die Vorschriften dieses Abschnittes finden Anwendung, soweit personenbezogene Daten unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen verarbeitet, genutzt oder dafür erhoben werden oder die Daten in oder aus nicht automatisierten Dateien verarbeitet, genutzt oder dafür erhoben werden.«

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.

§28 BDSG:

»(1) Das Erheben, Speichern, Verändern oder Übermitteln personenbezogener Daten oder ihre Nutzung als Mittel für die Erfüllung eigener Geschäftszwecke ist zulässig

1. wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses mit dem Betroffenen dient,
2. soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt oder
3. wenn die Daten allgemein zugänglich sind oder die verantwortliche Stelle sie veröffentlichen dürfte, es sei denn, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung gegenüber dem berechtigten Interesse der verantwortlichen Stelle offensichtlich überwiegt.«

5 HEIMGESETZ (HEIMG)

5.1 Heimgesetz ade

Es gibt nicht mehr nur ein Heimgesetz. Nahezu jedes Bundesland hat mittlerweile eigene Regeln kreiert. Diese einzelnen Regeln münden oft in einen eigenen Prüfkatalog wie beispielsweise in Baden-Württemberg, Bayern oder Berlin. Die Prüfkataloge der Heimaufsichten decken sich dann zu 90 % mit denen des MDK. Das bedeutet, man hat nicht nur zwei Prüfinstanzen im Haus – sie fragen auch noch fast dasselbe. Dem Bürokratiewahn wird kein Einhalt geboten, obwohl der Gesetzgeber immer wieder auf Entbürokratisierung hinweist, so auch im Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (siehe auch Kapitel 12). Die Begriffe »Heimaufsicht« oder »Heimaufsichtsbehörde« müssen wir alle künftig aus unserem Vokabular streichen und ersetzen durch »die für die »heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden«.

Was bundeseinheitlich bleiben soll, sind die vertragsrechtlichen Grundlagen. Diese werden wiederum in einem eigenen Gesetz definiert, dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WVBG, 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.

Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz

Das WVBG regelt also einzig und allein die Heimvertragsgestaltung zwischen Träger und Bewohner und hat die folgenden Paragraphen und Überschriften:

- § 1 Anwendungsbereich
- § 2 Ausnahmen vom Anwendungsbereich
- § 3 Informationspflichten vor Vertragsschluss
- § 4 Vertragsschluss und Vertragsdauer
- § 5 Wechsel der Vertragsparteien
- § 6 Schriftform und Vertragsinhalt
- § 7 Leistungspflichten
- § 8 Vertragsanpassung bei Änderung des Pflege- oder Betreuungsbedarfs
- § 9 Entgelterhöhung bei Änderung der Berechnungsgrundlage
- § 10 Nichtleistung oder Schlechtleistung
- § 11 Kündigung durch den Verbraucher
- § 12 Kündigung durch den Unternehmer
- § 13 Nachweis von Leistungersatz und Übernahme von Umzugskosten
- § 14 Sicherheitsleistungen
- § 15 Besondere Bestimmungen bei Bezug von Sozialleistungen
- § 16 Unwirksamkeit abweichender Vereinbarungen
- § 17 Übergangsvorschrift

5.2 Definitionen von Einrichtungen

Nicht alle Einrichtungen fallen automatisch unter das Heimgesetz. So heißt es in §2 HeimG 2016:

»(1) Dieses Gesetz ist anzuwenden auf einen Vertrag zwischen einem Unternehmer und einem volljährigen Verbraucher, in dem sich der Unternehmer zur Überlassung von Wohnraum und zur Erbringung von Pflege- oder Betreuungsleistungen verpflichtet, die der Bewältigung eines durch Alter, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung bedingten Hilfebedarfs dienen. Unerheblich ist, ob die Pflege- oder Betreuungsleistungen nach den vertraglichen Vereinbarungen vom Unternehmer zur Verfügung gestellt oder vorgehalten werden. Das Gesetz ist nicht anzuwenden, wenn der Vertrag neben der Überlassung von Wohnraum ausschließlich die Erbringung von allgemeinen Unterstützungsleistungen wie die Vermittlung von Pflege- oder Betreuungsleistungen, Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung oder Notrufdienste zum Gegenstand hat.

Dieses Gesetz ist entsprechend anzuwenden, wenn die vom Unternehmer geschuldeten Leistungen Gegenstand verschiedener Verträge sind und

1. der Bestand des Vertrags über die Überlassung von Wohnraum von dem Bestand des Vertrags über die Erbringung von Pflege- oder Betreuungsleistungen abhängig ist,
2. der Verbraucher an dem Vertrag über die Überlassung von Wohnraum nach den vertraglichen Vereinbarungen nicht unabhängig von dem Vertrag über die Erbringung von Pflege- oder Betreuungsleistungen festhalten kann oder
3. der Unternehmer den Abschluss des Vertrags über die Überlassung von Wohnraum von dem Abschluss des Vertrags über die Erbringung von Pflege- oder Betreuungsleistungen tatsächlich abhängig macht.«

Dies gilt auch, wenn in den Fällen des Satzes 1 die Leistungen von verschiedenen Unternehmern geschuldet werden, es sei denn, diese sind nicht rechtlich oder wirtschaftlich miteinander verbunden.«

Es gibt also nur noch wenige Schlupflöcher wie klassisches Betreutes Wohnen (Ausnahmen regeln die Länder, z. B. Niedersachsen) oder Wohngruppen bis zu einer gewissen Größe, oder die sich selbst organisieren, also nicht unter die Obhut der heimrechtlich zuständigen Behörde fallen, oder Einrichtungen anderer Art, wie sie im nächsten Paragraphen aufgenommen wurden:

»§2 Ausnahmen vom Anwendungsbereich Dieses Gesetz ist nicht anzuwenden auf Verträge über

1. Leistungen der Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des § 107 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Leistungen der Internate der Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke,

3. Leistungen im Sinne des §41 des Achten Buches Sozialgesetzbuch,
4. Leistungen, die im Rahmen von Kur- oder Erholungsaufenthalten erbracht werden.«

Alles aus einer Hand? Das muss ein Heim sein

»1. Der Umstand, dass die Betreiber einer Senioren-WG die Vermieter und ambulanten Pflegeleistungen umfassend »aus einer Hand« anbieten und diese von sämtlichen Bewohnern in Anspruch genommen werden, spricht für die Anwendung des Heimgesetzes.

2. Das vertraglich eingeräumte Recht, das den Bewohnern die Möglichkeit einräumt, auch andere Pflegedienste in Anspruch zu nehmen, ändert an der Qualifizierung der Einrichtung als Heim nichts, wenn eine solche Wahlfreiheit für den einzelnen Bewohner tatsächlich nicht gegeben ist.

3. Vereinbarungen der Mitglieder einer Wohngemeinschaft, die ein einheitliches Entschieden der Gemeinschaft über den Wechsel eines Pflegedienstes beinhalten, schränken die Wahlfreiheit der Bewohner ein und zwingen ihn bei Unzufriedenheit zum Auszug.«⁸

Etikettenschwindel Betreutes Wohnen?

»Steht die entgeltliche Gewährung bzw. die Vorhaltung von Unterkunft, Verpflegung und Betreuung in einem ganzheitlichen Zusammenhang, da die einzelnen Unterbringungsleistungen dem Zweck einer möglichst umfassenden Versorgung der Bewohner dienen, handelt es sich bei der Einrichtung um ein Heim. Auf die juristischen Konstruktionen, die für die Erbringung der einzelnen Leistungen gewählt werden, kommt es nicht entscheidend an, wenn die tatsächlichen Verhältnisse auf eine umfassende Versorgung schließen lassen.«⁹

Im Münchner Merkur online war am 23.1.2012 zu lesen, dass eine ältere Dame fünf Tage tot in ihrer Wohnung in einer betreuten Wohnanlage lag, ehe sie von einer Freundin gefunden wurde.

Solche Situationen kennt man im Allgemeinen nur aus Privatwohnungen, in denen ältere Menschen seit langem zurückgezogen und ohne Kontakte leben. Aber wie kann dies in einer betreuten Wohnanlage geschehen, in der eine Betreuungspauschale gezahlt wird? Wofür ist diese Pauschale und was nennt man in solchem Fall betreut?

Betreutes Wohnen – Ein Heim?

Die Definition von »Betreutem Wohnen« ist nicht einheitlich. Daher wurden das ein oder andere Mal auch schon Gerichte bemüht. Eine Definition liefert die Internetseite www.neues-betreutes-wohnen.de im Jahr 2012: »Betreutes Wohnen ist ein Leistungs-

⁸ Altenheim 07/2009: Verwaltungsgericht Stade, Beschluss vom 06.04.2009, 4 B 1758/08

⁹ Bayerisches VerwG Bayreuth, Urteil vom 1. Juli 1999, Az: B 6 K 59.289

profil für ältere Menschen, die in einer barrierefreien Wohnung und Wohnanlage leben, das Grundleistungen/allgemeine Betreuungsleistungen und Wahlleistungen/weitergehende Betreuungsleistungen umfasst. Es unterstützt eine selbständige und selbstbestimmte Haushalts- und Lebensführung und die Einbindung in soziale Strukturen der Hausgemeinschaft und des Wohnumfeldes.«

Diese Definition findet sich in maßgeblichen Publikationen, z. B. des Kuratoriums Deutsche Altenhilfe und auch in der maßgeblichen DIN-Norm für das Betreute Wohnen, DIN 77800 sowie den Qualitätsanforderungen an Anbieter der Wohnform »Betreutes Wohnen für ältere Menschen«.

Hinweis

Einrichtungen des betreuten Wohnens sind häufiger Heime, als sich die Träger bewusst machen. Es kommt weder darauf an, ob die Mieter die angebotenen Betreuungsleistungen tatsächlich in Anspruch nehmen, noch ist erheblich, ob der Einrichtungsträger die Dienste selbst oder durch Dritte erbringt. Dies ergibt sich aus einem Urteil des VG Düsseldorf vom 2. Dezember 1997 (3 K 10785/96).

Viele Betreiber betreuter Wohnanlagen wollen nicht mit dem Heimgesetz in Berührung kommen. Denn wer dem Heimgesetz unterliegt, muss automatisch alle Anforderungen erfüllen. Von Strukturen (sanitäre Anlagen, Zimmergröße, Gemeinschaftsräume etc.) über Prozesse (Aufbewahrung, Pflegedokumentation etc.) bis hin zu den Ausführungsbestimmungen:

- Heimpersonalverordnung (Personelle Anforderungen an den Träger eines Heimes)
- Heimmindestbauverordnung (Bauliche Mindestanforderungen)
- Heimmitwirkungsverordnung (Mitwirkung der Bewohner im Heim)
- Heimsicherungsverordnung (Rechte und Pflichten für Träger für Entgegennahme von Leistungen)

Diese Anforderungen für jedes betreute Wohnen zu erfüllen, ist also weder im Sinne des Betreibers noch ist es in jedem Falle zu Gunsten der Betreuten. Denn man stelle sich vor, man hat eine kleine Wohngemeinschaft geschaffen und müsste all die genannten Kriterien erfüllen. Wer hätte davon einen Nutzen? Und bezahlen müsste es der Mieter, ohne Aussicht auf den Nutzen. Die meisten betreuten Wohnungen unterliegen nicht den heimrechtlichen Vorschriften (bitte beachten Sie die Regelungen und heimrechtlichen Vorschriften in Ihrem Bundesland) und wegen teils schlechter Lobby nennen sich viele auch nicht mehr Betreutes Wohnen, sondern Servicewohnen, Unterstützendes Wohnen oder Quartierswohnen u. a. – alles interessante, aber zugleich wenig aussagekräftige Bezeichnungen.

Tabelle 22: Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten

	Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Hilfestellung durch wohnortnahe Pflegestützpunkte	X	X
Umfassende und individuelle Pflegeberatung (Fallmanagement) einschließlich der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, der sämtliche im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und sachgerechten Hilfen mit berücksichtigt; frühzeitige Pflegeberatung innerhalb von zwei Wochen nach Eingang eines erstmaligen Leistungsantrags durch qualifizierte Pflegeberater der Pflegekassen, auf Wunsch auch bei der bzw. dem Pflegebedürftigen zu Hause; Ausstellung von Gutscheinen für eine Beratung durch unabhängige und neutrale Beratungsstellen, wenn die Erstberatung durch die Pflegekasse nicht fristgerecht erfolgen kann.	X	X
Übermittlung von		
• Leistungs- und Preisvergleichslisten über zugelassene Pflegeeinrichtungen	X	X
• Leistungs- und Preisvergleichslisten über niedrigschwellige Betreuungsangebote	X	
• Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen	X	X
• Informationen über Integrierte Versorgungsverträge/Teilnahme an der Integrierten Versorgung im Einzugsbereich des Antragstellers	X	X
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	X	
Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen	X	X
Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeeinrichtungen für deutliche Reduzierung des Hilfebedarfs		X
Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe	X	X

8.6 Ausbau der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Transparenz

Die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hatte es im Winter 2008 eilig, zu einem Beschluss zu kommen, schließlich begann wenige Wochen später der Wahlkampf. Sie traf offensichtlich den Nerv einiger Bürger. Es gab einige Stimmen, die für die Notengebung, den sogenannten Pflege-TÜV, waren.

entscheiden. Das ist so, als wenn Schüler in der Schule über ihre Benotung mitentscheiden dürfen. Nicht die Abschaffung der Noten ist notwendig, sie müssen jedoch schnellstmöglich scharf geschaltet werden«, so Ann Marini, stellvertretende Pressesprecherin des GKV-Spitzenverbandes in einer Pressemitteilung vom 4.02.2015.²¹

Wie groß die Kritik ist, verraten einige Pressemeldungen rund um den Pflege-TÜV. Hier eine Auswahl:

Pflege-TÜV muss weg – Kontrolle der Pflegeheime soll bleiben

»So, wie das heute läuft, ist es einfach nur ein Desaster«, fasst der CDU-Gesundheitsexperte 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.«²²

MDS: Pflegenoten weiterentwickeln – nicht aussetzen

Zur Diskussion um das Aussetzen der Pflege-Transparenzberichte erklärt Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS: »Das Aussetzen der Pflegenoten ist der falsche Weg, weil damit die Transparenz für lange Zeit auf Eis gelegt würde. Die Verbraucher erhielten gar keine Informationen mehr und der Prozess der Transparenzkriterien müsste von vorne beginnen. Ursache für die geringe Aussagekraft des Pflegenotensystems ist der Einfluss der Pflegeanbieter. Das Aussetzen der Pflegenoten würde gerade diejenigen belohnen, die mehr Transparenz bislang blockiert haben. Nach unserer Auffassung sollten die Bewertungskriterien gestrafft und systematisch weiterentwickelt werden. Es muss künftig besser abgebildet werden, wie die Versorgungsqualität in den Heimen ganz konkret ist. Aus den Transparenzberichten muss deutlich werden, wie gut eine Einrichtung bei der Medikamentenversorgung, der Dekubitusprophylaxe und der Schmerzerfassung ist. Der Fokus muss auf den zentralen Kriterien der Versorgung liegen.«²³

Pflege-Tüv: Ende eingeläutet!

Jetzt findet endlich die Abschaffung der Pflegenoten einen breiten Konsens, auch wenn die Begründungen sehr verschieden ausfallen. Die einen beklagen das Scheitern der Selbstverwaltung, die anderen den zu hohen Bürokratieaufwand und wieder andere das Benotungssystem und die Ineffizienz auf Qualitätsveränderung. Einer dieser Gründe reicht schon aus, um die Pflegenoten abzuschaffen und erst recht die

²¹ http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_22144.jsp

²² <http://www.finanzen.de/news/16046/pflege-tuev-erneut-der-kritik-aus-fuer-pflegenoten>

²³ <http://www.mds-ev.de/4491.htm>

13.2 Expertenstandard Dekubitusprophylaxe²⁸

13.2.1 Strukturqualität

An die Pflegefachkraft werden folgende Anforderungen gestellt:

- Sie verfügt über das Wissen zur Dekubitusentstehung und ist in der Lage, ein Dekubitusrisiko zu erkennen.
- Sie beherrscht haut- und gewebeschonende Bewegungs-, Lagerungs- und Transfer-techniken.
- Sie ist kompetent genug, um (un-)geeignete Hilfsmittel zu erkennen.
- Sie kann Kunden/Angehörigen informieren und beraten.
- Sie stellt sicher, dass alle Beteiligten wissen, dass Kontinuität und Erfolg der Prophylaxe zusammenhängen und informiert externe Kräfte über das Risiko.
- Sie ist in der Lage, die Effektivität der ergriffenen Maßnahmen zu beurteilen.

13.2.2 Prozessqualität

An die Pflegefachkraft werden folgende Anforderungen gestellt:

- Sie beurteilt mittels systematischem Vorgehen das Dekubitusrisiko des Kunden, bei dem das Risiko nicht ausgeschlossen werden kann, bereits ab Beginn der Pflege und danach in individuell festzulegenden Abständen.
- Sie gewährleistet Druckentlastung mithilfe eines Bewegungsplanes und fördert die Eigenbewegung des gefährdeten Kunden.
- Sie verwendet zudem geeignete druckentlastende Hilfsmittel, sofern die Eigenbewegung des Kunden nicht ausreichend ist. Sie erläutert den Kunden/Angehörigen das Risiko und die erforderlichen Maßnahmen und evaluiert dies.
- Sie informiert alle an der Pflege Beteiligten, z. B. weitere Dienstleister, Arzt, Ernährungsberatung etc.
- Sie begutachtet in individuellen Zeitabständen die Haut.

13.2.3 Ergebnisqualität

Wenn die Struktur- und Prozessqualität so ausgeführt werden, ergibt sich aus Sicht der Experten folgendes Ergebnis:

- Für alle Kunden liegt eine aktuelle systematische Dekubitusrisikoeinschätzung vor.
- Ein individueller Bewegungsplan liegt vor.
- Der Kunde befindet sich unverzüglich auf einer druckverteilenden Unterlage.

²⁸ 1. Aktualisierung 2010

- Kunden/Angehörige und alle an der Versorgung Beteiligten sind über das Risiko und die erforderlichen Maßnahmen informiert.
- Der Kunde weist keinen Dekubitus auf.

13.2.4 Die häufigsten Fehler im Umgang mit dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe

13.2.4.1 Strukturqualität

- Die Pflegefachkräfte sind nicht oder nur unzureichend in der Thematik »Dekubitusgefahr« geschult; ihr Wissen entspricht nicht dem heutigen Stand.
- Die Pflegekräfte beherrschen nicht alle Lagerungstechniken bzw. lagern immer noch zu steil (statt 30 Grad eben 50 oder mehr).
- Die Pflegekräfte ergreifen noch immer ungeeignete Hilfsmittel. Z. B. sind sogenannte kleinzellige Matratzen im Einsatz; Wechseldruckmatratzen sind falsch eingestellt (zu hoher oder zu niedriger Druck); es werden Unterlagen oder Kissen auf die Wechseldruck- oder Weichlagerungsmatratzen gelegt; es werden immer noch zinkhaltige Salben und Cremes für gefährdete Stellen benutzt, wie z. B. Penatencreme, Mirfulan, Multilind etc.; der Intimbereich inkontinenter und dekubitusgefährdeter Menschen wird noch immer mit Schaum, Öl oder Feuchttüchern gesäubert.
- Außer der Lagerung und dem Hilfsmittel werden keine weiteren Maßnahmen ergriffen, um Risikofaktoren zu minimieren. Beispielsweise wird die Ernährung oder die Feuchtigkeit der Haut nicht beachtet.
- Die Pflegekräfte beraten den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen nicht nachweislich oder umfassend über das bestehende Risiko und entsprechende Maßnahmen zur Vorbeugung. Insbesondere im ambulanten Bereich und der Tagespflege spielt die Beratung eine wesentliche Rolle, denn die Kunden werden nur punktuell, kurze Zeit am Tag, versorgt, die übrige Versorgung übernehmen andere.
- Die Pflegefachkraft beurteilt die Effektivität der ergriffenen Maßnahmen nicht in regelmäßigen Abständen – das hat sehr viel mit Evaluation der Pflegeplanungen zu tun.

13.2.4.2 Prozessqualität

- Das Dekubitusrisiko des Kunden wird nicht oder falsch ermittelt. Gerade ambulante Dienste und Tagespflegeeinrichtungen sind häufig der Ansicht, sie könnten auf solche Instrumente verzichten, weil sie einen anderen Auftrag haben. Das ist nicht generell richtig. Wer mit dem Kunden im Bereich Grundpflege nach SGB XI (Körperpflege, Ausscheidung, Ernährung, Mobilität) etwas zu tun hat, sollte zwingend das Risiko einschätzen.
- Es wird ein Risiko ermittelt, aber es werden keine entsprechenden Bewegungspläne festgelegt. Immer noch verwechselt die Pflege gern das Wort »Plan« mit »Nachweis«. Es muss nicht für jeden gefährdeten Kunden ein Nachweis über Bewegung

und Lagerung geführt werden, aber es muss für jeden geplant werden, wer, was, wann, wie und wie oft und womit tun soll.

- Die Pflegekräfte vor Ort verwenden nach wie vor ungeeignete Hilfsmittel oder beraten falsch bei der Auswahl, Anschaffung, Bedienung.
- Die Pflegekräfte erläutern den Kunden/Angehörigen das Risiko und die erforderlichen Maßnahmen nicht ausführlich und nachvollziehbar oder dokumentieren dies nicht entsprechend.
- Die gefährdeten Hautareale des Kunden werden nicht in gegebenen Zeitabständen wiederholt kontrolliert, inspiziert und ggf. die entsprechenden Maßnahmen eingeleitet.
- Wenn es bei den Strukturen und Prozessen hapert, ist es logisch, dass sich die Fehler in der Ergebnisqualität niederschlagen: Der Kunde erleidet einen Dekubitus, die Angehörigen sind nicht über das Risiko informiert, die ergriffenen Maßnahmen sind ungeeignet usw.

13.2.5 Vorgehensweise und Dokumentation

- Risikoerhebung:
 - Ursachen des Risikos ermitteln und gemeinsam eruieren, ob daran etwas geändert werden kann. Hauptursache ist Druck auf ein Hautareal mit darunter befindlichen Knochen in Verbindung mit Zeit.
 - Risiken und deren Ursache einzeln betrachten:
 - Nicht nur die Dekubitusgefahr erkennen, sondern auch benennen welches Areal betroffen ist, z. B. Fersen, Trochanter. Steiß, Sitzhöcker.
- Geeignete Maßnahmen planen:
 - Druck nehmen oder verteilen
 - Vorhandene Hilfsmittel auf Tauglichkeit und korrekten Einsatz überprüfen
 - Fehlende Hilfsmittel mit Kunden/Angehörigen/Pflegeperson absprechen
 - Rezept beim Arzt bestellen (oder besorgen lassen)
 - Hilfsmittelnutzung in die Pflegeplanung als Ressource eintragen (sitzt auf einem Gelkissen oder liegt im Bett auf einer Wechseldruckmatratze Stufe 6)
 - Hilfsmittel fortan regelmäßig auf Einsatzbereitschaft überprüfen (z. B. Stufe der Wechseldruckmatratze)

Dokumentation

- Pflegeplanung:
 - Ressourcen: Fähigkeiten des Kunden dokumentieren, z. B.: »kann sich im Bett selbst drehen«, oder: »macht kleine Bewegungen beim Sitzen im Stuhl«, oder: »hatte trotz Gefahr noch nie Dekubitus«, oder: »sitzt immer auf einem Gelkissen, akzeptiert die Wechseldruckmatratze«, oder: »die Angehörigen sind sich über Risikofaktoren im Klaren«, oder: »Tochter lagert vorm Einschlafen auf die Seite« etc.

- Es werden die Schmerzen erhoben, nicht aber die schmerzbedingten Probleme wie z. B. Obstipation, Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Juckreiz, trockene Haut, Schlafstörungen etc.
- Die Pflegekräfte ergreifen noch immer ungeeignete Maßnahmen. Sie greifen zu spät zum verordneten Medikament (Bedarfsmedikation), sie verweigern Schmerzmittel mit der Aussage »Sie bekommen gleich was beim Essen« oder »Sie hatten schon etwas«. Teilweise therapieren sie auch selbst und greifen zur Voltarensalbe ohne dass der Kunde dies selbst einforderte oder der Arzt diese angeordnet hätte.
- Bei stabiler Schmerzsituation wird die Planung nicht entsprechend hinterlegt.

Die Dokumentation und Vorgehensweise erfolgt wie beim akuten Schmerz (siehe oben).

13.6 Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (Stand 2010, wird Ende 2017 neu erscheinen)

Die drei Ebenen, Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität kennen die meisten Einrichtungen (ambulant, teil- oder vollstationär), aber sie setzen diese Schritte nicht nachvollziehbar um.

13.6.1 Strukturqualität

An die Pflegefachkraft werden folgende Anforderungen gestellt:

- Sie verfügt über Kompetenzen zur Identifikation von Risikofaktoren und Anzeichen für eine Mangelernährung
- Sie verfügt zudem über das Fachwissen, berufsübergreifende Maßnahmen einzuleiten zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Ernährung sowie einer ethisch vertretbaren Entscheidungsfindung
- Sie kann entsprechende Maßnahmen planen und entsprechende Hilfestellung anbieten
- Sie kann Kunden/Angehörigen informieren und beraten.

13.6.2 Prozessqualität

An die Pflegefachkraft werden folgende Anforderungen gestellt:

- Sie erfasst bei allen Kunden zu Beginn des pflegerischen Auftrags die Risiken und Anzeichen einer Mangelernährung. Diese Einschätzung wird bei Veränderung, spätestens alle drei Monate wiederholt.

- Sie führt bei Vorliegen eines Risikos eine tiefere Einschätzung über die beeinflussenden Faktoren mithilfe eines Assessment durch.
- Sie koordiniert mit anderen Berufsgruppen (Hauswirtschaft, Küche, Ärzte etc.) Maßnahmen zur individuellen Ernährung.
- Sie plant gemeinsam mit dem Kunden (Angehörigen) angemessene Maßnahmen zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme, und unterstützt dabei die Eigenaktivität des Kunden.
- Sie informiert und berät den Kunden (Angehörigen) über die Risiken einer Mangelernährung, Möglichkeiten der Intervention und Hilfestellungen.
- Sie überprüft den Erfolg der eingeleiteten Maßnahmen.

13.6.3 Ergebnisqualität

Wenn die Struktur- und Prozessqualität so ausgeführt werden, ergibt sich aus Sicht der Experten folgendes Ergebnis:

- Es liegt für alle Kunden eine aktuelle Aussage zur Ernährungssituation vor.
- Beim Risiko einer Mangelernährung liegt ein Assessment vor – mit der Einschätzung der Ursachen und der handlungsleitenden Information.
- Die angewandten Maßnahmen sind koordiniert und bei Bedarf ethisch begründet.
- Ein individueller Maßnahmenplan zur Ernährung liegt vor.
- Der Kunde erfährt eine fachgerechte und seinen Bedürfnissen entsprechende Unterstützung.
- Die Maßnahmen haben sich positiv auf die Schmerzsituation der Kunden ausgewirkt.
- Kunden und Angehörige sind über die Risiken und Folgen einer Mangelernährung informiert, ebenso über die Möglichkeiten gegenzusteuern.
- Die orale Nahrungsaufnahme ist entsprechend des Bedarfs des Kunden und entsprechend seiner Bedürfnisse sichergestellt.

13.6.4 Die häufigsten Fehler im Umgang mit dem Expertenstandard Ernährungsmanagement

13.6.4.1 Strukturqualität

Die Pflegefachkräfte sind nicht oder nur unzureichend in der Thematik »Mangelernährung« geschult; ihr Wissen entspricht nicht dem heutigen Stand. Sie denken bei Mangelernährung als erstes an die dünnen und ggf. untergewichtigen Menschen.

13.6.4.2 Prozessqualität

- Die Ernährungssituation wird nicht richtig erfasst. Es werden weniger die Hinweise auf Mangelernährung eingeschätzt als vielmehr auf den BMI geachtet. Statt sich den

Verlauf des Gewichts in den letzten Monaten (kritisch 5 % in 1–3 Monaten und 10 % in 6 Monaten) anzusehen, wird nur geschaut, wer einen BMI unter 20 hat.

- Neben dem Gewicht werden andere Hinweise auf Risiken übersehen, das veränderte Essverhalten, nicht mehr sitzende Zahnprothese, zu weit gewordene Kleidung u. a.
- Assessmentinstrumente werden für alle Kunden eingesetzt, aber man stützt sich nur auf die Werte (BMI, Gewicht), statt das Gesamtbild zu betrachten.
- Es wird zu wenig Ursachenforschung betrieben. Warum nimmt ein Mensch ab? Hier sollte man sich Fragen stellen wie z. B.:
 - Hat er Schmerzen und deshalb keinen Appetit?
 - Hat er Kummer?
 - Passt die Zahnprothese nicht mehr?
 - Ist das Umfeld zu hektisch?
 - Ist der Tischnachbar der richtige (stationär)?
 - Ist die Besorgung der Lebensmittel schwierig (ambulant)?
 - Traut sich der Kunde nicht, Hilfe anzunehmen?
 - Hat der Kunde keine finanziellen Möglichkeiten, sich helfen zu lassen (ambulant)?
 - Ist das Besteck geeignet?
 - Welchen Stellenwert hat Essen in der jetzigen Situation des Menschen?
- Es wird vorschnell auf substituierende Mittel zugegriffen. Stationär wird in der Küche hochkalorische Kost bestellt oder ambulant eine Trinknahrung besorgt, statt sich zunächst der Ursache zu widmen. Oder statt künstlicher Kalorienzufuhr auch zu schauen, ob herkömmliche Lebensmittel nicht besser helfen (Salzstangen, Schokolade, Kakao, Sahne, etc.)
- Oft werden auch ethische Bedenken beiseite gewischt, weil man denkt, man müsse als Pflegekraft schließlich etwas tun. Es ist ethisch nicht vertretbar, Menschen zu etwas zu zwingen. Es ist ebenso wenig vertretbar, ihrer Nahrung etwas unterzuzumengen. Der Wunsch des Kunden ist zu respektieren und zu dokumentieren.
- Wenn es bei den Strukturen und Prozessen hapert, ist es logisch, dass sich die Fehler in der Ergebnisqualität niederschlagen: Der Kunde nimmt ab und außer hochkalorischer Nahrung oder Drinks wurde nichts weiter ausprobiert. Einigen Pflegekräften fehlt es schlicht an Phantasie, was die Ursache sein könnte und was noch auszuprobieren sei.

13.6.5 Vorgehensweise und Dokumentation

Einschätzung der Ernährungssituation

- Fragen Sie jeden Kunden (Angehörigen) bei der Aufnahme, ob er weiß, was er wiegt, ob er in der letzten Zeit abgenommen hat und wenn ja, ob er weiß warum. Schauen Sie sich die Kleidung des Kunden an. Wem Konfektionsgröße 38 offen-

sichtlich seit Jahren passt, hat keine Anzeichen für Mangelernährung, denn der Kunde wird sich nicht komplett neu eingekleidet haben. Wenn keine Gewichtsabnahme zu verzeichnen ist, dokumentieren Sie das als Ressource und wiederholen die Abfrage bei der nächsten Evaluation der Pflegeplanung.

- Äußert der Kunde (Angehörige) abgenommen zu haben, oder erkennen Sie an seiner äußeren Erscheinung, dass eine Gewichtsabnahme erfolgt sein muss, wenden Sie das geeignete Assessment an. Stationär wird der sogenannte PEMU (Pflegerische Erfassung von Mangelernährung und deren Ursachen) Bogen empfohlen. Zunächst füllt man die erste Seite aus. Erst wenn sich daraus das Risiko einer Mangelernährung ergibt, finden die weiteren Seiten Anwendung. Für die ambulante Pflege empfehlen die Experten den Bogen MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), der lediglich eine DIN A4-Seite umfasst. Ich empfehle den ambulanten Diensten jedoch gern die erste Seite des PEMU-Bogens, weil er wesentlich aussagefähiger ist.

Nahrungsaufnahme

- Wenn sich das Risiko einer Mangelernährung abzeichnet, erfassen Sie die aufgenommene Nahrung über ein Protokoll. Im häuslichen Bereich können Sie dem Kunden oder seinen Bezugspersonen empfehlen, dies zu tun.
- Mit Hilfe des Protokolls sehen Sie das Essverhalten zu verschiedenen Tageszeiten und können ggf. darauf einwirken. D. h. passen die Essenszeiten zu den Bedürfnissen (bspw. isst ein Bewohner im Heim lieber abends warm und hat zum Mittagessen keinen Hunger)? Wann ist die beste Zeit zur Nahrungsaufnahme und wie und in welcher Form kann man möglichst viele Kalorien zu dieser Zeit aufnehmen?
- Ermitteln Sie Ursachen für ein verändertes Essverhalten und/oder ungewollte Gewichtsabnahmen.
- Planen Sie geeignete Maßnahmen, gemeinsam mit Kunden/Angehörigen. Geeignet ist alles, was bedarfsgerecht ist und den Bedürfnissen Ihres Kunden entspricht.

Pflegeplanung

- Ressourcen: Fähigkeiten des Kunden dokumentieren, z. B.: »Isst gerne Honig, trinkt gerne Kakao«, oder: »Sagt, wenn er nicht mehr essen mag«, oder: »Kann mit Besteck umgehen«, oder: »Hat nach eigenen Angaben nie mehr als 45 Kilo gewogen«, oder: »Die Tochter bringt Schokoriegel mit, die der Vater gerne isst«, oder: »Der Ehemann hilft seiner Frau beim Essen« etc.
- Probleme: z. B.
 - Ambulant: »Frau M. nimmt offensichtlich an Gewicht ab (kein Gewicht ermittelt, keine Waage), die Kleider passen nicht mehr. Verdacht, dass Frau M. nicht mehr regelmäßig isst, weil sie nicht mehr kocht und allein ist.«
 - Stationär: »Frau U. kann beim Essen nicht gut sitzen bleiben, wird von anderen Bewohnern reglementiert. Das macht sie nervös und sie weiß dann nicht mehr, was sie mit dem Essen machen soll«

- Ziele: z. B. »hält das aktuelle Gewicht von 42–43 Kilo«, »Meldet sich wenn sie etwas möchte«
- Maßnahmen: z. B.
 - Ambulant: Bei jedem Hausbesuch daran erinnern, dass Essen/Trinken auf dem Küchentisch steht. Oder Frühstück bereiten: ein halbes Brötchen mit Honig, die andere Hälfte mit Marmelade oder Nutella bestreichen.
 - Stationär: Essen im Gehen ermöglichen, als Zwischenmahlzeit immer wieder Schokoriegel oder Sahnequark anbieten. Spätmahlzeit gegen 21:30 Uhr anbieten und dabei bleiben, bis der Pflegebedürftige angefangen hat zu essen.

Durchführung

- Bei Aufnahme ins Pflegeheim sollte ein Ernährungsprotokoll geführt werden, sodass man in Erfahrung bringen kann, was, wann und wie viel der neue Bewohner gewöhnlich isst. Wenn man diese Erkenntnis hat, überträgt man die gesammelten Daten als Ressource in die Pflegeplanung. Oft genügen hier drei bis fünf Tage, danach kennt man in aller Regel die Essensgewohnheiten.
- Ansonsten alle geplanten Maßnahmen nachweislich durchführen, dokumentieren.

Evaluation

- Es erfolgt eine erneute fachliche Beurteilung der Ernährungssituation und des Risikos für Mangelernährung bei jeder Veränderung der Situation sowie spätestens nach drei Monaten.
- Beurteilung des Bedarf und der Bedürfnisse des Kunden. Wenn jemand gern Nutella isst, bedeutet das nicht, dass er es 365 Tage im Jahr zu jedem Frühstück mag.
- Beurteilung der Maßnahmen und Ziele. Es wird beurteilt, ob die Maßnahmen zum gewünschten Ergebnis geführt haben, oder ob die Maßnahmen zur Erreichung der Ziele umgestellt und angepasst werden müssen.
- Zudem muss ergründet werden, ob die Ursachen der Mangelernährung nun bekannt sind und gegengesteuert werden konnte, oder ob man etwas Neues ausprobieren muss, um die individuellen Probleme des Kunden zu erkennen. Dies kann mittels Fallbesprechung im Team eruiert werden. Wo möglich immer Kunden, Angehörige, Ärzte und andere Beteiligte einbinden.

SIS

In dem Themenfeld, in dem Sie die Beobachtung zur Ernährung machen, tragen Sie die Beobachtung ein. Beispiele:

Themenfeld 1:

- Aussage: »Ich war schon immer zierlich, und konnte essen was ich will.«
Einschätzung: Frau L. ist und war immer zierlich, möchte nicht gedrängt werden zu essen oder immer wieder auf ihr niedriges Gewicht angesprochen werden.

- Aussage: »Ich esse alles, ich esse gerne.«
Einschätzung: Frau P. sagt zwar, sie esse alles, aber sie vergisst das Essen, sitzt davor und weiß nicht, was sie damit anfangen soll.

Themenfeld 4:

- Aussage: »Ich esse was ich kann, aber ich habe keinen Appetit, es schmeckt mir nichts mehr.« Einschätzung: Frau T. hat in den vergangenen Monaten relevant an Gewicht abgenommen. Trotz vielfältiger Angebote und medizinischer Abklärung nimmt sie immer weiter ab.
- Fachliche Einschätzung: Frau K. hat beim letzten Krankenhausaufenthalt (Dez. 2016) 8 % Gewicht verloren. Sie isst sehr kleine Portionen, dafür 6- bis 7-mal am Tag.

Neben den Eintragungen in den Themenfeldern ist eben auch noch die Risikomatrix auszufüllen. Man schaut, wie die Beobachtungen oder Erkenntnisse aus dem jeweiligen Themenfeld sich auf die einzelnen Risiken auswirken.

In den Maßnahmeplan oder die Tagesstruktur trägt man entsprechend die geplanten Maßnahmen ein, führt diese wie geplant durch. Abweichungen werden im Pflegebericht mit Begründung niedergeschrieben. Dieser Plan wird bei allen Veränderungen evaluiert.

13.6.6 Die MDK-Prüffragen zur Ernährung

Ambulant

- »10.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?«
- »10.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?«
Diese beiden Fragen dienen rein der Information und werden nicht bewertet und benotet.

Die Fragen 10.5 bis 10.10 werden bewertet als Qualitätsmerkmal und auch benotet.

- »10.5 Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert?«
Diese Frage gilt nur, wenn Leistungen der Grundpflege, bzw. Ernährung vereinbart sind. Ist dies der Fall, sind die Risiken bei der Ernährung und auch bei der Flüssigkeitsversorgung zu erfassen und der Kunde sowie seine Bezugspersonen zu informieren. Dies kann über den Pflegebericht, die Ressourcen (»ist über ... informiert«) oder SIS erbracht werden. Natürlich kann man dies auch in einem separaten Beratungsprotokoll aufnehmen.

- »10.6 Werden die individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?«
Diese Frage ist wie Frage 10.9 relativ einfach zu beantworten. Man muss nur irgendwo niedergeschrieben haben entweder:
 - »hat kein Risiko weil, ...« oder »hat folgendes Risiko ..., weil ...«
- Die Prüfer haben dabei nicht die Trinkmenge selbst zu werten, sondern zu schauen, welches Risiko individuell vorliegt, z. B. konzentrierter Urin, trockene Schleimhäute, stehende Hautfalten können auf ein Risiko hindeuten. Trinkt jemand immer einen Liter, dann braucht der Körper wohl nicht mehr und zeigt auch keine Mangelerscheinungen. Trinkt jemand sonst immer mehr als zwei Liter und wegen einer akuten Erkrankung nur 1,5 Liter, so kann dies bereits zu Mangelerscheinungen und Defiziten führen.

Fazit

Es gibt im gesamten Prüfkatalog keine Hinweise auf Trinkmengen. Lassen Sie sich hier auf keine Diskussion ein.

- »10.7 Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?«
Diese Frage ist selbsterklärend, es muss einen wie immer gearteten Nachweis Ihrer Leistungen geben.
- »10.8 Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert?«
Die Beantwortung der Frage ist wie Frage 10.5 zu sehen.
- »10.9 Werden die individuellen Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?«
Diese Frage ist wie Frage 10.6 relativ einfach zu beantworten. Man muss nur irgendwo niedergeschrieben haben entweder:
 - »hat kein Risiko, weil ...« oder »hat folgendes Risiko ..., weil ...«Das Risiko besteht, wenn der Kunde in ein bis drei Monaten ungewollt 5 % Gewicht verloren hat oder in sechs und mehr Monaten 10 % Gewicht ungewollt verlor. Hier muss man beachten: Es geht ausdrücklich nicht um den BMI, sondern um einen ungewollten Gewichtsverlust. Damit sind gewollte Gewichtsabnahmen, beispielsweise nach Entwässerung oder Diät, kein Risiko. Aber auch übergewichtige Menschen können ein Risiko haben, wenn sie zu schnell ungewollt an Substanz (5 % in ein bis drei Monaten oder 10 % in sechs Monaten) verlieren. Während der Dünne mit einem BMI von 17, der stabil sein Gewicht hält, natürlich kein Risiko hat.

7. Sonstige Protokolle und Dokumente		ja	nein
Sturzrisikoerhebung nach Vorgabe und sinnvoll	t.n.z		
Schmerzskala ordnungsgemäß	t.n.z		
Schmerzprotokoll nachvollziehbar	t.n.z		
Dekubitusrisiko nachvollziehbar erhoben	t.n.z		
Freiheitseinschränkende Maßnahmen dokumentiert	t.n.z		
Risiko Mangelernährung nachvollziehbar erhoben	t.n.z		
Lagerungsprotokolle lückenlos oder Lücken erklärt	t.n.z		
Ernährungsprotokolle lückenlos oder Lücken erklärt	t.n.z		
Trinkprotokolle lückenlos oder Lücken erklärt	t.n.z		
Beratungsprotokoll logisch und nachvollziehbar	t.n.z		
Bemerkungen und Vereinbarungen zur Dokumentation:			
<hr/>			
Zu bearbeiten bis: _____			
<hr/>			
Verantwortliche/r Mitarbeiter/in		Unterschrift Visiteur	
Erledigt:			
<hr/>			
Datum/Unterschrift Mitarbeiter/in		Kenntnisnahme Unterschrift Vorgesetzte(r)	

14.5 Die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

Jahrzehnte haben wir darauf gewartet, jetzt ist es soweit: Die neue Pflegedokumentation ist da, mit der Regierung im Rücken, verschlankt und effizient. Bereits im April 2014 legte Elisabeth Beikirch als Projektverantwortliche den Abschlussbericht³³ zur sogenannten »Entbürokratisierung der Pflegedokumentation« vor.

³³ Praktische Anwendung des Strukturmodells- Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege

Das Strukturmodell ist einerseits eine Abweichung der bisherigen Dokumentation, aber auch eine Abkehr des bisherigen eher destruktiven Abhandelns von Pflegeproblemen aus unserer fachlichen Sicht, hin zur Beachtung eines Kunden auf Augenhöhe.

SIS – ambulant – _____ / _____

Strukturierte Informationssammlung Name der pflegebedürftigen Person Geburtsdatum Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer

Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun?

Themenfeld 1 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Themenfeld 2 – Mobilität und Beweglichkeit

Themenfeld 3 – krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Seite 1 von 2

_____ / _____

Name der pflegebedürftigen Person Geburtsdatum Gespräch am/Handzeichen Pflegefachkraft pflegebedürftige Person/Angehöriger/Betreuer

Themenfeld 4 – Selbstversorgung

Themenfeld 5 – Leben in sozialen Beziehungen

Themenfeld 6 – Haushaltsführung

Erste fachliche Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene

	Dekubitus		Sturz		Inkontinenz		Schmerz		Ernährung		Sonderthema	
	weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig		weitere Einschätzung notwendig	
	ja	nein										
1. kognitive und kommunikative Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
2. Mobilität und Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
3. krankheitsbez. Anforderungen u. Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
4. Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
5. Leben in sozialen Beziehungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

Seite 2 von 2

LITERATUR

- Arzneimittelgesetz, zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. Juli 2016
4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2010
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen in der Pflege. 1. April 2015
- Arets, J.; Obex, F.; Vaessen, J.; Wagner, F. (1999): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Huber Verlag, Bern, 3. Aufl.
- Barth, M. (1999): Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Altenpflege. Urban und Fischer Verlag, München
- Bartmans, P. C. M.; Geng, V. 2000): Qualität nach Maß. Huber Verlag, Bern
- BGB Bürgerliches Gesetzbuch (2001): Beck Texte. dtv, München 49. Aufl.
- Berghoff, I. (1999): Förderpflege mit Dementen. Ullstein Medical, München
- Blonski, H. (1998): Qualitätsmanagement in der Altenpflege. Brigitte Kunz Verlag, Hagen
- Böhme (1999): Rechtshandbuch für Führungskräfte. Weka Verlag, Kissing
- Budnik, B. (1999): Pflegeplanung leicht gemacht. Urban und Fischer Verlag, München
- Bundesministerium für Gesundheit (2001): Pressemitteilung. Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005): Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. Berlin
- Doni, C.; Gresch, U. (1997): Pflegehandbuch. Diakonie Verlag, Reutlingen
- 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, K. M.; Lavin, M. A. (1975): Classification of nursing diagnosis. Proceedings of the first national conference. The CV Mosby Co., St. Louis
- Gustav Werner Stiftung zum Bruderhaus (1998): Qualitätsmanagementhandbuch. Diakonie Verlag, Reutlingen
- 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, M. S.; 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.; Schröder, B. (2008):** Pflegemanagement in der Altenhilfeeinrichtung. Schlütersche Verlag, Hannover
- Klie, T. (1998):** Pflegeversicherung. Vincentz Verlag, Hannover
- König, J. (2014):** MDK – Mit dem Gutachter eine Sprache sprechen. Schlütersche Verlag, Hannover, 8. Aufl.
- König, J. (2016):** 100 Fehler bei der Einstufung von Pflegebedürftigen. Brigitte Kunz Verlag, Hannover 4. Aufl.
- König, J. (2008):** 100 Fehler bei Stürzen im Heim. Brigitte Kunz Verlag, Hannover, 2. Aufl.
- König, J. (2010):** 100 Fehler bei der MDK-Prüfung. Brigitte Kunz Verlag, Hannover, 3. Aufl.
- König, J. (2014):** Dokumentationswahnsinn in der Pflege – es geht auch anders: Mit fünf Bereichen alles erfassen und perfekt dokumentieren. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2. Aufl.
- Krohwinkel, M.:** In: Einheitsbrei oder à la carte. Diakoniewerk Michaelshoven, Köln o. J.
- Krohwinkel, M.:** In: Osterbrink, J. (Hrsg.): Erster internationaler Pflgetheorienkongress Nürnberg. Huber Verlag, Bern 1997/1998
- MDS (Hrsg.):** Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. April 2005.
- Messer, B. (2008):** Tägliche Pflegeplanung in der stationären Altenhilfe. Schlütersche Verlag, Hannover, 3. Aufl.
- 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
- Reimer, W.; Fueller, F. (1998):** Der Pflegeprozess. Universitätsverlag Ulm
- Weiß, P. (2000):** Praktische Qualitätsarbeit in Krankenhäusern. Springer Verlag, Wien
- 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 von April 2013.**
- Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der stationären Pflege vom 17.1.2014.**
- Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der ambulanten Pflege vom 17.1.2014.**
- QPR, Teil 1 – ambulante Pflege, Anlage 1:** Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege

- QPR, Teil 2 – stationäre Pflege, Anlage 1:** Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege
- Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI** über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege – Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) – vom 11. August 2016
- Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes** über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) in der Fassung vom 6. September 2016
- Bundesdatenschutzgesetz** vom 21.08.2002, Fundstelle: BGBlatt unter der Homepage von www.juris.de
- Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln – Arzneimittelgesetz**, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. November 2016 – Fundstelle: BGBl. I 1976, 2445, 2448.
- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen** (Infektionsschutzgesetz – IfSG), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 36 u. Artikel 4 Absatz 21 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) 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 durch Artikel 32 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 9 G v. 16.7.2015 I 1211
- Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen** über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) vom 6. September 2016, gültig ab 1. Januar 2017
- Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten** (Medizinprodukte-Betreiberverordnung – MPBetreibV), zuletzt geändert am 27. September 2016 im BGBl. I S. 2203
- Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen** (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WBVG) v. 29.07.2009 BGBl. I S. 2319; Geltung ab 01.10.2009 zuletzt geändert am 3. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3324) Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

REGISTER

- AEDL 234, 276
 Anordnungen, ärztliche 299
 Apotheke, Anforderungsprofil 25
 Arbeitsunfähigkeit 414
 Arbeitszeit 413
 Arzneimittel 27
 – Abgabe 26
 – Aufbewahrung 25
 – Weitergabe 28
 Arzneimittelgesetz 20
 Arzt, Auskunftspflicht 34
 Aufbewahrungspflicht 37
 Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflicht 58
 Auskunftspflicht 35

 Bereichs- und Bezugspflege 355
 Berichtsblatt 292
 Beschwerdemanagement 352
 Besprechungen 358
 Betreuer 79
 Betreuungsrecht 72, 79
 Beurteilung 393
 Bewertungssystem, MDK 155
 Bewohner, Aufnahme 333
 Bewohner, Tod 336
 Biografie 289
 Blister 20, 26
 Bundesdatenschutzgesetz 29

 Daten, Fälschung 267
 Daten, Herausgabepflicht 33
 Datenübermittlung 34
 Datenweitergabe, durch den Arzt 34
 Dienstplan 412
 Dienstplanformular 416
 Dokumentationsprobleme 301

 Einarbeitungskonzept 362
 Einrichtungen, Definition 47

 Einrichtungsbeurteilung 405
 Einsichtsrecht, der Betroffenen 36
 Einwilligungsvorbehalte 81
 Ergebnisqualität 328
 Erstgespräch 331, 337
 Expertenstandard 105, 218
 – Dekubitusprophylaxe 221
 – Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege 249
 – Pflege von Menschen mit 258
 – Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen 240
 – Sturzprophylaxe 227

 Falschbeurkundung 267
 Fortbildung 359
 Freiheitsentziehende Maßnahmen 385

 Generalvollmacht 78
 Gesundheitsamt, Belehrung 41
 Gesundheitsamt, Bescheinigung 41

 Haftungsrecht 269
 Häusliche Krankenpflege, Rechtsprechung 207
 Häusliche Krankenpflege, Richtlinien zur Verordnung 187
 Heimaufsicht 46, 123
 Heimgesetz 46, 53
 Heimmindestbauverordnung 50
 Heimmitwirkungsverordnung 52
 Heimpersonalverordnung 51
 Heimverträge 46
 Hilfsmittel 93
 Hilfsmittelerstattung 97
 Hygienehandbuch 44

 Infektionshygiene 41
 Infektionsschutzgesetz 38

- Kieler Modell 422
- Krankenkasse, Einsichtsrecht 31
- Krankheiten, meldepflichtige 39
- Krankheitserreger, meldepflichtige
 - Nachweise 40
- Krisenmanagement 385

- Leistungsnachweis 292
- Leistungs- und Qualitätsnachweis 123

- Maßnahmen, verordnungsfähige 189
- MDK 147
- MDK-Prüfung 150
 - Unterlagen 157
- Medizinprodukte 212
- Medizinprodukte-Betreiberverordnung 213
- Medizinproduktegesetz 213
- Mitarbeiterbeurteilung 394
- Mitarbeiter, Einarbeitung 361

- Patientenverfügung 83
- Personalbedarf 420
- Pflegeanamnese 286
- Pflegebedürftige 88
- Pflegediagnosen 272
- Pflegedokumentation 266
 - Weitergabe 33
- Pflegehilfsmittel 92
- Pflegekassen, Einsichtsrecht 30
- Pflegeniveau 113
- Pflegeprobleme 276
- Pflegeprozess 275
- Pflegeprozessplanung 288
- Pflegestärkungsgesetz (PSG) 125
- Pflege-TÜV 138
- Pflegeversicherung 84, 89
- Pflegevisite 338, 341
- PLAISIR® 421
- Prozessqualität 327
- Prüfanlass 151
- Prüfauftrag 147, 152
- Prüfergebnisse, ambulante Pflege 117
- Prüfergebnisse, stationäre Pflege 113

- Qualität 326
- Qualitätsprüfung 109
- Qualitätsprüfungs-Richtlinien 144
- Qualitätssicherungsmaßnahmen 337
- Qualitätsverantwortung 104

- Ressourcen 276
- Richtlinien 330
- Robert Koch-Institut 38
- Ruhepausen 414
- Ruhezeit 414

- Senioren-WG 48
- SGB XI 84
- Sonn- und Feiertage 415
- Stammblatt 286
- Standards 330
- Strukturqualität 327
- Sturz 388

- Transparenzvereinbarung 139

- Überstunden 414
- Überwachung 59
- Unterbringungsähnliche Maßnahmen 81
- Urkundenfälschung 266
- Urkundenunterdrückung 301

- Verbandsstoffe, Aufbewahrung 25
- Verblistern 20
- Verordnungen, medizinische 299
- Vertragsrecht 269
- Vitalwerte 288
- Vorgesetztenbeurteilung 403
- Vorschriften, heimrechtliche 46
- Vorsorgevollmacht 75

- Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz 61

- Zeugnis 408
- Zeugnisarten 409
- Zeugniscodierung 411
- Zeugnisinhalte 410

Das kompakte Standardwerk fürs Pflegemanagement

Die Pflegestärkungsgesetze und neue Richtlinien stellen höchste Anforderungen an alle Pflegemanager in der Altenpflege. Nun muss zügig umgesetzt werden, was die Politik beschlossen hat. Mehr als je zuvor gilt: Die Qualität muss stimmen – nachhaltig, kundenorientiert und einrichtungsspezifisch.

Gute Qualität in der Pflege ist machbar. Doch 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 7., aktualisierte Auflage wie gewohnt kompakt und verständlich. Auf diese praktische Arbeitsgrundlage sollte keine PDL verzichten.

Aktuelle Grundlagen

Qualitätsfaktoren

Kompetentes Praxiswissen

Die Autorin

Jutta König ist Wirtschaftsdiplom-Betriebswirtin Gesundheit (VWA) und Sachverständige bei verschiedenen Sozialgerichten im Bundesgebiet. Sie unterrichtet Pflegesachverständige und Pflegeberater, arbeitet als Unternehmensberaterin und Dozentin in den Bereichen SGB XI, SGB V, Heim- und Betreuungsrecht. Sie ist examinierte Altenpflegerin, Pflegedienst- und Heimleitung.

ISBN 978-3-89993-389-5

