

**MDK-Anleitung
zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI
in der ambulanten Pflege
- 10. November 2005 -**

Gliederung

I Grundlagen der Qualitätsentwicklung.....	3
II. Beratungsorientierter Prüfansatz	3
III. Verfahrensablauf.....	4
1. Allgemeine Angaben	4
2. Prüfungsumfang.....	5
3. Aufbau des Prüfberichts.....	6
Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst (Struktur- und Prozessqualität).....	10
Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen (Prozess- und Ergebnisqualität).....	37

I Grundlagen der Qualitätsentwicklung

Der gesetzliche Auftrag der Pflegekassen, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, erfordert eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität.

Maßstab dafür sind u.a. die folgenden im SGB XI genannten Grundsätze:

- Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen
- die Leistungen der Pflegeversicherung sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen wiederzugewinnen und zu erhalten (aktivierende Pflege)
- die Leistungen der Pflegeversicherung sollen ein Leben in Würde ermöglichen
- die Leistungen der Pflegeversicherung sollen die Pflegebereitschaft von Angehörigen, Nachbarn, Ehrenamtlichen und Selbsthilfegruppen erhalten und fördern
- die Leistungen der Pflegeversicherung sind mit anderen Leistungen (ärztliche Behandlung, rehabilitative Maßnahmen) zu koordinieren
- auf religiöse Bedürfnisse der Versicherten ist Rücksicht zu nehmen.

Darüber hinaus sind insbesondere die unten aufgeführten, für die Pflegeeinrichtung verbindlichen Regelungen zu berücksichtigen:

- Versorgungsverträge nach § 72 SGB XI
- Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI
- §§ 112 ff. SGB XI
- sonstige bundes- und landesrechtliche Regelungen.

Die Aufgaben der MDK, die diesen im Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegeversicherung übertragen wurden, dienen in verschiedener Hinsicht der Entwicklung und Sicherung der Qualität von Pflegeleistungen. Sie wirken auf Landesebene (§ 75 Abs. 1 SGB XI) bei der Gestaltung der Rahmenverträge mit, in denen wesentliche Struktur- und Prozessqualitätselemente festgelegt werden. Sie beraten in den Landespflegeausschüssen (§ 92 Abs. 2 SGB XI) sachverständig in Fragen der Infrastrukturgestaltung und können von den Pflegekassen beim Abschluss von Versorgungsverträgen (§ 72 SGB XI) beteiligt werden. Sie können in unterschiedlichen Funktionen an regionalen Arbeitsgemeinschaften zur Entwicklung der Qualität (§ 12 SGB XI) teilnehmen und tragen damit zur Vernetzung bei. Der MDS ist bei der Gestaltung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI beteiligt.

II. Beratungsorientierter Prüfansatz

Qualität und Qualitätssicherung haben im SGB XI einen hohen Stellenwert. Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtung einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich (§ 112 Abs. 1 SGB XI).

Darauf aufbauend wird in den vereinbarten Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung der internen Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen Priorität eingeräumt.

Unter Berücksichtigung dieser Prioritätensetzung führen die MDK nach einem beratungsorientierten Qualitätsentwicklungsverständnis eine externe Qualitätsprüfung durch und initiieren die gegebenenfalls notwendigen Impulse zur Qualitätsverbesserung. Der für die MDK-Anleitung gewählte beratungsorientierte Prüfansatz entspricht einem modernen Qualitätsentwicklungsverständnis, nach dem die Beratung einen wesentlichen Stellenwert einnimmt.

Die MDK sehen die durchzuführenden externen Qualitätsprüfungen somit als eine Einheit von Prüfung, Empfehlung von Maßnahmen und Beratung.

Ein solches Verständnis der externen Qualitätsprüfung setzt eine intensive Zusammenarbeit mit der Pflegeeinrichtung in allen Phasen des Prüfverfahrens voraus. Der MDK vermittelt der Pflegeeinrichtung während der Prüfung sein Aufgabenverständnis und seine Vorgehensweise. Eine solche Transparenz des Verfahrens fördert die notwendige Offenheit der Diskussion zwischen Pflegeeinrichtung und MDK-Gutachterteam.

Der beratungsorientierte Prüfansatz der MDK-Anleitung ermöglicht schon während der Qualitätsprüfung bei festgestellten Qualitätsdefiziten das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten durch das MDK-Gutachterteam (Impulsberatung). Unter Berücksichtigung der Ist-Situation werden vom MDK bei festgestellten Qualitätsdefiziten Empfehlungen über notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung entwickelt. Diese Empfehlungen sind Bestandteil des vom MDK zu erstellenden Berichtes über die Qualitätsprüfung.

Aus dem dargestellten Aufgabenverständnis ergeben sich für die MDK besondere Anforderungen hinsichtlich der Fachkompetenz der Gutachterteams sowie der personellen Ressourcen für diese Aufgaben. Die Akzeptanz der Qualitätsprüfungen hängt vor allem von der Fachkompetenz der in den Gutachterteams eingesetzten Mitarbeiter sowie deren Vorgehensweise in diesem Aufgabenfeld ab.

III. Verfahrensablauf

1. Allgemeine Angaben

Nach § 112 Abs. 3 SGB XI sind Qualitätsprüfungen in Form von Einzelprüfungen, Stichprobenprüfungen oder vergleichenden Prüfungen durchzuführen. Nach § 115 Abs. 2 SGB XI können darüber hinaus Evaluationsprüfungen erforderlich werden. In Einzelfällen kann eine Kombination aus Einzel- und Evaluationsprüfung notwendig werden.

Bei **Einzelprüfungen** handelt es sich um anlassbezogene Prüfungen (z.B. Beschwerden).

Bei **Stichprobenprüfungen** soll aus allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen (Grundgesamtheit) eine repräsentative Auswahl nach dem Zufallsprinzip vorgenommen werden. Stichprobenprüfungen erfolgen in einem festgelegten Turnus. Pflegeeinrichtungen, die in Einzelfall- oder in frühere Stichprobenprüfungen einbezogen waren, fallen aus der Grundgesamtheit heraus. Eine geeignete Stichprobengröße ist auf Landesebene festzulegen.

Vergleichende Prüfungen können z.B. stattfinden zwischen Pflegeeinrichtungen:

- die in demselben Ort, demselben Bezirk, derselben Region, demselben Bundesland, im gesamten Bundesgebiet angesiedelt sind,
- die eine vergleichbare Struktur aber sehr divergierende Vergütungssätze haben,
- die unterschiedlichen Trägerorganisationen angehören,
- bei denen eine Einzelfall- oder Stichprobenprüfung durchgeführt worden ist.

Evaluationsprüfungen sind Prüfungen, die im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Einzelprüfung, Stichprobenprüfung oder vergleichenden Prüfung stehen. Grundlage für diese Prüfung ist der Maßnahmenbescheid der Landesverbände der Pflegekassen nach § 115 Abs. 2 SGB XI. Ziel ist es, die Umsetzung der im Bescheid der Landesverbände der Pflegekassen festgelegten Maßnahmen zur Beseitigung festgestellter Qualitätsdefizite zu überprüfen.

Kombinierte Prüfungen werden durchgeführt, wenn gleichzeitig mit einer Evaluationsprüfung eine erneute Einzelprüfung erforderlich wird.

Zur Durchführung der Qualitätsprüfungen ist dem MDK Zugang zu den Pflegeeinrichtungen zu gewähren. Die Pflegeeinrichtung hat dem Prüfer auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Soweit erforderlich sind Kopien anzufertigen.

In einem Einführungsgespräch vermittelt das Prüfteam des MDK sein Aufgabenverständnis, seine Vorgehensweise und den erforderlichen Zeitaufwand für die Prüfung.

Von den in die Prüfung einbezogenen Leistungsbeziehern ist deren Einwilligung einzuholen (ggf. durch Betreuer oder Bevollmächtigten). Sie sind darüber zu informieren, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten und Infor-

mationen unter Berücksichtigung der Vorschriften des Datenschutzes erfolgt. Der Schutz der Intimsphäre ist unbedingt zu beachten.

Bei den in die Prüfung einzubeziehenden Leistungsbezieher wird der Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen immer vollständig ausgefüllt; sollte der Leistungsbezieher nicht auskunftsfähig sein, kann Kapitel 11 (Zufriedenheit des Leistungsbezieher) entfallen.

In die Stichprobe sind einzubeziehen:

- Leistungsbezieher mit Pflegeproblemen (z.B. Personen mit Dekubitus, Inkontinenz, Problemen in der selbständigen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, PEG-Sondenernährung, Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen, Kontrakturen, Sturzgefährdung, chronischen Schmerzzuständen).
- Um die Zufriedenheitsbefragung durchführen zu können, sollten auch auskunftsfähige Leistungsbezieher in die Prüfung einbezogen werden.
- Zusätzlich sind zu berücksichtigen die Pflegestufenverteilung, räumliche Aspekte oder sonstige Besonderheiten und Leistungsbezieher mit einem vorhergegangenen Krankenhausaufenthalt.

Bei anlassbezogenen Prüfungen sollte nach Möglichkeit der Beschwerdeführer mit einbezogen werden. Die Durchführung der Prüfung und die Erstellung des Prüfberichts erfolgen gemäß der Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR).

Unmittelbar nach Durchführung der Prüfung wird in einem Abschlussgespräch über vorläufige Ergebnisse informiert.

Dem MDK sollten die Ergebnisse der Anhörung sowie der Inhalt des Bescheides an die Pflegeeinrichtung bekannt gegeben werden. Der MDK bietet den Landesverbänden der Pflegekassen bei der Durchführung der Anhörung seine aktive Mitwirkung an.

2. Prüfungsumfang

Vollständige Prüfungen

Vollständige Prüfungen ermöglichen die Erhebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität anhand des „Erhebungsbogens zur Prüfung im Pflegedienst“ und des „Erhebungsbogens zur Prüfung beim Pflegebedürftigen“.

Teilprüfungen

Teilprüfungen ermöglichen die Erhebung der Qualität in bestimmten Teilbereichen.

Mindestinhalte für Teilprüfungen sind:

- alle für den Auftrag der Prüfung relevanten Bereiche aus dem „Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst“ werden jeweils vollständig bearbeitet
- Der „Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen Leistungsbezieher“ ist auch bei Teilprüfungen immer vollständig anzuwenden. Wie bei der vollständigen Prüfung ist auch hier die Stichprobengröße der Richtlinie anzuwenden. (siehe oben).

Vollständige Prüfungen und Teilprüfungen sind für die Berichterstattung nach § 118 Abs. 4 SGB XI zu erfassen und gehen in die bundesweite Statistik als solche ein. Bei der Durchführung von Teilprüfungen ist zu beachten, dass diese für die Darstellung der Qualität der einzelnen Einrichtung als auch für die Berichterstattung nach § 118 Abs. 4 SGB XI eine geringere Aussagekraft haben.

Prüfungsumfang bei den einzelnen Prüfungen

Einzelprüfungen (Anlassbezogene Prüfungen) werden in der Regel als vollständige Prüfungen durchgeführt. Teilprüfungen sind möglich. Die Mindestinhalte für Teilprüfungen sind einzuhalten.

Stichprobenprüfungen sind sinnvollerweise als vollständige Prüfungen durchzuführen.

Vergleichende Prüfungen werden in der Regel als vollständige Prüfungen durchgeführt. Teilprüfungen sind möglich. Die Mindestinhalte für Teilprüfungen sind einzuhalten.

Evaluationsprüfungen werden in der Regel als Teilprüfungen durchgeführt. Die Mindestinhalte für Teilprüfungen

gen sind einzuhalten.

Kombinierte Prüfungen werden in der Regel als vollständige Prüfungen durchgeführt. Teilprüfungen sind möglich. Die Mindestinhalte für Teilprüfungen sind einzuhalten.

3. Aufbau des Prüfberichts

Die Erstellung des Prüfberichts erfolgt auf der Grundlage der QPR und auf der Basis der Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst und zur Prüfung beim Pflegebedürftigen. Es wird empfohlen, den Prüfbericht EDV-gestützt zu erstellen. Dabei sind die im Folgenden dargestellten Anforderungen zu beachten:

Allgemeine Angaben zur Prüfung

Kapitel 1

Um die Identifikation des Prüfberichtes im Rahmen der Berichtspflicht nach § 118 SGB XI zu ermöglichen, wird eine Auftragsnummer vergeben. Die Auftragsnummer setzt sich wie folgt zusammen:

Position 1-6	erster Tag der Prüfung = TTMMJJ
Position 7	vollständige Prüfung = V Teilprüfung = T
Position 8	stationär = S ambulant = A Tagespflege = T Nachtpflege = N Kurzzeitpflege = K
Position 9-11	laufende Nummer der Prüfung im jeweiligen MDK/SMD
Position 12-13	MDK Baden-Württemberg = 18 MDK in Bayern = 19 MDK Berlin-Brandenburg = 01 MDK im Lande Bremen = 03 MDK Hamburg = 02 MDK in Hessen = 15 MDK Mecklenburg-Vorpommern = 21 MDK Niedersachsen = 12 MDK Nordrhein = 14 MDK Rheinland-Pfalz = 16 MDK Saarland = 17 MDK Sachsen = 25 MDK Sachsen-Anhalt = 23 MDK Schleswig-Holstein = 11 MDK Thüringen = 24 MDK Westfalen-Lippe = 13 SMD der Bundesknappschaft = 31
Beispiel: 300804VA00524 (Prüfung am 30.08.04, vollständige Prüfung, ambulante Einrichtung, laufende Nr. 5, MDK Thüringen)	

In diesem Feld kann auch die Adresse des federführenden Landesverbandes der Pflegekasse eingetragen werden.

Die Angaben zu den Fragen 1.2 bis 1.9 werden automatisiert in den Bericht übernommen.

Die Fragen der **Kapitel 2 bis 8** werden anhand der Prüfanleitung bearbeitet. Die Fragen werden im Prüfbericht aufgelistet.

Der Erfüllungsgrad der Anforderungen zu jeder Frage wird automatisch entsprechend der eingegebenen Daten zu jeder Frage generiert. Nicht erfüllte Kriterien können im Freitext konkretisiert werden. Die Freitextpassagen aus dem Erhebungsbogen werden übernommen und ggf. zur Konkretisierung ergänzt oder modifiziert.

Antwortmöglichkeiten:

Bei dichotomen Fragen:

- Ja Die Anforderungen sind erfüllt.
- Nein Die Anforderungen sind nicht erfüllt.

Bei Fragen mit mehreren Kriterien:

- Alle Kriterien ja Die Anforderungen sind erfüllt.
- Nicht alle Kriterien ja X von Y Kriterien sind erfüllt, nicht erfüllte Kriterien werden benannt.

Beispiel

Frage 4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?

Sieben von neun Kriterien sind erfüllt, die folgenden zwei Kriterien sind nicht erfüllt:

- z.B. dokumentenechte Darstellung
- z.B. Zeitpunkt der Gültigkeit des Dienstplanes.

In **Kapitel 9** werden die allgemeinen Daten der besuchten Leistungsbezieher eingetragen.

In **Kapitel 10** wird eine Befragung von Leistungsbezieher zu ihrer Zufriedenheit mit den Leistungen der Pflegeeinrichtung durchgeführt. Für diese Befragung sollen auskunftsfähige Leistungsbezieher ausgesucht werden.

In **Kapitel 11** wird ausschließlich der pflegerische Ist-Zustand der für die Inaugenscheinnahme ausgewählten Leistungsbezieher beschrieben. Eine Bewertung erfolgt an dieser Stelle nicht. Die Darstellung des pflegerischen Ist-Zustandes ist bei allen Leistungsbezieher bei allen Prüfungsarten erforderlich.

Die Bearbeitung der **Kapitel** erfolgt anhand der Angaben in der Prüfanleitung.

Die Fragen der **Kapitel 12 bis 14** werden anhand der Prüfanleitung bearbeitet. Die Fragen werden im Prüfbericht aufgelistet.

Der Erfüllungsgrad der Anforderungen zu jeder Frage wird automatisch entsprechend der eingegebenen Daten für jeden Leistungsbezieher zu jeder Frage generiert. Nicht erfüllte Kriterien können im Freitext konkretisiert werden. Die Freitextpassagen aus dem Erhebungsbogen werden übernommen und ggf. zur Konkretisierung ergänzt oder modifiziert.

Die Ergebnisse der einzelnen Leistungsbezieher werden im Prüfbericht wie folgt zusammengefasst:

Die Frage traf für X von Y in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.

Antwortmöglichkeiten je Leistungsbezieher:

Bei Dichotomen Fragen:

- Ja Die Anforderungen sind erfüllt.
- Nein Die Anforderungen sind nicht erfüllt.

Bei Fragen mit mehreren Kriterien:

- Alle Kriterien ja Die Anforderungen sind erfüllt.
- Nicht alle Kriterien ja X von Y Kriterien sind erfüllt, nicht erfüllte Kriterien werden benannt.

Beispiel

Frage 12.13 Wird die Durchführung der vereinbarten Maßnahmen dokumentiert und von den durchführenden Mitarbeitern mit Handzeichen bestätigt?

Die Frage traf für 5 von 5 in die Prüfung einbezogene Leistungsbezieher zu.

Leistungsbezieher a, b, d und e:
Die Anforderungen sind erfüllt.

Leistungsbezieher c:
Zwei von vier Kriterien sind erfüllt, die folgenden zwei Kriterien sind nicht erfüllt:

- z.B. Datum und tageszeitliche Zuordnung ersichtlich
- z.B. Abzeichnung durch durchführende Mitarbeiter.

Bewertung und zu empfehlende Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Im Prüfbericht muss das Ergebnis der Prüfung differenziert dargestellt werden. Aus dem Prüfbericht ergibt sich ein Stärken-Schwächen-Profil. Insbesondere ist eine konkrete und zweifelsfrei nachvollziehbare Benennung der festgestellten Qualitätsdefizite erforderlich, damit diese für die Bescheiderteilung der Landesverbände der Pflegekassen sowie für ggf. erforderliche Sozialgerichtsverfahren als Grundlage dienen können.

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen bei den Leistungsbeziehern werden je Leistungsbezieher entsprechend der Kapitel im Erhebungsbogen zusammenfassend dargestellt.

Zu allen Kapiteln werden bei Bedarf Verbesserungspotentiale/Defizite herausgearbeitet. Daraus resultierende Empfehlungen sind – je nach Priorität – mit differenzierenden Fristvorschlägen zu hinterlegen.

Zu bestehenden Defiziten werden im Bericht möglichst konkrete Maßnahmen zur Beseitigung empfohlen.

Zusammenfassung im Prüfbericht

Den Abschluss des Berichtes bildet die Zusammenfassung. Besonders positive oder negative Ergebnisse werden hervorgehoben. Auf Qualitätsaspekte, die nicht durch das standardisierte Prüfinstrumentarium erfasst werden konnten, ist individuell einzugehen.

IV Datenschutz

Prüfungen nach § 112 Abs. 3 sowie § 114 SGB XI berühren das informationelle Selbstbestimmungsrecht des einzelnen Leistungsbeziehers bzw. der betroffenen Institution. Insofern sind die folgenden datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten:

„Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 18, 40, 80, 112 und 115, 117 und 118 SGB XI erforderlich ist. Die Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet und genutzt werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.“ (§ 97 Abs. 1 SGB XI)

„Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die er für die Aufgabenerfüllung nach dem Fünften oder Elften Buch erhebt, verarbeitet oder nutzt, auch für die Aufgaben des jeweils anderen Buches verarbeiten oder nutzen, wenn ohne die vorhandenen Daten die Aufgaben nicht ordnungsgemäß erfüllt werden können.“ (§ 97 Abs. 2 SGB XI)

„Die personenbezogenen Daten sind nach 5 Jahren zu löschen. § 96 Abs. 2, § 98 und § 107 Abs. 1 Satz 1 und 2 und 3 Abs. 2 gelten für den MDK entsprechend. Der Medizinische Dienst darf in Dateien nur Angaben zur Person und Hinweise auf bei ihm vorhandene Akten aufnehmen.“ (§ 97 Abs. 3 SGB XI)

„Die Fristen zur Löschung der personenbezogenen Daten „(...) beginnen mit dem Ende des Geschäftsjahres, in dem die Leistungen gewährt oder abgerechnet wurden.“ (§ 107 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) Im Zusammenhang mit der Qualitätsprüfung ist damit das Jahr gemeint, in dem der Prüfbericht abgegeben wurde.

„Die Pflegekassen können für Zwecke der Pflegeversicherung Leistungsdaten länger aufbewahren, wenn sichergestellt ist, dass ein Bezug zu natürlichen Personen nicht mehr herstellbar ist.“ (§ 107 Abs. 1 Satz 3 SGB XI) Diese Vorschrift gilt nach § 97 Abs. 3 SGB XI für den Medizinischen Dienst entsprechend.

„Die Leistungserbringer sind berechtigt und verpflichtet (...) im Falle eines Prüfverfahrens, soweit die (...) Qualität der Leistungen im Einzelfall zu beurteilen (ist) (...) die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände erforderlichen Angaben über Versicherungsleistungen aufzuzeichnen und den Pflegekassen oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen zu übermitteln.“ (§ 104 SGB XI) Diese Vorschrift ermächtigt den MDK, im Rahmen einer Qualitätsprüfung nach § 112 Abs. 3 sowie § 114 SGB XI Pflegedokumentationen einzusehen und ggf. zu kopieren.

„Für das Löschen der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erhobenen Daten gilt § 107 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 entsprechend.“ (§ 112 Abs. 3 sowie § 114 SGB XI) „Die Fristen beginnen mit dem Ende des Geschäftsjahres in dem die Leistungen gewährt oder abgerechnet wurden. (...)“ (§ 107 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)

Daraus ergibt sich, dass personenbezogene Daten nach 5 Jahren zu löschen sind.

Der Prüfbericht enthält Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse, die nach § 35 Abs. 3 SGB I Sozialdaten entsprechen und damit den oben genannten Aufbewahrungsfristen unterliegen.

Eine Einverständniserklärung für die Befragung und Inaugenscheinnahme ist beim Leistungsbezieher einzuholen. Soweit ein Pflegebedürftiger die Zustimmung nicht selbst erteilen kann, darf sie nur durch eine vertretungsberechtigte Person oder einen bestellten Betreuer ersetzt werden (§ 114 Abs. 2, 3 und 5 SGB XI).

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst (Struktur- und Prozessqualität)

Allgemeine Hinweise

Die Kriterien jeder Frage sind jeweils mit ja zu beantworten, wenn diese in allen Bereichen vollständig erfüllt sind.

Soweit sich Sachverhalte für den Prüfbericht nicht eindeutig aus den Ankreuzoptionen der Einzelfragen ableiten lassen, sind diese im Freitext kurz zu beschreiben. Sind Kriterien durch alternative fachlich gleichwertige Lösungen erfüllt, sind diese Kriterien ebenfalls mit ja zu beantworten und im Freitext zu erläutern.

Festgestellte Qualitätsdefizite sind im Freitext zu konkretisieren.

Direkte Ausfüllhinweise zu Fragen oder Kriterien sind durch Kursivdruck und Unterstreichung kenntlich gemacht.

Antwortkategorien

Allgemein

- ja
- nein
- t.n.z. = trifft nicht zu
- k.A. = keine Angabe
- E = Empfehlung

Nur bei Zufriedenheit des Pflegebedürftigen

- immer
- häufig
- geleg. = gelegentlich
- nie

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

1.1 Auftragsnummer:	
----------------------------	--

Hier ist eine Auftragsnummer zu vergeben. Sie dient der Identifikation des Prüfberichtes auch im Hinblick auf die Berichtspflicht nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Zur Gestaltung der Auftragsnummer siehe III. Verfahrensablauf/3. Aufbau des Prüfberichtes.

1.2 Daten zum Pflegedienst	
a. <i>Name</i>	
b. <i>Strasse</i>	
c. <i>PLZ/Ort</i>	
d. <i>Telefon</i>	
e. <i>Fax</i>	
f. <i>E-Mail</i>	
g. <i>Internet-Adresse</i>	
h. <i>Träger/Inhaber</i>	
i. <i>Trägerart</i> <input type="checkbox"/> <i>privat</i> <input type="checkbox"/> <i>freigemeinnützig</i> <input type="checkbox"/> <i>öffentlich</i> <input type="checkbox"/> <i>nicht zu ermitteln</i>	
j. <i>ggf. Verband</i>	
k. <i>Datum Abschluss Versorgungsvertrag</i>	
l. <i>Datum Inbetriebnahme des Pflegedienstes</i>	
m. <i>Verantw. PFK Name</i>	
n. <i>Stellv. verantw. PFK Name</i>	
o. <i>ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen</i>	

Trägerart

privat = private Trägerschaft mit gewerblichem Charakter (ggf. Zugehörigkeit zu privatem Trägerverband wie ABVP, VDAB, BPA o.ä.).

freigemeinnützig = freigemeinnützige Trägerschaft (i.d.R. Zugehörigkeit zu einem Wohlfahrtsverband wie AWO, Caritas, DPWV, DRK, Diakonie, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland - ZWSt; Rechtsform überwiegend e.V., Stiftung oder gemeinnützige GmbH).

öffentlich = Trägerschaft der Kommune oder des Landes.

nicht zu ermitteln = Trägerart ist nicht zu ermitteln.

Datum der Inbetriebnahme des Pflegedienstes

Hier ist anzugeben, seit wann der Pflegedienst unter dem jetzigen Träger besteht.

1.3 Daten zur Prüfung			
a. Auftraggeber			
b. Datum			
	<i>von TT.MM.JJ</i>	<i>bis TT.MM.JJ</i>	
c. Uhrzeit			
	1. Tag	<i>von</i>	<i>bis</i>
	2. Tag	<i>von</i>	<i>bis</i>
	3. Tag	<i>von</i>	<i>bis</i>
d. Gesprächspartner des Pflegedienstes			
e. Prüfende(r) Gutachter			
f. An der Prüfung Beteiligte	Namen		
	<input type="checkbox"/> Pflegekasse		
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger		
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
	<input type="checkbox"/> Trägerverband		
	<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?		

Die Frage dient dem Nachweis von Prüfdatum und Zeiten sowie der Angabe von Gesprächspartnern des Pflegedienstes, Prüfern des MDK und weiteren an der Prüfung beteiligten Personen.

„An der Prüfung Beteiligte“ ist anzukreuzen, wenn die genannten Institutionen ganz oder teilweise beteiligt sind.

1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI	
a. <input type="checkbox"/> Einzelprüfung	<input type="checkbox"/> Beschwerde <input type="checkbox"/> Hinweise von anderen Institutionen <input type="checkbox"/> sonstige Hinweise
b. <input type="checkbox"/> Stichprobenprüfung	
c. <input type="checkbox"/> vergleichende Prüfung	
d. <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung/Evaluation nach <input type="checkbox"/> Einzelprüfung <input type="checkbox"/> Stichprobenprüfung <input type="checkbox"/> vergleichender Prüfung	
e. <input type="checkbox"/> angemeldet	
f. <input type="checkbox"/> unangemeldet	
g. <input type="checkbox"/> nachts	
h. Datum der letzten Prüfung durch den MDK	
	TT.MM.JJ
i. Anzahl bisher durchgeführter MDK-Prüfungen	

Prüfarten

Einzelprüfungen: Es handelt sich um anlassbezogene Prüfungen, z.B. Prüfungen eines einzelnen Pflegedienstes aufgrund von Beschwerden, aufgrund der Kenntnis von Defiziten etc.. Bei dieser Prüfung ist anzugeben, welcher Anlass der Prüfung zugrunde lag.

Stichprobenprüfungen: Bei diesen Prüfungen soll aus allen zugelassenen Pflegediensten (Grundgesamtheit) eine repräsentative Auswahl nach dem Zufallsprinzip getroffen werden. Stichprobenprüfungen erfolgen in einem festgelegten Turnus. Pflegedienste, die in Einzel- oder in frühere Stichprobenprüfungen einbezogen waren, fallen für diesen Durchgang aus der Grundgesamtheit heraus, bis alle Pflegedienste in einem Land einer Qualitätsprüfung unterzogen worden sind.

Vergleichende Prüfungen: Diese Prüfungen können z.B. stattfinden zwischen Pflegediensten

- die in demselben Ort, demselben Bezirk, derselben Region, demselben Bundesland, im gesamten Bundesgebiet angesiedelt sind
- die eine vergleichbare Struktur aber sehr divergierende Pflegesätze/Vergütungssätze haben
- die unterschiedlichen Trägerorganisationen angehören
- bei denen eine Einzel- oder Stichprobenprüfung durchgeführt worden ist.

Wiederholungsprüfung/Evaluation: Diese Prüfungen werden definiert als Prüfungen, bei denen der Prüfauftrag im Zusammenhang mit einer zuvor erfolgten Einzelprüfung, Stichprobenprüfung oder vergleichenden Prüfung erteilt wird und es darum geht, festzustellen, inwieweit der Pflegedienst festgestellte Mängel beseitigt bzw. die im Bescheid auferlegten Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität umgesetzt hat. Dies muss aus dem Prüfauftrag hervorgehen, andernfalls handelt es sich um eine erneute Einzelprüfung, Stichprobenprüfung oder vergleichende Prüfung.

Anmeldung

Unabhängig vom Zeitpunkt der Anmeldung ist die Prüfung als angemeldete Prüfung zu kennzeichnen.

Nachts

Eine nächtliche Prüfung liegt vor, wenn die Prüfung ganz oder teilweise in der Zeit zwischen 20.00 bis 8.00 Uhr durchgeführt wird.

Anzahl bisher durchgeführter MDK-Prüfungen

Bei der Anzahl bisher durchgeführter MDK-Prüfungen sind alle vom MDK unter dem aktuellen Träger durchgeführten Prüfungen (unabhängig von der Prüfungsart) anzugeben. Dabei ist auch eine Wiederholungsprüfung als eigenständige Prüfung zu werten. Wenn ein Trägerwechsel stattgefunden hat, beginnt die Zählung der Prüfungen neu.

1.5 Vom Pflegedienst zur Prüfung vorgelegte Unterlagen?
--

	<i>ggf. Datum</i>	<i>liegt vor</i>	<i>liegt nicht vor</i>	<i>t.n.z.</i>
<i>Aufstellung über die Anzahl aller versorgten Personen (SGB XI, SGB V, Selbstzahler, Sonstige) sowie Pflegestufendifferenzierung der Leistungsempfänger nach SGB XI mit Datum</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Aufstellung über die Anzahl der Pflegebedürftigen mit:</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- <i>Wachkoma</i>				
- <i>Beatmungspflicht</i>				
- <i>Dekubitus</i>				
- <i>Blasenkatheter</i>				
- <i>PEG-Sonde</i>				
- <i>Fixierung</i>				
- <i>Kontraktur</i>				
- <i>vollständiger Immobilität</i>				
- <i>Tracheostoma</i>				
- <i>MRSA</i>				
- <i>Diabetes mellitus</i>				
<i>Versorgungsvertrag des Pflegedienstes/Strukturerhebungsbogen</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Blanko-Pflegevertrag</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Ausbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Weiterbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Ausbildungsnachweis der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Pflegebezogene Ausbildungsnachweise der pflegerischen Mitarbeiter</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Aufstellung aller in der Pflege tätigen Mitarbeiter mit Name, Berufsausbildung und Beschäftigungsumfang</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>aktuelle Handzeichenliste</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Liste der vom Pflegedienst vorgehaltenen Pflegehilfsmittel/Hilfsmittel</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Dienstpläne</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Touren-/Einsatzpläne</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Organigramm</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Pflegeleitbild</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Pflegekonzept</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Pflegedokumentationssystem</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Stellenbeschreibungen</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Nachweise über Pflegevisiten</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Nachweise über Fallbesprechungen</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Nachweise über Informationsweitergabe</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Nachweise über Dienstbesprechungen</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Fortbildungsplan</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Nachweise interne Fortbildung</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Nachweise externe Fortbildung</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Nachweise zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Nachweise externes Qualitätsmanagement</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Leitlinien/Standards/Richtlinien</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Hygienestandard/-plan/-konzept</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Konzept zum Beschwerdemanagement</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Regelungen zum Umgang mit personenbezogenen Notfällen</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Diese Liste dient den Prüfern und dem Pflegedienst als Checkliste und Arbeitshilfe.

Soweit die vorgelegten Unterlagen datiert sind, sollte das Datum zur besseren Nachvollziehbarkeit mit erfasst werden.

Die Anzahl der Pflegebedürftigen mit Dekubitus etc. kann mit Hilfe der in Frage 1.7 enthaltenen Tabelle erfasst werden. Sie sollte durch den Pflegedienst ausgefüllt werden.

Bei angemeldeten Prüfungen kann diese Liste dem Pflegedienst mit der Information über den Prüftermin zur Verfügung gestellt werden.

1.6 Versorgungssituation

	Gesamt	davon Leistungsempfänger nach:			
		Ausschließlich SGB XI	Ausschließlich SGB V	SGB XI und SGB V	Sonstige
Versorgte Personen					
davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte					

In der Spalte „Gesamt“ sind alle vom Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen, unabhängig vom Kostenträger (SGB XI, SGB V, Sonstige) zu erfassen.

Als Leistungsempfänger SGB XI gelten nur Sachleistungsbezieher.

Die Tabelle im Erhebungsbogen soll eine Übersicht über die Versorgungssituation des Pflegedienstes ermöglichen. Die hier gesammelten Informationen sind bei der Bewertung weiterer Fragen zu berücksichtigen.

Bei der oben genannten Tabelle ist zu überprüfen, ob die ermittelten Daten mit den Angaben des Versorgungsvertrages/Strukturerhebungsbogens übereinstimmen.

1.7 Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl Pflegebedürftige mit:	
a.	Wachkoma
b.	Beatmungspflicht
c.	Dekubitus
d.	Blasenkatheter
e.	PEG-Sonden
f.	Fixierung
g.	Kontraktur
h.	vollständiger Immobilität
i.	Tracheostoma
j.	MRSA
k.	Diabetes mellitus

Die Tabelle gibt Hinweise über die Anzahl versorgter Pflegebedürftiger mit besonderen Pflegesituationen. Sie kann vom Pflegedienst ausgefüllt werden.

1.8 Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher?		

Siehe § 72 Abs. 1 SGB XI

Pflegfachliche Schwerpunkte können z.B. sein: Pflege demenzkranker Menschen, Pflege aidskranker Patienten, Pflege beatmungspflichtiger Patienten, pädiatrische Pflege, Pflege von Patienten im Wachkoma.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn im Versorgungsvertrag ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart wurde.

1.9	Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?		
a.	<input type="checkbox"/> Grundpflege		
b.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege		
c.	<input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung		
d.	<input type="checkbox"/> Rufbereitschaft		
e.	<input type="checkbox"/> Nachtdienst		

Mit der Frage soll erfasst werden, ob die genannten Leistungsbereiche ganz oder teilweise durch externe Leistungserbringer (Outsourcing/Kooperation) erbracht werden.

Literatur:

Siehe 3.1.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996

2. Allgemeine Angaben

2.1	Räumliche Ausstattung:	ja	nein	l.n.z.	E. <input type="checkbox"/>
a.	<i>Geschäftsräume vorhanden</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Räumlichkeiten und Ausstattung bieten Möglichkeit zur Teambesprechung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Personenbezogene Unterlagen werden für Unbefugte unzugänglich aufbewahrt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen werden für Unbefugte unzugänglich (z.B. Schlüsselkasten) aufbewahrt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	<i>Zuordnung der Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen für Unbefugte nicht möglich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Literatur:

Siehe 3.1.1.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996

2.2	Werden Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen abgeschlossen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
------------	---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Literatur:

Siehe § 120 SGB XI

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- nach Aussage des Pflegedienstes Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen abgeschlossen werden und
- ein Mustervertrag vorgelegt werden kann.

2.3	Gibt es verbindliche Verfahrensweisen für den Erstbesuch beim Pflegebedürftigen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
------------	---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Über die inhaltliche Ausgestaltung, Zuständigkeit und Organisation des Erstbesuches ist eine verbindliche Regelung durch den Pflegedienst sinnvoll.

Bei der Durchführung des Erstgesprächs sollten relevante Informationen aus verschiedenen Quellen (Auskünfte des Pflegebedürftigen, der Angehörigen, von Unterlagen zu stationären Aufenthalten etc.) berücksichtigt werden.

Insbesondere hat der Pflegedienst auf der Grundlage aller zur Verfügung stehenden Informationen festzustellen, welche Leistungen durch den Pflegebedürftigen, Angehörige, den Pflegedienst oder andere Pflegepersonen durchgeführt werden können. Dabei hat der Pflegedienst über das Leistungs- und Vergütungssystem zu beraten und bei der Auswahl geeigneter Leistungen zu beraten. Insbesondere ist im Rahmen der Beratung auch auf erforderliche Leistungen hinzuweisen. Über die vereinbarten Leistungen ist ein Pflegevertrag abzuschließen. Der Pflegedienst hat in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass Kosten oberhalb der jeweiligen Sachleistung der Pflegekasse vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn im Pflegedienst eine Regelung zur Durchführung des Erstbesuchs getroffen wurde, in der die wesentlichen Anforderungen des SGB XI berücksichtigt werden.

Literatur:

Siehe 3.2.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996

2.4	Werden Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI durch Pflegefachkräfte sichergestellt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
------------	--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Siehe § 37 Abs. 5 und § 72 Abs. 4 SGB XI

Die Qualitätsempfehlungen § 37 Abs. 5 SGB XI vom 21.11.2003 sind fachlich konsentiert und definieren die Anforderungen aus der Sicht der Spitzenverbände der Pflegekassen hinsichtlich der Durchführung von Beratungsbesuchen gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI. Somit entsprechen die Empfehlungen einem Bewertungsmaßstab.

Pflegeeinsätze dienen der Einschätzung der Pflegesituation und der Beratung des Pflegebedürftigen in seiner eigenen Häuslichkeit und seiner Pflegeperson(en).

Die Einschätzung des Pflegebedürftigen und seiner Pflegepersonen bezüglich der Pflegesituation, die Feststellung von Gegebenheiten (z. B. Belastung der Pflegeperson, häuslichen Umfeld, Hinweise auf Verwahrlosung, in Anspruch genommene Hilfen) sowie u. U. die Beurteilung des Pflegezustand aufgrund einer körperlichen Inaugenscheinnahme sind Inhalt der Pflegeeinsätze. Im Anschluss an die Erhebung erfolgt die Beratung zur Verbesserung der Pflegesituation.

Diese Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- laut Einsatz- oder Tourenplan erfahrene Pflegefachkräfte mit spezifischen Kenntnissen zu den Krankheits- und Behinderungsbildern und besonderer Beratungskompetenz die Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen sowie
- die Durchführung dokumentieren.

3. Aufbauorganisation Personal

		ja	nein	E.
3.1	Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?			<input type="checkbox"/>
a.	<i>Organisationsstruktur z.B. in Form eines Organigramms geregelt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Pflegefachkräfte z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Krankenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<i>Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Altenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<i>Verantwortungsbereiche/Aufgaben für angelernte Kräfte in der Pflege z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Fortbildung, Anleitung)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	<i>Verantwortungsbereiche/Aufgaben für hauswirtschaftliche Versorgung geregelt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Umsetzung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (§ 80 SGB XI) ist ein Organigramm oder eine vergleichbare Darstellung unverzichtbar.

Unter Organigramm wird die graphische Darstellung des Hierarchieaufbaus einer Organisation mit der Gliederung nach Unterstellungsverhältnissen und Dienstwegen verstanden. Aus dem Organigramm sollte die Weisungsbefugnis der Mitarbeiter deutlich werden.

Verantwortungsbereiche und Aufgaben können u.a. in Stellenbeschreibungen geregelt werden.

Stellenbeschreibungen weisen Unterschiede hinsichtlich der beruflichen Qualifikation aus und legen Aufgaben sowie Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereiche fest. Sie können Bestandteil des Arbeitsvertrages sein und sollten regelmäßig aktualisiert werden.

Trifft nicht zu bei den Kriterien ist anzukreuzen, wenn keine hauswirtschaftlichen Leistungen durch den Pflegedienst erbracht werden bzw. wenn keine Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer oder angelernte Kräfte vom Pflegedienst beschäftigt werden.

Literatur:

Sowinski C, Kämmer K (1995): Aufbau- und Ablauforganisation: In: Büse F, Eschemann R, Kämmer K. et al. (Hrsg.): Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen. Hannover.

		ja	nein	E.
3.2	Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
3.3	Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:		
a.	<i>Pflegefachkraft</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<i>ausreichende Berufserfahrung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<i>sozialversicherungspflichtige Beschäftigung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<i>Weiterbildung zur Leitungsqualifikation</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei Abschluss des Versorgungsvertrages haben die Landesverbände der Pflegekassen die Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft zu überprüfen. Ist die aktuell tätige verantwortliche Pflegefachkraft von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt, sind die Kriterien mit ja zu beantworten. Eine weitere Überprüfung durch den MDK entfällt. Hat zwischenzeitlich ein Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft stattge-

funden, erhebt der MDK, ob die in den Spiegelstrichen genannten Kriterien vorliegen und leitet die Daten an die Landesverbände der Pflegekassen weiter.

3.4 Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in diesem Pflegedienst?	
Stunden	

Der Beschäftigungsumfang der verantwortlichen Pflegefachkraft gibt Hinweise darüber, in welchem Umfang sie ihren Leitungsaufgaben nachkommen kann.

3.5 Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
Mit welchem Stundenumfang?			

Der Umfang des Einsatzes der verantwortlichen Pflegefachkraft in der direkten Pflege gibt Hinweise darüber, in welchem Umfang sie ihren Leitungsaufgaben nachkommen kann.

3.6 Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

3.7 Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:	ja	nein
a. <input type="checkbox"/> <i>Pflegefachkraft</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <input type="checkbox"/> <i>sozialversicherungspflichtige Beschäftigung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei Abschluss des Versorgungsvertrages haben die Landesverbände der Pflegekassen die Anforderungen an die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zu überprüfen. Ist die aktuell tätige stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt, sind die Kriterien mit ja zu beantworten. Eine weitere Überprüfung durch den MDK entfällt. Hat zwischenzeitlich ein Wechsel der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft stattgefunden, erhebt der MDK, ob die in den Spiegelstrichen genannten Kriterien vorliegen und leitet die Daten an die Landesverbände der Pflegekassen weiter.

3.8 Zusammensetzung Personal						
Pflege						
	Vollzeit Stunden/Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
Geeignete Kräfte:	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Gesamtstellen in Vollzeit
<i>Verantwortliche Pflegefachkraft</i>						
<i>Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft</i>						
<i>Altenpfleger/in</i>						
<i>(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in</i>						
<i>(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in</i>						
<i>Heilerziehungspfleger/in</i>						
<i>Krankenpflegehelfer/in</i>						
<i>Altenpflegehelfer/in</i>						
<i>angelernte Kräfte</i>						
<i>Auszubildende</i>						
<i>Zivildienstleistende</i>						
<i>Freiwilliges soz. Jahr</i>						
<i>Sonstige</i>						
hauswirtschaftliche Versorgung						
<i>hauswirtschaftliche Mitarbeiter</i>						

Mitarbeiter mit Qualifikationen, die nicht zugeordnet werden können, sind unter „Sonstige“ aufzulisten. Nur die Mitarbeiter sind in der Liste aufzunehmen, die im Pflegedienst direkt beschäftigt sind. Mitarbeiter externer Leistungserbringer bleiben in der Tabelle unberücksichtigt.

Die Tabelle im Erhebungsbogen soll einen Überblick über die Personalzusammensetzung im Pflegedienst geben. In den Spalten Voll-/Teilzeit und geringfügig Beschäftigte ist die Gesamtanzahl der Mitarbeiter unter der jeweiligen Qualifikation aufzuführen. In der Kopfzeile für Vollzeit ist anzugeben, wie viele Stunden in der Pflegeeinrichtung auf Basis der dort geltenden tarifvertraglichen oder sonstigen Regelungen als Vollzeit gelten. In der letzten Spalte werden die einzelnen Angaben addiert und der gesamte Stellenumfang aufgeführt.

Die erforderlichen Angaben sind dem Stellenplan und dem Dienstplan zu entnehmen und auf Plausibilität hin zu überprüfen. Ggf. festgestellte Differenzen sind zu benennen.

Der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, sollte 20 % möglichst nicht überschreiten. (§ 18 Abs. 2 Satz 2 Rahmenvertragsempfehlung und § 75 Abs. 5 SGB XI).

Die Definition einer Vollzeitstelle erfolgt entsprechend den für den Pflegedienst geltenden Rahmenbedingungen.

4. Ablauforganisation

		ja	nein	E.
4.1	Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?			<input type="checkbox"/>
a.	<i>Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Eine nachvollziehbare schriftlich festgelegte Zuordnung von Pflegebedürftigen zu bestimmten Pflegemitarbeitern ist Ausgangspunkt für die Bezugspflege. Pflegefachkräfte sind für die Steuerung des Pflegeprozesses verantwortlich, sie leiten die Pflegekräfte an und stellen sicher, dass diese nach der Pflegeplanung arbeiten. Im Rahmen der personellen Möglichkeiten werden die Pflegebedürftigen von ihnen zugeordneten pflegerischen Bezugspersonen kontinuierlich, individuell und umfassend betreut.

Pflegende, welche die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess tragen, sind zuständig für alle Belange des Pflegebedürftigen. Durch Festlegung von Verantwortung entsteht bei den Pflegenden ein stärkeres Interesse die Pflegedokumentation so zu führen, dass auch andere Pflegende die begonnene Pflege problemlos weiterführen können.

Kontinuität in der Pflege trägt zur Sicherheit der Pflegebedürftigen bei. Sie ist die Voraussetzung, dass der Pflegebedürftige Vertrauen fassen und sich verstanden fühlen kann. Kontinuierliche Betreuung der Pflegebedürftigen hängt vom Willen und von der Fähigkeit der Pflegenden zur Beziehungsaufnahme ab. Beziehungsfähigkeit, Beziehungswille und Kontinuität sind unabdingbare Voraussetzungen für die Bezugspflege.

Anhand der Touren-/Einsatzplanung in Verbindung mit dem Abgleich der Pflegedokumentation kann die Kontinuität in der pflegerischen Versorgung festgestellt werden.

Bei der Festlegung der Aufgaben ist zu beachten, dass für die Steuerung des Pflegeprozesses Pflegefachkräfte verantwortlich sind. Zu den Aufgaben dieser Pflegefachkräfte gehören u.a. die Pflegeanamnese/Isterhebung, die Pflegeplanung, die Anleitung der Pflegehilfskräfte, die Einbeziehung der anderen an der Pflege und Betreuung Beteiligten und die Evaluation der Pflege.

Die Anleitung, Beratung und Überprüfung von Pflegehilfskräften hat in der ambulanten Pflege besondere Bedeutung, da hier der direkte Kontakt zwischen Pflegefachkraft und Pflegehilfskraft in der Regel fehlt.

Die Frage zielt auf Regelungen ab, die eine am Pflegebedürftigen orientierte Pflege gewährleisten.

Literatur:

Sowinski C et al. (2000): Organisation und Stellenbeschreibungen in der Altenpflege. KDA Forum Band 36, Teil 1., 5, 6, 93, 97, 98, 112, 113.

Schlettig H-J, von der Heide U (1995): Bezugspflege. 2. korrigierte Auflage. Berlin, Heidelberg.

Menche N, Bazlen, U, Kommerell T (Hrsg.) (2001). Pflege Heute. München, Jena.

		ja	nein	E.
4.2	Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr?			<input type="checkbox"/>
a.	<i>Umsetzung des Pflegekonzeptes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>Organisation der fachlichen Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Organisation für fachgerechte Führung der Pflegedokumentation</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	<i>regelmäßige fachgerechte Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	<i>ausreichende Zeit für die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bei der Beantwortung der Frage, ob die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Leitungsaufgaben hat, sind auch landesrechtliche Regelungen zu beachten. Als Hintergrundinformationen dienen die Fragen 3.4 und 3.5.

Wenn die verantwortliche Pflegefachkraft nach Auffassung des Prüfers nicht ausreichend Zeit für ihre Aufgaben hat, ist dies im Freitext zu begründen.

Von regelmäßig durchgeführten Dienstbesprechungen ist auszugehen, wenn diese turnusmäßig in Abhängigkeit von den Erfordernissen des Pflegedienstes nachvollziehbar und dokumentiert durchgeführt werden.

Literatur:

Siehe 3.1.1.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996

4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von Pflegehilfskräften durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Das SGB XI und die darauf aufbauenden vertraglichen Regelungen favorisieren insgesamt ein Qualitätsmodell, das der verantwortlichen Pflegefachkraft (Pflegedienstleitung) herausragende Verantwortung zuweist. In einem größeren Pflegedienst ist es ihr allerdings nicht möglich, auch alle Pflegeprozesse selber zu steuern. Daher muss sie diese Aufgaben an andere Pflegefachkräfte delegieren.

Um die Steuerung des Pflegeprozesses durch Pflegefachkräfte und die Delegation der Pflegedurchführung sicher zu organisieren, ist ein effektiv gestalteter organisatorischer Rahmen (Pflegeleitbild, Pflegekonzept, Organigramm, Stellenbeschreibungen, Standards, Pflegevisiten, Fortbildungen) erforderlich. Die Ausgestaltung dieses organisatorischen Rahmens fällt, soweit er sich nicht unmittelbar aus vertraglichen Verpflichtungen ergibt, in die Organisationshoheit der Pflegeeinrichtung. Um die erforderliche fachliche Anleitung und Überprüfung von Pflegekräften gewährleisten zu können, ist es erforderlich, dass die Pflegeeinrichtung Pflegevisiten oder ähnliche Instrumente einsetzt.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn die fachliche Anleitung und Überprüfung der Grundpflege anhand von praktischen Anleitungen oder Pflegevisiten o.ä. dokumentiert ist.

Literatur:

Brüggemann J (2001): PDL: Peilen, Durchblicken, Lösen. Forum Sozialstation, 4, 19-21.

Igl G (1998): Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche. Göttingen.

Igl G (2000): Gibt es einen Königsweg zur berufsrechtlichen Festigung der Pflege? Kinderkrankenschwester, 2, 61-66.

4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
a. dokumentenecht (z.B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Soll-, Ist- und Ausfallzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Zeitpunkt der Gültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. vollständige Namen (Vor- und Zunamen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Legende für Dienst- und Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. Unterschrift der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dienstpläne haben Dokumentencharakter und sind mit dokumentenechtem Stift zu führen. Aus ihnen müssen alle Eintragungen zweifelsfrei nachvollziehbar sein. Überschreibungen, Überklebungen und Retuschierungen dürfen nicht vorgenommen werden.

Die Mitarbeiter sollten an der Dienstplangestaltung beteiligt werden. Die Dienstpläne sollen für alle Mitarbeiter einsehbar sein.

Die Frage ist anhand aktueller und zurückliegender Dienstpläne zu beantworten. Die Anforderungen gelten auch für Dienstpläne, die per EDV erstellt werden.

In die Prüfung sind in der Regel Dienstpläne von zwei bis drei Monaten einzubeziehen. Die Anforderungen gelten auch für Dienstpläne, die per EDV erstellt werden.

Literatur:

Doni C, Gresch U (1997): Pflegehandbuch. Reutlingen.

Hellige B, Holler G (1994): Leitfaden zu Neuordnung des Pflegedienstes. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 31 Baden-Baden.

	ja	nein	E.
4.5 Liegen geeignete Einsatz-/Tourenpläne vor?			<input type="checkbox"/>
a. Datum der Gültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. tageszeitliche Zuordnung von Mitarbeitern zu Pflegebedürftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Angabe der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zur Umsetzung der Einsatz- und Tourenpläne sind verschiedene Möglichkeiten (z.B. EDV-System, Stecktafeln, Magnetafeln) gegeben. Einsatz- und Tourenpläne konkretisieren den Dienstplan und enthalten Aussagen darüber, welche Mitarbeiter wann (Datum und tageszeitliche Zuordnung) Leistungen erbringen.

Literatur:

Siehe 3.2.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996

	ja	nein	E.
4.6 Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes (Rund-um-die-Uhr auch an Sonn- und Feiertagen) sichergestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie?			

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- für die von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen ständig eine Pflegefachkraft telefonisch erreichbar und einsatzbereit ist.

Literatur:

Siehe 3.1.1.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996

5. Konzeptionelle Grundlagen

	ja	nein	l.n.z.	E.
5.1 Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Pflegefachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. vereinbarte Anforderungen an den Schwerpunkt werden umgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Bei der Beantwortung der Frage ist insbesondere der Versorgungsvertrag zu berücksichtigen.

	ja	nein	t.n.z.	E.
5.2 Liegt ein geeignetes schriftliches Pflegekonzept vor?				<input type="checkbox"/>
a. Aussagen zum Pflegemodell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Aussagen zum Pflegesystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Aussagen zum Pflegeprozess	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Aussagen zur innerbetrieblichen Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Aussagen zum Qualitätssicherungssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Aussagen zur Leistungsbeschreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Aussagen zur personellen Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Das mit dem Einrichtungskonzept im Einklang stehende Pflegekonzept definiert das pflegerische Angebot und ist Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter, die am Pflegeprozess beteiligt sind. Darüber hinaus bietet es für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen eine wichtige Orientierung. In erster Linie präzisiert es Zielsetzungen, bietet eine Strukturierungshilfe für die Pflegepraxis und regelt Organisation und Arbeitsweise des Pflegebereiches und der pflegerischen Mitarbeiter.

Fehlt ein Pflegekonzept, bleibt dagegen unklar, welche Ziele für die einzelnen Arbeitsabläufe in der Pflege die Richtung weisen. Pflegedienste, die ohne Konzepte arbeiten, handeln oft unstrukturiert und produzieren ineffektive Leerläufe.

Das Pflegekonzept sollte pflegetheoretisch begründet sein. Hierzu kann auf verschiedene Pflgetheorien zurückgegriffen werden.

Pflegewissenschaftliche Theoriebildung fand in der Vergangenheit hauptsächlich in den USA statt. Dabei stand in den 70er Jahren die Suche nach der einen und großen Pflgetheorie (Theoriemonismus) im Vordergrund; zwischenzeitlich hat sich – dies gilt auch für Deutschland – ein Theoriepluralismus durchgesetzt. Die bei uns bekannten Pflgetheorien stammen überwiegend aus der Anfangsphase der Theorieentwicklung in den USA und wurden mit dem Anspruch entwickelt, das gesamte Feld der Pflege abzubilden.

Es gibt verschiedene Klassifizierungssysteme, nach denen Pflgetheorien kategorisiert werden können. Unabhängig von der Chronologie ihrer Entstehung, werden die amerikanischen Pflgetheorien und ihre Begründerinnen nach einem dieser Klassifizierungssysteme den folgenden 4 Denkschulen zugeordnet:

- Bedürfnistheorien: z.B. Virginia Henderson, Dorothea E. Orem
- Interaktionstheorien: z.B. Imogene King, Ida Jean Orlando
- humanistische Theorien: z.B. Jean Watson
- ergebnisorientierte Theorien: z.B. Martha Rogers, Dorothy E. Johnson.

Gemeinsam ist diesen Denkschulen, dass sie Pflege als auf den Patienten/Pflegebedürftigen gerichteten Handlungs- und Interaktionszusammenhang erklären. Das Defizit dieser Theorien liegt darin, dass sie nicht immer ohne weiteres geeignet sind, direkt Hilfestellung für die pflegerische Praxis zu geben.

In Deutschland ist das „Modell der fördernden Prozesspflege“ von Monika Krohwinkel weit verbreitet. Dieses Modell umfasst u.a. das Strukturmodell der „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDL)“.

In den USA und in Deutschland werden zwischenzeitlich zunehmend sogenannte Pflgetheorien mittlerer bis kurzer Reichweite diskutiert. Sie beleuchten spezielle Pflegesituationen und Pflegezusammenhänge und liefern Forschungsergebnisse, die für die Pflegepraxis direkt von Bedeutung sind (z.B. Pflege bei Demenz). Zwar können diese Theorien – wie der Name schon sagt – vorerst keine allgemeine Gültigkeit beanspruchen, doch mit ihrer Hilfe können Fragen der Praxis aufgearbeitet und Lösungsansätze für eng umgrenzte Situationen gefunden werden. Beispiele für Pflgetheorien mittlerer bis kurzer Reichweite sind das „Illness-Constellation-Modell“ von Morse und Johnson und die von Bosch entwickelte Theorie über die „Lebenswelt dementer alter Menschen“.

Welche pflegetheoretischen Überlegungen dem Pflegekonzept eines Pflegedienstes zu Grunde gelegt werden, obliegt der Organisationshoheit des Pflegedienstes. Grundsätzlich können Theorien aller Reichweiten für die Pflegekonzeptentwicklung eines Pflegedienstes genutzt werden. Auch die Gestaltung von Pflegekonzepten auf der Basis einer Kombination von Konzepten mehrerer Pflgetheorien ist möglich. Dabei kommt es aber darauf

an, dass das Pflegekonzept in sich schlüssig ist. In der Gestaltung der Pflege, der Umsetzung der Pflegeprozesse sowie der Gestaltung des Pflegedokumentationssystems sollte das Pflegekonzept sich widerspiegeln.

Die Erstellung eines Pflegekonzeptes ist eine Aufgabe für leitende Mitarbeiter, allerdings bietet es sich an, Mitarbeiter verschiedener Organisationsebenen in der Pflege und ggf. auch von Schnittstellen (Sozialarbeiter) einzubinden. Wertvolle Hinweise zur Konzepterstellung bietet: „Sowinski C et al. (2000): Organisation und Stellenbeschreibungen in der Altenpflege. KDA, Forum-Band 36, Köln“.

Die Umsetzung von auf pflge-theoretischen Überlegungen basierenden Pflegekonzepten in der Praxis kann nur in einem Prozess der Auseinandersetzung von Mitarbeitern des Pflegedienstes mit Theorien gelingen. Diese Auseinandersetzung und die Reflexion ihres beruflichen Selbstverständnis soll langfristig dazu führen, ein einheitliches und professionelles Pflegeverständnis im Pflegedienst zu etablieren, von dem vor allem auch die Pflegebedürftigen profitieren sollen.

Im Pflegekonzept sollten Aussagen dazu enthalten sein, nach welchem System die Pflege organisiert ist. Pflegesysteme können nach dem Prinzip der Bezugspflege oder der Funktionspflege differenziert werden.

Bei „Bei Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten“ ist „trifft nicht zu“ anzukreuzen, wenn keine Kooperationen bestehen.

Literatur:

Friesacher H (2001): Pflegewissenschaft. Einführung – Bedeutung und Stellung der Pflegewissenschaft: wissenschaftstheoretische Bezüge. Studienbrief Pflegewissenschaft 1. Fernfachhochschule Hamburg. Hamburg.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996 Punkt 1.1.3.

Meleis A (1997): Die Theorienentwicklung der Pflege in den USA. In: Schaeffer D et al.: Pflge-theorien. Bern et al., 17-37.

Moers M, Schaeffer D, Steppe H (1997): Pflge-theorien aus den USA – Relevanz für die deutsche Situation. In: Schaeffer D et al.: Pflge-theorien. Bern et al., 281-295.

Moers M, Schaeffer D, Steppe H (1997): Pflegewissenschaft – Entwicklungsstand und Perspektiven einer neuen Disziplin. In: Schaeffer D et al.: Pflge-theorien. Bern et al., 281-295.

Schnepf W (1997): Perspektiven der Pflegewissenschaft. Pflege, 10, 96-101.

Sowinski Ch. et al. (2000): Organisation und Stellenbeschreibungen in der Altenpflege. KDA Forum Band 36, Teil 1.

5.3	Ist das Pflegekonzept den Mitarbeitern in der Pflege bekannt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
------------	--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn das Konzept den Mitarbeitern des Pflegedienstes nachvollziehbar bekannt ist (per Zufallsstichprobe Mitarbeiter befragen).

6. Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtung bezieht sich auf alle Bereiche der Leistungserbringung.

6.1	Ist die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des Qualitätsmanagements der Leitungsebene zugeordnet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
------------	--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist auch bei Einsetzung eines Qualitätsmanagementbeauftragten für das Qualitätsmanagement im Bereich Pflege zuständig.

Literatur:

Siehe 3.1.1.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996

6.2	Werden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung durchgeführt (z.B. Mitwirkung an einrichtungsübergreifenden Qualitätskonferenzen)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
------------	--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn schriftliche Nachweise (z.B. Tagesordnungen, Teilnehmerlisten, Ergebnissprotokolle, Zertifikate, Auditberichte) über externe Maßnahmen vorgelegt werden.

Literatur:

Siehe 4.1. Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996

6.3	Werden die für die ambulante Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP im Rahmen des internen Qualitätsmanagements berücksichtigt oder sind konkrete Maßnahmen in dieser Hinsicht geplant?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
a.	<i>Dekubitusprophylaxe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Pflegerisches Schmerzmanagement</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Sturzprophylaxe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Standards bestimmen nach einer Definition der WHO ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau der Pflege, das den Bedürfnissen der zu versorgenden Bevölkerung entspricht (z.B. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege). Die Messbarkeit der Wirkung von Standards wird durch Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bestimmt.

Auch wenn die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege keine unmittelbare Verbindlichkeit für Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen entfalten, können die Expertenstandards als „vorweggenommene Sachverständigengutachten“ gewertet werden, die bei juristischen Auseinandersetzungen als Maßstab zur Beurteilung des aktuellen Standes der medizinisch-pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse herangezogen werden. Bereits bei mehreren Bundessozialgerichtsurteilen (BSG Urteile vom 24. September 2002 Az B 3 KR 9/02 R und Az B 3 KR 15/02 R) wurde auf den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe bezug genommen.

Literatur:

Böhme H (2000): Standards sind vorweggenommene Sachverständigengutachten. Pro Alter, 3, 55-56.

6.4	Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im Bereich Pflege durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
------------	---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Maßnahmen der internen Qualitätssicherung können insbesondere sein

- die Einrichtung von Qualitätszirkeln
- die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten mit Nachweis über dessen Tätigkeit seit seiner Benennung
- die Entwicklung, Anwendung und Weiterentwicklung von Standards/Richtlinien (Verfahrensstandards)
- Pflegevisiten mit Ergebnisbesprechungen
- Fallbesprechungen
- die Entwicklung, Anwendung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementhandbuchs
- systematische Auswertung von Fachliteratur/Fortbildungsmaßnahmen und Implementation in die Pflegepraxis.

Unter **Qualitätszirkeln** sind Arbeitsgruppen zu verstehen, in denen Mitarbeiter zeitlich begrenzt zur Lösung eines/oder mehrere Probleme zusammenarbeiten. Das Ziel, die Zeitvorgabe und die einzelnen Arbeitsschritte müssen protokolliert werden.

Leitlinien ermöglichen es, auf übergeordneter Ebene allgemeinere Aussagen und Regelungen zu treffen.

Eine **Richtlinie** ist eine konkrete Handlungsanweisung (Tätigkeits- oder Ablaufbeschreibung,) in der die Vorgehensweise einer spezifischen pflegerischen Handlung detailliert beschrieben wird.

Regelungen sollen den individuellen Bedingungen der Einrichtung angepasst sein. Von großer Bedeutung ist der Prozess der Einführung und Umsetzung. Bei deren Anwendung müssen die individuellen Bedürfnisse der Klienten berücksichtigt werden. Standards/Richtlinien sind für die Mitarbeiter verbindlich, sie müssen nachvollziehbar dokumentiert und regelmäßig angepasst werden. Die Anzahl der im Pflegedienst eingesetzten Standards/Richtlinien sollte überschaubar sein. Erfahrungsgemäß ist u.a. die Regelung folgender Prozesse sinnvoll:

- Situationen, in denen in der Einrichtung immer wieder Fehler unterlaufen
- Situationen, die für den Pflegedienst ungewöhnlich oder risikobehaftet sind
- Übernahme der Versorgung
- Krankenhausaufenthalt der Klienten
- Notfälle
- Sterbebegleitung
- Umgang mit Verstorbenen.

Die **Pflegevisite** wird als Besuch beim Pflegebedürftigen durchgeführt und dient u.a. der Erörterung des Befindens des Pflegebedürftigen, seiner individuellen Wünsche und seiner Zufriedenheit mit dem Pflegedienst sowie der Erstellung, kontinuierlichen Bearbeitung und Kontrolle der Pflegeplanung sowie -dokumentation. Gleichzeitig bildet sie eine Möglichkeit, die Qualität der Pflege zu beurteilen sowie zu optimieren und mit dem Pflegebedürftigen die Ziele und Maßnahmen zu vereinbaren. Die Pflegevisite ist ein Planungs- und Bewertungsinstrument, das kunden- oder mitarbeiterorientiert durchgeführt werden kann. Die Anwendung des Pflegeprozesses kann mit der Durchführung und dokumentierten Pflegevisite im Sinne des PDCA-Zyklus optimiert werden. Für die Fortbildungsplanung bietet sich eine Analyse der Pflegeprobleme an, die Schwerpunkte in den bisher durchgeführten Pflegevisiten waren.

Mit der Pflegevisite können u.a. folgende Ziele erreicht werden:

- Einbeziehung des Pflegebedürftigen und ggf. seiner Angehörigen im Sinne einer individuellen und auf den Pflegebedürftigen abgestimmten Pflege in die Planung und Bewertung der Pflege
- Entscheidung des Pflegebedürftigen für oder gegen eine Maßnahme auf der Basis einer kompetenten Beratung durch die Pflegefachkraft
- Steigerung der Zufriedenheit des Pflegebedürftigen und der Transparenz des Pflegeprozesses für alle Beteiligten
- systematische Reflexion der Arbeit der professionell Pflegenden
- ggf. Anpassung der Pflegeziele und -maßnahmen
- Optimierung der Arbeits- und Organisationsstrategien
- Evaluation des Implementierungsgrades von Konzepten, Standards und durchgeführten Fortbildungen
- Unterstützung der Mitarbeiter in der direkten Pflege, insbesondere der Bezugspflegefachkräfte
- Ermittlung der Qualität der pflegerischen Leistung der einzelnen Mitarbeiter inklusive Feedback
- regelmäßige Ermittlung der Pflegeintensität und Anpassung der Einsatz- und Personalplanung.

Pflegevisiten sollten von Mitarbeitern mit fachlicher Kompetenz (Pflegefachkräfte mit umfassendem aktuellem Fachwissen) durchgeführt werden. Zusätzlich benötigen diese Mitarbeiter organisatorische sowie soziale Kompetenz. Möglichst sollten die verantwortliche Pflegefachkraft in enger Zusammenarbeit mit der Bezugspflegefachkraft des zu visitierenden Pflegebedürftigen oder andere speziell für diese Aufgabe qualifizierte Mitarbeiter die Pflegevisite übernehmen.

Mit **Fallbesprechungen** können Mitarbeiter im Pflegedienst die Pflegesituation eines Pflegebedürftigen mit dem Ziel einer Verbesserung seiner Lebenssituation diskutieren und Lösungen für Pflegeprobleme vereinbaren. Sie dienen der Entwicklung abgestimmter Verhaltens- und Vorgehensweisen.

Entwicklung, Anwendung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementhandbuches

Von der Entwicklung eines Qualitätsmanagementhandbuches ist auszugehen, wenn mindestens Verantwortlichkeiten und ein Zeitplan festgelegt sind sowie erste Kapitel erarbeitet wurden.

Systematische Auswertung von Fachliteratur/Fortbildungsmaßnahmen und Implementation in die Pflegepraxis

Der Pflegedienst analysiert Fachliteratur/durchgeführte Fortbildungsmaßnahmen zu bestimmten Schwerpunktthemen, plant Maßnahmen zur Implementierung und überprüft deren Umsetzung in der Pflegepraxis.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn mindestens 3 der oben genannten (oder vergleichbare) Maßnahmen nachweislich systematisch und situationsgerecht durchgeführt werden.

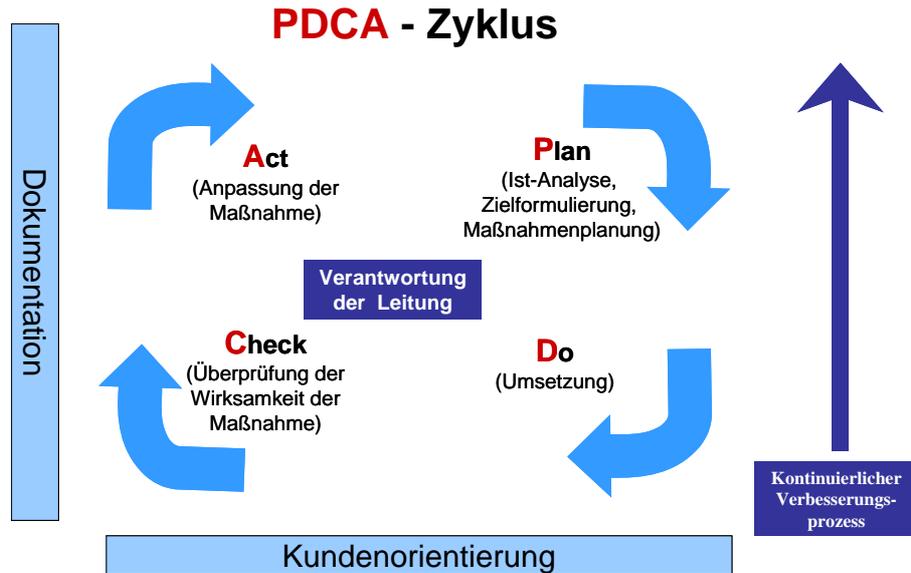
Literatur:

- Batz B (2001): Mehr als ein Besuch: Die Pflegevisite. In Forum Sozialstation Nr. 108: 24-27.
 Bölicke C (2004): Die Fallbesprechung in der Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger, 1, 12-16.
 Dalien E & M Kohlhammer (2000): Pflegeforum – eine besondere Form der Pflegevisite. In: Die Schwester/Der Pfleger; 2: 138-139.
 Georg J & Frohwein M (Hrsg.) (1999), PflegeLexikon, Stichwort Pflegevisite, 686, Wiesbaden.
 Görres S et al. (2002): Pflegevisite : Möglichkeiten und Grenzen. In: Pflege 2002; 15: 25–32.
 Friesacher H (1999), Pflegevisite. In: Handbuch der Intensivpflege, 1-10, Landsberg.
 Harsch C, Hellige B, Hundt L et al. (1994): Qualitätssichernde Maßnahmen. In: Hellige B, Holler G (1994): Leitfaden zur Neuordnung des Pflegedienstes. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 31. Baden-Baden.
 Büse F, Kämmer K (1995): Heim Aktuell. Leitungshandbuch für Pflegeeinrichtungen. Grundwerk, Band 1-3. Hannover.
 Jendrosch T (1998): Projektmanagement. Wiesbaden.
 Kellnhauser E (1995): Theorie und Praxis der Pflegevisite. 7. Folge: Patientenübergabe versus Pflegevisite. In: Die Schwester/Der Pfleger, 7,: 590-591.
 Löser A (1998): Die Pflegevisite ist Teil des modernen Qualitätsmanagement. In: Pflegen ambulant 6, 32-33.
 Marx W (2002): Bedeutung der Pflegevisite im Alten-/Pflegeheim. In: Die Schwester/Der Pfleger; 1: 55 –57.
 Menche N, Bazlen U & T Kommerell (Hrsg.) (2001): Pflege Heute, Stichwort Pflegevisite, 285, München, Jena.
 Morawe-Becker Ursula (2004): Die Pflegevisite-regelmäßig mit dem Patienten über seinen Pflegeprozess sprechen. In: Die Schwester/Der Pfleger, 1, 8-11.
 Roes M (2000): Grundsätzliche Aussagen zum Qualitätsbegriff und zum Qualitätsmanagement im Universitätsklinikum Benjamin in Berlin. In: Roes M, Francois-Kettner H, Schmälzle G, Lehmann T, 25-27, Bern et. al.
 Sowinski C, Kämmer K (1995): Standards: In: Büse, F et. al. (Hrsg.): Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen, Hannover.
 Thelen-Aster A (2003): Pflegevisiten nutzen allen Beteiligten. In: Pflegen ambulant 2, 36-38.

		ja	nein	E.
6.5	Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt?			<input type="checkbox"/>
a.	<i>Istanalyse , Zielformulierung und Maßnahmenplanung (Plan)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>Umsetzung (Do)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Überprüfung der Wirksamkeit (Check)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>Anpassung der Maßnahmen (Act)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Gemäß § 80 Abs. 1 SGB XI vereinbaren die Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen mit den Vertragspartnern „Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist.“

Ein kontinuierlicher Qualitätsverbesserungsprozess beginnt mit der Formulierung des zu erreichenden bzw. zu erwarteten Qualitätsniveaus in Form von Zielen. Im Anschluss daran erfolgt die Planung, Umsetzung und Evaluation in der Praxis. Je nach Ergebnis der Evaluation werden die Maßnahmen und ggf. die Ziele angepasst werden.



Literatur:

Görres S (1999): Qualitätssicherung in Pflege und Medizin, Göttingen, Toronto, Seattle.

Illison M, Kerner G (2003): Praxisleitfaden Qualitätsmanagement in Pflegeeinrichtungen. Ulm.

	ja	nein	E.
6.6 Liegt im Pflegedienst eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?			<input type="checkbox"/>
a. aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Nennung der Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Vor- und Zunamen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Handzeichen übereinstimmend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sowohl bei handschriftlicher als auch bei EDV-gestützter Pflegedokumentation ist eine Handzeichenliste erforderlich.

Bei der Erstellung der Handzeichenliste ist zu darauf zu achten, dass jedes Handzeichen eindeutig einem Mitarbeiter zugeordnet werden kann.

Aktuell ist eine Handzeichenliste dann, wenn sie alle Mitarbeiter umfasst, die seit mehr als 1 Woche in der Pflegeeinrichtung beschäftigt sind.

	ja	nein	E.
6.7 Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unter Fortbildung sind Maßnahmen zu verstehen, die dem Erhalt und der Aktualisierung des Fachwissens dienen. Die Teilnahme an Maßnahmen der Fortbildung dient zum einen der persönlichen beruflichen Qualifikation, zum anderen der Sicherstellung der betrieblich geforderten Qualifikation.

Tätigkeitsbezogene Fortbildungen für den Bereich Pflege können sich u.a. beziehen auf Dekubitusprophylaxe, Lagerungs-, Transfer- und Bewegungstechniken, Umgang mit Medikamenten, Wundmanagement, Anwendung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation, Ernährung- und Flüssigkeitsversorgung, Konzepte zum Umgang mit Demenz.

Tätigkeitsbezogene Fortbildungen für den Schwerpunktbereich beziehen sich auf den vereinbarten Schwerpunkt (z.B. Versorgung von Kindern, Wachkoma-Versorgung, beatmungspflichtige Pflegebedürftige).

Der Fortbildungsplan ist auf den im Pflegedienst im Rahmen des Qualitätsmanagements/der Fortbildungsbedarfsermittlung festgestellten Bedarf abzustellen.

Literatur:

Siehe 3.1.1.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996

		ja	nein	E.
6.8	Werden alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildung einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei interner Fortbildung müssen Fortbildungen über Teilnehmerlisten mit Datum, Gegenstand der Fortbildung und Handzeichen der Teilnehmer nachgewiesen werden, bei externen Fortbildungen müssen Teilnahmebescheinigungen vorliegen. Bei dieser Frage ist der Fortbildungsplan zu berücksichtigen. Ausnahmen können vorliegen, z.B. wenn Mitarbeiter erst seit kurzem in der Einrichtung beschäftigt sind oder Mitarbeiter erkrankt waren.

		ja	nein	E.
6.9	Werden aktuelle Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter im Pflegedienst im Bereich Pflege zugänglich vorgehalten?			<input type="checkbox"/>
a.	<i>Auswahl aktueller tätigkeitsbezogener Fachbücher, die allen Mitarbeitern zugänglich ist</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>mindestens eine periodisch erscheinende Fachzeitschrift, die allen Mitarbeitern z.B. per Umlauf zugänglich ist</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Literatur:

Siehe 3.1.1.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996

		ja	nein	t.n.z.	E.
6.10	Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?				<input type="checkbox"/>
a.	<i>Zielvorgaben im Konzept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>zeitliche Vorgaben im Konzept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>inhaltliche Vorgaben im Konzept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Pflegefachkraft als Ansprechpartner im Konzept benannt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	<i>Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiter im Konzept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f.	<i>Einarbeitungsbeurteilung im Konzept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g.	<i>Konzept angewandt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Eine geplante, systematische, nach einem Konzept durchgeführte Einarbeitung kann zur Sicherheit, Motivation und Zufriedenheit der neuen Mitarbeiter beitragen. Sie ist damit ein wichtiger Baustein zur Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit, zur Reduzierung von Mitarbeiterfluktuation und nicht zuletzt zur effektiven Nutzung der Personalressourcen.

Die Einarbeitung ist für jeden neuen Mitarbeiter erforderlich, sie muss abhängig von der Berufserfahrung, der Qualifikation des neuen Mitarbeiters und im Hinblick auf das spätere Aufgabengebiet unterschiedlich gestaltet werden.

Der neue Mitarbeiter sollte das Einarbeitungskonzept kennen und danach systematisch, umfassend und zielorientiert in das zukünftige Aufgabengebiet eingearbeitet werden. Die vorgesehene Einarbeitungsdauer ist zeitlich festzulegen und die Durchführung der Einarbeitung zu dokumentieren. Das Einarbeitungskonzept bedarf einer ständigen Anpassung und Weiterentwicklung.

Bei „Konzept angewandt“ ist „trifft nicht zu“ anzukreuzen, wenn ein geeignetes Konzept vorliegt, aber bisher nicht angewandt werden konnte, weil seit Vorliegen des Konzeptes keine Mitarbeiter eingestellt wurden.

Literatur:

Herold E (1999): Ambulante Pflege. Bd. 3. Hannover.

Eschemann R (1995): Personaleinführung und Personaleinarbeitung In: Büse, F et. al. (Hrsg.): Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen. Hannover, Bd. 3, IV, 13-16.

		ja	nein	E.
6.11	Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt?			<input type="checkbox"/>
a.	<i>geregelte Übergabe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>regelmäßigen Dienstbesprechungen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>schriftlich fixierte Regelungen (z.B. Dienstanweisungen, Rundschreiben, Aushang)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die Informationsvermittlung ist ein Instrument für die Mitarbeiter der verschiedenen Dienstsichten mit dem Zweck, eine sachgerechte und kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten. Der Träger der Einrichtung und dessen ausführende Organe haben Sorge zu tragen, dass die Informationsvermittlung zwischen den verschiedenen Schichten und Dienstzeitmodellen reibungslos sowie in einem ausreichenden zeitlichen Rahmen sichergestellt werden kann.

Es sind ausreichende Zeiten für Informationsvermittlung/Teambesprechungen innerhalb der regulären Dienstzeit einzuplanen. Das erforderliche Zeitbudget beziehungsweise die jeweils vorgesehene Informationsübermittlung ist u.a. abhängig von der Pflegeorganisation, der Größe des Pflegedienstes und der Klientel. Übergaberegulungen müssen allen Mitarbeitern bekannt sein.

Mit dieser Frage soll ermittelt werden, mit welchen Methoden die Pflegeeinrichtung einen verbindlichen und zuverlässigen Informationstransfer gewährleistet.

		ja	nein	E.
6.12	Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Pflegebedürftigen?			<input type="checkbox"/>
a.	<i>Schulungen Erste-Hilfe-Maßnahmen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>schriftliche Regelung für Notfälle bei Pflegebedürftigen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Regelungen für Situationen, in denen der Pflegebedürftige nicht öffnet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zur Forderung einer Ausbildung in Erste-Hilfe-Maßnahmen oder zur Einführung von Erste-Hilfe-Regelungen bestehen keine gesetzlichen Vorschriften. In Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens sollten jedoch Kenntnisse und Handlungssicherheit in Notfallsituation bei den Mitarbeitern selbstverständlich sein.

In diesem Sinne ist auch die Einführung einer Regelung z.B. in Form eines Flussdiagramms zu empfehlen.

Zu regeln ist hier die Vorgehensweise beim Auffinden eines Pflegebedürftigen in einer gefährdenden Situation (z.B. nach Sturz, Entgleisung von Körperfunktionen oder Bewusstlosigkeit).

		ja	nein	E.
6.13	Werden im Pflegedienst Regelungen zum Umgang mit Beschwerden angewendet?			<input type="checkbox"/>
a.	<i>schriftliche Regelung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>Beschwerdeerfassung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Beschwerdeauswertung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ein offener Umgang mit Beschwerden von Pflegebedürftigen, Angehörigen und Mitarbeitern ermöglicht es der Einrichtung, sich eigener Schwachstellen bewusst zu werden und Qualitätsverbesserungen zu erreichen. Sinnvoll ist ein schriftlich festgelegtes Beschwerdeverfahren (z.B. nach DIN ISO). Beschwerdemanagement ist ein unverzichtbarer Bestandteil eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

7. Pflegedokumentationssystem

7.1 Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn die dem Prüfteam vom ambulanten Pflegedienst zur Verfügung gestellten Elemente des Pflegedokumentationssystems mit den bei den Pflegebedürftigen eingesehenen Dokumentationsunterlagen übereinstimmen.

	ja	nein	E.
7.2 Können alle relevanten Informationen mit dem angewandten Pflegedokumentationssystem erfasst werden?			<input type="checkbox"/>
a. Stammdaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Pflegeanamnese/Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Biografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie die Evaluation der Ergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. verordnete medizinische Behandlungspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Gabe verordneter Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Durchführungsnachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Pflegebericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. Bewegungs- bzw. Lagerungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. Trink-/Bilanzierungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k. Ernährungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l. Überleitungsbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m. Wunddokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n. Dekubitusrisiko/Dekubitusrisikoskala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
o. Fixierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
p. Gewichtsverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
q. Miktionsprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
r. Sturzrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
s. Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ein Pflegedokumentationssystem soll die übersichtliche und jederzeit nachvollziehbare Dokumentation der Stammdaten sowie des Pflegeprozesses in all seinen Schritten ermöglichen. Pflegedokumentationssysteme werden in der Regel unterteilt in die Elemente Stammbblatt, Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Pflegedurchführungsnachweis sowie Pflegebericht.

Im Stammbblatt sollen folgende Stammdaten eingetragen werden können: Angaben zur Person und ggf. zur Konfession, Versicherungsdaten, Kostenübernahmeregelungen, Pflegestufe nach SGB XI, Datum des Leistungsbeginn, pflegebegründende Diagnosen, Informationen zu bestehenden Allergien, Kostform, medizinisch therapeutische Versorgungsform, Information für Notfallsituationen (z.B. Adresse und Telefonnummer einer Bezugsperson), Aufenthalte in Einrichtungen (Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Kurzzeitpflege, Tagespflege) sowie Angaben zu Hilfsmitteln, Informationen zu Verfügungen, Angaben zu Bezugspersonen und/oder gesetzliche Betreuer. Weiterhin sollten der Hausarzt und weitere mit der Betreuung befasste Dienste aufgeführt werden.

In der Pflegeanamnese/Informationssammlung muss die Darstellung eines umfassenden Gesamteindrucks über die aktuelle Situation des Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung der Gewohnheiten, der Möglichkeiten/Fähigkeiten, des Einsatzes von Hilfsmitteln und deren Aktualisierung bestehen. Das im Pflegeleitbild und/oder Pflegekonzept favorisierte Pflegemodell oder Assessmentverfahren (z.B. RAI-HC) bildet die Struktur für die Pflegeanamnese/Informationssammlung.

Literatur:

Siehe 3.2.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996
Garms-Homolova V (2002): Assessment für die häusliche Pflege – Resident Assessment Instrument – Home Care. RAI HC 2.0. Bern et. al.

	ja	nein	l.n.z.	E.
7.3 Ist bei einer computergestützten Pflegedokumentation durch die Vergabe von Zugriffsrechten eine eindeutige Zuordnung von Eingaben in den PC zu Mitarbeitern möglich?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Zugriffsrechte für alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter eindeutig geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Eintragungen sind Mitarbeitern zugeordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. nachträgliche Eintragungen/Änderungen werden als solche gekennzeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Jeder Mitarbeiter, der Eintragungen in der EDV-gestützten Dokumentation vornimmt, muss über ein Passwort den Zugriff auf die Dokumentation erhalten. Jede Eintragung muss einem Mitarbeiter eindeutig zuzuordnen sein.

Die Anforderungen müssen durch Demonstration am PC überprüft werden.

8. Hygiene

	ja	nein	E.
8.1 Gibt es im Pflegedienst ein angemessenes Hygienemanagement?			<input type="checkbox"/>
a. innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nach § 1 in Verbindung mit § 9 der Unfallverhütungsvorschrift (UVV) Gesundheitsdienst muss ein Hygieneplan aufgestellt werden. In diesem sind alle Maßnahmen, die den Schutz der Pflegebedürftigen und ihrer Umgebung sowie den Schutz der Pflegenden vor unerwünschten Mikroorganismen gewährleisten, schriftlich festzuhalten. Der Hygieneplan muss allen Mitarbeitern als verbindliche Handlungsanleitung bekannt sein und hat mindestens Angaben zu enthalten über:

- Händedesinfektion (siehe Empfehlung Händehygiene der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention)
- Tragen von Schutzkleidung
- Umgang mit Schmutzwäsche
- Hygiene im Umgang mit Pflegehilfsmitteln/Aufbereitung von Geräten.

Hygienische Gesichtspunkte bei speziellen Pflegemaßnahmen können auch in den dafür erstellten Pflegestandards/Richtlinien festgelegt werden.

Sofern nicht grundsätzlich Einwegmaterial/-instrumente verwendet werden, ist eine Wiederaufbereitung erforderlich. Sie hat so zu erfolgen, dass eine Weiterverbreitung von obligat oder fakultativ pathogenen Krankheitserregern sicher ausgeschlossen ist. Das gebrauchte Instrumentarium ist sicher (in festen, durchstichsicheren, desinfizierbaren Transportbehältnissen) zur Wiederaufbereitung zu transportieren. Instrumentenaufbereitung und Sterilisation sind nur von sachkundigem Personal auszuführen. Einmalinstrumente sind nicht wieder aufzubereiten. Bei der **Desinfektion** sind thermische und chemische Verfahren möglich. Die thermische Desinfektion im Automaten ist aus hygienischer Sicht zu bevorzugen. Bei der **Sterilisation** sind Verpackungen entsprechend dem angewandten Verfahren zu verwenden. Eine Setverpackung (anwendungsgerechte Sets) ist zu bevorzugen. Die Durchführung der Sterilisation ist zu dokumentieren und das Sterilgut mit dem Sterilisationsdatum zu versehen.

Literatur:

Länder-Arbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG (2001): Rahmen-Hygieneplan gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz für Alten- und Altenpflegeheime. O.O.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (1997): Hauskrankenpflege. Merkblatt M 767. Hamburg.

Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (GGHM) (in der jeweils gültigen Ausgabe): Desinfektionsmittel-Liste der DGHM, Wiesbaden.

	ja	nein	E.
8.2 Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Institutes nachweislich bekannt?			<input type="checkbox"/>
a. <i>Empfehlung zur Händehygiene bekannt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. <i>Empfehlung zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiierter Harnwegsinfektionen bekannt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. <i>Empfehlung zur Prävention der nosokomialen Pneumonie bekannt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. <i>Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen bekannt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Zustimmung des Pflegebedürftigen in dessen Wohnung zu überprüfen. (...) Dabei ist auch zu prüfen, ob die Versorgung des Pflegebedürftigen den Anforderungen des § 2 Nr. 8 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes entspricht (vgl. § 114 Abs. 3 SGB XI).

Dies bezieht sich auf die Verhinderung nosokomialer Infektionen. Die ambulanten Pflegedienste haben demnach die relevanten Empfehlungen der beim Robert-Koch-Institut eingerichteten Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention einzuhalten.

Um die Einhaltung relevanter Empfehlungen (Händehygiene, Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiierter Harnwegsinfektionen, Prävention der nosokomialen Pneumonie, Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen – MRSA) gewährleisten zu können, müssen diese im Pflegedienst bekannt sein, sich in entsprechenden Regelungen der Pflegeeinrichtung wieder finden und diese Regelungen müssen den Mitarbeitern bekannt sein.

Literatur:

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen – Infektionsschutzgesetz – IfSG vom 20. Juli 2000, zuletzt geändert am 24.12.2003.

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (2000): Händehygiene. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut, Bundesgesundheitsblatt, 43, 230-233.

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (1999): Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiierter Harnwegsinfektionen. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt, 42, 806-809.

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (2000): Empfehlungen zur Prävention der nosokomialen Pneumonie. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt, 43, 302-309.

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch Institut (1999): Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch Institut. Bundesgesundheitsblatt, 42, 954-958.

		ja	nein	E.
8.3	Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?			<input type="checkbox"/>
a.	<i>Handschuhe</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>Händedesinfektionsmittel</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>Schutzkleidung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Mit Arbeitshilfen sind z.B. Handschuhe, Schutzkleidung, Händedesinfektionsmittel, Einmalwaschhandschuhe gemeint.

Bei Möglichkeit der Kontamination mit Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen empfiehlt sich das Tragen von Schutzkleidung (z.B. Einmalschürzen).

Die Händehygiene gehört zu den wichtigsten Maßnahmen zur Verhütung von Infektionen.

Die Hand kann darüber hinaus als Infektionsquelle fungieren, wenn sich Mikroorganismen in den obersten Schichten der Haut oder in infizierten Läsionen vermehren und von dort freigesetzt werden. Dies ist bei der Infektionsprophylaxe zu berücksichtigen.

Die unterschiedlichen Maßnahmen der Händehygiene dienen dem Schutz vor der Verbreitung von Kontaminationen der Haut mit pathogenen Erregern, der Entfernung und/oder Abtötung von Mikroorganismen, der Reduktion der residenten Flora und der Entfernung von Verschmutzungen.

Bei vorhersehbarem oder wahrscheinlichem Erregerkontakt sowie bei möglicher massiver Verunreinigung mit Körperausscheidungen, Sekreten und Exkreten sind Schutzhandschuhe anzuziehen. Das betrifft zum Beispiel die Pflege inkontinenter Pflegebedürftiger, das Waschen von MRSA-infizierten Pflegebedürftigen, den Umgang mit Beatmungsschläuchen, die Entleerung von Wasserfallen, endotracheales Absaugen, Tracheostomapflege, Entsorgung von Sekreten, Exkreten und Fäzes kontaminierten Materialien (z.B. Stoma). Nach Beendigung der Tätigkeiten an einem Pflegebedürftigen sind die Handschuhe abzulegen und es ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.

Bei tatsächlicher wie auch fraglicher mikrobakterieller Kontamination der Hände muss eine hygienische Händedesinfektion durchgeführt werden. Zur hygienischen Händedesinfektion sind vorzugsweise Mittel auf Wirkstoffbasis von Alkoholen zu verwenden. Das alkoholische Präparat wird über sämtliche Bereiche der trockenen Hände unter besonderer Berücksichtigung der Innen- und Außenflächen einschließlich Handgelenke, Flächen zwischen den Fingern, Fingerspitzen, Nagelfalz und Daumen eingerieben und für die Dauer der Einwirkzeit feucht gehalten.

Zur Beantwortung dieser Frage ist zu überprüfen, ob in der Pflegeeinrichtung entsprechende Arbeitshilfen vorrätig sind, außerdem sind die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung zu befragen. Die Regelungen der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI sind zu berücksichtigen.

Literatur:

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch Institut (2000): Empfehlung zur Händehygiene, Bundesgesundheitsblatt, 43, 230-233.

		ja	nein	l.n.z.	E.
8.4	Wenn vom Pflegedienst Pflegebedürftige mit MRSA betreut werden: Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“ sind Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten hinsichtlich der Bedeutung und des Umgangs mit MRSA-kolonisierten bzw. infizierten Pflegebedürftigen zu schulen und das Einhalten allgemeiner und spezieller Hygienemaßnahmen zu kontrollieren.

Unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) sind die Träger der Einrichtung dafür verantwortlich, für den Pflegedienst klare Verfahrensabläufe und Maßnahmen für den Umgang mit MRSA infizierten Pflegebedürftigen zu treffen.

Die Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“ der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) hat für Pflegeeinrichtungen den „Maßnahmenplan beim Auftreten von MRSA“ erarbeitet. Insbesondere die folgenden in dieser Empfehlung enthaltenen Anforderungen sollten in den schriftlichen Regelungen der Einrichtung beachtet werden:

- Schutzmaßnahmen vor Kontamination sowie die Information aller mit Pflegebedürftigen in Kontakt kommenden Personen über die Übertragungsgefahren
- Hygienemaßnahmen z.B. Händehygiene, Tragen von Schutzkittel, Mundschutz, Einmalhandschuhen bei direktem Patientenkontakt oder Verbandwechsel
- Maßnahmen bei Verlegung und Transport in Einrichtungen (insbesondere Information der Zieleinrichtung, Beschränkung auf medizinisch notwendige Transporte)

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- die vorliegenden Regelungen die aufgelisteten Empfehlungen berücksichtigen und
- wenn nachweislich Schulungsmaßnahmen für die Mitarbeiter durchgeführt werden.

Literatur:

Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) Sektion "Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation" (2002): Maßnahmenplan beim Auftreten von MRSA. o.O.

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI (2003): Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Bundesgesundheitsblatt, 42, 954-958.

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen (Prozess- und Ergebnisqualität)

Soweit sich Sachverhalte für den Prüfbericht nicht eindeutig aus den Ankreuzoptionen der Einzelfragen ableiten lassen, sind diese im Freitext kurz zu beschreiben.

Wenn sich im Rahmen der Prüfung herausstellt, dass bei der Durchführung grund- oder behandlungspflegerischer Maßnahmen durch Angehörige oder andere Pflegepersonen die Pflege nicht sichergestellt ist, ist dies im Prüfbericht festzuhalten.

Der Erhebungsbogen ist für jeweils einen Pflegebedürftigen konzipiert.

9. Allgemeine Angaben

9.1 Auftragsnummer:				
Datum		Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen

Die Auftragsnummer aus dem Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität in der Pflegeeinrichtung ist hier ebenfalls anzugeben. Bei der Prüfung sind unter „Nummer Erhebungsbogen“ den Pflegebedürftigen Nummern zuzuordnen, die bei der Erstellung anonymisierter Prüfberichte zu verwenden sind.

9.2 Angaben zum Pflegebedürftigen		ja	nein
a. Name			
b. Pflegekasse			
c. Geburtsdatum			
d. Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst			
e. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes			
f. Pflegestufe			
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall	<input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig (SGB XI)	<input type="checkbox"/> noch nicht eingestuft	
g. Leistungen nach § 37 SGB V		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ist der Pflegebedürftige mit der Befragung/Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soweit ein Pflegebedürftiger zum Zweck einer Prüfung nach § 114 SGB XI in einem ambulanten Pflegedienst oder in einer stationären Pflegeeinrichtung die Zustimmung zur Teilnahme an der Prüfung nicht selbst erteilen kann, darf sie nur durch eine vertretungsberechtigte Person oder einen bestellten Betreuer ersetzt werden (vgl. sinngemäß § 114 Abs. 5 SGB XI).

Das Einverständnis des Pflegebedürftigen zur Befragung sowie zur körperlichen Inaugenscheinnahme muss im Vorfeld geklärt werden. Pflegebedürftige sind nur dann zu befragen und in Augenschein zu nehmen, wenn das entsprechende Einverständnis vorliegt.

9.3 Anwesende Personen	
a. <i>Gutachter</i>	
b. <i>Mitarbeiter Pflegedienst (Funktion/Qualifikation)</i>	
c. <i>sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)</i>	

10. Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

Die Fragen zur Zufriedenheit sind vom Pflegebedürftigen zu beantworten. Wenn keine Auskunftsmöglichkeit besteht, weiter mit 11

Wenn der Pflegebedürftige sich bei einzelnen Fragen nicht vollständig zufrieden äußert, kann dies im Freitext erläutert werden.

10.1 Wurde mit Ihnen ein Pflegevertrag abgeschlossen?	ja	nein	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Literatur:
Siehe § 120 SGB XI

10.2 Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie selbst übernehmen müssen?	ja	nein	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.3 Sind Sie mit den Einsatzzeiten des Pflegedienstes zufrieden?	immer	häufig	geleg.	nie	k.A.
	<input type="checkbox"/>				

Literatur:
Siehe 3.2.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996

10.4 Werden die vereinbarten Leistungen durchgeführt?	immer	häufig	geleg.	nie	k.A.
	<input type="checkbox"/>				

Die vereinbarten Pflegeleistungen ergeben sich aus dem Pflegevertrag.

10.5 Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?	immer	häufig	geleg.	nie	k.A.
	<input type="checkbox"/>				

10.6 Kommen kontinuierlich die selben Mitarbeiter des Pflegedienstes zu Ihnen?	immer	häufig	geleg.	nie	k.A.
	<input type="checkbox"/>				

Maßstab für die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen mit der Leistungserbringung durch den Pflegedienst ist u.a., dass diese von einem für den Pflegebedürftigen überschaubaren Kreis von Mitarbeitern versorgt werden. Nur so kann es gelingen eine Vertrauensbasis zwischen Pflegebedürftigen und Leistungserbringern zu schaffen.

Literatur:

Siehe 3.2.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996

10.7 Lassen sich die Pflegenden genügend Zeit während der Pflegemaßnahmen?	immer	häufig	geleg.	nie	k.A.
	<input type="checkbox"/>				

10.8 Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
	<input type="checkbox"/>					

Wenn beim Waschen Leistungen durch den Pflegedienst erbracht werden (festzustellen anhand der Pflegedokumentation und der dokumentierten Leistungen) und der Pflegebedürftige aus Sicht des Gutachters Selbsthilfepotential für das Waschen hat, ist zu überprüfen, ob der Pflegebedürftige unterstützt/motiviert wird, sich teilweise oder ganz selber zu waschen.

10.9 Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
	<input type="checkbox"/>					

10.10 Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?	immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
	<input type="checkbox"/>					

10.11 War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?	immer	häufig	geleg.	nie	tnz	k.A.
	<input type="checkbox"/>					

Der Pflegedienst ist erreichbar z.B. durch Rufbereitschaft, Anrufweiserschaltung, Mobiltelefon oder Kooperationsvereinbarungen. Der ausschließliche Einsatz eines Anrufbeantworters reicht nicht aus.

Literatur:

Siehe 3.1.1.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996

10.12 Haben Sie sich beim Pflegedienst schon mal beschwert?	ja	nein	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: Worüber?			

10.13 Hat sich nach der Beschwerde etwas zum Positiven verändert?	ja	nein	tnz	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.14 Haben Sie noch Wünsche zur Betreuung durch den Pflegedienst?	ja	nein	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Ist-Erhebung der Pflegesituation unter Berücksichtigung der aktuellen Pflegedokumentation

Pflegerelevante Beobachtungen dienen ausschließlich der Ist-Erhebung. Eine Bewertung ist an dieser Stelle nicht vorgesehen. Die Angaben dienen als Hintergrundinformationen und Auswahlkriterien für Fragen aus den folgenden Kapiteln.

Zunächst erfolgt ein Gespräch mit dem Pflegebedürftigen und die Erhebung seines Pflegezustandes. Erst nach dem der Prüfer sich ein eigenes Bild vom Pflegebedürftigen machen konnte, ist die Beurteilung der Pflegedokumentation möglich.

11.1 Pflegebedürftigen angetroffen		
a.	<input type="checkbox"/> <i>liegend</i>	<input type="checkbox"/> <i>sitzend</i> <input type="checkbox"/> <i>stehend</i>
b.	<input type="checkbox"/> <i>Tageskleidung</i>	<input type="checkbox"/> <i>Nachtwäsche</i>
c.	<input type="checkbox"/> <i>freiheitsentziehende Maßnahmen</i>	

Beispiele für freiheitsentziehende Maßnahmen sind:

- Anlegen von Hand- bzw. Fußfixierungen
- Anlegen von Bauchgurten, wenn keine Möglichkeit für den Pflegebedürftigen besteht, diese selbst zu lösen oder lösen zu lassen
- Fixieren von Pflegehemden
- Aufstellen von Bettgittern
- Sicherheitsgurt am Stuhl, wenn keine Möglichkeit für den Pflegebedürftigen besteht, diese selbst zu lösen oder lösen zu lassen
- Ausübung psychischen Drucks
- Wegnahme von Schuhen und Kleidung
- Psychopharmakagabe ohne oder gegen den Willen des Pflegebedürftigen.

Hierbei ist auch anzugeben, ob Anzeichen für durchgeführte freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Druckmarken an Hand- und Fußgelenken) vorliegen.

Literatur:

Klie, T (1996): Lehrbuch Altenpflege. Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. Hannover.

Klie T; Pfundstein T, Stoffer F J (Hrsg.) (2005): Pflege ohne Gewalt. Freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeheimen. Entwicklung von Prävention und Handlungsstrategien. KDA, Vorge stellt 72, Köln.

11.2 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
a.	Aktuelles Gewicht <i>kg</i>
b.	Aktuelle Größe <i>cm</i>
c.	BMI (kg/m ²)
d.	Ernährungszustand <input type="checkbox"/> <i>übergewichtig</i> <input type="checkbox"/> <i>gut</i> <input type="checkbox"/> <i>Risikobereich zum Untergewicht</i> <input type="checkbox"/> <i>untergewichtig</i>
e.	Flüssigkeitsversorgung <input type="checkbox"/> <i>unauffällig</i> <input type="checkbox"/> <i>konzentrierter Urin</i> <input type="checkbox"/> <i>trockene Schleimhäute</i> <input type="checkbox"/> <i>stehende Hautfalten</i> <input type="checkbox"/> <i>kein Speichelsee unter Zunge</i>

Regelmäßige Gewichtsbestimmungen und eine genaue Dokumentation sind im Hinblick auf das rechtzeitige Erkennen einer sich entwickelnden Mangelernährung erforderlich. Bei den Gewichtsangaben ist anzugeben, ob die Angaben in der Pflegedokumentation mit der Schätzung des Prüfers übereinstimmen und ob die Angaben plausibel sind. Weiterhin ist relevant, ob die letzte Gewichtsangabe in der Pflegedokumentation aktuell ist. Aus diesem Grund ist bei der Gewichtsangabe anhand der Pflegedokumentation das Datum mit anzugeben. Aktuelle Gewichtsangaben sind nicht älter als 4 Wochen.

Der Bodymaß-Index (BMI = Körpergewicht in kg/Körpergröße in m²) berücksichtigt bei der Beurteilung des Körpergewichts die Körpergröße. Bei abnehmender Körpergröße im Alter und gleichbleibendem oder zunehmendem Körpergewicht steigt der BMI. Die Berechnung des BMI ist bei Amputationen nicht möglich.

Für den BMI wurden vom National Research Council (USA) Normwerte veröffentlicht, die das Lebensalter berücksichtigen. Aufgrund der alterstypischen Veränderungen von Körpergröße und -gewicht werden mit zunehmendem Alter höhere BMI-Werte als wünschenswert angesehen. Wünschenswerte BMI-Werte in Abhängigkeit zum Alter sind:

Wünschenswerte BMI-Werte	
Alter	BMI
55-64 Jahre	23-28 kg/m ²
≥ 65 Jahre	24-29 kg/m ²

In verschiedenen Zusammenhängen wird als „Cut off Point“ (Punktwert, der zwischen negativem und positivem Testergebnis trennt) für eine bestehende Unterernährung ein BMI von < 18,5 kg/m² angegeben. Ein erhöhtes Risiko für Ernährungsstörungen besteht für ältere Menschen (> 65 Jahre) bereits ab einem BMI-Cut off Point < 24 kg/m².

Der BMI ist auf der Basis der Angaben in der Pflegedokumentation zu berechnen bzw. der Pflegedokumentation zu entnehmen.

Die Angaben zum Ernährungszustand im Erhebungsbogen bedeuten:

Übergewichtig	BMI	> 29 kg/m ² (bei ≥ 65 Jahre)
Gut	BMI	24-29 kg/m ² (bei ≥ 65 Jahre)
Risikobereich	BMI	< 24 kg/m ² bis > 18,5 kg/m ²
Untergewichtig	BMI	< 18,5 kg/m ²

Ist der Pflegedokumentation kein Gewicht und keine Körpergröße zu entnehmen, hat der Gutachter den Ernährungszustand zu schätzen.

Bei den Angaben zur Flüssigkeitsversorgung handelt es sich um Anzeichen, die auf eine Exsikkose hinweisen können, es handelt sich nicht um sichere Exsikkosezeichen.

Literatur:

Beck AM & Ovesen L (1998): At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk? *Clinical Nutrition*, 17, 195-198.

MDS (2003): Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Essen.

Pirlich M et al. (2003): DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung: Ernährungsstatus. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, Supplement 1, 28, 2-16.

Volkert D (1997): Ernährung im Alter. Wiesbaden.

11.3 Der Pflegebedürftige ist versorgt mit:			
		Beschreibung	
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung	
	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung	
	<input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich	
		<input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich	
		<input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe	
		<input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft	
		<input type="checkbox"/> Applikation per Bolus	
		Nahrung	kcal/24 h
		Flüssigkeit	ml/24 h
		Flussrate	ml/h
		Flussrate	ml/h
(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)			
b.	<input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion		
c.	<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion		
d.	<input type="checkbox"/> Tracheostoma		
e.	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)	
f.	<input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter		
g.	<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen	<input type="checkbox"/> geschlossen
h.	<input type="checkbox"/> Anus praeter		
i.	<input type="checkbox"/> Prothesen		
j.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln		
k.	<input type="checkbox"/> Sonstigem		

t.n.z.

11.4 Orientierung und Kommunikation		ja	nein
a.	sinnvolles Gespräch möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	nonverbale Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.5 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Beschreibung		
a.	<i>Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten</i>	<i>(inklusive Paresen, Kontrakturen)</i>	
b.	<i>Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten</i>		
c.	<i>Lageveränderung im Bett</i>		
d.	<i>Aufstehen</i>		
e.	<i>Sitzen</i>		
f.	<i>Stehen</i>		
g.	<i>Gehen</i>		

Einschränkungen in der Bewegungsfähigkeit und die ggf. notwendigen Hilfen sind zu beschreiben (mit Hilfsmitteln, personeller Hilfe oder unselbständig).

11.6 Sturzrisiko		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Von:			
	<i>Gutachter beurteilt</i>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Pflegedienst übernommen</i>	<input type="checkbox"/>	

Verschiedene Faktoren die das Sturzrisiko erhöhen, konnten wissenschaftlich identifiziert werden. Ebenso ist nachgewiesen, dass mit der Anzahl der vorliegenden Faktoren das Sturzrisiko deutlich steigt. Bei den Risikofaktoren kann unterschieden werden zwischen den Faktoren, die die sturzgefährdete Person mit sich bringt (intrinsische Faktoren) und solchen Faktoren, die von außen auf die Person einwirken (extrinsische Faktoren):

- Intrinsische Faktoren:
- Funktionseinbußen und Funktionsbeeinträchtigungen
 - Probleme mit der Körperbalance/dem Gleichgewicht
 - Gangveränderungen/ingeschränkte Bewegungsfähigkeit
 - Erkrankungen, die mit veränderter Mobilität, Motorik und Sensibilität einhergehen (z.B. Multiple Sklerose, Parkinson, Apoplex, Polyneuropathie, Osteoarthritis, Krebserkrankungen)
 - Sehbeeinträchtigungen
 - reduzierte Kontrastwahrnehmung
 - reduzierte Sehschärfe
 - ungeeignete Brillen
 - Beeinträchtigung der Kognition und Stimmung
 - Demenz
 - Depression
 - Delir
 - Erkrankungen, die zu kurzzeitiger Ohnmacht führen
 - Hypoglykämie
 - Haltungsbedingte Hypotension
 - Herzrhythmusstörungen
 - Transitorisch ischämische Attacke
 - Epilepsie
 - Inkontinenz
 - Dranginkontinenz
 - Probleme beim Toilettengang
 - Angst vor Stürzen/Sturzvorgeschichte.

- Extrinsische Faktoren:
- Verwendung von Hilfsmitteln
 - Schuhe (Kleidung)
 - Medikamente
 - Psychopharmaka
 - Antidepressiva
 - Neuroleptika
 - Sedativa/Hypnotika
 - Benzodiazepine
 - Umgebungsgefahren innerhalb von Räumen und Gebäuden
 - schlechte Beleuchtung
 - steile Treppen
 - mangelnde Haltemöglichkeiten
 - glatte Böden
 - Stolpergefahren (Teppichkanten, herumliegende Gegenstände, Haustiere)
 - Umgebungsgefahren außerhalb von Räumen und Gebäuden
 - unebene Gehwege und Straßen
 - mangelnde Sicherheitsausstattung (z.B. Haltemöglichkeiten, Beleuchtung)
 - Wetterverhältnisse.

Im Rahmen der Prüfung ist insbesondere von einem erhöhten Sturzrisiko auszugehen, wenn:

- der Pflegebedürftige im letzten halben Jahr einmal gestürzt ist oder
- wenn die Faktoren Inkontinenz, eingeschränkte Sehfähigkeit und Einschränkung des Kurzzeitgedächtnisses gemeinsam vorliegen.

Ein geringeres Sturzrisiko liegt vor, wenn:

- einer der intrinsischen Faktoren isoliert zutrifft oder
- die bei den extrinsischen Faktoren genannten Medikamente regelmäßig eingesetzt werden.

Literatur:

Becker C, Lindemann U, Rissmann U (2003): Sturzprophylaxe, Sturzgefährdung und Sturzverhütung in Heimen. Hannover.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2004): Arbeitstexte zur 4. Konsensuskonferenz in der Pflege. Thema: Sturzprophylaxe. Osnabrück.

BGH-Urteil vom 28.04.2005-III ZR 399/04.

11.7 Hat der Pflegebedürftige chronische Schmerzen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>
Wenn ja: Erhält der Pflegebedürftige Schmerzmedikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Es ist zu überprüfen, ob beim Pflegebedürftigen Schmerzzustände (insbesondere chronisch) bestehen. Sofern vorliegende Schmerzen nicht aus der Pflegedokumentation ersichtlich sind, soll dies im Gespräch mit dem Pflegebedürftigen ggf. unter Zuhilfenahme der numerischen Rangskala oder der Wong-Baker-Scale ermittelt werden.

Wenn die Frage nicht beantwortet werden kann, ist die Frage mit „k.A.“ zu beantworten.

Literatur:

Menche N (Hrsg.) (2004): Pflege Heute, München.

Wong D, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein M, Schwartz P (2001): Wong's essentials of Pediatric Nursing. St. Louis.

11.8 Mundzustand/Zähne	
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g. <input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

11.9 Haare, Fuß- und Fingernägel, Hautfalten	
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)

11.10 Hautzustand	
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> trocken/schuppig	
c. <input type="checkbox"/> Hautturgor gespannt	
d. <input type="checkbox"/> Hautturgor schlaff	
e. <input type="checkbox"/> Ödeme	
f. <input type="checkbox"/> Hämatome	
g. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

11.11 Dekubitusrisiko		ja	nein
Punkte _____	nach:		
	Norton <input type="checkbox"/>		
	Braden <input type="checkbox"/>		
	Sonstige <input type="checkbox"/>		
	Von:		
	Gutachter erhoben <input type="checkbox"/>		
	Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>		

Liegt keine Einschätzung vom Pflegedienst vor, wird empfohlen, vom Prüfer die Bradenskala anzuwenden.

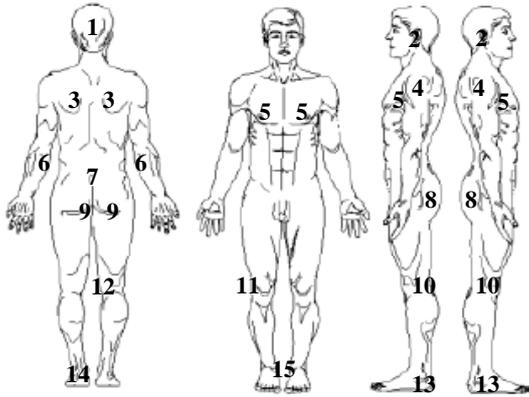
Literatur:

Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (2002): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe. Osnabrück.

MDS (2001): Grundsatzstellungnahme Dekubitus. Essen.

11.12 Beschreibung vorliegender Wunden

l.n.z.



- Legende:
 1 Hinterhaupt
 2 Ohrmuschel
 3 Schulterblatt
 4 Schulter
 5 Brustbein
 6 Ellenbogen
 7 Sacralbereich
 8 großer Rollhügel
 9 Gesäß
 10 Knie außen
 11 Kniescheibe
 12 Knie innen
 13 Knöchel außen
 14 Ferse
 15 Knöchel innen

Wunde 1	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige Wunde	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a.	Größe/Tiefe	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T				
b.	Ort der Entstehung	zu Hause <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>	nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>		
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____				
d.	Stadium	I	II	III	IV	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	Umgebung	weiß	rosig	gerötet	feucht	trocken
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Rand	rosig	rot	weich	hart	schmerzhaft
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Exsudat	kein	wenig	viel	klar	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	Zustand	fest	weich	rosa	rot	gelb
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Nekrose	keine	feucht	trocken	teilweise	vollständig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Geruch	kein	übel riechend			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wunde 2	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige Wunde	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a.	Größe/Tiefe	_____ cm H x _____ cm B x _____ cm T				
b.	Ort der Entstehung	zu Hause <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>	nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>		
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____				
d.	Stadium	I	II	III	IV	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	Umgebung	weiß	rosig	gerötet	feucht	trocken
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Rand	rosig	rot	weich	hart	schmerzhaft
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Exsudat	kein	wenig	viel	klar	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	Zustand	fest	weich	rosa	rot	gelb
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Nekrose	keine	feucht	trocken	teilweise	vollständig
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Geruch	kein	übel riechend			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Stadium I: Persistierende Hautrötung bei intakter Haut

Stadium II: Teilverlust der Haut, Blase, Hautabschürfung, oberflächliches Geschwür

Stadium III: Verlust aller Hautschichten und Schädigung des subkutanen Gewebes, tiefes Geschwür

Stadium IV: zusätzliche Zerstörung, Gewebenekrose oder Schädigung von Muskel, Knochen oder unterstützenden Strukturen

Literatur:

Kuratorium Deutsche Altershilfe (2002): Wund-Dokumentationsbogen. Köln.

11.13	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	t.n.z.
a.	Wunde 1	<input type="checkbox"/>
b.	Wunde 2	<input type="checkbox"/>
c.	Wunde 3	<input type="checkbox"/>

12. Umsetzung des Pflegeprozesses und Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation soll ein individuelles Bild des Pflegebedürftigen widerspiegeln. Angaben von anderen Pflegepersonen (Angehörigen etc.) sind einzubeziehen. Alle Eintragungen in der Pflegedokumentation sind mit Handzeichen und Datum zu versehen.

Die Beurteilung der Qualität der pflegerischen Versorgung ist immer davon abhängig, welche Leistungen der Pflegebedürftige mit dem Pflegedienst vereinbart hat. Wenn Leistungen aus Sicht des Gutachters für den Pflegebedürftigen erforderlich sind, von diesem aber nicht abgefragt werden, kann dies dem Pflegedienst nur dann als Qualitätsmangel angelastet werden, wenn er die Diskrepanzen zwischen Hilfebedarf und abgefragten Leistungen in der Pflegedokumentation nicht festgehalten hat. Die diesbezügliche Beratungsleistung des Pflegedienstes und ggf. die erforderliche Information insbesondere des Hausarztes und der Pflegekasse muss nachvollziehbar sein.

12.1	Wird die Pflegedokumentation grundsätzlich beim Pflegebedürftigen aufbewahrt?	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Begründete Ausnahmen (z.B. der Pflegebedürftige ist desorientiert und „versteckt“ die Dokumentation oder der Pflegebedürftige reagiert auf Aussagen zu seinem Zustand in der Dokumentation mit aggressivem Verhalten) sind möglich. Um einen ausreichenden Überblick über die Situation des Pflegebedürftigen zu erhalten, sollten die beim Pflegebedürftigen aufbewahrten Dokumentationselemente den Zeitraum der vergangenen drei Monate widerspiegeln.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- die Pflegedokumentation außer bei begründeten Ausnahmen immer beim Pflegebedürftigen aufbewahrt wird und
- die beim Pflegebedürftigen aufbewahrten Dokumentationselemente den Zeitraum der vergangenen drei Monate widerspiegeln.

Literatur:

Siehe 3.2.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996

12.2	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch durchgeführt wurde?	ja	nein	t.n.z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Gespräch geführt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>durch PFK</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn ein Erstgespräch in der Pflegedokumentation dokumentiert wurde und dieses von einer Pflegefachkraft geführt wurde.

Trifft nicht zu ist anzukreuzen, wenn:

- aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist, dass ein Gespräch mit dem Pflegebedürftigen auf Grund kognitiver Defizite nicht geführt und die Informationen über Dritte nicht erhoben werden konnten oder
- der Pflegebedürftige bereits seit mehr als 2 Jahren vom Pflegedienst betreut wird.

Literatur:

Siehe 3.2.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996

		ja	nein	E.
12.3	Wurden alle Stammdaten in der Pflegedokumentation erfasst?			<input type="checkbox"/>
a.	Angaben zur Person und ggf. Konfession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	Versicherungsdaten, Kostenübernahmeregelungen, Pflegestufe nach SGB XI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Datum Beginn der Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	pflegebegründende Diagnosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	Information zu Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	Medizinische/therapeutische Versorgungssituation (Hausarzt, Rehabilitation, Krankenhausaufenthalte etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	soziale Versorgungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	Informationen für Notfallsituationen (z.B. Adresse und Telefonnummer einer Bezugsperson),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i.	Information zu Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zur medizinisch/therapeutischen Versorgungssituation zählen u.a.:

- Haus- und ggf. Fachärzte
- Krankengymnastik, Ergotherapie
- Versorgung mit Hilfsmitteln, Schrittmacher
- Rehabilitationen
- Krankenhausaufenthalte.

Zur sozialen Versorgungssituation zählen u.a. z.B.:

- Bezugsperson
- Vollmachten
- ggf. gesetzlicher Betreuer mit Wirkungskreis, ggf. Seelsorger.

Das Stammbblatt muss der aktuellen Situation entsprechen.

Zu den aufgeführten Spiegelstrichen muss immer eine Aussage in der Pflegedokumentation vorhanden sein, damit das Kriterium mit ja beantwortet werden kann. Mit nein muss geantwortet werden, wenn eine Information fehlt (z.B. auch die Aussage, dass keine Allergie oder dass keine Patientenverfügung vorliegt).

		ja	nein	E.
12.4	Ist eine Pflegeanamnese/Informationssammlung erstellt worden?			<input type="checkbox"/>
a.	pflegerelevante Vorgeschichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	persönliche Pflegegewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Bedürfnisse/Wünsche/Abneigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	aktuelle Ressourcen/Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	aktuelle Probleme/Defizite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	durch PFK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wenn ausschließlich Leistungen nach dem SGB V erbracht werden, bezieht sich die Frage nur auf die verordneten Leistungen.

Die systematische Durchführung der Pflege nach dem Prinzip der aktivierenden Pflege ist nur möglich auf der Basis einer Sammlung von Informationen über die Bedürfnisse, Ressourcen/Fähigkeiten (Selbstpflege- und Selbsthilfefähigkeit) sowie Probleme/Defizite (eingeschränkte Unabhängigkeit in einer Lebensaktivität). Diese Informationen sind im Gespräch mit den Pflegebedürftigen/Angehörigen im Rahmen des Erstgesprächs und nachfolgenden Gesprächen in der Pflegeanamnese/Informationssammlung zu erheben. Die ausführliche Beschreibung von Pflegeproblemen könnte auch separat zur Informationssammlung ggf. unter Einbeziehung von Einschätzungsskalen (z.B. Dekubitusrisikoskala) erfolgen. Als pragmatische Orientierungs- und Gliederungshilfe können Pflegemodelle (z.B. AEDL/Krohwinkel, ATL/Juchli, LA/Roper usw.) oder Assessmentverfahren (z.B. RAI Home Care) genutzt werden. Für die Erstellung der Pflegeplanung ist es von Bedeutung, die erhobenen Informationen in einen Zusammenhang zu bringen. Die unterschiedlichen Pflegeprobleme werden in der Planungsphase nach Prioritäten geordnet im Zusammenhang mit den Fähigkeiten und Ressourcen des Pflegebedürftigen, die für die Problemlösung hilfreich sind. Dabei stehen folgende Fragen im Vordergrund:

1. Was kann der Pflegebedürftige selbst tun?
2. Was möchte der Pflegebedürftige tun?
3. Was können andere für ihn tun?

Literatur:

Arets J, Obex F, Vaessen J, Wagner F (1996): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Bocholt, 273 ff.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996 Punkt 3.2.2.1

Sowinski C, Kämmer K (1995): Pflegeplanung und Pflegedokumentation In: Büse F, Eschemann R, Kämmer K, u.a. (Hrsg. 1995): Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen. Hannover, 17 e ff.

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Professionalisierung und Qualität in der Pflege. Essen.

Garms-Homolová V (2002): Assessment für die häusliche Versorgung und Pflege. Resident Assessment Instrument Home-Care. RAI HC 2.0. Bern et al..

12.5	Enthält die Pflegeanamnese/Informationssammlung Angaben zur Biografie?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
------	---	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Die Vergangenheit ist für das Verstehen des Pflegebedürftigen in der aktuellen Pflege- und Betreuungssituation sowohl essentieller Bestandteil bei der Begleitung von Menschen auf längere Zeit als auch bei Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen. Die Kenntnis der Vergangenheit sowie der regionalen Herkunft des Pflegebedürftigen ermöglichen ein besseres Verständnis für individuelle Gewohnheiten, Traditionen sowie Werte und sind somit relevant bei der Planung von Pflegemaßnahmen.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- in einem gesonderten Dokumentationsblatt zur Biografie oder an anderer Stelle in der Pflegedokumentation biografische Daten des Pflegebedürftigen dokumentiert sind oder
- biografische Angaben nicht ermittelt werden konnten und dies nachvollziehbar in der Pflegedokumentation begründet ist.

t.n.z. ist anzukreuzen, wenn ein Pflegebedürftiger ausschließlich Leistungen nach dem SGB V erhält.

Literatur:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996 Punkt 3.2.2.1

Sowinski C, Kämmer K (1995): Pflegeplanung und Pflegedokumentation In: Büse F et al. (Hrsg.): Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen. Hannover.

Maciejewski B, Sowinski C, Besselmann K, Rückert W (2001): Qualitätshandbuch Leben mit Demenz, Köln, I/32.

Powell J (2000): Hilfen zur Kommunikation bei Demenz, Köln.

12.6	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass der Pflegedienst den Pflegebedürftigen bzw. seine Angehörigen über die für eine ausreichende Versorgung erforderlichen Leistungen informiert hat?	ja	nein	t.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>informiert</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>durch PFK</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Von einer ausreichenden Versorgung ist dann auszugehen, wenn der Pflegebedürftige im Rahmen des gesamten Leistungsspektrums des sozialen Netzes (Angehörigen, Freunde, Nachbarn etc.) und der Leistungen des Pflegedienstes ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben führen kann, dass der Würde des Menschen entspricht. Dem Pflegebedürftigen dürfen unter diesen Bedingungen keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Sekundärschäden entstehen, die durch die Inanspruchnahme von Leistungen des Pflegedienstes im Rahmen der Pflegeversicherung vermeidbar gewesen wären. Liegen Defizite in der Versorgung vor, muss erkennbar sein, dass der Pflegedienst geeignete Maßnahmen zu deren Vermeidung oder Beseitigung vorgeschlagen hat.

t.n.z. ist anzukreuzen, wenn ein Pflegebedürftiger ausschließlich Leistungen nach dem SGB V erhält.

Literatur:

Siehe 3.2.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996

12.7	Ist vom Pflegedienst dokumentiert, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den Pflegebedürftigen, Angehörige, den Pflegedienst oder andere Pflegepersonen erbracht werden?	ja	nein		E.
					<input type="checkbox"/>
a.	<i>dokumentiert</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>durch PFK</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Literatur:

Siehe 3.2.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996

12.8	Sind für die vereinbarten Leistungen individuelle Pflegeziele formuliert?	ja	nein	t.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>basieren auf Ressourcen/Fähigkeiten, Problemen/Defiziten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>erreichbar/überprüfbar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>durch PFK</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Festgelegte Pflegeziele dienen dazu, die vom Pflegebedürftigen zu einem bestimmten Zeitpunkt erwarteten Ergebnisse zu beschreiben. Sie dienen darüber hinaus als Maßstab zur Beurteilung der Wirksamkeit der geplanten Maßnahmen. Grundlage der Pflegezielbeschreibung sind festgestellte Pflegeprobleme sowie Ressourcen und Fähigkeiten, die für die Problemlösung hilfreich sind. Die formulierten Ziele müssen erreichbar und überprüfbar sein. Der zeitliche Rahmen für die Erreichung des beschriebenen Zieles muss festgelegt werden.

Individuelle Pflegeziele sind nur für die vereinbarten Leistungen zu definieren.

t.n.z. ist anzukreuzen, wenn ein Pflegebedürftiger ausschließlich Leistungen nach dem SGB V erhält.

Literatur:

Arets J, Obex F, Vaessen J, Wagner F (1996): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Bocholt, 316 ff.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996 Punkt 3.2.2.2

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Professionalisierung und Qualität in der Pflege. Essen.

		ja	nein	E.
12.9	Sind für die vereinbarten Leistungen auf der Grundlage der Bedürfnisse, Probleme/Defizite und Ressourcen/Fähigkeiten individuelle Pflegemaßnahmen zur Erreichung der Pflegeziele geplant?			<input type="checkbox"/>
a.	<i>auf Ziele ausgerichtet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	<i>individuell</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	<i>handlungsleitend (wer, was, wann, wie oft etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	<i>durch PFK</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die geplanten individuellen Pflegemaßnahmen dienen auf der Basis der in der Pflegeanamnese ermittelten Bedürfnisse, Probleme/Defizite und Ressourcen/Fähigkeiten der Erreichung der aufgestellten Pflegeziele. Die geplanten Pflegemaßnahmen müssen handlungsleitend formuliert sein, um eine kontinuierliche und individuelle Versorgung des Pflegebedürftigen durch alle Mitarbeiter zu gewährleisten. Das heißt, sie sollten Aussagen darüber enthalten, wann, wie oft, welche Maßnahme mit welchen Mitteln durchgeführt werden. Die gewählten Pflegemaßnahmen sollen das vorhandene Problem lösen und das aufgestellte Ziel erreichen. Die in der Pflegeplanung beschriebenen Pflegemaßnahmen sind für die Mitarbeiter des Pflegedienstes verbindlich. Neben der Art und Weise wie die Pflege durchgeführt wird, muss aus der Beschreibung ersichtlich sein, wer, was, wann, wie oft, wo und wie durchführen soll.

Individuelle Pflegemaßnahmen sind nur für die vereinbarten Leistungen zu planen.

Literatur:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996 Punkt 3.2.2.2

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Professionalisierung und Qualität in der Pflege. Essen.

		ja	nein	t.n.z.	E.
12.10	Werden Pflegeergebnisse für die vereinbarten Leistungen regelmäßig überprüft und definierte Pflegeziele und geplante Pflegemaßnahmen angepasst?				<input type="checkbox"/>
a.	<i>regelmäßig überprüft</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Pflegeziele bei Bedarf angepasst</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Pflegemaßnahmen bei Bedarf angepasst</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>ggf. zusätzliche oder neue Maßnahmen angeregt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	<i>durch PFK</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Auswertung/Evaluation der Pflegeplanung dient der Erfolgskontrolle pflegerischen Handelns und der Überprüfung der Angemessenheit der Pflegeziele und Pflegemaßnahmen. Die Pflegefachkraft beurteilt unter Einbeziehung des Pflegebedürftigen und dessen Bezugsperson das Erreichen der geplanten Pflegeziele und hält die Bewertung schriftlich fest; ggf. wird eine Neuanpassung der Pflegeplanung an die aktuelle Situation erforderlich.

Die Ergebniskontrollen erfolgen:

- bei unvorhergesehenen Veränderungen
- bei Aufnahme oder stetiger Verschlechterung und
- zum Zeitpunkt der geplanten Neueinschätzung.

In der verbindlichen Pflegeplanung sind die einzelnen Pflegeziele für einen bestimmten Zeitraum festgelegt worden. Am Tag des Kontrolldatums wird überprüft, ob die geplanten Zielsetzungen mittels der geplanten Pflegemaßnahmen erreicht werden konnten. Dies schließt die kontinuierliche Beurteilung der Pflegeintervention nicht aus, wie z.B. die Beurteilung des Hautzustandes bei jedem Lagerungswechsel. Dabei sollten bestehender Optimierungsbedarf erkannt und entsprechende Korrekturen vorgenommen werden.

Stellt der Pflegedienst im Rahmen der Leistungserbringung bzw. im Rahmen der Evaluation fest, dass zusätzliche oder neue Maßnahmen zur Sicherstellung einer ausreichende Versorgung erforderlich werden, regt der Pflegedienst diese an.

Literatur:

Siehe 3.3.1 und 3.3.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996 MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Professionalisierung und Qualität in der Pflege. Essen.

12.11 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Die Steuerung des Pflegeprozesses ist im Zuständigkeitsbereich des SGB XI ein vorbehaltener Aufgabenbereich für Pflegefachkräfte. Dies ergibt sich aus dem indirekten Berufsrecht, insbesondere dem SGB XI sowie den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität nach § 80 SGB XI.

Für die Durchführung verschiedener Handlungen wird zwischen formaler (Aus-, Weiterbildung) und materieller (Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten) Qualifikation unterschieden. Maßstab zur Beurteilung der formalen Qualifikation sind insbesondere die Ausbildungsgesetze für die Pflegeberufe.

Für die Pflegefachberufe liegen bundesweit gültige Gesetze vor. Dabei handelt es sich um das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16. Juli 2003 (Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger) und das Altenpflegegesetz (Altenpflegerin bzw. -pfleger), in der geänderten Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003. Diese beiden Gesetze gelten seit dem 01. August 2003. Auch die darauf aufbauenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (vom 26. November 2002 für die Altenpflege; vom 10. November 2003 für die Gesundheits- und Krankenpflege) gelten bundesweit.

Für die Durchführung allgemeiner Pflegeleistungen kann davon ausgegangen werden, dass bei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pflegern, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen bzw. -pflegern sowie Altenpflegerinnen bzw. -pflegern die formale Qualifikation vorliegt. Auch bei vor dem 01. August 2003 begonnenen mindestens zweijährigen Altenpflegeausbildungen kann davon ausgegangen werden, dass die formale Qualifikation für die Durchführung allgemeiner Pflegeleistungen vorliegt.

Für die Mitwirkung an medizinischer Diagnostik und Therapie (Behandlungspflege) kann davon ausgegangen werden, dass die formale Qualifikation bei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pflegern (alt Krankenschwestern/-pflegern), Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen bzw. -pflegern (alt Kinderkrankenschwestern/-pflegern) sowie Altenpflegerinnen bzw. -pflegern vorliegt. Bei vor dem 01. August 2003 begonnenen dreijährigen Altenpflegeausbildungen kann auch davon ausgegangen werden, dass die formale Qualifikation für die Mitwirkung an medizinischer Diagnostik und Therapie (Behandlungspflege) vorliegt. Für vor dem 01. August 2003 begonnene zweijährige Altenpflegeausbildungen ist im Einzelfall zu prüfen, ob eine entsprechende Qualifikation besteht.

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Oktober 2002 obliegt die Regelungskompetenz für Ausbildungen in der Altenpflegehilfe weiterhin den Bundesländern. Das Urteil hatte auch Auswirkungen auf die Regelungskompetenz für die Krankenpflegehilfeausbildung. Diese wurde ab 01. August 2003 ebenfalls in der Regelungskompetenz der Bundesländer überführt.

Die Ausbildung zur Krankenpflegehelferin ist auf Versorgung und Assistenz ausgerichtet. Für Krankenpflegehelferinnen bzw. -helfer, deren Ausbildung vor dem 01. August 2003 nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Berufe in der Krankenpflege begonnen wurde, liegt für einzelne allgemeine Pflegeleistungen sowie für einzelne Maßnahmen zur Mitarbeit an der ärztlichen Diagnostik und Therapie (Behandlungspflege) die formale Qualifikation vor. Dies lässt sich aus der Anlage 3 zu § 1 Abs. 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 16. Oktober 1985 (zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 27. April 1993, BGBl. I, S. 512) herleiten.

Die Stundentafel für die Mindestanforderungen an den theoretischen und praktischen Unterricht führt 20 Stunden Arzneimittellehre auf. Diese enthalten jedoch weder gesetzliche Vorschriften über den Verkehr mit Arzneimitteln noch Grundkenntnisse der Pharmakologie und Toxikologie.

Für den Bereich Krankenpflegehilfe stehen 230 Unterrichtsstunden zur Verfügung. Neben einer Vielzahl anderer Themen sollen im Rahmen dieser 230 Stunden folgende behandlungspflegerische Maßnahmen vermittelt werden:

- „Ermitteln und Registrieren von Vitalfunktionen und sonstigen Beobachtungsergebnissen“
- „Anwendung von physikalischen Maßnahmen“
- „Spezielle Pflege des Auges, des Ohres, der Nase, des Mundes und der Haut“
- „Mithilfe beim Versorgen von Wunden und beim Anlegen von Verbänden und Schienen“
- „Mithilfe bei Injektionen, Sondierungen und Spülungen“

Krankenpflegehelferinnen, die vor dem 31. August 2003 ihre Ausbildung begonnen haben, verfügen aufgrund ihrer Ausbildung somit über die formale Qualifikation zur selbständigen Durchführung bzw. Mithilfe bei der Durchführung der oben genannten Verrichtungen.

Zur Beurteilung der formalen Qualifikation bei Ausbildungen in der Krankenpflegehilfe die nach dem 01. August 2003 begonnen wurden, müssen die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen in den Bundesländern herangezogen werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass in diesen in weiten Teilen die Ausbildungsinhalte der bisherigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung auf Bundesebene übernommen wurden. Dies gilt z.B. für die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Krankenpflegehelferin im Land NRW vom 28. November 2003.

Bei Altenpflegehelferinnen bzw. -helfern ist hingegen nach wie vor mit sehr heterogenen Ausbildungsinhalten zu rechnen. Sonstige Hilfskräfte verfügen über keine formale Qualifikation.

Insbesondere dann, wenn sich aus der Berufsausbildung der einzusetzenden Pflegekräfte keine formale Qualifikation ergibt, ist die verantwortliche Pflegefachkraft dafür verantwortlich, dass die im Einzelfall erforderliche materielle Qualifikation vorliegt. Das ist der Fall, wenn die betroffene Pflegekraft über ausreichende Berufserfahrung in der Pflege verfügt und darüber hinaus die verantwortliche oder eine andere dazu autorisierte Pflegefachkraft (z.B. Praxisanleiterin) diese

- hinsichtlich der Eignung (Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten) überprüft hat
- im Sinne der Vermittlung erforderliche Kenntnisse und Fertigkeiten angeleitet hat
- bei der Leistungserbringung in angemessenen Zeitintervallen regelmäßig kontrolliert

"Beim Einsatz von Pflegehilfskräften ist (...) sicherzustellen, dass Pflegefachkräfte die fachliche Überprüfung des Pflegebedarfs, die Anleitung der Hilfskräfte und die Kontrolle der geleisteten Arbeit gewährleisten." (§ 18, Abs. 3, Satz 3 Rahmenvertragsempfehlung nach § 75 Abs. 5 SGB XI ambulante Pflege)

Fachliche Anleitung bedeutet insbesondere:

- Einarbeitung der Pflegehilfskräfte durch eine Pflegefachkraft anhand eines Einarbeitungskonzeptes
- regelmäßige dokumentierte und nachvollziehbare Pflegevisiten (Intervalle abhängig von der Pflegesituation)
- Ausführung der Pflege durch Pflegekräfte nach der Pflegeplanung durch eine Pflegefachkraft
- durchgehende Erreichbarkeit einer Pflegefachkraft während der Einsatzzeit der Hilfskräfte/angelernten Kräfte

Im Rahmen der Prüfung durch den MDK gilt die Qualifikation als erfüllt, wenn die Mitarbeiter entsprechend ihrer formalen Qualifikation eingesetzt werden. Liegt für entsprechende Aufgaben keine formale Qualifikation vor, ist im Rahmen der Prüfung durch den MDK festzustellen, ob eine materielle Qualifikation vorliegt.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- die eingesetzten Mitarbeiter die formale Qualifikation haben oder
- für eingesetzte Mitarbeiter ohne formale Qualifikation der Nachweis der materiellen Qualifikation (z.B. Fortbildung, Anleitung) vorliegt.

Literatur:

- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16. Juli 2003
 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Krankenpflege vom 10. November 2003
 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 16. Oktober 1985 (zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 27. April 1993)
 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Krankenpflegehelfer(innen) (KrPflhiAPrV) vom 28. November 2003 in NRW
 Dehong B, Andreas M, Bruns W (2003): Was bringt das neue Krankenpflegegesetz? Pflege- und Krankenhausrecht, 3, 18-20.
 Andreas M, Dehong B, Bruns W (2003): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Die Schwester/Der Pfleger.01, 76-79.
 Dielmann G (2000): Was wird aus der Krankenpflegehilfe-Ausbildung. Die Schwester/Der Pfleger. 12, 1055-1057.
 Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) in der geänderten Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003.
 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung –AltPflAPrV) vom 26. November 2002.
 BVG Urteil vom 24. Oktober 2002 Az 2 BvF 1/01.
 Siehe 3.1.1.2 und 3.1.3.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege in der Fassung vom 31.05.1996
 Rahmenvertragsempfehlung nach § 75 SGB XI für die ambulante Pflege vom 25. November 1996.
 Igl G (2000): Gibt es einen Königsweg zur berufsrechtlichen Festigung der Pflege? Kinderkrankenschwester, 2, 61-66.

12.12 Spiegelt die Pflegedokumentation die Anwendung von Standards/Richtlinien wider?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Für Pflege Themen, zu denen Expertenstandards (z.B. Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege) vorliegen, bilden diese den aktuellen Stand des Wissens ab.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- die Pflegeplanung einen Hinweis auf im Pflegedienst vorhandene Standards/Richtlinien enthält.

12.13 Wird die Durchführung der vereinbarten Maßnahmen dokumentiert und von den durchführenden Mitarbeitern mit Handzeichen bestätigt?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
a. alle durchgeführten Maßnahmen/Maßnahmenkomplexe abgezeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Datum und tageszeitliche Zuordnung ersichtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Abzeichnung durch durchführende Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. zeitnah abgezeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zum Nachweis kann ein Durchführungskontrollbogen, Durchführungsnachweis bzw. ein Leistungsnachweis dienen, in dem die durchzuführenden Pflegemaßnahmen differenziert beschrieben und aufgelistet sind. Die Durchführung der Pflegemaßnahmen wird mit Handzeichen und Uhrzeit zeitnah (zum Ende des Einsatzes) auf dem Durchführungskontrollblatt/Leistungsnachweis von den durchführenden Mitarbeitern dokumentiert.

Die Frage bezieht sich auf alle pflegerischen Maßnahmen.

Literatur:

- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996 Punkt 3.2.2.1
 MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Professionalisierung und Qualität in der Pflege. Essen.

		ja	nein	t.n.z.	E.
12.14	Enthält der Pflegebericht Angaben zu Veränderungen, Befindlichkeiten des Pflegebedürftigen, Reaktionen auf pflegerische Maßnahmen, Abweichungen von den vereinbarten Maßnahmen?				<input type="checkbox"/>
a.	regelmäßige Angaben zu Befindlichkeiten/Veränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Reaktionen und Abweichungen auf pflegerische Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Verlauf spiegelt sich wider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	nichtwertende Beschreibungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Der Pflegebericht gibt Auskunft über das Befinden des Pflegebedürftigen und dient der Information über Veränderungen. Die Eintragungen im Pflegebericht beziehen sich auf veränderte Probleme, Bedürfnisse und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen und der Bezugsperson im Hinblick auf die gesetzten Ziele. Sie stützen sich auf Beobachtungen der Pflegekraft und auf Äußerungen des Pflegebedürftigen und/oder seiner Bezugsperson im Hinblick auf die Pflegesituation. Darüber hinaus gibt der Pflegebericht über situationsbedingte Gründe für das Abweichen von der Pflegeplanung Auskunft. Die Eintragungen werden nichtwertend vorgenommen. Wenn keine Besonderheiten zu verzeichnen sind, weist der Pflegebericht keine täglichen Eintragungen auf.

Literatur:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996 Punkt 3.2.2.1

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Professionalisierung und Qualität in der Pflege. Essen.

		ja	nein	t.n.z.	E.
12.15	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

z.B. bei Stürzen oder akuten gesundheitlichen Veränderungen des Pflegebedürftigen Information des Arztes oder von Angehörigen.

		ja	nein	E.
12.16	Werden in der Pflegedokumentation Mehrfachdokumentationen vermieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Um mit möglichst geringem Aufwand und einer hohen Übersichtlichkeit die Pflegedokumentation in erforderlichem Umfang zu führen, sind Mehrfachdokumentationen (z.B. Dokumentation der Durchführung im Durchführungsnachweis und im Pflegebericht) zu vermeiden. Das parallele Führen von Übergabebüchern neben der Pflegedokumentation ist nicht sachgerecht, da diese keine ganzheitliche Informationsweitergabe ermöglichen.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn sich aus der Analyse der Pflegedokumentation und ggf. weiterer Dokumentationsinstrumente keine Mehrfachdokumentationen ergeben.

Literatur:

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Professionalisierung und Qualität in der Pflege. Essen.

		ja	nein	t.n.z.	E.
12.17	Wird bei Überleitungen in andere Versorgungsformen ein Überleitungsbogen angewandt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Gewährleistung eines zeitnahen und systematischen Informationstransfers bei Überleitungen in andere Versorgungsformen (z.B. Krankenhaus, stationäre Rehabilitationseinrichtung) sollte ein Pflegeüberleitungsbogen vorgehalten werden. Der Überleitungsbogen ist für eine Überleitung neben den Stammdaten mit aktuellen Informationen (z.B. Medikation, Hautzustand, pflegerischen Besonderheiten, gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen) auszufüllen.

Wenn aus der Pflegedokumentation oder aus dem Gespräch mit dem Pflegebedürftigen erkennbar ist, dass er in der Vergangenheit z.B. einen Krankenhausaufenthalt hatte, ist zu überprüfen, ob dabei ein Überleitungsbogen angewandt wurde.

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege ist für Krankenhäuser, Fach- und Rehabilitationskliniken entwickelt worden. Er bietet allerdings auch Orientierung für die ambulante Pflege.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- bei Überleitungen in andere Versorgungsformen ein Überleitungsbogen genutzt wurde und
- der Überleitungsbogen neben den Stammdaten relevante Informationen enthält.

Die Frage ist mit t.n.z. zu beantworten, wenn bei dem Pflegebedürftigen keine Überleitungen in andere Versorgungsformen stattgefunden haben.

Literatur:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996 Punkt 3.2.6

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Professionalisierung und Qualität in der Pflege. Essen.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung - Implementierung. Osnabrück.

13. Behandlungspflege

Die Fragen werden nur bearbeitet, wenn die entsprechenden behandlungspflegerischen Maßnahmen ärztlich verordnet wurden. Wenn keine der in diesem Kapitel genannten behandlungspflegerischen Maßnahmen erbracht werden, weiter mit Kapitel 14.

Die Verordnungsqualität und die Bewertung der Häufigkeit und Dauer der Verordnungen ist nicht Gegenstand der Qualitätsprüfung.

Der Pflegedienst kann behandlungspflegerische Leistungen nur fachlich korrekt durchführen, wenn der Vertragsarzt eine dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Verordnung ausgestellt hat. Sofern eine Verordnung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht, kann dies nicht dem Pflegedienst angelastet werden. Dies ist bei der Beurteilung der Pflegequalität durch den MDK zu beachten.

Es wird auf 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 in der Fassung vom 21.12.2004 verwiesen.

Anordnungen in der Pflegedokumentation sollten durch den Vertragsarzt per Handzeichen/Unterschrift abgezeichnet werden. Über die Frage, ob eine rechtliche Verpflichtung für den Vertragsarzt zur Dokumentation angeordneter medizinischer behandlungspflegerischer Maßnahmen in der Pflegedokumentation besteht, existieren in der juristischen Literatur unterschiedliche Einschätzungen.

Die Verantwortung für die Durchführung von Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege auf der Basis einer fachgerechten Dokumentation liegt beim Pflegedienst. Ist eine Dokumentation in der Pflegedokumentation durch den Vertragsarzt nicht möglich (z.B. im Notfall), sollte die mündliche Anordnung des Vertragsarztes (auch per Telefon) durch eine Pflegefachkraft entgegen genommen und nach dem VUG-Prinzip (**V**orlesen **u**nd **G**enehmigen lassen) dokumentiert werden.

Eindeutig dokumentiert ist eine behandlungspflegerische Maßnahme, wenn definiert ist, welche Maßnahme wann, wie und wie oft, womit durchgeführt werden soll, z.B. welches Medikament in welcher Konzentration zu welchen Zeiten wie häufig in welcher Applikationsform verabreicht wird oder welche Wunde wie häufig in welcher Form, mit welchen Medikamenten und welchem Verbandsmaterial versorgt werden soll.

Bei Versicherten, die ausschließlich Behandlungspflege erhalten, handelt die Pflegeeinrichtung im Rahmen des ärztlichen Therapie- und Behandlungsplanes. Die Pflegekraft führt hierüber entsprechende Nachweise, die Dokumentation von Besonderheiten wird gewährleistet und ggf. erfolgt eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt. Eine umfassende Dokumentation aller Schritte des Pflegeprozesses ist hier nicht erforderlich, da der Pflegedienst ausschließlich die Durchführung der Interventionen übernimmt, für die er vom behandelnden Arzt einen entsprechenden Auftrag erhalten hat. Die Verpflichtung zur Dokumentation im Bereich der häuslichen Krankenpflege ergibt sich aus den jeweiligen Verträgen der Krankenkassen. In jedem Fall ist aber eine umfassende In-

formationssammlung (z.B. ärztliche Diagnosen, Arztbriefe, Verlegungsberichte, Ansprechpartner im sozialen Umfeld) erforderlich, damit alle für die Leistungserbringung relevanten Daten berücksichtigt werden können.

Literatur:

Böhme H (1997): Haftungsfragen und Pflegeversicherungsgesetz. Haftung von Trägern, Pflegemanagement, Pflegefach- und Pflegehilfskräften. Forum Bd. 35, Köln, 41.

Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin, Referat Kranken- und Altenpflege (Hrsg.) (1993²): Pflege auf dem Prüfstand. Rechtsfragen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegenden. Rechtsgutachten erteilt durch Böhme H Berlin, 153 f.

Böhme H (1998): Rechtsfragen bei der Pflegeplanung und -dokumentation. In: Pflegen Ambulant, 1, 46-49.

Weiss T (1999): Akzeptanz und Wertschätzung. In: Altenpflege, 5, 48-49.

Weiss T (1999): Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Krankenpflegekräfte. In: Pflege- & Krankenhausrecht. 4, 98-101.

Großkopf R (1998): Die Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht. In: PflegeRecht 6, 126-131.

Böhme H & Jacobs P (1997): Rechtsfragen bei ärztlichen Anordnungen. In: Die Schwester Der Pfleger 2, 149-152.

Saffé M S & Sträßner H (1998): Die Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal aus haftungsrechtlicher Sicht. In: PflegeRecht 10-11, 226-230.

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Professionalisierung und Qualität in der Pflege. Essen.

13.1	Für welche Leistung der Behandlungspflege liegt eine ärztliche Verordnung vor?
a.	<input type="checkbox"/> keine
b.	<input type="checkbox"/> 6. Absaugen - Absaugen der oberen Luftwege - Bronchialtoilette (Bronchiallavage)
c.	<input type="checkbox"/> 8. Beatmungsgerät, Bedienen und Überwachen des
d.	<input type="checkbox"/> 9. Blasenspülung
e.	<input type="checkbox"/> 10. Blutdruckmessung
f.	<input type="checkbox"/> 11. Blutzuckermessung
g.	<input type="checkbox"/> 12. Dekubitusbehandlung
h.	<input type="checkbox"/> 13. Drainagen, Überprüfen von, Versorgen
i.	<input type="checkbox"/> 14. Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung
j.	<input type="checkbox"/> 15. Flüssigkeitsbilanzierung
k.	<input type="checkbox"/> 16. Infusionen, i. v.
l.	<input type="checkbox"/> 17. Inhalation
m.	<input type="checkbox"/> 18. Injektionen - i. m. - s. c.
n.	<input type="checkbox"/> 19. Injektionen, Richten von
o.	<input type="checkbox"/> 20. Instillation
p.	<input type="checkbox"/> 21. Kälteträger, Auflegen von
q.	<input type="checkbox"/> 22. Katheter Versorgung eines suprapubischen
r.	<input type="checkbox"/> 23. Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins
s.	<input type="checkbox"/> 24. Krankenbeobachtung, spezielle
t.	<input type="checkbox"/> 25. Magensonde, Legen und Wechseln
u.	<input type="checkbox"/> 26. Medikamentengabe, (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen) - Richten von ärztlich verordneten Medikamenten - Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten ○ über den Magen-Darmtrakt (auch über die Magensonde) ○ über die Atemwege ○ über die Haut und Schleimhaut ▪ als Einreibung ▪ als Bad zur Behandlung von Hauterkrankungen ▪ zur Behandlung des Mundes ▪ zur Behandlung des Auges
v.	<input type="checkbox"/> 27. Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), Versorgung bei
w.	<input type="checkbox"/> 28. Stomabehandlung
x.	<input type="checkbox"/> 29. Trachealkanüle, Wechseln und Pflege der
y.	<input type="checkbox"/> 30. Venenkatheter, Pflege des zentralen
z.	<input type="checkbox"/> 31. Verbände - Anlegen und Wechseln von Wundverbänden - Anlegen eines Kompressionsverbandes - An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen II -IV - Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden

13.2	Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen?	ja	nein	t.n.z.	E.
a.	Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Hygienische Grundsätze werden beachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Frage bezieht sich auf Nr. 6 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

Je nach Menge und Beschaffenheit des Bronchial- und Trachealsekretes ist eine Bronchialtoilette durch Absaugen erforderlich, wenn der Pflegebedürftige nicht in der Lage ist, sein Sekret abzuhusten. Der endotracheale Absaugvorgang erfolgt nach den aktuellen medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen unter Berücksichtigung der hygienischen Kautelen. Dabei gilt der Grundsatz: „Soviel wie nötig – so wenig wie möglich!“ Eine hygienische Händedesinfektion ist vor und nach dem endotrachealen Absaugen vorzunehmen. Zum endotrachealen Absaugen sind keimarme Einmalhandschuhe zu tragen. Der Absaugkatheter muss steril sein, zu jeder neuen Absaugung ist ein neuer Einmalkatheter zu verwenden. Die Beschaffenheit des Sekretes (Menge, Aussehen, Häufigkeit, Blutbeimengungen) muss beobachtet und in der Pflegedokumentation dokumentiert werden. In Abhängigkeit von der Häufigkeit der Durchführung ist ein Absaugprotokoll zu empfehlen.

Die durchgeführten Maßnahmen müssen in der Pflegedokumentation nachvollziehbar sein.

Literatur:

Hubert A (2002): Das Tracheostoma. In: Pflegen Ambulant, 1, 20-23.

Kasper M, Kraut D (2000): Atmung und Atemtherapie - Ein Praxishandbuch für Pflegende. Bern et al.

Kirsch F et al. (2002): Fachpflege Beatmung - Überwachung und Pflege des beatmeten Patienten. München, Jena.

Keim M (2001): Cuffinduzierte Trachealschäden 1. Teil. In: Die Schwester/Der Pfleger, 2, 156-161.

Keim, M (2001): Cuffinduzierte Trachealschäden 2. Teil. In: Die Schwester/Der Pfleger, 3, 252-255.

Lobnig M, Hambücker J. (2003): Beatmung - Praxishandbuch für Pflegende. Bern et al.

Öffentlicher Gesundheitsdienst Mecklenburg-Vorpommern (Stand Februar 2001): Hygienegrundsätze in Alten- und Pflegeheimen.

Prävention der nosokomialen Pneumonie (2002): Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut. BGBl. 43, 302-309.

	ja	nein	l.n.z.	E.
13.3 Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Hygienische Grundsätze werden beachtet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>regelmäßige Funktionsüberprüfung des Beatmungsgerätes nach Herstellerangaben</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 8 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

Das Beatmungsgerät sowie das Zubehör sind entsprechend der Begriffsbestimmung des Gesetzes Medizinprodukte und unterliegende damit den Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes bezüglich Funktion, Haftung und Eichung.

Neben einem funktionierenden Beatmungsgerät, dass regelmäßig daraufhin überprüft werden muss, ist eine effektive Atemgaserwärmung und -befeuchtung erforderlich, um eine Schädigung des Atemtraktes zu vermeiden. Bei Benutzung eines Atemgasbefeuchters ist die regelmäßige Befüllung der Kaskade mit sterilem Wasser durchzuführen. Kondenswasser sollte regelmäßig aus den Schläuchen und Wasserfallen entfernt werden; auf das Tragen von Einmalhandschuhen und strikte Händehygiene ist zu achten.

Der Wechsel der Beatmungsschläuche, Kaskaden (oder des Beatmungsfilters) sowie der Wasserfallen erfolgt entsprechend gültiger Hygienevorschriften. Demnach ist ein täglicher Wechsel der Beatmungsschläuche im Vergleich zu einem zweitägigen Wechselintervall mit einer höheren Pneumonierate verbunden, so dass in der Vergangenheit ein Wechsel frühestens nach 48 Stunden empfohlen wurde. Weitere Untersuchungen konnten zeigen, dass die Pneumonierate auch nicht ansteigt, wenn der Wechsel der Schläuche erst nach bis zu sieben Tagen vorgenommen wird. Da in der Zeit des Systemwechsels keine Beatmung durchgeführt werden kann, ist die manuelle Beatmung durch einen Dritten mit Ambubeutel sicherzustellen.

Der Cuffdruck ist wegen der Gefahr der Entstehung von Druckulcera und der Aspirationsgefahr insbesondere bei der oralen Nahrungsaufnahme oder Sondenkostgabe besonders zu beachten. Gemessen wird der Cuffdruck mit einem Cuff-Manometer. Die Werte sind ebenso wie die Vitalwerte, Beatmungsparameter und die Einstellungen des Beatmungsgerätes sorgfältig in regelmäßigen Zeitabständen zu dokumentieren. Nur die Evaluation der Werte und die Blutgasanalyse bzw. Messung der Sauerstoffsättigung durch einen Pulsoxymeter lassen Rückschlüsse auf eine sachgerechte bzw. eine erforderliche Veränderung der Einstellung des Beatmungsgerätes zu. Die Einstellung des Beatmungsgerätes sollte von Fachpersonal vorgenommen werden.

Literatur:

Bienstein C, Klein G, Schröder G (Hrsg.) 2000: Atmen. Die Kunst der pflegerischen Unterstützung der Atmung. Stuttgart, New York.

Lawien P (Hrsg.) 1989: Praxis der Intensivbehandlung, Stichwort Beatmung, Beatmungsgeräte. Stuttgart, New York.

Menche N (Hrsg.) 2004: Pflege Heute, Stichwort Beatmung. München. Jena, 1419 ff.

Neander K, Meyer G, Friesacher H (Hrsg.) (1999): Handbuch der Intensivpflege. Pflegerische Praxis und medizinische Grundlagen. Ein Lehr- und Arbeitsbuch für Mitarbeiter auf Intensivstationen. Landsberg.

Zweites Gesetz zur Änderung des Medizinproduktegesetzes (2. MPG-ÄndG).

Wolff G (1983): Die künstliche Beatmung auf Intensivstationen. Berlin et al.

Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (2000): Prävention der nosokomialen Pneumonie. Bundesgesundheitsbl., 43, 302-309.

MDS (2004): Langzeitbeatmung und Langzeitsauerstofftherapie. Arbeitshilfe zur sozialmedizinischen Begutachtung in der MDK-Gemeinschaft. Essen.

13.4 Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?		ja	nein	l.n.z.	E.
a.	Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Hygienische Grundsätze werden beachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 9 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

Eine Indikation zu Blasenspülungen besteht bei akuten (Zustand nach Blasenoperationen) oder chronischen Blutungen (malignen Tumoren der Harnwege oder der Harnblase) in die Harnblase, bei der es durch die Bildung von Blutkoageln zu Verstopfungen von Blasenkathe tern kommen kann. Blasenspülungen bei anderen Indikationen sind umstritten.

Die Verordnung von Blasenspülungen als Maßnahme der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V zum Zwecke der Behandlung/Prophylaxe von Infektionen oder Inkrustationen ist medizinisch nicht zu empfehlen. Bei dieser Maßnahme überwiegen die Nachteile gegenüber den Vorteilen. Weder Infektionen noch Inkrustationen sind hiermit dauerhaft zu verhindern noch zu therapieren.

Literatur:

Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (1999): Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle Katheterassoziierter Harnwegsinfektionen; Bundesgesundheitsbl, 42, 806-809.

Zastrow C von (2004): Die Verordnung von Blasenspülungen als Maßnahme der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. o.O.

	ja	nein	t.n.z.	E.
13.5 Wird mit der Blutdruckmessung bei Vorliegen einer Hypertonie sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 10 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

	ja	nein	t.n.z.	E.
13.6 Wird mit der Blutzuckermessung bei Vorliegen eines Diabetes mellitus sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 11 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

	ja	nein	t.n.z.	E.
13.7 Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 13 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

	ja	nein	t.n.z.	E.
13.8 Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 14 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

Bei Einläufen, Klistieren und Klysmen werden verschiedene Flüssigkeiten in unterschiedlicher Menge durch den Anus in den Enddarm eingebracht, um durch die dadurch verursachte mechanische Reizung eine Entleerung des Darmes zu erreichen. Eine digitale Enddarmausräumung ist erforderlich, wenn die mechanische Reizung durch Flüssigkeiten zur Darmentleerung nicht mehr ausreicht, sondern eine manuelle Ausräumung des verhärteten Kotes erforderlich ist.

13.9	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	ja	nein	t.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 15 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom (21.12.2004).

13.10	Wird mit i.v.-Infusionen sachgerecht umgegangen?	ja	nein	t.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 16 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

13.11	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	ja	nein	t.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 17 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

13.12	Wird mit Injektionen sachgerecht umgegangen?	ja	nein	t.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 18 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

13.13	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	ja	nein	t.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 19 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

	ja	nein	l.n.z.	E.
13.14 Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 20 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

	ja	nein	l.n.z.	E.
13.15 Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 21 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

	ja	nein	l.n.z.	E.
13.16 Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 24 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

	ja	nein	l.n.z.	E.
13.17 Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 25 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

13.18 Wird mit der Medikamentengabe sachgerecht umgegangen?		ja	nein	t.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Applikationsform</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Dokumentation des vollständigen Medikamentennamens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Dosierung und Häufigkeit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	<i>tageszeitliche Zuordnung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f.	<i>Bedarfsmedikation in der Pflegedokumentation festgehalten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	<i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 26 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

Die Frage bezieht sich auch auf verordnete Bedarfsmedikamente. Um die Bedarfsmedikation sachgerecht umsetzen zu können, muss in der Pflegedokumentation festgehalten sein, bei welchen Symptomen, welches Medikament in welcher Einzel- und bis zu welcher Tageshöchstdosierung zu verabreichen ist.

Bei dieser Frage ist zu überprüfen, ob für alle verabreichten Medikamente eine ärztliche Anordnung vorliegt. Wenn der Pflegebedürftige die Einnahme nicht rezeptpflichtiger Medikamente nicht mehr eigenverantwortlich beurteilen kann und diese vom Pflegedienst verabreicht werden, ist dies mit dem Hausarzt abzustimmen sowie zu dokumentieren (ggf. Betreuer beachten).

13.19 Wird mit der Stomabehandlung sachgerecht umgegangen?		ja	nein	t.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 28 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

13.20 Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?		ja	nein	t.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Hygienische Grundsätze werden beachtet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	<i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 29 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

Ein regelmäßiger Verbandswechsel mit einer entsprechenden Hautpflege des Tracheostoma ist unter aseptischen Bedingungen erforderlich. Bei dem Verbandswechsel ist auf Veränderungen der parastomalen Haut bzw. auf Komplikationen zu achten (z.B. Infektion, Druckulzera, Hautemphysem, Blutung, Läsion der Trachea). Diese werden in der Pflegedokumentation differenziert beschrieben, ebenso ist der Arzt zu benachrichtigen. Ziel ist es, das Tracheostoma und die unmittelbare Umgebung sauber und trocken zu halten, sowie Schäden der Haut um das Tracheostoma herum zu verhindern.

Hinsichtlich des Intervalls des Verbandswechsels sind grundsätzlich die ärztliche Anordnung sowie die Wundverhältnisse bzw. der Sekretfluss zu berücksichtigen. In der Literatur wird die Durchführung des Verbandswechsels einmal täglich und zusätzlich bei Bedarf empfohlen, da der Verband bzw. die Fixierungsbändchen oft mit Speichel, Trachealsekret oder Waschwasser in Kontakt kommen.

Nach der Reinigung wird das Tracheostoma verbunden und neu fixiert. Für den Verband stehen verschiedene Produkte zur Verfügung (z. B. Y-Fließkompressen oder Polyurethane-Schaum). Achtung: Bei von Hand eingeschnittenen Kompressen kann leicht Kompressenmaterial in die Wunde gelangen.

Zum Verbandswechsel gehört ebenso die Lagekontrolle der Kanüle. Die Fixierung der Trachealkanüle soll unbeabsichtigte Lageveränderungen der Kanüle verhindern. Erfahrungsgemäß ist die Fixierung optimal, unter der gerade zwei nebeneinander liegende Finger eingeschoben werden können.

Wenn eine Innenkanüle verwendet wird, wird diese je nach Bedarf, mehrmals täglich aus der Außenkanüle herausgenommen, gereinigt und anschließend wieder eingesetzt. Die Trachealkanülenpflege und regelmäßige Reinigung des Innenlebens ist besonders wichtig, um eine Okklusion zu vermeiden.

Eine regelmäßige sowie sorgfältige Zahn- und Mundpflege ist gerade bei Pflegebedürftigen mit einem Tracheostoma mehrmals täglich erforderlich.

Die Funktionen der Nase fallen bei einem tracheotomierten Menschen weg. Durch Austrocknung der Schleimhaut kann es zur Bildung von Borken kommen, die das Lumen der Trachea verlegen. Deshalb ist eine konsequente Schleimhautbefeuchtung sehr wichtig.

Um mit dem Pflegebedürftigen angemessen kommunizieren zu können, sollten die Kommunikationshindernisse des Pflegebedürftigen, aber auch seine Ressourcen/Fähigkeiten erkannt und eingeschätzt werden. Es ist notwendig, geeignete Kommunikationshilfsmittel (z. B. Schreibutensilien, Symboltafeln, -karten, Löschtafeln etc.) zu kennen und diese entsprechend der Situation des Pflegebedürftigen einzusetzen.

Der Tracheotomierte kann essen und trinken, sofern keine Schluckstörungen oder Kontraindikationen aufgrund seiner Erkrankung vorliegen.

Die durchgeführten Maßnahmen müssen in der Pflegedokumentation nachvollziehbar sein.

Literatur:

Hubert A (2002): Das Tracheostoma. In: Pflegen Ambulant, 1, 20-23.

Kasper M, Kraut D (2000): Atmung und Atemtherapie - Ein Praxishandbuch für Pflegenden. Bern et al.

Kirsch F et al. (2002): Fachpflege Beatmung - Überwachung und Pflege des beatmeten Patienten. München, Jena.

Keim M (2001): Cuffinduzierte Trachealschäden 1. Teil. In: Die Schwester/Der Pfleger, 2, 156-161.

Keim, M (2001): Cuffinduzierte Trachealschäden 2. Teil. In: Die Schwester/Der Pfleger 3, 252-255.

Lobnig M, Hambücker J (2003): Beatmung - Praxishandbuch für Pflegenden. Bern et al.

Öffentlicher Gesundheitsdienst Mecklenburg-Vorpommern (Stand Februar 2001): Hygienegrundsätze in Alten- und Pflegeheimen.

Prävention der nosokomialen Pneumonie (2002): Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut. BGBl. 43, 302-309.

		ja	nein	l.n.z.	E.
13.21	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 30 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

13.22 Wird mit frischen Wunden sachgerecht umgegangen?		ja	nein	t.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Hygienische Grundsätze werden beachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 31 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

Definition einer Wunde

Eine Wunde ist eine durch äußere Einflüsse (operativer Eingriff, mechanische Gewalteinwirkung, thermische Einflüsse) entstandene Durchtrennung oder Zerstörung der Haut sowie der darunter liegenden Gewebeschichten.

Formen der Wundheilung

Primäre Wundheilung: chirurgisch versorgte Wunden nach Operationen oder Verletzungen heilen unter minimaler Narbenbildung innerhalb kurzer Zeit ab (10-14 Tage)

Sekundäre Wundheilung:

- bei Schürfverletzungen
- bei Stich-, Quetsch-, Platzwunden, die nicht chirurgisch versorgt werden können
- bei Hauterstörungen durch thermische Einflüsse.

Bei diesen Wundarten wird der Wunddefekt langsam durch Granulationsgewebe aufgefüllt und dann in eine Narbe umgewandelt

Pflegerische Behandlung der Wunden

Primäre Wundheilung:

Abdeckung der Wunde mit sterilem Pflaster oder sterilen Kompressen entsprechend der ärztlichen Anordnung. Die sterilen Kompressen werden mit einem Pflasterverband oder einem Schlauchverband fixiert. Die Häufigkeit der Verbandwechsel erfolgt entsprechend der ärztlichen Anordnung. Der Verbandwechsel erfolgt immer unter sterilen Kautelen.

Sekundäre Wundheilung:

Abdecken der Wunde mit einem sterilen Fettgazeverband oder Auftragen einer Salbe entsprechend der ärztlichen Anordnung. Über die Fettgaze oder die Salbe erfolgt eine Abdeckung der Wunde mit sterilen Kompressen, die mit einem Pflaster- oder Schlauchverband fixiert werden. Die Häufigkeit der Verbandwechsel erfolgt entsprechend der ärztlichen Anordnung. Der Verbandwechsel erfolgt immer unter sterilen Kautelen.

In bestimmten Fällen ist neben dem chirurgischen Wundverband auch eine elastische Wicklung des Wundgebietes oder die Ruhigstellung der betroffenen Extremität auf einer Kramer- oder Gipsschiene erforderlich. Die elastische Wicklung bzw. die Ruhigstellung auf der betreffenden Schiene erfolgt entsprechend der ärztlichen Anordnung.

Störungen der Wundheilung

Wundinfektionszeichen bei **primärer** Wundheilung:

- Rötung und Überwärmung im Bereich der Wunde und der Wundumgebung
- Zunehmende Schmerzen im Bereich der Wunde
- Nässen der Wunde
- Schwellung des Wundgebietes
- Geruchsbildung.

Wundinfektionszeichen bei **sekundärer** Wundheilung:

- Zunahme der Rötung und Schwellung der Wundränder
- Zunehmende Schmerzen im Bereich der Wunde
- Schmierig – eitrige Veränderung des Wundgrundes mit Zunahme des Exsudates
- Schwellung des Wundgebietes
- Geruchsbildung.

Pflegeassessment für die behandlungspflegerisch zu versorgende Wunde

- Sammlung aller relevanten Informationen über die vorliegende Wunde (Entstehung der Wunde, Operations- tag, Unfalltag, ärztliche Diagnosen, Arztbriefe, Verlegungsberichte)
- Wundbeschreibung

Pflegeziele

Bei primärer Wundheilung:

- Vermeidung einer Wundinfektion
- Abheilung der Wunde in der physiologischen Wundheilungszeit (10 bis 14 Tage).

Bei sekundärer Wundheilung:

- Vermeidung einer Superinfektion der Wunde
- Abheilung der Wunde in angemessener Zeit. Die Heilungsdauer ist abhängig von der Größe und der Tiefe der Wunde. Die Bestimmung der „angemessenen“ Dauer erfolgt durch den behandelnden Arzt.

Durchführung der Maßnahmen

Alle Maßnahmen zur Wundbehandlung werden einheitlich durchgeführt und dokumentiert. Bei Auftreten von Störungen in der Wundheilung ist eine unverzügliche Information des behandelnden Arztes erforderlich, dies gilt insbesondere bei primär heilenden Wunden. Eine Wunddokumentation ist zu führen. Die Wundbehandlung ist dann entsprechend den ärztlichen Anordnungen wie bisher weiterzuführen oder gegebenenfalls zu ändern.

Literatur:

Daumann S (2003): Wundmanagement und Wunddokumentation. Stuttgart.
Eibl-Eibesfeldt B, Kessler S (1997): Verbandslehre. München, Wien, Baltimore.

	ja	nein	l.n.z.	E.
13.23 Wird mit chronischen Wunden (z.B. Ulcus cruris) sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Gezielte Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Hygienische Grundsätze werden beachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. differenzierte Wunddokumentation (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Auswertung der Nachweise (z.B. Wunddokumentation) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen und ggf. Information an den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 31 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

Die Informationssammlung umfasst hier neben den allgemeinen Daten insbesondere Ort und Zeitpunkt der Entstehung der Wunde.

Chronische Wunden sind definiert als Wunden mit verzögerter Wundheilung und langwierigem, kompliziertem Heilungsverlauf. Von chronischen Wunden spricht man frühestens dann, wenn die Wundheilung länger als acht Wochen dauert. Zu den chronischen Wunden gehören der Dekubitus, das Gangrän und das Ulcus cruris. Der Umgang mit einem Dekubitus wird unter der Frage 14.2 behandelt.

Gangrän

Arterielle Durchblutungsstörungen im fortgeschrittenen Stadium (wenn auch im Ruhezustand keine ausreichende Durchblutung mehr erfolgt) können zu einer Mangelversorgung des Hautgewebes vor allem im Bereich der Füße und der Zehen führen. Die Minderversorgung führt zur Schädigung und schließlich zum Absterben der betroffenen Gewebeareale. Die geschädigten bzw. abgestorbenen Hautareale werden als Gangrän bezeichnet. Es wird unterschieden zwischen trockener und feuchter Gangrän.

Trockene Gangrän

Nekrose, die abtrocknet; aufgrund des Flüssigkeitsverlustes schrumpft das Gewebe.

Feuchte Gangrän

Nekrose, bei der sich das Gewebe aufgrund einer bakteriellen Infektion verflüssigt und bläulich verfärbt.

Ulcus cruris

Bei einer chronisch venösen Insuffizienz kann es durch den erhöhten Venendruck zu einer Schädigung von Hautarealen vor allem im Bereich der Unterschenkel kommen. Im Bereich der geschädigten Hautareale kann es zur Ausbildung von Unterschenkelgeschwüren (Ulcus cruris) mit massiven und schlecht heilenden Hautdefekten kommen.

Wundbehandlung bei Gangrän und Ulcus cruris

Nach dem derzeit gültigen Wissensstand werden die besten Ergebnisse bei der Behandlung von chronischen Wunden durch Feuchtverbände erreicht. Hiermit werden folgende Ziele verfolgt:

- Schmerzlinderung
- Aufrechterhaltung des physiologischen Wundmilieus, das Austrocknen der Wundoberfläche wird verhindert
- Förderung der Mechanismen und Faktoren, die den Gewebenaufbau unterstützen
- Wundreinigung (Aufweichen von Nekrosen, Ablösung abgestorbener Gewebeareale)
- Verkleinerung der Wundfläche
- Vermehrung des Granulationsgewebes
- Vermeidung der Verklebung von neu gebildetem Gewebe mit dem Verband

Als Feuchtverbände kommen sowohl in physiologischer Kochsalzlösung getränkte Kompressen in Frage als auch Hydrogele, Hydrokolloide, Alginate oder Polyuretanschäume. Die Wundbehandlung erfolgt immer entsprechend der ärztlichen Verordnung.

Hygiene in der Wundbehandlung

Die Wundversorgung bei Gangrän oder Ulcus cruris erfolgt immer unter sterilen Kautelen. Trotz der immer bestehenden Keimbildung von chronischen Wunden kann es durch eine unhygienische Versorgung zur Verzögerung der Wundheilung und zur Sekundärinfektion der Wunden durch andere Keime kommen.

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Anordnung wird nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit den Pflegemitarbeitern.

Literatur:

Daumann S (2003): Wundmanagement und Wunddokumentation. Stuttgart.

Eibl-Eibesfeldt B, Kessler S (1997): Verbandlehre. München, Wien, Baltimore.

Panfil E M, Mayer H, Evers G (2004): Entwicklung des „Wittener Aktivitätenkatalogs der Selbstpflege bei venös bedingten offenen Beinen“. Pflege, 17, 18-25.

Protz K (2004): Ulcus cruris venosum. Forum Sozialstation, 2, 38-42.

	ja	nein	l.n.z.	E.
13.24 Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Gezielte Informationssammlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. <i>Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. <i>Durchführung der Maßnahme im verordneten Umfang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Die Frage bezieht sich auf Nr. 31 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

Grundsätze beim Anlegen von Kompressionsverbänden sind:

1. Anlegen des Verbandes nur im Liegen bei entstauten Venen und abgeschwollenen Beinen.
2. Ein Kompressionsverband muss immer von distal nach proximal gewickelt werden.
3. Die Vorspannung und damit der Ruhedruck sollten von distal nach proximal abnehmen, sonst kommt es zur distalen Stauung.
4. Der Verband muss faltenfrei angelegt werden.
5. Der Patient soll sich im Verband wohlfühlen.

Ist eine kontinuierliche Kompressionsbehandlung der unteren Extremitäten erforderlich, ist der Einsatz von Kompressionsstrümpfen oder Kompressionsstrumpfhosen angezeigt.

Es gibt vier Kompressionsklassen.

Kompressionsklasse I

Leichte Kompression (20 mm Hg). Geeignet zur Thromboseprophylaxe bei bettlägerigen Patienten. Vermindert bei gehfähigen Patienten das Schwere- und Müdigkeitsgefühl in den Beinen, ist aber zur eigentlichen Varikosebehandlung zu schwach.

Kompressionsklasse II

Mittelkräftige Kompression (30 mm Hg). Geeignet bei leichten Oedemen und stärkeren subjektiven Beschwerden bei mäßiger Varikose.

Kompressionsklasse III

Kräftige Kompression (40 mm Hg). Geeignet bei stark ausgeprägten Varizen, beim postthrombotischen Syndrom und beim Lymphoedem.

Kompressionsklasse IV

Sehr kräftige Kompression (60 mm Hg). Geeignet bei besonders schweren Fällen von therapieresistentem, ausgeprägtem Lymphoedem.

Kompressionsstrümpfe sollen morgens vor dem Aufstehen angelegt werden. Strümpfe der Kompressionsklassen III und IV können nur sehr schwer und oft nur mit fremder Hilfe angezogen werden. Damit der Strumpf besser über den Fuß gleitet, werden z.B. glatte seidene Kunstpantoffeln als Anziehhilfe unter dem Strumpf angezogen. Ist der Strumpf angelegt, werden die Pantoffeln durch das offene Zehenende des Strumpfes entfernt. Die Strümpfe werden so weit wie möglich nach oben gezogen, um einen faltenfreien Sitz zu sichern. Strümpfe, die bis zum Oberschenkel reichen, müssen dort an mindestens drei Punkten durch ein Mieder oder ein Strumpfband gehalten werden, um ein Abrutschen zu vermeiden.

Literatur:

Eibl-Eibesfeldt B, Kessler S (1997): Verbandslehre. München, Wien, Baltimore.

SEG 2 Pflege (Hrsg.) (2005): Grundsatzstellungnahme zum An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. München, Münster.

14. Auf den Pflegebedürftigen bezogene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität

Wenn im Rahmen der Ist-Erhebung im Kapitel 11 Risiken zur Entstehung von Druckgeschwüren, Kontrakturen etc. festgestellt wurden, sind die entsprechenden Fragen in diesem Kapitel zu bearbeiten. Sind keine Risiken festgestellt worden, treffen die Fragen nicht zu und werden im Rahmen des EDV-Systems ausgeblendet.

Die Fragen, die Behandlungspflegen betreffen, treffen nur zu, wenn entsprechende Leistungen verordnet wurden. Die Verordnungsqualität und die Bewertung der Häufigkeit und Dauer der Verordnungen ist nicht Gegenstand der Qualitätsprüfung.

Die Beurteilung der Qualität der pflegerischen Versorgung ist immer davon abhängig, welche Leistungen der Pflegebedürftige mit dem Pflegedienst vereinbart hat. Wenn Leistungen aus Sicht des Gutachters für den Pflegebedürftigen erforderlich sind, von diesem aber nicht abgefragt werden, kann dies dem Pflegedienst nur dann als Qualitätsmangel angelastet werden, wenn er die Diskrepanzen zwischen Hilfebedarf und abgefragten Leistungen in der Pflegedokumentation nicht festgehalten hat. Die diesbezügliche Beratungsleistung des Pflegedienstes und ggf. die erforderliche Information insbesondere des Hausarztes und der Pflegekasse muss nachvollziehbar sein.

Ist vor der Leistungserbringung z.B. eine unzureichende Versorgung durch den Pflegedienst erkennbar, ist eine zeitnahe Information an den Hausarzt oder die Pflegekasse erforderlich. Darüber hinaus kann bei der Evaluation des Pflegeprozesses und sich daraus ergebenden Anpassungen der Versorgung des Versicherten ggf. eine Information an den Hausarzt erforderlich sein.

	ja	nein	l.n.z.	E.
14.1 Wird bei Dekubitusgefahr mit dieser Situation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite werden erkannt (einschließlich Risikofaktoren wie Ess- und Trinkverhalten, Inkontinenz oder Hautpflege-Problemen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. systematische Dekubitusrisikoerkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Pflegebedürftiger/Pflegepersonen werden über Risiken, geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Bewegungsplanung, Einsatz von Hilfsmitteln, Ernährung, Flüssigkeitsversorgung, Hautinspektion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Durchführung der vereinbarten Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Auswertung der Nachweise (z.B. Risikoerkennung, Bewegungsplan) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. Information Hausarzt und Pflegekasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. haut- und gewebeschonende Lagerungs- und Transfertechniken werden angewendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ein bestehendes Dekubitusrisiko wird ggf. mit Hilfe einer Skala zur Ermittlung des Dekubitusrisikos (z.B. Braden-Skala, Medley-Skala) erkannt und eingeschätzt. Die Anwendung solcher Skalen erleichtert die Einschätzung des Dekubitusrisikos, bereits bevor eine Rötung eingetreten ist. Ebenso erleichtert die Nutzung solcher Skalen die laufende Dokumentation. Die mit Abstand am häufigsten und in unterschiedlichen Settings getestete Skala ist die Braden-Skala. Die Einschätzung des Dekubitusrisikos sollte bei allen Pflegebedürftigen erfolgen, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags und danach in individuell festgelegten Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität und des Druckes u.a. mit Hilfe einer standardisierten Einschätzungsskala.

Eine aktuelle systematische Einschätzung des Dekubitusrisikos liegt vor.

Erforderliche Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe werden in der Pflegeplanung berücksichtigt. Maßnahmen zur Erleichterung der Eigenbewegung und Nutzung der Bewegungsreserven der Pflegebedürftigen sind dabei von besonderer Bedeutung.

Erforderliche Lagerungen/Maßnahmen zur Bewegungsförderung werden über einen Bewegungsplan unter Berücksichtigung der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt und dokumentiert. Die Intervalle zur geplanten Bewegungsförderung/Druckentlastung müssen individuell bestimmt und planmäßig durchgeführt werden. Der Hautzustand ist regelmäßig einzuschätzen und das Ergebnis zu dokumentieren.

Zur Vermeidung zusätzlicher Hautverletzungen durch inadäquate Lagerungs- und Transfertechniken ist es notwendig, geeignete Techniken (z.B. Bobath, Kinästhetik) nicht nur theoretisch zu erlernen, sondern auch einzuüben. Die Anwendung der haut- und gewebeschonenden Lagerungs-, Bewegungs- und Transfertechniken kann durch die Prüfer während der Prüfung des Pflegezustandes wahrgenommen werden.

Geeignete Lagerungsformen sind insbesondere die 30°-Schräglagerung, die 135°-Schräglagerung, die schiefe Ebene, die 5-Kissen- und 3-Kissen-Lagerung, die V-, A-, T- und I-Lagerung.

Bei bestehendem Dekubitusrisiko werden Lagerungshilfen und ggf. Antidekubitusmatratzen eingesetzt. Antidekubitusmatratzen ersetzen grundsätzlich nicht die regelmäßige Umlagerung/Bewegung des Pflegebedürftigen. Die Antidekubitusmatratzen sind entsprechend der Herstellerangaben einzusetzen (z.B. bei Wechseldruckmatratzen Anpassung der Druckeinstellung an das Körpergewicht). Grundsätzlich sollte das Lagern eines Pflegebedürftigen die Selbstständigkeitsförderung bzw. -erhaltung zum Ziel haben. Von besonderer Bedeutung ist die unverzügliche Anwendung einer für den Pflegebedürftigen geeigneten, druckreduzierenden Unterlage bzw. druckreduzierender Hilfsmittel. Eine Schaumstoffmatratze reicht oft neben der Berücksichtigung weiterer prophylaktischer Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs aus. Wenn die Lagerung auf einer Normalmatratze nicht ausreicht, sollten Spezialmatratzen oder Spezialbetten benutzt werden. Je mehr Lagerungshilfsmittel eingesetzt werden, desto immobil wird der Pflegebedürftige. Weich- und Hohllagerung führen eher zu einer Immobilität. Um den Auflagedruck möglichst gering zu halten, sollte soviel Körperoberfläche wie möglich aufliegen. Da bei der Oberkörperhochlagerung die Dekubitusgefährdung extrem zunimmt, wenn die Hüftbeugung nicht mit der Bettabknickung übereinstimmt, sollte auf eine korrekte Hüftabbeugung geachtet werden.

Ungeeignete Hilfsmittel zur Lagerung sind Lagerungsringe (Druckerhöhung an den Rändern), Felle, Watteverbände und Wassermatratzen (Wirksamkeit nicht nachgewiesen oder unwirksam).

Soweit möglich wird der Pflegebedürftige mobilisiert.

Es ist besonders auf eine ausreichende Flüssigkeits- und Eiweißzufuhr zu achten. Empfohlen wird für eine wirksame Dekubitusprophylaxe eine ausreichende Zufuhr von Flüssigkeit, Kohlenhydraten, Eiweiß, Vitaminen und Spurenelementen wie Zink und Eisen. Bei bestehendem Dekubitusrisiko sollte das individuelle Ess- und Trinkverhalten beurteilt werden. Maßnahmen zur Deckung des individuellen Bedarfs sind zu planen (z.B. Förderung der Wachhalt des Pflegebedürftigen, Förderung der selbständigen Nahrungsaufnahme, Anregung des Appetits).

Eine fachgerechte Hautpflege wird durchgeführt. Seifen sollten möglichst nur bei groben Verschmutzungen eingesetzt werden. Werden Seifen oder andere Waschzusätze benutzt, sollte mit klarem Wasser nachgewaschen werden. Bei trockener Haut sollten keine Seifen eingesetzt und nach dem Waschen sollte die Haut nachgefettet werden. In der Regel eignen sich hierzu W/O-Präparate (Wasser-in-Öl-Präparate) am besten.

Um die Eigenverantwortlichkeit und Selbstpflegekompetenz der Pflegebedürftigen zu erhöhen, sind diese über das Dekubitusrisiko und erforderliche Maßnahmen zu informieren.

Es ist sicherzustellen, dass alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten das Dekubitusrisiko und die notwendigen Maßnahmen kennen. Dies setzt voraus, dass in der Pflegedokumentation alle erforderlichen Informationen nachvollziehbar hinterlegt sind.

Die Fragen zur Dekubitusprophylaxe und zur Dekubitustherapie können bei einem Pflegebedürftigen mit einem bestehenden Dekubitus beide zutreffen.

Literatur:

- Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) 2002: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück.
- MDS (2001) Grundsatzstellungnahme Dekubitusprophylaxe und Therapie. Essen.
- Bienstein C et al. (Hrsg.) (1997): Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegenden. Stuttgart, New-York.
- Neander KD (2004): Dekubitusprophylaxe. Der Expertenstandard und die Praxis. Hannover.
- Phillips J (2001): Dekubitus und Dekubitusprophylaxe. Bern et al.
- KDA (2002): „Do's“ und „Don'ts“ in der Dekubitusprophylaxe. Neueste Erkenntnisse der Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Praktische Empfehlungen zum Nationalen Expertenstandard. Pro Alter, Sonderdruck. Köln.

	ja	nein	t.n.z.	E.
14.2 Wird bei vorliegendem Dekubitus mit dieser Situation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ort und Zeitpunkt der Entstehung des Dekubitus sind nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. differenzierte Wunddokumentation (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Wundbehandlung erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Wundbehandlung erfolgt unter Einhaltung von Hygienegrundsätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Anleitung der Pflegeperson zur Umsetzung des Bewegungsplanes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Umsetzung des Bewegungsplanes durch den Pflegedienst im Rahmen der Leistungserbringung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. die Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j. Auswertung der Nachweise (z.B. Bewegungsplan, Wunddokumentation) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
k. Information Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die Frage bezieht sich auf die Berücksichtigung der Dekubitusprophylaxe im Rahmen der Leistungserbringung Grundpflege und auf folgende Leistung der häuslichen Krankenpflege:

- Nr. 12 Dekubitusbehandlung
Verordnungsvoraussetzungen:
 - Mindestens oberflächlicher Hautdefekt, evtl. Blasenbildung
 - Versorgung durch Wundreinigung/Wundverbände (z. B. Feuchtverband, Hydrokolloidverband, Hydrogelverband)
 - wirksame Druckentlastung

Bei der Verordnung ist der Dekubitus (Lokalisation, Grad, Größe) sowie die bereits vorhandene technische Ausstattung zur Druckentlastung zu beschreiben. Im Pflegeprotokoll sind der Lagerungszeitpunkt, die Lagerungsposition sowie die durchgeführte Wundbehandlung zu dokumentieren.

Ziel der Dekubitusbehandlung ist die Wundheilung. Die Erstverordnung ist in Abhängigkeit von Art und Umfang des Dekubitus bis zu 3 Wochen auszustellen. Vor der Folgeverordnung hat der Verordner das Pflegeprotokoll auszuwerten und prognostisch einzuschätzen, ob die Dekubitusbehandlung unter ambulanten Bedingungen zum Ziel führen kann. Die Frequenz der Druckentlastung richtet sich nach dem Fortgang der Wundheilung (z. B. alle 2 Stunden).

Die Lagerung von Dekubituspatienten soll nach Möglichkeiten - ggf. nach Anleitung - von Angehörigen übernommen werden. Zur Dekubitusbehandlung ist der Verbandwechsel Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig.

(siehe Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

Als Dekubitus wird jede Läsion bezeichnet, die durch länger anhaltenden Druck, eventuell unterstützt durch Scherkräfte und Reibung, das Gewebe und/oder die oberflächliche Haut verletzt. Dekubitalgeschwüre sind chronische Wunden mit einem gestörten oder verzögerten Heilungsprozess.

Bei vorliegendem Dekubitus wird die Entstehung, der Verlauf, und die Behandlung nachvollziehbar dokumentiert:

- Lokalisation
- Stadium des Druckgeschwürs
- Größe (Länge, Breite und Tiefe)
- Taschenbildung
- Beschreibung der Wundheilungsphasen der Wundränder und der Wundumgebung.

Die Beschreibung des Dekubitus kann mit Hilfe gängiger Stadieneinteilungen (z.B. nach Seiler) und ergänzender konkreter Beschreibungen erfolgen. Hierzu kann ggf. ein spezielles Dokumentationsblatt herangezogen werden.

Vorhandene Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite des Pflegebedürftigen, vor allem im Bereich der Mobilität sowie Ernährung sind zu erfassen und in den Pflegeprozess einzubeziehen.

Neben der Wunddokumentation ist der gesamte Gesundheitszustand des Patienten zu erfassen (Grunderkrankung, Dekubitusrisikoerhebung, Ernährungsstatus, Medikamente, Schmerzerhebung, Störfaktoren der Wundheilung z.B. schlechte oder fehlende Hautdurchblutung, Wundinfektion, reduzierter Allgemeinzustand, unzureichende Ernährung). Erforderliche Maßnahmen müssen unverzüglich eingeleitet werden.

Die Dekubitusversorgung erfolgt nach den aktuellen medizinisch-pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und nach ärztlicher Anordnung. Sie gliedert sich in zwei Teile, die Allgemein- und die Lokaltherapie. Dabei sollten die Prinzipien der lokalen Druckentlastung und therapeutischen Lagerung, Nekrosenentfernung, Wundreinigung, Diagnostik und ggf. Behandlung der Lokalinfektion, physiologischer Wundverband, Beseitigung sowie Behandlung von Risikofaktoren berücksichtigt.

Die Einhaltung von hygienischen Maßstäben bei der Versorgung ist unabdingbar.

Es folgt eine kontinuierliche Evaluierung des Heilungsprozesses mit ständiger Ergebnisbeurteilung und Anpassung der Therapiemaßnahmen.

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Anordnung wird nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit den Pflegemitarbeitern.

Literatur:

Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) 2002: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück.

MDS (2001) Grundsatzstellungnahme Dekubitusprophylaxe und -therapie. Essen.

Bienstein C et al. (Hrsg.) (1997): Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegende. Stuttgart, New-York.

Phillips J (2001): Dekubitus und Dekubitusprophylaxe. Bern et al.

Robert-Koch-Institut (2002). Dekubitus. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 12. Berlin.

	ja	nein	t.n.z.	E.
14.3 Wird bei Pflegebedürftigen mit Inkontinenz (ohne Blasenkatheter) mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Pflegebedürftige/Pflegepersonen werden über geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Durchführung der vereinbarten Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Auswertung der Nachweise (z.B. Bilanzierungsprotokoll, Miktionsprotokoll) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Information Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Inkontinenz ist ein Symptom, dessen Ursache medizinisch abgeklärt werden sollte.

Geeignete Inkontinenzprodukte werden bedarfsgerecht eingesetzt.

Erforderliche Pflegemaßnahmen werden unter Berücksichtigung der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt und dokumentiert. Nach Möglichkeit werden Toilettengänge individuell geplant und durchgeführt.

Insbesondere bei Stress-, Drang- und gemischter Inkontinenz ist ein Kontinenztraining (auch Toilettentraining) indiziert. Wirkungslos ist dieses Training bei schweren Sphinkterdefekten (z.B. permanentes Urintröpfeln nach Prostatektomie) und bei einer Überlaufblase mit ständigem Tröpfeln.

„Bei Pflegeheimbewohnern konnte gezeigt werden, dass ein Toilettentraining (...) selbst bei funktionell schwer beeinträchtigten geriatrischen Patienten signifikant die Schwere (Frequenz, Volumen) der Harninkontinenz reduzieren kann. 40 % dieser Betroffenen sprechen auf ein Toilettentraining gut an.“

Mit Hilfe eines Miktionsprotokolls (auch Miktionsschema, Erfassungsblatt, Miktionsstundenplan) können der Typ, das Ausmaß und die Häufigkeit einer Inkontinenz ermittelt werden. Das Miktionsprotokoll muss mindestens über einen Zeitraum von 3–5 Tagen bis hin zu mehreren Wochen geführt werden. Ziel ist es, dass Pflegebedürftige, Pflegekräfte und ggf. Angehörige registrieren, wann die Blase entleert und welche Harnmenge dabei jeweils ausgeschieden wird. Dabei ist auch zu erfassen, ob der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der eigentlichen Miktion bereits nass oder noch trocken war. Hat der Pflegebedürftige bereits vorab Urin verloren, ist zu dokumentieren, ob dies durch besondere Umstände (nicht beherrschbarer Harndrang, Husten, Niesen etc.) verursacht wurde. Das Miktionsprotokoll gibt eine Fülle an Informationen über die Blasenentleerungsverhältnisse und dient den folgenden Zielen:

- Ermitteln des vorliegenden Inkontinenztyps
- Individualisieren des Toilettentrainings und
- Feedback für den Pflegebedürftigen über den Fortschritt seiner Bemühungen.

Die Morgenmiktions gibt Aufschluss über die nächtliche Blasenkapazität. Sie kann in der Regel bei 350–400 ml liegen und während des Tages können nur noch kleinere Mengen von 50–150 ml Urin ausgeschieden werden. Das Miktionsschema enthält in der Regel folgende Angaben: Name des Pflegebedürftigen, Datum und Spalten für die jeweilige Stundenfrequenz.

Es gibt zwar verschiedene Formen des Kontinenztrainings (nach individuell ermittelten Miktionszeiten; nach festen Zeiten; als angebotener Toilettengang). Vor dem Hintergrund der vom Pflegeversicherungsgesetz geforderten aktivierenden und individuellen Pflege sollte das Kontinenztraining nach dem individuellen Rhythmus des Pflegebedürftigen durchgeführt werden. Ein solches individuelles Training ist auch bei dementen oder vergesslichen Pflegebedürftigen möglich. Nach Ermittlung der individuellen Miktionszeiten sind Regelmäßigkeiten anhand des Miktionsprotokolls festzustellen. Nun kann mit dem Training begonnen werden. Eine halbe Stunde vor der ermittelten individuellen Miktionszeit sollte der Pflegebedürftige zur Toilette geführt werden. Ziel des Trainings ist die größtmögliche Selbständigkeit und die Reduzierung der Inkontinenz. Auch wenn damit nicht (immer) eine vollständige Kontinenz erreicht werden kann, kann die Lebensqualität der Pflegebedürftigen durch eine Reduzierung der harninkontinenten Episoden, z.B. am Tag, gesteigert werden. Eine adäquate Hilfsmittelversorgung sollte ergänzend durchgeführt werden.

Eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr wird sichergestellt. Das Kontinenztraining sollte durch ein auf die Inkontinenz abgestimmtes Trinkverhalten flankiert werden. Die Umgebungsbedingungen (Kleidung, Wege, Orientierung, behindertengerechte Sanitäreinrichtungen etc.) sollten überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Ggf. ist ein begleitendes Beckenbodentraining sinnvoll.

Eine fachgerechte Haut- und Intimpflege wird durchgeführt.

In der ambulanten Pflege kann die Pflege meist nur durch das kooperative Zusammenwirken des Pflegebedürftigen und seiner Pflegepersonen mit dem Pflegedienst sichergestellt werden. Der Pflegedienst muss durch Beratung den Pflegebedürftigen und seine Pflegepersonen über erforderliche und geeignete Pflegemaßnahmen informieren und die Inhalte der Beratung dokumentieren. Der Pflegedienst kann aber nur in dem Maße eine ausreichende und sachgerechte Pflege gewährleisten, wie er durch den Pflegebedürftigen hierzu beauftragt wird. Dies ist bei der Bewertung dieser Frage zu berücksichtigen.

Die Frage ist mit t.n.z. zu beantworten, wenn:

- der Pflegebedürftige einen Blasenkatheter hat oder
- wenn der Pflegebedürftige keine Inkontinenz hat.

Literatur:

- Bienstein C, Zegelin A (Hrsg.) (1995): Handbuch Pflege. Düsseldorf
- Brunen H, Herold E v (2001) Ambulante Pflege. Die Pflege Gesunder und Kranker in der Gemeinde. Bd. 1. Hannover.
- Runge M, Rehfeld G (1995): Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team. Stuttgart, New-York.
- Pfisterer M, Kuno E, Müller M et al (1998): Harninkontinenz im Alter. Teil 2. Fortschritte der Medizin 17, 30.
- Wettstein, A (Hrsg.) (1997): Checkliste Geriatrie. Stuttgart, New-York.
- Füsgen I (1997): Inkontinenzmanuel. Diagnostik-Therapie-Rehabilitation. 2. Auflage, Berlin.
- Pfisterer M et al. (1997): Harninkontinenz im Alter. Teil 2. Fortschritte der Medizin, 17, 28.

	ja	nein	l.n.z.	E.
14.4 Wird bei Pflegebedürftigen mit einem Blasenkatheter mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Begründung für Katheter dem Pflegedienst bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen geplant (z.B. Wechsel und Pflege des Blasenkatheters, Beratung des Pflegebedürftigen bzw. ihrer Pflegepersonen hinsichtlich Risiken, Maßnahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Bilanzierungsprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. tägliche Trinkmenge ausreichend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. Auswertung der Nachweise (z.B. Bilanzierungsprotokoll) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i. Information Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die Frage bezieht sich auf die Leistungserbringung im Rahmen des SGB XI und Nr. 22 und 23 des Verzeichnisses Verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

Bei der Informationssammlung bzw. der Pflegeanamnese sind die Ressourcen/Fähigkeiten und die ggf. vorliegenden Pflegeprobleme im Zusammenhang mit der Ausscheidung zu ermitteln, bei der Planung von Maßnahmen zu berücksichtigen und nachvollziehbar zu dokumentieren.

Wenn eine Harnableitung über einen Katheter erfolgt, sollte dem Pflegedienst die Indikation für die Katheteranlage bekannt sein. Die Indikationsstellung zur Anlage eines Blasenkatheters erfolgt durch den Arzt (ggf. urologischen Facharzt). Medizinische Indikationen für einen Katheter können insbesondere sein:

- Überlaufblase
- neurologische Blasenentleerungsstörung mit Restharnbildung
- Flüssigkeitsbilanzierung
- Harnröhrenstriktur
- Harnröhrensteine
- Meatusstenose
- obstruierende Tumoren z.B. Prostata- oder Blasenkarzinom.

In einigen Fällen kommt es vor, dass perioperativ ein Katheter gelegt wird, der postoperativ nicht entfernt wird, so dass der Pflegebedürftige mit einem liegenden Blasenkatheter aus dem Krankenhaus entlassen wird und nicht nachvollziehbar ist, ob weiterhin die Indikation für den liegenden Katheter gegeben ist. Insbesondere in solchen Fällen ist eine Klärung mit dem behandelnden Arzt erforderlich. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass ein Katheter immer die Ultima ratio ist.

Alternativ zum Katheter kommt ein sogenanntes Kondomurinal in Frage, bei dem es zu keiner Harnröhrentraumatisierung kommt. Da es bisher nicht gelungen ist, ein sicher haltendes Urinal für Frauen zu entwickeln, wird das Kondomurinal lediglich bei Männern eingesetzt. Es darf aber in diesem Fall keine Überlaufinkontinenz vorliegen, sondern die Blase muss sich kontinuierlich entleeren können.

Bei transurethralen Kathetern wird zwischen Latexkathetern und silikonbeschichteten bzw. Vollsilikonkathetern unterschieden. Latexkatheter begünstigen aufgrund ihrer rauen Oberfläche Inkrustationen und Irritationen der Uretra. Sie sollten daher nur verwendet werden, wenn eine Latexallergie ausgeschlossen ist und eine Kurzzeitdrainage (≤ 5 Tage) vorgesehen ist. Silikon besitzt im Vergleich zu allen anderen Kathetermaterialien die vergleichsweise größte Biokompatibilität und –stabilität. Die weichen und elastischen Eigenschaften mit der extrem glatten Oberfläche bedingen eine gute Akzeptanz und geringe Inkrustationsneigung. Bei einer längerfristigen Harndrainage (> 5 Tage) sollten daher Vollsilikonkatheter verwendet werden.

Um das Risiko von katheterassoziierten nosokomialen Harnwegsinfekten zu minimieren, sollten folgende Prinzipien eingehalten werden:

- sorgfältige Indikationsstellung durch den Arzt (ggf. urologischen Facharzt)
- Auswahl des richtigen Katheters (Silikon, vorzugsweise suprapubisch)
- aseptische, sachkundige Technik und sterile Arbeitsmittel
- geschlossenes Harndrainagesystem
- Diurese ≥ 2 l/Tag
- individualisierte Katheterwechselintervalle
- Entfernung des Katheters zum frühestmöglichen Zeitpunkt.

Transurethrale Blasenkatheeter können durch Pflegefachkräfte gelegt werden. Der jeweilige Wechsel des Blasenkatheeters erfolgt nach ärztlicher Anordnung in individuell festgelegten Abständen. Die Katheterisierung ist aseptisch möglichst mit Hilfe eines Katheterisierungssets durchzuführen. Dabei sind sterile Handschuhe, steriles Abdeckmaterial, sterile Tupfer, ggf. eine sterile Pinzette, ein Schleimhautantiseptikum und steriles Gleitmittel zu verwenden.

Das Risiko traumatischer oder entzündlicher Harnröhrenkomplikationen wächst mit dem Außendurchmesser des Katheters. Die Katheterstärke sollte daher 18 Charrière nicht übersteigen. Nur bei genügendem Raum zwischen Urethralschleimhaut und Katheter kann entstehendes Sekret leicht abfließen.

Um eine Spontanentblockung bei längeren Liegezeiten des Katheters zu vermeiden, sollte statt Aqua dest. eine sterile 8-10%ige Glycerinlösung verwendet werden. Physiologische Kochsalzlösungen und andere kristalloide Lösungen können den Blockkanal inkrustieren und verkleben und ein späteres Entblocken behindern. Sofern nicht aufgrund von Agitiertheit oder Demenz eine unbeabsichtigte Katheterentfernung zu befürchten ist, reicht eine Ballonfüllung von 5-10 ml aus.

Katheterstärke und Blockungsvolumen sind zu dokumentieren.

Die Liegedauer eines Katheters hängt von den Materialeigenschaften, der Diurese, Infekt, Inkrustationen und Verschmutzung ab. Katheter sollten nicht routinemäßig in festgelegten Intervallen ausgetauscht werden, sondern bei Bedarf nach individuellen Gesichtspunkten, da die Länge der Intervalle bewohnerabhängigen Schwankungen unterliegt. Ein Katheter muss nicht gewechselt werden:

- solange ein freier Urinabfluss und klarer Urin gewährleistet sind
- wenn keine lokalen/systemischen Infektzeichen vorliegen
- wenn der Bewohner beschwerdefrei ist.

Das als sogenannte Blasentraining angewandte intermittierende Abklemmen des Katheters zur Steigerung der Blasenkapazität bzw. zur Herstellung eines normalen Miktionsrhythmus ist unnötig und kann zu Infektkomplikationen führen.

Der intermittierende Einmalkatheterismus kommt insbesondere bei Menschen mit Querschnittslähmungen und damit einhergehenden Blasenentleerungsstörungen zur Anwendung. Auch hier hat die Katheterisierung grundsätzlich aseptisch zu erfolgen.

Legen, Wechseln und Entfernen suprapubischer Blasenkatheeter sind ärztliche Aufgaben. Suprapubische Katheter werden durch die Bauchdecke eingebracht, z.T. mit einer kleinen Hautnaht und/oder in der Blase geblockt. Nach Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes sollte der suprapubische Blasenkatheeter bei einer Katheterdrainage von > 5 Tagen bevorzugt werden. Vorteile des suprapubischen Blasenkatheeters sind:

- katheeterbedingte traumatische oder entzündliche Komplikationen der Harnröhre, Prostata und Nebenhoden werden vermieden
- Harnwegsinfekte/Problemkeime treten im Vergleich zum transurethralen Blasenkatheeter später/seltener auf
- Spontanmiktions ist möglich und die Wiederherstellung einer normalen Spontanmiktions kann schneller erfolgen
- es besteht eine geringere subjektive Belästigung des Betroffenen.

Zusammenfassend gilt bei der Wahl des Kathetermaterials und der Form der Katheteranlage demnach:

- Silikonkathetern ist der Vorrang vor Latexkathetern zu geben
- Latexkatheter allenfalls für einen Zeitraum ≤ 5 Tagen verwenden
- suprapubische Katheter bei Zeiträumen von > 5 Tagen verwenden (wenn keine Kontraindikation besteht)
- silikonbeschichtete oder Vollsilkonkatheter bei Zeiträumen von > 5 Tagen verwenden, wenn ein suprapubischer Katheter nicht möglich ist.

In der Literatur finden sich unterschiedliche Anforderungen zur Abdeckung der Punktionsstelle eines suprapubischen Katheters. Für die ersten 2-3 Tage wird einheitlich von einer sterilen Wundabdeckung ausgegangen. Im Anschluss daran erscheint bei reizloser Punktionsstelle ein Wechsel der Abdeckung im Abstand von 2-3 Tagen ausreichend, bei unauffälligem Verlauf kann ggf. auf eine Abdeckung verzichtet werden. Eine regelmäßige Inspektion der Punktionsstelle ist erforderlich. Bei Infektion der Punktionsstelle ist ein Verband sinnvoll.

Unabhängig von der Katheteranlage sind sterile, geschlossene Ableitungssysteme zu verwenden. Diskonnektionen sind möglichst zu vermeiden. Ist eine Diskonnektion erforderlich, ist die Konnektionsstelle zuvor per Wischdesinfektion mit einem alkoholischen Präparat zu desinfizieren. Die erneute Verbindung zwischen Katheter und Ableitungssystem darf nur nach Sprüh- und Wischdesinfektion mit einem alkoholischen Präparat erfolgen.

Mit der für eine Blasenspülung erforderlichen Öffnung des geschlossenen Harndrainagesystems ist das Risiko einer nosokomialen Harnwegsinfektion verknüpft. Eine relevante Keimreduktion kann mit der Blasenspülung nicht erreicht werden. Auch lassen sich Katheterinkrustationen durch Blasenspülungen nicht zuverlässig vermeiden. Blasenspülungen zur Infektionsprophylaxe sind daher zu unterlassen. Die Irrigation der Harnblase mit Antiseptika kann aufgrund toxikologischer Gesichtspunkte nicht empfohlen werden und die lokale Applikation systemisch anwendbarer Antibiotika ist obsolet. Lediglich bei Pilzinfektionen kann eine Indikation zur Instillation antifungaler Substanzen bestehen. Eine Keimreduktion kann durch Steigerung der täglichen Trinkmenge auf 2-3 Liter durch den damit verbundenen Verdünnungs- und Spüleffekt erreicht werden. Ggf. kann durch Anwendung von Acimethin eine Verstopfung oder Inkrustation vermieden werden.

Unabhängig von der Katheteranlage ist darauf zu achten, dass der Katheter ohne Zug am Unterbauch zur Leiste hin gelagert wird. Der Ablaufschlauch sollte über den Oberschenkel laufen, damit ein störungsfreier Urinablauf gewährleistet ist. Der Urinbeutel ist unterhalb des Blasenniveaus anzubringen, damit der Urin entsprechend der Schwerkraft störungsfrei in den Beutel ablaufen kann und ein Rücklauf vermieden wird.

Die Reinigung des Genitals erfolgt mit Wasser und Waschlotion ohne Zusatz antiseptischer Substanzen im Rahmen der normalen Körperpflege ein bis zweimal täglich. Dabei ist jeder Zug am Katheter zu vermeiden, Einmalhandschuhe (nicht steril) sind zu tragen. Inkrustationen an der Harnröhrenöffnung können mit H_2O_2 (3 %ig) getränkten Mullkompressen oder Gazetupfern schonend beseitigt werden. Auf perineale Hygiene ist zu achten. Vor und nach jeder Manipulation am Blasen Katheter oder Drainagesystem ist eine hygienische Händedesinfektion erforderlich.

Bei der Planung der Maßnahmen wird der Pflegebedürftige über mögliche Risiken und Alternativen informiert. Je nach Bedarf und Möglichkeit des Bewohners sollte aufgrund der gegebenen Risiken im Rahmen der Evaluation der Pflegemaßnahmen gemeinsam mit dem behandelnden Arzt überprüft werden, ob eine Katheterversorgung weiterhin erforderlich ist oder ob sich ggf. Alternativen anbieten.

Literatur:

- Menche N, Bazlen U, Kommerell T (Hrsg.) (2001): Pflege heute. 2. Auflage. München, Jena, 1127-1133.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (1999): Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen. Mitteilungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektprävention am Robert-Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt, 42, 806-809.
- Piechota HJ, Pannek J (2003): Katheterdrainage des Harntraktes. Stand der Technik und Perspektiven. Der Urologe, 42, 1060-1069.
- Pichota HJ (2000): Katheterdrainage der Harnblase heute. Deutsches Ärzteblatt, 97, 4, A168-174.
- Ackermann DK (2002): Praktische Hinweise zur Einlage eines Blasen Katheters. Schweizer Medizin Forum, 27, 655-659.
- Länder-Arbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG (Hrsg.) (2003): Rahmen-Hygieneplan für ambulante Pflegedienste. o.O.

14.5	Wurde bei vorliegendem Sturzrisiko eine Beratung durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	l.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
-------------	---	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Jeder Mensch kann stürzen, allerdings nimmt das Sturzrisiko mit dem Lebensalter zu. Demnach ist der Sturzvermeidung in der häuslichen Umgebung besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Verschiedene Faktoren die das Sturzrisiko erhöhen, konnten wissenschaftlich identifiziert werden. Ebenso ist nachgewiesen, dass mit der Anzahl der vorliegenden Faktoren das Sturzrisiko deutlich steigt. Bei den Risikofaktoren kann unterschieden werden zwischen den Faktoren, die die sturzgefährdete Person mit sich bringt (intrinsische Faktoren) und solchen Faktoren, die von außen auf die Person einwirken (extrinsische Faktoren) (siehe Frage 11.6).

Die Autoren des Expertenstandards „Sturzprophylaxe“ kommen auf der Basis der gegenwärtigen Forschungslage zu dem Schluss, dass durch die Nutzung eines Assessmentinstruments zur Einschätzung des Sturzrisikos die Vorhersagekraft von Stürzen gegenüber der klinischen Beurteilung durch Pflegefachkräfte nur minimal gesteigert werden kann. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Berufserfahrung der Pflegekräfte in der Genauigkeit der Sturzrisikobeurteilung eine herausragende Rolle zukommt. Insofern wird empfohlen, alle vorhandenen Sturzrisikofaktoren durch Pflegefachkräfte strukturiert zu identifizieren und, soweit möglich, darauf ausgerichtete Interventionen einzuleiten.

Wichtige Fragen in diesem Zusammenhang sind u.a.:

- Ist der Pflegebedürftige fähig, alleine aufzustehen und ohne personelle Hilfe zu gehen?
- Ist der Pflegebedürftige im letzten halben Jahr gestürzt?
- Besteht eine Urininkontinenz?
- Besteht eine gravierende Einschränkung der Sehfähigkeit? (Ist Zeitung lesen möglich?)
- Ist das Kurzzeitgedächtnis eingeschränkt?

Zwar können nicht alle Stürze vermieden werden, jedoch kann durch gezielte Interventionen die Sturzrate verringert werden.

Interventionen versprechen den größten Erfolg, wenn ein individuelles Interventionsangebot auf der Grundlage einer sorgfältigen Risikoanalyse für jeden Pflegebedürftigen zusammengestellt wird. Diese Maßnahmen lassen sich aus den Risikofaktoren ableiten. Im Rahmen der Beratung durch den Pflegedienst kann auf folgende Möglichkeiten hingewiesen werden:

- Hinweise zu Sturzrisiken, Maßnahmen der Sturzprophylaxe und Hilfsmittel
- Modifikation von umgebungsbedingten Sturzgefahren (z.B. Handgriffe, Handläufe, Beleuchtung, Möbel feststehend, Stühle stabil)
- Balance- und Kraftübungen
- Anpassung der Medikation
- Modifikation von Sehbeeinträchtigungen
- Einsatz von Hilfsmitteln (z.B. Stoppersocken, Gehhilfen, Hüftprotektoren)
- Auswahl der Schuhe
- Anpassung der Ernährung.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- der Pflegedienst ein Sturzrisiko erkannt hat und
- eine initiale Beratung durch den Pflegedienst durchgeführt wurde.

Literatur:

- Siehe 3.2.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996
 Becker C, Lindemann U, Rissmann U (2003): Sturzprophylaxe, Sturzgefährdung und Sturzverhütung in Heimen. Hannover.
 Braamt U, Kramer U (2004): Sturzassessment im Bereich der Gerontopsychiatrie. Die Schwester/Der Pfleger, 4, 287-281.
 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2004): Arbeitstexte zur 4. Konsensuskonferenz in der Pflege. Thema: Sturzprophylaxe. Osnabrück.
 Downton J H (1995): Wenn alte Menschen stürzen, Ursachen und Risiko Pflege und Prävention. München, Basel.
 Füsgen I (2000): Der ältere Patient. 3. Auflage, München.
 Kuster C (2004): Bodenpflege bei verwirrten Patienten. Die Schwester/Der Pfleger, 4, 274-277.
 Harms K, Winkel S (2001): Erfassung der Pflegekomplikationen Dekubitus und Sturz. Die Schwester/Der Pfleger, 8, 644-648.
 Huhn S (2003): Schwerer Fall. Welche Möglichkeiten zur Sturzprophylaxe Pflegekräfte auf dem Schirm haben sollten. Altenpflege, 9, 46-49.
 Huhn S (2002): Sturzrisiko erkennen und ausschalten. Im Alter Stürzen – auf keinen Fall. Forum Sozialstation, 117, 14.
 Huhn S (2000): Sturz-Risiko-Skala: Was aus dem Tritt bringt. Forum Sozialstation, 106, 46.
 Lord S R, Sherrington C, Menz H B (2001): Falls in older people. Cambridge.
 Morse J M (1997): Preventing patient falls. Thousand Oaks, California.
 Purvis G (1998): Fall and Fall Prevention. Handbook of Geriatric Nursing Care. Springhouse.
 Runge M (1998): Gehstörungen, Stürze, Hüftfrakturen. Darmstadt.
 Runge M, Rehfeld G (2001): Mobil bleiben – Pflege bei Gehstörungen und Sturzgefahr, Vorsorge Schulung Rehabilitation. Hannover.
 Rentelen-Kruse W, Krause T (2004): Sturzereignisse stationärer geriatrischer Patienten. Ergebnisse einer 3-jährigen prospektiven Erfassung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 1, 9-14.
 Tideiksaar R (1998): Stürze und Sturzprävention. Deutschsprachige Ausgabe von Prof. Dr. Theo Dassen. Bern et al.
 Warnke A (2002). Prävention von Hüftgelenksfrakturen durch externen Hüftschutz. Lage. BGH-Urteil vom 28.04.2005-III ZR 399/04.

	ja	nein	t.n.z.	E.
14.6 Wird bei Kontrakturgefahr mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Pflegebedürftige/Pflegepersonen werden über Risiken, geeignete Ziele und erforderlichen Maßnahmen beraten (z.B. Lagerungs- und Bewegungsplan, aktive und passive Bewegungsübungen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Durchführung der vereinbarten Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Auswertung der Nachweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. Information Hausarzt und Pflegekasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. haut- und gewebeschonende Lagerungs- und Transfertechniken werden angewendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Eine Kontraktur ist immer Folge mangelnder Bewegung des betroffenen Gelenks. Eine Reihe von Ursachen kann dazu führen, dass der Pflegebedürftige die Gelenke nicht mehr bewegt, z.B. bei:

- Immobilität, Bettlägerigkeit
- Inaktivität (z.B. durch Extension oder Gips)
- Lähmungen und andere neurologische Erkrankungen
- Schonhaltung bei chronischen Schmerzen
- Pflege- und Behandlungsfehler, hier insbesondere die Entstehung eines Spitzfußes.

Es gibt verschiedene Formen von Kontrakturen:

- Beugekontrakturen
- Streckkontrakturen (z.B. mit Spitzfußstellung)
- Abduktionskontrakturen
- Adduktionskontrakturen.

Kontrakturen werden auch durch die mit einer dauerhaften Weichlagerung verbundenen Immobilisierung gefördert. Der Spitzfuß entsteht z.B. durch die Dominanz der Beugemuskelatur. Zusätzlich kann das Gewicht der Bettdecke die Spitzfußstellung begünstigen.

Maßnahmen zur Erhaltung der Gelenkbeweglichkeit sind im wesentlichen die physiologische Lagerung, die Mobilisierung und Bewegungsübungen.

Gelenke sollten mindestens drei mal täglich in jeweils drei Wiederholungen bewegt werden, um Kontrakturen zu vermeiden.

Die physiologische Lagerung kann erreicht werden, durch die Positionierung der Gelenke in Mittelstellung mit regelmäßigen Lagewechseln, Vermeidung von Druck z.B. durch die Bettdecke. Bei Pflegebedürftigen mit Halbseitenlähmung verhindert eine Lagerung nach dem Bobath-Konzept das Auftreten von Muskelspasmen und beseitigt so eine Hauptursache späterer Kontrakturen. Als Hilfsmittel zur Kontrakturprophylaxe kommen z.B. Fußstützen, Gumminoppenbälle für Grifftraining und Strickleitern zum Hochziehen in Frage. Beim Einsatz von Hilfsmitteln ist eine einseitige und dauerhafte Anwendung zu vermeiden. Beispielsweise kann eine Knierolle einer Streckkontraktur entgegenwirken, aber durch langandauernden Einsatz eventuell eine Beugekontraktur auslösen. Eine regelmäßige Mobilisation sollte Bestandteil der Kontrakturprophylaxe sein. Des weiteren kann eine angepasste, ausreichende Schmerzmedikation sowie der Einsatz geeigneter Hilfsmittel bei Gangunsicherheit die selbständige Mobilisation verbessern und somit Kontrakturen vorbeugen.

Eine Einschätzung der Situation sollte bei Aufnahme der Versorgung erfolgen sowie regelmäßig im Rahmen der Evaluation der Pflegeplanung, um bei Einschränkungen in der Mobilität sofort prophylaktische Maßnahmen ergreifen zu können.

Nachweise durchgeführter prophylaktischer Maßnahmen müssen sich z.B. in einem Bewegungsplan oder einem Mobilisierungsnachweis finden. Sprechen bei erhöhtem Kontrakturrisiko medizinische oder pflegerische Gründe gegen Lagerung oder Mobilisation, muss dies begründet und nachvollziehbar dokumentiert sein.

Literatur:

KDA (2003): Häusliche Pflege in Balance. Sich bewegen können, II/165, II/166, II/49, Prävention und Prophylaxen II/189. Köln.

		ja	nein	l.n.z.	E.
14.7	Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Aktuelle, systematische Schmerzeinschätzung (Priorität hat Selbsteinschätzung) liegt für Schmerzen und schmerzbedingte Probleme vor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Verlaufskontrolle liegt für Schmerzen und schmerzbedingte Probleme vor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Auswertung der Nachweise mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	<i>Information Hausarzt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	<i>Dem Pflegebedürftigen ist Beratung angeboten worden, um ihn zu befähigen, Schmerzen einzuschätzen, mitzuteilen und zu beeinflussen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die Frage bezieht sich auf länger andauernde Schmerzzustände und in diesem Zusammenhang auf Nr. 16, 18 und 26 des Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

Bei degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates, Multimorbidität oder Tumorleiden ist besondere Aufmerksamkeit auf eine Schmerzsymptomatik zu legen. Schmerz ist kein „normales Begleitsymptom“ des Altersprozesses. Sinnvoll ist es u. U., bei älteren Menschen nicht direkt nach Schmerzen zu fragen, sondern dem Schmerz verwandte Begriffe bei der Befragung zu nutzen. Untersuchungen haben ergeben, dass ältere Menschen eher die Begleitsymptome wie Schlafstörungen, Lustlosigkeit oder Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen benennen können, als auf die Frage zu antworten, „ob Sie Schmerzen hätten“.

Schmerz kann zu erheblichen Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (wie z.B. Eintritt der Pflegebedürftigkeit, Bettlägerigkeit) führen.

Da es sich beim Schmerz um ein subjektives Phänomen handelt, können nur die Betroffenen im Rahmen der Selbsteinschätzung zuverlässige Aussagen treffen. Es ist keine direkte Beobachtung der Schmerzsymptomatik möglich. Den allgemein anerkannten Leitsatz hat Margo McCaffery 1968 formuliert: „Schmerz ist das, was der Betroffene über die Schmerzen mitteilt, sie sind vorhanden, wenn der Patient mit Schmerzen sagt, dass er Schmerzen hat.“

Ziel des pflegerischen Schmerzmanagements ist die größtmögliche Minderung der Schmerzintensität, um z.B. eine Verbesserung der Befindlichkeit, der Beweglichkeit und der Schlafqualität zu bewirken. Die Vorbeugung von Schmerzen stellt ein weiteres wichtiges Ziel dar. Pflegefachkräfte haben auf Grund ihres engen und häufigen Kontaktes zu den Bewohnern die Schlüsselrolle für ein gelungenes Schmerzmanagement. Personelle Kontinuität sowie eine aktive Kooperation mit den behandelnden Ärzten sind für eine angemessene Vorgehensweise ebenso Grundvoraussetzung, wie eine systematische Schmerzeinschätzung durch den Pflegebedürftigen und eine lückenlose Verlaufsdarstellung. Die nachfolgenden Kriterien sollten bei einer systematischen Schmerzeinschätzung berücksichtigt werden.

Kriterium	Bedeutung	Methode
Schmerzlokalisierung	Gibt Aufschluss über die Schmerzentstehung (Chapman u. Syrjala 2001) verbessert den Informationsaustausch zwischen Pat. und Therapeuten/Pflegerinnen (Carr, Ec 1997)	Pat. zeigt selbst auf schmerzende Körperregion(en) oder trägt Schmerz in Körperskizze ein (Schmerzersteinschätzung McCaffery, Brief Pain Inventory [BPI])
Schmerzintensität	Grundlage für Einleitung bzw. Anpassung pharmakologischer Schmerztherapie; gibt Aufschluss über Verlauf/Therapieerfolg (WHO 1996; Wulf et. Al. 1997)	Pat. schätzt Schmerzintensität anhand von standardisierten Schmerzskaalen ein (NRS, VAS, VRS) – mögl. Parameter: SI in Ruhe und bei Bewegung SI jetzt, SI stärkster Schmerz, SI durchschnittl. Schmerz, SI geringster Schmerz
Schmerzqualität	Gibt Aufschluss über Schmerzentstehung; wichtige Grundlage für die Auswahl der Schmerzmedikamente bzw. Co-Analgetika (McCaffery, M. u. Pasero 1999)	Pat. zuerst in eigenen Worten den Schmerz beschreiben lassen; hat der Pat. Schwierigkeiten bei der Beschreibung, können Wörter vorgegeben werden (McCaffery, M. u. Pasero 1999) (z. B. Auszug Fragebogen DGSS, McGill, Pain Questionnaire)
Zeitliche Dimension (1. Auftreten, zeitl. Verlauf, Rhythmus)	Wichtige Merkmale von Schmerz; z.B. erstes Auftreten > 6 Monate ist ein Indikator für Chronifizierung, wichtig für Pflegeplan (Tagesablauf und Medikamenteneinnahme bzw. non-pharmakol. Interventionen planen)	„Wann sind diese Schmerzen das erste Mal aufgetreten?“ „Sind diese Schmerzen zu manchen Zeiten schlimmer oder besser im Verlaufe des Tages oder der Nacht oder an bestimmten Tagen im Monat?“ (McCaffery, M u. Pasero 1999)
Verstärkende und lindernde Faktoren	Wichtig für Pflegeplanung, um Faktoren, die schmerzverstärkend sind, zu meiden und bewährte Maßnahmen fortzuführen sowie Lösungsstrategien zu entwickeln	Pat. befragen, beobachten, ggf. Familie einbeziehen
Auswirkungen auf das Alltagsleben	Wichtig für die Pflegeplanung und Evaluation der Schmerztherapie; gibt Aufschluss über den Umgang mit Schmerzen	Pat. befragen, beobachten, ggf. Familie einbeziehen (Brief Pain Inventory)

Zitiert aus: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004): Expertenstandard pflegerisches Schmerzmanagement, Schmerzeinschätzung: Kriterien, Bedeutung, Erhebungsmethoden. Osnabrück, 37.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege empfiehlt für die Erhebung des Schmerzmanagements die nachfolgenden Skalen:

- Numerische Rating Skala (NRS; 0-10)
Als Ziel der Bemühungen eines angemessenen Schmerzmanagement ist Schmerzfreiheit oder der Cut-Off-Punkt auf 3/10 festgelegt worden. Grundsätzlich ist aber das Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen und das Therapieziel gemeinsam zu vereinbaren.
- Face-Pain-Scale
Anwendung bei Personen mit kognitiven Einschränkungen oder bei Kindern.

Die erhobenen schmerzrelevanten Daten müssen zeitnah und lückenlos dokumentiert werden. Zu den Aufgaben von Pflegefachkräften gehört die Informationsweitergabe der ermittelten schmerzbedingten Faktoren an den behandelnden Arzt. Des weiteren gehört zu den pflegerischen Aufgaben die Beobachtung der Wirkung verordneter Schmerzmittel sowie die Feststellung, ob die vorgegebenen Zeitintervalle für die Medikamentengabe ausreichend sind. Die Beobachtungen und Feststellungen werden in der Verlaufskontrolle schriftlich fixiert und in der Pflegeplanung mit aufgenommen.

Literatur:

- Carr E (1997): Evaluating the use of pain assessment tool and care plan: a pilot study. Journal of Advanced Nursing 26, 6, 1073-9.
- Chapman C, Syrjala K (2001): Measurement of pain. In Loeser J D et al. 2001: Bonica's management of pain. Hong Kong, Sydney, Tokyo, 310 ff..
- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (Hrsg.) (2004): Expertenstandard pflegerisches Schmerzmanagement. Osnabrück.
- McCaffery M, Beebe A und Latham, J (1997): SCHMERZ: Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Übersetzer Villwock U HG, Osterbrink J, VOL. 1 Berlin, Wiesbaden, 12.
- McCaffery M, Pasero C (1999): Pain Clinical Manual. 2nd edition ed. St Louis.
- Menche N (Hrsg.) (2004). Pflege heute, München, 472 ff.
- WHO (1996): Cancer pain relief: with a guide to opiod availability. Zweite Auflage ed. Geneva: World Health Organisation.
- Wulf H, Neugebauer E, Maier C (1997): Die Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen: Empfehlungen einer interdisziplinären Expertenkommission. Stuttgart, New York.

	ja	nein	l.n.z.	E.
14.8 Wird bei Pflegebedürftigen mit Einschränkungen in der selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ressourcen/Fähigkeiten erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. systematische Risikoerkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Pflegebedürftige/Pflegepersonen werden über Risiken, geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Angaben zur Nahrungs- und Trinkmenge, individuelle Gewichtskontrollen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Berücksichtigung individueller Besonderheiten, Vorlieben, Abneigungen, Diäten, Unverträglichkeiten, Berücksichtigung zeitlicher Zusammenhänge Insulininjektion und Nahrungsaufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Nahrung angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Trinkmenge angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Durchführung der vereinbarten Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Auswertung der Nachweise (z.B. Trinkprotokoll) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i. Information Hausarzt und Pflegekasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Einschränkungen in der Fähigkeit zur selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme werden erkannt.

Um ältere Menschen hinsichtlich ihrer Ernährung einschätzen zu können, sollten insbesondere psychische, physische und sozioökonomische Faktoren, die auf die Ernährung Einfluss nehmen sowie frühere Essgewohnheiten ermittelt und Beobachtungen berücksichtigt werden. Z.B. sind in manchen Fällen Verwirrheitszustände

das Ergebnis von Mangelernährung. Desorientierte Menschen können sich häufig nicht daran erinnern, wann und was sie zuletzt gegessen bzw. getrunken haben, so dass sie entweder zu häufig oder gar nicht essen oder trinken. Physische Faktoren wie z.B. eine schlecht sitzende Zahnprothese, Schluckstörungen, Verdauungsstörungen oder Inkontinenz haben Auswirkungen auf die Ernährungssituation. Die Einschätzung der früheren Essgewohnheiten ist für die Beurteilung der Ernährungssituation erforderlich, z.B. ob der Appetit des Pflegebedürftigen sich verändert hat. Insbesondere Gewichtsverlaufsmessungen (mindestens einmal monatlich, bei akuten Ereignissen ggf. häufiger) sind erforderlich. Sofern eine Gewichtskontrolle im Rahmen der häuslichen Versorgung aufgrund fehlender geeigneter Waagen nicht möglich ist, hat der Pflegedienst dies zu dokumentieren. Die Durchführung ist allerdings nur dann möglich, wenn im Haushalt eine Personenwaage vorhanden ist. Bei vorliegenden Risiken für Mangelernährung und Dehydratation (insbesondere Demenz, Immobilität u.ä.) werden Assessmentinstrumente (z.B. MNA) angewandt oder es wird auf anderem Wege eine systematische Risikoerkennung gewährleistet. Zur Beurteilung der Körpergröße kann als Orientierung die Angabe aus dem Personalausweis genutzt werden. Alternativ sind bei nicht stehfähigen Pflegebedürftigen näherungsweise Bestimmungen der Armspannweite oder Berechnungen auf Basis der Kniehöhe möglich.

Spätestens bei bedeutenden Gewichtsverlusten (z.B. 5 % in einem Monat, 7,5 % in 3 Monaten) oder bei Feststellung einer Unterernährung (Body Maß Index – BMI von $< 18,5 \text{ kg/m}^2$) sind spezielle Interventionen erforderlich. Solche Situationen sollten nach Möglichkeit jedoch durch prophylaktische Maßnahmen vermieden werden.

Erforderliche und geeignete Trink- sowie Esshilfen werden eingesetzt. Z.B. ist eine Schnabellaste für Pflegebedürftige mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen häufig ungeeignet, da die Flüssigkeit ungehindert in Mund und Rachen fließen kann.

Die erforderliche Menge für Flüssigkeitsaufnahme und Ernährung wird, ggf. in Kooperation mit dem Hausarzt, festgelegt (z.B. Trinkmenge in ml und Nahrungsmenge in Kalorien, insbesondere bei Sondenernährung).

Schätzungen für den Gesamtenergiebedarf älterer Personen liegen zwischen dem 1,5- und dem 1,75fachen des Grundumsatzes. Bei vollständig immobilen Personen liegt der Gesamtenergiebedarf beim 1,2fachen des Grundumsatzes.

Nach einer Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (2000) hat eine Frau mit ≥ 65 Jahren (158 cm, 55 kg) einen durchschnittlichen täglichen Energiebedarf von 1.800 kcal und ein Mann (169 cm, 68 kg) von 2.300 kcal.

Insgesamt ist darauf hinzuweisen, dass alle genannten Schätzungen des Energiebedarfs lediglich der groben Orientierung dienen können, da enorme individuelle Unterschiede bestehen können. Insbesondere Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen mit einem gesteigerten Bewegungsdrang haben einen deutlich erhöhten Energiebedarf. Ein praktischer Ansatz zur Beurteilung des Energiebedarfs eines Individuums besteht daher darin, unter kontrollierten Bedingungen die aufgenommene Energiemenge derart anzupassen, dass das Körpergewicht bei üblicher Aktivität konstant bleibt bzw. das wünschenswerte Körpergewicht erreicht wird. Regelmäßige Gewichtskontrollen bieten daher einen Anhaltspunkt dafür, inwieweit die aufgenommene Energiemenge dem individuellen Bedarf entspricht.

Als grobe Orientierung kann von einem Flüssigkeitsbedarf von 1.500-2.000 ml pro Tag ausgegangen werden. Zur genaueren Berechnung bietet sich die 100/50/15 Methode an (100 ml je kg für die ersten 10 kg Körpergewicht, 50 ml je kg für die zweiten 10 kg Körpergewicht, 15 ml für jedes weitere kg Körpergewicht, abzüglich 0,33 ml für jede zugeführte Kcal).

Die erforderliche Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme wird ggf. über einen Trink-/Essplan unter Berücksichtigung der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt bzw. sichergestellt und dokumentiert.

Literatur:

Abbott (o.J.): Energiebedarf bettlägeriger Patienten. Wiesbaden.

Chidester J, Spangler A (1997): Fluid intake in the institutionalized elderly. Journal of the American Dietetic Association, 97, 23-29.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) et al. (2000). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Frankfurt am Main.

Volkert D (1997): Ernährung im Alter. Wiesbaden.

Daschner F (2003): Antwort auf Leseranfrage zu PEG-Sonde. Einsparpotential bei Besteck? Arzneitelegramm, 34, 22.

Kalde S et al. (Hrsg.) (2002): Enterale Ernährung. München, Jena.

MDS (2003): Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Essen.

	ja	nein	l.n.z.	E.
14.9 Wird bei Pflegebedürftigen mit einer PEG-Sonde mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Ressourcen/Fähigkeiten und Probleme/Defizite erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. Begründung für PEG-Sonde dem Pflegedienst bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. Pflegebedürftiger/Pflegepersonen werden über Risiken, geeignete Ziele und erforderlichen Maßnahmen beraten (z.B. ergänzende orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Durchflussgeschwindigkeit und Portionierung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. Einsatz von Hilfsmitteln sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. Medikamentengabe über PEG-Sonde sachgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Nahrung angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Trinkmenge angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Durchführung der Maßnahmen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i. Auswertung der Nachweise (z.B. Trinkprotokolle) mit erforderlicher Anpassung der Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j. Information Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die Frage bezieht sich auf die Leistungserbringung im Rahmen des SGB XI und auf Nr. 27 des Verzeichnis zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege.

(Anlage der 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 in der Fassung vom 21.12.2004)

Die Begründung für die Anlage einer Ernährungssonde sollte den Mitarbeitern des Pflegedienstes bekannt sein, u.a. um bei Bedarf dem behandelnden Arzt Hinweise geben zu können, dass die Indikation für eine Ernährungssonde ggf. nicht mehr vorliegt.

In der Langzeitpflege sind transnasale Sonden zur enteralen Ernährung nur selten indiziert, da diese nur bei voraussichtlich kurzzeitiger Notwendigkeit (z.B. postoperativ oder nach Traumata) anzuwenden sind. Meist werden bei entsprechender Indikation PEG-Sonden zum Einsatz kommen. Indikationen zur Anlage einer PEG sind:

- Schluckstörungen im weitesten Sinn, die voraussichtlich über mindestens 2-4 Wochen bestehen (überwiegend neurogene Störungen des Schluckaktes bis zur Schlucklähmung, selten z.B. schmerzhafter Schluckakt). Oft ist zuvor eine Aspiration aufgetreten
- Einengung, Verschluss oder höhergradige Schleimhautschädigung (Tumoren, Blutung, Schwellung, z.B. postoperativ, nach mehrwöchiger Strahlentherapie) im Bereich von Rachen, Ösophagus, Magen, Dünndarm
- Ablehnung bzw. aktive „Abwehr“ der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme nach Prüfung der ethischen und rechtlichen Aspekte.

Dagegen ist bei Menschen mit schweren dementiellen Erkrankungen nicht belegt, dass Sondenkost Aspirationspneumonien oder Dekubitalulzera verhindert, das Leben verlängert oder seine Qualität verbessert.

Auf der Grundlage dieser Indikationen ist es sowohl zu Beginn der Versorgung als auch im Verlauf wichtig, die Ressourcen/Fähigkeiten und die Probleme/Defizite des Pflegebedürftigen zu kennen. Nur so kann auf positive und negative Entwicklungen adäquat reagiert werden. Auch ist die Kenntnis der Ressourcen/Fähigkeiten und der

Probleme/Defizite erforderlich, um geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen planen zu können. Im Sinne der aktivierenden Pflege ist zu überprüfen, ob neben der erforderlichen Sondenernährung und Flüssigkeitszufuhr orale Nahrungs- sowie Flüssigkeitsgaben ergänzend möglich sind. Weiterhin ist zu prüfen, ob ggf. sukzessive eine vollständige orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung erreicht werden kann.

Bei Veränderungen ist die Kommunikation mit dem behandelnden Arzt (insbesondere bei Verbesserungspotenzial) wichtig. Die erforderliche Menge für Flüssigkeitsaufnahme und Ernährung wird, in Kooperation mit dem Hausarzt, festgelegt (z.B. Trinkmenge in ml und Nahrungsmenge in Kalorien, insbesondere bei Sondenernährung). Bei der Berechnung der Flüssigkeitssubstitution sind die unterschiedlichen Zusammensetzungen der Sondenernährungsprodukte zu beachten. Der freie Flüssigkeitsanteil normokalorischer Sondenernährungsprodukte beträgt durchschnittlich 80 %, d.h. 80 ml freies Wasser sind in 100 ml Substrat enthalten. Bei hochkalorischen Sondenernährungsprodukten liegt dieser Anteil durchschnittlich bei 70 %, d.h. 70 ml freies Wasser sind in 100 ml Substrat enthalten. Demzufolge muss bei der Ernährung mit hochkalorischen Produkten mehr Flüssigkeit substituiert werden, als bei normokalorischen Produkten.

Bei der Applikation der Sondennahrung wird zwischen Bolusgaben, Schwerkraftsystemen und der Gabe über Ernährungspumpen unterschieden.

Bolusgaben (Bolus maximal 300 ml in 15 Minuten) stellen bei der Lage der Sonde im Magen die der physiologischen Nahrungsaufnahme ähnlichste Applikationsform dar. Bei Sondennlage im Duodenum/Jejunum ist die Bolusgabe kontraindiziert. Weitere Einschränkungen ergeben sich bei Magenteilresektionen.

Im Versorgungsalltag ist diese Art der Nahrungszufuhr auf Grund der notwendigen hohen Frequenz und der jeweils aufzuwendenden Zeit zumindest *lege artis* für Pflegepersonal, aber auch für Angehörige mit einer Reihe von Problemen (z.B. Zeitnot, Ungeduld) verbunden. Fehlerhafte Anwendung der Bolusgabe führt häufig zu Komplikationen (z.B. Erbrechen, Aspiration).

Schwerkraftsysteme sind bei Lage der Sonde im Magen zur intermittierenden Nahrungszufuhr geeignet. Sind Bolusgaben nicht realisierbar, ist der Einsatz von Schwerkraftsystemen vor dem Einsatz von Pumpen anzustreben. Die Flussrate bei Schwerkraftsystemen (in der Regel maximal 250-300 ml pro Stunde) lässt sich nur orientierend vorgeben. Praktische Probleme beim Einsatz von Schwerkraftsystemen können u.a. resultieren aus psychiatrisch-neurologischen Erkrankungen (Abwehrbewegungen, unkoordinierte Bauchmuskelkontraktionen) oder fehlender Einhaltung einer geeigneten Körperhaltung durch den Pflegebedürftigen. Intensivere Überwachung zur Vermeidung einer zu raschen (Gefahr des Reflux, von Durchfällen) oder zu langsamen Nahrungszufuhr (Gefahr der Sondenverstopfung, mittelfristig negative Flüssigkeits-/Nahrungsbilanz) und ein entsprechend höherer personeller Aufwand sind daher erforderlich. Große Mengen an Flüssigkeit und Nahrung können in der Praxis mittels eines Schwerkraftsystems in einer tolerierten Flussrate und binnen einer vertretbaren/zumutbaren Zeit oft nicht zugeführt werden. Die anzustrebende intermittierende (physiologischere) Nahrungszufuhr kann dann leicht in eine fast kontinuierliche oder gar 24-stündige Nahrungszufuhr münden, mit ggf. Immobilisierung und damit verbundenen Komplikationen.

Bei Lage der Sonde im Jejunum ist eine kontinuierliche pumpenassistierte Nahrungszufuhr obligat (Flussrate nach Kostaufbau maximal 150-200 ml pro Stunde; Dauer 10-16 Stunden pro Tag). Hierfür sprechen bereits die oft dünnlumigeren Sonden.

Eine Ernährungspumpe ist auch indiziert:

- wenn mittels Bolusgaben oder mittels eines intermittierend eingesetzten Schwerkraftsystems eine Deckung des Nahrungsbedarfs nicht möglich ist (z.B. wegen zu niedriger, vom Patienten tolerierter Flussrate)
- nach wiederholter Verstopfung der Sonde wegen zu niedriger Flussrate (soweit zu niedriges Sondennlumen zu wiederholter Verstopfung der Sonde führt, ist ggf. der Austausch der Sonde erforderlich, nicht jedoch die Verwendung einer Ernährungspumpe)
- wenn eine nächtliche bzw. auf die Nacht beschränkte Nahrungszufuhr angezeigt ist
- wenn die Ernährung (auch) tagsüber während beruflicher Tätigkeit etc. erfolgen soll oder
- spätestens nach Eintreten von Komplikationen, die der Schwerkraftzufuhr anzulasten sind.

Auch bei einer Sondenernährung ist eine Flüssigkeitssubstitution in Abhängigkeit zur Energiedichte der Sondennahrung erforderlich. Bei Sondenernährung wird, soweit keine Kontraindikationen vorliegen, Nahrung und Flüssigkeit zusätzlich angereicht. Bei Sondenernährung ist auch zu überprüfen, ob eine orale Ernährung ganz oder teilweise wieder erreicht werden kann.

Bei der Vorbereitung der Sondennahrung sind die Herstellerangaben zu beachten. Falls nach dem Öffnen der Ernährungsflasche nicht der gesamte Inhalt verbraucht wird, ist der Rest mit Anbruchsdatum und Uhrzeit zu versehen sowie verschlossen entsprechend den Herstellerangaben zu lagern (z.B. im Kühlschrank) und in der angegebenen Frist zu verbrauchen. Die zu verabreichende Sondennahrung soll Zimmertemperatur haben. Überleitungssysteme und Ernährungsbeutel/-container sind gemäß Herstellerangaben nach 24 Stunden zu erneuern.

Während der Verabreichung von Sondennahrung sollten sich die Pflegebedürftigen auf einen Stuhl oder ins Bett setzen und diese Position mindestens eine halbe Stunde nach der Nahrungsverabreichung beibehalten. Bei bettlägerigen Pflegebedürftigen ist darauf zu achten, dass sie mit einem erhöhten Oberkörper (30-40° Oberkörperhochlagerung) während der Nahrungszufuhr gelagert werden, wobei Lagerungswechsel zur Druckentlastung (z.B. Mikrolagerungen) erforderlich sind. Eine unsachgemäße Lagerung (flache Lagerung des Oberkörpers) kann u.a. zu Übelkeit, Erbrechen und Aspiration führen.

Eine regelmäßige sowie sorgfältige Zahn- und Mundpflege ist gerade bei Sondenernährung mehrmals täglich erforderlich.

Da es sowohl durch die Kost als auch durch die wiederholten Manipulationen an den Sonden und dem Überleitungsgerät zu einer Keimverschleppung kommen kann, sind hygienische Maßnahmen bei der enteralen Ernährung durch Sonden zu beachten. Bei Unterbrechung der Sondenernährung muss die Sonde gespült werden, damit sie nicht verstopfen und verkleben kann. Abgekochtes Wasser, kohlenstoffsaure Mineralwasser (zwischenzeitliche Lagerung der angebrochenen Mineralwasserflaschen im Kühlschrank maximal bis zu 12 h) oder Kamillen/Fencheltee (Aufbewahrung des Tees in verschlossenen Gefäßen maximal vier Stunden bei Zimmertemperatur, Teebeutel nach maximal 2 Minuten entfernen) können als Spülflüssigkeit verwendet werden. Säfte, kohlenstoffhaltiges Mineralwasser und Früchtetees sind ungeeignet. Im Durchschnitt reichen ca. 20-40 ml Spülflüssigkeit. Eine tägliche Spülung ist auch dann erforderlich, wenn die Sondenernährung über längere Zeit (Tage oder Wochen) ausgesetzt wird.

Ein regelmäßiger Verbandswechsel und eine entsprechende Hautpflege sind bei perkutanen Sonden erforderlich. Der Verbandswechsel ist bis zur Abheilung der Punktionsstelle unter aseptischen Bedingungen durchzuführen. Die Häufigkeit des Verbandswechsels richtet sich nach den Wundverhältnissen. Nach abgeschlossener Wundheilung ist ein Schutzverband ausreichend, der zwei bis drei Mal wöchentlich gewechselt werden sollte. Die Nahrungsverabreichung sollte bei der Durchführung des Verbandswechsels unterbrochen werden. Es ist beim Verbandswechsel darauf zu achten, dass die Sonde nicht unter zu starkem Zug fixiert wird, da ansonsten das Einwachsen der inneren Halteplatten in die Magenschleimhaut droht. Vor allem bei mobilen Patienten, Patienten mit Pflasterunverträglichkeit oder Druckulzera im Bereich der PEG-Eintrittsstelle ist ein Button eine Alternative zur PEG-Sonde. Ein Button ist über 3-4 Tage nach Anlage steril zu verbinden. Danach ist ein Wundverband nicht zwingend erforderlich.

Die Verabreichung von Arzneimitteln über die Sonde ist eine der wichtigsten Ursachen für das Verstopfen der Sonde. Etwa 15 % dieser Ereignisse gehen auf unsachgemäßes Vorgehen zurück.

Einige Medikamente müssen mit der Nahrung eingenommen werden, andere auf nüchternen Magen. Für bestimmte Medikamente muss die Sondenernährung für einen vorgeschriebenen Zeitraum unterbrochen werden. Medikamente sollten möglichst in flüssiger Form verwendet werden. Ist dies nicht möglich sind Tabletten fein zu mörsern und in Wasser aufgelöst zu verabreichen, um eine Sondenverstopfung zu vermeiden. Bei der Medikamentenverabreichung ist darauf zu achten, dass z.B. Kapseln, Retard-Arzneimittel oder Arzneimittel mit veränderter Wirkstofffreisetzung (z.B. magensaftresistente Tabletten oder Kapseln) ggf. nicht per Sonde verabreicht werden können.

Vor und nach der Medikamentenverabreichung ist die Sonde mit etwa 30 ml Spülflüssigkeit (Raumtemperatur) zu spülen. Bei Verabreichung von mehreren Medikamenten, sind diese separat einzugeben und nach jeder Gabe mit 30 ml Wasser nachzuspülen.

Vom Zumischen von Arzneimitteln zur Sondennahrung ist grundsätzlich abzuraten, weil einerseits die Gefahr der Verstopfung zu groß ist und andererseits ein therapeutischer Wirkspiegel des Arzneimittels nicht mehr gewährleistet ist.

Die durchgeführten Maßnahmen müssen in der Pflegedokumentation nachvollziehbar sein. Die Zielerreichung insbesondere bezüglich der ausreichenden Ernährung und Flüssigkeitsversorgung ist regelmäßig zu überprüfen. Ggf. sind auch kurzfristige Maßnahmen anzupassen, um frühzeitig Mangelernährung und Dehydratation entgegenzuwirken.

Literatur:

- Abbott (Hrsg.) (2000): Ich ernähre mich jetzt anders. Wiesbaden.
- Brüggemann J (2003) Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in der stationären Pflege. Die Schwester/Der Pfleger, 9, 684-689.
- Bucher H, Hufnagel G (2004): Sondenernährung: Versorgungslage ist defizitär. Deutsches Ärzteblatt, 5, A-246.
- Deitrich G, Belle-Hauelsen J, Mittelstaedt G (2003): Ist-Analyse der Ernährungssituation von mit PEG-Sonde versorgten älteren Menschen. Gesundheitswesen, 65, 204-209.
- Dormann A et al. (2003): DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung: Grundlagen. Aktuelle Ernährungsmedizin, Supplement 1, 28, 17-20.
- SEG 2 Pflege : Grundsatzstellungnahme PEG-Sondenversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Düsseldorf 2005.
- Kalde S et al. (Hrsg.) (2002): Enterale Ernährung. München, Jena.
- Löser C, Flösch UR (1996): Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) – Standards in Gastroenterology 20. Z Gastroenterology, 404-408.
- MDS (2003): Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Essen.
- Nestlé Clinical Nutrition (2001): Praxis der Sondenernährung. Ein Leitfaden für Pflegekräfte. München.
- Öffentlicher Gesundheitsdienst Mecklenburg-Vorpommern (2001): Hygienegrundsätze in Alten- und Pflegeheimen. o.O.
- Panknin HT (2001): Sondenernährung – Pflege von Patienten mit PEG im ambulanten Bereich. Heilberufe, 4, 44-45.
- Park RHR et al. (1992): Randomised comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy and nasogastric tube feeding in patients with persisting neurological dysphagia. BMJ, 1406-1409.
- Radziwill R (2003): Arzneimittelgabe. Aktuelle Ernährungsmedizin, Supplement 1, 28, 26-28.
- Dharmaarajan, TS et al. (2001): Percutaneous endoscopic gastrostomy and outcome in dementia. American Journal of Gastroenterology, 96, 2556-2563.

		ja	nein	l.n.z.	E.
14.10	Wird bei Pflegebedürftigen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<i>Ressourcen und Probleme erkannt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<i>Biografie berücksichtigt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<i>Pflegebedürftiger/Pflegepersonen werden über Risiken, geeignete Ziele und erforderliche Maßnahmen unter Berücksichtigung der Biografie beraten (z.B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<i>Information Hausarzt und Pflegekasse</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Neben der Pflegeanamnese ist die Biographie die Basis für die Pflege und Begleitung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen. Dabei ist die Einbeziehung von Angehörigen eine der wichtigsten Maßnahmen. Oft können nur Angehörige oder Freunde Hinweise auf Vorlieben, Abneigungen, Gewohnheiten, Hobbys, Bildung, Gefühlen und/oder angstausslösenden Situationen geben.

Gerontopsychiatrische Beeinträchtigungen werden erkannt und deren Ausmaß und Ausprägung ermittelt (z.B. Antriebsarmut, Aggressionen in bestimmten Situationen, Depressivität, erhöhtes Laufbedürfnis).

Geeignete Maßnahmen werden auf der Basis der Biografie und der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt und dokumentiert. Es ist bekannt, dass bei Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen die Prinzipien der Stetigkeit (Tagesstrukturierung im Sinne eines sich wiederholenden Tagesablaufes, Kontinuität der Pflegebeziehung, der Gesundheitssituation angepasste Kommunikation ggf. durch Berührungen, gezielten Blickkontakt etc.), der Einfachheit und Vertrautheit (fähigkeitsangemessene Aktivitäten, der Beschäftigung und Einbeziehung in lebensgeschichtlich vertraute Handlungen wie z.B. Abwaschen, Kartoffeln schälen, Wäsche falten, Gartenarbeit, handwerkliche Tätigkeiten), der Sicherheit und Geborgenheit (Vermeidung von Alleinsein bei Angstzuständen, Zuwendung durch Lächeln, freundliche Gesten etc.) positive Effekte auf die Lebensqualität haben. Die auf dieser Basis geplanten Maßnahmen und Tagesstrukturierungen sollten auch eine Bewegungsförderung umfassen. Die Berücksichtigung dieser Aspekte trägt zur Förderung der Selbständigkeit und der Selbstbestimmung dieser Personengruppe bei. Das Risikomanagement z.B. bei Sturzgefährdung muss eine gewisse Sicherheit bieten, aber eine „Sicherheitsverwahrung“ ausschließen.

Lange Zeitabstände zwischen den Mahlzeiten sollten vermieden werden, ggf. wird einem aus permanenten Bewegungen und Rastlosigkeit resultierenden erhöhten Kalorienbedarf entsprochen.

Literatur:

Kitwood T (2000): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern et al.
 Maciejewski B, Sowinski C, Besselmann K, Rückert W (2001): Qualitätshandbuch Leben mit Demenz, Köln.
 Powell J (2000): Hilfen zur Kommunikation bei Demenz, Köln.

14.11 Werden im Rahmen der vereinbarten Leistungen geeignete Methoden bei gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen angewendet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ln.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

Kinästhetik ist die Lehre von der Bewegung, die sich mit der Empfindung und dem Ablauf der natürlichen menschlichen Bewegung beschäftigt. Die Handlungs- und Bewegungsfähigkeit der Pflegenden wird geschult, damit sie bewegungs- und wahrnehmungsbeeinträchtigte Personen anleiten können, eigene Ressourcen/Fähigkeiten wahrzunehmen und gezielt einzusetzen.

Validation ist eine verbale und nonverbale Kommunikationsform, die sich nicht auf der Inhaltsebene, sondern auf die Beziehungsebene konzentriert. Das bedeutet, das Erleben und die Gefühle von Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen zu respektieren und in deren Realität einzufühlen. Die Aussagen und Mitteilungen des Bewohners werden ernst genommen. Diese Vorgehensweise kann bewirken, dass Grundbedürfnisse wie Geborgenheit sowie Wertschätzung befriedigt werden und ein weiterer Rückzug verhindert wird. Mittlerweile ist die Validation nach Naomi Feil weiterentwickelt bzw. modifiziert worden und kann auch als „Integrative Validation“ (IVA) nach Nicole Richard oder als „Spezielle validierende Pflege nach Brigitte Scharb“ angewendet werden.

Basale Stimulation ist ein Handlungskonzept zur Förderung und Aktivierung schwerstbeeinträchtigter Menschen mit Bewegungs-, Kommunikation- und Wahrnehmungsstörungen. Basale Stimulation heißt, dass die Pflegenden dem Bewohner einfache aber grundlegende Angebote zur Anregung geben, die ihm helfen, seinen Körper sowie seine Umwelt neu zu erspüren und zu erfahren.

Der **mäeutische Ansatz** oder die erlebnisorientierte Pflege basiert auf Beobachtungen, die Pflegende in der Pflegebeziehung zu den Pflegebedürftigen bewusst erleben. Durch die Reflexion und Kommunikation im Team entsteht ein Leitfaden für den Umgang mit Pflegebedürftigen, um einen wirklichen Kontakt zu ermöglichen. Mäeutik ist ein induktives Verfahren, das vom besonderen Einzelfall auf das Allgemeine, Gesetzmäßige schließt. Die Grundvoraussetzung für diesen Ansatz ist die Beziehungs- oder Bezugspflege. Damit das gesamte multiprofessionelle Team die Erkenntnisse aus den Erlebniswelten der Pflegebedürftigen und der Pflegenden umsetzen kann, ist eine inhaltlich präzise Pflegedokumentation (als Förderung der Kommunikation zwischen den an der Versorgung beteiligten Mitarbeitern sowie als Leitfaden im Umgang mit dem Pflegebedürftigen) und die Biographiearbeit integrierter Bestandteil der erlebnisorientierten Pflege.

In Anlehnung an Linda Tellington-Jones wurde die **Tellington-Touch-Methode** entwickelt, die sich insbesondere auch für gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Menschen eignet, um die Kommunikation zu verbessern und Spannungen zu lösen. Es handelt sich bei dieser Methode um kreisförmige Bewegungen, die von der Intensität zwischen Streicheln und Massieren liegen.

Alle eingesetzten Methoden bedürfen einer angemessen erhobenen Pflegeanamnese einschließlich Biographie. Eine Einrichtung sollte sich für die systematische Anwendung bestimmter Methoden entscheiden. Diese Methoden werden im Pflegekonzept beschrieben. Zur systematischen Umsetzung dieser Methoden ist eine Schulung der Mitarbeiter erforderlich.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn mindestens eine der genannten oder eine vergleichbare Methode systematisch angewandt wird.

Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ zu beantworten, wenn der Pflegebedürftige keine gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen hat.

Literatur:

- KDA (Hrsg.) (2001): Qualitätshandbuch Leben mit Demenz (Kapitel 1 und 3), Köln.
 Kitwood T (2000): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern et al.
 Menche N, Bazlen U, Kommerl T (Hrsg.) (2001). Pflege Heute. München, Jena.
 van der Kooij C (2004): Kurzfassung des mäeutischen Pflegekonzeptes (Vortragmanuskript). Apeldoorn.
 Fröhlich A (1998): Basale Stimulation-das Konzept. Düsseldorf.
 Bienenstein C, Fröhlich A (2000): Basale Stimulation in der Pflege. Möglichkeiten zur Förderung wahrnehmungsbeeinträchtigter Menschen. Düsseldorf.

	ja	nein	t.n.z.	E.
14.12 Wenn bei dem Pflegebedürftigen freiheitsentziehende Maßnahmen durch Pflegepersonen oder den Pflegedienst angewandt werden: Wird mit dieser Situation sachgerecht umgegangen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <i>Zustimmung des Pflegebedürftigen, richterliche Genehmigung oder rechtfertigender Notstand liegt vor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. <i>Notwendigkeit wird regelmäßig überprüft</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Der Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen ist in § 1906 BGB geregelt. Dem Wortlaut nach bezieht sich dieser Paragraph auf stationäre Einrichtungen und ist demnach für den häuslichen Bereich nicht gültig. Dies bedeutet im Umkehrschluss jedoch nicht, dass im häuslichen Bereich freiheitsentziehende Maßnahmen generell zulässig wären. Vielmehr unterliegt der Sachverhalt im häuslichen Bereich den strafrechtlichen Vorschriften der Freiheitsberaubung. Die Rechtsprechung der Gerichte zu diesem Sachverhalt ist uneinheitlich. In manchen Zivilgerichtsurteilen wird im häuslichen Bereich eine Analogie zum stationären Bereich im Sinne des § 1906 BGB hergestellt, von anderen Zivilgerichten wird dies abgelehnt und/oder auf die strafrechtliche Relevanz des Sachverhaltes abgehoben und dementsprechend die Zuständigkeit von Strafgerichten gesehen. Eine klärende höchst-richterliche Rechtsprechung liegt bislang nicht vor.

Demnach fehlt bislang ein allgemein konsentierter Bewertungsmaßstab, der bei Qualitätsprüfungen durch den MDK zu Grunde gelegt werden kann. Gleichwohl ist bei der Prüfung beim Pflegebedürftigen auf mögliche Anzeichen für freiheitsentziehende Maßnahmen zu achten. Beispiele hierfür sind:

1. Fixieren der Pflegebedürftigen durch mechanische Vorrichtungen

- Anbringen von Bettgittern
- Anlegen von Sitz-, Leib- oder Bauchgurten
- Anlegen von Schutzdecken, Betttüchern oder Schlafsäcken
- Befestigung von Therapie-/Stecktischen am (Roll-) Stuhl
- Anlegen von Sicherheitsgurten am (Roll-) Stuhl
- Anlegen von Handfesseln, Fußfesseln oder Körperfesseln.

2. Einsperren des Pflegebedürftigen

3. Verabreichung von sedierenden Medikamenten (Schlafmittel oder Psychopharmaka)

- um Pflegebedürftigen an der Fortbewegung zu hindern
- um die Pflege zu erleichtern.

Werden diese oder vergleichbare Maßnahmen beim Pflegebedürftigen festgestellt, sind folgende Punkte zu beachten:

Bewertung von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei völlig bewegungsunfähigen Pflegebedürftigen

Eine freiheitsentziehende Maßnahme kommt nur in Betracht, wenn der Pflegebedürftige noch zu willkürlichen Fortbewegungen in der Lage ist. Bei einem vollständig bewegungsunfähigen Pflegebedürftigen ist z.B. ein Bettgitter zum Schutz vor ungesteuerten oder unwillkürlichen Bewegungen keine freiheitsentziehende Maßnahme, da das Bettgitter die ohnehin nicht vorhandene Fortbewegungsfreiheit nicht einschränkt. Der Pflegebedürftige aber, der am Bettgitter rüttelt, lässt den Willen zur Fortbewegung erkennen oder signalisiert, dass er mit der Maßnahme nicht einverstanden ist.

Zustimmung des Pflegebedürftigen zu einer freiheitsentziehenden Maßnahme

Eine freiheitsentziehende Maßnahme ist nicht widerrechtlich, wenn der Pflegebedürftige in die Maßnahme wirksam eingewilligt hat. Ein Pflegebedürftiger kann nur wirksam einwilligen, wenn er über den maßgeblichen na-

türlichen Willen verfügt und einsichtsfähig ist. Dabei kommt es nicht auf die Geschäftsfähigkeit, sondern auf die natürliche Einsicht- und Urteilsfähigkeit des Pflegebedürftigen an. Der Pflegebedürftige muss die Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung erkennen können. Die Einwilligung bezieht sich jeweils auf die konkrete Situation. Der Pflegebedürftige kann die Einwilligung jederzeit widerrufen. Verliert der Pflegebedürftige infolge einer Erkrankung die natürliche Einsichtsfähigkeit, ist auch seine vorher gegebene Einwilligung nicht mehr wirksam. Die wirksame Einwilligung des Pflegebedürftigen sollte in der Pflegedokumentation festgehalten werden. In Zweifelsfällen kann es ratsam sein, vom behandelnden Arzt in regelmäßigen Zeitabständen die Einsichts- und Urteilsfähigkeit schriftlich bestätigen zu lassen.

Rechtfertigender Notstand

Freiheitsentziehende Maßnahmen können ausnahmsweise und für kurze Zeit unter den Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 Strafgesetzbuch) zulässig sein, wenn keine Einwilligung zu erzielen ist. Dies trifft dann zu, wenn der Pflegebedürftige in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Körper, Freiheit oder Eigentum sich oder andere gefährdet. Ziel ist es dabei, die Gefahr von sich oder anderen abzuwenden. Dabei muss bei Abwägung der widerstreitenden Interessen das geschützte Interesse das Beeinträchtigte wesentlich überwiegen. Als Höchstgrenze einer Fixierung ohne richterliche Genehmigung ist die Frist nach § 128 Strafprozessordnung anzusehen, danach ist die richterliche Entscheidung spätestens am Tag nach dem Beginn der freiheitsentziehenden Maßnahme herbeizuführen.

Wenn bei einem Hausbesuch der Eindruck entsteht, dass freiheitsentziehende Maßnahmen gegen den Willen des Versicherten durchgeführt werden, sollte zunächst im Gespräch mit den Pflegepersonen und/oder dem Pflegedienst die Situation weiter abgeklärt werden. Lässt sich eine Klärung im Gespräch, gegebenenfalls auch unter Einschaltung des Hausarztes, nicht herbeiführen, ist durch die Prüfer oder die Pflegekasse das zuständige Vormundschaftsgericht zu informieren.

Literatur:

Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland Artikel 2 und Artikel 4

Bürgerliches Gesetzbuch Betreuungsrecht 1906 ff

Klie T (1996): Lehrbuch Altenpflege. Hannover.

Stadt München, Heimaufsicht Oberbayern, MDK in Bayern (2001): Zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen. Empfehlungen für Pflegefachkräfte.

14.13 Ist der Umgang der Pflegekraft mit dem Pflegebedürftigen angemessen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Wenn eine Pflegekraft im Umgang mit dem Pflegebedürftigen beobachtet werden kann, ist hierbei zu bewerten, ob die Pflegekraft die Persönlichkeit des Pflegebedürftigen respektiert und dessen Intimsphäre wahrt.

Wenn bei einer Pflegekraft ein nicht angemessener Umgang beobachtet wird, ist die Frage mit „nein“ zu beantworten.

15. Sonstiges

Hier besteht für das Prüfteam die Möglichkeit, sonstige relevante Beobachtungen zu dokumentieren.

Datum und Unterschriften:

Datum und Unterschrift belegen, welche Mitarbeiter des MDK die Prüfung durchgeführt haben.