

Inhalt

<i>Abweichende fachliche Einschätzungen</i>	2
<i>Anlassprüfungen</i>	2
<i>Anmeldung/Nichtanmeldung der Qualitätsprüfung</i>	2
<i>Bedarfsmedikation</i>	3
<i>Behandlungspflege</i>	5
<i>Betreuungsleistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen</i>	8
<i>Betreuungsleistungen in ambulanten Pflegediensten</i>	9
<i>Einheitliche Umsetzung der QPR</i>	13
<i>Einverständnis</i>	13
<i>Entbürokratisierung</i>	14
<i>Ernährung/Flüssigkeitsversorgung</i>	15
<i>Evaluation der Pflegedokumente</i>	15
<i>Expertenstandards</i>	16
<i>Fachliche Anleitung</i>	16
<i>Freiheitsentziehende Maßnahmen</i>	16
<i>Gravierende Mängel/Pflegedefizite</i>	18
<i>Inaugenscheinnahme</i>	19
<i>Kontrakturen</i>	20
<i>Kurzzeitpflege</i>	20
<i>Medikation</i>	20
<i>Mitwirkungspflicht</i>	21
<i>MRSA</i>	21
<i>Was ist beim Auftreten von MRSA in der Pflegeeinrichtung zu beachten?</i>	21
<i>Organisation der Qualitätsprüfung vor Ort</i>	22
<i>Soziale Betreuung/Betreuungskräfte</i>	22
<i>Stichprobe</i>	23
<i>Wundversorgung</i>	24
<i>Zufriedenheitsbefragung</i>	24
<i>Zusammenarbeit der Prüfinstitutionen</i>	24

Abweichende fachliche Einschätzungen

Wie wird im Rahmen von Qualitätsprüfungen mit abweichenden fachlichen Meinungen der Pflegefachkraft/der Einrichtungsververtretungen umgegangen? Welchen Einfluss haben diese auf die Bewertung?

Die Bewertung des jeweiligen Sachverhaltes erfolgt durch die Gutachterinnen und Gutachter auf der Grundlage der jeweils geltenden Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR) und dem aktuellen Stand pflegerischer Erkenntnisse. Erfolgt in der Qualitätsprüfung durch die Pflegefachkraft eine von der Gutachterin / vom Gutachter abweichende Bewertung, die auch im Rahmen des Fachaustausches zwischen Gutachterin / Gutachter und Pflegefachkraft bis zum Ende der Prüfung weiterhin Bestand hat, so wird diese "abweichende fachliche Einschätzung" im Prüfbericht protokolliert, inhaltlich zusammenfassend dargestellt und im Abschlussgespräch gegenüber den leitenden Einrichtungsververtretungen kommuniziert.

Anlassprüfungen

Welche Auswirkungen hat das Ergebnis einer Anlassprüfung auf die Veröffentlichung?

Die Ergebnisse jeder Qualitätsprüfung (auch Anlassprüfungen und Wiederholungsprüfungen) werden veröffentlicht und lösen damit die vorhergehenden Prüfergebnisse ab.

Anmeldung/Nichtanmeldung der Qualitätsprüfung

Warum werden die Qualitätsprüfungen in allen ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen (vollstationär, teilstationär, Kurzzeitpflege) grundsätzlich angemeldet?

Es ist vom Gesetzgeber so vorgesehen, dass die Qualitätsprüfungen in allen ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen (vollstationär, teilstationär, Kurzzeitpflege) angemeldet werden (§ 114a Abs. 1 SGB XI).

Zur Vorbereitung auf eine Qualitätsprüfung finden Sie die vorzulegenden Unterlagen auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Sachsen: <https://www.md-sachsen.de/dokumente-formulare>

Unangekündigt erfolgen Qualitätsprüfungen grundsätzlich nur im Fall einer Anlassprüfung.

Zudem erfolgen Regelprüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Auftrag der Landesverbände der Sächsischen Pflegekassen gemäß den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund nach § 114c Absatz 1 SGB XI i.V.m. § 53d Absatz 3 Nummer 5 SGB XI, Verlängerung des Prüfrhythmus bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen (PruP-RiLi) unangekündigt, wenn

1. die Pflegeeinrichtung innerhalb der letzten 12 Monate vor der Auftragsvergabe an die jeweilige Prüfinstitution ihrer Verpflichtung zur Teilnahme am indikatorengestützten Verfahren nach § 114b Absatz 1 SGB XI nicht nachgekommen ist oder
2. die Pflegeeinrichtung innerhalb der letzten 12 Monate vor der Auftragsvergabe an die jeweilige Prüfinstitution unvollständige Daten an die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 SGB XI übermittelt hat oder
3. innerhalb der letzten 12 Monate vor der Auftragsvergabe an die jeweilige Prüfinstitution im Rahmen der statistischen Plausibilitätsprüfung durch die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 SGB XI eine mangelnde Plausibilität der Daten festgestellt wurde oder
4. bei der letzten Plausibilitätskontrolle im Rahmen der Qualitätsprüfung durch die jeweilige Prüfinstitution
 - a) beim Erhebungsreport für mindestens drei versorgte Personen - eine fehlerhafte Zuordnung der Pseudonyme oder - ein methodisch unzulässiger Ausschluss aus der Ergebniserfassung erfolgte oder
 - b) bei mehr als drei Plausibilitätsfragen ein kritischer Themenbereich ausgewiesen wurde.

Gemäß § 114 a Abs. 1 SGB XI sind Qualitätsprüfungen am Tag zuvor anzukündigen. Unsere Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste erleben jedoch, dass teilweise die Ankündigung am Wochenende erfolgt.

Prüfungen am Montag/nach Feiertagen werden am Vortag, demzufolge Sonntag/Feiertag, per E-Mail angekündigt. Mit der Formulierung "Am Tag zuvor" hat der Gesetzgeber die Ankündigung am Sonntag/Feiertag nicht ausgeschlossen.

Zur Vorbereitung auf eine Qualitätsprüfung finden Sie die vorzulegenden Unterlagen auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Sachsen: <https://www.md-sachsen.de/dokumente-formulare>

Bedarfsmedikation

Welche Anforderungen an die ärztliche Verordnung/Anordnung von Bedarfsmedikamenten müssen grundlegend erfüllt sein, so dass eine fachgerechte Gabe der Medikamente durch den Pflegedienst/die Pflegeeinrichtung erfolgen kann?

Die Verordnung von Medikamenten im Rahmen von Diagnostik und Therapie gehört zum ärztlichen Aufgabenbereich (Anordnungs-/Verordnungsverantwortung).

Erforderliche Angaben auf der ärztlichen Verordnung/Anordnung für eine fachgerechte Durchführung der Bedarfsmedikation durch die Pflegefachkraft (Durchführungsverantwortung) sind:

- der Name der versorgten Person/Geburtsdatum (eindeutige Zuordnung zur versorgten Person),
- der Name des Medikaments mit Applikations-/Darreichungsform,
- die **genau definierte** Indikation zur Gabe,
- Einzeldosierung und Maximaldosierung pro Tag,

- Häufigkeit der Gabe/zeitlicher Abstand zwischen den Medikamentengaben,
- Anordnungsdatum.

Die Anordnung/Verordnung erfolgt in der Regel schriftlich, z. B. mittels

- Fax,
- HKP-Verordnung mit Angabe der konkreten Medikamente (ambulant),
- Medikamentenplan/Behandlungsplan von der Arztpraxis ausgestellt,
- alternativ bundeseinheitlicher Medikationsplan ausgedruckt vom verordnenden Arzt / von der verordnenden Ärztin,
- Rezept (ggf. Kopie archivieren),
- schriftlicher Eintragung in der Pflegedokumentation (z. B. im Medikamentenplan, im Arztkommunikationsblatt, ...).
- ...

Eine weitere Möglichkeit ist die mündliche Anordnung nach dem VuG-Prinzip (Vorgelesen und Genehmigt).

Wie genau muss die Indikation zur Bedarfsmedizin ausgewiesen sein? Sind in diesem Kontext auch regelhaft dokumentierte Intensitäten oder Intervalle zu fordern, z. B. cut off - Werte bei Schmerzmedikamenten bei Bedarf?

Die Festlegung der Indikation für die Gabe des Bedarfsmedikamentes obliegt ausschließlich dem verordnenden Arzt/der verordnenden Ärztin. Die Indikation sollte grundsätzlich **so konkret wie möglich** definiert werden, damit für die ausführende Pflegefachkraft eine eindeutige Handlungsanweisung und für die versorgte Person eine größtmögliche Arzneimitteltherapiesicherheit gegeben ist. Der Arzt/Die Ärztin legt zur Sicherstellung der bedarfsabhängigen medikamentösen Therapie deshalb die Angabe konkreter Intensitäten oder Intervalle fest.

Die Anforderungen an die Verordnung und Anwendung von Bedarfsmedikation zur Gewährleistung von Arzneimitteltherapiesicherheit sind zusammengefasst dargestellt unter: <https://lmy.de/pEWX>

Müssen bei chronischen Schmerzen verordnete Bedarfsmedikamente vorgehalten werden?

Verordnete Bedarfsmedikamenten müssen im Bedarfsfall zeitgerecht verabreicht werden können. Die Art des Bedarfsmedikaments ist bei der Bewertung des zeitgerechten Einsatzes relevant. So müssen Medikamente, wie z. B. Schmerzmittel, blutdrucksenkende Medikamente, welche als Bedarfsmedikament verordnet worden sind, unmittelbar verfügbar sein. Hingegen reicht es bei Medikamenten, wie z. B. Laxantien ggf. aus, wenn diese im Bedarfsfall schnell von der Apotheke geordert werden können. Durch die Pflegeeinrichtung ist darzustellen, wie die zeitgerechte Gabe im Bedarfsfall sichergestellt ist. Sofern die Gabe eines Bedarfsmedikamentes längere Zeit nicht notwendig war, sollte der verordnende Arzt/die verordnende Ärztin über diesen Sachverhalt informiert werden, damit ggf. die Notwendigkeit der Bedarfsanordnung überprüft werden kann.

Behandlungspflege

Welche gesetzlichen Grundlagen gibt es für die Behandlungspflege?

Die Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen sind für den ambulanten Versorgungsbereich im § 37 SGB V und in der gemäß § 37 Abs. 6 SGB XI erlassenen HKP-Richtlinie geregelt. Im stationären pflegerischen Versorgungsbereich finden sich entsprechende Regelungen im SGB XI (§ 41, § 42, § 43 SGB XI).

In der ambulanten Versorgung kann der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin bei medizinischer Notwendigkeit eine Verordnung zur Häuslichen Krankenpflege, bspw. für die Medikamentengabe (weitere Maßnahmen s. HKP-Richtlinie), ausstellen.

Maßnahmen der Behandlungspflege (häusliche Krankenpflege gem. § 37 Abs. 2 SGB V) dienen der Sicherung der Ziele der ärztlichen Behandlung. Die Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen (gem. HKP-RL) bedarf der schriftlichen Anordnung/Verordnung durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin. Die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahme wird mit einer sogenannten HKP-Verordnung an einen Pflegedienst delegiert. Häusliche Krankenpflege ist in der Regel im Haushalt der versicherten Person oder ihrer Familie zu erbringen (Ausnahmen siehe HKP-Richtlinie).

In stationären Pflegeeinrichtungen besteht nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen (SGB XI). Das heißt, stationäre Einrichtungen sind zur Durchführung behandlungspflegerischer Maßnahmen, wie z. B. der Medikamentengabe, verpflichtet.

Die Anforderung an die ärztliche Anordnung/Verordnung gilt auch für die Delegation behandlungspflegerischer Maßnahmen an Pflegefachkräfte in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen.

Wer darf Behandlungspflege erbringen?

Leistungen der Behandlungspflege sind grundlegend durch Pflegefachkräfte zu erbringen.

Zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern existieren im ambulanten Versorgungsbereich zum Teil jedoch vertragliche Vereinbarungen, nach denen behandlungspflegerische Maßnahmen der Leistungsgruppe 1 (einfache Behandlungspflegen) unter bestimmten Voraussetzungen (Schulung, fachpraktische Anleitung und regelmäßige Überprüfung durch eine Pflegefachkraft) auch durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden können.

Im stationären und teilstationären Bereich liegt es im Verantwortungsbereich der Einrichtung, zu entscheiden, ob einfache Behandlungspflegen auch durch Pflegehilfskräfte und unter bestimmten Voraussetzungen (Schulung, fachpraktische Anleitung und regelmäßige Überprüfung durch eine Pflegefachkraft) erbracht werden dürfen.

Welche Anforderungen an das Verblistern von Medikamenten gibt es?

Medikamente in Blisterpackungen müssen entsprechend der Apothekenbetriebsordnung mit Namen der/des Versicherten, Angaben zum enthaltenen Medikament mit Chargenkennzeichnung, Verfallsdatum, Einnahmehinweise, eventuelle Lagerungshinweise und der abgegebenen Apotheke gekennzeichnet sein. Verblisterte Medikamente müssen direkt aus der Blisterpackung gereicht werden. Es darf keine Zwischenlagerung der Medikamente aus der Blisterpackung erfolgen. Das Anreichen der Medikamente kann mit Hilfsmitteln erfolgen.

Was ist bei der Medikamentenverabreichung in teilstationären Pflegeeinrichtungen zu beachten?

Auch teilstationäre Pflegeeinrichtungen müssen einen sachgerechten Umgang mit dem Medikamentenmanagement sicherstellen. In den meisten Fällen bringt der Tagespflegegast gerichtete Medikamente mit. Ein aktueller ärztlicher Medikationsplan sollte - unabhängig davon, ob Medikamente durch die Tagespflege verabreicht werden oder nicht - in der Tagespflege immer vorliegen.

Sind im Zeitfenster des Aufenthaltes des Tagespflegegasts Medikamente durch die Tagespflege zu verabreichen, wird beim weiteren Vorgehen zwischen den folgenden Varianten unterschieden:

- a) Die mitgebrachten Medikamente wurden vom in die Versorgung des Tagespflegegasts eingebundenen Pflegedienst gerichtet.
- b) Die mitgebrachten Medikamente wurden vom Tagespflegegast selbst oder seinen Angehörigen gerichtet.

zu a)

Der Tagespflege liegt die Information vor, dass die Medikamente von einem ambulanten Pflegedienst gerichtet werden. Diese Information und die Angaben zur Quelle dieser sind durch die Tagespflegeeinrichtung zu dokumentieren.

In diesem Fall ist keine tiefergehende Prüfung der Medikamente durch die Tagespflege notwendig, soweit Unstimmigkeiten sich nicht deutlich aufdrängen.

zu b)

Die mitgebrachten Medikamente sind nicht von einem Pflegedienst gerichtet worden. Folgende Anforderungen müssen erfüllt sein:

- ein aktueller ärztlicher Medikationsplan muss vorliegen,
- die vorhandenen Medikamente müssen eindeutig identifizierbar sein (z.B. durch gelbe Liste),
- die gestellten Medikamente entsprechen der ärztlichen Anordnung.

Darüber hinaus gelten die allgemeinen gültigen fachlichen Anforderungen zum Verabreichen von Medikamenten (z. B. Dokumentation des Anbruchs- bzw. Verfallsdatums).

Eine Vereinbarung mit den An- und Zugehörigen zur Medikamentengabe reicht nicht mehr aus.

Anzumerken ist, dass in Tages-/Wochendispensern gerichtete Medikamente i.d.R. nicht hinsichtlich ihrer Haltbarkeit überprüft werden können. Die Praxis zeigt, dass nur in sehr wenigen Einzelfällen, Umverpackungen, Medikamentenblister vorgehalten werden.

Die Tagespflege sollte die Details zur Medikamentengabe/Behandlungspflege bereits vor Aufnahme des Tagespflegegasts klären und dokumentieren.

Verwiesen sei an dieser Stelle auch auf die Regelungen der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der teilstationären Pflege (Tagespflege) und das Rechtsgutachten Medikamentengabe und Behandlungspflege in der Tagespflege. <https://www.gsa-pflege.de/download-teilstationaere-pflege/>

Muss jede Medikamentenänderung durch eine ärztliche Unterschrift bestätigt werden?

Als Grundlage für das Verabreichen der Medikamente benötigt die Pflegeeinrichtung/der Pflegedienst eine eindeutige ärztlich ausgestellte Handlungsanweisung. Das können verschiedene Dokumente sein. Wir sind im Rahmen der Prüftätigkeit nach §§ 114 ff SGB XI "flexibel" und akzeptieren verschiedene Dokumente, u. a.:

- Kopie eines Rezeptes, insofern hier ausreichend konkrete Vorgaben zur Verabreichung des Medikamentes gemacht worden sind oder
- aktueller Medikamentenplan (verordnender Arzt/verordnende Ärztin muss erkenntlich sein, Unterschrift nicht erforderlich) oder
- Anordnungen des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin zur Medikation in der Dokumentation der Pflegeeinrichtung oder
- telefonische Kommunikation zur Änderungen der Medikation, dann Nachweis über Fax oder VuG-Prinzip (Vorlesen und Genehmigen).

Wichtig dabei ist, dass für die Gabe von Medikamenten eine aktuelle Grundlage (z. B. ein Medikamentenplan) vorliegt und erkennbar ist, wer der verordnende Arzt/die verordnende Ärztin ist.

Das Übertragen der Medikation in die einrichtungsinterne Dokumentation bedarf nicht der Kontrolle des Arztes/der Ärztin.

Ist eine Unterschrift des Hausarztes/der Hausärztin bei Medikamenten erforderlich, die frei verkäuflich sind?

Bei eigenverantwortlicher Beschaffung, Vorhaltung und Einnahme der frei verkäuflichen Medikamente durch die versorgte Person selbst, ist eine Anordnung der Hausärztin/des Hausarztes nicht

erforderlich. Handelt es sich um Medikamente mit Therapierelevanz (z. B. Schmerzmittel), welche nicht eigenverantwortlich von der versorgten Person vorgehalten und eingenommen, sondern durch die Pflegeeinrichtung verabreicht und vorgehalten werden, so ist eine Handlungsgrundlage (ärztliche Anordnung/Verordnung) für die Pflegeeinrichtung erforderlich.

Ist eine Unterschrift der Ärztin/des Arztes auf Schmerz-, Vitalwerte-, Gewichts- oder Blutzuckermessungsprotokollen erforderlich?

Grundsätzlich ist keine Unterschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes auf Schmerz-, Vitalwerte-, Gewichts- oder Blutzuckermessungsprotokollen erforderlich. In Fällen, in denen eine intensive Krankenbeobachtung erforderlich ist (z.B. AKI-Versorgung, Insulineinstellung, Medikamenteneinstellung, Schmerzmittelgabe) sollte eine kontinuierliche Arzthinformation/Arztkommunikation nachweislich erfolgen, sodass sichergestellt werden kann, dass die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt über die für die weiteren Therapieentscheidungen wesentlichen Informationen verfügt. Die Unterschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes auf den Erfassungsprotokollen stellt eine mögliche Variante zur nachweislichen Arzthinformation/Arztkommunikation dar.

Ist eine extra Bestätigung von Fax-Anordnungen durch die Ärztin/den Arzt erforderlich?

Wenn durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin eine Anordnung zur Behandlungspflege per Fax (mit Unterschrift des Arztes/der Ärztin) an die Pflegeeinrichtung geschickt wird, ist keine extra Bestätigung durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt erforderlich.

Welche Qualifikation müssen die Pflegefachkräfte bei der Versorgung von intensivpflichtigen versorgten Personen (Verordnung nach § 37c SGB V) vorweisen?

Die Qualifikationsanforderungen für die im Rahmen der Außerklinischen Intensivpflege eingesetzten Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sind in den Rahmenempfehlungen nach § 132l Abs. 1 SGB V §§ 2 bis 5 geregelt. Die Vorgaben der Rahmenempfehlung nach § 132l Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege sind zudem Grundlage für die Vertragsgestaltung der Krankenkassen mit den Leistungserbringern. <https://t1p.de/a56gp>

Betreuungsleistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen

Neben den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege hat die versorgte Person in

Einrichtungen der vollstationären Versorgung, der Tagespflege und der Kurzzeitpflege Anspruch auf Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung.

Das in diesem Arbeitsfeld eingesetzte Personal muss über eine Qualifikation gemäß den Richtlinien nach § 53b SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RL) verfügen.

Alle weitere ist den Richtlinien zu entnehmen: <https://t1p.de/u4zji>

Betreuungsleistungen in ambulanten Pflegediensten

Versorgte Personen haben im ambulanten Versorgungsbereich gemäß § 36 SGB XI (Pflegesachleistungen) Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe).

Qualifikationsanforderungen für das im Rahmen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen eingesetzte Personal werden durch die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege definiert.

Zum 01.02.2024 sind die Maßstäbe und Grundsätze (MuG) für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege (zuletzt geändert am 24.10.2023) in Kraft getreten. Welche Änderungen haben sich daraus ergeben und ab wann werden diese umgesetzt? Welche Auswirkungen ergeben sich aus den aktualisierten MuG ambulant auf die Qualitätsprüfung?

Die in dem MuG ambulant geforderten Anforderungen zur Qualifikation der Betreuungskräfte sind bei der personenbezogenen Prüfung bei den Personen relevant, die Betreuungsleistungen erhalten.

Hier gelten für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Betreuungsleistungen erbringen:

Die eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfüllen die formale Qualifikation:

- Anrechnung erworbener Qualifikationen (2.4.3 MuG ambulant, 2024).
 - Berufsabschlüsse (Berufsurkunde) oder
 - das Zertifikat über eine abgeschlossene Qualifizierungsmaßnahme gemäß den Richtlinien nach § 53b SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RL) (2.4.3 MuG ambulant, 2024).

Hinweis: Für den Einsatz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit begonnener Qualifikationsmaßnahme nach § 4 der Betreuungskräfte-Richtlinie (RL) gilt, dass bis zur Einführung des Instrumentes für die Prüfung der Qualität nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer

3 SGB XI (des neuen Qualitätssystems für die ambulante Pflege) auch Betreuungskräfte eingesetzt werden können, die eine entsprechende Qualifikationsmaßnahme nach § 4 der Betreuungskräfte-RL begonnen haben (2.4.2 MuG ambulant, 2024).

Die eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfüllen die materielle Qualifikation:

- Bestandsschutz (2.4.4 MuG ambulant 2024)

Bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die im ambulanten Pflegedienst beschäftigt sind und nachweislich mindestens zwei Jahre innerhalb der letzten fünf Jahre vor Inkrafttreten der MuG ambulant am 01.02.2024 pflegerische Betreuungsmaßnahmen im Sinne von § 36 SGB XI unter qualifizierter Anleitung einer Fachkraft erbracht haben, ist keine formale Qualifikation nachzuholen und es kann angenommen werden, dass eine materielle Qualifikation vorliegt.

Die aktualisierten MuG ambulant fordern eine Qualifikation entsprechend den Richtlinien nach § 53b SGB XI für Betreuungskräfte. Für Mitarbeitende, die bereits in der Betreuung tätig waren, ist ein Bestandsschutz geregelt. Für wen trifft der Bestandsschutz gemäß Kapitel 2.4.4 MuG ambulant zu und wie kann dieser nachgewiesen werden?

Der Bestandsschutz bezieht sich auf die materielle Qualifikation. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im ambulanten Pflegedienst beschäftigt sind und nachweislich mindestens zwei Jahre innerhalb der letzten fünf Jahre vor Inkrafttreten pflegerische Betreuungsmaßnahmen im Sinne von § 36 SGB XI unter qualifizierter Anleitung einer Fachkraft erbracht haben, ist keine formale Qualifikation nachzuholen und es kann angenommen werden, dass eine materielle Qualifikation vorliegt.

Wie kann der Bestandsschutz nachgewiesen werden, wenn neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Anforderung nach Kapitel 2.4.4 (Bestandsschutz) bei ihrem vorherigen Arbeitgeber erfüllt haben, obwohl sie nicht über die formale Qualifizierung im Sinne des § 4 Absatz 3 der Betreuungskräfte-RL verfügen und der vorherige Arbeitgeber keine Daten übermittelt hat?

Grundsätzlich sind Beschäftigte dazu verpflichtet, alle relevanten Unterlagen an den Arbeitgeber weiterzuleiten. Dies beinhaltet auch bei vorherigen Arbeitgebern erworbene Qualifikationen.

Für die Bestandsschutzregelung gilt: Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im ambulanten Pflegedienst beschäftigt sind und nachweislich mindestens zwei Jahre innerhalb der letzten fünf Jahre vor Inkrafttreten pflegerische Betreuungsmaßnahmen im Sinne von § 36 SGB XI unter qualifizierter Anleitung einer Fachkraft erbracht haben, ist keine formale Qualifikation nachzuholen und es kann angenommen werden, dass eine materielle Qualifikation vorliegt (2.4.4 MuG ambulant, 2024).

Grundsätzlich sind Nachweise vom ambulanten Pflegedienst schriftlich zu erbringen. Dem Leistungserbringer obliegt die Art und Weise des schriftlichen Nachweises. Beispiele für Nachweise sind u.a. Arbeitszeugnisse, Arbeitsverträge mit eventuell anhängiger Stellenbeschreibung, Lebenslange Beschäftigtennummer (LBNR) usw.

Wenn das Personal, welches die Betreuungsleistungen erbringt, sich gerade in der Qualifizierungsmaßnahme befindet, darf es dann schon Betreuungsleistungen erbringen?

Ja, unter Anleitung einer Fachkraft. Für den Einsatz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit begonnener Qualifikationsmaßnahme nach § 4 der Betreuungskräfte-RL gilt, dass bis zur Einführung des Instrumentes für die Prüfung der Qualität nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 SGB XI (des neuen Qualitätssystems für die ambulante Pflege) auch Betreuungskräfte eingesetzt werden können, die eine entsprechende Qualifikationsmaßnahme nach § 4 der Betreuungskräfte-RL begonnen haben (2.4.2 MuG ambulant, 2024).

Wenn ein Pflegedienst neu gegründet ist und keiner der dort Beschäftigten die Anforderung an die Qualifikation von Betreuungskräften verfügt, dürfen die Betreuungsleistungen dann nicht angeboten werden?

Derjenige, der die Betreuungsleistungen erbringt, muss entweder über eine anrechenbare Qualifikation verfügen oder den Nachweis eines Orientierungspraktikums von mindestens 40 Stunden erbringen oder eine entsprechende Qualifikationsmaßnahme nach § 4 der Betreuungskräfte-RL begonnen haben (2.4.2/3 MuG ambulant, 01.02.2024).

Für eingesetzte Betreuungskräfte gilt, dass eine jährliche Fortbildung zur Aktualisierung des Wissens und Reflexion der beruflichen Praxis stattfindet. Gilt die Fortbildungsverpflichtung für alle in der Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?

Die Fortbildung ist für alle Beschäftigten, die Betreuungsmaßnahmen/-leistungen erbringen, verpflichtend und umfasst jährlich mindestens insgesamt 16 Unterrichtsstunden. Die Fortbildungsverpflichtung gilt auch für Pflegefachkräfte (§ 4 Absatz 4 der Betreuungskräfte-RL, 2022).

Welche Inhalte sind zur jährlichen Fortbildung gefordert?

In der regelmäßigen Fortbildung soll das Wissen aktualisiert werden und eine Reflexion der beruflichen Praxis stattfinden (§ 4 Absatz 4 der Betreuungskräfte-RL, 2022). In den Richtlinien sind standardisierte Fortbildungsthemen nicht vorgegeben. Die Inhalte stehen im Zusammenhang mit Betreuungsleistungen. Die Themen wie Erste Hilfe, Hygiene und Datenschutz können auch Bestandteil der Fortbildung sein, da die Module der Qualifizierungsmaßnahme diese Inhalte abdecken (§ 4 der Betreuungskräfte-RL, 2022).

Ab wann können die Fortbildungsnachweise überprüft werden?

Die Fortbildungsnachweise (16 Unterrichtsstunden) können ab dem 01.01.2025 überprüft werden, da die Betreuungskräfte-Richtlinie eine jährliche Fortbildung vorsieht. Ambulante Pflegedienste haben nach Inkrafttreten der MuG ambulant im Kalenderjahr 2024 Zeit, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend zu schulen. Diejenigen, die bereits in diesem Jahr an einer Qualifizierungsmaßnahme teilgenommen haben, benötigen keine zusätzliche Fortbildung.

Die regelmäßige Fortbildung ist als integrierter Bestandteil der fortlaufenden Qualifikation zu verstehen. Daraus ergeben sich Auswirkungen auf die Prüfbewertung der Prüffragen 15.6 und 16.1.11.

Werden die 16 Fortbildungsstunden bei geringfügig Beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anteilig berechnet?

Es gibt keinen Unterschied hinsichtlich des Umfanges der Fortbildungsstunden zwischen den Beschäftigungsverhältnissen. Alle Beschäftigten, die in der Betreuung eingesetzt sind, müssen jährlich 16 Unterrichtsstunden absolvieren (§ 4 Betreuungskräfte-Richtlinie, 2022).

Darf die Fortbildung sowohl intern durch Mitarbeitende des ambulanten Pflegedienstes erfolgen, als auch durch externe Weiterbildungsanbieter?

Die Fortbildung darf sowohl intern als durch externe Fort- und Weiterbildungsanbieter angeboten werden. Die 16 Fortbildungsstunden müssen nicht zusammenhängend absolviert werden.

Was ist mit dem Begriff Fachkraft unter Punkt 2.4.2 geeignetes Personal für pflegerische Betreuungsmaßnahme der MuG ambulant gemeint?

Der Begriff „Fachkraft“ in den Maßstäben und Grundsätzen (MuG) ambulant bezieht sich zwangsläufig nicht auf eine Pflegefachkraft, sondern auf qualifizierte Personen mit spezifischem Fachwissen und Erfahrung, die in der ambulanten Pflege oder Betreuung tätig sind. Mit Fachkraft ist hier gemeint, dass diese eine staatlich anerkannte Ausbildung haben muss, und davon originär abzuleiten ist, dass ein Beruf im sozial-pflegerischen Bereich zugrunde liegt.

Geeignete Nachweise sind beispielsweise Urkunden.

(Hinweis zu Quellen „Begriff Definition Fachkraft“: Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 112a SGB XI zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste vom 17.07.2019 mit Änderung vom 08.02.2021 und weitere landesspezifische Vereinbarungen)

Wie kann die Anleitung einer Fachkraft nachvollzogen werden und welche Nachweise sind erforderlich?

Hilfskräfte und angelernte Kräfte arbeiten unter Anleitung einer Fachkraft. Die Definition des Begriffes „unter Anleitung“ ist nicht eindeutig und nicht unmittelbar relevant für den Kontext der Qualitätsprüfung.

Welche Anpassungen müssen im internen Qualitätsmanagement beim ambulanten Pflegedienst erfolgen?

Die Auswirkungen ergeben sich in Bezug zum Personal- und Fortbildungsmanagement, eine unmittelbare Auswirkung auf das interne Qualitätsmanagement besteht nicht.

Welche Qualifikationsanforderungen gelten für Weiterbildungsanbieter gemäß der Betreuungskräfte-RL nach § 53b SGB XI mit 160 Unterrichtsstunden zur Durchführung der Weiterbildung?

Der Medizinische Dienst Sachsen führt Qualitätsprüfungen durch und ist nicht für die normativen Anforderungen der Weiterbildungsanbieter zuständig.

Einheitliche Umsetzung der QPR

Welche Unterschiede in den Qualitätsprüfungsrichtlinien gibt es in anderen Bundesländern (z. B. in Bayern)? Inwieweit sind diese vereinheitlicht?

Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien gelten in allen Bundesländern und für alle Prüfinstitutionen (Medizinischer Dienst Sachsen, Prüfdienst der PKV) gleichermaßen.

Einverständnis

Wie wird das Einverständnis der versorgten Personen zur Einbeziehung in die Qualitätsprüfung eingeholt?

Einwilligungsfähige versorgte Personen werden von den Gutachterinnen/den Gutachtern zur Qualitätsprüfung informiert und selbst um ihr Einverständnis gebeten.

Bei **nicht einwilligungsfähigen versorgten Personen** wird das **Einverständnis bei der Betreuerin/beim Betreuer oder bei der Vorsorgebevollmächtigten**/beim Vorsorgebevollmächtigten eingeholt. Ist die vertretungsberechtigte Person nicht vor Ort, wird diese angerufen und im Beisein einer Vertreterin/eines Vertreters der Pflegeeinrichtung um das Einverständnis gebeten. Das Einverständnis der vertretungsberechtigten Personen muss grundsätzlich in Textform (Unterschrift oder z. B. Bestätigung per Mail/Fax) erfolgen. Nur in den im SGB XI (§ 114a Abs. 1 SGB XI) bzw. in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien definierten Ausnahmefällen existiert die Möglichkeit einer ausnahmsweisen mündlichen Einwilligung. Die anwesende Gutachterin/der anwesende Gutachter und die Mitarbeiterinnen/die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung bestätigen in allen Fällen die Einwilligung per Unterschrift zusätzlich.

Das Einholen des Einverständnisses erfolgt strukturiert anhand eines Gesprächsleitfadens und greift alle wesentlichen Aspekte, wie z. B. Freiwilligkeit, Umfang Inaugenscheinnahme, Dokumentationsauswertung, Abrechnungsprüfung, Gespräch und die Zufriedenheitsbefragung, auf.

Im Rahmen des Versichertenbesuches wird der versorgte Person von der Gutachterin/dem Gutachter ein Informationsblatt zur Qualitätsprüfung übergeben, damit die versorgten Personen, die Angehörigen, Betreuerinnen oder Betreuer sich über den Zweck und die Inhalte des Besuchs informieren können.

Kann das Einverständnis vorab durch die Pflegeeinrichtung eingeholt werden?

Wir akzeptieren nur tagaktuelle und uns gegenüber erteilte Einverständniserklärungen.

Entbürokratisierung

Kann die Qualität der Pflegeeinrichtung im Rahmen der Qualitätsprüfung anhand einer vereinfachten Pflegedokumentation, orientiert am Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“, überprüft werden und wie positioniert sich der Medizinische Dienst dazu?

Das Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit hat Empfehlungen für eine schlanke Pflegedokumentation entwickelt. Es geht dabei nicht allein darum, die Menge der Dokumentationsblätter zu reduzieren, sondern insbesondere auch um die Steigerung der Effizienz der Pflegedokumentation. Damit wichtige Informationen zu Pflege und Betreuung im Pflegealltag jederzeit sichergestellt sind, müssen sie den Pflegenden auf einen Blick zur Verfügung stehen. Und: Versorgte Personen sollten im Sinne der Selbstbestimmung in die Planung und Durchführung der Maßnahmen einbezogen werden.

Der Ansatz ist geeignet, den Dokumentationsaufwand zu verringern und die Pflege und Betreuung zu verbessern. Auf der vorgeschlagenen Informationsbasis können die Gutachterinnen/die Gutachter die Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen durchführen. Das bedeutet, dass mit der im Rahmen des 4-stufigen Pflegeprozesses notwendigen und vom Projekt beschriebenen effizienten Pflegedokumentation, die für die Qualitätsprüfung notwendigen Nachweise abgebildet werden können.

Die Einführung einer schlanken und „bürokratiearmen“ Pflegedokumentation bietet die Chance, die professionelle Pflege auf einem anerkannten fachlichen Niveau zu verbessern und die Selbstbestimmung der versorgten Personen durch eine systematische Einbeziehung in den Pflegeprozess zu stärken. Es handelt sich dabei nicht um eine Musterdokumentation, sondern um einen Vorschlag zur Strukturierung der Pflegedokumentation mit einem z. B. einheitlichen Verfahren zur Informationssammlung. Die Umsetzung des Strukturmodells stellt eine besondere Herausforderung für die Pflegeeinrichtungen und vor allem für die Einrichtungsleitungen dar. Fachliche Anforderungen ergeben sich insbesondere zur

- aktiven Initiierung und Unterstützung des Veränderungsprozesses,
- rechtlichen Sicherheit und dem Abbau von Ängsten,
- zentralen Prozesssteuerung und Verankerung im internen QM,
- Stärkung der Fachlichkeit und Eigenverantwortung der Pflegefachkräfte,
- fachlichen Weiterentwicklung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- Entwicklung einrichtungsspezifischer individueller Lösungen.

Die Einrichtungen sollten daher zwingend die vom Projektbüro EinSTEP empfohlene und von den Trägern der Einrichtungen angebotene Begleitung und Unterstützung in Form von Multiplikatorenschulungen nutzen. <https://www.ein-step.de/>

Ernährung/Flüssigkeitsversorgung

Muss in die Ermittlung des Flüssigkeitsbedarfes bzw. in die Auswertung von Trinkprotokollen zwingend eine Ärztin/ein Arzt eingebunden werden oder ist das die Aufgabe der Pflege?

Die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung ist im Regelfall eine pflegerische Aufgabe. Dazu gehören auch die Planung, die Evaluation und ggf. die Anpassung entsprechender Maßnahmen. Dabei kann ein Ergebnis der Evaluation durchaus die Einbindung einer Ärztin/eines Arztes erfordern. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn sich die Flüssigkeitsversorgung zu einem Problem entwickelt, das allein mit pflegerischen Maßnahmen nicht zu bewältigen ist. In diesem Fall ist die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit (Pflege, Ärztin/Arzt, Ernährungsexpertin/Ernährungsexperte) erforderlich. Bei besonderen Diagnosen (z. B. Niereninsuffizienz) ist die Einbeziehung der Ärztin/des Arztes zwingend notwendig. Das betrifft z. B. die Arzteinbindung bei angeordneter Bilanzierung aufgrund bestimmter Erkrankungen. Hierbei handelt es sich um eine diagnostische bzw. therapeutische Maßnahme, deren Festlegung und Auswertung grundsätzlich in ärztliche Hände gehören.

Evaluation der Pflegedokumente

Gibt es eine gesetzliche Vorschrift zur Evaluation und den Evaluationsabständen für die Pflegedokumentation?

In den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI, die für die vollstationäre Pflege, die ambulante Pflege und die teilstationäre Pflege vorliegen, hat der Gesetzgeber die Anforderungen an die Evaluation festgelegt. Darin ist Folgendes dargestellt:

"Abhängig von der Gesundheitssituation und vom Pflegebedarf erfolgt in fachlich angemessenen Abständen die Evaluation der Pflegesituation und der Maßnahmenplanung sowie bei Bedarf eine Anpassung der Informationssammlung und der Maßnahmenplanung. Bei akuten Veränderungen erfolgt unverzüglich eine anlassbezogene Evaluation."

In den Pflegeeinrichtungen werden in der Regel Fristen für eine Evaluierung der Pflegeplanung festgelegt (individuelle Entscheidung). Bei Bedarf, z. B. bei Veränderung der Pflegesituation, muss eine Anpassung jedoch zeitnah erfolgen. Im Rahmen der Qualitätsprüfungen sind nicht die Evaluierungsabstände der Pflegeplanung maßgeblich, sondern ob die vorliegende Pflegedokumentation den aktuellen Pflegezustand abbildet. Eine regelmäßige Evaluation der Pflegeplanung und definierte Evaluationsabstände/-anlässe (z. B. Veränderungen des Allgemein-

/Gesundheitszustandes oder nach Krankenhausaufenthalt) leisten einen sinnvollen Beitrag für eine individuelle aktuelle Planung.

Expertenstandards

Ab wann werden neue Expertenstandards vom Medizinischen Dienst geprüft?

Bislang werden neue Expertenstandards gemäß Qualitätsprüfrichtlinie ein Jahr nach ihrer abschließenden Veröffentlichung geprüft.

Der aktualisierte Expertenstandard Dekubitusprophylaxe empfiehlt nicht mehr die Anwendung von Risikoskalen. Wie sollte das Dekubitusrisiko erhoben werden?

Zu empfehlen ist grundsätzlich die Dekubitusrisikoerhebung entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens: Laut dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege (2. Aktualisierung, Juni 2017) soll das Dekubitusrisiko mittels eines systematischen Vorgehens beurteilt werden. Dabei sind die Risikofaktoren im Rahmen einer klinischen Einschätzung durch die Pflegefachkraft zu identifizieren und unter Berücksichtigung des gesamten Gesundheitszustandes zu bewerten.

Fachliche Anleitung

Wie oft im Jahr sollten ungelernte Pflegekräfte durch Pflegefachkräfte angeleitet werden?

Die zeitliche Regelmäßigkeit der Überprüfung von ungelernten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch die Pflegefachkräfte ist in der QPR nicht geregelt. Diese ist von der Pflegeeinrichtung festzulegen. Dabei geht es um die Verantwortung der Leitung für die Qualität der Maßnahmen, welche von ungelernten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt werden. Um diese sicherzustellen, sollten die ungelernten Mitarbeitenden regelmäßig (im Bedarfsfall auch in individuell festgelegten Abständen) fachlich angeleitet und überprüft werden. Eine jährliche Überprüfung hat sich in vielen Pflegeeinrichtungen bewährt.

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Was sind freiheitsentziehende Maßnahmen?

Freiheitsentziehung kann unter anderem durch folgende Maßnahmen eintreten:

- 1.) Mechanische Vorrichtungen, zum Beispiel:
 - Bettseitenteile
 - Fixierungssysteme (zum Beispiel Gurte, Sitzhosen)
 - Fixierstuhl
 - verschlossene Zimmer

2.) Medikamente, wenn damit nicht eine Heilbehandlung verfolgt wird, sondern die Medikamentengabe an Stelle oder neben der Fixierung mit mechanischen Mitteln dazu dienen soll, die körperliche Bewegungsfreiheit der versorgten Person einzuschränken. Zum Beispiel die gezielte Verwendung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, um die versorgten Person an einer Veränderung oder am Verlassen ihres Aufenthaltsortes zu hindern.

3.) Die Entziehung der Bewegungsfreiheit auf sonstige Weise, zum Beispiel durch Wegnahme der Kleidung oder Vorenthalten von Bewegungshilfen.

Welche gesetzlichen Regelungen sind einzuhalten, wenn freiheitsentziehende Maßnahmen nicht vermieden werden können?

Freiheitsentziehende Maßnahmen stellen einen schwerwiegenden Eingriff in die Persönlichkeitsrechte jedes Einzelnen dar und sind daher an enge gesetzliche Vorgaben gebunden. Sie werden sich nicht in jedem Einzelfall vermeiden lassen, bleiben aber das letzte Mittel der Wahl. Die Pflegeeinrichtungen sollten gemeinsam mit der versorgten Person, ihren Angehörigen und allen an der Versorgung Beteiligten immer nach alternativen Maßnahmen suchen und diese prüfen.

Die Zulässigkeit von freiheitsentziehenden Maßnahmen wird beurteilt nach den in § 1831 BGB festgelegten Voraussetzungen. https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1831.html

Entscheidungen, die die Freiheitsrechte einer Person betreffen, müssen grundsätzlich von der versorgten Person selbst getroffen werden. Ist die versorgte Person nicht mehr zu einer wirksamen Einwilligung fähig, wird eine Einwilligung der gesetzlichen Betreuerin/des gesetzlichen Betreuers bzw. der Bevollmächtigten/des Bevollmächtigten erforderlich, die dann ihrerseits genehmigungspflichtig ist.

Eine freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen sind nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig.

Sind mehrere freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich, sind für jede einzelne Maßnahme die Zustimmung der versorgten Person selbst oder der Betreuerin/des Betreuers bzw. der Bevollmächtigten/des Bevollmächtigten und eine gerichtliche Genehmigung einzuholen.

Pflegeeinrichtungen haben grundsätzlich nicht aus eigener Entscheidung heraus die Freiheit der versorgten Person durch bestimmte Maßnahmen zu entziehen.

Entfallen die Voraussetzungen für die Durchführung der freiheitsentziehenden Maßnahme, ist die Maßnahme zu beenden und dies dem zuständigen Betreuungsgericht anzuzeigen.

In der häuslichen Pflege werden oft Versorgungsarrangements zwischen Angehörigen und dem Pflegedienst gebildet. Hier kommt der Beratung durch die Mitarbeitenden des Pflegedienstes eine wichtige Rolle zu.

Darf nach Antragsstellung bei Gericht eine freiheitsentziehende Maßnahme bereits angewandt werden?

Freiheitsentziehende Maßnahmen bedürfen immer der richterlichen Genehmigung oder der wirksamen Einwilligung der versorgten Person. Ohne diese Genehmigung vom Gericht oder die Einwilligung der versorgten Person dürfen laut § 1831 BGB keine freiheitsentziehenden Maßnahmen angewendet werden. Die Antragstellung beim Gericht auf Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen stellt keine Genehmigung dar.

Welche Möglichkeiten zur Reduktion von freiheitsentziehenden Maßnahmen im Bereich Pflege- und Betreuungsalternativen gibt es?

Bei Pflege- und Betreuungsalternativen zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen geht es nicht primär um Verhaltensänderungen der versorgten Personen, sondern um das Erkennen derer Bedürfnisse, die Anpassung des Umfelds und Interventionen an diese sowie um Reflektion des Handelns der Mitarbeiterinnen/der Mitarbeiter und gelungene Interaktion, Kommunikation und Beziehung zwischen den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und den Pflegebedürftigen.

Darüber hinaus kann die Wahrnehmung der Steuerungsfunktion der Mitarbeiterinnen/der Mitarbeiter in der Zusammenarbeit und Kommunikation mit Angehörigen und behandelnden Ärztinnen/Ärzten einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung und Reduktion von freiheitsentziehenden Maßnahmen leisten, indem zum Beispiel Ängsten entgegengewirkt und aufgeklärt bzw. nach Alternativen gesucht wird und gemeinsame Strategien zum Beispiel in Fallkonferenzen geplant werden.

Hinsichtlich der Auswahl geeigneter Ansätze wird empfohlen, sich an der jeweiligen Person und deren individueller Situation zu orientieren und darauf aufbauend geeignete Maßnahmen zu planen. Hilfreiche Fragen zur Klärung der Situation und Vermeidung und Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen sind:

- Was war der Auslöser zur Anwendung/Planung von freiheitsentziehenden Maßnahmen?
- Was ist/sind die Ursache/n für das Verhalten der versorgten Person und auslösende Ereignisse?
- Welche Beweggründe/Einstellungen/Motivationen der Mitarbeiterinnen/der Mitarbeiter stützen die bisher umgesetzten Interventionen?
- Gibt es Ansätze, Interventionen oder Information zur versorgten Person, welche das gezeigte Verhalten/Ereignis verhindern, eingrenzen oder besser integrieren können?
- Welche Ansätze sollen umgesetzt und auf ihre Wirksamkeit zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen überprüft werden?

Gravierende Mängel/Pflegedefizite

Gibt es gravierende Missstände, Vernachlässigung oder Gewalt in sächsischen Pflegeeinrichtungen?

Gravierende Missstände werden im Rahmen von Qualitätsprüfungen nur in Einzelfällen festgestellt, wie z. B. die Auswirkungen von Gewalt oder die Anwendung von nicht legitimierten

freiheitsentziehenden Maßnahmen. Über gravierende Mängel werden je nach Befund noch im Verlauf einer Qualitätsprüfung bzw. im direkten Anschluss die Landesverbände der sächsischen Pflegekassen und ggf. zuständige Aufsichtsbehörden informiert, damit zeitnah weitere aufsichtsrechtliche Maßnahmen eingeleitet werden können. Ggf. erforderliche Sofortmaßnahmen werden durch die Gutachterinnen/die Gutachter im Rahmen der Qualitätsprüfung in Zusammenarbeit mit der Pflegeeinrichtung eingeleitet.

Inaugenscheinnahme

Warum ist die "Inaugenscheinnahme" Bestandteil der Qualitätsprüfung und ist dabei die Wahrung der Intimsphäre der versorgten Personen sichergestellt?

Die wesentlichen Inhalte der Qualitätsprüfungen sind u. a. im SGB XI geregelt, z. B. im § 114a Abs. 3 SGB XI: "Die Prüfung beinhaltet auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von durch die Pflegeeinrichtung versorgten Personen. [...]"

Das bedeutet, dass die Gutachterin/der Gutachter im Rahmen der Qualitätsprüfung den Pflegezustand und die Versorgungsqualität der zufällig ausgewählten versorgten Person beurteilen muss. Das umfasst z. B. die Mobilität, den Ernährungszustand, die Körperpflege und je nach individueller Pflegesituation, den Hautzustand.

Ausschlaggebend dabei ist das Selbstbestimmungsrecht der versorgten Person. Unabhängig von einer generellen Einwilligung zur Einbeziehung in die Qualitätsprüfung, erfolgen Maßnahmen zur pflegefachlichen Bewertung des Pflegezustandes nur dann, wenn die jeweilige versorgte Person in die einzelnen Maßnahmen im Rahmen der Inaugenscheinnahme (z. B. die Beurteilung der Wundsituation oder der Prädilektionsstellen für Dekubitalulcera oder Intertrigo) einwilligt.

Die Wahrung der Intimsphäre ist dabei eine pflegerische Selbstverständlichkeit. Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Diensts Sachsen sind Pflegefachkräfte mit langjähriger praktischer Erfahrung in der Pflege.

Inwiefern sind Prüferinnen/Prüfer berechtigt sich z. B. Wunden zeigen zu lassen, obwohl der Wundverband an dem Tag der Prüfung bereits erfolgte? Ist eine Bewertung der Vorgehensweise beim Wundverband zulässig?

Zur Beurteilung der Wundsituation und der aktuell zutreffenden Dokumentation der Wundsituation ist die Inaugenscheinnahme ein wichtiger Bestandteil der Qualitätsprüfung. Besonderheiten (atraumatischer Verbandswechsel, Hydrokolloid-Verband etc.) sind jedoch zu beachten. Wenn die Dokumentation aktuell und fachlich korrekt ist, kann ggf. bei neu aufgebrachtem Verband auf die Inspektion der Wunde verzichtet werden.

Sollte die Dokumentation nicht aktuell oder lückenhaft sein bzw. Hinweise auf den nicht sachgerechten Umgang mit der Wunde vorliegen, dann erfolgt die Beurteilung der Wundsituation durch die Gutachterin/den Gutachter auch bei neu angelegtem Verband, da sie/er die Wunde beurteilen, die Wundsituation dokumentieren und die daraus ggf. resultierende Empfehlung ableiten muss.

Die notwendigen Verbandswechsel sollten daher am Tag der Qualitätsprüfung nach Möglichkeit nicht vor der Stichprobenziehung erfolgen.

Kontrakturen

Welchen Stellenwert nimmt aus Sicht des Medizinischen Dienstes Sachsen die Kontrakturprophylaxe im Rahmen der Qualitätsprüfung ein, nachdem diese Leistung aus den Transparenzkriterien herausgefallen ist?

Auch wenn die Kontrakturenprophylaxe kein expliziter Bestandteil bei der Bewertung der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätsprüfung ist, hat die Thematik weiterhin eine hohe Relevanz für die Versorgungsqualität der Betroffenen. In den neu eingeführten Qualitätsprüfungs-Richtlinien wird die Unterstützung im Bereich der Mobilität bewertet. Es soll eine Unterstützung der versorgten Person erfolgen, mit dem Ziel, verlorene Selbstständigkeit bei der Fortbewegung und Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit auszugleichen, mit Mobilitätseinbußen assoziierte Gefährdungen zu vermeiden sowie Mobilität zu erhalten und zu fördern. In diesem Zusammenhang spielt die Kontrakturenprophylaxe natürlich auch eine wichtige Rolle.

Kurzzeitpflege

Welche internen Vorgaben gibt es zur Prüfung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen, insbesondere hinsichtlich der Pflegeplanung bei Gästen, die sich nur für wenige Tage in der Einrichtung befinden?

Die pflegerische Versorgung ist auch bei kurzen Versorgungszeiträumen sicherzustellen. Daher müssen Risiken, Einschränkungen und Besonderheiten erfasst und in der Pflege/-planung berücksichtigt werden.

Näheres zur Gestaltung des Pflegeprozesses in der Kurzzeitpflege ist den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die

Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der Kurzzeitpflege zu entnehmen. <https://t1p.de/q73f>

Medikation

Welche Informationen sollte ein Medikationsplan enthalten?

Gemäß § 31a Abs. 1 SGB V haben Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittelerhalten, Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplanes in Papierform sowie auf Erstellung eines elektronischen Medikationsplans nach § 334 Absatz 1 Satz 2

Nummer 4 durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt (z. B. Hausarzt/Hausärztin, Facharzt/Fachärztin). Das Nähere über Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans wird geregelt in der Vereinbarung gemäß § 31a Abs. 4 Satz 1 SGB V. <https://t1p.de/5jd2f>

Mitwirkungspflicht

Kann die Pflegeeinrichtung die Qualitätsprüfung ohne Konsequenzen ablehnen?

Eine Ablehnung ist gesetzlich nicht vorgesehen. Die Pflegeeinrichtung hat eine gesetzlich vorgeschriebene Mitwirkungspflicht gem. § 112 Abs. 2 Satz 1 SGB XI.

Über gravierende Vorkommnisse (z. B. Naturkatastrophen, Infektionsgeschehen in der Pflegeeinrichtung mit hohen Fallzahlen auch unter den Mitarbeitenden etc.) sind die Landesverbände der gesetzlichen Pflegekassen im Freistaat Sachsen zu informieren.

MRSA

Was ist beim Auftreten von MRSA in der Pflegeeinrichtung zu beachten?

Die stationäre Pflegeeinrichtung bzw. der ambulante Pflegedienst ist für die Schaffung der materiellen Rahmenbedingungen für die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit MRSA verantwortlich. So sollten jede stationäre Pflegeeinrichtung (Tagespflegeeinrichtung, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflegeeinrichtung) und jeder ambulante Pflegedienst speziell auf ihre Einrichtung abgestimmte interne Regelungen für den Umgang mit MRSA erarbeiten und für deren Umsetzung und Einhaltung sorgen.

Dabei sollte insbesondere Berücksichtigung finden:

- der von der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene erarbeitete „Maßnahmenplan beim Auftreten von MRSA“ (3. A Pflege und Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, 3. B Ambulante externe Krankenpflege/häusliche Pflege),
- der aktuelle stationäre Rahmenhygieneplan mit Anlage 2 („Verhalten beim Auftreten von MRSA“),
- der aktuelle ambulante Rahmenhygieneplan mit Anlage 1 ("Hygienemaßnahmen beim Auftreten multiresistenter Krankheitserreger (MRE)"),
- die Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen (Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut).

Organisation der Qualitätsprüfung vor Ort

Wie können kleine Pflegeeinrichtungen die Qualitätsprüfung mit z. B. drei Gutachterinnen/Gutachtern realisieren, wenn nicht genügend Fachkräfte zur Begleitung der Gutachterinnen/Gutachter im Dienst sind?

Der Medizinische Dienst Sachsen berücksichtigt, wenn möglich, die Einrichtungsgröße bei der Prüfplanung. Im Einführungsgespräch wird durch die Gutachterinnen/Gutachter geklärt, wie der Prüftag organisatorisch ablaufen kann. Wenn nur eine Fachkraft zur Verfügung steht, ist das im Verlauf der Qualitätsprüfung organisatorisch lösbar, z. B. durch ein gestaffeltes Fachgespräch und eine gestaffelte Dokumentationsauswertung.

Eine jährliche Qualitätsprüfung ist gesetzlich vorgeschrieben. Für die Pflegeeinrichtung kann eine interne Regelung hilfreich sein, wie an einem Prüfungstag zu verfahren ist (z. B.: wer wird informiert, wer soll anwesend sein, welche Mitarbeitenden begleiten die Gutachterinnen/Gutachter, was muss bei Urlaubs-, Fort- und Weiterbildungsplanung berücksichtigt werden).

Soziale Betreuung/Betreuungskräfte

Welche Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sollen an der Fortbildungsmaßnahme mit 16 UE teilnehmen? Kann diese Maßnahme auch intern durchgeführt werden.

Alle Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, die unabhängig von ihrer Ausbildung und Qualifikation als Betreuungskräfte eingesetzt sind, sollen jährlich geschult werden. Die Schulung kann auch hausintern erfolgen. Maßgeblich für diese Qualifizierungsmaßnahme ist die Anpassung der Schulungsinhalte auf die ausgeübte Tätigkeit als Betreuungskraft, um die Fertigkeiten und Fähigkeiten der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter auf dem aktuellen Stand des Wissens zu halten. Die Fortbildungsmaßnahmen müssen jährlich insgesamt mindestens 16 UE beinhalten.

Welche Aufgaben haben zusätzliche Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen?

Die Aufgaben der Betreuungskräfte sind in den "Richtlinien nach § 53c SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RI)" dargestellt. Der Schwerpunkt dieser Aufgaben liegt bei der Unterstützung der betroffenen Pflegebedürftigen bei solchen Alltagsaktivitäten, die nicht primär zum pflegerischen Bereich gehören, z. B. Malen und Basteln, Haustiere füttern und pflegen, Kochen und Backen, Lesen und Vorlesen. Die erforderliche Unterstützung aus dem pflegerischen Bereich, die sich im Rahmen der Alltagsbegleitung ergibt (z. B. Hilfe beim Aufsuchen der Toilette), wird nicht als regelmäßige Durchführung der pflegerischen Maßnahmen durch die Betreuungskräfte bewertet.

Müssen für die immobilen Bewohnerinnen/Bewohner täglich Einzelangebote geplant und durchgeführt werden? Das betrifft die Bewohnerinnen/Bewohner, die an Gruppenangeboten nicht teilnehmen können.

Für alle Bewohnerinnen/Bewohner, die aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen oder anderer Handicaps nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können, müssen Einzelangebote geplant und durchgeführt werden. Somit auch für die immobilen Bewohnerinnen und Bewohner.

Bei Ablehnung sämtlicher Angebote durch die Bewohnerin/den Bewohner selbst – wie oft müssen diese noch angeboten werden?

Im Fall einer ablehnenden Haltung der Bewohnerin/des Bewohners sollte die Pflegeeinrichtung nachweislich analysiert haben, warum die Bewohnerin/der Bewohner die Angebote der sozialen Betreuung ablehnt: Hängt das möglicherweise mit der aktuellen/veränderten Pflegesituation zusammen oder ist das eine prinzipiell ablehnende Haltung? Abhängig von dem Ergebnis dieser Evaluation sollte die Pflegeeinrichtung über die weitere Vorgehensweise entscheiden. Wenn die orientierte Bewohnerin/der orientierte Bewohner nachvollziehbar sämtliche Betreuungsangebote ablehnt, kann dies nicht der Pflegeeinrichtung angelastet werden. Hängt die ablehnende Haltung mit der aktuellen Situation zusammen, sollten die zeitlichen Abstände festgelegt werden, wann die Betreuungsangebote der Bewohnerin/dem Bewohner erneut angeboten werden können.

Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob die Angebote den individuellen Bedürfnissen der Bewohnerin/des Bewohners entsprechen und ggf. bestehende erkrankungsbedingte Besonderheiten (z. B. depressive Verstimmung, Schmerzzustände) bei der Angebotsplanung ausreichende Berücksichtigung finden.

Stichprobe

Enthält die Personenstichprobe im Rahmen der Qualitätsprüfung auch eine Minimalvorgabe?

Es gilt, die Vorgaben der jeweiligen Qualitätsprüfungs-Richtlinien zur Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden Personen zu berücksichtigen. Wenn die vorgeschriebene Anzahl von versorgten Personen in den einzelnen Pflegegraden (ambulant/teilstationär) bzw. in den einzelnen

Subgruppen/Teilstichproben (vollstationär/Kurzzeitpflege) nicht erreicht werden kann, z. B. weil weniger Personen von der Einrichtung versorgt werden oder ihr Einverständnis zur Einbeziehung in die Prüfung nicht erteilt haben, fällt die Stichprobe geringer aus.

Werden im ambulanten Bereich Klienten in die Stichprobe einbezogen, bei denen ausschließlich hauswirtschaftliche Leistungskomplexe erbracht werden?

In die Prüfung einbezogen werden versorgte Personen, die Sachleistungen nach dem SGB XI beziehen und zumindest körperbezogene Pflegemaßnahmen in Anspruch nehmen. Versorgte Personen, bei denen ausschließlich hauswirtschaftliche Leistungen erbracht werden, werden nicht einbezogen.

Wundversorgung

Was ist notwendig, wenn die Ärztin/der Arzt eine nicht korrekte Anweisung zur Versorgung der Wunde abgibt?

Entspricht die ärztliche Anordnung nicht dem aktuellen Stand des Wissens, so fällt dies nicht in die Verantwortung der Einrichtung und des Pflegepersonals. Dies muss jedoch entsprechend reflektiert und dokumentiert werden. Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt sollte zu der Problematik nachweislich informiert werden.

Zufriedenheitsbefragung

Bei der Zufriedenheitsbefragung (ausschließlich ambulant) kommt es immer wieder zu Aussagen der Befragten, die von der Einrichtung anders beurteilt werden. Wie ist für diese Fälle die interne Richtlinie des Medizinischen Dienstes Sachsen zur Bewertung?

Die Aussagen der versorgten Personen werden durch die Gutachterin/den Gutachter im Qualitätsprüfbericht erfasst. Der Medizinische Dienst Sachsen bewertet und interpretiert diese Aussagen der versorgten Personen nicht. Das Ergebnis wird gemäß QPR in anonymisierter Form erfasst. Im Vorfeld der Befragung wird ermittelt, ob die versorgte Person ausreichend auskunftsfähig ist.

Zusammenarbeit der Prüfinstitutionen

In den aktualisierten QPR wird die Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht thematisiert. Die Einrichtungen gewinnen den Eindruck, dass es im Hinblick auf die Qualitätsprüfung keine Abstimmung zwischen den Prüfinstitutionen gibt (z. B. Dienstplan wird zweimal geprüft). Wie ist die Zusammenarbeit dieser Institutionen in Sachsen vorgesehen?

Die Zusammenarbeit zwischen Heimaufsicht, Prüfinstitutionen und Landesverbänden der gesetzlichen Pflegekassen im Freistaat Sachsen und zuständigen Trägern der Sozialhilfe ist differenziert in Verfahrensbeschreibungen zur Zusammenarbeit und zur gegenseitigen Information geregelt.

Die Prüfkataloge wurden abgestimmt und verfolgen unterschiedliche Zielrichtungen, sodass in der Regel keine inhaltlichen Doppelprüfungen erfolgen.

Darüber hinaus wird die Prüfplanung monatlich abgeglichen und gemeinsame Begehungen im Rahmen von Regel- und Anlassprüfungen des Medizinischen Dienstes Sachsen abgestimmt.