

## 資料 2

社会法典 XI-介護保険

第 4 章 介護保険給付

第3節 給付

第1部 在宅介護給付

SGB XI - Soziale Pflegeversicherung –

Viertes Kapitel

Leistungen der Pflegeversicherung

Dritter Abschnitt

Leistungen

Erster Titel

Leistungen bei häuslicher Pflege

§ 37

Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(1) Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 205 Euro,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 410 Euro,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 665 Euro.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist.

(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

1. bei Pflegestufe I und II mindestens einmal halbjährlich,  
2. bei Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich  
eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 16 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 26 Euro. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.

(4) Die Pflegedienste sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen

Beihilfefestsetzungsstelle. Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Der beauftragte Pflegedienst hat dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

(5) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3.

(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.



1. Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
2. Herz- & Gefäßchirurgie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
3. Medizinische Klinik II, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck

# Versorgungsmedizinische Aspekte der Schrittmacherüberprüfung

M. Junge<sup>1</sup>, J. Bandholz<sup>1</sup>, H. Nägele<sup>2</sup>, J. Weckmüller<sup>3</sup>, O. Lühring<sup>1</sup>, W. Rödiger<sup>2</sup>, K. Püschel<sup>1</sup>

Im Rahmen der zweiten größeren Leichenschau werden im Kernatomium Hamburg-Otendorf seit 1945 Jahren alle diagnostizierten Herzschrittmacher und ICDs einer technischen Funktionsprüfung unterzogen.

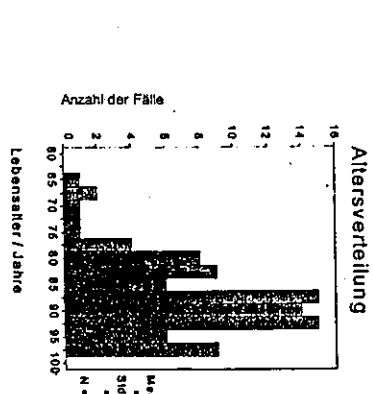
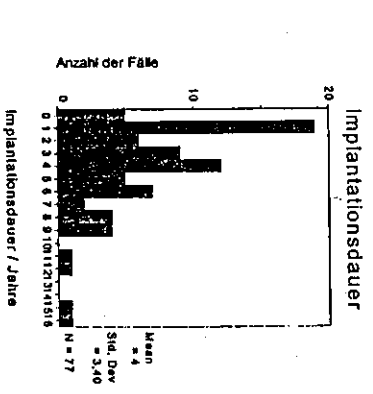
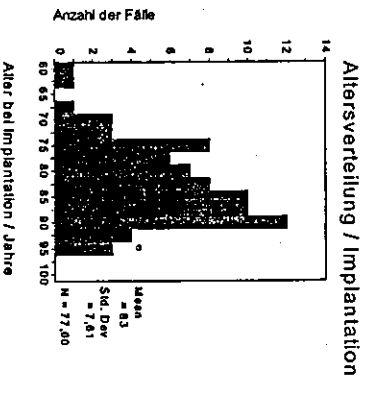
Seit 2 Jahren findet diese Überprüfung in-situ, d.h. im noch implantierten Zustand in der Leiche statt.

Zur genaueren Analyse der Struktur der untersuchten Grundgesamtheit wurde für eine Teilstichprobe von 150 Fällen versucht die gesamte Kranken-, Pflege- und Versorgungsgeschichte retrospektiv zu erheben. Dies gelang in 112 Fällen (61%) vollständig.

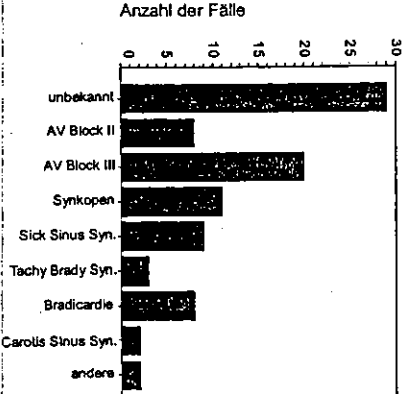
**Material, Methode:**  
 In allen Fällen wurde mittels post-mortaler in-situ Abteilung die Signalqualität des Schrittmacher- $\pm$ implantier-/Elektroniksystems überprüft. In 17 Fällen konnte der Funktionszustand durch eine telemetrische in-situ Abfrage mittels eines Schrittmacher-Programmiergerätes durchgeführt werden.  
 Für die einzelne Teilstichprobe von n=92/51/17 ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied zur Grundgesamtheit aller N=358 im Jahr 2002 untersuchten Verstorbenen.

**Ergebnisse:**  
 • Alter bei Implantation: 82,6±7,61a (n=77), <Diag. 1>  
 • Mittlere Implantationsdauer 4,01±3,340a (n=77), <Diag. 2>  
 • Alter der Verstorbenen 86,9±7,19a (n=92), <Diag. 3>  
 Die Altersdaten und Implantationsdauern unterscheiden sich nicht von denen der in den letzten Jahren untersuchten Schrittmacherträgern.  
 Die Daten entsprechen denen des Herzschrittmacherregisters.

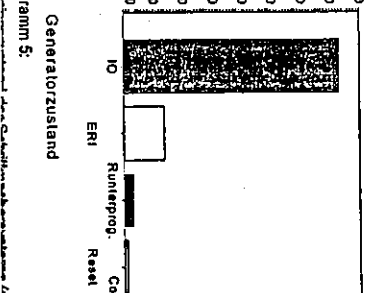
- Implantationsindikationen: <Diag. 4>
  - 13% ( 3/63) AV-Block II
  - 32% (20/63) AV-Block III
  - 7% ( 1/15) Synkopen
  - 14% ( 9/63) SSS (Sick Sinus Syndrom)
  - 5% ( 3/63) Tachy-Brady-Syndrom
  - 13% ( 8/63) Bradycardie
  - 3% ( 2/63) Carotis Sinus Syndrom
  - 3% ( 2/63) andere
- Implantationsort: <Diag. 2>
  - In 23/92: F-tilten konnte das Implantationsdatum mittels Telemetrie erhoben werden.
  - In 15/92: F-tilten waren sowohl dem Hausarzt, als auch dem behandelnden Kardiologen das Implantationsdatum nicht bekannt.
  - In 3/92: F-tilten nannten die behandelnden Ärzte das Datum der Einimplantation, der erfolgreiche Austausch des Schrittmachers war ihnen nicht bekannt.
  - In 3/92: F-tilten handelte es sich um eine Replantation, bei 4, 8 bzw. 12 Jahre zurückliegende Einimplantation.
  - Letzte Nachskizze <Diag. 11>
    - Im Mittel bei 257,4±324d max. 21.90d=6a (n=78).
    - Aufguss/Inzision nach Wohnort:
      - 20/114 227d (n=24), bei eigener Wohnung
      - 26/114 353d (n=24), bei Bewohnern von Außenorten
- Funktionszustand <Diag. 5>



## Implantationsindikationen



## Funktionszustand der Herzschrittmacher



**Diagramm 3:**  
 Verteilung des Alters der Patienten bei Untersuchungen n=92/92  
 Ausprägtes Tailing der Verteilung in Richtung „niedriges Lebensalter“.

**Diagramm 4:**  
 In-situ Messung der Schrittmacherfunktion mit Beurteilung der Signalqualität und Magnetrifrequenz in 92/92 Fällen, in-situ Telemetrie in 17/92 Fällen.

73 Generatoren funktionierten einwandfrei, bei 15 wurde ERI, also die sofortige Austauschempfehlung und in 3 Fällen war das Schrittmacherprogramm auf den Not-VV Betrieb heruntergestuft.

Ein Aggregat ließ sich erst durch ein telemetrisches Zurücksetzen mit dem Schrittmacherprogrammiergerät („Resest“) in einen funktionsfähigen Zustand versetzen. Erst nach diesem Resest lieferte der Generator adäquate Signale.

In einem Fall war der Übergang zwischen Generator und Elektrode im Konnektor schwach, hier waren sowohl der Konnektor, als auch das Elektrodenelement mit einer schwächlichen, elektrisch nicht leitenden Palisa überzogen. Nach Reinigung der Kontakte und

- 15% (1/52) ERI (Elektrische Replacement Indicator)
- 3% (3/52) Not-VI aktiviert
- 1% (1/52) Erst nach Generator-Reset funktionstüchtig
- 1% (1/52) Konnektor-Defekt
- Wohnort <Diag. 8>
- 34% (3/152) Eigene Wohnung
- Davon 42% (13/31) nicht pflegebedürftig
- 63% (53/82) Altenheim

Pflegestufe	Eigene Wohnung	Altenheim	Gesamt
1	13	9	22
2	3	14	17
3	8	22	30
4	7	14	21
5	2	9	11
Gesamt	31	68	99

- Korrelation der Schrittmacherfunktion
- mit dem Wohnort <Diag. 7>
- mit der Pflegestufe <Diag. 8>
- mit der letzten Schrittmachernachsorge <Diag. 11>

**Schlussfolgerung:**  
In der Mehrzahl der untersuchten Fälle scheinen versorgungsmedizinische Fragestellungen, wie Organisation der Nachsorge, Sicherstellung einer adäquaten Schrittmacher-Therapie sowie lückenlose ärztliche Kommunikation, von größerer Bedeutung, als die rein technische Überprüfung der Schrittmacherfunktion zu sein.  
Die Technik scheint mit einer Fehlerquote (ohne Batterienladung) von weit unter 1% zum gegenwärtigen Zeitpunkt ausgesetzt. Quantensprünge in der Versorgungsqualität bedürfen einer besseren Kommunikation zwischen Patient/Arzt, Pflegeheim/Arzt und besonders Arzt/Arzt.

Weitergeleitete Information findet sich im Internet unter: <http://www.DrJunge.de>

### Verteilung der Geschlechter

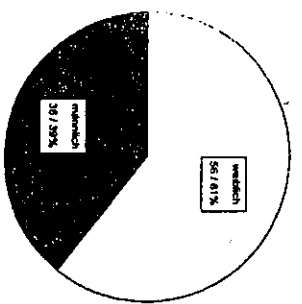


Diagramm 9:  
Verteilung der Geschlechter in der Stichprobe (n=92)

Diagramm 4:  
Implantationsindikationen (n=63/92).

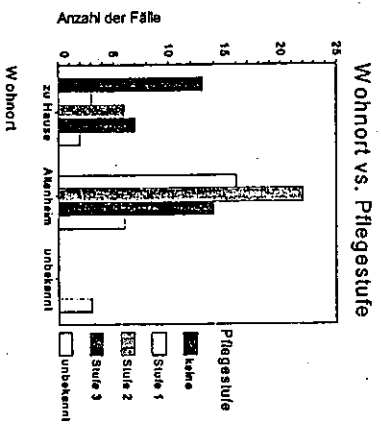


Diagramm 6:  
Verteilung des Pflegestufe über den Wohnort.  
Statistisch gesehen sind die Bewohner im Altenheim höher in der Pflegestufe eingestuft als die im eigenen Haushalt wohnenden.

- IO: Keine Beanspruchungen am Generator-Elektrolytensystem.
- ERI: Elektrischer Austauschindikator
- Runterprog.: Schrittmacher hat sich zur Reduktion der aufgenommenen Energie auf den Not-VVI Modus herunterprogrammiert.
- Reset: Erst nach telemetrischen Reset funktioniert das Schrittmacher/Elektrolytensystem wieder
- Connector Defekt: siehe rechte Spalte

### Schrittmacherfunktion vs. Wohnort

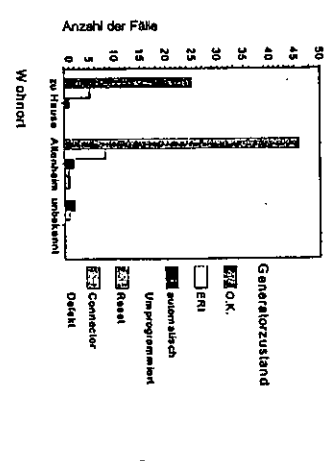


Diagramm 7:  
Verteilung des Wohnortes über der Schrittmacherfunktion.  
Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden untersuchten Wohnsituationen ließ sich nicht feststellen.

### Generatorzustand vs. Pflegestufe

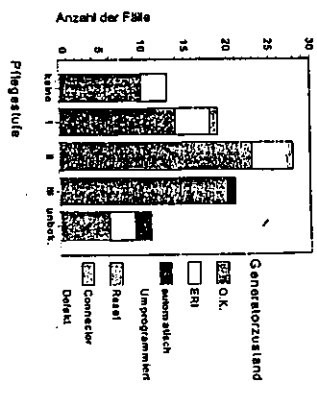


Diagramm 8:  
Verteilung des Generatorzustandes über der Pflegestufe.  
Ein Unterschied in der Versorgung läßt sich bzgl. der Pflegestufe nicht nachweisen.

### Herstellerübersicht

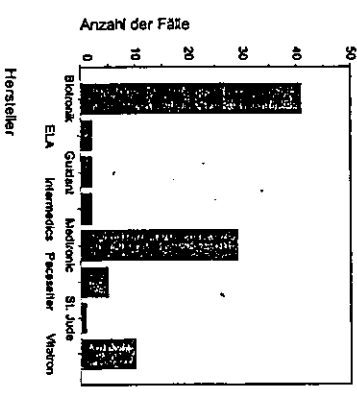


Diagramm 10:  
Verteilung der Hersteller auf die in der Stichprobe untersuchten Herzschrittmachersysteme.  
Die Verteilung entspricht der der untersuchten Grundgesamtheit.

### Zeit seit dem letzten PM-Check

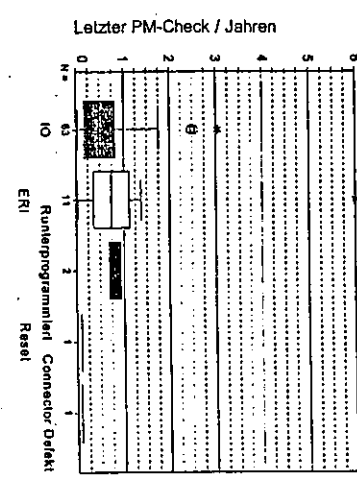


Diagramm 11:  
Funktionszustand der Generatoren  
Box-Plot seit der letzten telemetrischen Nachsorge in Jahren.  
Je weniger Lutzzeit in der Schrittmacherbatterie noch verbleiben ist, desto länger ist der Zeitraum seit der letzten telemetrischen Schrittmacherüberprüfung.

Für eine hohe Qualität der Implantate sprechen die Ausreißer, in der "funktionsfähig"-Box: In der Grundgesamtheit des Jahres 2002 max. 8 Jahre, in der Stichprobe über 3 Jahre ohne Nachsorge.

Diese Einzelwerte dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass die überwiegende Mehrzahl der Patienten (89%) mit funktionierendem Generator innerhalb eines Jahres bei der kardilogischen Nachsorge war und dies einen positiven Einfluß auf die Funktionalität hat (Median bei 6 Monaten).  
Ein Fall mit 6 Jahre ohne Nachsorge bei noch adäquater Impulsabgabe fanden sich in der Stichprobe, jedoch war der entsprechende Schrittmachergenerator bereits im ERI-Modus, hätte also umgehend ausgetauscht werden müssen.  
Die kurze Zeit seit der letzten Nachsorge im Reset-Fall spricht für einen Fehler in der Firmware des Schrittmachergenerators.

#### 資料 4

##### 介護の質の保証と向上に関する原則

SGB XI - Soziale Pflegeversicherung –

Siebttes Kapitel

Beziehungen der Pflegekassen zu den

Leistungserbringern

Vierter Abschnitt

Wirtschaftlichkeitsprüfungen und

Qualitätssicherung

§ 80

Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und

Weiterentwicklung der Pflegequalität

(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie unabhängiger Sachverständiger 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. Sie arbeiten dabei mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen; sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(2) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 können von jeder Partei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter.

(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 innerhalb von zwölf Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, kann ihr Inhalt durch Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt werden.

資料 5

介護事業経営の条件

SGB XI - Soziale Pflegeversicherung –

Siebtens Kapitel

Beziehungen der Pflegekassen zu den

Leistungserbringern

Zweiter Abschnitt

Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen

§ 71

Pflegeeinrichtungen

(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen

(Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime)

im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:

1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
2. ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.

(3) Für die Anerkennung als Pflegefachkraft im Sinne der Absätze 1 und 2 ist neben dem Abschluß einer Ausbildung als Krankenschwester oder Krankenpfleger, als Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpflegerin oder Altenpfleger nach Landesrecht eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und

betreuen, gelten auch nach Landesrecht

ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft. Die Rahmenfrist nach Satz 1 oder 2 beginnt fünf Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. Diese Rahmenfrist verlängert sich um Zeiten, in denen eine in diesen Vorschriften benannte Fachkraft

1. wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
2. als Pflegeperson nach § 19 eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich gepflegt hat oder
3. an einem betriebswirtschaftlichen oder pflegewissenschaftlichen Studium oder einem sonstigen Weiterbildungslehrgang in der Kranken-, Alten- oder Heilerziehungspflege teilgenommen hat, soweit der Studien- oder Lehrgang mit einem nach Bundes- oder Landesrecht anerkannten Abschluss beendet worden ist.

Die Rahmenfrist darf in keinem Fall acht Jahre überschreiten.

(4) Stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2.

## 資料 6

### 介護給付の形態

SGB XI - Soziale Pflegeversicherung –

Erstes Kapitel

Allgemeine Vorschriften

§ 4

Art und Umfang der Leistungen

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird.

(2) Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung. Bei teil- und vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von Aufwendungen entlastet, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen), die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.

(3) Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige haben darauf hinzuwirken, daß die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

## 資料 7

### 在宅介護の際の給付

SGB XI - Soziale Pflegeversicherung –

Viertes Kapitel

Leistungen der Pflegeversicherung

Dritter Abschnitt

Leistungen

Erster Titel

Leistungen bei häuslicher Pflege

§ 37

Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(1) Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 205 Euro,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 410 Euro,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 665 Euro.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist.

(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

1. bei Pflegestufe I und II mindestens einmal halbjährlich,
2. bei Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 16 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 26 Euro. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.

(4) Die Pflegedienste sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung.



Der beauftragte Pflegedienst hat dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

(5) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3.

(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.

## 資料 8

### 施設介護における介護給付と介護の質に関する条文

SGB XI - Soziale Pflegeversicherung –

Siebtens Kapitel

Beziehungen der Pflegekassen zu den

Leistungserbringern

Vierter Abschnitt

Wirtschaftlichkeitsprüfungen und

Qualitätssicherung

§ 80a

Leistungs- und Qualitätsvereinbarung mit

Pflegeheimen

(1) Bei teil- oder vollstationärer Pflege setzt der Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung nach dem Achten Kapitel ab dem 1. Januar 2004 den Nachweis einer wirksamen Leistungs- und Qualitätsvereinbarung durch den Träger des zugelassenen Pflegeheims voraus; für Pflegeeinrichtungen, die erstmals ab dem 1. Januar 2002 zur teil- oder vollstationären Pflege nach § 72 zugelassen werden, gilt dies bereits für den Abschluss der ersten und jeder weiteren Pflegesatzvereinbarung vor dem 1. Januar 2004. Parteien der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung sind die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2.

(2) In der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale festzulegen. Dazu gehören insbesondere:

1. die Struktur und die voraussichtliche Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises, gegliedert nach Pflegestufen, besonderem Bedarf an Grundpflege, medizinischer Behandlungspflege oder sozialer Betreuung,
2. Art und Inhalt der Leistungen, die von dem Pflegeheim während des nächsten

Pflegesatzzeitraums oder der nächsten

Pflegesatzzeiträume (§ 85 Abs. 3) erwartet werden, sowie

3. die personelle und sächliche Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeiter.

Die Festlegungen nach Satz 2 sind für die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 und für die Schiedsstelle als Bemessungsgrundlage für die Pflegesätze und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach dem Achten Kapitel unmittelbar verbindlich.

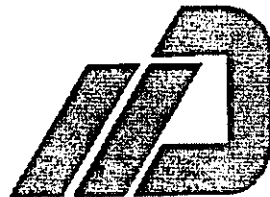
(3) Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung ist in der Regel zusammen mit der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 abzuschließen; sie kann auf Verlangen einer Pflegesatzpartei auch zeitlich unabhängig von der Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen werden. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 innerhalb von sechs Wochen ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, entscheidet die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei über die Punkte, über die keine Einigung erzielt werden konnte. § 73 Abs. 2 sowie § 85 Abs. 3 Satz 2 bis 4 gelten entsprechend.

(4) Der Träger des Pflegeheims ist verpflichtet, mit dem in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung als notwendig anerkannten Personal die Versorgung der Heimbewohner jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Heimbewohner nicht beeinträchtigt wird. Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen in den Belegungs- oder Leistungsstrukturen des Pflegeheims kann jede Vereinbarungspartei eine

Neuverhandlung der Leistungs- und  
Qualitätsvereinbarung verlangen. § 85 Abs. 7 gilt  
entsprechend.

(5) Auf Verlangen einer Vertragspartei nach  
Absatz 1 Satz 2 hat der Träger einer Einrichtung in  
einem Personalabgleich nachzuweisen, dass seine  
Einrichtung das nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 als  
notwendig anerkannte und vereinbarte Personal  
auch tatsächlich bereitstellt und  
bestimmungsgemäß einsetzt.

**MDK-ANLEITUNG**  
**ZUR PRÜFUNG DER QUALITÄT**  
**NACH § 80 SGB XI IN DER**  
**STATIONÄREN PFLEGE**



Herausgeber:  
MDS e.V.  
45141 Essen  
Telefon: 0201 / 83 27 -0  
Telefax: 0201 / 83 27 - 100

2. Ausgabe  
07.06.2000

Nachdruck, auch auszugsweise,  
ohne Genehmigung des  
Herausgebers nicht gestattet.

## Inhaltsverzeichnis

<b>O VORWORT</b>	<b>6</b>
<b>I AUFGABEN DER MEDIZINISCHEN DIENSTE IM ZUSAMMENHANG MIT QUALITÄT UND QUALITÄTSSICHERUNG</b>	<b>7</b>
1. Grundlagen der Qualitätssicherung	7
2. Einbindung des MDS / der MDK	7
<b>II AUFGABEN DER MEDIZINISCHEN DIENSTE GEMÄß § 80 ABS. 2 SGB XI</b>	<b>9</b>
1. Kompetenzen und Maßnahmen der MDK	9
2. Qualitätsdimensionen	9
3. Leistungsbereiche	9
4. Datenschutz	10
<b>III DIE STELLUNG DER MDK IM VERHÄLTNISS ZU ANDEREN QUALITÄTSPRÜFUNGSINSTITUTIONEN</b>	<b>11</b>
<b>IV BERATUNGSORIENTIERTER PRÜFANSATZ</b>	<b>13</b>
<b>V VERFAHRENSABLAUF</b>	<b>15</b>
<b>VI ERHEBUNGSBOGEN ZUR QUALITÄTSPRÜFUNG IN DER PFLEGEEINRICHTUNG</b>	<b>17</b>
1. Allgemeine Angaben zu der Einrichtung	17
2. Pflegetheoretische Grundlagen	23
3. Pflegemanagement	24
3.1 Aufbauorganisation Personal	24
3.2 Ablauforganisation	27
3.3 Qualitätsmanagement	32
3.4 Beratung - Soziale Betreuung - Heimgeschehen	35
4. Pflegedokumentation	36
5. Sonstiges	38

<b>VII ERHEBUNGSBOGEN ZUR QUALITÄTSPRÜFUNG BEIM BEWOHNER</b>	<b>39</b>
<b>1. Allgemeine Angaben</b>	<b>40</b>
<b>2. Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung</b>	<b>42</b>
2.1 Erstkontakt / Betreuungsbeginn	42
2.2 Organisatorische Absprachen und Erreichbarkeit <u>unbesetzt</u>	43
2.3 Personal	43
<b>3. Berücksichtigung individueller Bedürfnisse im Rahmen der direkten Pflege</b>	<b>45</b>
3.1 Individuelle Pflegeberatung	45
3.2 Körperpflege	45
3.3 Ernährung	47
3.4 Mobilität	48
3.5 Soziale Betreuung	49
3.6 Hauswirtschaftliche Versorgung <u>unbesetzt</u>	49
3.7 Zufriedenheit	49
3.8 Pflegerelevante Beobachtungen	51
<b>4. Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses</b>	<b>54</b>
<b>5. Sonstiges</b>	<b>65</b>
<b>VIII PRÜFANLEITUNG ZUM ERHEBUNGSBOGEN ZUR QUALITÄTSPRÜFUNG IN DER PFLEGEEINRICHTUNG</b>	<b>66</b>
<b>1. Allgemeine Angaben zu der Einrichtung</b>	<b>66</b>
<b>2. Pflegetheoretische Grundlagen</b>	<b>71</b>
<b>3. Pflegemanagement</b>	<b>73</b>
3.1 Aufbauorganisation Personal	73
3.2 Ablauforganisation	76
3.3 Qualitätsmanagement	83
3.4 Beratung - Soziale Betreuung - Heimgeschehen	86
<b>4. Pflegedokumentation</b>	<b>88</b>
<b>IX PRÜFANLEITUNG ZUM ERHEBUNGSBOGEN ZUR QUALITÄTSPRÜFUNG BEIM BEWOHNER</b>	<b>91</b>
<b>2. Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung</b>	<b>91</b>
2.1 Erstkontakt / Betreuungsbeginn	91
2.3 Personal	92

<b>3. Berücksichtigung individueller Bedürfnisse im Rahmen der direkten Pflege</b>	<b>93</b>
3.2 Körperpflege	93
3.3 Ernährung	94
3.4 Mobilität	95
3.7 Zufriedenheit	95
3.8 Pflegerelevante Beobachtungen	95
<b>4. Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses</b>	<b>97</b>
<b>X ANLAGEN</b>	<b>109</b>
<b>Anlage 1 - Von der Einrichtung vorzulegende Unterlagen</b>	<b>110</b>
<b>Anlage 2 - Einwilligung</b>	<b>111</b>
<b>Anlage 3 - Arbeitshilfe für den Prüfbericht</b>	<b>112</b>
<b>Anlage 4 - Beispiele für Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten</b>	<b>114</b>
<b>Anlage 5 - Qualifizierungskonzept für Prüfer</b>	<b>119</b>
<b>Anlage 6 - Literaturverzeichnis</b>	<b>120</b>



## O Vorwort

Zur Umsetzung der neuen Aufgabe „Externe Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI“ hat die Geschäftsführerkonferenz im August 1994 beschlossen, eine MDK-übergreifende Projektgruppe „Externe Qualitätssicherung/Vertragswesen SGB XI“ einzurichten. Diese Projektgruppe entwickelte einen beratungsorientierten Prüfansatz für die MDK-Gemeinschaft und ein Konzept zum Prüfverfahren und zu den Prüfinhalten sowie deren Evaluation und zur Prüfkompetenz. Diese Projektarbeit verlief parallel zur Erarbeitung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI. Praktische Erfahrungen lagen noch nicht vor.

Zwischenzeitlich wurden auf der Grundlage dieses MDK-Konzeptes zahlreiche Qualitätsprüfungen durchgeführt.

Nachdem vielfältige praktische Erfahrungen mit der Umsetzung des MDK-Konzeptes vorlagen, beauftragte die Geschäftsführerkonferenz im Juni 1997 erneut eine Projektgruppe mit der Optimierung des Konzeptes. Diese Projektgruppe bestand aus:

Frau Buck	MDK Hessen,
Herrn Dr. Gerber	MDK in Bayern,
Frau Dr. Hering	MDK Sachsen,
Frau Krebs	MDK Rheinland-Pfalz,
Frau Walter	MDK Hamburg,
Frau Wilcke-Kros	MDK Berlin / Brandenburg,
Frau Zenz	MDK Baden-Württemberg,
Herrn Wiesner (Leiter)	MDK Sachsen-Anhalt,
Herrn Brüggemann	MDS,
Herrn Schmäing	VdAK, als Vertreter der Spitzenverbände der Pflegekassen.

Als externe Sachverständige wurden beratend hinzugezogen:

Frau Kämmer	Unternehmensberaterin,
Frau Sowinski	Kuratorium Deutsche Altershilfe,
Herr Dr. Schmidt	Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Veränderungen gegenüber dem ersten Konzept bestehen insbesondere in:

- der Umbenennung des MDK-Konzeptes in MDK-Anleitung,
- der Teilung der MDK-Anleitung in eine ambulante und eine stationäre Anleitung,
- der deutlicheren Orientierung der Prüfanleitungen an der aktuellen pflegfachlichen und pflegewissenschaftlichen Literatur,
- der Schwerpunktverlagerung von der Struktur- hin zur Prozess- und Ergebnisqualität.

Mit der vorliegenden Anleitung bieten die MDK ein Verfahren der Qualitätsprüfung an, das in ein allgemeines Verständnis von Qualitätsentwicklung eingebettet ist. Die Mitwirkung des MDK bei der Qualitätsentwicklung wird nur dann effektiv sein, wenn sie prozessbegleitend angelegt ist. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung halten die professionelle Kompetenz für die Durchführung der externen Qualitätsprüfungen vor.

Die MDK-Anleitung dient den MDK als Leitfaden für eine einheitliche Umsetzung der Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI. Die Spitzenverbände der Pflegekassen fördern die Umsetzung der Qualitätsprüfungen auf der Basis dieser Anleitung.

Darüber hinaus kann diese Anleitung von den nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen als Instrument zur Selbstevaluation genutzt werden.

Juni 2000

# I Aufgaben der Medizinischen Dienste im Zusammenhang mit Qualität und Qualitätssicherung

## 1. Grundlagen der Qualitätssicherung

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 ständige Sicherung 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, Behandlungspflege, rehabilitative Maßnahmen) zu koordinieren,
- auf religiöse Bedürfnisse der Versicherten ist Rücksicht zu nehmen.

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

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

## 2. Einbindung des MDS / der MDK

Die Aufgaben der Medizinischen Dienste, die diesen im Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegeversicherung übertragen wurden, dienen in verschiedener Hinsicht der Entwicklung und Sicherung der Qualität von Pflegeleistungen. So wirken die Medizinischen Dienste auf Landesebene bei der Gestaltung der Rahmenverträge mit, in denen wesentliche Struktur- und Prozessqualitätselemente festgelegt werden. Sie beraten in den Landespflegeausschüssen sachverständig in Fragen der Infrastrukturgestaltung und können von den Pflegekassen beim Abschluss von Versorgungsverträgen beteiligt werden. Sie können in unterschiedlichen Funktionen an regionalen Arbeitsgemeinschaften teilnehmen, die der für die Sicherung der Qualität so wichtigen Vernetzung in territorialer und funktionaler Hinsicht dienen. Von großer Bedeutung für die Qualität und die Qualitätssicherung sind die Begutachtungen der Medizinischen Dienste im Einzelfall. Sie sind wesentliche Voraussetzung für Umfang und Gestaltung der Hilfen für den Pflegebedürftigen. Schließlich obliegen dem Medizinischen Dienst spezielle Qualitätsprüfungsaufgaben im Rahmen des § 80 Abs. 2 SGB XI.

Im Mittelpunkt dieser Anleitung stehen die Aufgaben gemäß § 80 Abs. 2 SGB XI. Voraussetzung für eine wirksame Aufgabenwahrnehmung ist ein einheitliches, mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen abgestimmtes und von allen MDK getragenes Qualitäts- und Qualitätsprüfkonzept.

Die nachfolgend aufgeführten Paragraphen des SGB XI beinhalten obligatorische und fakultative Aufgaben der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) sowie des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS):

§ 10 SGB XI: . . . Ausschuss für Fragen der Pflegeversicherung beim BMA  
(Beteiligung des MDS)

§ 12 SGB XI: . . . Bildung örtlicher oder regionaler Arbeitsgemeinschaften der Pflegekassen  
(fakultative Beteiligung der MDK)

§ 17 SGB XI: . . . beschließen Richtlinien für die Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit  
(Beteiligung des MDS)

§ 18 SGB XI: . . . Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit  
(Prüfung durch die MDK)

§ 40 Abs. 1 SGB XI: . . . überprüfen die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln  
(Beteiligung der MDK)

§ 72 SGB XI: . . . Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag  
(Beratung der Pflegekassen durch die MDK)

§ 75 Abs. 1 SGB XI: . . . Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung  
(Beteiligung der MDK)

§ 75 Abs. 5 SGB XI: . . . Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach § 75 Abs. 1  
(Beteiligung des MDS)

§ 80 Abs. 1 SGB XI: . . . einheitliche Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI  
(Zusammenarbeit mit dem MDS)

§ 80 Abs. 2 SGB XI: . . . Prüfung der Pflegequalität von Pflegeeinrichtungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen  
(Durchführung durch die MDK)

§ 92 Abs. 2 SGB XI: . . . Landespflegeausschuss  
(Beteiligung der MDK)

§ 109 Abs. 2 SGB XI: . . . Erhebungen über die Situation Pflegebedürftiger und ehrenamtlich Pflegender als Bundesstatistik  
(Auskunftsverpflichtung der MDK)

## II Aufgaben der Medizinischen Dienste gemäß § 80 Abs. 2 SGB XI

**Gesetzliche Grundlage nach § 80 Abs. 2 SGB XI:** „Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen; bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88). Die Pflegeeinrichtungen haben auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von den Landesverbänden bestellten Sachverständigen die Prüfung der Qualität ihrer Leistungen durch Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen. Die Prüfungen sind auf die Qualität der Pflege, der Versorgungsabläufe und der Pflegeergebnisse zu erstrecken. Für das Löschen der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erhobenen Daten gilt § 107 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 entsprechend“. (§ 80 Abs. 2 SGB XI.)

### 1. Kompetenzen und Maßnahmen der MDK

Die MDK sind nach den gesetzlichen Grundlagen Institutionen, die Qualitätsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchführen. Dabei handelt es sich um Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung können im Rahmen des § 80 Abs. 2 SGB XI nur auf Veranlassung der Landesverbände der Pflegekassen auftragsbezogen tätig werden. Zur Durchführung der Qualitätsprüfung ist dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Zugang zu den Pflegeeinrichtungen zu gewähren. Vom Träger der Pflegeeinrichtung oder dessen Beauftragten sind dem Prüfer auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

Die von den MDK zu entwickelnden Instrumente zur Umsetzung der Qualitätsprüfungen müssen sich auf die im Gesetz vorgesehenen Verfahren beziehen. Im jedem Fall gilt, dass die Medizinischen Dienste im Rahmen des § 80 Abs. 2 SGB XI nur solche Verfahren anwenden, die mit den Landesverbänden der Pflegekassen abgestimmt sind. Wenn auch das Vorgehen und die Verfahren weitgehend vorgegeben sind, so ist die Durchführung der Verfahren offen, und die Gestaltung liegt im Ermessen der Medizinischen Dienste. Die Gutachterteams der MDK nehmen ihrer Tätigkeit fachkundig, erfahren, objektiv und unabhängig wahr.

### 2. Qualitätsdimensionen

Der Gesetzgeber nimmt in seinen Formulierungen Bezug auf die in der Qualitätssicherung üblichen Unterscheidungen zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Damit haben die Medizinischen Dienste insbesondere im Rahmen der

- **Strukturqualität** Ausstattung, Organisation und Qualifikation,
- **Prozessqualität** Pflegeprozessplanung, Pflegedokumentation, Pflegestandards sowie Durchführung der Pflege,
- **Ergebnisqualität** Aktivierungserfolg, Unterstützung bei der Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen, Zufriedenheit der Bewohner, Einbeziehung sozialer Netze etc.

zu prüfen.

### 3. Leistungsbereiche

Die Medizinischen Dienste sind für die Qualitätsprüfung aller Leistungsbereiche, die das Pflegeversicherungsgesetz umfasst, zuständig.

Im Rahmen der stationären Pflege (teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege) umfasst die Qualitätsprüfung allgemeine Pflegeleistungen (Grundpflege, soziale Betreuung sowie, bis zum 31.12.2001, Behand-