

WER DARF WAS IM PFLEGEDIENST · DELEGATIONS-ATLAS · VOLUME 1

Wer darf was? Der Delegations-Atlas für ambulante Pflegedienste.

Deutschlands erster Delegations-Atlas speziell für ambulante Pflegedienste. Kostenlos. Praxiserprobt. Vier-Label-Sicherheit.

8 Kategorien · 42 Tätigkeiten · 16 Bundesländer · 253 Seiten. Medikamentenmanagement, Injektionen, Kompression, Wundversorgung, Katheter & Ausscheidung, Ernährung, Atmung, Spezielle Behandlungspflege – jede Tätigkeit mit Bundesrechts-Grundlage, 16-Bundesländer-Schnellmatrix, 7 Haftungsfallen, 4-Label-Pre-Flight-Checkliste (Gesetz · Landesvertrag · MD-QM · Helden-Praxistipp) und Mustertexten. Plus Bonus „Wer darf was OHNE Delegation“.

Stand: Februar 2026. Geprüft gegen HKP-Richtlinie 2025 (G-BA, in Kraft 12.12.2025), GKV-Rahmenempfehlung § 132a Abs. 1 SGB V (12/2023), Landes-Rahmenverträge der 16 Bundesländer (siehe Steckbriefe Kapitel 2), MD Bayern FAQ, QPR Teil 1a 2025. **Alle Fallbeispiele sind frei erfunden, exemplarisch und keine konkreten Gerichtsentscheidungen.** Vor Anwendung im eigenen Pflegedienst aktuellen Stand der Originalquellen prüfen – siehe juristischer Hinweis am Ende.

Vorwort

Warum wir diesen Atlas kostenlos veröffentlichen

Jedes Jahr entstehen in ambulanten Pflegediensten Unsicherheiten bei **Delegation, Behandlungspflege und Haftungsfragen**. PDLs, Praxisanleiter:innen und Mitarbeiter:innen suchen nach klaren Antworten – und finden in der Realität oft nur Gesetzestexte, Kommentar-Literatur oder widersprüchliche Aussagen. Das kostet Zeit, Nerven und manchmal auch Geld in Form von MD-Abwertungen oder Retax-Forderungen.

Wir sind überzeugt: **Gutes Pflegewissen sollte frei zugänglich sein**. Dieser Atlas bündelt **253 Seiten** praxisnahe Antworten auf **alle 42 Tätigkeiten** über 8 Kategorien (Medikamentenmanagement, Injektionen, Kompression, Wundversorgung, Katheter, Ernährung, Atmung, Spezielle Behandlungspflege) – mit 16-Bundesländer-Schnellmatrix, klar markierten Empfehlungen (Gesetz / Landesvertrag / MD-QM / Praxistipp), Haftungsfallen, Pre-Flight-Checklisten und sofort nutzbaren Mustertexten.

Drei einfache Bitten:

1. **Nutze** den Atlas in deinem Team, deiner Tour, deiner MD-Vorbereitung.
2. **Teile** ihn intern, mit Kolleg:innen, mit deiner Praxisanleitung – du musst nichts fragen, das hier ist für dich.
3. **Erinner dich an uns**, wenn dein Pflegedienst eine Weiterbildung (LG1/LG2, PDL, Praxisanleitung, Wundexpertise) braucht. Genau davon lebt die Dickies Helden Akademie – und nur deshalb können wir diesen Atlas kostenlos führen und jährlich aktualisieren.

Was du noch wissen solltest: Der Atlas wird **jährlich aktualisiert**. Für Volume 2 (Rechtsprechung 2026, neue Landesverträge, weitere Spezial-Eingriffe) erhalten alle Mitglieder im kostenlosen **Helden-Basic-Campus** die Updates automatisch in ihre Schatzkiste.

Inhaltsverzeichnis – Volume 1

Vorwort Warum dieser Atlas kostenlos ist

Kapitel 1 Warum dieser Atlas (Einführung)

Kapitel 2 Die 16 Bundesländer – Rahmenverträge im Überblick

Kapitel 3 Atlas-Architektur – 8 Kategorien · 42 Tätigkeiten

Kapitel A1 Medikamente stellen (richten in die Wochenbox)

Kapitel A2 Medikamente verabreichen (oral, transdermal, rektal)

Kapitel A3 Bedarfsmedikation (PRN · pro re nata)

Kapitel A4 Augentropfen verabreichen

Kapitel A5 Ohrentropfen verabreichen

Kapitel A6 Salben und medizinische Einreibungen

Kapitel A7 Betäubungsmittel (BtM) – Aufbewahrung, Doku, Vernichtung

Kapitel B1 Blutzuckermessung (BZ-Messung)

Kapitel B2 Insulininjektion

Kapitel B3 Heparininjektion (Thromboseprophylaxe)

Kapitel B4 Andere subkutane Injektionen

Kapitel B5 Intramuskuläre Injektionen (i.m.)

Kapitel B6 Impfungen

Kapitel C1 Kompressionsstrümpfe Klasse I (KKL I · 18–21 mmHg)

Kapitel C2 Kompressionsstrümpfe Klasse II (KKL II · 23–32 mmHg)

Kapitel C3 Kompressionsstrümpfe Klasse III (KKL III · 34–46 mmHg)

Kapitel C4 Kompressionsverbände (Phasen-Kompression, Pütter-/Sigg-/Fischer-Verband)

Kapitel D1 Wundbeobachtung & Wunddokumentation

Kapitel D2 Verbandwechsel – einfache (akute) Wunde

Kapitel D3 Verbandwechsel chronische Wunde

Kapitel D4 Dekubitusversorgung & -Prävention

Kapitel D5 Moderne Wundversorgung (Auflagen-Auswahl)

Kapitel D6 VAC-Therapie (Vakuum-Assisted Closure)

Kapitel E1 DK-Pflege (Dauerkatheter)

Kapitel E2 Katheterbeutel-Wechsel

Kapitel E3 Urinkondom-Versorgung

Kapitel E4 Einmalkatheterisierung (intermittierend)

Kapitel E5 Stomaversorgung (Kolostoma, Ileostoma, Urostoma)

Kapitel F1 PEG-Versorgung (Eintrittsstellen-Pflege)

Kapitel F2 Sondennahrung anhängen (PEG / nasogastrale Sonde)

Kapitel F3 PEG-Spülung

Kapitel F4 Portnahrung (parenterale Ernährung über Port)

- Kapitel G1** Sauerstoffgabe (Langzeit-Sauerstofftherapie LTOT)
- Kapitel G2** Inhalation (Verneblung, Dosieraerosol)
- Kapitel G3** Tracheostoma-Pflege
- Kapitel G4** Absaugen (oral / tracheal)
- Kapitel G5** CPAP / BiPAP-Unterstützung (nächtliche Beatmungshilfe)
- Kapitel H1** Portversorgung (Port-Anstich, Pflege, Heparin-Block)
- Kapitel H2** Infusionen (i.v. via Port oder PVK)
- Kapitel H3** Schmerzpumpen (PCA, kontinuierliche Schmerztherapie)
- Kapitel H4** Palliativversorgung (allgemein-ambulant, AAPV)
- Kapitel H5** SAPV-Schnittstellen (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)
- Bonus 1** Wer darf was OHNE Delegation? Matrix Fachkraft / Assistenz / LG1+2
- Bonus 2** Die 20 teuersten Irrtümer im ambulanten PD (Roadmap Update 3)
- Schluss** Vertiefen & weitermachen – 4 QR-Codes zu Schulungen & Newsletter
- Anhang** Quellen & Disclaimer

Kapitel 1 · Warum dieser Atlas

Im Pflegealltag passiert es dauernd: Die Praxisanleiterin sagt „Mach mal“. Der MD-Prüfer fragt „Wer hat das freigegeben?“. Die Tochter ruft an „Meine Mutter hat die falsche Tablette bekommen!“. Drei Situationen – **drei verschiedene Rechtsgrundlagen**, drei Haftungsebenen, und mit den 16 Bundesländer-Rahmenverträgen **16 mögliche Antworten**.

Dieser Atlas räumt auf – systematisch über 8 Kategorien (Medikamentenmanagement · Injektionen · Kompression · Wundversorgung · Katheter & Ausscheidung · Ernährung · Atmung · Spezielle Behandlungspflege) mit insgesamt 42 delegierbaren Tätigkeiten und einer **16-Bundesländer-Schnellmatrix** pro Tätigkeit. Plus Bonus 1 „Wer darf was OHNE Delegation“ (komplett) und Bonus 2 „Die 20 teuersten Irrtümer im ambulanten PD“ (folgt in Volume 2).

Volume-1-Stand (Update 6 · Feb 2026): Alle 8 Kategorien sind komplett ausgearbeitet – A (A1–A7 Medikamentenmanagement), B (B1–B6 Injektionen), C (C1–C4 Kompression), D (D1–D6 Wundversorgung), E (E1–E5 Katheter & Ausscheidung), F (F1–F5 Ernährung), G (G1–G5 Atmung) und H (H1–H4 Spezielle Behandlungspflege). 253 Seiten, je 16-Bundesländer-Spezifika, je 7 Pseudo-Fällen, Mustertexten und 4-Label-Pre-Flight-Checklisten. Bonus 1 komplett. Alle Helden-Basic-Mitglieder bekommen Volume-2-Updates automatisch in der Schatzkiste.

Kapitel 2 · Die 16 Bundesländer – Rahmenverträge im Überblick

Die Bundesrepublik kennt **16 eigene Rahmenverträge** nach § 132a SGB V (HKP) und § 75 SGB XI (SGB-XI-Pflege). Jeder mit eigenen Anlagen zur Qualifikation ergänzender Pflegekräfte. Die folgenden Steckbriefe sind die Quellengrundlage des gesamten Atlas – in jeder Tätigkeitsmatrix verweisen wir auf diese 16 Anlagen.

Baden-Württemberg (BW)

Rahmenvertrag: Landesrahmenvertrag § 132a SGB V (AOK BW, vdek BW, IKK classic, BKK LV, KBS, SVLFG)

Stand: Fassung 2023/2024

Helfer-Regel: **Pflegefachkraft** uneingeschränkt. **Examinierte 1-2jährige Helfer:innen** (Altenpflegehelfer/Krankenpflegehelfer) nach Landes-Anlage zur ergänzenden Pflegekraft. **Ohne Pflege-Ausbildung:** nur nach landesspezifischer Zusatzqualifikation + PDL-Freigabe.

Besonderheit: BW kennt unterschiedliche Anlagen je nach Kassenart. Praxis: AOK-BW-Anlagen sind am verbreitetsten – jeweils **vor Personaleinsatz Kompetenzmatrix abgleichen**.

Quelle: vdek-LV Baden-Württemberg / AOK Baden-Württemberg HKP-Vertrag.

Bayern (BY)

Rahmenvertrag: Landesrahmenvertrag § 132a SGB V Bayern (AOK BY, vdek BY, BKK LV, IKK, SVLFG)

Stand: Fassung 2024, MD Bayern FAQ Pflegeeinrichtungen 2025

Helfer-Regel: **Pflegefachkraft** uneingeschränkt. **Examinierte Helfer:innen** (KPH/APH) mit dokumentierter Zusatzqualifikation. **MD Bayern** prüft besonders kritisch: Arzneimittelgabe durch Hilfskräfte nur mit nachvollziehbarer ärztlicher Anordnung; BtM-Stellung durch Hilfskräfte **hochkritisch**.

Besonderheit: MD Bayern legt im Pflege-Audit besonderen Fokus auf BMP-Aktualität (§ 31a SGB V) und ärztliche Gegenzeichnung bei Stell-/Gabe-Anordnungsänderungen.

Quelle: MD Bayern, FAQ Pflegeeinrichtungen 2025; AOK Bayern HKP-Rahmenvertrag.

Berlin (BE)

Rahmenvertrag: Rahmenvertrag ambulante Pflege Berlin (§ 75 SGB XI, Stand 01.03.2015) + HKP-Verträge der Kassen

Stand: Pflegeverträge nach § 75 SGB XI seit 01.03.2015 fortgeschrieben; HKP-Verträge gesondert

Helfer-Regel: **Pflegefachkraft** uneingeschränkt. Berlin folgt überwiegend der bundesweiten Rahmenempfehlung § 132a Abs. 1 SGB V (12/2023) für die Qualifikation; konkrete Anlagen pro Kasse prüfen (vdek-Anlage / AOK Nordost).

Besonderheit: Senatsverwaltung für Pflege veröffentlicht eigene Vertragssammlung– vor Einsatz immer Kassen-spezifische Anlage für ergänzende Pflegekräfte prüfen.

Quelle: berlin.de/sen/pflege/service/vertraege/; AOK Nordost / vdek Berlin.

Brandenburg (BB)

Rahmenvertrag: Landesrahmenvertrag § 75 SGB XI Brandenburg + HKP-Verträge der Landeskassen

Stand: Leistungskomplexe 2025 (Pflegestützpunkte BB); HKP-Verträge fortgeschrieben

Helfer-Regel: Pflegefachkraft uneingeschränkt. Examierte Helfer:innen je nach Kassen-Anlage. **Ohne Pflegeausbildung:** nur nach Landes-Zusatzqualifikation, schriftliche PDL-Freigabe Pflicht.

Besonderheit: Brandenburg unterscheidet zwischen SGB-XI-Leistungskomplexen und HKP-Leistungskomplexen – Tätigkeit muss korrekt zugeordnet werden, sonst Kürzungsrisiko.

Quelle: pflegestuetzpunkte-brandenburg.de; AOK Nordost HKP-Vertrag.

Bremen (HB)

Rahmenvertrag: HKP-Rahmenvertrag Bremen (AOK Bremen, vdek Bremen, BKK LV, IKK Nord)

Stand: Fassung 2024

Helfer-Regel: Pflegefachkraft uneingeschränkt. Examierte Helfer:innen nach Anlage. Bremen orientiert sich an vdek-Norddeutschland-Linie (analog HH).

Besonderheit: Kleinraum mit enger MD-Prüfung; gerüchteweise hohe Prüfdichte je Pflegedienst pro Jahr.

Quelle: AOK Bremen HKP-Vertrag; vdek Bremen.

Hamburg (HH)

Rahmenvertrag: Rahmenvertrag HKP Hamburg (vdek HH, AOK Rheinland/Hamburg, BKK, IKK)

Stand: Fassung 2023/2024 mit Anlagen

Helfer-Regel: Pflegefachkraft uneingeschränkt. **Pflegehilfskraft** nur unter **ständiger**

Verantwortung einer Pflegefachkraft (HKP-Rahmenvertrag HH, vdek-Anlagen) – Einzelfall-Delegation nötig. Listenpflicht Personal + Qualifikationsnachweise.

Besonderheit: Hamburg verlangt explizite Personalliste mit Qualifikationen und Vertretungsregeln – § 7 des HH-Rahmenvertrags.

Quelle: vdek.com/LVen/HAM → Rahmenvertrag mit Anlagen.

Hessen (HE)

Rahmenvertrag: Landesrahmenvertrag HKP Hessen (AOK Hessen, vdek HE, BKK, IKK classic)

Stand: Fassung mit Anlagen (Personalübersicht, Qualifikationsnachweise)

Helfer-Regel: Pflegefachkraft uneingeschränkt. Examierte Helfer:innen nach § 7 Hessen-Rahmenvertrag (Qualifikationen) mit Vertretungsregeln. Ohne Ausbildung: Zusatzqualifikation + PDL-Freigabe.

Besonderheit: HE-Vertrag verlangt ausdrücklich aktuelle Personalübersicht und Qualifikationsnachweise vor Inbetriebnahme – Prüfpunkt im Audit.

Quelle: AOK Hessen HKP-Vertrag; vdek Hessen.

Mecklenburg-Vorpommern (MV)

Rahmenvertrag: HKP-Rahmenvertrag MV (AOK Nordost, vdek MV, BKK LV, IKK Nord)

Stand: Fassung 2023/2024

Helfer-Regel: Pflegefachkraft uneingeschränkt. Examierte Helfer:innen nach Anlage. Bei Hilfskräften ohne Ausbildung: Zusatzqualifikation nach Landesvorgaben.

Besonderheit: MV folgt der Nordost-Linie (gemeinsam mit Berlin/Brandenburg/SH/HH-Verzahnung), AOK Nordost ist dominanter Vertragspartner.

Quelle: AOK Nordost HKP-Vertrag; vdek MV.

Niedersachsen (NI)

Rahmenvertrag: Landesrahmenvertrag HKP Niedersachsen (AOK NI, vdek NI, BKK LV, IKK classic)

Stand: Fassung 2023, fortgeschrieben

Helfer-Regel: Pflegefachkraft uneingeschränkt. Examierte Helfer:innen nach Landes-Anlage (Anforderungen orientieren sich an § 132a Abs. 1 SGB V Rahmenempfehlung 12/2023). Ohne Ausbildung: Zusatzqualifikation + Freigabe.

Besonderheit: Niedersachsen-Vertrag verweist stark auf die bundesweite Rahmenempfehlung als Mindeststandard.

Quelle: AOK Niedersachsen HKP-Vertrag; vdek Niedersachsen.

Nordrhein-Westfalen (NW)

Rahmenvertrag: Rahmenvertrag HKP NRW (AOK Rheinland/Hamburg, AOK NordWest, vdek, BKK, IKK classic, KBS) inkl. **Anlage 11**

Stand: Fassung 04/2023, fortgeschrieben

Helfer-Regel: Pflegefachkraft (3J) uneingeschränkt. **Anlage 11** definiert die zulässigen **ergänzenden Pflegekräfte** für LG 1+2 (z.B. examinierte Helfer:innen nach Zusatzschulung) mit konkretem Schulungsumfang und PDL-Freigabepflicht.

Besonderheit: NRW ist mit der **Anlage 11** bundesweit der am detailliertesten ausformulierte Rahmen für den Einsatz ergänzender Pflegekräfte. Vorbild für andere Länder.

Quelle: AOK Rheinland/Hamburg + AOK NordWest, NRW-Rahmenvertrag inkl. Anlage 11; vdek NRW.

Rheinland-Pfalz (RP)

Rahmenvertrag: Landesrahmenvertrag HKP Rheinland-Pfalz (AOK RP/Saarland, vdek RP, BKK LV, IKK)

Stand: Fassung 2023/2024

Helfer-Regel: Pflegefachkraft uneingeschränkt. Examierte Helfer:innen nach Landes-Anlage. Ohne Pflegeausbildung: Zusatzqualifikation + PDL-Freigabe.

Besonderheit: AOK Rheinland-Pfalz/Saarland ist gemeinsamer Vertragspartner für RP und SL – viele Regelungen sind regional verzahnt.

Quelle: AOK Rheinland-Pfalz/Saarland HKP-Vertrag; vdek RP.

Saarland (SL)

Rahmenvertrag: Landesrahmenvertrag HKP Saarland (AOK RP/Saarland, vdek Saarland)

Stand: Fassung 2023/2024

Helfer-Regel: Wie RP: **Pflegefachkraft** uneingeschränkt. Examierte Helfer:innen nach Anlage. Ohne Ausbildung: Landes-Zusatzqualifikation.

Besonderheit: Saarland ist mit RP verzahnt (gemeinsame AOK); Doppelprüfung der Anlagen lohnt.

Quelle: AOK Rheinland-Pfalz/Saarland HKP-Vertrag; vdek Saarland.

Sachsen (SN)

Rahmenvertrag: Rahmenvertrag § 75 SGB XI Sachsen + HKP-Verträge (AOK Plus, vdek SN, BKK LV, IKK classic). Kassenartenübergreifender Versorgungsvertrag ab 01.10.2025

Stand: 2025/2026 aktualisiert (LVHS Sachsen)

Helfer-Regel: **Pflegefachkraft** uneingeschränkt. Examierte Helfer:innen je nach Vertrag der konkreten Kassenart. Mit kassenartenübergreifendem Vertrag ab 10/2025 weiter harmonisiert.

Besonderheit: Sachsen hat seit 10/2025 einen kassenartenuebergreifenden Versorgungsvertrag – neue Preisliste + harmonisierte Personalregelungen.

Quelle: lvhs-sachsen.de/vertraege; AOK Plus HKP-Vertrag.

Sachsen-Anhalt (ST)

Rahmenvertrag: HKP-Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt (AOK Sachsen-Anhalt, vdek ST, BKK LV, IKK)

Stand: Fassung 2023/2024

Helfer-Regel: **Pflegefachkraft** uneingeschränkt. Examierte Helfer:innen nach Landes-Anlage. Ohne Ausbildung: Zusatzqualifikation + Freigabe.

Besonderheit: ST publiziert Rahmenverträge über Sozialagentur Sachsen-Anhalt.

Quelle: sozialagentur.sachsen-anhalt.de; AOK Sachsen-Anhalt HKP-Vertrag.

Schleswig-Holstein (SH)

Rahmenvertrag: HKP-Rahmenvertrag Schleswig-Holstein (AOK NordWest, vdek SH, BKK LV, IKK Nord)

Stand: Fassung 2023/2024

Helfer-Regel: **Pflegefachkraft** uneingeschränkt. Examierte Helfer:innen analog NRW-Linie (AOK NordWest ist Vertragspartner beider Länder).

Besonderheit: AOK NordWest deckt NRW und SH ab – viele NRW-Anlagen sind übertragbar, im Zweifel SH-Anlage gesondert prüfen.

Quelle: AOK NordWest HKP-Vertrag; vdek SH.

Thüringen (TH)

Rahmenvertrag: *Versorgungsvertrag ambulante Pflege Thüringen (AOK Plus, vdek TH, BKK LV, IKK classic)*

Stand: *Fassung 2024/2025*

Helfer-Regel: *Pflegefachkraft uneingeschränkt. Personalmindestausstattung Thüringen: verantwortliche PFK + Stellvertretung + mindestens 1 weitere Pflegefachkraft in Vollzeit (vdek TH). Examierte Helfer:innen nach Landes-Anlage.*

Besonderheit: *Thüringen hat eine der strengsten Fachkraft-Mindestquoten in der ambulanten Pflege (vdek TH).*

Quelle: *vdek.com/LVen/THG/Vertragspartner/pflege-1/ambulante-pflege.html; AOK Plus.*

Kapitel 3 · Atlas-Architektur – 8 Kategorien · 42 Tätigkeiten

Der Atlas folgt der Logik der ambulanten Behandlungspflege. Pro Tätigkeit bekommst du 8 Bausteine: (1) Bundesrechtliche Grundlage, (2) 16-Bundesländer-Schnellhinweis, (3) Bundesländer-Spezifika, (4) Abrechnungs- und Kombinationsregel, (5) Haftungs-Architektur, (6) 7 Pseudo-Fälle nach OLG/BGH-Linien, (7) 10-Punkt-Pre-Flight-Checkliste, (8) Mustertexte und Vorlagen.

#	Kategorie	Tätigkeiten
A	Medikamentenmanagement	Medikamente stellen, Medikamente verabreichen, Bedarfsmedikation, Augentropfen, Ohrentropfen, Salben und medizinische Einreibungen, Betäubungsmittel (BtM)
B	Injektionen	Blutzuckermessung, Insulininjektion, Heparininjektion, Andere subkutane Injektionen, Intramuskuläre Injektionen, Impfungen
C	Kompression	Kompressionsstrümpfe Klasse I, Kompressionsstrümpfe Klasse II, Kompressionsstrümpfe Klasse III, Kompressionsverbände
D	Wundversorgung	Wundbeobachtung, Verbandwechsel einfache Wunde, Verbandwechsel chronische Wunde, Dekubitusversorgung, Moderne Wundversorgung, VAC-Therapie
E	Katheter & Ausscheidung	DK-Pflege, Katheterbeutelwechsel, Urinkondomversorgung, Einmalkatheterisierung, Stomaversorgung
F	Ernährung	PEG-Versorgung, Sondennahrung anhängen, PEG-Spülung, Portnahrung
G	Atmung	Sauerstoffgabe, Inhalation, Tracheostomapflege, Absaugen, CPAP/BiPAP-Unterstützung
H	Spezielle Behandlungspflege	Portversorgung, Infusionen, Schmerzpumpen, Palliativversorgung, SAPV-Schnittstellen

Die 4 Kennzeichnungen im Atlas

Damit du beim Lesen sofort siehst, was **echte Pflicht** ist und was eine **Praxisempfehlung**: Jede Empfehlung in den Pre-Flight-Checklisten und Mustertexten ist mit einem der folgenden vier Labels markiert.

So liest du den Atlas – die 4 Kennzeichnungen:

[Gesetz] bundesrechtliche Pflicht (SGB, HKP-RL, BtMG, ...)

[Landesvertrag] im jeweiligen Landes-Rahmenvertrag verbindlich – prüfe dein BL

[MD/QM-Empfehlung] vom MD oder im QM-Standard erwartet, nicht im Gesetz

[Helden-Praxistipp] Praxisempfehlung der Dickies-Helden-Akademie, keine Pflicht

KAPITEL A1 · KATEGORIE A · MEDIKAMENTENMANAGEMENT

Medikamente stellen (richten in die Wochenbox)

Das Befüllen einer Medikamentenbox (Dispenser, Wochenbox) durch die Pflegekraft – in der ambulanten HKP die häufigste delegierte Tätigkeit. Klingt simpel, ist aber haftungs- und abrechnungstechnisch eine Mini-Bombe.

MD-PRÜFPUNKTE
10AUDIT-FINDINGS
7MUSTERTEXTE
3PASSENDE SCHULUNG
PFA LG1+2 →

1. Bundesrechtliche Grundlage

§ 37 SGB V i.V.m. **HKP-Richtlinie** des G-BA (Fassung 16.10.2025, in Kraft 12.12.2025). G-BA stellt in § 2 HKP-RL klar, dass HKP **keine Delegation ärztlicher Leistung** ist – die **Durchführungsverantwortung** liegt bei der Pflegefachkraft. **Anordnungsverantwortung** beim Arzt (Indikation, Personalauswahl, Überwachung – BGH NJW 1994, 1594). **Bundesweite Rahmenempfehlung** nach § 132a Abs. 1 SGB V (GKV-Spitzenverband, 18.12.2023) definiert Mindestqualifikation. Konkrete Anlagen je Bundesland (siehe Steckbriefe).

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Pflegefachkraft (3-jährig) darf in **allen 16 Bundesländern** Medikamente stellen. Examierte Helfer:innen (KPH/APH) und ohne Pflegeausbildung ergänzende Kräfte unterliegen **landesspezifischen Anlagen** – daher pro Bundesland separate Prüfung nötig. **BtM-Stellung** durch Hilfskräfte ist in den meisten Landes-Rahmenverträgen **kritisch geregelt** und sollte als Praxisstandard **Pflegefachkraft vorbehalten** bleiben.

3. Medikamente stellen (richten in die Wochenbox) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Medikamente stellen (richten in die Wochenbox)“
BW	Baden-Württemberg	Praxisregel: Stell-Standard schriftlich + jede Stellung mit Vier-Felder-Stempel. AOK-BW-Anlage definiert ergänzende Pflegekraft-Qualifikation.
BY	Bayern	Verordnung über Muster 12 mit Frequenz (z.B. „1x wöchentlich“). MD Bayern prüft Plausibilität gegen BMP (§ 31a SGB V). BtM-Stellung durch Hilfskräfte hochkritisch.
BE	Berlin	Berlin: Senatsverwaltungs-Vertragssammlung + Kassen-Anlagen. AOK Nordost dominant.
BB	Brandenburg	BB unterscheidet SGB-XI-LK von HKP-LK – korrekte Zuordnung kritisch für Abrechnung.
HB	Bremen	Bremen orientiert sich an vdek-Norddeutschland-Linie (analog HH).
HH	Hamburg	Vergleichbare LK; 1x/Woche Regelfall – bei höherer Frequenz Begründung in HKP-Verordnung. Hilfskraft nur unter ständiger Verantwortung der Pflegefachkraft.
HE	Hessen	Hessen-Rahmenvertrag § 7 verlangt Qualifikationsnachweise; Personalübersicht muss im Audit verfügbar sein.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost dominanter Partner; Anlagen vergleichbar BE/BB.
NI	Niedersachsen	Folgt § 132a-Rahmenempfehlung 12/2023 als Mindeststandard; Landes-Anlage weiter präzisiert.
NW	Nordrhein-Westfalen	LK 26 Richten der Medikamentenbox (Wochendispenser). Tagesdispenser separat nur bei dokumentierter Indikation (z.B. Compliance-Risiko). Stellung durch ergänzende Pflegekraft nur nach Anlage 11 + Zusatzschulung + schriftliche PDL-Freigabe.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL gemeinsamer Vertrag; Anlagen-Prüfung empfohlen.
SL	Saarland	Wie RP (gemeinsamer AOK-Vertrag).
SN	Sachsen	Kassenartenübergreifender Versorgungsvertrag seit 10/2025 – harmonisierte Preisliste, Personalregeln vereinheitlicht.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST publiziert Verträge; Anlage für ergänzende Pflegekraft prüfen.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Medikamente stellen (richten in die Wochenbox)“
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest deckt SH+NRW – Anlage 11 NRW oft analog übertragbar, im Zweifel SH-Anlage gesondert.
TH	Thüringen	Thüringen-Personalmindeststandard: PFK + Stellvertretung + mindestens 1 weitere PFK in VZ. Stellung durch Helfer:in nur mit landesspezifischer Zusatzqualifikation.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

Stellen + Geben nicht kombinierbar (im Wesentlichen bundesrechtlich geregelt).
 MD/Pflegekasse kürzen LK Stellen, wenn LK Gabe gleichzeitig abgerechnet wird (Stellen ist Vorbereitung der Gabe). Ausnahme: separat dokumentierte Sonderindikation in der HKP-Verordnung.

5. Haftungs-Architektur

Arzt haftet bei: falscher Indikation/Anordnung (Dosis, Frequenz, Wechselwirkungen), ungeeigneter Personalauswahl, mangelnder Überwachung. § 280 BGB, § 823 BGB, § 229 StGB.

Pflegefachkraft haftet bei: Ausführungsfehler (falsche Tablette/Dosis/Compartment), **Übernahmeverschulden** (trotz Zweifel ausgeführt), unterlassener Remonstration (OLG Karlsruhe VersR 2002, 1029), lückenhafter Doku.

Pflegedienstleitung haftet zusätzlich: **Organisationsverschulden** (BGH NJW 1994, 1594, § 831 BGB) – ungeeignete Personalauswahl, fehlende Schulung, fehlende Stell-Standards (QM), keine Vier-Augen-Routine bei Hochrisiko-Klient:innen.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind **frei erfundene Lehrbeispiele**, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind **keine konkreten Gerichtsentscheidungen**, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Stellen UND Gabe abgerechnet

PD „Sonnenblume“ (NRW, 38 Klient:innen) rechnet bei Frau B. jede Woche LK Stellen + LK Gabe ab. MD-Prüfung 2025: Kürzung 22 Wochen = **1.408 € Retax** + Note „Auffälligkeit Abrechnung“ in QPR Teil 1a.

Schutz: Pflegeplan + HKP-Verordnung getrennt prüfen. **Faustregel:** Wenn Gabe abgerechnet wird – Stellen NIEMALS zusätzlich, außer mit dokumentierter Sonderindikation.

Falle 2 – Hilfskraft stellt ohne Freigabe

PD „Lavendel“ (HH, 22 Klient:innen) hat Personalengpass. APH ohne Anlage-Freigabe stellt 3 Wochen die Box. Marcumar-Dosis vertauscht (2,5 mg statt 1,5 mg), INR-Entgleisung, Krankenhaus. Familie zeigt PDL an: **§ 229 StGB** (fahrl. Körperverletzung) + § 831 BGB (Organisationsverschulden).

Schutz: Vor JEDER ersten Stellung durch Nicht-Fachkraft: schriftliche PDL-Freigabe (Anhang B). Quartalsweise Re-Evaluation. Bei BtM – nie ohne Pflegefachkraft.

Falle 3 – BMP nicht aktuell

PD „Edelweiß“ (Bayern, 41 Klient:innen) stellt nach BMP 11/2024. Hausarzt hatte 02/2025 Bisoprolol verdoppelt, Box weiterhin alte Dosis. Klientin 84 J., Synkope, Femurfraktur. Familie zeigt an. Pflegekasse kürzt 6 Monate rückwirkend.

Schutz: Regel: ohne aktuellen BMP keine Stellung. BMP-Datum jeder Stellung dokumentieren, Abweichungen sofort beim Hausarzt verifizieren (Anhang C).

Falle 4 – Fehlendes Handzeichen

*MD-Prüfung NRW. 9 von 20 Stichproben: Stell-Datum vorhanden, **Handzeichen fehlt**. MD-Note Teil 1 auf **4–5** abgewertet (QPR Teil 1a, § 113 SGB XI). Folgeprüfung in 6 Monaten.*

Schutz: Vier-Felder-Stempel auf jeder Box: Datum · HZ · Kontroll-HZ · BMP-Datum. Box nicht schließen bis alle Felder gefüllt.

Falle 5 – Stellung am Klienten statt im Büro

Mitarbeiter:in stellt aus Zeitmangel in der Wohnung. Drei Tabletten fallen runter, Klientin findet sie tags drauf und nimmt sie zusätzlich. Hospitalisierung.

Schutz: QM-Standard: Stellung nur in PD-Räumen oder klinisch ausgewiesener Zone in der Wohnung. Jahres-Schulung.

Falle 6 – Bedarfsmedikation in Wochenbox

Klient hat Lorazepam „bei Bedarf“. Pflegekraft legt 7 Tabletten in Box. Klient nimmt alle in 2 Tagen. Sturz, Hospitalisierung. Strafanzeige gegen die ausführende Pflegekraft wegen fahrlässiger Körperverletzung (§ 229 StGB) möglich.

Schutz: Bedarfsmedikation NIEMALS in die Wochenbox. Separate Bedarfs-Box, Schlüssel nur bei Pflegekraft, schriftliche Anweisung des Arztes mit Maximaldosis/Tag.

Falle 7 – Stellung in Eile

*Stell-Fehler treten erfahrungsgemäß besonders häufig **unter Zeitdruck** auf (Spätschicht-Hetze, kurz vor Schichtwechsel). Häufigste Folge: falsches Compartment (Mittag mit Abend vertauscht).*

Schutz: Stell-Slots in der Tourenplanung schützen (z.B. 11:00–13:00 fix). Wenn unvermeidbar: **Pflicht-Vier-Augen-Prinzip**.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Helden-Praxistipp]** BMP regelmäßig auf Aktualität prüfen (empfohlener Sicherheitsstandard vieler Pflegedienste: < 4 Wochen). Bei Unklarheiten Rücksprache mit dem verordnenden Arzt.
2. **[Gesetz]** HKP-Verordnung (Muster 12) liegt vor und deckt die geplante Leistung und Frequenz ab (§ 37 SGB V, HKP-Richtlinie).
3. **[Landesvertrag]** Stellende Person ist nach dem Rahmenvertrag deines Bundeslands freigegeben (PFK uneingeschränkt; ergänzende Pflegekraft nur nach Anlage des Landes-Rahmenvertrags).
4. **[MD/QM-Empfehlung]** Vier-Felder-Stempel vollständig: Datum · Handzeichen · Kontroll-HZ · BMP-Datum – vom MD im Audit erwartet.
5. **[Helden-Praxistipp]** Vier-Augen-Prinzip bei Hochrisiko-Medikation: BtM, Marcumar/DOAK, Insulin-Tabletten, Verordnung < 7 Tage – bewährter Hausstandard, den viele Pflegedienste in ihrem QM verankern.
6. **[Helden-Praxistipp]** Stell-Ort sauber, gut beleuchtet, störungsarm – idealerweise PD-Büro. (Praxisempfehlung)
7. **[Helden-Praxistipp]** Bedarfsmedikation NICHT in die Wochenbox – separate Bedarfs-Box. (Bewährter Standard, vermeidet Verwechslungen.)
8. **[Landesvertrag]** Stellen und Gabe nicht gleichzeitig abrechnen – Doppelabrechnung wird vom MD/Pflegekasse gekürzt (siehe Rahmenvertrag deines Bundeslands; Ausnahme: dokumentierte Sonderindikation).
9. **[Landesvertrag]** Stell-Häufigkeit deckt sich mit der HKP-Verordnung – häufiger als verordnet erhöht das Kürzungsrisiko bei MD/Kasse.
10. **[Helden-Praxistipp]** Abweichungs-Protokoll: Bei BMP-Abweichungen vor der Stellung Rücksprache mit dem Hausarzt halten und das Ergebnis dokumentieren. (Empfohlene Vorgehensweise zur Absicherung der Pflegekraft.)

8. Mustertexte & Vorlagen

Anhang A–C: Mustertexte für Delegations-Anordnung, Schulungs-Nachweis Stell-Kompetenz und BMP-Verifizierungs-Mail an Hausarzt.

Anhang A · Delegations-Anordnung Stellen (PDL → Mitarbeiter:in)

„Sehr geehrte:r [Name],
hiermit übertrage ich Ihnen ab [Datum] die Tätigkeit „**Stellen der Medikamentenbox**“ bei den
Klient:innen Ihrer Tour [Tour-Nr.]

Rechtsgrundlage: § 37 SGB V, HKP-Richtlinie § 2, Rahmenvertrag § 132a SGB V [Bundesland]
+ dortige Anlage zur ergänzenden Pflegekraft.

Qualifikationsnachweis: Zusatzschulung „Medikamentensicheres Stellen“ vom [Datum],
Praxisanleiter:in [Name], 8 UE + Praxistest.

Voraussetzungen je Einsatz:

- aktueller BMP < 4 Wochen
- HKP-Verordnung deckt LK ab
- Vier-Felder-Stempel vollständig
- Vier-Augen bei BtM, Marcumar/DOAK, Verordnung < 7 Tage

Eskalation: Bei BMP-Abweichung / unklarer Anordnung sofort PDL informieren (24/7) und
Stellung aussetzen.

Re-Evaluation: quartalsweise, Personalakte.

Ihre Unterschrift bestätigt fachliche Eignung und Prüfung der Voraussetzungen.

.....
Datum/Ort · Unterschrift Mitarbeiter:in“

Anhang B · Schulungs-Nachweis „Stell-Kompetenz“

„Hiermit wird bestätigt, dass [Name, geb. tt.mm.jjjj] die Schulung „**Medikamentensicheres Stellen**“ (8 UE) erfolgreich absolviert hat.

Inhalte:

1. Rechtsgrundlagen (§ 37 SGB V, HKP-RL, Rahmenvertrag des Bundeslands, Anordnungs- vs. Durchführungsverantwortung)
2. BMP (§ 31a SGB V) – lesen, prüfen, Abweichungen erkennen
3. Hochrisiko-Medikamente (Marcumar/DOAK, Insulin oral, Lithium, MTX, BtM)
4. Stell-Standards (Vier-Felder, Vier-Augen, Stell-Ort, Bedarfsmedikation)
5. Doppelabrechnung vermeiden (Stellen vs. Gabe)
6. Doku-Pflichten + MD-Prüfsicherheit (QPR Teil 1a)
7. Eskalation: BMP-Abweichung, unklare Anordnung, Komplikationen
8. Praktischer Test: 3 Stellungen unter Aufsicht, 0 Fehler erforderlich

Praxisanleiter:in: [Name, Datum, Unterschrift]

PDL-Freigabe: [Name, Datum, Unterschrift]

Re-Evaluation: [Datum + 3 Monate]“

Anhang C · BMP-Verifizierungs-Mail an Hausarzt

„Sehr geehrte/r Dr. [Name],
bei der heutigen Stellung für Frau/Herrn [Name] ist eine Abweichung zwischen Ihrem BMP-Stand ([Datum]) und der vorgefundenen Anordnung/Packung aufgefallen:

BMP-Stand: [Wirkstoff, Dosis, Frequenz]

Vorgefunden: [Wirkstoff, Dosis, Frequenz, Quelle]

Bitte bestätigen Sie die gültige Anordnung. Bis dahin **setzen wir das betroffene Präparat aus der Stellung aus** und verwahren es separat. Übrige Präparate stellen wir wie gewohnt.

Nicht-Erreichbarkeit > 24 Std → ärztlicher Bereitschaftsdienst.

MfG, [Pflegekraft, PD, Datum, Uhrzeit]“

Vertiefung zum Thema „Medikamente stellen (richten in die Wochenbox)“: Pflegeassistent nach LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL A2 · KATEGORIE A · MEDIKAMENTENMANAGEMENT

Medikamente verabreichen (oral, transdermal, rektal)

Die unmittelbare Gabe einer Tablette/Lösung/Pflasters durch die Pflegekraft – häufig kombiniert mit Beobachtung der Einnahme (Compliance-Sicherung). Eine der häufigsten LK in der HKP und mit hoher Haftungsdichte.

MD-PRÜFPUNKTE
10AUDIT-FINDINGS
7MUSTERTEXTE
3PASSENDE SCHULUNG
PFA LG1+2 →**1. Bundesrechtliche Grundlage**

§ 37 SGB V i.V.m. HKP-Richtlinie § 2. Die Medikamentengabe ist eine **Behandlungspflege** und wird auf ärztliche Verordnung erbracht (Muster 12). Bei Verordnung muss der Arzt nach KBV-Hinweis **Präparat, Dosis und Frequenz** konkret benennen (KBV, Praxiswissen HKP). **Anordnungsverantwortung** Arzt; **Durchführungsverantwortung** Pflegefachkraft inkl. **Remonstrationspflicht** bei Zweifeln. Bundesweite Rahmenempfehlung § 132a Abs. 1 SGB V (12/2023) regelt Mindestqualifikation des durchführenden Personals.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Pflegefachkraft (3-jährig) darf grundsätzlich in allen 16 Bundesländern Medikamente verabreichen. Examierte Helfer:innen (KPH/APH) je nach Landes-Anlage. **Ohne Pflegeausbildung** i. d. R. nur nach **schriftlicher ärztlicher Einzeldellegation** und dokumentierter Schulung. **BtM-Gabe, Marcumar/DOAK** und **Insulin oral** sollten Praxisstandardmäßig der Pflegefachkraft vorbehalten bleiben.

3. Medikamente verabreichen (oral, transdermal, rektal) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Medikamente verabreichen (oral, transdermal, rektal)“
BW	Baden-Württemberg	Praxisregel: jede Gabe mit Datum, Uhrzeit, Präparat, Dosis, HZ dokumentieren. AOK-BW-Anlage für ergänzende Pflegekraft prüfen.
BY	Bayern	MD Bayern prüft jede Gabe-Anordnung gegen BMP. Bei BtM-Gabe Pflicht zur BtM-Doku (Bestand, Entnahme, Restbestand). Hilfskraft-Gabe: schriftliche Einzeldelegation + Schulung.
BE	Berlin	AOK Nordost dominant; Senats-Vertragssammlung beachten.
BB	Brandenburg	HKP-LK vs. SGB-XI-LK sauber trennen. Gabe ist HKP-LK; betreuende Anwesenheit ist SGB XI.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland-Linie.
HH	Hamburg	Vergleichbare LK. Hilfskraft nur unter ständiger Verantwortung der Pflegefachkraft . Doppelabrechnung Gabe + Stellen unzulässig (gleiche Logik wie NRW).
HE	Hessen	Hessen-RV § 7 verlangt Qualifikationsnachweis – Audit-relevant.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie; Anlage vergleichbar BE/BB.
NI	Niedersachsen	Folgt § 132a-Rahmenempfehlung; Landes-Anlage prüfen.
NW	Nordrhein-Westfalen	LK Medikamentengabe in NRW – Vergabe pro Einsatz vergütet. Ergänzende Pflegekraft (Anlage 11) für Standard-Gabe möglich, BtM/Marcumar/Insulin oral: Pflegefachkraft .
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL: gemeinsame Anlage, regionale Verzahnung.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Seit 10/2025 kassenartenebergreifender Versorgungsvertrag – harmonisierte Personalregeln.
ST	Sachsen-Anhalt	Anlage zur ergänzenden Pflegekraft prüfen (Sozialagentur ST).
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest deckt SH+NRW – NRW-Anlage 11 oft übertragbar.
TH	Thüringen	Thüringen-Personalmindeststandard: PFK + Vertretung + 1 weitere PFK in VZ – Gabe durch Helfer:innen nur mit landesspezifischer Zusatzqualifikation.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

Gabe und Stellen sind nicht parallel abrechenbar (Stellen ist Vorbereitung der Gabe).
Ausnahme: separat dokumentierte Sonderindikation in der HKP-Verordnung. **Mehrfache Gabe pro Tag** (morgens/mittags/abends) ist separat abrechenbar, wenn jede Gabe einen eigenen Pflegekontakt erfordert.

5. Haftungs-Architektur

Arzt: Fehler in Indikation/Anordnung/Überwachung (§ 280, 823 BGB, § 229 StGB).

Pflegefachkraft: Applikationsfehler (falsches Präparat, falscher Klient, falsche Zeit/Dosis/Route – die **5-R-Regel**: Right Patient/Drug/Dose/Time/Route). Übernahmeverschulden, unterlassene Remonstration, mangelhafte Doku (Datum, Uhrzeit, HZ).

Pflegedienstleitung: Organisationsverschulden– ungeeignete Auswahl (§ 831 BGB), fehlende Schulung, fehlende Eskalation bei BMP-Abweichung.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Verwechslung Klient (5-R-Regel)

PD „Weißdorn“ (BW, 31 Klient:innen). Mitarbeiterin gibt Frau M. die Box von Frau N. (gleicher Stock, gleicher Nachname). Marcumar 5 mg statt Marcumar 1,5 mg. INR > 6, Krankenhaus. Anzeige Familie § 229 StGB.

Schutz: 5-R-Regel bei JEDER Gabe: Right Patient (mit Geburtsdatum), Right Drug, Right Dose, Right Time, Right Route. Vier-Felder-Stempel an Box bzw. Foto-Match am Klienten.

Falle 2 – Gabe ohne BMP-Aktualität

Hausarzt hatte Bisoprolol abgesetzt. PD gibt weiter (alter BMP). Klient symptomatische Hypotonie, Synkope, Sturz. Pflegekasse kürzt 4 Monate rückwirkend.

Schutz: BMP-Verifizierung vor Gabe (siehe A1 Anhang C). Praxis: vor jeder neuen Präparat-Charge Hausarzt-Mail.

Falle 3 – BtM ohne Bestätigungsquittung

PD „Tannenhütte“ (BY, 26 Klient:innen) gibt Morphin-Tropfen ohne Schichtwechsel-Übergabe. MD Bayern stellt fehlende BtM-Doku fest. Straßbeteiligkeitsrisiko BtMG + MD-Note 4.

Schutz: BtM-Doku: Bestand vor Gabe, Entnahme, Restbestand. Schichtübergabe-Quittung mit HZ. BtM-Schrank-Schlüsselregelung schriftlich.

Falle 4 – Pflaster zu spät entfernt

Fentanyl-Pflaster (alle 3 Tage) wird vergessen. Klient bekommt überlappend neues Pflaster, Überdosierung, Bewusstlosigkeit. Klient stirbt im Krankenhaus.

Schutz: Pflaster-Protokoll: Datum/Uhrzeit Anbringen + Datum/Uhrzeit Entfernen + Hautstellen-Rotation (Schema). Foto-Doku bei jeder Stellungsänderung.

Falle 5 – „Gabe“ nicht beobachtet

Pflegekraft gibt Tabletten in Esstisch-Schälchen und verlässt Wohnung. Demenz-Klient spült weg. Compliance = 0 – aber LK Gabe abgerechnet. Pflegekasse stuft als Abrechnungsbetrug ein.

Schutz: Gabe = beobachtete Einnahme. Wenn Beobachtung unmöglich: HKP-Verordnung muss „Anreichen“ statt „Gabe“ vorsehen. Sonst MD-Note 5 + Retax.

Falle 6 – Mehrfache Gabe als Sammel-Eintrag

*Pflegekraft dokumentiert pauschal „Gabe morgens, mittags, abends“ ohne separate Zeit/HZ. MD-Prüfung stellt fehlende Einzeldoku fest, kürzt 2 der 3 Gaben – **Retax 11.200 €/Jahr.***

Schutz: Jede Gabe separat dokumentieren: Datum, Uhrzeit, Präparat, Dosis, HZ. Sammel-Einträge sind ein MD-Klassiker für Kürzungen.

Falle 7 – Eintropfen ohne Beobachtung

Augentropfen wird in Hand gegeben, Klient soll selbst tropfen. Tropfen verfehlen, Konjunktivitis wird nicht behandelt. Glaukom-Progression. Klient klagt Schadenersatz.

Schutz: Augen-/Ohrentropfen gehören zu „Verabreichen“ nur, wenn Pflegekraft sie selbst applizieren. Sonst HKP-Verordnung anpassen lassen („Anreichen“).

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Helden-Praxistipp]** **5-R-Regel bei JEDER Gabe:** Right Patient/Drug/Dose/Time/Route – in 10 Sekunden geistig durchgehen. (Bewährter Sicherheitsstandard, in den meisten QM-Häusern verankert.)
2. **[Helden-Praxistipp]** **BMP-Aktualität prüfen** (Praxisempfehlung: < 4 Wochen) und Abweichungen vor der Gabe mit dem Hausarzt klären.
3. **[Gesetz]** **HKP-Verordnung (Muster 12) deckt die LK ab** – insbesondere Frequenz (1x vs. mehrfach pro Tag). § 37 SGB V + HKP-RL.
4. **[MD/QM-Empfehlung]** **Gabe = beobachtete Einnahme.** Wenn Beobachtung nicht möglich, ärztliche Verordnung auf „Anreichen“ umstellen lassen – MD-Standardprüfpunkt.
5. **[Gesetz]** **BtM-Doku nach BtMVV:** Bestand vor Gabe, Entnahme, Restbestand, HZ; Schichtübergabe-Quittung. § 13/14 BtMVV.
6. **[Helden-Praxistipp]** **Pflaster-Protokoll:** An- und Abnehmen mit Datum/Uhrzeit + Rotation der Hautstellen. (Hausstandard zur Vermeidung von Überdosierung.)
7. **[Helden-Praxistipp]** **Vier-Augen-Prinzip bei Hochrisiko-Medikation:** BtM, Marcumar/DOAK, orales Insulin, Anordnung < 7 Tage. (Etablierter Sicherheitsstandard.)
8. **[MD/QM-Empfehlung]** **Jede Gabe separat dokumentieren:** Datum, Uhrzeit, Präparat, Dosis, HZ – keine Sammeleinträge. MD kürzt sonst die LK rückwirkend.
9. **[MD/QM-Empfehlung]** **Wirkung beobachten und dokumentieren:** ZNS-Sedierung, Hypoglykämie, Hypotonie. (QM-Audit-Punkt: nachvollziehbare Wirkungskontrolle.)
10. **[Gesetz]** **Remonstrationspflicht bei Zweifeln:** Gabe aussetzen, Hausarzt informieren, PDL melden – schriftlich. (Pflicht der Pflegefachkraft; OLG-Karlsruhe-Linie VersR 2002, 1029.)

8. Mustertexte & Vorlagen

Anhang A · Standard „5-R-Regel-Karte“ für Mitarbeiter:innen. Anhang B · Pflaster-Wechselprotokoll.
Anhang C · BtM-Schichtprotokoll.

Anhang A · 5-R-Regel-Karte (laminiert, ans Stell-Brett)

VOR jeder Medikamentengabe – 5 Sekunden, 5 Fragen:

Right Patient – Vorname + Nachname + Geburtsdatum laut Pflegeplan?

Right Drug – Präparat = BMP-Stand?

Right Dose – Dosis stimmt mit BMP überein?

Right Time – Uhrzeit = Verordnung (morgens/mittags/abends)?

Right Route – Applikationsweg = Verordnung (oral / s.l. / rektal / transdermal)?

1x Nein = Stopp. Rückfrage Hausarzt – Gabe aussetzen – PDL informieren.

Anhang B · Pflaster-Wechselprotokoll (z.B. Fentanyl, Buprenorphin, Nitroglyzerin)

Klient: _____ **Präparat:** _____ **Dosis:** _____

Wechselintervall: ___ Stunden · **Hautstellen-Schema:** obere R Brust → obere L Brust → obere R Rücken → obere L Rücken → usw.

Datum/Zeit ANBRINGEN HZ **Hautstelle** **Datum/Zeit**

ENTFERNEN HZ **Auffälligkeit** _____

Regel: Altes Pflaster ZUERST entfernen, Stelle dokumentieren, neues Pflaster an anderer Stelle. Niemals zwei Pflaster gleichzeitig (außer ärztl. Anordnung).

Anhang C · BtM-Schichtprotokoll (pro Klient + Präparat)

Klient: _____ · **Präparat:** _____ · **Stärke:** _____

Datum/Zeit **Bestand VOR Gabe** **Entnahme** **Bestand NACH Gabe** HZ **Gebende** HZ

Kontrolle _____

Schließregelung: BtM-Schrank/-Tresor, Schlüssel nur bei diensthabender Pflegefachkraft, Übergabe per Quittung mit HZ. Differenzen > 0,5 Tablette/ml = sofortige PDL-Meldung.

Vertiefung zum Thema „Medikamente verabreichen (oral, transdermal, rektal)“:

Pflegeassistent nach LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-ig1-ig2

KAPITEL A3 · KATEGORIE A · MEDIKAMENTENMANAGEMENT

Bedarfsmedikation (PRN - pro re nata)

Bedarfsmedikation ist alles, was **nicht regelmäßig**, sondern nur **bei bestimmten Symptomen** gegeben wird: Schmerzmittel (Metamizol, Ibuprofen, Morphin), Sedativa (Lorazepam/Tavor, Pipamperon), Bronchodilatoren bei Atemnot (Salbutamol), Antiemetika, Antiepileptika im Anfall, Nitro-Spray bei Angina pectoris. Sie macht in der ambulanten Pflege einen **signifikanten Teil der Haftungsfälle** aus – weil sie ohne klare Anordnung in der Grauzone schwimmt.

MD-PRÜFPUNKTE
10AUDIT-FINDINGS
7MUSTERTEXTE
3PASSENDE SCHULUNG
PFA LG1+2 →**1. Bundesrechtliche Grundlage**

Im Wesentlichen bundesrechtlich geregelt – vier Säulen, die für dich als Pflegedienst zu kennen reichen:

1. § 37 SGB V + HKP-Richtlinie § 2 (G-BA, Fassung 16.10.2025, in Kraft 12.12.2025): Bedarfsmedikation ist Teil der Medikamentengabe. **Anordnung** = Arzt, **Durchführung** = Pflegefachkraft.

2. § 31a SGB V (Bundesmedikationsplan BMP): Bedarfsmedikation muss im BMP stehen. Steht sie nicht drin – **nicht geben**, sondern Arzt anrufen.

3. BtMVV § 14: Für BtM-Bedarfsmedikation (Morphin, Fentanyl, Oxycodon, Tilidin, Tramadol) **musst du als Pflegedienst** einen separaten Nachweisbogen führen: Bestand vor Gabe → Entnahme → Bestand nach Gabe. **3 Jahre aufbewahren**.

4. AMG: Arzneimittel originalverpackt aufbewahren, nicht umfüllen.

Für dich als Pflegekraft zentrale Regel: Wenn die ärztliche Anordnung nicht **klar und vollständig** ist (siehe 10 Pflichtangaben unten), **gibst du nicht** – du rufst den Arzt an. Das ist **kein Ärger**, sondern dein **Selbstschutz**: Fehler bei der Durchführung können eine **persönliche Haftung der ausführenden Pflegekraft** begründen (Übernahmeverschulden).

3. Bedarfsmedikation (PRN - pro re nata) – Bundesländer-Aufschlüsselung

***Im Wesentlichen bundesrechtlich geregelt:** Bedarfsmedikation ist **im Wesentlichen bundesrechtlich geregelt** – HKP-RL, BtMVV, SGB V, AMG. Die 16 Landes-Rahmenverträge nach § 132a SGB V enthalten **keine bedarfsspezifischen Sonderregeln**. Was die Bundesländer unterscheiden, ist nur die **Personalqualifikation für die Medikamentengabe** selbst – das ist in Kapitel A2 (Verabreichen) je BL bereits aufgeschlüsselt. Daher: keine separate 16-Bundesländer-Matrix für A3. Bitte den konkreten Landes-Rahmenvertrag und die aktuelle Auslegung der zuständigen Aufsichtsbehörde im Zweifel selbst prüfen.*

Prüfliste für die Pflegekraft: Darfst du geben?

Bevor du eine Bedarfsmedikation gibst, muss die ärztliche Anordnung diese **10 Pflichtangaben** enthalten. Fehlt eine → **nicht geben**, sondern Arzt anrufen. Das schützt dich vor Übernahmeverschulden.

1. **Konkrete Indikation:** Wann darfst du geben? („bei Schmerzen“ reicht **nicht**, „bei Schmerzen NRS ≥ 5 “ reicht.) Fehlt: **Rückfrage Arzt**.
2. **Medikament** eindeutig: Wirkstoff + Handelsname + Stärke + Form (Tablette/Tropfen/etc.).
3. **Einzeldosis** in mg / ml / Tropfen.
4. **Mindestabstand** zwischen Wiederholgaben (z. B. „frühestens 4 Std“).
5. **Maximaldosis pro 24 Stunden – hartes Limit**, das du nicht überschreiten darfst.
6. **Eskalation:** Was tun, wenn keine Wirkung oder Maximaldosis erreicht? (Arzt anrufen / 112 / Stop)
7. **Schriftlich**, mit Datum, Arztname, Unterschrift – mündliche Anordnungen über Dritte sind keine Anordnung.
8. **Im BMP eingetragen** (§ 31a SGB V) – nur Beipackzettel-Notiz reicht nicht.
9. **Bei BtM:** Verordnung auf BtM-Rezept-Vordruck.
10. **Aktualität:** Wann wurde die Anordnung zuletzt re-evaluiert? Standard: alle 3 Monate, sonst Arztanruf.

Doku-Pflicht der Pflegekraft pro Bedarfsgabe

1. **Symptom / Bedarfssituation**, bei der Gabe ausgelöst wurde (z.B. NRS 6/10, Röcheln, Atemnot).
2. **Welches Medikament in welcher Dosis** (Wirkstoff + mg).
3. **Datum + Uhrzeit** der Gabe.
4. **Wirkung** nach 30/60 Min (NRS, Symptomverlauf, Vigilanz) – **Wirkungs-Beobachtung ist Pflicht**.
5. **Auffälligkeiten / Nebenwirkungen** dokumentieren.
6. **Durchführende Person** mit Handzeichen + ggf. Kontroll-HZ.
7. **BtM zusätzlich:** Bestand vor Gabe – Entnahme – Bestand nach Gabe (BtMVV § 14).
8. **Kumulative Tagesdosis** tracken – Maximaldosis-Erreichung sofort sichtbar.
9. **Eskalation dokumentieren:** Wenn Maximaldosis ausgeschöpft / keine Wirkung → Hausarzt-Anruf mit Datum/Uhrzeit/Rückmeldung.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

Bedarfsmedikation ist KEINE eigene HKP-Leistungsziffer. Sie ist Bestandteil der allgemeinen LK „**Medikamentengabe**“ (NRW: LK 11, andere BL analog). Das bedeutet: **Eine zusätzliche Abrechnung für Bedarfsgaben ist nicht vorgesehen** – auch wenn 3x täglich Tavor gegeben wird. Wer das in Rechnung stellt, riskiert MD-Note „Auffälligkeit Abrechnung“ und Retax.

Ausnahme: Wenn die Bedarfsmedikation einen **separaten Einsatz** (mit Anfahrt) erfordert (z.B. nächtlicher Notfall), kann eine eigene LK „Einsatz außer der Reihe“ angesetzt werden – aber nur mit dokumentierter ärztlicher Anordnung dafür. Sonst: in der bestehenden Pflege-Visite mit abgedeckt.

5. Haftungs-Architektur

Arzt haftet bei: unklarer / fehlender Anordnung (keine Indikation, keine Maximaldosis), fehlerhafter Indikationsstellung, mangelnder Re-Evaluation (§ 280 BGB, § 823 BGB, § 229 StGB).

Pflegefachkraft haftet bei: **Gabe ohne klare schriftliche Anordnung** (klassisches Übernahmeverschulden), fehlender Wirkungs-Beobachtung, Überschreitung der Maximaldosis, lückenhafter Doku. Bei BtM zusätzlich **Straftat nach BtMG** bei Nachweislücken (BfArM, Bundesopiumstelle).

Pflegedienstleitung haftet für Organisationsverschulden (BGH NJW 1994, 1594, § 831 BGB): fehlende Bedarfsmed-Standards, fehlende Schulung der Mitarbeiter, fehlende Eskalationsregeln (was tun bei Maximaldosis-Überschreitung), fehlender BtM-Schlüsselplan. **Bei Todesfall durch Überdosierung**: Anzeige § 222 StGB (fahrlässige Tötung) gegen PDL realistisch.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Bedarfs-Anordnung ohne Maximaldosis

Hausarzt verschreibt „Tavor 1 mg bei Unruhe“ ohne Maximaldosis und ohne Mindestabstand. Pflegekraft gibt über 3 Tage **9 Tabletten** (jede Schicht 1, weil Klientin „immer unruhig“). Klientin sturzbedingt im Krankenhaus, Lorazepam-Intoxikation (Spiegel 250 ng/ml). Familie zeigt PDL an: **§ 229 StGB** (fahrl. Körperverletzung).

Schutz: Keine Bedarfsanordnung ohne 6 Pflichtangaben annehmen

(Indikation/Med/Dosis/Mindestabstand/Max-24h/Eskalation). Fehlt eine Angabe → Anordnung schriftlich zurück an Hausarzt, Gabe aussetzen, Klientin überwachen, Anruf dokumentieren.

Falle 2 – Bedarfsmed in Wochenbox „griffbereit“

Pflegekraft legt 7 Lorazepam-Tabletten in die Wochenbox („dann ist es da, wenn nötig“). Klient nimmt über 2 Tage alle 7, weil „steht ja da“. Sturz, Hospitalisierung, Verdacht auf BtM-Missbrauch. **Strafanzeige gegen die ausführende Pflegekraft** wegen fahrlässiger Körperverletzung (§ 229 StGB) möglich.

Schutz: Bedarfsmedikation NIEMALS in die Wochen-Stell-Box. Separate Bedarfs-Box mit Abgabe-Protokoll, Schlüssel nur bei diensthabender Pflegefachkraft. Klient bekommt Bedarfsmed **nur in der Hand zur Einnahme**, nicht zur Selbstverwahrung.

Falle 3 – BtM-Bedarfsmedikation ohne BtMVV-Nachweis

*Palliativ-Klient bekommt Morphin-Tropfen 10 mg/ml bei Bedarf. PD führt nur „Gabe dokumentiert“ (Datum/Uhrzeit/HZ), aber **kein BtM-Nachweisbogen** (Bestand vor, Entnahme, Bestand nach). MD-Prüfung → § 29 BtMG-Ordnungswidrigkeit, Anzeige Staatsanwaltschaft. Pflege-PDL strafrechtlich belangt, Berufshaftpflicht greift bei Vorsatz nicht.*

Schutz: BtMVV § 14: Eigener Nachweisbogen pro Klient pro BtM mit: Datum/Uhrzeit, Bestand vor Gabe, Entnahme, Bestand nach Gabe, HZ, Kontroll-HZ. Aufbewahrung 3 Jahre. Für SAPV gibt es die ABDA-Broschüre 2016 / DGP-Broschüre 2023 als verbindlichen Standard.

Falle 4 – Fentanyl-Pflaster als Bedarf missbraucht

*Klient hat Fentanyl-Pflaster (alle 72h) als Schmerz-Basis. Pflegekraft legt bei Schmerzdurchbruch **ein zusätzliches Pflaster** ohne ärztl. Anordnung „weil's gestern auch geholfen hat“. Klient atemdepressiv, Bewusstlosigkeit, NA reanimiert. Anzeige Familie + Berufsverbots-Verfahren PFK.*

Schutz: Fentanyl-Pflaster sind NIE Bedarfsmedikation – immer Dauer-Therapie. Schmerzdurchbruch braucht **schnell wirksame Bedarfsmed** (Morphin-Tropfen oder Sevredol – vom Arzt verordnet). Hausarzt anrufen, NIE eigenmächtig Pflaster verdoppeln.

Falle 5 – Bedarf gegeben, Wirkung nicht beobachtet

*Pflegekraft gibt Schmerztropfen wegen Schmerzen NRS 7, verlässt die Wohnung 5 Min später zum nächsten Klienten. Keine Wirkungs-Doku nach 30/60 Min. Klientin entwickelt unbemerkt eine schwere Nebenwirkung, am nächsten Tag Klinikeinweisung. Familie fragt: „**Hat die Pflege beobachtet, ob es ihr danach besser ging?**“ Antwort: nein, keine Doku → Anzeige.*

Schutz: Wirkungs-Beobachtung nach 30 + 60 Min ist Pflicht. Wenn dein Tourenplan das nicht zulässt, eskaliere an die PDL **vor** der Gabe. Beobachtung im Pflegebericht dokumentieren (Symptom „NRS jetzt“, Vigilanz, Auffälligkeit). Wenn du die Wohnung verlässt, muss eine Bezugsperson die Beobachtung übernehmen und du rufst zurück.

Falle 6 – Maximaldosis ausgeschöpft, weiter gegeben

*Arzt: „Schmerztropfen bei NRS ≥ 5, max. 4x/Tag, Mindestabstand 4 Std.“ Klientin hat NRS 8 über den ganzen Tag. Pflege gibt 5x, 6x, 7x „weil sie ja Schmerzen hat“. Tag 3: Klinikeinweisung wegen Nierenschädigung. Anzeige Familie + MD-Note 5. **Maximaldosis ist hart – auch wenn der Klient leidet.***

Schutz: Maximaldosis 24h ist nicht verhandelbar. Bei Erschöpfung der Tagesdosis und weiterhin Schmerzen: SOFORT Arzt anrufen, Rückmeldung mit Datum/Uhrzeit dokumentieren. **Bis zum Arzt-Anruf KEINE weitere Gabe** – auch nicht auf Bitten der Familie. Wenn akut bedrohlich → 112.

Falle 7 – Mündliche Notfall-Erweiterung der Bedarfsdosis

*Tochter der Klientin ruft PDL nachts an: „Hausarzt hat am Telefon gesagt, wir können Tavor verdoppeln.“ PDL sagt OK, Pflege gibt 2 Tabletten. Klientin fällt aus dem Bett, Schädel-Hirn-Trauma. **Mündliche Anordnung über Dritte gibt es nicht.** Anzeige + MD-Note 5.*

Schutz: Telefonische Anordnung NUR direkt vom Arzt an Pflegefachkraft, sofort schriftlich nachzureichen (innerhalb 24h). Über Familie / Dritte = keine Anordnung. Pflegekraft dokumentiert: „Anruf [Datum/Uhrzeit] [Dr. Name], Anweisung [O-Ton], schriftliche Bestätigung anstehend.“

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** 6 Pflichtangaben der Bedarfsanordnung geprüft: Indikation, Präparat, Dosis, Mindestabstand, Max-24h, Eskalation. (HKP-RL § 2; ohne diese Angaben kein rechtssicheres Geben.)
2. **[Gesetz]** BMP-Eintrag nach § 31a SGB V vorhanden – nicht nur Beipackzettel-Notiz. (Bundespflicht.)
3. **[Helden-Praxistipp]** Bedarfsmed-Box separat – NIE in der Wochen-Stell-Box. (Bewährter Hausstandard, vermeidet Verwechslungen.)
4. **[Gesetz]** BtM-Nachweisbogen nach § 14 BtMVV geführt: Bestand vor → Entnahme → Bestand nach + HZ. (Bundespflicht.)
5. **[MD/QM-Empfehlung]** Schlüssel BtM-Tresor nur bei diensthabender Pflegefachkraft mit Übergabe-Quittung. (MD-Standardprüfpunkt.)
6. **[Helden-Praxistipp]** Pre-Gabe-Prüfung: Maximaldosis 24h noch nicht ausgeschöpft? Praxisempfehlung: vor jeder Bedarfsgabe prüfen + dokumentieren.
7. **[Helden-Praxistipp]** 5-R-Regel anwenden: Right Patient/Drug/Dose/Time/Route. (Sicherheitsstandard.)
8. **[MD/QM-Empfehlung]** Wirkungs-Beobachtung nach 30 + 60 Min eingeplant und dokumentiert. (MD/QM erwartet nachvollziehbare Wirkungskontrolle.)
9. **[Gesetz]** Eskalations-Regel: Bei ausgeschöpfter Max-Dosis oder fehlender Wirkung sofort Hausarzt – bis dahin keine weitere Gabe. (Sorgfaltspflicht § 280 BGB.)
10. **[MD/QM-Empfehlung]** Re-Evaluation der Bedarfsanordnung quartalsweise oder bei Symptomwechsel – im QM-Standard verankern. (Audit-Punkt.)

8. Mustertexte & Vorlagen

Drei Vorlagen für den Pflege-Alltag – Anhang A: Eskalations-Anschreiben an den Arzt (wenn Anordnung unklar). Anhang B: Bedarfsmedikations-Tagesnachweis für die Pflegedoku. Anhang C: BtM-Bedarfs-Nachweisbogen nach BtMVV § 14.

Anhang A - Eskalations-Anschreiben Pflege → Arzt (wenn Anordnung unklar)

Wann nutzt du diesen Brief? Immer dann, wenn dir mindestens eine der 10 Pflichtangaben in der Bedarfsanordnung fehlt – du also nicht rechtssicher geben kannst.

„Sehr geehrte/r Dr. [Name],

wir versorgen ambulant Frau/Herrn [Name, geb. tt.mm.jjjj] und möchten Ihre Bedarfsanordnung für [Präparat] umsetzen.

Damit wir die Anordnung **rechtssicher und MD-fest** durchführen können, brauchen wir folgende Pflichtangaben (HKP-Richtlinie § 2, BMP § 31a SGB V, BtMVV bei BtM):

- Konkrete Indikation (z. B. „bei NRS \geq 5“)
- Einzeldosis (in mg / ml / Tropfen)
- Mindestabstand zwischen Gaben
- Maximaldosis pro 24 Stunden
- Was tun, wenn keine Wirkung / Maximaldosis erreicht?
- Eintrag im aktuellen BMP
- Bei BtM: BtM-Rezept-Vordruck

Bitte ergänzen Sie die fehlenden Punkte schriftlich (Fax/Mail/E-Rezept). Bis dahin **setzen wir die Bedarfsgabe aus** und beobachten die Klient:in engmaschig. Bei akuter Verschlechterung informieren wir den ärztlichen Bereitschaftsdienst.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung – das schützt Sie als verordnenden Arzt und uns als Pflegedienst gleichermaßen.

Mit kollegialen Grüßen,
[Pflegefachkraft, Pflegedienstleitung, Pflegedienst]
[Datum, Uhrzeit, Telefon-Rückruf]“

Tipp: Diesen Text als Standard-Vorlage im QM – einfach ausfüllen, faxen, fertig. Schützt dich vor Übernahmeverschulden.

Anhang B · Bedarfsmedikations-Tagesnachweis (pro Klient, täglich)

Klient: _____ · Datum: _____ · BMP-Stand: _____

UhrzeitSymptom / **NRS**Präparat**Dosis**Route**HZ** Gebende**Wirkung** 30/60

MinEskalation _____

Kumulative Tagesdosis: [_____] von Max [_____] = [_____] %

SchichtwechselÜbergabe: alle Bedarfsgaben mündlich UND schriftlicheÜbergabe an nächste Schicht.

Bei Eskalation: Hausarzt-Anruf [Uhrzeit] [Dr. Name] [Rueckmeldung] in Doku.

Anhang C · BtM-Bedarfs-Nachweisbogen nach BtMVV § 14

WICHTIG: Dieser Bogen ist **separat** vom regulären Pflegeplan zu führen und **3 Jahre** aufzubewahren (BtMVV § 14 Abs. 3).

Klient: _____ · **BtM:** _____ · **Stärke:** _____ · **Verschreibung Nr.:**

Datum/Uhrzeit _____ **Bestand VOR** _____ **Entnahme** _____ **Bestand NACH** _____ **Indikation** _____ **HZ Gebende** _____ **HZ Kontrolle** _____

Schlüsselregelung: BtM-Tresor / -Schloss, Schlüssel nur bei diensthabender Pflegefachkraft. Übergabe per Quittung mit HZ pro Schicht.

Differenzen > 0,5 Tablette / 1 ml = SOFORTIGE Meldung an PDL und Hausarzt, Strafanzeige-Risiko bei Verschärfung.

Für SAPV-Klient:innen: ABDA-Broschüre 2016 / DGP-Broschüre 2023 sind verbindlicher Standard.

Vertiefung zum Thema „Bedarfsmedikation (PRN · pro re nata)“: Pflegeassistent nach LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL A4 · KATEGORIE A · MEDIKAMENTENMANAGEMENT

Augentropfen verabreichen

Eine der häufigsten Verabreichungs-Tätigkeiten in der ambulanten Pflege. Klingt simpel, ist aber technisch fehleranfällig: falsche Seite, falsche Reihenfolge bei mehreren Tropfsorten, kontaminierte Tropfspitze. Bei Glaukom-Patient:innen kann eine vergessene oder falsch gegebene Gabe dauerhaft Sehvermögen kosten.

MD-PRÜFPUNKTE
10AUDIT-FINDINGS
5MUSTERTEXTE
1PASSENDE SCHULUNG
PFA LG1+2 →

1. Bundesrechtliche Grundlage

Im Wesentlichen bundesrechtlich geregelt – gleicher Rahmen wie A2 (Medikamente verabreichen): § 37 SGB V + HKP-Richtlinie § 2 + § 31a SGB V (BMP) + AMG. Die Augentropfen-Gabe ist **Behandlungspflege** auf ärztliche Verordnung (Muster 12), Durchführung durch die Pflegefachkraft.

Für dich als Pflegekraft zentral: Die korrekte Tropftechnik ist Teil deiner **Durchführungsverantwortung**. Fehler bei der Tropftechnik (auf die Hornhaut statt in den Bindehautsack, mit kontaminierter Spitze, in der falschen Reihenfolge) können eine **persönliche Haftung der ausführenden Pflegekraft** begründen – auch wenn die Anordnung des Arztes klar war.

3. Augentropfen verabreichen – Bundesländer-Aufschlüsselung

***Im Wesentlichen bundesrechtlich geregelt:** Augentropfen sind im Wesentlichen bundesrechtlich geregelt geregelt. Wer sie verabreichen darf, ergibt sich aus der allgemeinen Medikamentengabe-Qualifikation der Bundesländer (siehe Kapitel A2 und Bundesländer-Steckbriefe in Kapitel 2). Praxis-Empfehlung: **Erstgabe und Glaukom-Tropfen immer durch Pflegefachkraft**, spätere Routinegaben durch dokumentiert geschulte Helfer:innen möglich. Bitte den konkreten Landes-Rahmenvertrag und die aktuelle Auslegung der zuständigen Aufsichtsbehörde im Zweifel selbst prüfen.*

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*Augentropfen sind **keine eigene HKP-Leistungsziffer in allen Bundesländern**. In NRW gibt es traditionell LK 14 (Verabreichen von Augentropfen) als separate abrechenbare Leistung – **prüfe deinen Landes-Rahmenvertrag**, ob Augentropfen bei dir eine eigene LK ist oder als Teil der Medikamentengabe abgegolten wird. Eine Gabe = eine Abrechnung; mehrere Tropfsorten am selben Einsatz sind **kein** Argument für mehrfache Abrechnung.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt haftet bei: fehlerhafter Anordnung (falscher Wirkstoff, falsche Seite in Verordnung), fehlender Indikation, unterlassener Re-Evaluation.

Pflegefachkraft haftet bei: **falsche Seite** verabreicht (links/rechts/beidseitig), **Hornhaut-Tropfung** statt Bindehautsack, **kontaminierte Tropfspitze** (Auge/Wimpern berührt), **falsche Reihenfolge** bei mehreren Tropfen, **Salbe vor Tropfen** gegeben (Salbe blockiert Tropfen-Resorption), **vergessene Glaukom-Gabe**. Doku-Lücken sind klassische MD-Kürzungsgründe.

Pflegedienstleitung haftet für Organisationsverschulden: fehlende Tropftechnik-Schulung, fehlende Hygienestandards (Tropfspitze), fehlende Doku-Vorlage.

6. Die 5 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind **frei erfundene Lehrbeispiele**, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind **keine konkreten Gerichtsentscheidungen**, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Linke/rechte Seite vertauscht (Glaukom)

Klient hat Glaukom **nur am linken Auge**. Pflegekraft tropft routinemäßig **beidseitig**, weil die alte Verordnung beidseitig war. Aktuelle Anordnung (seit 3 Mon einseitig) wurde nicht eingearbeitet. Rechtes Auge bekommt Latanoprost-Tropfen, die es nicht braucht; linkes Auge bekommt Wirkstoff regulär – aber der MD bei Stichprobe stellt fest: Klientin-Anweisung weicht 90 Tage von der aktuellen Verordnung ab. Doku-Note 5, Retax.

Schutz: Pflichtangabe in jeder Anordnung prüfen: Auge links / rechts / beidseits. Bei Wechsel: alte Doku-Vorlage sofort entsorgen, neue Vorlage mit aktueller Seite. Vor jeder Gabe laut sagen: „Linkes Auge.“ / „Rechtes Auge.“ (5-R-Regel).

Falle 2 – Tropfspitze berührt Wimpern / Auge

Pflegekraft setzt Tropfflasche direkt aufs Auge auf, weil „dann trifft's besser“. Wimpernkontakt → Bakterien auf der Tropfspitze → 4 Wochen später Konjunktivitis. Hausarzt entdeckt im Abstrich den gleichen Keim wie bei zwei anderen Klient:innen des PD. **Kreuzkontamination über gemeinsame Tropfflasche** → Hygiene-Audit, Meldung an Gesundheitsamt.

Schutz: Tropfspitze berührt NIE Auge, Wimpern, Finger oder Wattepad. Eine Flasche = eine Klient:in. **Niemals klientenuebergreifend** nutzen. Vor jeder Gabe: Hände waschen + Handschuhe. Tropfflasche danach mit beschriftetem Datum lagern, Mindesthaltbarkeit nach Anbruch beachten (i.d.R. 4 Wochen, siehe Beipackzettel).

Falle 3 – Reihenfolge falsch: Salbe vor Tropfen

*Klient bekommt morgens Salbe (z.B. Bepanthen) und Tropfen (z.B. Cosopt). Pflege gibt **Salbe zuerst**. Salbenfilm blockiert die Resorption der Tropfen → Cosopt-Wirkspiegel unzureichend, IOD steigt. Klient bemerkt nach 8 Wochen Gesichtsfeld-Einbuße. Augenarzt erkennt die falsche Reihenfolge im Pflegebericht.*

Schutz: Regel: Tropfen ZUERST, Salbe ZULETZT. Zwischen verschiedenen Tropfsorten **mindestens 5 Minuten Abstand** (Beipackzettel beachten). Reihenfolge in der Pflegedoku festhalten, nicht nur „Augenmedikation gegeben“.

Falle 4 – Glaukom-Tropfen vergessen, nicht eskaliert

*Pflegekraft übersieht abends Latanoprost-Gabe (Tropfen muss **abends** – spezifisch für Latanoprost). Schichtübergabe weiß davon nichts. Drei Wochen später Routinekontrolle Augenarzt: IOD-Anstieg, Verdacht auf Adhärenz-Problem. Aufklärung durch Augenarzt-Doku zeigt: PD hat Tropfen 11x in 3 Wochen ausgelassen, nichts gemeldet.*

Schutz: Glaukom-Tropfen sind Risikomedikamente – jede ausgelassene Gabe **dokumentieren + Hausarzt informieren**. Bei Latanoprost speziell: Abend-Gabe fest in Tour planen, Vier-Augen-Prinzip bei Schichtübergabe.

Falle 5 – „Gabe“ war nur Anreichen

*Klient mit beginnender Demenz, Pflege gibt Tropfflasche in die Hand und sagt „tropfen Sie sich gleich“. Klient wartet 4 Std, vergisst es, tropft abends 8x ins gleiche Auge („weil's heute morgen nichts war“). Hornhaut-Reizung. **Pflege hat „Verabreichen“ abgerechnet, aber nur „Anreichen“ geliefert.** MD-Note 5, Retax.*

Schutz: Verabreichen = du tropfst selbst. Wenn der Klient selbst tropft, ist das **Anreichen** – in HKP-Verordnung anpassen lassen. Bei Demenz NIE selbst tropfen lassen.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Helden-Praxistipp]** **5-R-Regel + 6. R:** Right Eye (links / rechts / beidseits) laut sagen vor der Gabe. (Bewährter Sicherheitsstandard gegen Seitenverwechslung.)
2. **[Gesetz]** **Aktuelle Verordnung geprüft:** Seite, Wirkstoff, Frequenz, Zeitpunkt (besonders Latanoprost = abends). (HKP-RL.)
3. **[MD/QM-Empfehlung]** **Hände waschen + Handschuhe** vor jeder Gabe. (Hygienestandard, MD-Prüfpunkt.)
4. **[Helden-Praxistipp]** **Tropfspitze berührt NIE** Auge, Wimpern, Finger oder Pad. (Praxisstandard gegen Kontamination.)
5. **[MD/QM-Empfehlung]** **Eine Flasche – eine Klient:in.** Niemals klientenuebergreifend. (Hygiene-/QM-Standard.)
6. **[Helden-Praxistipp]** **Unterlid sanft herunterziehen**, Tropfen in den unteren Bindehautsack – nicht auf die Hornhaut. (Pflege-Praxisstandard.)
7. **[Helden-Praxistipp]** **Bei Glaukom-Tropfen 1 Min Druck** auf inneren Augenwinkel (Tänensack). (Empfehlung der Fachliteratur.)
8. **[Helden-Praxistipp]** **Reihenfolge:** Tropfen ZUERST, Salbe ZULETZT. Mehrere Tropfsorten: **5 Min Abstand.** (Praxisempfehlung.)
9. **[MD/QM-Empfehlung]** **Doku pro Gabe:** Datum, Uhrzeit, Wirkstoff, Auge (L/R/beidseits), HZ. **Keine Sammeleinträge.** (MD kürzt sonst LK.)
10. **[Gesetz]** **Auslassen / Auffälligkeit** (Brennen, Rötung, Sehverschlechterung) sofort Hausarzt + PDL melden. (Sorgfaltspflicht, Remonstration.)

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage für den Pflege-Alltag: **Augentropfen-Schicht-Doku** – eine Zeile pro Gabe, klar nach Seite und Reihenfolge.

Anhang A · Augentropfen-Schicht-Doku (1 Klient, täglich)

Klient: _____ · **Datum:** _____ · **Verordnung-Stand:** _____

UhrzeitWirkstoff / PräparatAuge

(L/R/B)**Reihenfolge5-Min-Abstand?HZAuffälligkeit** _____

Auslassung: Falls Gabe nicht erfolgt → Grund + Eskalation (Hausarzt informiert ja/nein, Datum/Uhrzeit).

Tropfflaschen-Standzeit: Anbruch-Datum auf jeder Flasche notieren, Mindesthaltbarkeit nach Beipackzettel beobachten (i.d.R. 4 Wochen).

Vertiefung zum Thema „Augentropfen verabreichen“: Pflegeassistent nach LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL A5 · KATEGORIE A · MEDIKAMENTENMANAGEMENT

Ohrentropfen verabreichen

Seltener als Augentropfen, aber mit eigenen Tücken: kalte Tropfen auslösen Schwindel und Übelkeit, bei nicht erkannter Trommelfellperforation können bestimmte Wirkstoffe das Innenohr schädigen (Ototoxizität). Die wichtigste Pflege-Regel: **Bei Zweifel an der Trommelfell-Intaktheit nicht geben, Arzt anrufen.**

MD-PRÜFPUNKTE
10AUDIT-FINDINGS
5MUSTERTEXTE
1PASSENDE SCHULUNG
PFA LG1+2 →

1. Bundesrechtliche Grundlage

Im Wesentlichen bundesrechtlich geregelt – gleicher Rahmen wie A2/A4: § 37 SGB V + HKP-Richtlinie § 2 + § 31a SGB V (BMP) + AMG. Ohrentropfen sind Behandlungspflege auf ärztliche Verordnung.

Für dich als Pflegekraft zentral: Bei Ohrentropfen ist die **Pre-Gabe-Prüfung** wichtiger als bei Augentropfen. Hauptfragen vor jeder Gabe: Ist das Trommelfell intakt (HNO-Befund vorhanden)? Sind die Tropfen auf Körpertemperatur? Welches Ohr ist verordnet? Wenn Antwort unklar → Hausarzt/HNO anrufen, Gabe aussetzen.

3. Ohrentropfen verabreichen – Bundesländer-Aufschlüsselung

Im Wesentlichen bundesrechtlich geregelt: Ohrentropfen sind im Wesentlichen bundesrechtlich geregelt. Wer sie verabreichen darf, ergibt sich aus der allgemeinen Medikamentengabe-Qualifikation (siehe Kapitel A2 + Bundesländer-Steckbriefe).
Praxis-Empfehlung: **Erstgabe immer durch Pflegefachkraft** (Trommelfell-Status prüfen), Folgegaben durch dokumentiert geschulte Helfer:innen möglich. Bitte den konkreten Landes-Rahmenvertrag und die aktuelle Auslegung der zuständigen Aufsichtsbehörde im Zweifel selbst prüfen.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

In NRW ist Ohrentropfen-Gabe traditionell LK 15 (eigene Leistung). **Prüfe deinen Landes-Rahmenvertrag** – in einigen Bundesländern Teil der allgemeinen Medikamentengabe-LK. Eine Gabe = eine Abrechnung; beidseitige Gabe ist **kein** Argument für doppelte Abrechnung.

5. Haftungs-Architektur

Arzt haftet bei: *Verordnung von ototoxischen Wirkstoffen trotz bekannter Trommelfellperforation, fehlerhafter Indikation.*

Pflegefachkraft haftet bei: **Gabe trotz erkennbarer Trommelfellperforation** (Schmerz, Ausfluss, Blutung, Hörminderung) ohne ärztliche Rücksprache, **kalte Tropfen** appliziert (Schwindel, Sturzgefahr), **falsches Ohr, kontaminierte Tropfspitze, Doku-Lücken.**

Pflegedienstleitung haftet für Organisationsverschulden: *fehlende Schulung der Mitarbeiter zur Trommelfell-Symptomatik, fehlende Eskalations-Regeln.*

6. Die 5 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Ohrentropfen bei nicht erkannter Trommelfellperforation

*Klient klagt seit 2 Tagen über Ohrenschmerzen + leichter Ausfluss. Pflege gibt die verordneten Ohrentropfen (aminoglykosidhaltig) ohne HNO-Rücksprache, weil „ist ja verordnet“. Tags drauf: Schwindel + leichter Hörverlust. HNO entdeckt frische Trommelfellperforation und ototoxischen Innenohrschaden – **Aminoglykoside sind bei perforiertem Trommelfell kontraindiziert.***

Schutz: Warnzeichen erkennen: Schmerz + Ausfluss + Blutung + Hörverschlechterung = Verdacht auf Perforation. **Gabe aussetzen, Hausarzt/HNO anrufen.** Insbesondere bei Aminoglykosiden (z.B. Neomycin, Gentamicin) und ototoxischen Wirkstoffen: ohne klare HNO-Freigabe bei Verdacht keine Gabe.

Falle 2 – Kalte Tropfen direkt aus dem Kühlschranks

*Pflegekraft holt Ohrentropfen aus dem Kühlschranks und tropft sie sofort. Klientin (82 J., Sturzanamnese) bekommt **kalorischen Nystagmus** → Schwindel, Übelkeit, Sturz auf dem Weg ins Bad. Schädel-Hämatom, Krankenhaus. Familie: **§ 229 StGB-Anzeige.***

Schutz: Ohrentropfen IMMER auf Körpertemperatur bringen: Flasche 5 Min in der warmen Hand halten oder unter warmem Wasser ohne Beschriftung zu beschädigen. Nicht erhitzen. Bei Sturzanamnese: Klient liegend tropfen, 5 Min liegen lassen.

Falle 3 – Falsches Ohr

*Verordnung: **rechts**. Pflege tropft links (gewohnheitsmäßig die andere Seite). 2 Wochen lang. Otitis rechts schreitet fort → KH-Einweisung, Trommelfellperforation iatrogen. Familie zeigt an, MD-Note 5.*

Schutz: Vor jeder Gabe laut sagen: „Rechtes Ohr.“ (analog 6-R-Regel bei Augentropfen). Pflegedoku mit eindeutiger Seite (L/R/beidseits).

Falle 4 – Tropfspitze berührt Ohrmuschel

Pflegekraft setzt Tropfflasche direkt in den Gehörgang an. Bakterienkontamination der Tropfspitze, 6 Wochen später Pilzinfektion durch kontaminiertes Präparat bei Folge-Klient:in (gleiche Flasche aus dem PD-Vorratsraum – verbotene klientenuebergreifende Nutzung).

Schutz: Tropfspitze berührt NIE Ohrmuschel oder Gehörgang. 1 Flasche = 1 Klient:in. Beschriftung mit Anbruch-Datum, Mindesthaltbarkeit nach Beipackzettel.

Falle 5 – Klient steht sofort auf

Pflege tropft, sagt „Fertig“, Klient setzt sich auf, Tropfen laufen direkt wieder raus. Wirkung null → Otitis verschlimmert sich. PD hat „Verabreichen“ abgerechnet, MD kürzt nach Prüfung.

Schutz: Nach Tropfung 3–5 Min auf der Seite liegen lassen. Tragus 2–3x leicht nach innen drücken (verbessert Verteilung). Erst dann aufstehen.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz] Pre-Gabe-Prüfung:** Trommelfell intakt? HNO-Befund / Anordnung prüfen. (Verordnungstreue nach § 37 SGB V.)
2. **[Gesetz] Warnzeichen erkennen:** Schmerz, Ausfluss, Blutung, Hörverschlechterung → **nicht geben**, Arzt anrufen. (Sorgfaltspflicht.)
3. **[Helden-Praxistipp] 5-R-Regel + 6. R:** Right Ear (links / rechts / beidseits) laut sagen. (Sicherheitsstandard gegen Seitenverwechslung.)
4. **[Helden-Praxistipp] Tropfen auf Körpertemperatur bringen** – nie kalt aus dem Kühlschrank. (Praxisempfehlung gegen Vertigo-Risiko.)
5. **[MD/QM-Empfehlung] Hände + Handschuhe**, Tropfspitze berührt nie Ohr/Gehörgang. (Hygienestandard, MD-Prüfpunkt.)
6. **[MD/QM-Empfehlung] 1 Flasche – 1 Klient:in.** Anbruch-Datum beschriften. (Hygiene/QM-Standard.)
7. **[Helden-Praxistipp] Kopf seitlich neigen**, Ohrmuschel bei Erwachsenen nach **hinten-oben** (Kinder: hinten-unten). (Pflege-Praxisstandard.)
8. **[Helden-Praxistipp] 3–5 Min seitlich liegen lassen**, Tragus leicht drücken, dann erst aufstehen. (Praxisempfehlung gegen Sturzrisiko.)
9. **[MD/QM-Empfehlung] Doku pro Gabe:** Datum, Uhrzeit, Wirkstoff, Ohr (L/R/B), HZ, Auffälligkeit. (Audit-Punkt.)
10. **[Gesetz] Schwindel / Schmerz / Sturzgefahr nach Gabe** → PDL + Hausarzt informieren. (Eskalations- und Remonstrationspflicht.)

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Ohrentropfen-Pre-Gabe-Check + Doku** – auf einer Karte zum Laminieren.

Anhang A · Ohrentropfen-Pre-Gabe-Check (Laminier-Karte)

VOR jeder Ohrentropfen-Gabe – 30 Sekunden, 5 Fragen:

- **1. Verordnung prüfen:** Welches Ohr (L/R/beidseits)? Welcher Wirkstoff? Frequenz?
- **2. Trommelfell-Status:** HNO-Befund vorhanden? Letzte Prüfung < 3 Monate?
- **3. Warnzeichen heute:** Schmerz / Ausfluss / Blutung / Hörminderung?
- **4. Temperatur:** Flasche 5 Min in warmer Hand erwärmt?
- **5. Hygiene:** Hände gewaschen + Handschuhe? Tropfspitze sauber?

1× Nein bei Frage 2 oder 3 = STOPP. Arzt/HNO anrufen, Gabe aussetzen, Klient liegend beobachten.

NACH der Gabe – 3 Punkte:

- 3–5 Min seitlich liegen lassen, Tragus leicht drücken.
- Auffälligkeit (Schwindel, Übelkeit, akuter Schmerz) sofort melden.
- Doku: Datum, Uhrzeit, Wirkstoff, Ohr, HZ, Auffälligkeit.

Vertiefung zum Thema „Ohrentropfen verabreichen“: Pflegeassistent nach LG1 & LG2. ·
dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL A6 · KATEGORIE A · MEDIKAMENTENMANAGEMENT

Salben und medizinische Einreibungen

Topische Anwendung von Salben, Cremes, Gelen und Lösungen. Für Pflegekräfte doppelt heikel:

Selbstschutz (du nimmst Wirkstoff über deine eigene Haut auf, wenn du ohne Handschuhe arbeitest) und

Dosis-Präzision (zu viel = systemische Wirkung, zu wenig = unwirksam). Hochrisiko-Präparate: starke Kortikoide, Tacrolimus, Diclofenac-Gele, Nitroglyzerin-Salbe, Heparin-Salbe.

MD-PRÜFPUNKTE
10

AUDIT-FINDINGS
5

MUSTERTEXTE
1

PASSENDE SCHULUNG
PFA LG1+2 →

1. Bundesrechtliche Grundlage

Im Wesentlichen bundesrechtlich geregelt: § 37 SGB V + HKP-Richtlinie § 2 + AMG. Verabreichen von Salben/Einreibungen ist Behandlungspflege auf ärztliche Verordnung.

Arbeitsschutz: BGW-Hautschutzeempfehlung – Einmalhandschuhe sind **Pflicht**, wenn medizinische Salben mit Wirkstoffen aufgetragen werden (Selbstschutz vor dermalen Aufnahme + Sensibilisierung). Hautschutz/Hautpflege vor und nach der Schicht gehört zum QM-Standard.

Dosis-Standard: Die **Fingertip-Unit (FTU)** ist die international anerkannte Maßeinheit – 1 FTU = Salbenstrang aus einer 5-mm-Tube von der Fingerbeere bis zum ersten Fingergelenk eines Erwachsenen (ca. 0,5 g). Damit bekommst du eine Pflichtgröße für die Doku statt „eine Erbsenmenge“.

3. Salben und medizinische Einreibungen – Bundesländer-Aufschlüsselung

***Im Wesentlichen bundesrechtlich geregelt:** Im Wesentlichen bundesrechtlich geregelt. Personalqualifikation siehe Kapitel A2 + Bundesländer-Steckbriefe. Praxis-Empfehlung: **Erstgabe von Hochrisiko-Salben** (starke Kortikoide Klasse III/IV, Tacrolimus, Heparin, Nitroglyzerin) durch Pflegefachkraft; Routine-Hautpflege durch geschulte Helfer:innen möglich. Bitte den konkreten Landes-Rahmenvertrag und die aktuelle Auslegung der zuständigen Aufsichtsbehörde im Zweifel selbst prüfen.*

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*Einreibungen sind in den meisten Bundesländern **Teil der Medikamentengabe-LK** (keine eigene Ziffer). Bei aufwendigen Komplex-Einreibungen (z.B. mehrere Areale, Bandagierung danach) prüfe deinen Landes-Rahmenvertrag – in einigen BL gibt es „Einreibungen“ oder „Hautpflege als Behandlungspflege“ gesondert.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: falsche Indikation, Verordnung ohne FTU-Mengenangabe, fehlende Re-Eval.

Pflegefachkraft: Anwendung ohne Handschuhe (eigene Sensibilisierung + Klient-Kreuzkontamination), falsche Menge (Tube quetschen statt FTU), falsches Hautareal (Wunde, verbrannte Stelle), keine Doku der Seite (links/rechts), Salbenresorption durch Bandage erhöht (unbedacht okklusiv aufgetragen).

Pflegedienstleitung: fehlender Hautschutzplan (BGW), fehlende FTU-Schulung, fehlende QM-Standards für Hochrisiko-Salben.

6. Die 5 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Cortison ohne Handschuhe (eigener BG-Fall)

Pflegekraft schmiert Klobetasol-Salbe (Klasse IV Kortikoid) mit bloßen Fingern auf Klient-Rücken. 6 Wochen später: **eigene atrophische Haut** an den Führungsfingern + Steroiddermatitis. BG-Fall, Berufsbildungsstopp 3 Wochen.

Schutz: Einmalhandschuhe sind Pflicht bei jeder wirkstoffhaltigen Salbe (BGW). Salbe per Spatel/Kompresse aus der Tube nehmen, nicht mit Fingern. Nach dem Wechsel: Händedesinfektion + Hautpflege.

Falle 2 – Diclofenac-Gel großflächig

Klient mit Knie-Arthrose: 4x/Tag Diclofenac-Gel auf **beide Knie + Lendenwirbel** (großzügig). Nach 6 Wochen: Magenblutung, KH-Einweisung. **Systemische Aufnahme bei großflächiger Anwendung** bekannt – Verordnung war nur ein Knie.

Schutz: Verordnete Lokalisation und Menge (FTU) strikt einhalten. Nicht großzügiger als verordnet. Bei Diclofenac max. 2x/Tag auf eine Lokalisation, FTU-Doku in der Pflegedoku.

Falle 3 – Tacrolimus auf entzündete Haut + Sonne

Klient bekommt Tacrolimus 0,1 % fürs Gesicht (Neurodermitis). Pflege schmiert morgens, Klient sitzt nachmittags 2 Stunden in der Sonne auf dem Balkon. Hautarzt-Kontrolle nach 8 Wochen: **UV-induzierte Hautveränderung**. Aufklärung fehlt.

Schutz: Tacrolimus + UV-Schutz: Klient (oder Bezugsperson) **vor der Gabe** auf UV-Vermeidung hinweisen + Pflegeplan vermerken. Wenn tägliche Anwendung: Sonnenschutz Faktor 50+ kommunizieren (Arzt-Verordnung ergänzen lassen).

Falle 4 – Salbe auf offene Wunde

*Klient hat ein Ulcus am Unterschenkel und Trockene Haut Knie. Pflegekraft trägt Heparin-Salbe auf das Knie auf – und versehentlich auch die **Ränder des Ulcus**. Wundheilung verzögert sich, Blutung → KH-Einweisung.*

Schutz: Salbe NIE auf offene Wunde / Verbrennung / Schleimhaut, außer explizit verordnet. Wundränder mit min. 1 cm Abstand aussparen. Bei Doppel-Diagnosen: Reihenfolge schriftlich (Wundvers. zuerst, dann Salbe weit weg).

Falle 5 – FTU-Doku fehlt

MD-Stichprobe: 12 von 20 Dokus zeigen „Salbe gegeben“ ohne Menge und ohne Lokalisation. MD-Note Teil 1 abgewertet auf 4–5 (Doku-Pflicht verletzt, QPR Teil 1a). Folgeprüfung 6 Monate.

Schutz: Pflicht-Doku pro Gabe: Wirkstoff, **Menge in FTU**, **Lokalisation** (linke/rechte Seite, Areal), HZ, Auffälligkeit. Sammeleinträge sind MD-Kürzungsgrund.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** Einmalhandschuhe an vor JEDER wirkstoffhaltigen Salbe. (BGW-Mitarbeiterschutz, TRBA 250.)
2. **[MD/QM-Empfehlung]** Salbe per Spatel oder Kompresse aus der Tube nehmen, nicht mit Fingern. (Hygienestandard, MD-Prüfpunkt.)
3. **[MD/QM-Empfehlung]** 1 Tube = 1 Klient:in. Klientenuebergreifend = Kreuzkontamination. (Hygiene/QM.)
4. **[Helden-Praxistipp]** FTU als Mengenmaß: 1 FTU = 0,5 g (Salbenstrang Fingerbeere bis 1. Fingergelenk). (Dermatologische Praxisempfehlung.)
5. **[Gesetz]** Verordnete Lokalisation strikt einhalten – nicht großzügiger. (Verordnungstreue nach § 37 SGB V.)
6. **[Gesetz]** NIE auf offene Wunde / Verbrennung / Schleimhaut, außer ärztlich verordnet. (Sorgfaltspflicht.)
7. **[Landesvertrag]** Hochrisiko-Salben (Klobetasol, Tacrolimus, Diclofenac, Heparin, Nitroglyzerin): nur durch Pflegefachkraft. (Anlage des Landes-Rahmenvertrags zur Qualifikation prüfen.)
8. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku pro Gabe: Wirkstoff, FTU-Menge, Lokalisation (L/R), HZ, Auffälligkeit. Keine Sammeleinträge. (MD kürzt sonst LK.)
9. **[Helden-Praxistipp]** Tacrolimus + UV: Klient auf Sonnenschutz hinweisen, Pflegeplan vermerken. (Praxisempfehlung.)
10. **[Gesetz]** Eigene Haut schützen: Händedesinfektion + Hautpflege; Steroid-Dermatitis-Symptome sofort BGW melden. (Arbeitsschutz/Berufskrankheiten-VO.)

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **FTU-Spickzettel** für den schnellen Doku-Eintrag (laminieren, ans Stell-Brett).

Anhang A · FTU-Spickzettel (Laminier-Karte)

1 Fingertip-Unit (FTU) = 0,5 g Salbe / Creme

Salbenstrang aus 5-mm-Tube von Fingerbeere bis zum 1. Fingergelenk.

Erwachsenen-Areale (Richtwerte):

- Gesicht/Hals: 2,5 FTU
- Arm + Hand: 3 FTU (Hand allein: 1 FTU)
- Bein + Fuß: 6 FTU (Fuß allein: 2 FTU)
- Oberkörper vorne: 7 FTU
- Rücken + Gesäß: 7 FTU
- Ganzer Körper Erwachsener: ca. 40 FTU

Doku-Format pro Gabe: „[Wirkstoff] [FTU-Menge] auf [Lokalisation L/R/B], [Uhrzeit], [HZ], [Auffälligkeit].“

Beispiel: „Mometason 0,1 % · 3 FTU · linker Unterarm · 08:15 · M.Sch. · reizlos.“

Selbstschutz-Regel: Handschuhe an. Spatel statt Finger. Nach Schicht: Händedesinfektion + Hautpflege.

Vertiefung zum Thema „Salben und medizinische Einreibungen“: Pflegeassistent nach LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL A7 · KATEGORIE A · MEDIKAMENTENMANAGEMENT

Betäubungsmittel (BtM) – Aufbewahrung, Doku, Vernichtung

BtM in der ambulanten Pflege ist eines der haftungsdichtesten Themen überhaupt. Falsche Aufbewahrung, fehlende Nachweisführung oder nicht vernichtete Restmengen können **Straftaten nach § 29 BtMG** sein – nicht nur Ordnungswidrigkeiten. Dieses Kapitel fokussiert die **vier BtM-Säulen**, die jeder Pflegedienst stehen haben muss: Aufbewahrung, Schlüsselregelung, Nachweisführung, Vernichtung.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 2	PASSENDE SCHULUNG PFA LG1+2 →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	---

1. Bundesrechtliche Grundlage

BtMG (Betäubungsmittelgesetz) + **BtMVV** (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung):

§ 13 BtMVV: Verschreibung (BtM-Rezept-Vordruck, vom Arzt).

§ 14 BtMVV: Nachweis von Verbleib und Bestand. Pro BtM, pro Klient, **unverzüglich** bei jeder Bestandsänderung. **3 Jahre** Aufbewahrung.

§ 15 BtMVV: Aufbewahrung. BtM sind **gesondert und gesichert** aufzubewahren (in der Praxis: Wertschutzschrank/Tresor mit dokumentierter Schlüsselregelung).

§ 16 BtMVV: Vernichtung. Restmengen / nicht mehr benötigt → **in Gegenwart von 2 Zeugen** unwiederbringlich vernichten, Protokoll fertigen, 3 Jahre aufbewahren. Alternativ Rückgabe an eine Apotheke zur Vernichtung.

§ 29 BtMG: Straftatbestand bei Verstößen (z.B. Nachweislücken, nicht vernichtete Restmengen, Fremdzugriff durch ungesicherte Schlüssel). Vorsatzhandlung → Berufshaftpflicht greift nicht.

3. Betäubungsmittel (BtM) – Aufbewahrung, Doku, Vernichtung – Bundesländer-Aufschlüsselung

Im Wesentlichen bundesrechtlich geregelt: BtM-Recht ist im Wesentlichen bundesrechtlich. Keine Landes-Spezifika. Was die 16 Bundesländer unterscheiden, ist nur die Aufsicht (zuständige Landesgesundheitsämter / Landesbehörde für BtM). Für die ambulante Pflege relevant: jeder PD muss einen schriftlichen BtM-Verfahrensstandard haben, der die vier Säulen abdeckt. Bitte den konkreten Landes-Rahmenvertrag und die aktuelle Auslegung der zuständigen Aufsichtsbehörde im Zweifel selbst prüfen.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*BtM-Gabe selbst ist Teil der Medikamentengabe (siehe A2/A3) – **keine eigene HKP-LK**. Die **Verwaltung von BtM** (Aufbewahrung, Nachweisführung, Vernichtung) ist Pflichtaufgabe deines PD und nicht separat abrechenbar – aber Voraussetzung für jede BtM-Gabe.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: Verordnung auf falschem Vordruck, fehlende Indikation.

Pflegefachkraft: BtM-Gabe ohne Nachweisführung (§ 14 BtMVV), Bestandsdifferenzen nicht gemeldet, Schlüssel nicht im persönlichen Gewahrsam, BtM klientenuebergreifend mitgenommen. Bei Diebstahl wegen fahrlässiger Sicherung: **§ 29 BtMG**-Anzeige realistisch.

Pflegedienstleitung (haftet besonders schwer): fehlender BtM-Verfahrensstandard, fehlende Schlüsselverteilerliste, fehlender Tresor, keine Schichtübergabe-Quittung, keine 2-Zeugen-Vernichtungsregel. **Berufshaftpflicht kann bei grober Pflichtverletzung kürzen.**

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – BtM in der Pflegetasche, Auto unverschlossen

Pflegekraft hat 5 BtM-Ampullen für 3 Klient:innen. Mittagspause Bäckerei, Auto **unverschlossen**, Tasche auf Rücksitz. Diebstahl. Polizei + Bundesopiumstelle. **§ 29 BtMG**-Verfahren gegen PFK + PDL (Organisationsverschulden). PD verliert BtM-Berechtigung 6 Monate.

Schutz: BtM nie unbeaufsichtigt im Auto / in der Tasche. Persönliches Gewahrsam = direkt am Körper oder in verschlossenem PD-Raum/Tresor. Auto immer abschließen, Tasche aus dem Sichtfeld.

Falle 2 – Schlüssel im Spind, alle Mitarbeiter wissen Bescheid

BtM-Tresor im PD-Büro, Schlüssel im Aufenthaltsraum-Spind („damit alle dran“). Eine Reinigungskraft entnimmt Morphin-Tropfen. Wochen später Bestandsdifferenz, **kein Nachweis, wer entnommen hat.** Anzeige, Berufsverbot der PDL.

Schutz: Schriftliche Schlüsselverteilerliste (BGW + BfArM-FAQ): Schlüssel im persönlichen Gewahrsam der diensthabenden Pflegefachkraft. Übergabe per Quittung mit HZ. Reinigungskräfte / Verwaltung haben **nie** Schlüsselzugriff.

Falle 3 – Schichtübergabe ohne Quittung

Schichtwechsel 14:00. Abgehende und kommende PFK kontrollieren BtM-Bestand nicht, keine Quittung. 3 Tage später: Differenz 2 Tabletten. Niemand weiß, in welcher Schicht. Strafanzeige gegen **alle** beteiligten PFK + PDL.

Schutz: Schichtübergabe BtM nur mit Vier-Augen-Kontrolle + Quittung mit HZ beider Schichten. Bestand pro BtM + Klient zählen, dokumentieren, übergeben.

Falle 4 – Klient verstorben, BtM-Restmenge bleibt 6 Monate liegen

Palliativ-Klient stirbt. PD nimmt nicht benötigtes Fentanyl-Pflaster und MorphinTropfen mit ins Büro – und legt sie 6 Monate in eine Schublade. MD-Prüfung entdeckt unverzögerte Vernichtung → § 16 BtMVV-Verstoß.

Schutz: Restmengen unverzüglich vernichten in Gegenwart von **2 Zeugen**, Protokoll fertigen, 3 Jahre aufbewahren. Alternativ Rückgabe an Apotheke zur Vernichtung (Apotheke gibt Quittung).

Falle 5 – Nachweisbogen mit Bleistift geführt

*Pflegekraft führt BtM-Nachweisbogen mit Bleistift, „damit man korrigieren kann“. MD-Prüfung wertet ab (Doku muss unabänderlich sein). Strafrechtliche Relevanz: **Verdacht auf Manipulation**, Ermittlungsverfahren.*

Schutz: BtM-Nachweis **nur mit Kugelschreiber**, kein Bleistift, kein Tipp-Ex. Korrekturen mit Datum + HZ durchstreichen, korrekte Eintragung daneben, Originaleintrag lesbar bleibt.

Falle 6 – Differenz festgestellt, nicht gemeldet

*PFK entdeckt Differenz: 1 Tablette weniger als Bestand. **Vertuscht es**, „wird sich schon klären“. 3 Wochen später MD-Prüfung deckt auf. PDL + PFK **Strafverfahren**, Hauptangeklagter Vertuschung (§ 29 BtMG + Urkundenfälschung).*

Schutz: Jede Differenz **SOFORT melden** (PDL + ggf. Bundesopiumstelle). Auch eine Tablette. Vertuschung ist eigenständiger Straftatbestand.

Falle 7 – Tresor offen während Schichtwechsel

BtM-Tresor wird für 15 Min offen gelassen während Schichtwechsel/Übergabe. Angehöriger eines Klienten betritt Büro, BtM kurz unbeaufsichtigt. Später Differenz 1 Ampulle. Strafanzeige + Berufshaftpflicht-Kürzung wegen grober Pflichtverletzung.

Schutz: BtM-Tresor **nur für die Dauer der Entnahme öffnen**. Schichtübergabe BtM: Tresor erst nach Vier-Augen-Zählung wieder verschließen, Schlüssel an die kommende Schicht übergeben (Quittung).

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** BtM-Tresor (Wertschutzschrank) im PD-Buero – nie nur Schubladen-Schloss. (§ 15 BtMG / BtMVV.)
2. **[MD/QM-Empfehlung]** Schlüssel-Verteilerliste **schriftlich**: nur diensthabende Pflegefachkraft, persönliches Gewahrsam. (MD-Prüfpunkt + QM-Standard.)
3. **[Helden-Praxistipp]** Vier-Augen-Prinzip bei Schichtübergabe: Bestand zählen + Quittung mit HZ beider Schichten. (Bewährter Hausstandard.)
4. **[Gesetz]** Nachweisbogen nach § 14 BtMVV: pro BtM, pro Klient, unverzüglich, mit Kugelschreiber. (Bundespflicht.)
5. **[Gesetz]** Bestand vor Gabe → Entnahme → Bestand nach Gabe + HZ. Keine Lücken, keine Korrekturen ohne Datum + HZ. (BtMVV.)
6. **[Gesetz]** Aufbewahrungsfrist 3 Jahre für alle BtM-Nachweise. (§ 14 Abs. 2 BtMVV.)
7. **[Gesetz]** Restmengen unverzüglich vernichten (§ 16 BtMVV): 2 Zeugen + Protokoll + 3 Jahre Aufbewahrung. Alternativ Rückgabe an Apotheke mit Quittung.
8. **[Helden-Praxistipp]** BtM-Transport: persönliches Gewahrsam, nie unbeaufsichtigt im Auto / in der Tasche. (Praxisempfehlung gegen Diebstahl/Straftat.)
9. **[Gesetz]** Differenzen SOFORT melden – auch eine Tablette. Vertuschung ist eigenständige Straftat. (BtMG.)
10. **[MD/QM-Empfehlung]** BtM-Verfahrensstandard **schriftlich** im QM-Ordner: Aufbewahrung, Schlüssel, Übergabe, Nachweis, Vernichtung. Jährliche Schulung dokumentiert. (MD-Audit-Punkt.)

8. Mustertexte & Vorlagen

Zwei Vorlagen: **Anhang A · BtM-Schlüssel-Verteilerliste. Anhang B · BtM-Restmengen-Vernichtungsprotokoll** (§ 16 BtMVV).

Anhang A · BtM-Schlüssel-Verteilerliste (QM-Ordner)

Pflegedienst: _____ · **Stand:** _____

Name **Funktion** **Schlüssel-Nr.** **Übernommen am** **Übergabe-Quittung**

HZ **Vertretung** **PDL** _____ **Pflegefachkraft** **VZ** _____

Verbindliche Regel: Schlüssel nur an examinierte Pflegefachkraft im Dienst, persönliches Gewahrsam. Reinigungskräfte, Verwaltung, Auszubildende = **nein**. Schlüsselwechsel = neue Quittung. Rückgabe bei Schichtende oder Urlaub = Quittung.

Anhang B · BtM-Restmengen-Vernichtungsprotokoll (§ 16 BtMVV)

Pflegedienst: _____ · **Datum:** _____ · **Ort:** PD-Büro / Apotheke

Klient (anonymisiert): _____ (Behandlung beendet am _____)

BtM Stärke Restmenge Vernichtungsart _____ z.B. zerstoßen + in Katzenstreu / Apotheke

Vernichtung erfolgt durch: [Pflegefachkraft Name + HZ]

Zeuge 1: [Name, Funktion, HZ]

Zeuge 2: [Name, Funktion, HZ]

Aufbewahrung: Dieses Protokoll **3 Jahre** im QM-Ordner unter „BtM-Vernichtungen“.

Alternativ: Rückgabe an die Apotheke _____ am _____, **Quittung der Apotheke** beigelegt.

Vertiefung zum Thema „Betäubungsmittel (BtM) – Aufbewahrung, Doku, Vernichtung“:

Pflegeassistent nach LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL B1 · KATEGORIE B · INJEKTIONEN

Blutzuckermessung (BZ-Messung)

Kapillare Blutzuckermessung in der ambulanten Versorgung. Niedrige Eintrittsschwelle, aber drei verdeckte Fallen: **fehlende Verordnung**, **nicht erkannte Hypoglykämie** und **lückenhafte Doku**. Die Messtechnik ist Pflicht-Schulung, das Ergebnis ist Grundlage für jede Insulin-Gabe (siehe B2).

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 3	PASSENDE SCHULUNG PFA LG1+2 →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	---

1. Bundesrechtliche Grundlage

§ 37 SGB V i.V.m. HKP-Richtlinie des G-BA (Fassung 16.10.2025). Blutzuckermessung ist eine **verordnungsfähige Leistung der Behandlungspflege**, abrechenbar nur mit **HKP-Verordnung Muster 12** (Frequenz + Indikation, z.B. „BZ 2x täglich vor Insulingabe“). Ohne Verordnung **keine Abrechnung** – auch wenn die Pflegekraft „sicherheitshalber“ misst. **MPDG (Medizinprodukte-recht-Durchführungsgesetz)** verlangt gerätespezifische Einweisung; **MPBetreibV** regelt Kontrolle, Kalibrierung, Hygiene.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Pflegefachkraft (3-jährig) darf in allen 16 Bundesländern messen. Examierte Helfer:innen und ergänzende Pflegekräfte nach **dokumentierter Geräte-Einweisung (MPDG)** + Anlage des Landes-Rahmenvertrags. **Stechhilfe** ist im ambulanten Setting unkritisch – kritisch ist die **Hygiene** (Einmal-Lanzette, klientspezifisches Gerät).

3. Blutzuckermessung (BZ-Messung) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Blutzuckermessung (BZ-Messung)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW-Anlage definiert Einweisungs-Mindestumfang (Gerätetyp, Hypo-/Hyperglykämie-Erkennung).
BY	Bayern	MD Bayern prüft Frequenz-Plausibilität (z.B. 3x täglich Messen ohne Insulin = Auffälligkeit). Verordnung muss Indikation tragen.
BE	Berlin	AOK Nordost dominant; Senatsverwaltung publiziert Hygiene-Empfehlungen zur kapillaren Messung.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag unterscheidet SGB-XI von HKP – BZ-Messung als HKP-LK korrekt zuordnen, sonst Kürzungsrisiko.
HB	Bremen	Bremen orientiert sich an vdek-Norddeutschland-Linie (analog HH).
HH	Hamburg	Hilfskraft nur unter ständiger Verantwortung der Pflegefachkraft.
HE	Hessen	Hessen-Rahmenvertrag verlangt Personalübersicht mit Schulungsnachweisen – Geräte-Einweisung muss dokumentiert sein.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost dominant; Einweisungsnachweis wie BE/BB.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt § 132a-Rahmenempfehlung 12/2023; Landes-Anlage weiter präzisiert.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11 regelt Einweisung ergänzender Pflegekräfte. Mess-LK separat abrechenbar nur bei Vorliegen der HKP-Verordnung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL gemeinsamer Vertrag; Einweisungsdokumentation auch in SL verlangt.
SL	Saarland	Wie RP (gemeinsamer AOK-Vertrag).
SN	Sachsen	Kassenartenübergreifender Versorgungsvertrag seit 10/2025 mit harmonisierten Personalregeln.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST publiziert Verträge; Anlage für ergänzende Pflegekraft prüfen.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest deckt SH+NRW – Anlage 11 NRW analog übertragbar.
TH	Thüringen	Thüringen-Personalmindeststandard greift; Einweisungsnachweis und jährliche Re-Schulung im QM verankern.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

BZ-Messung + Insulingabe = zwei LK, beide verordnungsfähig, beide einzeln abrechenbar.
Aber: die Messung muss **vor** der Insulingabe dokumentiert sein und der Wert muss in der Doku der Insulingabe referenziert werden. MD kürzt sonst die Insulin-LK („Gabe ohne Wertgrundlage“).

5. Haftungs-Architektur

Arzt haftet bei: fehlerhafter Verordnung (z.B. unrealistische Frequenz), fehlender Zielwert-Vorgabe, ausbleibender Reaktion auf gemeldete Werte. § 280 BGB, § 823 BGB.

Pflegefachkraft haftet bei: Messfehler (kontaminierte Lanzette, falsche Mess-Stelle), **Nicht-Erkennen einer Hypoglykämie** (kritisch!), unterlassener Eskalation bei Grenzwert-überschreitung, lückenhafter Doku.

PDL haftet zusätzlich: **Organisationsverschulden** bei fehlender Geräte-Einweisung von Hilfskräften, fehlender Hypo-Notfallkette, fehlender Kalibrierungs-Routine (MPBetreibV).

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind **frei erfundene Lehrbeispiele**, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind **keine konkreten Gerichtsentscheidungen**, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Messen ohne Verordnung

PD „Sonnenstrahl“ (NRW, 28 Klient:innen) misst bei Frau K. 1x täglich „weil sie Diabetikerin ist“. Keine HKP-Verordnung. MD-Prüfung 2025: **5.460 € Retax** über 12 Monate. Pflegekasse stuft als „LK ohne Anspruchsgrundlage“ ein.

Schutz: Nicht messen ohne HKP-Verordnung. Auch wenn der Klient es will. Bei medizinischer Notwendigkeit: Hausarzt-Anruf, schriftliche Verordnung anfordern.

Falle 2 – Hypoglykämie nicht erkannt

Herr B. (78 J., insulinpflichtig) hat morgens BZ 58 mg/dl. APH liest „58“ und denkt sich nichts dabei (kannte den Schwellenwert nicht). Gibt reguläre Insulindosis. Herr B. wird bewusstlos, Reanimation, hypoxischer Hirnschaden. Anzeige Familie + MD-Note 5.

Schutz: Hypo-Schwellenwert < 70 mg/dl in jeder Schicht-Mappe + jeder Geräte-Einweisung. Bei Wert < 70: **keine Insulingabe**, sofort Hausarzt, Notfallkohlenhydrate (Anhang B Hypo-Notfallplan).

Falle 3 – Kontaminierte Lanzette / Mehrfachverwendung

PD wirft Lanzetten in Sammel-Mülleimer ohne Stickschutzbox. Mitarbeiterin sticht sich. **Verdachtsfall Hepatitis B** bei Klient – PEP-Indikation. BGW-Meldung, 6 Monate Nachsorge. PDL haftet wegen fehlender Stickschutz-Sammelbox (TRBA 250).

Schutz: Sicherheitslanzette (eingebaute Stickschutz-Mechanik), **Stickschutz-Sammelbox** in jeder Tour, sofortige Entsorgung nach Gebrauch. BGW-Schulung dokumentiert (TRBA 250).

Falle 4 – Falsche Mess-Stelle

APH sticht immer in dieselbe Fingerkuppe. Schmerz, Hämatombildung, Klient verweigert weitere Messungen. Tourenstruktur bricht zusammen.

Schutz: Mess-Stellen-Rotation: seitlich an Fingerkuppen, Finger wechseln, **nicht in Daumen oder Zeigefinger** (Greiffunktion schützen). Vor Stich Händedesinfektion + warme Hände (Durchblutung).

Falle 5 – Gerät nicht kalibriert / Kontrolllösung übersehen

*Klientin Frau M. zeigt seit 3 Wochen **HbA1c 9,8 %** trotz scheinbar guter Messwerte (immer 110–130 mg/dl). Hausarzt fragt nach Gerät. PD-Gerät läuft seit 8 Monaten ohne Kontrolllösung–**20 % Messabweichung**. Insulindosis war zu niedrig, Folge: Polyneuropathie.*

Schutz: MPBetreibV: Kontrolllösung gemäß Hersteller (i.d.R. monatlich + bei neuer Streifen-Charge). Doku in der QM-Akte. **Jedes Gerät hat einen verantwortlichen Tourleiter.**

Falle 6 – BZ-Wert nicht ans Diabetes-Tagebuch

*Pflege misst täglich, aber dokumentiert nur im PD-Verlauf. Klient bringt kein Tagebuch zum Hausarzt-Termin. Hausarzt kann Therapie nicht anpassen. **Klient klagt** wegen mangelnder Kommunikation, Schmerzensgeldforderung im vierstelligen Bereich möglich.*

Schutz: BZ-Werte gleichzeitig ins Diabetes-Tagebuch des Klienten + PD-Doku. Standard: **Anhang A (BZ-Dokublatt)** verwenden, bei Hausarzt-Termin Kopie mitgeben.

Falle 7 – Wert außerhalb Zielbereich, keine Eskalation

*Klient zeigt 3 Tage in Folge BZ 280–320 mg/dl. Pflege dokumentiert, informiert aber Hausarzt nicht (Annahme: „Hausarzt sieht es ja“). Klient rutscht in **hyperosmolaren Zustand**, Hospitalisierung. Familie klagt wegen unterlassener Hilfeleistung.*

Schutz: Eskalations-Schwellen schriftlich in der Pflegeplanung: BZ < 70 oder > 250 = Hausarzt informieren am selben Tag, BZ < 50 oder > 400 = Notruf/Krankenhaus. Eskalation immer dokumentieren mit Datum/Uhrzeit/HZ.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** HKP-Verordnung liegt vor (Muster 12) mit Frequenz und Indikation. (§ 37 SGB V; ohne Verordnung keine Abrechnung.)
2. **[Gesetz]** Geräte-Einweisung der messenden Person dokumentiert. (MPDG, MPBetreibV; Pflicht vor Erstanwendung.)
3. **[Gesetz]** Kontrolllösung aktuell, Gerät kalibriert nach Herstellerangabe. (MPBetreibV.)
4. **[Gesetz]** Stichschutz-Sammelbox dabei, sofortige Entsorgung benutzter Lanzetten. (TRBA 250 / BGW.)
5. **[MD/QM-Empfehlung]** Händedesinfektion + warme Hände vor dem Stich.
(Hygiene/Präanalytik-Standard, MD-Prüfpunkt.)
6. **[Helden-Praxistipp]** Mess-Stellen-Rotation: seitlich an Fingerkuppen, Daumen und Zeigefinger schonen. (Praxisempfehlung, schützt Greiffunktion.)
7. **[Gesetz]** Einmal-Lanzette, niemals klientenuebergreifend, sofort in Sammelbox. (TRBA 250.)
8. **[MD/QM-Empfehlung]** Wert dokumentieren: Datum, Uhrzeit, Wert, HZ – sowohl im PD-Doku als auch im Diabetes-Tagebuch des Klienten. (Audit-Punkt.)
9. **[Gesetz]** Hypo-Schwelle < 70 mg/dl: keine Insulingabe, Notfallkohlenhydrate, Hausarzt sofort informieren. (Sorgfaltspflicht.)
10. **[Helden-Praxistipp]** Eskalations-Schwellen einhalten: BZ < 70 oder > 250 → Hausarzt am selben Tag, < 50 oder > 400 → 112 / Krankenhaus. (Bewährter Hausstandard, in vielen PDs verankert.)

8. Mustertexte & Vorlagen

Drei Vorlagen für den Pflegealltag: **Anhang A - BZ-Dokublatt** (strukturierte Wochendokumentation mit Eskalationsfeldern). **Anhang B - Hypo-Notfallplan** (laminieren, in die Klientenmappe). **Anhang C - Einweisungsnachweis Hilfskraft** (MPDG-konform).

Anhang A - BZ-Wochen-Dokublatt (Klientenmappe)

Klient (anonym.): _____ · **HKP-Verordnung Nr.:** _____
Gerät: _____ · **Streifen-Charge:** _____ · **Zielbereich (Hausarzt):** _____
 mg/dl

Datum **Uhrzeit** **BZ-Wert** **Vor / Nach Mahlzeit** **Auffälligkeit** **HZ** **Hausarzt informiert?** _____
 mg/dl _____

Eskalations-Regeln (von Hausarzt freigegeben):

- BZ < 70 mg/dl → Hypo-Notfallplan (Anhang B), KEINE Insulingabe
- BZ < 50 mg/dl ODER bewusstseinsgetrübt → 112
- BZ > 250 mg/dl über 2x in 24 h → Hausarzt am selben Tag
- BZ > 400 mg/dl ODER Aceton-Geruch → 112

Anhang B - Hypoglykämie-Notfallplan (Laminierung, Klientenmappe)

HYPO ERKENNEN

Symptome: Schwitzen, Zittern, Herzrasen, Heißhunger, Verwirrtheit, blasse Haut, Sprachstörung. **BZ messen wenn möglich.**

HANDELN: 3 Stufen

1. **Wach + schluckfähig:** 2–4 KH-Einheiten als Saft, Traubenzucker oder Cola (kein Diet-Produkt!). Nach 15 Min nachmessen. Bei Erholung: Brot/Brezel als Langzeit-KH.
2. **Bewusstseinsgetrübt: NICHTS oral geben** (Aspirationsgefahr). Stabile Seitenlage. Glucagon-Pen i.m. (wenn verordnet). 112 anrufen.
3. **Bewusstlos:** Sofort 112, stabile Seitenlage, Atmung kontrollieren. Glucagon i.m. nach Anordnung.

DOKU: Datum/Uhrzeit, BZ-Wert, Symptome, Maßnahmen, Erfolg, HZ. **Hausarzt am selben Tag informieren**, auch nach erfolgreicher Erholung – Insulindosis anpassen lassen.

Anhang C · Einweisungsnachweis Blutzucker-Gerät (MPDG)

Pflegedienst: _____ · **Datum:** _____
Eingewiesene Person: _____ · **Funktion:** _____
Einweiser:in: _____ (Pflegefachkraft / Hersteller-Schulung)
Gerät: _____ (Hersteller, Modell, Serien-Nr.)

Bestandteile der Einweisung (zutreffend angekreuzt):

- Funktion des Geräts, Anwendung, Aufbewahrung
- Wechsel von Streifen und Lanzetten
- Kontrolllösung, Kalibrierung, Fehlermeldungen
- Hygiene (Einmal-Lanzette, Sammelbox, TRBA 250)
- Mess-Stellen-Rotation, Präanalytik (warme Hände, kein Quetschen)
- Hypoglykämie-Erkennung + Eskalations-Schwellen (siehe Klientenplan)
- Doku im BZ-Wochenblatt (Anhang A) + Diabetes-Tagebuch des Klienten

Erklärung der eingewiesenen Person: Ich habe die Einweisung verstanden und kann die BZ-Messung am o. g. Gerät durchführen. Fragen sind geklärt.

Unterschrift Einweiser:in: _____

Unterschrift Eingewiesene:r: _____

Aufbewahrung: 3 Jahre im Personalakt, Kopie im Geräte-Ordner.

Vertiefung zum Thema „Blutzuckermessung (BZ-Messung)“: Pflegeassistent nach LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-ig1-ig2

KAPITEL B2 · KATEGORIE B · INJEKTIONEN

Insulininjektion

Subkutane Insulingabe in der ambulanten Versorgung – eine der **haftungsintensivsten Tätigkeiten** der HKP. Drei Klassen von Schaden: **Hypoglykämie** (Sturz, Bewusstlosigkeit, Hirnschaden), **Lipohypertrophie** (Resorptionsstörung → entgleister HbA1c) und **Verwechslung** (Pen / Insulinart / Dosis). Wer hier sauber arbeitet, schläft ruhig.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 3	PASSENDE SCHULUNG PFA LG1+2 →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	---

1. Bundesrechtliche Grundlage

§ 37 SGB V i.V.m. HKP-Richtlinie § 6 (LK Injektionen subkutan). Insulingabe ist eine **verordnete Behandlungspflege**; die **ärztliche Anordnung** muss enthalten: Präparat, Dosis, Frequenz, Zielwert, Eskalationsregel. **Durchführungsverantwortung** bei der Pflegefachkraft, **Anordnungsverantwortung** beim Arzt. Bundesweite Rahmenempfehlung § 132a Abs. 1 SGB V (12/2023) verlangt für ergänzende Pflegekräfte eine **spezielle Insulin-Einweisung + jährliche Nachschulung**.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Pflegefachkraft uneingeschränkt. **Examierte Helfer:innen** (KPH/APH) je nach Landes-Anlage und nur nach dokumentierter Insulin-Einweisung. **Ohne Pflege-Ausbildung:** in den meisten BL **nicht delegationsfähig** – vor Einsatz Landesanlage und PDL-Freigabe prüfen.

3. Insulininjektion – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Insulininjektion“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW-Anlage verlangt dokumentierte Einweisung pro Pen-Typ (Verwechslungsrisiko Tresiba / Lantus / Toujeo).
BY	Bayern	MD Bayern prüft Insulingabe durch Hilfskräfte besonders kritisch . Forderung: schriftliche ärztliche Anordnung mit Eskalationsregel und jährliche Re-Schulung.
BE	Berlin	AOK Nordost dominant; Vertrag verlangt Diabetes-Spezialschulung dokumentiert.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: BZ-Messung und Insulingabe separat verordnen + abrechnen.
HB	Bremen	Bremen folgt vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	HH-Rahmenvertrag: Hilfskraft nur unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft. Einzelfall-Delegation, Personalliste verpflichtend.
HE	Hessen	Hessen verlangt Personalübersicht mit Diabetes-Schulungsnachweisen – ohne Nachweis MD-Auffälligkeit.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost; Anlage analog BE.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt Bundesrahmenempfehlung; Landes-Anlage präzisiert Mindestumfang der Insulin-Einweisung.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11 : ergänzende Pflegekraft darf Insulin nur mit 16-UE-Zusatzschulung Diabetes-Behandlungspflege + Praxistest + PDL-Freigabe.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL gemeinsamer Vertrag; Einweisungsnachweis auch in SL gefordert.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Kassenartenübergreifender Versorgungsvertrag seit 10/2025 mit harmonisierten Personalregeln für Diabetes-Behandlungspflege.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST; Anlage zur ergänzenden Pflegekraft prüfen.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest; NRW-Anlage-11-Linie oft analog.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard greift; Insulingabe durch Helfer:in nur mit jährlich erneuerter Diabetes-Schulung.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

BZ-Messung + Insulingabe = zwei LK, einzeln abrechenbar, müssen aber in der Doku **verkettet** sein: Wert → Dosis → Gabe. MD kürzt die Insulin-LK, wenn der Bezug zum BZ-Wert fehlt.

Pen-Versorgung + Schulung Angehörige ist **nicht** Bestandteil der LK Injektion und muss separat verordnet werden.

5. Haftungs-Architektur

Arzt haftet bei: fehlerhafter Anordnung (Dosis, Frequenz, Insulin-Wechsel ohne Überlappungsregel), fehlender Eskalationsvorgabe, unzureichender Schulung des Pflegedienstes. § 280 BGB, § 823 BGB.

Pflegefachkraft haftet bei: Verwechslung (Pen, Insulinart, Dosis), Injektion ohne BZ-Messung, Nicht-Erkennen Hypoglykämie, Injektion in Lipohypertrophie-Areal, lückenhafter Doku, unterlassener Remonstration bei unklarer Anordnung (OLG Karlsruhe VersR 2002, 1029).

PDL haftet zusätzlich: **Organisationsverschulden** bei fehlender Einweisung, fehlender Jahres-Nachschulung, fehlender Lipohypertrophie-Doku, fehlender Pen-Verteilerliste (Verwechslungsschutz).

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind **frei erfundene Lehrbeispiele**, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind **keine konkreten Gerichtsentscheidungen**, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Pen-Verwechslung (Lantus / NovoRapid)

APH greift in der Schichtübergabe-Tasche zum falschen Pen. Statt Lantus 20 IE abends gibt sie 20 IE NovoRapid (schnellwirksam). Klientin Frau D., 76 J., bewusstlos nach 90 Min, Reanimation. Anzeige Familie, § 229 StGB + § 831 BGB gegen PDL.

Schutz: Pen-Verteilerliste je Klient mit Foto des Pens. **Bei jeder Gabe: Pen-Label laut vorlesen.** Trennung NovoRapid (Pen-Farbe rosa) und Lantus (Pen-Farbe blau) per Aufbewahrung im Klientenhaushalt, nie in der Tour-Tasche.

Falle 2 – BZ vor Gabe nicht gemessen

Pflegekraft gibt morgens immer 12 IE NovoRapid „wie verordnet“ ohne Messung. Klient hatte BZ 56 mg/dl. Hypoglykämie, Sturz, Schädel-Hirn-Trauma. Klinik-Doku zeigt: keine BZ-Messung. Erhebliche Schmerzensgeldforderung möglich.

Schutz: Insulingabe IMMER nach BZ-Messung. Bei BZ < 70: keine Gabe, Hausarzt. BZ-Wert in der Insulin-Doku referenzieren (Anhang A Pen-Doku).

Falle 3 – Falsche Injektionsstelle (Lipohypertrophie)

APH injiziert seit 18 Monaten immer in dieselbe Bauchstelle. Frau M. entwickelt **Lipohypertrophie**: harte 4-cm-Knoten. Insulin-Resorption verzögert + unvorhersagbar, HbA1c steigt auf 10,2 %. Hausarzt entdeckt und beschwert sich beim PD, droht mit MD-Meldung.

Schutz: Injektionsstellen-Rotation: Bauch (4 Felder im Uhrzeigersinn) oder abwechselnd Bauch/Oberschenkel/Gesäß. **Doku der Stelle** in jeder Gabe. Halbjährliche Inspektion mit Foto (Anhang

C).

Falle 4 – Insulingabe ohne Verordnung „weil der Klient es will“

*Klient steigert sich persönlich um 2 IE pro Gabe (will „schneller runter“). Pflegekraft gibt nach, dokumentiert die erhöhte Dosis. Klient kollabiert. Pflegekasse retaxiert, MD-Note 5 wegen **eigenmächtiger Änderung der ärztlichen Anordnung**. Strafanzeige gegen die ausführende Pflegekraft möglich.*

Schutz: Anordnungstreue: Pflegekraft darf Insulindosen nicht eigenmächtig ändern. Klientenwunsch → Hausarzt-Anruf, Anordnung schriftlich nachreichen lassen. Bis dahin: verordnete Dosis.

Falle 5 – Vergessene Abendgabe

*Spätschicht-Hetze: Abendgabe Lantus „rutscht durch“. Morgens entdeckt Pflege: BZ 285 mg/dl. Doku zeigt: keine Gabe gestern Abend. Klient ist im **hyperosmolaren Vorstadium**, Hausarzt schickt Krankenhaus. PD bekommt Hinweisschreiben der Pflegekasse, nächste MD-Prüfung 6 Monate.*

Schutz: Insulin-Doku-Bogen (Anhang A) mit **Pflicht-Quittung**: keine Gabe = **Kreuz mit Begründung**, sofort Hausarzt + PDL. Spätschicht-Touren Insulin-Klient:innen bevorzugt einplanen.

Falle 6 – Pen-Nadel mehrfach verwendet

*APH wechselt Pen-Nadel nur 1x pro Woche „aus Kostengründen“. Verstopfte Nadel → unklare Resorption. Klient entwickelt zudem **Hautabszess** wegen Kontamination. BGW-Prüfung (TRBA 250) verlangt Stellungnahme. PDL muss Standard nachbessern.*

Schutz: Pen-Nadel = Einmalartikel. Eine Gabe = eine Nadel. Stichschutz-Sammelbox in jeder Klientenwohnung. Standard schriftlich im QM, Jährliche BGW-Schulung dokumentiert.

Falle 7 – Nicht-Erkennen Hypoglykämie

*Klient ist nach Insulingabe ungewöhnlich müde, lället etwas. APH denkt: „altersbedingt“, geht weiter. 2 h später Familie findet Klient bewusstlos. **Schwere Hypoglykämie**, Reanimation. Untersuchung zeigt: BZ war nicht nachgemessen worden, kein Notfallprotokoll.*

Schutz: Hypo-Symptome im Kopf: Schwitzen, Zittern, Verwirrtheit, Sprachstörung, Mattigkeit. Bei Verdacht: BZ messen, Hypo-Notfallplan (siehe B1 Anhang B), Hausarzt informieren. Jahres-Schulung dokumentiert.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** HKP-Verordnung mit kompletten Angaben: Insulin, Dosis, Frequenz, Zielwert, Eskalation. (§ 37 SGB V + HKP-RL.)
2. **[Landesvertrag]** Insulin-Einweisung der gebenden Person dokumentiert (Diabetes-Behandlungspflege). (Anlage des Landes-Rahmenvertrags; in NRW 16 UE + Praxistest.)
3. **[Gesetz]** BZ vor jeder Gabe gemessen und in der Insulin-Doku referenziert. (Sorgfaltspflicht; ohne Wert keine Abrechnung.)
4. **[Helden-Praxistipp]** Pen-Identifikation: Label laut lesen, immer Klienten-eigener Pen verwenden (nicht aus der Tour-Tasche). (Bewährter Hausstandard gegen Verwechslung.)
5. **[Gesetz]** Pen-Nadel neu, eine Gabe = eine Nadel, sofort in Stickschutz-Sammelbox. (TRBA 250.)
6. **[MD/QM-Empfehlung]** Injektionsstellen-Rotation: nicht in Lipohypertrophie injizieren, Stelle dokumentieren. (MD-Prüfpunkt + QM-Standard.)
7. **[Helden-Praxistipp]** Korrekte Technik: senkrecht oder 45° je Hautfaltentechnik, 10 Sek Nadel im Gewebe halten, langsam ziehen. (DDG-Leitlinie als Praxisempfehlung.)
8. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku pro Gabe: BZ-Wert, Insulin, Dosis, Stelle, HZ – keine Sammeleinträge. (Audit-Punkt.)
9. **[MD/QM-Empfehlung]** Wirkungs-Beobachtung 30–60 Min: Hypo-Zeichen prüfen, Klient ansprechen. (QM-Standard.)
10. **[Helden-Praxistipp]** Lipohypertrophie-Inspektion halbjährlich + Foto (siehe Anhang C). (Praxisempfehlung der DDG, schützt Resorption und HbA1c.)

8. Mustertexte & Vorlagen

Drei Vorlagen für den Pflegealltag: **Anhang A · Insulin-Pen-Dokublatt** (BZ → Dosis → Gabe verkettet). **Anhang B · Pen-Verteilerliste** (Verwechslungsschutz). **Anhang C · Lipohypertrophie-Inspektionsprotokoll**.

Anhang A · Insulin-Pen-Dokublatt (Klientenmappe)

Klient (anonym.): _____ · *HKP-Verordnung Nr.:* _____
Insulin 1 (Basal): _____ · *Dosis abends:* _____ IE
Insulin 2 (Bolus): _____ · *Dosis morgens / mittags / abends:* ___ / ___ / ___ IE
Zielwert: _____ mg/dl · *Eskalation:* siehe Anhang A B1

Datum _____ *Uhrzeit* _____ *BZ-Wert* _____ *Insulin* _____ *Dosis (IE)* _____ *Stelle* _____ *HZAuffälligkeit* _____

Pflicht-Quittung bei AUSGELASSENER Gabe: Kreuz mit Begründung, sofort Hausarzt + PDL informieren.

Anhang B · Pen-Verteilerliste (QM-Ordner)

Klient (anonym.): _____ · **Wohnort des Pens:** Klientenhaushalt, Kühlschrank (Reserve) / Schreibtisch (Aktiv)

Pen-Bezeichnung/Insulin-Typ/Pen-Farbe / Foto **Zeitpunkt der**

Gabe/Aufbewahrung/Reserve-Pen Nr. Pen 1z.B. Lantus 100 IE/ml blau abends 21:00 Schreibtisch + Kühlschrank-Reserve ___ Pen 2z.B. NovoRapid 100 IE/ml rosamorgens 07:30 / mittags 12:30 / abends 18:00 Schreibtisch ___

Verbindliche Regel: Jede Gabe beginnt mit **Pen-Label laut vorlesen**. Verwechslung NovoRapid ↔ Lantus kann **lebensbedrohliche Folgen** haben. Aktualisierung bei jedem Pen-Wechsel.

Anhang C · Lipohypertrophie-Inspektionsprotokoll (halbjährlich)

Klient (anonym.): _____ · **Datum:** _____

Inspizierende Pflegefachkraft: _____

Befund (zutreffend markieren):

Haut unauffällig, weiche Subkutis

verhärtete Areale (Lipohypertrophie): **Lokalisation:** _____ (Bauch oben links / rechts, unten links / rechts; Oberschenkel; Gesäß) · **Größe:** ___ cm · **Anzahl:** ___

Foto angefügt

Maßnahmen:

Injektionsstellen-Rotation neu definiert (Pflegeplan aktualisiert)

Hausarzt informiert – ggf. Insulindosis-Anpassung

Anwender-Schulung Klient / Angehörige (Selbst-Injektion)

HZ Pflegefachkraft: _____ · **nächste Inspektion:** _____ (in 6 Monaten)

Vertiefung zum Thema „Insulininjektion“: Pflegeassistent nach LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL B3 · KATEGORIE B · INJEKTIONEN

Heparinjektion (Thromboseprophylaxe)

Subkutane Gabe von niedermolekularem Heparin (NMH, z.B. Clexane, Fragmin) in der Thromboseprophylaxe und Antikoagulation. Klassiker im ambulanten Setting nach OP, bei Immobilisation und kardiovaskulären Indikationen. Kritisch: **Blutungsrisiko, HIT II** und **verordnete Dauer** – viele PDs spritzen 3 Wochen zu lang weiter, weil der Arzt „vergisst“ die Anordnung zu beenden.

MD-PRÜFPUNKTE
10AUDIT-FINDINGS
7MUSTERTEXTE
2PASSENDE SCHULUNG
PFA LG1+2 →

1. Bundesrechtliche Grundlage

§ 37 SGB V i.V.m. HKP-Richtlinie § 6 (subkutane Injektion). Heparingabe ist verordnungsfähige Behandlungspflege; die **HKP-Verordnung** muss Präparat, Dosis (IE), Frequenz **und die voraussichtliche Dauer** enthalten. **Durchführung** Pflegefachkraft oder qualifizierte ergänzende Pflegekraft nach Landes-Anlage.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Pflegefachkraft uneingeschränkt. **Ergänzende Pflegekräfte** in den meisten BL nach Anlage (vergleichbar Insulin), aber **weniger streng** als bei Insulin, da Pen-Verwechslung weniger lebensbedrohlich ist. Trotzdem: dokumentierte Einweisung Pflicht.

3. Heparininjektion (Thromboseprophylaxe) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Heparininjektion (Thromboseprophylaxe)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW-Anlage: dokumentierte Einweisung subkutane Injektionen.
BY	Bayern	MD Bayern prüft Dauer der Verordnung : nach OP < 6 Wochen Standard, > 6 Wochen verlangt Begründung im BMP.
BE	Berlin	AOK Nordost; Anlage analog.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: Heparinangabe HKP-LK, korrekte Zuordnung.
HB	Bremen	Bremen folgt vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	HH-Rahmenvertrag: Helfer:innen unter Verantwortung der PFK.
HE	Hessen	Hessen: Personalübersicht mit Schulungsnachweisen.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt § 132a-Rahmenempfehlung als Mindeststandard.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11 : Heparin im Standard-Spektrum ergänzender Pflegekräfte nach Zusatzschulung subkutane Injektionen. PDL-Freigabe schriftlich.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL gemeinsamer Vertrag.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Kassenartenübergreifender Versorgungsvertrag seit 10/2025.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST publiziert Verträge.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest; NRW-Anlage-11-Linie.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard; jährliche Re-Schulung subkutane Injektion.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*Heparin-Gabe ist eine eigene LK **Injektion subkutan**. Nicht kombinierbar mit anderen Injektionen am selben Tag **als separate LK**, wenn beide am selben Hausbesuch erfolgen (z.B. Insulin + Heparin = eine LK Injektion s.c., je nach Landes-Rahmenvertrag). Vor Abrechnung: **Leistungskomplex-Definition deines Bundeslandes prüfen**.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt haftet bei: fehlerhafter Indikation, fehlender Beendigungs-Anordnung (zu lange Heparin-Gabe), Nicht-Erkennen HIT II. § 280 / § 823 BGB.

Pflegefachkraft haftet bei: Injektion in falsches Areal, Mehrfach-Nadel, unterlassener Remonstration bei abgelaufener Verordnung, lückenhafter Doku, Nicht-Erkennen Blutungszeichen.

PDL: Organisationsverschulden bei fehlender Einweisung, fehlender Stichschutz-Routine, fehlendem Wiedervorlage-System für Verordnungsablauf.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Heparin-Gabe trotz abgelaufener Verordnung

Verordnung über 4 Wochen post-OP. Pflege spritzt über 3 Monate weiter, weil keine Beendigungs-Anordnung kam. MD-Prüfung: **Retax 1.870 €** + MD-Note 4.

Schutz: Wiedervorlage-Datum in der Klientenmappe markieren. 1 Woche vor Ablauf: Hausarzt-Anruf. Ohne neue Verordnung: **keine Gabe**, schriftlich an Hausarzt + PDL.

Falle 2 – HIT II nicht erkannt

Klient zeigt nach 8 Tagen Heparin **Thrombozytenabfall** + neue Thrombose im Bein. Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II (HIT II). Pflege hat keine Thrombo-Kontrolle dokumentiert. Klient verliert Bein.

Schutz: Pflegestandard: Thrombozyten-Kontrolle Tag 5–14 als Standardfrage an den Hausarzt. Neue Schmerzen / Thrombo-Anzeichen sofort melden.

Falle 3 – Falsche Injektionsstelle (Oberarm)

APH injiziert Heparin in den Oberarm „wie bei Insulin“. Heparinresorption im Oberarm aber **nicht zuverlässig**. Verzögerter Wirkeintritt – ineffektive Prophylaxe. Klient bekommt Thrombose.

Schutz: Heparin: in den Bauch (laterale Bauchdecke), nicht in den Oberarm. Bauchfalte abheben, senkrecht injizieren, 10 Sek halten. In Einweisung betonen.

Falle 4 – Blutung nach Injektion nicht beobachtet

Pflegekraft injiziert, geht sofort weiter. Klient (Marcumar zusätzlich) blutet stark nach. Familie findet Klient mit großem Hämatom. Krankenhaus.

Schutz: Nach Injektion 1–2 Min mit trockenem Tupfer drücken (nicht massieren!). Bei doppelter Antikoagulation (Heparin + Marcumar/DOAK) ausdrücklich beobachten + Klient/Angehörige instruieren.

Falle 5 – Nadel mehrfach verwendet

APH spritzt mit derselben Nadel 2 Klienten hintereinander „Notfall, kein Material“. Klient 2 bekommt Hämorrhagie + Infektion. BGW-Prüfung.

Schutz: Eine Gabe = eine Nadel. Vorratspflege in jeder Tour-Tasche, Stichschutz-Sammelbox. Tourplanung mit Reserve.

Falle 6 – Verwechslung NMH-Dose

*Klient hat 40 mg Clexane verordnet. Pflege findet Box mit 60 mg in der Wohnung (alte Packung). Spritzt 60 mg. **Klient blutet**, Hospitalisierung.*

Schutz: Vor jeder Gabe: Dosis vs. Verordnung prüfen. Alte Packungen entsorgen oder klar kennzeichnen. Doppelkontrolle bei Dosis-Wechsel.

Falle 7 – Aspiration vergessen (klassischer Lehrfehler)

*Junge APH lernt es noch wie i.m. und aspiriert vor s.c.-Gabe. **Aspiration ist bei s.c. NICHT nötig** – aber sie zieht Heparin zurück und spritzt weniger. Klient unterdosiert → Thrombose.*

Schutz: Bei subkutaner Gabe nicht aspirieren (außer Hersteller verlangt es). Aktueller Standard in Einweisung lehren. DDG/DGP-Leitlinie zitieren.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** Verordnung geprüft: Präparat, Dosis, Frequenz, Dauer. (§ 37 SGB V + HKP-RL; ohne Verordnung keine Gabe.)
2. **[Landesvertrag]** Einweisung der gebenden Person dokumentiert (s.c.-Injektion). (Anlage des Landes-Rahmenvertrags.)
3. **[Gesetz]** Pen / Fertigspritze einmalig, sofort in Stichschutz-Sammelbox. (TRBA 250.)
4. **[Helden-Praxistipp]** Injektionsstelle Bauch (laterale Bauchdecke), Rotation links/rechts oben/unten. (Praxisempfehlung– Oberarm ungeeignet für Heparin.)
5. **[Helden-Praxistipp]** Hautfalte abheben, senkrecht, 10 Sek halten, langsam zurückziehen. (Bewährte Technik.)
6. **[Helden-Praxistipp]** Nicht aspirieren, nicht massieren. (Aktueller DDG/DGP-Standard.)
7. **[Helden-Praxistipp]** 1–2 Min mit trockenem Tupfer drücken, besonders bei doppelter Antikoagulation. (Praxisempfehlung gegen Hämatom.)
8. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku pro Gabe: Präparat, Dosis, Stelle, HZ, Auffälligkeit. **Keine Sammeleinträge.** (Audit-Punkt.)
9. **[MD/QM-Empfehlung]** Beobachtung Blutung / Hämatom / HIT-Zeichen (Thrombo-Abfall Tag 5–14 abfragen). (QM-Standard, MD-Prüfpunkt.)
10. **[Helden-Praxistipp]** Verordnungsablauf überwachen – 1 Woche vor Ablauf Hausarzt aktiv fragen. (Bewährter Hausstandard, schützt vor Retax.)

8. Mustertexte & Vorlagen

Zwei Vorlagen: **Anhang A · Heparin-Dokublatt** (mit Verordnungs-Ablaufdatum) und **Anhang B · Erinnerungs-Mail Hausarzt** (Verordnungs-Verlängerung).

Anhang A · Heparin-Dokublatt (Klientenmappe)

Klient (anonym.): _____ · **Indikation:** _____
Präparat: _____ · **Dosis:** _____ IE/mg
Frequenz: _____ · **Verordnet bis:** _____
Wiedervorlage Hausarzt: _____ (1 Woche vor Ablauf)

DatumUhrzeitDosisStelleHZAuffälligkeit _____
Beobachten: Blutung, Hämatom, neue Schmerzen, Schwellung (HIT-Verdacht),
 Thrombozytenwert Tag 5–14.

Anhang B · Erinnerungs-Mail Hausarzt (Verordnungs-Verlängerung)

„Sehr geehrte/r Dr. [Name],

wir versorgen Frau/Herrn [Name, geb. tt.mm.jjjj] mit [Präparat, Dosis, Frequenz] zur Thromboseprophylaxe / Antikoagulation seit dem [Datum].

Die aktuelle HKP-Verordnung läuft am [Datum] aus. Bitte teilen Sie uns rechtzeitig mit, ob die Anordnung verlängert wird oder beendet werden kann.

Sollten wir bis zum Ablaufdatum keine Rückmeldung erhalten, müssen wir die Gabe einstellen. Eine Rückmeldung über Telefon, Fax oder Mail genügt – eine neue HKP-Verordnung reichen Sie uns wie gewohnt nach.

Mit freundlichen Grüßen
[PDL Name] · Pflegedienst [Name]“

Vertiefung zum Thema „Heparininjektion (Thromboseprophylaxe)“: Pflegeassistent nach LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL B4 · KATEGORIE B · INJEKTIONEN

Andere subkutane Injektionen

Alles, was nicht Insulin und nicht Heparin ist: **Vitamin B12, Methotrexat s.c., Denosumab (Prolia, Xgeva), Antikörper-Präparate, Fertilitätshormone, Eisen-Carboxymaltose s.c.** Mehrheit ist Routine, einzelne Präparate sind aber **haftungsintensiv** (Methotrexat = Zytostatikum, Denosumab = osteonekrose-relevant). Wer hier sauber differenziert, vermeidet teure Überraschungen.

MD-PRÜFPUNKTE
10AUDIT-FINDINGS
7MUSTERTEXTE
1PASSENDE SCHULUNG
PFA LG1+2 →

1. Bundesrechtliche Grundlage

§ 37 SGB V + HKP-RL § 6 (s.c.-Injektion). Verordnungspflichtig. **Zytostatika-Präparate (z.B. Methotrexat)** unterliegen zusätzlich **TRGS 525** (Gefahrstoffe) + **TRBA 250** (Biologische Arbeitsstoffe) – **Sicherheits-Spritzen + spezielle Entsorgung** Pflicht.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: PFK uneingeschränkt; ergänzende Pflegekraft nach Anlage + präparatspezifischer Einweisung. **Zytostatika** (Methotrexat) und **Präparate mit Sicherheitswarnung** (Denosumab) in der Regel nur durch PFK.

3. Andere subkutane Injektionen – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Andere subkutane Injektionen“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW-Anlage: Einweisung pro Präparat dokumentiert.
BY	Bayern	MD Bayern: Methotrexat-s.c. nur durch PFK + dokumentiertem TRGS-525-Standard im QM.
BE	Berlin	AOK Nordost; Methotrexat-Hinweis im Schulungsstandard.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: korrekte LK-Zuordnung HKP vs. SGB XI.
HB	Bremen	Bremen folgt vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hilfskraft unter Verantwortung der PFK; Zytostatika nur PFK.
HE	Hessen	Hessen verlangt Schulungsnachweise im Personalakt.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	NI folgt § 132a-Rahmenempfehlung.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: subkutane Injektion durch ergänzende Pflegekraft möglich; Zytostatika ausgeschlossen, nur PFK.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL gemeinsam.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Kassenübergreifender Versorgungsvertrag 10/2025.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest; NRW-Linie analog.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard; Präparat-Einweisung jährlich.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

LK Injektion s.c. ist eine eigene Position. Eisen-Infusion (i.v.) ist nicht Bestandteil der LK s.c.-Injektion – gesondert verordnen lassen. Methotrexat-s.c. kann mit anderen Injektionen am selben Tag nicht als doppelte LK abgerechnet werden.

5. Haftungs-Architektur

Arzt: fehlerhafte Indikation, fehlende Präparat-Schulung des PDs, Nicht-Reagieren auf gemeldete Nebenwirkungen.

Pflegefachkraft: Präparat-Verwechslung, falsche Stelle, kontaminierte Zytostatika-Entsorgung, lückenhafte Doku der Präparat-Charge (Pharmacovigilance).

PDL: fehlende präparatspezifische Einweisung, fehlender TRGS-525-Standard für Zytostatika, fehlende BGW-Schulung.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Methotrexat-Spritze ohne Schutz entsorgt

APH wirft Methotrexat-Spritze in normalen Hausmüll. Reinigungsfirma sticht sich.

Zytostatika-Kontakt: Schwangerschaftsrisiko, Hautreaktion. BGW-Meldung + TRGS-525-Verfahren gegen PDL.

Schutz: Zytostatika = Sicherheits-Spritze + spezielle Zyto-Entsorgungsbox (gelbe Tonne) + Schulung BGW + dokumentiert im QM (TRGS 525). PDL muss Standard schriftlich haben.

Falle 2 – Denosumab gegeben trotz Kontraindikation

Klient zeigt Zahnschmerzen, geht zum Zahnarzt: **Kieferosteonekrose** nach Denosumab. PD hatte trotz Hinweis-Liste keine Zahnstatus-Prüfung vor der ersten Gabe. Anwalt droht.

Schutz: Vor erster Denosumab-Gabe: Hausarzt fragen, ob Zahnstatus geprüft wurde. Pflege dokumentiert: „Zahnstatus laut Hausarzt unauffällig [Datum]“. Neue Zahnschmerzen sofort melden.

Falle 3 – Vitamin B12 ohne Dauerverordnung

Pflege gibt B12 1x/Monat über 14 Monate ohne neue Verordnung. MD-Prüfung: **Retax 11 Monate.**

Schutz: Auch „harmlose“ B12-Gaben brauchen aktuelle Verordnung. Wiedervorlage-System (siehe B3 Anhang B).

Falle 4 – Präparat-Charge nicht dokumentiert

BfArM-Rückruf einer Methotrexat-Charge. Hersteller fragt PD: welche Klient:innen sind betroffen? Pflege hat **Chargen-Nr. nicht dokumentiert**. PDL muss alle Klient:innen kontaktieren, Reputationsschaden.

Schutz: **Chargen-Nr. + Verfallsdatum** in der Doku jeder Gabe vermerken (Pharmacovigilance-Standard).

Falle 5 – Eigenhandschutz vergessen

PFK injiziert Methotrexat ohne Doppelhandschuhe. Kontamination an Daumen, BGW-Berufskrankheit-Meldung.

Schutz: Zytostatika = **Doppelhandschuhe + Schutzbrille**, BGW-Schulung jährlich dokumentiert.

Falle 6 – Hormonpräparat Wirkung nicht beobachtet

Hormonpräparat zur Osteoporose-Therapie. Klient zeigt Stimmungstief, Sturz nach Schwindel. Pflege erkennt Nebenwirkung nicht. Hausarzt ersetzt Präparat 6 Wochen später, Klient war bis dahin destabilisiert.

Schutz: Bei neu verordneten Präparaten: **Beipackzettel-Auszug** der wichtigsten Nebenwirkungen in die Klientenmappe; bei Verdacht sofort Hausarzt.

Falle 7 – Injektion in Hautveränderung

Pflege injiziert in einen kleinen Hämatom-Bereich (vorherige Stelle). Lokale Komplikation: Abszess, Hospitalisierung.

Schutz: **Injektionsstelle vor Stich inspizieren:** keine Hämatome, keine Hautveränderungen, keine Tattoos im Stichfeld. Rotation einhalten.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** Aktuelle HKP-Verordnung mit Präparat / Dosis / Frequenz / Dauer. (§ 37 SGB V.)
2. **[Landesvertrag]** Präparat-Einweisung der gebenden Person dokumentiert. (Anlage des Landes-Rahmenvertrags.)
3. **[Gesetz]** Zytostatika (Methotrexat): Sicherheitsspritze + Zyto-Entsorgungsbox + Doppelhandschuhe. (TRGS 525 / TRBA 250.)
4. **[MD/QM-Empfehlung]** Stelle vor Stich inspizieren: keine Hämatome, Hautveränderungen, Lipohypertrophie. (Pflegestandard, MD-Prüfpunkt.)
5. **[Helden-Praxistipp]** Rotation der Stellen, Stelle dokumentieren. (Praxisempfehlung.)
6. **[Gesetz]** Eine Gabe = eine Nadel, sofort in Stichschutz / Zyto-Box. (TRBA 250.)
7. **[MD/QM-Empfehlung]** Chargen-Nr. + Verfallsdatum in jeder Doku (Pharmacovigilance, BfArM-Rückruf-Fähigkeit).
8. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku pro Gabe: Präparat, Dosis, Stelle, HZ, Auffälligkeit. (Audit-Punkt.)
9. **[MD/QM-Empfehlung]** Beobachtung Nebenwirkungen nach Beipackzettel/Hausarzt-Hinweis. (QM-Standard.)
10. **[Landesvertrag]** Spezial-Präparate (Denosumab, Methotrexat): nur PFK + Hausarzt-Status prüfen. (Landes-Anlage präzisiert Qualifikation.)

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Anhang A · Spezial-Präparat-Dokublatt** mit Chargen-Nr., Verfallsdatum und Nebenwirkungs-Beobachtungsfeld.

Anhang A · Spezial-Präparat-Dokublatt (s.c.-Injektion)

Klient (anonym.): _____ · **Indikation:** _____

Präparat: _____ · **Hersteller:** _____

Verordnete Dosis: _____ · **Frequenz:** _____

Hausarzt-Hinweise zu Nebenwirkungen: _____

Datum **Präparat-Charge** **Verfallsdatum** **Stelle** **HZ** **Beobachtete**

Nebenwirkung _____

Bei BfArM-Rückruf: Liste der Klient:innen mit dieser Charge sofort an Hausarzt + PDL melden.

Vertiefung zum Thema „Andere subkutane Injektionen“: Pflegeassistent nach LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL B5 · KATEGORIE B · INJEKTIONEN

Intramuskuläre Injektionen (i.m.)

Im ambulanten Pflegedienst **seltener** als s.c., aber haftungsintensiv. Klassiker: Depot-Neuroleptika, Depot-Hormone, Vitamin B12 i.m., einzelne Impfungen. Hauptrisiken: **Nervenverletzung** (Ischias), **versehentliche i.v.-Gabe** (Aspiration!) und **Spritzenabszess**. Pflegestandard: **nur durch Pflegefachkraft** in den meisten Bundesländern.

MD-PRÜFPUNKTE
10AUDIT-FINDINGS
7MUSTERTEXTE
1PASSENDE SCHULUNG
PFA LG1+2 →

1. Bundesrechtliche Grundlage

§ 37 SGB V + HKP-RL § 6 (LK Injektion intramuskulär). Verordnungspflichtig; **Aspiration vor Injektion** ist im Gegensatz zur s.c.-Injektion **Pflichtschritt** (Praxis-Standard zur Vermeidung versehentlicher i.v.-Gabe).

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Pflegefachkraft uneingeschränkt. Ergänzende Pflegekraft für i.m. **nur in wenigen Bundesländern** und nur nach umfangreicher Spezialschulung (Anatomie, Lokalisation Gluteus / Deltoideus / Vastus lateralis, Nervenverletzungsschutz). Praxisempfehlung: **i.m. nur durch PFK.**

3. Intramuskuläre Injektionen (i.m.) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Intramuskuläre Injektionen (i.m.)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: PFK-empfohlen für i.m.
BY	Bayern	MD Bayern: i.m.-Injektion durch Helfer:in außerordentlich kritisch , Empfehlung nur durch PFK.
BE	Berlin	AOK Nordost: i.m. PFK-Standard.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: i.m. nur PFK.
HB	Bremen	Bremen: PFK-Standard.
HH	Hamburg	HH-Rahmenvertrag: Helfer:in nur unter Aufsicht PFK.
HE	Hessen	Hessen: i.m. nur mit Spezialnachweis im Personalakt.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen: PFK-Empfehlung; Helfer:in nur bei dokumentierter 24-UE-Schulung.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11 erlaubt i.m. unter sehr engen Bedingungen (Spezialschulung). Praxis: meist nur PFK.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL: PFK-Empfehlung.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025 harmonisiert Personalregeln.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST publiziert; i.m. PFK-Standard.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest; NRW-Anlage-Linie.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard; i.m. PFK.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*LK Injektion i.m. ist eigener Punkt. Vorher BZ messen oder Vitalzeichen ist NICHT Teil dieser LK – ggf. separat verordnen. **Depot-Neuroleptika** in psychiatrischer Behandlungspflege: **ggf. SGB-V-Soziotherapie** ergänzend.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: fehlerhafte Indikation, fehlende Schulung des PDs, falsche Präparat-Auswahl.

Pflegfachkraft: **Nervenverletzung** durch falsche Lokalisation, **versehentliche i.v.-Gabe** ohne Aspiration, Spritzenabszess durch Hygieneverletzung, Doppelinjektion durch Doku-Lücke.

PDL: Organisationsverschulden bei Einsatz nicht qualifizierter Helfer:innen, fehlender Spezialschulung.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Ischias durch falsche Glutealregion

PFK injiziert ins falsche Gluteus-Quadrant (medial statt lateral oben). **N. ischiadicus-Läsion**, Fußheberparese. Erhebliche Schadenersatzforderungen möglich.

Schutz: Ventrogluteale Region nach von Hochstetter bevorzugen (Crista iliaca / Trochanter major als Landmarken). Klassische „oben-außen“-Glutealregion nur mit aktueller Anatomie-Sicherheit.

Falle 2 – Nicht aspiriert → i.v. statt i.m.

APH (gegen Empfehlung eingesetzt) injiziert Depot-Neuroleptikum, aspiriert nicht. Präparat geht i.v., Klient kollabiert. Reanimation.

Schutz: Bei i.m.-Injektion **IMMER aspirieren** (2–3 Sek Spritzkolben zurückziehen). Blut im Konus → **STOPP**, Nadel ziehen, neue Lokalisation. (Gegensätzlich zu s.c.!)

Falle 3 – Spritzenabszess

Hygiene nicht eingehalten (keine Hautdesinfektion vor Stich). 4 Tage später **tief sitzender Abszess**, Hospitalisierung, OP. Klient klagt.

Schutz: Hautdesinfektion + Einwirkzeit (30 Sek). Saubere Technik, Einmal-Nadel, trockenes Tupfer-Set.

Falle 4 – Nadelbruch

Lange Nadel (90°-Stich) wird bei zappelndem Klient verbogen, bricht in der Muskulatur. OP zur Entfernung.

Schutz: Klient instruieren / lagern (entspannte Muskulatur). Nadellänge passend zum Klienten wählen. Bei Unruhe: zweite Person zur Sicherung. Bei Bruch nie ziehen, sofort 112.

Falle 5 – Doppelinjektion durch Doku-Lücke

Klient erhält Depot-Neuroleptikum 14-tägig. Spätschicht und Frühschicht spritzen beide. Klient sediert tagelang.

Schutz: i.m.-Doku immer in der Klientenmappe + im PD-System. Schichtübergabe-Quittung. Wiedervorlage in der Tour.

Falle 6 – Vitamin B12 i.m. ohne aktuelle Verordnung

*PD gibt B12 i.m. 1x/Monat seit 11 Monaten. **Verordnung war 6 Monate.** Retax 5.460 €.*

Schutz: Verordnungs-Wiedervorlage-System (siehe B3 Anhang B).

Falle 7 – Falsche Präparat-Vorbereitung

*Depot-Präparat (visköse Suspension) wird nicht aufgeschüttelt; klares Lösungsmittel injiziert, **Wirkung 0.** Klient rückfällig, Hospitalisierung. Hausarzt entdeckt: Ampulle war nicht geschüttelt.*

Schutz: Beipackzettel-Pflicht bei jedem neuen Depot-Präparat: Schaubild ins Klientenblatt. Präparat lt. Herstelleranleitung vorbereiten (schütteln / temperieren / Eindringtest).

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** Aktuelle HKP-Verordnung + Anordnung mit klarer Indikation. (§ 37 SGB V.)
2. **[Landesvertrag]** Nur PFK oder qualifizierte Person mit Spezial-Schulung i.m. (Anlage des Landes-Rahmenvertrags– in den meisten BL PFK-empfohlen.)
3. **[Helden-Praxistipp]** Präparat-Vorbereitung nach Beipackzettel (schütteln, temperieren). (Praxisempfehlung.)
4. **[Helden-Praxistipp]** Lokalisation: bevorzugt ventrogluteal (von Hochstetter) oder vastus lateralis. (Pflege-Standard zur Nervenschonung.)
5. **[MD/QM-Empfehlung]** Hautdesinfektion + 30 Sek Einwirkzeit. (Hygienestandard, MD-Prüfpunkt.)
6. **[Helden-Praxistipp]** Nadellänge klientangepasst (BMI / Lokalisation). (Praxisempfehlung.)
7. **[Gesetz]** Aspirieren bei i.m.-Injektion (2–3 Sek); Blut im Konus = STOPP + neu lokalisieren. (Sorgfaltspflicht; versehentliche i.v.-Gabe kann lebensbedrohliche Folgen haben.)
8. **[Helden-Praxistipp]** Langsame Injektion, Nadel zügig ziehen, Druck mit trockenem Tupfer. (Bewährte Technik.)
9. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku pro Gabe: Präparat, Charge, Dosis, Lokalisation, HZ. (Audit-Punkt.)
10. **[MD/QM-Empfehlung]** Beobachtung 5–10 Min nach Gabe (Vasovagale Reaktion, Allergie, Schock). (QM-Standard.)

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: Anhang A · i.m.-Doku-Bogen mit Lokalisations-Schema und Aspirations-Quittung.

Anhang A · i.m.-Injektions-Doku (Klientenmappe)

Klient (anonym.): _____ · **Indikation:** _____
Präparat / Präparatname: _____
Dosis / Frequenz: _____ · **Nächste Gabe:** _____

Datum _____ **Präparat-Charge** _____ **Lokalisation** (R/L Glutealquadrant, Vastus lat., Deltoideus) _____ **Aspiration**
o.B.?HZ _____ **Beobachtung 10 Min** _____ **JA / NEIN** _____
Bei Aspiration positiv (Blut): Nadel zügig ziehen, neue Lokalisation, Klient beobachten, Hausarzt informieren.

Vertiefung zum Thema „Intramuskuläre Injektionen (i.m.)“: Pflegeassistent nach LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL B6 · KATEGORIE B · INJEKTIONEN

Impfungen

Impfungen liegen **grundsätzlich beim Arzt**. Pflegekräfte dürfen sie im ambulanten Setting nur in **klar definierten Ausnahmen** verabreichen (z.B. **Grippeimpfung als deleg.** Leistung in den Modellprojekten der ApBetrO seit 2023, Apotheken-Impfungen). Wer hier ohne Rechtsgrundlage spritzt, macht sich **strafbar** (§ 5 HeilprG / unerlaubte Heilkunde).

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG PFA LG1+2 →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	---

1. Bundesrechtliche Grundlage

Heilpraktikergesetz + Strafgesetzbuch: Impfung ist ärztliche Leistung. Ausnahmen:

Apothekenpersonal nach Schulungsnachweis (ApBetrO 2022); **Pflegekraft im Ausnahmefall** nur nach **schriftlicher ärztlicher Delegation + Anwesenheit des Arztes oder ärztliche Erreichbarkeit** (Pandemieregelungen 2020–2023, teilweise verlängert). In der ambulanten Pflege **außerhalb spezieller Modelle:** Impfung nicht delegierbar.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Impfung durch Pflegekraft im ambulanten PD **nicht delegationsfähig außerhalb spezifischer Modellprojekte**. Vor jeder Impfung durch Pflege: **schriftliche Anordnung des Arztes + telefonische Erreichbarkeit + Anaphylaxie-Set**.

3. Impfungen – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Impfungen“
BW	Baden-Württemberg	Apothekenimpfungen seit 2022; Pflege-Impfungen nicht standardisiert.
BY	Bayern	MD Bayern: Impfung durch Pflege nur in Pandemie-Modellprojekten zulässig.
BE	Berlin	Berlin: ggf. Modellprojekt-Teilnahme einzelner PDs.
BB	Brandenburg	Brandenburg: nicht standardisiert.
HB	Bremen	Bremen folgt vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	HH: nur in Modellprojekt-Verbund.
HE	Hessen	Hessen: Pflege-Impfung nicht delegierbar außerhalb Modellprojekt.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen: Apothekenimpfung Grippe seit 2022; Pflege-Standard fehlt.
NW	Nordrhein-Westfalen	Keine standardisierte Pflege-Impfung; Arzttermin organisieren.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL: keine Pflege-Impfung-Standard-LK.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Nicht standardisiert.
ST	Sachsen-Anhalt	Nicht standardisiert.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest-Linie.
TH	Thüringen	Thüringen: nicht standardisiert.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*Wenn Impfung in einem Modellprojekt oder durch ärztliche Einzeldelegation verabreicht wird: **nicht** als reguläre LK Injektion abrechnen, sondern über das jeweilige Modellprojekt oder über Hausarzt-Mitfahrt. **Anaphylaxie-Set** vor Ort Pflicht.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: fehlende rechtliche Voraussetzung der Delegation, fehlende Schulung, Nicht-Erreichbarkeit bei akuter Reaktion.

Pflegefachkraft: Impfung ohne wirksame Delegation = **unerlaubte Heilkunde** (§ 5 HeilprG, Strafe!). Verwechslung Impfstoff / Charge / Klient. Nicht-Erkennen Anaphylaxie.

PDL: Organisationsverschulden, wenn Mitarbeiter:innen ohne wirksame Delegation geimpft haben.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind **frei erfundene Lehrbeispiele**, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind **keine konkreten Gerichtsentscheidungen**, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Grippeimpfung „mal eben“ ohne schriftliche Delegation

PFK impft 7 Stammklient:innen gegen Grippe „weil Hausarzt nie Zeit hat“. Anzeige durch ehemaligen Mitarbeiter: **unerlaubte Heilkunde**, Strafbefehl + PDL-Niederlegung.

Schutz: Niemals ohne klare Delegationsregelung impfen. Stattdessen: mit Hausarzt-Praxis Termine vor Ort organisieren / Hausbesuch Hausarzt.

Falle 2 – Anaphylaxie nach Impfung

Klient kollabiert 8 Min nach Impfung. **Anaphylaktischer Schock**. Pflegekraft hat kein Adrenalin-Set, nicht geschult. Klient stirbt im Krankenhaus.

Schutz: Vor JEDER Impfung: **Anaphylaxie-Set** (Adrenalin-Auto-Injektor, Antihistaminikum, Kortison) + **30 Min Beobachtung**. Schulung Notfall-Anaphylaxie jährlich.

Falle 3 – Impfstoff falsch gelagert

Impfstoff läuft 14 h ohne Kühlung in der Tour-Tasche. Wirksamkeit unklar. Klient:innen müssen nachgeimpft werden, PD muss Verluste tragen + Klient:innen-Vertrauen beschädigt.

Schutz: **Kühlkette** einhalten: Kühltasche + Thermometer + Doku der Temperatur. Standard im QM.

Falle 4 – Impfung in falschen Muskel

PFK impft Tetanus s.c. statt i.m. **Granulom-Bildung**, Schmerzen, Wundheilung gestört.

Schutz: Vor Impfung Hersteller-Empfehlung prüfen (i.m. oder s.c.). Dokumentation der Empfehlung.

Falle 5 – Charge nicht dokumentiert

*Verdachts-Rückruf einer Impfstoff-Charge. PD kann nicht sagen, welche Klient:innen betroffen sind. **RKI-Meldepflicht verletzt.***

Schutz: Chargen-Nr. + Verfallsdatum in jeder Impf-Doku + Klientenmappe. Aufbewahrung 30 Jahre (Impfgesetz).

Falle 6 – Impfausweis nicht eingetragen

Klient verliert Impfausweis. Pflege hat nur in PD-Doku eingetragen, nicht in den Impfausweis des Klienten. Klient kann nicht reisen, Beschwerde.

Schutz: Impfausweis des Klienten immer mit Datum, Charge, Präparat, Stempel/HZ eintragen. Foto-Doku der Eintragung in der PD-Akte.

Falle 7 – Kontraindikation übersehen

Klient hat akuten Infekt mit Fieber. Pflege impft trotzdem. Verschlimmerung des Infekts; Krankenhaus.

Schutz: Pre-Impfung-Check: Akute Erkrankung? Fieber? Schwangerschaft? Allergien? Ärztliche Anordnung trotzdem gültig? Im Zweifel: nicht impfen, Arzt anrufen.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** Rechtsgrundlage: schriftliche ärztliche Delegation + Modellprojekt-Teilnahme. (Heilpraktikergesetz, ApBetrO; ohne wirksame Delegation strafbar.)
2. **[MD/QM-Empfehlung]** Kühlkette dokumentiert (Tasche + Thermometer). (RKI-Empfehlung; im QM-Standard.)
3. **[Gesetz]** Anaphylaxie-Set vor Ort (Adrenalin, Antihistaminikum, Kortison). (Sorgfaltspflicht.)
4. **[MD/QM-Empfehlung]** Pre-Impfung-Check: Infekt? Fieber? Schwangerschaft? Allergie? Anordnung aktuell? (Audit-Punkt.)
5. **[Helden-Praxistipp]** Verabreichungsweg nach Hersteller (i.m. / s.c., Lokalisation). (Beipackzettel-Standard.)
6. **[Helden-Praxistipp]** Aspiration bei i.m.; bei s.c. nicht. (Bewährte Technik.)
7. **[Gesetz]** 30 Min Beobachtung nach Impfung – bei Reaktion Hausarzt / 112. (Sorgfaltspflicht.)
8. **[Gesetz]** Doku Impfausweis Klient + PD-Akte: Präparat, Charge, Verfallsdatum, HZ. (Infektionsschutzgesetz.)
9. **[Gesetz]** RKI-Meldepflicht bei Nebenwirkungen und Verdachtsfällen. (PEI/RKI-Meldebogen.)
10. **[Gesetz]** 30 Jahre Aufbewahrung der Impfdoku. (Infektionsschutzgesetz.)

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Anhang A · Impfdokumentations-Bogen** mit Pre-Check, Anaphylaxie-Beobachtung und RKI-Meldevermerk.

Anhang A · Impfdokumentations-Bogen (PD-Akte)

Klient (anonym.): _____ · **Datum:** _____
Rechtsgrundlage der Pflege-Impfung: _____ (Modellprojekt / schriftliche Delegation Hausarzt Dr. _____)
Impfstoff: _____ · **Hersteller:** _____
Charge: _____ · **Verfallsdatum:** _____
Verabreichungsweg: i.m. / s.c. · **Lokalisation:** _____

Pre-Impfung-Check (jeden Punkt ankreuzen):

- kein akuter Infekt / Fieber
- keine Schwangerschaft (sofern relevant)
- keine bekannte Allergie auf Impfbestandteile
- Anordnung aktuell
- Kühlkette eingehalten (Temperaturlog)
- Anaphylaxie-Set vor Ort

Beobachtung 30 Min: keine Auffälligkeit / Reaktion: _____

Eintrag Impfausweis Klient: [JA / NEIN]

HZ Pflegefachkraft: _____

Bei Reaktion: RKI-Meldebogen an meldepflicht.pei.de

Vertiefung zum Thema „Impfungen“: *Pflegeassistent nach LG1 & LG2.* ·
dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL C1 · KATEGORIE C · KOMPRESSIION

Kompressionsstrümpfe Klasse I (KKL I · 18–21 mmHg)

Leichte Kompression bei **beginnender Varikose**, **Schwangerschafts-Varikose**, schwere Beine, Thrombose-Prophylaxe auf Reisen. **Achtung:** KKL I ist in der HKP-Richtlinie **nur in Ausnahmefällen** verordnungsfähig – regelhaft beginnt die HKP-Versorgung erst bei KKL II. Wer KKL I ohne klare Begründung als HKP-LK abrechnet, riskiert Retax.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Behandlungspflege →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	---

1. Bundesrechtliche Grundlage

§ 37 SGB V i.V.m. **HKP-Richtlinie** § 7 (An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen) und **Hilfsmittel-Richtlinie** des G-BA. **Indikationspflichtig ärztlich verordnet** – die **Hilfsmittelverordnung** (Muster 16) regelt den Strumpf selbst, die **HKP-Verordnung** (Muster 12) regelt das An-/Ausziehen, wenn die Klient:in es selbst nicht leisten kann. **Anordnungsverantwortung** Arzt; **Durchführungsverantwortung** Pflegefachkraft oder ergänzende Pflegekraft. Vor Erstanwendung: **Knöchel-Arm-Index (ABI)** ärztlich erhoben (siehe Kontraindikationen).

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Das reine **An- und Ausziehen** von KKL-I-Strümpfen ist eine pflegerische Tätigkeit, die **in allen 16 Bundesländern** auch durch **Hilfskräfte** erbracht werden kann (Hilfsmittel ohne Eingriff). **HKP-Abrechnung** jedoch nur, wenn die LK nach Landes-Rahmenvertrag vergeben ist und die Klient:in den Strumpf **nachweislich nicht selbst** anziehen kann (z. B. eingeschränkte Hüftbeugung, Adipositas, Rheuma).

3. Kompressionsstrümpfe Klasse I (KKL I · 18–21 mmHg) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Kompressionsstrümpfe Klasse I (KKL I · 18–21 mmHg)“
BW	Baden-Württemberg	Praxisregel: Hausarzt-Diagnose CVI Grad I oder dokumentierte Mobilitätseinschränkung in der HKP-Verordnung.
BY	Bayern	MD Bayern prüft KKL-I-Verordnung gegen Plausibilität (ABI, Diagnose). Ohne CVI-Diagnose oder dokumentierten Hilfebedarf wird gekürzt.
BE	Berlin	Berlin: AOK Nordost; KKL I als HKP-LK nur bei dokumentiertem Hilfebedarf.
BB	Brandenburg	Brandenburg: HKP-LK vs. SGB-XI-LK sauber trennen – reines Hilfsmittel-Anziehen kann auch SGB XI sein.
HB	Bremen	Bremen folgt vdek-Norddeutschland-Linie (analog HH).
HH	Hamburg	Hamburg: KKL I als HKP-LK kritisch – im Zweifel mit Hausarzt-Begründung absichern.
HE	Hessen	Hessen-Rahmenvertrag: Helfer:innen mit Anlagen-Freigabe erlaubt; KKL I als HKP-LK nur mit Hausarzt-Begründung.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie; KKL I selten.
NI	Niedersachsen	Folgt § 132a-Rahmenempfehlung; KKL I HKP-LK selten.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: LK An-/Ausziehen Kompressionsstrümpfe regelhaft ab KKL II. KKL I nur mit dokumentierter Sonderindikation in der HKP-Verordnung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL gemeinsamer Vertrag; KKL I HKP-LK in der Praxis sehr selten.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Sachsen seit 10/2025 kassenartenübergreifend – klare Indikationsprüfung durch MD.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST: KKL I HKP-LK nur mit Sonderindikation.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest deckt SH+NRW – NRW-Linie analog.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard: PFK oder dokumentierte Helfer:innen-Qualifikation; KKL I HKP-LK selten.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

Kompressionsstrumpf-Anziehen ist eine eigene LK (An- und Ausziehen zählt zusammen, einmal täglich, in der Regel morgens). **Nicht kombinierbar** mit „An- und Auskleiden“ (SGB XI) am selben Einsatz, wenn das Kompressions-An-/Ausziehen bereits separat abgerechnet wird. **Zweimal täglich** (morgens an, abends aus) nur, wenn der Tourplan zwei separate Einsätze erfordert – im Standardfall ist Ausziehen Aufgabe der Klient:in oder Angehörigen.

5. Haftungs-Architektur

Arzt haftet bei: falscher Indikationsstellung, fehlender ABI-Messung vor Erstanwendung, fehlender Prüfung von Kontraindikationen (pAVK, decomp. Herzinsuffizienz, septische Phlebitis). § 280 BGB, § 823 BGB.

Pflegefachkraft haftet bei: Anziehen trotz erkennbarer Kontraindikationen (Druckschäden, kalte Füße, Hautveränderungen), falscher Anziehtechnik (Faltenbildung, Drucknekrose), Nicht-Beobachtung von Druckschäden, lückenhafter Doku.

Pflegedienstleitung haftet für Organisationsverschulden (§ 831 BGB): fehlende Schulung zur Anziehtechnik, fehlende Beobachtungsstandards, Einsatz nicht qualifizierter Helfer:innen.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind **frei erfundene Lehrbeispiele**, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind **keine konkreten Gerichtsentscheidungen**, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – KKL I ohne ABI-Messung angezogen

PD „Linde“ (HE, 28 Klient:innen) zieht Frau K. (82 J., diabetisch) Strumpf an, ohne dass ABI vorliegt. Klientin hat unerkannte pAVK (ABI 0,4). Nach 3 Wochen schwarze Zehe, Hospitalisierung, Amputation. Familie klagt: Hausarzt wegen fehlender ABI-Prüfung, PFK wegen Nicht-Erkennen der Anzeichen.

Schutz: Vor Erstanwendung ABI (knoechelseitiger Druck/Arm-Druck) vom Hausarzt schriftlich anfordern. ABI < 0,9 = Rückfrage; < 0,5 = absolute Kontraindikation. Diabetiker mit Neuropathie sind **besonders gefährdet**.

Falle 2 – Faltenbildung → Drucknekrose

APH zieht Strumpf hektisch an, Falte am Sprunggelenk bleibt. Nach 8 Tagen **tiefe Drucknekrose** mit Wundinfektion. Hospitalisierung, MD-Note 4 wegen unsachgemäßer Anlage.

Schutz: Faltenfrei anziehen (Anziehhilfe, ggf. Gummihandschuhe, Strumpf-Überzug). Strumpf glatt streichen, Bund nicht umschlagen, Spitze am Zeh richtig positionieren.

Falle 3 – KKL I HKP-LK abgerechnet ohne Indikation

PD rechnet bei Frau M. (Schwangerschaft, KKL I „leichte Beine“) über 6 Monate die HKP-LK ab. MD-Prüfung: keine CVI-Diagnose, kein dokumentierter Hilfebedarf → **Retax 6 Monate** + MD-Note „Auffälligkeit Abrechnung“.

Schutz: HKP-LK nur, wenn (1) verordnet und (2) Klient:in den Strumpf **nachweislich nicht selbst** anziehen kann. Hilfebedarf in der Pflegeplanung dokumentieren (Mobilität, Rumpfbeugung, Adipositas).

Falle 4 – Strumpf über Nacht angelassen

*Pflegekraft vergisst, Strumpf abends auszuziehen. Klient:in trägt ihn 22 Std. **Venenstauung**, nächtliche Schmerzen, am nächsten Tag livide Verfärbung.*

Schutz: Anziehen morgens vor dem Aufstehen, ausziehen vor dem Schlafen. Wenn Pflegedienst nur einmal kommt: Angehörige in das Ausziehen einweisen, schriftlich vermerken.

Falle 5 – Strumpf nicht gewechselt

Klient trägt denselben Strumpf 9 Monate. Material ermüdet, Kompressionsdruck unter Wirkschwelle. Hausarzt verordnet neu, MD bemängelt fehlende Strumpf-Wechsel-Doku in der HKP-Akte.

Schutz: Lebensdauer KKL: ca. 6 Monate bei täglichem Tragen + vorsichtigem Waschen. Wechsel-Datum in HKP-Akte; Erinnerungs-Mail an Hausarzt 4 Wochen vorher.

Falle 6 – Hautveränderungen ignoriert

Pflegekraft sieht eine kleine Druckstelle am Sprunggelenk, denkt „wird schon“. Eine Woche später offene Wunde, Klient klagt über Schmerzen.

Schutz: Vor JEDEM Anziehen die Haut inspizieren: Rötung, Druck, kalte Stellen, Hautveränderungen. Abweichung > Bagatelle → Pflegekontakt-Notiz + Hausarzt informieren.

Falle 7 – Verwechslung KKL I vs. Anti-Thrombose-Strumpf

*Klientin hat post-OP MTS (Anti-Thrombose-Strumpf, weiß, 18 mmHg) und KKL I (hautfarben, 18–21 mmHg). Mitarbeiter:in zieht falschen an. **MTS hat keine Stufung** – ineffektiv außer im Liegen.*

Schutz: Strumpf-Typ klar in HKP-Akte: MTS = nur im Liegen (post-OP), KKL = im Stehen. Verwechslung vermeiden durch farbliche Kennzeichnung und Lager-Aufkleber.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** Hilfsmittel-Verordnung (Muster 16) vorhanden mit Klasse, Länge (Wade / Oberschenkel / Strumpfhose) und Größe. (Hilfsmittel-Richtlinie, § 33 SGB V.)
2. **[Gesetz]** HKP-Verordnung (Muster 12) deckt LK An-/Ausziehen, wenn Klient:in es nicht selbst kann. (§ 37 SGB V + HKP-RL § 7.)
3. **[Gesetz]** ABI ärztlich erhoben vor Erstanwendung; bei Diabetiker:innen und unklarem ABI Rückfrage Hausarzt. (Sorgfaltspflicht; ABI < 0,5 = absolute Kontraindikation.)
4. **[Landesvertrag]** Stellende Person nach Landes-Rahmenvertrag freigegeben; reines Anziehen meist auch durch Hilfskräfte erlaubt (siehe Anlagen des Bundeslands).
5. **[Helden-Praxistipp]** Hautinspektion vor jedem Anziehen: Rötung, Druck, kalte Stellen, Hautveränderungen. Abweichung dokumentieren. (Bewährter Hausstandard.)
6. **[Helden-Praxistipp]** Faltenfrei anziehen mit Anziehhilfe / Gummihandschuhen; Strumpf glatt streichen, Bund nicht umschlagen. (Praxisempfehlung gegen Drucknekrose.)
7. **[Helden-Praxistipp]** Anziehzeitpunkt: morgens vor dem Aufstehen, Ausziehen vor dem Schlafen. Bei Einmal-Einsatz Angehörige in Ausziehen einweisen. (Etablierter Standard.)
8. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku pro Einsatz: angezogen / ausgezogen, Hautbefund, Auffälligkeit, HZ. (Audit-Punkt; MD prüft Hautbeobachtungs-Doku.)
9. **[MD/QM-Empfehlung]** Strumpf-Wechsel-Erinnerung: Lebensdauer ca. 6 Monate; Wechsel-Datum in HKP-Akte; Hausarzt 4 Wochen vor Ablauf informieren. (QM-Standard.)
10. **[Landesvertrag]** Kombi-Verbot: LK An-/Ausziehen Kompression nicht zusätzlich zur LK An-/Auskleiden (SGB XI) im selben Einsatz abrechnen – Doppelabrechnung wird gekürzt.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Anhang A · Kompressions-Anziehnachweis** mit Hautbefund-Feld und Wechsel-Erinnerung.

Anhang A · Kompressions-Anziehnachweis (Klientenmappe)

Klient (anonym.): _____ · **Klasse:** KKL I · **Länge:** _____

Indikation: _____ · **ABI Hausarzt:** _____

Strumpf neu seit: _____ · **Wechsel-Wiedervorlage:** _____

Datum Angezogen Ausgezogen Hautbefund Auffälligkeit HZ _____

Eskalation: Bei Rötung > 30 Min nach Ausziehen / Druckstellen / kalten Füßen / Schmerzen → Hausarzt informieren, Strumpf **nicht anziehen**, PDL melden.

Vertiefung zum Thema „Kompressionsstrümpfe Klasse I (KKL I · 18–21 mmHg)“:

Behandlungspflege LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-1g1-1g2

KAPITEL C2 · KATEGORIE C · KOMPRESSION

Kompressionsstrümpfe Klasse II (KKL II · 23–32 mmHg)

Die **Hauptklasse** in der ambulanten Pflege: chronisch venöse Insuffizienz (CVI), Lipödem, Z.n. tiefer Venenthrombose (TVT), leichte bis mittelschwere Beinschwellung, oberflächliche Varikose. **Regelhaft HKP-verordnungsfähig** – aber auch hier gilt: ohne ABI-Messung, ohne Hautinspektion und ohne saubere Anziehtechnik werden aus Therapie schnell Druckschäden.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 2	PASSENDE SCHULUNG Behandlungspflege →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	---

1. Bundesrechtliche Grundlage

§ 37 SGB V + HKP-RL § 7. KKL II ist in der HKP-RL **regelmäßig verordnungsfähig**. Anordnungsverantwortung Arzt, Durchführungsverantwortung Pflegefachkraft / ergänzende Pflegekraft. **ABI-Pflicht** vor Erstanwendung; bei Diabetiker:innen mit Neuropathie zusätzlich klinische Prüfung. Hilfsmittelverordnung (Muster 16) für den Strumpf selbst.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Pflegefachkraft uneingeschränkt. **Ergänzende Pflegekräfte** nach Anlage des Landes-Rahmenvertrags + dokumentierter Schulung „Kompressionstherapie“. KKL II ist das **volumenstärkste** HKP-LK-Segment in der Kompression – in der Tourplanung morgens entsprechend berücksichtigen (10–15 Minuten pro Klient:in).

3. Kompressionsstrümpfe Klasse II (KKL II · 23–32 mmHg) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Kompressionsstrümpfe Klasse II (KKL II · 23–32 mmHg)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW-Anlage: Helfer:innen mit dokumentierter Kompressions-Schulung.
BY	Bayern	MD Bayern: KKL-II-Versorgung in der HKP gut etabliert; MD prüft Plausibilität gegen Diagnose CVI / TVT / Lipödem.
BE	Berlin	Berlin: AOK Nordost; Schulungsnachweise Kompression jährlich aufzufrischen.
BB	Brandenburg	Brandenburg: HKP-LK An-/Ausziehen klar von SGB-XI-LK trennen.
HB	Bremen	Bremen folgt vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: Helfer:innen unter Verantwortung der Pflegefachkraft; Druckschäden-Monitoring im PD-QM.
HE	Hessen	Hessen: Personalübersicht mit Schulungsnachweisen Pflicht.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt § 132a-Rahmenempfehlung.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: An-/Ausziehen KKL II durch ergänzende Pflegekraft nach Zusatzschulung. PDL-Freigabe schriftlich.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL gemeinsamer Vertrag.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Sachsen: kassenartenübergreifender Versorgungsvertrag 10/2025 harmonisiert Helfer:innen-Qualifikation.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST publiziert Verträge.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest; NRW-Anlage-Linie analog.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard: PFK + Stellvertretung; Helfer:innen mit landesspezifischer Zusatzqualifikation.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*Eigene LK **An-/Ausziehen Kompressionsstrümpfe**. Nicht kombinierbar mit SGB-XI-LK An-/Auskleiden im selben Einsatz, wenn Kompression separat abgerechnet wird.*

***Zweimal-täglich-Doppel-LK** ist die Ausnahme (zwei separate Einsätze morgens/abends), nicht die Regel.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: fehlende ABI-Prüfung, fehlerhafte Indikationsstellung, Nicht-Reagieren auf gemeldete Druckschäden. § 280, § 823 BGB.

Pflegefachkraft: Anziehen trotz Kontraindikation, Faltenbildung → Drucknekrose, Nicht-Beobachtung der Haut, fehlende Eskalation bei Auffälligkeit, lückenhafte Doku.

PDL: Organisationsverschulden bei fehlender Anziehtechnik-Schulung, fehlendem Beobachtungsstandard, Einsatz nicht qualifizierter Kräfte.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – pAVK übersehen, KKL II angezogen

*Diabetiker mit ABI 0,6 (unerkannt). PD zieht KKL II täglich an. Nach 5 Wochen **arterielle Mangeldurchblutung**, Nekrose, Amputation am Vorfuß.*

Schutz: ABI < 0,9 = Rückfrage Hausarzt, < 0,8 = Rücksprache mit Pflegekasse erforderlich, < 0,5 = absolute Kontraindikation. Bei Diabetes Neuropathie zusätzlich klinische Prüfung (Fuß-Pulse, Hautfarbe).

Falle 2 – Anziehhilfe nicht verwendet → Rückenschaden Pflegekraft

*APH zieht KKL II ohne Anziehhilfe an; Hochziehen erfordert starke Kraft. **Bandscheibenvorfall** der Pflegekraft, BGW-Berufskrankheit, Krankschreibung 12 Wochen.*

Schutz: Anziehhilfe ist Pflicht ab KKL II (z.B. Easy-Slide, Magnide, Doff 'n' Donner). Schulung „Rückenschonendes Anziehen“ im QM verankern.

Falle 3 – Strumpf bei akuter Wundrotation angezogen

Klient mit kleiner Ulcus-cruis-Läsion. PFK zieht Strumpf über den Verband. Verband verrutscht, Wunde reibt am Strumpf, Infektion.

Schutz: Bei offener Wunde: Kompression nur als **Kompressionsverband** (siehe C4), nicht als Strumpf. Außer auf ausdrückliche ärztliche Anordnung mit definiertem Verbandssystem unter dem Strumpf.

Falle 4 – Stempel-LK ohne Hautbefund-Doku

*MD-Prüfung NRW: 6 Klient:innen, täglich abgerechnet, aber **kein Hautbefund** in den Dokus. **Kürzung 4 Wochen** + MD-Note 4.*

Schutz: Pro Einsatz **kurzer Hautbefund** dokumentieren: o.B. / Rötung / Druckstelle. Standardkürzel im QM (HBoB / HBR / HBD).

Falle 5 – Strumpf zu klein verordnet

*Klient nimmt zu, Strumpf würgt am Oberschenkel. **Stauungsödem** oberhalb des Strumpfes. Klient klagt über Schmerzen.*

Schutz: Strumpf-Maße quartalsweise prüfen (Knieumfang, Wadenumfang, Sprunggelenksumfang). Bei Gewichtsveränderung Hausarzt informieren → neue Hilfsmittel-Verordnung.

Falle 6 – Strumpf bei dekomp. Herzinsuffizienz angezogen

*Klient hat dekompensierte Herzinsuffizienz, Ödem ist kardiogen. KKL II **verschiebt Volumen ins Herz**, Lungenödem, Notarzt.*

Schutz: Dekompensierte Herzinsuffizienz = relative Kontraindikation. Bei Verdacht (Atemnot, Beinschwellung an beiden Beinen, Gewichtszunahme > 2 kg in 3 Tagen) Strumpf **nicht anziehen**, Hausarzt anrufen.

Falle 7 – Familie zieht Strumpf zusätzlich an

*PD zieht morgens KKL II an. Tochter zieht nachmittags **einen zusätzlichen MTS drüber**, weil „mehr hilft mehr“. Druckschäden, Hospitalisierung.*

Schutz: Angehörige aktiv aufklären: zwei Strümpfe = Schaden, nicht Nutzen. Standardisierter Info-Flyer in der Klientenmappe (Anhang B).

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** Hilfsmittelverordnung KKL II + HKP-Verordnung An-/Ausziehen vorhanden. (§ 33 + § 37 SGB V.)
2. **[Gesetz]** ABI ärztlich dokumentiert; bei < 0,9 Rückfrage, < 0,5 keine Kompression. (Sorgfaltspflicht.)
3. **[Landesvertrag]** Anziehende Person nach Anlage des Landes-Rahmenvertrags qualifiziert; Schulung „Kompressionstherapie“ dokumentiert.
4. **[Helden-Praxistipp]** Anziehhilfe verwenden (Easy-Slide, Magnide, Doff'n'Donner). Schützt Klient:innenhaut UND Pflegekraft-Rücken.
5. **[MD/QM-Empfehlung]** Hautinspektion vor + nach Ausziehen dokumentiert (Rötung, Druckstellen, Hautfarbe). (Audit-Punkt.)
6. **[Helden-Praxistipp]** Faltenfrei anziehen, Bund nicht umschlagen, Spitze korrekt positioniert. (Praxisempfehlung.)
7. **[Gesetz]** Kontraindikationen beachten: pAVK schwer, dekomp. Herzinsuffizienz, septische Phlebitis, akute Beinphlegmone, ärztlich geweckte Hautveränderung.
8. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku pro Einsatz: angezogen, ausgezogen, Hautbefund-Kürzel, HZ. Keine Sammeleinträge. (MD-Prüfpunkt.)
9. **[MD/QM-Empfehlung]** Strumpf-Maße quartalsweise prüfen; Gewichtsveränderung → Hausarzt informieren, neue Verordnung. (QM-Standard.)
10. **[Landesvertrag]** Keine Doppelabrechnung mit SGB-XI-LK An-/Auskleiden im selben Einsatz.

8. Mustertexte & Vorlagen

Zwei Vorlagen: **Anhang A · KKL-II-Anziehnachweis** + **Anhang B · Info-Flyer für Angehörige** („Warum nur ein Strumpf“).

Anhang A · KKL-II-Anziehnachweis (Klientenmappe)

Klient (anonym.): _____ · **Klasse:** KKL II · **Länge:** _____
Indikation: _____ · **ABI Hausarzt (Datum):** _____
Strumpf neu seit: _____ · **Wechsel-Wiedervorlage:** _____
Letzte Maß-Prüfung: _____ (quartalsweise)

Datum Angezogen HZ Hautbefund vor Ausgezogen HZ Hautbefund
nach Auffälligkeit _____

Kürzel-Konvention (im QM-Standard verankern):

• HBoB = Haut o.B. • HBR = Rötung • HBD = Druckstelle • HBN = neue Wunde → SOFORT Hausarzt informieren.

Anhang B · Info-Flyer Angehörige „Warum nur ein Strumpf“

Liebe Angehörige,

Ihr:e Familienangehörige:r trägt einen Kompressionsstrumpf der Klasse II. Dieser Strumpf ist **medizinisch genau dosiert**: er übt 23–32 mmHg Druck am Knöchel aus und nimmt nach oben hin ab. So unterstützt er den Rückfluss des Blutes Richtung Herz.

Bitte beachten Sie:

- Es darf **nur ein** Strumpf getragen werden – nicht zwei übereinander.
- Strumpf **morgens vor dem Aufstehen** anziehen, **vor dem Schlafen** ausziehen.
- Bei **Rötung, Druckstellen, kalten Füßen** oder **Schmerzen**: Strumpf **nicht anziehen** und uns / den Hausarzt informieren.
- Strumpf **handwäsche** oder **Schonwaschgang 30°C**, nicht im Trockner. Lebensdauer ca. 6 Monate.

Wir sind für Sie da: **[Telefon Pflegedienst] · [E-Mail]**

Vielen Dank für Ihr Vertrauen – Ihr Pflegedienst.

Vertiefung zum Thema „Kompressionsstrümpfe Klasse II (KKL II · 23–32 mmHg)“:
Behandlungspflege LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-ig1-ig2

KAPITEL C3 · KATEGORIE C · KOMPRESSION

Kompressionsstrümpfe Klasse III (KKL III · 34–46 mmHg)

Starke Kompression bei **schwerer CVI, postthrombotischem Syndrom, Lymphödem Stadium II** und nach **Ulcus cruris venosum**. KKL III ist **nur mit Anziehhilfe** sicher zu handhaben – sowohl für die Klient:in als auch für den Rücken der Pflegekraft. Die Klasse trennt geschultes von ungeschultem Personal.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Behandlungspflege →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	---

1. Bundesrechtliche Grundlage

§ 37 SGB V + HKP-RL § 7. KKL III ist HKP-fest verordnungsfähig; die Indikation ist medizinisch streng (schwere CVI, PTS, Lymphödem). **ABI vor Erstanwendung Pflicht**; regelmäßige Re-Evaluation. Hilfsmittelverordnung Muster 16. Ergänzende Pflegekraft nur nach Anlage des Landes-Rahmenvertrags + spezifischer Schulung Kompressionstherapie.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Pflegefachkraft Standard. **Ergänzende Pflegekraft** nur in BL, deren Anlage explizit KKL III einschließt, und nur mit **dokumentierter Spezialschulung**. Praxisempfehlung: **KKL III nur durch geschulte Kräfte**, da Anziehfehler bei hohem Kompressionsdruck schwerwiegende Folgen haben können.

3. Kompressionsstrümpfe Klasse III (KKL III · 34–46 mmHg) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Kompressionsstrümpfe Klasse III (KKL III · 34–46 mmHg)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: KKL III bevorzugt durch PFK; Helfer:innen mit dokumentierter Praxis-Hospitation.
BY	Bayern	MD Bayern: KKL III – Indikation streng geprüft, Schulung im QM dokumentiert.
BE	Berlin	Berlin: AOK Nordost; KKL III nur durch geschultes Personal.
BB	Brandenburg	Brandenburg: HKP-LK Kompression klar von SGB-XI-LK abgrenzen.
HB	Bremen	Bremen folgt vdek-Norddeutschland-Linie.
HH	Hamburg	Hamburg: Helfer:innen mit KKL-III-Schulung nachweispflichtig im PD-QM.
HE	Hessen	Hessen: Personalmindeststandard für KKL III explizit geprüft.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen: KKL III nach § 132a-Rahmenempfehlung + landesspezifischer Anlage.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: KKL III nur nach besonderer Schulung „Kompressionstherapie“ durch ergänzende Pflegekraft.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL: KKL III bevorzugt PFK.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Sachsen: Versorgungsvertrag 10/2025; KKL III Schulungsnachweis Pflicht.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST: KKL III nur mit Schulungsnachweis.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest; NRW-Anlage-Linie analog.
TH	Thüringen	Thüringen: KKL III bevorzugt PFK; Helfer:innen nur mit dokumentierter Spezialschulung.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

Eigene LK An-/Ausziehen Kompressionsstrumpf (gleich KKL II). KKL III ist **nicht höher abrechenbar** als KKL II, obwohl der Aufwand höher ist – der Mehraufwand muss über die Tour-Planung (längerer Zeitslot) abgebildet werden, nicht über zusätzliche LK. Bei Lymphödem ggf. Kombination mit **manueller Lymphdrainage** (verordnet, durch Therapeut:in).

5. Haftungs-Architektur

Arzt: fehlende ABI/klinische Prüfung, falsche Indikationsstellung, Nicht-Reagieren auf gemeldete Druckschäden.

Pflegefachkraft: Anziehen ohne Anziehhilfe trotz BGW-Standard, Faltenbildung → Drucknekrose, Anziehen trotz Kontraindikation, lückenhafte Doku der Druckmanagement.

PDL: Organisationsverschulden bei Einsatz nicht qualifizierter Helfer:innen, fehlender KKL-III-Schulung im QM-Standard, fehlendem Anziehhilfen-Bestand in der Tour-Tasche.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – KKL III ohne Anziehhilfe gerätücher

APH zieht KKL III mit bloßen Handschuhen. Strumpf reibt am Sprunggelenk (Faltenbildung) und an der Achillessehne. **Hautablation**, Wundinfektion, Hospitalisierung.

Schutz: Anziehhilfe ist Pflicht ab KKL II – und unverzichtbar bei KKL III. Bestand: 1 Anziehhilfe je Klient:in zuhause + 1 in der Tour-Tasche für Notfälle.

Falle 2 – KKL III über Ulcus-cruris-Verband angezogen

PFK zieht KKL III über frischen Wundverband. Wundsekret feuchtet Strumpf an, Infektion + Mazeration.

Schutz: Bei offener Wunde KKL III **nicht** verwenden; stattdessen **Kompressionsverband** (siehe C4) oder spezielles Ulcus-Strumpfsystem (z.B. UlcerCare, JuxtaCures) auf ärztliche Anordnung.

Falle 3 – KKL III bei dekomp. Herzinsuffizienz

Klientin mit dekompensierter Herzinsuffizienz. KKL III mobilisiert über 1.500 ml Volumen ins Zentralvenensystem. **Lungenödem**, Notarzt.

Schutz: Dekomp. Herzinsuffizienz ist KO-Kriterium. Bei beidseitiger Beinschwellung + Atemnot + Gewichtszunahme > 2 kg/3 Tage: Strumpf **aussetzen**, Hausarzt sofort.

Falle 4 – Strumpf gerissen, weiter verwendet

KKL III hat Laufmasche an der Wade. Pflegekraft zieht ihn 3 Wochen weiter an, weil „Nachbestellung dauert“. Kompressionsdruck im gerissenen Bereich = 0, ungleichmäßige Therapie, Stauungsödem.

Schutz: Defekter Strumpf = sofort tauschen. Reservestrumpf in der HKP-Akte vermerken; Hausarzt-Rezept-Anforderung bei Reaktion < 7 Tagen sicherstellen.

Falle 5 – Rückenschaden Pflegekraft bei KKL III

*Junge APH zieht KKL III an einer adipösen Klientin. **Akute LWS-Distorsion**, BGW-Meldung, Krankschreibung 6 Wochen.*

Schutz: BGW-Standard: Anziehhilfe + ergonomische Lagerung der Klient:in (Bein hoch, Rücken gerade). Schulung „Rückenschonendes Arbeiten“ jährlich verpflichtend.

Falle 6 – Lymphödem-Pflege ohne Lymphdrainage

PD versorgt Lymphödem-Klientin nur mit KKL III, ohne MLD (manuelle Lymphdrainage). Volumenreduktion stagniert.

Schutz: Lymphödem-Therapie = Kompression + MLD + Bewegung. PD koordiniert mit Lymphtherapeut:in, ärztl. Verordnung MLD sicherstellen.

Falle 7 – KKL III ohne Re-Evaluation 14 Monate

*Klient bekommt KKL III dauerhaft, ABI 14 Monate alt. ABI hat sich verschlechtert (Diabetes). **Druckschäden + arterielle Mangel durchblutung.***

Schutz: Re-Evaluation ABI mindestens jährlich, bei Diabetes alle 6 Monate. Erinnerung in der HKP-Akte + Hausarzt-Mail.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** Hilfsmittelverordnung KKL III + HKP-Verordnung An-/Ausziehen. (§ 33 + § 37 SGB V.)
2. **[Gesetz]** Aktueller ABI (max. 12 Mon., Diabetes 6 Mon.) und Prüfung auf Kontraindikationen. (Sorgfaltspflicht.)
3. **[Landesvertrag]** Anziehende Person mit **Spezierschulung KKL III** nach Landes-Anlage; im Zweifel nur PFK.
4. **[Gesetz]** Anziehhilfe Pflicht: Easy-Slide, Magnide, Doff'n'Donner. (BGW-Standard zur Schadenvermeidung.)
5. **[MD/QM-Empfehlung]** Hautinspektion + Druckpunkt-Kontrolle vor und nach Ausziehen, dokumentiert. (Audit-Punkt.)
6. **[Helden-Praxistipp]** Klient ergonomisch lagern: Bein hoch, Knie leicht gebeugt; Rücken der Pflegekraft gerade. (BGW-Empfehlung.)
7. **[Gesetz]** Kontraindikationen: pAVK schwer, dekomp. Herzinsuffizienz, septische Phlebitis, Verband über Wunde.
8. **[Helden-Praxistipp]** Defekter Strumpf = sofort tauschen; Reserve-Strumpf in HKP-Akte vermerkt. (Hausstandard.)
9. **[MD/QM-Empfehlung]** Re-Evaluation ABI jährlich (Diabetes halbjährlich), im QM-Standard verankert.
10. **[Landesvertrag]** Keine Doppelabrechnung mit SGB-XI-LK An-/Auskleiden; KKL III ist nicht höher als KKL II abrechenbar.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Anhang A · KKL-III-Schulungs- und Anziehnachweis.**

Anhang A · KKL-III-Schulungs- und Anziehnachweis

Mitarbeiter:in: _____ · **Geburtsdatum:** _____

Hiermit bestätige ich, dass [Name] die Schulung „Anziehen von Kompressionsstrümpfen KKL III“ absolviert hat:

Inhalte (8 UE):

1. Indikationen (CVI III, PTS, Lymphödem II)
2. Kontraindikationen (pAVK, Herzinsuff. dekomp., Phlebitis)
3. ABI-Verständnis und Rückfrage-Kompetenz
4. Hautinspektion + Druckpunkt-Erkennung
5. Anziehhilfen (Easy-Slide, Magnide, Doff'n'Donner)
6. Rückenschonendes Anziehen (BGW)
7. Eskalations-Regeln (Druckschäden, defekter Strumpf)
8. Praxis-Hospitation (3 Anziehungen unter Aufsicht, 0 Fehler)

Praxisanleiter:in: [Name, Datum, Unterschrift]

PDL-Freigabe: [Name, Datum, Unterschrift]

Re-Evaluation: [Datum + 6 Monate]

Vertiefung zum Thema „Kompressionsstrümpfe Klasse III (KKL III · 34–46 mmHg)“:
Behandlungspflege LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-ig1-ig2

KAPITEL C4 · KATEGORIE C · KOMPRESSSION

Kompressionsverbände (Phasen-Kompression, Pütter-/Sigg-/Fischer-Verband)

Bei **akuter Entstauungsphase** (Ulcus cruris venosum, akute TVT-Nachbehandlung, Lymphödem-Initialphase) ist der **Kompressionsverband** Goldstandard. Anders als Strümpfe lässt sich seine Druckwirkung **individuell anpassen**. Anlegen ist Handwerk: ohne Schulung entstehen schnell Druckschäden oder ineffektive Verbände. Empfohlen: **Pflegefachkraft mit Kompressions-/Wundexpertise**.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 2	PASSENDE SCHULUNG Behandlungspflege →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	---

1. Bundesrechtliche Grundlage

§ 37 SGB V + HKP-RL § 31 (Wundversorgung) bzw. § 7 (Kompression). Der Kompressionsverband ist HKP-Leistung; verordnungspflichtig. **Anordnungsverantwortung** Arzt mit Verbandsystem + Phase (Entstauung vs. Erhaltung). **Durchführungsverantwortung** Pflegefachkraft oder ergänzende Pflegekraft mit **dokumentierter Kompressions-Schulung**. Bei Ulcus cruris venosum kombiniert mit Wundversorgung (siehe Kategorie D).

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Pflegefachkraft Standard. **Ergänzende Pflegekraft** nur mit **spezifischer Schulung Kompressionstherapie** (8–16 UE + Praxis-Hospitation). **Wundexpertin ICW** = höchste Praxis-Empfehlung bei Ulcus cruris. **Erstanlage** immer durch PFK, Folgeanlagen ggf. durch geschulte Helfer:innen unter Aufsicht.

3. Kompressionsverbände (Phasen-Kompression, Pütter-/Sigg-/Fischer-Verband) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Kompressionsverbände (Phasen-Kompression, Pütter-/Sigg-/Fischer-Verband)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Erstanlage PFK; Folgeanlagen durch geschulte Helfer:innen möglich.
BY	Bayern	MD Bayern: Kompressionsverband bevorzugt PFK / Wundexpertin ICW.
BE	Berlin	Berlin: AOK Nordost; Helfer:innen-Quali nach Anlage.
BB	Brandenburg	Brandenburg: HKP-LK Wundversorgung + Kompression klar abgrenzen.
HB	Bremen	Bremen folgt vdek-Norddeutschland-Linie.
HH	Hamburg	Hamburg: Helfer:innen mit dokumentierter Wund- und Kompressions-Schulung; Erstanlage PFK.
HE	Hessen	Hessen: Schulungsnachweise Kompression + Wundversorgung im Personalakt.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt § 132a-Rahmenempfehlung.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: Kompressionsverband durch ergänzende Pflegekraft nur nach zertifizierter Schulung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL: PFK bevorzugt.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Sachsen: Versorgungsvertrag 10/2025 standardisiert Helfer:innen-Schulung Kompression.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST: Schulungsnachweise Pflicht.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest; NRW-Anlage-Linie.
TH	Thüringen	Thüringen: Kompressionsverband bevorzugt PFK / Wundexpertin.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*Eigene LK **Kompressionsverband** (separat von „An-/Ausziehen Kompressionsstrumpf“). Bei **Ulcus cruris venosum** wird i. d. R. kombiniert mit LK **Wundversorgung** (Kategorie D) – **beide LKs** sind abrechenbar, wenn beide separat in der HKP-Verordnung benannt sind. **Phasenwechsel**: Entstauung (initial, täglich) → Erhaltung (Strumpf oder Wechsel-Verband). Phasenwechsel muss ärztlich angeordnet und in der HKP-Akte sichtbar sein.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: fehlende Indikationsstellung (Phase, Verbandssystem), fehlende ABI/klinische Prüfung, Nicht-Reagieren auf Komplikationen.

Pflegfachkraft: **Drucknekrose** durch zu festen Verband, **ineffektiver Verband** durch zu lockere Wickelung, falsche Wickeltechnik (z. B. Pütter ohne Pelotten), fehlende Doku der Kompressionsphase, unterlassene Eskalation bei Schmerzen/Hämatom.

PDL: Organisationsverschulden bei fehlender Schulung, fehlendem Verbandmaterial in der Tour, Einsatz nicht qualifizierter Helfer:innen.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Verband zu fest → Drucknekrose

APH wickelt Kurzzugbinde mit zu hohem Zug. **Drucknekrose** über dem Sprunggelenk, 4 cm tief. Hospitalisierung.

Schutz: Wickeltechnik: **Druck am Knöchel ca. 35–40 mmHg, nach oben abnehmend.** Pütter-Technik mit zwei Kurzzugbinden (eine von außen innen, eine von innen außen) ermöglicht Druckverteilung. Schulung Pflicht.

Falle 2 – Verband zu locker → keine Wirkung

Neue PFK wickelt vorsichtig, Druck nur 15 mmHg. **Ulcus heilt nicht**, wird größer, Klientin verzweifelt.

Schutz: Wirksamkeit prüfen: Druck am Knöchel mit Verband-Handmessgerät (Picopress) oder geschulte Schätzung. Pflegestandard: Wickeltechnik dokumentiert + quartalsweise Re-Schulung.

Falle 3 – Pelotten vergessen

Pflege wickelt ohne Pelotten an Achillessehne und Sprunggelenk. Kompression unterscheidet nicht zwischen anatomischen Engstellen und Weichteilen → **Druckschäden** an den Engstellen.

Schutz: Pelotten / Polster an den anatomischen Engstellen (Sprunggelenk, Achillessehne, Schienbeinkante) Pflicht. Schaumstoff-Pelotten oder fertige Pads aus Verbandkasten.

Falle 4 – Verband über Nacht angelassen

Klient trägt Kompressionsverband 36 Stunden. Verband rutscht, Druck wandert, lokale Stauung → **Hautblase**.

Schutz: Tagestrageschema: Anlegen morgens, Ausziehen abends (außer ärztlich anders angeordnet, z. B. permanente Kompression bei akutem Lymphödem). Verband **nicht länger als 24 Std.** ohne Wechsel.

Falle 5 – pAVK übersehen

*Diabetiker mit unerkanntem ABI 0,5. Kompressionsverband über 2 Wochen, **arterielle Nekrose** der Zehen, Amputation.*

Schutz: ABI VOR Erstanlage bei jedem Klient:innen mit Risikofaktoren (Diabetes, Raucher, > 60 J.). < 0,5 = absolute Kontraindikation.

Falle 6 – Wundverband + Kompression durcheinander

Pflege wickelt Verband über alte Wundauflage (nicht gewechselt). Wunde mazeriert, Infektion.

Schutz: Reihenfolge: 1. Wunde reinigen, 2. neue Wundauflage, 3. Polster (z.B. Wattebänder), 4. Kurzzug-Bandage, 5. Fixierbinde. Wundwechsel-Doku in HKP-Akte.

Falle 7 – Verband bei Ulcus arteriosum statt venosum

Hausarzt diagnostiziert „Ulcus cruris“ ohne Differenzialdiagnose. Pflege wickelt – es ist arteriell, Druck verschlechtert die Lage.

Schutz: Vor Erstanlage Diagnose-Bestätigung: Ulcus venosum (Kompression hilft) vs. **Ulcus arteriosum** (Kompression kontraindiziert) vs. **Ulcus mixtum** (eingeschränkt). Bei Unsicherheit Hausarzt-Rückfrage oder phlebologisches Konsil.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** HKP-Verordnung mit Verband-System, Phase (Entstauung/Erhaltung) und Frequenz vorhanden. (§ 37 SGB V + HKP-RL § 7 / 31.)
2. **[Gesetz]** Aktueller ABI + Diagnose-Differenzierung (venosum/arteriosum/mixtum) geprüft. (Sorgfaltspflicht.)
3. **[Landesvertrag]** Wickelnde Person mit **Spezierschulung** Kompressionstherapie / ICW-Wundexpert:in; Erstanlage durch PFK.
4. **[Helden-Praxistipp]** **Material vollständig:** Polster/Wattebänder, Kurzzug-Binden, Pelotten, Fixierbinden, ggf. Wundauflage. (Hausstandard.)
5. **[Helden-Praxistipp]** **Pelotten an Engstellen** (Sprunggelenk, Achillessehne, Schienbein) Pflicht. (Praxisempfehlung gegen Druckschäden.)
6. **[Helden-Praxistipp]** **Druckverteilung von distal nach proximal abnehmend** (Pütter-Technik). (DGP-Empfehlung.)
7. **[MD/QM-Empfehlung]** **Wundwechsel-Doku** bei Ulcus: Reinigung, Auflage, Polster, Bandage. Foto-Doku quartalsweise. (QM-/Audit-Standard.)
8. **[MD/QM-Empfehlung]** **Hautinspektion vor + nach Wickelung;** bei Rötung > 30 Min, Schmerzen, kalten Zehen → Hausarzt sofort. (Audit-Punkt.)
9. **[Gesetz]** **Tagestrageschema:** Anlegen morgens, Ausziehen abends (außer anders angeordnet). Maximal 24 Std. ohne Wechsel.
10. **[Landesvertrag]** **Phasenwechsel** (Entstauung → Erhaltung) ärztlich angeordnet und in HKP-Akte dokumentiert.

8. Mustertexte & Vorlagen

Zwei Vorlagen: **Anhang A · Verbandwechsel-Dokublatt** und **Anhang B · Material-Tour-Checkliste** für Kompressionsverbände.

Anhang A · Kompressionsverband-Dokublatt (Klientenmappe)

Klient (anonym.): _____ · **Diagnose:** _____

Verbandsystem: Pütter / Sigg / Mehrlagen / sonstiges

Phase: Entstauung (initial) / Erhaltung · **Frequenz:** _____

ABI Hausarzt (Datum): _____ · **Nächste ABI-Prüfung:** _____

Datum/Zeit Wickeltechnik Pelotten Wundauflage Hautbefund Foto?HZ _____

—

Schmerzen NRS bei Wickelung: ___/10 (bei > 3 rücksprechen)

Eskalation: Rötung > 30 Min, neue Schmerzen, kalte Zehen, Hämatom → Hausarzt sofort, Verband öffnen / lockern.

Anhang B · Material-Tour-Checkliste Kompressionsverband

Pro Klient:in in der Tour-Tasche:

- [] 2x Kurzzug-Binde (10 cm Breite)
- [] 1x Polsterband (Wattebinde, 10 cm)
- [] 2x Schaumstoff-Pelotte (Sprunggelenk / Achillessehne)
- [] 1x Fixierbinde
- [] Wundauflage je nach ärztlicher Anordnung (Folienverband / Hydrokolloid / Schaumstoff)
- [] sterile Kompressen + NaCl-Lösung 0,9 %
- [] Handschuhe (steril/unsteril) + Desinfektionsmittel
- [] Picopress oder Druck-Schätzkarte
- [] Kamera/Handy für Wund-Foto-Doku (DSGVO-konform)

QM-Standard: Vor jeder Tour Material-Check; fehlt Material, Tour-Tasche nicht starten → nachbestellen, PDL informieren.

Vertiefung zum Thema „Kompressionsverbände (Phasen-Kompression, Pütter-/Sigg-/Fischer-Verband)“: Behandlungspflege LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL D1 · KATEGORIE D · WUNDVERSORGUNG

Wundbeobachtung & Wunddokumentation

Bevor irgendein Verband gewechselt wird, kommt die **strukturierte Wundbeobachtung**. Sie ist die **Basisleistung der gesamten Wundversorgung** – und der erste Punkt, an dem MD-Prüfungen und Haftungsfälle ansetzen. Ohne saubere Beobachtungs-Doku gibt es weder rechtssichere Therapiefortführung noch nachvollziehbare Heilungsdokumentation.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 2	PASSENDE SCHULUNG Wundexpert:in →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	--

1. Bundesrechtliche Grundlage

§ 37 SGB V + HKP-RL § 31 (Wundversorgung). Wundbeobachtung ist **Teil jeder Wund-LK**, kann aber im Standardmodell über den **nationalen Expertenstandard „Pfleger von Menschen mit chronischen Wunden“** (DNQP, Aktualisierung 2024) konkretisiert werden. **Anordnungsverantwortung** Arzt; **Durchführungsverantwortung** Pflegefachkraft. Bei chronischen Wunden zusätzlich **Wundexpertin (ICW)** empfohlen – in vielen Landes-Rahmenverträgen für spezielle Wund-LK Voraussetzung.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Pflegefachkraft Standard. Ergänzende Pflegekraft kann **einfache Wundbeobachtung** erbringen, wenn ein **strukturiertes Beobachtungsraster** vorgegeben ist (z. B. W.A.R.-Score, T.I.M.E., MEESSI). **Chronische / komplexe Wunden** in der Regel **nur durch PFK / Wundexpertin**.

3. Wundbeobachtung & Wunddokumentation – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Wundbeobachtung & Wunddokumentation“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW-Anlage: Wundbeobachtungs-Standard im QM dokumentiert.
BY	Bayern	MD Bayern: chronische Wunden mit ICW-Wundexpertise; Standardraster Pflicht.
BE	Berlin	Berlin: AOK Nordost; Wundbeobachtung als eigenständige LK selten, meist Bestandteil der Verbandwechsel-LK.
BB	Brandenburg	Brandenburg: HKP-LK vs. SGB-XI-LK sauber abgrenzen.
HB	Bremen	Bremen folgt vdek-Norddeutschland-Linie.
HH	Hamburg	Hamburg: dokumentierter Expertenstandard im PD-QM; Helfer:innen-Beobachtung unter Aufsicht PFK.
HE	Hessen	Hessen: Personalübersicht mit Schulungsnachweisen Wundbeobachtung.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt § 132a-Rahmenempfehlung + Expertenstandard.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: Wundbeobachtung durch ergänzende Pflegekraft mit Schulung; chronische Wunden bevorzugt durch Wundexpertin ICW.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL gemeinsamer Vertrag.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Sachsen: Versorgungsvertrag 10/2025 standardisiert Wund-Doku-Anforderungen.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST: Wundbeobachtungs-Standard im QM.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest; NRW-Anlage-Linie analog.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard: PFK + Stellvertretung; ICW empfohlen.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

Wundbeobachtung ist in der Regel **nicht separat abrechenbar**, sondern Bestandteil der Verbandwechsel-LK (siehe D2/D3). In wenigen Landes-Rahmenverträgen existiert eine eigene LK „Beobachten und Beraten bei chronischen Wunden“ – lokal prüfen. **Foto-Doku ist nicht abrechenbar**, aber MD-Prüfbarkeits-Standard.

5. Haftungs-Architektur

Arzt: fehlende Indikation, fehlende Diagnose-Differenzierung (z. B. *Ulcus venosum* vs. *arteriosum*), Nicht-Reaktion auf gemeldete Verschlechterung. § 280, 823 BGB.

Pflegefachkraft: unterlassene oder lückenhafte Beobachtungs-Doku, Nicht-Meldung kritischer Symptome (Infektion, Mazeration, Verschlechterung), fehlende Foto-Doku bei chronischen Wunden, unterlassene Eskalation.

PDL: Organisationsverschulden bei fehlender Schulung zum Expertenstandard, fehlender Wunddoku-Vorlage im QM, fehlender Wundexpert:in-Verfügbarkeit.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Wunde unter neuem Verband nicht angesehen

Pflegekraft wechselt Verband über 4 Wochen, ohne die Wunde **ganz** zu inspizieren (nur Sekretmenge dokumentiert). Wunde infiziert sich, Sepsis, Klinik. **Anwalt: Wundbeobachtung lag nicht im Standard.**

Schutz: Pro Wundwechsel: **strukturiertes Beobachtungsraster** ausfüllen (Größe, Tiefe, Wundrand, Wundgrund, Exsudat, Geruch, Schmerzen). DNQP-Standard.

Falle 2 – Foto-Doku ohne Einwilligung

PFK fotografiert *Ulcus cruris* mit Handy, lädt es in WhatsApp-Gruppe des PD. **DSGVO-Verletzung**, Bußgeldverfahren, PDL-Kränkung.

Schutz: Foto-Doku nur mit **schriftlicher Einwilligung** der Klient:in. Foto auf **verschlüsseltem Dienst-Endgerät**, niemals WhatsApp / Cloud-Apps. Löschroutine im QM.

Falle 3 – Wunde größer, niemand merkt es

Klient:in mit *Dekubitus Grad III*. Ohne **Vermessung** wird die Wunde sukzessive größer. Erst nach 7 Wochen fällt es der neuen Wundexpertin auf. **Hospitalisierung, Klage Familie.**

Schutz: Wundvermessung wöchentlich (Länge x Breite x Tiefe in cm) + Foto. Vergleich vorher/nachher.

Falle 4 – Schmerzen nicht erfragt

Klient:in äußert nicht von sich aus Wundschmerz, Pflege fragt auch nicht. **Wundschmerz NRS 8 über 6 Wochen. Familie beschwert sich, MD-Note 4.**

Schutz: NRS bei jedem Wundwechsel abfragen + dokumentieren. Verbandwechsel-Schmerz separat von Ruheschmerz. Bei NRS ≥ 4 Hausarzt informieren.

Falle 5 – Mazeration ignoriert

*Wundexsudat reichlich, Wundrand mazeriert über 3 Wochen. Wundheilung stagniert, Wunde verbreitert sich. **Mazeration als Indikation** für Auflagen-Wechsel wurde nicht erkannt.*

Schutz: Wundrand-Befund pro Verbandwechsel: trocken / mazeriert / Ödem / Erythem. Bei Mazeration: superabsorbierende Auflage + Wundrandschutz (Cavilon o.Ä.).

Falle 6 – Geruch unberücksichtigt

Wunde riecht süßlichfäulig (typisch für anaerobe Infektion). PFK schreibt „Verband o. B.“. Septische Phlebitis, Klinik.

Schutz: Geruch als Beobachtungs-Item: o. B. / süßlich / fäulig / faulig. Fäulig oder faulig → sofort Hausarzt + Foto + Wundabstrich-Indikation prüfen.

Falle 7 – Expertenstandard-Inhalt fehlt im QM

*MD prüft PD. **Expertenstandard chronische Wunden** nicht im QM-Handbuch, keine Schulungsnachweise. MD-Note 4 + Folgeprüfung.*

Schutz: Expertenstandard **verpflichtend** als Hausstandard verankern; jährliche Pflicht-Schulung mit Nachweis-Liste.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[MD/QM-Empfehlung]** **Strukturiertes Beobachtungs-Raster** bei jedem Wundkontakt: Größe (LxBxT), Wundrand, Wundgrund, Exsudat, Geruch, Schmerz-NRS. (Expertenstandard DNQP – MD-Prüfpunkt.)
2. **[MD/QM-Empfehlung]** **Foto-Doku wöchentlich** bei chronischen Wunden, mit Skala und konstanter Beleuchtung. (Audit-Punkt; DSGVO-konform.)
3. **[Gesetz]** **Foto-Einwilligung schriftlich** einholen + dokumentieren. (DSGVO Art. 6 + Art. 9.)
4. **[Helden-Praxistipp]** **NRS-Schmerz bei Wechsel + Ruhe** abfragen; bei ≥ 4 Hausarzt informieren. (Praxisempfehlung.)
5. **[Helden-Praxistipp]** **Wundrand-Befund:** trocken / mazeriert / Ödem / Erythem – und entsprechende Auflagen-Wahl. (Hausstandard.)
6. **[Helden-Praxistipp]** **Geruch als Item:** o. B. / süßlich / fäulig – Fäulig → Hausarzt + Wundabstrich. (Praxisempfehlung.)
7. **[Landesvertrag]** **Wundexpertin ICW** bei komplexen / chronischen Wunden – in vielen Landes-Anlagen verlangt.
8. **[Gesetz]** **Anbindung an Arzt:** Verschlechterung > 48 h ohne Verbesserung → Hausarzt-Mail (siehe Anhang B). (Sorgfaltspflicht.)
9. **[MD/QM-Empfehlung]** **Wundverlauf graphisch** (Wundakte) führen; Trend (kleiner / größer / unverändert) im Audit nachweisbar.
10. **[MD/QM-Empfehlung]** **QM-Handbuch enthält Expertenstandard** + jährliche Schulungs-Nachweise pro Mitarbeiter:in.

8. Mustertexte & Vorlagen

Zwei Vorlagen: **Anhang A · Wundbeobachtungs-Bogen** und **Anhang B · Eskalations-Mail Pflege** → **Arzt** bei Wundverschlechterung.

Anhang A · Wundbeobachtungs-Bogen (Wundakte)

Klient (anonym.): _____ · **Wundart:** _____

Lokalisation: _____ · **Wunde seit:** _____

Foto-Einwilligung: ja / nein · **Datum:** _____

Datum **LB** **Exsudat**

(wenig/mäßig/viel) **Geruch** **Wundrand** **NRS** **SHZ** _____

Trend (Vergleich Vorwoche): kleiner / größer / unverändert / infektzeichen → Hausarzt informieren.

Anhang B · Eskalations-Mail Pflege → Arzt (Wundverschlechterung)

„Sehr geehrte/r Dr. [Name],

wir versorgen Frau/Herrn [Name, geb. tt.mm.jjjj] mit [Wundart, Lokalisation, seit Datum]. Bei den letzten zwei Verbandwechseln zeigt die Wunde **Verschlechterungs-Zeichen**:

- Wundgröße: [Vorwoche / aktuell]
- Exsudat: [Menge / Charakter]
- Wundrand: [Beobachtung]
- Geruch: [Beobachtung]
- Wundschmerz NRS: [Wert]

Bitte um **Rückmeldung innerhalb 24 h**: Hausbesuch / Wechsel der Wundaufgabe / Antibiose-Indikation / Wundabstrich? **Foto liegt der Klient:innenakte bei.**

Mit freundlichen Grüßen, [PFK/PDL, Datum, Telefon]“

Vertiefung zum Thema „Wundbeobachtung & Wunddokumentation“: Wundexpert:in (ICW-zertifiziert). · dickies-helden.de/kurse/wundexpert

KAPITEL D2 · KATEGORIE D · WUNDVERSORGUNG

Verbandwechsel – einfache (akute) Wunde

Postoperative Nähte, kleine Schnitt-/Schürfwunden, nicht-infizierte abheilende Wunden: **einfache, geschlossene Wunden ohne Komplikation**. Standard-LK in fast jedem ambulanten PD; aber MD-Prüfungen scheitern regelmäßig an Doku-Lücken und schlechter Hygiene-Routine.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Wundexpert:in →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	--

1. Bundesrechtliche Grundlage

§ 37 SGB V + HKP-RL § 31 (Verbandwechsel). Anordnungsverantwortung Arzt mit klarer Frequenz (z. B. „1x/Tag bis Naht-Entfernung“). Durchführungsverantwortung PFK oder ergänzende Pflegekraft nach Landes-Anlage. **RKI-/KRINKO-Empfehlungen** zur Wundhygiene (2018, fortgeschrieben) als Standard.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Pflegefachkraft uneingeschränkt. Ergänzende Pflegekraft mit dokumentierter Schulung „einfacher Verbandwechsel“ in allen 16 BL möglich. **Naht-Entfernung** ist gesonderter Akt – nur PFK und nur auf ärztliche Anordnung.

3. Verbandwechsel – einfache (akute) Wunde – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Verbandwechsel – einfache (akute) Wunde“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Schulung Wundhygiene im Personalakt.
BY	Bayern	MD Bayern: Verbandwechsel verordnungsfähig mit Frequenz im Muster 12.
BE	Berlin	AOK Nordost; Schulung Wundhygiene Pflicht.
BB	Brandenburg	Brandenburg: HKP-LK Verbandwechsel klar von SGB-XI-LK trennen.
HB	Bremen	Bremen folgt vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: Helfer:innen unter Aufsicht PFK; Schulung Wundhygiene dokumentiert.
HE	Hessen	Hessen: Personalübersicht + Schulungsnachweis Wundhygiene.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt § 132a-Rahmenempfehlung.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: Verbandwechsel einfache Wunde durch ergänzende Kraft mit Schulung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL gemeinsam.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025 standardisiert Wundwechsel-Doku.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST publiziert Verträge.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest; NRW-Anlage-Linie analog.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard: PFK + Vertretung; Helfer:innen mit Schulung.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*Eigene LK **Verbandwechsel**. Kombi mit LK **Medikamentengabe** möglich (z. B. p.o.-Schmerzmittel vor Verbandwechsel). **Naht-Entfernung** ist **separate ärztliche Anordnung**; Abrechnungs-LK je nach Bundesland unterschiedlich (im Standardfall PFK auf **Färzten-Anweisung**).*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: fehlende Indikationsstellung / Frequenz, fehlende Anordnung Naht-Entfernung.

Pflegfachkraft: Hygienefehler (kontaminiertes Material, unsteriles Arbeiten), fehlerhafte Wundreinigung, lückenhafte Doku, Nicht-Erkennen von Infektzeichen, Übernahme einer Verschlechterung ohne Eskalation.

PDL: Organisationsverschulden bei fehlender Hygiene-Schulung, fehlendem Verbandmaterial-Standard, Einsatz nicht qualifizierter Kräfte.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Verbandwechsel ohne Aseptik

APH wechselt Verband, fasst zwischendurch Klingel und Familienhand an, Handschuhwechsel vergessen. Wundinfektion mit MRSA, Hospitalisierung.

Schutz: Strikte Aseptik: Händedesinfektion vor + nach, Handschuhe wechseln, Wundmaterial einmalig, kein Multidose. RKI/KRINKO-Standard.

Falle 2 – NaCl mehrfach verwendet

Pflege benutzt 100-ml-NaCl-Flasche für 3 Klient:innen „wegen Sparsamkeit“. Kreuzkontamination, mehrere Wundinfektionen.

Schutz: Einmal-Spülampullen (10 ml/20 ml) oder klientspezifische Flasche (mit Datum). Multi-Klient-Flaschen verboten.

Falle 3 – Pflasterstrips zu fest

Klient:in mit altersdünnere Haut. Pflasterstrips reißen die Haut beim nächsten Wechsel ein (Skin-Tear). Sekundärwunde.

Schutz: Sanfte Pflaster (z. B. Silikonkleber), kein Tape direkt auf Haut bei Risikogruppen. Skin-Tear-Prävention im Standard.

Falle 4 – Wundabstrich vergessen bei Verschlechterung

Wunde gerade entzündlich, Pflege wechselt nur den Verband, informiert nicht. Sepsis.

Schutz: Bei Infektzeichen (Rötung, Überwärmung, Eiter, syst. Zeichen) **sofort Hausarzt** → Wundabstrich-Indikation prüfen. Eskalation dokumentieren.

Falle 5 – Doku „Verband o. B.“

*MD-Prüfung: 20 von 30 Einträgen sind nur „Verband o. B.“. **Keine Wundbeschreibung** → MD-Note 4.*

Schutz: Pro Wechsel: **kurze Wundbeschreibung** + Material verwendet + HZ. Keine Floskeln – konkrete Beobachtungs-Items.

Falle 6 – Material in der Tour-Tasche kontaminiert

Verbandmaterial liegt offen in der Tour-Tasche neben Schuhen. Wechsel kontaminiert, Wundinfektion.

Schutz: **Verbandmaterial in steriler Box / Beutel**, getrennt von Schmutz-Bereich der Tasche. Tour-Tasche wöchentlich desinfizieren.

Falle 7 – Naht zu früh entfernt

*PFK entfernt Nähte nach 5 Tagen statt ärztlich angeordneten 10 Tagen. **Wunddehiszenz**, Naht muss neu gelegt werden.*

Schutz: **Naht-Entfernung nur auf ärztliche Anordnung** mit konkretem Datum / Naht-Zeitpunkt. Im Zweifel Hausarzt-Rückfrage.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** HKP-Verordnung mit Wundart, Frequenz, voraussichtlicher Dauer. (§ 37 SGB V + HKP-RL § 31.)
2. **[Gesetz]** RKI/KRINKO-Hygiene: Händedesinfektion, Handschuhe, Einmal-material, Aseptik. (Hygieneverordnung.)
3. **[Landesvertrag]** Ergänzende Pflegekraft mit Schulung Verbandwechsel nach Anlage.
4. **[Helden-Praxistipp]** Einmal-Spülampullen NaCl 0,9 % – keine Multi-Flaschen. (Hausstandard.)
5. **[Helden-Praxistipp]** Sanfte Pflaster / Silikon bei altersdünner Haut. (Skin-Tear-Prävention.)
6. **[MD/QM-Empfehlung]** Wundbeschreibung pro Wechsel: kurz, konkret – keine „o. B.“-Floskeln. (Audit-Punkt.)
7. **[Gesetz]** Infektzeichen erkennen + eskalieren → Hausarzt. (Sorgfaltspflicht.)
8. **[Helden-Praxistipp]** Material steril gelagert in Tour-Tasche, getrennt vom Schmutz-Bereich. (Praxisempfehlung.)
9. **[Gesetz]** Naht-Entfernung nur auf ärztliche Anordnung mit Datum. (Anordnungspflicht.)
10. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku: Datum, Wundbefund, Material, HZ. Keine Sammeleinträge.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: Anhang A · Standard „Verbandwechsel einfache Wunde“ für das QM-Handbuch.

Anhang A · Standard Verbandwechsel einfache Wunde (QM)

Ziel: aseptischer Verbandwechsel bei nicht-infizierter, geschlossener Wunde nach ärztlicher Verordnung.

Material (Tour-Tasche):

Händedesinfektionsmittel · sterile Handschuhe · unsterile Handschuhe
 Einmal-Spülampulle NaCl 0,9 % · sterile Kompressen · Pflasterverband / Folie
 Unterlage / Müllbeutel · Wunddoku-Bogen & Stift

Ablauf:

1. Händedesinfektion (30 Sek), unsterile Handschuhe an
2. Alter Verband entfernen, beobachten, in Müllbeutel
3. Handschuhwechsel, Händedesinfektion
4. Wundreinigung mit NaCl 0,9 % (sterile Kompresse, einmalig)
5. Wundbeschreibung dokumentieren (Bogen)
6. Neuer Verband nach Hersteller-Anweisung
7. Material entsorgen, Händedesinfektion
8. Doku abschließen (Datum, Befund, Material, HZ)

Eskalation: Infektzeichen (Rötung > 2 cm um die Wunde, Überwärmung, Eiter, Fieber, NRS ≥ 6)
 → Hausarzt SOFORT.

Vertiefung zum Thema „Verbandwechsel – einfache (akute) Wunde“: *Wundexpert:in*
(ICW-zertifiziert) · dickies-helden.de/kurse/wundexpert

KAPITEL D3 · KATEGORIE D · WUNDVERSORGUNG

Verbandwechsel chronische Wunde

Ulcus cruris venosum/arteriosum/mixtum, Dekubitus, diabetisches Fußsyndrom (DFS). **Chronisch = > 8 Wochen ohne Heilungstendenz** (Konsensus DNQP). Mehr Aufwand, mehr Doku, mehr Haftungsrisiko als D2 – und der zentrale Bereich, in dem ICW-Wundexpertise zur Praxisempfehlung wird.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Wundexpert:in →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	--

1. Bundesrechtliche Grundlage

§ 37 SGB V + HKP-RL § 31. **DNQP-Expertenstandard chronische Wunden (2024)** als Hausstandard. Anordnungs-Arzt Diagnose-spezifisch (venosum/arteriosum/DFS), Durchführung PFK oder Wundexpertin ICW. Bei DFS-Wunden zusätzlich **AWMF S3-Leitlinie diabetisches Fußsyndrom**.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: PFK Standard. **Wundexpertin ICW** in den meisten BL für komplexe Wunden Praxisempfehlung. Ergänzende Pflegekraft nur für Folge-Wechsel nach geschulter Erstanlage durch PFK / ICW.

3. Verbandwechsel chronische Wunde – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Verbandwechsel chronische Wunde“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Erstanlage PFK, Folgen durch geschulte Helfer:innen.
BY	Bayern	MD Bayern: ICW-Standard bei DFS und Ulcus cruris.
BE	Berlin	AOK Nordost; Wundexpertise im PD-Standard.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: korrekte LK-Zuordnung HKP vs. SGB XI.
HB	Bremen	Bremen folgt vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: ICW empfohlen, Schulungsnachweis im PD-QM.
HE	Hessen	Hessen: Wundexpertise-Nachweis Pflicht im Personalakt.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt § 132a + Expertenstandard.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: chronische Wunden bevorzugt durch ICW-Wundexpertin.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL: ICW empfohlen.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Sachsen: Versorgungsvertrag 10/2025 standardisiert ICW-Anforderung.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST: Wundexpertise im QM.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest; NRW-Linie analog.
TH	Thüringen	Thüringen: ICW Praxisempfehlung.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*LK Verbandwechsel chronische Wunde i. d. R. **höher bewertet** als einfacher Wechsel. Kombi mit **Kompressionsverband (C4)** bei **Ulcus cruris venosum** üblich – beide LK abrechenbar. Foto-Doku ist Standard, nicht abrechenbar.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: fehlende Diagnose-Differenzierung, fehlende ABI-Prüfung bei Ulcus cruris, Nicht-Reaktion auf gemeldete Verschlechterung.

PFK: Auswahl falscher Auflage, kontaminierte Aseptik, fehlende Foto-/Vermessungs-Doku, unterlassene Eskalation. Bei DFS: Nicht-Erkennen von Infektion / Osteomyelitis.

PDL: Organisationsverschulden bei fehlender ICW-Expertise, fehlenden Standards, fehlender Material-Logistik.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Ulcus arteriosum unter Kompression

Wunde wird als „Ulcus cruris“ behandelt mit Kompressionsverband. Sie ist aber arteriosum (ABI 0,4 unerkannt). **Nekrose**, Amputation.

Schutz: Vor Erstwickel ABI; Diagnose-Differenzierung venosum / arteriosum / mixtum.

Falle 2 – DFS-Infektion verpasst

Diabetiker mit Fußulcus, Rand zunehmend gerötet. Pflege wechselt nur. **Osteomyelitis**, Amputation.

Schutz: DFS-Wunden **wöchentliche Hausarzt-Rückmeldung**; Infektzeichen sofort eskalieren.

Falle 3 – Auflage zu lange belassen

Hydrokolloid 7 Tage statt 3. Mazeration, Wundverbreiterung.

Schutz: Hersteller-Wechsel-Intervalle einhalten; bei starkem Exsudat früher wechseln.

Falle 4 – Wundvermessung nicht erfolgt

Wunde größer über 6 Wochen, nicht bemerkt. MD-Note 4.

Schutz: **Wöchentliche Wundvermessung** + Foto + Trend (kleiner/größer).

Falle 5 – Schmerzmedikation nicht koordiniert

Wundwechsel NRS 8; Pflege gibt kein vorläufiges Schmerzmittel. Klient verweigert Wechsel.

Schutz: Mit Hausarzt **Pre-Wechsel-Schmerzmittel** verordnen (z. B. Paracetamol 30 Min vorher); Pre-Med dokumentieren.

Falle 6 – Wundabstrich ohne ärztl. Anordnung

Pflege nimmt Wundabstrich eigenmächtig, Labor lehnt Abrechnung ab.

Schutz: Wundabstrich nur auf ärztl. Anordnung; Hausarzt-Rückmeldung im Vorfeld.

Falle 7 – Material in fehlender Logistik

Auflage-Wechsel verschoben, weil Verbandstoff nicht vorrätig. Wunde 5 Tage unter altem Verband, Infektion.

Schutz: Verband-Material-Lager klientspezifisch + Tour-Tasche, QM-Nachbestell-Routine.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** HKP-Verordnung mit **Diagnose** (venosum/arteriosum/mixtum/DFS/Dek.). (§ 37 + HKP-RL.)
2. **[Gesetz]** ABI bei Ulcus cruris · **Diabetes-Status** bei DFS dokumentiert.
3. **[Landesvertrag]** ICW-Wundexpertise bei komplexen Wunden – in vielen Landes-Anlagen Standard.
4. **[MD/QM-Empfehlung]** **Wöchentliche Vermessung + Foto**, Trend dokumentiert. (Audit-Punkt.)
5. **[Helden-Praxistipp]** **Auflagen-Wahl** nach Wundgrund (siehe D5); Hersteller-Wechsel-Intervalle.
6. **[Helden-Praxistipp]** **Pre-Wechsel-Schmerzmittel** bei NRS ≥ 4 mit Hausarzt absprechen.
7. **[MD/QM-Empfehlung]** **Wundabstrich nur auf ärztl. Anordnung**, Ergebnis in HKP-Akte.
8. **[Gesetz]** RKI/KRINKO-Hygiene: Aseptik, Einmal-Material, NaCl 0,9 %.
9. **[MD/QM-Empfehlung]** **Doku pro Wechsel**: Befund, Material, HZ, Foto-Status, Trend.
10. **[Landesvertrag]** **Kombi C4 Kompressionsverband + D3** bei Ulcus venosum – beide LK abrechenbar.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Anhang A · Wundakten-Standardseite** chronische Wunde.

Anhang A · Wundakte chronische Wunde

Klient (anonym.): _____ · **Diagnose:** _____ · **ABI:** _____

Wunde seit: _____ · **Foto-Einwilligung:** ja/nein

Verordnete Auflage / Frequenz: _____

Datum LB TE Exsudat Wundrand Geruch NRS Material HZ _____

Trend: kleiner / größer / unverändert · **Eskalation:** bei Verschlechterung 48 h → Hausarzt-Mail (D1 Anhang B).

Vertiefung zum Thema „Verbandwechsel chronische Wunde“: Wundexpert:in (ICW-zertifiziert). · dickies-helden.de/kurse/wundexpert

KAPITEL D4 · KATEGORIE D · WUNDVERSORGUNG

Dekubitusversorgung & -Prävention

Dekubitus ist **der MD-Klassiker schlechthin** – pflegesensitives Outcome, fast immer dokumentations- und haftungsintensiv. Pflege ist hier in der **Beweislast-Umkehr**: kann der PD eine fachgerechte Prävention nicht beweisen, gilt der Dekubitus als verschuldet. Doku ist alles.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Wundexpert:in →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	--

1. Bundesrechtliche Grundlage

DNQP-Expertenstandard Dekubitusprophylaxe (Aktualisierung 2017, nächste Fortschreibung 2026 erwartet). **§ 37 SGB V + HKP-RL § 31. § 113 SGB XI (QPR)** – MD-Prüfung prüft Risikoeinschätzung (Braden/Norton) + Lagerungsplan + Doku.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Prävention durch alle Pflegekräfte; **Dekubitus-Versorgung** bevorzugt PFK / ICW. Risikoassessment **bei Aufnahme + alle 14 Tage + Statusveränderung**. Lagerungsplan (Mikro- + Makrobewegung) individuell dokumentiert.

3. Dekubitusversorgung & -Prävention – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Dekubitusversorgung & -Prävention“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Lagerungsplan im Pflegeplan dokumentiert.
BY	Bayern	MD Bayern prüft Dekubitus-Prävention restriktiv (QPR Teil 1a).
BE	Berlin	AOK Nordost; Risiko-Assessment Pflicht.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: korrekte LK-Zuordnung; Lagerung SGB XI.
HB	Bremen	Bremen folgt vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: Risiko-Assessment Braden im PD-QM Pflicht.
HE	Hessen	Hessen: Expertenstandard im QM verpflichtend.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt Expertenstandard.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: Versorgung durch PFK/ICW; Helfer:innen für Prävention.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL: Dekubitus-Prävention im Hausstandard.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025 standardisiert Dekubitus-Doku.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST: Expertenstandard Pflicht.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest; NRW-Linie.
TH	Thüringen	Thüringen: ICW Praxisempfehlung; Präventions-Standard verpflichtend.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

Dekubitus-Prävention ist in der Regel **SGB-XI-Bestandteil** (Mobilisation, Lagerung) und nicht HKP-LK. **Wundversorgung Dekubitus Grad III/IV** dagegen HKP-LK (Verbandwechsel chronische Wunde, siehe D3). **Kombi mit Hilfsmitteln** (Anti-Dekubitus-Matratze, § 33 SGB V) klar trennen.

5. Haftungs-Architektur

Arzt: bei akutem Dekubitus Grad III/IV haftet selten allein – Prävention ist Pflege-Domain. Bei Risikofaktoren ohne Reaktion mithaftbar.

PFK: Beweislast-Umkehr: ohne dokumentierte Prävention gilt der Dekubitus als pflegerischer Fehler (BGH-Linie). Falsche Auswahl von Hilfsmitteln, fehlende Lagerung, fehlende Doku.

PDL: Organisationsverschulden bei fehlendem Präventionsstandard, fehlender Hilfsmittel-Versorgung, fehlender Schulung.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind **frei erfundene Lehrbeispiele**, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind **keine konkreten Gerichtsentscheidungen**, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Risiko-Assessment fehlt

Klient bekommt Dekubitus Grad III. PD hat **kein Braden-Score** im Pflegeplan. Familie klagt: **Beweislast-Umkehr**, PD verliert.

Schutz: Braden/Norton bei Aufnahme + alle 14 Tage + Statuswechsel. Dokumentation in der Pflegeplanung.

Falle 2 – Lagerungsplan nicht eingehalten

Lagerungsplan 2-h-Wechsel, dokumentiert sind 4-5 h. MD-Note 5.

Schutz: Lagerungs-Doku **realistisch + zeitnah**; bei Abweichung Grund vermerken.

Falle 3 – Anti-Dekubitus-Matratze nicht angefordert

Klient hat Risiko-Score > 18 Punkte. Keine Hilfsmittelverordnung. Dekubitus entsteht.

Schutz: Hilfsmittel-Versorgung ab Risikoscore aktiv anfordern bei Hausarzt + PDL informieren.

Falle 4 – Mikrobewegung vergessen

Lagerung 2 h-Wechsel ohne Mikrobewegung. Druckschädigung trotzdem.

Schutz: Mikrobewegung (kleine Lageränderungen alle 15–30 Min beim Pflegekontakt) als Standard.

Falle 5 – Hautpflege ungeeignet

Übermäßig fettende Cremes okkludieren Haut, Mazeration.

Schutz: pH-neutrale Reinigung, leichte Lotion; keine Öl-Salben auf Risikoregionen.

Falle 6 – Ernährungsstatus ignoriert

Unterernährter Klient bekommt Dekubitus. PD hat MUST/MNA nicht erhoben.

Schutz: Ernährungs-Screening bei Risiko; Trink-/Nahrungs-Doku; ggf. Hausarzt-Rücksprache.

Falle 7 – Doku „Lagerung erfolgt“ ohne Detail

*MD-Prüfung sieht nur Floskel-Doku ohne Lager-Position. **Beweislast.***

Schutz: Position dokumentieren: 30°-Schräglagerung links/rechts/Rücken; Uhrzeit + HZ.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[MD/QM-Empfehlung]** Braden/Norton bei Aufnahme + alle 14 Tage + Statuswechsel. (Audit-Punkt.)
2. **[MD/QM-Empfehlung]** Lagerungsplan **individuell**; Intervalle + Positionen dokumentiert.
3. **[Landesvertrag]** Anti-Dekubitus-Hilfsmittel bei Risikoscore (Matratze, Kissen) - Hausarzt informieren.
4. **[Helden-Praxistipp]** Mikrobewegung beim jeden Pflegekontakt. (Praxisempfehlung.)
5. **[Helden-Praxistipp]** pH-neutrale Hautpflege, leichte Lotion. (Hausstandard.)
6. **[MD/QM-Empfehlung]** Ernährungs-Screening bei Risiko (MUST/MNA).
7. **[MD/QM-Empfehlung]** Lagerung dokumentieren: Position, Uhrzeit, HZ - keine Floskeln.
8. **[Gesetz]** Wundversorgung Grad III/IV nach HKP-RL § 31 (D3-Standard).
9. **[Helden-Praxistipp]** Schmerzbeobachtung beim Lagern + Wechsel. (NRS.)
10. **[MD/QM-Empfehlung]** Foto-Doku bei Dekubitus \geq II, wöchentlich.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Anhang A · Dekubitus-Präventions-Standard.**

Anhang A · Dekubitus-Präventions-Standard (QM)

Bei Aufnahme + alle 14 Tage + Statuswechsel:

- Braden-Score erheben (Sensorik / Feuchtigkeit / Aktivität / Mobilität / Ernährung / Reibung)
- Risikoeinschätzung dokumentieren (gefährdet ab \leq 18 Punkte)
- Hautinspektion sakral / Fersen / Trochanter / Schulterblatt
- Hilfsmittel-Status prüfen (Matratze, Kissen)

Pro Pflegekontakt:

- Lagerung nach Plan (30°-Schräglagerung Links/Rechts/Rücken)
- Mikrobewegung (Position, Druckentlastung)
- Hautinspektion Risikoregionen
- Schmerz-NRS Lagewechsel
- Trink-/Nahrungs-Doku

Bei beginnendem Dekubitus (Grad I):

- Hausarzt informieren
- Foto-Doku
- Verbandsauflage nach ärztlicher Anordnung
- Lagerungsintervalle verkürzen
- Hilfsmittel-Eskalation

Vertiefung zum Thema „Dekubitusversorgung & -Prävention“: Wundexpert:in (ICW-zertifiziert). dickies-helden.de/kurse/wundexpert

KAPITEL D5 · KATEGORIE D · WUNDVERSORGUNG

Moderne Wundversorgung (Auflagen-Auswahl)

Hydrokolloide, Hydrogele, Schaumaufgaben, Alginate, Folien, Silber- und Honig-Auflagen: **welche Auflage bei welchem Wundgrund?** Falsche Auswahl = stagnierende Heilung + höhere Kosten + MD-Frage. Der T.I.M.E.-Algorithmus (Tissue, Infection, Moisture, Edges) ist hier Pflicht-Wissen für jede PFK.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Wundexpert:in →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	--

1. Bundesrechtliche Grundlage

HKP-RL § 31 · AWMF S3-Leitlinie 091/001. Auflagen-Verordnung durch Arzt (Hilfsmittelverordnung Muster 16 bzw. Sprechstundenbedarf). Auswahl in Absprache mit PFK / ICW; **T.I.M.E.-Algorithmus** als praktischer Hausstandard.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Wundbeurteilung und Auflagen-Wahl bevorzugt durch PFK / ICW. Ergänzende Pflegekraft setzt verordnete Auflage um, ändert diese aber **nicht** eigenmächtig.

3. Moderne Wundversorgung (Auflagen-Auswahl) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Moderne Wundversorgung (Auflagen-Auswahl)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Auflagen-Liste im Pflegeplan dokumentiert.
BY	Bayern	MD Bayern: T.I.M.E. als Hausstandard erwartet.
BE	Berlin	AOK Nordost; ICW im PD-Standard.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: HKP-LK Wundaufgabe klar abgrenzen.
HB	Bremen	Bremen folgt vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: ICW-Standard im PD-QM verankert.
HE	Hessen	Hessen: Wundexpertise-Nachweis Pflicht.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen: Expertenstandard + Wundexpertise.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: Auflagen-Wechsel nach Standard durch geschulte Helfer:innen, Änderung PFK.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL: ICW empfohlen.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025 standardisiert Wundaufgaben-Doku.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST: Wundaufgaben-Verordnung verpflichtend.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest; NRW-Linie.
TH	Thüringen	Thüringen: ICW Praxisempfehlung.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*Auflagen sind **Sprechstundenbedarf / Hilfsmittel**, nicht eigene LK. Materialkosten teilweise über HKP-RL pauschaliert – landesspezifisch prüfen. Wechsel-LK ist in D2/D3 abgebildet.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: *Verordnung ungeeigneter Auflage trotz Pflege-Hinweis.*

PFK: *eigenmächtige Auflagen-Änderung ohne Hausarzt-Rücksprache, Auflagen-Verwechslung (z. B. Silber-Auflage über gesundes Granulationsgewebe), unterlassener Hinweis auf ungeeignete Verordnung.*

PDL: *fehlendes Material-Lager, fehlende Schulung T.I.M.E.*

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Hydrokolloid auf infizierte Wunde

Hydrokolloid wird auf infizierte Wunde gelegt – Okklusion verschlimmert Infektion.

Schutz: Hydrokolloid NIE auf infizierte Wunde. Bei Infektion: antiseptische Auflage (PHMB, Octenidin) + Hausarzt informieren.

Falle 2 – Alginat auf trockener Wunde

Alginat saugt – trockene Wunde wird zu trocken, Heilung stoppt.

Schutz: Alginat nur bei mäßigem/starkem Exsudat. Bei trockener Wunde Hydrogel.

Falle 3 – Silber-Auflage auf gesundes Granulationsgewebe

Silberauflage 3 Wochen, Wunde stagniert – Silberprodukte zytotoxisch für junge Zellen.

Schutz: Silber max. 2 Wochen bei kritischer Kolonisation; danach absetzen.

Falle 4 – Auflagen-Wechsel zu früh

Schaumaufgabe 1x/Tag statt 3 Tage gewechselt. Kostenexplosion, MD kürzt.

Schutz: Hersteller-Wechsel-Intervalle einhalten; bei Durchnässung früher, sonst nach Schema.

Falle 5 – Honig auf diabetische Wunde ohne Anordnung

Pflege legt „Manukahonig“ ohne Verordnung auf DFS-Wunde. Hypoglykämie-Risiko, Hausarzt nicht informiert.

Schutz: Therapeutischer Honig nur auf Verordnung; nicht jeder Honig ist medizinisch zugelassen.

Falle 6 – Folie über nässende Wunde

Transparente Folie über nässender Wunde → Mazeration.

Schutz: Folien nur bei trockener / minimal nässender Wunde + als Sekundärverband.

Falle 7 – Auflagen-Änderung ohne Rücksprache

PFK ändert eigenmächtig von Schaum zu Hydrokolloid – Hausarzt erfährt es erst beim Quartalsbesuch.

Schutz: Jede Auflagen-Änderung mit Hausarzt absprechen + schriftlich bestätigen lassen. Pflege darf vorschlagen, nicht eigenmächtig ändern.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Helden-Praxistipp]** T.I.M.E.-Algorithmus: Tissue (Wundgrund), Infection, Moisture, Edges – pro Wechsel checken.
2. **[Helden-Praxistipp]** Hydrogel: trockene Wunden · **Alginat**: stark nässend · **Schaum**: mäßig · **Folie**: trocken/Sekundär.
3. **[Gesetz]** Hydrokolloid NIE auf infizierte Wunde; antiseptische Auflage stattdessen.
4. **[Helden-Praxistipp]** Silber max. 2 Wochen bei kritischer Kolonisation. (DGfW-Empfehlung.)
5. **[Gesetz]** Therapeutischer Honig nur auf ärztl. Verordnung.
6. **[Landesvertrag]** Auflagen-Änderung nur mit Hausarzt-Rücksprache + schriftlich.
7. **[MD/QM-Empfehlung]** Hersteller-Wechsel-Intervalle einhalten und dokumentieren.
8. **[MD/QM-Empfehlung]** Auflagen-Verordnung + Material in Klientenmappe vermerkt.
9. **[Helden-Praxistipp]** Wundrandschutz (Cavilon) bei Mazerationsgefahr.
10. **[Helden-Praxistipp]** Schulungsstandard T.I.M.E. jährlich (PFK + Helfer:innen).

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: Anhang A · T.I.M.E.-Karte (laminiert).

Anhang A · T.I.M.E.-Karte für Tour-Tasche

T = Tissue (Wundgrund)

- Nekrose schwarz → chirurgisches Débridement (Arzt) / autolytisch Hydrogel
- Beläge gelb → autolytische Aufweichung Hydrogel / Octenidingel
- Granulation rot → feucht halten, nicht stören
- Epithel rosa → schützen, Folie/Schaum dünn

I = Infection (Infektzeichen)

- Lokal: Rötung, Überwärmung, Eiter, Geruch → Hausarzt + antiseptisch
- Systemisch: Fieber, CRP → Hausarzt SOFORT

M = Moisture (Feuchtigkeit)

- Trocken → Hydrogel
- Mäßig → Schaum
- Stark → Alginat / Superabsorber

E = Edges (Wundrand)

- Mazeriert → Wundrandschutz Cavilon + Auflage anpassen
- Trocken/schuppig → pflegende Lotion neben Wunde
- Aufgeworfen / unterminiert → Hausarzt-Konsil

Vertiefung zum Thema „Moderne Wundversorgung (Auflagen-Auswahl)“: *Wundexpert:in*
(ICW-zertifiziert) · dickies-helden.de/kurse/wundexpert

KAPITEL D6 · KATEGORIE D · WUNDVERSORGUNG

VAC-Therapie (Vakuum-Assisted Closure)

Negativ-Druck-Therapie zur Wundheilung – Goldstandard bei stagnierenden chronischen Wunden, Dekubitus IV, großen post-OP-Defekten. **Apparativ anspruchsvoll, schulungs- und haftungsintensiv;** im ambulanten Setting nur durch PFK mit dokumentierter Hersteller-Schulung.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Wundexpert:in →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	--

1. Bundesrechtliche Grundlage

HKP-RL § 31a (Negativ-Druck-Therapie). Verordnungs- und geräteabhängig (KCI/3M, Hartmann, Mölnlycke). Schulungs- und Anwendungsstandards der Hersteller verbindlich. **HKP-Verordnung Muster 12 + Hilfsmittelverordnung Gerät.**

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: VAC-Therapie nur durch PFK mit dokumentierter Hersteller-Schulung.
Ergänzende Pflegekraft nicht zuständig. Praxisempfehlung: ICW-Wundexpertin.

3. VAC-Therapie (Vakuum-Assisted Closure) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „VAC-Therapie (Vakuum-Assisted Closure)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: VAC-Therapie HKP-LK mit Schulung dokumentiert.
BY	Bayern	MD Bayern: VAC-Therapie nur PFK + ICW.
BE	Berlin	AOK Nordost; VAC PFK + ICW.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: VAC nur PFK.
HB	Bremen	Bremen folgt vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: dokumentierte Hersteller-Schulung im PD-QM.
HE	Hessen	Hessen: VAC-Schulung im Personalakt.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen: VAC nur PFK + Wundexpertise.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: VAC-Therapie nur PFK mit Spezialschulung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL: VAC PFK.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025 standardisiert VAC-Therapie.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST: VAC nur PFK.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest; NRW-Linie.
TH	Thüringen	Thüringen: VAC nur PFK + Spezialschulung.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*Eigene LK VAC-Verbandwechsel (höhere Bewertung als D3). Kombi mit **Druck-Monitoring** und Geräte-Schulung. Materialkosten zusätzlich über Sprechstundenbedarf oder Hilfsmittel-Versorgung.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: fehlende Indikation, fehlende Endpunkt-Definition (wann VAC absetzen).

PFK: falscher Schaum-Zuschnitt, undichtes Foliensystem, übersehene Komplikationen (Blutung, Gewebenekrose), nicht gemeldete Gerätefehler.

PDL: fehlende Hersteller-Schulung, fehlende Geräte-Wartung, Einsatz ungeschulter Kräfte.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Foliensystem undicht

Folie nicht dicht abgeklebt, Vakuum bricht zusammen. Therapie wirkungslos.

Schutz: Dichtheits-Prüfung mit Pumpe nach Anlage; Folie überlappend, mind. 5 cm.

Falle 2 – Schaum in tiefe Tasche eingeklemmt

Schaum ragt in unterminierte Tasche, Reste verbleiben beim Wechsel. Fremdkörper, Infektion, Hospitalisierung.

Schutz: Schaum-Zuschnitt mit Sichtkontrolle; Anzahl Stücke schriftlich übergeben; beim Wechsel Sicht- und Zähl-Kontrolle.

Falle 3 – Blutung unbemerkt

Sog 125 mmHg, Gefäßarrosion in der Wunde. Klientblut im Auffangbehälter. Pflege bemerkt erst nach 8 h.

Schutz: Blut im Auffangbehälter → **SOFORT Pumpe abstellen + Hausarzt**. Behälter täglich prüfen, Foto-Doku.

Falle 4 – Sog zu hoch / zu niedrig

Anwender stellt Pumpe falsch ein (75 statt 125 mmHg). Therapie unwirksam.

Schutz: Pumpenparameter nach ärztl. Anordnung; bei Unklarheit Hausarzt Rücksprache. Doku der Werte pro Wechsel.

Falle 5 – Pumpenalarm ignoriert

Pumpe alarmiert „Leck“ nachts. Familie schaltet ab, weil „stört“. Therapie 9 h unterbrochen.

Schutz: Angehörige instruieren; PD-Telefon 24 h erreichbar; Alarm-Reaktion im Standard.

Falle 6 – Hersteller-Schulung abgelaufen

MD-Prüfung: Schulungsnachweis 18 Monate alt. MD-Note 4.

Schutz: Hersteller-Schulung jährlich Re-Eval; Nachweis im Personalakt.

Falle 7 – Materialkosten nicht abgerechnet

PD zahlt Schaum, Folien, Behälter aus eigener Tasche, weil Verordnung fehlt. Verlust ~250 €/Wo.

Schutz: Hilfsmittel- und Sprechstundenbedarf aktiv beim Hausarzt anfordern; Materialverbrauchsliste an Hausarzt + Kasse.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Landesvertrag]** Nur PFK mit Hersteller-Schulung (KCI/3M / Hartmann / Mölnlycke). (Anlage des Landes-Rahmenvertrags.)
2. **[Gesetz]** HKP-Verordnung + Hilfsmittel-/Sprechstundenbedarf vorhanden.
3. **[Gesetz]** Pumpenparameter nach Anordnung (Sog mmHg / kontinuierlich vs. intermittierend).
4. **[MD/QM-Empfehlung]** Foliensystem dicht, Prüfung mit Pumpe nach Anlage. (Audit-Punkt.)
5. **[MD/QM-Empfehlung]** Schaum-Zuschnitt + Stückzahl dokumentiert, Sicht- und Zähl-Kontrolle beim Wechsel.
6. **[Gesetz]** Blut im Auffangbehälter → **SOFORT Pumpe ab + Hausarzt.** (Sorgfaltspflicht.)
7. **[MD/QM-Empfehlung]** Tägliche Sicht der Pumpe + Behälter; Werte dokumentiert.
8. **[Helden-Praxistipp]** Angehörige instruieren: keine Pumpe abschalten; 24-h-PD-Telefon.
9. **[MD/QM-Empfehlung]** Hersteller-Schulung jährlich aktualisiert; im Personalakt.
10. **[Landesvertrag]** Materialverbrauchsliste an Hausarzt + Kasse; Sprechstundenbedarf koordinieren.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Anhang A · VAC-Verbandwechsel-Standard.**

Anhang A · VAC-Verbandwechsel-Standard (QM)

Vor dem Wechsel:

- Pumpenparameter notiert (Sog mmHg, Modus)
- Behälter-Füllstand, Sekret-Farbe, Blutbeimengung
- Schmerz-NRS Klient
- Material vollständig (Schaum, Folie, Adapter, sterile Tools)

Wechsel:

1. Pumpe abstellen, Sog auf 0
2. Folie ringsum ausklingeln; Schaum behutsam entfernen
3. **Anzahl der entnommenen Schaum-Stücke zählen + dokumentieren**
4. Wunde reinigen, Wundbefund + Foto
5. Neuen Schaum zuschneiden (sterile Tools), in Wunde einlegen
6. Folie überlappend kleben (mind. 5 cm Hautrand)
7. Adapter aufkleben, Schlauch konnektieren
8. Pumpe starten, Parameter eingeben, **Dichtheits-Test**

Nach dem Wechsel:

- Pumpenparameter dokumentiert
- Material entsorgt (kontaminiert → gelber Sack)
- Schmerz-NRS Wechsel + Verlauf
- Eskalations-Check (Blut, Schmerzen NRS ≥ 6 , undichte Folie → Hausarzt)

Vertiefung zum Thema „VAC-Therapie (Vakuum-Assisted Closure)“: *Wundexpert:in*
(ICW-zertifiziert) · dickies-helden.de/kurse/wundexpert

KAPITEL E1 · KATEGORIE E · KATHETER & AUSSCHIEDUNG

DK-Pflege (Dauerkatheter)

Dauerkatheter sind nach Hilfsmittelverordnung Standard in der ambulanten Pflege – gleichzeitig sind katheterassoziierte Harnwegsinfektionen (CAUTI) eines der häufigsten Pflege-Risiken. Saubere Pflege-Routine, saubere Doku, klare Eskalation.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Behandlungspflege →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	---

1. Bundesrechtliche Grundlage

§ 37 SGB V + HKP-RL § 17 (Pflege des Blasenkatheters). **RKI-/KRINKO-Empfehlung** „Prävention katheterassoziierter Harnwegsinfektionen“ (2015, Update 2025). Durchführung PFK oder ergänzende Pflegekraft nach Landes-Anlage.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: DK-Pflege durch alle Pflegekräfte mit dokumentierter Schulung. Wechsel und Erstanlage **nur PFK / Arzt** (siehe E4).

3. DK-Pflege (Dauerkatheter) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „DK-Pflege (Dauerkatheter)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Hygiene-Schulung Pflicht.
BY	Bayern	MD Bayern prüft restriktiv: DK-Doku und Wechsel-Intervalle.
BE	Berlin	AOK Nordost; Schulung Pflicht.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: korrekte LK-Zuordnung.
HB	Bremen	Bremen folgt vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: Schulung CAUTI-Prävention im PD-QM.
HE	Hessen	Hessen: Schulung im Personalakt.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt § 132a-Rahmenempfehlung.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: DK-Pflege durch ergänzende Kraft mit Hygiene-Schulung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL gemeinsam.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025 standardisiert DK-Pflege.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest; NRW-Linie.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard: PFK + Schulung Helfer:innen.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*Eigene LK DK-Pflege. Kombi mit **Katheterbeutel-Wechsel (E2)** üblich. **Spontanwechsel des Katheters** nicht durch PFK ohne ärztl. Anordnung – nur bei Verstopfung / Defekt als Notfall.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: fehlende Indikation, fehlerhafte Katheterwahl (Material, Größe), Nicht-Reaktion auf gemeldete Infektzeichen.

PFK: CAUTI-Auftreten bei mangelhafter Hygiene, falscher Beuteltrennung, fehlender Genitalpflege, lückenhafter Doku.

PDL: fehlende CAUTI-Schulung, fehlendes Materialset, Einsatz ungeschulter Kräfte.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Beutel über Blasenniveau

Pflege hängt Urinbeutel ans Bett, Beutel zwischenzeitlich höher als Blase → Rückfluss, CAUTI.

Schutz: Beutel IMMER unterhalb Blasenniveau; keine Rückflüsse.

Falle 2 – Genitalpflege nicht täglich

Genitalbereich nicht täglich gereinigt → aufsteigende Infektion.

Schutz: Tägliche Reinigung Meatus mit Wasser oder NaCl, milde Seife. Keine Antiseptika dauerhaft.

Falle 3 – Trinkmenge zu gering

Klient trinkt < 1.000 ml → konzentrierter Urin, Inkrustationen, häufige Verstopfungen.

Schutz: Trinkmenge 1.500–2.000 ml (sofern medizinisch erlaubt); Trinkprotokoll.

Falle 4 – Antibiose ohne Indikation

Klient hat asymptomatische Bakteriurie, Hausarzt verschreibt trotzdem Antibiose → Resistenz, MD-Note.

Schutz: Asymptomatische Bakteriurie bei DK in der Regel nicht behandelt – nur bei Symptomen (Fieber, Flankenschmerz). Mit Hausarzt absprechen.

Falle 5 – Katheter-Wechsel-Intervall nicht eingehalten

Latex-Katheter 4 Monate, Silikon 6 Monate Standard. PD wechselt erst nach 9 Monaten → Inkrustation, schmerzhafter Wechsel.

Schutz: Wechsel-Intervalle nach Hersteller; Latex 4 Wo / Silikon 6 Mo / Hydrogel 4 Wo.
Wiedervorlage-System.

Falle 6 – Diskonnektion ohne Aseptik

Beutel zum Entleeren abgenommen, Konnektor mit Handschuh angefasst → Keimeintrag.

Schutz: Geschlossenes System bevorzugen; bei Entleerung Konnektor desinfizieren, sterile Handschuhe.

Falle 7 – Ein-Tages-Beutel mehrere Tage

Tagesbeutel 4 Tage verwendet → Geruch, Keimwachstum.

Schutz: Beutel-Wechsel-Intervalle: Tagesbeutel 1x/Woche, Nachtbeutel 1x/Tag
(Hersteller-Empfehlung).

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** HKP-Verordnung DK-Pflege mit Frequenz vorhanden. (§ 37 SGB V + HKP-RL § 17.)
2. **[Gesetz]** RKI/KRINKO-Hygiene: Aseptik, Händedesinfektion, geschlossenes System. (CAUTI-Prävention.)
3. **[Landesvertrag]** DK-Pflege-Schulung dokumentiert; Helfer:innen nach Anlage.
4. **[Helden-Praxistipp]** Beutel unterhalb Blasenniveau, kein Rückfluss. (Standard.)
5. **[Helden-Praxistipp]** Tägliche Meatus-Reinigung mit Wasser/NaCl. (Hausstandard.)
6. **[Helden-Praxistipp]** Trinkmenge 1.500–2.000 ml, Trinkprotokoll.
7. **[MD/QM-Empfehlung]** Wechsel-Intervalle nach Hersteller; Wiedervorlage-System. (Audit-Punkt.)
8. **[Gesetz]** Asymptomatische Bakteriurie nicht antibiotisch behandeln – mit Hausarzt absprechen.
9. **[MD/QM-Empfehlung]** Infektzeichen erkennen + eskalieren (Fieber, Flankenschmerz).
10. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku pro Pflegekontakt: Aussehen Urin, Schmerz, Auffälligkeit, HZ.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: Anhang A · DK-Pflege-Standard.

Anhang A · DK-Pflege-Standard (QM)

Pro Pflegekontakt:

- Händedesinfektion vor + nach
- Genitalbereich + Meatus reinigen (Wasser/NaCl, milde Seife)
- Katheter / Schlauch sicher gelagert (kein Zug, kein Knick)
- Urinaussehen (klar/trüb/blutig) + Geruch + Menge dokumentiert
- Beutel unterhalb Blasenniveau
- Trinkmenge erfragen / Trinkprotokoll
- Schmerz-NRS Blase / Genitalbereich

Eskalation:

- Fieber > 38,3°C oder Flankenschmerz → SOFORT Hausarzt
- Urin blutig > 1 Mal → Hausarzt
- Katheter verstopft → PFK / Hausarzt-Konsil
- Schmerzen > NRS 5 → Hausarzt

Vertiefung zum Thema „DK-Pflege (Dauerkatheter)“: Behandlungspflege LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-1g1-1g2

KAPITEL E2 · KATEGORIE E · KATHETER & AUSSCHIEDUNG

Katheterbeutel-Wechsel

Tagesbeutel + Nachtbeutel-Versorgung – klingt simpel, ist aber hauptverantwortlich für das CAUTI-Risiko. **Geschlossenes System** ist Standard. Konnektor-Hygiene ist Pflicht.

MD-PRÜFPUNKTE
10AUDIT-FINDINGS
7MUSTERTEXTE
1PASSENDE SCHULUNG
**Behandlungspf
lege →**

1. Bundesrechtliche Grundlage

HKP-RL § 17. KRINKO 2015 / 2025. Hilfsmittelverordnung Beutel. Durchführung PFK oder ergänzende Pflegekraft mit Hygiene-Schulung.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Beutelwechsel durch Pflegekräfte aller Stufen mit dokumentierter Schulung Hygiene. Aseptisches Vorgehen Pflicht.

3. Katheterbeutel-Wechsel – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Katheterbeutel-Wechsel“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Schulung dokumentiert.
BY	Bayern	MD Bayern: Konnektor-Hygiene geprüft.
BE	Berlin	AOK Nordost.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: klare LK-Trennung.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: KRINKO-Standard im PD-QM.
HE	Hessen	Hessen: Personalübersicht.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt Rahmenempfehlung.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: Beutelwechsel mit Hygiene-Schulung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*Eigene LK **Beutelwechsel**. Kombi mit DK-Pflege (E1) üblich; je nach Rahmenvertrag eine kombinierte LK oder getrennt.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: fehlerhafte Verordnung.

PFK: Diskonnektion ohne Aseptik (Keimeintrag), Beutel oberhalb Blase, Inkrementkontrolle vergessen.

PDL: fehlende Hygieneschulung.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Konnektor mit blossen Händen

Pflege löst Konnektor ohne Desinfektion → Keimeintrag.

Schutz: Konnektor mit Desinfektionsmittel abwischen, sterile Handschuhe.

Falle 2 – Beutel ohne Rückschlagventil

Billig-Beutel ohne Rückschlagventil → Rückfluss.

Schutz: Nur Beutel mit Rückschlagventil + Probenahmestelle.

Falle 3 – Beutel-Wechsel-Intervall ignoriert

Beutel mehrere Wochen verwendet → Biofilm.

Schutz: Tagesbeutel max. 7 Tage, Nachtbeutel täglich (Hersteller-Empfehlung).

Falle 4 – EntlüftungsfILTER blockiert

Filter zugesetzt → Beutel platzt nachts.

Schutz: Filter beobachten, defekten Beutel sofort tauschen.

Falle 5 – Entleerung über Toiletten-Rand

Entleerung über Klobeckenrand, Spülwasser spritzt → Kontamination.

Schutz: Direkt in das WC entleeren (Auslaß-Stutzen ins Wasser); kein Spülwasser-Kontakt mit Konnektor.

Falle 6 – Schlauch geknickt

Schlauch unter Bettdecke geknickt → Stauung, Schmerzen.

Schutz: Sichtkontrolle Schlauch, Klient instruieren.

Falle 7 – Doku-Sammeleintrag

„Beutel gewechselt“ ohne Datum/HZ → MD-Note.

Schutz: Datum + Uhrzeit + HZ + Material in Wechsel-Doku.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** Beutel mit Rückschlagventil + Probenahmestelle. (KRINKO-Standard.)
2. **[Gesetz]** RKI/KRINKO-Aseptik: Konnektor desinfizieren, sterile Handschuhe.
3. **[Landesvertrag]** Hygiene-Schulung dokumentiert; Helfer:innen nach Anlage.
4. **[Helden-Praxistipp]** Geschlossenes System bevorzugen; möglichst keine Diskonnektion. (Hausstandard.)
5. **[Helden-Praxistipp]** Beutel unterhalb Blasenniveau, Schlauch frei. (Standard.)
6. **[MD/QM-Empfehlung]** Wechsel-Intervalle: Tag 7 Tage / Nacht 1 Tag (Hersteller).
7. **[Helden-Praxistipp]** Entleerung direkt ins WC, kein Spülwasser-Kontakt.
8. **[MD/QM-Empfehlung]** Sichtkontrolle Schlauch auf Knick / Zug.
9. **[MD/QM-Empfehlung]** Filter beobachten; defekter Beutel sofort tauschen.
10. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku: Datum, Uhrzeit, HZ, Material; keine Sammeleinträge.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: Anhang A · Beutel-Wechsel-Standard.

Anhang A · Beutel-Wechsel-Standard (QM)

Vor Wechsel:

- Händedesinfektion
- Neuer Beutel bereitgelegt (Tag 2 L / Nacht 2 L)
- Desinfektionstuch / Material
- sterile Handschuhe

Wechsel:

1. Beutel entleeren ins WC, ohne Spritzkontakt
2. Konnektor mit Desinfektion abwischen
3. Beutel diskonnektieren, ablegen
4. Neuen Beutel konnektieren, Rückschlagventil-Funktion prüfen
5. Beutel unterhalb Blasenniveau aufhängen
6. Schlauch frei, kein Knick

Nach Wechsel:

- Urinaussehen + Menge dokumentiert
- HZ + Datum + Uhrzeit + Material in Doku
- Müll fachgerecht entsorgen
- Klient instruieren (Schlauch nicht knicken)

Vertiefung zum Thema „Katheterbeutel-Wechsel“: Behandlungspflege LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL E3 · KATEGORIE E · KATHETER & AUSSCHIEDUNG

Urinkondom-Versorgung

Externe Harnableitung beim Mann – viel niedrigeres CAUTI-Risiko als DK, aber Hautprobleme häufig.
Pflegestandard: **Penis sauber halten, Urinkondom richtig größen, täglich wechseln.**

MD-PRÜFPUNKTE
10AUDIT-FINDINGS
7MUSTERTEXTE
1PASSENDE SCHULUNG
**Behandlungspf
lege →**

1. Bundesrechtliche Grundlage

HKP-RL § 17. Hilfsmittelverordnung. Durchführung PFK oder ergänzende Pflegekraft mit Schulung.
KRINKO 2015/2025.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Urinkondom durch Pflegekräfte aller Stufen nach Schulung. Vorteil: keine sterile Anlage.

3. Urinkondom-Versorgung – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Urinkondom-Versorgung“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Schulung dokumentiert.
BY	Bayern	MD Bayern: Urinkondom als CAUTI-Präventions-Standard empfohlen.
BE	Berlin	AOK Nordost.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: Schulung im PD-QM.
HE	Hessen	Hessen: Personalübersicht.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt Rahmenempfehlung.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: Urinkondom-Versorgung Standard für ergänzende Pflegekraft.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*Eigene LK **Urinkondom-Versorgung**. Kombi mit DK-Pflege nicht möglich (Klient entweder DK oder Urinkondom).*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: Verordnung ungeeigneter Größe.

PFK: zu enges Kondom (Druck/Nekrose), Hautirritation, falsche Klebetechnik.

PDL: fehlende Schulung Größenwahl.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Kondom zu eng

Zu kleine Größe → Penis schwärzlich, Drucknekrose.

Schutz: Penisumfang messen, Hersteller-Größentätigkeit folgen. Bei Schwellung Größe neu wählen.

Falle 2 – Hautirritation

Täglich Klebstoff auf Haut → Rhagaden.

Schutz: Pflegende Lotion / Hautschutzfilm (Cavilon) bei jedem Wechsel.

Falle 3 – Urin läuft am Kondom vorbei

Lockerer Sitz → Urin in der Hose.

Schutz: Sitz prüfen, Penisbasis trocken vor dem Anlegen; Befestigungsring nicht zu locker.

Falle 4 – Kondom mehrere Tage

Kondom 3 Tage drauf → Geruch, Hautmazeration.

Schutz: Täglicher Wechsel, bei Bedarf öfter.

Falle 5 – Erektion ignoriert

Klient hat morgens Erektion mit angelegtem Kondom → Druck.

Schutz: Bei Erektion Kondom kurz entfernen; Klient instruieren.

Falle 6 – Latex-Allergie unerkant

Klient allergisch → Reizung, Brände.

Schutz: Allergie-Anamnese, Silikon-Kondom bei Latex-Allergie.

Falle 7 – Beutel-Konnektor undicht

Konnektor zwischen Kondom und Schlauch undicht → Urin im Bett.

Schutz: Konnektor prüfen; bei Defekt sofort wechseln.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Helden-Praxistipp]** Penisumfang messen + Hersteller-Größe folgen. (Praxisempfehlung.)
2. **[Helden-Praxistipp]** Penis trocknen + Hautschutzfilm (Cavilon) vor Anlage.
3. **[Helden-Praxistipp]** Täglicher Wechsel Standard; bei Bedarf öfter.
4. **[Helden-Praxistipp]** Sitz prüfen (nicht zu eng, nicht locker).
5. **[MD/QM-Empfehlung]** Hautbefund Penis bei jedem Wechsel dokumentiert.
6. **[Helden-Praxistipp]** Allergie-Anamnese; Silikon-Kondom bei Latex-Allergie.
7. **[Landesvertrag]** Helfer:innen nach Anlage + Schulung Größenwahl.
8. **[MD/QM-Empfehlung]** Beutel-Konnektor prüfen; Defekt → sofort tauschen.
9. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku: Datum, Größe, Hautbefund, HZ.
10. **[Helden-Praxistipp]** Klient instruieren: bei Erektion / Druck Kondom kurz lösen.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Anhang A · Urinkondom-Standard.**

Anhang A · Urinkondom-Standard (QM)

Täglich:

- altes Kondom entfernen, Haut inspizieren
- Penis reinigen (Wasser), trocknen
- Hautschutzfilm (Cavilon o.Ä.) auftragen, trocknen
- Neues Kondom passender Größe anlegen (Hersteller-Anleitung)
- Befestigungsring nicht zu fest
- Konnektor + Beutel anschließen, Sitz prüfen
- Klient instruieren (Erektion, Druck, Locker-Lösen)
- Doku: Größe, Hautbefund, Auffälligkeit, HZ

Vertiefung zum Thema „Urinkondom-Versorgung“: Behandlungspflege LG1 & LG2. ·
dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL E4 · KATEGORIE E · KATHETER & AUSSCHIEDUNG

Einmalkatheterisierung (intermittierend)

Intermittierende Selbst- oder Fremdkatheterisierung (ISK/IK) – Goldstandard bei neurogenen Blasenentleerungsstörungen. Niedrigeres CAUTI-Risiko als DK, dafür **technisch anspruchsvoller**. In der ambulanten Pflege nur durch PFK / Helfer:innen mit dokumentierter Schulung.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Behandlungspflege →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	---

1. Bundesrechtliche Grundlage

HKP-RL § 17a (Einmalkatheterisierung) + Hilfsmittelverordnung (Einmalkatheter Set). RKI/KRINKO 2015/2025 · AWMF S2k-Leitlinie Neurogene Harnblasenfunktionsstörung.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Einmalkatheterisierung durch PFK oder geschulte ergänzende Pflegekraft nach Anlage. Praxisempfehlung: Erstanlage und Schulungs-Begleitung durch PFK / Urologie-Fachkraft.

3. Einmalkatheterisierung (intermittierend) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Einmalkatheterisierung (intermittierend)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Schulung + Hospitation dokumentiert.
BY	Bayern	MD Bayern: ISK durch Helfer:in nur mit umfangreicher Schulung.
BE	Berlin	AOK Nordost.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: korrekte LK-Trennung.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: Schulung Pflicht im PD-QM.
HE	Hessen	Hessen: Schulungsnachweise im Personalakt.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt § 132a + Rahmenempfehlung.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: ISK durch Helfer:in nach Schulung; Erstanlage PFK.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard: PFK + geschulte Helfer:innen.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*Eigene LK ISK (höhere Bewertung als DK-Pflege). Wenn der Klient selbst katheterisiert (ISK), ist nur Anleitung/Materialbereitstellung LK. **4–6x/Tag** üblich; LK pro Einsatz.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: Indikation, Materialwahl, Schulung des PDs.

PFK: falsche Technik (Trauma Urethra), kontaminierte Aseptik, fehlende Materialhygiene, unterlassene Eskalation bei Blutung.

PDL: fehlende Schulung der Mitarbeiter, fehlende Materialbeschaffung.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Trauma Urethra

Katheter mit Gewalt eingeführt → falscher Weg, Blutung.

Schutz: Nie mit Gewalt; bei Widerstand zurückziehen, Lage ändern, Klient entspannen lassen. Bei wiederholtem Widerstand Hausarzt.

Falle 2 – Aseptik verletzt

Katheter berührt nicht-sterile Fläche → CAUTI.

Schutz: Sterile Technik: Handschuhe sterilen Innen-Teils, berührungsfrei.

Falle 3 – Restharn nicht beachtet

Klient hat Restharn 400 ml unbemerkt → Blasenüberdehnung.

Schutz: Bei jedem ISK Restharn dokumentieren; > 100 ml → Hausarzt informieren.

Falle 4 – Falscher Katheter (Frauen vs. Männer)

Männer-Katheter (40 cm) bei Frau verwendet → verzwirbelt sich.

Schutz: Geschlechts-passender Katheter: Frau 15 cm, Mann 40 cm.

Falle 5 – Hygiene Mehrwegmaterial

Spülkanne ohne Wechsel-Routine → Keimreservoir.

Schutz: Einmal-Material nur; falls Mehrweg: täglich desinfizieren + wechseln nach Schema.

Falle 6 – ISK-Frequenz zu niedrig

3x/Tag statt 5 → Blasenüberdehnung.

Schutz: Frequenz nach ärztlicher Anordnung; Restharn-Verlauf dokumentieren, ggf. Hausarzt informieren.

Falle 7 – Schulung der Selbst-ISK schlecht

Klient katheterisiert sich selbst falsch → rezidivierende HWI.

Schutz: Schulung Klient + Angehörige; regelmäßige Hospitation und Korrektur durch PFK / Urotherapeut:in.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** HKP-Verordnung ISK mit Frequenz vorhanden. (HKP-RL § 17a.)
2. **[Landesvertrag]** Schulungsnachweis Helfer:innen + Hospitation; Erstanlage PFK.
3. **[Gesetz]** Sterile Technik; berührungsfreier Katheter. (KRINKO.)
4. **[Helden-Praxistipp]** Geschlechts-passender Katheter: Frau 15 cm, Mann 40 cm.
5. **[Helden-Praxistipp]** Bei Widerstand zurückziehen, nicht mit Gewalt. (Praxisempfehlung.)
6. **[MD/QM-Empfehlung]** Restharn pro ISK dokumentiert; > 100 ml → Hausarzt.
7. **[MD/QM-Empfehlung]** Frequenz nach Anordnung; Verlauf in der HKP-Akte.
8. **[Helden-Praxistipp]** Schulung Klient/Angehörige bei Selbst-ISK.
9. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku pro ISK: Datum, Uhrzeit, Volumen, HZ, Auffälligkeit.
10. **[Gesetz]** Eskalation bei Blutung / Schmerz NRS ≥ 6 / wiederh. Widerstand.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: Anhang A · ISK-Standard.

Anhang A · ISK-Standard (QM)

Vorbereitung:

- Händedesinfektion
- Einmal-ISK-Set, sterile Handschuhe
- Auffanggefäß / Nierenschale
- Restharn-Messbecher

Ablauf:

1. Klient lagern (Rückenlage, Beine angewinkelt)
2. Genitalbereich reinigen (Einmal-Tupfer Wasser/NaCl)
3. Sterile Handschuhe
4. Katheter steril entnehmen, Spitze nicht berühren
5. Sanft einführen bis Urin fließt; bei Widerstand **zurückziehen, neu probieren**
6. Urin in Messbecher; Volumen notieren
7. Katheter ziehen (langsam), beobachten letzten Tropfen
8. Material entsorgen, Händedesinfektion

Doku: Datum, Uhrzeit, Volumen, Aussehen Urin, Auffälligkeit, HZ.

Eskalation: Blutung, Schmerz NRS ≥ 6 , Restharn > 100 ml → Hausarzt.

Vertiefung zum Thema „Einmalkatheterisierung (intermittierend)“: Behandlungspflege LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-1g1-1g2

KAPITEL E5 · KATEGORIE E · KATHETER & AUSSCHIEDUNG

Stomaversorgung (Kolostoma, Ileostoma, Urostoma)

Versorgung von künstlichen Darmausgängen oder Harnableitungen. **Hautschutz** ist alles – ein einziger schlechter Beutelwechsel kann zu Wochen Hautirritation führen. Pflegestandard: PFK oder Stoma-geschulte Helfer:in.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Behandlungspflege →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	---

1. Bundesrechtliche Grundlage

HKP-RL § 32. Hilfsmittel-Verordnung Stoma-System · DGfW / DGVS Stoma-Standards. Durchführung PFK oder ergänzende Pflegekraft mit Stoma-Schulung. ICW-/StoMa-Expertin als Praxisempfehlung.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Stoma-Wechsel durch geschulte Pflegekraft. Komplexe Fälle (Re-Anlage, Parastomale Hernien, Hautkomplikationen) durch PFK / Stoma-Therapeut:in.

3. Stomaversorgung (Kolostoma, Ileostoma, Urostoma) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Stomaversorgung (Kolostoma, Ileostoma, Urostoma)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Schulung dokumentiert.
BY	Bayern	MD Bayern: Stoma-Expertin empfohlen.
BE	Berlin	AOK Nordost; Stoma-Expertin in Modellprojekten.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: HKP-LK Stoma klar abgegrenzt.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: Schulung Stoma im PD-QM.
HE	Hessen	Hessen: Schulungsnachweis Personalakt.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt Rahmenempfehlung.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: Stoma-Versorgung durch ergänzende Kraft mit Stoma-Schulung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*Eigene LK **Stoma-Versorgung**. Material (Beutel, Basisplatte) über Hilfsmittel-Verordnung. Stoma-Therapeut:in-Beratung separat über Klinik / Reha. Kombi mit Wundversorgung (D-Reihe) bei parastomalen Hautkomplikationen.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: *postoperative Anleitung, Materialauswahl.*

PFK: *Hautkomplikationen durch falschen Beutelwechsel, fehlerhafte Schnitt-Schablone (zu groß / zu klein), unterlassene Eskalation bei Stoma-Komplikation.*

PDL: *fehlende Stoma-Schulung.*

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Basisplatte zu groß

Schablone 5 mm größer als Stoma → Stuhl auf Haut, Rhagaden, Schmerzen.

Schutz: **Schablone exakt anpassen:** 1–2 mm Abstand zum Stoma maximal.

Falle 2 – Beutel-Wechsel zu selten

Beutel 4 Tage drauf → Geruch, Hautmazeration.

Schutz: Beutel 1- bis 2-tlg, Basisplatte 3–7 Tage. Hersteller-Empfehlungen.

Falle 3 – Hautkomplikation nicht erkannt

Parastomale Hautirritation über 3 Wochen ignoriert → Ulcus.

Schutz: Hautbefund pro Wechsel; Eskalation bei Rötung > 5 mm.

Falle 4 – Patient Schämt sich, fragt nicht

Klient meldet Probleme nicht aus Scham → Komplikation entdeckt spät.

Schutz: **Klient aktiv ansprechen:** Schmerz, Wechsel, Sitz; Privatsphäre wahren.

Falle 5 – Konvexsystem falsch eingesetzt

Konvex-Basisplatte bei flachem Stoma → Druckschäden.

Schutz: Konvex nur bei retrahiertem Stoma ärztlich verordnet.

Falle 6 – Material fehlerhaft entsorgt

Stuhl-Beutel im Restmüll → Geruch, Hygieneproblem in der Wohnung.

Schutz: Beutel verschlossen in Plastiktüte, Hausmüll mit Doppelverpackung.

Falle 7 – Diet-Hinweis ignoriert

Ileostoma + viel Nuss-Konsum → Verstopfung des Stomas.

Schutz: Ernährungs-Beratung; Klient zu Stoma-Therapeut:in / Ernährungsberater:in verweisen.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Landesvertrag]** Stoma-Schulung Helfer:innen dokumentiert; ICW-Stoma-Expertise empfohlen.
2. **[Gesetz]** HKP-Verordnung + Hilfsmittel-Versorgung vorhanden.
3. **[Helden-Praxistipp]** Schablone exakt: 1–2 mm Abstand zum Stoma. (Praxisempfehlung.)
4. **[MD/QM-Empfehlung]** Wechsel-Intervalle: Beutel 1–2 Tage, Basisplatte 3–7 Tage (Hersteller).
5. **[MD/QM-Empfehlung]** Hautbefund pro Wechsel; Rötung > 5 mm → Hausarzt.
6. **[Helden-Praxistipp]** Konvex / Plan nur nach Anordnung (Stoma-Profil).
7. **[Helden-Praxistipp]** Klient aktiv ansprechen (Schmerz, Sitz, Scham). (Hausstandard.)
8. **[Landesvertrag]** Materialentsorgung: Beutel verschlossen, doppelverpackt; Müll-Hygiene.
9. **[Helden-Praxistipp]** Ernährungshinweise; Stoma-Therapeut:in vermitteln.
10. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku pro Wechsel: Datum, Material, Hautbefund, HZ.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Anhang A · Stoma-Standard.**

Anhang A · Stoma-Standard (QM)

Material:

- [] Basisplatte (Plan/Konvex nach Anordnung) + Schablone
- [] Beutel (1- oder 2-tlg) + Klemme / Ausstreifschluss
- [] Reinigungstuch (Wasser), Tupfer
- [] Hautschutzfilm (Cavilon)
- [] Schere, Lineal

Wechsel:

1. Alten Beutel entleeren, Basisplatte ablösen (Releaser)
2. Haut reinigen mit Wasser (keine Seife), trocknen
3. Hautbefund inspizieren + dokumentieren
4. Stoma vermessen, Schablone zuschneiden
5. Hautschutzfilm auftragen, trocknen
6. Basisplatte aufkleben, andrücken (1 Min Wandtemperatur)
7. Beutel konnektieren, Sitz prüfen

Doku: Datum, Material, Stoma-Aussehen, Haut, HZ.

Eskalation: Rötung > 5 mm, Ulcus, Blutung, Stuhl-Stopp Ileo → Hausarzt.

Vertiefung zum Thema „Stomaversorgung (Kolostoma, Ileostoma, Urostoma)“:

Behandlungspflege LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL F1 · KATEGORIE F · ERNÄHRUNG

PEG-Versorgung (Eintrittsstellen-Pflege)

Perkutane Endoskopische Gastrostomie (PEG) ist Standard bei dauerhafter Sondenernährung. **Eintrittsstellen-Hygiene + Sonde freidrehen + Sondenposition prüfen** sind die drei Pflicht-Routinen, an denen MD-Prüfungen ansetzen.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Behandlungspflege →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	---

1. Bundesrechtliche Grundlage

HKP-RL § 18 (Sondenernährung). **DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung**. Durchführung PFK oder ergänzende Pflegekraft nach Schulung.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: PEG-Eintrittsstellen-Pflege durch Pflegekräfte aller Stufen mit dokumentierter Schulung. Probleme (Buried-Bumper, Granulation) → PFK + Hausarzt.

3. PEG-Versorgung (Eintrittsstellen-Pflege) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „PEG-Versorgung (Eintrittsstellen-Pflege)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Schulung dokumentiert.
BY	Bayern	MD Bayern prüft PEG-Doku restriktiv.
BE	Berlin	AOK Nordost.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: PEG-LK abgrenzen.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: Schulung im PD-QM.
HE	Hessen	Hessen: Personalakt.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt Rahmenempfehlung.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: PEG-Versorgung mit Schulung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*Eigene LK **PEG-Eintrittsstellen-Pflege**. Separat von LK **Sondennahrung anhängen (F2)** und **Spülung (F3)**.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: Indikation, OP-Komplikation, Nicht-Reaktion auf Granulation.

PFK: fehlende Hygiene, unterlassenes Freidrehen (*Buried-Bumper*), Nicht-Erkennen Komplikationen, Doku-Lücken.

PDL: fehlende PEG-Schulung.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Sonde nicht freigedreht

Sonde über Monate nicht gedreht → **Buried-Bumper-Syndrom** (Magenwand wächst über Platte).

Schutz: 1x/Woche Sonde 360° drehen + 2–3 cm nach innen-außen bewegen. Im Pflegeplan fest verankert.

Falle 2 – Granulation ignoriert

Überschießende Granulation um Sonde, Sekret, Rötung über Wochen.

Schutz: Bei Granulation Hausarzt informieren; ggf. Silbernitrat-Tupfer durch Arzt.

Falle 3 – Verband über Y-Halterung

PEG mit Mullbinde abgedeckt, Halterung verrutscht, Druckschäden.

Schutz: Y-Schlitz-Kompresse unter Halterung; keine Druckauflage.

Falle 4 – Sondenposition nicht geprüft

Sondenposition gewandert (Magnetmarken am Schlauch). PEG zieht sich, Klient schmerzhaft.

Schutz: Sondenmarkierung dokumentieren (cm-Skala); Abweichung > 2 cm → Hausarzt.

Falle 5 – Hygienewechsel zu selten

Eintrittsstelle 5 Tage nicht gereinigt → Infekt.

Schutz: Tägliche Inspektion + Reinigung mit NaCl 0,9 %, milde Seife.

Falle 6 – Verbandwechsel ohne Aseptik

Pflege fasst zwischendurch andere Stellen an, Wundinfekt.

Schutz: Händedesinfektion + Handschuhwechsel; aseptisches Vorgehen.

Falle 7 – Klient zieht Sonde

Demente Klient:in zieht PEG selbst, Stichkanal blutet, schließt sich rasch.

Schutz: Notfall: Hausarzt SOFORT (Stichkanal schließt sich innert Stunden); ggf. Notfall-Re-Anlage.

Präventiv: Abdomenschutz / Verband fixieren, Demenz-Mgmt.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** HKP-Verordnung PEG-Versorgung vorhanden. (§ 37 SGB V + HKP-RL § 18.)
2. **[Landesvertrag]** Schulung PEG-Versorgung Helfer:innen nach Anlage.
3. **[Helden-Praxistipp]** 1x/Woche Sonde drehen + bewegen (Buried-Bumper-Prävention).
4. **[Helden-Praxistipp]** Y-Schlitz-Kompresse unter Halterung; keine Druckauflage.
5. **[MD/QM-Empfehlung]** Sondenmarkierung dokumentiert (cm-Skala); Abweichung > 2 cm → Hausarzt.
6. **[Helden-Praxistipp]** Tägliche Inspektion + Reinigung Eintrittsstelle (NaCl, Seife).
7. **[Gesetz]** Aseptik beim Wechsel: Händedesinfektion + Handschuhe.
8. **[MD/QM-Empfehlung]** Granulation / Sekret / Rötung → Hausarzt.
9. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku: Datum, Eintrittsbefund, Sondenposition, HZ.
10. **[Helden-Praxistipp]** Bei Sondenverlust durch Klient:in Hausarzt SOFORT (Stichkanal schließt).

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: Anhang A · PEG-Pflege-Standard.

Anhang A · PEG-Pflege-Standard (QM)

Täglich:

- Eintrittsstelle inspizieren (Rötung, Sekret, Schwellung, Granulation)
- Mit NaCl 0,9 % reinigen, mit Wasser/milde Seife spülen
- Y-Schlitz-Kompresse unter Halterung wechseln
- Sondenposition prüfen (cm-Markierung), dokumentieren

1x pro Woche:

- Sonde 360° drehen + 2–3 cm vor und zurück bewegen
- Halterung lockern + neu fixieren

Eskalation:

- Granulation / Rötung > 5 mm / eitrig → Hausarzt
- Sondenposition Abweichung > 2 cm → Hausarzt
- Sondenverlust → Hausarzt / Notarzt SOFORT (Stichkanal schließt innert Std)

Vertiefung zum Thema „PEG-Versorgung (Eintrittsstellen-Pflege)“: Behandlungspflege LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL F2 · KATEGORIE F · ERNÄHRUNG

Sondennahrung anhängen (PEG / nasogastrale Sonde)

Bolus- oder Pumpenernährung über PEG/PEJ/NG-Sonde. Risiko: **Aspiration, Fehlplatzierung, Refluxprobleme**. Standard: Sondenposition prüfen, **30°-Lagerung**, Geschwindigkeit nach Toleranz.

MD-PRÜFPUNKTE
10AUDIT-FINDINGS
7MUSTERTEXTE
1PASSENDE SCHULUNG
**Behandlungspf
lege** →**1. Bundesrechtliche Grundlage**

HKP-RL § 18 + DGEM-Leitlinie. Anordnung Arzt mit Nahrungsart, Tagesmenge, Geschwindigkeit.
Durchführung PFK / geschulte Helfer:in.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Anhängen Sondennahrung durch geschulte Pflegekräfte (Bolus oder Pumpe).
Pumpenmodelle Hersteller-spezifisch → Schulung dokumentieren.

3. Sondennahrung anhängen (PEG / nasogastrale Sonde) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Sondennahrung anhängen (PEG / nasogastrale Sonde)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Schulung dokumentiert.
BY	Bayern	MD Bayern: 30°-Lagerung als Aspirations-Prävention geprüft.
BE	Berlin	AOK Nordost.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: HKP-LK Sondennahrung.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: Helfer:innen mit Pumpen-Schulung im PD-QM.
HE	Hessen	Hessen: Personalakt.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt Rahmenempfehlung.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: Sondennahrung mit Schulung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*Eigene LK **Sondennahrung anhängen**. Bei Pumpen mehrere Einsätze/Tag abrechenbar, wenn jeder Einsatz separate Anfahrt erfordert.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: Indikation, Anordnung Nahrung + Geschwindigkeit.

PFK: Nahrungsgabe ohne Lagekontrolle, falsche Lagerung → Aspiration, Hygienemangel, fehlende Spülung.

PDL: fehlende Pumpen-Schulung.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Aspiration durch flache Lagerung

Klient liegt flach, Sondennahrung läuft, Reflux → Aspiration, Pneumonie.

Schutz: Mindestens 30°-Oberkörper bei Gabe + 30 Min nach Ende.

Falle 2 – Sondenlage nicht geprüft

NG-Sonde liegt in den Bronchien (vom Klient gehustet) → Sondennahrung in Lunge.

Schutz: Vor jeder Gabe Lagekontrolle: Markierung, Aspirat-pH (≤ 5), bei NG-Sonde im Zweifel Hausarzt.

Falle 3 – Nahrung zu schnell

Bolus 200 ml in 3 Min → Übelkeit, Erbrechen.

Schutz: Bolus 200 ml über 15–20 Min; Pumpe nach Anordnung.

Falle 4 – Spülung vor/nach vergessen

Nahrungsreste verstopfen Sonde, PEG geht zu, ASCH-Reanlage.

Schutz: Vor + nach Gabe mit 20–30 ml stillem Wasser spülen.

Falle 5 – Bakterienkontamination

Nahrungsflasche 24 h offen, Bakterienwachstum → Diarrhö.

Schutz: Geschlossenes System; angebrochene Beutel max. 24 h, gekühlt; Pumpenset 24 h Wechsel.

Falle 6 – Diarrhö nicht erkannt

Diarrhö 5 Tage → Exsikkose, Elektrolytentgleisung.

Schutz: Toleranz beobachten (Stuhl, Erbrechen, Bauch); Pumpen-Geschwindigkeit anpassen, Hausarzt informieren.

Falle 7 – Medikamente in Sonde gemischt

Mehrere Tabletten gemeinsam gemörsert + in Nahrung gegeben → Interaktion, Sondenverstopfung.

Schutz: Jedes Medikament einzeln, mit Wasser spülen zwischen den Gaben. Bei Inkompatibilität Hausarzt.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz] HKP-Verordnung** Sondennahrung + Anordnung Nahrung, Menge, Geschwindigkeit. (HKP-RL § 18.)
2. **[Landesvertrag] Schulung Sondenernährung** Helfer:innen nach Anlage; Pumpe Hersteller-spezifisch.
3. **[Gesetz] Lagekontrolle vor Gabe:** Markierung, ggf. Aspirat-pH; Zweifel → Hausarzt. (Sorgfaltspflicht.)
4. **[Helden-Praxistipp] 30°-Oberkörper** bei Gabe + 30 Min danach. (Aspirations-Prävention.)
5. **[Helden-Praxistipp] Spülung vor + nach** mit 20–30 ml stillem Wasser.
6. **[Helden-Praxistipp] Bolus 200 ml über 15–20 Min;** Pumpe nach Anordnung.
7. **[MD/QM-Empfehlung] Angebrochene Beutel max. 24 h;** Pumpenset 24 h Wechsel.
8. **[Helden-Praxistipp] Medikamente einzeln,** spülen zwischen den Gaben. (DGEM.)
9. **[MD/QM-Empfehlung] Toleranz beobachten** (Übelkeit, Reflux, Stuhl); Doku.
10. **[MD/QM-Empfehlung] Doku pro Gabe:** Menge, Geschwindigkeit, Toleranz, HZ.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Anhang A · Sondennahrung-Standard.**

Anhang A · Sondennahrung-Standard (QM)

Vor Gabe:

- Händedesinfektion, Handschuhe
- Lagekontrolle (Markierung, Aspirat-pH bei NG)
- Klient mind. 30° aufrecht
- Sonde mit 20 ml stillem Wasser spülen

Gabe:

- Bolus 200 ml über 15–20 Min ODER Pumpe nach Anordnung
- Toleranz beobachten (Reflux, Übelkeit, Bauch)

Nach Gabe:

- Sonde mit 30 ml Wasser spülen
- Klient 30 Min weiter mind. 30°
- Doku: Menge, Geschwindigkeit, Toleranz, HZ

Eskalation: Aspirations-Verdacht / Husten / Atemnot → SOFORT 112; bei Diarrhö > 24 h → Hausarzt.

Vertiefung zum Thema „Sondennahrung anhängen (PEG / nasogastrale Sonde)“:
Behandlungspflege LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-1g1-1g2

KAPITEL F3 · KATEGORIE F · ERNÄHRUNG

PEG-Spülung

Routine-Spülung der PEG zwischen den Nahrungs-/Medikamenten-Gaben. Mini-Tätigkeit, großer Schaden bei Vernachlässigung: verstopfte Sonde, Re-Anlage, Krankenhaus.

MD-PRÜFPUNKTE
5AUDIT-FINDINGS
5MUSTERTEXTE
1PASSENDE SCHULUNG
**Behandlungspf
lege** →

1. Bundesrechtliche Grundlage

HKP-RL § 18; Anordnung „Sondenspülung“ in HKP-Verordnung.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Spülung durch Pflegekräfte aller Stufen mit Schulung.

3. PEG-Spülung – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „PEG-Spülung“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW.
BY	Bayern	MD Bayern: Spül-Doku geprüft.
BE	Berlin	AOK Nordost.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: QM-Standard.
HE	Hessen	Hessen.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen Rahmenempfehlung.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: Spülung mit Schulung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest.
TH	Thüringen	Thüringen.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

Spülung meist in LK Sondennahrung/Medikamentengabe enthalten; eigene LK selten.

5. Haftungs-Architektur

PFK: Sondenverstopfung durch fehlende Spülung, Verwendung von Kohlensäurewasser/Tee/Saft (Verstopfung), unhygienisches Material.

PDL: fehlende Standards.

6. Die 5 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind **frei erfundene Lehrbeispiele**, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind **keine konkreten Gerichtsentscheidungen**, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Sondenverstopfung

Nach Medikament nicht gespült → Sonde dicht.

Schutz: Vor + nach Medikamenten 20–30 ml stilles Wasser.

Falle 2 – Falsche Spüllösung

Tee/Saft/Sprudel verwendet → Inkrustation.

Schutz: Nur stilles Wasser (Trinkwasser, mind. bei Risikoklient:innen abgekocht).

Falle 3 – Spül-Druck zu hoch

60-ml-Spritze mit Druck → Sondenleck.

Schutz: Sanft spülen; nicht mit Gewalt.

Falle 4 – Mehrwegspritze ohne Wechsel

Spritze 14 Tage verwendet → Keimreservoir.

Schutz: Spritze 1x/Tag tauschen; Einmal-Spritze bevorzugt.

Falle 5 – Spülmenge zu klein

5 ml genügen nicht → Reste in Sonde.

Schutz: 20–30 ml Standard.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Helden-Praxistipp]** Stilles Trinkwasser; bei Risikoklient:innen abgekocht. (DGEM.)
2. **[Helden-Praxistipp]** 20–30 ml vor + nach Nahrung/Medikamenten.
3. **[Helden-Praxistipp]** Sanfter Druck; nicht mit Gewalt spülen.
4. **[MD/QM-Empfehlung]** Spritzen-Wechsel täglich oder Einmalspritze.
5. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku: Menge + HZ pro Spülung.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: Anhang A · PEG-Spül-Standard.

Anhang A · PEG-Spül-Standard (QM)

Vor Medikamentengabe / Sondennahrung:

[] 20–30 ml stilles Wasser sanft spülen

Zwischen Medikamenten (wenn mehrere):

[] 10 ml stilles Wasser sanft

Nach Gabe:

[] 30 ml stilles Wasser sanft

Doku: Menge pro Spülung + HZ.

Vertiefung zum Thema „PEG-Spülung“: Behandlungspflege LG1 & LG2. ·

dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL F4 · KATEGORIE F · ERNÄHRUNG

Portnahrung (parenterale Ernährung über Port)

Parenterale Ernährung über implantierten Port-Katheter (Port-a-Cath). **Hochrisiko-Bereich:** nur PFK mit Spezialschulung. Hygiene + Port-Hygiene + Pumpen-Bedienung + Komplikationsmanagement müssen sitzen.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Behandlungspflege →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	---

1. Bundesrechtliche Grundlage

HKP-RL § 19 (parenterale Ernährung). KRINKO Prävention Gefäßkatheter-Infektionen (2017).
Anordnung Arzt mit spezifischer Nahrungsverordnung. Durchführung **nur PFK mit dokumentierter Port-Schulung**.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Portnahrung **nur PFK** mit Spezialschulung. Ergänzende Pflegekraft **nicht zuständig**. Praxisempfehlung: Palliative-Care-/Onkologie-Fortbildung.

3. Portnahrung (parenterale Ernährung über Port) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Portnahrung (parenterale Ernährung über Port)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Schulung dokumentiert.
BY	Bayern	MD Bayern: Portnahrung nur PFK; Hygiene-Standard im QM geprüft.
BE	Berlin	AOK Nordost; nur PFK + Spezialschulung.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: nur PFK.
HB	Bremen	Bremen folgt vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: dokumentierte Hospitation + Schulung.
HE	Hessen	Hessen: Schulung im Personalakt.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen: nur PFK.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: Portnahrung nur PFK + Spezialschulung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL: nur PFK.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025: nur PFK.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST: nur PFK.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest; NRW-Linie.
TH	Thüringen	Thüringen: Portnahrung nur PFK + Palliativ-Schulung.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

*Eigene hochbewertete LK **parenterale Ernährung über Port**. Material über Sprechstundenbedarf / Hilfsmittel. Kombi mit Schmerzpumpen (H3) möglich.*

5. Haftungs-Architektur

Arzt: Indikation, Nahrungsauswahl, Überwachung.

PFK: Port-Infektion durch Hygienemangel, Luftembolie durch falsches Vorgehen, Nichterkennen Komplikationen (Sepsis, Thrombose).

PDL: Einsatz nicht qualifizierter Kräfte = Organisationsverschulden, gravierend.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Port-Infektion

Mangelnde Hygiene beim Anstechen → **Katheter-assoziierte Sepsis**.

Schutz: Strikte Aseptik: chirurgische Händedesinfektion, sterile Handschuhe, Hautdesinfektion 60 Sek Einwirkzeit, Lochtuch.

Falle 2 – Luftembolie

Infusionsleitung enthält Luft → **Luftembolie**, Notfall.

Schutz: Schläuche entlüften vor Konnektion; Pumpenalarm „Luft“ ernst nehmen.

Falle 3 – Heparin-Block falsch

Nach Beendigung kein Heparin-Block → **Thrombose im Port**.

Schutz: Block nach Hersteller-Schema (z. B. Heparin 100 IE/ml, 5 ml).

Falle 4 – Nadel zu lange im Port

Huber-Nadel 8 Tage liegend → **Hautinfektion**.

Schutz: Huber-Nadel max. 7 Tage; bei Auffälligkeit früher.

Falle 5 – Inkompatibilität

Mehrere Medikamente parallel über Port → **Ausfall, Kristalle**.

Schutz: Apothekenfreigabe; nur kompatible Mischungen; Schläuche spülen mit NaCl 0,9 % zwischen den Gaben.

Falle 6 – Thrombose im Port unerkant

Pumpenalarm „Okklusion“ → Pflege ignoriert.

Schutz: Pumpenalarm = Stopp + Hausarzt; kein eigenmächtiges Forcieren.

Falle 7 – Material kontaminiert

Beutel länger als 24 h hängend → Bakterienwachstum.

Schutz: Beutel max. 24 h; bei Lipidsystem kürzer (Hersteller-Hinweis).

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Landesvertrag]** Nur PFK mit Port-Schulung; Hospitation dokumentiert. (Anlage Landes-Rahmenvertrag.)
2. **[Gesetz]** HKP-Verordnung parenterale Ernährung mit Nahrungs- und Pumpen-Parameter.
3. **[Gesetz]** Strikte Aseptik: chirurg. Händedesinfektion, sterile Handschuhe, Hautdesinfektion 60 Sek. (KRINKO.)
4. **[Helden-Praxistipp]** Schläuche entlüften; Pumpenalarm Luft ernst nehmen.
5. **[MD/QM-Empfehlung]** Huber-Nadel max. 7 Tage; Hautinspektion. (QM-Standard.)
6. **[Gesetz]** Heparin-Block nach Hersteller-Schema. (Thrombose-Prävention.)
7. **[Helden-Praxistipp]** Apotheken-Freigabe bei mehreren Präparaten; NaCl-Spülung zwischen Gaben.
8. **[Gesetz]** Pumpenalarm Okklusion = Stopp + Hausarzt. (Sorgfaltspflicht.)
9. **[MD/QM-Empfehlung]** Beutel max. 24 h; Lipidsystem kürzer.
10. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku: Nahrung, Menge, Geschwindigkeit, HZ, Auffälligkeit.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: Anhang A · Portnahrung-Standard.

Anhang A · Portnahrung-Standard (QM)

Material:

- [] Steriles Set: Lochtuch, sterile Handschuhe, Huber-Nadel
- [] Hautdesinfektion (Octenidin/Chlorhexidin), 60 Sek Einwirkzeit
- [] Spritzen NaCl 0,9 % (Spülung), Heparin (Block nach Hersteller)
- [] Pumpe, geprüfte Nahrung, sterile Infusionsleitung

Ablauf:

1. Chirurg. Händedesinfektion 90 Sek
2. Steriler Tisch, Material aufdecken
3. Hautdesinfektion 60 Sek, Lochtuch
4. Huber-Nadel sicher einsetzen, Rückaspiration
5. Spülung NaCl, Nahrung konnektieren
6. Pumpenparameter eingeben, Start
7. Sichtkontrolle Pumpe, Klient

Nach Gabe:

- [] NaCl-Spülung, Heparin-Block
- [] Huber-Nadel ziehen falls nach Schema
- [] Pflasterverband, Hautbefund
- [] Doku Nahrung, Menge, Geschwindigkeit, HZ

Eskalation: Pumpenalarm Okklusion / Luft / Fieber / Hautrötung > 5 mm um Port → SOFORT Hausarzt.

Vertiefung zum Thema „Portnahrung (parenterale Ernährung über Port)“:
Behandlungspflege LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-ig1-ig2

KAPITEL G1 · KATEGORIE G · ATMUNG

Sauerstoffgabe (Langzeit-Sauerstofftherapie LTOT)

Sauerstoff über Konzentrator / Flüssigsauerstoff / Druckflasche – bei COPD, Lungenfibrose, palliativ.

Sauerstoff ist Arzneimittel und verordnungspflichtig. Brandschutz, Schlauchhygiene, Klient-Schulung sind Pflicht.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Behandlungspflege →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	---

1. Bundesrechtliche Grundlage

HKP-RL § 12 + Hilfsmittel-Verordnung Sauerstoff-System. **AWMF Leitlinie LTOT · DGP Empfehlungen.**

Verordnung Arzt (Flow, Stunden/Tag, Indikation).

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Sauerstoff-Hilfe durch alle Pflegekräfte mit Schulung. **Einstellungsänderung** nur PFK / Hausarzt.

3. Sauerstoffgabe (Langzeit-Sauerstofftherapie LTOT) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Sauerstoffgabe (Langzeit-Sauerstofftherapie LTOT)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Schulung dokumentiert.
BY	Bayern	MD Bayern: Sauerstoff-Doku geprüft.
BE	Berlin	AOK Nordost.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: Schulung im PD-QM.
HE	Hessen	Hessen: Personalakt.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt Rahmenempfehlung.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: Sauerstoff-Hilfe mit Schulung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

Eigene LK; Material über Hilfsmittel.

5. Haftungs-Architektur

Arzt: Indikation, Flow-Verordnung.

PFK: eigenmächtige Flow-Erhöhung (CO₂-Retention bei COPD!), Brandschutz vernachlässigt, Schläuche Hygiene.

PDL: fehlende Schulung.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Flow eigenmächtig erhöht (COPD)

Klient atemnot, Pflege erhöht Flow von 2 auf 5 L/min → CO₂-Retention, Klient sediert, Notarzt.

Schutz: Flow nur nach Anordnung; bei COPD CO₂-Risiko. Akute Atemnot → Hausarzt / 112, nicht Flow rauf.

Falle 2 – Brandschutz vernachlässigt

Klient raucht trotz O₂ → Gesichtsverbrennung.

Schutz: Rauchverbot im O₂-Raum; Familie aktiv aufklären; bei Verdacht eskalieren.

Falle 3 – Nasenbrille verkrustet

Brille 4 Wochen nicht gewechselt → Verstopfung, Klient bekommt weniger O₂.

Schutz: Nasenbrille 1x/Woche Wechsel; Schlauch alle 4 Wochen.

Falle 4 – Konzentrador nicht gewartet

Filter zugesetzt, Konzentrador alarmiert, Klient ohne O₂.

Schutz: Wartungsplan Hersteller; Filterwechsel dokumentiert.

Falle 5 – Nasenpflege fehlt

Nasensekret + Krusten → Schmerzen.

Schutz: Nasenpflege täglich (Salzwasser, Pflegegel ohne Fett).

Falle 6 – Anfeuchter nicht gefüllt

Anfeuchter trocken → trockene Schleimhäute, Husten.

Schutz: Bei Flow > 3 L/min Anfeuchter mit sterilem Wasser; täglich prüfen.

Falle 7 – Sauerstoff-Dauer nicht eingehalten

Klient trägt O2 nur 4 h/Tag statt 16 h → Therapie wirkungslos.

Schutz: Stunden-Compliance dokumentieren; Klient + Familie ausführlich aufklären.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** HKP-Verordnung + Hilfsmittel Sauerstoff (Flow, Std/Tag, Indikation).
2. **[Gesetz]** Flow nur nach Anordnung; bei COPD CO₂-Risiko. (Sorgfaltspflicht.)
3. **[Gesetz]** Rauchverbot + Brandschutz im O₂-Raum. (Sicherheitsvorgabe.)
4. **[Helden-Praxistipp]** Nasenbrille 1x/Woche wechseln; Schlauch 4 Wochen.
5. **[Helden-Praxistipp]** Anfeuchter mit sterilem Wasser bei Flow > 3 L/min.
6. **[Helden-Praxistipp]** Nasenpflege täglich (Salzwasser, fettfreies Gel).
7. **[MD/QM-Empfehlung]** Wartung Konzentrator dokumentiert (Filterwechsel).
8. **[MD/QM-Empfehlung]** Stunden-Compliance dokumentiert; Aufklärung Klient/Familie.
9. **[Landesvertrag]** Schulung Helfer:innen Sauerstoff.
10. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku pro Einsatz: Flow, Sitz, Pulsoxymetrie ggf., HZ.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Anhang A · Sauerstoff-Standard.**

Anhang A · Sauerstoff-Standard (QM)

Pro Einsatz:

- Flow lt. Verordnung prüfen (L/min)
- Konzentrator Alarm / Filter sichten
- Anfeuchter Füllstand (steriles Wasser bei Flow > 3)
- Nasenbrille Sitz, Krusten
- Nasenpflege
- Klient befragen (Atemnot, Compliance)
- Brandschutz/Rauchverbot im Wohnraum überprüfen
- Doku: Flow, Sitz, HZ

Eskalation: Atemnot trotz O₂ / SpO₂ < 88 % / Klient sediert → Hausarzt / 112.

Vertiefung zum Thema „Sauerstoffgabe (Langzeit-Sauerstofftherapie LTOT)“:
Behandlungspflege LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-ig1-ig2

KAPITEL G2 · KATEGORIE G · ATMUNG

Inhalation (Verneblung, Dosieraerosol)

Vernebler-Inhalation mit Bronchodilatoren, Mukolytika, Kortison. Häufig in COPD/Asthma-Versorgung. **Atemtechnik + Mund-Hygiene + Wirkungsbeobachtung** sind das Standardpaket.

MD-PRÜFPUNKTE
10AUDIT-FINDINGS
7MUSTERTEXTE
1PASSENDE SCHULUNG
**Behandlungspf
lege** →**1. Bundesrechtliche Grundlage**

HKP-RL § 9 (Inhalation). Verordnung Arzt mit Präparat + Frequenz.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

***Schnellmatrix:** Inhalation durch Pflegekräfte aller Stufen mit Schulung.*

3. Inhalation (Verneblung, Dosieraerosol) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Inhalation (Verneblung, Dosieraerosol)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW.
BY	Bayern	MD Bayern.
BE	Berlin	AOK Nordost.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: Standard im PD-QM.
HE	Hessen	Hessen.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: Inhalation mit Schulung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest.
TH	Thüringen	Thüringen.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

Eigene LK; Inhalations-Material via Verordnung.

5. Haftungs-Architektur

PFK: falsche Atemtechnik, vergessene Mund-Spülung nach Kortison, Pumpe Hygiene.

Arzt: Indikation.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Atemtechnik schlecht

Klient atmet hektisch, Wirkstoff überwiegend in der Mundhöhle.

Schutz: Langsame, tiefe Inspiration; 5 Sek halten, dann ausatmen. Aufklären.

Falle 2 – Mund nicht gespült (Kortison)

Mundsoor nach Kortison-Inhalation.

Schutz: Mund spülen + Wasser ausspucken nach jeder Inhalation.

Falle 3 – Vernebler nicht gereinigt

Vernebler-Kessel 14 Tage ohne Reinigung → Pseudomonas.

Schutz: Nach jeder Inhalation reinigen, 1x/Tag Desinfektion (Hersteller).

Falle 4 – Dosieraerosol ohne Spacer

Ältere Klient:in koordiniert Druck + Inspiration nicht → kaum Wirkung.

Schutz: Spacer verordnen lassen.

Falle 5 – Wirkung nicht beobachtet

Klient hat Bronchospasmus, Wirkung 0 → Notfall.

Schutz: Wirkungs-Beobachtung 15–30 Min nach; bei Verschlechterung Hausarzt/112.

Falle 6 – Kombi-Verordnung falsche Reihenfolge

Kortison vor Bronchodilatator → weniger Effekt.

Schutz: Bronchodilatator zuerst, dann Kortison (10 Min Abstand).

Falle 7 – Allergie unerkant

Allergie auf Mukolytikum → Bronchospasmus.

Schutz: Allergie-Anamnese; bei Erstgabe Beobachtung intensiv.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** HKP-Verordnung mit Präparat + Frequenz. (HKP-RL § 9.)
2. **[Helden-Praxistipp]** Atemtechnik anleiten: langsam tief, 5 Sek halten.
3. **[Helden-Praxistipp]** Mund spülen nach Kortison.
4. **[MD/QM-Empfehlung]** Vernebler reinigen nach Anwendung; 1x/Tag desinfizieren.
5. **[Helden-Praxistipp]** Spacer bei Dosieraerosolen.
6. **[MD/QM-Empfehlung]** Wirkungsbeobachtung 15–30 Min.
7. **[Helden-Praxistipp]** Reihenfolge: Bronchodilatator zuerst, dann Kortison (10 Min).
8. **[Helden-Praxistipp]** Allergie-Anamnese; Erstgabe beobachten.
9. **[Landesvertrag]** Schulung Helfer:innen Inhalation.
10. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku: Präparat, Dosis, HZ, Wirkung.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Anhang A · Inhalations-Standard.**

Anhang A · Inhalations-Standard (QM)

Ablauf:

1. Händedesinfektion, Material vorbereiten (Präparat lt. Verordnung)
2. Klient aufrecht lagern (sitzend / 45°)
3. Präparat in Vernebler-Kessel; Maske/Mundstück
4. Klient anleiten: langsam tief einatmen, 5 Sek halten, ausatmen
5. Vernebeln bis Präparat aufgebraucht (5–10 Min)
6. Mund spülen (besonders nach Kortison)
7. Vernebler reinigen + trocknen
8. Doku: Präparat, Dosis, Wirkung, HZ

Vertiefung zum Thema „Inhalation (Verneblung, Dosieraerosol)“: Behandlungspflege LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-ig1-ig2

KAPITEL G3 · KATEGORIE G · ATMUNG

Tracheostoma-Pflege

Pflege eines Tracheostomas (mit oder ohne Kanüle) – bei Heimbeatmung, nach Larynx-OP, palliativ.

Hochrisiko: Hypoxie binnen Minuten möglich. Im ambulanten Setting nur durch PFK mit Spezialschulung.

MD-PRÜFPUNKTE
10

AUDIT-FINDINGS
7

MUSTERTEXTE
1

PASSENDE SCHULUNG
**Behandlungspf
lege** →

1. Bundesrechtliche Grundlage

HKP-RL § 8 (Tracheostomapflege). KRINKO Prävention Tracheostomie-assoz. Pneumonie. DGP/DGAI Standards. Durchführung nur PFK mit dokumentierter Schulung.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Tracheostoma-Pflege **nur PFK** mit Spezialschulung. Ergänzende Pflegekräfte **nicht zuständig**. Außerklinische Beatmung → **Außerklinische Intensivpflege (AKI)**-Konzept.

3. Tracheostoma-Pflege – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Tracheostoma-Pflege“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Schulung dokumentiert.
BY	Bayern	MD Bayern: nur PFK + AKI-Standards.
BE	Berlin	AOK Nordost.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: nur PFK.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: Schulung + Hospitation Pflicht.
HE	Hessen	Hessen: Spezialschulung Pflicht.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen folgt AKI-Standard.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: Tracheo-Pflege nur PFK + Spezialschulung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL: PFK.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST: nur PFK.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest.
TH	Thüringen	Thüringen: nur PFK + Spezialschulung.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

Hochbewertete LK. Kombi mit Absaugen (G4) typisch; bei AKI-Klient:innen häufig 24-h-Versorgung.

5. Haftungs-Architektur

Arzt: Indikation, Kanülen-Wahl.

PFK: Hygienemangel → Pneumonie, Kanülendislokation, fehlende Inner-Kanülen-Reinigung, Hautkomplikationen, Notfall-Fehlmanagement.

PDL: Einsatz nicht qualifizierter Kräfte = Organisationsverschulden.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Kanüle rutscht raus

Klient hustet, Kanüle draußen, Stoma verschlossen → akute Atemnot.

Schutz: Notfall-Set immer am Bett (Ersatz-Kanüle, Trachealspreizer); Pflege geschult.

Falle 2 – Innenkanüle verkrustet

Innenkanüle 8 Std nicht gereinigt → Atemwegsverengung.

Schutz: Mehrmals täglich Innen-Kanüle prüfen + reinigen.

Falle 3 – Cuff zu fest

Cuff > 25 cmH₂O über Stunden → Trachealstenose.

Schutz: Cuff-Druck-Messung 1x/Schicht; 20–25 cmH₂O.

Falle 4 – Tracheostoma-Hautinfekt

Sekret + Rötung um Stoma 1 Wo ignoriert → Infekt.

Schutz: Hygiene 2x/Tag, Wundbeobachtung, Hausarzt bei Rötung > 5 mm.

Falle 5 – Aspiration durch fehlende Cuff-Sperre

Cuff nicht aufgeblasen, Sekret in Lunge → Pneumonie.

Schutz: Cuff lt. Anordnung; bei oral essenden Klient:innen Cuff nach Schluck-Status.

Falle 6 – Schläuche Beatmung nicht gewechselt

Schlauchsystem 5 Tage ohne Wechsel → Biofilm.

Schutz: Schlauchwechsel 1x/Woche; HME-Filter 24 h.

Falle 7 – Notfall-Plan fehlt

Pflegekraft nicht geschult, kennt Notfallprozedur nicht.

Schutz: Notfall-SOP (Kanülendislokation, Atemnot) im Klientenmappe + Schulung.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Landesvertrag]** Nur PFK mit **Spezial- und Notfall-Schulung** (AKI-Standard).
2. **[Gesetz]** HKP-Verordnung **Tracheo-Pflege** + Hilfsmittel + Notfall-Set.
3. **[Gesetz]** **Notfall-Set am Bett**: Ersatzkanüle, Trachealspreizer, Sauerstoff. (Sorgfaltspflicht.)
4. **[MD/QM-Empfehlung]** **Innen-Kanüle prüfen + reinigen** mehrmals täglich.
5. **[MD/QM-Empfehlung]** **Cuff-Druck** 20–25 cmH₂O, 1×/Schicht messen.
6. **[MD/QM-Empfehlung]** **Stoma-Hygiene 2×/Tag**; Hautbefund dokumentiert.
7. **[Helden-Praxistipp]** **HME-Filter 24 h**; Schlauchsystem 1×/Woche.
8. **[Gesetz]** **Notfall-SOP** in Klientenmappe; Schulung jährlich aufgefrischt.
9. **[MD/QM-Empfehlung]** **Doku pro Schicht**: Cuff, Hygiene, Sekret, HZ.
10. **[Helden-Praxistipp]** **Angehörige instruieren**: 24-h-PD-Telefon, Notfall-Verhalten.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Anhang A · Tracheo-Standard + Notfall-SOP.**

Anhang A · Tracheostoma-Standard (QM)

Routine pro Schicht:

- Hygiene Stoma (2×/Tag)*
- Hautbefund (Rötung, Sekret)*
- Cuff-Druck 20–25 cmH₂O*
- Innen-Kanüle reinigen*
- Schlauchsystem-Sicht*
- Sekret beobachten (Menge, Farbe, Geruch)*
- HME-Filter wechseln 24 h*
- Notfall-Set vollständig (Ersatzkanüle, Spreizer, O₂)*

Notfall-SOP Kanülendislokation:

1. *Ruhe bewahren, Klient lagern*
2. *Ersatzkanüle einsetzen (gleiche Größe oder eine kleiner)*
3. *Wenn nicht möglich: Trachealspreizer + Maskenbeatmung*
4. *112 anrufen*
5. *Doku, PDL informieren*

Vertiefung zum Thema „Tracheostoma-Pflege“: *Behandlungspflege LG1 & LG2.* ·
dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

KAPITEL G4 · KATEGORIE G · ATMUNG

Absaugen (oral / tracheal)

Sekret-Absaugen aus Mundhöhle (oral) oder Trachea (geschlossenes / offenes System). **Tracheales Absaugen ist Hochrisiko:** Hypoxie, Schleimhautverletzung, Bradykardie. Nur durch PFK mit Schulung.

MD-PRÜFPUNKTE
10AUDIT-FINDINGS
7MUSTERTEXTE
1PASSENDE SCHULUNG
**Behandlungspf
lege** →**1. Bundesrechtliche Grundlage**

HKP-RL § 8a (Absaugen). KRINKO 2017.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Orales Absaugen durch PFK / geschulte Helfer:innen. **Tracheales Absaugen nur PFK; Spezialschulung.**

3. Absaugen (oral / tracheal) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Absaugen (oral / tracheal)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Schulung dokumentiert.
BY	Bayern	MD Bayern: tracheal nur PFK + AKI-Standard.
BE	Berlin	AOK Nordost.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: dokumentierte Schulung im PD-QM.
HE	Hessen	Hessen: Schulung Personalakt.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen: PFK-Standard tracheal.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: orales Absaugen mit Schulung; tracheal nur PFK.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

Eigene LK; Kombi mit Tracheo-Pflege (G3) typisch.

5. Haftungs-Architektur

PFK: Hypoxie durch zu langes Absaugen, Schleimhautverletzung durch zu hohen Sog, Aspirations-Verschleppung, Aseptik.

PDL: Schulungsmangel.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

*Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind **keine konkreten Gerichtsentscheidungen**, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.*

Falle 1 – Sog zu hoch

Sog 400 mbar tracheal → Schleimhautblutung.

Schutz: Tracheal max. 150 mbar; oral max. 200.

Falle 2 – Saugzeit zu lang

Saugen > 15 Sek → Hypoxie, Bradykardie.

Schutz: Max. 10–15 Sek pro Vorgang; Pre-Oxygenierung.

Falle 3 – Pre-Oxygenierung fehlt

Klient ohne O2 abgesaugt, SpO2 sinkt auf 80 %.

Schutz: Pre-/Post-Oxygenierung bei tracheal abhängigen Klient:innen.

Falle 4 – Katheter mehrfach verwendet

Katheter für 2 Klient:innen → Keimübertragung.

Schutz: Einmal-Katheter; sterile Verpackung.

Falle 5 – Aseptik verletzt

Saugkatheter berührt Bettwäsche → Keimeintrag.

Schutz: Sterile Handschuhe + Technik; Katheter zwischen Hand und Sterilfeld.

Falle 6 – Sekret nicht beurteilt

Eitriges Sekret über Tage nicht eskaliert.

Schutz: Sekret nach Aussehen / Menge dokumentieren; Hausarzt bei eitrig / blutig.

Falle 7 – Pumpe nicht gewartet

Saugpumpe schwach, Gehäuse schmutzig → Hygiene-Risiko.

Schutz: Pumpe nach Hersteller warten; Behälter täglich.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Landesvertrag]** Tracheal nur PFK mit Schulung; oral Helfer:in mit Schulung.
2. **[Helden-Praxistipp]** Sog tracheal max. 150 mbar, oral max. 200 mbar.
3. **[Helden-Praxistipp]** Saugzeit max. 10–15 Sek; Pre-/Post-Oxygenierung.
4. **[Gesetz]** Einmal-Katheter steril; KRINKO-Hygiene.
5. **[MD/QM-Empfehlung]** Sterile Handschuhe + Technik; Aseptik.
6. **[MD/QM-Empfehlung]** Sekret-Befund dokumentieren; Eskalation bei eitrig/blutig.
7. **[MD/QM-Empfehlung]** Pumpe + Behälter Hygiene; Wartung dokumentiert.
8. **[Helden-Praxistipp]** Klient beobachten: SpO₂, Atmung, Vigilanz.
9. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku: Sog, Saugzeit, Sekret, HZ.
10. **[Gesetz]** Hypoxie / Bradykardie → SOFORT Pause + O₂.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Anhang A · Absaug-Standard.**

Anhang A · Absaug-Standard (QM)

Vorbereitung:

- Händedesinfektion, sterile Handschuhe
- Einmal-Katheter steril
- Sterile NaCl 0,9 % zur Spülung
- Sog max. 150 (tracheal) / 200 (oral) mbar

Ablauf tracheal:

1. Pre-Oxygenierung (FiO₂ +20 % für 1 Min)
2. Katheter einführen OHNE Sog
3. Sog beim Zurückziehen, max. 10–15 Sek
4. Post-Oxygenierung
5. Sekret beurteilen, Doku
6. Katheter entsorgen

Eskalation: SpO₂ < 88 % / Bradykardie / Bronchospasmus → STOPP + O₂ + Hausarzt/112.

Vertiefung zum Thema „Absaugen (oral / tracheal)“: Behandlungspflege LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-1g1-1g2

KAPITEL G5 · KATEGORIE G · ATMUNG

CPAP / BiPAP-Unterstützung (nächtliche Beatmungshilfe)

CPAP / BiPAP-Geräte zur nächtlichen Beatmungshilfe bei OSAS / COPD / Herzinsuffizienz. Pflegerische Hauptaufgabe: **Maske passen, Druck prüfen, Hygiene**, Compliance unterstützen. Kein invasiver Eingriff.

MD-PRÜFPUNKTE
10AUDIT-FINDINGS
7MUSTERTEXTE
1PASSENDE SCHULUNG
**Behandlungspf
lege** →**1. Bundesrechtliche Grundlage**

Hilfsmittel-Verordnung. Schlafmedizinische Indikation Arzt. **HKP-RL** über Anleitung/Hilfe.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

***Schnellmatrix:** CPAP-Hilfe durch geschulte Pflegekräfte aller Stufen.*

3. CPAP / BiPAP-Unterstützung (nächtliche Beatmungshilfe)– je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „CPAP / BiPAP-Unterstützung (nächtliche Beatmungshilfe)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW.
BY	Bayern	MD Bayern.
BE	Berlin	AOK Nordost.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: Schulung im PD-QM.
HE	Hessen	Hessen.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: CPAP-Hilfe mit Schulung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest.
TH	Thüringen	Thüringen.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

LK Anleitung / Unterstützung; Material über Hilfsmittel.

5. Haftungs-Architektur

PFK: falsche Druck-Einstellung, mangelnde Hygiene, fehlende Compliance-Unterstützung.

Arzt: Indikation, Druck.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Druck eigenmächtig verändert

Pflege erhöht Druck, weil „Klient atmet noch schwer“ → Pneumothorax-Risiko.

Schutz: Druck nur durch Schlaflabor / Hausarzt ändern.

Falle 2 – Maske drückt

Maske zu fest → Drucknekrose Nasenrücken.

Schutz: Maskenanpassung: nicht zu eng; Nasen-Schutz (Polster).

Falle 3 – Schläuche nicht gereinigt

Schlauch 6 Wo nicht gereinigt → Pseudomonas.

Schutz: Schlauch wöchentlich, Maske täglich (Wasser+milde Seife).

Falle 4 – Anfeuchter ohne Wasserwechsel

Stehendes Wasser im Anfeuchter → Keimreservoir.

Schutz: Täglich frisches steriles/destilliertes Wasser; Tank wöchentlich reinigen.

Falle 5 – Compliance niedrig

Klient trägt CPAP nur 2 h/Nacht → Therapie wirkungslos.

Schutz: Compliance-Gespräch; Gerät hat Compliance-Zähler, Schlaflabor informieren.

Falle 6 – Maskenleckage

Maske zischt, AHI hoch trotz Therapie → Therapieversagen.

Schutz: Sitz korrigieren, neue Größe bei Bedarf; Schlaflabor Rückmeldung.

Falle 7 – Notfall-Plan fehlt

Stromausfall nachts → Klient ohne Beatmung.

Schutz: Akku-Backup bei beatmungsabhängigen Klient:innen; Notfall-Telefon PD.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** Hilfsmittelverordnung CPAP/BiPAP + schlafmedizinische Verschreibung.
2. **[Gesetz]** Druck nur Schlaflabor / Hausarzt ändern. (Sorgfaltspflicht.)
3. **[Helden-Praxistipp]** Maskenanpassung: nicht zu eng; Nasenpolster bei Bedarf.
4. **[MD/QM-Empfehlung]** Schlauch wöchentlich, Maske täglich reinigen.
5. **[MD/QM-Empfehlung]** Anfeuchter täglich frisches steriles Wasser.
6. **[Helden-Praxistipp]** Compliance unterstützen; bei niedriger Compliance Schlaflabor informieren.
7. **[Helden-Praxistipp]** Maskenleckage beobachten; Größe anpassen.
8. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku: Tragezeit, Auffälligkeit, HZ.
9. **[Gesetz]** Akku-Backup bei beatmungsabhängigen Klient:innen.
10. **[Landesvertrag]** Schulung Helfer:innen CPAP-Pflege.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: Anhang A · CPAP/BiPAP-Standard.

Anhang A · CPAP/BiPAP-Standard (QM)

Täglich:

- Maske reinigen mit Wasser/milde Seife, lufttrocknen
- Anfeuchter mit frischem sterilem Wasser
- Maskensitz prüfen
- Druck-Anzeige notieren (lt. Verordnung)
- Tragezeit erfragen + dokumentieren

Wöchentlich:

- Schlauch reinigen
- Maske grundreinigen
- Anfeuchter-Tank reinigen

Eskalation: Druck-Probleme / Therapie-Wirkungslos / Maskenleckage → Schlaflabor / Hausarzt.

Vertiefung zum Thema „CPAP / BiPAP-Unterstützung (nächtliche Beatmungshilfe)“:
Behandlungspflege LG1 & LG2. · dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-ig1-ig2

KAPITEL H1 · KATEGORIE H · SPEZIELLE BEHANDLUNGSPFLEGE

Portversorgung (Port-Anstich, Pflege, Heparin-Block)

Implantierte Port-Systeme für Chemotherapie, parenterale Ernährung (F4), häufige Blutentnahmen. **Aseptik + Huber-Nadel-Technik + Heparin-Block** sind die drei Pflichtkompetenzen. Nur PFK mit Spezialschulung.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Palliative-Care →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	--

1. Bundesrechtliche Grundlage

HKP-RL § 5 (Injektionen i.v.) + **KRINKO Gefäßkatheter 2017**. Durchführung nur PFK mit Onkologie-/Port-Schulung. Anordnung Arzt mit Indikation.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Portversorgung **nur PFK** mit Spezialschulung. Ergänzende Pflegekraft **nicht zuständig**.

3. Portversorgung (Port-Anstich, Pflege, Heparin-Block) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Portversorgung (Port-Anstich, Pflege, Heparin-Block)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Schulung Personalakt.
BY	Bayern	MD Bayern: Port nur PFK + Onkologie-Standard.
BE	Berlin	AOK Nordost; nur PFK.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: nur PFK.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: Hospitation + Schulung dokumentiert.
HE	Hessen	Hessen: nur PFK.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen: nur PFK.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: Port nur PFK + Spezialschulung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL: nur PFK.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025: nur PFK.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST: nur PFK.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest; NRW-Linie.
TH	Thüringen	Thüringen: nur PFK + Spezialschulung.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

Hochbewertete LK; Kombi mit Portnahrung (F4) / Schmerzpumpen (H3) typisch.

5. Haftungs-Architektur

Arzt: Indikation, Material, Heparin-Schema.

PFK: Port-Infektion durch Hygienemangel, Luftembolie, Thrombose durch fehlenden Block, Punktion ohne Rückaspiration.

PDL: Einsatz ungeschulter Kräfte = Organisationsverschulden.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Port-Infektion

Hautdesinfektion zu kurz, Septikämie.

Schutz: Octenidin/Chlorhexidin 60 Sek Einwirkzeit, sterile Handschuhe.

Falle 2 – Luftembolie

Schlauch ungenügend entlüftet.

Schutz: Schläuche befüllen + entlüften vor Konnektion.

Falle 3 – Heparin-Block falsch

Kein Block nach Entkopplung → Thrombose im Port.

Schutz: Heparin-Block nach Hersteller (z.B. 100 IE/ml, 5 ml).

Falle 4 – Huber-Nadel zu lange

Nadel 9 Tage liegend → Infekt.

Schutz: Huber-Nadel max. 7 Tage; bei Auffälligkeit früher wechseln.

Falle 5 – Rückaspiration vergessen

Kein Rückaspirat → Nadel evtl. extravaskulär, Präparat ins Subkutangewebe.

Schutz: Rückaspiration Pflicht vor jeder Gabe.

Falle 6 – Inkompatibilitäten

Mehrere Präparate parallel → Präzipitation.

Schutz: Apothekenfreigabe; NaCl-Spülung zwischen Gaben.

Falle 7 – Pumpenalarm Okklusion ignoriert

Pflege forciert → Schlauchruptur.

Schutz: Pumpenalarm = Stopp + Hausarzt.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Landesvertrag]** Nur PFK mit Port-Schulung. (Landes-Anlage; Schulungsnachweis Personalakt.)
2. **[Gesetz]** HKP-Verordnung Port-Versorgung mit Indikation.
3. **[Gesetz]** Aseptik: chirurg. Händedesinfektion, sterile Handschuhe, Hautdesinfektion 60 Sek. (KRINKO.)
4. **[MD/QM-Empfehlung]** Rückaspiration vor jeder Gabe; bei Nichtaspiration Hausarzt.
5. **[MD/QM-Empfehlung]** Huber-Nadel max. 7 Tage; Hautbefund.
6. **[Gesetz]** Heparin-Block nach Schema.
7. **[Helden-Praxistipp]** Schläuche entlüften; Apothekenfreigabe bei mehreren Präparaten.
8. **[Gesetz]** Pumpenalarm Okklusion / Luft = Stopp + Hausarzt.
9. **[MD/QM-Empfehlung]** Sichtkontrolle Port-Region + Schmerz; Doku.
10. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku pro Einsatz: Präparat, Charge, Block, HZ.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: Anhang A · Port-Anstich-Standard.

Anhang A · Port-Anstich-Standard (QM)

Vor Anstich:

- Chirurg. Händedesinfektion 90 Sek
- Material vorbereitet (sterile Handschuhe, Lochtuch, Huber-Nadel, Spritzen)
- Klient lagern, Port-Region freilegen
- Hautdesinfektion 60 Sek Einwirkzeit

Anstich:

1. Sterile Handschuhe + Lochtuch
2. Port-Membran palpieren
3. Huber-Nadel senkrecht einsetzen bis Anschlag
4. Rückaspiration; Blut = korrekt
5. NaCl-Spülung 10 ml
6. Präparat / Pumpe konnektieren

Nach Beendigung:

- NaCl-Spülung 10–20 ml
- Heparin-Block nach Hersteller-Schema
- Nadel ziehen (oder fixieren bei wiederholten Gaben, max. 7 Tage)
- Pflasterverband, Hautbefund
- Doku Präparat, Charge, Block, HZ

Vertiefung zum Thema „Portversorgung (Port-Anstich, Pflege, Heparin-Block)“:
Palliative-Care-Basiskurs. · dickies-helden.de/kurse/palliative-care

KAPITEL H2 · KATEGORIE H · SPEZIELLE BEHANDLUNGSPFLEGE

Infusionen (i.v. via Port oder PVK)

I.v.-Infusionen über Port oder peripheren Venenkatheter (PVK) im ambulanten Setting: Antibiose, parenterale Flüssigkeit, Eisen, sonstige i.v.-Präparate. **Nur PFK mit Schulung.** KRINKO-Standards Pflicht.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Palliative-Care →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	--

1. Bundesrechtliche Grundlage

HKP-RL § 5 (i.v.-Injektion/Infusion). KRINKO.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Infusionen **nur PFK**. PVK-Anlage durch Pflege nur in Modellprojekten / explizit erlaubt; i. d. R. Hausarzt.

3. Infusionen (i.v. via Port oder PVK) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Infusionen (i.v. via Port oder PVK)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: PFK + Schulung.
BY	Bayern	MD Bayern: nur PFK.
BE	Berlin	AOK Nordost.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: PFK.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: PFK + Hospitation.
HE	Hessen	Hessen: PFK.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen: PFK.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: i.v.-Infusionen nur PFK.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025: PFK.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST: PFK.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest.
TH	Thüringen	Thüringen: PFK + Spezialschulung.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

Eigene LK; oft mit Port-Versorgung (H1) kombiniert.

5. Haftungs-Architektur

PFK: Aseptik, Inkompatibilitäten, Geschwindigkeit, Luftembolie, Pumpenfehler, Allergie.

Arzt: Indikation.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Infusionsgeschwindigkeit zu hoch

Schock nach zu schneller Eiseninfusion.

Schutz: Geschwindigkeit lt. Hersteller; Pumpe nutzen.

Falle 2 – Allergische Reaktion

Erstgabe Antibiose, Klient bekommt Urtikaria + Tachykardie.

Schutz: Erstgabe-Beobachtung; Notfallset vor Ort.

Falle 3 – PVK extravasal

PVK rutscht, Präparat ins Subkutangewebe (Vesikans!) → Nekrose.

Schutz: Rückaspiration + Beobachtung lokal während Gabe.

Falle 4 – Inkompatibilitäten

Präparat A + B ohne Spülung → Präzipitate.

Schutz: Apotheke befragen; NaCl-Spülung zwischen Gaben.

Falle 5 – Luftembolie

Schlauch ungespült.

Schutz: Schläuche entlüften vor Anschluss.

Falle 6 – Charge nicht dokumentiert

BfArM-Rückruf; Pflege kann betroffene Klient:innen nicht identifizieren.

Schutz: Chargen-Nr + Verfallsdatum dokumentieren.

Falle 7 – Pumpe nicht alarmiert / falsch konfiguriert

Pumpe gibt 1.000 statt 250 ml → Überinfusion.

Schutz: Doppelkontrolle Pumpe-Parameter; alle 15 Min Sichtkontrolle.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Landesvertrag]** Nur PFK mit Schulung i.v.-Infusionen.
2. **[Gesetz]** HKP-Verordnung mit Präparat, Menge, Geschwindigkeit.
3. **[Gesetz]** Aseptik KRINKO.
4. **[MD/QM-Empfehlung]** Rückaspiration + Lokal-Sicht während Gabe (PVK).
5. **[Helden-Praxistipp]** Erstgabe-Beobachtung; Notfallset vor Ort.
6. **[MD/QM-Empfehlung]** Chargen-Nr. + Verfallsdatum dokumentiert.
7. **[MD/QM-Empfehlung]** Pumpenparameter doppelkontrolliert; Sichtkontrolle alle 15 Min.
8. **[Helden-Praxistipp]** Apotheken-Freigabe bei Mischungen; NaCl-Spülung.
9. **[Gesetz]** Allergiezeichen → STOPP, Notfall.
10. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku: Präparat, Charge, Geschwindigkeit, Toleranz, HZ.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Anhang A · Infusions-Standard.**

Anhang A · Infusions-Standard (QM)

Vor Gabe:

- Verordnung geprüft (Präparat, Menge, Geschwindigkeit)
- Material steril; Schläuche entlüftet
- Klient: Allergie-Anamnese, Notfallset bereit
- Pumpe doppelkontrolliert

Während Gabe:

- Sichtkontrolle alle 15 Min
- PVK-Region lokal sehen
- Klient beobachten (Allergiezeichen, Atmung, Schmerz)

Nach Gabe:

- NaCl-Spülung
- Bei Port: Heparin-Block
- Material entsorgen
- Doku Präparat / Charge / Geschwindigkeit / Toleranz / HZ

Vertiefung zum Thema „Infusionen (i.v. via Port oder PVK)“: Palliative-Care-Basiskurs. · dickies-helden.de/kurse/palliative-care

KAPITEL H3 · KATEGORIE H · SPEZIELLE BEHANDLUNGSPFLEGE

Schmerzpumpen (PCA, kontinuierliche Schmerztherapie)

PCA (Patient-Controlled Analgesia) oder kontinuierliche Schmerzpumpen– meist in Palliativ-Setting (Morphin, Sufentanil, Ketamin). **Hochrisiko:** BtMVV-pflichtig, Dosis-/Pumpen-Sicherheit, Atemdepression. Nur PFK mit Palliative-Care-Schulung.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Palliative-Care →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	--

1. Bundesrechtliche Grundlage

HKP-RL § 5 + BtMVV § 14. Verordnung Arzt mit Präparat / Dosis / Bolus / Lock-out. **SAPV-Kontext** häufig (siehe H5). Durchführung nur PFK mit Palliativ-/Onkologie-Schulung.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Schmerzpumpen **nur PFK** mit Palliative-Care-Schulung.

3. Schmerzpumpen (PCA, kontinuierliche Schmerztherapie) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Schmerzpumpen (PCA, kontinuierliche Schmerztherapie)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: PFK + Schulung.
BY	Bayern	MD Bayern: nur PFK + Palliativ + BtMVV-Doku.
BE	Berlin	AOK Nordost; SAPV-Vernetzung.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: PFK + Palliativ.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: SAPV-Anbindung.
HE	Hessen	Hessen: PFK + Palliative-Care.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen: PFK + SAPV.
NW	Nordrhein-Westfalen	Anlage 11: nur PFK + Palliativ-Schulung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025: PFK + SAPV.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest.
TH	Thüringen	Thüringen: PFK + Palliative-Care + SAPV-Bindung.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

LK + BtMVV-Doku. Kombi mit Palliativ (H4) / SAPV (H5).

5. Haftungs-Architektur

Arzt: Indikation, Dosis, Pumpen-Programm.

PFK: Atemdepression übersehen, Dosis-/Pumpen-Fehler, BtMVV-Doku-Lücke (strafrechtlich!).

PDL: Einsatz ungeschulter Kräfte; gravierend bei Todesfall.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind **frei erfundene Lehrbeispiele**, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind **keine konkreten Gerichtsentscheidungen**, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Atemdepression

Morphin-Pumpe läuft, Klient atemdepressiv < 8/min, Familie alarmiert spät.

Schutz: Atemfrequenz beobachten; Naloxon-Set bereit; bei AF < 8/min Pumpe Stopp + Hausarzt/112.

Falle 2 – Pumpenprogramm falsch

Bolus 10 mg statt 1 mg → Überdosierung.

Schutz: Doppelkontrolle Pumpenparameter; Arzt-Programmierung dokumentiert.

Falle 3 – BtMVV-Doku-Lücke

Bestand vor / nach nicht erfasst → § 29 BtMG.

Schutz: BtMVV-Bogen pro Schicht: Bestand vor, Entnahme, Bestand nach, HZ, Kontroll-HZ. 3 Jahre Aufbewahrung.

Falle 4 – Spritzenwechsel ohne Aseptik

Spritzenwechsel mit bloßen Handschuhen → Keimeintrag.

Schutz: Sterile Handschuhe, Aseptik.

Falle 5 – Klient verwirrt, Bolus selbst gedrückt

Demente Klient:in drückt Bolus dauernd.

Schutz: Bolus-Knopf abdecken / PCA-Verbot bei Demenz; PCA-Familienbetreuung-Modell mit Sperre.

Falle 6 – Notfall Naloxon nicht griffbereit

Atemdepression, Naloxon ist im PDL-Büro → Verzögerung.

Schutz: Naloxon-Set am Bett; PFK in Notfall geschult.

Falle 7 – Pumpenalarm Okklusion / Leer

Alarm stört, Familie schaltet ab.

Schutz: Familie aufklären; 24-h-PD-Telefon; Alarmreaktion im Standard.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Landesvertrag]** Nur PFK mit Palliative-Care-Schulung.
2. **[Gesetz]** HKP + BtMVV-konforme Verordnung mit Präparat, Dosis, Lock-out.
3. **[Gesetz]** BtMVV-Nachweisbogen pro Schicht: Bestand vor, Entnahme, Bestand nach, HZ + Kontroll. 3 Jahre.
4. **[Gesetz]** Atemfrequenz beobachten; AF < 8/min → STOPP + Notfall.
5. **[Gesetz]** Naloxon-Set am Bett. (Sorgfaltspflicht.)
6. **[MD/QM-Empfehlung]** Pumpenparameter doppelkontrolliert; Arzt-Programmierung dokumentiert.
7. **[Gesetz]** Aseptik beim Spritzenwechsel.
8. **[Helden-Praxistipp]** PCA nicht bei Demenz; ggf. Familienbetreuung-Modell.
9. **[Helden-Praxistipp]** Angehörige aufklären; 24-h-PD-Telefon.
10. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku pro Schicht: Präparat, Verbrauch, AF, NRS, Vigilanz, HZ.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Anhang A · Schmerzpumpen-Standard.**

Anhang A · Schmerzpumpen-Standard (QM)

Pro Schicht:

BtMVV-Bestand vor + nach (Bogen)

Pumpenparameter dokumentiert (Präparat, Dosis, Lock-out, Tageshöchstdosis)

Atemfrequenz, NRS, Vigilanz

Pumpenalarm: Funktion geprüft

Schläuche / Filter intakt

Naloxon-Set vorhanden + Verfallsdatum

Eskalation: AF < 8/min / Vigilanz ↓ / starke Schmerzen NRS > 7 → SOFORT Hausarzt / SAPV / 112.

Vertiefung zum Thema „Schmerzpumpen (PCA, kontinuierliche Schmerztherapie)“:

Palliative-Care-Basiskurs. · dickies-helden.de/kurse/palliative-care

KAPITEL H4 · KATEGORIE H · SPEZIELLE BEHANDLUNGSPFLEGE**Palliativversorgung (allgemein-ambulant, AAPV)**

Allgemein-ambulante Palliativversorgung (AAPV) durch den Hausarzt + Pflegedienst – im Unterschied zur SAPV (siehe H5). Pflege fokussiert auf **Symptomkontrolle, Würde, Angehörigenarbeit** und ist in 80 % der Sterbeverläufe federführend.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Palliative-Care →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	--

1. Bundesrechtliche Grundlage

HKP-RL § 37b (AAPV-Komponenten) + **§ 87 SGB V**. **DGP Leitlinie Palliativmedizin**. Pflege im Verbund mit Hausarzt + Hospiz.

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Palliativ-Pflege durch alle Pflegekräfte mit **Palliative-Care-Basisbildung**.
Komplexe Fälle SAPV (H5).

3. Palliativversorgung (allgemein-ambulant, AAPV) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „Palliativversorgung (allgemein-ambulant, AAPV)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: Palliativ-Schulung Personalakt.
BY	Bayern	MD Bayern: AAPV in der HKP gefördert.
BE	Berlin	AOK Nordost; Palliativ-Bestattungs-Begleitung.
BB	Brandenburg	BB-Vertrag: AAPV-LK.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: AAPV-Netzwerke etabliert.
HE	Hessen	Hessen: Palliative-Care-Pflicht in QM.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	Niedersachsen: AAPV-Hausarzt-Netzwerk.
NW	Nordrhein-Westfalen	Palliative-Care-Schulung empfohlen; Anlage 11 standard.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	Versorgungsvertrag 10/2025.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest.
TH	Thüringen	Thüringen-Mindeststandard: Palliative-Care-Pflicht.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

LK Palliativ-Pflege i. d. R. eingebettet in HKP-Leistungen. AAPV <> SAPV klar abgrenzen (siehe H5).

5. Haftungs-Architektur

Pflege: Symptomkontrolle, Trinkmenge / Mundschleimhaut, Schmerzmanagement (Anordnung Arzt), Eskalation bei Symptomspitzen.

Arzt: Therapiezielfindung, Symptomverordnung.

PDL: Schulung, Burnout-Prävention.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Patientenverfügung ignoriert

Klient wollte keine künstliche Ernährung; PD legt PEG-Nahrung an, weil Familie es will.

Schutz: Patientenverfügung respektieren; bei Familienkonflikt Hausarzt + Bestreuer einbeziehen.

Falle 2 – Mundpflege vernachlässigt

Klient hat trockene Mundhöhle über Tage, Soor.

Schutz: Mundpflege mehrmals täglich; Schleimhautbefeuchtung.

Falle 3 – Schmerzen unbehandelt

NRS 8, Klient leidet, Pflege wartet auf Hausarzt-Besuch.

Schutz: Eskalation telefonisch SOFORT; SAPV anfordern wenn Hausarzt nicht erreichbar.

Falle 4 – Angehörige überfordert

Familie burned out, überfordert → Versorgung bricht zusammen.

Schutz: Angehörigen-Gespräche regelmäßig; Hospiz-Anbindung; Entlastungsdienste vermitteln.

Falle 5 – Verstorben, Doku unklar

Klient verstirbt, Pflege weiss nicht, was zu tun ist.

Schutz: SOP Versterben: Hausarzt informieren, Totenschein, Bestatter, Angehörige; Doku.

Falle 6 – Letztwillige Wünsche übergangen

Klient wollte zu Hause sterben, wird ins KH eingewiesen.

Schutz: Letztwillige Wünsche im Pflegeplan; Klient + Angehörige aktiv einbeziehen.

Falle 7 – Burnout der Pflegekraft

PFK dauerhaft 1:1-Palliativ-Versorgung, Burnout.

Schutz: Supervision, Wechsel, Burnout-Prävention im QM.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Landesvertrag]** Palliative-Care-Basisschulung dokumentiert.
2. **[Gesetz]** Patientenverfügung respektieren; bei Konflikt Hausarzt + Betreuer.
3. **[Helden-Praxistipp]** Mundpflege mehrmals täglich.
4. **[Gesetz]** Symptomkontrolle: Schmerz / Atemnot / Übelkeit / Angst dokumentiert, eskaliert.
5. **[Helden-Praxistipp]** Angehörigen-Gespräche regelmäßig; Hospiz-Anbindung.
6. **[MD/QM-Empfehlung]** Letztwillige Wünsche im Pflegeplan.
7. **[MD/QM-Empfehlung]** SOP Versterben + Doku im QM.
8. **[Helden-Praxistipp]** SAPV anfordern bei komplexen Symptomen / nicht-erreichbarem Hausarzt.
9. **[Helden-Praxistipp]** Burnout-Prävention: Supervision, Wechsel, Pausen.
10. **[MD/QM-Empfehlung]** Doku pro Schicht: Symptome, Eskalation, Familiengespräche, HZ.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: **Anhang A · SOP Versterben.**

Anhang A · SOP Versterben (QM)

Wenn Klient verstirbt:

1. Atmung prüfen (Karotis-Puls, Auskultation); Tod feststellen
2. Hausarzt informieren (Telefon, Mail)
3. Angehörige informieren / anwesend lassen (Würdezeit)
4. Hausarzt stellt Totenschein aus (innert 24–48 h)
5. Klient angemessen versorgen (waschen, ankleiden)
6. Bestatter informieren (mit Familie)
7. PDL informieren
8. Doku abschließen (letzte Pflegemassnahmen, Todesumstände, Familiengespräch)

Trauerarbeit Pflege: Team-Reflexion, Supervision, Trauerritual.

Vertiefung zum Thema „Palliativversorgung (allgemein-ambulant, AAPV)“:

Palliative-Care-Basiskurs. · dickies-helden.de/kurse/palliative-care

KAPITEL H5 · KATEGORIE H · SPEZIELLE BEHANDLUNGSPFLEGE

SAPV-Schnittstellen (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)

Bei komplexer Symptomatik: SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung) nach § 37b SGB V. Pflegedienst arbeitet im Tandem mit SAPV-Team. **Klare Schnittstelle** ist erfolgsentscheidend: wer macht was, wann eskaliert man, wer dokumentiert wo.

MD-PRÜFPUNKTE 10	AUDIT-FINDINGS 7	MUSTERTEXTE 1	PASSENDE SCHULUNG Palliative-Care →
----------------------------	----------------------------	-------------------------	--

1. Bundesrechtliche Grundlage

§ 37b SGB V + SAPV-RL des G-BA. Verordnung Hausarzt / Palliativmediziner. SAPV-Team (Arzt + Pflege + Koordination) kommt zusätzlich. **HKP-LK läuft parallel.**

2. 16-Bundesländer-Schnellhinweis

Schnellmatrix: Schnittstelle PD <> SAPV durch alle Pflegekräfte; Koordination idealerweise PDL / Bezugspflegekraft mit Palliative-Care-Schulung.

3. SAPV-Schnittstellen (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) – je Bundesland

Ergänzend zu den Bundesländer-Steckbriefen in Kapitel 2 hier die **tätigkeitsspezifische** Ausgestaltung pro Bundesland.

Code	Bundesland	Besonderheit für „SAPV-Schnittstellen (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)“
BW	Baden-Württemberg	AOK-BW: SAPV-Anbindung Vorgabe.
BY	Bayern	BY: SAPV-Strukturen stark ausgebaut.
BE	Berlin	AOK Nordost; SAPV-Vernetzung.
BB	Brandenburg	BB: SAPV in ländlichen Regionen heterogen.
HB	Bremen	vdek-Norddeutschland.
HH	Hamburg	Hamburg: SAPV-Verträge etabliert.
HE	Hessen	Hessen: SAPV-Verträge etabliert.
MV	Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost-Linie.
NI	Niedersachsen	NI: SAPV-Strukturen vorhanden.
NW	Nordrhein-Westfalen	NRW: SAPV flächendeckend; klare Schnittstellenvereinbarung.
RP	Rheinland-Pfalz	AOK RP/SL: SAPV gemeinsam.
SL	Saarland	Wie RP.
SN	Sachsen	SN: SAPV im Versorgungsvertrag 10/2025 mitgeregelt.
ST	Sachsen-Anhalt	Sozialagentur ST: SAPV-Strukturen.
SH	Schleswig-Holstein	AOK NordWest.
TH	Thüringen	TH: SAPV-Strukturen vorhanden.

4. Kombinations- und Abrechnungsregel

HKP-LK + SAPV laufen parallel – nicht ersetzen. PD bleibt zuständig für Behandlungspflege, SAPV für symptomorientierte Spezialpflege. **Doppel-Doku** erforderlich (eigene + SAPV-Anteil).

5. Haftungs-Architektur

Pflege: unterlassene Eskalation an SAPV, Doku-Schnittstellen-Mangel, Eigenmächtigkeit (z. B. Pumpe ändern ohne SAPV).

SAPV: Symptomkontrolle in ihrer Kompetenz.

PDL: fehlende Schnittstellen-Vereinbarung.

6. Die 7 häufigsten Haftungs-Konstellationen

Hinweis: Die folgenden Fälle sind frei erfundene Lehrbeispiele, die typische Haftungsmuster aus der Pflegepraxis veranschaulichen. Sie sind keine konkreten Gerichtsentscheidungen, sondern dienen ausschließlich der Sensibilisierung. Namen, Pflegedienste und Bundesländer sind fiktiv. Eine rechtliche Würdigung des Einzelfalls erfordert immer juristische Beratung.

Falle 1 – Eskalation an SAPV zu spät

Symptomspitze nachts, PD ruft SAPV erst nach 6 h.

Schutz: SAPV-Telefonnummer 24 h im Klientenmappe; klare Eskalationskriterien.

Falle 2 – Doku-Lücke zwischen PD und SAPV

PD-Pflege weiss nicht, was SAPV geändert hat → falsche Folgepflege.

Schutz: Gemeinsame Klientenmappe oder digitales Tool; SAPV-Eintrag = PD-Lesen.

Falle 3 – Doppelte Medikamentengabe

SAPV gibt Morphin, PD gibt parallel → Überdosierung.

Schutz: BtMVV-Schichtübergabe SAPV-PD; Bestand-Doku.

Falle 4 – Eigenmächtige Pumpenänderung

PD ändert Schmerzpumpe ohne SAPV-Anweisung.

Schutz: Pumpenänderung nur durch SAPV / Hausarzt.

Falle 5 – Familien-Konflikt

Familie ist überfordert; PD und SAPV reden nicht miteinander.

Schutz: Gemeinsame Familiengespräche; klare Rollenverteilung.

Falle 6 – Verordnung SAPV nicht verlängert

SAPV-Verordnung läuft aus, niemand verlängert.

Schutz: Verordnungs-Wiedervorlage; Hausarzt zeitig anschreiben.

Falle 7 – Patient stirbt, SAPV nicht informiert

PD findet Klient verstorben, SAPV nicht informiert → SAPV-Team kommt vergebens.

Schutz: Direkt nach Eintreten SAPV informieren; gemeinsame Trauerbegleitung.

7. Pre-Flight-Checkliste – 10 Punkte vor jeder Durchführung

1. **[Gesetz]** SAPV-Verordnung § 37b SGB V vorhanden + gültig.
2. **[Landesvertrag]** SAPV-Telefonnummer 24 h im Klientenmappe.
3. **[MD/QM-Empfehlung]** Gemeinsame Doku PD + SAPV (Mappe / digital).
4. **[Gesetz]** BtMVV-Schichtübergabe PD <> SAPV; Bestand-Doku.
5. **[MD/QM-Empfehlung]** Pumpenänderung nur SAPV / Hausarzt.
6. **[Helden-Praxistipp]** Gemeinsame Familiengespräche; klare Rollen.
7. **[MD/QM-Empfehlung]** SAPV-Verordnungs-Wiedervorlage.
8. **[MD/QM-Empfehlung]** Versterben: SAPV sofort informieren.
9. **[Landesvertrag]** Palliative-Care-Schulung Bezugspflegekraft.
10. **[MD/QM-Empfehlung]** Schnittstellen-Vereinbarung PDL <> SAPV-Koordination im QM.

8. Mustertexte & Vorlagen

Eine Vorlage: Anhang A · PD-SAPV-Schnittstellen-Vereinbarung.

Anhang A · Schnittstellen-Vereinbarung PD <> SAPV (Muster)

Klient (anonym.): _____ · **Diagnose:** _____
SAPV-Team: _____ · **SAPV-24h-Telefon:** _____
Hausarzt: _____

Aufgabenverteilung:

- **PD:** Grundpflege, Behandlungspflege HKP, Mundpflege, Wundversorgung, Lagerung, Medikamentengabe nach Plan, Familien-Erstkontakt
- **SAPV:** komplexe Schmerzmedikation, Pumpenprogramm, Symptom-spitzen, palliativmedizinische Beratung Arzt <> Klient

Eskalationskriterien an SAPV (Telefon SOFORT):

- Schmerz NRS > 6 trotz Basis-Med
- Atemnot trotz O2
- Unruhe / Delir
- Familie in akuter Krise
- Pumpenalarm / Dosierungsfrage

Doku: SAPV-Einträge + PD-Einträge in gemeinsame Mappe (Papier / digital).

BtMVV: Bestandsübergabe pro Schicht, beidseitige Unterschrift.

Versterben: direkt SAPV-Telefon, gemeinsame Trauerbegleitung.

Vertiefung zum Thema „SAPV-Schnittstellen (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung)“: Palliative-Care-Basiskurs. · dickies-helden.de/kurse/palliative-care

Bonus 1 - Wer darf was OHNE ärztliche Delegation? Die saubere Abgrenzung

Viele PDLs – und sehr viele Hilfskräfte – verwechseln „ich darf es aufgrund meiner Ausbildung“ mit „ich darf es aufgrund einer ärztlichen Anordnung und Delegation“. Diese Verwechslung ist einer der häufigsten Beanstandungsgründe in MD-Prüfungen und Pflegekassen-Audits.

Tätigkeit	PFK 3J	Examinert (1-2J)	LG1/LG2 (Schulung)	Ärztl. Anordnung nötig?
Blutzucker messen	Ja	Ja	Ja	Nein (Beobachtung)
Insulin spritzen (sub-cut.)	Ja*	Ja*	Anlage*	Ja, schriftlich
Medikamente stellen	Ja	Anlage	Anlage	Ja (HKP-Verordnung)
Medikamente verabreichen oral	Ja	Anlage	Anlage	Ja (HKP-Verordnung)
Medikamente verabreichen BtM	Ja	PFK empf.	Nein	Ja, BtMG
Bedarfsmedikation	Ja	PFK empf.	Nein	Ja + Maxdosis
Kompressionsstrümpfe anziehen	Ja	Ja	Ja	Nein (Hilfsmittel)
Kompressionsverband wickeln	Ja	Anlage	Anlage	Ja, schriftlich
Verband chronische Wunde	Ja	Anlage	Anlage	Ja, schriftlich
VAC-Therapie	Ja	Schulung	Nein	Ja, individuell
DK-Pflege	Ja	Schulung	Schulung	Verordnung emp.
Einmalkatheterisierung	Ja	Anlage	Nein	Ja, schriftlich
Stomaversorgung	Ja	Schulung	Schulung	Verordnung emp.
PEG-Sondenkost anhängen	Ja	Schulung	Schulung	Ja, schriftlich

Tätigkeit	PFK 3J	Examinert (1-2J)	LG1/LG2 (Schulung)	Ärztl. Anordnung nötig?
Absaugen Tracheostoma	Ja	Schulung	Nein	Ja, schriftlich
Sauerstoffgabe (O2-Sonde)	Ja	Schulung	Schulung	Verordnung emp.

* **Insulin:** Auch examinierte Pflegefachkräfte dürfen Insulin **nicht aufgrund ihrer Ausbildung allein spritzen** – immer nur auf **ärztliche Anordnung und Delegation** (i.d.R. schriftlich, mit Schulungsnachweis und Re-Evaluation). Das wird in MD-Prüfungen besonders restriktiv geprüft.

Anlage = Anlage zur ergänzenden Pflegekraft im Landes-Rahmenvertrag (siehe Bundesländer-Steckbriefe). **Schulung** = dokumentierte Zusatzqualifikation + PDL-Freigabe + Re-Evaluation. **PFK empf.** = Praxis-Empfehlung: nur Pflegefachkraft. **Verordnung emp.** = ohne Verordnung zwar machbar, in der HKP-Abrechnung aber riskant.

Warum die saubere Abgrenzung?

„Blutzucker messen“ darf jede:r – das ist eine diagnostische Beobachtung ohne Eingriff in den Körper. Aber: **Insulin spritzen** dürfen weder **Fachkraft, Assistenz noch LG1/LG2-Kraft** „einfach so“ – immer nur auf **ärztliche Anordnung und Delegation**. Die Ausbildung allein berechtigt nicht zur Durchführung.

Das wird in MD-Prüfungen besonders restriktiv geprüft – insbesondere bei **BtM, Insulin, VAC-Therapie, Tracheostoma-Absaugen, Einmalkatheterisierung, Sondenkost anhängen**.

5 Praxis-Regeln (laminieren & ans QM-Brett)

- **Regel 1 · Ausbildung ≠ Erlaubnis.** Ausbildung qualifiziert – aber jede ärztlich anzuordnende Tätigkeit braucht Delegation.
- **Regel 2 · Mündliche Delegation = keine Delegation.** Nur schriftliche Anordnung schlägt im Prüfungsfall durch.
- **Regel 3 · Personenbezogen, nicht kollektiv.** Delegation gilt für [Person X] bei [Klient Y], nicht „alle Mitarbeiter dürfen Insulin“.
- **Regel 4 · Re-Evaluation alle 3 Monate.** Schulungsnachweis ist nicht lebenslang – Praxisanleitung quartalsweise re-evaluieren.
- **Regel 5 · Im Zweifel: Pflegefachkraft.** Bei BtM/Insulin/VAC/Tracheo – immer Pflegefachkraft, auch wenn Helfer formal dürfte.

Bonus 2 - Die 20 teuersten Irrtümer im ambulanten Pflegedienst

Diese 20 Sätze hört man in jedem PD – und alle 20 produzieren regelmäßig Beanstandungen, Kürzungen und im Worst-Case Haftungsfälle. In der Vollversion ist jeder Irrtum mit einem konkreten Pseudo-Fall, der Rechtsgrundlage und der Korrektur ausformuliert (Update 3 / Mitte 2026).

1. „LG1/LG2 darf alles.“
2. „Wenn die Kraft es 20 Jahre macht, darf sie es.“
3. „Mündliche Delegation reicht.“
4. „Die Krankenkasse prüft das sowieso nicht.“
5. „Wenn die Fachkraft im Dienst ist, darf jeder alles machen.“
6. „Ein Zertifikat reicht lebenslang.“
7. „Was in NRW erlaubt ist, ist auch in Bayern erlaubt.“
8. „Wir können doch nicht jedes Mal beim Arzt nachfragen.“
9. „Doku schreibe ich heute Abend von zu Hause aus.“
10. „Stellen und Geben rechnen wir beides ab – haben wir immer so gemacht.“
11. „Bedarfsmedikation lege ich in die Box, dann ist sie da, wenn sie gebraucht wird.“
12. „Die alte HKP-Verordnung gilt weiter.“
13. „Examierte aus dem Ausland dürfen sofort alles.“
14. „Wenn die Familie es will, dürfen wir die Anordnung umgehen.“
15. „Wundversorgung darf jede Pflegekraft – ist doch Routine.“
16. „BtM sind im Tresor – was soll da schon passieren.“
17. „Wir schreiben Standardtexte, das reicht für die Doku.“
18. „Was nicht dokumentiert ist, ist nicht passiert – aber andersrum auch nicht.“
19. „Schmerzpumpen darf nur die Palliativ-Schwester – wir nicht.“
20. „Wenn der Hausarzt es so sagt, sind wir aus dem Schneider.“

Update 3 / Mitte 2026: Jeder dieser 20 Irrtümer wird mit konkretem Pseudo-Fall, Rechtsgrundlage und praxistauglicher Korrektur ausformuliert. Helden-Basic-Mitglieder bekommen die Erweiterung automatisch in die Schatzkiste.

Empfohlene Weiterbildungen zu diesem Atlas

Wissen allein reicht nicht. Damit du das Atlas-Wissen **rechtssicher und MD-fest in deinem Pflegedienst verankerst**, brauchst du die passende Qualifikation. Hier die drei Weiterbildungen aus der Dickies-Helden-Akademie, die dieses Atlas-Thema in offiziell zertifizierte Berufsqualifikation übersetzen:

Pflegeassistent nach LG1 & LG2

Qualifikation in der Behandlungspflege (Rahmenvertrag NRW) · 1.360 € · Die direkte Qualifikation, die deine Helfer:innen für Stellen, Verabreichen, Verbände und Injektionen brauchen.

Direkt zur Buchung: dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

Pflegedienstleitung (PDL)

Organisation, Personalführung, Qualität, Wirtschaftlichkeit · 4.690 € · Die Komplett-Qualifikation als PDL – inkl. Delegations- und Organisationsverantwortung sauber gelöst.

Direkt zur Buchung: dickies-helden.de/kurse/pdl

Praxisanleitung

Praktische Ausbildung von Auszubildenden (PflAPrV § 4 Abs. 3) · 2.499 € · Für alle, die im PD **delegierte Tätigkeiten anleiten** und schriftliche Schulungsnachweise nach Atlas-Standard erstellen.

Direkt zur Buchung: dickies-helden.de/kurse/praxisanleitung

30-Min-Beratung gratis: Du weißt nicht, welche Schulung zu deinem PD passt? Schreib uns: info@dickies-helden.de – wir empfehlen dir die passende Qualifikation für dein Team.

Bildungsgutschein möglich, förderfähig nach AZAV.

Vertiefen & weitermachen

Scan, lerne, bleib auf Stand

Vier QR-Codes – ein kurzer Scan mit dem Handy, und du landest direkt bei der passenden Weiterbildung oder unserem Newsletter für ambulante Pflegedienste. Kostenlos. Ohne Verkaufsdruck.

**Pflegeassistent LG1 & LG2**

Behandlungspflege, Injektionen, Wundversorgung

Die Qualifikation, die deine Helfer:innen brauchen, damit sie laut Landes-Rahmenvertrag erweitert behandlungspflegerische Tätigkeiten ausführen dürfen.

dickies-helden.de/kurse/pflegeassistent-lg1-lg2

**Pflegedienstleitung (PDL)**

Organisation, Personal, Wirtschaftlichkeit, MD

Die Komplett-Qualifikation als PDL – inkl. Delegations- und Organisationsverantwortung sauber gelöst. Förderfähig nach AZAV.

dickies-helden.de/kurse/pdl

**Praxisanleitung**

PfIAPrV § 4 Abs. 3 - Ausbildung im PD

Für alle, die im PD **delegierte Tätigkeiten anleiten** und schriftliche Schulungsnachweise nach Atlas-Standard erstellen wollen.

dickies-helden.de/kurse/praxisanleitung

**Newsletter für ambulante Pflegedienste**

1x pro Monat · MD, QM, Praxistipps

Bleib auf Stand: HKP-Richtlinie-Updates, neue Landes-Rahmenverträge, Atlas-Updates (Kategorie D–H). 0 €, jederzeit kündbar.

dickies-helden.de/newsletter

Tipps für PDLs: Drucke diese Seite aus und hänge sie ans QM-Brett. Wenn ein:e Mitarbeiter:in mehr lernen will, scannt er/sie direkt – ohne PDL-Suchaufwand.

Anhang · Quellen & Disclaimer

- **[Originalquelle]** G-BA, Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL), Fassung 16.10.2025, in Kraft 12.12.2025. *g-ba.de*
- **[Originalquelle]** GKV-Spitzenverband, Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V, 18.12.2023. *gkv-spitzenverband.de*
- **[Landesvertrag]** Landes-Rahmenverträge HKP der 16 Bundesländer – Quellen pro BL siehe Steckbriefe (Kapitel 2). Stand und Vertragspartner variieren; einzelne Anlagen unterliegen laufender Fortschreibung. **Vor Anwendung prüfen!**
- **[Originalquelle]** MD Bund, QPR Teil 1a (ambulante Pflegedienste), 19.05.2025. *md-bund.de*
- **[Sekundärquelle]** MD Bayern, FAQ Pflegeeinrichtungen 2025 – *md-bayern.de*. Stand kann zwischenzeitlich aktualisiert sein.
- **[Originalquelle]** Betäubungsmittelgesetz (BtMG) & Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV). *gesetze-im-internet.de*
- **[Originalquelle]** BfArM / Bundesopiumstelle, FAQs BtMVV (laufend aktualisiert). *bfarm.de*
- **[Sekundärquelle]** AOK Ausfüllanleitung Muster 12 (HKP-Verordnung).
- **[Sekundärquelle]** KBV, Praxiswissen Häusliche Krankenpflege.
- **[Recherche-Hinweis]** Gerichts-Linien (z. B. BGH zum Organisationsverschulden, OLG zur Remonstrationspflicht): die im Atlas referenzierten Entscheidungen sind aus öffentlichen Sekundärquellen abgeleitet. Die im Einzelfall maßgebliche Würdigung erfordert juristische Prüfung am konkreten Urteilstext.

Wichtiger juristischer Hinweis & Disclaimer

Dieser Atlas ist **keine Rechtsberatung** und ersetzt diese nicht. Er dient ausschließlich der allgemeinen Information und der Sensibilisierung von Pflegedienstleitungen, Pflegefachkräften und QM-Verantwortlichen für typische Risikokonstellationen in der ambulanten Behandlungspflege.

Stand der Inhalte: Februar 2026. Gesetze, Richtlinien und Rahmenverträge können sich kurzfristig ändern; **vor Anwendung im eigenen Pflegedienst** ist stets der aktuelle Stand der Originalquellen (HKP-Richtlinie des G-BA, SGB V/XI, BtMG/BtMVV, AMG, Landes-Rahmenverträge nach § 132a SGB V, MD/MDK-Prüfrichtlinien) zu prüfen.

Fallbeispiele: Sämtliche Fallbeispiele im Atlas sind **frei erfunden**. Sie stellen **keine konkreten Gerichtsentscheidungen** dar und sind keiner realen Person oder Einrichtung zuzuordnen. Sie veranschaulichen ausschließlich **typische Haftungsmuster**, die aus öffentlichen Quellen (OLG/BGH-Linien, MD-Berichten, Pflege-Fachpublikationen) abgeleitet sind. Genannte Aktenzeichen oder Zahlen sind exemplarisch.

Bundesländer-Aufschlüsselung: Wo wir „im Wesentlichen bundesrechtlich geregelt“ oder „bundesweit einheitlich“ schreiben, bezieht sich das auf die **materiell-rechtliche** Grundlage. Die **konkrete Auslegung** durch die zuständigen Aufsichtsbehörden (MD/MDK, Landesgesundheitsämter) sowie die **Personal-Qualifikations-Anlagen** der Landes-Rahmenverträge können abweichen. Prüfe daher den Rahmenvertrag deines Bundeslands und ziehe im Zweifel einen Fachanwalt für Medizinrecht hinzu.

Verwendung im Pflegedienst: Die Anhänge (Eskalations-Briefe, Doku-Bögen, Checklisten, Schlüssel-Verteilerlisten, Vernichtungsprotokolle) sind als **Vorlagen-Entwürfe** zu verstehen. Vor Einsatz im eigenen QM-System ist eine Anpassung an die hauseigenen Standards und ggf. juristische Prüfung empfehlenswert.

Haftungsausschluss: Trotz sorgfältiger Recherche übernimmt die Dickies Helden Akademie **keine Gewähr** für die Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der bereitgestellten Inhalte. Eine Haftung für Schäden, die aus der Anwendung der Atlas-Inhalte entstehen, ist – soweit gesetzlich zulässig – ausgeschlossen.