

Qualitätsprüfungs-Richtlinien · Transparenzvereinbarung

Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI in der stationären Pflege



Impressum

Herausgeber:

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
Telefon: 02 01 83 27-0
Telefax: 02 01 83 27-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de

GKV-Spitzenverband
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Reinhardtstraße 30
10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
Telefax: 030 206288-88
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Titelfoto:
ALIMDI.NET/Jiri Hubatka

Umschlaggestaltung & Satz:
BestPage Kommunikation RheinRuhr KG
45481 Mülheim an der Ruhr

Druck:
asmuth druck + crossmedia gmbh & co. kg
50829 Köln

2014

Vorwort

Die vorliegenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) hat der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund und des Prüfdienstes der Privaten Krankenversicherung (PKV-Prüfdienst) beschlossen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen pflegebedürftiger und behinderter Menschen und der Selbsthilfe haben nach § 118 SGB XI beratend mitgewirkt. Die QPR wurden vom Bundesministerium für Gesundheit am 17. Januar 2014 genehmigt. Sie sind am 1. Februar 2014 in Kraft getreten. Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und den PKV-Prüfdienst verbindlich.

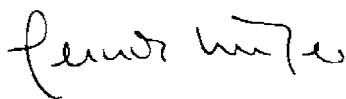
In die QPR war die dem Schiedsspruch vom 6. September 2013 beigefügte Pflege-Transparenzvereinbarung für die stationäre Pflege (PTVS) zu integrieren. Ebenso waren Kriterien zur zusätzlichen Betreuung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen nach § 87b SGB XI in den Prüfkatalog aufzunehmen. Die QPR wurden an die Regelungen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes angepasst. Erstmals ist die MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität in der stationären Pflege Bestandteil der Richtlinien.

Mit der inzwischen fünften Generation der Prüfgrundlagen für die stationäre Pflege steht die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen konsequent im Mittelpunkt. Durch die Streichung nicht mehr benötigter Kapitel wurde eine Verschlanung der Qualitätsprüfung in stationären Pflegeeinrichtungen erreicht.

Die Prüfinhalte für den ambulanten Bereich bleiben zunächst unverändert. Sie werden nach der Anpassung der Pflege-Transparenzvereinbarung für die ambulante Pflege (PTVA) überarbeitet.

Die Prüfgrundlagen werden regelmäßig an den aktuellen Stand des Wissens angepasst. Insbesondere die Verpflichtung der Pflegeselbstverwaltung nach § 113 SGB XI, ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung der Ergebnisqualität in der stationären Pflege zu vereinbaren, wird eine Neujustierung des Verhältnisses der internen und externen Qualitätssicherung erforderlich machen. Eine externe Qualitätsprüfung durch MDK und PKV-Prüfdienst wird jedoch auch in Zukunft im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen notwendig bleiben.

Die Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen sind eine Kernaufgabe der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in der Pflege. Inzwischen finden jährlich Qualitätsprüfungen in allen zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen statt. Entsprechend dem Versichertenanteil werden 90 Prozent dieser Prüfungen durch den MDK und zehn Prozent durch den PKV-Prüfdienst durchgeführt. Ein Teil der Prüfergebnisse wird auf Basis der Pflege-Transparenzvereinbarungen von den Landesverbänden der Pflegekassen für die Verbraucher im Internet veröffentlicht.



Gernot Kiefer
Vorstand des GKV-Spitzenverbandes



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer des MDS

Inhaltsverzeichnis

Qualitätsprüfungs-Richtlinien

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (QPR) vom 17. Januar 2014	7
(Anlagen 1-3 zur QPR: siehe Prüfgrundlagen für die ambulante Pflege)	
Anlage 4 zur QPR: Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege	21
Anlage 5 zur QPR: Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege	59
Anlage 6 zur QPR: Struktur und Inhalte des Prüfberichtes für die stationäre Pflege	129

Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)

Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege vom 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 10. Juni 2013	133
Anlage 1 zur PTVS: Kriterien der Veröffentlichung	139
Anlage 2 zur PTVS: Bewertungssystematik	145
Anlage 3 zur PTVS: Ausfüllanleitung für die Prüfer	149
Anlage 4 zur PTVS: Darstellung der Prüfergebnisse	179

Qualitätsprüfungs-Richtlinien

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes¹ über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR)

vom 17. Januar 2014²

Der GKV-Spitzenverband hat unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung aufgrund des § 114 a Abs. 7 SGB XI i. V. mit § 53 SGB XI am 10. Dezember 2013 die nachstehenden Richtlinien als Mindestanforderungen für die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität sowie für das Verfahren zur Durchführung von solchen Prüfungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung beschlossen.

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI

² Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat diese Richtlinien mit Schreiben vom 17. Januar 2014 mit Maßgaben genehmigt.

Präambel

- (1) Aufgrund der Festlegungen zur Pflegequalitätsberichterstattung im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 wurden nach § 115 Abs. 1a SGB XI für die ambulante und stationäre Pflege Transparenzvereinbarungen geschlossen. Diese sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Mit Schiedsspruch nach § 113b SGB XI vom 6. September 2013 ist die Pflege-Transparenzvereinbarung für die stationäre Pflege (PTVS) weiterentwickelt worden. Dies macht eine Anpassung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR erforderlich.
- (2) Um die nach den §§ 114 ff. SGB XI geänderten Prüfrechte und Prüfaufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sowie des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV-Prüfdienst) und die Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI bei den Qualitätsprüfungen des MDK und des PKV-Prüfdienstes umsetzen zu können, beschließt der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) sowie des PKV-Prüfdienstes auf der Grundlage des § 114a Abs. 7 SGB XI die Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen haben nach Maßgabe der Verordnung nach § 118 Abs. 2 SGB XI an der Weiterentwicklung der QPR beratend mitgewirkt. Nach § 114a Abs. 7 SGB XI hat der GKV-Spitzenverband die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime, die Verbände der privaten ambulanten Dienste, die Bundesverbände der Pflegeberufe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene beteiligt. Ihnen wurde unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben; die Stellungnahmen wurden in die Entscheidung einbezogen. Die vorliegenden Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.
- (3) Die mit den Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI vorliegenden Transparenzkriterien bilden eine Teilmenge der in den Anlagen zu diesen Richtlinien enthaltenen Qualitätskriterien. Die Qualitätsprüfung des MDK sowie des PKV-Prüfdienstes wird weiterhin ein umfassenderes Spektrum abbilden, wobei hier der Schwerpunkt auf der Ergebnisqualität liegt. Bei der Erstellung der Prüfberichte nach § 115 Abs. 1 SGB XI und der Veröffentlichung der Transparenzberichte nach § 115 Abs. 1a SGB XI handelt es sich um voneinander getrennte Verfahren. Die in den Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI vereinbarte zufallsgesteuerte Einbeziehung pflegebedürftiger Menschen in die Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI (Zufallsstichprobe) ist für die Veröffentlichung von Prüfergebnissen im Transparenzbericht maßgeblich. Um bei Anlassprüfungen dem Anlassgrund nachgehen zu können, wird die Stichprobe bei Bedarf erweitert. Die Ergebnisse von Personen, die im Rahmen einer Anlassprüfung zusätzlich in die Prüfung einbezogen worden sind, werden im Prüfbericht dargestellt.
- (4) Sobald eine aktualisierte Fassung der Transparenzvereinbarung für die ambulante Pflege (PTVA) vorliegt, wird diese in einem weiteren Schritt in die Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR integriert. Bis dahin gelten die Ausfüllanleitungen der MDK-Anleitung zur Prüfung

der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. November 2009 weiter. Weitere Anpassungsschritte folgen, insbesondere gilt dies für die Berücksichtigung der nach § 113a SGB XI zu entwickelnden Expertenstandards. Schließlich wird zu prüfen sein, inwieweit sich die im Rahmen der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI zu vereinbarenden Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung der Ergebnisqualität im stationären Bereich auf die externe Qualitätsprüfung durch den MDK und den PKV-Prüfdienst auswirken werden. Unabhängig davon sind diese Richtlinien regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.

1. Ziel der Richtlinien

Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR dienen als verbindliche Grundlage für eine Erfassung der Qualität in den Pflegeeinrichtungen nach einheitlichen Kriterien.

Ziel dieser Richtlinien ist es, auf der Basis der bisherigen Erfahrungen mit den Qualitätsprüfungen des MDK und des PKV-Prüfdienstes die Prüfung der Qualität der Pflege und Versorgung in den Pflegeeinrichtungen weiter zu verbessern und zu sichern.

2. Geltungsbereich

- (1) Diese Richtlinien sind für den MDK, den Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (SMD), den PKV-Prüfdienst, die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen und für die Pflegekassen und deren Verbände gemäß § 114a Abs. 7 SGB XI verbindlich.
- (2) Für die Prüfung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) gelten die nachstehenden Regelungen entsprechend.

3. Prüfauftrag

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen beauftragen den MDK und im Umfang von zehn Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge den PKV-Prüfdienst mit den Prüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI, die als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung durchzuführen sind. Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden über die Prüfungsart und erteilen dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst die Prüfaufträge schriftlich. Vor der Erteilung eines Prüfauftrages zur Durchführung einer Anlassprüfung sind Beschwerden und Hinweise zunächst durch die Landesverbände der Pflegekassen auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen.
- (2) Im Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen sind insbesondere zu beschreiben:
 - Art der Prüfung,
 - Umfang der Prüfung, soweit dieser über die Mindestangaben hinaus gehen soll,
 - bei Anlassprüfungen der dem Prüfauftrag zugrunde liegende Sachverhalt (z. B. Beschwerde),
 - Einbindung der Pflegekassen oder der Landesverbände der Pflegekassen insbesondere im Hinblick auf die Abrechnungsprüfung,
 - Zeitpunkt der Prüfung,
 - Prüfmodalitäten (insbesondere Information/Abstimmung mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden, ggf. auch mit anderen Behörden wie z. B. Gesundheitsamt).
- (3) Mit dem Prüfauftrag sind dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst die erforderlichen Informationen und Unterlagen für die Qualitätsprüfung zur Verfügung zu stellen, insbesondere Institutionskennzeichen (IK), Versorgungsverträge, Strukturdaten, festgelegte Leis-

tungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI, vorliegende Maßnahmenbescheide nach § 115 Abs. 2 SGB XI, Stellungnahmen und Unterlagen der Pflegeeinrichtung an die Landesverbände der Pflegekassen, eventuelle Beschwerden über die zu prüfende Pflegeeinrichtung, Prüfergebnisse aus Prüfungen nach § 114 Abs. 4 SGB XI sowie Qualitätszertifikate/Gütesiegel der Pflegeeinrichtung.

4. Prüfverständnis und Durchführung der Prüfung

- (1) Den Qualitätsprüfungen des MDK und des PKV-Prüfdienstes liegt ein beratungsorientierter Prüfansatz zugrunde. Die Qualitätsprüfungen bilden eine Einheit aus Prüfung, Beratung und Empfehlung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. Der beratungsorientierte Prüfansatz ermöglicht schon während der Qualitätsprüfung bei festgestellten Qualitätsdefiziten das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten durch das Prüfteam (Impulsberatung). Dieser Prüfansatz setzt eine intensive Zusammenarbeit der Pflegeeinrichtung mit dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst voraus.
- (2) Die Qualitätsprüfungen sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sind am Tag zuvor anzukündigen. Eine Prüfung zur Nachtzeit ist auf die Fälle zu begrenzen, in denen das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann. Die Beteiligung anderer Prüfinstitutionen (z. B. nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörden, Gesundheitsamt) darf nicht zu Verzögerungen bei der Durchführung der Prüfungen führen. Dies gilt auch für die Beteiligung der Trägervereinigung der Pflegeeinrichtung.
- (3) In einem Einführungsgespräch vermittelt das Prüfteam der Pflegeeinrichtung das Aufgabenverständnis, die Vorgehensweise und den erforderlichen Zeitaufwand für die Prüfung. Das Prüfteam setzt die Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung über die Prüftätigkeit zu Beginn der Prüfung in Kenntnis.
- (4) Auf der Grundlage der PTVS gilt für die Qualitätsprüfungen stationärer Pflegeeinrichtungen:

Die Prüfung der einrichtungsbezogenen Kriterien erfolgt anhand des Erhebungsbogens und der zugehörigen Ausfüllanleitung. Informationsquellen/Nachweise sind:

- Auswertung der Dokumentation,
- Beobachtungen während der Prüfung,
- Auskunft/Information/Darlegung durch die Mitarbeiter,
- Auskunft/Information der Pflegebedürftigen/Bewohner.

In den Ausfüllanleitungen zu den Kriterien der PTVS wird konkret beschrieben, welche Informationsquellen/Nachweise jeweils relevant sind. Die Bewertung der einrichtungsbezogenen Kriterien erfolgt schwerpunktmäßig auf Grundlage der Auswertung der Dokumentation und der Beobachtungen in der Einrichtung. Sofern nach deren Auswertung Zweifel an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich – soweit möglich – Hinweise von Mitarbeitern und Pflegebedürftigen/Bewohnern mit einbezogen.

Bei den per Zufall ausgewählten Pflegebedürftigen/Bewohnern wird die personenbezo-

gene Pflegequalität erhoben. Dies bildet den Schwerpunkt der Prüfung. Nach § 114a Abs. 3 SGB XI sind dabei insbesondere die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen/Bewohner, die Pflegedokumentation und die Befragungen der Beschäftigten angemessen zu berücksichtigen.

Die Prüfung der personenbezogenen Kriterien erfolgt anhand des Erhebungsbogens und der zugehörigen Ausfüllanleitung. Informationsquellen/Nachweise sind:

- Inaugenscheinnahme des in die Stichprobe einbezogenen pflegebedürftigen Menschen,
- Auswertung der Pflegedokumentation,
- Auskunft/Information/Darlegung (Darstellung und Begründung anhand des konkreten Lebenssachverhalts) durch die Mitarbeiter,
- Auskunft/Information der Pflegebedürftigen/Bewohner oder teilnehmende Beobachtung.

In den Ausfüllanleitungen zu den Kriterien der PTVS wird konkret beschrieben, welche Informationsquellen/Nachweise jeweils relevant sind. Die Bewertung der personenbezogenen Kriterien erfolgt schwerpunktmäßig auf Grundlage der Inaugenscheinnahme und der Pflegedokumentation. Die Auswertung der Pflegedokumentation erfolgt in Anwesenheit eines Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung. Sofern die Pflegeeinrichtung die Anwesenheit eines Mitarbeiters nur zeitlich begrenzt gewährleisten kann, haben die Prüfer – soweit möglich – den Ablauf der Prüfung danach auszurichten. Die Auswertung der Pflegedokumentation erfolgt nur dann ohne die Anwesenheit eines Mitarbeiters der Einrichtung, wenn die Einrichtung im Zeitraum der Prüfung keine Mitarbeiter zur Verfügung stellen kann. Sofern nach Auswertung der Inaugenscheinnahme bzw. der Dokumentation Zweifel an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzliche Hinweise von Mitarbeitern und des Pflegebedürftigen/Bewohners mit einbezogen.

Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt.

Die jeweiligen Nachweisebenen werden auch bei den Kriterien berücksichtigt, die nicht Gegenstand der PTVS sind.

(5) Abschlussgespräch

Im pflegfachlichen Abschlussgespräch berät das Prüfteam die stationäre/ambulante Pflegeeinrichtung anhand erster Ergebnisse in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel, ggf. festgestellte Mängel direkt abzustellen, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken. Sofern die Einrichtung im Rahmen der Prüfung zu Prüfergebnissen abweichende Meinungen geäußert hat, werden diese im Abschlussgespräch vom Prüfer dargelegt. Ein umfassendes Bild über die Qualität der Pflegeeinrichtung ergibt sich aus dem Prüfbericht, der nach der Prüfung vom Prüfteam erstellt wird. Ein im Rahmen der Prüfung festgestellter Qualitätsmangel wird im Prüfbericht unabhängig davon, wann dieser Mangel abgestellt wird, als solcher dokumentiert.

Unter Berücksichtigung der Ist-Situation werden vom Prüfteam bei festgestellten Qualitätsdefiziten im Prüfbericht Empfehlungen über notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung gegeben.

5. Eignung der Prüfer

- (1) Die Prüfungen sind in der Regel von Prüfteams durchzuführen, die aus Pflegefachkräften bestehen. An die Stelle einer Pflegefachkraft können andere Sachverständige, z.B. Ärzte oder Kinderärzte treten, wenn dies das einzelne Prüfgebiet erfordert.
- (2) Die Mitglieder der Prüfteams müssen über pflegefachliche Kompetenz, Führungskompetenz und Kenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung verfügen. Mindestens ein Mitglied des Prüfteams muss über eine Auditorenausbildung oder eine vom Inhalt und Umfang her gleichwertige Qualifikation verfügen.

6. Prüfinhalte und Umfang der Prüfung

- (1) Inhalt der Regelprüfungen, Anlassprüfungen und Wiederholungsprüfungen sind die im Prüfauftrag beschriebenen Prüfgegenstände. Bei der Regelprüfung und der Anlassprüfung sind unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisqualität mindestens die in Anlage 1 bzw. 4 definierten Mindestangaben zu prüfen. Zur Sicherstellung bundeseinheitlicher vergleichbarer Prüfergebnisse in der Qualität der Pflege trägt die Regelprüfung einen abschließenden Charakter und kann nicht von den Pflegekassen verändert oder erweitert werden.
- (2) Bei Wiederholungsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen ist zu prüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 SGB XI angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind. Dabei werden die beanstandeten einrichtungsbezogenen Kriterien erneut geprüft. Nicht beanstandete Kriterien werden unverändert übernommen. Die personenbezogenen Mindestangaben (mit Ausnahme der Befragung der Bewohner/Pflegebedürftigen) sind vollständig zu prüfen. Wenn bei einer Wiederholungsprüfung aufgrund der Zufallsstichprobe die bemängelten personenbezogenen Kriterien nicht einbezogen werden können, muss ersatzweise ein Bewohner/Pflegebedürftiger einbezogen werden, bei dem diese Kriterien zutreffen.
- (3) Bei Wiederholungsprüfungen auf Antrag der Pflegeeinrichtung bezieht sich die Prüfung darauf, ob die beanstandeten Qualitätsmängel behoben worden sind. Dabei werden die beanstandeten einrichtungsbezogenen Kriterien erneut geprüft. Nicht beanstandete Kriterien werden unverändert übernommen. Die personenbezogenen Mindestangaben (mit Ausnahme der Befragung der Pflegebedürftigen/Bewohner) sind vollständig zu prüfen. Wenn bei einer Wiederholungsprüfung aufgrund der Zufallsstichprobe die bemängelten personenbezogenen Kriterien nicht einbezogen werden können, muss ersatzweise ein Pflegebedürftiger/Bewohner einbezogen werden, bei dem diese Kriterien zutreffen. Auch für diese Prüfung ist ein Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen erforderlich. Wiederholungsprüfungen auf Antrag der Pflegeeinrichtung sollen innerhalb von acht Wochen nach Antragseingang bei den Landesverbänden der Pflegekassen durchgeführt werden.

- (4) Die Regelprüfung bezieht sich insbesondere auf wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen. Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung erstreckt werden.

Die Regelprüfung bezieht sich in der ambulanten Pflege auf die Qualität der

- Grundpflege,
- hauswirtschaftlichen Versorgung,
- Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Die Regelprüfung bezieht sich in der vollstationären und teilstationären Pflege auf die Qualität der

- allgemeinen Pflegeleistungen,
- medizinischen Behandlungspflege einschließlich der nach § 37 SGB V erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege,
- sozialen Betreuung,
- zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 87b SGB XI,
- Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung nach § 87 SGB XI,
- Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI).

Die Prüfung bezieht sich auch auf die Anforderungen der relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG).

Sie kann sich auch auf die Abrechnung der genannten Leistungen erstrecken.

- (5) Die Feststellungen sind für die ambulanten Pflegeeinrichtungen in dem Erhebungsbogen nach Anlage 1 dieser Richtlinien und für die stationären Pflegeeinrichtungen in dem Erhebungsbogen nach Anlage 4 dieser Richtlinien zu treffen. Der Erhebungsbogen für die ambulante Pflege ist auf Basis der vom MDS und dem GKV-Spitzenverband gemeinsam erarbeiteten MDK-Anleitung vom 10. November 2009 auszufüllen. Der Erhebungsbogen für die stationäre Pflege ist auf der Grundlage der Anlage 5 dieser Richtlinien auszufüllen.

- (6) Basis der Prüfungen sind:

- die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die ambulante sowie die stationäre Pflege vom 27. Mai 2011, die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die teilstationäre Pflege (Tagespflege) vom 10. Dezember 2012, die Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 80 SGB XI für die teilstationäre Pflege in der Fassung vom 31. Mai 1996 für den Bereich der Nachtpflege sowie die Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 80 SGB XI in der Kurzzeitpflege in der Fassung vom 31. Mai 1996,
- der aktuelle Stand des Wissens,
- die Expertenstandards nach § 113a SGB XI,

- die qualitätsrelevanten Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit der jeweiligen Einrichtung,
- die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 Nr. 1 SGB V sowie
- die relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG).

(7) Zur Beurteilung der Qualität gelten für die ambulante und die stationäre Pflege aufgrund der Unterschiede in den Transparenzvereinbarungen jeweils spezifische Verfahren zur Bildung einer Zufallsstichprobe.

(8) In ambulanten Pflegeeinrichtungen gilt:

- Bei Einrichtungen mit nicht mehr als 50 Pflegebedürftigen sind mindestens fünf Personen, bei Einrichtungen mit mehr als 50 Pflegebedürftigen sind 10 Prozent der Pflegebedürftigen einzubeziehen.
- In die Prüfungen sollen nicht mehr als 15 Personen einbezogen werden.
- Bezugsgröße für die Berechnung der Größe der Personenstichprobe sind ausschließlich Personen mit einer Pflegestufe, die Sachleistungen nach § 36 SGB XI (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Betreuungsleistungen) in Anspruch nehmen. Personen, die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen, sind den Sachleistungsbeziehern gleichzusetzen.
- In die Zufallsstichprobe sind nur Personen mit Pflegestufe 1 bis 3 einzubeziehen, die Sachleistungen der Grundpflege nach § 36 SGB XI in Anspruch nehmen. Fallen in die Zufallsstichprobe Versicherte der privaten Pflegepflichtversicherung, sind diese in die Prüfung einzubeziehen.
- Personen mit einem Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 1 werden weder bei der Berechnung des Stichprobenumfangs berücksichtigt noch werden sie in die Prüfung einbezogen.

Im Rahmen von Anlassprüfungen ist die Stichprobe so zu ergänzen, dass die Beschwerdegründe überprüft werden können. Ergeben sich bei einer Anlassprüfung weitere Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege, kann dies ebenfalls zu einer Ergänzung der Stichprobe führen.

Ergeben sich bei Regel- oder Wiederholungsprüfungen konkrete und begründete Anhaltspunkte (z. B. Beschwerden, Hinweise) für eine nicht fachgerechte Pflege, die nicht von der in den Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI vereinbarten zufallsgesteuerten Auswahl (Stichprobe) erfasst werden, insbesondere bei folgenden Pflegesituationen

- freiheitseinschränkende Maßnahmen,
- Dekubitus oder andere chronische Wunden,
- Ernährungsdefizite,
- chronische Schmerzen,
- Kontrakturen,
- Person mit Anlage einer PEG-Sonde,
- Person mit Blasenkatheter,

erfolgt die Prüfung insgesamt als Anlassprüfung. Die Durchführung einer Anlassprüfung setzt voraus, dass das Prüfteam die Gründe hierfür gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen dargelegt hat und ein entsprechender Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen ergangen ist. In den Transparenzbericht fließen die Ergebnisse der Zufallsstichprobe ein. Die Ergebnisse von Personen, die im Rahmen einer Anlassprüfung zusätzlich in die Prüfung einbezogen worden sind, werden ausschließlich im Prüfbericht dargestellt.

Sofern ein Pflegebedürftiger aufgrund von Demenzerkrankungen oder anderen Ursachen nicht auskunftsfähig ist, ist ein anderer Pflegebedürftiger mit der gleichen Pflegestufe nach dem Zufallsprinzip für die Zufriedenheitsbefragung ergänzend auszuwählen. Diese Pflegebedürftigen können auch per Telefon zu ihrer Zufriedenheit befragt werden. Bei Anlassprüfungen ist abzuwägen, ob eine telefonische Befragung ausreichend ist. Angehörige oder sonstige Pflegepersonen werden nicht befragt. Bei nichtauskunftsfähigen Minderjährigen können die Eltern bzw. sonstige sorgeberechtigte Personen befragt werden.

Die Stichprobengröße von 10 Prozent, mindestens 5 Personen, maximal 15 Personen, in ambulanten Pflegeeinrichtungen ist auch bei erforderlichen Rundungen der Prozentwerte einzuhalten. Bei erforderlichen Rundungen wird zugunsten der höheren Pflegestufen auf- und zu Lasten der niedrigeren Pflegestufe abgerundet.

(9) In stationären Pflegeeinrichtungen gilt:

- In der zu prüfenden stationären Pflegeeinrichtung werden unabhängig von der Größe der Einrichtung jeweils drei Bewohner aus jeder der drei Pflegestufen zufällig ausgewählt und in die Prüfung einbezogen.
- Sofern weniger als drei Personen einer Pflegestufe in die Prüfung einbezogen werden können, ist dies schriftlich zu begründen.
- Fallen in die Zufallsstichprobe Versicherte der privaten Pflegepflichtversicherung, sind diese in die Prüfung einzubeziehen.
- Ist der in die Prüfung einbezogene Bewohner aufgrund kognitiver oder anderer Ursachen nicht auskunftsfähig, wird dies im Prüfbericht vermerkt. Eine ergänzende Einbeziehung von Bewohnern ausschließlich zur Durchführung der Befragung erfolgt nicht.

Diese Anforderungen zur Stichprobenbildung gelten analog für die Kurzzeitpflege und die teilstationäre Pflege.

Im Rahmen von Anlassprüfungen ist die Stichprobe so zu ergänzen, dass die Beschwerdegründe überprüft werden können. Der Pflegebedürftige, auf den sich die Beschwerde bezieht, ist nach Möglichkeit in die Stichprobe einzubeziehen. Eine Nichteinbeziehung ist schriftlich zu begründen. Ergeben sich bei einer Anlassprüfung weitere Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege, kann dies ebenfalls zu einer Ergänzung der Stichprobe führen.

Ergeben sich bei Regel- oder Wiederholungsprüfungen konkrete und begründete Anhaltspunkte (z. B. Beschwerden, Hinweise) für eine nicht fachgerechte Pflege, die nicht von der in den Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI vereinbarten zufallsgesteuerten Auswahl (Stichprobe) erfasst werden, insbesondere bei folgenden Pflegesituationen

- freiheitseinschränkende Maßnahmen,
- Dekubitus oder andere chronische Wunden,
- Ernährungsdefizite,
- chronische Schmerzen,
- Kontrakturen,
- Person mit Anlage einer PEG-Sonde,
- Person mit Blasenkatheter,

erfolgt die Prüfung insgesamt als Anlassprüfung. Die Durchführung einer Anlassprüfung setzt voraus, dass das Prüfteam die Gründe hierfür gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen dargelegt hat und ein entsprechender Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen ergangen ist. In den Transparenzbericht fließen die Ergebnisse der Zufallsstichprobe ein. Die Ergebnisse von Personen, die im Rahmen einer Anlassprüfung zusätzlich in die Prüfung einbezogen worden sind, werden ausschließlich im Prüfbericht dargestellt.

- (10) Bezüglich der Gewährleistung einer Zufallsstichprobe gilt für die ambulante wie für die stationäre Pflege gleichermaßen:

Die in die Prüfung einzubeziehenden Pflegebedürftigen/Bewohner werden innerhalb der Pflegestufen zufällig ausgewählt. Zur Gewährleistung einer Zufallsstichprobe soll die Pflegeeinrichtung eine nach Pflegestufen sortierte Liste der Pflegebedürftigen/Bewohner vorlegen, innerhalb der Pflegestufe sind die Pflegebedürftigen/Bewohner in alphabetischer Reihenfolge zu listen. Aus dieser Liste wird wie folgt ausgewählt:

- Nach einem Zufallsprinzip wird eine Zahl zwischen 1 und 6 ausgewählt. Diese Zahl bestimmt die Abstände der auszuwählenden Personen.
- Der Prüfer entscheidet bei jeder Pflegestufe, ob er bei der Auswahl der Personen innerhalb einer Pflegestufe am Anfang, in der Mitte oder am Ende der Liste beginnt zu zählen.
- Der Prüfer entscheidet bei jeder Pflegestufe, ob er nach oben oder nach unten zählt.
- Wenn eine ausgewählte Person die Zustimmung verweigert oder aus anderen Gründen eine Einbeziehung der ausgewählten Person nicht möglich ist, wird jeweils die nächste Person in der Liste ausgewählt.

Wenn die Einrichtung keine geeignete Liste zur Verfügung stellen kann, legt das Prüfteam auf der Basis der vorliegenden Informationen eine Zufallsstichprobe fest.

Kann die erforderliche Mindestzahl bzw. -quote von Pflegebedürftigen/Bewohnern nicht erreicht werden, z. B. weil weniger Pflegebedürftige/Bewohner von der Einrichtung versorgt werden oder ihr Einverständnis zur Einbeziehung in die Stichprobe nicht erteilt haben, so hat der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst im Rahmen der verbleibenden Möglichkeiten die Qualitätsprüfung trotzdem durchzuführen und die Ergebnisse im Prüfbericht auszuweisen. Das Nichterreichen der Mindestzahl/-quote ist im Prüfbericht zu begründen.

7. Einwilligung

(1) Die Einbeziehung in die Prüfung setzt die Einwilligung des Pflegebedürftigen/Bewohners oder eines hierzu Berechtigten (vertretungsberechtigte Person, gesetzlich bestellter Betreuer) voraus. Vor der Einholung der Einwilligung durch den Pflegebedürftigen/Bewohner oder durch eine hierzu berechtigte Person sind diese aufzuklären über

- Anlass und Zweck sowie Inhalt, Umfang, Durchführung und Dauer der Maßnahme,
- den vorgesehenen Zweck der Verarbeitung und die Nutzung der dabei erhobenen personenbezogenen Daten,
- die Freiwilligkeit der Teilnahme und
- die jederzeitige Widerrufbarkeit der Einwilligung.

Ferner ist im Rahmen der Aufklärung darauf hinzuweisen, dass im Falle der Ablehnung dem Pflegebedürftigen/Bewohner keine Nachteile entstehen.

(2) Die Einwilligung des Pflegebedürftigen nach § 114a Abs. 3a SGB XI muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeignete Weise abgegeben werden, die Person des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). Ist der Pflegebedürftige einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen. Die Einwilligung ist nach § 114a Abs. 2 und 3 SGB XI erforderlich für

- das Betreten der Wohnung bzw. der Wohnräume des Pflegebedürftigen/Bewohners,
- die Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands des Pflegebedürftigen/Bewohners,
- die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation,
- die Befragung des Pflegebedürftigen/Bewohners, der Beschäftigten der Einrichtung, der Betreuer und Angehörigen sowie der Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen der Bewohner,
- die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts.

Die Einwilligung muss vor der Einbeziehung des Pflegebedürftigen/Bewohners in die Prüfung vorliegen.

8. Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Abs. 1 SGB XI) und der MDK sowie der PKV-Prüfdienst arbeiten gemäß § 117 SGB XI mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden bei der Zulassung und der Überprüfung der stationären Pflegeeinrichtungen eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches und nach den heimrechtlichen Vorschriften insbesondere durch

- regelmäßige gegenseitige Information und Beratung,
- Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Pflegeeinrichtungen oder
- Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen

wirksam aufeinander abzustimmen und Doppelprüfungen nach Möglichkeit zu vermeiden. Zur Erfüllung dieser Aufgaben sind die Landesverbände der Pflegekassen sowie der MDK und der PKV-Prüfdienst verpflichtet, in den Arbeitsgemeinschaften nach den heimrechtlichen Vorschriften mitzuwirken und sich an entsprechenden Vereinbarungen zu beteiligen.

- (2) Um Doppelprüfungen zu vermeiden, haben die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfungsumfang mit dem Prüfungsauftrag in angemessener Weise zu verringern, wenn
- die Prüfungen einer nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde nicht länger als neun Monate zurück liegen,
 - deren Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und
 - die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, gemäß § 115 SGB XI gewährleistet ist.

Die Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass von einer Verringerung der Prüfpflicht abgesehen wird.

- (3) An einer gemeinsamen Prüfung mit der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde beteiligt sich der MDK oder der PKV-Prüfdienst aufgrund eines Auftrages durch die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Abs. 1 SGB XI). Angezeigt ist die Beteiligung, wenn der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde konkrete Erkenntnisse über Defizite in der Pflegequalität vorliegen. Regelmäßige Begehungen der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und des MDK oder des PKV-Prüfdienstes sollen soweit als möglich miteinander abgestimmt und gemeinsam durchgeführt werden.
- (4) Der MDK oder der PKV-Prüfdienst informiert die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde und die Landesverbände der Pflegekassen unverzüglich über Erkenntnisse aus den Prüfungen, soweit diese zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach den heimrechtlichen Vorschriften erforderlich sind. Dies ist insbesondere gegeben
- bei einer akuten Gefährdung von Bewohnern durch Pflegedefizite (z. B. Exsikkose, Mangelernährung, Dekubitalulcera),
 - bei nicht gerechtfertigten freiheitsentziehenden Maßnahmen,
 - wenn die permanente Anwesenheit einer Pflegefachkraft nicht gewährleistet ist.

9. Abrechnungsprüfung

- (1) Stellt der MDK oder der PKV-Prüfdienst im Rahmen der Qualitätsprüfung Unregelmäßigkeiten fest, die auf Fehler bei der Abrechnung schließen lassen, ist die zuständige Pflegekasse oder deren Landesverband (§ 52 Abs. 1 SGB XI) umgehend zu informieren.
- (2) Führen von den Landesverbänden der Pflegekassen (§ 52 Abs. 1 SGB XI) bestellte Sachverständige im Rahmen einer Prüfung nach § 114a SGB XI eine Abrechnungsprüfung durch, ist der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst im Prüfauftrag darauf hinzuweisen.

10. Prüfbericht

- (1) Der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst erstellt innerhalb von drei Wochen nach Durchführung der Qualitätsprüfung einen Bericht, der den Gegenstand und das Ergebnis der Qualitätsprüfung enthält, die in der Prüfung festgestellten Sachverhalte nachvollziehbar beschreibt sowie die konkreten Empfehlungen des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten auflistet (Prüfbericht) und versendet diesen an die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Abs. 1 SGB XI), an die betroffene Pflegeeinrichtung und an den zuständigen Sozialhilfeträger. Bei stationären Pflegeeinrichtungen versendet der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst den Prüfbericht auch an die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde sowie bei ambulanten Pflegediensten an die Pflegekassen, bei denen die in die Prüfung einbezogenen Leistungsempfänger versichert sind. Der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst stellen gleichzeitig die nach den Transparenzvereinbarungen für eine Veröffentlichung erforderlichen Daten zur Verfügung. Diese Daten sind den Landesverbänden der Pflegekassen in einer vom GKV-Spitzenverband nach § 53 Satz 2 SGB XI i. V. mit § 217f Abs. 2 SGB V entwickelten Datendefinition (Formate, Strukturen und Inhalte) zu liefern.
- (2) Stellt der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst schwerwiegende Mängel fest, benachrichtigt er unverzüglich unter Schilderung des Sachverhaltes die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Abs. 1 SGB XI). Hält der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst bei schwerwiegenden Mängeln in der ambulanten Pflege die weitere Versorgung des Pflegebedürftigen durch den Pflegedienst für nicht gerechtfertigt, teilt er dies und die dafür maßgebenden Gründe der zuständigen Pflegekasse unverzüglich schriftlich mit.
- (3) Eine verbindliche Struktur für die Gestaltung und die Inhalte des Prüfberichtes für die ambulante Pflege ergibt sich aus Anlage 3 und für die stationäre Pflege aus Anlage 6 zur QPR.

11. Inkrafttreten

Die Richtlinien treten am 1. Februar 2014 in Kraft. Mit diesem Zeitpunkt treten die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien-QPR) in der Fassung vom 30. Juni 2009 außer Kraft.

Qualitätsprüfungs-Richtlinien

Anlage 4

Erhebungsbogen

zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege

(Die Anlagen 1-3 der QPR sind nur für die ambulante Pflege relevant und werden in den Prüfgrundlagen für die stationäre Pflege nicht abgebildet.)

Hinweise:

- M = Mindestangaben
- Info = Informationsfrage
- T = Transparenzkriterium
- B = sonstige Bewertungsfrage
- t.n.z. = trifft nicht zu
- k.A. = keine Angabe
- E = Empfehlung

Erhebungsbogen zur Prüfung in der Einrichtung (Struktur- und Prozessqualität)

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

M/Info	
1.1	Auftragsnummer

M/Info		
1.2	Daten zur Einrichtung	
a.	Name	
b.	Straße	
c.	PLZ/Ort	
d.	Institutionskennzeichen (IK)	1.
		2.
		3.
		4.
e.	Telefon	
f.	Fax	
g.	E-Mail	
h.	Internet-Adresse	
i.	Träger/Inhaber	
j.	Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
k.	ggf. Verband	
l.	Einrichtungsart	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
m.	Datum Abschluss Versorgungsvertrag	
n.	Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung	
o.	Heimleitung Name	
p.	Verantw. PFK Name	
q.	Stellv. verantw. PFK Name	
r.	ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	
s.	Zertifizierung	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor

t.	Name des Ansprechpartners für die DCS	
u.	E-Mail des Ansprechpartners für die DCS	
v.	Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS	
w.	Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS	

M/Info		
1.3	Daten zur Prüfung	
a.	Auftraggeber/Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK <input type="checkbox"/> KBS <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> vdek
b.	Prüfung durch	<input type="checkbox"/> MDK <input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst
c.	Datum	von TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ
d.	Uhrzeit	
	1. Tag	von bis
	2. Tag	von bis
	3. Tag	von bis
e.	Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung	
f.	Prüfende(r) Gutachter	
g.	An der Prüfung Beteiligte	Namen
	<input type="checkbox"/> Pflegekasse	
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger	
	<input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
	<input type="checkbox"/> Trägerverband	
<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?		
h.	Ansprechpartner des MDK/ PKV-Prüfdienstes für die DCS	Name
		E-Mail-Adresse

M/Info	
1.4	Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI
a.	<input type="checkbox"/> Regelprüfung
b.	<input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Bewohner, Angehörige o.ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)
c.	<input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> nach Anlassprüfung
d.	<input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung
e.	Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI TT.MM.JJJJ
f.	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen <input type="checkbox"/> nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben <input type="checkbox"/> Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren

M/Info					
1.5	Art der Einrichtung und Versorgungssituation				
	<i>Vollstationäre Pflege</i>	<i>Kurzzeitpflege</i>	<i>Teilstationäre Pflege – Tag</i>	<i>Teilstationäre Pflege – Nacht</i>	<i>ggf. Bewohner im Schwerpunkt</i>
vorgehaltene Plätze					
belegte Plätze					
<i>davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform</i>					
	angegliedert				
	eingestreut				
	solitär				

M/Info									
1.6	Struktur der Wohn- und Pflegebereiche								
Wohn-/ Pflegebereich	Bereich auf einer Ebene	Anz. Bewohner	davon PEA	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe					
				keine	I	II	III	davon Härte- fälle	noch nicht einges- tuft
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								

M/Info		
1.7	Nach Angabe der Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:	
a.	Wachkoma	
b.	Beatmungspflicht	
c.	Dekubitus	
d.	Blasenkatheter	
e.	PEG-Sonde	
f.	Fixierung	
g.	Kontraktur	
h.	vollständiger Immobilität	
i.	Tracheostoma	
j.	MRSA	

M/Info	
1.8	Ist ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart?
	Wenn ja, welcher?

ja nein

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

M/Info	
1.10	Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der stationären Pflegeeinrichtung angeboten?
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?

M/Info	
1.11	Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?
a.	<input type="checkbox"/> Grundpflege
b.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege
c.	<input type="checkbox"/> soziale Betreuung
d.	<input type="checkbox"/> Speisen- und Getränkeversorgung
e.	<input type="checkbox"/> Wäscheversorgung
f.	<input type="checkbox"/> Hausreinigung

2. Allgemeine Angaben

Info	
2.1	Defizite in der Ausstattung bei:
a.	<input type="checkbox"/> Stufenloser Eingang und Wohnbereich, (Niveauunterschiede sind mit Rampen ausgeglichen)
b.	<input type="checkbox"/> Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren (Höhe unter 1,20 m) Bedienelementen
c.	<input type="checkbox"/> Handläufe in den Fluren
d.	<input type="checkbox"/> Haltegriffe im Sanitärbereich (Toiletten, Duschen, Badewannen)
e.	<input type="checkbox"/> Bad und Toilette
f.	<input type="checkbox"/> Fäkalienspülen
g.	<input type="checkbox"/> intakte und erreichbare Rufanlage
h.	<input type="checkbox"/> höhenverstellbare Pflegebetten
i.	<input type="checkbox"/> Fußboden
j.	<input type="checkbox"/> Beleuchtung
k.	<input type="checkbox"/> allgemeine Orientierungshilfen (Speiseraum, WC, etc.)
l.	<input type="checkbox"/> abschließbare Medikamentenschränke
m.	<input type="checkbox"/> Sonstiges

2.2	Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
M/T51/B				
a.	Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z.B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	Stehen für jeden Bewohner abschließbare Schubladen oder Fächer zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T52/B				
c.	Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2.3	Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz trifft für die stationäre Pflegeeinrichtung Folgendes zu:	ja	nein	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
M/T37/B					
a.	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T38/B					
b.	Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T39/B					
c.	Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. Aufbauorganisation Personal

3.1	Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege, sozialen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?	ja	nein	t.n.z.	E. <input type="checkbox"/>
B					
a.	Organisationsstruktur z. B. in Form eines Organigramms geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
b.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Pflegefachkräfte z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
c.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Krankenpflegehelfer z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B					
d.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Altenpflegehelfer z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B					
e.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für angelernte Kräfte in der Pflege z. B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Fortbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B					
f.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für soziale Betreuung geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
g.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für hauswirtschaftliche Versorgung geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Info					
3.2	Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?	ja	nein		E. <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

Info	
3.4	Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in dieser stationären Pflegeeinrichtung?
	Stunden

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

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

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

Info						
3.8	Zusammensetzung Personal					
Geeignete Kräfte:	Vollzeit Stunden/ Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	
Pflege						
Verantwortliche Pflegefachkraft						
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpfleger/in						
(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in						
(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in						
Heilerziehungspfleger/in						
Krankenpflegehelfer/in						
Altenpflegehelfer/in						
angelernte Kräfte						
Auszubildende						
Bundesfreiwilligendienstleistende						
Freiwilliges soz. Jahr						
Sonstige						
soziale Betreuung						
Sozialpädagogen						
Sozialarbeiter/in						
Ergotherapeuten/Beschäftigungstherapeuten						
87b-Kräfte						
Sonstige						
hauswirtschaftliche Versorgung						
hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausb.)						
Hilfskräfte und angelernte Kräfte						

4. Ablauforganisation

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

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

M/B					
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von ungelernten Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	ja	nein		E. <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

E.

M/B				
4.5	Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat?	ja	nein	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

E.

5. Qualitätsmanagement

M/B		ja	nein	E.
5.1	Liegt die Zuständigkeit für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	nicht geprüft	E.
5.2	Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?				<input type="checkbox"/>
M/B					
a.	Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
b.	Pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
c.	Pflegerisches Schmerzmanagement – Chronischer Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
d.	Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
e.	Kontinenzförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
f.	Chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
g.	Ernährungsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Info		ja	nein	E.
5.3	Ergreift die stationäre Pflegeeinrichtung Maßnahmen, um Kontrakturen zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

M/T32/B					
5.6	Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	ja	nein		E. <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

M/T50/B					
5.7	Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?	ja	nein		E. <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6. Hygiene

M/T53/B		ja	nein	E.
6.1	Ist der Gesamteindruck der stationären Pflegeeinrichtung im Hinblick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Gibt es in der stationären Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
M/B				
a.	innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
c.	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
d.	innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
e.	alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3	Stehen den Mitarbeitern in stichprobenartig besuchten Wohnbereichen in erforderlichem Umfang Arbeits-hilfen zur Verfügung?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
B				
a.	Handschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
b.	Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
c.	Schutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
6.4	Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>

7. Verpflegung

M/T57/B				
7.1	Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplans bekannt gegeben?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
M/T55/B				
7.2	Wird in der stationären Pflegeeinrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speiseangebot vorgehalten?	ja	nein	t.n.z. <input type="checkbox"/>
a.	Wird bei Bedarf Diätkost angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T41/B				
b.	Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T56/B				
c.	Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T58/B				
d.	Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T54/B				
7.3	Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
M/B				
7.4	Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?	ja	nein	t.n.z. <input type="checkbox"/>
a.	es gibt ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B				
b.	mindestens drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten werden angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
c.	der Abstand zwischen der zuletzt für alle Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 12 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
d.	der Abstand der zuletzt für Bewohner mit Diabetes mellitus oder gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 10 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T59/B**7.5****Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?**

ja

nein

E.

8. Soziale Betreuung

8.1	Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T42/B				
a.	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T43/B				
b.	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T44/B				
c.	Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T45/B				
d.	Gibt es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

B				
8.2	Werden diese Angebote den Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T46/B				
8.3	Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B				
8.4	Wird die soziale Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter koordiniert?	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B					
8.5	Besitzt der für die Betreuung der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohner zuständige Mitarbeiter spezielle Kenntnisse (Fort- und/oder Weiterbildung)?	ja	nein	t.n.z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?					

M/Info				
8.6	In welchem Stellenumfang sind in der stationären Pflegeeinrichtung Mitarbeiter für die soziale Betreuung beschäftigt (ohne Mitarbeiter nach § 87b SGB XI)?			

M/Info		ja	nein		
8.7	Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 87b SGB XI Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf vereinbart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Wenn ja, mit welchem Stellenumfang?				
8.8	Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?	ja	nein	t.n.z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/B					
a.	Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
b.	Verfügen die eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte über die erforderliche Qualifikation gemäß § 4 der Betreuungskräfte-RI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
c.	Haben alle eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte im vergangenen Jahr nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-RI an mindestens einer zweitägigen Fortbildungsmaßnahme teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
d.	Ist gewährleistet, dass zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte-RI nicht regelmäßig grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche Maßnahmen durchführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.9	Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die stationäre Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/T47/B					
a.	Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die stationäre Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/T48/B					
b.	Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/T49/B					
8.10	Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner (Prozess- und Ergebnisqualität)

9. Allgemeine Angaben

M/Info			
9.1	Auftragsnummer:		
	Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen

M/Info					
9.2	Angaben zum Bewohner			ja	nein
a.	Name				
b.	Pflegekasse				
c.	Pflege-/Wohnbereich				
d.	Geburtsdatum				
e.	Einzugsdatum				
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung				
g.	Pflegestufe				
	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> Härtefall	
h.	Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Vorhandene Unterlagen				

M/Info			
9.3	Anwesende Personen		
a.	Name des Gutachters		
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung		
c.	Name des Mitarbeiters		
d.	sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)		

10. Behandlungspflege

M/T22/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.1	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T23/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.2	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T24/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.3	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T25/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.4	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T26/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.5	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/Info		ja	nein	t.n.z.	E.
10.6	Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?		<input type="checkbox"/>		
	ja: akute Schmerzen <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen <input type="checkbox"/>				
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>				

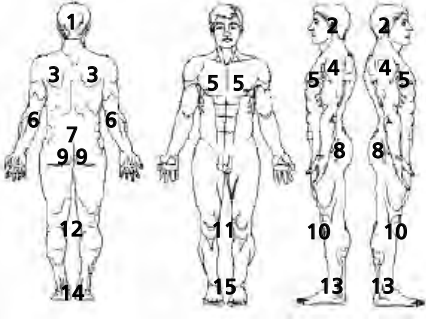
M/T13/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.7	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T14/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.8	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T15/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.9	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T27/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.10	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.11	Ist der Umgang mit Tracheostoma /Trachealkanülen/ Absaugen sachgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

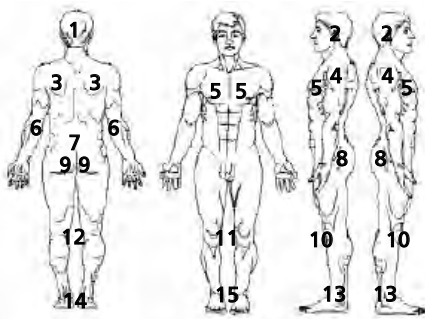
M/Info	
10.12	Beschreibung vorliegender Wunden
	

t.n.z.

Legende:

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

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

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

t.n.z.

Legende:

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

M/Info	
10.13	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
a.	Wunde 1
b.	Wunde 2

t.n.z.

M/T3/B	
10.14	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?

ja

nein

t.n.z.

E.

M/T5/B	
10.15	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?

ja

nein

t.n.z.

E.

M/T4/B	
10.16	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?

ja

nein

t.n.z.

E.

M/T6/B	
10.17	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?

ja

nein

t.n.z.

E.

11. Mobilität

M/Info			
11.1	Bewohner angetroffen:		
a.	<input type="checkbox"/> liegend	<input type="checkbox"/> sitzend	<input type="checkbox"/> stehend
b.	<input type="checkbox"/> Tageskleidung	<input type="checkbox"/> Nachtwäsche	

M/Info		
11.2	Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	
		<i>Beschreibung</i>
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen)
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	
c.	Lageveränderung im Bett	
d.	Aufstehen	
e.	Sitzen/ Lageveränderung im Sitzen	
f.	Stehen	
g.	Gehen	

ja nein

M/Info	
11.3	Liegt ein Sturzrisiko vor?
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>

ja nein

M/T18/B	
11.4	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

ja nein

E.

M/T19/B			
11.5	Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?		

ja nein

t.n.z.

E.

M/Info			
11.6	Liegt ein Dekubitusrisiko vor?		
	Punkte _____	nach: <input type="checkbox"/> Norton <input type="checkbox"/> Braden <input type="checkbox"/> Sonstige	Von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

ja nein

M/T1/B	
11.7	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

ja nein

E.

M/T2/B	
11.8	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

ja nein

t.n.z.

E.

12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info					
12.1	Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a.	Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
		Datum			
		kg			
			t.n.z. <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	
b.	Aktuelle Größe in cm				
c.	Aktueller BMI (kg/m ²)				
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

M/Info					
12.2	Der Bewohner ist versorgt mit:				
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<i>Beschreibung</i>			
		<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus			
		Nahrung	kcal/24 h	Flussrate	ml/h
		Flüssigkeit	ml/24 h	Flussrate	ml/h
		(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)			
b.	<input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion				
c.	<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion				
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln				
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem				

t.n.z.

M/Info	
12.3	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>

ja nein

M/Info	
12.4	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>

ja nein

M/T7/B	
12.5	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?

ja nein

E.

M/T10/B	
12.6	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?

ja nein

E.

M/T8/B	
12.7	Werden bei Einschränkung der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?

ja nein

t.n.z.

E.

M/T11/B	
12.8	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?

ja nein

t.n.z.

E.

M/T9/B	
12.9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

ja nein

E.

M/T12/B	
12.10	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

ja nein

E.

M/T28/B	
12.11	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?

ja nein

t.n.z.

E.

13. Harninkontinenz

M/Info		
13.1	Der Bewohner ist versorgt mit:	
		<i>Beschreibung</i>
a.	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)
b.	<input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	
c.	<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem	

t.n.z.

M/Info		
13.2	Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>	

ja nein

M/T16/B				
13.3	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkateter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?			

ja nein t.n.z. E.

M/T17/B				
13.4	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkateter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?			

ja nein t.n.z. E.

14. Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

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

M/T33/B							
14.2	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	ja	nein	t.n.z.	E.		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

M/T34/B							
14.3	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	ja	nein	t.n.z.	E.		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

M/T35/B							
14.4	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	ja	nein	t.n.z.	E.		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

M/T40/B							
14.5	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht?	ja	nein	t.n.z.	E.		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

M/T36/B							
14.6	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	ja	nein	t.n.z.	E.		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

15. Körperpflege

M/Info		
15.1	Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	Beschreibung
a.	normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b.	Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)

M/T29/B	
15.2	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

ja

nein

t.n.z.

E.

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

M/T30/B	
15.4	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

ja

nein

t.n.z.

E.

16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

M/B		ja	nein		E.
16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

M/T21/B		ja	nein	t.n.z.	E.
16.2	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T20/B		ja	nein	t.n.z.	E.
16.3	Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T31/B		ja	nein		E.
16.4	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
16.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Sonstiges

Erhebungsbogen zur Befragung der Bewohner

18. Befragung der Bewohner

M/Info			
18.1	Auftragsnummer:		
	Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen

M/Info				
18.2	Angaben zum Bewohner		ja	nein
a.	Name			
b.	Pflegekasse			
c.	Pflege-/Wohnbereich			
d.	Geburtsdatum			
e.	Pflegestufe			
	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> Härtefall
f.	Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Ist der Bewohner mit der Befragung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T67/B						
18.3	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?					
	immer	häufig	geleg.	nie	k.A.	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

M/T68/B						
18.4	Nehmen sich die Mitarbeiter ausreichend Zeit für Sie?					
	immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T60/B						
18.5	Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?					
	immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T61/B						
18.6	Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?					
	immer	häufig	geleg.	nie	k.A.	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

M/T62/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.7	Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T63/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.8	Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T69/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.9	Fragen die Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T70/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.10	Schmeckt Ihnen das Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T66/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.11	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T71/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.12	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T72/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.13	Bekommen Sie jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T73/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.14	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T74/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.15	Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T75/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.16	Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T76/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.17	Können Sie jederzeit Besuch empfangen, wann Sie wollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T65/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.18	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T77/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.19	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T64/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.20	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualitätsprüfungs-Richtlinien

Anlage 5

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen
zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI
in der stationären Pflege

Allgemeine Hinweise

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

Soweit sich Sachverhalte für den Prüfbericht nicht eindeutig aus den Ankreuzoptionen der Kriterien ableiten lassen, sind diese im Freitext kurz zu beschreiben. Sind Kriterien durch alternative fachlich gleichwertige Lösungen erfüllt, sind diese Kriterien ebenfalls als vollständig erfüllt zu bewerten, mit „Ja“ zu beantworten und im Freitext zu erläutern. Offensichtliche Ausnahmefehler in der Planung oder Dokumentation (z. B. fehlendes Handzeichen) führen nicht zu einer negativen Beurteilung des Kriteriums oder der Gesamtbeurteilung der stationären Pflegeeinrichtung, da sie beim pflegebedürftigen Menschen keine Auswirkungen haben.

Festgestellte Qualitätsdefizite sind im Freitext zu konkretisieren.

Die Anleitungstexte zu den Prüfkriterien sind in zwei Bereiche unterteilt:

- **Ausfüllanleitung**
Hierbei handelt es sich um die exakte Wiedergabe der Ausfüllanleitungen aus den Transparenzvereinbarungen.
- **Erläuterungen zu Prüffragen**
Hierbei handelt es sich um handlungsleitende Hilfestellungen.

Legende zum Erhebungsbogen

Allgemein

- ja
- nein
- t.n.z. = trifft nicht zu
- k.A. = keine Angabe
- E = Empfehlung
- n.e. = nicht erforderlich
- M = Mindestangaben
- Info = Informationsfrage
- Txx = Transparenzkriterium
- B = sonstige Bewertungsfrage

Nur bei Bewohnerzufriedenheit

- immer
- häufig
- geleg. = gelegentlich
- nie

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung in der stationären Pflegeeinrichtung (Struktur- und Prozessqualität)

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

M/Info	
1.1	Auftragsnummer:

Erläuterung zur Prüffrage 1.1:

Hier ist eine Auftragsnummer zu vergeben. Sie dient der Identifikation des Prüfberichtes auch im Hinblick auf die Berichtspflicht nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Zur Gestaltung der Auftragsnummer siehe Anlage 6.

M/Info	
1.2	Daten zur Einrichtung
a.	Name
b.	Straße
c.	PLZ/Ort
d.	Institutionskennzeichen (IK)
	1.
	2.
	3.
	4.
e.	Telefon
f.	Fax
g.	E-Mail
h.	Internet-Adresse
i.	Träger/Inhaber
j.	Trägerart
	<input type="checkbox"/> privat
	<input type="checkbox"/> freigemeinnützig
	<input type="checkbox"/> öffentlich
	<input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
k.	ggf. Verband
l.	Einrichtungsart
	<input type="checkbox"/> Stationär
	<input type="checkbox"/> Teilstationär
	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
m.	Datum Abschluss Versorgungsvertrag
n.	Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung
o.	Heimleitung Name

p.	Verantw. PFK Name	
q.	Stellv. verantw. PFK Name	
r.	ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	
s.	Zertifizierung	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor

t.	Name des Ansprechpartners für die DCS	
u.	E-Mail des Ansprechpartners für die DCS	
v.	Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS	
w.	Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS	

Erläuterung zur Prüffrage 1.2.:

Institutionskennzeichen

Das Institutionskennzeichen ist von der Einrichtung zu erfragen. Es muss mindestens ein Institutionskennzeichen enthalten sein (Pflichtfeld).

Trägerart

- privat = private Trägerschaft mit gewerblichem Charakter (ggf. Zugehörigkeit zu privatem Trägerverband wie ABVP, VDAB, BPA o.ä.)
- freigemeinnützig = freigemeinnützige Trägerschaft (i.d.R. Zugehörigkeit zu einem Wohlfahrtsverband wie AWO, Caritas, Der Paritätische, DRK, Diakonie, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland – ZWSt; Rechtsform überwiegend e.V., Stiftung oder gemeinnützige GmbH)
- öffentlich = Trägerschaft der Kommune oder des Landes
- nicht zu ermitteln = Trägerart ist nicht zu ermitteln.

Datum der Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung

Hier ist anzugeben, seit wann die stationäre Pflegeeinrichtung unter dem jetzigen Träger besteht.

Zertifizierung

Nach Möglichkeit sollte das Zertifizierungsunternehmen im Freitext benannt werden.

M/Info			
1.3	Daten zur Prüfung		
a.	Auftraggeber/Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> KBS <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> vdek
b.	Prüfung durch	<input type="checkbox"/> MDK	<input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst
c.	Datum	von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ
d.	Uhrzeit		
	1. Tag	von	bis
	2. Tag	von	bis
	3. Tag	von	bis
e.	Gesächspartner der stationären Pflegeeinrichtung		
f.	Prüfende(r) Gutachter		
g.	An der Prüfung Beteiligte	Namen	
	<input type="checkbox"/> Pflegekasse		
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger		
	<input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde		
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
	<input type="checkbox"/> Trägerverband		
	<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?		
h.	Ansprechpartner des MDK/ PKV-Prüfdienstes für die DCS	Name	
		E-Mail-Adresse	

Erläuterung zur Prüffrage 1.3:

Die Frage dient dem Nachweis von Prüfdatum und -zeiten sowie der Angabe von Gesprächspartnern der stationären Pflegeeinrichtung, Prüfern des MDK/des PKV-Prüfdienstes und weiteren an der Prüfung beteiligten Personen. „An der Prüfung Beteiligte“ ist anzukreuzen, wenn die genannten Institutionen ganz oder teilweise beteiligt sind. Unter 1.3e sind auch die Mitarbeiter namentlich zu benennen, die die Prüfer bei der Bearbeitung der bewohnerbezogenen Fragen begleiten.

M/Info		
1.4	Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI	
a.	<input type="checkbox"/> Regelprüfung	
b.	<input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Bewohner, Angehörige o.ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)	
c.	<input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> nach Anlassprüfung	
d.	<input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung	
e.	Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	
	TT.MM.JJJJ	
f.	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	TT.MM.JJJJ
	<input type="checkbox"/> nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
	<input type="checkbox"/> Sonstige	
	<input type="checkbox"/> keine Angaben	
	<input type="checkbox"/> Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren	

M/Info					
1.5	Art der Einrichtung und Versorgungssituation				
	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege – Tag	Teilstationäre Pflege – Nacht	ggf. Bewohner im Schwerpunkt
vorgehaltene Plätze					
belegte Plätze					
<i>davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform</i>					
	angegliedert				
	eingestreut				
	solitär				

Erläuterung zur Prüffrage 1.5:

Die vorgehaltenen Plätze sind nach Angabe der stationären Pflegeeinrichtung einzutragen.

Sofern die stationäre Pflegeeinrichtung neben vollstationären Plätzen zusätzlich auch andere Plätze (z.B. Kurzzeitpflege) anbietet, die Anzahl dieser Plätze jedoch nicht vertraglich festgelegt ist, ist die Gesamtanzahl aller vorgehaltenen Plätze unter vollstationärer Pflege zu erfassen. In diesen Fällen können nur die belegten Plätze mit Anzahl den Versorgungsformen zugeordnet werden.

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

Teilstationäre Pflegeeinrichtungen/Kurzzeitpflegeeinrichtungen können je nach landesspezifischen Regelungen sowohl als Solitäreinrichtung bestehen wie auch räumlich und organisatorisch mit anderen Einrichtungen verbunden sein.

Es ist zu überprüfen, ob die ermittelten Daten mit den Angaben des Versorgungsvertrages/Strukturerhebungsbogens übereinstimmen. Wird bei der Erhebung eine Überbelegung festgestellt, muss dieses unter der „Zusammenfassenden Beurteilung“ im Prüfbericht dargestellt werden.

M/Info									
1.6 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche									
Wohn-/ Pflegebereich	Bereich auf einer Ebene	Anz. Bewohner	davon PEA	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe					
				keine	I	II	III	davon Härte- fälle	noch nicht einges- tuft
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								

Erläuterung zur Prüffrage 1.6:

Die Tabelle ist anhand der Angaben der stationären Pflegeeinrichtung auszufüllen. Sie soll eine Übersicht über die Struktur der Wohn- und Pflegebereiche in der stationären Pflegeeinrichtung ermöglichen. Die hier gesammelten Informationen können bei der Bewertung weiterer Fragen berücksichtigt werden. Besonderheiten sind im Freitext zu beschreiben.

PEA = Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

M/Info		
1.7	Nach Angabe der Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:	
a.	Wachkoma	
b.	Beatmungspflicht	
c.	Dekubitus	
d.	Blasenkatheter	
e.	PEG-Sonde	
f.	Fixierung	
g.	Kontraktur	
h.	vollständiger Immobilität	
i.	Tracheostoma	
j.	MRSA	

Erläuterung zur Prüffrage 1.7:

Die Tabelle gibt Hinweise über die Anzahl versorgter Bewohner mit besonderen Pflegesituationen. Darüber hinaus soll diese Tabelle als Hintergrundinformation für die Beantwortung weiterer Prüffragen dienen.

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

Erläuterung zur Prüffrage 1.8:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn ein pflegfachlicher Schwerpunkt vertraglich vereinbart wurde (z.B. Versorgungsvertrag).

„Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4 SGB XI) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).“ (§ 72 Abs. 1 SGB XI)

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

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

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 1.9:

Bei der Beantwortung der Frage sind die vertraglich vereinbarten Grundlagen zu berücksichtigen (z. B. Versorgungsvertrag). „t.n.z.“ ist anzukreuzen, wenn die Frage 1.8 mit „nein“ beantwortet wurde.

M/Info			
1.10	Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der stationären Pflegeeinrichtung angeboten?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?		

Erläuterung zur Prüffrage 1.10:

Wenn Zusatzleistungen angeboten werden, muss die stationäre Pflegeeinrichtung eine Liste nach § 88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI vorlegen können.

Die Frage dient der Informationssammlung. Wenn die stationäre Pflegeeinrichtung Zusatzleistungen anbietet und eine Liste nach § 88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI über ihr Angebot an Zusatzleistungen nicht vorlegen kann, ist dies im Freitext entsprechend zu dokumentieren. Die Beurteilung, ob es sich bei den angebotenen Zusatzleistungen im Sinne des Gesetzes um solche Leistungen handelt, ist nicht die Aufgabe des Prüfteams.

M/Info		ja	nein
1.11	Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?		
a.	<input type="checkbox"/> Grundpflege		
b.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege		
c.	<input type="checkbox"/> soziale Betreuung		
d.	<input type="checkbox"/> Speisen- und Getränkeversorgung		
e.	<input type="checkbox"/> Wäscheversorgung		
f.	<input type="checkbox"/> Hausreinigung		

Erläuterung zur Prüffrage 1.11:

Zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages können zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit anderen Leistungserbringern kooperieren. Bei pflegerischen Leistungen darf nur mit zugelassenen Leistungserbringern (§ 72 SGB XI) kooperiert werden. Soweit eine stationäre Pflegeeinrichtung Leistungen Dritter in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für die Leistungen und die Qualität bei der auftraggebenden stationären Pflegeeinrichtung bestehen.

Mit der Frage soll erfasst werden, ob die genannten Leistungsbereiche ganz oder teilweise durch externe Leistungserbringer (Outsourcing) erbracht werden. Die Kooperationspartner sind im Freitext zu benennen. Die teilweise Einbeziehung von z. B. Ernährungs- oder Wundberatern ist hier nicht zu erfassen.

2. Allgemeine Angaben

Info	
2.1	Defizite in der Ausstattung bei:
a.	<input type="checkbox"/> Stufenloser Eingang und Wohnbereich, (Niveauunterschiede sind mit Rampen ausgeglichen)
b.	<input type="checkbox"/> Aufzüge mit großen, für Rollstuhlfahrer erreichbaren (Höhe unter 1,20 m) Bedienelementen
c.	<input type="checkbox"/> Handläufe in den Fluren
d.	<input type="checkbox"/> Haltegriffe im Sanitärbereich (Toiletten, Duschen, Badewannen)
e.	<input type="checkbox"/> Bad und Toilette
f.	<input type="checkbox"/> Fäkalienspülen
g.	<input type="checkbox"/> intakte und erreichbare Rufanlage
h.	<input type="checkbox"/> höhenverstellbare Pflegebetten
i.	<input type="checkbox"/> Fußboden
j.	<input type="checkbox"/> Beleuchtung
k.	<input type="checkbox"/> allgemeine Orientierungshilfen (Speiseraum, WC, etc.)
l.	<input type="checkbox"/> abschließbare Medikamentenschränke
m.	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Erläuterung zur Prüffrage 2.1:

Die Überprüfung der baulichen Ausstattung ist eine originäre Aufgabe der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde. Eine systematische Überprüfung der baulichen Ausstattung (z. B. Überprüfung der Rufanlage in der gesamten Einrichtung) im Rahmen der Qualitätsprüfung findet nicht statt. Gleichwohl sind Defizite, die dem Prüfteam bei der Erhebung der relevanten Prüfinhalte auffallen, zu erfassen und im Prüfbericht zu benennen.

2.2	Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
M/T51/B				
a.	Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z.B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	Stehen für jeden Bewohner abschließbare Schublade oder Fächer zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T52/B				
c.	Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ausfüllanleitung zu 2.2a:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn eine individuelle Gestaltung der Bewohnerzimmer möglich ist. Dazu können z. B. die Mitnahme von eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken gehören sowie die Entscheidung über deren Platzierung. Eine Verifizierung der Frage erfolgt durch die Besichtigung der Zimmer der in die Stichprobe einbezogenen Bewohner.

Ausfüllanleitung zu 2.2c:

Die Frage ist durch die Konzeption der stationären Pflegeeinrichtung zu klären und ggf. durch die Befragung einiger Bewohner oder des Heimbeirates zu verifizieren.

2.3	Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz trifft für die stationäre Pflegeeinrichtung Folgendes zu:	ja	nein	t.n.z.	E.
	M/T37/B			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/T38/B				
b.	Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/T39/B				
c.	Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ausfüllanleitung zu 2.3a:

Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden sind, die Bewohner jederzeit das Gebäude der stationären Pflegeeinrichtung verlassen können und sich im Außenbereich ohne besondere Gefährdung aufhalten können. Dies kann durch verschiedene Maßnahmen erreicht werden, z. B. durch Begleitung oder einen umzäunten Garten. Sofern eine Begleitung erforderlich ist, ist insbesondere zur Nachtzeit unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes des Bewohners auch die Personalausstattung der stationären Pflegeeinrichtung zu beachten.

Ausfüllanleitung zu 2.3b:

Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten können und diese durch Differenzierungen (z. B. Bilder, Symbole oder Farben) gut unterschieden werden können.

Ausfüllanleitung zu 2.3c:

Neben Gegenständen kommen hier auch Fotos, Bilder, Farben, Symbole und Tastmöglichkeiten in Betracht.

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 2.3:

Die Frage ist einschließlich aller Unterkriterien mit „t.n.z.“ zu beantworten, wenn keine Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der stationären Pflegeeinrichtung leben.

3. Aufbauorganisation Personal

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

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 3.1:

Die Fragen sind mit „t.n.z.“ zu beantworten, wenn hauswirtschaftliche Leistungen durch externe Leistungserbringer erbracht werden bzw. wenn keine Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer oder angeleitete Kräfte in der stationären Pflegeeinrichtung beschäftigt werden.

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

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

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 3.3:

Bei Abschluss des Versorgungsvertrages haben die Landesverbände der Pflegekassen die Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft zu überprüfen. Ist die aktuell tätige verantwortliche Pflegefachkraft von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt, sind die Kriterien mit „Ja“ zu beantworten. Eine weitere Überprüfung durch den MDK/den PKV-Prüfdienst entfällt. Hat zwischenzeitlich ein Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft stattgefunden, erhebt der MDK / der PKV-Prüfdienst, ob die genannten Kriterien a-d vorliegen, und leitet die Daten an die Landesverbände der Pflegekassen weiter. Dabei ist § 71 SGB XI zu berücksichtigen.

Info	
3.4	Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in dieser stationären Pflegeeinrichtung?
	Stunden

Erläuterung zur Prüffrage 3.4:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 3.5:

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 3.7:

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

Info						
3.8	Zusammensetzung Personal					
Geeignete Kräfte:	Vollzeit Stunden/ Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	
Pflege						
Verantwortliche Pflegefachkraft						
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpfleger/in						
(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in						
(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in						
Heilerziehungspfleger/in						
Krankenpflegehelfer/in						
Altenpflegehelfer/in						
angelernte Kräfte						
Auszubildende						
Bundesfreiwilligendienstleistende						
Freiwilliges soz. Jahr						
Sonstige						
soziale Betreuung						
Sozialpädagogen						
Sozialarbeiter/in						
Ergotherapeuten/Beschäftigungstherapeuten						
87b-Kräfte						
Sonstige						
hauswirtschaftliche Versorgung						
hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausb.)						
Hilfskräfte und angelernte Kräfte						

Erläuterung zur Prüffrage 3.8:

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

Die Tabelle im Erhebungsbogen gibt einen Überblick über die Personalzusammensetzung in den Bereichen Pflege, soziale Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung in der sta-

tionären Pflegeeinrichtung. In den Spalten Voll-/Teilzeit und geringfügig Beschäftigte ist die Gesamtanzahl der Mitarbeiter unter der jeweiligen Qualifikation aufzuführen. In der Kopfzeile für Vollzeit ist anzugeben, wie viele Stunden in der stationären Pflegeeinrichtung auf Basis der dort geltenden tarifvertraglichen oder sonstigen Regelungen als Vollzeit gelten. In der letzten Spalte werden die einzelnen Angaben addiert und der gesamte Stellenumfang aufgeführt.

Die Angaben beruhen auf Selbstauskünften der stationären Pflegeeinrichtung. Sie sind bei der Prüfung der Kriterien in Kapitel 4 zugrunde zu legen. Festgestellte Auffälligkeiten sind zu benennen.

Der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, sollte 20 % möglichst nicht überschreiten. (§ 20 Abs. 2 Satz 2 Rahmenvertragsempfehlungen nach § 75 Abs. 5 SGB XI teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege, § 21 Abs. 2 Satz 2 vollstationäre Pflege.)

Fachkräfte in der hauswirtschaftlichen Versorgung sind Mitarbeiter mit mindestens zwei- bis dreijährigen Fachausbildungen oder Studium (z. B. Wirtschafterin, Hauswirtschafterin, Koch, Dipl. Ökotrophologen, Haus- und Familienpflegerin, Dorfhelferin, Küchenmeisterin, Verpflegungsbetriebswirt).

Sofern Bundesfreiwilligendienstleistende und Absolventen des Freiwilligen Sozialen Jahres auch außerhalb der Pflege eingesetzt werden (z.B. Soziale Betreuung, Hauswirtschaft), ist dies im Freitext zu vermerken.

4. Ablauforganisation

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

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

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 4.2:

Die enthaltenen Kriterien sind jeweils mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Aufgabenwahrnehmung in der Ablauforganisation und im Qualitätsmanagement nachvollziehbar ist.

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

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

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

M/B					
4.3	Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung grundpflegerischer Tätigkeiten von ungelerten Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?	ja	nein		E. <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 4.3:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die fachliche Anleitung und Überprüfung der Grundpflege anhand von praktischen Anleitungen oder mitarbeiterbezogene Pflegevisiten

o. ä. dokumentiert sind. Dies gilt für Mitarbeiter mit einer Qualifikation unterhalb einer einjährigen Ausbildung als Altenpflegehelfer/Krankenpflegehelfer.

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

M/B				
4.5	Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 4.5:

Es geht hier nicht um den Abgleich des vereinbarten mit dem vorgehaltenen Pflegepersonal.

Die Frage ist mit „nein“ zu beantworten, wenn nicht „Rund-um-die Uhr“ eine Pflegefachkraft anwesend ist.

Die Frage kann auch dann mit „nein“ beantwortet werden, wenn es konkrete Anhaltspunkte dafür gibt, dass die eingesetzten Pflegefachkräfte/Pflegekräfte ihren Aufgaben unter Berücksichtigung der Pflege und Hilfebedarfe der Bewohner nicht nachkommen können. Die Anhaltspunkte sind vom Prüfer nachvollziehbar zu beschreiben (z. B. bei mehrfach deutlichen Mängeln in der Versorgungsqualität – wie Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung, Dekubitusprophylaxe – die in Zusammenhang mit der Personaleinsatzplanung stehen können).

5. Qualitätsmanagement

M/B		ja	nein	E.
5.1	Liegt die Zuständigkeit für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.1:

Nach den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011 führen die Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung auf der Basis ihrer konzeptionellen Grundlagen einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement durch, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ausgerichtet ist. Die Verantwortung für die Umsetzung des Qualitätsmanagements liegt auf der Leitungsebene der stationären Pflegeeinrichtung.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung nachvollziehbar (z. B. durch Stellenbeschreibung, Organigramm) die Verantwortung für das Qualitätsmanagement der stationären Pflegeeinrichtung der Leitungsebene (z. B. Pflegedienstleitung, der Leitung unterstellte Stabsstelle) zugeordnet hat und diese Verantwortung von dieser Person nachvollziehbar wahrgenommen wird (z. B. Festlegung/Freigabe von Zielen, Prozessen).

5.2	Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?	ja	nein	nicht geprüft	E. <input type="checkbox"/>
	M/B				
a.	Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B				
b.	Pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B				
c.	Pflegerisches Schmerzmanagement – Chronischer Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B				
d.	Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B				
e.	Kontinenzförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B				
f.	Chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B				
g.	Ernährungsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 5.2:

Mit dieser Frage wird die Einrichtung vor Ort in ihrer Professionalität gestärkt.

In die Prüfung werden exemplarisch zwei der o. a. Expertenstandards einbezogen. Die Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden Expertenstandards obliegt dem Prüfer. Die nicht einbezogenen Expertenstandards werden mit „nicht geprüft“ gekennzeichnet.

Beim Expertenstandard zum pflegerischen Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen ist zu beachten, dass dieser erst ein Jahr nach seiner ersten abschließenden Veröffentlichung in die Prüfung einbezogen werden kann.

Die Frage ist jeweils mit „Ja“ zu beantworten, wenn aus Dokumenten des internen Qualitätsmanagements zweifelsfrei erkennbar ist, dass die Implementierung des Expertenstandards entsprechend den Empfehlungen des DNQP erfolgt ist (beispielsweise ist aus Unterlagen erkennbar, dass standardspezifische Fortbildungen durchgeführt wurden und es liegen Protokolle von Arbeitsgruppensitzungen zur Anpassung des Standards an die Bedingungen in der stationären Pflegeeinrichtung vor).

Auch wenn die bisherigen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege keine direkte gesetzlich definierte Verbindlichkeit nach § 113a SGB XI für die Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen entfalten, können die Expertenstandards dennoch als „vorweggenommene Sachverständigengutachten“ gewertet werden, die bei juristischen Auseinandersetzungen als Maßstab zur Beurteilung des aktuellen Standes der medizinisch-pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse herangezogen werden.

Demgegenüber sind Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflege nach § 113a SGB XI ab dem Zeitpunkt ihrer Veröffentlichung im Bundesanzeiger für zugelassene Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

Info		ja	nein	E.
5.3	Ergreift die stationäre Pflegeeinrichtung Maßnahmen, um Kontrakturen zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.3:

Die stationäre Pflegeeinrichtung beschreibt dem Prüfer, welche internen Maßnahmen sie einsetzt, um eine Kontraktur zu vermeiden, wie z. B.: entsprechende Handreichungen für die Mitarbeiter, Fortbildungen, Teilnahme an Qualitätszirkeln, angepasste Standards, Bewegungs- und Mobilitätsförderung.

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

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 5.4:

Sowohl bei handschriftlicher als auch bei EDV-gestützter Pflegedokumentation ist eine Handzeichenliste erforderlich. Bei der Erstellung der Handzeichenliste ist darauf zu achten, dass jedes Handzeichen eindeutig einem Mitarbeiter zugeordnet werden kann.

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

Erläuterung zur Prüffrage 5.5g:

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

M/T32/B					
5.6	Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	ja	nein		E. <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Ausfüllanleitung zu 5.6:

Von einer regelmäßigen Schulung der Mitarbeiter in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen ist auszugehen, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung belegen kann, dass solche Schulungen für die betroffenen Mitarbeiter in Abständen von nicht mehr als zwei Jahren durchgeführt wurden.

Neben Schulungen, die z. B. die stationären Pflegeeinrichtungen selbst zu diesem Themen anbieten, können auch betriebliche Ersthelferschulungen dazu zählen.

M/T50/B		ja	nein	E.
5.7	Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 5.7:

Die nachweisliche Bearbeitung ist gegeben, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung den Nachweis durch bearbeitete Beschwerden erbringt.

Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend das Pflegepersonal und die Bewohner befragt. Die Anzahl bearbeiteter Beschwerden ist nicht bewertungsrelevant.

6. Hygiene

M/T53/B		ja	nein	E.
6.1	Ist der Gesamteindruck der stationären Pflegeeinrichtung im Hinblick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 6.1:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn der Gesamteindruck der stationären Pflegeeinrichtung bei Bereichen wie Bewohnerzimmern, Gemeinschaftsflächen, Aufenthaltsräumen, Sanitärräumen mit Blick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut ist.

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

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 6.2:

Die innerbetrieblichen Verfahrensweisen/der Hygieneplan müssen allen Mitarbeitern nachweislich bekannt sein und mindestens Angaben enthalten über die Händedesinfektion, das Tragen von Schutzkleidung, den Umgang mit Schmutzwäsche sowie die Hygiene im Umgang mit Pflegehilfsmitteln und der Aufbereitung von Geräten. Hygienische Gesichtspunkte bei speziellen Pflegemaßnahmen können auch in den dafür erstellten Standards/Richtlinien festgelegt werden.

Erläuterung zur Prüffrage 6.2c:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn Nachweise zur regelmäßigen Überprüfung vorliegen, z. B. Protokolle.

Erläuterung zur Prüffrage 6.2d:

Nachprüfbar sind die Kriterien der Frage z. B. durch von den Mitarbeitern abgezeichnete Dienstanweisungen, und/oder durch Befragungen der Mitarbeiter per Zufallsauswahl.

Erläuterung zur Prüffrage 6.2e:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn in den stichprobenartig besuchten Wohn-/Pflegebereichen die zum Hygienemanagement erforderlichen Desinfektionsmittel vorrätig sind.

Die Frage dient der Überprüfung der Plausibilität des Hygienemanagements. Es besteht damit kein Anspruch auf vollständige Überprüfung der Plausibilität bei der Anwendung des Hygienemanagements.

6.3	Stehen den Mitarbeitern in stichprobenartig besuchten Wohnbereichen in erforderlichem Umfang Arbeits-hilfen zur Verfügung?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
B				
a.	Handschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
b.	Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
c.	Schutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 6.3:

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

M/B				
6.4	Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 6.4:

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

- Schutzmaßnahmen vor Kontamination sowie die Information aller mit dem Bewohner in Kontakt kommenden Personen
- Meldepflicht laut § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz für gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird
- Hygienemaßnahmen, z. B. Händehygiene, Tragen von Schutzkitteln, Mundschutz, Einmalhandschuhen bei direktem Patientenkontakt oder Verbandwechsel
- Desinfektions- und Reinigungsmaßnahmen des Bewohnerzimmers, der Pflegeutensilien, Instrumente, Wäsche und Textilien, des Essgeschirrs sowie z. B. bei der Nutzung des Stationsbades
- Unterbringung in Einzelzimmern bei Bewohnern, die abgesaugt werden müssen, Bewohnern mit starker Sekretabsonderung, nässenden Ekzemen, stark ausgetrockneter oder schuppender Haut
- Regelungen zur Aufhebung der Unterbringung im Einzelzimmer (wenn frühestens 3 Tage nach Abschluss der Behandlung 3 x Kontrollabstriche im mindestens Tagesabstand abgenommen werden und diese alle negativ sind)

- Maßnahmen bei Verlegung und Transport in andere Einrichtungen (insbesondere Information der Zieleinrichtung, Beschränkung auf medizinisch notwendige Transporte)
- Abschlussdesinfektion aller Gegenstände und Flächen nach Entlassung oder erfolgreicher MRSA-Sanierung.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn:

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

7. Verpflegung

M/T57/B		ja	nein	E.
7.1	Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplans bekannt gegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 7.1:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei der Bekanntgabe des Speiseplans nachfolgende Kriterien berücksichtigt sind:

- seniorengerechte Schrift (mindestens den Schriftgrad 14 und einen geeigneten Schrifttyp, z. B. Arial)
- Aushänge in den Wohnbereichen, auch für Rollstuhlfahrer einsehbar
- Verteilung/Information an immobile Bewohner.

7.2	Wird in der stationären Pflegeeinrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speiseangebot vorgehalten?	ja	nein	t.n.z.	E.
M/T55/B					
a.	Wird bei Bedarf Diätkost angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M/T41/B					
b.	Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T56/B					
c.	Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/T58/B					
d.	Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Ausfüllanleitung zu 7.2a:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung geeignete Nachweise darüber führen kann – z. B. über einen Speiseplan –, dass die Bewohner bei Bedarf Diätkost erhalten.

Ausfüllanleitung zu 7.2.b:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Angebot an Speisen und Getränken den speziellen Anforderungen von Bewohnern mit Demenz entspricht. Dies kann durch verschiedene Maßnahmen erreicht werden, z. B. durch Begleitung, Anleitung, spezielle Darreichungs- oder Präsentationsformen.

Ausfüllanleitung zu 7.2c:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung z. B. über die Pflegedokumentation nachweist, dass bei der Darbietung von Speisen und Getränken die individuellen Fähigkeiten der Bewohner berücksichtigt werden.

Bei der Orientierung an den individuellen Fähigkeiten ist z.B. zu berücksichtigen, dass die Nahrung nur bei tatsächlicher Notwendigkeit klein geschnitten wird oder als passierte Kost serviert wird.

Ausfüllanleitung zu 7.2d:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn sich die Portionsgrößen an den individuellen Wünschen der Bewohner orientieren und dies durch Beobachtung und Befragung der Bewohner oder Mitarbeiter verifiziert werden kann.

M/T54/B		ja	nein	E.
7.3	Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 7.3:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung geeignete Nachweise darüber führen kann – z. B. über einen Speiseplan –, dass die Bewohner in einem angemessenen zeitlichen Rahmen (von mindestens 90 Minuten) selbst bestimmen können, wann sie die Hauptmahlzeiten einnehmen können.

7.4	Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?	ja	nein	t.n.z.	E. <input type="checkbox"/>
M/B					
a.	es gibt ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B					
b.	mindestens drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten werden angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
c.	der Abstand zwischen der zuletzt für alle Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 12 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
d.	der Abstand der zuletzt für Bewohner mit Diabetes mellitus oder gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 10 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 7.4a:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Angebot an Speisen und Getränken den speziellen Anforderungen von Bewohnern mit Schluckstörungen entspricht. Dies kann durch verschiedene Maßnahmen erreicht werden, z. B. durch Begleitung, Anleitung, angepasste Konsistenzen.

M/T59/B					
7.5	Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?	ja	nein		E. <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Ausfüllanleitung zu 7.5:

Der Prüfer muss die Räume während einer Mahlzeit besichtigen und dabei unter Berücksichtigung des Verhaltens der Bewohner, des Geräuschniveaus, der sachlichen Ausstattung der Räume beurteilen, ob das Kriterium erfüllt ist.

8. Soziale Betreuung

8.1	Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
M/T42/B				
a.	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T43/B				
b.	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T44/B				
c.	Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T45/B				
d.	Gibt es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ausfüllanleitung zu 8.1a:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung Gruppenangebote konzeptionell plant und regelmäßig anbietet; regelmäßig bedeutet an mindestens fünf von sieben Wochentagen.

Der Nachweis dieses Kriteriums wird anhand von Plänen zu Gruppenangeboten der letzten drei Monate erbracht.

Ausfüllanleitung zu 8.1b:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung für Bewohner, die aufgrund kognitiver Defizite, Einschränkungen in der Mobilität oder anderer Handicaps nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können, an mindestens drei von sieben Tagen Angebote für diese Bewohnergruppe plant und anbietet. Dies wird anhand der Konzeption und der Angebotsplanung überprüft. Es ist nicht ausreichend, nur persönliche Gedenktage zu berücksichtigen und Unterstützung bei persönlichen Anliegen zu geben.

Ausfüllanleitung zu 8.1c:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung regelmäßige und geplante Kontakte zu Vereinen, Kirchengemeinden und Organisationen im Ort pflegt, die dem Ziel dienen, für die Bewohner mehr soziale Kontakte herzustellen und ihnen eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft innerhalb und außerhalb der stationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen.

Ausfüllanleitung zu 8.1d:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung die Kontaktpflege zu Angehörigen und Bezugspersonen plant und diese regelmäßig in die soziale Betreuung, Versorgung und Pflege der Bewohner einbezieht bzw. einzubeziehen versucht.

Der Nachweis wird durch die Konzeption sowie durch andere geeignete Nachweise (z. B. durch Einladungsschreiben, Aushänge, Informationsschreiben) erbracht. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt.

B		ja	nein	E.
8.2	Werden diese Angebote den Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 8.2:

Die Form der Information ist individuell auf den Bewohner abzustimmen. Geeignete Formen sind u. a. Aushang, persönliche Information, Hauszeitung, sonstige Informationssysteme.

MT46/B		ja	nein	E.
8.3	Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 8.3:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse und Fähigkeiten ausgerichtet sind, z. B. zielgruppenspezifische Angebote für besondere Personengruppen (z.B. kultur-, religions-, geschlechts-, altersspezifisch).

Das Kriterium wird anhand einer entsprechenden Konzeption, die differenzierte Angebote für unterschiedliche Zielgruppen enthält, geprüft. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend das Pflegepersonal und die Bewohner befragt.

B		ja	nein	E.
8.4	Wird die soziale Betreuung durch festgestellte Mitarbeiter koordiniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 8.4:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn mindestens die Koordination der sozialen Betreuung durch festgestellte Mitarbeiter erfolgt.

B		ja	nein	t.n.z.	E.
8.5	Besitz der für die Betreuung der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohner zuständige Mitarbeiter spezielle Kenntnisse (Fort- und/oder Weiterbildung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche?				

Erläuterung zur Prüffrage 8.5:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die betreffenden Mitarbeiter über eine fachspezifische Ausbildung verfügen oder entsprechende Schulungsmaßnahmen nachweisen können (z. B. in Validation, Biographie- und Erinnerungsarbeit).

Die Frage ist mit „t.n.z.“ zu beantworten, wenn in der stationären Pflegeeinrichtung keine Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen leben.

M/Info	
8.6	In welchem Stellenumfang sind in der stationären Pflegeeinrichtung Mitarbeiter für die soziale Betreuung beschäftigt (ohne Mitarbeiter nach § 87b SGB XI)?

Erläuterung zur Prüffrage 8.6:

Es ist durch den Prüfer festzustellen, in welchem Stellenumfang in Vollzeitstellen Mitarbeiter in der sozialen Betreuung eingesetzt werden. Dabei ist von der in der Pflegeeinrichtung üblichen wöchentlichen Arbeitszeit, z. B. 38,5 h oder 40 h, auszugehen.

M/Info	
8.7	Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 87b SGB XI Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf vereinbart?
	Wenn ja, mit welchem Stellenumfang?

ja nein

Erläuterung zur Prüffrage 8.7:

Es ist durch den Prüfer festzustellen, ob auf der Grundlage des § 87b SGB XI Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf vereinbart sind. Dabei ist von der in der Pflegeeinrichtung üblichen wöchentlichen Arbeitszeit, z. B. 38,5 h oder 40 h, auszugehen.

8.8	Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?	ja	nein	t.z.n. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
M/B					
a.	Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
b.	Verfügen die eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte über die erforderliche Qualifikation gemäß § 4 der Betreuungskräfte-RI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
c.	Haben alle eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte im vergangenen Jahr nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-RI an mindestens einer zweitägigen Fortbildungsmaßnahme teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
d.	Ist gewährleistet, dass zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte-RI nicht regelmäßig grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche Maßnahmen durchführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 8.8a:

Ausfüllanleitung zu 8.8a:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn alle Stellen laut Vergütungsvereinbarung besetzt sind. Wenn nicht alle Stellen besetzt sind, ist der Stellenumfang der nicht besetzten Stellen im Freitext zu benennen.

Erläuterung zur Prüffrage 8.8b:

Die Qualifikation umfasst nach den „Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RI)“ ein Orientierungspraktikum im Umfang von fünf Tagen, einen Basiskurs im Umfang von 100 h (Modul 1), ein Betreuungspraktikum in einer stationären Pflegeeinrichtung im Umfang von zwei Wochen (Modul 2) sowie einen Aufbaukurs im Umfang von 60 h (Modul 3).

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn alle als zusätzliche Betreuungskräfte beschäftigten Mitarbeiter gemäß § 4 der Betreuungskräfte-RI qualifiziert sind und dies über Nachweise belegt ist. Wenn die Kenntnisse in anderen Ausbildungen oder Fortbildungsmaßnahmen erworben worden sind, gelten die Qualifikationsmaßnahmen auch als erfüllt. Wenn Mitarbeiter nicht über entsprechende Qualifizierungen verfügen, ist der Stellenumfang dieser Mitarbeiter im Freitext anzugeben. Sofern hiervon Abweichendes mit den Landesverbänden der Pflegekassen vereinbart wurde, ist dieses maßgeblich.

Erläuterung zur Prüffrage 8.8c:

Nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-RI umfasst die regelmäßige Fortbildung mindestens einmal jährlich eine zweitägige Fortbildungsmaßnahme, in der das vermittelte Wissen ak-

tualisiert wird und die eine Reflexion der beruflichen Praxis einschließt. Im Jahr des Abschlusses der Qualifizierungsmaßnahme ist eine Fortbildung nicht erforderlich (erst im folgenden Kalenderjahr).

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn alle als zusätzliche Betreuungskräfte beschäftigten Mitarbeiter im vergangenen Jahr im Umfang von 2 Tagen an einer entsprechenden Maßnahme teilgenommen haben. Wenn Mitarbeiter nicht an entsprechenden Fortbildungen teilgenommen haben, ist der Stellenumfang dieser Mitarbeiter im Freitext anzugeben. Sofern eine Betreuungskraft im vergangenen Jahr noch nicht in der stationären Pflegeeinrichtung beschäftigt war, trifft die Frage für diese Kraft nicht zu. Sofern hiervon Abweichendes mit den Landesverbänden der Pflegekassen vereinbart wurde, ist dieses maßgeblich.

Erläuterung zur Prüffrage 8.8d:

Nach § 2 Abs. 4 der Betreuungskräfte-RI gehören zu den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte auch die Hilfen, die bei der Durchführung ihrer Betreuungs- und Aktivierungstätigkeiten unaufschiebbar und unmittelbar erforderlich sind, wenn eine Pflegekraft nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Zusätzliche Betreuungskräfte dürfen nicht regelmäßig in grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche Tätigkeiten eingebunden werden.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn zusätzliche Betreuungskräfte nicht regelmäßig in der Grund- oder Behandlungspflege (z.B. Essen anreichen) eingesetzt werden. Dies ist anhand von Beobachtungen in der stationären Pflegeeinrichtung, Gesprächen mit den zusätzlichen Betreuungskräften und ggf. der Pflegedokumentation der Pflegebedürftigen zu prüfen, die in die Zufallsstichprobe einbezogen worden sind.

8.9	Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die stationäre Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
M/T47/B				
a.	Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die stationäre Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T48/B				
b.	Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ausfüllanleitung zu 8.9a:

Hilfestellungen zur Eingewöhnung sind z. B. Bezugspersonen, Unterstützung bei der Orientierung, Integrationsgespräch nach 6 Wochen.

Das Kriterium ist erfüllt, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung eine Konzeption mit systematischen Hilfen für die Eingewöhnung hat und diese nachweislich umsetzt.

Ausfüllanleitung zu 8.9b:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Eingewöhnungsphase in Bezug auf den einzelnen Bewohner ausgewertet wird und erkennbar ist, dass ggf. notwendige Verände-

runge realisiert worden sind bzw. realisiert werden sollen. Die Prüfung erfolgt anhand konzeptioneller Aussagen. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend das Pflegepersonal und die Bewohner befragt.

M/T49/B	
8.10	Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?

ja nein E.

Ausfüllanleitung zu 8.10:

Konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung müssen über folgende Mindestinhalte verfügen:

- Absprachen des Bewohners mit der stationären Pflegeeinrichtung über Wünsche und Vorstellungen zur letzten Lebensphase und zum Verfahren nach dem Tod
- Die Vermittlung einer psychologischen oder seelsorgerischen Sterbebegleitung (z.B. über einen Hospizdienst)

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

Allgemeine Hinweise:

Für die Prüfung der bewohnerbezogenen Kriterien sollten im Regelfall die Pflegedokumentationsunterlagen mindestens der letzten 4 Wochen herangezogen werden. Der Rückverfolgungszeitraum von 6 Monaten ist nur in begründeten Einzelfällen zu überschreiten.

9. Allgemeine Angaben

M/Info			
9.1	Auftragsnummer:		
	Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen

M/Info					
9.2	Angaben zum Bewohner			ja	nein
a.	Name				
b.	Pflegekasse				
c.	Pflege-/Wohnbereich				
d.	Geburtsdatum				
e.	Einzugsdatum				
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung				
g.	Pflegestufe				
	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> Härtefall	
h.	Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Vorhandene Unterlagen				

Erläuterung zur Prüffrage 9.2h:

Wenn die Frage mit „Ja“ beantwortet wird, ist das Kapitel 14 zu bearbeiten.

M/Info		
9.3	Anwesende Personen	
a.	Name des Gutachters	
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	
c.	Name des Mitarbeiters	
d.	sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Erläuterung zur Prüffrage 9.3c:

Der Name des Mitarbeiters wird im Prüfbericht pseudonymisiert.

Erläuterung zur Prüffrage 9.3d:

Für die sonstigen Personen sind keine Namen anzugeben.

10. Behandlungspflege

Bei ärztlich angeordneten pflegerischen Leistungen sind die Anordnungsqualität sowie die Bewertung der Häufigkeit und Dauer der Anordnung nicht Gegenstand der Prüfung. Diese Leistungen können nur fachlich korrekt durchgeführt werden, wenn der anordnende Arzt eine dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Anordnung abgegeben hat und gleichzeitig die hiermit zusammenhängenden erforderlichen Medizinprodukte und Hilfsmittel gesondert verordnet hat.

M/T22/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.1	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 10.1:

Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn:

- aus der Pflegedokumentation erkennbar ist, dass im Falle von Akuterkrankungen, Unfällen, Notfällen bzw. Veränderungen des Gesundheitszustandes bei chronischen Erkrankungen Kontakt zum behandelnden Arzt aufgenommen worden ist und ggf. die ärztlich empfohlenen Maßnahmen eingeleitet wurden (z. B. Anpassung therapeutischer Maßnahmen, Besuch der Arztpraxis oder Bestellung des Notarztes oder Veranlassung einer Notaufnahme in ein Krankenhaus durch einen Kranken- oder Rettungstransportwagen).
- Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend die Mitarbeiter bzw. die Bewohner befragt.

Das Kriterium ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu bewerten, wenn der Bewohner die Kommunikation mit dem Arzt selbständig vornimmt und deshalb nicht dokumentiert wird. Dies ist vom Prüfer durch Befragung des Bewohners oder der Mitarbeiter zu klären.

M/T23/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.2	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 10.2:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn der stationären, Pflegeeinrichtung die ärztlichen Anordnungen vorliegen und deren Durchführung dokumentiert ist.

Dokumentiert ist eine behandlungspflegerische Maßnahme, wenn entsprechend der ärztlichen Anordnung beschrieben ist, welche Maßnahme wann, wie, wie oft und womit durchgeführt werden soll und die entsprechenden Durchführungsnachweise vorliegen.

Liegt eine schriftliche Anordnung des Arztes nicht vor, ist die mündliche Anordnung des Arztes (auch per Telefon) durch eine Pflegefachkraft entgegen zu nehmen und nach dem VUG-Prinzip (Vorgelesen Und Genehmigt) zu dokumentieren.

M/T24/B	
10.3	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 10.3:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung die ärztlich angeordneten Medikamente und deren Verabreichung dokumentiert hat. Eine Dokumentation enthält folgende Angaben:

- die Applikationsform,
- den vollständigen Medikamentennamen oder Wirkstoff,
- die Dosierung,
- die Häufigkeit,
- die tageszeitliche Zuordnung der Medikamentengabe.

Das Selbstbestimmungsrecht des Bewohners ist dabei ausschlaggebend.

Bei der Verwendung von Generika muss zweifelsfrei nachvollziehbar sein, um welches Präparat es sich handelt (z. B. durch Austauschliste oder Dokumentation des Wirkstoffnamens oder Kennzeichnung der Generikumpackung mit dem Namen des verordneten Präparates.)

Wenn statt des vom Arzt verordneten Medikamentes ein Austauschpräparat in einer anderen Darreichungsform zur Anwendung kommt, so ist die Frage ebenfalls als erfüllt zu bewerten, wenn Wirkstoff und Menge des Wirkstoffes mit der Verordnung identisch sind.

Wenn die Applikationsform in der Pflegedokumentation nicht angegeben ist, dann ist regelhaft davon auszugehen, dass die Applikation oral erfolgt.

Die Frage ist mit „Nein“ zu beantworten, wenn trotz ordnungsgemäßer Dokumentation offensichtlich ist, dass eine erforderliche Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme nicht oder nur unzureichend erfolgt.

M/T25/B	
10.4	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 10.4:

Ist eine Bedarfsmedikation angeordnet, muss in der Pflegedokumentation festgehalten sein, bei welchen Symptomen welches Medikament in welcher Einzel- und bis zu welcher Tageshöchstdosierung zu verabreichen ist, sofern die Tageshöchstdosierung vom Arzt jeweils festgelegt wurde.

M/T26/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.5	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 10.5:

Der Umgang mit Medikamenten ist sachgerecht, wenn:

- die gerichteten Medikamente mit den Angaben in der Pflegedokumentation übereinstimmen,
- diese bewohnerbezogen beschriftet aufbewahrt werden,
- ggf. eine notwendige Kühlschranklagerung (2 - 8 °C) erfolgt
- diese als Betäubungsmittel verschlossen und gesondert aufbewahrt werden,
- bei einer begrenzten Gebrauchsdauer nach dem Öffnen der Verpackung das Anbruchs- oder Verbrauchsdatum ausgewiesen wird (es muss zweifelsfrei erkennbar sein, um welches Datum es sich handelt),
- Medikamente in Blisterpackungen entsprechend der Apothekenbetriebsordnung mit Namen des Bewohners, Angaben zum enthaltenen Medikament mit Chargenkennzeichnung, Verfalldatum, Einnahmehinweisen, eventuellen Lagerungshinweisen und abgebender Apotheke ausgezeichnet sind,
- bei Verblisterung die Medikamente direkt aus der Blisterpackung gereicht werden.

Direkt bedeutet, es erfolgt keine Zwischenlagerung der Medikation. Ein Reichen oder Einnehmen der Medikamente mit Hilfsmitteln (z. B. mit Löffel) oder unter Hilfestellung ist möglich.

Die Frage bezieht sich nur auf die Bewohner, für die Medikamente durch die stationäre Pflegeeinrichtung gestellt und verteilt werden. Die Frage bezieht sich auch auf die Bedarfsmedikation.

M/Info		nein
10.6	Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input type="checkbox"/>
	ja:	
	akute Schmerzen	<input type="checkbox"/>
	chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/>
	Von:	
	Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
	Einrichtung übernommen	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.6:

Hier nimmt der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für akute oder chronische Schmerzen bestehen. Grundsätzlich gilt: Selbsteinschätzung geht vor Fremdeinschätzung. Es ist zu überprüfen, ob beim Bewohner akute oder chronische Schmerzen bestehen.

„Akuter Schmerz ist ein plötzlich auftretender und einen begrenzten Zeitraum andauernder Schmerz, der in einem offensichtlichen und direkten Zusammenhang mit einer Gewebe-

oder Organschädigung steht. Er nimmt eine lebenserhaltende Alarm- und Schutzfunktion ein, die sich auch durch physiologische Begleiterscheinungen zeigt. Dazu gehören u.a. der Anstieg des Blutdrucks, des Pulses und der Atemfrequenz.

Chronischer Schmerz hingegen wird als ein Schmerz beschrieben, der länger als drei oder sechs Monate anhält. Weitere Prädiktoren sind physische und psychische Komorbiditäten und Angststörungen. Zudem ist der Chronifizierungsprozess durch Multidimensionalität und die Bedeutung des sozialen Umfeldes charakterisiert. Im Verlauf der Chronifizierung können Betroffene immer schwerer einen verstehbaren Zusammenhang zwischen einem Auslöser von Schmerz und dem Auftreten von Schmerz herstellen.“ (DNQP, 2011)¹

Sofern vorliegende Schmerzen nicht aus der Pflegedokumentation ersichtlich sind, soll dies im Gespräch mit dem Bewohner ggf. unter zu Hilfenahme z. B. der numerischen Rangskala oder visuellen Analogskala, bei Kindern z. B. der Wong-Baker-Skala bzw. bei akuten Schmerzen durch ein initiales Assessment ermittelt werden.

„Ja“ ist auch dann anzukreuzen, wenn der Bewohner keine Schmerzen angibt, aus der Pflegedokumentation jedoch zu entnehmen ist, dass regelhaft Medikamente gegen Schmerzen verabreicht werden.

M/T13/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.7	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 10.7:

Die systematische Schmerzeinschätzung erfolgt durch die stationäre Pflegeeinrichtung bei Bewohnern mit chronischen Schmerzen und bei Bewohnern, bei denen erhebliche Schmerzen kurzfristig, zeitlich begrenzt und in einem kausalen Zusammenhang zu einem Ereignis (z. B. Fraktur) stehen. Die Schmerzeinschätzung erfolgt zu folgenden Inhalten:

- Schmerzlokalisierung
- Schmerzintensität
- zeitliche Dimension (z.B. erstes Auftreten, Verlauf, Rhythmus)
- Verstärkende und lindernde Faktoren
- ggf. Auswirkungen auf das Alltagsleben.

Bei Bewohnern mit eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung mittels Beobachtung.

Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Nachweis der Risikoeinschätzung über die Pflegedokumentation erbracht wird. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen beim Pflegepersonal eingeholt.

¹ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2011). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung. Osnabrück.

M/T14/B	
10.8	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 10.8:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn erkennbar ist, dass aufgrund der Ergebnisse der Krankenbeobachtung oder der Schmerzeinschätzung bei Bewohnern mit Schmerzen der behandelnde Arzt im Bedarfsfall unverzüglich informiert wird, insbesondere dann, wenn durch die eingenommenen Medikamente keine ausreichende Minderung der Schmerzen erreicht wird.

Der Nachweis erfolgt über die Pflegedokumentation, Telefonnotizen oder andere Belege, wie z.B. Änderung der Medikation. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen beim Pflegepersonal eingeholt.

Das Kriterium ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu bewerten, wenn der Bewohner die Kommunikation mit dem Arzt selbständig vornimmt und deshalb nicht dokumentiert wird.

M/T15/B	
10.9	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 10.9:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung die ärztlich verordneten Medikamente und deren Verabreichung dokumentiert hat. Eine Dokumentation enthält folgende Angaben:

- a) die Applikationsform,
- b) den vollständigen Medikamentennamen oder Wirkstoff,
- c) die Dosierung,
- d) die Häufigkeit,
- e) die tageszeitliche Zuordnung der Medikamentengabe.

M/T27/B	
10.10	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 10.10:

Kompressionsstrümpfe und -verbände werden sachgerecht angelegt, wenn

- a) das Anlegen im Liegen bei entstauten Venen und abgeschwollenen Beinen erfolgt,
- b) der Kompressionsverband immer in Richtung des Körperrumpfes gewickelt wird,
- c) der Verband beim Anlegen faltenfrei ist.

Das Kriterium ist mit „Ja“ zu beantworten,

- wenn der Kompressionsverband/-strumpf zum Zeitpunkt der Prüfung sachgerecht angelegt ist
- oder der Prüfer sich vom sachgerechten Anlegen überzeugt hat.

Ist der Kompressionstrumpf/-verband nicht sachgerecht oder nicht angelegt, klärt der Prüfer die Gründe hierfür (Pflegedokumentation, Befragung der Bewohner oder Mitarbeiter) und entscheidet sachgerecht.

Dieses Kriterium ist auch erfüllt, wenn das Anlegen nicht nach a - c erfolgt, weil der pflegebedürftige Mensch dies trotz nachweislicher Information der stationären Pflegeeinrichtung anders wünscht.

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.11	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.11:

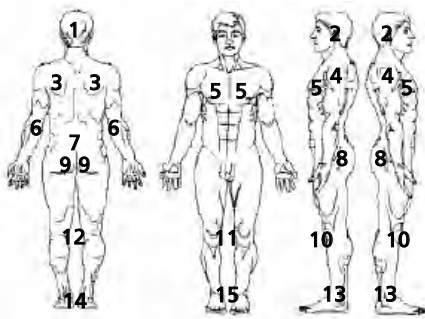
Die Frage bezüglich des Umgangs mit Trachealkanülen ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die folgenden Aspekte zum Umgang mit der Trachealkanüle beachtet werden und in der Pflegedokumentation nachvollziehbar dokumentiert sind:

- Angaben zur Indikation der Trachealkanülenanlage
- Angaben zur Form der Tracheostomaanlage
- Angaben zum Zustand und zur pflegerischen Versorgung des Tracheostomas
- Angaben zum Kanülentyp und zur Größe
- alle im Zusammenhang mit der Trachealkanüle eingesetzten Hilfsmittel
- Angaben zum Wechsel der Trachealkanüle (Häufigkeit, Art und Weise der Durchführung)
- Angaben dazu, wer den Kanülenwechsel durchführt
- ggf. regelmäßige Cuffdruckmessungen durchgeführt und dokumentiert werden.

Ferner muss eine Ersatzkanüle in der Regel eine Nummer kleiner als die reguläre Kanüle vorliegen und im Notfall (z.B. plötzliche Atemnot durch Verstopfung der Kanüle) das Offenhalten des Stomas gewährleistet sein (z.B. mittels Kilian-Nasenspekulum).

Die Frage bezüglich des Absaugens ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die folgenden Aspekte beachtet werden:

- Der endotracheale Absaugvorgang erfolgt nach den aktuellen medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen unter Berücksichtigung der hygienischen Kautelen. Dabei gilt der Grundsatz: „Soviel wie nötig – so wenig wie möglich!“
- Eine hygienische Händedesinfektion ist vor und nach dem endotrachealen Absaugen vorzunehmen. Zum endotrachealen Absaugen sind keimarme Einmalhandschuhe zu tragen. Der Absaugkatheter muss steril sein, zu jeder neuen Absaugung ist ein neuer Einmalkatheter zu verwenden.
- Die Beschaffenheit des Sekretes (Menge, Aussehen, Häufigkeit, Blutbeimengungen) muss beobachtet und in der Pflegedokumentation dokumentiert werden. In Abhängigkeit von der Häufigkeit der Durchführung ist ein Absaugprotokoll zu empfehlen. Ebenfalls muss nachvollziehbar sein, wie oft das eingesetzte Absauggerät desinfiziert wird.

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

t.n.z.

Legende:

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.12:

Die Ist-Erhebung bezieht sich nur auf die oben genannten Wunden. Eine Bewertung sonstiger nicht chronischer Wunden kann unter Kapitel 17 „Sonstiges“ erfolgen. 10.1 und 10.2 treffen auch bei sonstigen nicht chronischen Wunden zu.

10.12d ist nur bei Dekubitalulcera auszufüllen. Dabei ist die nachfolgende Stadieneinteilung nach EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) anzuwenden:

Stadium 1: Hautrötung, welche auf leichten Druck hin nicht verschwindet, keine Hautläsion. Weitere klinische Indikatoren können Ödembildung, Verhärtung oder lokale Überwärmung sein.

Stadium 2: Oberflächliche Hautläsion unterschiedlicher Größe der Oberhaut und/ oder Lederhaut. Das Geschwür ist oberflächlich und kann sich als Abschürfung und/oder Blase darstellen.

Stadium 3: Hautdefekte von Oberhaut und Lederhaut einschließlich Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes. Die Schädigung ist von der Unterhautfaszie begrenzt.

Stadium 4: Haut- und Gewebedefekt und/oder Nekrose mit Tiefenwirkung, wobei Muskeln, Knochen, Sehnen und Kapseln angegriffen sein können.

M/Info	
10.13	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
a.	Wunde 1
b.	Wunde 2

t.n.z.

M/T3/B	
10.14	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?

ja

nein

t.n.z.

E.

Ausfüllanleitung zu 10.14:

Aus der Pflegedokumentation muss klar erkennbar sein, ob und ggf. wann der Dekubitus oder die chronische Wunde innerhalb oder außerhalb der stationären Pflegeeinrichtung entstanden ist. Sofern der Dekubitus oder die chronische Wunde innerhalb der stationären Pflegeeinrichtung entstanden ist, muss der Zeitpunkt der Entstehung immer dokumentiert sein.

M/T5/B	
10.15	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?

ja

nein

t.n.z.

E.

Ausfüllanleitung zu 10.15:

Die Behandlung des Dekubitus/der chronischen Wunde entspricht dem aktuellen Stand des Wissens, wenn

- sie entsprechend den ärztlichen Anordnungen erfolgt,
- soweit erforderlich die Prinzipien der lokalen Druckentlastung, therapeutischen Lagerung bzw. der Kompression umgesetzt werden,
- die Versorgung der Wunde nach physiologischen und hygienischen Maßstäben erfolgt.

Als chronisch gelten Wunden, wenn sie nach vier bis zwölf Wochen trotz konsequenter Therapie keine eindeutigen Heilungstendenzen aufweisen.

Das Kriterium ist erfüllt, wenn aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist, dass die Behandlung dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und die Durchführung der Maßnahmen durch die Inaugenscheinnahme erkennbar ist. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend das Pflegepersonal und die Bewohner befragt.

Das Kriterium, ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu kennzeichnen, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Anordnung nicht angepasst hat.

M/T4/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.16	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 10.16:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn die Pflegedokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus bei nicht intakter Haut folgende Aspekte umfasst:

- a) Verlauf nachvollziehbar,
- b) Größe,
- c) Lage,
- d) Tiefe.

Sofern die chronische Wunde oder der Dekubitus Auffälligkeiten aufweist (z. B. Taschenbildung, auffälliger Wundrand, auffällige Wundumgebung, Wundsekretion), sind auch diese zu dokumentieren.

Die Beurteilung der Wunde oder des Dekubitus ist in individuell festgelegten Abständen innerhalb eines Zeitraums von ein bis zwei Wochen durchzuführen und zu dokumentieren.

M/T6/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.17	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 10.17:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Heilungsprozess kontinuierlich evaluiert, die Ergebnisse beurteilt und ggf. der Arzt informiert wurde. Sofern es erforderlich ist, sind die Therapie-maßnahmen entsprechend der ärztlichen Anordnung anzupassen.

Die Pflegefachkraft überprüft spätestens alle vier Wochen die Wirksamkeit der gesamten Maßnahmen und schlägt ggf. allen an der Versorgung Beteiligten Änderungen vor.

Die Information des Arztes ist dann erforderlich, wenn

- sich die Wundsituation verschlechtert,
- oder die pflegebedürftigen Menschen die geplanten Maßnahmen nicht unterstützen,
- Behandlungsziele erreicht wurden und weitergehende Behandlungsschritte eingeleitet werden können.

Das Kriterium ist grundsätzlich anhand der Pflegedokumentation zu überprüfen. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen beim Pflegepersonal eingeholt.

11. Mobilität

M/Info			
11.1	Bewohner angetroffen:		
a.	<input type="checkbox"/> liegend	<input type="checkbox"/> sitzend	<input type="checkbox"/> stehend
b.	<input type="checkbox"/> Tageskleidung	<input type="checkbox"/> Nachtwäsche	

M/Info		
11.2	Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	
		Beschreibung
a.	Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	(inklusive Paresen, Kontrakturen)
b.	Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	
c.	Lageveränderung im Bett	
d.	Aufstehen	
e.	Sitzen/ Lageveränderung im Sitzen	
f.	Stehen	
g.	Gehen	

ja nein

Erläuterung zur Prüffrage 11.2:

Hier sind Einschränkungen in der Bewegungsfähigkeit und die ggf. notwendigen Hilfen zu beschreiben. Genutzte Hilfsmittel zur Mobilisation und zur Lagerung sind zu beschreiben, sowie die notwendigen personellen Hilfen. Bei der Angabe der Bewegungsfähigkeit der unteren und oberen Extremitäten sind Angaben dazu notwendig, ob die Bewegungen aktiv, passiv oder assistiv durchgeführt werden können.

M/Info		ja	nein
11.3	Liegt ein Sturzrisiko vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 11.3:

Hier nimmt der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für ein Sturzrisiko bestehen.

M/T18/B		ja	nein	E.
11.4	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 11.4:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für alle Bewohner der stationären Pflegeeinrichtung geprüft worden ist, ob aufgrund personen- und/oder umgebungsbezogener Risikofaktoren ein erhöhtes Sturzrisiko besteht und im Falle einer positiven Einschätzung eine aktuelle systematische Einschätzung dieses Sturzrisikos vorliegt. Das ist in der Informationssammlung bzw. der Pflegeanamnese zu ermitteln und zu beschreiben (Dokumentation).

Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Nachweis der Risikoeinschätzung über die Pflegedokumentation erbracht wird. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen beim Pflegepersonal eingeholt.

M/T19/B		ja	nein	t.n.z.	E.
11.5	Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 11.5:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die dem Risiko entsprechenden individuellen Maßnahmen durchgeführt werden. Solche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe können unter anderem sein:

- Veranlassung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sehfähigkeit,
- Anpassung der Umgebung (z.B. Beseitigung von Stolperfallen, Verbesserung der Beleuchtung, Einsatz geeigneter Hilfsmittel),
- Übungen zur Steigerung der Kraft und Balance (Sitzgymnastik oder Seniorentanz sowie ähnliche Aktivitäten),
- Anregung zur Überprüfung und Anpassung der Medikation durch den Arzt.

Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt und die Bewohner befragt.

M/Info		
11.6	Liegt ein Dekubitusrisiko vor?	
	Punkte _____	nach: <input type="checkbox"/> Norton <input type="checkbox"/> Braden <input type="checkbox"/> Sonstige
		Von: <input type="checkbox"/> Gutachter erhoben <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen

ja nein

Erläuterung zur Prüffrage 11.6:

Hier nimmt der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für ein Dekubitusrisiko bestehen.

M/T1/B	
11.7	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

ja nein

E.

Ausfüllanleitung zu 11.7:

Die Einschätzung des Dekubitusrisikos sollte bei allen Bewohnern erfolgen, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, und zwar unmittelbar zum Beginn der Pflege und danach in individuell festgelegten Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität oder bei Einwirkung von externen Faktoren (z. B. Sonden, Katheter), die zur erhöhten und/oder verlängerten Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften führen. Ein bestehendes Dekubitusrisiko ist ggf. mit Hilfe einer Skala (z.B. Braden-Skala, Norton-Skala) zur Ermittlung des Dekubitusrisikos zu erkennen und einzuschätzen. Die Einschätzung des Dekubitusrisikos muss aktuell sein. Aktuell bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Veränderungen des Pflegezustandes und sich daraus ergebende Erfordernisse (z. B. Risikoeinschätzungen oder Anpassung von Maßnahmen) bis zur nächsten Übergabe zu dokumentieren sind.

Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Nachweis der Risikoeinschätzung über die Pflegedokumentation erbracht wird. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen beim Pflegepersonal eingeholt.

Sofern der Prüfer zu einer abweichenden Einschätzung des Dekubitusrisikos als die stationäre Pflegeeinrichtung kommt, ist dies anhand einer Risikoeinschätzung zu belegen.

Wenn der Einschätzung der stationären Pflegeeinrichtung eine Risikoskala zugrunde liegt, soll der Prüfer die gleiche Skala wie die stationäre Pflegeeinrichtung verwenden, wenn es sich um eine gängige Skala (z. B. Braden- oder Norton-Skala) handelt.

M/T2/B		ja	nein	t.n.z.	E.
11.8	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 11.8:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei dekubitusgefährdeten Bewohnern individuell angemessene Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe wie z.B.

- haut- und gewebeschonende Lagerung und Transfertechniken,
- Maßnahmen zur Bewegungsförderung
- ggf. Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich der Risiken und Maßnahmen

in der Pflegeplanung berücksichtigt sind sowie die Durchführung in der Dokumentation und durch Inaugenscheinnahme erkennbar ist. Die sachgerechte Durchführung der Dekubitusprophylaxen ist z.B. daran erkennbar, dass die aktuelle Lagerung der Planung entspricht, notwendige Hilfsmittel eingesetzt werden und ordnungsgemäß zum Einsatz kommen. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend das Pflegepersonal und die Bewohner befragt.

Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu bewerten, wenn von der stationären Pflegeeinrichtung festgestellt wurde, dass kein Dekubitusrisiko vorliegt.

12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info					
12.1	Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a.	Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
		Datum			
		kg			
			t.n.z. <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	
b.	Aktuelle Größe in cm				
c.	Aktueller BMI (kg/m ²)				
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Erläuterung zur Prüffrage 12.1a:

„T.n.z.“ ist anzugeben, wenn der Bewohner vor sechs bzw. drei Monaten noch nicht in der stationären Pflegeeinrichtung lebte oder die stationäre Pflegeeinrichtung das Gewicht nicht dokumentiert hat.

Erläuterung zur Prüffrage 12.1d:

Als relevante Gewichtsabnahme gelten: mehr als 5 % in 1-3 Monaten, mehr als 10 % in 6 Monaten. Wenn nur ein kürzerer Zeitraum als 6 Monate beurteilt werden kann, ist dies im Freitext zu vermerken

M/Info				
12.2	Der Bewohner ist versorgt mit:			
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde		<i>Beschreibung</i> <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus	
	Nahrung	kcal/24 h	Flussrate	ml/h
	Flüssigkeit	ml/24 h	Flussrate	ml/h
	(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)			
b.	<input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion			
c.	<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion			
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln			
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem			

t.n.z.

M/Info	
12.3	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?
	Von:
	Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/>
	Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>

ja

nein

Erläuterung zur Prüffrage 12.3:

Hier nimmt der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung vorliegen. Ist die Frage mit „Ja“ zu beantworten, erfolgt eine Bearbeitung der Frage 12.7.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn Hinweise in der Pflegedokumentation bzw. aktuelle Beobachtungen beim Bewohner darauf hindeuten, dass ein Selbstpflegedefizit im Bereich der Ernährung besteht.

Besteht zwischen dem Prüfer und der stationären Pflegeeinrichtung kein Konsens, bzw. erfolgte seitens der stationären Pflegeeinrichtung keine Einschätzung, wird gemeinsam das Ernährungsrisiko mittels des MNA-SF erhoben. Das Ergebnis ist zu dokumentieren. Bei einem ungewollten relevanten Gewichtsverlust kann man grundsätzlich von einem Ernährungsrisiko ausgehen und es kann auf den MNA-SF verzichtet werden.

M/Info		ja	nein
12.4	Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 12.4:

Hier nimmt der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung vorliegen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn Hinweise in der Pflegedokumentation bzw. aktuelle Beobachtungen beim Bewohner darauf hindeuten, dass ein Selbstpflegedefizit im Bereich der Flüssigkeitsversorgung besteht.

Ist die Frage mit „Ja“ zu beantworten, erfolgt eine Bearbeitung der Frage 12.8.

M/T7/B			ja	nein	E.
12.5	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 12.5:

Für alle Bewohner der stationären Pflegeeinrichtung soll bei Aufnahme oder relevanten Änderungen des Gesundheitszustandes geprüft werden, ob ein Ernährungsrisiko besteht. Ist dies der Fall, ist das individuelle Ernährungsrisiko zu beschreiben. Dabei sind insbesondere folgende Symptome zu beachten:

- grobe Anzeichen für einen Nahrungsmangel, z.B. auffällig niedriges Körpergewicht, zu weit gewordene Kleidung, tief liegende Augen,
- unbeabsichtigter Gewichtsverlust (mehr als 5 % in 1 - 3 Monaten, mehr als 10 % in 6 Monaten),
- auffällig geringe Essmengen,
- erhöhter Energie- und Nährstoffbedarf bzw. erhöhte Verluste (z.B. aufgrund von Erkrankungen, außergewöhnliche Mobilität).

Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Nachweis der Risikoeinschätzung über die Pflegedokumentation erbracht wird. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen beim Pflegepersonal eingeholt.

M/T10/B		ja	nein	E.
12.6	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 12.6:

Für alle Bewohner der stationären Pflegeeinrichtung, bei denen eine Gefährdung nicht offensichtlich ausgeschlossen werden kann, soll bei Aufnahme oder relevanten Änderungen des Gesundheitszustandes geprüft werden, ob ein Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung besteht. Ist dies der Fall, ist dieses individuelle Risiko zu beschreiben.

Dabei sind insbesondere folgende Symptome zu beachten:

- grobe Anzeichen für einen Flüssigkeitsmangel, z.B. auf Flüssigkeitsdefizite hinweisende Verwirrtheit, konzentrierter Urin,
- auffällig geringe Trinkmengen,
- erhöhter Flüssigkeitsbedarf bzw. erhöhte Verluste (z.B. aufgrund von Erkrankungen, hohen Außentemperaturen).

Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Nachweis der Risikoeinschätzung über die Pflegedokumentation erbracht wird. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen beim Pflegepersonal eingeholt.

M/T8/B		ja	nein	t.n.z.	E.
12.7	Werden bei Einschränkung der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 12.7:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei Bewohnern mit individuellen Ernährungsrisiken und Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung gemäß T7 erforderliche Maßnahmen mit dem Bewohner abgestimmt, in der Pflegeplanung nachvollziehbar dokumentiert (Dokumentation) und die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen durch eine Inaugenscheinnahme erkennbar sind.

Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend das Pflegepersonal und die Bewohner befragt.

Die Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans kann in der Langzeitpflege über mehrere Tage bis Wochen dauern, denn häufig ist ein Ausprobieren unterschiedlicher Maßnahmen möglichst in Abstimmung mit dem Bewohner notwendig. Ggf. müssen kurzfristige Änderungen/Anpassungen erfolgen. Neben der Veränderung des Hilfebedarfs und der Risiken sind auch Veränderungen der Bedürfnisse des Bewohners (z.B. Abneigungen und Vorlieben bestimmten Speisen gegenüber) zu berücksichtigen.

Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn keine Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung vorliegen.

MT11/B	
12.8	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 12.8:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei Bewohnern mit individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung gemäß T10 bei denen Einschränkungen in der selbständigen Flüssigkeitsversorgung vorliegen, erforderliche Maßnahmen mit dem Bewohner abgestimmt und in der Pflegeplanung nachvollziehbar dokumentiert (Dokumentation) und die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen durch eine Inaugenscheinnahme erkennbar sind.

Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend das Pflegepersonal und die Bewohner befragt.

Die Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans kann in der Langzeitpflege über mehrere Tage bis Wochen dauern, denn häufig ist ein Ausprobieren unterschiedlicher Maßnahmen möglichst in Abstimmung mit dem Bewohner notwendig. Ggf. müssen kurzfristige Änderungen/Anpassungen erfolgen. Neben der Veränderung des Hilfebedarfs und der Risiken sind auch Veränderungen der Bedürfnisse des Bewohners (z.B. Abneigungen und Vorlieben bestimmten Getränken gegenüber) zu berücksichtigen.

Hierbei können z.B. folgende Aspekte wichtig sein:

- Individuelle Unterstützung bei der Flüssigkeitsaufnahme
- Angepasste Gestaltung der Umgebung/soziales Umfeld
- Geeignete, flexible Flüssigkeitsangebote sowie Darreichungsformen
- Angepasste Hilfsmittel
- Information des Hausarztes und Einbeziehung weiterer Berufsgruppen bei Bedarf.

Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn keine Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung vorliegen.

M/T9/B	
12.9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

ja nein E.

Ausfüllanleitung zu 12.9:

Der Ernährungszustand des Bewohners ist in folgenden Fällen als angemessen zu beurteilen:

- Der Bewohner hat keine Einschränkungen und Risiken bei der selbständigen Nahrungsaufnahme bzw. es liegt eine gewollte Gewichtsreduktion vor,
- es bestehen Risiken und/oder Einschränkungen bei der selbständigen Nahrungsaufnahme und die stationäre Pflegeeinrichtung führt alle aus der Risikofeststellung abgeleiteten Maßnahmen durch, aber der Bewohner ist trotzdem unter- oder überernährt bzw. fehlernährt.

Gründe für eine Gewichtsabnahme, die seitens der stationären Pflegeeinrichtung nicht

beeinflussbar sind, können z. B. sein: medizinisch begründbare Ursachen für eine Gewichtsabnahme, Bewohner befindet sich in der Sterbephase, Bewohner möchte nicht künstlich ernährt werden.

Der Nachweis erfolgt über die Inaugenscheinnahme und Befragung der Bewohner sowie über die Pflegedokumentation. Sofern Zweifel an einem angemessenen Ernährungszustand bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt.

MT12/B		ja	nein	E.
12.10	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 12.10:

Die Flüssigkeitsversorgung des Bewohners ist in folgenden Fällen als angemessen zu beurteilen:

- Der Bewohner hat keine Einschränkungen und Risiken bei der selbständigen Flüssigkeitsaufnahme.
- Es bestehen Risiken und/oder Einschränkungen bei der selbständigen Flüssigkeitsaufnahme und die stationäre Pflegeeinrichtung führt alle aus der Risikofeststellung abgeleiteten Maßnahmen durch, aber der Bewohner ist trotzdem nicht ausreichend mit Flüssigkeit versorgt.

Gründe für die nicht ausreichende Flüssigkeitsversorgung, die seitens der stationären Pflegeeinrichtung nicht beeinflussbar sind, können z. B. sein: medizinisch begründbare Ursachen für eine nicht ausreichende Flüssigkeitsversorgung, der Bewohner befindet sich in der Sterbephase, der Bewohner lehnt eine künstliche Flüssigkeitszufuhr ab.

Der Nachweis erfolgt über die Inaugenscheinnahme und Befragung der Bewohner sowie über die Pflegedokumentation. Sofern Zweifel an einer angemessenen Flüssigkeitsversorgung bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt.

MT28/B		ja	nein	t.n.z.	E.
12.11	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 12.11:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn bei Bewohnern mit Ernährungssonden in der Häufigkeit der Mahlzeitenangebote mindestens 3 x täglich der Geschmackssinn angeregt wird. Das Selbstbestimmungsrecht des Bewohners ist dabei ausschlaggebend.

Der Nachweis erfolgt über die Befragung der Bewohner, über die Pflegedokumentation sowie ggf. eine Inaugenscheinnahme. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt.

Das Kriterium „trifft nicht zu“ (t.n.z.), wenn aus medizinischen Gründen die Maßnahme kontraindiziert ist, zum Beispiel bei vermehrtem Speichelfluss bei gleichzeitig bestehender Aspirationsgefahr.

13. Harninkontinenz

M/Info		
13.1	Der Bewohner ist versorgt mit:	Beschreibung
a.	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)
b.	<input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	
c.	<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem	

t.n.z.

M/Info	
13.2	Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>

ja nein

Erläuterung zur Prüffrage 13.2:

Hier nimmt der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht Hilfebedarf bei Harninkontinenz vorliegt.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn Hinweise in der Pflegedokumentation bzw. aktuelle Beobachtungen beim Bewohner darauf hindeuten, dass Hilfebedarf bei Harninkontinenz besteht.

Wird die Frage mit „Ja“ beantwortet, erfolgt eine Beantwortung der Fragen 13.3 und 13.4.

M/T16/B		ja	nein	t.n.z.	E.
13.3	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheeter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 13.3:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei Bewohnern mit Harninkontinenz oder Blasenkatheeter hieraus resultierende Risiken und die individuellen Ressourcen/Fähigkeiten in der Informationssammlung bzw. in der Pflegeanamnese ermittelt und beschrieben sind. Relevante Veränderungen (z. B. Schwächung des Gesundheitszustandes aufgrund von akuten Erkrankungen, veränderte Medikation) sind aktuell zu dokumentieren.

Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Nachweis der Risikoeinschätzung über die Pflegedokumentation erbracht wird. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen beim Pflegepersonal eingeholt.

M/T17/B		ja	nein	t.n.z.	E.
13.4	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheeter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 13.4:

Bei Bewohnern mit Inkontinenz oder Blasenkatheeter werden die erforderlichen Maßnahmen in Absprache mit den Bewohnern durchgeführt. Geeignete Maßnahmen sind insbesondere:

- der Einsatz geeigneter Inkontinenzprodukte, sofern dies im Ermessen der stationären Pflegeeinrichtung steht
- ein Kontinenztraining/Toilettentraining bzw. die individuelle Planung und Durchführung von Toilettengängen
- und ggf. nach ärztlicher Anordnung die Versorgung mit einem Blasenkatheeter nach hygienischen Grundsätzen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen in der Dokumentation und ggf. durch Inaugenscheinahme erkennbar ist. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt und die Bewohner befragt.

Das Kriterium kann auch mit „Ja“ beantwortet werden, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Anordnung nicht angepasst hat.

14. Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Diese Fragen sind bei allen Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz relevant. Informationen dazu ergeben sich aus der Frage 9.2h nach den Angaben der stationären Pflegeeinrichtung. Es können aber auch andere aktuelle Hinweise auf eine eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI vorliegen, die eine Einbeziehung des Bewohners in dieses Kapitel erforderlich machen. In diesem Fall sind diese Hinweise im Freitext bei Frage 14.1 darzustellen.

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

M/T33/B		ja	nein	t.n.z.	E.
14.2	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 14.2:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn die Pflege und soziale Betreuung auf der Grundlage relevanter Biografieangaben des Bewohners erfolgt.

Dazu gehören insbesondere Informationen zu

- Gewohnheiten und Vorlieben (z.B. Weckrituale, die Berücksichtigung von Vorlieben bei den Mahlzeiten und Schlafgewohnheiten),
- Weitere relevante Biografieangaben können sich aus folgenden Bereichen ergeben: Bildung und Beruf, Freizeit und Familie sowie besondere Lebensereignisse.

Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn

- aus der Dokumentation erkennbar ist, dass für die Pflege und soziale Betreuung relevante Biografieangaben berücksichtigt werden,
- die Berücksichtigung der relevanten Biografieangaben im Rahmen der Prüfsituation beobachtet werden kann. Sofern möglich, können die Bewohner ergänzend befragt werden.

Das Kriterium ist auch dann erfüllt, wenn aus der Dokumentation der Maßnahmen ein inhaltlicher Bezug zur Biographie erkennbar ist. Nicht erforderlich ist, dass bei der Dokumentation einzelner Maßnahmen jeweils ein schriftlicher Begründungszusammenhang zu pflegerelevanten Biografieangaben hergestellt wird.

Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt.

Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn nachvollziehbar keine Möglichkeiten der Informationssammlung zur Biografie bestanden haben. Dies ist der Fall, wenn

- der Bewohner nicht befragt werden kann und
- keine Angehörigen oder anderen Bezugspersonen für Auskünfte zur Verfügung stehen und
- durch Beobachtung des Pflegepersonals keine verwertbaren Rückschlüsse zur Biografie gewonnen werden können.

M/T34/B		ja	nein	t.n.z.	E.
14.3	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 14.3:

Die Einbeziehung von Angehörigen oder Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung ist erforderlich, wenn Menschen mit Demenz bzw. Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, Auskünfte über Vorlieben, Gewohnheiten, Wünsche und ggf. Abneigungen im Zusammenhang mit der Gestaltung der Pflege und der Betreuung zu geben. Bei diesen Bewohnern können oftmals nur Angehörige oder Freunde entsprechende Hinweise geben.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei Menschen mit Demenz aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist, dass Angehörige oder andere Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen wurden. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend das Pflegepersonal und ggf. die Bewohner befragt.

Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn

- beim Bewohner noch ausreichende kognitive Fähigkeiten vorhanden sind, um für die Planung der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen Vorlieben, Gewohnheiten, Wünsche und ggf. Abneigungen zum Ausdruck zu bringen.
- keine Angehörigen oder andere Bezugspersonen erreichbar oder vorhanden sind bzw. die Einbeziehung ausdrücklich nicht erwünscht ist.

M/T35/B		ja	nein	t.n.z.	E.
14.4	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 14.4:

Auch Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz haben ein Recht bei der Ausgestaltung der Pflege und sozialen Betreuung aktiv mit zu entscheiden, auch wenn sie dies nur durch ihr Verhalten zum Ausdruck bringen können. Dies bedeutet auch, dass Bewohner im Rahmen ihres Selbstbestimmungsrechtes Maßnahmen ablehnen können, selbst wenn diese fachlich geboten sind.

Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn:

- aus der Pflegedokumentation erkennbar ist, dass die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt wird.
- Sofern in der Pflegedokumentation keine aussagekräftigen Informationen enthalten sind, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt.

Sofern möglich, können die Bewohner dazu befragt werden.

M/T40/B		ja	nein	t.n.z.	E.
14.5	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 14.5:

Bei demenzkranken Bewohnern werden deren Bedürfnissen ansprechende Angebote wie z. B. Spaziergänge, Ausflüge, Bewegungsübungen, Singen, Vorlesen, Snoezelen, 10-Minuten-Aktivierung, Einsatz von Tieren oder auch Besuche von Veranstaltungen außerhalb der stationären Pflegeeinrichtung gemacht.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn aus der Pflegedokumentation oder anderen geeigneten Dokumenten klar hervorgeht, dass entsprechende Angebote durchgeführt wurden.

Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt.

Sofern möglich, kann dies auch durch Befragung der Bewohner oder teilnehmende Beobachtung bestätigt werden.

M/T36/B		ja	nein	t.n.z.	E.
14.6	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 14.6:

Bei Bewohnern mit Demenz sind Äußerungen des Wohlbefindens zu beobachten, auch wenn diese nicht verbal erfolgen, z. B. anhand der Mimik, Körperhaltung oder sonstigem Verhalten.

Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn:

- aus der Pflegedokumentation erkennbar ist, dass das Wohlbefinden in Zusammenhang mit der Pflege und sozialen Betreuung beobachtet wird. Bei beobachteten Äußerungen des Unwohlseins werden im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung Maßnahmen eingeleitet.
- Sofern möglich, können die Bewohner dazu befragt werden.

Sofern in der Pflegedokumentation keine aussagekräftigen Informationen enthalten sind, kann die Erfüllung des Kriteriums durch eine schlüssige Darlegung der Mitarbeiter nachgewiesen werden. Eine schlüssige Darlegung erfordert den konkreten Bezug zu der jeweiligen Person.

Für die Einschätzung des Wohlbefindens können auch systematische Beobachtungsinstrumente wie z. B. H.I.L.DE. oder DCM genutzt werden.

15. Körperpflege

M/Info		
15.1	Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	Beschreibung
a.	normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b.	Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)

M/T29/B					
15.2	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	ja	nein	t.n.z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 15.2:

Die Frage bezieht sich nur auf die Bewohner, bei denen von der stationären Pflegeeinrichtung Maßnahmen der Körperpflege übernommen werden.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn

- der Bewohner einen gepflegten Eindruck macht (z. B. keine fettigen und ungepflegten Haare) oder
- Defizite in der Körperpflege erkennbar sind und die stationäre Pflegeeinrichtung nachvollziehbar ihre Einwirkungsmöglichkeiten dokumentiert hat (z. B. Beratung oder wiederholtes Angebot).

Das Selbstbestimmungsrecht des Bewohners ist dabei ausschlaggebend.

Der Nachweis des Kriteriums wird durch Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt.

Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn der Bewohner die Körperpflege nachweislich selbständig durchführen kann.

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

M/T30/B	
15.4	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 15.4:

Die Frage bezieht sich nur auf die Bewohner, bei denen von der stationären Pflegeeinrichtung Maßnahmen der Mund- und Zahnpflege übernommen werden.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn

- der Mund und die Zähne des Bewohners einen gepflegten Eindruck machen (z. B. keine Beläge auf den Zähnen, keine borkige Zunge) oder
- Defizite bei der Zahn- und Mundpflege erkennbar sind und die stationäre Pflegeeinrichtung nachvollziehbar ihre Einwirkungsmöglichkeiten dokumentiert hat (z. B. Beratung oder wiederholtes Angebot).

Das Selbstbestimmungsrecht des Bewohners ist dabei ausschlaggebend.

Der Nachweis des Kriteriums wird durch Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt und die Bewohner befragt.

Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn der Bewohner die Mund- und Zahnpflege nachweislich selbstständig durchführen kann.

16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

M/B		ja	nein	E.
16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 16.1:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn:

- individuelle Bedürfnisse zur sozialen Betreuung ermittelt
- geeignete Angebote gemeinsam mit dem Bewohner geplant
- die geplanten Angebote nachvollziehbar durchgeführt werden.

Die Frage ist auch mit „Ja“ zu beantworten, wenn der Bewohner nachvollziehbar keine soziale Betreuung wünscht.

M/T21/B		ja	nein	t.n.z.	E.
16.2	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 16.2:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen der Bewohner oder richterliche Genehmigungen in der Pflegedokumentation oder an anderer Stelle schriftlich hinterlegt sind.

Sofern die freiheitseinschränkende Maßnahme wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung (rechtfertigender Notstand) erfolgt, ist das Kriterium ebenfalls erfüllt.

M/T20/B		ja	nein	t.n.z.	E.
16.3	Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 16.3:

Die Notwendigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen ist regelmäßig zu überprüfen und zu dokumentieren. Ggf. sind entsprechende Maßnahmen einzuleiten, z. B. solche mit geringeren freiheitseinschränkenden Effekten. Das Überprüfungsintervall ist abhängig vom Krankheitsbild und vom Pflegezustand des Bewohners und ggf. einer Verfahrensanweisung der stationären Pflegeeinrichtung.

Die Überprüfung der Notwendigkeit von freiheitseinschränkenden Maßnahmen wird anhand der Pflegedokumentation (oder an anderer Stelle) und durch Inaugenscheinnahme geprüft. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt und die Bewohner befragt.

MT31/B	
16.4	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?

ja nein E.

Ausfüllanleitung zu 16.4:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn der Bewohner während des Dienstes (Frühdienst, Spätdienst, Nachtdienst) von einem überschaubaren Pflegeteam über einen längeren Zeitraum (mehrere Tage) versorgt wird. Das Kriterium wird anhand der Pflegedokumentation oder der Dienstplanung überprüft.

M/B	
16.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?

ja nein E.

Erläuterung zur Prüffrage 16.5:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn

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

M/B	
16.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?

ja nein t.n.z. E.

Erläuterung zur Prüffrage 16.6:

Die Frage bezieht sich auf akute Ereignisse, in denen pflegefachliches Handeln erforderlich ist, wie z. B. Kranken- und Verhaltensbeobachtung nach Stürzen oder bei anhaltender Diarrhö. Diese Handlungsmaßnahmen gehen ggf. über die Kommunikation mit dem Arzt hinaus bzw. finden im Vorfeld der Kontaktaufnahme mit dem Arzt statt (siehe 10.1).

17. Sonstiges

Hier können wichtige Feststellungen aus der Prüfung festgehalten werden, die an anderer Stelle nicht zugeordnet werden konnten.

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Befragung der Bewohner

18. Befragung der Bewohner

Befragungsinstruktion für die stationäre Pflege

Bei Zufriedenheitsbefragungen besteht stets die Gefahr, dass die befragten Personen nicht ihrem tatsächlichen Zufriedenheitsurteil Ausdruck verleihen, sondern vielmehr so antworten, wie es entweder für sie selbst oder für die stationäre Pflegeeinrichtung als positiv bzw. günstig erscheint. Sie bemühen sich somit, in einem „sozial erwünschten“ Sinne zu antworten. Vor allem ältere Menschen neigen zu sozial erwünschtem Antwortverhalten und halten sich gerade dann zurück, wenn es um eine Bewertung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung geht. Sozial erwünschtes Antwortverhalten beeinflusst damit die Güte der erhobenen Befragungsdaten. Kann der Befragte allerdings sicher sein, dass er durch seine Urteile keine Sanktionen erfahren wird und seine Angaben anonym verwendet werden, dann ist es möglich, solche Beschönigungstendenzen in einem gewissen Maße zu kontrollieren bzw. einzudämmen. Für die Aussagekraft der von den Prüfern erhobenen Daten zur Zufriedenheit der Bewohner bzw. Pflegebedürftigen ist es daher von großer Bedeutung, dass den Befragten vorab versichert wird, dass die im Rahmen der Prüfung erhobenen persönlichen Zufriedenheitsurteile streng anonym verwendet werden und dass es darüber hinaus für die beabsichtigten Zwecke sinnvoll ist, die eigenen Zufriedenheitsaussagen nicht zu beschönigen. Die Prüfer des MDK/des PKV-Prüfdienstes sollen die Befragung der Bewohner bzw. Pflegebedürftigen daher orientiert an den folgenden Befragungsinstruktionen einleiten:

„Ich werde Ihnen nun einige Fragen zu Ihrem Leben hier in der stationären Pflegeeinrichtung stellen. Ich möchte insbesondere wissen, wie es Ihnen hier geht und wie Ihr Tagesablauf aussieht. Wir wollen auf diese Weise erfahren, welche Dinge in Ihrer Einrichtung bei Ihnen besonders gut ankommen und welche Dinge noch verbessert werden könnten. Auf meine Fragen gibt es daher auch keine richtigen oder falschen Antworten. Es geht auch nicht darum, so zu antworten, dass man einen vermeintlich guten Eindruck macht. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig, es entstehen Ihnen keinerlei Nachteile, wenn Sie nicht auf meine Fragen antworten möchten. Wenn Sie teilnehmen, werden wir das, was Sie sagen, streng anonym und vertraulich behandeln. Niemand wird anhand Ihrer Aussagen Rückschlüsse auf Ihre Person machen können. Sie können mir daher frei und offen antworten. Und das ist wirklich wichtig, denn nur, wenn Sie uns Ihre ehrliche Meinung sagen, können wir herausfinden, wie man hier die Angebote für Sie noch verbessern kann.“

Grundsätzlich sollte die Befragung nicht in Anwesenheit eines Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung durchgeführt werden, es sei denn der Bewohner wünscht dies.

M/Info			
18.1	Auftragsnummer:		
	Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen

M/Info		
18.2	Angaben zum Bewohner	
a.	Name	
b.	Pflegekasse	
c.	Pflege-/Wohnbereich	
d.	Geburtsdatum	
e.	Pflegestufe	
	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall
f.	Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung eingeschränkt?	
g.	Ist der Bewohner mit der Befragung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	

ja nein

M/T67/B	
18.3	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?

immer häufig geleg. nie k.A.

M/T68/B	
18.4	Nehmen sich die Mitarbeiter ausreichend Zeit für Sie?

immer häufig geleg. nie t.n.z. k.A.

M/T60/B	
18.5	Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?

immer häufig geleg. nie t.n.z. k.A.

M/T61/B	
18.6	Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?

immer häufig geleg. nie k.A.

M/T62/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.7	Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T63/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.8	Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T69/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.9	Fragen die Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T70/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.10	Schmeckt Ihnen das Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T66/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.11	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T71/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.12	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T72/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.13	Bekommen Sie jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T73/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.14	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T74/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
18.15	Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T75/B							
18.16	Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können?	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>

M/T76/B							
18.17	Können Sie jederzeit Besuch empfangen, wann Sie wollen?	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>

M/T65/B							
18.18	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>		k.A. <input type="checkbox"/>

M/T77/B							
18.19	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>

M/T64/B							
18.20	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?	immer <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>	geleg. <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	k.A. <input type="checkbox"/>

Qualitätsprüfungs-Richtlinien

Anlage 6

Struktur und Inhalte des Prüfberichtes für die stationäre Pflege

Die Erstellung des Prüfberichts erfolgt auf der Grundlage der QPR und auf der Basis der Erhebungsbogen zur Prüfung in der Einrichtung, zur Prüfung beim Bewohner und zur Befragung der Bewohner. Der Prüfbericht wird EDV-gestützt erstellt. Die Darstellung der Prüfungsergebnisse im Prüfbericht erfolgt in deskriptiver Form. Der Transparenzbericht nach § 115 Abs. 1a SGB XI ist nicht Gegenstand des Prüfberichts.

Der Prüfbericht gliedert sich in folgende Abschnitte:

Prüfmaßstab

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung
2. Zusammenfassende Beurteilung
3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Anlagen zum Prüfbericht

- Erhebungsbogen Einrichtung
- Erhebungsbogen Bewohner
- Zusammenfassende Darstellung zur Bewohnerbefragung.

Im Prüfbericht sind die im Folgenden dargestellten Anforderungen zu beachten:

Prüfmaßstab

Im Prüfmaßstab werden die bundeseinheitlich geltenden Prüfgrundlagen und ggf. die landesspezifischen Besonderheiten aufgelistet.

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

Um die Identifikation des Prüfberichtes im Rahmen der Berichtspflicht nach § 114a Abs. 6 SGB XI zu ermöglichen, wird eine Auftragsnummer vergeben. Die Auftragsnummer setzt sich wie folgt zusammen:

Position 1-6	erster Tag der Prüfung	= JJMMTT
Position 7	Vollprüfung	= V
	Teilprüfung	= T
Position 8	stationär	= S
	ambulant	= A
	Tagespflege	= T
	Nachtpflege	= N
	Kurzzeitpflege	= K
Position 9-10	MDK Baden-Württemberg	= 18
	MDK Bayern	= 19
	MDK Berlin-Brandenburg	= 01
	MDK im Lande Bremen	= 03
	MDK Hessen	= 15
	MDK Mecklenburg-Vorpommern	= 21
	MDK Niedersachsen	= 12
	MDK Nord	= 02
	MDK Nordrhein	= 14
	MDK Rheinland-Pfalz	= 16
	MDK Saarland	= 17
	MDK Sachsen	= 25
	MDK Sachsen-Anhalt	= 23
	MDK Thüringen	= 24
	MDK Westfalen-Lippe	= 13
	SMD Knappschaft	= 31
PKV-Prüfdienst	= 90	
Position 11-16	Dienststelle	
Position 17	Bindestrich	
Position 18-26	laufende Auftragsnummer	
Beispiel: 140730VS24000006-000005196 (Prüfung am 30.07.2014, vollstationäre Einrichtung, laufende Nr. 6, MDK Thüringen)		

Die Angaben zu den Fragen 1.2 bis 1.11 werden automatisiert in den Bericht übernommen.

2. Zusammenfassende Beurteilung

In der Zusammenfassung werden die wesentlichen Aspekte jedes Kapitels zur Durchführung der Prüfung und zu den Prüfergebnissen aus dem Erhebungsbogen zur Prüfung der Einrichtung, aus den Erhebungsbögen zur Prüfung und zur Befragung der Bewohner dargestellt. Insbesondere ist der Umgang der Pflegeeinrichtung mit Pflegesituationen wie z. B. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Umgang mit Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und Dekubitusrisiko darzustellen. Besonders positive oder negative Ergebnisse werden hervorgehoben. Eine nachvollziehbare Benennung der festgestellten Qualitätsdefizite ist dabei erforderlich, damit diese für die Bescheiderteilung der Landesverbände der Pflegekassen sowie für ggf. erforderliche Sozialgerichtsverfahren als Grundlage dienen können.

Bei Wiederholungsprüfungen ist auf vorangegangene Prüfungen Bezug zu nehmen. Bei Anlassprüfungen ist auf den Anlass einzugehen.

Auf Qualitätsaspekte, die nicht durch das standardisierte Prüfinstrumentarium erfasst werden konnten, ist individuell einzugehen.

3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Zu bestehenden Defiziten werden konkrete Maßnahmen zur Beseitigung empfohlen. Diese sind mit differenzierten Fristvorschlägen zu hinterlegen. Dabei ist der Gefährdungsgrad der Bewohner zu berücksichtigen.

Anlagen zum Prüfbericht

Erhebungsbogen Einrichtung

Hier werden die Ergebnisse der Fragen der Kapitel **2 bis 8** des Erhebungsbogens zur Prüfung der Einrichtung dargestellt.

Nicht erfüllte Fragen sind mit dem Ziel einer besseren Nachvollziehbarkeit im Freitext zu erläutern. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert. Die Freitextpassagen aus dem Erhebungsbogen werden in den Prüfbericht übernommen und ggf. zur Konkretisierung ergänzt oder modifiziert. Fragen, die für die Pflegeeinrichtung nicht zutreffen oder die bei der Prüfung nicht relevant sind, werden nicht in den Prüfbericht übernommen.

Antwortmöglichkeiten:

Bei dichotomen Fragen:

- Ja Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.
- Nein Die Anforderungen wurden nicht erfüllt.

Bei Fragen mit mehreren Kriterien:

- Alle Kriterien ja Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.
- Nicht alle Kriterien ja Die Anforderung wurde mit X von Y Kriterien erfüllt.
Nicht erfüllt sind die Kriterien: a, b.

Beispiel:

Frage 6.2: Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?

Die Anforderung wurde mit 3 von 5 Kriterien erfüllt.

Nicht erfüllt sind die Kriterien:

- c. Durchführung innerbetrieblichen Verfahrensweisen wird regelmäßig geprüft.
- d. innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt.

Erhebungsbogen Bewohner

Hier werden die Erhebungsbogen für jeden in Augenschein genommenen Bewohner aufgenommen.

In **Kapitel 9** werden die allgemeinen Daten für den jeweils in Augenschein genommenen Bewohner und des Mitarbeiters in anonymisierter Form dargestellt.

Anschließend werden die Ergebnisse der Fragen der **Kapitel 10 bis 17** des Erhebungsbogens zur Prüfung des jeweils in Augenschein genommenen Bewohners dargestellt.

In den **Kapiteln 10 bis 17** wird das Ergebnis der Prüfung zu jeder Frage für jeden Bewohner automatisch in den Prüfbericht übernommen. Nicht erfüllte Fragen sind mit dem Ziel einer besseren Nachvollziehbarkeit im Freitext zu erläutern. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert. Fragen, die für den Bewohner nicht zutreffen, werden nicht in den Prüfbericht übernommen.

Antwortmöglichkeiten je Bewohner:

- Ja
- Nein.

Kapitel 17 (Sonstiges) ist ein reines Freitextfeld.

In **Kapitel 18** wird eine Befragung der in Augenschein genommenen Bewohner zu ihrer Zufriedenheit mit den Leistungen der Pflegeeinrichtung durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragung werden zusammenfassend im Prüfbericht dargestellt.

Antwortmöglichkeiten je Frage:

- Immer/ja
- häufig
- gelegentlich
- nie/nein
- Keine Angaben.

Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)

Vereinbarung

nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege

vom 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 10. Juni 2013

GKV-Spitzenverband¹

Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI

Inhalt

Vorwort	135
§ 1 Kriterien der Veröffentlichung in der stationären Pflege	137
§ 2 Auswahl der in die Prüfungen einbezogenen Bewohner	137
§ 3 Bewertungssystematik für die Kriterien	137
§ 4 Ausfüllanleitungen für die Prüfer	138
§ 5 Darstellung der Prüfergebnisse	138
§ 6 Inkrafttreten und Kündigung	138
§ 7 Übergangsregelung	138
Anlage 1: Kriterien der Veröffentlichung	139
Anlage 2: Bewertungssystematik für die Kriterien	145
Anlage 3: Ausfüllanleitungen für die Prüfer	149
Anlage 4: Darstellung der Prüfergebnisse	179

Vorwort

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 wurde § 115 Abs. 1a SGB XI eingeführt. Danach stellen die Landesverbände der Pflegekassen sicher, dass die Leistungen der Pflegeeinrichtungen sowie deren Qualität für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar im Internet sowie in anderer geeigneter Form veröffentlicht werden (Pflege-Transparenzberichte).

Den in den Pflege-Transparenzberichten veröffentlichten Informationen sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertige Prüfergebnisse unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnis- und Lebensqualität zugrunde zu legen. In den Pflege-Transparenzberichten werden weniger Kriterien veröffentlicht, als den Qualitätsprüfungen zugrunde liegen. Es handelt sich dabei um für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen relevante Informationen, die bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung als eine Entscheidungsgrundlage herangezogen werden können.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung bzw. der Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. führen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen regelmäßig Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen durch. In diesen Prüfungen werden die Ergebnisse sowie die hierfür erforderlichen Strukturen und Prozesse der Qualität der Leistungen von Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen geprüft. Die Qualitätsprüfung zielt somit auf eine umfassende Prüfung aller Qualitätsebenen einer Pflegeeinrichtung ab. Der Prüfungsumfang ist umfassender als die für die Pflege-Transparenzvereinbarung relevanten Kriterien. Die Qualitätsprüfung ist die Grundlage für die Bescheide der Landesverbände der Pflegekassen zur Beseitigung festgestellter Qualitätsmängel.

Der aus der Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bzw. des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. resultierende Pflege-Transparenzbericht (§ 115 Abs. 1a SGB XI) und das von den Landesverbänden der Pflegekassen durchgeführte Qualitätssicherungsverfahren (§ 115 Abs. 2-5 SGB XI) haben somit unterschiedliche Funktionen.

Der GKV-Spitzenverband, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (im Folgenden „die Vertragsparteien“ genannt) vereinbaren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (Pflege-Transparenzvereinbarungen).

Dabei wurden die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene sowie der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene beteiligt (§ 115 Abs. 1a Satz 6 f. SGB XI).

Die Pflege-Transparenzvereinbarungen sind dynamische Instrumente, die schrittweise weiterzuentwickeln sind. Sie basieren auf dem Stand der aktuellen Erkenntnisse. Im Juni 2011 wurden die Ergebnisse des Projektes zur „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ veröffentlicht. Im Rahmen der Umsetzung des § 113 Abs. 1 Nr. 4 SGB XI wird derzeit geprüft, ob die Ergebnisse

(Indikatoren) des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Modellprojekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ geeignet sind, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen über die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, verständlich, übersichtlich und vergleichbar zu informieren.

Gemeinsam wurde die wissenschaftliche Evaluation der ersten Umsetzung mit dem Ziel vereinbart, auf Basis der Ergebnisse ggf. notwendige Änderungen in den Pflege-Transparenzvereinbarungen vorzunehmen. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation sind entsprechend der Empfehlungen des Beirates (kurz-, mittel- und langfristig) in diese Vereinbarung einbezogen worden. Die Pflege-Transparenzvereinbarungen betreffenden neuen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse werden von den Vertragsparteien geprüft und führen bei Bedarf jeweils zu einer Anpassung der Vereinbarung.

§ 1 Kriterien und Qualitätsbereiche

- (1) Die Kriterien der Veröffentlichung der Leistungen und deren Qualität in stationären Pflegeeinrichtungen sind in der **Anlage 1** aufgelistet. Nach diesen Kriterien erfolgen die Qualitätsprüfungen gemäß § 114 Abs. 1 SGB XI nach § 114a SGB XI.
- (2) Die Kriterien teilen sich in folgende fünf Qualitätsbereiche auf:
 1. Pflege und medizinische Versorgung
 2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern
 3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung
 4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene
 5. Befragung der Bewohner²

§ 2 Auswahl der in die Prüfungen einbezogenen Bewohner

- (1) In der zu prüfenden stationären Pflegeeinrichtung werden jeweils drei Bewohner aus jeder der drei Pflegestufen zufällig ausgewählt und in die Prüfung einbezogen.
- (2) Sofern aus einer Pflegestufe weniger als drei Bewohner in die Prüfung einbezogen werden, sind bei der Bewertung eines Kriteriums für die fehlenden Werte die Mittelwerte aus den vorhandenen Daten der Pflegestufe zu nutzen. Kann aus einer Pflegestufe kein Bewohner in die Prüfung einbezogen werden, sind für die fehlenden Werte die Mittelwerte aus den Daten der beiden anderen Pflegestufen zu nutzen.

§ 3 Bewertungssystematik für die Kriterien

- (1) Für die Bewertung der in der Anlage 1 aufgeführten Kriterien gelten folgende Grundsätze:
 - Alle Kriterien werden sowohl einzeln sowie jeweils zusammengefasst in einem der Qualitätsbereiche bewertet.
 - Aus allen Bewertungen der Kriterien der Qualitätsbereiche 1 bis 4 wird das Gesamtergebnis der Prüfung ermittelt.
 - Dem Gesamtergebnis wird der Durchschnittswert im jeweiligen Bundesland gegenübergestellt. Die Veröffentlichung des Landesvergleichswertes erfolgt erst dann, wenn für mindestens 20 v. H. aller Pflegeeinrichtungen im Bundesland Ergebnisse auf Basis dieser Vereinbarung vorliegen.
 - Die Prüfergebnisse der bewohnerbezogenen Kriterien werden mit Anteilswerten (vollständig erfüllt bei „X“ von „Y“ Bewohnern) ausgewiesen.
 - Die Prüfergebnisse der einrichtungsbezogenen Kriterien werden mit „Ja“ und „Nein“ ausgewiesen.
 - Die Prüfergebnisse der Qualitätsbereiche und die Gesamtbewertung werden mit Noten (sehr gut bis mangelhaft) benannt.

² Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Vereinbarung erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb auch in ihrer weiblichen Form.

(2) Einzelheiten der Bewertungssystematik ergeben sich aus **Anlage 2** dieser Vereinbarung.

§ 4 Ausfüllanleitungen für die Prüfer

Bei der Bewertung der Kriterien nach den Vorgaben der Bewertungssystematik legen die Prüfer die Ausfüllanleitung der **Anlage 3** dieser Vereinbarung zu Grunde.

§ 5 Darstellung der Prüfergebnisse

Die Prüfergebnisse werden bundesweit einheitlich auf zwei Darstellungsebenen veröffentlicht. Auf der 1. Darstellungsebene erscheinen die Prüfergebnisse der Qualitätsbereiche, das Gesamtergebnis sowie mögliche Ergebnisse gleichwertiger Prüfungen. Auf der 2. Darstellungsebene werden die Prüfergebnisse zu den einzelnen Bewertungskriterien dargestellt. Weitere Einzelheiten zu den weiteren Angaben sowie zu deren Anordnung ergeben sich aus der **Anlage 4** dieser Vereinbarung.

§ 6 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. Januar 2014 in Kraft. Sie kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 6 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

(2) Die gekündigte Vereinbarung gilt bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung weiter.

(3) Die Vertragsparteien können diese Vereinbarung auch im ungekündigten Zustand einvernehmlich ändern.

§ 7 Übergangsregelung

Für die Dauer von 12 Monaten ab Inkrafttreten der Vereinbarung wird bei der Veröffentlichung der Prüfergebnisse im Transparenzbericht auf der 1. Darstellungsebene folgender Hinweis gegeben: „Bitte beachten Sie, dass ein Einrichtungsvergleich nur auf der Grundlage von Berichten mit gleicher Prüfgrundlage und Bewertungssystematik möglich ist. Bewertungen auf der Grundlage der bis zum 31. Dezember 2013 gültigen alten Transparenzvereinbarung und Bewertungen auf der Grundlage der seit dem 1. Januar 2014 geltenden neuen Transparenzvereinbarung sind nicht miteinander vergleichbar.“ Auf den Plattformen der Landesverbände der Pflegekassen wird der Transparenzbericht nach alter Rechtsgrundlage solange ausgewiesen, bis der Transparenzbericht nach neuer Rechtsgrundlage veröffentlicht wird. Dabei ist sicherzustellen, dass ein entsprechender Hinweis bereits bei Verwendung der Suchmasken der jeweiligen Plattformen gegeben wird. Berichte auf der neuen Rechtsgrundlage und solche auf der alten Rechtsgrundlage werden für den Nutzer erkennbar farblich unterschiedlich dargestellt.

Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)

Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die
Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach
§ 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse
in der stationären Pflege

Anlage 1: Kriterien der Veröffentlichung

vom 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 10. Juni 2013

Bewertungskriterien für die Pflegequalität der stationären Pflegeeinrichtungen

Übersicht

Qualitätskriterien	Anzahl der Kriterien
1. Pflege und medizinische Versorgung	32
2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern ^{1,2}	9
3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	9
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene	9
5. Befragung der Bewohner	18
zusammen	77

Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“

1	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?
2	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?
3	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?
4	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?
5	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
6	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?
7	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?
8	Werden bei Einschränkung der selbständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?

¹ Der Qualitätsbereich 2 hat zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit die Bezeichnung „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“. Die Kriterien zielen aber auf den Umgang mit allen Bewohnern ab, die eine eingeschränkte Alltagskompetenz i. S. des § 45 a SGB XI haben.

² Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Vereinbarung erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?
10	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?
11	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?
12	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?
13	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?
14	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?
15	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?
16	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkateter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?
17	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkateter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?
18	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?
19	Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?
20	Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?
21	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?
22	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?
23	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen der ärztlichen Anordnung?
24	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?
25	Entspricht die Bedarfsmedikation den ärztlichen Anordnungen?
26	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?
27	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?
28	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?

29	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?
30	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?
31	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?
32	Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?

Qualitätsbereich 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“

33	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?
34	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?
35	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?
36	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?
37	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?
38	Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?
39	Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?
40	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht?
41	Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?

Qualitätsbereich 3 „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“

42	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?
43	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?
44	Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?
45	Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen?
46	Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?
47	Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die stationäre Pflegeeinrichtung?
48	Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?
49	Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?
50	Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?

Qualitätsbereich 4 „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“

51	Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z. B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?
52	Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?
53	Ist der Gesamteindruck der stationären Pflegeeinrichtung im Hinblick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut?
54	Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?
55	Wird bei Bedarf Diätkost angeboten?
56	Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert?
57	Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplanes bekannt gegeben?
58	Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?
59	Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?

Qualitätsbereich 5 „Befragung der Bewohner“

60	Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?
61	Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?
62	Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?
63	Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen z. B. beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?
64	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?
65	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?
66	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?
67	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?
68	Nehmen sich die Mitarbeiter ausreichend Zeit für Sie?
69	Fragen die Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?
70	Schmeckt Ihnen das Essen?
71	Sind Sie mit den Essenzeiten zufrieden?
72	Bekommen Sie jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?
73	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?
74	Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht?
75	Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können?
76	Können Sie jederzeit Besuch empfangen, wann sie wollen?
77	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?

Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)

Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die
Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach
§ 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse
in der stationären Pflege

Anlage 2:
Bewertungssystematik

vom 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 10. Juni 2013

1. Bewertungskriterien

Die 77 Bewertungskriterien für die Veröffentlichung nach § 115 Abs. 1a SGB XI sind in **Anlage 1** aufgeführt. Sie werden folgenden Qualitätsbereichen zugeordnet:

Qualitätsbereich	Laufende Nummern (Anzahl der Kriterien)
1. Pflege und medizinische Versorgung	1 bis 32 (32)
2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern ^{1, 2}	33 bis 41 (9)
3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	42 bis 50 (9)
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene	51 bis 59 (9)
5. Befragung der Bewohner	60 bis 77 (18)
Zusammen	1 bis 77 (77)

2. Bewertungssystematik

2.1 Einzelbewertung der Kriterien

Jedes einzelne Kriterium erhält eine Einzelbewertung anhand einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 die schlechteste und 10 die beste Bewertung ist.

2.1.1 Bewohnerbezogene Kriterien

Folgende Kriterien werden für jeden einzelnen in die Stichprobe einbezogenen Bewohner bewertet:

1 bis 31, 33 bis 36 und 40.

Ist das Kriterium für den Bewohner erfüllt, wird der Skalenwert 10 vergeben, ist es nicht erfüllt, wird es mit dem Skalenwert 0 bewertet. Aus den vergebenen Skalenwerten für ein Kriterium wird unter Anwendung von § 2 Abs. 2 PTVS der Mittelwert errechnet.

Beispiel: Das Kriterium ist bei 8 von 9 einbezogenen Bewohnern erfüllt. Es wird der Skalenwert 8,89 vergeben.

Trifft ein Kriterium für keinen Bewohner zu, so ist dieses nicht in die Bewertung und Mittelwertberechnung einzubeziehen.

¹ Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Vereinbarung erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

² Der Qualitätsbereich 2 hat zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit die Bezeichnung „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“. Die Kriterien zielen aber auf den Umgang mit allen Bewohnern ab, die eine eingeschränkte Alltagskompetenz i. S. des § 45 a SGB XI haben.

2.1.2 Einrichtungsbezogene Kriterien

Folgende Kriterien lassen ebenfalls nur eine dichotome „Ja“- bzw. „Nein“- Bewertung zu, sind aber nur auf die gesamte stationäre Pflegeeinrichtung bezogen und daher nur einmal zu bewerten. In diesen Fällen können nur die Skalenwerte 10 oder 0 vergeben werden und eine Mittelwertberechnung entfällt:

32, 37 bis 39, 41 bis 59.

2.1.3 Befragung der Bewohner

Die Kriterien der Bewohnerbefragung (Ziffern 60 bis 77) werden mit folgenden vier Bewertungsgraduierungen und Skalenwerten bewertet:

Bewertungsgraduierung	Skalenwert
Immer	10
Häufig	7,5
Gelegentlich	5
Nie	0

Aus den vergebenen Skalenwerten für ein Kriterium wird unter Anwendung von § 2 Abs. 2 PTVS der Mittelwert errechnet.

2.2 Bewertung der Qualitätsbereiche

Für jeden der fünf Qualitätsbereiche wird als Bereichsbewertung das arithmetische Mittel der Bewertungen der einzelnen Kriterien ausgewiesen. Grundlage der Berechnung sind die ermittelten Skalenwerte. Die Skalenwerte werden nach folgender Tabelle in Noten mit einer Stelle nach dem Komma umgerechnet:

Notenzuordnung

Bezeichnung der Note	Skalenwert
Sehr gut (1,0 – 1,4)	9,31 – 10,00
Gut (1,5 – 2,4)	7,91 – 9,30
Befriedigend (2,5 – 3,4)	6,51 – 7,90
Ausreichend (3,5 – 4,4)	5,11 – 6,50
Mangelhaft (4,5 – 5,0)	0,00 – 5,10

Die genaue Zuordnung der Skalenwerte zu den Noten mit den jeweiligen Ausprägungen mit einer Stelle nach dem Komma ergibt sich aus dem Tabellenanhang.

2.3 Gesamtbewertung

Für die Qualitätsbereiche 1 bis 4 wird als Gesamtbewertung das arithmetische Mittel der Bewertungen der Kriterien 1 bis 59 ausgewiesen. Sofern Kriterien nicht zutreffen und daher nicht bewertet werden, gehen sie in die Berechnung der Gesamtbewertung nicht mit ein. Grundlage der Berechnung sind die ermittelten Skalenwerte. Die Skalenwerte werden entsprechend der Tabelle unter 2.2 in Noten mit einer Stelle nach dem Komma umgerechnet.

3. Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden auf zwei Ebenen dargestellt. Die 1. Ebene der Darstellung erfolgt nach der **Anlage 4**.

Auf der 2. Darstellungsebene werden die Einzelergebnisse der Kriterien, wie in der **Anlage 4** aufgeführt, dargestellt.

Tabellenanhang

Bezeichnung der Note	Note	Skalenwert
sehr gut	1,0	9,87 – 10,00
	1,1	9,73 – 9,86
	1,2	9,59 – 9,72
	1,3	9,45 – 9,58
	1,4	9,31 – 9,44
gut	1,5	9,17 – 9,30
	1,6	9,03 – 9,16
	1,7	8,89 – 9,02
	1,8	8,75 – 8,88
	1,9	8,61 – 8,74
	2,0	8,47 – 8,60
	2,1	8,33 – 8,46
	2,2	8,19 – 8,32
	2,3	8,05 – 8,18
	2,4	7,91 – 8,04
befriedigend	2,5	7,77 – 7,90
	2,6	7,63 – 7,76
	2,7	7,49 – 7,62
	2,8	7,35 – 7,48
	2,9	7,21 – 7,34
	3,0	7,07 – 7,20
	3,1	6,93 – 7,06
	3,2	6,79 – 6,92
	3,3	6,65 – 6,78
	3,4	6,51 – 6,64

Bezeichnung der Note	Note	Skalenwert
ausreichend	3,5	6,37 – 6,50
	3,6	6,23 – 6,36
	3,7	6,09 – 6,22
	3,8	5,95 – 6,08
	3,9	5,81 – 5,94
	4,0	5,67 – 5,80
	4,1	5,53 – 5,66
	4,2	5,39 – 5,52
	4,3	5,25 – 5,38
	4,4	5,11 – 5,24
mangelhaft	4,5	4,97 – 5,10
	4,6	4,83 – 4,96
	4,7	4,69 – 4,82
	4,8	4,55 – 4,68
	4,9	4,41 – 4,54
	5,0	0,00 – 4,40

Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)

Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die
Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach
§ 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse
in der stationären Pflege

Anlage 3:
Ausfüllanleitung für die Prüfer

vom 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 10. Juni 2013

Vorwort

Die vorliegende Ausfüllanleitung soll beschreiben, wann ein Kriterium durch den Prüfer als erfüllt oder nicht erfüllt zu bewerten ist. Sie zielt darauf ab, die Bewertungen der Prüfer zu standardisieren. Zu prüfen und zu bewerten sind die systematische und regelhafte Erfüllung der Kriterien. Pflegeplanung und Dokumentation sichern dabei handlungsleitend die professionelle Tätigkeit der Mitarbeiter in der Pflege.

Die internationale und nationale Forschungslage weist darauf hin, dass die Pflegedokumentation alleine keine geeignete Datengrundlage für die umfassende Bewertung der Qualität pflegerischer Leistungen darstellt, weil Pflegendе ggf. mehr Aktivitäten durchführen als sie dokumentieren. Dies gilt insbesondere für die Darstellung der Unterstützung des Alltagslebens der Bewohner in der stationären Pflegeeinrichtung (z. B. Kommunikation). In den Ausfüllanleitungen werden kriteriumsbezogen alle für die Bewertung infrage kommenden Informationsquellen/Nachweise aufgeführt und in die Prüfung der Qualität einbezogen.

Offensichtliche Ausnahmefehler in der Planung oder Dokumentation (z. B. fehlendes Handzeichen) führen nicht zu einer negativen Beurteilung des Kriteriums oder der Gesamtbeurteilung der stationären Pflegeeinrichtung, da sie beim pflegebedürftigen Menschen keine Auswirkungen haben.

Auf bestimmte Bewohnergruppen bzw. einzelne Bewohner treffen möglicherweise einzelne Kriterien nicht zu. Den Besonderheiten der stationären Pflegeeinrichtung und dieser Bewohnergruppen bzw. Bewohner¹ sind bei der Bewertung durch „trifft nicht zu“ der Kriterien Rechnung zu tragen. Exemplarische Beispiele oder nähere Ausführungen hierzu befinden sich in der Ausfüllanleitung.

Die Prüfung der bewohnerbezogenen Kriterien erfolgt anhand der Ausfüllanleitungen. Informationsquellen/Nachweise sind:

- Inaugenscheinnahme des in die Stichprobe einbezogenen pflegebedürftigen Menschen,
- Auswertung der Pflegedokumentation,
- Auskunft/Information/Darlegung (Darstellung und Begründung anhand des konkreten Lebenssachverhalts) durch die Mitarbeiter,
- Auskunft/Information der Bewohner oder teilnehmende Beobachtung.

In der Ausfüllanleitung wird konkret beschrieben, welche Informationsquellen/Nachweise jeweils relevant sind. Die Bewertung der bewohnerbezogenen Kriterien erfolgt schwerpunktmäßig auf Grundlage der Inaugenscheinnahme und der Pflegedokumentation. Die Auswertung der Pflegedokumentation erfolgt in Anwesenheit eines Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung. Sofern nach Auswertung der Inaugenscheinnahme bzw. der Dokumentation Zweifel an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich – soweit möglich – Hinweise von Mitarbeitern und des Bewohners miteinbezogen.

Die Prüfung der einrichtungsbezogenen Kriterien erfolgt anhand der Ausfüllanleitungen. Informationsquellen/Nachweise sind:

¹ z. B. Bewohner im Wachkoma, beatmete Bewohner, Bewohner mit speziellen Behinderungen

- Auswertung der Dokumentation,
- Beobachtungen während der Prüfung,
- Auskunft/Information/Darlegung durch die Mitarbeiter,
- Auskunft/Information der Bewohner.

In der Ausfüllanleitung wird konkret beschrieben, welche Informationsquellen/Nachweise jeweils relevant sind. Die Bewertung der einrichtungsbezogenen Kriterien erfolgt schwerpunktmäßig auf Grundlage der Auswertung der Dokumentation und der Beobachtungen in der stationären Pflegeeinrichtung. Sofern nach deren Auswertung Zweifel an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich – soweit möglich – Hinweise von Mitarbeitern und Bewohnern miteinbezogen.

Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft der stationären Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert. Das Abschlussgespräch dient auch der Erörterung festgestellter Mängel.

Sofern die Pflegedokumentation bei den einzelnen Kriterien als Informationsquelle/Nachweis dient, müssen die darin beinhalteten Angaben aktuell sein. Aktuell bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Veränderungen des Pflegezustandes und sich daraus ergebende Erfordernisse (z. B. Risikoeinschätzungen oder Anpassung von Maßnahmen) bis zur nächsten Übergabe zu dokumentieren sind.

Sind Kriterien durch alternative fachlich gleichwertige Lösungen erfüllt, sind diese Kriterien ebenfalls als vollständig erfüllt zu bewerten. Exemplarische Beispiele oder nähere Ausführungen hierzu befinden sich in der Ausfüllanleitung. Seitens der stationären Pflegeeinrichtung nicht beeinflussbare Faktoren dürfen keine Auswirkungen auf die Bewertung haben.

Bei ärztlich angeordneten pflegerischen Leistungen sind die Anordnungsqualität sowie die Bewertung der Häufigkeit und Dauer der Anordnung nicht Gegenstand der Prüfung. Diese Leistungen können nur fachlich korrekt durchgeführt werden, wenn der anordnende Arzt eine dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Anordnung abgegeben hat und gleichzeitig die hiermit zusammenhängenden erforderlichen Medizinprodukte und Hilfsmittel gesondert verordnet hat.

Die Pflege-Transparenzvereinbarungen sind dynamische Instrumente, die schrittweise weiterentwickelt sind. Sie basieren auf dem Stand der aktuellen Erkenntnisse. Im Juni 2011 wurden die Ergebnisse des Projektes zur „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ veröffentlicht. Im Rahmen der Umsetzung des § 113 Abs. 1 Nr. 4 SGB XI wird derzeit geprüft, ob die Ergebnisse (Indikatoren) des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Modellprojekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ geeignet sind, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen über die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, verständlich, übersichtlich und vergleichbar zu informieren.

Bewertungskriterien für die Pflegequalität der stationären Pflegeeinrichtungen

Übersicht

Qualitätskriterien	Anzahl der Kriterien
1. Pflege und medizinische Versorgung	32
2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern ^{2, 3}	9
3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	9
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene	9
5. Befragung der Bewohner	18
Zusammen	77

Erläuterungen:

bb = bewohnerbezogen

eb = einrichtungsbezogen

² Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Vereinbarung erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

³ Der Qualitätsbereich 2 hat zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit die Bezeichnung „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“. Die Kriterien zielen aber auf den Umgang mit allen Bewohnern ab, die eine eingeschränkte Alltagskompetenz i. S. des § 45 a SGB XI haben.

1. Pflege und medizinische Versorgung (32 Kriterien)

1 bb	<p>Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Einschätzung des Dekubitusrisikos sollte bei allen Bewohnern erfolgen, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, und zwar unmittelbar zum Beginn der Pflege und danach in individuell festgelegten Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität oder bei Einwirkung von externen Faktoren (z. B. Sonden, Katheter), die zur erhöhten und/oder verlängerten Einwirkung von Druck und/oder Schwerkraften führen. Ein bestehendes Dekubitusrisiko ist ggf. mit Hilfe einer Skala (z. B. Braden-Skala, Norton-Skala) zur Ermittlung des Dekubitusrisikos zu erkennen und einzuschätzen. Die Einschätzung des Dekubitusrisikos muss aktuell sein. Aktuell bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Veränderungen des Pflegezustandes und sich daraus ergebende Erfordernisse (z. B. Risikoeinschätzungen oder Anpassung von Maßnahmen) bis zur nächsten Übergabe zu dokumentieren sind.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Nachweis der Risikoeinschätzung über die Pflegedokumentation erbracht wird. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen beim Pflegepersonal eingeholt.</i></p> <p><i>Sofern der Prüfer zu einer abweichenden Einschätzung des Dekubitusrisikos als die stationäre Pflegeeinrichtung kommt, ist dies anhand einer Risikoeinschätzung zu belegen.</i></p> <p><i>Wenn der Einschätzung der stationären Pflegeeinrichtung eine Risikoskala zugrunde liegt, soll der Prüfer die gleiche Skala wie die stationäre Pflegeeinrichtung verwenden, wenn es sich um eine gängige Skala (z. B. Braden- oder Norton-Skala) handelt.</i></p>
------	--

2 bb	<p>Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei dekubitusgefährdeten Bewohnern individuell angemessene Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe wie z. B.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• haut- und gewebeschonende Lagerung und Transfer-techniken,</i> <i>• Maßnahmen zur Bewegungsförderung,</i> <i>• ggf. Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich der Risiken und Maßnahmen</i> <p><i>in der Pflegeplanung berücksichtigt sind sowie die Durchführung in der Dokumentation und durch Inaugenscheinnahme erkennbar ist. Die sachgerechte Durchführung der Dekubitusprophylaxen ist z. B. daran erkennbar, dass die aktuelle Lagerung der Planung entspricht, notwendige Hilfsmittel eingesetzt werden und ordnungsgemäß zum Einsatz kommen. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend das Pflegepersonal und die Bewohner befragt.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu bewerten, wenn von der stationären Pflegeeinrichtung festgestellt wurde, dass kein Dekubitusrisiko vorliegt.</i></p>
3 bb	<p>Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Aus der Pflegedokumentation muss klar erkennbar sein, ob und ggf. wann der Dekubitus oder die chronische Wunde innerhalb oder außerhalb der stationären Pflegeeinrichtung entstanden ist. Sofern der Dekubitus oder die chronische Wunde innerhalb der stationären Pflegeeinrichtung entstanden ist, muss der Zeitpunkt der Entstehung immer dokumentiert sein.</i></p>
4 bb	<p>Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn die Pflegedokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus bei nicht intakter Haut folgende Aspekte umfasst:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>a) Verlauf nachvollziehbar,</i> <i>b) Größe,</i> <i>c) Lage,</i> <i>d) Tiefe.</i> <p><i>Sofern die chronische Wunde oder der Dekubitus Auffälligkeiten aufweist (z. B. Taschenbildung, auffälliger Wundrand, auffällige Wundumgebung, Wundsekretion), sind auch diese zu dokumentieren.</i></p> <p><i>Die Beurteilung der Wunde oder des Dekubitus ist in individuell festgelegten Abständen innerhalb eines Zeitraums von ein bis zwei Wochen durchzuführen und zu dokumentieren.</i></p>

5 bb	<p>Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Behandlung des Dekubitus/der chronischen Wunde entspricht dem aktuellen Stand des Wissens, wenn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>sie entsprechend den ärztlichen Anordnungen erfolgt,</i> • <i>soweit erforderlich die Prinzipien der lokalen Druckentlastung, therapeutischen Lagerung bzw. der Kompression umgesetzt werden,</i> • <i>die Versorgung der Wunde nach physiologischen und hygienischen Maßstäben erfolgt.</i> <p><i>Als chronisch gelten Wunden, wenn sie nach vier bis zwölf Wochen trotz konsequenter Therapie keine eindeutigen Heilungstendenzen aufweisen.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist, dass die Behandlung dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und die Durchführung der Maßnahmen durch die Inaugenscheinnahme erkennbar ist. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend das Pflegepersonal und die Bewohner befragt.</i></p> <p><i>Das Kriterium, ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu kennzeichnen, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Anordnung nicht angepasst hat.</i></p>
6 bb	<p>Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Heilungsprozess kontinuierlich evaluiert, die Ergebnisse beurteilt und ggf. der Arzt informiert wurde. Sofern es erforderlich ist, sind die Therapiemaßnahmen entsprechend der ärztlichen Anordnung anzupassen.</i></p> <p><i>Die Pflegefachkraft überprüft spätestens alle vier Wochen die Wirksamkeit der gesamten Maßnahmen und schlägt ggf. allen an der Versorgung Beteiligten Änderungen vor.</i></p> <p><i>Die Information des Arztes ist dann erforderlich, wenn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>sich die Wundsituation verschlechtert,</i> • <i>oder die pflegebedürftigen Menschen die geplanten Maßnahmen nicht unterstützen,</i> • <i>Behandlungsziele erreicht wurden und weitergehende Behandlungsschritte eingeleitet werden können.</i> <p><i>Das Kriterium ist grundsätzlich anhand der Pflegedokumentation zu überprüfen. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen beim Pflegepersonal eingeholt.</i></p>

7 bb	<p>Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Für alle Bewohner der stationären Pflegeeinrichtung soll bei Aufnahme oder relevanten Änderungen des Gesundheitszustandes geprüft werden, ob ein Ernährungsrisiko besteht. Ist dies der Fall, ist das individuelle Ernährungsrisiko zu beschreiben. Dabei sind insbesondere folgende Symptome zu beachten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>grobe Anzeichen für einen Nahrungsmangel, z. B. auffällig niedriges Körpergewicht, zu weit gewordene Kleidung, tief liegende Augen,</i> • <i>unbeabsichtigter Gewichtsverlust (mehr als 5 % in 1 - 3 Monaten, mehr als 10 % in 6 Monaten),</i> • <i>auffällig geringe Essmengen,</i> • <i>erhöhter Energie- und Nährstoffbedarf bzw. erhöhte Verluste (z. B. aufgrund von Erkrankungen, außergewöhnliche Mobilität).</i> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Nachweis der Risikoeinschätzung über die Pflegedokumentation erbracht wird. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen beim Pflegepersonal eingeholt.</i></p>
8 bb	<p>Werden bei Einschränkung der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei Bewohnern mit individuellen Ernährungsrisiken und Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung gemäß T7 erforderliche Maßnahmen mit dem Bewohner abgestimmt, in der Pflegeplanung nachvollziehbar dokumentiert (Dokumentation) und die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen durch eine Inaugenscheinnahme erkennbar sind.</i></p> <p><i>Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend das Pflegepersonal und die Bewohner befragt.</i></p> <p><i>Die Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans kann in der Langzeitpflege über mehrere Tage bis Wochen dauern, denn häufig ist ein Ausprobieren unterschiedlicher Maßnahmen möglichst in Abstimmung mit dem Bewohner notwendig. Ggf. müssen kurzfristige Änderungen/ Anpassungen erfolgen. Neben der Veränderung des Hilfebedarfs und der Risiken sind auch Veränderungen der Bedürfnisse des Bewohners (z. B. Abneigungen und Vorlieben bestimmten Speisen gegenüber) zu berücksichtigen.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn keine Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung vorliegen.</i></p>

9 bb	<p>Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Der Ernährungszustand des Bewohners ist in folgenden Fällen als angemessen zu beurteilen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Der Bewohner hat keine Einschränkungen und Risiken bei der selbständigen Nahrungsaufnahme bzw. es liegt eine gewollte Gewichtsreduktion vor,</i> • <i>es bestehen Risiken und/oder Einschränkungen bei der selbständigen Nahrungsaufnahme und die stationäre Pflegeeinrichtung führt alle aus der Risikofeststellung abgeleiteten Maßnahmen durch, aber der Bewohner ist trotzdem unter- oder überernährt bzw. fehlernährt.</i> <p><i>Gründe für eine Gewichtsabnahme, die seitens der stationären Pflegeeinrichtung nicht beeinflussbar sind, können z. B. sein: medizinisch begründbare Ursachen für eine Gewichtsabnahme, Bewohner befindet sich in der Sterbephase, Bewohner möchte nicht künstlich ernährt werden.</i></p> <p><i>Der Nachweis erfolgt über die Inaugenscheinnahme und Befragung der Bewohner sowie über die Pflegedokumentation. Sofern Zweifel an einem angemessenen Ernährungszustand bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt.</i></p>
10 bb	<p>Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Für alle Bewohner der stationären Pflegeeinrichtung, bei denen eine Gefährdung nicht offensichtlich ausgeschlossen werden kann, soll bei Aufnahme oder relevanten Änderungen des Gesundheitszustandes geprüft werden, ob ein Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung besteht. Ist dies der Fall, ist dieses individuelle Risiko zu beschreiben. Dabei sind insbesondere folgende Symptome zu beachten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>grobe Anzeichen für einen Flüssigkeitsmangel, z. B. auf Flüssigkeitsdefizite hinweisende Verwirrtheit, konzentrierter Urin,</i> • <i>auffällig geringe Trinkmengen,</i> • <i>erhöhter Flüssigkeitsbedarf bzw. erhöhte Verluste (z. B. aufgrund von Erkrankungen, hohen Außentemperaturen).</i> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Nachweis der Risikoeinschätzung über die Pflegedokumentation erbracht wird. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen beim Pflegepersonal eingeholt.</i></p>

11 bb	<p>Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? <i>Ausfüllanleitung</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei Bewohnern mit individuellen Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung gemäß T10 bei denen Einschränkungen in der selbständigen Flüssigkeitsversorgung vorliegen, erforderliche Maßnahmen mit dem Bewohner abgestimmt und in der Pflegeplanung nachvollziehbar dokumentiert (Dokumentation) und die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen durch eine Inaugenscheinnahme erkennbar sind.</i></p> <p><i>Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend das Pflegepersonal und die Bewohner befragt.</i></p> <p><i>Die Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans kann in der Langzeitpflege über mehrere Tage bis Wochen dauern, denn häufig ist ein Ausprobieren unterschiedlicher Maßnahmen möglichst in Abstimmung mit dem Bewohner notwendig. Ggf. müssen kurzfristige Änderungen/Anpassungen erfolgen. Neben der Veränderung des Hilfebedarfs und der Risiken sind auch Veränderungen der Bedürfnisse des Bewohners (z. B. Abneigungen und Vorlieben bestimmten Getränken gegenüber) zu berücksichtigen.</i></p> <p><i>Hierbei können z. B. folgende Aspekte wichtig sein:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Individuelle Unterstützung bei der Flüssigkeitsaufnahme</i> • <i>Angepasste Gestaltung der Umgebung/soziales Umfeld</i> • <i>Geeignete, flexible Flüssigkeitsangebote sowie Darreichungsformen</i> • <i>Angepasste Hilfsmittel</i> • <i>Information des Hausarztes und Einbeziehung weiterer Berufsgruppen bei Bedarf.</i> <p><i>Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn keine Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung vorliegen.</i></p>
-------	--

12 bb	<p>Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Flüssigkeitsversorgung des Bewohners ist in folgenden Fällen als angemessen zu beurteilen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Der Bewohner hat keine Einschränkungen und Risiken bei der selbständigen Flüssigkeitsaufnahme.</i> • <i>Es bestehen Risiken und/oder Einschränkungen bei der selbständigen Flüssigkeitsaufnahme und die stationäre Pflegeeinrichtung führt alle aus der Risikofeststellung abgeleiteten Maßnahmen durch, aber der Bewohner ist trotzdem nicht ausreichend mit Flüssigkeit versorgt.</i> <p><i>Gründe für die nicht ausreichende Flüssigkeitsversorgung, die seitens der stationären Pflegeeinrichtung nicht beeinflussbar sind, können z.B. sein: medizinisch begründbare Ursachen für eine nicht ausreichende Flüssigkeitsversorgung, der Bewohner befindet sich in der Sterbephase, der Bewohner lehnt eine künstliche Flüssigkeitszufuhr ab.</i></p> <p><i>Der Nachweis erfolgt über die Inaugenscheinnahme und Befragung der Bewohner sowie über die Pflegedokumentation. Sofern Zweifel an einer angemessenen Flüssigkeitsversorgung bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt.</i></p>
13 bb	<p>Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die systematische Schmerzeinschätzung erfolgt durch die stationäre Pflegeeinrichtung bei Bewohnern mit chronischen Schmerzen und bei Bewohnern, bei denen erhebliche Schmerzen kurzfristig, zeitlich begrenzt und in einem kausalen Zusammenhang zu einem Ereignis (z. B. Fraktur) stehen. Die Schmerzeinschätzung erfolgt zu folgenden Inhalten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Schmerzlokalisierung,</i> • <i>Schmerzintensität,</i> • <i>Zeitliche Dimension (z. B. erstes Auftreten, Verlauf, Rhythmus),</i> • <i>Verstärkende und lindernde Faktoren,</i> • <i>ggf. Auswirkungen auf das Alltagsleben.</i> <p><i>Bei Bewohnern mit eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung mittels Beobachtung.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Nachweis der Risikoeinschätzung über die Pflegedokumentation erbracht wird. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen beim Pflegepersonal eingeholt.</i></p>

14 bb	<p>Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn erkennbar ist, dass aufgrund der Ergebnisse der Krankenbeobachtung oder der Schmerzeinschätzung bei Bewohnern mit Schmerzen der behandelnde Arzt im Bedarfsfall unverzüglich informiert wird, insbesondere dann, wenn durch die eingenommenen Medikamente keine ausreichende Minderung der Schmerzen erreicht wird.</i></p> <p><i>Der Nachweis erfolgt über die Pflegedokumentation, Telefonnotizen oder andere Belege, wie z. B. Änderung der Medikation. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen beim Pflegepersonal eingeholt.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu bewerten, wenn der Bewohner die Kommunikation mit dem Arzt selbstständig vornimmt und deshalb nicht dokumentiert wird.</i></p>
15 bb	<p>Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung die ärztlich verordneten Medikamente und deren Verabreichung dokumentiert hat. Eine Dokumentation enthält folgende Angaben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a) die Applikationsform,</i> <i>b) den vollständigen Medikamentennamen oder Wirkstoff,</i> <i>c) die Dosierung,</i> <i>d) Häufigkeit,</i> <i>e) die tageszeitliche Zuordnung der Medikamentengabe.</i>
16 bb	<p>Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei Bewohnern mit Harninkontinenz oder Blasenkatheter hieraus resultierende Risiken und die individuellen Ressourcen/Fähigkeiten in der Informationssammlung bzw. in der Pflegeanamnese ermittelt und beschrieben sind. Relevante Veränderungen (z. B. Schwächung des Gesundheitszustandes aufgrund von akuten Erkrankungen, veränderte Medikation) sind aktuell zu dokumentieren.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Nachweis der Risikoeinschätzung über die Pflegedokumentation erbracht wird. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen beim Pflegepersonal eingeholt.</i></p>

17 bb	<p>Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasen- katheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt? <i>Ausfüllanleitung:</i> <i>Bei Bewohnern mit Inkontinenz oder Blasen- katheter werden die erforderlichen Maßnahmen in Absprache mit den Bewohnern durchgeführt. Geeignete Maßnahmen sind insbesondere:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>der Einsatz geeigneter Inkontinenzprodukte, sofern dies im Ermessen der stationären Pflegeeinrichtung steht,</i> • <i>ein Kontinenztraining/Toiletten- training bzw. die individuelle Planung und Durchführung von Toiletten- gängen</i> • <i>und ggf. nach ärztlicher Anordnung die Versorgung mit einem Blasen- katheter nach hygienischen Grundsätzen.</i> <p><i>Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die Durch- führung der erforderlichen Maßnahmen in der Doku- mentation und ggf. durch Inaugenscheinnahme erkenn- bar ist. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt und die Bewohner befragt.</i></p> <p><i>Das Kriterium kann auch mit „ja“ beantwortet werden, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung den Arzt nach- weislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Anordnung nicht angepasst hat.</i></p>
18 bb	<p>Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst? <i>Ausfüllanleitung:</i> <i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für alle Bewohner der stationären Pflegeeinrichtung geprüft worden ist, ob aufgrund personen- und/oder umge- bungsbezogener Risikofaktoren ein erhöhtes Sturzrisiko besteht und im Falle einer positiven Einschätzung eine aktuelle systematische Einschätzung dieses Sturzrisikos vorliegt. Das ist in der Informationssammlung bzw. der Pflegeanamnese zu ermitteln und zu beschreiben (Dokumentation).</i></p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Nachweis der Risiko- einschätzung über die Pflegedokumentation erbracht wird. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen beim Pflegepersonal eingeholt.</i></p>

19 bb	<p>Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die dem Risiko entsprechenden individuellen Maßnahmen durchgeführt werden. Solche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe können unter anderem sein:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Veranlassung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sehfähigkeit,</i> • <i>Anpassung der Umgebung (z. B. Beseitigung von Stolperfallen, Verbesserung der Beleuchtung, Einsatz geeigneter Hilfsmittel),</i> • <i>Übungen zur Steigerung der Kraft und Balance (Sitzgymnastik oder Seniorentanz sowie ähnliche Aktivitäten),</i> • <i>Anregung zur Überprüfung und Anpassung der Medikation durch den Arzt.</i> <p><i>Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt und die Bewohner befragt.</i></p>
20 bb	<p>Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Notwendigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen ist regelmäßig zu überprüfen und zu dokumentieren. Ggf. sind entsprechende Maßnahmen einzuleiten, z. B. solche mit geringeren freiheitseinschränkenden Effekten. Das Überprüfungsintervall ist abhängig vom Krankheitsbild und vom Pflegezustand des Bewohners und ggf. einer Verfahrensanweisung der stationären Pflegeeinrichtung.</i></p> <p><i>Die Überprüfung der Notwendigkeit von freiheitseinschränkenden Maßnahmen wird anhand der Pflegedokumentation (oder an anderer Stelle) und durch Inaugenscheinnahme geprüft. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt und die Bewohner befragt.</i></p>
21 bb	<p>Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen der Bewohner oder richterliche Genehmigungen in der Pflegedokumentation oder an anderer Stelle schriftlich hinterlegt sind.</i></p> <p><i>Sofern die freiheitseinschränkende Maßnahme wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung (rechtfertigender Notstand) erfolgt, ist das Kriterium ebenfalls erfüllt.</i></p>

22 bb	<p>Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>aus der Pflegedokumentation erkennbar ist, dass im Falle von Akuterkrankungen, Unfällen, Notfällen bzw. Veränderungen des Gesundheitszustandes bei chronischen Erkrankungen Kontakt zum behandelnden Arzt aufgenommen worden ist und ggf. die ärztlich empfohlenen Maßnahmen eingeleitet wurden (z. B. Anpassung therapeutischer Maßnahmen, Besuch der Arztpraxis oder Bestellung des Notarztes oder Veranlassung einer Notaufnahme in ein Krankenhaus durch einen Kranken- oder Rettungstransportwagen).</i> • <i>Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend die Mitarbeiter bzw. die Bewohner befragt.</i> <p><i>Das Kriterium ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu bewerten, wenn der Bewohner die Kommunikation mit dem Arzt selbstständig vornimmt und deshalb nicht dokumentiert wird. Dies ist vom Prüfer durch Befragung des Bewohners oder der Mitarbeiter zu klären.</i></p>
23 bb	<p>Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn der stationären Pflegeeinrichtung die ärztlichen Anordnungen vorliegen und deren Durchführung dokumentiert ist. Dokumentiert ist eine behandlungspflegerische Maßnahme, wenn entsprechend der ärztlichen Anordnung beschrieben ist, welche Maßnahme wann, wie, wie oft und womit durchgeführt werden soll und die entsprechenden Durchführungsnachweise vorliegen.</i></p> <p><i>Liegt eine schriftliche Anordnung des Arztes nicht vor, ist die mündliche Anordnung des Arztes (auch per Telefon) durch eine Pflegefachkraft entgegen zu nehmen und nach dem VUG-Prinzip (Vorgelesen Und Genehmigt) zu dokumentieren.</i></p>

24 bb	<p>Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>„Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung die ärztlich angeordneten Medikamente und deren Verabreichung dokumentiert hat. Eine Dokumentation enthält folgende Angaben:</i></p> <p><i>a) die Applikationsform,</i></p> <p><i>b) den vollständigen Medikamentennamen oder Wirkstoff,</i></p> <p><i>c) die Dosierung,</i></p> <p><i>d) die Häufigkeit,</i></p> <p><i>e) die tageszeitliche Zuordnung der Medikamentengabe.</i></p> <p><i>Das Selbstbestimmungsrecht des Bewohners ist dabei ausschlaggebend.</i></p> <p><i>Bei der Verwendung von Generika muss zweifelsfrei nachvollziehbar sein, um welches Präparat es sich handelt (z. B. durch Austauschliste oder Dokumentation des Wirkstoffnamens oder Kennzeichnung der Generikumpackung mit dem Namen des verordneten Präparates.)</i></p> <p><i>Wenn statt des vom Arzt verordneten Medikamentes ein Austauschpräparat in einer anderen Darreichungsform zur Anwendung kommt, so ist die Frage ebenfalls als erfüllt zu bewerten, wenn Wirkstoff und Menge des Wirkstoffes mit der Verordnung identisch sind.</i></p> <p><i>Wenn die Applikationsform in der Pflegedokumentation nicht angegeben ist, dann ist regelhaft davon auszugehen, dass die Applikation oral erfolgt.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „Nein“ zu beantworten, wenn trotz ordnungsgemäßer Dokumentation offensichtlich ist, dass eine erforderliche Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme nicht oder nur unzureichend erfolgt.</i></p>
25 bb	<p>Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Ist eine Bedarfsmedikation angeordnet, muss in der Pflegedokumentation festgehalten sein, bei welchen Symptomen welches Medikament in welcher Einzel- und bis zu welcher Tageshöchstdosierung zu verabreichen ist, sofern die Tageshöchstdosierung vom Arzt jeweils festgelegt wurde.</i></p>

26 bb	<p>Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Der Umgang mit Medikamenten ist sachgerecht, wenn:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a) die gerichteten Medikamente mit den Angaben in der Pflegedokumentation übereinstimmen,</i> <i>b) diese bewohnerbezogen beschriftet aufbewahrt werden,</i> <i>c) ggf. eine notwendige Kühschränklagerung (2 – 8°) erfolgt,</i> <i>d) diese als Betäubungsmittel verschlossen und gesondert aufbewahrt werden,</i> <i>e) bei einer begrenzten Gebrauchsdauer nach dem Öffnen der Verpackung das Anbruchs- oder Verbrauchsdatum ausgewiesen wird (es muss zweifelsfrei erkennbar sein, um welches Datum es sich handelt),</i> <i>f) Medikamente in Blisterpackungen entsprechend der Apothekenbetriebsordnung mit Namen des Bewohners, Angaben zum enthaltenen Medikament mit Chargenkennzeichnung, Verfalldatum, Einnahmehinweisen, eventuellen Lagerungshinweisen und abgebender Apotheke ausgezeichnet sind,</i> <i>g) bei Verblisterung die Medikamente direkt aus der Blisterpackung gereicht werden.</i> <p><i>Direkt bedeutet, es erfolgt keine Zwischenlagerung der Medikation. Ein Reichen oder Einnehmen der Medikamente mit Hilfsmitteln (z. B. mit Löffel) oder unter Hilfestellung ist möglich.</i></p> <p><i>Die Frage bezieht sich nur auf die Bewohner, für die Medikamente durch die stationäre Pflegeeinrichtung gestellt und verteilt werden. Die Frage bezieht sich auch auf die Bedarfsmedikation.</i></p>
-------	---

27 bb	<p>Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Kompressionsstrümpfe und -verbände werden sachgerecht angelegt, wenn:</i></p> <p>a) <i>das Anlegen im Liegen bei entstauten Venen und abgeschwollenen Beinen erfolgt,</i></p> <p>b) <i>der Kompressionsverband immer in Richtung des Körperrumpfes gewickelt wird,</i></p> <p>c) <i>der Verband beim Anlegen faltenfrei ist.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist mit ja zu beantworten,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>wenn der Kompressionsverband/-strumpf zum Zeitpunkt der Prüfung sachgerecht angelegt ist</i> • <i>oder der Prüfer sich vom sachgerechten Anlegen überzeugt hat.</i> <p><i>Ist der Kompressionstrumpf/-verband nicht sachgerecht oder nicht angelegt, klärt der Prüfer die Gründe hierfür (Pflegedokumentation, Befragung der Bewohner oder Mitarbeiter) und entscheidet sachgerecht.</i></p> <p><i>Dieses Kriterium ist auch erfüllt, wenn das Anlegen nicht nach a – c erfolgt, weil der pflegebedürftige Mensch dies trotz nachweislicher Information der stationären Pflegeeinrichtung anders wünscht.</i></p>
28 bb	<p>Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn bei Bewohnern mit Ernährungssonden in der Häufigkeit der Mahlzeitenangebote mindestens 3 x täglich der Geschmackssinn angeregt wird. Das Selbstbestimmungsrecht des Bewohners ist dabei ausschlaggebend.</i></p> <p><i>Der Nachweis erfolgt über die Befragung der Bewohner, über die Pflegedokumentation sowie ggf. eine Inaugenscheinnahme. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt.</i></p> <p><i>Das Kriterium „trifft nicht zu“ (t.n.z.), wenn aus medizinischen Gründen die Maßnahme kontraindiziert ist, zum Beispiel bei vermehrtem Speichelfluss bei gleichzeitig bestehender Aspirationsgefahr.</i></p>

29 bb	<p>Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Frage bezieht sich nur auf die Bewohner, bei denen von der stationären Pflegeeinrichtung Maßnahmen der Körperpflege übernommen werden.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>der Bewohner einen gepflegten Eindruck macht (z. B. keine fettigen und ungepflegten Haare) oder</i> • <i>Defizite in der Körperpflege erkennbar sind und die stationäre Pflegeeinrichtung nachvollziehbar ihre Einwirkungsmöglichkeiten dokumentiert hat (z. B. Beratung oder wiederholtes Angebot).</i> <p><i>Das Selbstbestimmungsrecht des Bewohners ist dabei ausschlaggebend.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn der Bewohner die Körperpflege nachweislich selbständig durchführen kann.</i></p>
30 bb	<p>Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Frage bezieht sich nur auf die Bewohner, bei denen von der stationären Pflegeeinrichtung Maßnahmen der Mund- und Zahnpflege übernommen werden.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>der Mund und die Zähne des Bewohners einen gepflegten Eindruck machen (z. B. keine Beläge auf den Zähnen, keine borkige Zunge) oder</i> • <i>Defizite bei der Zahn- und Mundpflege erkennbar sind und die stationäre Pflegeeinrichtung nachvollziehbar ihre Einwirkungsmöglichkeiten dokumentiert hat (z. B. Beratung oder wiederholtes Angebot).</i> <p><i>Das Selbstbestimmungsrecht des Bewohners ist dabei ausschlaggebend.</i></p> <p><i>Der Nachweis des Kriteriums wird durch Inaugenscheinnahme und die Pflegedokumentation erbracht. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt und die Bewohner befragt.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn der Bewohner die Mund- und Zahnpflege nachweislich selbständig durchführen kann.</i></p>

31 bb	<p>Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn der Bewohner während des Dienstes (Frühdienst, Spätdienst, Nachtdienst) von einem überschaubaren Pflegeteam über einen längeren Zeitraum (mehrere Tage) versorgt wird. Das Kriterium wird anhand der Pflegedokumentation oder der Dienstplanung überprüft.</i></p>
32 eb	<p>Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Von einer regelmäßigen Schulung der Mitarbeiter in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen ist auszugehen, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung belegen kann, dass solche Schulungen für die betroffenen Mitarbeiter in Abständen von nicht mehr als zwei Jahren durchgeführt wurden.</i></p> <p><i>Neben Schulungen, die z. B die stationären Pflegeeinrichtungen selbst zu diesem Themen anbieten, können auch betriebliche Ersthelferschulungen dazu zählen.</i></p>

2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern (9 Kriterien)

33 bb	<p>Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn die Pflege und soziale Betreuung auf der Grundlage relevanter Biografieangaben des Bewohners erfolgt.</i></p> <p><i>Dazu gehören insbesondere Informationen zu</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Gewohnheiten und Vorlieben (z. B. Weckrituale, die Berücksichtigung von Vorlieben bei den Mahlzeiten und Schlafgewohnheiten),</i>• <i>Weitere relevante Biografieangaben können sich aus folgenden Bereichen ergeben: Bildung und Beruf, Freizeit und Familie sowie besondere Lebensereignisse.</i> <p><i>Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>aus der Dokumentation erkennbar ist, dass für die Pflege und soziale Betreuung relevante Biografieangaben berücksichtigt werden,</i>• <i>die Berücksichtigung der relevanten Biografieangaben im Rahmen der Prüfsituation beobachtet werden kann. Sofern möglich, können die Bewohner ergänzend befragt werden.</i> <p><i>Das Kriterium ist auch dann erfüllt, wenn aus der Dokumentation der Maßnahmen ein inhaltlicher Bezug zur Biographie erkennbar ist. Nicht erforderlich ist, dass bei der Dokumentation einzelner Maßnahmen jeweils ein schriftlicher Begründungszusammenhang zu pflegerlevanten Biografieangaben hergestellt wird.</i></p> <p><i>Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn nachvollziehbar keine Möglichkeiten der Informationssammlung zur Biografie bestanden haben. Dies ist der Fall, wenn</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>der Bewohner nicht befragt werden kann und</i>• <i>keine Angehörigen oder anderen Bezugspersonen für Auskünfte zur Verfügung stehen und</i>• <i>durch Beobachtung des Pflegepersonals keine verwertbaren Rückschlüsse zur Biografie gewonnen werden können.</i>
-------	--

34 bb	<p>Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und sozialen Betreuung einbezogen?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Einbeziehung von Angehörigen oder Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung ist erforderlich, wenn Menschen mit Demenz bzw. Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, Auskünfte über Vorlieben, Gewohnheiten, Wünsche und ggf. Abneigungen im Zusammenhang mit der Gestaltung der Pflege und der Betreuung zu geben. Bei diesen Bewohnern können oftmals nur Angehörige oder Freunde entsprechende Hinweise geben.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn bei Menschen mit Demenz aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist, dass Angehörige oder andere Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen wurden. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen werden ergänzend das Pflegepersonal und ggf. die Bewohner befragt.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>beim Bewohnern noch ausreichende kognitive Fähigkeiten vorhanden sind, um für die Planung der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen Vorlieben, Gewohnheiten, Wünsche und ggf. Abneigungen zum Ausdruck zu bringen.</i> • <i>Keine Angehörigen oder andere Bezugspersonen erreichbar oder vorhanden sind bzw. die Einbeziehung ausdrücklich nicht erwünscht ist.</i>
35 bb	<p>Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Auch Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz haben ein Recht bei der Ausgestaltung der Pflege und sozialen Betreuung aktiv mit zu entscheiden, auch wenn sie dies nur durch ihr Verhalten zum Ausdruck bringen können. Dies bedeutet auch, dass Bewohner im Rahmen ihres Selbstbestimmungsrechtes Maßnahmen ablehnen können, selbst wenn diese fachlich geboten sind.</i></p> <p><i>Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>aus der Pflegedokumentation erkennbar ist, dass die Selbstbestimmung bei der Pflege und sozialen Betreuung berücksichtigt wird.</i> • <i>Sofern in der Pflegedokumentation keine aussagekräftigen Informationen enthalten sind, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt.</i> <p><i>Sofern möglich, können die Bewohner dazu befragt werden.</i></p>

36 bb	<p>Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Bei Bewohnern mit Demenz sind Äußerungen des Wohlbefindens zu beobachten, auch wenn diese nicht verbal erfolgen, z. B. anhand der Mimik, Körperhaltung oder sonstigem Verhalten.</i></p> <p><i>Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>aus der Pflegedokumentation erkennbar ist, dass das Wohlbefinden in Zusammenhang mit der Pflege und sozialen Betreuung beobachtet wird. Bei beobachteten Äußerungen des Unwohlseins werden im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung Maßnahmen eingeleitet.</i> • <i>Sofern möglich, können die Bewohner dazu befragt werden.</i> <p><i>Sofern in der Pflegedokumentation keine aussagekräftigen Informationen enthalten sind, kann die Erfüllung des Kriteriums durch eine schlüssige Darlegung der Mitarbeiter nachgewiesen werden. Eine schlüssige Darlegung erfordert den konkreten Bezug zu der jeweiligen Person.</i></p> <p><i>Für die Einschätzung des Wohlbefindens können auch systematische Beobachtungsinstrumente wie z. B. H.I.L.DE oder DCM genutzt werden.</i></p>
37 eb	<p>Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden sind, die Bewohner jederzeit das Gebäude der stationären Pflegeeinrichtung verlassen können und sich im Außenbereich ohne besondere Gefährdung aufhalten können. Dies kann durch verschiedene Maßnahmen erreicht werden, z. B. durch Begleitung oder einen umzäunten Garten. Sofern eine Begleitung erforderlich ist, ist insbesondere zur Nachtzeit unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes des Bewohners auch die Personalausstattung der stationären Pflegeeinrichtung zu beachten.</i></p>
38 eb	<p>Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten können und diese durch Differenzierungen (z. B. Bilder, Symbole oder Farben) gut unterschieden werden können.</i></p>

39 eb	<p>Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Neben Gegenständen kommen hier auch Fotos, Bilder, Farben, Symbole und Tastmöglichkeiten in Betracht.</i></p>
40 bb	<p>Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Bei demenzkranken Bewohnern werden deren Bedürfnisse ansprechende Angebote wie z. B. Spaziergänge, Ausflüge, Bewegungsübungen, Singen, Vorlesen, Snoezelen, 10-Minuten-Aktivierung, Einsatz von Tieren oder auch Besuche von Veranstaltungen außerhalb der stationären Pflegeeinrichtung gemacht.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn aus der Pflegedokumentation oder anderen geeigneten Dokumenten klar hervorgeht, dass entsprechende Angebote durchgeführt wurden.</i></p> <p><i>Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt.</i></p> <p><i>Sofern möglich, kann dies auch durch Befragung der Bewohner oder teilnehmende Beobachtung bestätigt werden.</i></p>
41 eb	<p>Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Angebot an Speisen und Getränken den speziellen Anforderungen von Bewohnern mit Demenz entspricht. Dies kann durch verschiedene Maßnahmen erreicht werden, z. B. durch Begleitung, Anleitung, spezielle Darreichungs- oder Präsentationsformen.</i></p>

3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (9 Kriterien)

42 eb	<p>Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung Gruppenangebote konzeptionell plant und regelmäßig anbietet; regelmäßig bedeutet an mindestens fünf von sieben Wochentagen.</i></p> <p><i>Der Nachweis dieses Kriteriums wird anhand von Plänen zu Gruppenangeboten der letzten drei Monate erbracht.</i></p>
43 eb	<p>Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung für Bewohner, die aufgrund kognitiver Defizite, Einschränkungen in der Mobilität oder anderer Handicaps nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können, an mindestens drei von sieben Tagen Angebote für diese Bewohnergruppe plant und anbietet. Dies wird anhand der Konzeption und der Angebotsplanung überprüft. Es ist nicht ausreichend, nur persönliche Gedenktage zu berücksichtigen und Unterstützung bei persönlichen Anliegen zu geben.</i></p>
44 eb	<p>Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung regelmäßige und geplante Kontakte zu Vereinen, Kirchengemeinden und Organisationen im Ort pflegt, die dem Ziel dienen, für die Bewohner mehr soziale Kontakte herzustellen und ihnen eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft innerhalb und außerhalb der stationären Pflegeeinrichtung zu ermöglichen.</i></p>
45 eb	<p>Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung die Kontaktpflege zu Angehörigen und Bezugspersonen plant und diese regelmäßig in die soziale Betreuung, Versorgung und Pflege der Bewohner einbezieht bzw. einzubeziehen versucht.</i></p> <p><i>Der Nachweis wird durch die Konzeption sowie durch andere geeignete Nachweise (z. B. durch Einladungsschreiben, Aushänge, Informationsschreiben) erbracht. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzende Informationen des Pflegepersonals eingeholt.</i></p>

46 eb	<p>Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Angebote der sozialen Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse und Fähigkeiten ausgerichtet sind, z. B. zielgruppenspezifische Angebote für besondere Personengruppen (z. B. kultur-, religions-, geschlechts-, altersspezifisch).</i></p> <p><i>Das Kriterium wird anhand einer entsprechenden Konzeption, die differenzierte Angebote für unterschiedliche Zielgruppen enthält, geprüft. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend das Pflegepersonal und die Bewohner befragt.</i></p>
47 eb	<p>Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die stationäre Pflegeeinrichtung?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Hilfestellungen zur Eingewöhnung sind z. B. Bezugspersonen, Unterstützung bei der Orientierung, Integrationsgespräch nach 6 Wochen.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung eine Konzeption mit systematischen Hilfen für die Eingewöhnung hat und diese nachweislich umsetzt.</i></p>
48 eb	<p>Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Eingewöhnungsphase in Bezug auf den einzelnen Bewohner ausgewertet wird und erkennbar ist, dass ggf. notwendige Veränderungen realisiert worden sind bzw. realisiert werden sollen. Die Prüfung erfolgt anhand konzeptioneller Aussagen. Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend das Pflegepersonal und die Bewohner befragt.</i></p>
49 eb	<p>Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung müssen über folgende Mindestinhalte verfügen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Absprachen des Bewohners mit der stationären Pflegeeinrichtung über Wünsche und Vorstellungen zur letzten Lebensphase und zum Verfahren nach dem Tod</i> • <i>Die Vermittlung einer psychologischen oder seelsorgeischen Sterbebegleitung (z.B. über einen Hospizdienst).</i>

50 eb	<p>Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die nachweisliche Bearbeitung ist gegeben, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung den Nachweis durch bearbeitete Beschwerden erbringt.</i></p> <p><i>Sofern Zweifel an der Beurteilung des Kriteriums bestehen, werden ergänzend das Pflegepersonal und die Bewohner befragt.</i></p> <p><i>Die Anzahl bearbeiteter Beschwerden ist nicht bewertungsrelevant.</i></p>
-------	---

4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (9 Kriterien)

51 eb	<p>Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z. B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i> <i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn eine individuelle Gestaltung der Bewohnerzimmer möglich ist. Dazu können z. B. die Mitnahme von eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungstücken gehören sowie die Entscheidung über deren Platzierung.</i> <i>Eine Verifizierung der Frage erfolgt durch die Besichtigung der Zimmer der in die Stichprobe einbezogenen Bewohner.</i></p>
52 eb	<p>Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i> <i>Die Frage ist durch die Konzeption der stationären Pflegeeinrichtung zu klären und ggf. durch die Befragung einiger Bewohner oder des Heimbeirates zu verifizieren.</i></p>
53 eb	<p>Ist der Gesamteindruck der stationären Pflegeeinrichtung im Hinblick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i> <i>Die Frage ist mit ja, zu beantworten, wenn der Gesamteindruck der stationären Pflegeeinrichtung bei Bereichen wie Bewohnerzimmern, Gemeinschaftsflächen, Aufenthaltsräumen, Sanitärräumen mit Blick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut ist.</i></p>
54 eb	<p>Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i> <i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung geeignete Nachweise darüber führen – z. B. über einen Speiseplan –, dass die Bewohner in einem angemessenen zeitlichen Rahmen (von mindestens 90 Minuten) selbst bestimmen können, wann sie die Hauptmahlzeiten einnehmen können.</i></p>
55 eb	<p>Wird bei Bedarf Diätkost angeboten?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i> <i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung geeignete Nachweise darüber führen kann – z. B. über einen Speiseplan –, dass die Bewohner bei Bedarf Diätkost erhalten.</i></p>

56 eb	<p>Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung z. B. über die Pflegedokumentation nachweist, dass bei der Darbietung von Speisen und Getränken die individuellen Fähigkeiten der Bewohner berücksichtigt werden.</i></p> <p><i>Bei der Orientierung an den individuellen Fähigkeiten ist z. B. zu berücksichtigen, dass die Nahrung nur bei tatsächlicher Notwendigkeit klein geschnitten wird oder als passierte Kost serviert wird.</i></p>
57 eb	<p>Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplans bekannt gegeben?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei der Bekanntgabe des Speiseplans nachfolgende Kriterien berücksichtigt sind:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>seniorengerechte Schrift (mindestens Schriftgrad 14 und einen geeigneten Schrifttyp, z. B. Arial)</i> • <i>Aushänge in den Wohnbereichen, auch für Rollstuhlfahrer einsehbar</i> • <i>Verteilung/Information an immobile Bewohner.</i>
58 eb	<p>Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn sich die Portionsgrößen an den individuellen Wünschen der Bewohner orientieren und dies durch Beobachtung und Befragung der Bewohner oder Mitarbeiter verifiziert werden kann.</i></p>
59 eb	<p>Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?</p> <p><i>Ausfüllanleitung:</i></p> <p><i>Der Prüfer muss die Räume während einer Mahlzeit besichtigen und dabei unter Berücksichtigung des Verhaltens der Bewohner, des Geräuschniveaus, der sachlichen Ausstattung der Räume beurteilen, ob das Kriterium erfüllt ist.</i></p>

5. Befragung der Bewohner (18 Kriterien)

60 bb	Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?
61 bb	Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?
62 bb	Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?
63 bb	Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?
64 bb	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?
65 bb	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?
66 bb	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?
67 bb	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?
68 bb	Nehmen sich die Mitarbeiter ausreichend Zeit für Sie?
69 bb	Fragen die Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?
70 bb	Schmeckt Ihnen das Essen?
71 bb	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?
72 bb	Bekommen Sie jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?
73 bb	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?
74 bb	Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht?
75 bb	Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können?
76 bb	Können Sie jederzeit Besuch empfangen, wann Sie wollen?
77 bb	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?

Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)

Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die
Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach
§ 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse
in der stationären Pflege

Anlage 4:
Darstellung der Prüfergebnisse

vom 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 10. Juni 2013

Die Ergebnisse die Leistungsangebote der stationären Pflegeeinrichtungen und die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden auf zwei Darstellungsebenen entsprechend der verbindlichen Muster 1 und 2 dargestellt. Nachfolgend werden Erläuterungen zu den einzelnen Feldern der Darstellungen gegeben, soweit diese nicht selbsterklärend sind.

Verfahren der Veröffentlichung

Die Landesverbände der Pflegekassen übersenden die für die Veröffentlichung vorgesehenen Ergebnisse den stationären Pflegeeinrichtungen. Die stationären Pflegeeinrichtungen können den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von 28 Kalendertagen Unterlagen zusenden, die in die Veröffentlichung aufzunehmen sind und die Angaben enthalten, die nicht in den Qualitätsprüfungen erhoben werden. Die Frist beginnt mit dem Zugang der Benachrichtigung über die Einstellung des vorläufigen Pflege-Transparenzberichts. Die Benachrichtigung erfolgt grundsätzlich zu den üblichen Geschäftszeiten per E-Mail. Erfolgt die Benachrichtigung außerhalb der üblichen Geschäftszeiten, beginnt die Frist mit dem nächsten Werktag. Innerhalb dieser Frist können Hinweise zu der Veröffentlichung gegeben werden und sollen auch strittige Fragen zwischen der stationären Pflegeeinrichtung und den Landesverbänden geklärt werden. Nach Ablauf dieser Frist werden die Prüfergebnisse von den Landesverbänden der Pflegekassen im Internet sowie in anderer geeigneter Form veröffentlicht.

Die stationären Pflegeeinrichtungen hängen die Prüfergebnisse der Darstellungsebene 1 dieser Vereinbarung an gut sichtbarer Stelle aus.

Darstellungsebene 1

Die in der Darstellungsebene 1 aufzunehmenden Informationen sind nachfolgend verbindlich aufgeführt. Zum Muster 1 der Darstellungsebene 1 sowie für die von dort aus zu öffnenden Verlinkungen werden die Vertragsparteien das Layout abstimmen.

Feld	Bezeichnung/Beschreibung
1	Überschrift In dieses Feld wird die Überschrift der Veröffentlichung mit dem Titel „Qualität der stationären Pflegeeinrichtung“ eingetragen.
2	Name der stationären Pflegeeinrichtung
3	Adresse der stationären Pflegeeinrichtung In dieses Feld werden die Postleitzahl, der Ort, die Straße und die Hausnummer eingetragen.
4	Telefonnummer/Telefaxnummer In dieses Feld werden die Telefonnummer und die Telefaxnummer eingetragen.
5	E-Mail-Adresse und Internetadresse
6	Anzahl der versorgten Bewohner ¹
7	Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner

¹ Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Vereinbarung erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

Feld	Bezeichnung/Beschreibung
7.1	Anzahl der Bewohner, die an der Befragung der Bewohner teilgenommen haben.
8	Überschrift „Qualitätsbereiche“
8.1	Pflege und medizinische Versorgung Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelergebnissen dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
8.1.1	Gesamtzahl der Kriterien des Qualitätsbereichs
8.2	Umgang mit demenzkranken Bewohnern Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelergebnissen dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
8.2.1	Gesamtzahl der Kriterien des Qualitätsbereichs
8.3	Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelergebnissen dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
8.3.1	Gesamtzahl der Kriterien des Qualitätsbereichs
8.4	Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelergebnissen dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
8.4.1	Gesamtzahl der Kriterien des Qualitätsbereichs
8.5	Gesamtergebnis In dieses Feld wird das Ergebnis aus allen 59 Einzelfragen der Qualitätsbereiche 1 bis 4 als arithmetischer Mittelwert eingetragen.
8.5.1	Gesamtzahl der Kriterien des Gesamtergebnisses
8.6	Befragung der Bewohner In dieses Feld wird das Ergebnis des Qualitätsbereichs Befragung der Bewohner eingetragen. Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelergebnissen dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
8.6.1	Gesamtzahl der Kriterien der Bewohnerbefragung
9	Überschrift „Ergebnis – Qualitätsprüfungen“
9.1 9.6	In diese Felder werden die Noten der jeweiligen Qualitätsbereiche bzw. des Gesamtergebnisses sowohl numerisch als auch mit ihrer Bezeichnung eingetragen.
10	Überschrift „Gleichwertige Prüfung“

Feld	Bezeichnung/Beschreibung
10.1 bis 10.6	In diese Felder werden die Noten der den Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI gleichwertigen Prüfergebnisse eingetragen, sofern es solche Prüfergebnisse gibt. Ist dies nicht der Fall, werden die Felder 10.1 bis 10.6 nicht dargestellt.
11	Überschrift „Durchschnitt im Bundesland“
11.1	Der Durchschnittswert im Bundesland ist nur einzutragen, wenn mindestens 20 % aller stationären Pflegeeinrichtungen im Bundesland geprüft sind.
12	Die Überschrift „Erläuterungen zum Bewertungssystem“ soll verlinkt werden. Der Link führt zu einer entsprechenden laienverständlichen Erläuterung der Bewertungssystematik.
13	Die Überschrift „Vertraglich vereinbarte Leistungsangebote“ wird verlinkt. Der Link führt zu einer Aufstellung der zwischen den Vertragspartnern nach § 85 Abs. 2 SGB XI vereinbarten Leistungen.
14	Die Überschrift „Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten“ wird verlinkt. Der Link führt zu Angaben, die die stationäre Pflegeeinrichtung über Leistungsangebote und Strukturdaten macht, die über die im Feld 13 angegebenen Vertragsinhalte hinausgehen. In dem Link ist deutlich darauf hinzuweisen, dass es sich um „Eigenangaben“ handelt und nicht um Prüfergebnisse oder vertraglich vereinbarte Angebote. Die Darstellung erfolgt entsprechend dem Muster 3.
15	In dieses Feld ist nur das Datum der aktuellen Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI einzutragen.
16	In dieses Feld ist das Datum des aktuellsten gleichwertigen Prüfergebnisses nach § 114 Abs. 3 oder 4 SGB XI einzutragen.
16.1 bis 16.3	Bei Vorliegen eines gleichwertigen Prüfergebnisses nach § 114 Abs. 3 oder 4 SGB XI sind hier die Angaben analog 6.), 7.) und 7.1) einzutragen.
17	<p>a) Die Überschrift „Weitere Prüfergebnisse“ ist zu verlinken, wenn die stationäre Pflegeeinrichtung weitere Prüfergebnisse veröffentlichen möchte. Der Link führt zu Prüfergebnissen, die weder aus einer Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI noch aus einer gleichwertigen Prüfung nach § 114 Abs. 3 und 4 SGB XI stammen. Die Prüfergebnisse müssen aber von einer externen Prüfeinrichtung stammen. Rein interne Qualitätsprüfergebnisse der stationären Pflegeeinrichtung dürfen hier nicht veröffentlicht werden.</p> <p>b) Sofern ein Prüfergebnis der Heimaufsicht nicht unter Feld 16 aufgenommen werden kann, wird es hier dargestellt sofern es nach dem jeweiligen Heimrecht des Landes im Rahmen des § 115 Abs. 1a SGB XI veröffentlicht werden darf bzw. veröffentlicht werden soll.</p>

Feld	Bezeichnung/Beschreibung
18	Die Überschrift „Kommentar der stationären Pflegeeinrichtung“ wird verlinkt, wenn die geprüfte stationäre Pflegeeinrichtung sich zu dem Prüfergebnis äußern möchte. Der Kommentar darf keine unsachlichen und verunglimpfenden Inhalte enthalten sowie maximal eine Bildschirmseite mit einem Umfang von 3.000 Zeichen inklusive Leerzeichen umfassen.
19	In dem Feld 19 ist eine der Antwortkategorien „Ja“ oder „Nein“ auszufüllen, je nachdem, ob die stationäre Pflegeeinrichtung eine Wiederholungsprüfung beantragt hat oder nicht.
20	In dieses Feld wird die Notenskala mit folgenden Noten eingetragen: 1 sehr gut/ 2 gut/ 3 befriedigend/ 4 ausreichend/ 5 mangelhaft

Darstellungsebene 2

Auf der 2. Darstellungsebene wird vor den Kriterien des Qualitätsbereichs 1 (Pflege und medizinische Versorgung) folgender Text eingetragen:

„Bei den Kriterien 1 – 20 handelt es sich um besonders bedeutsame Aspekte der Pflege. Bitte prüfen Sie bei der Auswahl der stationären Pflegeeinrichtung insbesondere die Bewertung dieser Kriterien. Die Bewertung gibt Auskunft, bei wie vielen Bewohnern in der Prüfung die Qualitätsanforderungen erfüllt oder nicht erfüllt worden sind.“

Muster 1: „1. Darstellungsebene“

1.) Qualität der stationären Pflegeeinrichtung		12.) Erläuterungen zum Bewertungssystem hier	
2.) Seniorenresidenz „Schöner Anker“		13.) Vertraglich vereinbarte Leistungsangebote hier	
3.) Seestr. 9 12345 Hafenstadt		14.) Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten hier	
4.) Telefon: Fax: 02222 999999 02222 899999		15.) Qualitätsprüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI: Datum	
5.) E-Mail: Internet: letzterAnker@xls.de		16.) Gleichwertige Prüfung: Datum	
6.) Anzahl der versorgten Bewohner: 100		17.) Weitere Prüfergebnisse hier	
7.) Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner: 9		18.) Kommentar der stationären Pflegeeinrichtung hier	
7.1) Anzahl der befragten Bewohner: 7		19.) Die stationäre Pflegeeinrichtung hat eine Wiederholungsprüfung durch den MDK beantragt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
8.) Qualitätsbereiche	9.) Ergebnis Qualitätsprüfung	10.) Gleichwertige Prüfung	11.) Durchschnitt im Bundesland
8.1) Pflege und medizinische Versorgung hier	9.1) 2,4 (gut)	10.1)	
8.1.1 bis zu 32 Kriterien			
8.2) Umgang mit demenzkranken Bewohnern hier	9.2) 2,7 (befriedigend)	10.2)	
8.2.1 bis zu 9 Kriterien			
8.3) Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung hier	9.3) 3,0 (befriedigend)	10.3)	
8.3.1 bis zu 9 Kriterien			
8.4) Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene hier	9.4) 2,2 (gut)	10.4)	
8.4.1 bis zu 9 Kriterien			
8.5) Gesamtergebnis (aus allen 59 Fragen der vier Qualitätsbereiche)	9.5) 2,4 (gut)	10.5)	11.1)
8.5.1 bis zu 59 Kriterien			
8.6) Befragung der Bewohner hier	9.6) 1,4 (Sehr gut)	10.6)	
8.6.1 bis zu 18 Kriterien			
20) Notenskala: 1 sehr gut/ 2 gut/ 3 befriedigend/ 4 ausreichend/ 5 mangelhaft			

Muster 2: „2. Darstellungsebene“

Beispiel: Qualitätsbereich „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“		
33	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	Vollständig erfüllt bei 8 von 9 Bewohnern
34	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?	Vollständig erfüllt bei 7 von 9 Bewohnern
35	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?	Vollständig erfüllt bei 4 von 9 Bewohnern
36	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	Vollständig erfüllt bei 6 von 9 Bewohnern
37	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	ja
38	Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?	ja
39	Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?	nein
40	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	vollständig erfüllt bei 9 von 9 Bewohnern
41	Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?	ja
Bewertungsergebnis für den Qualitätsbereich		2,7

Muster 3: „Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten“

Die folgenden Angaben sind Selbstauskünfte der stationären Pflegeeinrichtung.

Ansprachpartner: Besonderheiten: _____ _____ _____ _____ _____	
Leistungsangebot ____ Einzelzimmer , davon mit ____ mit eigener/m Dusche/WC/Waschbecken ____ mit eigenem WC/Waschbecken ____ Doppelzimmer , davon mit ____ mit eigener/m Dusche/WC/Waschbecken ____ mit eigenem WC/Waschbecken <input type="checkbox"/> Eigene Möbel können mitgebracht werden <input type="checkbox"/> Haustiere können mitgebracht werden: _____	Pflegerische Schwerpunkte <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ Kooperationen mit medizinischen Einrichtungen <input type="checkbox"/> niedergelassene Ärzte: _____ <input type="checkbox"/> Krankenhäuser: _____ <input type="checkbox"/> _____
Preise (durchschnittlicher Gesamtpreis/Monat) Pflegestufe 0: _____, davon Anteil Pflegekasse _____ Pflegestufe 1: _____, davon Anteil Pflegekasse _____ Pflegestufe 2: _____, davon Anteil Pflegekasse _____ Pflegestufe 3: _____, davon Anteil Pflegekasse _____ Härtefall: _____, davon Anteil Pflegekasse _____	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Gesamtmitarbeiteranzahl in Vollzeitstellen: _____ Fachkräfteanteil in Pflege und Betreuung: _____ Weitere Fachkräfte mit Zusatzqualifikationen (Art und Anzahl): <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ Auszubildende (alle Berufe): _____ _____



Reinhardtstraße 30, 10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de



MDS, 45116 Essen
Telefon: 0201 8327-0
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de