

**Richtlinien  
des GKV-Spitzenverbandes<sup>1</sup>  
über die Prüfung  
der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität  
nach § 114 SGB XI  
(Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR)  
vom 27. September 2017<sup>2</sup>**

Der GKV-Spitzenverband hat unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. die Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien) vom 6. September 2016 aufgrund der Regelungen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes, insbesondere der Änderungen der §§ 114 und 114a SGB XI, angepasst und 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 am 27. September 2017 beschlossen.

Die Prüfgrundlagen für die ambulante und die stationäre Pflege sind im Folgenden getrennt dargestellt (Teil 1 - Ambulante Pflege, Teil 2 - Stationäre Pflege).

---

<sup>1</sup> Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI

<sup>2</sup> Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat diese Richtlinien mit Schreiben vom 21. November 2017 mit Auflagen genehmigt. Der GKV-Spitzenverband hat die entsprechend geänderten Richtlinien am 27. November 2017 beschlossen.

## **Teil 1 Ambulante Pflege**

## Präambel

- (1) Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung gelten nach Maßgabe von § 115a Absatz 3 bis 5 SGB XI fort. Dementsprechend wurden sie an die seit 1. Januar 2016 geltenden Regelungen und an die nach § 115a Absatz 1 SGB XI übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen angepasst und als Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) vom 6. September 2016 beschlossen.
- (2) Der GKV-Spitzenverband beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) sowie des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV-Prüfdienst) aufgrund der Regelungen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) die Anpassung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR. Zum einen wurden die Änderungen der §§ 114 und 114a SGB XI umgesetzt (Einbeziehung von Personen in die Regelprüfung, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V in Anspruch nehmen, unabhängig davon, ob Leistungsbezug nach § 36 SGB XI besteht sowie Änderungen beim Einholen von Einwilligungserklärungen). Zum anderen wurden im Zusammenhang mit der durch das PSG III eingeführten Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 i. V. m. § 275b SGB V gemeinsame Prüfkriterien für die intensivpflegerische Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege im Sinne des § 132a Abs. 1 Satz 5 SGB V entwickelt, um einheitliche Prüfgrundlagen für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) festzulegen, unabhängig davon, ob ein Pflegedienst einer Regelprüfung nach dem SGB XI oder SGB V unterliegt. Vor diesem Hintergrund wurden im vorliegenden Teil 1 der QPR, der die Prüfgrundlage für Pflegedienste mit einem Versorgungsvertrag nach dem SGB XI bildet, insbesondere Prüfkriterien für die spezielle Krankenbeobachtung im Erhebungsbogen für die ambulante Pflege (Anlage 1 und 2 zu Teil 1 der QPR) ergänzt.
- (3) Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen haben nach Maßgabe von § 118 SGB XI an der Anpassung der QPR beratend mitgewirkt. Der GKV-Spitzenverband hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie 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.
- (4) Die mit den Pflege-Transparenzvereinbarungen vorliegenden Transparenzkriterien bilden eine Teilmenge der in den Anlagen zu diesen Richtlinien enthaltenen Qualitätskriterien. Die Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (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 Absatz 1 SGB XI und der Veröffentlichung der Transparenzberichte nach § 115 Absatz 1a SGB XI handelt es sich um voneinander getrennte Verfahren. Die in den Pflege-Transparenzvereinbarungen vereinbarten Kriterien sind für die Veröffentlichung von Prüfergebnissen im Transparenzbericht maßgeblich. Für den Prüfbericht, der u. a. für die ambulanten Pflegedienste und die Landesverbände der Pflegekassen erstellt wird, sind alle Prüfkriterien der QPR Teil 1 relevant.

- (5) Teil 1 dieser QPR gilt bis zum Inkrafttreten der Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung für den ambulanten Bereich nach § 114a Absatz 7 SGB XI.

## 1. Ziel der Richtlinien

- (1) Teil 1 der QPR dient als verbindliche Grundlage für die Prüfung der Qualität in den ambulanten Pflegediensten nach einheitlichen Kriterien.
- (2) 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 ambulanten Pflegediensten 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) und den PKV-Prüfdienst nach § 115a Absatz 3 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 Absatz 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,
  - Vorliegen einer anzeigepflichtigen intensivpflegerischen Versorgung von mindestens zwei Versicherten in einer Wohneinheit nach § 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V<sup>3</sup>,
  - ob eine Leistungserbringung in der speziellen Krankenbeobachtung erfolgt (z.B. beatmete Personen, Personen im Wachkoma)<sup>4</sup>,

---

<sup>3</sup> Diese Information ist im Prüfauftrag anzugeben, soweit sie den Landesverbänden der Pflegekassen vorliegt.

<sup>4</sup> siehe Fußnote 3.

- Zeitpunkt der Prüfung,
  - Prüfmodalitäten (insbesondere Information/Abstimmung 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, Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI einschließlich Anlagen, Strukturdaten, vorliegende Maßnahmenbescheide nach § 115 Absatz 2 SGB XI, Stellungnahmen und Unterlagen des ambulanten Pflegedienstes an die Landesverbände der Pflegekassen sowie eventuelle Beschwerden über den zu prüfenden ambulanten Pflegedienst.

#### 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 (Impulsberatung). Dieser Prüfansatz setzt eine intensive Zusammenarbeit des ambulanten Pflegedienstes mit dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst voraus.
- (2) Zur Durchführung der Qualitätsprüfungen ist dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst Zugang zum ambulanten Pflegedienst zu gewähren. Die Prüferin/der Prüfer weist sich auf Wunsch des Pflegedienstes aus. Die Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen. Eine Prüfung zur Nachtzeit ist auf die Fälle zu begrenzen, in denen das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann. Der Pflegedienst hat der Prüferin/dem Prüfer auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu gehören auch Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI sowie die Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V einschließlich der für die Prüfung notwendigen Anlagen. Soweit erforderlich sind Kopien anzufertigen. Die Beteiligung anderer Prüfinstitutionen (z. B. Gesundheitsamt) darf nicht zu Verzögerungen bei der Durchführung der Prüfungen führen. Dies gilt auch für die Beteiligung der Trägervereinigung der Pflegeeinrichtung. Für Nachweiszwecke sind - soweit erforderlich - Kopien anzufertigen.
- (3) In einem Einführungsgespräch werden dem ambulanten Pflegedienst das Aufgabenverständnis, die Vorgehensweise und der erforderliche Zeitaufwand für die Prüfung vermittelt.
- (4) Auf der Grundlage der PTVA gilt für die Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste:

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

- Auswertung der Dokumentation,
- Beobachtungen während der Prüfung,

- Befragung der versorgten Personen<sup>5</sup>,
- Befragung der Angehörigen,
- Auskunft/Information/Darlegung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

In den Ausfüllanleitungen zu den Kriterien der PTVA 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 im ambulanten Pflegedienst. Sofern nach deren Auswertung Zweifel bei der Prüferin/beim Prüfer an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich - soweit möglich - Hinweise der versorgten Personen, ihrer Angehörigen oder des Pflegepersonals mit einbezogen.

Bei den per Zufall ausgewählten Personen bzw. den im Rahmen von Anlassprüfungen zusätzlich ausgewählten Personen wird die personenbezogene Pflegequalität erhoben. Dies bildet den Schwerpunkt der Prüfung. Nach § 114a Absatz 3 SGB XI sind dabei insbesondere die Inaugenscheinnahme der versorgten Personen, die Pflegedokumentation, die Befragung der versorgten Personen, ihrer Angehörigen 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 der in die Stichprobe einbezogenen Person,
- Auswertung der Pflegedokumentation,
- Befragung der versorgten Person,
- Befragung der Angehörigen,
- Auskunft/Information/Darlegung (Darstellung und Begründung anhand des konkreten Lebenssachverhalts) durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

In den Ausfüllanleitungen zu den Kriterien der PTVA 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 einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes. Sofern der ambulante Pflegedienst die Anwesenheit einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters nur zeitlich begrenzt gewährleisten kann, haben die Prüferinnen und Prüfer – soweit möglich – den Ablauf der Prüfung danach auszurichten. Die Auswertung der Pflegedokumentation erfolgt nur dann ohne die Anwesenheit einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters des ambulanten Pflegedienstes, wenn der ambulante Pflegedienst im Zeitraum der Prüfung keine

---

<sup>5</sup> Versorgte Personen im Sinne dieser Richtlinien sind Personen mit Sachleistungsbezug nach dem SGB XI

- Sachleistungsempfänger nach § 36 SGB XI
- Pflegebedürftige, die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI durch den Pflegedienst in Anspruch nehmen, sowie
- Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB XI in Anspruch nehmen (§ 28a Abs. 2 SGB XI)

und die mindestens körperbezogene Pflegemaßnahmen erhalten.

Als versorgte Personen gelten auch Personen, die durch den Pflegedienst mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V versorgt werden, unabhängig davon, ob Sachleistungsbezug nach dem SGB XI besteht.

Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zur Verfügung stellen kann. Sofern nach Auswertung der Inaugenscheinnahme bzw. der Dokumentation Zweifel bei der Prüferin/beim Prüfer an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich – soweit möglich - Hinweise der versorgten Personen, ihrer Angehörigen oder des Pflegepersonals mit einbezogen.

Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich die Prüferin/der Prüfer ein Gesamtbild und entscheidet, ob das jeweilige Kriterium erfüllt ist oder nicht. Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Pflegefachkraft des ambulanten Pflegedienstes 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 PTVA sind.

#### (5) Abschlussgespräch

Im Abschlussgespräch wird der ambulante Pflegedienst anhand erster Ergebnisse in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel beraten, ggf. festgestellte Qualitätsmängel direkt abzustellen, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung des ambulanten Pflegedienstes für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken. Das Abschlussgespräch dient auch der Darlegung festgestellter Mängel. Sofern der ambulante Pflegedienst im Rahmen der Prüfung zu Prüfergebnissen abweichende Meinungen geäußert hat, werden diese im Abschlussgespräch von der Prüferin/vom Prüfer dargelegt. Ein umfassendes Bild über die Qualität des ambulanten Pflegedienstes ergibt sich aus dem Prüfbericht, der nach der Prüfung 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 bei festgestellten Qualitätsdefiziten im Prüfbericht Empfehlungen über notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung gegeben.

### 5. Eignung der Prüferinnen und Prüfer

- (1) Die Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI sind in der Regel von Prüfteams durchzuführen, die aus Pflegefachkräften bestehen. An die Stelle einer Pflegefachkraft können andere Sachverständige, z.B. Ärztinnen/Ärzte oder Kinderärztinnen/Kinderärzte treten, wenn dies das einzelne Prüfgebiet erfordert. Wenn sich aus dem Prüfauftrag ergibt, dass der zu prüfende Pflegedienst Personen mit verordneter spezieller Krankenbeobachtung, beatmungspflichtige Personen oder Personen im Wachkoma versorgt, ist dem durch den MDK bzw. den PKV-Prüfdienst bei der Prüfung Rechnung zu tragen.
- (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) Inhalte der Regelprüfungen, Anlassprüfungen und Wiederholungsprüfungen sind die im Prüfauftrag beschriebenen Prüfgegenstände. Bei der Regelprüfung und der Anlassprü-

fung sind unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisqualität mindestens die in Anlage 1 zu Teil 1 der QPR 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 Absatz 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 versorgten Personen) sind vollständig zu prüfen.
- (3) 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

- körperbezogenen Pflegemaßnahmen
- pflegerischen Betreuungsmaßnahmen,
- Hilfen bei der Haushaltsführung,
- Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.

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

- (4) Die Prüfung umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen.
- (5) Die Feststellungen sind für die ambulanten Pflegedienste in dem Erhebungsbogen nach Anlage 1 zu Teil 1 der QPR zu treffen. Der Erhebungsbogen ist auf der Grundlage der Ausfüllanleitung nach Anlage 2 zu Teil 1 der QPR auszufüllen.
- (6) Basis der Prüfungen sind<sup>6</sup>:
  - die qualitätsrelevanten Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit dem jeweiligen ambulanten Pflegedienst,
  - die abrechnungs- und vergütungsrelevanten Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit dem jeweiligen ambulanten Pflegedienst,
  - die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die ambulante Pflege,
  - der aktuelle Stand des Wissens,
  - die Expertenstandards nach § 113a SGB XI,
  - die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V,
  - die Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V,

---

<sup>6</sup> Es gelten die jeweils aktuellen Fassungen.



- die für die Qualitätsprüfung relevanten Inhalte der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV) sowie
- die relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Hinsichtlich der strukturellen Anforderungen an den Pflegedienst ist bis zur Ergänzung der Bundesrahmenempfehlungen zu den nach § 132a Abs. 1 Satz 5 SGB V genannten Regelungen Maßstab für die Bewertung der speziellen Krankenbeobachtung der aktuelle Stand des Wissens.

- (7) Sofern der Pflegedienst zum Zeitpunkt der Prüfung Personen mit Sachleistungsbezug nach dem SGB XI<sup>7</sup> (ab Pflegegrad 2) versorgt, gilt für die Auswahl der in die Prüfungen einzubeziehenden Personen:

Bei Regelprüfungen werden Personen, die Sachleistungen nach dem SGB XI beziehen und zumindest körperbezogene Pflegemaßnahmen in Anspruch nehmen, wie folgt zufällig ausgewählt und in die Prüfung einbezogen:

- Drei Personen aus dem Pflegegrad 2
- Drei Personen aus dem Pflegegrad 3
- Zwei Personen zusammen aus den Pflegegraden 4 und 5.

Personen, die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen, sind den Sachleistungsbeziehern gleichzusetzen. Personen mit einem Hilfebedarf unterhalb des Pflegegrades 2 werden nicht in die Prüfung einbezogen. Ist eine in die Prüfung einbezogene Person aufgrund kognitiver oder anderer Ursachen nicht auskunftsfähig, wird dies im Prüfbericht vermerkt. Eine ergänzende Einbeziehung von Pflegebedürftigen ausschließlich zur Durchführung der Zufriedenheitsbefragung erfolgt nicht. Bei nichtauskunftsfähigen Minderjährigen können die Eltern bzw. sonstige sorgeberechtigte Personen zur Zufriedenheit befragt werden.

Sofern nicht bei mindestens einer/einem bei diesen nach Pflegegraden ausgewählten Pflegebedürftigen mindestens eine der folgenden Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V<sup>8</sup> entsprechend des Leistungsverzeichnisses der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses:

- Ziffer 6 Absaugen,
- Ziffer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung,
- Ziffer 12 Dekubitusbehandlung,
- Ziffer 24 Krankenbeobachtung, spezielle,
- Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der,
- Ziffer 30 Venenkatheter, Pflege des zentralen,

---

<sup>7</sup> Siehe Fußnote 5

<sup>8</sup> Sofern bei Versicherten privater Krankenversicherungsunternehmen Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Pflegedienst erbracht werden, die inhaltlich den Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V entsprechen, wird davon ausgegangen, dass dies entsprechend den Regelungen des § 37 SGB V erfolgt. Insofern können auch Versicherte privater Krankenversicherungsunternehmen in die Prüfung einbezogen werden. Prüfgrundlage ist die Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V. Die im weiteren Richtlinien-Text verwendete Formulierung „Leistungen nach § 37 SGB V“ bezieht sich bei privat Versicherten auf Leistungen, die den Leistungen nach § 37 SGB V entsprechen.

- Ziffer 31 Verbände, Anlegen und Wechseln von Wundverbänden (bei chronischen Wunden, nicht Kompressionsstrümpfe und -verbände).

erbracht wird, wird zusätzlich eine weitere Person in die Prüfung einbezogen, bei der der ambulante Pflegedienst Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V entsprechend der oben genannten Ziffern (mindestens entsprechend einer Ziffer) erbringt. Prioritär ist eine Person auszuwählen, die Leistungen nach der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ erhält.

Die zusätzlich einzubeziehende Person ist unabhängig davon auszuwählen, ob Leistungsbezug nach dem SGB XI (Pflegegrad 1 bis 5) besteht. Bei dieser Person werden ausschließlich die Leistungen nach § 37 SGB V geprüft. Die Prüfergebnisse zu der zusätzlich einbezogenen Person sind nicht in den Transparenzbericht nach § 115 Abs. 1a SGB XI zu übernehmen.

Im Rahmen von Anlassprüfungen ist die Stichprobe ggf. 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. Nach § 115 Absatz 1a SGB XI bilden bei Anlassprüfungen die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität. Es können auch Personen in die Anlassprüfung einbezogen werden, die keine Sachleistungen nach dem SGB XI, sondern ausschließlich Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erhalten. Zur Überprüfung von Beschwerdegründen können auch hier prioritär Personen ausgewählt werden, die Leistungen nach der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ erhalten. Die Prüfergebnisse dieser Personen sind nicht in den Transparenzbericht nach § 115 Abs. 1a SGB XI zu übernehmen.

Wenn bei einer Wiederholungsprüfung aufgrund der Zufallsstichprobe die bemängelten personenbezogenen Kriterien nicht bewertet werden können, muss ersatzweise eine Person einbezogen werden, bei der diese Kriterien zutreffen.

Ergeben sich bei Regel- oder Wiederholungsprüfungen konkrete und begründete Anhaltspunkte (z. B. Beschwerden, Hinweise) für eine nicht fachgerechte Pflege, die nicht von der in der PTVA vereinbarten zufallsgesteuerten Auswahl (Stichprobe) erfasst werden, insbesondere bei folgenden Pflegesituationen

- freiheitsentziehende 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 der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst die Gründe hierfür gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen dargelegt hat und ein entsprechender Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen erteilt ist. Der ambulante Pflegedienst ist hierüber zu informieren.

- (8) Sofern eine Stichprobe nach Pflegegraden gemäß Absatz 7 nicht gebildet werden kann, z. B. weil der Pflegedienst zum Zeitpunkt der Prüfung ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erbringt, gilt für die Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden Personen:

Bei Regelprüfungen werden acht der vom Pflegedienst versorgten Personen einbezogen, die Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erhalten. Dabei werden Personen zufällig ausgewählt, die aufwändigere oder risikobehaftete Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erhalten. Hierzu zählen insbesondere folgende Leistungen des Leistungsverzeichnisses der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses:

- Ziffer 6 Absaugen,
- Ziffer 8 Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung,
- Ziffer 12 Dekubitusbehandlung,
- Ziffer 24 Krankenbeobachtung, spezielle,
- Ziffer 29 Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der,
- Ziffer 30 Venenkatheter, Pflege des zentralen,
- Ziffer 31 Verbände, Anlegen und Wechseln von Wundverbänden (bei chronischen Wunden, nicht Kompressionsstrümpfe und -verbände).

Die Auswahl der Personen erfolgt unabhängig davon, ob ein Leistungsbezug nach § 28a Abs. 2 SGB XI (Pflegegrad 1) besteht. Bei diesen Personen werden ausschließlich die Leistungen nach § 37 SGB V geprüft. Die Prüfergebnisse sind nicht in den Transparenzbericht nach § 115 Abs. 1a SGB XI zu übernehmen.

Bei Pflegediensten, die nicht nach § 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V anzeigepflichtig sind, werden zunächst nach Möglichkeit vier Personen mit Leistungen nach der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ zufällig ausgewählt. Anschließend werden nach Möglichkeit zwei Personen ausgewählt, die Leistungen nach der Ziffer 12 „Dekubitusbehandlung“, Ziffer 31 „Verbände, Anlegen und Wechseln von Wundverbänden“ (bei chronischen Wunden, nicht Kompressionsstrümpfe und -verbände) oder Ziffer 30 „Venenkatheter, Pflege des zentralen“ erhalten. Anschließend werden nach Möglichkeit zwei Personen ausgewählt, die eine der Leistungen nach Ziffer 6 „Absaugen“, Ziffer 8 „Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung“, Ziffer 29 „Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der“ erhalten. Ist die Stichprobengröße von acht Personen noch nicht erreicht, werden anschließend Personen mit anderen Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V für die Prüfung ausgewählt.

Bei Pflegediensten, die nach § 132a Abs. 4 Satz 12 SGB V anzeigepflichtig sind, werden zunächst Personen mit Leistungen nach der Ziffer 24 „Krankenbeobachtung, spezielle“ in die Prüfung einbezogen, davon nach Möglichkeit mindestens 50 % Personen die in organisierten Wohneinheiten leben. Kann damit die Stichprobengröße nicht ausgeschöpft werden, werden ergänzend Personen mit anderen der oben genannten Leistungen (Ziffern 6, 8, 12, 29, 30 oder 31) in die Prüfung einbezogen. Dabei ist nach Möglichkeit die Auswahl in folgender Reihenfolge zu treffen: Ziffer 12, 31, 30, 6, 8 und 29.

Bei Anlassprüfungen werden acht der vom Pflegedienst versorgten Personen einbezogen, die Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erhalten; die Regelungen zur Zusammensetzung der Personenstichprobe für die Regelprüfung werden analog berücksichtigt. Wenn es für die Anlassprüfung erforderlich ist, kann die Personenstichprobe abweichend davon so gestaltet werden, dass die Beschwerdegründe überprüft werden

können. Ergeben sich bei einer Anlassprüfung weitere Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege, kann die Stichprobe darauf ausgerichtet werden. Bei Anlassprüfungen kann die Personenstichprobe bei Bedarf auch mehr als acht Personen umfassen.

Bei Wiederholungsprüfungen werden acht der vom Pflegedienst versorgten Personen einbezogen, die Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erhalten; die Regelungen zur Zusammensetzung der Personenstichprobe für die Regelprüfung werden analog berücksichtigt. Wenn es für die Wiederholungsprüfung erforderlich ist, kann die Personenstichprobe abweichend davon so gestaltet werden, dass die bemängelten personenbezogenen Kriterien bewertet werden können.

Ergeben sich bei Regel- oder Wiederholungsprüfungen konkrete und begründete Anhaltspunkte (z. B. Beschwerden, Hinweise) für eine nicht fachgerechte Pflege, kann die Prüfung in Form einer Anlassprüfung durchgeführt werden. Voraussetzung ist, dass der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst die Gründe hierfür gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen dargelegt hat und ein entsprechender Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen erteilt ist. Der Pflegedienst ist hierüber zu informieren.

(9) Bezüglich der Gewährleistung einer Zufallsstichprobe gilt:

Die in die Prüfung einzubeziehenden Personen werden innerhalb der Pflegegrade bzw. der Leistungen nach § 37 SGB V zufällig ausgewählt. Der Pflegedienst hat gemäß § 114a Abs. 3a SGB XI im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht nach § 114 Abs. 1 Satz 4 SGB XI insbesondere die Namen und Kontaktdaten der von ihm versorgten Personen inklusive der bei diesen zu erbringenden Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V an die jeweiligen Prüferinnen und Prüfer weiterzuleiten. Zur Gewährleistung einer Zufallsstichprobe hat der ambulante Pflegedienst eine vollständige nach Pflegegraden (Pflegegrad 4 und 5 in einer gemeinsamen Gruppe) sortierte Liste der Pflegebedürftigen mit Namen vorzulegen, innerhalb der Pflegegrade (Pflegegrad 4 und 5 in einer gemeinsamen Gruppe) sind die Pflegebedürftigen in alphabetischer Reihenfolge zu listen.

Sofern der Pflegedienst Personen versorgt, die ausschließlich Leistungen nach § 37 SGB V in Anspruch nehmen, hat der Pflegedienst eine vollständige Liste dieser Personen vorzulegen, sortiert nach den erbrachten Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V entsprechend der in Absatz 7 und 8 genannten Leistungen (Ziffern 6, 8, 12, 24, 29, 30 und 31).

Aus den oben genannten Listen wird wie folgt ausgewählt:

- Nach einem Zufallsprinzip wird eine Zahl zwischen 1 und 6 ausgewählt. Diese Zahl bestimmt die Abstände der auszuwählenden Personen.
- Die Prüferin/der Prüfer entscheidet, ob er bei der Auswahl der Personen am Anfang, in der Mitte oder am Ende der Liste beginnt zu zählen.
- Die Prüferin/der Prüfer entscheidet, 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 geeigneten Listen zur Verfügung stellen kann, legt der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst auf der Basis der vorliegenden Informationen eine Zufallsstichprobe fest.

Kann die erforderliche Mindestzahl von Personen nicht erreicht werden, z. B. weil weniger Personen vom ambulanten Pflegedienst 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. Die Stichprobe wird nicht aus anderen Pflegegraden ergänzt. Das Unterschreiten der vorgesehenen Personenzahl ist im Prüfbericht zu begründen.

## 7. Einwilligung

- (1) Die Einbeziehung in die Prüfung setzt die Einwilligung der versorgten Person oder einer/eines hierzu Berechtigten (vertretungsberechtigte Person, gesetzlich bestellte Betreuerin/bestellter Betreuer) voraus. Vor der Einholung der Einwilligung der versorgten Person oder einer hierzu berechtigten Person hat der Prüfer/die Prüferin diese in verständlicher Weise 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 der versorgten Person keine Nachteile entstehen.

- (2) Die Einwilligung der versorgten Person nach § 114a Absatz 3a SGB XI kann erst nach Bekanntgabe der Einbeziehung der in Augenschein zu nehmenden Person in die Qualitätsprüfung erklärt werden und muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise gegenüber den Prüferinnen/Prüfern abgegeben werden, die Person der/des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). Ist die versorgte Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung einer/eines hierzu Berechtigten einzuholen. Ist eine Berechtigte/ein Berechtigter nicht am Ort einer unangemeldeten Prüfung anwesend und ist eine rechtzeitige Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt ausnahmsweise eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls die Durchführung der Prüfung erschwert würde. Die mündliche Einwilligung oder Nichteinwilligung der/des Berechtigten sowie die Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform sind schriftlich zu dokumentieren. Die Einwilligung ist nach § 114a Absatz 2 und 3 SGB XI erforderlich für
- das Betreten der Wohnung der versorgten Person,
  - die Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands der versorgten Person,
  - die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation sowie in abrechnungsrelevante Unterlagen,
  - die Befragung der versorgten Person, der Beschäftigten der Einrichtung, der Betreuerinnen und Betreuer sowie der Angehörigen,
  - die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten einschließlich der Erstellung von Kopien zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichtes.

Die Einwilligung muss vor der Einbeziehung der versorgten Person in die Prüfung vorliegen.

## 8. Abrechnungsprüfung

- (1) Es werden in Rechnung gestellte Leistungen nach Ziffer 6 Absatz 3 dieser Richtlinien in die Abrechnungsprüfung einbezogen.
- (2) Die Abrechnungsprüfung erfolgt für mindestens sieben Tage, davon nach Möglichkeit einschließlich eines Wochenendes oder zweier Feiertage. Die Prüferin/der Prüfer kann eigenständig weitere Tage zur Sicherstellung des festgestellten Sachverhaltes/zur eindeutigen Klärung des Abrechnungsverhaltens in die Abrechnungsprüfung einbeziehen. Stellt der MDK oder der PKV-Prüfdienst im Rahmen einer Qualitätsprüfung Auffälligkeiten in der Abrechnung fest, kann die Regelprüfung im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen in eine abrechnungsbezogene Anlassprüfung umgewandelt werden.
- (3) Die Abrechnungsprüfung erfolgt bei der Personenstichprobe gemäß Ziffer 6 Absatz 7 bis 9 dieser Richtlinien.
- (4) Bewertungsmaßstab der Abrechnungsprüfung sind insbesondere die Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI einschließlich Anlagen, die aktuell geltenden Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI sowie die Verträge nach § 132a Absatz 4 SGB V einschließlich der für die Prüfung notwendigen Anlagen. Darüber hinaus ist die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses heranzuziehen. Die Vergütungsvereinbarungen bzw. Verträge nach § 132a SGB V sind vom ambulanten Pflegedienst bereit zu halten. Wenn für privat versicherte Pflegebedürftige keine entsprechenden Vertragsunterlagen zur Verfügung stehen, ist bei diesen Personen eine Prüfung der vertragskonformen Abrechnung der Leistungen nicht möglich.
- (5) Unterlagen, die zur Abrechnungsprüfung eingesehen werden, sind insbesondere Pflegeverträge, Kostenvoranschläge, Pflegedokumentationen, Durchführungsnachweise/Leistungs-nachweise, Rechnungen, Handzeichenlisten, Qualifikationsnachweise, Dienstpläne, Einsatz- oder Tourenpläne, Stundennachweise, Arbeitsverträge/Mitarbeiterlisten mit Stellenanteilen, Berufsurkunden, Verordnungen für häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 1, 1a und 2 SGB V, Genehmigungen der Krankenkassen für Leistungen nach § 37 SGB V. Liegen die entsprechenden Unterlagen nicht vor, ist die Abrechnungsprüfung dennoch so weit als möglich durchzuführen. Im Prüfbericht ist zu vermerken, welche Gründe hierfür vorlagen. Die Feststellungen zur Abrechnungsprüfung sind in Kapitel 16 des Erhebungsbogens nach Anlage 1 zu Teil 1 der QPR zu treffen. Der Erhebungsbogen ist auf der Grundlage der Ausfüllanleitung nach Anlage 2 zu Teil 1 der QPR auszufüllen. Bei Auffälligkeiten in der Abrechnung werden Kopien der relevanten Unterlagen angefertigt.

## 9. Prüfbericht

- (1) Der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst erstellt innerhalb von drei Wochen nach Durchführung der Qualitätsprüfung einen Prüfbericht, 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 und versendet diesen an die Landesverbände

der Pflegekassen (§ 52 Absatz 1 SGB XI), an den betroffenen ambulanten Pflegedienst und an den zuständigen Sozialhilfeträger. Bei Auffälligkeiten in der Abrechnungsprüfung wird der Prüfbericht auch an die Pflegekasse versendet, bei der die betreffende Person versichert ist. Dabei wird gegenüber der betroffenen Pflegekasse in einem gesonderten Dokument offen gelegt, bei welcher Person (Name, Vorname, Geburtsdatum) Auffälligkeiten festgestellt worden sind. Der betroffenen Pflegekasse werden zur Beweissicherung Kopien abrechnungsrelevanter Unterlagen als Anlage zum Prüfbericht zugeleitet. Der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst stellen gleichzeitig die nach den Pflege-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 Absatz 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 Absatz 1 SGB XI). Hält der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst bei schwerwiegenden Mängeln in der ambulanten Pflege die weitere Versorgung der versorgten Person durch den ambulanten Pflegedienst für nicht gerechtfertigt, teilt er dies und die dafür maßgebenden Gründe der zuständigen Pflegekasse unverzüglich schriftlich mit.
- (3) Die Bewertung der Prüfergebnisse durch die Pflegekasse bzw. die Landesverbände der Pflegekassen erfolgt anhand der gesetzlichen und untergesetzlichen Normen sowie der vertraglichen Vereinbarungen mit dem Pflegedienst.
- (4) Eine verbindliche Struktur für die Gestaltung und die Inhalte des Prüfberichtes für die ambulante Pflege ergibt sich aus Anlage 3 zu Teil 1 der QPR.

## Teil 2 Stationäre Pflege



## Präambel

- (1) Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung gelten nach Maßgabe von § 115a Absatz 3 bis 5 SGB XI fort. Dementsprechend wurden sie an die seit 1. Januar 2016 geltenden Regelungen sowie an die nach § 115a Absatz 1 SGB XI übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen angepasst und als Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) vom 6. September 2016 beschlossen.
- (2) Der GKV-Spitzenverband beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) sowie des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV-Prüfdienst) aufgrund der Regelungen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) die Anpassung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR. Mit Bezug zur stationären Pflege - Teil 2 der QPR - wurde insbesondere die Änderung des § 114a SGB XI umgesetzt (Änderungen beim Einholen von Einwilligungserklärungen).
- (3) Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen haben nach Maßgabe von § 118 SGB XI an der Anpassung der QPR beratend mitgewirkt. Der GKV-Spitzenverband hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie 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.
- (4) Die mit den Pflege-Transparenzvereinbarungen vorliegenden Transparenzkriterien bilden eine Teilmenge der in den Anlagen zu diesen Richtlinien enthaltenen Qualitätskriterien. Die Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (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 Absatz 1 SGB XI und der Veröffentlichung der Transparenzberichte nach § 115 Absatz 1a SGB XI handelt es sich um voneinander getrennte Verfahren. Die in den Pflege-Transparenzvereinbarungen vereinbarten Kriterien sind für die Veröffentlichung von Prüfergebnissen im Transparenzbericht maßgeblich. Für den Prüfbericht, der u. a. für die stationären Pflegeeinrichtungen und die Landesverbände der Pflegekassen erstellt wird, sind alle Prüfkriterien der QPR Teil 2 relevant.
- (5) Teil 2 dieser QPR gilt bis zum Inkrafttreten der Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung für den stationären Bereich nach § 114a Absatz 7 SGB XI.

## **1. Ziel der Richtlinien**

- (1) Teil 2 der QPR dient als verbindliche Grundlage für die Prüfung der Qualität in den stationären Pflegeeinrichtungen nach einheitlichen Kriterien.
- (2) 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 stationären 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) und den PKV-Prüfdienst nach § 115a Absatz 3 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 Absatz 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 Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5 SGB XI, vorliegende Maßnahmenbescheide nach § 115 Absatz 2 SGB XI, Stellungnahmen und Unterlagen der stationären Pflegeein-

richtung an die Landesverbände der Pflegekassen sowie eventuelle Beschwerden über die zu prüfende stationäre 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 (Impulsberatung). Dieser Prüfansatz setzt eine intensive Zusammenarbeit der stationären Pflegeeinrichtung mit dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst voraus.
- (2) Zur Durchführung der Qualitätsprüfungen ist dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst Zugang zur stationären Pflegeeinrichtung zu gewähren. Die Prüferin/der Prüfer weist sich auf Wunsch der Pflegeeinrichtung aus. Die Qualitätsprüfungen sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. 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. Die Pflegeeinrichtung hat der Prüferin/dem Prüfer auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Für Nachweiszwecke sind - soweit erforderlich - Kopien anzufertigen.
- (3) In einem Einführungsgespräch werden der stationären Pflegeeinrichtung das Aufgabenverständnis, die Vorgehensweise und der erforderliche Zeitaufwand für die Prüfung vermittelt. Die Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner der stationären Pflegeeinrichtung wird zu Beginn der Prüfung über die Prüftätigkeit in Kenntnis gesetzt.
- (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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- Auskunft/Information der Bewohnerinnen und 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 stationären Einrichtung. Sofern nach deren Auswertung Zweifel an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich - soweit möglich - Hinweise von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Bewohnerinnen und Bewohnern mit einbezogen.

Bei den per Zufall ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. den im Rahmen von Anlassprüfungen zusätzlich ausgewählten Bewohnerinnen und Bewohnern wird die

personenbezogene Pflegequalität erhoben. Dies bildet den Schwerpunkt der Prüfung. Nach § 114a Absatz 3 SGB XI sind dabei insbesondere die Inaugenscheinnahme der Bewohnerinnen und Bewohner, die Pflegedokumentation, die Befragungen der Bewohnerinnen und Bewohner, ihrer Angehörigen 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- Auskunft/Information der Bewohnerinnen und 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 einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung. Sofern die stationäre Pflegeeinrichtung die Anwesenheit einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters nur zeitlich begrenzt gewährleisten kann, haben die Prüferinnen und Prüfer – soweit möglich – den Ablauf der Prüfung danach auszurichten. Die Auswertung der Pflegedokumentation erfolgt nur dann ohne die Anwesenheit einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters der Einrichtung, wenn die Einrichtung im Zeitraum der Prüfung keine Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zur Verfügung stellen kann. Sofern nach Auswertung der Inaugenscheinnahme bzw. der Dokumentation Zweifel an der Erfüllung eines Kriteriums bestehen, werden zusätzlich – soweit möglich – Hinweise von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und der Bewohnerin/des Bewohners mit einbezogen.

Unter Berücksichtigung der jeweils in den Ausfüllanleitungen genannten Informationsquellen/Nachweisebenen macht sich die Prüferin/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 und inhaltlich zusammenfassend dargestellt.

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

#### (5) Abschlussgespräch

Im Abschlussgespräch wird die stationäre Pflegeeinrichtung anhand erster Ergebnisse in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel beraten, ggf. festgestellte Qualitätsmängel direkt abzustellen, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken. Das Abschlussgespräch dient auch der Darlegung festgestellter Mängel. Sofern die stationäre Pflegeeinrichtung im Rahmen der Prüfung zu Prüfergebnissen abweichende Meinungen geäußert hat, werden diese im Abschlussgespräch von der Prüferin/vom Prüfer dargelegt. Ein umfassendes Bild über die Qualität der Pflegeeinrichtung

ergibt sich aus dem Prüfbericht, der nach der Prüfung 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 bei festgestellten Qualitätsdefiziten im Prüfbericht Empfehlungen über notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung gegeben.

## **5. Eignung der Prüferinnen und Prüfer**

- (1) Die Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI sind in der Regel von Prüfteams durchzuführen, die aus Pflegefachkräften bestehen. An die Stelle einer Pflegefachkraft können andere Sachverständige, z. B. Ärztinnen/Ärzte oder Kinderärztinnen/Kinderärzte treten, wenn dies das einzelne Prüfgebiet erfordert. Wenn sich aus dem Prüfauftrag ergibt, dass der zu prüfende Pflegedienst Personen mit verordneter spezieller Krankenbeobachtung, beatmungspflichtige Personen oder Personen im Wachkoma versorgt, ist dem durch den MDK bzw. den PKV-Prüfdienst bei der Prüfung Rechnung zu tragen.
- (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) Inhalte 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 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 Absatz 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 Bewohnerinnen und Bewohner) sind vollständig zu prüfen.
- (3) 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 vollstationären und teilstationären Pflege auf die Qualität der

- allgemeinen Pflegeleistungen,
- medizinischen Behandlungspflege einschließlich der nach § 37 SGB V erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege,
- Betreuung.

- zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 43b SGB XI,
- Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung nach § 87 SGB XI,
- Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI.

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

- (4) Die Prüfung umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen.
- (5) Feststellungen sind für die stationären Pflegeeinrichtungen in dem Erhebungsbogen nach Anlage 1 zu Teil 2 der QPR zu treffen. Der Erhebungsbogen ist auf der Grundlage der Ausfüllanleitung nach Anlage 2 zu Teil 2 der QPR auszufüllen.
- (6) Basis der Prüfungen sind:

- die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für 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 stationären Pflegeeinrichtung,
- die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 Nr. 1 SGB V sowie
- die relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG).

- (7) Für die Auswahl der in die Prüfungen einzubeziehenden Personen gilt:

Es werden Bewohnerinnen und Bewohner wie folgt zufällig ausgewählt und in die Prüfung einbezogen:

- Insgesamt zwei Bewohnerinnen/Bewohner aus den Pflegegraden 1 und 2
- Zwei Bewohnerinnen/Bewohner aus dem Pflegegrad 3
- Drei Bewohnerinnen/Bewohner aus dem Pflegegrad 4
- Zwei Bewohnerinnen/Bewohner aus dem Pflegegrad 5.

Fallen in die Zufallsstichprobe Versicherte der privaten Pflegepflichtversicherung, sind diese in die Prüfung einzubeziehen. Ist die/der in die Prüfung einbezogene Bewohnerin/Bewohner aufgrund kognitiver oder anderer Ursachen nicht auskunftsfähig, wird dies im Prüfbericht vermerkt. Eine ergänzende Einbeziehung von Bewohnerinnen und Bewohnern ausschließlich zur Durchführung der Befragung erfolgt nicht.

Im Rahmen von Anlassprüfungen ist die Stichprobe ggf. so zu ergänzen, dass die Beschwerdegründe überprüft werden können. Die/der Pflegebedürftige, auf die/den sich die

Beschwerde bezieht, ist nach Möglichkeit in die Stichprobe einzubeziehen. Eine Nicht-einbeziehung 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. Nach § 115 Absatz 1a SGB XI bilden bei Anlassprüfungen die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität.

Wenn bei einer Wiederholungsprüfung aufgrund der Zufallsstichprobe die bemängelten personenbezogenen Kriterien nicht bewertet werden können, muss ersatzweise eine Bewohnerin/ein Bewohner einbezogen werden, bei der/dem diese Kriterien zutreffen.

Ergeben sich bei Regel- oder Wiederholungsprüfungen konkrete und begründete Anhaltspunkte (z. B. Beschwerden, Hinweise) für eine nicht fachgerechte Pflege, die nicht von der in der PTVS vereinbarten zufallsgesteuerten Auswahl (Stichprobe) erfasst werden, insbesondere bei folgenden Pflegesituationen

- freiheitsentziehende 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 der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst die Gründe hierfür gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen dargelegt hat und ein entsprechender Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen erteilt ist. Die Pflegeeinrichtung ist hierüber zu informieren.

(8) Bezüglich der Gewährleistung einer Zufallsstichprobe gilt:

Die in die Prüfung einzubeziehenden Bewohnerinnen und Bewohner werden innerhalb der Pflegegrade zufällig ausgewählt. Die stationäre Pflegeeinrichtung hat gemäß § 114a Abs. 3a SGB XI im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 114 Absatz 1 Satz 4 SGB XI insbesondere die Namen und Kontaktdaten der von ihr versorgten Personen an die jeweiligen Prüferinnen und Prüfer weiterzuleiten. Zur Gewährleistung einer Zufallsstichprobe hat die stationäre Pflegeeinrichtung eine vollständige nach Pflegegraden (Pflegegrad 1 und 2 in einer gemeinsamen Gruppe) sortierte Liste der Bewohnerinnen und Bewohner mit Namen vorzulegen, innerhalb der Pflegegrade (Pflegegrad 1 und 2 in einer gemeinsamen Gruppe) sind die Bewohnerinnen und 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.
- Die Prüferin/der Prüfer entscheidet, ob sie/er bei der Auswahl der Personen am Anfang, in der Mitte oder am Ende der Liste beginnt zu zählen.
- Die Prüferin/der Prüfer entscheidet bei jedem Pflegegrad, 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 der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst auf der Basis der vorliegenden Informationen eine Zufallsstichprobe fest.

Kann die erforderliche Mindestzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern nicht erreicht werden, z. B. weil weniger Bewohnerinnen und 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. Die Stichprobe wird nicht aus anderen Pflegegraden ergänzt. Das Unterschreiten der vorgesehenen Personenzahl ist im Prüfbericht zu begründen.

## 7. Einwilligung

- (1) Die Einbeziehung in die Prüfung setzt die Einwilligung der Bewohnerin/des Bewohners oder einer/eines hierzu Berechtigten (vertretungsberechtigte Person, gesetzlich bestellter Betreuer) voraus. Vor der Einholung der Einwilligung der Bewohnerin/des Bewohners oder einer hierzu berechtigten Person hat der Prüfer/die Prüferin diese in verständlicher Weise 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 der Bewohnerin/dem Bewohner keine Nachteile entstehen.

- (2) Die Einwilligung der/des Pflegebedürftigen nach § 114a Absatz 3a SGB XI kann erst nach Bekanntgabe der Einbeziehung der in Augenschein zu nehmenden Person in die Qualitätsprüfung erklärt werden und muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeignete Weise gegenüber den Prüferinnen/Prüfern abgegeben werden, die Person des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). Ist die/der Pflegebedürftige einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung einer/eines hierzu Berechtigten einzuholen. Ist eine Berechtigte/ein Berechtigter nicht am Ort einer unangemeldeten Prüfung anwesend und ist eine rechtzeitige Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt ausnahmsweise eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls die Durchführung der Prüfung erschwert würde. Die mündliche Einwilligung oder Nichteinwilligung der/des Berechtigten sowie die Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform sind schriftlich zu dokumentieren. Die Einwilligung ist nach § 114a Absatz 2 und 3 SGB XI erforderlich für

- das Betreten der Wohnräume der Bewohnerin/des Bewohners,
- die Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands der Bewohnerin/des Bewohners,
- die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation sowie in abrechnungsrelevante Unterlagen,



- die Befragung der Bewohnerin/des Bewohners, der Beschäftigten der Einrichtung, der Betreuerinnen und Betreuer, der Angehörigen sowie der Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen der Bewohnerinnen und Bewohner,
- die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen einschließlich der Erstellung von Kopien zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts.

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

## **8. Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden**

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Absatz 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 Prüfumfang mit dem Prüfauftrag 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 Absatz 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 freiheitseinschränkenden Maßnahmen,
  - wenn die permanente Anwesenheit einer Pflegefachkraft nicht gewährleistet ist.

## **9. Abrechnungsprüfung**

- (1) Stellt der MDK oder der PKV-Prüfdienst im Rahmen der Qualitätsprüfung Auffälligkeiten fest, die auf Fehler bei der Abrechnung schließen lassen, ist die zuständige Pflegekasse oder deren Landesverband (§ 52 Absatz 1 SGB XI) umgehend zu informieren.
- (2) Führen von den Landesverbänden der Pflegekassen (§ 52 Absatz 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 Prüfbericht, 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 und versendet diesen an die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Absatz 1 SGB XI), an die betroffene stationäre Pflegeeinrichtung und an den zuständigen Sozialhilfeträger. Der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst versendet den Prüfbericht auch an die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde. Der MDK bzw. der PKV-Prüfdienst stellen gleichzeitig die nach den Pflege-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 Absatz 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 Absatz 1 SGB XI).
- (3) Eine verbindliche Struktur für die Gestaltung und die Inhalte des Prüfberichtes für die stationäre Pflege ergibt sich aus Anlage 3 zu Teil 2 der QPR.

## **Inkrafttreten der Richtlinien (Teil 1 und 2)**

- (1) Die Richtlinien treten am 1. Januar 2018 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 6. September 2016 außer Kraft.

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

Legende/Antwortoptionen:

- M = Mindestangabe
- Info = Informationsfrage
- T = Transparenzkriterium
- B = (sonstige) Bewertungsfrage
- E = Empfehlung
  
- Ja
- Nein
- t.n.z = trifft nicht zu
- nicht geprüft
- immer
- häufig
- geleg. = gelegentlich
- nie
- k. A. = keine Angabe
  
- MA = Mitarbeiter<sup>1</sup>
- PFK = Pflegefachkraft

---

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

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

## 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

| M/Info                     |  |
|----------------------------|--|
| <b>1.1 Auftragsnummer:</b> |  |

| M/Info   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
|--|--|----|--|----|--|----|--|----|--|
| <b>1.2 Daten zur Einrichtung</b>                                 |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>a. Name</b>   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>b. Straße</b>   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>c. PLZ/Ort</b>  |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>d. Institutionskennzeichen (IK)</b>                           | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: none;">1.</td><td></td></tr> <tr><td style="border: none;">2.</td><td></td></tr> <tr><td style="border: none;">3.</td><td></td></tr> <tr><td style="border: none;">4.</td><td></td></tr> </table> | 1. |  | 2. |  | 3. |  | 4. |  |
| 1.   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 2.   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 3.   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| 4.   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>e. Telefon</b>  |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>f. Fax</b>  |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>g. E-Mail</b>   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>h. Internet-Adresse</b>                                       |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>i. Träger/Inhaber</b>   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>j. Trägerart</b>  | <input type="checkbox"/> privat<br><input type="checkbox"/> freigemeinnützig<br><input type="checkbox"/> öffentlich<br><input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln   |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>k. ggf. Verband</b>   |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>l. Einrichtungsart</b>  | <input type="checkbox"/> stationär<br><input type="checkbox"/> teilstationär<br><input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>m. Datum Abschluss Versorgungsvertrag</b>                     |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>n. Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung</b> |  |    |  |    |  |    |  |    |  |
| <b>o. Heimleitung Name</b>                                       |  |    |  |    |  |    |  |    |  |

|    |   |  |
|----|---|--|
| p. | <b>Verantw. PFK Name</b>                          |  |
| q. | <b>Stellv. verantw. PFK Name</b>                  |  |
| r. | <b>ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen</b>      |  |
| s. | <b>Zertifizierung</b>                             | <input type="checkbox"/> liegt vor<br><input type="checkbox"/> liegt nicht vor |
| t. | <b>Name des Ansprechpartners für die DCS</b>      |  |
| u. | <b>E-Mail des Ansprechpartners für die DCS</b>    |  |
| v. | <b>Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS</b> |  |
| w. | <b>Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS</b> |  |

| M/Info                       |  |  |                       |
|------------------------------|--|--|-----------------------|
| <b>1.3 Daten zur Prüfung</b> |  |  |                       |
| a.                           | <b>Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen</b> | <input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> KBS<br><input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> LKK<br><input type="checkbox"/> IKK <input type="checkbox"/> vdek |                       |
| b.                           | <b>Prüfung durch</b>   | <input type="checkbox"/> MDK <input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst   |                       |
| c.                           | <b>Datum</b>   |  |                       |
|                              |  | <b>von TT.MM.JJJJ</b>  | <b>bis TT.MM.JJJJ</b> |
| d.                           | <b>Uhrzeit</b>   |  |                       |
|                              |  | <b>1. Tag</b>  | <b>von</b> <b>bis</b> |
|                              |  |  |                       |
|                              | <b>2. Tag</b>  | <b>von</b> <b>bis</b>  |                       |
|                              |  |  |                       |
|                              | <b>3. Tag</b>  | <b>von</b> <b>bis</b>  |                       |
| e.                           | <b>Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung</b>        |  |                       |
|                              |  |  |                       |
|                              |  |  |                       |
|                              |  |  |                       |
| f.                           | <b>Prüfende(r) Gutachter</b>                                     |  |                       |
|                              |  |  |                       |
|                              |  |  |                       |
| g.                           | <b>An der Prüfung Beteiligte</b>                                 | <b>Namen</b>   |                       |

|  |                      |
|--|----------------------|
| <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?   |                      |
| <b>h.</b> Ansprechpartner des MDK/PKV-Prüfdienstes für die DCS                         | <b>Name</b>          |
|  | <b>E-Mailadresse</b> |

| <small>M/Info</small>   |  |            |
|---|--|------------|
| <b>1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI</b>  |  |            |
| a. <input type="checkbox"/> Regelprüfung  |  |            |
| b. <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Bewohner, Angehörige o.ä.)<br><input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen)<br><input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise) |  |            |
| c. <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung<br><input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung 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 | TT.MM.JJJJ |
|   | <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt  |            |
|   | <input type="checkbox"/> Sonstige  |            |
|   | <input type="checkbox"/> keine Angaben   |            |

| <small>M/Info</small>                                   |  |
|---|--|
| <b>1.5 Art der Einrichtung und Versorgungssituation</b> |  |

|   | Vollstationäre Pflege | Kurzzeitpflege | Teilstationäre Pflege - Tag | Teilstationäre Pflege - Nacht | ggf. Bewohner im Schwerpunkt |
|---|-----------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| vorgehaltene Plätze                                     |                       |                |                             |                               |                              |
| belegte Plätze  |                       |                |                             |                               |                              |
| <b>davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform</b> |                       |                |                             |                               |                              |
|   | angegliedert          |                |                             |                               |                              |
|   | eingestreut           |                |                             |                               |                              |
|   | solitär               |                |                             |                               |                              |

| <small>M/Info</small>                     |                               |                 |  |   |   |   |   |   |                       |
|---|-------------------------------|-----------------|--|---|---|---|---|---|-----------------------|
| 1.6 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche |                               |                 |  |   |   |   |   |   |                       |
| Wohn-/Pflegebereich                       | Bereich auf 1 Ebene           | Anzahl Bewohner | davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad |   |   |   |   |   |                       |
|   |                               |                 | keiner                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | noch nicht eingestuft |
|   | 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"/> |                 |  |   |   |   |   |   |                       |

| <small>M/Info</small>  |                           |
|--|---------------------------|
| 1.7 Nach Angabe der stationären 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                      |



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

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

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

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

## 2. Allgemeine Angaben

|                     |   |
|---------------------|---|
| <small>Info</small> |   |
| <b>2.1</b>          | <b>Defizite in der Ausstattung bei:</b>   |
| 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 | <b>Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?</b>                            | ja                       | nein                     |  | E.                       |
|     | <small>M/T51/B</small>   |                          |                          |  | <input type="checkbox"/> |
| a.  | Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z. B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
|     | <small>M/B</small>   |                          |                          |  |                          |
| b.  | Stehen für jeden Bewohner abschließbare Schubladen oder Fächer zur Verfügung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |
|     | <small>M/T52/B</small>   |                          |                          |  |                          |
| c.  | Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |

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

### 3. Aufbauorganisation Personal

|     |   |                          |                          |                          |                          |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1 | <b>Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?</b>              | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|     | <small>B</small>  |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| a.  | Organisationsstruktur z. B. in Form eines Organigramms geregelt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
|     | <small>B</small>  |                          |                          |                          |                          |
| 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"/> |                          |                          |
|     | <small>B</small>  |                          |                          |                          |                          |
| 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"/> |                          |
|     | <small>B</small>  |                          |                          |                          |                          |
| 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"/> |                          |
|     | <small>B</small>  |                          |                          |                          |                          |
| 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"/> |                          |
|     | <small>B</small>  |                          |                          |                          |                          |
| f.  | Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Betreuung geregelt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
|     | <small>B</small>  |                          |                          |                          |                          |
| g.  | Verantwortungsbereiche/Aufgaben für hauswirtschaftliche Versorgung geregelt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

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

|  |   |                          |                          |
|--|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>3.3 Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:</b> |   | 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   |  |
| <b>3.4 Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in dieser stationären Pflegeeinrichtung?</b> |  |
| <b>Stunden</b>   |  |

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

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

|   |  |                          |                          |                          |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Info  |  | ja                       | nein                     | E.                       |
| <b>3.7 Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:</b> |  |                          |                          | <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"/> |                          |

| Info  |                           |              |                    |                             |                    |                              |
|---|---------------------------|--------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------------|
| 3.8 Zusammensetzung Personal                            |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Pflege  |                           |              |                    |                             |                    |                              |
|   | Vollzeit<br>Stunden/Woche | Teilzeit     |                    | geringfügig<br>Beschäftigte |                    |                              |
| Geeignete Kräfte:                                       | Anzahl MA                 | Anzahl<br>MA | Stellen-<br>umfang | Anzahl<br>MA                | Stellen-<br>umfang | Gesamtstellen<br>in Vollzeit |
| 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  |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Betreuung   |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Sozialpädagogen   |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Sozialarbeiter/in                                       |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Ergotherapeuten/<br>Beschäftigungstherapeuten           |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI    |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Sonstige  |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| hauswirtschaftliche Versorgung                          |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung) |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Hilfskräfte und angelernte Kräfte                       |                           |              |                    |                             |                    |                              |

#### 4. Ablauforganisation

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

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

|                    |  |                          |                          |                          |                          |
|--------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/B</small> |  | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
| <b>4.3</b>         | <b>Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

## 5. Qualitätsmanagement

|                     |  |                          |                          |                          |                          |
|---------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/B</small>  |  | ja                       | nein                     |                          | E.                       |
| 5.1                 | Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small>  |  | ja                       | nein                     | Nicht geprüft            | E.                       |
| 5.2                 | Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?  |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| a.                  | Dekubitusprophylaxe  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| b.                  | Pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| c.                  | Pflegerisches Schmerzmanagement – chronischer Schmerz  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| d.                  | Sturzprophylaxe  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| e.                  | Kontinenzförderung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| f.                  | Chronische Wunden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| g.                  | Ernährungsmanagement   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>Info</small> |  | ja                       | nein                     |                          | E.                       |
| 5.3                 | Ergreift die stationäre Pflegeeinrichtung Maßnahmen, um Kontrakturen zu vermeiden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small>  |  | ja                       | nein                     |                          | E.                       |
| 5.4                 | Liegt in der stationären Pflegeeinrichtung eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor? |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| a.                  | aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| b.                  | Nennung der Qualifikation  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| c.                  | Vor- und Zunamen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| d.                  | Handzeichen übereinstimmend  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>M/B</small>  |  |                          |                          |                          |                          |
| <small>M/B</small>  |  | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
| 5.5                 | Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?   |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| <small>B</small>    |  |                          |                          |                          |                          |
| a.                  | Zielvorgaben im Konzept  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>B</small>    |  |                          |                          |                          |                          |
| b.                  | zeitlichen Vorgaben im Konzept   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>B</small>    |  |                          |                          |                          |                          |
| c.                  | inhaltlichen Vorgaben im Konzept   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>B</small>    |  |                          |                          |                          |                          |
| d.                  | Pflegefachkraft als Ansprechpartner im Konzept benannt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>B</small>    |  |                          |                          |                          |                          |
| e.                  | Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiter im Konzept  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>B</small>    |  |                          |                          |                          |                          |
| f.                  | Einarbeitungsbeurteilung im Konzept  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>B</small>    |  |                          |                          |                          |                          |
| g.                  | Konzept angewandt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

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

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

## 6. Hygiene

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

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

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

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

## 7. Verpflegung

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

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

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

|  |  |                          |                          |                          |    |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| <b>7.4 Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?</b> |  | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E. |
| <small>M/B</small>   |  |                          |                          |                          |    |
| <b>a.</b>  | es gibt ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |    |
| <small>B</small>   |  |                          |                          |                          |    |
| <b>b.</b>  | mindestens drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten werden angeboten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |    |
| <small>B</small>   |  |                          |                          |                          |    |
| <b>c.</b>  | 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"/> |                          |    |
| <small>B</small>   |  |                          |                          |                          |    |
| <b>d.</b>  | 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"/> |    |

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

## 8. Betreuung

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



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

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

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

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

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <small>M/Info</small> |   |
| <b>8.6</b>            | <b>In welchem Stufenumfang sind in der stationären Pflegeeinrichtung Mitarbeiter für die Betreuung beschäftigt (ohne zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI)?</b> |
|                       |   |

|                       |  |                          |                          |
|-----------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/Info</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      |
| <b>8.7</b>            | <b>Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 84 Abs. 8 i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte vereinbart?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | Wenn ja, mit welchem Stufenumfang?   |                          |                          |

|                    |   |                          |                          |                          |                          |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>B</small>   |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| <b>8.8</b>         | <b>Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?</b>                            |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/B</small> |   |                          |                          |                          |                          |
| <b>a.</b>          | Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>M/B</small> |   |                          |                          |                          |                          |
| <b>b.</b>          | Verfügen die eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte über die erforderliche Qualifikation gemäß § 4 der Betreuungskräfte-RL?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small> |   |                          |                          |                          |                          |
| <b>c.</b>          | Haben alle eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte im vergangenen Jahr nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-RL an Fortbildungsmaßnahmen im Umfang von insgesamt mindestens 16 Unterrichtsstunden teilgenommen?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/B</small> |   |                          |                          |                          |                          |
| <b>d.</b>          | Ist gewährleistet, dass zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte-RL nicht regelmäßig körperbezogene Maßnahmen, Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten durchführen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

|             |  |                          |                          |                          |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>8.9</b>  | <b>Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die stationäre Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?</b>                        | ja                       | nein                     | E.                       |
|             | M/T47/B  |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| 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     |  |                          |                          |                          |
| <b>8.10</b> | <b>Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?</b>   | 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     |                        |                              |
|------------|------------------------|------------------------------|
| <b>9.1</b> | <b>Auftragsnummer:</b> |                              |
|            | <b>Datum</b>           | <b>Uhrzeit</b>               |
|            |                        | <b>Nummer Erhebungsbogen</b> |
|            |                        |                              |

| M/Info     |  |  | ja                       | nein                     |
|------------|--|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>9.2</b> | <b>Angaben zum Bewohner</b>  |  |                          |                          |
| <b>a.</b>  | Name   |  |                          |                          |
| <b>b.</b>  | Pflegekasse  |  |                          |                          |
| <b>c.</b>  | Pflege-/Wohnbereich  |  |                          |                          |
| <b>d.</b>  | Geburtsdatum   |  |                          |                          |
| <b>e.</b>  | Einzugsdatum   |  |                          |                          |
| <b>f.</b>  | Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung  |  |                          |                          |
| <b>g.</b>  | Pflegegrad   |  |                          |                          |
|            | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |  |                          |                          |
| <b>h.</b>  | Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?             |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>i.</b>  | Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)                              |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>j.</b>  | Vorhandene Unterlagen  |  |                          |                          |

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

### 10. Behandlungspflege

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

|                        |  |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T23/B</small> |  | 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"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T24/B</small> |   | 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"/> |

|                        |  |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T25/B</small> |  | 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"/> |

|                        |  |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T26/B</small> |  | 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"/> |

|                        |   |                          |
|------------------------|---|--------------------------|
| <small>M/Info</small>  |   | 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"/> |

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

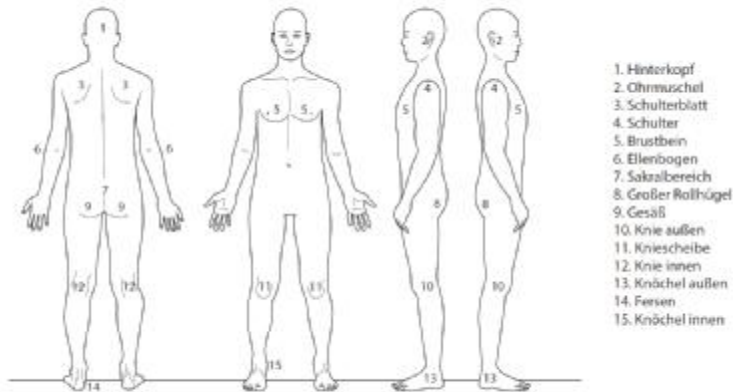
|                        |   |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T14/B</small> |   | 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"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T15/B</small> |   | 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"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T27/B</small> |   | 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"/> |

|                    |   |                          |                          |                          |                          |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/B</small> |   | 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"/> |

## 10.12 Beschreibung vorliegender Wunden



© Lisa Apfelbacher 2016

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

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <small>M/Info</small> |   |
| <b>10.13</b>          | <b>Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)</b> |
| a.                    | Wunde<br>1  |
|                       |   |
| b.                    | Wunde<br>2  |
|                       |   |

t. n. z.

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <small>M/T3/B</small> |  |
| <b>10.14</b>          | <b>Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?</b> |

ja  nein  t. n. z.  E.

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <small>M/T5/B</small> |   |
| <b>10.15</b>          | <b>Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?</b> |

ja  nein  t. n. z.  E.

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <small>M/T4/B</small> |   |
| <b>10.16</b>          | <b>Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?</b> |

ja  nein  t. n. z.  E.

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

ja  nein  t. n. z.  E.

## 11. Mobilität

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

| <small>M/Info</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      |
|-----------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>11.2</b>           | <b>Bewegungsfähigkeit eingeschränkt</b>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | <b>Beschreibung</b>  |                          |                          |
| a.                    | Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten<br>(inklusive Paresen, Kontrakturen) |                          |                          |
| b.                    | Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten                                     |                          |                          |
| c.                    | Lageveränderung im Bett  |                          |                          |
| d.                    | Aufstehen  |                          |                          |
| e.                    | Sitzen/Lageveränderung im Sitzen   |                          |                          |
| f.                    | Stehen   |                          |                          |
| g.                    | Gehen  |                          |                          |

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

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

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

| <small>M/Info</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      |
|-----------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>11.6</b>           | <b>Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                       | Von:<br>Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/><br>Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/> |                          |                          |

| <small>M/T1/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
|-----------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>11.7</b>           | <b>Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

## 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

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

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

t. n. z.



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

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

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

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

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

|                        |  |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T11/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| 12.8                   | <b>Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                       |   |                          |                          |                          |
|-----------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T9/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| 12.9                  | <b>Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |  |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T12/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| 12.10                  | <b>Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T28/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| 12.11                  | <b>Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 13. Harninkontinenz

| M/Info   |   |
|--|---|
| <b>13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:</b>           |   |
|  | <b>Beschreibung</b>   |
| 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   |  | ja                       | nein                     |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?</b> |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Von:   |  |                          |                          |
| Gutachter beurteilt                                      |  | <input type="checkbox"/> |                          |
| Einrichtung übernommen                                   |  | <input type="checkbox"/> |                          |

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

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

### 14. Umgang mit Demenz

| M/Info                                     |  | ja                       | nein                     |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>14.1 Orientierung und Kommunikation</b> |  |                          |                          |
| 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.                       |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>14.2 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners be-<br/>achtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?</b> |                          |                          |                          |

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

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

| 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"/> |

| 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"/> |

## 15. Körperpflege

| M/Info                                     |   |
|--|---|
| 15.1                                       | <b>Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut</b>                              |
|  | <b>Beschreibung</b>   |
| a. <input type="checkbox"/> normal         | (Beschreibung nicht erforderlich)                                     |
| b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten | (Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel) |

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

| M/Info  |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 15.3  | <b>Mundzustand/Zähne</b>          |
|   | <b>Beschreibung</b>               |
| 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 |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15.4    | Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

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

|                        |   |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T31/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| <b>16.4</b>            | <b>Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                    |  |                          |                          |                          |                          |
|--------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| <b>16.5</b>        | <b>Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

## 17. Sonstiges

(Freitext)

# Erhebungsbogen zur Befragung der Bewohner

## 18. Befragung der Bewohner

|                      |  |         |  |                       |  |
|----------------------|--|---------|--|-----------------------|--|
| M/Info               |  |         |  |                       |  |
| 18.1 Auftragsnummer: |  |         |  |                       |  |
| Datum                |  | Uhrzeit |  | Nummer Erhebungsbogen |  |

|                           |  |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
|---------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M/Info                    |  |                            |                            |                            |                            | ja                       | nein                     |
| 18.2 Angaben zum Bewohner |  |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
| a.                        | Name   |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
| b.                        | Pflegekasse  |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
| c.                        | Pflege-/Wohnbereich  |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
| d.                        | Geburtsdatum   |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
| e.                        | Pflegegrad   |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
|                           | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |                          |                          |
| f.                        | Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor? |                            |                            |                            |                            | <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 |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 18.7    | Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? | 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/T63/B |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 18.8    | Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann? | 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"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T69/B</small> |   | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.9                   | <b>Fragen die Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?</b>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T70/B</small> |   | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.10                  | <b>Schmeckt Ihnen das Essen?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T66/B</small> |   | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.11                  | <b>Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T71/B</small> |   | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.12                  | <b>Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T72/B</small> |   | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.13                  | <b>Bekommen Sie jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T73/B</small> |   | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.14                  | <b>Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T74/B</small> |   | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.15                  | <b>Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht?</b>                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T75/B</small> |   | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.16                  | <b>Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können?</b>                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T76/B</small> |   | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.17                  | <b>Können Sie jederzeit Besuch empfangen, wann Sie wollen?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T65/B</small> |   | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      |                          | k. A.                    |
| 18.18                  | <b>Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T77/B</small> |   | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.19                  | <b>Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T64/B</small> |   | immer                    | häufig                   | geleg.                   | nie                      | t. n. z.                 | k. A.                    |
| 18.20                  | <b>Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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/Antwortoptionen:

- M = Mindestangabe
- Info = Informationsfrage
- T = Transparenzkriterium
- B = (sonstige) Bewertungsfrage
- E = Empfehlung
  
- Ja
- Nein
- t.n.z = trifft nicht zu
- nicht geprüft
- immer
- häufig
- geleg. = gelegentlich
- nie
- k. A. = keine Angabe
  
- MA = Mitarbeiter<sup>1</sup>
- PFK = Pflegefachkraft

---

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



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

## 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

| <small>M/Info</small>      |  |
|----------------------------|--|
| <b>1.1 Auftragsnummer:</b> |  |

### Erläuterung zur Prüffrage 1.1:

Hier ist eine Auftragsnummer zu vergeben. Sie dient der Identifikation des Prüfberichtes auch im Hinblick auf die Berichtspflicht nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Zur Gestaltung der Auftragsnummer siehe Anlage 3 Teil 2 QPR.

| M/Info   |  |
|--|--|
| <b>1.2 Daten zur Einrichtung</b>   |  |
| a. <b>Name</b>   |  |
| b. <b>Straße</b>   |  |
| c. <b>PLZ/Ort</b>  |  |
| d. <b>Institutions-<br/>kennzeichen (IK)</b>                               | 1.   |
|  | 2.   |
|  | 3.   |
|  | 4.   |
| e. <b>Telefon</b>  |  |
| f. <b>Fax</b>  |  |
| g. <b>E-Mail</b>   |  |
| h. <b>Internet-Adresse</b>   |  |
| i. <b>Träger/Inhaber</b>   |  |
| j. <b>Trägerart</b>  | <input type="checkbox"/> privat<br><input type="checkbox"/> freigemeinnützig<br><input type="checkbox"/> öffentlich<br><input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln |
| k. <b>ggf. Verband</b>   |  |
| l. <b>Einrichtungsart</b>  | <input type="checkbox"/> stationär<br><input type="checkbox"/> teilstationär<br><input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege  |
| m. <b>Datum Abschluss Ver-<br/>sorgungsvertrag</b>                         |  |
| n. <b>Datum Inbetriebnah-<br/>me der stationären<br/>Pflegeeinrichtung</b> |  |
| o. <b>Heimleitung<br/>Name</b>   |  |
| p. <b>Verantw. PFK<br/>Name</b>  |  |
| q. <b>Stellv. verantw. PFK<br/>Name</b>                                    |  |
| r. <b>ggf. vorhandene<br/>Zweigstellen/Filialen</b>                        |  |
| s. <b>Zertifizierung</b>   | <input type="checkbox"/> liegt vor<br><input type="checkbox"/> liegt nicht vor   |
| t. <b>Name des Ansprech-<br/>partners für die DCS</b>                      |  |
| u. <b>E-Mail des Ansprech-<br/>partners für die DCS</b>                    |  |
| v. <b>Rufnummer des An-<br/>sprechpartners für die<br/>DCS</b>             |  |
| w. <b>Faxnummer des An-<br/>sprechpartners für die<br/>DCS</b>             |  |

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

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  |  |
|---|--|
| <b>1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI</b>  |  |
| a. <input type="checkbox"/> Regelprüfung  |  |
| b. <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Bewohner, Angehörige o.ä.)<br><input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen)<br><input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise) |  |
| c. <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung<br><input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung 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   |

| M/Info  |  |
|---|--|
| <b>1.5 Art der Einrichtung und Versorgungssituation</b> |  |

|   | Vollstationäre Pflege | Kurzzeitpflege | Teilstationäre Pflege - Tag | Teilstationäre Pflege - Nacht | ggf. Bewohner im Schwerpunkt |
|---|-----------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| vorgehaltene Plätze                                     |                       |                |                             |                               |                              |
| belegte Plätze  |                       |                |                             |                               |                              |
| <b>davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform</b> |                       |                |                             |                               |                              |
|   | 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.

| <small>M/Info</small>                            |                               |                 |  |   |   |   |   |   |                       |
|--|-------------------------------|-----------------|--|---|---|---|---|---|-----------------------|
| <b>1.6 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche</b> |                               |                 |  |   |   |   |   |   |                       |
| Wohn-/Pflegebereich                              | Bereich auf 1 Ebene           | Anzahl Bewohner | davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad |   |   |   |   |   |                       |
|  |                               |                 | keiner                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | noch nicht eingestuft |
|  | 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"/> |                 |  |   |   |   |   |   |                       |

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.

| M/Info     |   |
|------------|---|
| <b>1.7</b> | <b>Nach Angabe der stationären Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:</b> |
| 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            |  | ja                       | nein                     |
|-------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>1.8</b>        | <b>Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welcher? |  |                          |                          |

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 Menschen, Pflege beatmungspflichtiger Menschen, pädiatrische Pflege, Pflege von Menschen im Wachkoma.

| M/Info     |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>1.9</b> | <b>Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden:<br/>Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?</b> |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | <small>B</small>  |                          |                          |                          |                          |
| a.         | schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
|            | <small>B</small>  |                          |                          |                          |                          |
| b.         | Pflegfachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
|            | <small>B</small>  |                          |                          |                          |                          |
| c.         | Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|            | <small>B</small>  |                          |                          |                          |                          |
| 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           |   | ja                       | nein                     |
|------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>1.10</b>      | <b>Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der stationären Pflegeeinrichtung angeboten?</b> | <input type="checkbox"/> | <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                     |
|------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>1.11</b>      | <b>Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? |  |                          |                          |
| a.               | <input type="checkbox"/> Körperbezogene Pflegemaßnahmen                      |                          |                          |
| b.               | <input type="checkbox"/> Behandlungspflege                                   |                          |                          |
| c.               | <input type="checkbox"/> 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       |   |
|------------|---|
| <b>2.1</b> | <b>Defizite in der Ausstattung bei:</b>   |
| 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.

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

|  | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>2.3 Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern, die demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen aufweisen, trifft für die stationäre Pflegeeinrichtung Folgendes zu:</b> |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <small>M/T37/B</small>   |                          |                          |                          |                          |
| <b>a.</b> Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/T38/B</small>   |                          |                          |                          |                          |
| <b>b.</b> Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>M/T39/B</small>   |                          |                          |                          |                          |
| <b>c.</b> 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 demenzbedingten kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkungen in der stationären Pflegeeinrichtung leben.

### 3. Aufbauorganisation Personal

|            |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>3.1</b> | <b>Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?</b>              |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
|            | <small>B</small>  |                          |                          |                          |                          |
| <b>a.</b>  | Organisationsstruktur z. B. in Form eines Organigramms geregelt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
|            | <small>B</small>  |                          |                          |                          |                          |
| <b>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"/> |                          |                          |
|            | <small>B</small>  |                          |                          |                          |                          |
| <b>c.</b>  | 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"/> |                          |
|            | <small>B</small>  |                          |                          |                          |                          |
| <b>d.</b>  | 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"/> |                          |
|            | <small>B</small>  |                          |                          |                          |                          |
| <b>e.</b>  | 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"/> |                          |
|            | <small>B</small>  |                          |                          |                          |                          |
| <b>f.</b>  | Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Betreuung geregelt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
|            | <small>B</small>  |                          |                          |                          |                          |
| <b>g.</b>  | 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 angelernte Kräfte in der stationären Pflegeeinrichtung beschäftigt werden.

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

|            |  | ja                       | nein                     |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>3.3</b> | <b>Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:</b> |                          |                          |
|            | <small>B</small>   |                          |                          |
| <b>a.</b>  | Pflegefachkraft  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | <small>B</small>   |                          |                          |
| <b>b.</b>  | ausreichende Berufserfahrung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | <small>B</small>   |                          |                          |
| <b>c.</b>  | sozialversicherungspflichtige Beschäftigung                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | <small>B</small>   |                          |                          |
| <b>d.</b>  | 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 bzw. den PKV-Prüfdienst entfällt. Hat zwischenzeitlich ein Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft stattgefunden, erhebt der MDK bzw. 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.

|  |  |
|--|--|
| <small>Info</small>  |  |
| <b>3.4 Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in dieser stationären Pflegeeinrichtung?</b> |  |
| <b>Stunden</b>   |  |

Erläuterung zur Prüffrage 3.4:

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

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

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.

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

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

Erläuterung zur gesamten 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 bzw. den PKV-Prüfdienst entfällt. Hat zwischenzeitlich ein Wechsel der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft stattgefunden, erhebt der MDK bzw. 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                            |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Pflege  |                           |              |                    |                             |                    |                              |
|   | Vollzeit<br>Stunden/Woche | Teilzeit     |                    | geringfügig<br>Beschäftigte |                    |                              |
| Geeignete Kräfte:                                       | Anzahl MA                 | Anzahl<br>MA | Stellen-<br>umfang | Anzahl<br>MA                | Stellen-<br>umfang | Gesamtstellen<br>in Vollzeit |
| 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  |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Betreuung   |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Sozialpädagogen   |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Sozialarbeiter/in                                       |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Ergotherapeuten/<br>Beschäftigungstherapeuten           |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI    |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| Sonstige  |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| hauswirtschaftliche Versorgung                          |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung) |                           |              |                    |                             |                    |                              |
| 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, Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung in der stationären 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. Wirtschaftlerin, Hauswirtschaftlerin, 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. Betreuung, Hauswirtschaft), ist dies im Freitext zu vermerken.

Stellt der Prüfer Diskrepanzen zwischen den Angaben der stationären Einrichtung und seinen eigenen Feststellungen fest, ist dies im Freitext anzugeben.

## 4. Ablauforganisation

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

|  | ja                       | nein                     | E.                       |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>4.2 Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr?</b>               |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| <small>B</small>   |                          |                          |                          |
| a. Umsetzung des Pflegekonzeptes   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>B</small>   |                          |                          |                          |
| b. Organisation der fachlichen Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>B</small>   |                          |                          |                          |
| c. Organisation für fachgerechte Führung der Pflegedokumentation                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>B</small>   |                          |                          |                          |
| d. an dem Pflegebedarf orientierte Dienstplanung der Pflegekräfte                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>B</small>   |                          |                          |                          |
| e. regelmäßige Durchführung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereichs       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>B</small>   |                          |                          |                          |
| 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        |  | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>4.3</b> | <b>Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?</b> | <input type="checkbox"/> | <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 körperbezogener Pflegemaßnahmen, z. B. im Rahmen der praktischen Anleitung, dokumentiert sind. Dies gilt für Mitarbeiter mit einer Qualifikation unterhalb einer einjährigen Ausbildung als Altenpflegehelfer/Krankenpflegehelfer.

Die Frage ist mit „t. n. z.“ zu beantworten, wenn keine Mitarbeiter ohne pflegerische Ausbildung beschäftigt sind.

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

| M/B        |   | ja                       | nein                     | E.                       |
|------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>4.5</b> | <b>Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat?</b> | <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 | <b>Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?</b> |      | <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).

|     | ja   | nein                     | Nicht geprüft            | E.                       |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.2 | <b>Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?</b> |                          |                          | <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 erfolgt durch den Prüfer nach dem Zufallsprinzip. Die nicht einbezogenen Expertenstandards werden mit „nicht geprüft“ gekennzeichnet.

Der Expertenstandard zum pflegerischen Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen ist im April 2015 abschließend veröffentlicht worden. Seit April 2016 kann dieser Expertenstandard in die Prüfung einbezogen werden.

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 Experten-

standards zur Sicherung und Weiterentwicklung in der Pflege nach § 113a SGB XI für zugelassene Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

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

Erläuterung zu 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).

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

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



|                        |   |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T32/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| <b>5.6</b>             | <b>Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?</b> | <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.

|                        |  |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T50/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| <b>5.7</b>             | <b>Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?</b> | <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

|                        |   |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T53/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| <b>6.1</b>             | <b>Ist der Gesamteindruck der stationären Pflegeeinrichtung im Hinblick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut?</b> | <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.

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

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

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

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     | <b>Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplans bekannt gegeben?</b> | <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.

|         |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.2     | <b>Wird in der stationären Pflegeeinrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten?</b> |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| M/T55/B |   |                          |                          |                          |                          |
| 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"/> |                          |                          |

### 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.

| <small>M/T54/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>7.3</b>             | <b>Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?</b> | <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.

| <small>M/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
|--------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>7.4</b>         | <b>Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?</b>   |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| <small>a.</small>  | es gibt ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>b.</small>  | mindestens drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten werden angeboten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <small>c.</small>  | 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"/> |                          |                          |
| <small>d.</small>  | 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.

| <small>M/T59/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>7.5</b>             | <b>Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?</b> | <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. Betreuung

| <small>M/T42/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>8.1</b>             | <b>Werden Leistungen der Betreuung angeboten?</b>  |                          |                          | <input type="checkbox"/> |
| <small>a.</small>      | Werden im Rahmen der Betreuung Gruppenangebote gemacht?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>b.</small>      | Werden im Rahmen der Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>c.</small>      | Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <small>d.</small>      | Gibt es Maßnahmen zur Förderung der 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 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 | <b>Werden diese Angebote den Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?</b> | <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.

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

**Ausfüllanleitung zu 8.3:**

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Angebote der 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 | <b>Wird die Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter koordiniert?</b> | <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 Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter erfolgt.

| B               |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|-----------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.5             | <b>Besitzt der für die Betreuung der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohner zuständige Mitarbeiter spezielle Kenntnisse (Fort- und/oder Weiterbildung)?</b> | <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    | <b>In welchem Stellenumfang sind in der stationären Pflegeeinrichtung Mitarbeiter für die Betreuung beschäftigt (ohne zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI)?</b> |
|        |  |

Erläuterung zur Prüffrage 8.6:

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

| M/Info                              |  | ja                       | nein                     |
|-------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 8.7                                 | <b>Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 84 Abs. 8 i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte vereinbart?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, mit welchem Stellenumfang? |  |                          |                          |

Erläuterung zur Prüffrage 8.7:

Es ist durch den Prüfer festzustellen, ob auf der Grundlage des § 84 Abs. 8 i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge vereinbart sind.

Dabei ist von der in der Pflegeeinrichtung üblichen wöchentlichen Arbeitszeit, z. B. 38,5 h oder 40 h, auszugehen. Der Stellenumfang ergibt sich aus dem vereinbarten Personalschlüssel (Personalrichtwert für Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI). Sofern kein Personalschlüssel im Zusammenhang mit dem Vergütungszuschlag vereinbart wurde, gilt die entsprechende Regelung des jeweiligen Landesrahmenvertrags nach § 75 SGB XI bzw. die gesetzliche Vorgabe nach § 85 Abs. 8 Nr. 2 SGB XI (Personalschlüssel 1:20).

| M/B |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.8 | <b>Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?</b>                            |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a.  | Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| b.  | Verfügen die eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte über die erforderliche Qualifikation gemäß § 4 der Betreuungskräfte-RL?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| c.  | Haben alle eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte im vergangenen Jahr nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-RL an Fortbildungsmaßnahmen im Umfang von insgesamt mindestens 16 Unterrichtsstunden teilgenommen?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| d.  | Ist gewährleistet, dass zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte-RL nicht regelmäßig körperbezogene Maßnahmen, Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten durchführen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |

Erläuterung zur Prüffrage 8.8a:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn alle Stellen entsprechend des vereinbarten Stellenumfangs (siehe 8.7) 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 § 53c SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RL)“ 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-RL 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.

Wenn die Pflegeeinrichtung trotz Vereinbarung mit den Pflegekassen keine zusätzlichen Betreuungskräfte beschäftigt, ist die Frage mit „t. n. z.“ zu beantworten.

Erläuterung zur Prüffrage 8.8c:

Nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-RL umfasst die regelmäßige Fortbildung jährlich mindestens insgesamt 16 Unterrichtsstunden, in der das vermittelte Wissen aktualisiert wird und die eine Reflexion der beruflichen Praxis einschließt. Im Jahr des Abschlusses der Qualifizierungsmaßnahme ist eine Fortbildung nicht erforderlich (erst im folgenden Kalenderjahr, sofern ein Beschäftigungsverhältnis besteht).

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn alle als zusätzliche Betreuungskräfte beschäftigten Mitarbeiter im vergangenen Jahr im Umfang von mindestens 16 Unterrichtsstunden an entsprechenden Maßnahmen 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-RL 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 körperbezogene Maßnahmen, Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Tätigkeiten eingebunden werden.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn zusätzliche Betreuungskräfte nicht regelmäßig in der Pflege (z. B. Essen anreichen) oder bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (z. B. Speisenverteilung) eingesetzt werden. Dies ist anhand von Dienstplänen, 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.

Wenn die Pflegeeinrichtung trotz Vereinbarung mit den Pflegekassen keine zusätzlichen Betreuungskräfte beschäftigt, ist die Frage mit „t. n. z.“ zu beantworten.

|                        |  |                          |                          |                                |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <b>8.9</b>             | <b>Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die stationäre Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?</b>                        | ja                       | nein                     | E.<br><input type="checkbox"/> |
| <small>M/T47/B</small> |  |                          |                          |                                |
| <b>a.</b>              | Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die stationäre Pflegeeinrichtung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                |
| <small>M/T48/B</small> |  |                          |                          |                                |
| <b>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 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.

|                        |  |                          |                          |                                |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <small>M/T49/B</small> |  |                          |                          |                                |
| <b>8.10</b>            | <b>Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?</b> | ja                       | nein                     | E.<br><input type="checkbox"/> |
|                        |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                |

**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     |                              |                |
|------------|------------------------------|----------------|
| <b>9.1</b> | <b>Auftragsnummer:</b>       |                |
|            | <b>Datum</b>                 | <b>Uhrzeit</b> |
|            | <b>Nummer Erhebungsbogen</b> |                |
|            |                              |                |

| M/Info     |  |  | ja                       | nein                     |  |
|------------|--|--|--------------------------|--------------------------|--|
| <b>9.2</b> | <b>Angaben zum Bewohner</b>  |  |                          |                          |  |
| <b>a.</b>  | Name   |  |                          |                          |  |
| <b>b.</b>  | Pflegekasse  |  |                          |                          |  |
| <b>c.</b>  | Pflege-/Wohnbereich  |  |                          |                          |  |
| <b>d.</b>  | Geburtsdatum   |  |                          |                          |  |
| <b>e.</b>  | Einzugsdatum   |  |                          |                          |  |
| <b>f.</b>  | Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung  |  |                          |                          |  |
| <b>g.</b>  | Pflegegrad   |  |                          |                          |  |
|            | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |  |                          |                          |  |
| <b>h.</b>  | Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?             |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>i.</b>  | Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)                              |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>j.</b>  | Vorhandene Unterlagen  |  |                          |                          |  |

#### Erläuterung zur Prüffrage 9.2h:

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

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

#### Erläuterung zu Prüffrage 9.3c

Der Name des Mitarbeiters wird im Prüfbericht pseudonymisiert.

#### Erläuterung zu 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    | <b>Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?</b> | <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    | <b>Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?</b> | <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 |   | 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"/> |

**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:

- a) die Applikationsform,
- b) den vollständigen Medikamentennamen oder Wirkstoff,
- c) die Dosierung,
- d) die Häufigkeit,
- e) 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 Generikumspackung 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 |  | 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"/> |

**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/T26B      |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
| <b>10.5</b> | <b>Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Ausfüllanleitung zu 10.5:**

Der Umgang mit Medikamenten ist sachgerecht, wenn:

- a) die gerichteten Medikamente mit den Angaben in der Pflegedokumentation übereinstimmen,
- b) diese bewohnerbezogen beschriftet aufbewahrt werden,
- c) ggf. eine notwendige Kühlschranklagerung (2 – 8°C) erfolgt
- d) diese als Betäubungsmittel verschlossen und gesondert aufbewahrt werden,
- 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),
- 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,
- g) 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                     |
| <b>10.6</b>            | <b>Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?</b> | <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.“ (DNQP, 2011)<sup>2</sup>

Unter chronischem Schmerz ist ein andauernder oder intermittierender Schmerz jedweder Genese zu verstehen. (DNQP, 2015)<sup>3</sup>

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.

<sup>2</sup> Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2011). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1 Aktualisierung. Osnabrück

<sup>3</sup> Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP (2015) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück.

|                        |  |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T13/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| <b>10.7</b>            | <b>Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?</b> | <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.

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

**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.

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

**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) Häufigkeit,
- e) die tageszeitliche Zuordnung der Medikamentengabe.

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

**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 Kompressionsstrumpf/-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.*

|                    |  |                          |                          |                          |                          |
|--------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| <b>10.11</b>       | <b>Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?</b> | <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:

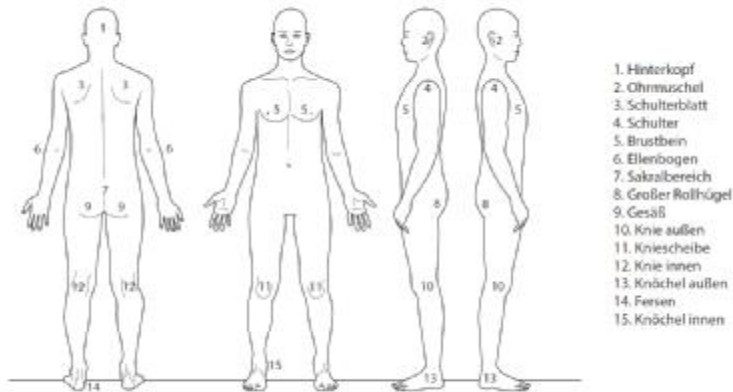
- Angaben zur Indikation der Trachealkanülenanlage
- Angaben zur Form der Tracheostomaanlage
- Angaben zum Zustand und zur pflegerischen Versorgung des Tracheostomas
- Angaben zum Kanülentyp und zur Größe
- alle im Zusammenhang mit der Trachealkanüle eingesetzten Hilfsmittel
- Angaben zum Wechsel der 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 gewährleisten (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: „So viel wie nötig – so wenig wie möglich!“
- Eine hygienische Händedesinfektion ist vor und nach dem endotrachealen Absaugen vorzunehmen. Zum endotrachealen Absaugen sind keimarme Einmalhandschuhe, bei Beatmungen und der Verwendung offener Absaugsysteme sind sterile Einmalhandschuhe zu tragen. Der Absaugkatheter muss steril sein, zu jeder neuen Absaugung ist ein neuer Einmalkatheter zu verwenden (offenes System).
- 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.

10.12 Beschreibung vorliegender Wunden



© Lisa Apfelbacher 2016

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

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 Kategorie-/Stadieneinteilung nach EPUAP und NPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel und National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009) anzuwenden.

**Kategorie/Stadium I - Nicht wegdrückbares Erythem:** Intakte Haut mit nicht wegdrückbarer Rötung eines lokalen Bereichs gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Abblassen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden.

**Kategorie/Stadium II - Teilverlust der Haut:** Teilerstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/ruptierte, serumgefüllte Blase darstellen.

**Kategorie/Stadium III - Vollständiger Verlust der Haut:** Vollständiger Gewebeverlust. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, aber Knochen, Sehne oder Muskel liegen nicht offen. Beläge können vorhanden sein, die aber nicht die Tiefe des Gewebeverlustes verdecken. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.

**Kategorie/Stadium IV - Vollständiger Gewebeverlust:** Vollständiger Gewebeverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Beläge oder Schorf können an einigen Teilen des Wundbettes vorhanden sein. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.

**a: Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar – Tiefe unbekannt:** Ein vollständiger Gewebeverlust, bei dem die Basis des Ulcus von Belägen (gelb, hellbraun, grau, grün oder braun) und/oder Schorf im Wundbett bedeckt ist.

**b: Vermutete tiefe Gewebeschädigung – Tiefe unbekannt:** Livid oder rötlichbrauner, lokalisierter Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte. Diesem Bereich vorausgehen kann Gewebe, das schmerzhaft, fest, breiig, matschig, im Vergleich zu dem umliegenden Gewebe wärmer oder kälter ist.

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

t. n. z.



| M/T3/B |  | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.14  | <b>Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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 |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.15  | <b>Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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  | <b>Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?</b> | <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:

- Verlauf nachvollziehbar,
- Größe,
- Lage,
- 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  | <b>Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?</b> | <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 Therapiemaßnahmen 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      |  |
|-------------|--|
| <b>11.1</b> | <b>Bewohner angetroffen:</b>   |
| a.          | <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend |
| b.          | <input type="checkbox"/> Tageskleidung <input type="checkbox"/> Nachtwäsche                        |

| M/Info      |   | ja                       | nein                              |
|-------------|---|--------------------------|-----------------------------------|
| <b>11.2</b> | <b>Bewegungsfähigkeit eingeschränkt</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          |
|             | <b>Beschreibung</b>                     |                          |                                   |
| 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                                   |                          |                                   |

Erläuterung zu 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.

|                       |  |                          |                          |
|-----------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/Info</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      |
| <b>11.3</b>           | <b>Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?</b> | <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 erhöhtes Sturzrisiko bestehen.

|                        |   |                          |                          |   |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|
| <small>M/T18/B</small> |   |                          |                          |   |
| <b>11.4</b>            | <b>Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <small>E.</small><br><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.

|                        |   |                          |                          |                          |   |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <small>M/T19/B</small> |   |                          |                          |                          |   |
| <b>11.5</b>            | <b>Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <small>E.</small><br><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.

|                       |                                       |                          |                          |
|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/Info</small> |                                       | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      |
| <b>11.6</b>           | <b>Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Von:                  |                                       |                          |                          |
|                       | Gutachter beurteilt                   | <input type="checkbox"/> |                          |
|                       | Einrichtung übernommen                | <input type="checkbox"/> |                          |

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 |  | ja                       | nein                     | E.                       |
| 11.7   | Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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.<br><input type="checkbox"/> | t. n. z.<br><input type="checkbox"/> |
| b. Aktuelle Größe in cm  |  |         |                                      |                                      |
| c. Aktueller BMI (kg/m <sup>2</sup> )                          |  |         |                                      |                                      |
| d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten                | <input type="checkbox"/> zugenommen<br><input type="checkbox"/> konstant<br><input type="checkbox"/> relevante Abnahme<br><input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden         |         |                                      |                                      |
| e. Flüssigkeitsversorgung                                      | <input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> konzentrierter Urin<br><input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute<br><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.

| 12.2 Der Bewohner ist versorgt mit:  |  |   |           |                |
|--|--|---|-----------|----------------|
| a. <input type="checkbox"/> Magensonde<br><input type="checkbox"/> PEG-Sonde<br><input type="checkbox"/> PEJ-Sonde |  | <b>Beschreibung</b>   |           |                |
|  |  | <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung<br><input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung<br><input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich<br><input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich<br><input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe<br><input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft<br><input type="checkbox"/> Applikation per Bolus |           |                |
|  |  | Nahrung   | kcal/24 h | Flussrate ml/h |
|  |  | Flüssigkeit   | ml/24 h   | Flussrate ml/h |
| <b>(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)</b>   |  |   |           |                |
|  |  |   |           |                |
| 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.

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

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.

|                        |  |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/Info</small>  |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      |
| <b>12.4</b>            | <b>Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?</b> | <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.

|                       |   |                          |                          |                          |
|-----------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T7/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| <b>12.5</b>           | <b>Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?</b> | <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.

|                        |  |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T10/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| <b>12.6</b>            | <b>Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?</b> | <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.

|                       |  |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T8/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| <b>12.7</b>           | <b>Werden bei Einschränkung der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?</b> | <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.

|                        |  |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T11/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| <b>12.8</b>            | <b>Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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 selbstständigen 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 Be-

wohner 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 |   | ja                       | nein                     | E.                       |
|--------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.9   | <b>Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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.

| M/T12/B |  | ja                       | nein                     | E.                       |
|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.10   | <b>Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</b> | <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.

| M/T28/B |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.11   | <b>Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?</b> | <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   |   | t. n. z.                 |
|--|---|--------------------------|
| <b>13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:</b>           |   | <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Beschreibung</b>   |                          |
| 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                |   |                          |

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

#### 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“ zu beantwortet, erfolgt eine Beantwortung der Fragen 13.3 und 13.4.

| M/T16/B  |  | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>13.3 Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkathe-<br/>ther individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?</b> |  | <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 Blasenkathe-ther 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    | <b>Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Ausfüllanleitung zu 13.4:**

Bei Bewohnern mit Inkontinenz oder Blasenkatheter 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/Toiletentraining bzw. die individuelle Planung und Durchführung von Toiletengängen
- und ggf. nach ärztlicher Anordnung die Versorgung mit einem Blasenkatheter nach hygienischen Grundsätzen.

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen in der Dokumentation und durch ggf. Inaugenscheinnahme 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 Demenz

Diese Fragen sind bei allen Personen zu beantworten, bei denen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vorliegen.

| M/Info |  | ja                       | nein                     |
|--------|--|--------------------------|--------------------------|
| 14.1   | <b>Orientierung und Kommunikation</b>      |                          |                          |
| 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    | <b>Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Ausfüllanleitung zu 14.2:**

Das Kriterium ist erfüllt, wenn die Pflege und 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 Betreuung relevante Biografieangaben berücksichtigt werden,
- die Berücksichtigung der relevanten Biografieangaben im Rahmen der Prüfungssituation 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    | <b>Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?</b> | <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 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    | <b>Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Ausfüllanleitung zu 14.4:**

Auch Bewohner mit Demenz haben ein Recht, bei der Ausgestaltung der Pflege und 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 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 im Zusammenhang mit der Pflege und 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                                     |
|  | <b>Beschreibung</b>   |
| a. <input type="checkbox"/> normal         | (Beschreibung nicht erforderlich)                                     |
| b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten | (Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel) |

| M/T29/B |   | ja                       | nein                     | t. n. z.                 | E.                       |
|---------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15.2    | Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung? | <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  |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <b>15.3 Mundzustand/Zähne</b>                           |                                   |
|   | <b>Beschreibung</b>               |
| 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     |  |                                      |                                  |
|-------------|--|--------------------------------------|----------------------------------|
| <b>15.4</b> | <b>Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</b> | ja<br><input type="checkbox"/>       | nein<br><input type="checkbox"/> |
|             |  | t. n. z.<br><input type="checkbox"/> | E.<br><input type="checkbox"/>   |

**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 selbständig durchführen kann.

## 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

|                    |   |                          |                          |                          |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/B</small> |   | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>E.</small>        |
| <b>16.1</b>        | <b>Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?</b> | <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 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 Betreuung wünscht.

|                        |  |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T21/B</small> |  | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      | <small>t. n. z.</small>  | <small>E.</small>        |
| <b>16.2</b>            | <b>Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?</b> | <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 freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen der Bewohner oder richterliche Genehmigungen in der Pflegedokumentation oder an anderer Stelle schriftlich hinterlegt sind.

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

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

### **Ausfüllanleitung zu 16.3:**

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

Die Überprüfung der Notwendigkeit von freiheitsentziehenden 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.

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

### **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.

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 16.6:

Die Frage bezieht sich auf akute Ereignisse, in denen pflegfachliches 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 bzw. 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.**



|                       |                        |  |                |  |                              |  |
|-----------------------|------------------------|--|----------------|--|------------------------------|--|
| <small>M/Info</small> |                        |  |                |  |                              |  |
| <b>18.1</b>           | <b>Auftragsnummer:</b> |  |                |  |                              |  |
|                       | <b>Datum</b>           |  | <b>Uhrzeit</b> |  | <b>Nummer Erhebungsbogen</b> |  |

|                       |  |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
|-----------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/Info</small> |  |                            |                            |                            |                            | <small>ja</small>        | <small>nein</small>      |
| <b>18.2</b>           | <b>Angaben zum Bewohner</b>  |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
| a.                    | Name   |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
| b.                    | Pflegekasse  |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
| c.                    | Pflege-/Wohnbereich  |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
| d.                    | Geburtsdatum   |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
| e.                    | Pflegegrad   |                            |                            |                            |                            |                          |                          |
|                       | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |                          |                          |
| f.                    | Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor? |                            |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g.                    | Ist der Bewohner mit der Befragung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)                                    |                            |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T67/B</small> |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>18.3</b>            | <b>Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?</b> |                          |                          |                          |                          |                          |
|                        | <small>immer</small>                                | <small>häufig</small>    | <small>geleg.</small>    | <small>nie</small>       | <small>t. n. z.</small>  | <small>k. A.</small>     |
|                        | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

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

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

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

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

|                        |                           |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T70/B</small> |                           | 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"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T66/B</small> |   | 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"/> |

|                        |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T71/B</small> |  | 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"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T72/B</small> |   | 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"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T73/B</small> |   | 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"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T74/B</small> |   | 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"/> |

|                        |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T75/B</small> |  | 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"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T76/B</small> |   | 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"/> |

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

|                        |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T77/B</small> |  | 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"/> |

|                        |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <small>M/T64/B</small> |   | 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"/> |

### Struktur und Inhalte des Prüfberichtes für die stationäre Pflege

Die Erstellung des Prüfberichtes erfolgt auf der Grundlage der QPR, Teil 2, stationäre Pflege und auf der Basis der Erhebungsbögen zur Prüfung in der Einrichtung und zur Prüfung bei der Bewohnerin/beim Bewohner einschließlich der Befragung der Bewohnerin/des Bewohners. Der Prüfbericht wird EDV-gestützt erstellt. Die Darstellung der Prüfergebnisse im Prüfbericht erfolgt in deskriptiver Form. Der Transparenzbericht nach § 115 Abs. 1a SGB XI ist nicht Gegenstand des Prüfberichtes.

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
  - Erhebungsbögen Bewohnerin/Bewohner
  - Zusammenfassende Darstellung zur Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner.

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:

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

Die Angaben zu den Fragen 1.2 bis 1.11 werden automatisiert aus dem Erhebungsbogen 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 sowie aus den Erhebungsbögen zur Prüfung bei der Bewohnerin/beim Bewohner dargestellt. Insbesondere ist der Umgang der Pflegeeinrichtung mit Pflegesituationen wie z. B. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Dekubitusrisiko und Umgang mit Personen mit demenzbedingten kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkungen 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 einer Wiederholungsprüfung ist auf die vorangegangene Prüfungen Bezug zu nehmen. Bei einer Anlassprüfung 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. 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 innerbetrieblicher Verfahrensweisen wird regelmäßig geprüft.
- d. innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt.

### Erhebungsbogen zur Prüfung bei der Bewohnerin/beim Bewohner

Hier werden die Erhebungsbogen für jede/jeden in Augenschein genommene/genommenen Bewohnerin/Bewohner aufgenommen.

In **Kapitel 9** werden die allgemeinen Daten für die/den jeweils in Augenschein genommene/genommenen Bewohnerin/Bewohner und der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters in anonymisierter Form dargestellt

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

In den **Kapiteln 10 bis 17** wird das Ergebnis der Prüfung zu jeder Frage für jede Bewohnerin/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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung zur Erfüllung des jeweiligen Kriteriums wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Fragen, die für die Bewohnerin/den Bewohner nicht zutreffen, werden nicht in den Prüfbericht übernommen.

Antwortmöglichkeiten je Bewohnerin/Bewohner:

- Ja
- Nein.

**Kapitel 17** (Sonstiges) ist ein reines Freitextfeld.

In **Kapitel 18** wird eine Befragung der in Augenschein genommenen Bewohnerinnen und

Bewohner zu ihrer Zufriedenheit mit den Leistungen der Pflegeeinrichtung durchgeführt.

Antwortmöglichkeiten je Frage:

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